



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

**Telefonische feedback van patiënten na een herstel
van een anale ingreep, een arthroscopie van de
schouder en een liesbreukoperatie uitgevoerd in het
chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis,
Campus Salvator.**

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Bauters An-Sofie
Kerkhofs Ellen
Zimmer-Smeets Nele**

***Promotor: De Gryse Liesbeth
Inhoudsdeskundige: Vanaenrode Erik***

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor opleiding Verpleegkunde**





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

**Telefonische feedback van patiënten na een herstel
van een anale ingreep, een arthroscopie van de
schouder en een liesbreukoperatie uitgevoerd in het
chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis,
Campus Salvator.**

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Bauters An-Sofie
Kerkhofs Ellen
Zimmer-Smeets Nele**

***Promotor: De Gryse Liesbeth
Inhoudsdeskundige: Vanaenrode Erik***

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor opleiding Verpleegkunde**



Voorwoord

Wij zijn 3 derdejaars studenten verpleegkunde aan de Hogeschool PXL, departement PXL-Healthcare. Voor u ligt onze bachelorproef 'Telefonische feedback van patiënten na een herstel van een anale ingreep, een arthroscopie van de schouder en een liesbreukoperatie uitgevoerd in het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, Campus Salvator'. Deze bachelorproef behelst een groot gedeelte van ons afstudeerjaar.

Ons doel is een beter inzicht te krijgen in de postoperatieve periode na chirurgische daghospitalisatie in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator. Er wordt niet altijd stil gestaan bij de ervaringen van de patiënt thuis en hoe zijn/haar thuiskomst verloopt (bv. pijn). Om het onderwerp af te bakenen hebben we ons vooral gefocust op drie ingrepen, namelijk de anale ingrepen, de arthroscopieën van de schouder en de ingrepen van de liesbreuk. De bachelorproef werd uitgewerkt tussen oktober 2014 en mei 2015.

Via deze weg willen we de personen bedanken die ons geholpen en gesteund hebben om onze bachelorproef tot stand te laten komen. Eerst en vooral willen wij Mevr. De Gryse bedanken. Zij is de promotor van onze bachelorproef. Ze verbeterde regelmatig onze teksten en stuurde ons, waar nodig, in de goede richting. Bij haar konden we altijd terecht met vragen en problemen. Daarnaast willen we ook Mr. Vanaenrode, de inhoudsdeskundige van onze bachelorproef en hoofdverpleegkundige van het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator bedanken. Mr. Vanaenrode bezorgde ons de nodige informatie vanuit het ziekenhuis en voerde de telefonische contactname van de opgestelde vragenlijst uit. De statisticus Mr. Nuyts willen we graag bedanken voor het helpen beoordelen van de vragenlijst, het geven van tips rond het opstellen van een Excel-tabel en de gegevensverwerking.

Ook willen we graag alle medewerkers en paramedici van het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, bedanken. Zij hebben ons eveneens geholpen om de vragenlijst op te stellen door middel van hun tips, het bezorgen van informatie vanuit het Jessa Ziekenhuis, het informeren van de patiënten over de vragenlijst, etc. Zonder de patiënten hadden we de vragenlijsten niet kunnen afnemen. Ook hen willen we bedanken voor hun bijdrage. Daarnaast willen we ook alle andere betrokken ziekenhuizen en Dr. Stessels bedanken voor hun medewerking. Hanne Truyers en Francine Timmermans willen we bedanken voor de tijd die ze besteed hebben aan het nalezen van onze bachelorproef. Dankzij de steun van onze ouders, vrienden en familie hebben we onze bachelorproef succesvol kunnen afronden.

Verder wensen wij u veel leesplezier toe.

An-Sofie Bauters
Ellen Kerkhofs
Nele Zimmer-Smeets

Heusden, 14 mei 2015.

Inhoudstabel:

Voorwoord.....	3
Inleiding.....	7
Theoretisch deel.....	8
1 Het chirurgisch daghospitaal.....	8
2 Ingrepen.....	9
2.1 Anale ingrepen.....	9
2.1.1 Algemeen.....	9
2.1.1.1 Anatomie: het anaal kanaal.....	9
2.1.1.2 Fysiologie: het anaal kanaal.....	9
2.1.2 Hemorroïden.....	10
2.1.2.1 Epidemiologie.....	10
2.1.2.2 Oorzaken.....	11
2.1.2.3 Klachten.....	11
2.1.2.4 Ingreep.....	11
2.1.3 Anale fissuren.....	13
2.1.3.1 Epidemiologie.....	13
2.1.3.2 Oorzaken.....	14
2.1.3.3 Klachten.....	14
2.1.3.4 Ingreep.....	14
2.1.4 Pre-, per- en postoperatief.....	14
2.1.4.1 Preoperatief.....	14
2.1.4.2 Peroperatief.....	14
2.1.4.3 Postoperatief.....	16
2.1.5 Postoperatieve complicaties.....	17
2.2 Arthroscopie schouder.....	18
2.2.1 Algemeen.....	18
2.2.1.1 Anatomie: de schoudergordel.....	18
2.2.1.2 Fysiologie: het glenohumeraal gewricht.....	19
2.2.2 Arthroscopie.....	20
2.2.2.1 Arthroscopie van de schouder.....	21
2.2.2.2 Indicaties en contra-indicaties bij schouder arthroscopie.....	21
2.2.3 Subacromiale decompressie (SAD).....	22
2.2.3.1 Epidemiologie.....	22
2.2.3.2 Reden ingreep.....	22
2.2.3.3 Oorzaken.....	23
2.2.3.4 Klachten.....	24

2.2.3.5	Ingreep.....	24
2.2.4	Acromioclaviculaire resectie (AC resectie).....	25
2.2.4.1	Epidemiologie	25
2.2.4.2	Reden ingreep	25
2.2.4.3	Oorzaken	26
2.2.4.4	Klachten.....	26
2.2.4.5	Ingreep.....	26
2.2.5	Calcific tendinitis (Calciumdepot).....	28
2.2.5.1	Epidemiologie	28
2.2.5.2	Reden ingreep	28
2.2.5.3	Oorzaken	29
2.2.5.4	Klachten.....	29
2.2.5.5	Ingreep.....	30
2.2.6	Onderzoek en diagnose	30
2.2.7	Pre-, per- en postoperatief.....	31
2.2.7.1	Preoperatief	31
2.2.7.2	Peroperatief	32
2.2.7.3	Postoperatief.....	33
2.2.8	Postoperatieve complicaties	33
2.3	Liesbreuk.....	34
2.3.1	Algemeen - anatomie en fysiologie.....	34
2.3.2	Epidemiologie.....	35
2.3.3	Klachten	35
2.3.4	Ingreep.....	35
2.3.5	Pre-, per- en postoperatief.....	38
2.3.5.1	Preoperatief	38
2.3.5.2	Peroperatief	38
2.3.5.3	Postoperatief.....	38
2.3.6	Postoperatieve aandachtspunten	39
2.3.7	Postoperatieve complicaties	39
3	Besluit.....	40
	Praktisch deel.....	41
	Inleiding.....	41
1	Selectiecriteria	42
1.1	Selectie van patiënten	42
1.2	Selectiecriteria voor de ingreep.....	43
2	Verloop dagopname	44

2.1	Vorbereiding dagopname	44
2.2	Preoperatief	45
2.3	Peroperatief	46
2.4	Postoperatief en ontslag	47
2.5	Informatie	47
3	Pijnbeleid	48
3.1	Pijnbeleid op het chirurgisch daghospitaal	50
4	Ontslagcriteria	52
4.1	Algemeen ontslagprotocol	52
4.2	Ontslagprotocol Jessa ziekenhuis	52
5	Telefonische feedback	55
5.1	Waarom telefonisch contact	55
5.1.1	Motivatie	55
5.1.2	Voor- en nadelen	55
6	Vragenlijst	56
6.1	Opstellen van de vragenlijst	56
6.2	Onderdelen van de vragenlijst	58
6.2.1	Gemeenschappelijke rubrieken	58
6.2.2	Specifieke rubrieken	59
7	Telefonisch afnemen van de vragenlijst	60
7.1	Vorbereiding telefonisch afnemen van de vragenlijst	60
7.2	Telefonische bevraging	60
7.3	Contactname	60
8	Gegevensverwerking	61
8.1	Opstellen Excel-tabel	61
8.2	Resultaten	61
8.2.1	Anale ingrepen	62
8.2.2	Arthroscopie van de schouder	66
8.2.3	Liesbreuk	70
9	Besluit	74
	Reflectie	75
	Bibliografie	76
	Abstract	85
	Bijlagen	86

Inleiding

Terwijl de activiteit in een klassiek ziekenhuis over de periode van 2003 tot 2008 een gematigde evolutie kende, met een stijging van het aantal opnames van vijf procent en een daling van de verblijfsduur die zich vertaalde in een daling van het aantal dagen met drie procent, steeg de activiteit in het chirurgisch daghospitaal (CDH) met 30% en vertegenwoordigt ze 23% van de opnames in acute ziekenhuizen. Het spreekt voor zich dat een deel van die stijging toe te schrijven is aan het feit dat chirurgische daghospitalisatie de plaats inneemt van de klassieke hospitalisaties (FOD, 2009).

Tezamen met de stijging van de activiteit in het chirurgisch daghospitaal nemen ook de vragen over het postoperatief verloop van de patiënt toe. Meer en meer paramedici beginnen zich vragen te stellen hoe de patiënten het na hun ontslag maken. Vragen zoals: “Hoe is het gesteld met pijn, eten, slapen en misselijkheid na thuiskomst?”, “Heeft de patiënt de huisarts moeten inschakelen?”, “Had de patiënt nog vragen die niet beantwoord zijn?”, “Hebben de patiënten postoperatief te veel pijn om thuis te zijn?”, “Zijn de patiënten over het algemeen tevreden over het chirurgisch daghospitaal?”, etc.

Deze vragen komen overeen met een criterium van de strategiekaart (bijlage 1) van het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, namelijk ‘telefonische feedback postoperatief verloop’. Dit criterium moet behaald worden om een hoofddoelstelling van de strategiekaart te verwezenlijken, namelijk: “We coachen de patiënt als partner doorheen het verzorgingsproces met aantoonbare kwaliteit” (Vanaenrode, 2014).

Om deze hoofddoelstelling te verwezenlijken moet het criterium behaald worden. Dit proberen drie studenten 3^{de} jaar verpleegkunde, te behalen door een telefonische postoperatieve bevraging op te stellen en uit te voeren.

Zo ontstond het idee om een postoperatieve bevraging uit te voeren bij drie verschillende ingrepen, namelijk anale ingrepen, arthroscopie van de schouder en liesbreukoperaties. Op deze manier kan de postoperatieve beleving bij de patiënt op de eerste dag postoperatief bevraagd worden.

In 2013 ondergingen, in het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, in totaal 221 patiënten een anale ingreep, 381 patiënten een liesbreukoperatie en 86 patiënten een schouderingreep (Vanaenrode, 2015).

Om deze postoperatieve bevraging op een wetenschappelijke manier te kunnen opstellen werd er eerst meer informatie over het chirurgisch daghospitaal en over de drie ingrepen verzameld. De uitwerking hiervan is terug te vinden in het theoretische gedeelte van deze bachelorproef.

In het praktische gedeelte worden de selectiecriteria, het verloop van de dagopname, het pijnbeleid en de ontslagcriteria opgenomen. Ook de verschillende stappen die doorlopen zijn om de postoperatieve bevraging te realiseren zijn hierin opgenomen.

Theoretisch deel

1 Het chirurgisch daghospitaal

Uit een recent onderzoek van Baccaglini, Bertinato, Castoro, Drace en McKee (2007) kan geconcludeerd worden dat het chirurgisch daghospitaal een breed spectrum van chirurgische procedures omvat, van operaties onder plaatselijke verdoving tot belangrijke operaties onder algemene verdoving.

Er zijn steeds nieuwe verbeteringen in de chirurgische, verdovende technieken en de pijnbestrijding. Dit leidt tot een aantal groeiende procedures die geschikt zijn voor het CDH. Dagchirurgie vereist een multidisciplinaire aanpak. Voor succesvolle resultaten wordt een actieve deelname vereist van chirurgen, verpleegkundigen, anesthesisten en huisartsen. Er is behoefte aan een flexibele aanpak, met regelmatige herbeoordeling van de organisatie. Verpleging binnen het CDH vereist een multiskilled aanpak. Goed opgeleide verpleegkundigen binnen het CDH verbeteren de efficiëntie van het CDH (Baccaglini, Bertinato, Castoro, Drace & McKee, 2007).

Het chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator beschikt over 37 bedden. Er kunnen patiënten gehospitaliseerd worden voor verschillende specialismen. Namelijk flebologie, neurochirurgie, abdominale heelkunde, oftalmologie, orthopedie, plastische chirurgie, stomatologie, urologie en gastro-enterologie (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

De belangrijkste doelgroep van het chirurgisch daghospitaal zijn patiënten die een kleine heelkundige ingreep ondergaan onder algemene of lokale anesthesie en die minder dan 24 uur opname vereisen. Een tweede doelgroep zijn patiënten die een internistische behandeling of onderzoek moeten ondergaan (Jessa Ziekenhuis, 2014).

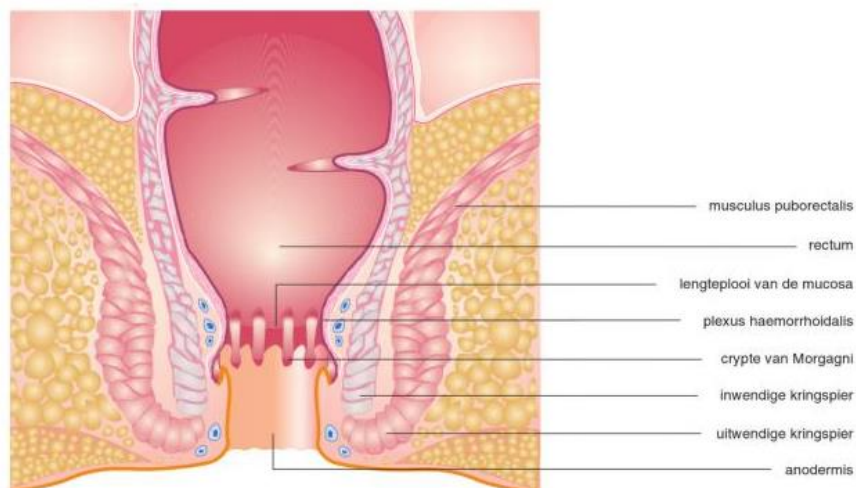
2 Ingrepen

2.1 Anale ingrepen

2.1.1 Algemeen

2.1.1.1 Anatomie: het anaal kanaal

Het distale deel van het anale kanaal (figuur 1, Gooszen et al., 2012) is bekleed met huid en het proximale deel met mucosa. De grens tussen huid en mucosa wordt gemarkeerd door de linea dentata, die wordt gevormd door uitlopers van de anodermis. De uitlopers kruipen als het ware omhoog over de lengteplooien van de mucosa. Tussen elke twee lengteplooien van de mucosa ligt een sinus die zich van proximaal naar distaal uitbreidt tot achter de bovenrand van de linea dentata en zo een crypte vormt (crypte van Morgagni). Craniaal van de linea dentata bevindt zich de plexus haemorrhoidalis. Deze submuceuze plexus bestaat uit drie zwellichamen, die links lateraal, rechtsvoor en rechtsachter gelokaliseerd zijn en die een belangrijke rol spelen bij het water- en luchtdicht afsluiten van de anus. Ter hoogte van de linea dentata bevinden zich de anale klieren. De afvoergang van zo'n klier mondt uit in een anale crypte. Ter hoogte van de musculus puborectalis gaat de circulaire spierlaag van het rectum over in de inwendige kringspier (Gooszen, Blankensteijn, Borel, Dejong, Gouma, Heineman, Lange & Schipper, 2012).



Figuur 1: Schematische tekening van het anale kanaal. Overgenomen uit leerboek chirurgie (p.328), door I.H.M. Borel Rinkes, C.H.C. Dejong, H.G. Gooszen, D. J. Gouma, E. Heineman, J.F. Lange, I.B. Schipper, 2012, Houten: Springer Media B.V.

2.1.1.2 Fysiologie: het anaal kanaal

De inwendige kringspier bestaat uit gladde spiervezels die door het autonome zenuwstelsel worden geïnnerveerd. Overdag is deze kringspier continu gecontraheerd, hetgeen een belangrijke bijdrage levert aan het water- en luchtdicht afsluiten van de anus. De inwendige kringspier wordt omringd door de uitwendige kringspier. Deze spier bestaat uit dwarsgestreepte spiervezels en kan willekeurig aangespannen worden. De uitwendige kringspier speelt een belangrijke rol bij het tegenhouden van de ontlasting en het onderdrukken van de aandrang (Gooszen et al., 2012).

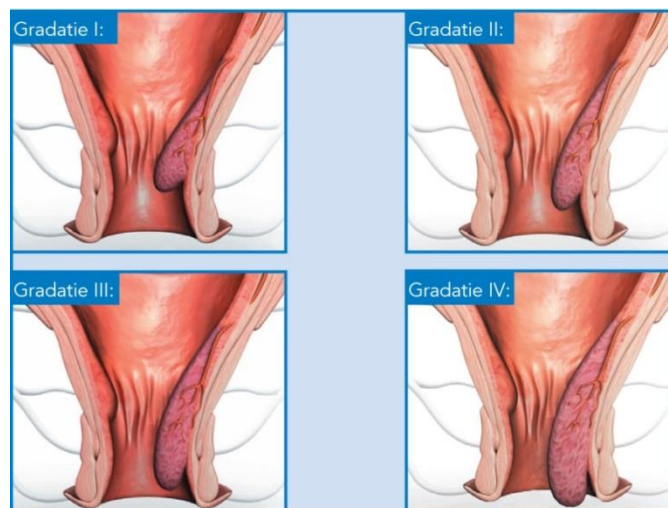
2.1.2 Hemorroïden

Symptomatische hemorroïden zijn omlaag zakkende anale zwellichamen die altijd bedekt zijn door mucosa. 'Aambeiwefsel' behoort tot de normale anatomie van het anale kanaal. Door degeneratie van het steunweefsel in de 'vaatkussentjes' gaan de zwellichamen van het anale kanaal omlaag zakken. In het nauwe onderste deel van het anale kanaal raken de hemorroïden bekneld, hetgeen gepaard gaat met stuwing en oedeemvorming. Het bedekkende slijmvlies wordt kwetsbaar en bloedt gemakkelijker, waarna een vicieuze cirkel ontstaat van pijn, verhoogde tonus van de inwendige kringspier en daardoor nog meer stuwing. Symptomatische hemorroïden kunnen gepaard gaan met verlies van helderrood bloed uit de anus, prolapsgevoel, lekkage van vocht (soiling), jeuk en pijn (Gooszen et al., 2012).

Naargelang de ernst kunnen er vier graden onderscheiden worden:

- Graad 1: hemorroïden prolabereren niet.
- Graad 2: hemorroïden prolabereren onder de linea dentata en reponeren spontaan.
- Graad 3: hemorroïden prolabereren buiten het anale kanaal en reponeren spontaan.
- Graad 4: hemorroïden blijven prolabereren buiten het anale kanaal (Sloots, Poeze, Croiset van Uchelen & Repelaer van Driel, 2005).

Deze vier graden worden weergegeven in figuur 2 (Figuur 2, Dejong, 2014).



Figuur 2: Vier gradaties van aambeien. Overgenomen van

<https://pijnloosaambeienverwijderen.files.wordpress.com/2014/08/gradaties-aambeien.jpg>. De jong K. Geraadpleegd via <https://pijnloosaambeienverwijderen.files.wordpress.com/2014/08/gradaties-aambeien.jpg>.

2.1.2.1 Epidemiologie

De prevalentie van hemorroïden is niet exact bekend. Veel mensen denken last te hebben van hemorroïden, terwijl bij onderzoek blijkt dat er sprake is van een andere aandoening. Maar het is in ieder geval een zeer veel voorkomende aandoening die bijna 30% van de bevolking treft. De prevalentie stijgt met de leeftijd (Gooszen et al., 2012; Van Thillo, 2015).

2.1.2.2 Oorzaken

Hemorroiden ontstaan door de combinatie van een te hoge druk in de bloedvaten in en rond de anus, het uitrekken van het steunweefsel en het dunner worden van de beschermende slijmvlieslaag. Wanneer het bloed in de hemorroïdale aders niet meteen kan wegstromen, kunnen de aders zwellen of uitstulpen en kan de bevestiging aan de spierlaag uitgerekt worden of loskomen. Wat de precieze oorzaak is, is niet bekend. Meestal gaat het om een combinatie van meerdere factoren zoals:

- Constipatie: door harde ontlasting en langdurig persen wordt het aambeiwefsel samengedrukt, wat het ontstaan van hemorroiden in de hand zou kunnen werken.
- Zwangerschap en bevalling: Tijdens en vooral na een bevalling krijgen nogal wat vrouwen last van hemorroiden. Door het persen tijdens de bevalling zijn de weefsels van de bekkenbodem meer gezwollen doordat ze vol bloed zitten. Bestaande hemorroiden kunnen tijdens de bevalling naar buiten geperst worden.
- Overgewicht: een te hoog lichaamsgewicht verhoogt de druk op de anus en verhoogt ook de kans op verstopping.
- Zittend werk en langdurig rechtstaan: mensen die weinig bewegen en veel zitten, hebben vaak een harde, droge ontlasting. Veel zitten verhoogt ook de druk op de anus.
- Ouderdom: bij het ouder worden, wordt het weefsel in de vaatkussentjes rond de aars minder krachtig en rekken de vaatkussentjes uit.
- Persoonlijke aanleg: hemorroiden komen in sommige families meer voor, maar een erfelijke factor is nooit aangetoond (Gezondheid, 2014).

2.1.2.3 Klachten

Over het algemeen wordt het klachtenpatroon gekenmerkt door pijn en bloedingen. Bij een hemorroïdale aandoening ontstaat er door zwelling van de aders spanning op de linea pectinea hetgeen pijn veroorzaakt. Mensen met een hemorroïdale aandoening ondervinden ook pijn tijdens de ontlasting omdat hemorroiden bewegen bij de doorgang van de stoelgang en het persen. Naast pijn veroorzaakt het evacueren van stoelgang ook frequent bloedingen. Bloed op het toiletpapier en mogelijk helderrode bloedspatten in het toilet zijn merkbaar (Garteiser, z.j.).

2.1.2.4 Ingreep

Hemorroiden kunnen op verschillende manieren chirurgisch behandeld worden. De klassieke methode, de HAL-methode of de Longo-methode kunnen toegepast worden.

Klassieke chirurgie

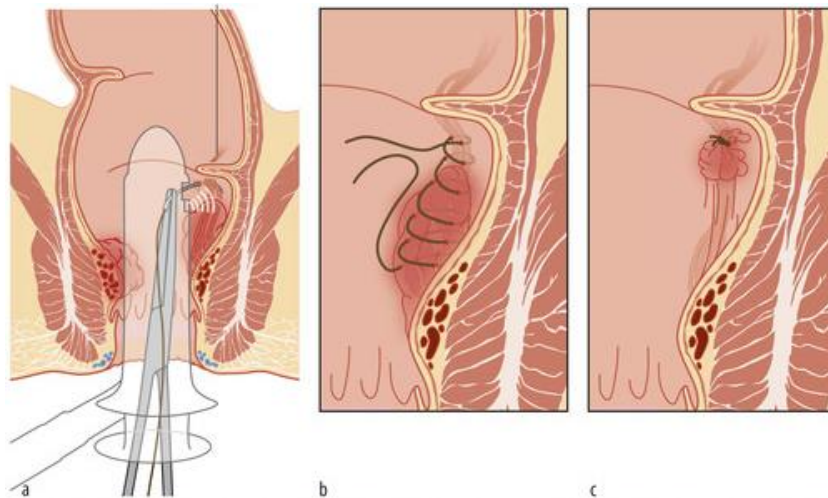
Bij de klassieke chirurgie (hemorroidectomie) worden de drie hemorroïdale pijlers, dewelke links lateraal, rechtsvoor en rechtsachter gelokaliseerd zijn, van de onderliggende inwendige kringspier losgemaakt en vervolgens geëxciteerd. De defecten die hierdoor ontstaan, worden door sommige chirurgen opengelaten (methode volgens Milligan-Morgan), terwijl andere de voorkeur geven aan het sluiten ervan (methode volgens Ferguson). Deze techniek wordt toegepast bij derde- en vierdegraads hemorroiden. De operatie gebeurt onder algemene of plaatselijke verdoving. De volledige genezing duurt ongeveer vier weken. Deze methode is het meest efficiënt, maar tevens ook het pijnlijkst (Yeo & Tan, 2014; Moul, Aubert & De Parades, 2014; Gooszen et al., 2012).

HAL-methode

De HAL-methode, zoals weergegeven wordt in figuur 3 (Figuur 3, Elkerliek Ziekenhuis, z.j.), is een recent ontwikkelde procedure. Door een proctoscoop te combineren met een Doppler transducer is het mogelijk om de aanvoerende arterietakken naar het hemorroïdale weefsel te detecteren.

- a) Met behulp van een luikje net boven de dopplersonde kan de chirurg een doorstekingsligatuur om de arterie plaatsen.
- b) Vervolgens wordt er een doorlopende hechting geplaatst door het slijmvlies dat het hemorroïdale weefsel bedekt.
- c) Door deze doorlopende hechting aan te trekken en te knopen wordt prolaberend hemorroïdaal weefsel naar proximaal omhooggetrokken en afgebonden. Daardoor zullen deze na één à twee weken verschrompelen.

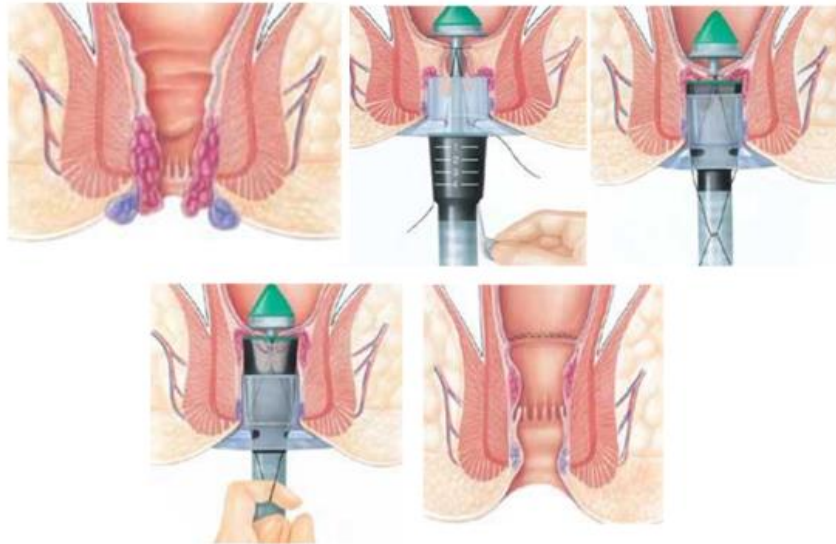
De HAL-methode is een veilige, minder pijnlijke en effectieve manier voor de behandeling van tweede en derdegraads hemorroïden. De ingreep duurt ongeveer 20 minuten (Yeo & Tan, 2014; Wallis de Vries, van der Beek, de Wijkerslooth, van der Zwet, Van der Hoeven, Schattenkerk & Eddes, 2007).



Figuur 3: Dopplergeleide ligatie van de hemorroïdale arteriën. Overgenomen uit patiëntenfolder (p. 3), door Elkerliek Ziekenhuis, z.j., <http://www.elkerliek.nl/Elkerliek/Patientenfolders/Patientenfolders-Aambeien.pdf>

PPH of Longo-methode

Procedure for Prolapsectomy and Hemorrhoidopexy (PPH) of de zogenoemde Longo-methode (Figuur 4, Frölich-Swart & Larmené, 2012) maakt gebruik van een circulaire stapler. Deze wordt via de anus ingebracht en op de overgang van rectum naar anus wordt circulair een reepje slijmvlies en submucosa weggehaald waarmee de plexus haemorrhoidalis onderbonden wordt en de prolaberende hemorroïden gereponeerd worden. Op die manier wordt de bloedtoevoer naar de aambeien minder waardoor deze binnen vier tot zes weken zullen slinken. Deze methode wordt geïndiceerd bij hemorroïden van graad 3 of 4. De behandeling duurt ongeveer 20 minuten en vindt plaats onder algemene verdoving. Bij deze methode is er dus een kortere operatietijd en opnameduur ten opzichte van de klassieke ingreep. De patiënt heeft minder last van postoperatieve pijn en een sneller herstel. De herstelperiode duurt gemiddeld één week (Sloots et al., 2005; Zindel, Inglin & Brügger, 2014).



Figuur 4: PPH-procedure. Overgenomen uit leerboek algemene chirurgie (p. 311), door Frölich-Swart Y., & Larmené I., 2012, Utrecht: Lemma.

2.1.3 Anale fissuren

Een anale fissuur of kloof is een klein en oppervlakkig scheurtje van het anaal kanaal. De fissuur verloopt in de lengterichting en is meestal gelegen op de middellijn, voor- of achterkant van de aars. Een anale fissuur kan acuut ontstaan of chronisch verlopen. Van een chronische fissuur is sprake bij fissuren die langer dan vier tot zes weken bestaan of bij geïndureerde wondranden, zichtbare bleke spiervezels, aanwezigheid van poliep of een skintag (Patel, Chavda, Parikh & Naik, 2013; Damoiseaux, De Jong, De Meij, Starmans, Dijksterhuis, Van Pinxteren & Kurver, 2009).

Elke anale fissuur begint als een oppervlakkige laesie van de anodermis. Deze beschadiging ontstaat vermoedelijk tijdens de passage van harde ontlasting. De meeste fissuren vertonen een slechte genezigstendens en gaan gepaard met veel pijn. De pijn treedt op tijdens de stoelgang en kan daarna enkele uren aanhouden. Op de bodem van de fissuur wordt vrijwel nooit granulatieweefsel aangetroffen. Bij de meeste patiënten met een fissuur is de druk in het anale kanaal verhoogd door toegenomen activiteit van de inwendige kringspier. De eindtakjes van de arteria rectalis inferior die de anodermis van bloed voorzien, lopen van opzij door de inwendige kringspier. Van nature is de anodermis aan de voor- en achterzijde van het anale kanaal minder goed gevasculeerd. Door toename van de activiteit van de inwendige kringspier worden de eindtakjes van de arteria rectalis inferior gecompri meerd en komt de vascularisatie van de anodermis, vooral aan de voor- en achterzijde, in het gedrang. Als onder deze omstandigheden een wondje in de anodermis ontstaat, is de kans groot dat dit niet geneest en uiteindelijk in een chronische fissuur verandert (Gooszen et al., 2012).

2.1.3.1 Epidemiologie

Ongeveer 5 tot 9% van de algemene bevolking heeft last van anale fissuren. (Damoiseaux et al., 2009).

2.1.3.2 Oorzaken

Een verhoogde spanning op de sluitspier en de daardoor verstoorde bloedsvoorziening lijken een rol te spelen in het ontstaan van fissuren. Een fissuur kan veroorzaakt worden door alles dat het anale kanaal kan kwetsen of irriteren. Evacuatie van harde droge stoelgang mag dan ook als de hoofdoorzaak worden beschouwd. Andere mogelijke oorzaken zijn diarree of inflammatoire darmaandoeningen (Feryn, z.j.).

2.1.3.3 Klachten

De typische klachten van een anale fissuur zijn een scherpe pijn tijdens of na de stoelgang en bloedverlies (Frölich-Swart & Larmené, 2008).

2.1.3.4 Ingreep

Een chronische fissuur geneest alleen als de kringspierspanning vermindert. Dit wordt bereikt door via een klein operatiewondje de onderrand van de inwendige kringspier aan de zijkant van de anus in te knippen. Zo vermindert de spanning op de fissuur waardoor deze kan genezen. Het ontstane wondje wordt open gelaten om het risico op infectie zo klein mogelijk te houden. Op deze manier geneest het bijna pijnloos. Deze operatiemethode wordt de LIS-methode (LIS: laterale interne sfincterotomie) genoemd. Deze methode kan poliklinisch en onder plaatselijke verdoving uitgevoerd worden (Patel et al., 2014; Gooszen et al., 2012).

2.1.4 Pre-, per- en postoperatief

2.1.4.1 Preoperatief

Voor ingrepen bij beide aandoeningen moeten er geen specifieke voorbereidingen getroffen worden.

2.1.4.2 Peroperatief

Hemorroïden

Zowel de klassieke, de HAL-methode als de Longo-methode gebeuren onder algemene of plaatselijke narcose. De duur van de operatie is afhankelijk van de gebruikte methode. De klassieke methode duurt 45 tot 60 minuten. Zowel de HAL-methode als de Longo-methode duren ongeveer 20 minuten.

Bij zowel de klassieke methode als de HAL-methode wordt de operatie uitgevoerd in steensnedeligging (Figuur 5, Van Reekum, 2012). Hierbij ligt de patiënt op de rug met flexie in de heupen en in de knieën. De benen worden in positie gehouden door middel van beensteunen. Bij de Longo-methode ligt de patiënt in de knie-ellebooghouding met de operatietafel in extra gehoekte stand (Frölich-Swart & Larmené, 2008).



Figuur 5: Steensnedeliggings. Overgenomen uit leerboek operatieve zorg en technieken, door Van Reekum J., 2012, Oosterbeek: Veres Publishing.

Bij de klassieke methode wordt het aderlijk kluwen verwijderd met het mes en/of de electrocauter. De steel wordt afgebonden met een hechting (Sint-Andries ziekenhuis, z.j.).

Bij de HAL-methode wordt gebruik gemaakt van een speciale proctoscoop (Figuur 6, Wallis de Vries et al., 2007) met daarin een doppler-probe. Nadat deze proctoscoop ingebracht is, gaat deze probe de aanvoerende arteriële takken naar het hemorroïdale weefsel kunnen lokaliseren. In de huls van de proctoscoop, net boven de probe, bevindt zich een luikje. Door dit luikje kan de chirurg de arteriële takken met hechtingen ligeren (Wallis de Vries et al., 2007).



Figuur 6: Disposable proctoscoop A) disposable proctoscoop met een doppler transducer op de tip. B) de proctoscoop wordt geconnecteerd op de doppler transducer en produceert zo herkenbare akoestische signalen. Overgenomen van digestive surgery (2007). Wallis de Vries B.M., Van der Beek E.S.J., De Wijkerslooth L.R.H., Van der Zwet W.C., Van der Hoeven J.A.B., Eeftinck Schattenkerk M., Eddes E.H. Geraadpleegd via <http://www.karger.com/Article/Pdf/108326>.

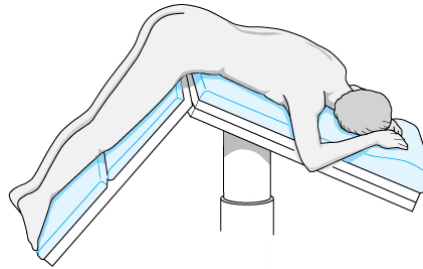
Bij de Longo-methode wordt gebruik gemaakt van een PPH-stapler (Figuur 7, Frölich-Swart & Larmené, 2008).



Figuur 7: PPH-stapler. Overgenomen uit leerboek algemene chirurgie (p.303), door Frölich-Swart Y., Larmené I., 2008, Utrecht: Lemma.

Fissuren

Deze operatie kan gedaan worden onder regionale of algemene anesthesie. De patiënt ligt op zijn buik met de heupen gebogen, de zogenoemde prone jack- knife position (Figuur 8, fouzi, z.j.).



Figuur 8: prone jack- knife position. Overgenomen van [fouzi.com] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via <http://wiki.med.uottawa.ca/download/attachments/15630350/Prone-jack-knife.gif>

2.1.4.3 Postoperatief

Vanaf de eerste dag postoperatief krijgt de patiënt zowel bij hemorroïden als bij fissuren een laxeermiddel. Twee tot drie maal per dag moet de patiënt zitbaden met lauw water zonder additiva of reinigingsbeurten met de sproeier toepassen. Nadien moet de patiënt steeds kompressen aanbrengen tussen de bilnaad. Het is belangrijk dat de patiënt voldoende vocht inneemt en een vezelrijk dieet volgt. De volledige genezing treedt meestal op binnen enkele weken (Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef, 2008).

Afhankelijk van de gebruikte methode bij hemorroïden is het postoperatief verloop verschillend.

Bij de klassieke methode heeft de patiënt postoperatief veel pijn en last van darmslijm. Het kan twee tot vier weken duren vooraleer de normale activiteiten hernomen kunnen worden. Tijdens deze hele periode is wondzorg nodig (Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef, 2008; Europa ziekenhuis, z.j.).

Bij de HAL-methode heeft de patiënt na de behandeling vrijwel geen pijn. De eerste dagen postoperatief heeft de patiënt wel constant het gevoel dat hij stoelgang moet evacueren. In principe kan de patiënt meteen na de operatie alles weer zonder beperkingen doen (Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef, 2008).

Bij de Longo-methode wordt de wonde in het anaal kanaal gesloten door middel van nietjes (agraves). De nietjes kunnen gewoon ter plaatse blijven en dienen dus niet verwijderd te worden. De dagelijkse bezigheden kunnen snel weer opgepakt worden. Gemiddeld duurt de herstelperiode één week (Sloots et al., 2005; Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef, 2008; Europa ziekenhuis, z.j.).

2.1.5 Postoperatieve complicaties

Hemorroiden

De patiënt kan last hebben van postoperatieve complicaties zoals pijn, frequent optredende urineretentie, infectie, continu en/of klonterig bloedverlies en koorts. Indien tijdens de ingreep te veel van de anodermis en van de proximaal daarvan gelegen mucosa verwijderd wordt, kan een stenose van het anale kanaal of een ectropion van het slijmvlies ontstaan. De fysiologische zwellichamen worden bijna volledig verwijderd, waardoor het sluitings-mechanisme van de anus niet meer optimaal functioneert, wat kan leiden tot lekkage van vocht (soiling) en incontinentie voor flatus (Gooszen et al., 2012).

Anale fissuren

Een mogelijke complicatie na een laterale interne sfincterotomie is anale incontinentie waarbij zich problemen kunnen voordoen met het ophouden van winden en vocht. Deze verminderde controle van de sluitspier is in zeldzame gevallen blijvend (Poh, Tan & Seow-Choen, 2010).

2.2 Arthroscopie schouder

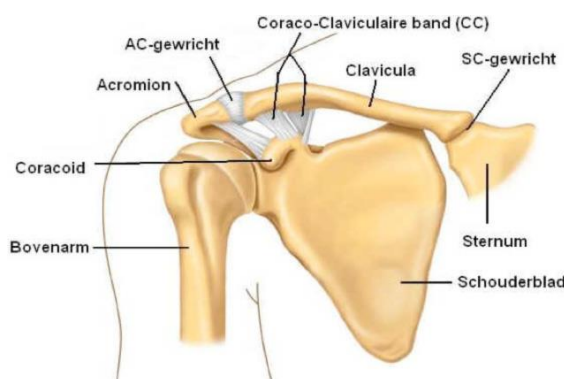
2.2.1 Algemeen

2.2.1.1 Anatomie: de schoudergordel

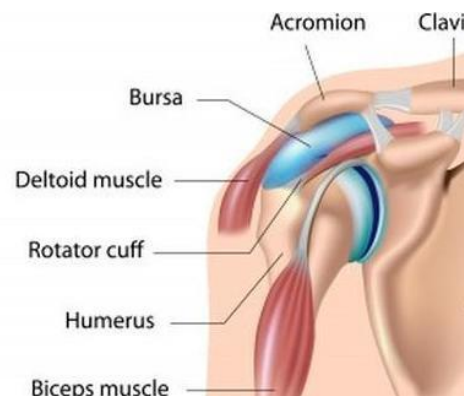
De schoudergordel, ook wel glenohumeraal gewricht genoemd (Bellato, Blonna & Castoldi, 2014), bestaat uit twee botten (scapula en clavicula), twee synoviale gewrichten (SC: sternoclaviculair gewricht en AC: acromioclaviculair gewricht) en twee beweginginterfaces (scapulothoracale en humeroacromiale) (Goldstein, 2004; Bellato et al., 2014; Schein Long, 1996).

Beide armen zijn bij de schoudergordel met de romp verbonden. De schoudergordel bestaat dus uit twee brede vlakke scapulae (schouderbladen) en twee dunne, gebogen claviculae (sleutelbeentjes). Door bewegingen van claviculae en scapulae wordt de positie van het schoudergewricht bepaald. Deze bewegingen vormen ook een uitgangspunt voor de bewegingen van de armen (Martini & Bartholomew, 2012; Goldstein, 2004; Bellato et al., 2014; Schein Long, 1996).

De clavicula is bij het sternale uiteinde met het manubrium van het sternum verbonden. Dit is het sternoclaviculair gewricht (SC gewricht). Het acromiale uiteinde van de clavicula is verbonden met het acromion, een uitsteeksel van de scapula. Hier wordt het acromioclaviculaire gewricht (AC gewricht) gevormd (figuur 9, Schouderfysiotherapie, z.j. en figuur 10, gezondheid, z.j.) (Martini & Bartholomew, 2012; Goldstein, 2004; Bellato et al., 2014; Schein Long, 1996).



Figuur 9: Schouder anatomie. Overgenomen van [schouderfysiotherapie] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via <http://www.schouderfysiotherapie.nl/patienten/schouderaandoeningen/ac-gewricht.html>



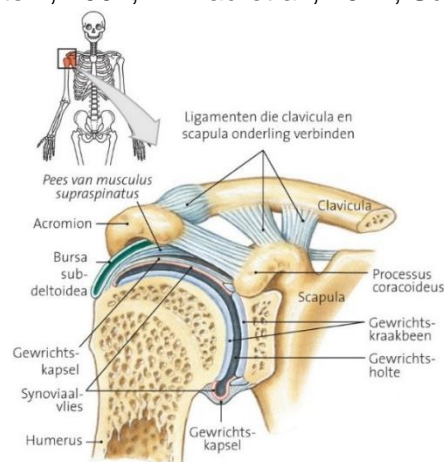
Figuur 10: Schouder bursa. Overgenomen van [Gezondheid] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=14438

De interfaces zijn ruimtes die de beweging van de schoudergordel mogelijk maken. De scapulothoracale interface is de ruimte tussen de ventrale oppervlakte van de scapula en de ribbenkast. De humeroacromiale interface of de subdeltoid interface is de ruimte tussen het onderoppervlak van het acromion en de coracoacromiale boog met het hoofd van de humerus (Goldstein, 2004; Schein Long, 1996).

2.2.1.2 Fysiologie: het glenohumeraal gewricht

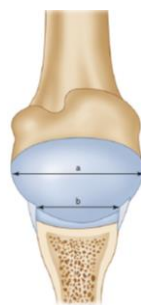
Van alle gewrichten in het lichaam heeft het glenohumeraal gewricht de grootste bewegingsmogelijkheden. Dit gaat echter ten koste van de stabiliteit door een gebrek aan benige structuren (Martini & Bartholomew, 2012; Goldstein, 2004; Ahmad, Dyrszka & Kwon, 2014; Schein Long, 1996).

Het glenohumeraal gewricht is een kogelgewricht (Figuur 11, Martini & Bartholomew, 2012). Het betrekkelijk losse gewrichtskapsel loopt van de hals van de scapula naar de humerus en dankzij dit te ruime kapsel is een aanzienlijke mate van beweging mogelijk. Evenals bij andere gewrichten wordt de wrijving bij het glenohumeraal gewricht verminderd door bursae of slijmbeurzen, deze bevinden zich daar waar grote spieren en pezen over het gewrichtskapsel lopen. Vooral bij het glenohumeraal gewricht liggen bijzonder veel grote slijmbeurzen (Martini & Bartholomew, 2012; Goldstein, 2004; Ahmad et al., 2014; Schein Long, 1996).



Figuur 11: Het glenohumeraal gewricht, in dit ventrale aanzicht van een frontale doorsneden is de structuur van het rechter glenohumeraal gewricht zichtbaar. Overgenomen uit Anatomie en fysiologie, een inleiding (p. 216), door H. Martini & F. Bartholomew, 2012, Nederland: Pearson Benelux. Copyright 2012 Pearson Benelux

De spieren die de humerus bewegen, spelen een grotere rol bij de stabilisatie van het glenohumeraal gewricht dan alle banden en vezels van het kapsel bij elkaar (Figuur 12, Milane & Grasso, 2014). De sterkste stabilisatoren van het glenohumeraal gewricht zijn de m. biceps. Krachtige spieren, die aan de romp, de schoudergordel en de humerus ontspringen, overdekken het voorste, bovenste en achterste oppervlak van het kapsel. Deze spieren vormen de rotatorenmanchet ("rotator cuff"), een groep spieren die sterk uiteenlopende bewegingen van de arm mogelijk maakt (Martini & Bartholomew, 2012; Goldstein, 2004; Ahmad et al., 2014; Schein Long, 1996).



Figuur 12: Het glenohumeraal gewricht - merk op hoe groot de humeruskop (a) is in vergelijking met de kleinere gewrichtsoppervlakte van het schouderblad (glenoid) (b). De functionele structuur staat een groot bereik van de beweging toe terwijl de humeruskop in de glenoid fossa gehouden wordt door een combinatie van de dynamische en statische stabilisatoren. Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 17), door G. Milane & A. Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.

2.2.2 Arthroscopie

Arthroscopie is het bezichtigen van de binnenzijde van een gewricht d.m.v. een artroscoop (Jochems & Joosten, 2009). Arthroscopie bestaat uit het binnengaan met een vezel-optische telescoop in een gewricht ruimte voor het bieden van een diagnostische informatie en de mogelijkheid om minimale invasieve operaties uit te voeren. Het wordt veel gebruikt bij de knie, schouder, elleboog, enkel, heup en recent ook bij de pols. Hierbij wordt een lichtbron gebruikt om het gewricht te belichten en een video camera om het beeld vast te leggen, wat dan getoond wordt op een scherm. De arthroscoop is ingebracht via een standaardopening, terwijl een of meerdere andere openingen gebruikt worden voor het inbrengen van operatie-instrumenten. De plaats van de openingen is zeer belangrijk om het risico op schade aan vezels en zenuwen te verminderen. Er zijn een heel aantal instrumenten beschikbaar die gebruikt kunnen worden tijdens een arthroscopie (Brukner & Khan's, 2012; Stother, 1990).

Arthroscopie kan uitgevoerd worden onder lokale, regionale of algemene anesthesie, als een dag procedure. De meest interessante gebieden om te bekijken door een artroscoop zijn de articulaire oppervlakte, het synovium en de intra-articulaire structuren (zoals de meniscus en cruciale ligamenten van de knie, de rotator cuff pezen van de schouder). In de meeste gewrichten kan de meerderheid van de articulaire oppervlakte bekeken worden. Verminderde stabiliteit kan bekeken worden door een direct zicht op het gewricht tijdens manipulaties van dit gewricht, die het onder stress zetten (Brukner & Khan's, 2012; Borgeat & Blumenthal, 2004).

Veel voorkomende procedure met arthroscopie zijn het verwijderen of losmaken van lichamen in het gewricht, het scheiden van of verwijderen van het gescheurde deel van bv. een meniscus, het herstellen van een gescheurde structuur (bv. een labrum detachment in de schouder), of de verdeling van een strakke structuur (zoals de glenohumerale gewricht capsule in de schouder). Ook meer complexe reconstructieve gewrichtsprocedure (bv. een rotator cuff herstelling) kunnen uitgevoerd worden met behulp van een artroscoop (Brukner & Khan's, 2012; Stother, 1990).

Arthroscopie heeft een lage complicatiegraad. Er is een kleine kans op infectie en vertraagde genezing van de openingen. Bij een arthroscopie heeft 10% van de gevallen last van een aanhoudende gewrichtsreactie zoals verlengde gewricht inefficiëntie, aanhoudende pijn en spierversmindering. Of dit komt door de arthroscopie zelf of door de onderliggende gewrichtspathologie is soms moeilijk te bepalen. Na een arthroscopie ontwikkelt 9% van de gevallen een complex regionaal pijnsyndroom type I (CRPS-I)¹ (Geertzen, Perez, Dijkstra, Kemler & Rosenbrand, 2006; Brukner & Khan's, 2012; Moen, Rudolph, Caswell, Espinoza, Burkhead & Krishnan, 2014; Ellman & Walker, 1997).

¹Complex regionaal pijnsyndroom type I (CRPS-I) is een conditie die vaak start in een arm of been, meestal na een trauma maar in enkele gevallen ontstaat CRPS spontaan, zonder dat er sprake is van een letsel. Het is gekarakteriseerd door een combinatie van autonome, sensorische en vasomotorische symptomen. De ernst van de CRPS staat los van de ernst van het letsel. Er zijn twee soorten CRPS. CRPS- type II is een aandoening die ten gevolge van schade aan de zenuwen ontstaat. Dit type is uiterst zeldzaam. CPRS- type I is een aandoening zonder zenuwschade (Geertzen et al., 2006).

2.2.2.1 Arthroscopie van de schouder

Via de achterzijde wordt er een artroscoop met een doorsnede van een halve centimeter in het intra-articulaire gewrichtsooppervlakte van de schouder gebracht. Via een tweede insteekopening aan de voorkant en een derde aan de zijkant kan een tastaakje voor verder onderzoek in de schouder gebracht worden. Vervolgens wordt de schouder bekeken en vindt de eventuele ingreep direct plaats (Brosmer & Waldron, 1990; Schein Long, 1996).

Een directe evaluatie van de schouderconditie kan hierdoor uitgevoerd worden. Het minimaliseert operatief trauma omdat het bepaald of er een open operatie noodzakelijk is. Wanneer dit niet noodzakelijk is, wordt er gewoon arthroschopisch verder gedaan (Figuur 13, gezondheid, z.j.; figuur 14, orthopediemiddenlimburg, z.j.) (Brosmer & Waldron, 1990; Schein Long, 1996).



Figuur 13: Arthroscopie schouder. Overgenomen van [gezondheid] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via http://www.gezondheid.be/INDEX.cfm?fuseaction=art&art_id=2561



Figuur 14: Incisie plaatsen. Overgenomen van [Orthopediemiddenlimburg] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via <http://www.orthopediemiddenlimburg.nl/assets/folders/schouder/Kijkoperatie%20oschouder.pdf>

2.2.2.2 Indicaties en contra-indicaties bij schouder arthroscopie

Een arthroscopie van de schouder kan om verschillende redenen uitgevoerd worden. Het biedt diagnostische informatie en de mogelijkheid om minimale invasieve operaties uit te voeren (Brukner & Bartholomew, 2012).

Indicaties voor een schouder arthroscopie zijn, volgens Vandeveld (2000), Gartsman (1990) en Farmer & Wright (2015):

- Intra-articulaire indicaties:
 - o Herstel van pezen die afgescheurd zijn: biceps tears (scheuren), labrum tears, subscapularis tears.
 - o Chondrale verwondingen.
 - o Losse lichamen.
 - o Vroege degeneratieve veranderingen.
 - o Schouderinstabiliteit: letsels na een ontwrichting of luxatie van de schouder.
- Indicaties voor subacromiale arthroscopie:
 - o Peesontstekingen van de rotator cuff, bicepspees en rotator cuff tears.
 - o Vernauwingen van het kanaal waardoor de pezen lopen (subacromiale bursitis: slijmbeursontsteking/impingement) waarbij een stukje bot aan de onderzijde van

- o het acromion wordt weggenomen zodat de pezen meer ruimte krijgen (subacromiale decompressie).
- o Acromioclaviculaire osteoarthritis.
- Uitgebreide arthroscopische indicaties:
 - o Coracoclaviculaire reconstructies.
 - o Suprapectoralis biceps tendinose.
 - o Suprascapulaire zenuw decompressies.
- En verder:
 - o Verkalkingen in pezen met verwijderen door needling en wegzuigen van de kalk.
 - o Frozen schouder met release kapsel en mobilisatie.
 - o Kraakbeen- of labrumletsels, gewrichtsmuizen.
 - o Aandoeningen aan het acromio-claviculaire gewricht met als behandeling arthroscopische AC resectie.

Contra-indicaties voor een schouderarthroscopie zijn, volgens Farmer & Wright (2015):

- Actieve infectie, zeker wanneer deze zich bevindt binnen het operatiegebied.
- Acne in het operatiegebied is een relatieve contra-indicatie.
- Een absolute contra-indicatie voor schouder arthroscopie is eender welke infectie in de huid of het zachte weefsel in de schouder die mogelijk kan leiden tot een diepe verontreiniging van het gewricht.

Enkele van deze indicaties worden behandeld bij één van de volgende ingrepen die hieronder besproken worden: subacromiale decompressie (SAD), acromioclaviculaire resectie (AC resectie) en calciumdepot.

2.2.3 Subacromiale decompressie (SAD)

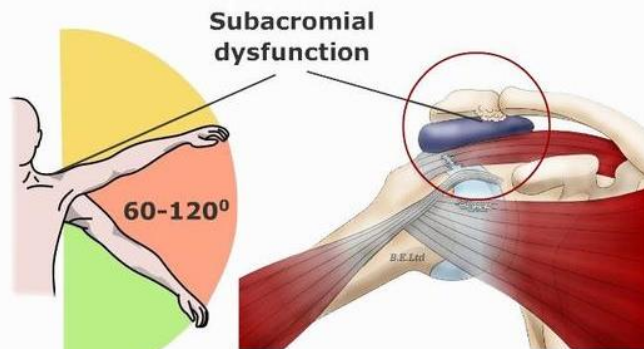
2.2.3.1 Epidemiologie

Subacromiale impingement is de meest voorkomende oorzaak van schouderpijn. Ze telt mee voor 44% tot 65% van de schouderaandoeningen (Saccomano, Careri, Bartoli & Milano, 2014).

2.2.3.2 Reden ingreep

De ingreep wordt uitgevoerd wanneer er sprake is van een impingementsyndroom, ook schouderinklemming genoemd, waarbij er een vernauwing is van het kanaal waardoor de pezen lopen (Figuur 15, gezondheid, z.j.) (Gezondheid, z.j.).

Subacromiale impingement is een veel voorkomende oorzaak van schouderpijn, die veroorzaakt wordt door abnormale compressie tussen de rotator cuff pezen en de onderoppervlak van het acromion (McClincy & Rodosky, 2015).



Figuur 15: Impingement. Overgenomen van [Gezondheid] (z.j.). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=14438

De pezen van de rotator cuff moeten tijdens het bewegen van de arm en de schouder in de nauwe ruimte tussen het acromion en de humeruskop glijden. Deze nauwe ruimte bedraagt ongeveer 1 cm. Wanneer de arm en schouder bewegen glijden in normale omstandigheden de rotator cuff pezen vlot door de opening tussen het acromion en de humeruskop heen. Die glijbeweging wordt nog vergemakkelijkt door een soort kussentje, de slijmbeurs of burse, die tussen de pezen en het bot van het schouderdak zitten (Gezondheid, z.j.; McClincy & Rodosky, 2015).

De schouderpezen kunnen ingeklemd en geïrriteerd geraken wanneer er onvoldoende ruimte is tussen het acromion en de humeruskop. De pezen gaan daardoor ontsteken (rotator cuff tendinitis of schouderendinitis) en op de duur beschadigd worden. De bursa raakt doordoor meestal ook ontstoken (bursitis). Dit leidt tot anterolaterale armpijn dat erger wordt bij overmatig activiteit (McClincy & Rodosky, 2015).

Het beste zou zijn dat alle gevallen van subacromiale impingement conservatief behandeld worden. Deze conservatieve behandeling bevat fysieke therapie, activiteit modificatie, anti-inflammatoire medicatie en corticosteroïd injecties. Chirurgische interventies, zowel open of arthroscopische benadering, mogen pas geïnduceerd worden bij patiënten bij wie de conservatieve behandeling na drie tot zes maanden faalt (McClincy & Rodosky, 2015).

2.2.3.3 Oorzaken

Het is niet gemakkelijk om de etiologie van schouderpijn te identificeren en te begrijpen omdat het impingement syndroom het resultaat is van de interactie tussen verschillende factoren, in verschillende combinaties (Saccomanno et al., 2014).

Ellman & Gartsman (1993) classificeren deze factoren als intrinsieke, extrinsieke en secundaire factoren.

Intrinsieke factoren:

Intrinsieke factoren beïnvloeden pees- morfologie en -voorkomen. Ze kunnen de peesdikte vergroten (zwellen) en leiden tot een functionele onbalans van kracht koppels tussen deltoïd- en supraspinatuspees (Saccomanno et al., 2014).

Intrinsieke factoren kunnen volgens Ellman en Gartsman (1993) toegeschreven worden aan:

- Natuurlijkproces van veroudering van rotator cuff pees.
- Slechte doorbloeding.
- Biologische en mechanische eigenschappen die resulteren in schade met trek- of schuifbelasting.

Extrinsieke factoren:

Extrinsieke factoren bevatten etiologische stoffen die kunnen leiden tot anatomische reductie van de subacromiale ruimte, waar desupraspinatus-pees door loopt (Saccomanno et al., 2014).

De reductie van de subacromiale ruimte is gelinkt aan morfologische verandering van de componenten van de coracoacromiale boog (Bigliani, Morrison & April, 1986).

Secundaire factoren:

Secundaire impingement mechanismes zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan biomechanische factoren (Saccomanno et al., 2014). Secundaire factoren zijn de oorzaken die op een of andere manier interfereren met de normale stabilisatie mechanismen van het glenohumerale gewricht. Enkele voorbeelden van secundaire oorzaken volgens Saccomanno et al. (2014) zijn instabiliteit, overmatig gebruik, te strak posterior kapsel, scapulair dyskinesie en neurologische letsels.

2.2.3.4 Klachten

De volgende klachten kunnen voorkomen bij een impingement syndroom:

- Bewegingsbeperking: verminderde scapulier posterior heffen, verminderde opwaartse rotatie en verhoogde binnenwaartse rotatie (Saccomanno et al., 2014).
 - o Bv. de arm achter de rug brengen om een rits te sluiten.
- Pijn: anterolaterale arm pijn dewelke verergert bij humerale elevatie hoger dan 90° en gewichten boven het hoofd dragen (McClincy & Rodosky, 2015).
- Pijn: vaak felle pijn in de voor- en zijkant van de schouder, vaak uitstralend naar de voor- en zijkant van de bovenarm (Gezondheid, z.j.).
- Ook de kracht in de schouder kan verminderen (Gezondheid, z.j.).
- Dikwijls is er bij letsels aan de rotator cuff sprake van een lichte instabiliteit van het schoudergewricht: de humeruskop zit niet meer optimaal op zijn plaats (Gezondheid, z.j.).

2.2.3.5 Ingreep

Een impingement wordt meestal conservatief behandeld. Operatieve interventie is geïndiceerd als na drie tot zes maanden van actieve conservatieve behandeling de klachten nog steeds bestaan. De operatieve behandeling van impingement is sub-acromiale decompressie (McClincy & Rodosky, 2015; Saccomanno et al., 2014).

Het doel van de operatie is het herstel van een functioneel glenohumeraal gewricht door sluiting van het defect en anatomische re-insertie van de pees (van der Zwaal, Pekelharing, Thomassen, Swen & van Arkel, 2011; Saccomanno et al., 2014).

De operatie kan uitgevoerd worden onder algemene of regionale anesthesie met de patiënt in zijligging of strandstoelpositie waarbij het acromion parallel ligt met de vloer. Regionale anesthesie wordt verkozen boven algemene en de strandstoelpositie wordt verkozen boven zijligging (Sacomanno et al., 2014).

Volgens Saccomanno et al. (2014) zijn drie portalen voldoende om een subacromiale decompressie uit te voeren:

- Posterior portaal wordt gebruikt als kijk- en operatief portaal
- Anterosuperior portaal, wordt gebruikt voor de afvloeiing te controleren of als aanvullend portaal voor de instrumenten
- Lateraal werk portaal wordt gebruikt als kijk- of operatief portaal.

De artroscopische techniek begint met een systematische evaluatie van het glenohumeraal gewricht om begeleidende letsels in kaart te brengen. De chirurgische stappen zijn in principe dezelfde als bij de open ingreep, maar alle handelingen worden arthroscopisch via drie tot vier portalen verricht met specifieke technieken en instrumentarium. De arthroscopische techniek is complex en vergt meer vaardigheid en ervaring van de operateur (van der Zwaal et al., 2011; Saccomanno et al., 2014).

Na de systematische evaluatie van het glenohumeraal gewricht worden de vezels van de m. deltoideus stomp gespleten. De n. axillaris moet hierbij ontzien worden. De slijmbeurs wordt verwijderd (bursectomie) en op indicatie wordt een acromionplastie² uitgevoerd. Hierdoor wordt eventuele benige impingement (compressie van de rotatorenmanchet tegen het acromion en de processus coracoideus) opgeheven en voldoende expositie van de

²Bij een acromionplastie wordt een deel van het bot aan de achterkant van het acromion mechanisch verwijderd en worden de verdikte bursa en losse vezels van het aangetaste peesblad verwijderd. Hierdoor wordt er meer ruimte voorzien voor de ingeklemde pees of pezen (van der Zwaal et al., 2011).

peesruptuur verkregen. De pees wordt ontdaan van avitale randen en losgemaakt van verklevingen. Vervolgens wordt het defect gesloten en teruggebracht naar het tuberculum majus van de humerus om te worden gefixeerd met botankers. Wanneer enkel de slijmbeurs verwijderd wordt, is de ingreep minder pijnlijk en verloopt de revalidatie ook sneller (van der Zwaal et al., 2011; Saccomanno et al., 2014).

De ingreep wordt bijna altijd arthroskopisch uitgevoerd. In merendeel van de gevallen wordt de ingreep in dagbehandeling uitgevoerd onder algemene anesthesie (van der Zwaal et al., 2011; Saccomanno et al., 2014).

2.2.4 Acromioclaviculaire resectie (AC resectie)

2.2.4.1 Epidemiologie

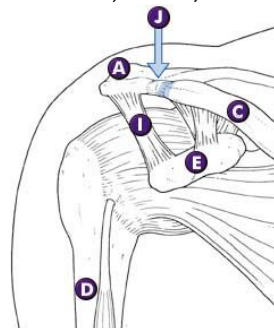
De prevalentie van osteoarthritis van het acromioclaviculaire (AC) gewricht is zeer hoog. Er bestaat een primaire en een secundaire vorm. De primaire vorm is gerelateerd aan enkele risicofactoren zoals leeftijd (verhoogd risico boven de 40 jaar), intense manuele arbeid of intense sportactiviteiten (Vinanti, Scrimieri & Grasso, 2014).

De secundaire vorm kan een consequentie zijn van osteolyse van de distale clavicula, systematische ziektes (bv. reumatische pathologie), trauma's, posturale veranderingen of van overbelasting door proximale migratie van de humeruskop als gevolg van een massale rotator cuff deficiëntie (Vinanti et al., 2014).

Het AC-gewricht is bij minstens 50% van de patiënten met reumatische artritis aangedaan en 40% van traumatische gebeurtenissen aan de schouder veroorzaken een letsel aan het AC gewricht (Vinanti et al., 2014).

2.2.4.2 Reden ingreep

Een acromioclaviculaire resectie (AC-resectie) wordt uitgevoerd bij patiënten met acromioclaviculaire aandoeningen. Het AC-gewricht (Figuur 16, fless, z.j.) is een gewricht tussen het acromion en de clavicula. De uiteinden van het gewricht zijn bedekt met kraakbeen en tussen beide uiteinden bevindt zich een discus. Een stevig kapsel zit rondom het geheel en twee gewrichtsbanden stabiliseren bovendien het clavicula nog (het trapezoid ligament en het coronoïd ligament). De gewrichtsbanden zijn gelegen tussen het coracoid en het clavicula. De bewegingsgraad in dit gewricht is klein en gebeurt vooral wanneer de arm boven de 90° beweegt. Door verschillende pathologieën aan dit acromioclaviculaire gewricht kan een AC-resectie noodzakelijk zijn (Brukner & Khon's, 2012; fless, z.j.).



Figuur 16: J is het AC gewricht. Overgenomen van [Fless] (z.j.). Auteursrechtelijke niet bekend. Geraadpleegd via <http://www.fless.be>

2.2.4.3 Oorzaken

Volgens Vinanti et al. (2014) kunnen de volgende aandoeningen aan het AC-gewricht indicaties zijn voor een AC-resectie (Brukner & Khon's, 2012; flesss, z.j.):

- 1) Primaire osteoarthritis
Door de leeftijd treden degeneratieve veranderingen op aan het AC gewricht.
- 2) Artrose en intra-articulair letsel van het AC-gewricht
Door een intra-articulair letsel kan het AC-gewricht pijnlijk worden (kraakbeenletsel of scheur in de discus, vaak na een trauma en ook bij jonge mensen), door echte artrose ('slijtage') of door artritis (gewrichtsontsteking, bijvoorbeeld bij reuma).
- 3) Impingement door AC-artrose
De ruimte voor de pezen van de schouder kunnen soms te nauw worden waardoor de pezen gaan ontsteken (tendinitis door impingement). Het te nauw worden van de ruimte is meestal veroorzaakt door artrose.
- 4) Osteolyse van de clavicula
Door vasculaire compromis, door micro-fracturen en door trauma of microtraumata (bv. overbelasting bij gewichtheffers) ontstaat soms een ontkalking van het laterale uiteinde van het clavicula.
- 5) Posttraumatische osteoarthritis
Er wordt hier gesproken van kleine bot kneuzingen en capsuloligamenteuze strains en sprains. Maar trauma's door hoge snelheid en hoge energie kunnen verschillende letsels aan het AC-gewricht veroorzaken.
- 6) Reumatische ziektes

2.2.4.4 Klachten

Over het algemeen wordt het klachtenpatroon gekenmerkt door lokale drukpijn, pijnlijke horizontale adductie en pijnlijke terminale abductie. Daarnaast is er nog sprake van nachtelijke pijn en de onmogelijkheid om op de aangedane zijde te slapen. De lokalisatie en het uitstralingspatroon van de pijn kunnen aanwijzingen geven of het een primaire aandoening van de schouder is of dat een oorzaak buiten de schouder aanwezig is (Brukner & Khon's, 2012; flesss, z.j.; Pijn, z.j.).

2.2.4.5 Ingreep

Ook hier is de behandeling in eerste instantie conservatief. Als deze behandeling weinig of slechts tijdelijk verbetering geeft, kan overgegaan worden tot een operatieve ingreep (Brukner & Khon's, 2012; flesss, z.j.). Deze operatieve ingreep kan zowel open als arthroscopisch gebeuren. Vandaag de dag wordt er gekozen voor een arthroscopische ingreep door zijn lagere morbiditeit (Vinanti et al., 2014).

De benadering van het AC-gewricht kan indirect zijn of direct, door de subacromiale ruimte. Het is duidelijk dat, in vergelijking met de directe benadering, de indirecte benadering het voordeel heeft dat het, het glenohumeraal gewricht en de volledige subacromiale ruimte kan examineren. Daar boven op verzwakt deze benadering de superior capsulaire ligamenten niet en vereist het geen specifiek materiaal (Vinanti et al., 2014).

Indirecte benadering AC-gewricht:

AC-arthroscopie door een indirecte benadering vereist een standaard posterior portaal voor het visualiseren van het AC-gewricht en een anterior en een lateraal operatief portaal. De anterior portaal is gelokaliseerd aan de anterior marge van het gewricht, zodat het instrument gemakkelijk langs de articulaire assen kan werken. Het AC-gewricht kan correct worden geïdentificeerd met een spinale naald (Figuur 17, Milano & Grasso, 2014).

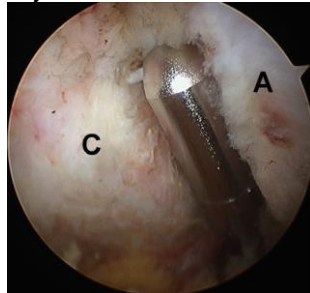


Figuur 17: Arthroscopisch zicht van het AC gewricht (rechter schouder) vanuit het posterior portaal. Merk op dat de spinale naald (pijl) wordt gebruikt voor het vestigen van het anterior portaal (C clavicula, A acromion). Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 384), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.

De superior portaal die vaak beschreven staat in literatuur is niet noodzakelijk, het zou zelfs schade aanrichten aan het superior capsulair ligament (Vinanti et al., 2014).

De procedure stap voor stap:

De eerste stap bevat het accuraat verwijderen van bursaal en littekenweefsel en de resterende intra-articulaire schijf door een gemotoriseerd instrument en/of radiofrequenties (Figuur 18, Milano & Grasso, 2014). Deze stap kan uitgevoerd worden met de scoop in het posterior portaal. Het laterale portaal wordt gebruikt voor het verwijderen van de extra-articulair weefsels en het anterior portaal voor het verwijderen van intra-articulair weefsel.



Figuur 18: Verwijderen van articular en peri-articulair zacht weefsel. (C clavicula, A acromion) Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 384), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.

Na het verkrijgen van een complete blootstelling van het onderoppervlak van het acromion en van de clavicula, kan de tweede stap plaatsvinden. Deze bevat minimale verwijdering van acromiale oppervlakte via de laterale portaal om op deze manier het claviculair einde meer zichtbaar te maken (Vinanti et al., 2014).

De derde stap bevat het verwijderen van claviculair botoppervlakte (Figuur 19, Milano & Grasso, 2014), wat ook wel de finale resectie genoemd wordt. Voor de hoeveelheid bot die verwijderd wordt, is er nog geen standaard. Experimentele studies hebben getoond dat zelfs een resectie van vijf mm het contact tussen de gewrichtsoppervlakte mechanisch onmogelijk maakt in axiale compressie (Vinanti et al., 2014).



Figuur 19.: Uiteindelijke inspectie vanuit het posterior portaal. Merk de resectie van de clavicula op en de integriteit van de superior articular capsule (C clavicula, A acromion) Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 385), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.

Directe benadering AC gewricht:

De directe benadering staat toe de procedure af te ronden zonder schade toe te brengen aan de subacromiale ruimte. Deze benadering is technisch moeilijker, vooral in strakke gewrichten. Het wordt uitgevoerd met de patiënt in strandstoelpositie en met twee superior portalen. Eén portaal wordt juist achter het AC-gewricht geplaatst en het andere ongeveer acht mm anterior van het AC-gewricht (Vinanti et al., 2014).

Het gebruik van een spinale naald is cruciaal voor het bepalen van de oriëntatie van het gewricht omdat de ruimte heel nauw is, zeker in het begin. De procedure vereist een 2,7 mm-arthroscoop en een 2 mm-trimmer. Wanneer een adequate ruimte is verkregen, is het mogelijk om grotere arthroscoopen te gebruiken om de operatie uit te voeren (Vinanti et al., 2014).

2.2.5 Calcific tendinitis (Calciumdepot)

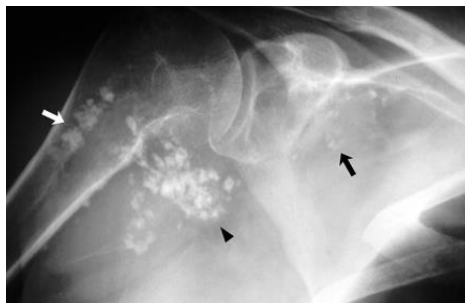
2.2.5.1 Epidemiologie

Verschillende auteurs rapporteerden verschillende incidentie-rates van calcific tendinitis. Bosworth vond een calciumdepot-incidentie van 2,7 % in een groep van 6 061 werkers. 35% van deze groep was symptomatisch. Welfing et al. bestudeerde een groep van patiënten met schouderpijn en rapporteerde de incidentie van calcific tendinitis op 6,8%. De meeste auteurs zijn het er over eens dat het vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. De incidentie bereikt zijn piek bij een leeftijd van 30 tot 50 jaar. Patiënten met diabetes zijn meer vatbaar voor asymptomatische calcificaties (Karakan et al., 2014).

2.2.5.2 Reden ingreep

Een calciumdepot is een plaats in het lichaam waar calcium zich verzamelt en bewaard blijft. In het peesblad van de schouder kan calcium zich afzetten, dit wordt kalkafzetting genoemd. Na verloop van tijd verdwijnen deze afzettingen meestal spontaan (Jochems & Joosten, 2009).

Calciumkristallen die zich afzetten in één van de pezen worden ook wel een calciumdepots genoemd. Op figuur 20 zijn calcificaties (kalkafzetting) in de pezen rond de schouderkop te zien (meer bepaald rond de rotator-cuff pezen). Wanneer er sprake is van verkalkingen wordt er gezien dat dit vaak in beide schouders voorkomt. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is er geen verband met aderverkalking, artrose, osteoporose, calciuminname via de voeding of zware arbeid in het verleden. Ze komen meestal voor bij mensen tussen 30 en 50 jaar en eerder zelden bij oudere mensen. Vrouwen zijn er tweemaal zoveel vatbaar voor als mannen (Fless, z.j.).



Figuur 20: Kalkafzetting. Overgenomen van [Gezondheid] (z.j.). Auteursrechtbeheer niet bekend. Geraadpleegd via http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=14438

Synoniemen van deze aandoening zijn peesverkalkingen, tendinitis calcarea, calcific tendinitis, calciumdepot in de rotator cuff en hydroxyapatiedepot in de rotator cuff pezen (Fless, z.j.).

2.2.5.3 Oorzaken

De precieze oorzaak is nog niet gekend waarom calciumdepots accumuleren in en rond de rotator cuff pezen. Twee verschillende theorieën, degeneratieve en reactieve, zijn voorgesteld als de oorzaak van calcific tendinitis (Codman, 1934; Uthoff, Sarkar & Maynard, 1976). Codman (1934) beschrijft de theorie van degeneratie door necrose van de vezels van de rotator cuff gevolgd door calcificatie. Deze theorie werd door vele auteurs geaccepteerd, maar anderen zijn het er niet mee eens. Uthoff et al. (1976) vonden dat met de degeneratieve theorie de leeftijd van de patiënt, de weg die de ziekte aflegt en de histologie van calcific tendinitis niet kunnen worden uitgelegd. Uthoff en Loehr (1997) stelden een reactief mechanisme van calcificatie voor dat actief gemedieerd is door cellen. Volgens deze theorie veroorzaakt aanhoudende hypoxie transformatie van vezelkraakbeen in de pees. Hij verdeelt calcific tendinitis in drie te onderscheiden fasen: pre-calcificatie, calcificatie en post-calcificatie.

De pre-calcificatiefase is gekarakteriseerd door metaplasie van tenocyten tot chondrocyten (Karakan et al., 2014).

De calcificatiefase is onderverdeeld in een groei-, rust- en resorptie-fase (Karakan et al., 2014):

- In de groeifase worden calciumkristallen in matrix blaasjes gedeponneerd, later zullen deze zorgen voor grote calcific punten.
- In de rustfase worden de calcific punten omgeven door bindweefsel.
- In de resorptiefase worden eerst dunne vasculaire kanalen rond de calcium depots gevormd. Macrofagen en meerkernige reusachtige cellen beginnen het calcium te verwijderen.

De post-calcificatiefase is een periode waarin de pees van model verandert. De ruimte die eerst bezet was door calcium depots is vervangen door granulatiweefsel. Deze granulatievezels vormen mature collageenvezels doorheen de pees (Karakan et al., 2014).

2.2.5.4 Klachten

De klachten zijn afhankelijk van het stadium waarin de calcificatie zich bevindt. De pijn bevindt zich in de bovenkant van de schouder en kan uitstralen naar de bovenarm en de nek (Uthoff et al., 1976).

Fase één: pre-calcificatiefase

In de pre-calcificatie fase zijn de patiënten meestal asymptomatisch, maar het proces is wel al begonnen. Er kan een beetje pijn zijn bij extreme beweging (Uthoff et al., 1976).

Fase twee: calcificatiefase

Chronische, zeurderige pijn kan voorkomen tijdens de groeifase. Maar meestal zijn er weinig klachten. Impingement klachten kunnen ontstaan naarmate het calciumdepot groter wordt. Dit omdat de verdikte pees in contact komt met het acromion. De rustfase kan verschillen in duur en eindigt met het begin van de resorptiefase. Deze fase kan buitengewoon pijnlijk zijn en vele patiënten zoeken naar een behandeling in deze fase. Patiënten kunnen spiertrekkingen, crepitaties- en intermitterende pijn gelijkaardig aan impingement ervaren. In de meeste gevallen is er een mechanische blok met acute episodes van pijn. Toegenomen druk, in de pees, zal tijdens de resorptiefase voor hevige pijn zorgen. Tijdens de resorptiefase zal er door de toegenomen druk in de pees een periode van hevige pijn zijn. Als het calciumdepot zich vrijzet, in de bursa, kan er een zeer acute en zeer pijnlijke fase optreden. De duur verkort als de pijn heviger is (Uthoff et al., 1976).

Fase drie: post-calcificatiefase

De pijn neemt merkbaar af gedurende deze fase, maar de patiënten zijn niet in staat deze fase te bereiken zonder medische interventies (Uthhoff et al., 1976).

Activiteiten boven het hoofd kunnen irritatie uitlokken (chronische vorm). Ook kunnen deze gedurende jaren regelmatig periodes van matige pijn veroorzaken. Als het calcium zich plots gaat vrijzetten, kan een hevige pijscheut optreden waarbij de schouder niet meer kan gebruikt worden (acute vorm) (Karakan et al., 2014).

2.2.5.5 Ingreep

Als de calcificatie zeer pijnlijk is of blijft aanslepen en wanneer een conservatieve behandeling niet helpt, is de meest gangbare techniek voor het verwijderen van een calciumdepot de arthroscopie (Fless, z.j.).

Chirurgen prefereren de strandstoelpositie in alle subacromiale procedures. Interscalene regionale anesthesie kan een hulp betekenen voor het postoperatief pijnmanagement. Patiënt-gecontroleerde subacromiale analgesie kan gecombineerd worden met algemene anesthesie (Karakan et al., 2014).

De standaard posterior en anterior portalen worden gebruikt om aan het glenohumeraal gewricht te kunnen werken. Afhankelijk van de positie van de calciumdepots kunnen er nog laterale portalen gemaakt worden (Karakan et al., 2014).

De pezen worden langs de bovenzijde van de schouder bekeken, het calciumdepot wordt op deze manier met de naaldvormige lens of met palpatie opgezocht. De schouderarthroscopie wordt uitgevoerd in het gewricht en vervolgen in de bursa. Het calciumdepot wordt vervolgens ingesneden, leeg gedruwd en uitgeschraapt (curettage). Nadien wordt de bursa, waarin de calciumkristallen vrijkomen, goed gespoeld. In sommige gevallen wordt tijdens de arthroscopie ook een decompressie uitgevoerd, dit beslist de chirurg. Dit zal hij doen wanneer er zich weinig calcium vrij zet uit de pees. Hij creëert dan extra ruimte voor deze gezwollen pees door een deel van het bot aan de rand van het acromion weg te nemen. Deze decompressie heeft weinig invloed hebben op de revalidatie (Karakan et al., 2014).

2.2.6 Onderzoek en diagnose

De onderzoeken voor het stellen van de diagnose zijn voor de drie ingrepen hetzelfde. De arts stelt de diagnose aan de hand van de aard van de klachten, het verloop in de tijd en de reactie op eerder gegeven behandelingen, het lichamelijk onderzoek en röntgenfoto's van de schouder (orthopediemiddenlimburg, z.j.).

2.2.7 Pre-, per- en postoperatief

2.2.7.1 Preoperatief

Chirurgische procedures in schouderarthroscopie kunnen worden uitgevoerd onder regionale blokkade of algemene anesthesie of met een combinatie van de twee technieken. De positie van de patiënt gedurende de schouderarthroscopie kan de keuze van de anesthesie beïnvloeden. Enkel regionale anesthesie kan bijvoorbeeld niet wanneer de patiënt in zijligging ligt. Een combinatie van regionale en algemene anesthesie is aanbevolen bij zijligging. Bij de strandstoelpositie moet de regionale anesthesie de voorrang krijgen aangezien deze veel voordelen heeft, namelijk reductie van de dosis anesthesie, verminderde postoperatieve pijn, een verkorte postanesthesie fase en sneller ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. In het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator wordt er gebruik gemaakt van een combinatie van regionale blokkade en algemene anesthesie (Salvatore, Latte & Grasso, 2014; Borgeat & Blumenthal, 2004; Brown, 1999).

Het belang van het positioneren van de patiënt wordt vaak onderschat. Correcte positionering van de patiënt op de operatietafel is belangrijk voor de patiënt en de chirurg. Het zorgt voor veiligheid van de patiënt en het zorgt ervoor dat de chirurg een optimale toegang heeft tot het glenohumeraal gewricht en tot de subacromiale ruimte om zo de procedure correct te kunnen uitvoeren. Zoals eerder vermeld kan een schouder arthroscopie uitgevoerd worden met de patiënt in zijligging of in strandstoelpositie (figuur 21, 22, 23, 24, Milano & Grasso, 2014) (Salvatore et al., 2014).



Figuur 21: Zijligging. Het lichaam van de patiënt wordt aan de zijkant ingepakt. Beenderige knobbels worden beschermd met kussen en pads. Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 104), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.



Figuur 22: Zijligging. Operatieveld is klaar. De arm wordt in tractie gehouden. Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 105), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.



Figuur 23: Strandstoelpositie. Het hoofd van de patiënt wordt een beetje weggedraaid van het chirurgisch veld, en wordt vastgemaakt met tape. Laterale dorsale steunen zijn gebruikt voor de romp te stabiliseren. Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 106), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.



Figuur 24: Strandstoelpositie. Operatie veld is compleet. De arm wordt in tractie gehouden. Overgenomen uit Shoulder Arthroscopy (p. 106), door Milano & Grasso, 2014, Engeland: Springer. Copyright 2014 Springer.

Voor de operatie wordt de regionale blokkade toegediend, ook wel een interscaleen blok genoemd. Het is een interscalene benadering naar de brachiale plexus. De volledige naam van deze blok is dan ook interscalene brachiale plexus blok (Urmey, 1999).

Het meest opvallende voordeel van deze regionale anesthesie is de perioperatieve pijn controle. Goede pre- en perioperatieve analgesie verlaagt de algemene pijnervaring postoperatief en vermindert de nood aan opioïden. Dit zorgt op zijn beurt voor minder sedatie, nausea en braken, eerder ontslag en een algemene verhoging van de tevredenheid van patiënten (Borgeat & Blumenthal, 2004).

Een succesvolle interscaleen blok zorgt voor een sterke spierrelaxatie van het te opereren ledemaat, wat essentieel is voor een succesvolle schouderanesthesie (Borgeat & Blumenthal, 2004).

De brachiale plexus in de interscalene ruimte is samengesteld uit de ventrale takken van de spinale zenuwen C5-T1, en soms bevat het smalle vezels van C4-T2. De takken bezenuwen de bovenste ledematen (Salvatore et al., 2014).

Een interscaleen brachiaal blok verdooft dus de bovenste ledematen, waaronder de schouder behoort, tijdens en na de geplande ingreep. De duur van de blok is tot 13 uur (Salvatore et al., 2014). Dit varieert echter wel tussen de verschillende analgesieën. De verwachte duur van de blok varieert tussen drie en vijf uur met mepivacaine 1% of 2% en lidocaine 1,5%, tussen acht en tien uur tot 12 uur met bupivacaine 0,5% en ropivacaine 0,5% of 0,75%. De duur van de actie is ook afhankelijk van het volume dat is toegediend (Borgeat & Blumenthal, 2004). In het Jessa ziekenhuis wordt ropivacaine (10mg/ml) gebruikt, dus de blok die hier wordt toegediend zal een 12 tal uren duren (Vanaenrode, 2015). Een interscaleen blok is dus een soort injectie die geplaatst wordt voor het starten van de ingreep. De patiënt is wakker en kan/moet meewerken tijdens de procedure, dit om risico's op complicaties tot een minimum te herleiden. De patiënt wordt in de juiste positie geplaatst (rug- of zijlig) en de punctie wordt uitgevoerd in de hals (in de interscalene groeve) aan de te opereren zijde (figuur 25, web.squ.edu, z.j.). De controle van de positie van de naaldtip gebeurt met behulp van echografie en/of zenuwstimulatie (Jessa Ziekenhuis, z.j.; Salvatore et al. 2014).



Figuur 25: Interscaleen blok. De vingers palperen de interscalene groeve. Overgenomen van [web.squ.edu] (z.j.). Auteursrecht hebbende niet bekend. Geraadpleegd via http://web.squ.edu.om/med-Lib/MED_CD/E_CDs/anesthesia/site/content/v03/030662r00.HTM

2.2.7.2 Peroperatief

In principe gebeurt de arthroscopie van de schouder met een combinatie van een regionale blokkade en algemene anesthesie omdat de operatie uitgevoerd wordt met de patiënt in zijligging en deze positie kan moeilijk langdurig verdragen worden door een bewuste patiënt. De duur van de behandeling varieert van 30 tot 90 minuten. Als het technisch niet mogelijk is de behandeling tijdens de arthroscopie uit te voeren, dan kan het nodig zijn het gewricht te openen met een grote incisie. Dit kan direct aansluitend op de arthroscopie gebeuren, maar ook in een later stadium (Gezondheid, z.j., Schein Long, 1996).

2.2.7.3 Postoperatief

De patiënt moet minstens één week een mitella of draagband dragen, voor extra steun. De schouder mag echter wel onmiddellijk binnen de pijngrenzen bewogen worden. De patiënt krijgt w De patiënt moet de schouder wel vier weken sparen om overbelasting van de pees te voorkomen. Dit betekent dat de patiënt twee tot vier weken werkongeschikt is (Severini, Ricciardi & Cacchio, 2014).

De revalidatie na een schouderarthroscopie is van lange duur. Na enkele maanden kan de patiënt de schouder pas goed gebruiken zonder pijn. Onder begeleiding van een kinesitherapeut zal de patiënt een specifiek oefenprogramma moeten volgen (Severini et al., 2014; Saccomanno et al., 2014; Karakan et al., 2014; Vinanti et al., 2014; McClincy & Rodosky, 2015).

2.2.8 Postoperatieve complicaties

Gelukkig treden er na een arthroscopische ingreep van de schouder niet vaak complicaties op. De volgende complicaties kunnen voorkomen bij de drie arthroscopische ingrepen van de schouder:

- Zoals bij elke operatie kunnen infecties, nabloedingen (hematoom) en zenuw- en bloedvatletsels optreden, maar dit is vrij zeldzaam (Moen et al., 2014).
- Als gevolg van een arthroscopische ingreep kan er tijdelijk vocht worden opgestapeld in de schouder (Moen et al., 2014).
- Schouderstijfheid ('frozen shoulder'): de schouder kan soms lange tijd stijf zijn, vooral na het herstel van grote peesscheuren. Een goede revalidatie met hulp van de kinesitherapeut kan dit meestal verhelpen (Moen et al., 2014).
- Na de operatie kan de schouderbeweeglijkheid wat beperkt blijven (vooral het naar binnen en buiten draaien van de arm) (Moen et al., 2014).
- De positionering van de patiënt kan leiden tot complicaties zoals zenuwletsels (Farmer & Wright, 2015).
- Trombo-embolische aandoeningen komen zeer zeldzaam voor na een schouderarthroscopie (Moen et al., 2014; Farmer & Wright, 2015).
- Neuro-vasculaire letsels (McClincy & Rodosky, 2015).

Bij de arthroscopische decompressie zijn er nog andere mogelijke complicaties volgens McClincy & Rodosky (2015):

- Lichte instabiliteit van het schoudergewricht: de humeruskop zit niet meer optimaal op zijn plaats.
- Doordat er bot wordt verwijderd, zal het resterende bot altijd iets bloeden. Hierdoor kunnen verklevingen ontstaan waardoor de bewegingsuitslag van de schouder afneemt. Alleen door snel te gaan oefenen met de arm, ook al doet het wat pijn, kan deze complicatie vermeden worden.
- Onvolledige resectie van acromion of clavicula.
- Hergroei van de geresecteerde bot laesies.
- Aanhoudende postoperatieve pijn

Bij een AC-resectie zijn er ook nog andere mogelijke complicaties:

- Blijvende pijn (Orthopediemiddenlimburg, z.j.).
- Instabiliteit van het sleutelbeen (Orthopediemiddenlimburg, z.j.).
- Inadequate botresectie, meestal veroorzaakt door inadequate visualisatie van het gewricht (Berkowitz, Warren, Altchek & Carson, 1997).
- Excessieve botresectie veroorzaakt schouder instabiliteit (Berkowitz et al., 1997).
- Excessief bloeden (Berkowitz et al., 1997).
- Calcificatie of hetero-topische botformatie (Berkowitz et al., 1997).

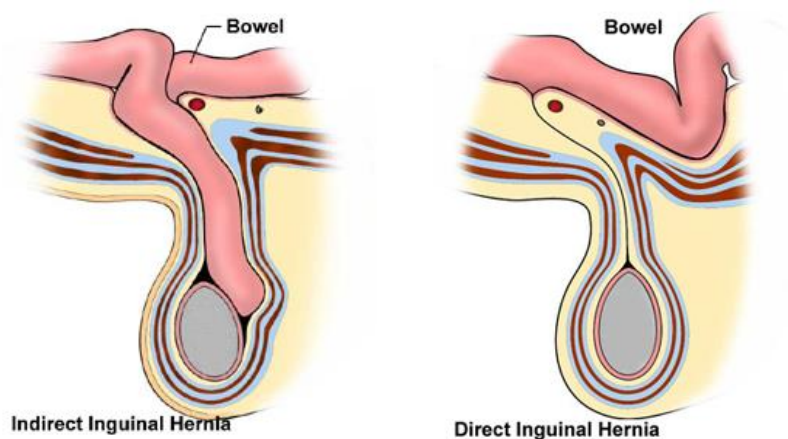
Conclusie: de arthroscopie van de schouder is een procedure met lage risico's (Farmer & Wright, 2015).

2.3 Liesbreuk

2.3.1 Algemeen - anatomie en fysiologie

Een indirecte inguinale hernia of een liesbreuk (figuur 26, Your Surgery, z.j.) ontstaat door een stoornis in de sluiting van een uitstulping van het peritoneum, de processus vaginalis, waarlangs bij de mannen de testis afdaalt naar het scrotum. De processus vaginalis sluit zich in principe nadat de testis het scrotum heeft bereikt. Bij meisjes stulpt de processus vaginalis uit in de grote schaamlip. Bij een hernia femoralis is de open processus vaginalis gevuld met buikinhoud. Bij een ingreep wordt de open processus vaginalis ter hoogte van de inwendige lieskanaalopening gesloten (Bastiaanssen, Jochems, Jüngen & Tervoort, 2007).

Een directe inguinale hernia (figuur 27, Your Surgery, z.j.) is een orgaan dat uitpuilt door een afwijkende opening in de omringende wand van de lichaamsholte, in dit geval het peritoneum (Martini & Bartholomew, 2012).



Figuur 26: Indirecte vorm liesbreuk.
Overgenomen van [Your Surgery] (z.j.).
Auteursrechthebbende niet bekend.

Geraadpleegd via

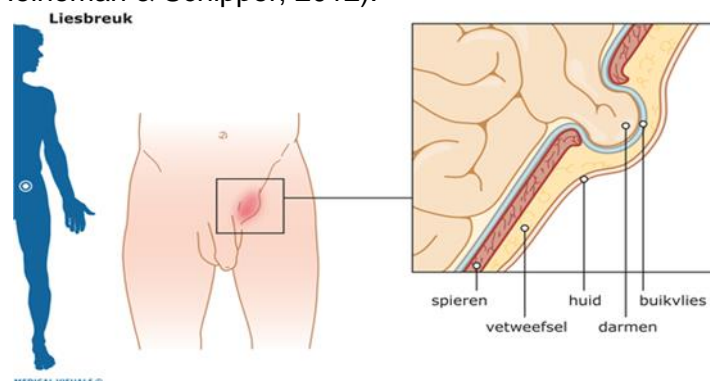
<http://www.yoursurgery.com/proceduredetails.cfm?br=1&proc=26>

Figuur 27: Directe vorm liesbreuk.
Overgenomen van [Your Surgery] (z.j.).
Auteursrechthebbende niet bekend.

Geraadpleegd via

<http://www.yoursurgery.com/proceduredetails.cfm?br=1&proc=26>

Een hernia inguinalis is een zichtbare of voelbare zwelling onder de huid van de buikwand (figuur 28, Nederlands Huisartsen genootschap, 2012) (Gooszen, Blankensteijn, Borel Rinkes, Dejong, Gouma, Heineman & Schipper, 2012).



Figuur 28: femorale of inguinale hernia. Overgenomen van [Nederlands Huisartsen genootschap] (2012). Auteursrechthebbende niet bekend. Geraadpleegd via <https://www.thuisarts.nl/liesbreuk/ik-heb-liesbreuk>

Een hernia inguinalis ontstaat enerzijds ten gevolge van de zwakte van de buikwand en anderzijds door een verhoogde druk in de buikholte. Een verhoogde abdominale druk bestaat onder andere bij chronisch obstructief longlijden en bij zeer langdurige zware lichamelijke arbeid. Andere risicofactoren zijn roken, gestoorde callogeensynthese, vaatlijden (aneurysma aortae abdominalis) en laparotomie. Het is niet bewezen dat obstipatie, prostatisme en (veel) tillen het risico op een breuk verhogen (Gooszen, Blankensteijn, Borel Rinkes, Dejong, Gouma, Heineman & Schipper, 2012).

2.3.2 Epidemiologie

Uit onderzoek (Bastiaanssen et al., 2007) blijkt dat een liesbreuk tienmaal vaker voorkomt bij mannen dan vrouwen. De oorzaak hiervoor ligt bij het lieskanaal van mannen, waar bloedvaten, zenuwen en afvoerbuizen van de voortplantingsorganen door de buikwand naar de testes lopen. Bij mannen is er dus sprake van een natuurlijke opening. Door een verhoogde druk in de buikholte kan het lieskanaal open worden gedrukt en een gedeelte van de darm in de ontstane opening worden geduwd (Martini & Bartholomew, 2012). De kans op een liesbreukoperatie bij een man is 27% en bij de vrouw maar 3% (Gooszen et al., 2012).

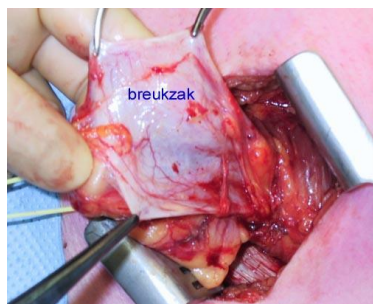
2.3.3 Klachten

Vaak wordt er pijn ervaren op de plaats van de hernia inguinalis. Wanneer er sprake is van een beklemming van een hernia inguinalis kan er een darmobstructie optreden. Er wordt een lokale heftige pijn en roodheid ervaren. Er kan zich een ileus ontwikkelen door deze darmobstructie. De patiënt loopt risico op gangreen en/of perforatie van de darm (De Jongh, De Vries & Grundmeijer, 2007).

Uit een studie (Alimoglu et al., 2005) blijkt dat de meeste patiënten klagen over zeurende pijn, ongemak in de inguinale regio. Ook verloopt zo'n inguinale hernia vaak asymptomatisch.

2.3.4 Ingreep

De ingreep bestaat erin de inhoud van de breukzak (figuur 29, Amir et al, 2012) terug te plaatsen in de buikholte. Het herstellen van het defect in de wand van het lieskanaal gebeurt door middel van het vervangen van het inadequate weefsel door synthetisch materiaal (kunststofnetje). Het herstellen van een defect in de wand van het lieskanaal kan op twee fundamenteel verschillende manieren worden uitgevoerd. Enerzijds kan het defect met een matje/plugje afgedicht worden. Anderzijds kan een grotere mat de fascia transversalis vervangen en zo protrusie van het peritoneum voorkomen door adherentie hieraan (Gooszen et al., 2012).

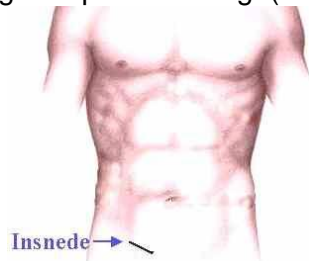


Figuur 29: breukzak liesbreuk. Overgenomen van [Heelmeester] (z.j.), Amir, M.I., De Widt, L.M, Heres, P., Poortman, P., Schouten, R., Van den Broek, Th.A.A., & Vos, G.A. Geraadpleegd via <http://www.heelmeester.nl/heelmeestercms/voorlichtingfolders/buikholte/96-liesbreuk>

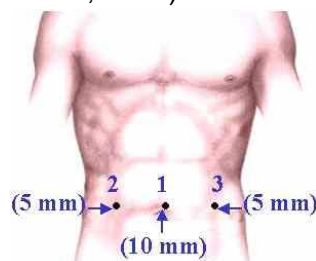
Een liesbreukoperatie kan op twee manieren uitgevoerd worden, namelijk de 'open chirurgie' en de laparoscopische chirurgie.

Bij de 'open chirurgie', ook wel conventionele chirurgie genoemd, wordt er een kleine incisie van ongeveer 5 cm gemaakt in de inguinale streek ter hoogte van de breuk of de middellijn (figuur 30, Biglari et al, z.j.). Via deze snede wordt de uitstulping van het buikvlies opgeheven. Door middel van een prothese wordt de buikwand versterkt. Deze methode wordt verkozen bij unilaterale en/of niet reponeerbare veelal grotere breuken. Dit soort chirurgie is meestal de gouden standaard voor hernia reparaties. De voordelen van deze ingreep zijn dat het gemakkelijk te leren is, dat het kan worden gedaan onder plaatselijke verdoving met eenvoudige apparatuur en dat de kans op herhaling van de breuk klein is. Het nadeel is dat de patiënt meer kans heeft op mogelijke beschadiging van de inguinale zenuwen en een hogere kans op chronische pijn (Bittner & Schwarz, 2012).

De laparoscopische chirurgie is een operatie 'met een gesloten buik'. Dit wil dus zeggen dat de chirurg de instrumenten aan de buitenzijde van de buik hanteert en op een televisiescherm zijn handelingen binnen de buik kan volgen. Er worden minstens drie minimale insneden gemaakt (figuur 31, Biglari et al, z.j.). Via één snede wordt de buik opgeblazen met koolzuurgas om op deze manier ruimte te creëren en zo te voorkomen dat de buikorganen geraakt worden, die zich normale toestand tegen de buikwand bevinden. Wanneer de buik voldoende opgeblazen is zodat er voldoende werkruimte is, gaat de chirurg gebruik maken van 'trocar's' (figuur 32, Amir et al, 2012). Dit zijn holle kokertjes om de videocamera en de chirurgische instrumenten in te brengen. Deze trocars worden door kleine insneden in de huid van de buikwand ingebracht. Deze methode krijgt de voorkeur bij bilaterale en/of recidiverende breuken en bij kleinere unilaterale breuken. Ook bij deze methode wordt de uitstulping van het buikvlies opgeheven d.m.v. een prothese. Deze techniek resulteert in een lagere incidentie van wondinfectie, hematoomvorming en chronische pijn/gevoelloosheid en zorgt voor het eerder hervatten van de normale activiteiten of werk. Het nadeel is echter dat het een zeer complexe operatie is waarvoor meer moeite gedaan moet worden om de techniek te leren en het om een langere operatie vraagt (Bittner & Schwarz, 2012).



Figuur 30: incisieplaats open chirurgie. Overgenomen van [Chirurgie Tielt] (z.j.), Biglari, M., Lissens, P., Van den Bussche, D., & Vuylsteke, M. Geraadpleegd via http://www.chirurgietielt.be/?page_id=265

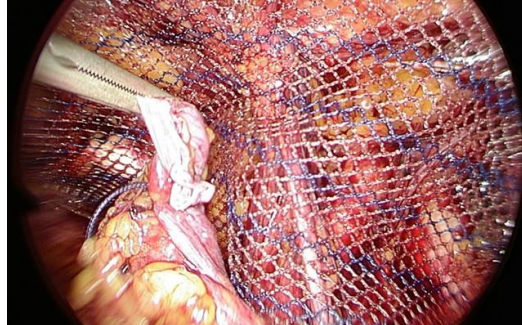


Figuur 31: incisieplaatsen laparoscopische chirurgie. Overgenomen van [Chirurgie Tielt] (z.j.), Biglari, M., Lissens, P., Van den Bussche, D., & Vuylsteke, M. Geraadpleegd via http://www.chirurgietielt.be/?page_id=265



Figuur 32: laparoscopische chirurgie van een liesbreuk. Overgenomen van [Heelkunde] (2012), Amir, M.I., De Widt, L.M, Heres, P., Poortman, P., Schouten, R., Van den Broek, Th.A.A., & Vos, G.A. Geraadpleegd via <http://www.heelmeester.nl/heelmeestercms/voorlichtingfolders/buikholte/96-liesbreuk>

Bij beide ingrepen wordt er gebruik gemaakt van een prothese (figuur 33, Geyskens & Mesereel, z.j.). De resultaten van beide technieken zijn dus vergelijkbaar. Het risico op een infectie door het aanbrengen van een netje is zeer klein. Een van de mogelijke problemen hiervan zou zijn dat het een andere buikingreep kan bemoeilijken. Maar het maakt het niet meteen onmogelijk. Het is wel noodzakelijk om de chirurg van een latere buikingreep te verwittigen dat er een netje werd aangebracht (Jessa Ziekenhuis, 2014).



Figuur 33: Voorbeeld ingebrachte prothese . Overgenomen van internetsite van [heelkunde van het Sint-Trudo Ziekenhuis] (z.j.), Geyskens, P. & Masereel, B. Geraadpleegd via <http://www.chirurgen-sint-truiden.be/liesbreuk-of-dijbreuk.html>

Wat wel een verschilpunt is, zijn de gebruikte instrumenten. De chirurgische instrumenten die gebruikt worden bij laparoscopische chirurgie zijn niet dezelfde als die bij de klassieke chirurgie. Bij laparoscopische chirurgie wordt er gebruik gemaakt van 'disposables' (wegwerpbaar) instrumenten. De reden hiervoor is dat sommige instrumenten technisch en zo complex zijn dat zij slechts bij één enkele patiënt gebruikt kunnen worden. Een ander verschilpunt is dat de patiënt bij het ontwaken na laparoscopische chirurgie pijn kan ervaren ter hoogte van de schouders. Dit wordt veroorzaakt door het koolzuurgas. Dat kan op het einde van de operatie namelijk nooit volledig verwijderd worden. Het overblijvende gas zal echter snel en zonder gevaar verdwijnen het geabsorbeerd wordt door het lichaam van een persoon. Deze pijn is dus tijdelijk en verdwijnt snel (Jessa Ziekenhuis, 2014).

Sinds de introductie van de laparoscopische operatie van een liesbreuk, zijn er tal van studies uitgevoerd die de laparoscopische methode vergelijken met de 'open chirurgie'. De meeste chirurgen hebben hun eigen sterke opvattingen over en voorkeuren voor de verschillende methoden (Kalliomäki et al., 2008).

Uit recent onderzoek (Patel, Garcea, Fairhurst & Dennison, 2012) blijkt dat veel patiënten onvoldoende kennis hebben over de laparoscopische reparatie van een liesbreuk. Er is sprake van een gebrek aan informatie over de relatieve verdiensten en nadelen van open versus laparoscopische liesbreukchirurgie.

Laparoscopische chirurgie blijkt gunstig te zijn in termen van risico op langdurige pijn. Patiënten die een laparoscopische ingreep ondergingen blijken minder last te hebben van persistente pijn tegen dan patiënten die open chirurgie ondergingen (26% t.o.v. 34%). Het is ook opmerkelijk dat patiënten die een laparoscopische ingreep ondergingen minder vaak pijn rapporteerde tijdens verschillende activiteiten dan degenen die een open chirurgische ingreep ondergingen. De verschillen kunnen verklaard worden door het feit dat laparoscopische reparaties meer door ervaren chirurgen uitgevoerd worden. Open chirurgie is veelal de methode die gekozen wordt door een chirurg die in opleiding is (Kalliomäki et al., 2008).

2.3.5 Pre-, per- en postoperatief

2.3.5.1 Preoperatief

Voor de laparoscopische ingreep dient de patiënt niet geschoren te worden aangezien er via de buik en kleine incisies geopereerd wordt, tenzij de patiënt erg behaard is. Bij een open liesbreuk moet er wel geschoren worden omdat er via een grote incisie in de lies geopereerd wordt. Preoperatief scheren wordt vooral gedaan om een goede oriëntatie te krijgen, om de markeringen juist te kunnen aanbrengen en om infecties te voorkomen. Scheren veroorzaakt echter niet alleen een verandering of verlies van de huidflora maar ook micro traumata aan de huid ter hoogte van de incisie. Hierdoor is er een verhoogd risico op postoperatieve infecties (Jessa Ziekenhuis, 2014).

Celik en Kara (2007) concluderen in hun onderzoek dat er geen verhoogd risico op wondinfectie is indien de patiënt niet geschoren is, maar wel het omgekeerde namelijk een verhoogde incidentie van wondinfectie bij patiënten die onoordeelkundig geschoren werden.

Er dient best niet preoperatief onthaard te worden tenzij de haargroei het zicht op het operatiegebied belemmert of het afdekken van de patiënt bemoeilijkt. Indien de patiënt wel onthaard moet worden, wordt het aanbevolen een clipper te gebruiken. Er ontstaat een risico op postoperatieve wondinfecties indien er onthaard wordt met een scheermesje. Vaak bepalen logistieke of praktische argumenten het tijdstip waarop het haar van patiënten verwijderd wordt. Met een scheermesje wordt het haar best zo kort mogelijk voor de ingreep verwijderd. Bij gebruik van een clipper is het tijdstip van ontharen minder belangrijk. De CDC (Center of Disease Control and Prevention) stelt dat, indien er onthaard moet worden, dit best zo kort mogelijk voor de ingreep gebeurt. In de operatiezaal zelf mag er niet onthaard worden omdat het werkveld steriel moet zijn (3M, 2007).

2.3.5.2 Peroperatief

De patiënt wordt geïnstalleerd in rugligging. Hij/zij ligt op een plat, horizontaal vlak met de benen gestrekt naast elkaar. Wanneer de patiënt nog niet onder narcose is en nog alle gevoel heeft in zijn/haar lichaam, is het best om te vragen of hij/zij gemakkelijk ligt. De patiënt kan nu zelf aangeven of er een ledemaat niet goed ligt of dat hij/zij het 'te plat' vindt. Als er geen bezwaren zijn van de anesthesiologische of chirurgische kant, dan kan op aanwijzing van de patiënt de houding meer comfortabel gemaakt worden. De benen van de patiënt dienen naast elkaar gelegd te worden of er kan gevraagd worden aan de patiënt om dit zelf te doen. Omdat patiënten vaak de operatietafel als smal ervaren, zijn ze geneigd de benen over elkaar te leggen. Dit kan echter drukplekken opleveren in het talo-tibiale gebied van het onderste been (Van Reekum, 2012).

2.3.5.3 Postoperatief

De wonden bij laparoscopische chirurgie worden gelijmd met Dermabond® en hebben geen verband nodig. Dermabond® wordt gehanteerd om kleine incisies te repareren. Er werd bewezen dat deze lijm het wondherstel bevordert, een flexibele waterbestendige beschermende bekleding geeft en de noodzaak van het verwijderen van hechtingen elimineert. Daarnaast beschikt Dermabond® over beschermend effect voor bacteriën (Trott, 2012).

Bij de conventionele chirurgie geldt er een droog aseptische wondzorg. Het verband dient enkel vervangen te worden wanneer het vuil wordt of loskomt. Met de speciale geplastificeerde verbanden (bv. Mepore®) mag de patiënt vanaf de dag na de ingreep douchen (Jessa Ziekenhuis, 2014).

2.3.6 Postoperatieve aandachtspunten

Uit een ander onderzoek (Simons et al., 2009) wordt geconcludeerd dat het opleggen van een tijdelijk verbod om te heffen, deel te nemen aan sport of te werken na de inguinale hernia-operatie, niet noodzakelijk is. Waarschijnlijk is een beperking op het tillen van zware gewichten voor 2-3 weken voldoende.

Het meeste ongemak na zo'n ingreep ontstaat tijdens sportieve activiteiten en het beklimmen van een trap, de meeste inspannende en veeleisende taken. Ook op lange termijn blijkt dat postoperatieve pijn steeds vaker een probleem is onder de jongere patiënten. Dit kan verklaard worden door het feit dat jongere mensen meestal actiever zijn en verwachten dat ze verschillende soorten activiteiten meteen kunnen uitvoeren (Kalliomäki et al., 2008).

2.3.7 Postoperatieve complicaties

De kans op het ontstaan van grote complicaties is klein. Sterfte is uiterst zeldzaam (< 1%). Kleine complicaties kunnen echter vrij frequent voorkomen. Het gaat dan vooral over postoperatieve pijn, misselijkheid, braken, slaperigheid, vermoeidheid, hoofdpijn en keelpijn. De aanwezigheid van deze symptomen kan invloed hebben op de duur van het verblijf in het ziekenhuis en kan mogelijk problemen veroorzaken bij het hervatten van de normale dagelijkse activiteiten. Mogelijke bijwerkingen na de operatie worden verlaagd door gebruik te maken van passende klinische paden (Castoro et al., 2007).

Het risico op chronische pijn is aanzienlijk hoger (10%). Bij 2% van deze gevallen is er zelfs sprake van arbeidsongeschiktheid en ernstige belemmering van het normale dagelijks functioneren, ten gevolge van de pijn. Bij meer dan de helft van de chronisch gevallen blijkt de pijn neuropatisch zijn. Dit wil zeggen dat de pijn die ervaren wordt, ontstaat door beschadiging, irritatie of beknelling van een van de lieszenuwen. De pijn wordt ervaren als stekend of brandend van aard. Veel mannen klagen over pijnlijke ejaculatie. Bij vrouwen kan er sprake zijn van dyspareunie of postorgasme pijn. De andere helft van de gevallen van chronische pijn toe te schrijven aan irritatie van de ductus deferens en omgevende structuren, of door reactie van het steunweefsel. Indien de pijn blijvend of terugkerend is, valt verwijdering van de betrokken zenuw te overwegen (Gooszen et al., 2012).

De huid kan ook hypesthetisch of overgevoelig worden bij aanraken. Dit gevoel kan gepaard gaan met een veranderd gevoel voor koude. Nabij het lieslitteken kan ook een 'triggerpunt' worden aangemerkt. Dit is een punt van maximale pijn. Bij palpatie kan dit punt intense uitstraling geven naar de binnenzijde van de lies en het bovenbeen, de voorzijde van het bovenbeen, de testis, en zelfs over de spina iliaca naar de rug (Gooszen et al., 2012).

Wanneer er sprake is van een nociceptieve oorzaak, kan visualiserend onderzoek met echo of CT-scan een liesbreukrecidief aantonen of uitsluiten. Adductorentendinopathie of periostitis kan met fysiotherapie of lokale injecties behandeld worden. De pijn kan ook veroorzaakt worden door de aanwezigheid van het ingebrachte prothesemateriaal. Dit prothesemateriaal heeft de neiging in te groeien in de musculatuur, te krimpen of op te krullen. Het verwijderen van (delen van) het prothesemateriaal kan sterk bijdragen aan pijnvermindering (Gooszen et al., 2012).

3 Besluit

Het chirurgisch daghospitaal heeft een breed spectrum van chirurgische ingrepen en/of onderzoeken. Door steeds nieuwe verbeteringen wordt dit spectrum van chirurgische ingrepen meer uitgebreid.

Bij de drie ingrepen die besproken zijn blijkt pijn een frequent voorkomende postoperatieve complicatie. Uit de literatuur (zie 2.1.5 Postoperatieve complicaties bij anale ingrepen, 2.2.8 Postoperatieve complicaties bij schouderarthroscopieën en 2.3.7 Postoperatieve complicatie bij liesbreukoperaties) blijkt ook dat een arthroscopie van de schouder een lange revalidatie vergt. Tevens het even voor de patiënt pijnvrij zijn/haar dagelijkse activiteiten weer kan hervatten. Er is dus sprake van een beperkingen binnen de dagelijkse activiteiten van de patiënt. Dit geldt ook voor de anale ingrepen en de liesbreukoperaties.

Er zal nagegaan worden of deze vaststellingen effectief kloppen wanneer de patiënt dezelfde dag ontslagen worden na een ingreep op het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator. Hiervoor wordt een vragenlijst opgesteld die wordt afgenomen bij patiënten die vrijwillig willen deelnemen aan het onderzoek. Daarnaast zal er ook meer informatie beschikbaar zijn over de ervaring van de patiënten in het chirurgisch daghospitaal en hun ervaring tijdens de eerste postoperatieve dag.

Praktisch deel

Inleiding

Net zoals voor het theoretisch gedeelte, is er voor het praktisch gedeelte van deze bachelorproef ook vertrokken vanuit de strategiekaart (bijlage 1) van het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator. Zoals ieder ziekenhuis en iedere afdeling, probeert het chirurgisch daghospitaal zich steeds verder te ontwikkelen. De afdeling stelt doelstellingen op die binnen een vijftal jaar bereikt moeten worden. De strategiekaart is dan ook opgebouwd uit hoofddoelstellingen en criteria om deze te bereiken.

Bij de hoofddoelstelling “We coachen de patiënt als partner doorheen het verzorgingsproces met aantoonbare kwaliteit” wordt “telefonische feedback postoperatief verloop” als laatste criterium aangegeven. Vanuit dit criterium is het praktisch gedeelte van deze bachelorproef gegroeid.

In het praktische gedeelte worden de volgende onderwerpen besproken: selectiecriteria van de patiënten en voor de ingreep, verloop dagopname, pijnbeleid en ontslagcriteria.

Om de telefonische feedback over het postoperatief verloop te kunnen realiseren zijn de volgende stappen doorlopen. Waarom telefonisch contact, de vragenlijst, het telefonisch afnemen van de vragenlijst en de gegevensverwerking. Deze stappen zullen later toegelicht worden. De gegevensverwerking stelt ons verder in staat om conclusies te trekken.

1 Selectiecriteria

Expliciet geformuleerde selectiecriteria zijn elementair voor de werking van een dagziekenhuis. Het koninklijk besluit van 16 augustus 2006 bevat de normen waaraan een chirurgisch daghospitaal moet voldoen om erkend te worden. Artikel 8 beschrijft dat de selectiecriteria voor zowel patiënten als ingrepen schriftelijk vastgelegd moeten worden. Welke selectiecriteria dit zijn, verschilt per ziekenhuis (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2012).

1.1 Selectie van patiënten

De patiënt wordt zowel op medisch heelkundig als op psychologisch vlak onderzocht. De sociale situatie van de patiënt wordt ook nagegaan (Cenens & Van Dessel, 2002).

De *medisch heelkundige toestand* van de patiënt wordt onderzocht om risicopatiënten uit te sluiten (Cenens & Van Dessel, 2002).

Om te bepalen welke chirurgische patiënten in aanmerking komen voor dagchirurgie hanteren veel specialisten de *classificatie van de American Society of anesthesiologists (ASA-classificatie)*. Die schaal verdeelt de patiënten in vijf klassen volgens hun algemene gezondheidstoestand. Deze vijf klassen worden verder toegelicht in bijlage 2. Tot welke klasse de patiënt behoort, wordt bepaald door de anesthesist op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek. Voor dagchirurgie worden patiënten toegelaten die behoren tot de klassen ASA 1, ASA 2 en soms ook ASA 3. Patiënten die tot ASA 4 en ASA 5 behoren worden niet behandeld in het chirurgisch daghospitaal, hoewel hieromtrent geen wettelijke bepaling is (Cenens & Van Dessel 2002).

Naast de algemene gezondheidstoestand van de patiënt bepalen het type heelkunde, de aard van de anesthesie en de gebruikte anesthetica of de patiënt in aanmerking komt voor daghospitalisatie (Cenens & Van Dessel, 2002).

Naast deze medische kenmerken spelen ook *de psychosociale factoren* een rol. Het is belangrijk om rekening te houden met de eigen wensen en gevoelens van de patiënt tegenover dagbehandeling. In het anamnesegesprek wordt nagegaan of de patiënt psychologisch in staat is om de gevolgen van de ingreep thuis te verwerken en of hij/zij voldoende geïnformeerd is. De patiënt moet zeker positief gemotiveerd zijn om voor daghospitalisatie in aanmerking te komen. Hij/zij moet inzicht hebben in de nazorg en over voldoende discipline en vertrouwen beschikken (Cenens & Van Dessel, 2002).

De *sociale criteria* dienen voornamelijk om de opvang thuis na te gaan. De patiënt moet zorgen voor een begeleider en voor vervoer naar huis na de dagbehandeling. Gedurende de volgende 24 uur moet er iemand uit zijn/haar naaste omgeving beschikbaar zijn. De patiënt moet telefonisch bereikbaar zijn en mag gedurende de eerste 24 uur na ontslag niet alleen gelaten worden. Hij/zij moet zich kunnen verplaatsen (Cenens & Van Dessel, 2002).

Een belangrijk criterium is dat de patiënt op een veilige manier naar huis kan worden gestuurd, waarbij het herstel niet nodeloos wordt bemoeilijkt. De patiënt en zijn/haar omgeving moeten op de hoogte zijn van de postoperatieve nazorg en geïnformeerd worden over wat ze moeten doen bij complicaties (Cenens & Van Dessel, 2002).

Als algemene regel kan er gesteld worden dat zowel de patiënt als de artsen zich comfortabel moeten voelen bij de dagbehandeling (Cenens & Van Dessel, 2002).

1.2 Selectiecriteria voor de ingreep

De ingrepen, onderzoeken of behandelingen voor dagchirurgie moeten geselecteerd worden op basis van het criterium dat er slechts enkele uren medische en verpleegkundige zorg noodzakelijk zijn (Cenens & Van Dessel, 2002).

Algemene criteria hierbij zijn volgens Cenens en Van Dessel (2002):

- de ingrepen moeten kortdurend zijn en niet te uitgebreid;
- de ingrepen mogen geen systematisch effect veroorzaken (bv. blaasretentie);
- de ingrepen mogen niet gekenmerkt worden door een uitgesproken postoperatieve pijn of zwelling;
- de ingrepen mogen geen risico inhouden op nabloeding;
- de postoperatieve zorg moet eenvoudig zijn;
- de kans op verwikkelingen moet zo beperkt mogelijk gehouden worden;
- de patiënt mag niet geïnfecteerd zijn;
- de ingreep mag niet urgent zijn.

Hiernaast zijn er ook specifieke criteria volgens Cenens en Van Dessel (2002):

- de ervaring van de chirurg en de anesthesist is van groot belang bij het uitvoeren van een ambulante chirurgie;
- elke discipline heeft haar eigen criteria om bepaalde ingrepen al dan niet ambulante uit te voeren.

2 Verloop dagopname

2.1 Voorbereiding dagopname

Door middel van preoperatieve medische onderzoeken worden er mogelijke operatierisico's vastgesteld. Op deze manier wordt de zorgvrager medisch gezien in een zo optimaal mogelijke conditie gebracht voor de operatie. Voor de dag van de operatie neemt de behandelde chirurg een medische anamnese af en wordt er een algemeen lichamenlijk onderzoek verricht. Bij het lichamenlijk onderzoek worden verschillende lichamenlijke functies gecontroleerd. Dit wordt uitgevoerd door middel van inspectie, auscultatie en percussie. Er dient enkel nader onderzoek uitgevoerd te worden naar het functioneren van organen wanneer daar een aanleiding voor bestaat, zoals bijvoorbeeld hartritimestoornissen, ademhalingsproblemen, etc. Zo nodig worden er andere specialisten geraadpleegd om medische risico's tot een minimum te beperken. Routinematig worden een aantal bloed- en urineonderzoeken gedaan. Volgens de standaardprocedure kunnen er ook röntgenthoraxfoto's en een elektrocardiogram uitgevoerd worden (Sesink & De Jong, 2005).

In het onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mogelijke preoperatieve onderzoeken, gebaseerd op de ASA-classificatie, leeftijd, andere mogelijke risicofactoren, etc. Er wordt ook een kruisproef uitgevoerd wanneer er sprake is van een ingreep waar een bloedtransfusie mogelijk is (Moechars, Thijsen, Bollen, Ignoul, Lenskens & Vanaenrode, 2012).

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV (V)
ECG	<ul style="list-style-type: none"> • routine > 50 jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • > 50 jaar of bij cardiovasculaire -, nier-, of longaandoeningen, bepaalde medicatie (1) 		<ul style="list-style-type: none"> • ECG = routine
LABO co, iono, glyc, nierfie, stolling (PT, APTT)	<ul style="list-style-type: none"> • routine > 60 jaar • < 60 jaar: op indicatie 	<ul style="list-style-type: none"> • routine > 60 jaar • bij cardiovasculaire, nier-, of longaandoeningen, obesitas, diabetes, leverziekte, alcoholisme • bij intermediaire of majeure chirurgie (2) 		<ul style="list-style-type: none"> • labo = routine
Thorax	<ul style="list-style-type: none"> • alleen op indicatie 	<ul style="list-style-type: none"> • bij cardiovasculaire -, nier-, of longaandoeningen 		
Bloedgroep Kruisproef	<ul style="list-style-type: none"> • ingrepen waar transfusie mogelijk is 			
Consultatie Anesthesie		<ul style="list-style-type: none"> • op indicatie (bij intermediaire of majeure chirurgie (2)) 		<ul style="list-style-type: none"> • bij intermediaire of majeure chirurgie (2)
Consultatie Cardiologie		<ul style="list-style-type: none"> • indien meer dan 2 cardiale risicofactoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ > 70 jaar ○ ischemisch hartlijden (exclusief eerdere revascularisatie > 6 weken geleden: PTCA / CABG) ○ congestief hartlijden ○ CVA / TIA in voorgeschiedenis ○ insulinegebruik ○ serumcreatinine > 2 mg/dl • Patiënten met een pacemaker die recent (1 jaar) zijn gecontroleerd, dienen niet meer systematisch preOP nagekeken tenzij de chirurgie in de buurt van de pacemaker is. (CABG, hoofd-, halschirurgie) • ICD's worden steeds afgezet in de operatiezaal en post-OP onmiddellijk terug geactiveerd (cardioloog steeds preoperatief verwittigen) 		<ul style="list-style-type: none"> • angor • myocardinfarct in voorgeschiedenis • hartdecompensatie • diabetes • nierinsufficiëntie • ! aritmie: <ul style="list-style-type: none"> - AV-blok: 2^e en 3^e gr - ventriculaire arritmien - snelle VKF / VK flutter • ! kleplijden
Longfie / BGW			<ul style="list-style-type: none"> • op indicatie 	

Tabel 1: overzicht van de mogelijke preoperatieve onderzoeken met aandacht voor de ASA-classificatie (1, neuroleptica; 2, classificatie chirurgie volgens cardiaal risico). Overgenomen van [onuitgegeven intern document] (2012). Moechars, Thijsen, Bollen, Ignoul, Lenskens, & Vanaenrode.

Tijdens de consultatie met de arts krijgt de patiënt een preoperatieve vragenlijst van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator (bijlage 3), die hij/zij thuis moet invullen, eventueel met behulp van de huisarts. Deze preoperatieve vragenlijst bestaat uit een verpleeganamnese en een medicatieformulier. Het is niet altijd noodzakelijk een zeer uitgebreide vragenlijst te gebruiken. Afhankelijk van de operatie-indicatie en de gezondheidssituatie van de zorgvrager kunnen er (bijkomende) vragen gesteld worden (Sesink & De Jong, 2005).

Tegenwoordig gebruiken veel patiënten één of meer medicamenten, bijna een kwart vanwege cardiovasculaire stoornissen. Een groot deel van de patiënten gebruikt psychofarmaca en hormoonvervangende therapie, maagzuuremmers of analgetica. Het gevaar van anesthesie is dat een groot deel van de medicatie kan interfereren met anesthetica en daardoor ernstige complicaties kan uitlokken. Zo veroorzaken anticoagulantia stollingsstoornissen. Indien mogelijk worden anticoagulantia drie tot vier dagen voor de ingreep gestopt. Aspirine wordt vaak als trombocytenuitremmer toegepast. Bij voorkeur wordt aspirine zeven tot tien dagen voor de operatie niet meer ingenomen, uitgezonderd bij patiënten met instabiele coronaire klachten. Medicatie die voor een ingreep meestal niet wordt gestopt, is die ter behandeling van cardiale afwijkingen, astma, epilepsie, depressie en endocriene stoornissen omdat stoppen van deze opgenoemde farmaca problemen kan veroorzaken (Hennis & Leusink, 2007).

Volgens Sesink en Jüngen (2010) wordt er met behulp van een preoperatieve vragenlijst een eerste indruk van de patiënt bekomen. Vervolgens wordt er in de anamnese gericht op de afwijkende of onduidelijke punten die uit de vragenlijst komen. Vragenlijst en anamnese gaan over de eerder genoemde mogelijke aandoeningen zoals cardiale en pulmonale aandoeningen, etc. Daarnaast worden mogelijke allergieën, zwangerschap, andere ervaringen met anesthesie, etc. bevestigd.

Uit recent onderzoek van Presles (2008) blijkt dat wanneer de patiënt niet nuchter is, hij/zij een groot risico loopt op een aspiratiepneumonie. Een patiënt dient zes uur nuchter te zijn voor de chirurgische ingreep. De regel van zes uur is een doeltreffende maatregel om deze ernstige complicatie te helpen voorkomen, maar zo lang nuchter blijven kan gepaard gaan met ontregelingen van het metabolisme en ook met een psychologische ontregeling. Vooral het tekort aan water en het dorst- en hongergevoel kunnen patiënten parten spelen. Om deze ongemakken gedeeltelijk te verhelpen wordt er in bepaalde gevallen licht afgeweken van de regel. Eten blijft in ieder geval ten strengste verboden, maar het innemen van een "heldere vloeistof" tot twee uur voor de anesthesie kan wel worden toegestaan. Onder heldere dranken verstaat men vloeistof die geen bestanddeeltjes bevatten, geen vet (dus geen melk of zuivel) en geen alcohol: water, koffie, fruitsap zonder pulp, gezoete dranken zonder prik behoren tot de mogelijkheden.

In elk ziekenhuis variëren de protocollen rondom het nuchter zijn. In veel ziekenhuizen geldt dat een patiënt die in de ochtend geopereerd wordt vanaf middernacht niets meer mag eten of drinken (Sesink & Jüngen, 2012).

2.2 Preoperatief

Bij de aankomst op het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, moet de patiënt zich aanmelden bij het secretariaat. De patiënt dient daarna te wachten in de wachtzaal tot een verpleegkundige de patiënt begeleidt naar zijn/haar kamer. Nadien wordt de kamer uitgelegd aan de patiënt. Vervolgens gebeurt er een anamnese op basis van de ingevulde vragenlijst. Er dient gekeken te worden of er veranderingen zijn in de gezondheidssituatie van de patiënt en/of in het medicijngebruik. Er dient ook gecontroleerd te worden of de patiënt alle informatie goed begrepen heeft en de instructies rondom nuchter zijn goed opgevolgd heeft. De verpleegkundige dient informatie te geven omtrent het verloop van de opname en het postoperatieve herstel. Naast het bekomen van informatie over de patiënt moet er in de verpleegkundige anamnese aandacht besteed worden aan de psychische gesteldheid van de patiënt. Er dient geluisterd te worden naar de verwachtingen van de patiënt over de operatie en naar zijn/haar kijk op eventuele mogelijke gevolgen (Jessa Ziekenhuis, 2014).

Angsten en zorgen dienen tijdens het anamnesegeprek ter sprake te komen (Sesink & Jüngen, 2012).

In het verleden werd premedicatie routinematig voorgeschreven. Dit komt momenteel steeds minder voor. Tegenwoordig dient premedicatie een duidelijk doel te hebben. Dit doel kan voortkomen uit het soort operatie, de psychische gesteldheid en/of lichamelijk conditie van de patiënt. Premedicatie wordt voornamelijk voorgeschreven om de patiënt rustiger te maken. Hiervoor wordt vaak gebruik gemaakt van een benzodiazepine. Daarnaast worden bij kortdurende ingrepen met matige postoperatieve pijn vaak paracetamol en een NSAID gegeven. Opiaten worden daarentegen alleen postoperatief gegeven indien patiënten veel pijn hebben (Sesink & Jüngen, 2012).

In het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, krijgt de patiënt standaard een tablet Xanax®. Het operatiekwartier belt de secretaresse wanneer de patiënt gepremediceerd mag worden (Jessa Ziekenhuis, 2014).

Voor de patiënt naar het operatiekwartier vertrekt, moet hij/zij eerst nog urineren zodat de blaas leeggemaakt is. Een volle blaas kan tijdens de ingreep leeglopen waardoor de patiënt een langere tijd op natte lakens ligt met een verhoogde kans op afkoeling en decubitus als gevolg. Bij vertrek is de patiënt gekleed in een operatiehemd, is make-up verwijderd, zijn/haar sierraden en piercings verwijderd, is de gebitsprothese verwijderd en heeft de patiënt een identificatiebandje om. In sommige gevallen mogen bril en gehoorapparaat inblijven, afhankelijk van het soort ingreep en anesthesie. Contactlenzen moeten voor de veiligheid altijd verwijderd worden (Sesink & Jüngen, 2012).

In het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, worden deze punten overlopen aan de hand van een time-out-procedure (bijlage 4). Wanneer dit in orde is, wordt er aan het operatiekwartier doorgegeven dat de patiënt volledig voorbereid is. Dit wordt gedaan aan de hand van een computerprogramma. In sommige ziekenhuizen wordt er enkel gewerkt met een computerprogramma waarop aangeduid moet worden dat de patiënt voorbereid is. Op deze manier kan het operatiekwartier zien dat de patiënt voorbereid is en op deze manier de patiënt oproepen, waarop het personeel van het vervoer de juiste patiënt gaat halen. De anesthesist zal langskomen bij de patiënt en samen met de verpleegkundige in het operatiekwartier opnieuw de gegevens overlopen (Bauters, 2015).

Uit een onderzoek van Gilmartin en Wright (2008) blijkt dat de meerderheid van de patiënten zich verlaten voelen in de preoperatieve fase. Het is dus van cruciaal belang om emotionele ondersteuning te garanderen en er sprake is van een persoon-gerichte zorg. Er is ook noodzaak om te weten dat bepaalde omgevingsfactoren impact kunnen hebben op de angst van de patiënten. Lange periodes van preoperatief wachten worden verergerd door de verhoogde nerveuze spanning en verveling.

2.3 Peroperatief

Tijdens de anesthesie worden de autonome reflexen van de patiënt onderdrukt met als gevolg dat de regelsystemen van de patiënt ontregeld raken, waardoor de vitale functies in gevaar kunnen komen. Deze vitale functies dienen goed bewaakt en indien nodig ondersteund te worden door de anesthesioloog en anesthesiemedewerker. De anesthesiemedewerker is verantwoordelijk voor het aanwezig zijn en het goed functioneren van de apparatuur. De anesthesiemedewerker moet verplicht aanwezig zijn in het operatiekwartier volgens het rapport van de gezondheidsraad uit 1978 (Sesink & Jüngen, 2012).

2.4 Postoperatief en ontslag

In de directe postoperatieve fase kunnen problemen ontstaan ten gevolge van de operatie en/of de anesthesie. Daarom komen patiënten eerst te recht in de recovery waar de patiënten hun ademhaling, kleur, bewustzijn, gedrag, pijn, bloedverlies, wonde, aanwezige drains en katheters, etc. geobserveerd worden. Daarnaast moeten de temperatuur, zuurstofsaturatie, bloeddruk en electrocardiografie regelmatig of continue gemeten worden. Patiënten kunnen in de recovery hevige emoties ervaren enerzijds ten gevolge van de ontremming die sommige anesthetica en analgetica met zich meebrengen waardoor emoties versterkt worden. Anderzijds hebben patiënten in de recovery nog niet altijd een volledig helder bewustzijn. Daarom is het belangrijk om ook oog te hebben voor de emoties van de patiënt (Sesink & Jüngen, 2012).

Wanneer de patiënt terug naar het chirurgisch daghospitaal gaat, moet hij/zij aan een aantal eisen voldoen. In het algemeen moet de VAS-score lager dan 4 voordat een patiënt terug naar zijn/haar kamer mag (Sesink & Jüngen, 2012).

Het transport van de recovery naar het chirurgisch daghospitaal dient door twee verpleegkundigen te gebeuren. Aangekomen op de afdeling, moeten meteen controles van de vitale parameters uitgevoerd worden, zoals de bloeddruk, de hartslag, de ademhalingsfrequente en het bewustzijnsniveau. Deze controles dienen ook daarna regelmatig uitgevoerd te worden (Sesink & Jüngen, 2012).

Wanneer de patiënt geen last heeft van postoperatief nausea/braken, mag hij/zij beginnen te drinken. Als de patiënt geen problemen ondervindt met drinken, mag hij/zij thuis beginnen met lichte voeding. De voeding mag dus niet vettig, zwaar of sterk gekruid zijn. Hieronder vallen bouillon, beschuiten, yoghurt, pudding, etc. De dag na de ingreep mag de patiënt weer starten met gewone voeding (Bauters, 2015).

De verpleegkundige heeft ook de taak om de patiënt een brochure te bezorgen en hierbij ook mondeling de informatie toe te lichten. Deze informatie bestaat vooral uit aandachtspunten na de operatie en waar de patiënt terecht kan bij bepaalde problemen. Er moet dus zowel schriftelijke als mondeling informatie gegeven worden aan de patiënt. Wanneer de arts op de kamer is geweest, en zijn goedkeuring voor ontslag geeft, mag de patiënt onder begeleiding naar huis. De patiënt moet aan de ontslagcriteria voldoen voor dat hij/zij mag vertrekken. Deze worden toegelicht in de rubriek "4. Ontslagcriteria" (Jessa Ziekenhuis, 2014).

2.5 Informatie

Verstrekking van passende en correcte informatie over alle fasen van het chirurgisch proces is belangrijk. Niet alleen voor het welslagen van de procedure, maar ook voor de veiligheid van de patiënt. Informatie over medische en organisatorische aspecten moeten op een gestructureerde manier verstrekt worden aan de patiënt. Het gebruik van zowel mondelinge als schriftelijke informatie is van essentieel belang (Castoro et al, 2007).

Door het geven van goede informatie kan eventueel aanwezige angst voor een groot deel weggenomen worden. Een goede voorlichting geeft de patiënt het gevoel meer controle te hebben over de situatie. Veel angsten bij de patiënt en/zijn familie zijn gebaseerd op onjuiste/onvoldoende informatie (Sesink & Jüngen, 2012).

3 Pijnbeleid

Al tijdens het peroperatief consult zouden patiënten voldoende uitleg moeten krijgen zodat ze reeds vooraf weten dat het belangrijk is om pijn na de operatie te meten en om de eerste dagen voldoende pijnmedicatie in te nemen. In het chirurgisch daghospitaal krijgen ze een goede oplaaddosis van pijnmedicatie tijdens de ingreep en onmiddellijk postoperatief wordt er gestart met een onderhoudsdosis om te voorkomen dat de pijn optreedt. Bij het ontslag van een patiënt wordt er een aangepast pijnvoorschrift meegegeven en moet er op het hart gedrukt worden dit na te leven zolang de pijn aanhoudt (Vlaamse vereniging intensieve zorgen verpleegkundigen, 2008).

Goede postoperatieve pijncontrole is een belangrijk onderdeel van postoperatieve zorg. Ongeveer 30-80% van de postoperatieve patiënten klaagt echter over matige tot ernstige postoperatieve pijn. Onvoldoende pijnbestrijding kan het herstel van een patiënt beïnvloeden en leiden tot een langdurig ziekenhuisverblijf en verhoogde medische kosten (Pöpping et al., 2008).

Pijn kan zorgen voor beperkingen binnen de activiteiten van het dagelijkse leven en professionele prestaties. Pijn plaatst dus een cruciale sociaal-economische last op de maatschappij (Kalliomäki et al., 2008).

De meerderheid van de pijn-gerelateerde perioden treden op tijdens de eerste zeven postoperatieve dagen. Een effectieve pijnbestrijding is noodzakelijk om de pijn te kunnen verlichten. Pijnbestrijding is niet enkel zinvol om de pijnintensiteit te verminderen, maar ook om het comfort van de patiënt te verhogen (Polomano et al., 2008).

Uit een onderzoek (Pöpping et al., 2008) blijkt dat verpleegkundigen en artsen onvoldoende geïnformeerd zijn over de mogelijke gevolgen, bijwerkingen en complicaties van pijntherapie. oor dit gebrek aan kennis worden patiënten niet voldoende gevolgd. Dit leidt tot onvoldoende pijnbestrijding en bestrijding van mogelijke bijwerkingen. Daarnaast zijn de patiënten onvoldoende op de hoogte van de pijnbestrijding en pijnmedicatie, wat voor een slechte therapie kan zorgen. Ook dit probleem draagt bij aan een onvoldoende pijnbestrijding. Aan beide problemen moet er meer aandacht besteed worden.

Naast pijn zijn de meest voorkomende symptomen in de peroperatieve periode misselijkheid en braken. Dit kan worden veroorzaakt door pijn, maar ook door gebruik van perioperatieve opioïden (Pöpping et al., 2008).

Zoals eerder vermeld spelen verpleegkundigen een centrale rol in pijnbestrijding. Verpleegkundigen dragen een grote verantwoordelijkheid om te zorgen voor een veilige en effectieve pijnbehandeling. De verpleegkundigen moeten de patiënt en zijn familie informatie geven over de pijnbehandeling en de pijn beoordelen in samenspraak met de patiënt (Polomano et al., 2008).

Een effectieve communicatie tussen patiënten, individuele verzorger en ander medisch personeel is van cruciaal belang om de pijnbestrijding te verbeteren (Elvir-Lazo & White, 2010).

Als behandeling van pijn worden er onder andere analgetica gehanteerd. Hierbij moet er rekening gehouden worden met de analgetische ladder van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit is een 'handvat' om beschikbare analgetica te gebruiken in relatie tot de ernst van de pijn. Er is sprake van een onderhoudsdosering om pijn effectief te bestrijden. Dit wil zeggen dat de frequentie van de inname samenhangt met de farmacokinetische eigenschappen van het desbetreffende middel. Het is moeilijk om sommige

patiënten hiervan te overtuigen. Het 'zo nodig' voorschrijven leidt tot pijnlijke periodes omdat de volgende dosering te laat ingenomen wordt. Daarnaast wordt vaak onnodig de dosering verhoogd omdat er van wordt uitgegaan dat deze dosering ontoereikend is. 'Zo nodig' medicatie wordt gebruikt in geval van doorbraakpijn, procedre-gerelateerde pijn, etc. (Vielvoye-Kerkmeer, Van Wijhe & Van Dijk, 2009).

Op de analgetische ladder wordt als eerste stap een niet-opioïd analgeticum aangegeven. Enerzijds heb je Paracetamol®. Dit is de eerste keuze. In combinatie met opioïden neemt het analgetisch effect toe. Anderzijds worden NSAID's (non-steroidal anti-inflammatory drugs) gebruikt. Dit zijn niet-steroïde ontstekingsremmers. NSAID's geven een reversibele blokkering van het enzyme cyclo-oxygenase, zodat de vorming van onder andere prostaglandines geremd wordt. Combinaties van NSAID's of een combinatie met steroïden kunnen een toename van bijwerkingen veroorzaken. Tevens zijn er geen gecontroleerde klinische studies die aantonen dat combinaties een beter analgetisch effect realiseren dan elk middel afzonderlijk (Vielvoye-Kerkmeer, Van Wijhe & Van Dijk, 2009).

De tweede trede van de analgetische ladder wordt gevormd door zwakke opioïde analgetica. Er is een onderscheid te maken tussen 'zwakke' en 'sterke' opioïden dat gebaseerd is op het feit dat eenzelfde effect wordt bereikt met een lagere dosering van een sterk opioïd dan met dosisverhoging van een zwak opioïd. Codeïne® en Tramadol® behoren tot de zwakke opioïden. Codeïne® heeft een sterk obstiperend effect. Codeïne® is het meeste effectief in combinatie met Paracetamol®. Tramadol® komt voor in twee verschillende vormen, namelijk de IR-vorm (immediate release) en de SR-vorm (slow release). Tramadol® geeft beduidend minder obstipatie dan codeïne. Het gelijktijdig gebruiken van Codeïne® en Tramadol® is niet zinvol. De combinatie Paracetamol® en Tramadol® is een goede optie. Belangrijk is wel om de patiënt te informeren dat hij/zij minstens twee weken een stabiele dosering van een opioïd moet gebruiken om een voertuig te mogen besturen. Het besturen van een voertuig is niet toegestaan tijdens het 'intitreren' naar een juiste dosering en gedurende de eerste twee weken van gebruik aangezien de patiënt duizelig kan worden van deze medicatie (Vielvoye-Kerkmeer, Van Wijhe & Van Dijk, 2009).

Op de derde trede bevinden zich de sterkere opioïden waarvan lage dosering een relatief sterk werkend effect heeft. De angst voor een sterker opioïd is een groot probleem binnen de analgetische ladder omdat deze angst helaas vaak verhindert dat er gekozen wordt om de derde trap van de ladder te betreden. Het voorschrijven van deze medicatie wordt nogal eens onnodig uitgesteld door misvattingen zoals dat deze een verslavende werking hebben, zorgen voor een levensverkorting, mogelijke ademhalingsproblemen tot gevolg hebben, etc. Bespreking van de misvattingen met de patiënt en familie neemt veel vooroordelen weg. De begindosering hangt af van de eerder gebruikte medicijnen en de ernst van de pijn. Mocht de pijn verminderen is het geen probleem om de dosering geleidelijk te verlagen en met de medicatie te stoppen. Voorbeelden van sterkere opioïden zijn Buprenorfine®, Fentanyl®, Hydromorfon®, Methadon®, Morfine® en Oxycodon®. Deze zijn verschillend van structuur en aangrijpingspunt. Zowel Buprenorfine® als Fentanyl®, Methadon® en Oxycodon® hebben enig effect op neurogene pijn en minder op neuropathische pijn. Delier is een frequente bijwerking. Het bewustzijn is wisselend gestoord met daarbij mogelijk aanwezig onrust, of in geval van een stil delier, juist apathie en verlies van initiatief. Er kunnen ook hallucinaties en/of wanen voorkomen (Vielvoye-Kerkmeer, Van Wijhe & Van Dijk, 2009).

Er bestaat de mogelijkheid voor een opioïdswitch. Omdat de mogelijke opioïden elk verschillende aangrijpingspunten hebben in het receptoreengebied, ervaart iedere patiënt de pijnmedicatie anders, zowel op gebied van het effect van de pijnstilling als op gebied van mogelijke bijwerkingen. Bij het vervangen van opioïden door andere dient rekening gehouden te worden met mogelijke overdosering. Redenen voor een opioïdswitch zijn onvoldoende effect, bijwerkingen of wijzigingen in de fysieke conditie van de patiënt (Vielvoye-Kerkmeer, Van Wijhe & Van Dijk, 2009).

3.1 Pijnbeleid op het chirurgisch daghospitaal

Tijdens het verblijf in het CDH van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator, krijgt de patiënt een zo optimaal mogelijke pijnbestrijding. Wanneer de patiënt aangeeft dat hij/zij pijn heeft, krijgt hij/zij Paracetamol® 100ml intraveneus toegediend, afhankelijk van het tijdstip waarop de patiënt andere pijnmedicatie heeft gekregen in de ontwaakruimte. Wanneer er geen 6 uur verstreken is na toediening van de vorige Paracetamol®, krijgt de patiënt een minibag NaCl 0,9% 50 of 100ml met Litican® en Contramal®. De dosis Litican® en Contramal® wordt bepaald door het gewicht en de leeftijd van de patiënt. Wanneer de patiënt misselijk wordt, krijgt hij/zij Avessa® toegediend (Bauters, 2015).

Bij het ontslag van een patiënt in het chirurgisch daghospitaal krijgen sommige patiënten, afhankelijk van de ingreep en de behandelde arts, een pakket pijnmedicatie mee op advies van de arts. De pijnpakketten worden opgedeeld op basis van het gewicht van de patiënt en/of zijn/haar leeftijd. Er zijn vier soorten medicatie die aan bod komen in het pijnpakket. Eerst en vooral is er Dafalgan® 1g. Dafalgan® is een analgeticum en een antipyreticum. Dit wordt gebruikt bij de symptomatische behandeling van pijn en koorts. Dafalgan® heeft een interval van 6 uur. Daarnaast is er Brufen® 400mg of 600mg (afhankelijk van de leeftijd en het gewicht van de patiënt). Ook deze medicatie is zowel een analgeticum als een antipyreticum. Daarnaast behandelt Brufen® ook ontstekingen. Brufen® heeft ook een interval van 6 uur. Ook Pantomed® 20 mg kan voorkomen in het pijnpakket. Pantomed® is een geneesmiddel dat de hoeveelheid zuur die in de maag wordt geproduceerd, vermindert. Dit kan worden meegegeven als maagbeschermer omwille van de 'zware' medicatie. Ten slotte is er ook nog Contramal® 50 mg. Dit is een analgeticum met een centrale werking. Het is dus een krachtig geneesmiddel dat middelmatige tot sterke pijn stilt. Het pijnstillend effect treedt snel op en duurt enkele uren. Er is sprake van een interval van 12 uur (Vanaenrode, z.j.).

Er wordt telkens advies verstrekt bij het meegeven van een pijnpakket aan een patiënt. Eerst en vooral wordt er meegegeven welke interval de medicatie heeft. Daarnaast wordt er aangeraden om de aanbevolen dosis zeker niet te overschrijden. Al deze informatie is terug te vinden op een document dat toegevoegd is aan het pijnpakket (Vanaenrode, z.j.).

In tabel 2 worden de mogelijke pijnpakketten weergegeven die in het chirurgisch daghospitaal, campus Salvator gegeven worden.

	<70 kg of/en > 65 jaar	>70 kg of/en < 65 jaar
Dafalgan® 1 g	Dafalgan® 1 g: 3 x / dag (pijnpakket 1)	Dafalgan® 1 g 4 x / dag (pijnpakket 2)
Dafalgan® 1 g Brufen® Pantomed® 20 mg	Dafalgan® 1 g: 3 x / dag Brufen® 400 mg: 3 x / dag Pantomed® 20 mg: 1 x / dag (pijnpakket 3)	Dafalgan® 1 g: 4 x / dag Brufen® 600 mg: 3 x / dag (pijnpakket 4)
Dafalgan® 1 g Brufen® Contramal® 50 mg Pantomed® 20 mg	Dafalgan® 1 g: 3 x / dag Brufen® 400 mg: 3 x / dag Contramal® 50 mg: 2 x / dag Pantomed® 20 mg: 1 x / dag (pijnpakket 5)	Dafalgan® 1 g: 4 x / dag Brufen® 600 mg: 3 x / dag Contramal® 50 mg: 2 x / dag Pantomed® 20 mg: 1 x / dag (pijnpakket 6)

Tabel 2: Pijnpakketjes CDH na revisie apt. Overgenomen van [onuitgegeven intern document] (z.j.).
Vanaenrode.

Zoals eerder vermeld geven niet alle artsen een pijnpakket mee aan de patiënt. Zij geven in de meeste gevallen een medisch voorschrift mee voor de medicatie die de patiënt dient in te nemen. De hoeveelheid en frequentie van de medicatie is afhankelijk van enkele factoren bij eigen aan de patiënt zoals geslacht, gewicht, leeftijd, etc. (Vanaenrode, 2015).

Voor de anale ingrepen situeert de postoperatieve pijn zich vooral na het maken van stoelgang. Deze pijn kan verminderd worden door middel van zitbaden en laxeermiddelen. Ook het innemen van opioïden kan de pijn verminderen (Moult, Aubert & De Parades, 2014).

Bij anale ingrepen wordt er meestal Paracetamol®, Ibuprofen®, Forlax® en Pantomed® voorgeschreven. Ibuprofen® bestrijdt postoperatieve pijn en ontstekingen. Forlax® is een laxeermiddel. Dit voegt water toe aan de stoelgang waardoor deze afwijkt van zijn normale structuur en dus vloeibaarder wordt, met als gevolg dat stoelgang maken minder pijnlijk wordt (Vanaenrode, 2015).

Bij liesbreukoperaties wordt er Paracetamol®, Ibuprofen®, Tradonal odis® en Pantomed® voorgeschreven. Tradonal odis® is een analgeticum dat vooral gebruikt wordt voor verlichting van plotse of langdurige matige tot ernstige pijn (Vanaenrode, 2015).

Arthroskopische schouder operaties uitgevoerd onder algemene anesthesie zijn geassocieerd met ernstige postoperatieve pijn waarvoor de patiënt een hoge dosis opioïden moet innemen. Nausea, braken, sedatie en een incomplete pijn controle zijn vaak geassocieerd met intraveneuze opioïd analgesie. Het interscaleen brachiale plexus blok biedt een postoperatieve analgesie en vermindert de vraag naar medicatie en hun nevenwerkingen (Santoprete, Chierichini & Micci, 2014).

Aangepaste pijnbehandeling zoals ijs en pijnstillers is nodig aangezien de patiënt ondanks het interscaleen blok na de ingreep nog dagen tot weken last van pijn heeft. Dit wordt besproken met de behandelende arts. De nachten zijn vaak moeilijk doordat de patiënt niet kan liggen op de schouder en doordat hij vaak pijn heeft bij het verleggen. Slapen in een half rechtop zittende houding gaat vaak beter (zetel, relax, etc.). (Santoprete et al., 2014; Gezondheid, z.j.)

In geval van een arthroskopie van de schouder wordt er Zaldiar®, Ibuprofen® en Paracetamol® voorgeschreven. Zaldiar® is een combinatiepreparaat met twee pijnstillers, Paracetamol® en Tramadol®. Het wordt gehanteerd voor symptomatische behandeling van matige tot ernstige pijn (Vanaenrode, 2015).

4 Ontslagcriteria

4.1 Algemeen ontslagprotocol

Omdat een groot deel van het postoperatieve plaatsvindt bij de patiënt thuis, is het van vitaal belang dat de patiënt en zijn begeleider goed voorbereid zijn op het ontslag. Er moeten duidelijke richtlijnen en ontslagprotocollen worden opgesteld die strikt moeten worden nageleefd. Op deze manier kan de patiënt in alle veiligheid naar huis vertrekken (Cenens & Van Dessel, 2002).

De patiënt moet aan de voorgestelde ontslagcriteria voldoen voor hij naar huis mag:

- patiënt is georiënteerd naar plaats, persoon en tijd;
- patiënt is wakker en alert;
- patiënt kan drinken en eten;
- nausea en braken zijn onder controle;
- pijn is te tolereren;
- patiënt kan goed stappen zonder duizelig te zijn;
- er is geen of minimale bloeding die onder controle is;
- vitale parameters (bloeddruk, pols, ademhaling, temperatuur, etc.) zijn stabiel;
- wonde en verband zijn gecontroleerd en in orde;
- patiënt heeft geplast na de interventie (Cenens & Van Dessel, 2002).

Wanneer de patiënt aan de ontslagcriteria voldoet, wordt hij ontslagen door de behandelende chirurg en anesthesist. Vervolgens moeten onderstaande stappen ondernomen worden bij ontslag:

- De patiënt krijgt bepaalde medicatie mee voor de eerst volgende 24 uur en indien nodig een medicatievoorschrift voor de thuisapotheek.
- De patiënt krijgt een ontslagbrief mee voor de huisarts en een ontslagbrief voor zichzelf met de nodige richtlijnen.
- De patiënt krijgt instructies, mondelinge en geschreven informatie.
- De patiënt moet op de hoogte zijn van wat hij wel of niet mag eten en drinken, van de verwachtingen over het postoperatieve verloop, wanneer hij postoperatief op controle moet komen, wanneer de hechtingen mogen verwijderd worden.
- De patiënt mag niet zelf met de wagen naar huis rijden, hij moet een begeleider hebben die gedurende de eerste 24 uur postoperatief bij de patiënt blijft.
- De patiënt krijgt het telefoonnummer van de dienst spoedgevallen mee, zodat hij weet waar hij terecht kan als er zich problemen voordoen (Cenens & Van Dessel, 2002).

Wanneer de patiënt niet naar huis kan, moet ervoor gezorgd worden dat hij/zij de nacht kan doorbrengen op een andere afdeling in het ziekenhuis (Cenens & Van Dessel, 2002).

4.2 Ontslagprotocol Jessa ziekenhuis

Bij ontslag uit het chirurgisch daghospitaal van het Jessa ziekenhuis, campus Salvator geldt volgend ontslagprotocol (bijlage 5).

De patiënt kan ontslagen worden wanneer hij/zij hemodynamisch stabiel is en wanneer de pijn en neveneffecten van de anesthesie en chirurgie onder controle zijn. Het tijdstip van ontslag wordt door de behandelende arts bepaald. Bij het ontslag krijgt de patiënt zijn/haar ontslagbrief en andere voorschriften i.v.m. verzorging, medicatie en (zo nodig) zijn/haar volgende afspraak mee naar huis. Iedere patiënt krijgt ook een ontslagkaart van het chirurgisch daghospitaal. Dit kaartje bevat contactgegevens van zowel de behandelende arts, het chirurgisch daghospitaal als de spoedgevallendienst. Hiermee kan de patiënt steeds

contact opnemen bij vragen of problemen. Het bevat ook enkele richtlijnen die de patiënt moet naleven (Jessa ziekenhuis, 2012).

De eerste 24 uur na ontslag uit het ziekenhuis wordt de patiënt geadviseerd om:

- niet alleen thuis te blijven;
- geen voertuig te besturen of alleen het openbaar vervoer of een taxi te nemen;
- geen machines te besturen of te bedienen;
- geen belangrijke beslissingen te nemen;
- geen alcoholische dranken te gebruiken;
- enkel kalmeermiddelen in te nemen indien deze uitdrukkelijk door de anesthesist of behandelende arts werden voorgeschreven (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Zowel bij locoregionale als algemene anesthesie is de patiënt ontslagklaar wanneer hij/zij 24 uur begeleiding heeft thuis en hij/zij het telefoonnummer heeft waarop het ziekenhuis bereikbaar is. De patiënt is niet ontslagklaar wanneer hij/zij thuis geen begeleiding heeft de eerste 24 uur en hij/zij niet beschikt over het telefoonnummer van het ziekenhuis (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Indien de patiënt begeleiding en het telefoonnummer heeft, worden de locoregionale parameters (LRA-parameters) beoordeeld bij een patiënt met locoregionale anesthesie. Deze zijn weergegeven in onderstaande tabel. Er wordt bepaald of de patiënt perianaal gevoel heeft, plantaire flexie van de voet mogelijk is en of hij/zij het been gestrekt kan tillen. De patiënt is niet ontslagklaar wanneer één keer of meermaals neen is aangeduid. Indien drie keer ja aangeduid is, worden de vitale parameters beoordeeld (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

	Ja	Neen
Perianaal gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantair flexie voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Been gestrekt tillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabel 3: LRA-parameters. Overgenomen uit Ontslagcriteria CDH – loco-regionale anesthesie [onuitgegeven intern document], door Jessa Ziekenhuis., z.j., Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.

Bij patiënten met algemene anesthesie worden onmiddellijk de vitale parameters beoordeeld. In onderstaande tabel zijn de vitale parameters weergegeven. Tot deze parameters behoren ademhaling, bloeddruk, bewustzijn, pijn, postoperatieve misselijkheid en braken, het verband en de mobiliteit van de patiënt. Deze parameters worden beoordeeld aan de hand van een cijfer van 0 tot en met 2. De patiënt is niet ontslagklaar wanneer hij 1 keer 0 of 2 keer 1 scoort (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

	2	1	0
Ademhaling	<input type="checkbox"/> Goed + hoest	<input type="checkbox"/> Zwak/dyspnoe	<input type="checkbox"/> Apnoe
Bloeddruk	<input type="checkbox"/> ± 20 %	<input type="checkbox"/> ± 20-49%	<input type="checkbox"/> > 50 %
Bewustzijn	<input type="checkbox"/> Wakker	<input type="checkbox"/> Wekbaar	<input type="checkbox"/> Geen respons
Pijn: VAS	<input type="checkbox"/> 0-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> ≥ 7
PONV	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Braken
Verband	<input type="checkbox"/> Droog	<input type="checkbox"/> Nat, beperkt	<input type="checkbox"/> Nat, toenemend
Mobiliteit	<input type="checkbox"/> Staan en gaan	<input type="checkbox"/> Duizelig (recht)	<input type="checkbox"/> Duizelig (lig)

Tabel 4: parameters. Overgenomen uit Ontslagcriteria CDH – algemene anesthesie [onuitgegeven intern document], door Jessa Ziekenhuis., z.j., Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.

Indien de patiënt ontslagklaar is volgens de parameters, wordt overgegaan naar het diurese POUR-protocol (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Diurese POUR-protocol:

Als de patiënt gewaterd heeft, is hij ontslagklaar. Wanneer dit niet het geval is en er geen hoog risico is op urineretentie, is de patiënt toch ontslagklaar (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Als de patiënt een hoog risico heeft op urineretentie wordt een bladderscan uitgevoerd. Als uit de bladderscan blijkt dat de patiënt een blaasvolume van minder dan 600 ml heeft, is hij/zij ontslagklaar.

Als de patiënt een blaasvolume heeft van meer dan 600 ml, dan moet na advies van de behandelende arts gekatheteriseerd worden. Na de katheterisatie is de patiënt ontslagklaar. Als de patiënt niet spontaan plast binnen de 8 uur volgend op het ontslag, moet hij/zij zich aanmelden op de dienst spoedgevallen (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Er moet steeds genoteerd worden op welk tijdstip de patiënt ontslagklaar is en op welk tijdstip hij/zij door de chirurg werd ontslagen.

Ook moet aangeduid worden of de volgende handelingen zijn uitgevoerd:

- pijnmedicatie en bijhorende informatie meegeven zoals dosis en tijdstip inname;
- specifieke richtlijnen ingreep: autorijden, heffen, mobilisatie;
- voedingsadvies: lichte maaltijden;
- attesten & voorschriften: medicatie, kinesist, thuisverpleegkundige, werkverlet; opvolgafpraak (datum, arts, plaats) (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

Als de patiënt wordt opgenomen op een verblijfsafdeling moet het tijdstip en de reden genoteerd worden (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

5 Telefonische feedback

Om een beter inzicht te krijgen op de postoperatieve periode na chirurgische dehospitalisatie is er voor telefonische feedback gekozen. De bevraging beperkt zich tot de patiënten die een anale ingreep, een arthroscopische schouderingreep of een liesbreukoperatie hebben ondergaan.

5.1 Waarom telefonisch contact

5.1.1 Motivatie

Uit onderzoek blijkt dat een telefonisch interview een effectieve methode van data collectie is voor klinisch verpleegkundig onderzoek. Het is een goed hulpmiddel voor het verstrekken van medisch advies, om symptomen te herkennen, complicaties te identificeren en de patiënt gerust te stellen na ontslag. Telefonische follow-up kan de medische behandeling verbeteren doordat het de patiënttevredenheid en de naleving van de behandeling verhoogt. Het zorgt er ook voor dat er een vermindering is van het aantal heropnames (Musselwhite, Cuff, McGregor & King, 2006; Braun, Baidusi, Alroy & Azzam, 2008).

5.1.2 Voor- en nadelen

Feedback verzamelen door middel van telefonisch contact heeft heel wat voordelen. Een eerste voordeel is dat telefonisch contact een relatief goedkope methode is om een groot aantal mensen te bereiken. Vrijwel iedere persoon beschikt over een telefoontoestel en/of GSM (Hodgins, Pond, Knorr & Geldart, 2008).

Een tweede voordeel is dat de onderzoeksgegevens snel verzameld en dus ook snel verwerkt kunnen worden (Kleinpell, 1997).

Een telefonisch interview neemt ook minder tijd in beslag dan wanneer er gekozen wordt voor een persoonlijk interview. Door te kiezen voor telefonisch contact is er geen verplaatsing noodzakelijk. Hierdoor ligt de kostprijs ook veel lager (Dewar, Scott & Muir, 2004).

Een ander voordeel is dat de deelnemers tijdens het telefoongesprek een relatieve anonimiteit ervaren waardoor ze een comfortabel gevoel hebben tijdens het gesprek. Ze vinden het positief dat ze hun ervaringen en bezorgdheden via telefoon kunnen delen (Kleinpell, 1997).

Natuurlijk zijn er ook een aantal nadelen verbonden aan telefonische feedback.

Door het interview telefonisch af te nemen, is er geen zicht op veranderingen in lichaamstaal en andere visuele signalen zoals verwardheid, prikkelbaarheid, etc.) Dit zorgt ervoor dat bijkomende info verloren gaat (Musselwhite, Cuff, McGregor & King, 2006).

De deelnemer wordt privé gecontacteerd. Wanneer de deelnemer gecontacteerd wordt via de vaste telefoon moet hij/zij steeds thuis zijn. Wanneer de deelnemer via zijn GSM gecontacteerd wordt, moet hij/zij ervoor zorgen dat hij/zij steeds de vragenlijst in de buurt heeft.

6 Vragenlijst

6.1 Opstellen van de vragenlijst

Om tot een bruikbare vragenlijst te komen zijn er verschillende stappen doorlopen. Het initieel idee was om gebruik te maken van een gestandaardiseerde vragenlijst, maar de zoektocht hiernaar was echter geen succes. Via databanken werd enkel een vragenlijst gevonden die de tevredenheid van de patiënten van een chirurgisch dagziekenhuis bevroeg (Dewaele, 2013).

Verder werden verschillende ziekenhuizen met een chirurgisch daghospitaal gecontacteerd om te vragen of ze gebruik maakten van telefonische feedback om het postoperatief verloop van de patiënt op te volgen. In eerste instantie werd er een e-mail gestuurd; wanneer er geen antwoord kwam, werd de afdeling telefonisch gecontacteerd. In bijlage 6 zijn hun antwoorden weergegeven.

Uiteindelijk hebben slechts tien van de 23 ziekenhuizen geantwoord. Waarvan er slechts vier tijd maakten voor telefonische feedback. Eén ziekenhuis bezorgde hun vragenlijst (bijlage 6) per mail, een ander ziekenhuis gaf de vragenlijst bij een bezoek. De overgebleven twee ziekenhuizen stonden niet open voor verdere samenwerking. De onderzochte ziekenhuizen gebruikten geen gestandaardiseerde vragenlijst, maar een zelf ontworpen lijst. Hieruit groeide het idee om zelf een vragenlijst, in de mate van het mogelijke gebaseerd op gestandaardiseerde meetinstrumenten, op te stellen voor telefonische feedback over het postoperatief verloop na een ambulante ingreep in het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator.

Zoals eerder vermeld werden hiervoor drie ingrepen gekozen uit alle ambulante ingrepen die uitgevoerd worden in het chirurgisch daghospitaal, namelijk de anale ingrepen, de arthroscopieën van de schouder en de liesbreuken. In eerste instantie werd één vragenlijst gemaakt voor de drie ingrepen. Maar doorheen het proces werd er gekozen om voor iedere ingreep een aparte vragenlijst te maken, omdat dit de bevraging vergemakkelijkte en ook omdat de complicaties per ingreep verschillend zijn.

Aangezien de probleemstelling voor deze bachelorproef afkomstig is van het chirurgisch daghospitaal, werden de verpleegkundigen van deze afdeling bevraagd over de informatie die zij wensen over het postoperatief verloop. Dit werd gedaan a.d.h.v. een opinieonderzoek. Bijlage 8 toont uit welke vragen het opinieonderzoek bestond. In bijlage 9 zijn de antwoorden opgenomen. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen de vragen die al opgenomen waren in de ontworpen vragenlijst, de vragen die nog opgenomen moesten worden en de vragen die niet opgenomen konden worden omdat er 'postoperatief dag één' gebeld wordt en er voor deze vragen een langere termijn verstreken moet zijn.

Met al deze informatie werden de vragenlijst per ingreep samengesteld. De verschillende onderdelen van de vragenlijsten worden in het volgende deel besproken.

Mr. Vanaenrode, hoofdverpleegkundige van het chirurgisch daghospitaal, legde onze vragenlijsten, één vragenlijst per ingreep, voor aan de ethische commissie. De commissie keurde de vragenlijsten goed, maar gaf aan dat er wel degelijk gestandaardiseerde vragenlijsten zijn voor dit onderwerp. Commissielid dokter Stessels verwees ons hiervoor naar een wetenschappelijk artikel (Jakobsson, 2011), van waaruit er op zoek kon worden gegaan naar de gestandaardiseerde vragenlijsten.

J.Jakobsson (2011) beschreef in zijn artikel dat er eerder gelimiteerde informatie is rond het herstel na een ambulante ingreep en dat de tools om de kwaliteit van het herstel te meten niet goed gedefinieerd zijn. Het beoordelen van het natuurlijke, spontane en klinische herstel en

het hervatten van activiteiten van het dagelijkse leven na ambulante anesthesie zijn nog niet voldoende bestudeerd. Er zijn diverse tools die verschillende domeinen van cognitieve en psychomotorische capaciteiten omvatten, maar er is een te gelimiteerde klinische ervaring met deze meetinstrumenten om het verschil tussen verschillende anesthesietechnieken en pijnstillingsprotocollen te kunnen beoordelen. Er is dus nood aan gestandaardiseerde tools, met vragen voor het beoordelen van het herstel na klinische anesthesie in een algemene populatie. De test moet informatie bieden over het herstelproces, hij moet hernomen worden na verloop van tijd en moet ook gevoelig genoeg zijn om een onderscheid te maken tussen verschillende soorten anesthesie en andere interventies. Tegelijkertijd moet hij ook gemakkelijk in gebruik zijn. J.Jakobsson beschrijft de volgende tools voor de evaluatie van herstel na ambulante anesthesie.

Myles et al. publiceerden in 1999 in “Anesthesia and analgesie”, een studie over de kwaliteit van herstel. Ze ontwikkelden een “quality of recovery score” (QoR) (bijlage 10). Deze schaal met negen punten is een succesvol meetinstrument voor het herstel na anesthesie en operatie. Vaak werd dit meetinstrument gecombineerd met andere meetinstrumenten (Visuele Analoge schaal (VAS)) om een zo goed mogelijk resultaat te krijgen.

In 2009 publiceerden Wong, Tong, De Silva, Abrishami en Chung publiceerde “the Functional Recovery Index (FRI)” (bijlage 11) om het functionele herstel van ambulante operatiepatiënten te beoordelen. Het instrument bevat 14 items die gegroepeerd zijn onder drie factoren, factor 1: pijn en sociale activiteit; factor 2: activiteit ondersteledematen; factor 3: algemene fysieke activiteit. De vragen die gesteld worden zijn eenvoudig en pragmatisch. In 2010 creëerden Royse et al. een nieuwe Postoperative Quality Recovery Scale (PQRS) (bijlage 12) die verschillende domeinen van herstel bevat, van onmiddellijk na de ingreep tot lang na de ingreep, gericht op patiënten met verschillende leeftijden, talen en culturen. De PQRS werd nadien nog verfijnd en bevat nu 6 domeinen: fysiologisch, nociceptief, emotioneel, activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), cognitief en algemene patiënt perspectieve.

Wanneer deze drie vragenlijsten (QoR, FRI en PQRS) vergeleken worden met onze vragenlijsten kan er geconcludeerd worden dat er veel gelijkenissen zijn. Bij vergelijking met de QoR wordt er gezien dat de volgende onderwerpen in beide vragenlijsten voorkomen: begrijpen instructies, zelfstandig kunnen functioneren, kunnen urineren, bevragen postoperatieve symptomen zoals hoofdpijn, misselijkheid, braken en pijn (Myles et al., 1999).

Ook met de FRI hebben onze vragenlijsten onderwerpen gemeenschappelijk. In beide vragenlijsten wordt de impact van de operatie op het dagelijkse leven bevestigd. De vragen die bij FRI onder “lower limb activity” vallen, worden ook bevestigd in onze vragenlijst wanneer ze relevant zijn, bv. bij liesbreuk wordt er gevraagd of de patiënt pijn ervaart bij het opstaan. Verder wordt er in beide vragenlijsten nog nagegaan of de patiënt zich zelfstandig kan wassen (Wong et al., 2009).

Vragen rond stemming en concentratie en rond pijn, nausea en braken a.d.h.v. de NRS score komen zowel in de PQRS als in onze vragenlijsten voor.

Er zijn echter ook verschillen tussen de vragenlijsten. De gestandaardiseerde vragenlijsten zijn veel korter en minder specifiek aangezien ze bestemd zijn voor iedere soort ingreep, de QoR vraagt naar de ademhaling en naar de steun van de omgeving, de FRI bevat meer vragen over het activiteitenpatroon van de patiënt en de PQRS bevat cognitieve vragen en vragen over de parameters zoals bloeddruk, temperatuur en saturatie. Nog een groot verschil is dat de gestandaardiseerde vragenlijsten een score toekennen aan de patiënt waarmee ze kunnen geclassificeerd worden in groepen, zodat de gegevensverwerking kan gebeuren.

Na de vergelijking met deze gestandaardiseerde vragenlijsten is besloten om toch gebruik te maken van de zelfgemaakte vragenlijsten. Deze vragenlijsten zijn namelijk specifiek voor de

verschillende ingrepen, ze zijn tot stand gekomen in samenwerking met verschillende ervaren mensen (bijlage 13) en ze zijn goedgekeurd door de ethische commissie. Verder zijn er zoals hierboven vermeld veel vragen die overeenkomen met de gestandaardiseerde vragenlijsten.

6.2 Onderdelen van de vragenlijst

Zoals eerder vermeld is er per ingreep een vragenlijst opgesteld (Bijlage 14). De onderdelen van de vragenlijsten worden hierna besproken. Rubrieken die grotendeels hetzelfde zijn voor de drie ingrepen, worden gemeenschappelijk besproken. Rubrieken met specifieke vragen worden per ingreep apart besproken.

6.2.1 Gemeenschappelijke rubrieken

De eerste rubriek bevat de algemene gegevens. De inspiratie hiervoor komt uit de masterproef van E. Dewaele. (2013), die met enkele aanpassingen gebruikt kon worden voor onze vragenlijsten. Behalve de vraag “voor welke ingreep kwam de patiënt naar het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator” is deze rubriek hetzelfde voor de drie vragenlijsten. Bij de arthroscopie van de schouder werd de extra vraag “tijdstip plexusanesthesie?” toegevoegd, aangezien dit niet gebeurt bij de andere ingrepen. (Jessa Ziekenhuis, z.j.; Salvatore et al. 2014). Dit onderdeel is belangrijk omdat er op deze manier een globaal beeld gevormd kan worden van de patiënt en de dagopname.

De volgende rubriek bevat de NRS- scores voor pijn en misselijkheid/braken (van Dijk, Kappen, van Wijck, Kalkman & Schuurmans, 2012). NRS staat voor “Numeric Rating Scale” en wordt gebruikt om de patiënt zijn/haar pijn een score te laten geven. In de vragenlijst wordt dit gebruikt om de pijn t.g.v. de operatie een score te geven. De score is een getal tussen nul en tien, waarbij nul geen pijn en tien ondraaglijke pijn is. Deze NRS score wordt in verschillende contexten bevraagd. De NRS score wordt ook gebruikt zodat de patiënt zijn/haar misselijkheid en braken een score kan geven. Dit berust op hetzelfde principe als de pijn. Er is gekozen voor de NRS score omdat dit een gestandaardiseerde methode is om pijn, misselijkheid en braken te bevragen. Deze drie onderwerpen worden bevraagd omdat literatuur uitwijst dat deze symptomen vaak voorkomen na algemene anesthesie (Santoprete, Chierichini & Micci, 2014). Voor verdere gegevensverwerking is het zeer belangrijk om te weten met welke NRS-score de patiënt ontslagen is. Op deze manier kan er een vergelijkende studie gemaakt worden met de NRS-score van de patiënt thuis (van Dijk et al., 2012).

De derde rubriek behandelt de impact van de ingreep. Er wordt bevraagd hoe groot deze impact is op het dagelijks functioneren van de patiënt. Dit gebeurt ook a.d.h.v. de NRS-score (van Dijk et al., 2012). Deze vragen zijn ontstaan na het lezen van literatuur over hoe lang de revalidatie van een ingreep duurt en wat de patiënt de eerste dagen niet mag (Severini et al., 2014; Saccomanno et al., 2014; Karakan et al., 2014; Vinanti et al., 2014; McClincy & Rodosky, 2015). Uit het feit dat de patiënt de eerste 24 uur niet alleen mag zijn, blijkt dat er toch wel een grote impact zal zijn op de dagelijkse activiteiten (Jessa Ziekenhuis, z.j.).

De postoperatieve symptomen worden in de vierde rubriek besproken. Dit zijn de symptomen die een gevolg zijn van de anesthesie of bijwerkingen zijn van de medicatie. Uit literatuur blijkt dat deze symptomen vaak voor een vertraagd herstel kunnen zorgen. Daarom is het belangrijk om deze symptomen te bevragen (Borgeat & Blumenthal, 2004; Santoprete, 2014).

Bij de rubriek die het pijnpakket en de pijnmedicatie bevat werd er gebruik gemaakt van de informatie die verkregen werd van het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator over hun postoperatief pijnbeleid. Om objectief een beoordeling van de pijn te kunnen geven moet er ook gevraagd worden naar het pijnbeleid van de patiënt. Een patiënt kan namelijk heel veel pijn hebben maar niets ingenomen hebben, anderzijds kan een patiënt

ook heel veel pijn hebben en wel iets ingenomen hebben. Dit zijn twee zeer verschillende situaties, waar duidelijk een onderscheid tussen gemaakt moet kunnen worden (Jessa ziekenhuis, z.j.).

Bij de arthroscopie van de schouder verschilt deze rubriek enigszins met de anale ingrepen en de liesbreuk, omdat bijkomend verwezen wordt naar de interscaleen blok (Borgeat & Blumenthal, 2004). Het is zeer interessant om te bevragen wanneer de plexusverdooving uitgewerkt is en wanneer de eerste pijnklachten opgekomen zijn. Dit is enerzijds om te kunnen oordelen of de plexusverdooving inderdaad de voorspelde tijd werkt en anderzijds om te kunnen oordelen of de patiënten na de plexusverdooving zijn/haar pijn nog onder controle krijgt (Borgeat & Blumenthal, 2004).

De zesde rubriek bevat de hulpverlening. Deze rubriek bevraagt welke hulpverlening de patiënt nodig heeft gehad tijdens de eerste dag postoperatief om te weten te komen of de patiënt postoperatief nood heeft aan extra hulp. Wanneer er uit het onderzoek blijkt dat dit het geval is, kan hier vanuit het dagziekenhuis misschien op ingespeeld worden.

In de laatste gemeenschappelijke rubriek wordt er nagegaan of de informatie die de patiënt verkregen heeft, zowel mondeling als schriftelijk, zowel van de verpleegkundige als van de dokter voldoende en duidelijk was. De inspiratie voor deze vragen is terug te vinden in de masterproef van E. Deweale (2013). Uit onderzoek blijkt namelijk dat patiëntentevredenheid bekomen kan worden door voldoende informatie te verlenen aan de patiënt en dat dit op zijn beurt een positief effect heeft op het postoperatief herstel van de patiënt (Deweale, 2013).

6.2.2 Specifieke rubrieken

De rubriek 'wonde' is specifiek voor de anale ingrepen, omdat dit de enige ingreep is waarbij de wonde de eerste dag postoperatief al verzorgd mag worden en dus ook de enige ingreep is waarbij de wondzorg bevraagd kan worden (Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef, 2008; Europa ziekenhuis, z.j.). Deze vragen worden vanuit onze eigen ervaring opgesteld aangezien er in de literatuur wel beschreven staat hoe de wondzorg moet gebeuren (Jessa Ziekenhuis, z.j.) maar nergens terug te vinden was hoe de patiënten dit ervaren en hoe dit hen lukt.

De rubriek 'wonde' is bij de arthroscopie van de schouder en de liesbreuk vervangen door 'huidconditie'. In deze rubriek wordt er gekeken of er zichtbare tekenen van een ontsteking optreden, die voor een vertraagd postoperatief herstel zorgt. Dit snel opsporen is dus zeer belangrijk voor een goed herstel, vandaar dat deze vragen opgenomen zijn in de vragenlijst (Lucignani, 2007).

Vervolgens is er per ingreep een rubriek met specifieke vragen die vaak te maken hebben met complicaties per ingreep. Bij de anale ingreep wordt er gevraagd hoeveel pijn de patiënt ervaren heeft bij de stoelgang en of de patiënt goed kan urineren. Deze vragen werden gebaseerd op de complicaties die terug te vinden zijn in de literatuur. Pijn bij stoelgang en frequente urineretentie worden gezien als de twee belangrijkste complicaties en worden daarom bevraagd (Gooszen et al., 2012). Bij de arthroscopie van de schouder zijn de vragen vooral gericht naar de bewegingsbeperkingen van de patiënt aangezien de complicaties op korte termijn ook vooral hier betrekking op hebben. De andere complicaties zijn op langere termijn en konden dus niet bevraagd worden (Moen et al., 2014). Bij de liesbreuk zijn de twee belangrijkste complicaties postoperatieve pijn en urineretentie. Postoperatieve pijn komt vooral voor wanneer de patiënt druk zet op het operatiegebied, bv. bij het opstaan of bij flatus vandaar de vragen over hoeveel pijn hij/zij bij deze handeling heeft gehad. Urineretentie kan ook voorkomen, vandaar de vraag of de patiënt goed heeft kunnen urineren (Castoro et al., 2007).

7 Telefonisch afnemen van de vragenlijst

7.1 Voorbereiding telefonisch afnemen van de vragenlijst

Wanneer een patiënt opgenomen wordt voor een anale ingreep, een arthroscopie van de schouder of een liesbreukoperatie wordt meegedeeld dat er een bevraging loopt rond de ingreep die hij/zij dient te ondergaan. Vervolgens wordt deze studie toegelicht. Hierbij wordt uitgelegd dat het de bedoeling is om aan de hand van een vragenlijst een beeld te krijgen van de eerste 24 uur na ontslag uit het chirurgisch daghospitaal. Wanneer de patiënt bereid is om deel te nemen aan de studie, wordt de vragenlijst (bijlage 14) kort toegelicht zodat hij/zij een beeld krijgt van wat deze inhoudt. Vervolgens krijgt de patiënt twee exemplaren van het 'informed consent', de zogenaamde geïnformeerde toestemming (bijlage 15). Dit document bestaat uit drie delen namelijk essentiële informatie die de patiënt nodig heeft voor het nemen van zijn/haar beslissing, zijn/haar schriftelijke toestemming en bijlagen waarin hij/zij meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie. Wanneer de patiënt dit document ondertekent, bevestigt hij/zij hiermee zijn/haar deelname aan de bevraging. Hierbij moet hij/zij weten dat zijn/haar behandeling niet zal veranderen door de deelname aan de studie. Hij/zij moet ervan op de hoogte zijn dat zijn/haar deelname vrijwillig is en steeds stopgezet kan worden. De gegevens die verzameld zijn, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is de anonimiteit van de patiënt steeds verzekerd. De patiënt krijgt een exemplaar van het informed consent mee naar huis, het ander exemplaar wordt aan de afdeling overhandigd. De patiënt krijgt de vragenlijst ook mee naar huis, zodat hij deze de 1^{ste} dag postoperatief thuis kan invullen waardoor het telefonisch contact vlotter verloopt.

7.2 Telefonische bevraging

Bij het contacteren van de patiënten is het belangrijk dat dit gebeurt door iemand met de nodige kennis omtrent de verschillende ingrepen. Aangezien studenten verpleegkunde nog niet over voldoende kennis beschikken om met 100% zekerheid de patiënten op een correcte manier te informeren, werd gezocht naar een geschikte persoon om deze taak op zich te nemen. Na overleg werd beslist dat Mr. Vanaenrode (hoofdverpleegkundige van het chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator) hiervoor het meest geschikt is. Hij overloopt vervolgens de reeds ingevulde vragenlijst met de patiënt en noteert de gegevens. Wanneer de patiënt bijkomende vragen en/of opmerkingen heeft, kan hij hier een correct antwoord op geven. Op deze manier wordt de patiënt steeds op een correcte manier geïnformeerd. De verkregen gegevens worden verwerkt via Excel. Dit wordt verder toegelicht in '8.1 opstellen Excel-tabel'.

7.3 Contactname

De deelnemers worden de eerste dag postoperatief gecontacteerd. Op deze manier wordt een beeld gevormd van de eerste 24 uur na ontslag. Wanneer de ingreep op vrijdag plaatsvindt, wordt de patiënt op maandag gecontacteerd. Het is echter wel de bedoeling dat de patiënt de vragenlijst de 1^{ste} dag postoperatief invult, zodat de gegevens ook bij deze patiënten betrekking hebben tot de eerste 24 uur. Dit telefonisch gesprek neemt ongeveer 10 minuten per patiënt in beslag. Indien de patiënt niet opneemt, wordt hij/zij meermaals gecontacteerd tot dit wel het geval is.

8 Gegevensverwerking

Bruins en Pinkster (2005) verstaan onder gegevensverwerking: de invoer, opslag, bewerking en uitvoer van gegevens en informatie. Gegevensverrijking of gegevensveredeling betekent dat gegevens op een of andere manier bewerkt moeten worden, voor er gesproken kan worden over informatie. Dit kan door bijvoorbeeld gegevens te koppelen aan andere gegevens, ze bij elkaar op te tellen of te sorteren.

Er kan gebruik gemaakt worden van verschillende programma's of tools voor de bewerking van de gegevens. Voorbeelden van zo'n tools zijn toepassingen als Excel, SPSS en Access (Bruins & Pinkster, 2007).

8.1 Opstellen Excel-tabel

Om gegevens te kunnen verzamelen dient er een tabel opgesteld te worden waar alle nodige gegevens ingegeven kunnen worden. In samenspraak met de statisticus, Erik Nuyts, ging onze voorkeur naar Excel.

Microsoft Office Excel is een digitaal rekenblad-programma van het bedrijf Microsoft dat kan helpen bij de analyse van de bekomen gegevens. Met Excel werd het mogelijk om de grafische vormgeving van de gegevens te bepalen (lettertypes, celopmaak, formules, etc.). Er is een uitgebreide opmaak beschikbaar voor het bekijken van deze berekening evenals om deze aan te passen. Bovendien kunnen er uit de gegevens grafieken, tabellen, etc. samengesteld worden om een duidelijk beeld te kunnen weergeven van de bekomen resultaten (Proctor, 2006).

Op basis van de vragenlijst werd er een Excel-tabel opgesteld. Elke vraag uit de vragenlijst werd verwerkt in een kolom, waaronder de bekomen gegevens ingevoerd kunnen worden. Zo ontstaat er een duidelijk overzicht. Er werd afgesproken om alleen maar met 0 en 1 te werken, zodat de gegevensverwerking niet te ingewikkeld werd. Dit maakt het ingeven van de gegevens gemakkelijker en zorgt voor een essentiële tijdswinst. Voor het starten met de gegevensverwerking is het document nog aangepast aan de bevindingen en tips van de statisticus.

8.2 Resultaten

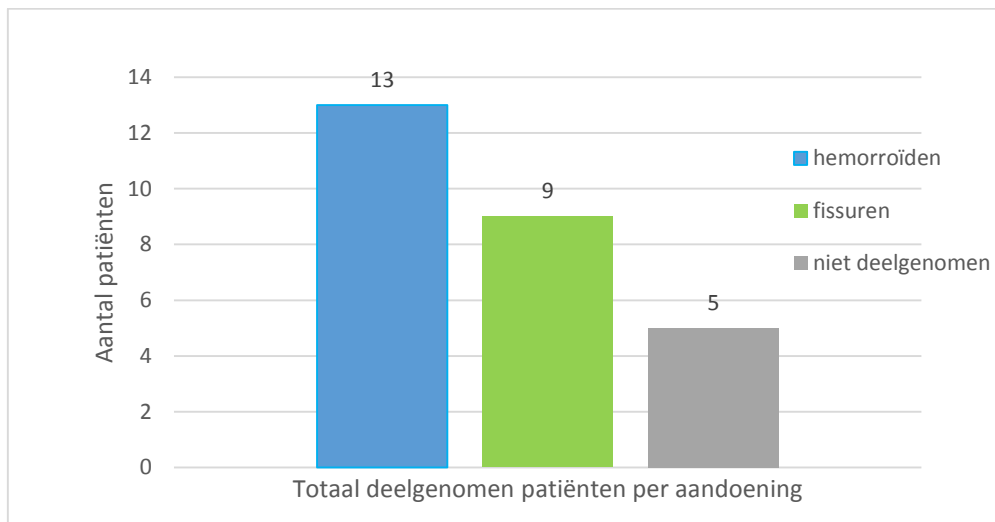
Na literatuuronderzoek en overleg met ervaren paramedici en verpleegkundig personeel, werd een vragenlijst opgesteld bestaande uit negen items. Deze items bevragen verschillende aspecten van het postoperatief herstel na chirurgische daghospitalisatie. De vragenlijsten werden goedgekeurd door de ethische commissie.

In totaal werden er tussen 1 maart 2015 en 30 april 2015 88 patiënten geïncludeerd, hiervan ondergingen 27 patiënten een anale ingreep, 23 patiënten een arthroscopie van de schouder en 38 patiënten een liesbreukoperatie. De resultaten worden per ingreep apart besproken en achteraf vergeleken.

Patiënten die geëxcludeerd werden voor de bevraging zijn minderjarigen, wilsonbekwame patiënten, patiënten die moeten overnachten na een ingreep op het daghospitaal en patiënten die de Nederlandse taal niet beheersen.

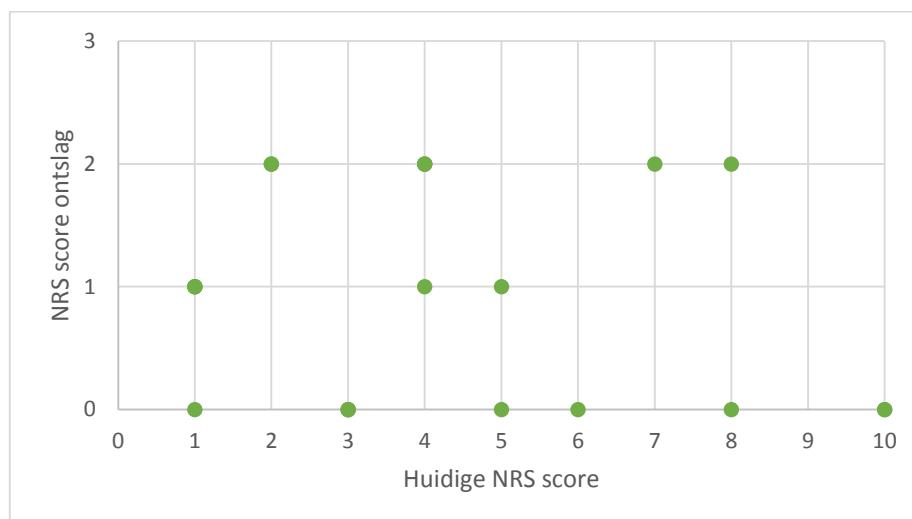
8.2.1 Anale ingrepen

Van de 27 patiënten die een anale ingreep ondergingen, hebben 22 (81,5%) patiënten de vragenlijst voltooid. Bij de anale ingrepen werden patiënten behandeld die last hadden van hemorroïden en fissuren. In de onderstaande grafiek 1 wordt het aantal patiënten per aandoeningen weergegeven.



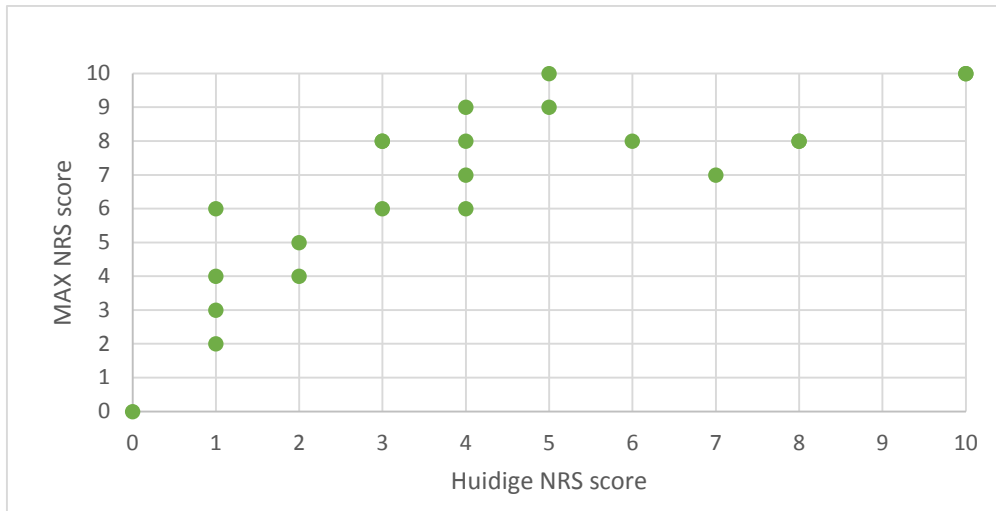
Grafiek 1: Aantal deelgenomen patiënten per ingreep.

Uit literatuur (Gooszens et al., 2012) blijkt dat pijn en de impact op dagelijkse activiteiten één van de belangrijkste postoperatieve gevolgen zijn bij een anale ingreep. Er is geen verband tussen de NRS score bij het ontslag t.o.v. de huidige NRS score. Dit wordt weergegeven in grafiek 2, hier is te zien dat individuen die met een NRS score van nul met ontslag gaan een huidige NRS score van één tot en met tien kunnen hebben.



Grafiek 2: De NRS score bij ontslag t.o.v. de huidige NRS score.

In de verdere gegevensverwerking zal er steeds uitgegaan worden van de huidige NRS score omwille van het recht evenredig verband tussen de huidige NRS score en de maximale NRS score. De volgende grafiek (grafiek 3) geeft hier een overzicht van.



Grafiek 3: De maximale NRS score t.o.v. de huidige NRS score.

Er is ook geen verband weer te geven tussen de huidige NRS scores van de verschillende aandoeningen. Zowel bij hemorroiden als fissuren liggen de huidige NRS score zeer verspreid. Deze spreiding is weergegeven in de onderstaande tabel 5.

Aandoeningen	Huidige NRS score									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10
Hemorroiden			1	3	4	2	1		1	1
Fissuren	1	4	1					1	1	1
Eindtotaal	1	4	2	3	4	2	1	1	2	2

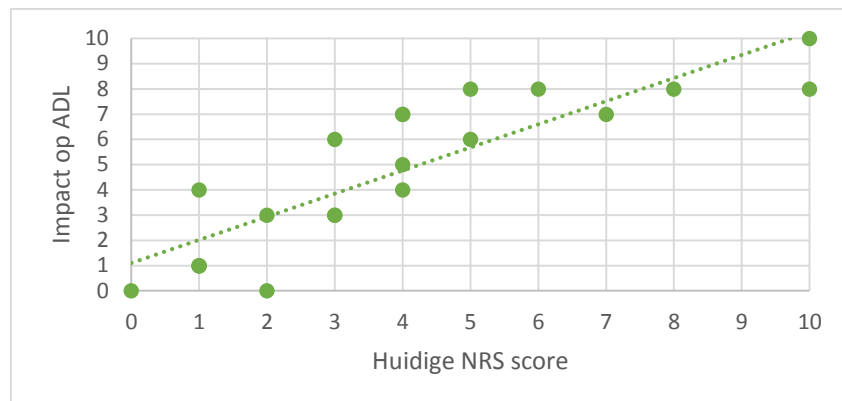
Tabel 5: De huidige NRS score bij aandoeningen van de anale ingrepen.

In totaal hebben 27 patiënten deelgenomen aan de bevraging rond de anale ingrepen. Hiervan ondergingen 22 patiënten, 16 mannen en 6 vrouwen, een anale ingreep. Wanneer er een tabel (tabel 6) opgesteld wordt met daarin een vergelijking tussen de huidige NRS score en het geslacht, wordt er gezien dat de huidige NRS score opnieuw zeer verspreid is.

Geslacht	Huidige NRS score										Eindtotaal
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	
Man	1	2	1	3	3	1	1	1	2	1	16
Vrouw		2	1		1	1				1	6
Eindtotaal	1	4	2	3	4	2	1	1	2	2	22

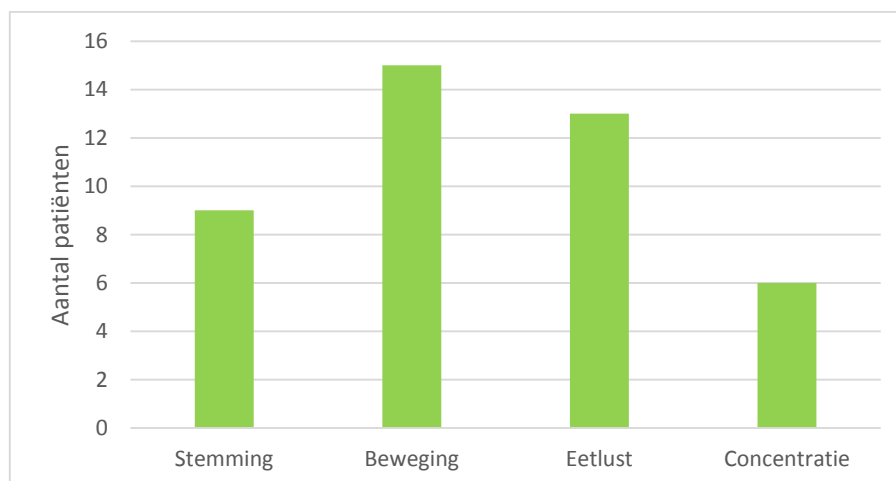
Tabel 6: De huidige NRS score bij de anale ingrepen per geslacht.

Als de impact t.o.v. de huidige NRS score wordt uitgezet in een grafiek (grafiek 4) wordt er een recht evenredig verband gezien. Dit betekent dat wanneer de huidige NRS score stijgt de impact op de algemene dagelijkse activiteiten ook groter wordt.



Grafiek 4: De impact van de ingreep op de algemene dagelijkse activiteiten t.o.v. de huidige NRS score.

Er werd ook nagegaan of de ingreep impact had op de stemming, beweging, eetlust en concentratie van de patiënt. In grafiek 5 wordt weergegeven dat bij de anale ingrepen 9 patiënten een impact op hun stemming ondervonden, 15 patiënten op hun beweging, 13 patiënten op hun eetlust en 6 patiënten op hun concentratie. Hieruit kan er dus geconcludeerd worden dat de impact van de ingreep het grootst is op de beweging.



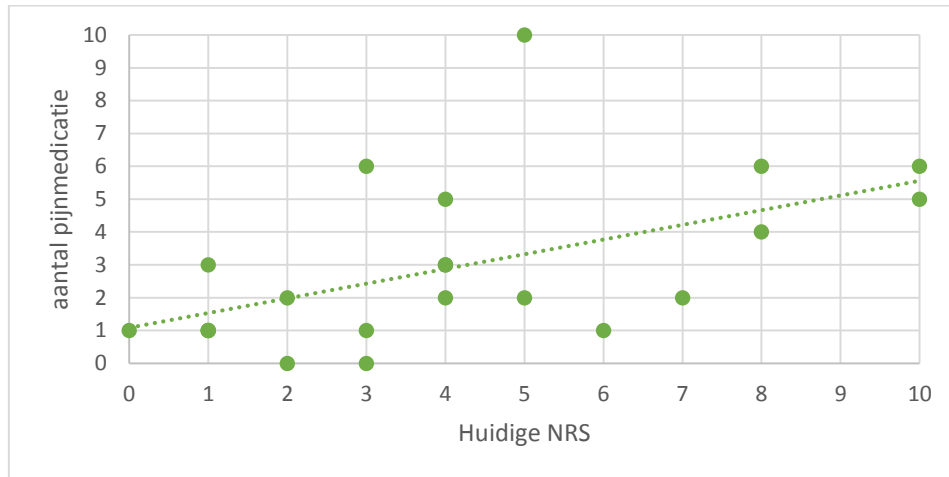
Grafiek 5: Impact t.g.v. de ingreep.

Het vervoer vanuit het ziekenhuis en de nachtrust werden ook bevraagd. Vier patiënten ondervonden moeilijkheden tijdens het vervoer vanuit het ziekenhuis naar hun woonplaats. Negen patiënten gaven aan een slechte nachtrust te hebben. Dit komt waarschijnlijk door de bewegingsbeperkingen die veroorzaakt zijn door de ingreep.

De postoperatieve symptomen, meestal veroorzaakt door de anesthesie, werden de eerste dag postoperatief ook bevraagd. 3 Patiënten hadden last van duizeligheid, 4 patiënten hadden last van hoofdpijn, 12 patiënten hadden last van moeheid, 4 patiënten hadden last van heesheid en 2 patiënten hadden keelpijn. Hieruit kan afgeleid worden dat moeheid het meest voorkomend postoperatief symptoom is.

In de volgende rubriek werd nagegaan hoeveel patiënten postoperatief een pijnpakket mee naar huis gekregen hebben. Hieruit blijkt dat bij de anale ingrepen geen enkele patiënt een pijnpakket ontvangen heeft.

In de onderstaande grafiek (grafiek 6) wordt de huidige NRS score tegenover het aantal pijnmedicatie die een patiënt genomen heeft weergegeven. Aan de hand van deze grafiek kunnen er twee vaststellingen gedaan worden: enerzijds wordt er gezien dat patiënten met een hogere huidige NRS score ook een hoger aantal pijnmedicatie nuttigt. Anderzijds wordt er gezien dat er patiënten zijn die weinig pijnmedicatie gebruiken ondanks hun hoge NRS score.



Grafiek 6: Het aantal pijnmedicatie die een patiënt heeft genomen t.o.v. de huidige NRS score.

In de rubriek hulpverlening werd nagegaan met welke hulpverlening contact werd opgenomen. Enkel de huisarts werd gecontacteerd door drie patiënten omwille van onduidelijkheden i.v.m. pijn en pijnmedicatie.

Uit de bevraging bleek dat de wondverzorging steeds zonder problemen verlopen is.

Uit literatuur (Gooszens et al., 2012) blijkt dat patiënten die een anale ingreep ondergaan hebben vaak pijn ervaren bij stoelgang. Van de 22 deelnemende patiënten zijn er acht die stoelgang hebben kunnen maken. Bij deze patiënten liggen de NRS scores verspreid, tabel 7 geeft weer dat de meerderheid een NRS score hoger dan vijf heeft.

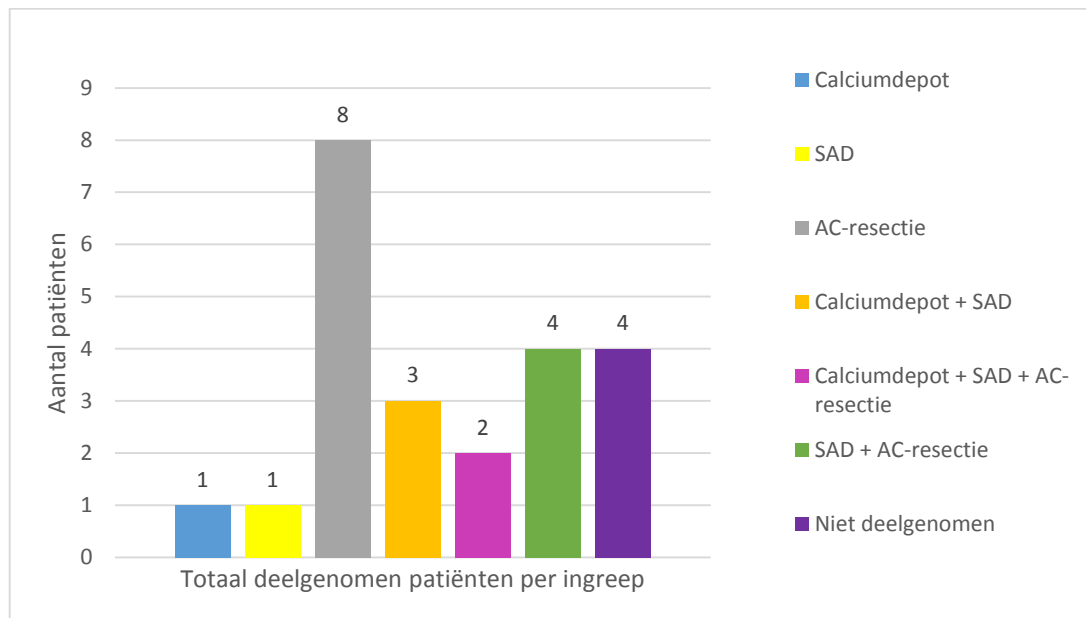
Stoelgang	NRS
1	7
1	0
1	0
1	5
1	10
1	0
1	9
1	2
1	10
1	1

Tabel 7: De NRS score na stoelgang.

Uit de bevraging blijkt dat een zitbad effectief de pijn vermindert en dit zowel na stoelgang als bij hevige pijnklachten.

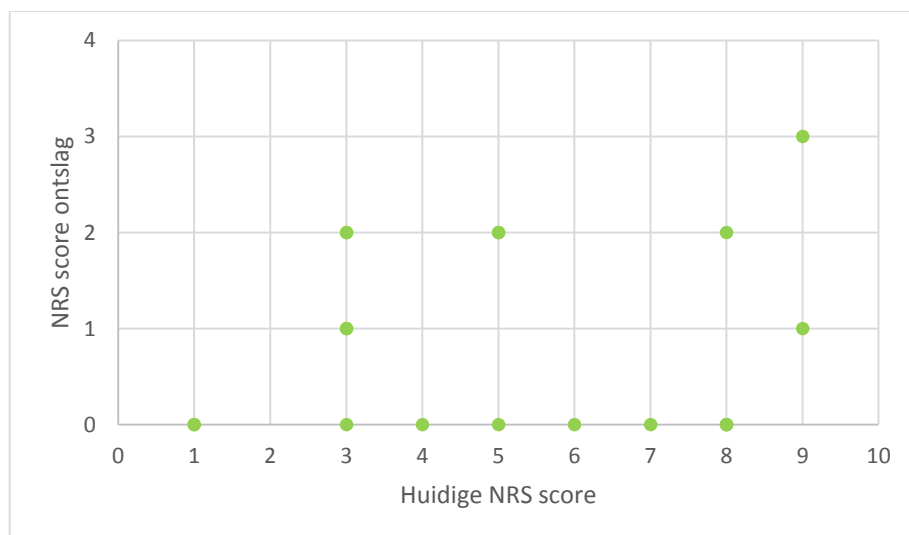
8.2.2 Arthroscopie van de schouder

In totaal ondergingen 23 patiënten een arthroscopie van de schouder, 4 individuen voltooiden de vragenlijst niet. Het calciumdepot, SAD en AC-resectie zijn ingrepen aan de schouder die via een arthroscopie uitgevoerd kunnen worden. Zoals weergegeven in onderstaande grafiek 7 is er een combinatie van de ingrepen mogelijk.



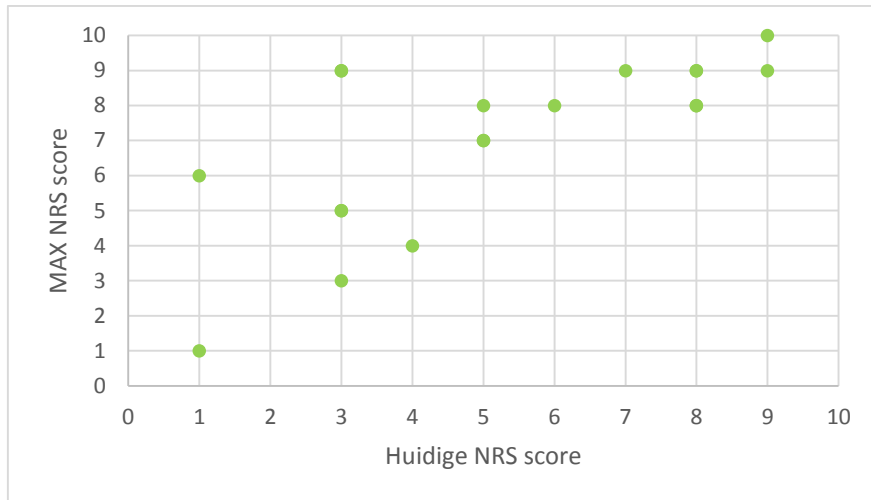
Grafiek 7: Aantal deelgenomen patiënten per ingreep

Ook bij deze ingrepen blijkt dat pijn en de impact op de dagelijkse activiteiten één van de belangrijkste postoperatieve gevolgen zijn. In onderstaande grafiek is weergegeven dat alle deelnemers pijnvrij (NRS score ≤ 4) waren bij ontslag. Bij contactname bleek dat hun NRS score gestegen is. De huidige NRS score is echter vrij verspreid.



Grafiek 8: De NRS score bij ontslag t.o.v. de huidige NRS score.

In de verdere gegevensverwerking zal er steeds uitgegaan worden van de huidige NRS score omwille van het recht evenredig verband tussen de huidige NRS score en de maximale NRS score. De volgende grafiek geeft hier een overzicht van.



Grafiek 9: De maximale NRS score t.o.v. de huidige NRS score.

Er is geen verband tussen de huidige NRS score van de verschillende aandoeningen. Zoals te zien in tabel 8 liggen de huidige NRS scores zeer verspreid bij het calciumdepot, de SAD, de AC-resectie en bij de verschillende combinaties.

Ingrepen	Huidige NRS score								
	1	3	4	5	6	7	8	9	
Calciumdepot							1		
SAD								1	
AC-resectie		5				1	1	1	
Calciumdepot + SAD	1			1	1				
Calciumdepot + SAD + AC-resectie	1						1		
SAD + AC-resectie			1	2			1		
Eindtotaal	2	5	1	3	1	1	4	2	

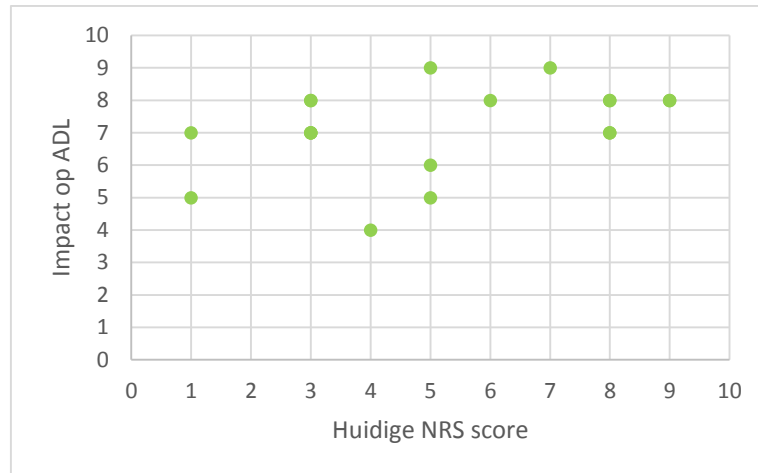
Tabel 8: De huidige NRS score bij de verschillende soorten ingrepen van de schouderarthroscopie.

In totaal hebben 19 patiënten deelgenomen aan de bevraging. Hiervan hebben 12 mannen en 7 vrouwen een schouderoperatie ondergaan. Wanneer er een tabel (tabel 9) opgesteld wordt met een vergelijking tussen de huidige NRS en het geslacht, wordt er gezien dat de huidige NRS score opnieuw zeer verspreid is.

Geslacht	Huidige NRS score								
	1	3	4	5	6	7	8	9	Eindtotaal
Man	1	3	1	1	1	1	2	2	12
Vrouw	1	2		2			2		7
Eindtotaal	2	5	1	3	1	1	4	2	19

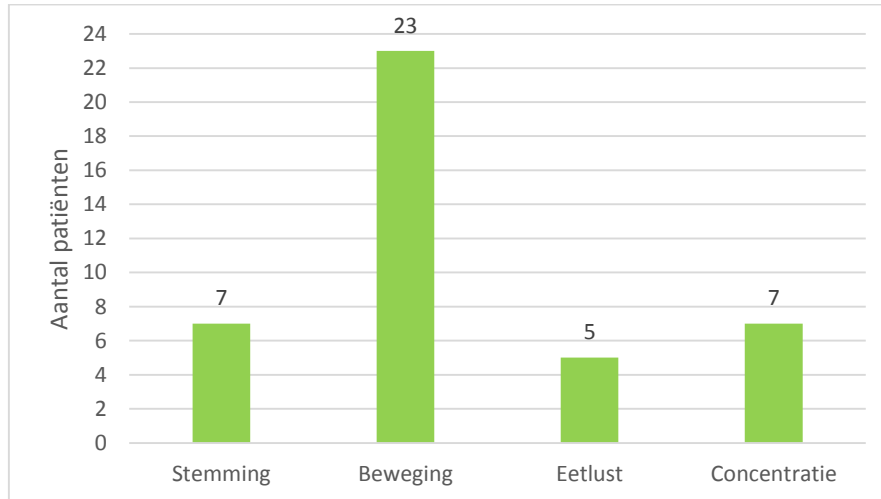
Tabel 9: De huidige NRS score per geslacht bij de anale ingrepen.

In onderstaande grafiek is vast te stellen dat de impact, veroorzaakt door de schouderarthroscopie, zeer hoog is op de algemene dagelijkse activiteiten ondanks de soms lage huidige NRS score.



Grafiek 10: De impact van de ingreep op de algemene dagelijkse activiteiten t.o.v. de huidige NRS score.

Ook bij de arthroscopie van de schouder werd er nagegaan of de ingreep een impact had op de stemming, beweging, eetlust en concentratie van de patiënt. Grafiek 11 toont dat zeven patiënten een impact ondervonden op hun stemming. Alle deelnemers ondervonden een impact op hun beweging. Slechts vijf patiënten ondervonden een impact op hun eetlust en zeven patiënten op hun concentratie. Ook hier kan er geconcludeerd worden dat de impact van de ingreep het grootst is op de beweging.



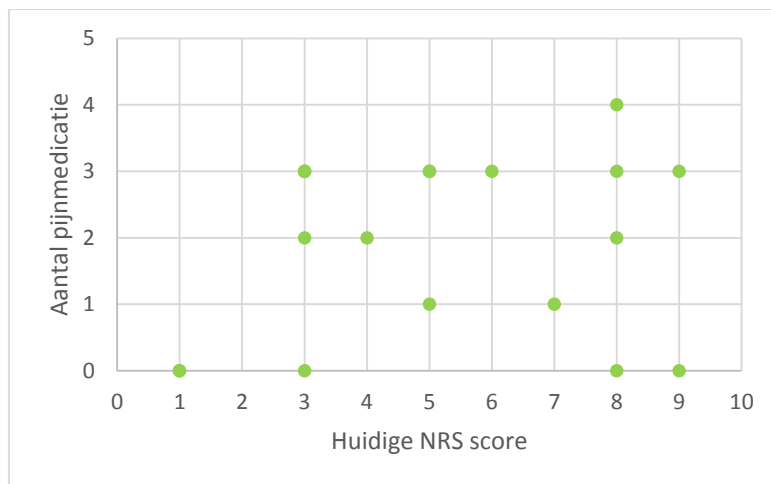
Grafiek 11: Impact t.g.v. de ingreep.

In het algemeen verliep het vervoer vanuit het ziekenhuis naar de woonplaats goed. Slechts twee patiënten gaven aan dat dit moeizaam verliep. De nachtrust verliep in het algemeen wat minder goed, acht patiënten ondervonden hierbij hinder.

De postoperatieve symptomen, meestal veroorzaakt door de anesthesie, werden de eerste dag postoperatief ook bevraagd. Hieruit bleek dat 2 patiënten last hadden van duizeligheid, 3 patiënten hadden hoofdpijn, 13 patiënten hadden last van moeheid, 5 patiënten van heesheid en 8 patiënten hadden keelpijn. Hieruit kan geconcludeerd worden dat moeheid het meest voorkomend postoperatief symptoom is.

In de volgende rubriek wordt de plexusverdoving bevraagd. Er is uitgerekend na hoeveel uur de patiënt denkt dat de plexusverdoving is uitgewerkt. Deze waarden zijn heel uiteenlopend, ze liggen tussen 2 uur en 27 uur. Zoals in het theoretisch deel vermeld is, zou de plexusverdoving 12 uur werken. De uitwerking van de plexusverdoving is een erg subjectief gegeven wat door de patiënt moeilijk te beoordelen is. Vaak wordt de uitwerking van de plexusverdoving geassocieerd met de eerste pijnklachten. Dit is meestal het geval, maar omdat patiënten pijnmedicatie nemen, kunnen de eerste pijnklachten uitgesteld worden waardoor het lijkt dat de plexusverdoving langer standhoudt.

In de volgende grafiek wordt de huidige NRS score tegenover het aantal genomen pijnmedicatie weergegeven. Uit grafiek 12 kunnen twee vaststellingen gedaan worden, namelijk: sommige patiënten hebben de pijn goed onder controle na inname van een laag aantal pijnmedicatie. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de patiënten preoperatief een plexusverdoving gekregen hebben. Deze zorgt ervoor dat de patiënten pas na 12 uur pijn ervaren. Wanneer er op tijd gestart wordt met de pijnmedicatie kan de pijn onder controle gehouden worden. Anderzijds kan er vastgesteld worden dat patiënten ondanks hun hoge NRS score de medicatie inname niet verhogen. De genomen medicatie was volgens de patiënt effectief, alhoewel de patiënt niet pijnvrij was (zie grafiek 9). Dit kan te wijten zijn aan het feit dat de patiënt de pijn niet preventief bestreden heeft.



Grafiek 12: Het aantal pijnmedicatie die een patiënt heeft genomen t.o.v. de huidige NRS score.

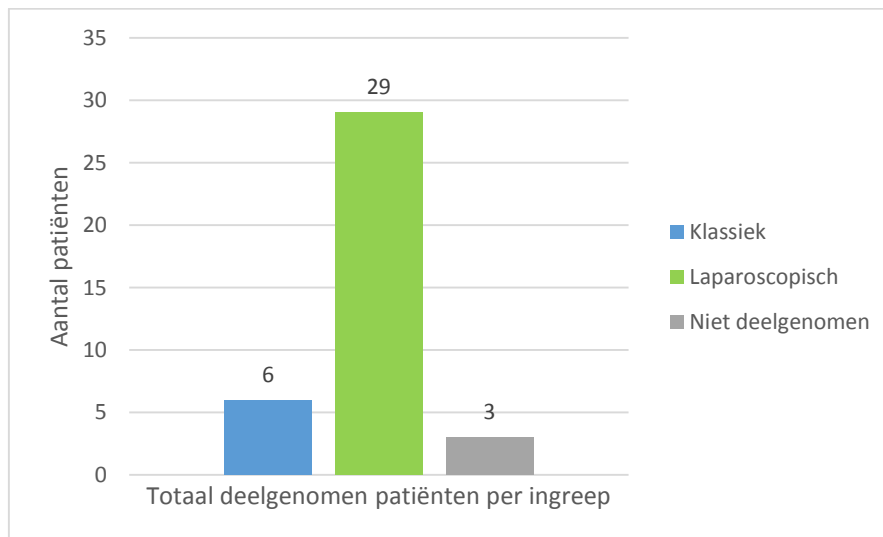
In de rubriek hulpverlening werd er nagegaan met welke personen contact werd opgenomen. De patiënt nam geen contact met één van deze hulpverleners. Wel werd er vaak beroep gedaan op de echtgenoot omwille van beperkingen bij de hygiënische verzorging.

Uit de bevraging bleek dat de huidconditie niet te beoordelen is op de eerste dag postoperatief. De reden hiervan is de aanwezigheid van het verband dat de eerste dag postoperatief niet geopend mag worden.

De patiënt krijgt bij ontslag de richtlijn mee om een draagdoek te dragen. Uit de bevraging blijkt dat deze richtlijn consequent wordt nageleefd. Ook de richtlijn om ijs te leggen wordt nageleefd. Bij 12 van de 16 patiënten had dit een pijn verminderend effect.

8.2.3 Liesbreuk

Van de 38 patiënten die een liesbreukoperatie ondergingen, hebben 35 patiënten de vragenlijst effectief voltooid. De liesbreukoperatie kan op twee manieren uitgevoerd worden, laparoscopisch en klassiek. In de onderstaande grafiek 13 wordt het aantal patiënten per aandoening weergegeven.



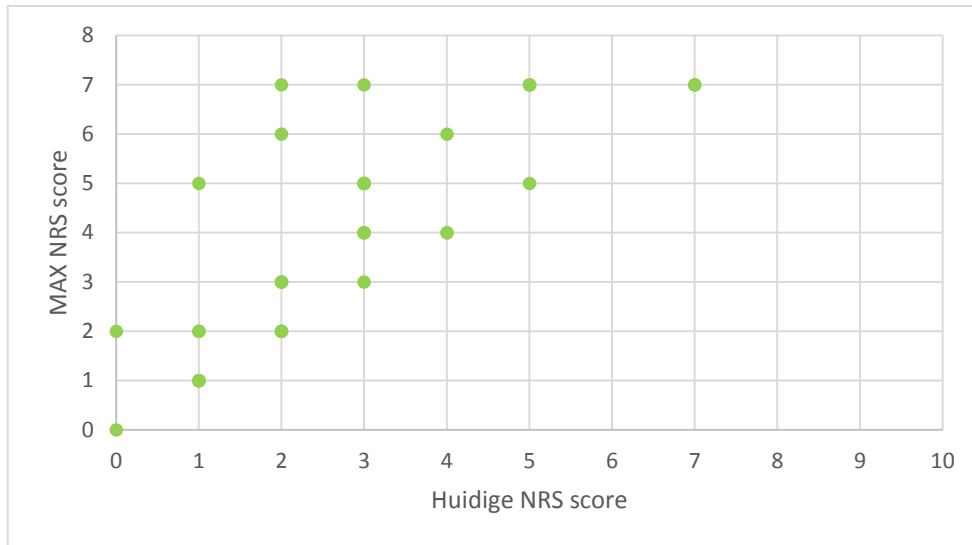
Grafiek 13: Aantal deelgenomen patiënten per ingreep.

Uit literatuur (Gooszens et al., 2012) blijkt dat de pijn en de impact op dagelijkse activiteiten één van de belangrijkste postoperatieve gevolgen zijn. In grafiek 14 wordt aangetoond dat er geen verband is tussen de NRS score bij het ontslag en de huidige NRS score. Zowel bij ontslag als de eerste dag postoperatief zijn de meeste patiënten pijnvrij (≤ 4).



Grafiek 14: De NRS score bij ontslag t.o.v. de huidige NRS score.

In de verdere gegevensverwerking zal er steeds uitgegaan worden van de huidige NRS score omwille van het recht evenredig verband tussen de huidige NRS score en de maximale NRS score. Dit is weergegeven in grafiek 15.



Grafiek 15: De maximale NRS score t.o.v. de huidige NRS score.

Uit literatuur (Gooszens et al., 2012) blijkt dat de klassieke liesbreukoperatie meer pijnklachten veroorzaakt dan de laparoscopische ingreep. Dit is echter niet aantoonbaar in deze bevraging, omwille van het lage aantal patiënten dat een klassieke liesbreukoperatie heeft ondergaan. Dit is weergegeven in tabel 10.

Ingrepen	Huidige NRS score						
	0	1	2	3	4	5	7
Klassiek		1		2		3	
Laparoscopisch	2	6	8	7	3	1	2
Eindtotaal	2	7	8	9	3	4	2

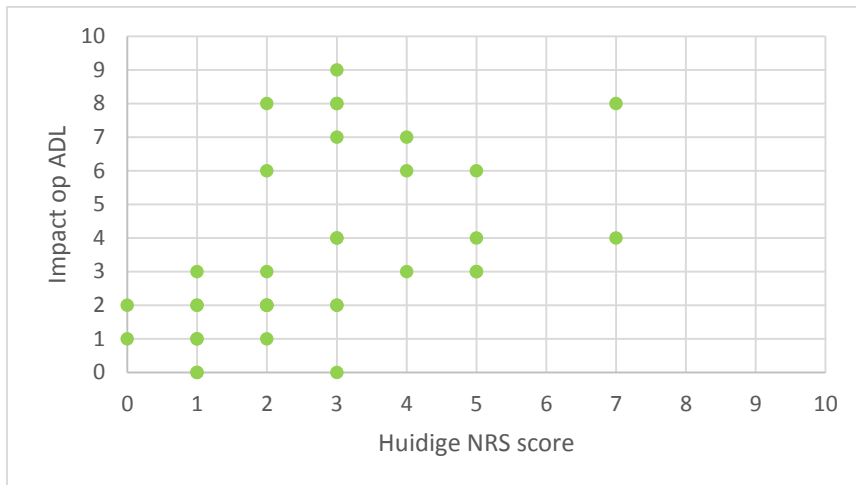
Tabel 10: De huidige NRS score bij de soorten liesbreukoperaties.

In de bevraging zijn er 35 mannen opgenomen omwille van een liesbreukoperatie. Uit het theoretisch gedeelte blijkt dat een liesbreuk minder voorkomt bij vrouwen dan bij mannen en dit blijkt ook uit de resultaten van het onderzoek. Er was slechts één vrouw die een liesbreuk had, die wenste deel te nemen aan het onderzoek. Omwille van een verplichte opname kon ze niet meer deelnemen aan de bevraging en is ze niet opgenomen in de onderstaande tabel (tabel 11).

Geslacht	Huidige NRS score							Eindtotaal
	0	1	2	3	4	5	7	
Man	2	7	8	9	3	4	2	35
Eindtotaal	2	7	8	9	3	4	2	35

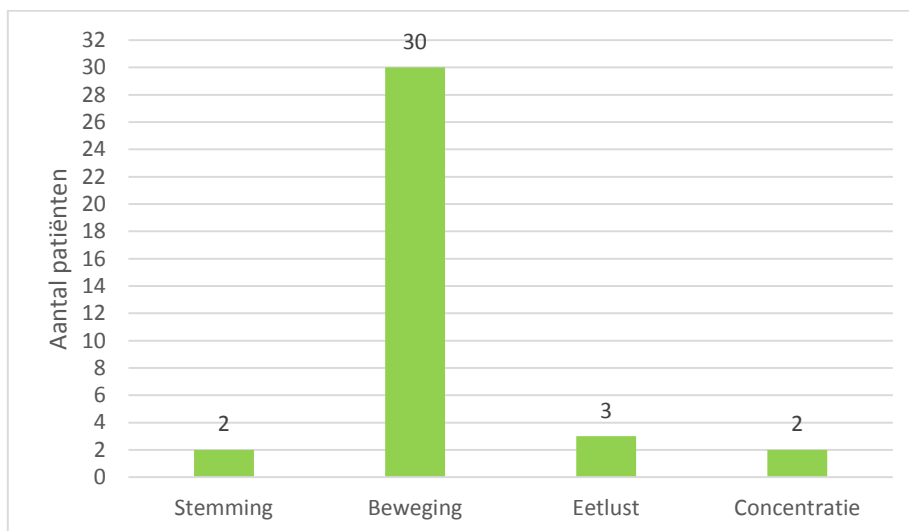
Tabel 11: De huidige NRS score bij de liesbreukoperatie per geslacht.

Als de impact t.o.v. de huidige NRS score wordt uitgezet in een grafiek, wordt er gezien dat de patiënten met een lage huidige NRS score zowel een hoge als een lage impact aangeven. Patiënten met een hoge huidige NRS score kunnen ook zowel een hoge als een lage impact scoren. Hieruit kan afgeleid worden dat dit een heel subjectief gegeven is.



Grafiek 16: De impact van de ingreep op de algemene dagelijkse activiteiten t.o.v. de huidige NRS score.

Er werd ook nagegaan of de ingreep impact had op de stemming, beweging, eetlust en concentratie van de patiënt. Grafiek 17 toont dat 2 patiënten een impact op hun stemming ondervonden, 30 patiënten ondervonden een impact op hun beweging, slechts 3 patiënten op hun eetlust en 2 patiënten op hun concentratie.

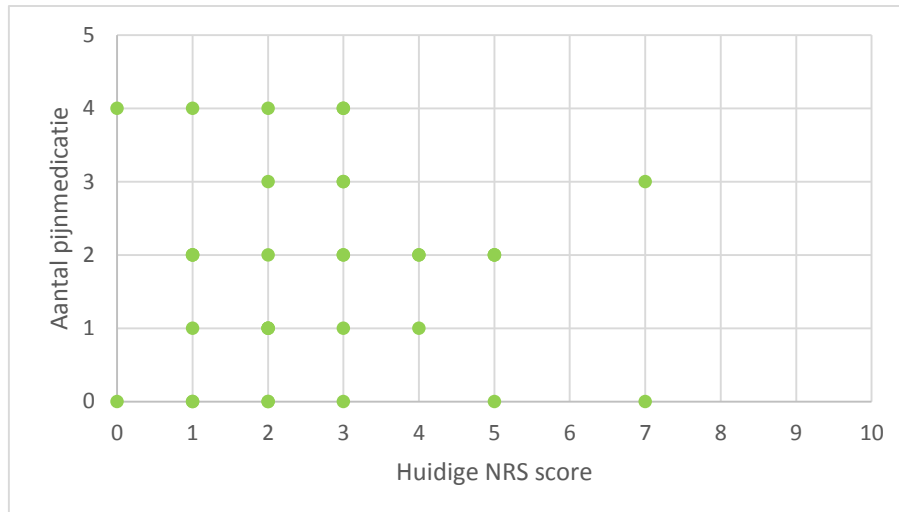


Grafiek 17: Impact t.g.v. de ingreep

Het vervoer vanuit het ziekenhuis en de nachtrust werden ook nagevraagd aan de patiënt. Twee patiënten hadden moeilijkheden tijdens het vervoer vanuit het ziekenhuis naar hun woonplaats. Slechts vijf patiënten hadden geen goede nachtrust.

De postoperatieve symptomen, meestal veroorzaakt door de anesthesie, werden postoperatief dag 1 ook nagevraagd. 2 Patiënten hadden last van duizeligheid, 1 patiënt van hoofdpijn, 6 patiënten hadden last van moeheid, 5 patiënten van heesheid en negen patiënten hadden keelpijn. Hieruit kan afgeleid worden dat keelpijn het meest voorkomend postoperatief symptoom is.

In de volgende rubriek werd er nagegaan hoeveel patiënten een pijnpakket postoperatief mee naar huis gekregen hebben. Bij de liesbreukoperaties hebben 14 van de 35 patiënten een pijnpakket ontvangen. In de volgende grafiek staat de huidige NRS score tegenover het aantal pijnmedicaties die een patiënt genomen heeft. Uit deze grafiek kunnen er twee conclusies getrokken worden. Enerzijds blijkt dat het merendeel van de patiënten met een beperkt aantal pijnmedicaties hun pijnklachten goed onder controle hebben. Anderzijds wordt er gezien dat enkele patiënten ondanks hun hoge huidige NRS score niet de maximale hoeveelheid pijnmedicatie gebruiken.



Grafiek 18: Het aantal pijnmedicatie die een patiënt heeft genomen t.o.v. de huidige NRS score.

In de rubriek hulpverlening werd er nagegaan met welke hulpverlening er contact opgenomen werd. Hieruit blijkt dat er geen contact is opgenomen met deze hulpverleners.

Uit de bevraging blijkt dat er pijnklachten veroorzaakt worden bij situaties waarin de patiënt druk uitoefent, t.h.v. het operatiegebied. Situaties die bevroegd werden zijn opstaan en stoelgang maken. Bij het opstaan, vanuit een liggende of zittende houding, hadden 25 patiënten pijnklachten en van de 28 patiënten die stoelgang hadden gemaakt, ondervonden er 19 pijnklachten.

9 Besluit

Vooraleer een besluit te formuleren moet er aangegeven worden dat het vooropgesteld aantal patiënten per ingreep niet bereikt is. Het doel was om 30 patiënten per ingreep te bevragen, dit is enkel bereikt bij de liesbreukoperatie. De aantallen werden niet bereikt gedurende de tijdsperiode die er afgesproken was. Maar er is toch gestopt met contact op te nemen met de patiënten op de vooropgestelde einddatum zodat er nog voldoende tijd was voor de gegevensverwerking.

Uit de gegevensverwerking kan geconcludeerd worden dat pijn een subjectief gegeven is. Dit kan afgeleid worden uit de spreiding van de huidige NRS scores bij alle ingrepen. Dit in het achterhoofd houdend wordt er verder gegaan met het besluit, maar pijn is datgene wat de persoon die het ervaart zegt dat het is en is aanwezig wanneer hij/zij zegt dat het aanwezig is zoals verwacht ligt de maximale NRS score hoger dan de huidige NRS score. Dit kan verklaard worden doordat de NRS score verlaagd wordt door de pijnmedicatie. Deze pijnmedicatie blijkt volgens patiënten effectief te zijn. Er is geen onderscheid te maken tussen de pijn die vrouwen of mannen ervaren.

Wanneer de impact op de algemene dagelijkse activiteiten vergeleken wordt tussen de verschillende ingrepen, kan er geconcludeerd worden dat de impact het grootste is bij de arthroscopie van de schouder. Dit kan ook afgeleid worden uit de hogere pijn scores bij de arthroscopie van de schouder. De impact t.g.v. de ingreep is zowel bij de anale ingrepen, de arthroscopieën van de schouder als bij de liesbreukoperaties het grootst op de beweging. Dit zorgt ook voor een grote impact op de dagelijkse activiteiten.

Van de postoperatieve symptomen komen moeheid en keelpijn het meeste voor bij elke ingreep. Dit is te verklaren doordat bijna elke ingreep onder algemene anesthesie gebeurt. De keelpijn kan veroorzaakt worden door de intubatie. De moeheid zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat de anesthesie nog niet volledig uitgewerkt is.

Als de NRS scores bij ontslag vergeleken worden tussen de verschillende ingrepen valt er op dat deze nooit hoger zijn dan vier. Of de reden hiervan is dat de patiënten bij een hogere score dan vier niet met ontslag mogen, wordt in het midden gelaten. Ondanks deze lage NRS scores bij ontslag worden er toch hoge huidige en maximale NRS scores aangegeven door de patiënt. Verder kan er afgeleid worden dat deze NRS scores zeer verspreid liggen, zowel binnen een ingreep als tussen de verschillende ingrepen onderling. Dit zou misschien te wijten kunnen zijn aan het feit dat de pijnmedicatie postoperatief in de thuissituatie nog niet op punt staat. In het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator is hier echter wel al mee bezig. Dit kan vastgesteld worden door het voorzien van pijnpakketten. Deze pijnpakketten zijn echter nog niet specifiek per ingreep zodat de dokters toch nog het medicatievoorschrift verkiezen boven het pijnpakket. Het voorzien van een pijnpakket voor iedere ingreep is niet haalbaar omwille van het beperkte hoeveelheid pijnmedicatie die meegegeven mag worden. Als alternatief kan er eventueel per ingreep een medicatieschema opgesteld worden, in combinatie met een medicatievoorschrift. Op deze manier kan het pijnbeleid postoperatief in de thuissituatie geoptimaliseerd worden.

Het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator verdient een dikke pluim omdat alle deelnemende patiënten zeer tevreden waren over hun verblijf op het chirurgisch daghospitaal en opnieuw zouden kiezen voor het chirurgisch daghospitaal.

Reflectie

Tijdens deze bachelorproef hebben we ons verder ontwikkeld als verpleegkundigen. Naast theoretische kennis i.v.m. het chirurgisch daghospitaal en de verschillende ingrepen hebben we geleerd hoe het is om een bevraging uit te voeren. We hebben ervaren hoe het is om een idee om te zetten in een concreet project en vervolgens dit project volledig te realiseren. Belangrijke competenties tijdens dit hele proces zijn discipline, inzet, organisatie en doorzettingsvermogen.

Bij het tot stand komen van een bachelorproef is een goede samenwerking een absolute must. Bij het realiseren van deze bachelorproef was er een goede samenwerking tussen de groepsleden onderling. Ook de samenwerking met de promotor, de inhoudsdeskundige en de medewerkers van het chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator verliep op een vlotte manier. Natuurlijk zijn er bij elke samenwerking ook momenten waarop het iets minder goed gaat. Wanneer dit het geval was, werd er naar ieders mening geluisterd en vervolgens gezamenlijk een besluit genomen.

Bij het realiseren van deze bachelorproef zijn er natuurlijk ook enkele obstakels geweest.

Een eerste obstakel deed zich voor wanneer nagegaan werd of andere chirurgische daghospitelen postoperatief telefonisch feedback afnamen. Om dit te kunnen bepalen werden verschillende chirurgische daghospitelen gecontacteerd. Dit leidde niet tot het gewenste resultaat. Het merendeel van de ziekenhuizen gaf geen antwoord op de verstuurde mail waardoor dit de start van het onderzoek heeft bemoeilijkt/vertraagd.

Bij de zoektocht naar een postoperatieve gestandaardiseerde vragenlijst werd er geen geschikte gestandaardiseerde vragenlijst gevonden waardoor deze zelf opgesteld moest worden. Dit heeft heel wat tijd en inzet gekost. Uiteindelijk is de vragenlijst tot stand gekomen door een combinatie van diverse bronnen zoals verschillende ziekenhuizen, medewerkers van het chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator en beschikbare literatuur. Dit heeft geleid tot een doeltreffende vragenlijst.

Ook tijdens de bevraging waren er enkele belemmeringen. Initieel was het de bedoeling om per ingreep 30 patiënten te bevragen. Dit is niet gelukt omdat we na een tijdsperiode van 5 weken zowel bij de anale ingrepen als bij de arthroscopie v/d schouder dit aantal niet hebben bereikt. Ondanks het niet bereikte aantal, zijn we toch tevreden over de bereikte resultaten die de bevraging heeft opgeleverd. Met deze resultaten kan er getracht worden om het postoperatief beleid op het chirurgisch daghospitaal Jessa ziekenhuis, campus Salvator verder te optimaliseren.

Er bestaat de mogelijkheid om een vervolgproject op te starten. Dit vervolgproject zou zich verder kunnen richten op de aandachtspunten die uit deze bevraging zijn gekomen. Op deze manier kan men het postoperatief beleid blijven optimaliseren.

Bibliografie

3M, (2007, december). Infection Prevention. *3M*, pp. 1-6.

AC-gewricht aandoeningen. (2015, 01 februari). Geraadpleegd van <http://www.schouderfysiotherapie.nl/patienten/schouderaandoeningen/ac-gewricht.html>

Acromioclaviculaire pathologie. (2009, 01 september). Geraadpleegd van <http://www.fless.be>

Ahmad, C. S., Dyrzka, M. D., & Kwon, D. H. (2014). Biomechanics of the shoulder. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 17-30). London, Engeland: Springer.

Alimoglu, O., Kaya, B., Okan, I., Dasiran, F., Guzey, D., Bas, G., & Sahin, M. (2005). Femoral hernia: a review of 83 cases. *Springer*, 10, 70-73. Geraadpleegd van 10.1007/s10029-005-0045-3

Algemeen ziekenhuis Sint-Jozef. (2008). *Infolder aambeien*. Malle: algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef.

[Heelmeester] [Foto]. [2012] Geraadpleegd van <http://www.heelmeester.nl/heelmeestercms/voorlichtingfolders/buikholte/96-liesbreuk>

Aoki, M., Ishii, S., & Usui, M. (1986). The slope of the acromion and rotator cuff impingement. *Orthop Trans*, 10(228), 4-15.

Arthroscopische subacromiale decompressie van de schouder (Neerplastiek). (2015, 1 mei). Geraadpleegd van <http://www.orthopediemiddenlimburg.nl/assets/folders/schouder/Kijkoperatie%20schouder.pdf>

Baccaglioni, U., Bertinato, L., Castoro, C., Drace, C.A., & McKee, M. (2007). *Policy Brief: Day Surgery Making it Happen*. Geraadpleegd op 9 april 2015, op http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf

Bastiaanssen, C. A., Jochems, A. A. F., Jünen, I. J. D., & Tervoort, M. J. (2007). *Anatomie en fysiologie* (Herz. ed.). Houten, Nederlands: Bohn Stafleu van Loghum.

Bauters, A.S., persoonlijke communicatie, 4 april 2015.

Bellato, E., Blonna, D., & Castoldi, F. (2014). Anatomy of the shoulder. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 3-16). London, Engeland: Springer.

Berkowitz, M. M., Warren, R. F., Altchek, D. W., & Carson, E. W. (1997, 1 april). Arthroscopic acromioclavicular resection. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 5(2), 100-108.

Biglari, M., Lissens, P., Van den Bussche, D., & Vuylsteke, M. (z.j.). *Behandeling liesbreuk*. Gedownload op 2 april 2015, van http://www.chirurgietielt.be/?page_id=265

Bigliani, L. U., Morrison, D. S., & April, E. W. (1986, 3 april). The Morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. *Orthop Trans*, 10(228), 1-10.

Bittner, R., & Schwarz, J. (2012). Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Springer*, 397, 271-282. doi:10.1007/s00423-011-0875-7

Borel Rinkes, I.H.M., Dejong, C.H.C., Gooszen, H.G., Gouma, D.J., Heineman, E., Lange, J.F., & Schipper, I.B. (2012). *Schematische tekening van het anale kanaal* [afbeelding]. In I.H.M. Borel Rinkes, C.H.C. Dejong, H.G. Gooszen, D. J. Gouma, E. Heineman, J.F. Lange, I.B. Schipper. *Leerboek chirurgie* (p.328). Houten: Springer Media B.V.

Borgeat, A., & Blumenthal, S. (2004). Anaesthesia for shoulder surgery. *Current Orthopaedics*, 18, 109-117.

Braun E., Baidusi A., Alroy G., Azzam Z. (2008). Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine*, 20 (?), 221-225.

Brosmer, R. J., & Waldron, D. L. (1990). Health and High Performance. *Official Journal of the American College of Sport Medicine*, 19355(9725), 736-737.

Brown, A. R. (1999, 1 april). Regional Anesthesia for shoulder surgery. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 3(2), 64-78.

Bruins, R., & Pinkster, B. (2007). *Informatiemanagement*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

Brukner, P., & Khan's, K. (2012). *Clinical sports medicine* (4e ed.). North Ryde, Australia: McGrawHill.

Bruns, T. B., & Worthington, J. M. (2000). Using Tissue Adhesive for Wound Repair: A Practical Guide to Dermabond. *American Family Physician*, 1(61), 1383-1388. Geraadpleegd van <http://www.aafp.org/afp/2000/0301/p1383.html>

Cenens, M., & Van Dessel, S. (2002). *Chirurgische daghospitalisatie*. Diegem: Kluwer.
De jong, K. (2014, 11 augustus). *Vier gradaties van aambeien* [online afbeelding] .
Gedownload op 17 april 2015, van <https://pijnloosaambeienvewijderen.files.wordpress.com/2014/08/gradaties-aambeien.jpg>

Celik, S. E., & Kara, A. (2007, juni). Scheren van de operatiestreek bij lumbale chirurgie. *Spine*, pp. 22-23.

[Chirurgie Tielt] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van http://www.chirurgietielt.be/?page_id=265

Codman, E. A. (1934). *The shoulder: rupture of the supraspinatus tendon and other lesions in or about the subacromial bursa*. Boston, Engeland: Thomas Todd.

Dewaele, E. (2013). Het onthaalproces van patiënten voor het chirurgisch dagziekenhuis: de rol van fo/bo configuraties. Geraadpleegd van http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/061/852/RUG01-002061852_2013_0001_AC.pdf

Dewar A., Scott J., Muir J. (2004). Telephone follow- up for day surgery patients: patient perceptions and nurses experiences. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19 (4), 234-341.

Dopplergeleide ligatie van de hemorroïdale arteriën [afbeelding]. (z.j.). Geraadpleegd van <http://www.elkerliek.nl/Elkerliek/Patientenfolders/Patientenfolders-Aambeien.pdf>

Elkerliek Ziekenhuis. (s.j.) *Aambeien*. [online afbeelding]. Gedownload op 17 april 2015, van <http://www.elkerliek.nl/Elkerliek/Patientenfolders/Patientenfolders-Aambeien.pdf>.

Ellman, H., & Gartsman, G. M. (1993). *Arthroscopic shoulder surgery and related procedures*. Malvern, Engeland: Lea & Febiger.

Ellman, H., & Walker, L. G. (1997). Complications of Shoulder Arthroscopy. *Techniques in Orthopaedics*, 12(1), 64-75.

Elvir-Lazo, O. L., & White, P. F. (2010). The role of multimodal analgesia in pain management after ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23, 697-703.

Europa ziekenhuizen v.z.w. (s.j.). *Behandeling van aambeien*. Brussel: Europa ziekenhuizen.

FOD, Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2009). *Advies van de afdeling financiering van de NRZV betreffende de daghospitalisatie*. Opgehaald op 20 november, 2012, van https://www.google.be/#hl=nl&tbo=d&scient=psy-ab&q=FOD+2009+chirurgisch+dagziekenhuis&oq=FOD+2009+chirurgisch+dagziekenhuis&gs_l=serp.3...57774.60424.1.61858.18.18.0.0.0.14.238.2884.0j16j2.18.0...0.0...1c.1.OvdLlk6e aoo&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=21f77687cdaef6b7&bpcl=39650382&biw=1366&bih=571

Frölich- Swart, Y., & Larmené, L. (2008). *Algemene chirurgie*. Utrecht: Lemma.

Farmer, K. W., & Wright, T. W. (2015). Shoulder Arthroscopy: The Basics. *Surgical Technique*, 40(4), 817-821.

[Flessss] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd via <http://www.flessss.be>

Gartsman, G. M. (1990). Shoulder Arthroscopy. *Current Orthopaedics*, 4, 218-224.

Geertzen, J. H. B., Perez, R. S. G. M., Dijkstra, P. U., Kemler, M. A., & Rosenbrand, C. J. G. M. (2006). *Guideline Complex Regional Pain Syndrome type I*. Alphen aan den Rijn, Nederland: Van Zuiden Communications.

[Gezondheid] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=14438

[Gezondheid] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van http://www.gezondheid.be/INDEX.cfm?fuseaction=art&art_id=2561

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418-2425.

Goldstein, B. (2004). Shoulder anatomy and biomechanics. *Physical medicine and rehabilitation clinics of north america*, 15(1), 313-349.

Gooszen, H.G., Blankensteijn, J.D., Borel, R., Dejong, C.H.C., Gouma, D.J., Heineman, E., Lange, J.F., & Schipper, I.B. (2012). *Schematische tekening van het anale kanaal* [afbeelding]. In H.G. Gooszen, J.D. Blankensteijn, R. Borel, C.H.C. Dejong, D.J. Gouma, E. Heineman, J.F. Lange, I.B. Schipper. *Leerboek chirurgie* (p.328). Houten: Springer Media B.V.

[Heelkunde Sint-Trudo Ziekenhuis] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van <http://www.chirurgen-sint-truiden.be/liesbreuk-of-dijbreuk.html>

Hennis, P. J., & Leusink, J. A. (2007). *Anesthesiologie* (Herz. ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hodgins M.J, Ouellet L.L., Pond S., Knorr S., Geldart G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Applied Nursing Research* 21, (?), 218-226.

Interscaleen blok. (2014, 1 juli). Geraadpleegd van www.jessazh.be

Jakobsson, J. (2011). Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Curr Opin Anesthesiol*, 24, 601-604

Janssen, P. (2005). *IT-service management volgens ITIL (2e ed.)*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

Jessa Ziekenhuis. (z.j.). *Daghospitaal heelkunde campus Salvator*. Geraadpleegd op 17 april 2015, van <http://www.jessazh.be/deelwebsites/dagziekenhuis-heelkunde-campus-salvator>

Jessa Ziekenhuis. (2014). *Introductiebrochure voor nieuwe verpleegkundigen en studenten chirurgisch daghospitaal en oogkliniek*. Hasselt: Jessa Ziekenhuis, campus Salvator.

Jessa Ziekenhuis (2014). *Informatiebrochure: een opname in het daghospitaal heelkunde*. Hasselt: chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis campus Salvator.

Jessa Ziekenhuis (2014). *Informatiebrochure: Liesbreukoperatie*. Hasselt: chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis campus Salvator.

Jessa Ziekenhuis. (z.j.). *Ontslagcriteria CDH – loco-regionale anesthesie* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.

Jessa Ziekenhuis. (z.j.). *Ontslagcriteria CDH – algemene anesthesie* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.

Jessa ziekenhuis (2012). *Patiëntenselectie voor het daghospitaal* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator en campus Virga Jesse.

Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2009). *Zakwoordenboek der Geneeskunde* (Herz. ed.). Doetinchem, Nederland: Elsevier.

Kalliomäki, M. L., Meyerson, J., Gunnarsson, U., Gordh, T., & Sandblom, G. (2008). Long-term pain after inguinal hernia repair in a population-based cohort; risk factors and interference with daily activities. *European Journal of Pain*, 12, 214-225. doi:0.1016/j.ejpain.2007.05.006

Kleinpell R.M. (1997) Improving telephone follow-up after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 12 (5), 336-340.

Longo-methode [afbeelding]. (z.j.). Geraadpleegd van <http://www.elkerliek.nl/Elkerliek/Patientenfolders/Patientenfolders-Aambeien.pdf>

Lucignani, G. (2007). Rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa... or molecular imaging. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 34, 2135-2141.

Maloteaux, J. M. (2012). *Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium 2012 (25e ed.)*. Gent, België: BCFI.

Martini, H., & Bartholomew, F. (2012). *Anatomie en fysiologie: Een inleiding (5e ed.)*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

- Martini, H. & Bartholomew, F. (2012). Het glenohumeraal gewricht [Afbeelding]. In H. Martini & F. Bartholomew. *Anatomie en fysiologie, een inleiding* (p. 216). Nederland: Pearson Benelux.
- McClincy, M. P., & Rodosky, M. W. (2015). Arthroscopic Subacromial Decompression. *Operative Techniques in Orthopaedics*, 25, 10-14.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Arthroscopisch zicht van AC Gewricht [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 384). Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Het glenohumeraal gewricht [afbeelding]. In G. Milane & A. Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 17). Engeland: springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Het glenohumeraal gewricht [afbeelding]. In G. Milane & A. Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p.264). Engeland: springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Strandstoel positie [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 106). Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Strandstoel positie. Operatie veld is compleet [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 106). Engeland: Springer.
- Milano, G., & Grasso, A. (2014). *Shoulder Arthroscopy: Principals and practice*. London, Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Uiteindelijke inspectie vanuit het posterior portaal [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 385). Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Verwijderen van articulaire en peri-articulaire zachte weefsels [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 384). Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Zijligging [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 104). Engeland: Springer.
- Milano, G. & Grasso, A. (2014). Zijligging. Operatie veld is klaar. [afbeelding]. In Milano & Grasso. *Shoulder Arthroscopy* (p. 105). Engeland: Springer.
- Moechars, G., Thijsen, K., Bollen, L., Ignoul, A., Lenskens, E., & Vanaenrode, E. (2012). *Richtlijn preoperatieve onderzoeken: tabel + bijlagen* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator.
- Moen, T. C., Rudolph, G. H., Caswell, K., Burkhead, W. Z., Espinoza, C., & Krishnan, S. G. (2014). Complications of shoulder arthroscopy. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 22, 410-419.
- Moult, HP., Aubert, M., & De Parades, V. (2014). Classical treatment of hemorrhoids. *Journal of Visceral Surgery*, 151(5), 1-7.
- Musselwhite K., Cuff L., McGregor L., King K.M. (2006). The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research: A discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44 (?), 1064-1070.

Myles, P. S., Hunt, J. O., Nightingale, C. E., Fletcher, H., Beh, T., & Ponsford, J. L. (1999). Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesth Analg*, 88, 83-90.

[Nederlands Huisartsen genootschap] [Foto]. [2012]. Geraadpleegd van <https://www.thuisarts.nl/liesbreuk/ik-heb-liesbreuk>

[Orthopediemiddenlimburg] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van <http://www.orthopediemiddenlimburg.nl/assets/folders/schouder/Kijkoperatie%20schouder.pdf>

[Operatieve zorg en technieken] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van <http://www.chirurgen-sint-truiden.be/liesbreuk-of-dijbreuk.html>

Ory, Braeken, Moechars, G., Thijsen, K., Ignoul, A., Lenskens, E., Vandekerkhof, J., & Nelissen, E. (2012). *Standaard order medicatietoediening: premedicatie volwassenen* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator.

Patel, H.S., Chavda, J., Parikh, J., & Naik, N. (2013) Study of Operated Patients of Lateral Internal Anal Sphincterotomy for Chronic Anal Fissure. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(12), 2863–2865.

Patel, M., Garcea, G., Fairhurst, K., & Dennison, A. R. (2012). Patient perception of laparoscopic versus open mesh repair of inguinal hernia, the hard sell. *Springer*, 16, 411-415. doi:10.1007/s10029-012-0933-2

Poh, A., Tan, K.-J., & Seow-Choen, F. (2010) Innovations in chronic anal fissure treatment: A systematic review. *World Journal of Gastroenterology*, 2(7), 231–241.

Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzschek, D. A., & Rathmell, J. P. (2008). Perspective on Pain Management in the 21st Century. *Journal of PeriAnesthesia Nurses*, 23, 4-14. doi:10.1016/j.jopan.2007.11.004

Pöpping, D. M., Zahn, P. K., Van Aken, H. K., Dasch, B., Boche, R., & Pogatzki-Zahn, E. M. (2008). Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18 925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. *British Journal of Anaesthesia*, 101(6), 832-840. doi:10.1093/bja/aen300

PPH-stapler [afbeelding]. (z.j.). Geraadpleegd van <http://www.stroma.com.tr/styled/files/PPH%20STAPLER%20TOUCHSTONE.png>

Presles, P. (2008). Waarom moeten we nuchter zijn voor een anesthesie? Geraadpleegd op 24/4/2015 op <http://www.e-gezondheid.be/print/node/65300>

Proctor, L. Jon. (2006). SPSS vs. excel: Computing software, criminal justice students, and statistics. *Journal of Criminal Justice Education*, 13(2), 433-442.

Prone jackknife position [afbeelding]. (z.j.). Geraadpleegd van <http://wiki.med.uottawa.ca/download/attachments/15630350/Prone-jack-knife.gif>

Reekum, J. van. (2012). *Operatieve Zorg en Technieken: module positioneren op een operatietafel*. Oosterbeek, Nederland: Veres Publishing.

Royse, C. F., Newman, S., Phil, D., Chung, F., Stygall, J., McKay, R. E., ... Wilkinson, D. J. (2010, 1 oktober). Development and Feasibility of a scale to assess Postoperative recovery. *Anesthesiology*, 113(4), 892-905.

Saccomanno, M. F., Careri, S., Bartoli, M., & Milano, G. (2014). Subacromial Impingement. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 263-276). London, Engeland: Springer.

Salvatore, M., Latte, C., & Grasso, A. (2014). Operating Room Setup and Patient Positioning. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 99-108). London, Engeland: Springer.

Santoprete, S., Chierichini, A., & Micci, D. M. (2014). Anesthesia in Shoulder Arthroscopy. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 109-117). London, Engeland: Springer.

Schein Long, J. (1996, april). Shoulder Arthroscopy. *Orthopaedic Nursing*, 15(2), 21-31.

[Schouderfysiotherapie] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van <http://www.schouderfysiotherapie.nl/patienten/schouderaandoeningen/ac-gewricht.html>

Schouderklachten op basis van een aandoening van het Acromioclaviculaire gewricht (AC-gewricht). (2011, 03 mei). Geraadpleegd van <http://www.pijn.com/nl/zorgverleners/pijndiagnose/pijndiagnoses-per-regio/schouder-arm/ac-gewricht/>

Schouderpijn: letsels van de rotator-cuff. (2015, 02 april). Geraadpleegd van http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=14438

Schug, S. A., & Chong, C. (2009). Pain management after ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 22, 738-743.

Sesink, E. M., & De Jong, J. H. J. (2005). *Verplegen van interne en chirurgische zorgvragers, niveau 4* (2e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Sesink, E. M., & Jüngen, I. J. D. (2010). *De verpleegkundige in de AGZ*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Severini, G., Ricciardi, A., & Cacchio, A. (2014). Principles of Shoulder Rehabilitation. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 73-83). London, Engeland: Springer.

Simons, M., et al. (2009). *European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients*. Geraadpleegd op 20 april 2015, op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719730/>

Sloots, C.E.J., Poeze, M., Croiset van Uchelen, F.A.A.M., & Repelaer van Driel, O.J. (2005) Procedure voor Prolaps en Hemorroiden; Ervaringen uit Máxima Medisch Centrum. *Medisch journal*, 34(1), 12-15.

Stoher, I. G. (1990). Arthroscopy. *Injury*, 21, 283-286.

Uthoff, H. K., & Loehr, J. W. (1997, 2 maart). Calcific tendinopathy of the rotator cuff: pathogenesis, diagnosis, and management. *J AM acad Orthop Surg*, pp. 183-189.

Uthoff, H. K., Sarkar, K., & Maynard, J. A. (1976, 5 juni). Calcifying tendinitis: a new concept of its pathogenesis. *Clin Orthop Relat res*, pp. 118-164.

- Urmeij, W. F. (1999, 1 oktober). Interscalene Block. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 3(4), 207-211.
- Vanaenrode, E., Persoonlijke communicatie, 19 januari 2015.
- Vanaenrode, E., Persoonlijke communicatie, 29 januari 2015.
- Vanaenrode, E., Persoonlijke communicatie, 15 april 2015.
- Vanaenrode, E. (z.j.). *Pijnpakketten CDH na revisie apt.* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal Jessa Ziekenhuis, campus Salvator.
- Vandevelde, D. (2000, juni). Schouder arthroscopie. Geraadpleegd van <http://www.drvan.develde.be/Schouder%20arthroscopie.pdf>
- Van der Zwaal, P., Pekelharing, J. F., Thomassen, B. J. W., Swen, A., & Van Arkel, R. A. (2011). Rupturen in de rotatorcuff: diagnose en behandeling. *Ned Tijdschrift Geneeskunde*, 155(A3163), 1-8.
- Van Dijk, J. F. M., Kappen, T. H., Van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2012). The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3018-3024.
- Vangertruyden, G., Bouckaert, W., & Knol, J. (2012). *Procedure haemorroïden HAL* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.
- Vangertruyden, G., Bouckaert, W., & Knol, J. (2012). *Procedure haemorroïden klassieke methode* [onuitgegeven intern document]. Hasselt: chirurgisch daghospitaal campus Salvator.
- Van Reekum J. (2012). *Operatieve zorg en technieken* (1^{ste} druk). Oosterbeek: Veres Publishing.
- Vielvoye-Kerkmeer, A. P. E., Van Wijhe, M., & Van Dijk, L. (2009). *Het pijn formularium: een praktisch leidraad* (2e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vinanti, G. B., Scrimieri, D., & Grasso, A. (2014). Degenerative Acromioclavicular Joint Disaesa. In G. Milano, & A. Grasso (Red.), *Shoulder Arthroscopy* (pp. 379-388). London, Engeland: Springer.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2012). *Eisenkader operatiekwartier*. Geraadpleegd op 16 april 2015, op <https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.zorg-en-gezondheid.be%2FBeleid%2FProcedures%2FZiekenhuizen%2FEK-operatiekwartier-%2528DOC%2529%2F&ei=L1s1Va-Ulqq67gbhtoHYAQ&usq=AFQjCNEHPkD0xnKhrBprEvNTzDxtOyC7dA>
- Vlaamse vereniging intensieve zorgen verpleegkundigen. (2008). *Jaarboek 2008: Wandelend door intensieve zorg...* Brussel, België: Uitgeverij UPA.
- Wallis de Vries, B.M., van der Beek, E.S.J., de Wijkerslooth, L.R.H., van der Zwet, W.C., Van der Hoeven, Eeftinck Schattenkerk, & Eddes, E.H (2007, 13 september). *Disposable proctoscoop* [online afbeelding]. Gedownload op 17 april 2015, van <http://www.karger.com/Article/Pdf/108326>

Wallis de Vries, B.M., van der Beek, E.S.J., de Wijkerslooth, L.R.H., van der Zwet, W.C., Van der Hoeven, Eeftinck Schattenkerk, & Eddes, E.H. (2007) Treatment of Grade 2 and 3 Hemorrhoids with Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation. *Digestive Surgery*, 24(?),436-440.

[web.squ.edu] [Foto]. [z.j.] Geraadpleegd via http://web.squ.edu.om/med-Lib/MED_CD/E_CDs/anesthesia/site/content/v03/030662r00.HTM

Wong, J., Tong, D., De Silva, Y., Abrishami, A., & Chung, F. (2009, 1 maart). Development of the Functional Recovery Index for Ambulatory Surgery and Anesthesia. *Anesthesiology*, 110(3), 596-602.

Yeo, D., & Tan, K.-J. (2014) Hemorrhoidectomy - making sense of the surgical options. *World Journal of Gastroenterology*, 20(45), 16976–16983.

[Your Surgery] [Foto]. [z.j.]. Geraadpleegd van <http://www.yoursurgery.com/proceduredetails.cfm?br=1&proc=26>

Zindel, J., Inglin, R., & Brügger, L. (2014) Necessary and unnecessary treatment options for hemorrhoids. *Therapeutische Umschau*, 71(12), 737-751.

Abstract

Door de stijging van de activiteit van het chirurgisch daghospitaal binnen een ziekenhuis, nemen de vragen, vanuit verschillende invalshoeken, over het postoperatief verloop van de patiënt toe. Telefonische feedback kan antwoord geven op deze verschillende vragen. Hieruit ontstond het idee om een postoperatieve bevraging uit te voeren bij drie verschillende ingrepen, namelijk anale ingrepen, arthroscopieën van de schouder en liesbreukoperaties. Deze postoperatieve bevraging was vooral gericht naar de beleving van de patiënt op de eerste postoperatieve dag.

De drie ingrepen die gekozen werden om het onderwerp af te bakenen worden besproken in het theoretische gedeelte van de bachelorproef. Hieruit kon besloten worden dat pijn en beperkingen binnen de dagelijkse activiteiten de meest frequente postoperatieve complicaties zijn.

In het praktische gedeelte werd er een vragenlijst per ingreep opgesteld, waarna er een bevraging a.d.h.v. de vragenlijsten uitgevoerd werd. Uit de bevraging is gebleken dat er sprake is van impact op de dagelijkse activiteiten bij de patiënten. De impact is het grootst op de beweging. Daarnaast is de impact bij de arthroscopie van de schouder groter dan bij de andere twee besproken ingrepen. Patiënten gaven hoge huidige en maximale pijnscores aan, die zeer verspreid liggen. Zowel binnen een ingreep als tussen de verschillende ingrepen. Hieruit kon besloten worden dat de pijnmedicatie postoperatief in de thuissituatie nog niet op punt staat. Doch is het chirurgisch daghospitaal van het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator hier echter mee bezig door het uitdelen van pijnpakketten. Het voorzien van een pijnpakket voor iedere ingreep lijkt niet haalbaar te zijn omwille van de diversiteit van de pijnmedicatie per ingreep. Een alternatief kan zijn om per ingreep een medicatieschema op te stellen, in combinatie met een medicatievoorschrift. Er kan besloten worden dat de literatuur grotendeels overeenkomt met de resultaten van de bevraging.

Daarnaast zijn de patiënten zeer tevreden over hun verblijf in het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator. Ze kregen voldoende schriftelijke en mondelinge informatie van alle betrokken paramedici. Ze zouden allemaal opnieuw kiezen voor het chirurgisch daghospitaal.

Bijlagen

BIJLAGE 1: STRATEGIEKAART

BIJLAGE 2: ASA KLASSEN

BIJLAGE 3: PREOPERATIEVE VRAGENLIJST

BIJLAGE 4: TIME OUT PROCEDURE

BIJLAGE 5: ONTSLAGPROTOCOL

BIJLAGE 6: OVERZICHT ANTWOORDEN ZIEKENHUIZEN

BIJLAGE 7: VRAGENLIJST SINT AUGUSTINUS

BIJLAGE 8: VRAGENLIJST VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

BIJLAGE 9: ANTWOORDEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN

BIJLAGE 10: QUALITY OF RECOVERY SCORE (QOR)

BIJLAGE 11: FUNCTIONAL RECOVERY INDEX (FRI)

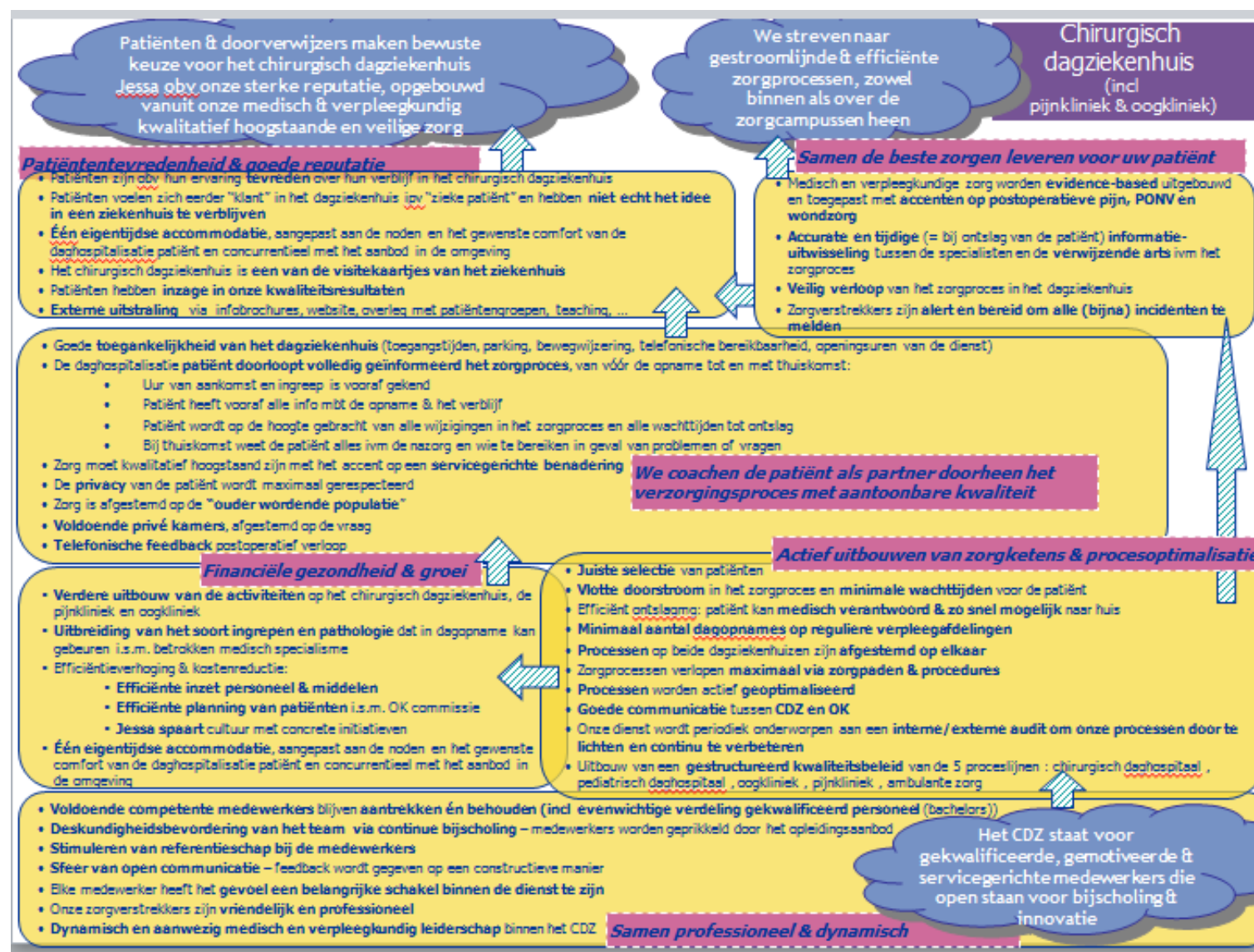
BIJLAGE 12: POSTOPERATIVE QUALITY RECOVERY SCALE (PQRS)

BIJLAGE 13: OVERZICHT GECONTACTEERDE PERSONEN

BIJLAGE 14: VRAGENLIJSTEN

BIJLAGE 15: INFORMED CONSENT

Bijlage 1: Strategiekaart



Bijlage 2: ASA klassen

Betekenis van de verschillende ASA-klassen volgens Cenens en Van Dessel (2002):

ASA 1

Er zijn geen organische, fysiologische, biochemische of psychische stoornissen. Het pathologisch proces dat de reden is voor de operatie is gelokaliseerd en leidt niet tot afwijkingen van de orgaansystemen. Deze patiënten komen in aanmerking voor dagchirurgie.

Voorbeelden:

- patiënt zonder (regelmatig) medicatiegebruik;
- patiënt die sporadisch of nog niet lang rookt.

ASA 2

Lichte tot matige systeemziekten, die ontstaan door de afwijking die de aanleiding is van de operatie of door andere pathologische processen. Deze patiënten komen in aanmerking voor dagchirurgie.

Voorbeelden:

- patiënt met hypertensie;
- patiënt met diabetes mellitus type 1;
- patiënt met obesitas;
- patiënt met anemie;
- patiënt met stabiele cardiale afwijking;
- patiënt met chronische bronchitis.

ASA 3

Vrij ernstige systeemziekte of pathologie van welke aard ook, die in matige graad de normale activiteiten belemmert.

Voorbeelden:

- patiënt met angor;
- patiënt met pulmonaire insufficiëntie;
- patiënt met diabetes mellitus type 1;
- patiënt met morbide obesitas met B.M.I. > 30.

Enkel patiënten met ASA III waarbij de ziekte goed onder controle is, mogen behandeld worden in het chirurgisch daghospitaal. De ingreep heeft dan geen nadelige invloed op de aandoening.

ASA 4

Levensbedreigende vormen van systeemziekten die niet steeds door een operatieve ingreep kunnen worden hersteld. Deze patiënten komen niet in aanmerking voor dagchirurgie.

Voorbeelden:

- patiënt met hartinsufficiëntie;
- patiënt met ernstige pulmonaire insufficiëntie;
- patiënt met nierinsufficiëntie;
- patiënt met leverinsufficiëntie.

ASA 5

Stervende patiënten die een operatie moeten ondergaan als laatste redmiddel. Deze patiënten komen niet in aanmerking voor dagchirurgie.

Voorbeelden:

- patiënt met multi-orgaanfalen;
- patiënt met sepsis;
- patiënt met ernstige hypothermie.

Bijlage 3: Preoperatieve vragenlijst



Voorzien voor **klever met identificatiegegevens**
(deze krijgt u bij opname)

ANAMNESE VOOR OPNAME

Beste mevrouw, mijnheer

Deze **vragenlijst** werd opgesteld om uw gezondheidstoestand beter te kennen voor **opname**, zodat we u een **optimale behandeling** en **zorg** kunnen geven. De informatie wordt uiteraard **vertrouwelijk** behandeld.

U kan deze vragenlijst invullen met behulp van uw specialist of huisarts.	Kolom voorbehouden voor de arts / verpleegkundige
<p>▶ Voor WELKE AANDOENING/ OPERATIE wordt u opgenomen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>diagnose/ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Paramedisch eindverslag spoedgevallen of andere toegevoegd</p> <p>datum ingreep:/...../20..</p>
<p>▶ Is er RELEVANTE INFORMATIE die betrekking heeft op uw huidige behandeling of ingreep? Zijn er belangrijke elementen in uw MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ernstige ziekte?</p> <p>.....</p>
<p>▶ FYSIEKE gegevens</p> <p>uw leeftijd: uw gewicht (kg): uw lengte (m): uw bloedgroep:</p> <p>uw bloeddruk (mm/Hg): uw polsfrequentie (slagen/min): <input type="checkbox"/> pacemaker</p> <p>glycemie (bij diabetes):</p>	<p>Bloedgroepkaart gezien / ontvangen?</p> <p>.....</p>
<p>▶ Heeft u een ALLERGIE voor een van onderstaande stoffen? <input type="checkbox"/> geen allergie</p> <p><input type="checkbox"/> penicilline / antibiotica <input type="checkbox"/> kleefpleister <input type="checkbox"/> joodalcool <input type="checkbox"/> latex / rubber (verwittig uw arts!)</p> <p><input type="checkbox"/> contraststof</p> <p><input type="checkbox"/> nikkel (nepjuwelen) <input type="checkbox"/> pijnstillers <input type="checkbox"/> plaatselijke verdovingsstoffen <input type="checkbox"/> andere:</p>	<p>kleurgecodeerd polsbandje:</p> <p>groen</p> <p>blauw</p>
<p>▶ Welk soort type reactie had u? <input type="checkbox"/> Flauwvallen (lage bloeddruk) <input type="checkbox"/> Zwelling rond mond <input type="checkbox"/> Ademnood</p> <p><input type="checkbox"/> Piepende ademhaling <input type="checkbox"/> Rode vlekken op huid met zwelling en jeuk <input type="checkbox"/> Rode vlekken op huid met jeuk</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: andere huidafwijkingen, koorts,</p>	<p>Indien één van de rode items werd aangekruist en de reactie binnen 1 uur optrad is er anafylactie geweest.</p>
<p>▶ Wanneer trad deze reactie op? <input type="checkbox"/> Zeer snel: binnen 1 uur <input type="checkbox"/> Na 1 uur tot 3 dagen <input type="checkbox"/> Pas na 3 dagen - weken</p>	

Indien we tijdens uw opname iemand moeten CONTACTEREN: wie en via welk telefoonnummer kan dit?		wie 's nachts contacteren?
naam: _____	tel.: _____	
naam: _____	tel.: _____	
Hoe is uw THUISITUATIE? <input type="checkbox"/> niet van toepassing		ontslagmanagement
WOONVORM <input type="checkbox"/> alleen <input type="checkbox"/> samen met _____ <input type="checkbox"/> rustoord / instelling _____ tel.: _____ <input type="checkbox"/> met trappen		
ONDERSTEUNING <input type="checkbox"/> dagopvang <input type="checkbox"/> gezinshulp / bejaardenhulp <input type="checkbox"/> thuisverpleegkundige en aantal keren / week: _____ <input type="checkbox"/> warme maaltijden <input type="checkbox"/> personenalarm <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> centrale verzorger: <input type="checkbox"/> afwezigheid van centrale verzorger <input type="checkbox"/> risico op overbelasting van centrale verzorger <input type="checkbox"/> psycho - medische - sociale factoren aanwezig		indien 2 items aangeduid: verwittig de sociaal medewerker van je afdeling <input type="checkbox"/> Verwittigd

Indien één van de groene items werd aangeduid is een risico op delier aanwezig.

U kan deze lijst invullen met behulp van uw specialist of huisarts.		Kolom voorbehouden voor de arts / verpleegkundige
ALGEMENE vragen <input type="checkbox"/> niet van toepassing		
<input type="checkbox"/> Rookt u? Hoeveel? _____ <input type="checkbox"/> Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____ <input type="checkbox"/> Neemt u drugs? Welke? _____ <input type="checkbox"/> Heeft u een port-a-cath / Hickmankatheter? _____ <input type="checkbox"/> Laatst gespoeld: _____ / _____ / 20 _____ <input type="checkbox"/> Heeft u een osteosynthese? _____ <input type="checkbox"/> Heeft u een gewrichtsprothese? _____ <input type="checkbox"/> Bent u zwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> mogelijk		<input type="checkbox"/> orthopedische prothese <input type="checkbox"/> zwanger
Hoe is uw HUIDIGE FYSIEKE TOESTAND?		
HYGIËNE <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp: lavabo / bad <input type="checkbox"/> bedbad MOBILITEIT <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp: _____ <input type="checkbox"/> bedlegerig UITSCEIDING <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp: _____		<input type="checkbox"/> (mal)nutritie
▶ URINE <input type="checkbox"/> continent <input type="checkbox"/> incontinent: <input type="checkbox"/> 's nachts / dag en nacht <input type="checkbox"/> accidenteel <input type="checkbox"/> blaassonde (vanaf _____ / _____) <input type="checkbox"/> urostoma <input type="checkbox"/> suprapubische sonde (vanaf _____ / _____) ▶ STOELGANG <input type="checkbox"/> continent <input type="checkbox"/> incontinent <input type="checkbox"/> colostoma <input type="checkbox"/> incontinentiemateriaal: _____		
VOEDING <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> hulp: _____ <input type="checkbox"/> dieet: _____ <input type="checkbox"/> tandprothese (meegebracht) Heeft u last bij het slikken? Zo ja, in welke mate? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Kunt u minder goed voedsel innemen de laatste week? Zo ja, reden? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Was er een belangrijk gewichtsverlies de laatste 3 maanden? Zo ja, reden? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		voorgeschiedenis delier?
GEHOOR <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> slecht <input type="checkbox"/> gehoorapparaat (meegebracht) ZICHT <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> slecht <input type="checkbox"/> lenzen <input type="checkbox"/> bril (meegebracht) BEWUSTZIJN <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> gedesoriëteerd: tijd / ruimte / personen		

▶ Heeft u een **DOORLIGWONDE** of een **ANDERE WONDE?** niet van toepassing
 Plaats: _____

▶ Screening **ZIEKENHUISBACTERIE** volledig overlopen

U verbleef het afgelopen jaar gedurende minstens 48u in een ander ziekenhuis ja
 U bent afkomstig uit een buitenlands ziekenhuis of verbleef het afgelopen jaar in een buitenlands ziekenhuis ja
 U woont in het buitenland of bent het afgelopen jaar in België komen wonen ja
 U bent of was ooit drager van een ziekenhuisbacterie (MRSA, CPE, VRE, andere) ja
 U verbleef het afgelopen jaar meer dan 48u in het Jessa Ziekenhuis ja
 U komt regelmatig in het ziekenhuis voor een bepaalde aandoening en/of behandeling ja
 U verblijft in een rusthuis of RVT ja U kreeg het afgelopen jaar thuisverpleging ja
 U bent ouder dan 75 jaar ja U bent gezondheidsmedewerker ja
 U heeft op dit ogenblik een open wonde ja U bent professionele veehouder ja

▶ Uw **SPREEKTAAL**

Bent u anderstalig? ja neen
 Zo ja, begrijpt u Nederlands? ja neen

▶ Wat is uw **LEVENSRESCHOUWING?**

Katholiek Islam
 Vrijzinnig Andere: _____

▶ Heeft u naar aanleiding van de opname bepaalde **ATTESTEN** nodig? niet van toepassing

werkonbekwaam - schoolverlet
 (hospitalisatie)verzekering of andere attesten: _____

aard: _____
 verzorging: _____

op spoed gescreend

Indien één van de **roze items** werd aangeduid: roze wissel gebruiken.

SCREENEN EN DADELJK ISOLEREN:

Verbleef in buitenlands ziekenhuis
 Woont in buitenland en heeft een infectie

ziekenzalving
 datum: ____ / ____ / 20 ____

Deze vragenlijst werd zorgvuldig ingevuld:

- met hulp van huisarts met hulp van familie
 zelfstandig ander: _____
- datum** opmaak van de vragenlijst: ____ / ____ / '____
- handtekening** _____

Voor de opnameverpleegkundige van de afdeling:

- vragenlijst werd volledig overlopen met patiënt
 datum: ____ / ____ / '____
- naam verpleegkundige** (voluit schrijven): _____
- afdeling: _____

Indien één van de **groene items** werd aangeduid is een risico op delier aanwezig.

Voorzien voor **klever met identificatiegegevens**
(deze krijgt u bij opname)

ANAMNESE VOOR INGREEP

U kan deze vragenlijst invullen met behulp van uw specialist of huisarts.

- ▶ **Werd u VROEGGER reeds geopereerd? Zo ja, waarom, wanneer en in welk ziekenhuis?** ja neen
(Specifiek voor patiënten met borstamputatie: meld links/rechts!)

.....
.....
.....
.....
.....

- ▶ **Waren er toen PROBLEMEN?** ja neen
- Misselijkheid, braken? ja neen
- Andere? Zo ja, welke? ja neen
- Bent u gemakkelijk 'wagenziek'? ja neen
- Heeft iemand van uw bloedverwanten problemen gehad tijdens een operatie? ja neen
Zo ja, welke problemen?

- ▶ **Bent u bekend met een HART- of VAATZIGKTE?** ja neen

Welke?

Onregelmatige hartslag? Hartkloppingen? Hartkleplijden? Drukkend gevoel op de borst?

Gezwellen voeten? Kortademigheid bij inspanning?

Heeft u last van spataders? ja neen

Heeft u ooit flebitis gehad? ja neen

Heeft u ooit een operatie gehad t.h.v. een bloedvat? Welke?

Uw bloeddruk in normale omstandigheden is: ____ / ____ niet gekend

Heeft u een pacemaker? Zo ja, sedert ____ / ____ / ____ (identificatiekaartje van pacemaker meebrengen) ja neen

Indien u in behandeling bent bij een cardioloog, naam: dr. ja neen

Kolom voorbehouden voor
de verpleegkundigen

- géén manipulatie
 rechts links

- overname zorgprobleem
 niet-roker?
 wagenziek

- hartkleplijden profylaxie?
 anti-flebitis kousen

- hoge / lage BD
 pacemaker

<p>▶ Bent u bekend met een HART- of VAATZIEKTE? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Welke? _____</p> <p>Onregelmatige hartslag? Hartkloppingen? Hartkleplijden? Drukkend gevoel op de borst? _____</p> <p>Gezwellen voeten? Kortademigheid bij inspanning? _____</p> <p>Heeft u last van spataders? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u ooit flebitis gehad? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u ooit een operatie gehad t.h.v. een bloedvat? Welke? _____</p> <p>Uw bloeddruk in normale omstandigheden is: ____ / ____ <input type="radio"/> niet gekend</p> <p>Heeft u een pacemaker? Zo ja, sedert ____ / ____ / ____ (identificatiekaartje van pacemaker meebrengen) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Indien u in behandeling bent bij een cardioloog, naam: dr. _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> hartkleplijden profylaxie? <input type="radio"/> anti-flebitis kousen <input type="radio"/> hoge / lage BD <input type="radio"/> pacemaker
<p>▶ Heeft u last van ADEMHALINGSSTOORNISSEN? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen (Piepende ademhaling, hooikoorts, astma of chronische bronchitis?)</p> <p>Welke? _____</p> <p>Zo ja, neemt u hiervoor aerosol of puffs? Welke? _____</p> <p>Maakt u gebruik van zuurstoftherapie? Zo ja, hoeveel? ____ O2 L / min <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Gebruikt u een nasaal CPAP toestel? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> COPD
<p>▶ Heeft u een SPIJSVERTERINGSPROBLEEM of MAAGLAST? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Welk? _____</p> <p>Vermeld ook eventuele aanwezigheid van maagring of uitgevoerde maagoperatie: _____</p> <p>Heeft u last van maagzuur? Zo ja, neemt u hier reeds medicatie voor? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u last van misselijkheid of braken (eventueel na een vroegere operatie)? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> maagzweer <input type="radio"/> ziek na narcose
<p>▶ Had of heeft u een aandoening van het BEWEGINGSSTELSEL? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Welk? _____</p> <p>Last van nekpijn? Zo ja, ook uitstralingspijn naar arm(en)? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Last van rugpijn? Zo ja, ook uitstralingspijn naar be(e)n(en)? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Werd u ooit behandeld voor reuma of artritis? Wanneer? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	

<p>▶ Heeft u LEVER-, GALBLAAS-, ALVLIGESKUIERproblemen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, welke? _____</p>	
<p>▶ Heeft u een aandoening van de URINEWEGEN? NIERZIEKTE? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, welke? _____</p> <p>Zo ja, bent u in behandeling (geweest) voor deze nierziekte? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> nierinsufficiëntie
<p>▶ Bent u bekend met een ziekte van het ZENUWSTELSEL? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Lijdt u aan epilepsie (vallende ziekte)? Sedert? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u een spierziekte? Verlamming? Tintelingen? Waar? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Bent u ooit in behandeling geweest voor zenuwlijden? Waarvoor? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>_____</p> <p>Heeft u een neurostimulator? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> epilepsie <input type="radio"/> neurostimulator
<p>▶ Heeft u problemen met de STOLLING VAN HET BLOED? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u een stollingsziekte? Zo ja, welke? _____</p> <p>Heeft u hemofilie of een bloedziekte? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u gemakkelijk blauwe plekken of spontane neusbloedingen? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Neemt u medicatie om het bloed te verdunnen? Zo ja, welke? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Bent u onlangs gestopt met deze medicatie? Wanneer? _____</p> <p>Heeft u de voorbije dagen pijnstillers genomen met 'salicylater'? _____ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen <i>vb Aspirine®, Aspro®, Perdolan compositum®, Dispril®, Asaflo®</i></p>	<input type="radio"/> antistolling <input type="radio"/> rood polsbandje <input type="radio"/> > 7 dagen gestopt: geen rood polsbandje

<p>▶ Heeft u DIABETES (suikerziekte)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Volgt u een suikervrij dieet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Bent u afhankelijk van insuline? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, wie spuit deze insuline? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Wie controleert uw glycemie (suikergehalte) en wanneer?</p>	<input type="radio"/> diabeet <input type="radio"/> insuline afhankelijk
<p>▶ Heeft u SCHILDKLIJGproblemen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, welke? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	
<p>▶ BIJKOMENDE info</p> <p>Bent u momenteel verkouden? Heeft u koorts? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? (HM/ hepatitis A,B,C, ...) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, welke?</p> <p>Heeft u losse of slechte tanden? Zo ja, waar? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u implantaten, kronen, een tandbrug? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u piercings? Zo ja, waar? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> nuchter? <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>▶ Heeft u momenteel PIJNKLACHTEN? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Zo ja, welke pijnklachten ervaart u momenteel?</p> <p>Hoelang bestaan deze pijnklachten?</p> <p>Hoe zou u de pijn op dit ogenblik klasseren op een schaal van 0 tot 10 (waarbij 10 de hoogste pijnintensiteit is)</p> <p>Neemt u hiervoor medicatie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p> <p>Heeft u een morfinepomp? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen</p>	<input type="radio"/> score overnemen dossier <input type="radio"/> morfinepomp

Deze vragenlijst werd zorgvuldig ingevuld:

- met hulp van huisarts met hulp van familie
 zelfstandig ander:
 datum opmaak van de vragenlijst: / /'
 datum en handtekening

Voor de opnameverpleegkundige van de afdeling:

- vragenlijst werd volledig overlopen met patiënt
 datum: / /'
 naam verpleegkundige (voluit schrijven):

 afdeling:

THUISMEDICATIE

▶ Datum: _____ / _____ / 20_____

▶ Werd er in de voorbije 2 weken **MEDICATIE GESTART** of **STOPGEZET**?

ja ▶ Welke? _____

neen

▶ Heeft u uw **GENEESMIDDELEN BIJ**? ja neen

NEEMT U MEDICATIE?

▶ Heeft u een **LIJSTJE BIJ**? Controleer of het lijstje volledig is (naam geneesmiddel, dosis van het geneesmiddel, hoeveel keer per dag en wanneer ingenomen) en of uw naam erop staat. Denk ook aan geneesmiddelen die vaak vergeten worden, zie afvinkvakjes onderaan. Geef het lijstje samen met dit formulier af.

▶ Heeft u **GEEN LIJSTJE BIJ**, of is het **NIET VOLLEDIG**? Noteer dan de medicatie die u neemt in onderstaande tabel. Vul deze tabel zo volledig mogelijk in!

▶ Naam, adres en telefoonnummer van **UW THUISAPOTHEKER**: _____

Geneesmiddel			Toedieningsmoment + aantal				Opmerkingen
Naam	dosis	toedieningsweg	ochtend	middag	avond	voor slapen gaan	1x / week, regelmatig, bij hoofdpijn, datum laatste toediening, ...
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Heeft u er ook gedacht om **ONDERSTAANDE MEDICATIE** op te geven? (vink aan welke u thuis gebruikt)

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bloedverduuners | <input type="checkbox"/> iets tegen maagklachten | <input type="checkbox"/> Spulten | <input type="checkbox"/> Voedingssupplementen |
| <input type="checkbox"/> Slaappillen | <input type="checkbox"/> Oordruppels | <input type="checkbox"/> Zalven | <input type="checkbox"/> Geneeskrachtige kruiden |
| <input type="checkbox"/> Pijnstillers | <input type="checkbox"/> Oogdruppels | <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Homeopatische middelen |
| <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Medicatiepleisters | <input type="checkbox"/> Antibiotica | <input type="checkbox"/> Geneesmiddelen die u slechts 1x per week, maand, jaar of enkel indien nodig gebruikt: |
| <input type="checkbox"/> Hormonale preparaten | <input type="checkbox"/> Puffers | <input type="checkbox"/> Vitamines | _____ |

Bijlage 4: Time out procedure

	JESSA ZIEKENHUIS		
PROCEDURE			
VERPLEEGTECHNISCHE VERSTREKKING			
Plaats binnen KB78	10.02.01.22.01		
10. Anesthesie	Time-Out		
10.02. Operatie	Datum opmaak: september 2011	Doelgroep: ziekenhuisbreed	
10.02.01. Preoperatief	Datum laatste herziening: oktober 2014	Pagina's procedure: 139 Pagina's bijlagen: /	

Slutelwoorden:

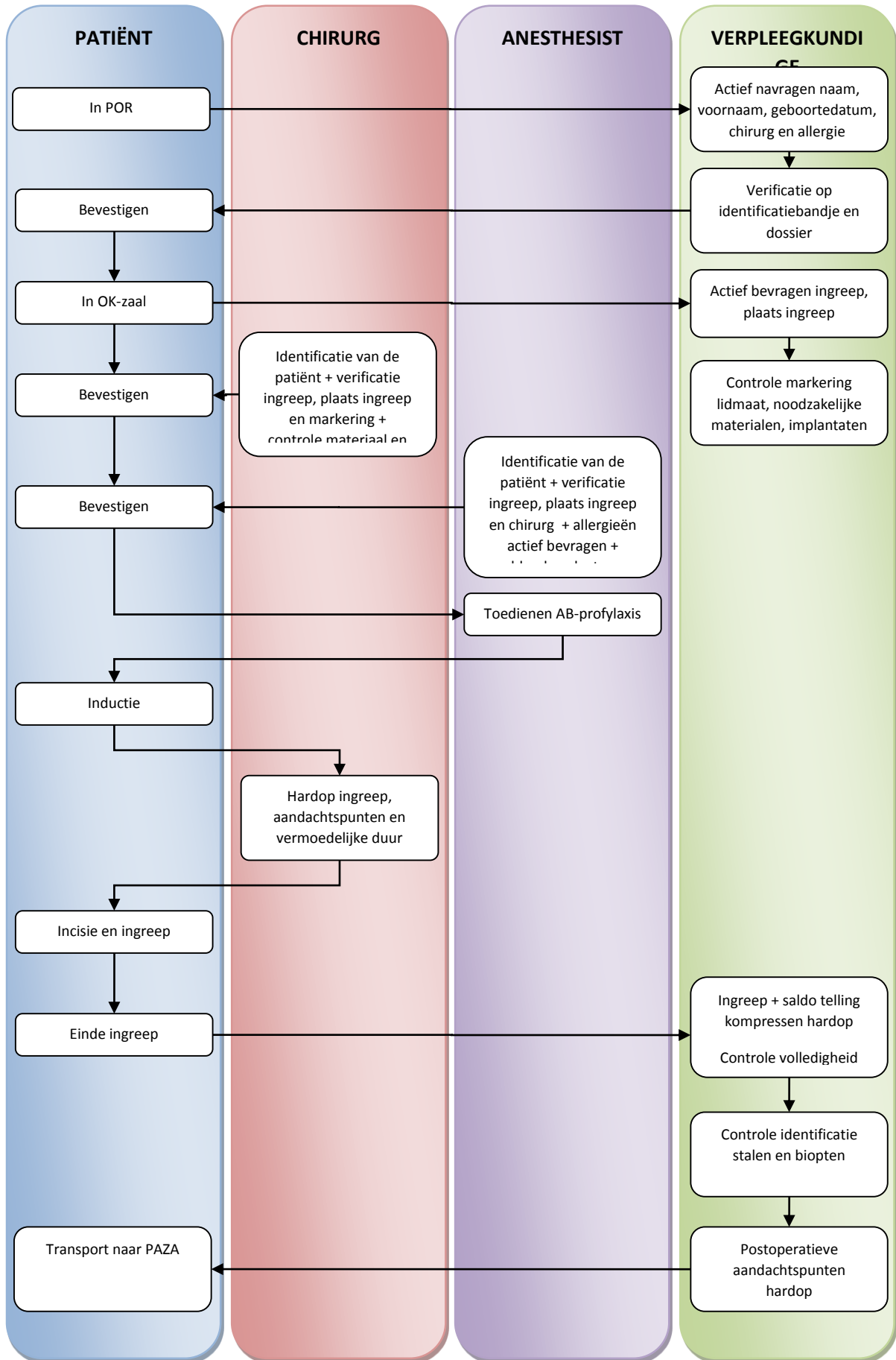
Time-Out, patiëntveiligheid, operatiekwartier, verificatie, identificatie

Toepassingsgebied:

*Operatiekwartier, campus Salvator
Operatiekwartier, campus Virga Jesse*

Bevoegdheden / Verantwoordelijkheden:

B1-handeling (Gecoördineerde tekst van het KB van 18 juni 1990 – Koninklijk besluit houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen)



1. Doel

Deze procedure beschrijft de werkwijze van de TIME-OUT vooraleer een chirurgische ingreep wordt uitgevoerd. Deze procedure werd opgesteld om de veiligheid van de zorg te verhogen door het voorkomen van verkeerde ingrepen, ingrepen aan een verkeerde kant of operaties bij een verkeerde patiënt.

Enkel bij een correct uitgevoerde voorbereiding kan een chirurgische ingreep veilig verlopen. Deze procedure is dan ook een vervolg op de 'Alles oké voor het oka'-procedure. 'Alles oké voor het oka' beschrijft de nodige voorbereiding en controles tot op het moment dat de patiënt in de operatiezaal wordt gebracht.

2. Indicaties

Deze procedure is van toepassing bij alle chirurgische ingrepen uitgevoerd in het Jessa Ziekenhuis.

3. Contra-indicaties

Er zijn geen uitzonderingen op het toepassingsgebied van deze procedure.

4. Benodigheden

- Identificatieklever op een kleurgecodeerd polsbandje
- Patiëntendossier
- Papieren of elektronische versie van de checklist 'Time-Out'

5. Werkwijze

Om het uitvoeren van verkeerde ingrepen, ingrepen op een verkeerde plaats of bij een verkeerde patiënt uit te sluiten, is het uitvoeren van een TIME-OUT de beste waarborg. De TIME-OUT procedure bestaat uit drie complementaire onderdelen. Essentiële elementen in de werkwijze worden, ter ondersteuning van een correcte uitvoering, geregistreerd op een specifiek voorzien papieren of elektronisch formulier. Deze gegevensbronnen worden gebruikt om de compliance met betrekking tot deze procedure op te volgen.

5.1. SIGN-IN

Deze controles gebeuren voor de 'inductie' van de patiënt

In de pre-operatieve wachtruimte (POR)

Wie?	Wat?	Registratie?
Verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none">- Actief bevragen van naam, voornaam en geboortedatum aan de patiënt- Actief bevragen van de naam van chirurg aan de patiënt- Gegevens verifiëren met deze op het identificatiebandje en het patiëntendossier- Actief bevragen van allergieën aan de patiënt	<ul style="list-style-type: none">- Checklist Sign-In POR

Vervolgens wordt de patiënt door de verpleegkundige naar de operatiezaal gebracht.

In de operatiezaal (OK-zaal)

Wie?	Wat?	Registratie?
Verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> - Actief bevragen van ingreep, plaats en zijde van de ingreep aan de patiënt - Nagaan of de plaats van de ingreep gemarkeerd is volgens de geldende afspraken - De aanwezigheid van alle noodzakelijke instrumenten, implantaten en prothesen nagaan 	- Checklist Sign-In
Chirurg	<ul style="list-style-type: none"> - Positieve identificatie van de patiënt alvorens inductie - Verificatie van de ingreep, plaats en zijde van de ingreep en markering volgens de geldende afspraken - Controle of al het noodzakelijke materiaal aanwezig is - Controle of alle noodzakelijke elementen van het patiëntendossier aanwezig zijn 	- Checklist Sign-In
Anesthesist	<ul style="list-style-type: none"> - Positieve identificatie van de patiënt alvorens inductie - Verificatie van de ingreep, plaats en zijde van de ingreep en chirurg die de ingreep zal uitvoeren - Actief bevragen van allergieën aan de patiënt en verificatie in het patiëntendossier - Indien van toepassing toedienen van de voorgeschreven antibiotica-profylaxis voor inductie - Indien nodig controleren of bloedproducten beschikbaar zijn voor de patiënt 	- Checklist Sign-In

Vervolgens wordt de anesthesie gestart.

5.2. TIME-OUT

De 'Time-Out' wordt geïnitieerd door de chirurg voor het 'insnijden' van de patiënt. De registratie van de noodzakelijke items gebeurt door de omloopverpleegkundige op het daarvoor voorziene formulier of via het elektronisch patiëntendossier.

Wie?	Wat?	Registratie?
Chirurg	<ul style="list-style-type: none"> - Hardop meedelen van de ingreep die zal worden uitgevoerd, eventuele aandachtspunten die relevant zijn voor de andere leden van het operatieteam en de vermoedelijke duurtijd van de ingreep. 	- Checklist Time-Out

Vervolgens kan de chirurg starten met de ingreep door de huidincisie.

Na de ingreep, maar voordat de patiënt de operatiezaal verlaat, wordt met chirurg, anesthesist en omloopverpleegkundige een 'Sign-Out' gehouden.

5.3. SIGN-OUT

De 'Sign-Out' wordt geïnitieerd door de omloopverpleegkundige. De chirurg, anesthesist en eventuele andere aanwezigen bevestigen of ontkennen de juistheid van de gegevens die hardop worden gelezen door de omloopverpleegkundige. De registratie van de noodzakelijke items gebeurt door de omloopverpleegkundige op het daarvoor voorziene formulier of via het elektronisch patiëntendossier.

Wie?	Wat?	Registratie?
Verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none">- Hardop vermelden van de geregistreerde ingreep- Het saldo van de telling van de kompressen wordt hardop meegedeeld- Controle instrumentensets op volledigheid- De omloopverpleegkundige leest de identificatie op de verschillende stalen en/of biopten en verifieert deze met de bijhorende aanvraagbon- De in het patiëntendossier vermelde postoperatieve aandachtspunten worden hardop meegedeeld	<ul style="list-style-type: none">- Checklist Sign-Out

5.4. ONDERTEKENEN

Door validatie op de verschillende checklisten bevestigen de verschillende zorgverleners dat ze de voorgeschreven items hebben geverifieerd en, indien nodig, de noodzakelijke stappen hebben ondernomen om de ingreep veilig te kunnen laten verlopen.

Wanneer er gewerkt wordt met een papieren checklist is het noodzakelijk dat chirurg, anesthesist en verpleegkundige hun naam, voornaam en handtekening op de daarvoor voorziene plaats noteren.

Bij gebruik van de elektronische checklist gebeurt de validatie op elektronische wijze.

De papieren checklist of een kopie van de elektronische checklist wordt bewaard in het patiëntendossier.

6. Complicaties

/

7. Aandachtspunten

/

8. Observatie

/

9. Sleutelindicatoren

Het correct uitvoeren van een 'Time-Out' alvorens te starten met een chirurgische ingreep vermindert het risico op verkeerde ingrepen en draagt bij aan het teamwork binnen het operatieteam.

Wegens het belang van deze procedure zullen dan ook op regelmatige tijdstippen zorgobservaties worden gehouden om de compliance ten opzichte van de procedure na te gaan. Deze zorgobservaties zullen worden aangevuld met gegevens die gewonnen worden uit de verschillende registraties in het (elektronische) patiëntendossier.

10. Verwijzingen

Procedure 'Identificatie van een patiënt met kleurgecodeerde polsbandjes'

11. Referenties

- Haynes et al; A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population; New England Journal of Medicine; 2009; 360; 491-499
- Gawande A.; The Checklist Manifesto; Profile Books; 2010; 209p.

12. Bijlagen

/

Geldigheidsduur:

De geldigheidsduur van deze procedure is drie jaar. Van al de procedures die gelden binnen het Jessa Ziekenhuis is de meest recente versie beschikbaar op JessaZorgnet. Een uitgeprinte versie blijft slechts 24u geldig (zie datum onderaan).

Herziening voorzien voor:

23/10/2017

Opgesteld en goedgekeurd door:			
Geert Moechars Hoofdverpleegkundige	Daisy Poncelet Hoofdverpleegkundige	Marga Bogaert Hoofdverpleegkundige	Eddy Lenskens Hoofdverpleegkundige
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:

Opgesteld en goedgekeurd door:			
Dr. Geert Braeken Diensthoofd OK	Dr. Jean-Paul Ory Diensthoofd Anesthesie	Els Nelissen Zorgmanager	Dr. Jos Vandekerckhof Medisch manager
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:

Goedgekeurd door:		
Els Volders Dienst kwaliteit	Dr. Yves Breyssem Algemeen en Medisch Directeur	Ludo Meyers Directeur patiëntenzorg
Datum:	Datum:	Datum:

Bijlage 5: Ontslagprotocol

Ontslagcriteria CDH - algemene anesthesie

1. Algemeen

- begeleiding naar huis en in thuissituatie is voorzien voor 24u, geen voertuigen besturen, geen belangrijke beslissingen nemen
- patiënt beschikt over het telefoonnummer waarop men ziekenhuis kan bereiken (ontslagkaart)

NIET ontslagklaar wanneer aan beide niet voldaan is
Indien aan beide voldaan is, ga naar Parameters

2. Parameters

	2	1	0
Ademhaling	<input type="checkbox"/> Goed + hoest	<input type="checkbox"/> Zwak / dyspnoe	<input type="checkbox"/> Apnoe
Bloeddruk	<input type="checkbox"/> ± 20%	<input type="checkbox"/> ± 20-49%	<input type="checkbox"/> > 50%
Bewustzijn	<input type="checkbox"/> Wakker	<input type="checkbox"/> Wekbaar	<input type="checkbox"/> Geen respons
Pijn: VAS	<input type="checkbox"/> 0-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> ≥7
PONV	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Braken
Verband	<input type="checkbox"/> Droog	<input type="checkbox"/> Nat, beperkt	<input type="checkbox"/> Nat, toenemend
Mobiliteit	<input type="checkbox"/> Staan en gaan	<input type="checkbox"/> Duizelig (recht)	<input type="checkbox"/> Duizelig (lig)

NIET ontslagklaar bij 1x 0 of 2x 1

Indien ontslagklaar volgens parameters, ga naar Diurese POUR-protocol

3. Diurese POUR-protocol:



Patiënt is ontslagklaar neen/ja om _____ uur. Patiënt werd ontslagen door chirurg om _____ uur. <input type="checkbox"/> pijnmedicatie meegegeven + info: dosis, tijdstip inname <input type="checkbox"/> specifieke richtlijnen ingreep: autorijden, heffen, mobilisatie <input type="checkbox"/> voedingsadvies: lichte maaltijd <input type="checkbox"/> attesten & voorschriften: med, kine, thuisvpl, werkverlet <input type="checkbox"/> opvolgafspraak (datum, arts, plaats) _____	<input type="checkbox"/> Patiënt werd opgenomen op verblijfsafdeling om _____ uur. Reden: _____
---	--

Ontslagcriteria CDH - loco-regionale anesthesie

1. Algemeen

- begeleiding naar huis en in thuissituatie is voorzien voor 24u, geen voertuigen besturen, geen belangrijke beslissingen nemen
- patiënt beschikt over het telefoonnummer waarop men ziekenhuis kan bereiken (ontslagkaart)

NIET ontslagklaar wanneer aan beide niet voldaan is
Indien aan beide voldaan is, ga naar LRA-Parameters

2. LRA-Parameters (epidurale/rachi anesthesie)

	ja	nee
Perianaal gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantair flexie voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Been gestrekt tillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIET ontslagklaar wanneer 1 of meer keer 'nee'
Indien 3x +, ga naar Parameters

3. Parameters

	2	1	0
Ademhaling	<input type="checkbox"/> Goed + hoest	<input type="checkbox"/> Zwak / dyspnoe	<input type="checkbox"/> Apnoe
Bloeddruk	<input type="checkbox"/> ± 20%	<input type="checkbox"/> ± 20-49%	<input type="checkbox"/> > 50%
Bewustzijn	<input type="checkbox"/> Wakker	<input type="checkbox"/> Wekbaar	<input type="checkbox"/> Geen respons
Pijn: VAS	<input type="checkbox"/> 0-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> ≥7
PONV	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Braken
Verband	<input type="checkbox"/> Droog	<input type="checkbox"/> Nat, beperkt	<input type="checkbox"/> Nat, toenemend
Mobiliteit	<input type="checkbox"/> Staan en gaan	<input type="checkbox"/> Duizelig (recht)	<input type="checkbox"/> Duizelig (lig)

NIET ontslagklaar bij 1x 0 of 2x 1
Indien ontslagklaar volgens parameters, ga naar Diurese POUR-protocol

4. Diurese POUR-protocol:

- Gewaterd
- Niet gewaterd, dan bladderscan (print scan nieten aan de OTcriteria), resultaat scan: _____

Blaasvol. < 600ml

Blaasvol. > 600ml na advies beh. arts catheteriseren

Ontslagklaar

Ontslagklaar

Zo niet spontaan plassen binnen 8u volgend op ontslag, dient patiënt zich aan te melden op de Spoedgevallen.

Patiënt is ontslagklaar neen/ja om _____ uur.

Patiënt werd ontslagen door chirurg om _____ uur.

- pijnmedicatie meegegeven + info: dosis, tijdstip inname
- specifieke richtlijnen ingreep: autorijden, heffen, mobilisatie
- voedingsadvies: lichte maaltijd
- attesten & voorschriften: med, kine, thuisvpl, werkverlet
- opvolgafpraak (datum, arts, plaats) _____

Patiënt werd opgenomen op verbliffsafdeling om _____ uur.

Reden: _____

Bijlage 6: Overzicht antwoorden ziekenhuizen

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11
Geantwoord	Neen	Ja	Ja	Telefonisch	Ja	Telefonisch	telefonisch	Ja	Neen	Telefonisch	Neen
Postoperatief contact i.v.m. verder herstel?	?	Neen	Ja		Neen			Ja, indien toestemming pt	?		?
Op welke wijze?	?	/	Telefonisch		/			Telefonisch	?		?
Op welk tijdstip?	?	/	1 ^{ste} dag po, tussen 8u15 & 9u15		/			Eerste dag postoperatief	?		?
Wie doet dit?	?	/	Verpleegkundige		/			Verpleegkundige	?		?
Gebruiken jullie een vragenlijst?	?	/	Neen, een gestandaardiseerd document		/			Ja	?		?
Bij iedere pt?	?	/	Ja		/			Ja	?		?
Is de vragenlijst gestandaardiseerd?	?	/	Aangepast aan soort anesthesie		/			Ja	?		?
Op wat is de vragenlijst gebaseerd?	?	/	Postoperatieve pijn, wondzorg & klantvriendelijkheid		/			Pijn, medicatie, contact huisarts & wondzorg	?		?
Is het mogelijk om de vragenlijst te ontvangen?	?	/	Elektronisch formasa document		/			Kunnen dit niet opsturen.	?		?

	Z12	Z13	Z14	Z15	Z16	Z17	Z18	Z19	Z20	Z21	Z22
Geantwoord	Ja	Ja	Ja	Neen	Telefonisch	Ja	Neen	Neen	Neen	Ja	Ja
Postoperatief contact i.v.m. verder herstel?	Neen	Ja, afspreken voor meer uitleg	Neen	/		Neen	?	?	?	Ja	Neen
Op welke wijze?	?	/	/	?		/	?	?	?	Telefonisch	?

Op welk tijdstip?	?	/	/	?		/	?	?	?	?	?
Wie doet dit?	?	/	/	?		/	?	?	?	Verpleegkundige	?
Gebruiken jullie een vragenlijst?	?	/	/	?		/	?	?	?	Document in het medisch dossier	?
Bij iedere pt?	?	/	/	?		/	?	?	?	Alleen bij algemene verdoving	?
Is de vragenlijst gestandaardiseerd?	?	/	/	?		/	?	?	?	Ja	?
Op wat is de vragenlijst gebaseerd?	?	/	/	?		/	?	?	?	Pijn, misselijkheid, braken, medicatie	?
Is het mogelijk om de vragenlijst te ontvangen?	?	/	/	?		/	?	?	?	Ontvangen	?

Bijlage 7: Vragenlijst Sint-Augustinus

Geachte Heer, Mevrouw,

In het kader van ons continu streven naar een optimalisatie van onze dienstverlening vindt u hieronder een evaluatieformulier. Wij trachten zo veel mogelijk patiënten de dag na de ingreep op te bellen om deze aandachtspunten te overlopen en eventuele vragen te beantwoorden. Moesten wij u niet bereikt hebben vragen wij u vriendelijk deze vragenlijst ingevuld naar onze dienst terug te sturen in de bijhorende kosteloos te verzenden omslag. Wij stellen uw beoordeling sterk op prijs.

Hoe was uw pijn bij het thuiskomen ?	0 (geen pijn) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ondraaglijke pijn)
Hoe was uw pijn 's anderendaags ?	0 (geen pijn) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ondraaglijke pijn)
Welke pijnmedicatie hebt u gebruikt ?	<input type="checkbox"/> paracetamol 0,5g <input type="checkbox"/> paracetamol 1g <input type="checkbox"/> codeïne <input type="checkbox"/> ibuprofen 400mg <input type="checkbox"/> ibuprofen 600mg <input type="checkbox"/> ander NSAID (reumamiddel) <input type="checkbox"/> tramadol (Contramal) <input type="checkbox"/> Zaldiar <input type="checkbox"/> andere pijnstiller:
Resultaat van de pijnstiller:	<input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> slecht
Had u last van misselijkheid ?	0 (geen last) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extreem veel)
Had u last van braken (overgeven) ?	0 (geen last) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extreem veel)
Waren er verwikkelingen ?	<input type="checkbox"/> bloeding <input type="checkbox"/> verband <input type="checkbox"/> ander wondprobleem:
Het probleem werd opgelost door:	<input type="checkbox"/> uzelf <input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> telefoon chirurg <input type="checkbox"/> telefoon dagziekenhuis <input type="checkbox"/> telefoon ziekenhuis <input type="checkbox"/> opname Sint-Augustinus <input type="checkbox"/> opname ander ziekenhuis

Hoe was uw ervaring met					
De operatie:	informatie door de chirurg vóór de ingreep	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
	informatie door de chirurg na de ingreep	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
De anesthesie:	contact met de anesthesist	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
	uw ontwaken	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
De verpleegkundige:	vriendelijkheid	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
	informatie na de ingreep	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
De wachttijden:	vóór de operatie	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
	na de operatie tot het ontslag	<input type="checkbox"/> zeer goed	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> matig	<input type="checkbox"/> slecht
Zou u een volgende keer opnieuw kiezen voor een dagopname ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, maar in een ander ziekenhuis		
		<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> weet niet goed		

Opmerkingen:

Uw ingreep had plaats onder algemene plaatselijke verdoving

Uw naam (facultatief, maar toch belangrijk in verband met onze gepersonaliseerde service; uw feedback wordt verder uiteraard wel anoniem verwerkt):

Het medisch-verpleegkundig team

www.dagziekenhuisSA.be

Tel. 03 443 49 80

Bijlage 8: Vragenlijst voor verpleegkundigen

Beste,

Wij zijn 3^{de} jaar studenten ziekenhuisverpleegkunde. Momenteel maken we onze bachelorproef in verband met het postoperatief beleid van patiënten (anale ingrepen, liesbreuken en arthroscopie van de schouder) die behandeld worden in het chirurgisch daghospitaal in het Jessa Ziekenhuis, campus Salvator. De bedoeling is dat we een vragenlijst opstellen die postoperatief, d.m.v. een telefonische bevraging, afgenomen kan worden. Met deze vragenlijst proberen we te achterhalen hoe de nazorg thuis verlopen is (bv pijn, wondzorg, zelfredzaamheid, enz...). Om deze vragenlijst zo optimaal mogelijk te maken, willen we natuurlijk ook rekening houden met uw mening. Per ingreep kan u enkele onderwerpen/richtvragen of meetinstrumenten noteren die zeker postoperatief bevroegd moeten worden. De verwerking van de gegevens zal anoniem gebeuren.

Het ingevulde blad mag u in een envelop steken en in de voorziene verzamelbox op de afdeling steken. Graag zouden we de ingevulde documenten ten laatste op dinsdag 6 januari 2015 ontvangen.

Alvast bedankt voor jullie medewerking!

Vriendelijke groeten,

An-Sofie Bauters, Ellen Kerkhofs en Nele Zimmer-Smeets

1. Anale ingrepen (hemorroïden & fissuren):

.....
.....
.....

2. Liesbreuk (klassiek & laparoscopie):

.....
.....
.....

3. Arthroscopie schouder (calciumdepot, SAD, AC resectie):

.....
.....
.....

Bijlage 9: Overzicht antwoorden van verpleegkundigen

	Anale ingrepen	Liesbreuk	Arthroscopie schouder
1	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn - Duur wondzorg - Problemen verband 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen wonde - Problemen heffen - Bewegelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Nood draagdoek - Hulp bij ADL? - Duur periode ongemak tgv operatie - Hoe lang nood pijnmedicatie
2	<ul style="list-style-type: none"> - Nabloeding gehad? - Hoeveel dagen nodig voordat wonde genezen is? 	<ul style="list-style-type: none"> - Klassieke liesbreuk: nog veel pijn gehad? Vlot herstel? - Laparoscopische liesbreuk: vlot herstel? Hoeveel dagen pijn? 	<ul style="list-style-type: none"> - Duur van de werking van de plexus verdoving - Veel pijn? - Wanneer terug volledig mobiel?
3	<ul style="list-style-type: none"> - Bloedverlies gehad? Veel – weinig - Pijn 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoelang pijn? - Goede nachtrust gehad? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoelang bleef de verdoving werken? - Wanneer volledige beweging in arm en vinger? (bij plexus verdoving) - Pijn?
4	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn na stoelgang maken → hoe lang? - Nabloeding? - Uitleg arts + VPK goed begrepen i.v.m. nazorg - Veel pijnmedicatie nodig gehad? Welke? Hoe lang? 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitleg nazorg arts + VPK goed begrepen? - Veel pijnmedicatie nodig gehad? Hoe lang? 	<ul style="list-style-type: none"> - Wanneer plexus verdoving uitgewerkt? - Veel pijn gehad? Hoe lang? Welke medicatie heeft goed geholpen? - Uitleg arts + VPK goed begrepen i.v.m. nazorg
5	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn na stoelgang? - Uitleg begrepen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn bij opstaan? - Uitleg begrepen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwerken plexusverdoving - Uitleg begrepen?
6	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn - Bloedverlies - Hoe ging de verzorging thuis? - Stoelgang -> zacht, hard 	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn - Bewegelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Pijn - Zelfredzaamheid
7	<ul style="list-style-type: none"> - Bloedverlies gehad? - Pijnscore bij stoelgang + tussendoor 	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkingen bij dagelijkse handelingen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg nodig. Of voldoende mantelzorg?

Legende:

- Vragen die al opgenomen zijn in de vragenlijst
- Vragen die we gaan opnemen in de vragenlijst
- Vragen die we niet kunnen opnemen in de vragenlijst omdat deze pas na een langere periode postoperatief beantwoord kunnen worden.

Bijlage 10: Quality of recovery (QoR)

Over the last ___ hours/days, have you:

	Not at all	Some of the time	Most of the time
1. Had a feeling of general well-being	0	1	2
2. Had support from others (especially doctors & nurses)	0	1	2
3. Been able to understand instructions and advice. Not being confused.	0	1	2
4. Been able to look after personal toilet and hygiene unaided.	0	1	2
5. Been able to pass urine ("waterworks") and having no trouble with bowel function.	0	1	2
6. Been able to breathe easily.	0	1	2
7. Been free from headache, backache or muscle pains.	0	1	2
8. Been free from nausea, dry-retching or vomiting.	0	1	2
9. Been free from experiencing severe pain, or constant moderate pain.	0	1	2

Summary Score: 0 to 18

Figure 1. The quality of recovery score (QoR Score).

Bijlage 11: Functional Recovery Index (FRI)

Appendix 3. Functional Recovery Index

Factor 1: pain and social activity

Have you experienced difficulty with the following since your surgery:

No difficulty at all ————— Extreme difficulty
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NA

- 1 Returning to work
- 2 Visiting friends, relatives
- 3 Taking care of other family member
- 4 Driving a car
- 5 Moderate exercise, such as moving a table or pushing a vacuum cleaner
- 6 Lifting or carrying groceries
- 7 Since your surgery, has pain been a problem?

Factor 2: lower limb activity

Since your surgery, have you experienced difficulty in:

No difficulty at all ————— Extreme difficulty
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NA

- 1 Walking indoors or around the house
- 2 Moving in/out of a chair
- 3 Climbing stairs
- 4 Bending, kneeling, or stooping

Factor 3: general physical activity

Since your surgery, have you experienced difficulty in:

No difficulty at all ————— Extreme difficulty
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NA

- 1 Taking a bath/shower/cleaning yourself
- 2 Dressing
- 3 Lying down

Grand score = (total of all the scores) × 14/number of answered questions = _____

If patients do not normally perform such activities, e.g., driving, choose not applicable (NA). If patients were instructed by surgeons not to perform any of the activities, choose NA.

Bijlage 12: Postoperative Quality Recovery Scale (PQRS)

Appendix

T_{0+15m} Patient Questionnaire

This assessment must be completed at T_{0+15m} or as close to T_{0+15m} as possible.

Physiological Factors
<p><i>P1 Blood Pressure</i> Please record the patient's systolic blood pressure 3= 90-140; 2=70-89 or 141-180; 1= <70 or >180</p>
<p><i>P2 Heart Rate</i> Please record the patient's heart rate 3= 45-100; 2= 35-44 or 101-139; 1= <35 or >140</p>
<p><i>P3 Temperature</i> Please record the patient's temperature <i>Method 1. Sublingual 2. Tympanic 3. Other</i> 3=36-37.6; 2=35-35.9 or 37.7-38.9; 1=<35 or >39</p>
<p><i>P4 Respiration</i> Please record the patient's respiratory rate 3= 10-20; 2= 5-9 or 21-30; 1=<5 or >30</p>
<p><i>P5 Oxygen use to maintain SpO₂</i> Please record oxygen requirement 3. Oxygen administered by protocol or not required 2. Any SpO₂ <95% requiring oxygen as an intervention 1. Any SpO₂ <90% requiring oxygen as an intervention</p>
<p><i>P6 Airway</i> Please record the number corresponding to the actual assessment 3. Self-maintenance of airway 2. Maintenance of airway with support 1. Device in situ</p>
<p><i>P7 Agitation</i> Please record the number corresponding to the actual assessment 3. Shows no sign of agitation 2. Patient shows occasional agitation 1. Patient shows severe agitation</p>
<p><i>P8 Consciousness</i> Please record the number corresponding to the actual assessment 3. Fully awake 2. Rousable on auditory or physical stimulation 1. Not rousable</p>
<p><i>P9 Please touch your nose or please lift your head?</i> Please record the number corresponding to the actual assessment 3. Patient follows command completely 2. Patient responds purposely but is unable to complete request 1. No patient response or purposeless movement</p>
Nociceptive Factors
<p><i>N1 I am going to show you a series of faces and I would like you to indicate which face, number, or description most accurately describes your level of pain at the moment.</i> Please show the appropriate face chart to the patient and record the number corresponding to the actual response (1 - 5). If the patient is unable to sit-up to read the chart please read out the responses to the patient by saying, I would like you to tell me which of the following descriptions of level of pain best describes how you are feeling at the moment. Read out the text on the chart and record response (1-5).</p>
<p><i>N2 I am going to show you a series of faces and I would like you to indicate which face, number, or description most accurately describes your level of feeling nauseous or vomiting at the moment.</i> Please show the appropriate face chart to the patient and record the number corresponding to the actual response (1 - 5). If the patient is unable to sit-up to read the chart please read out the responses to the patient by saying, I would like you to tell me which of the following descriptions of level of nausea or vomiting best describes how you are feeling at the moment. Read out the text on the chart and record response (1-5).</p>

Emotional Factors													
<p>⌚ I am going to show you a series of faces and I would like you to indicate which face, number, or description most accurately describes to what extent you feel sad, low, or depressed at the moment.</p> <p>Please show the appropriate face chart to the patient and record the number corresponding to the actual response (1 - 5).</p> <p>If the patient is unable to sit-up to read the chart please read out the responses to the patient by saying, I would like you to tell me which of the following descriptions of extent of sadness or depressed mood best describes how you are feeling at the moment. Read out the text on the chart and record response (1-5).</p>													
<p>⌚ I am going to show you a series of faces and I would like you to indicate which face, number, or description most accurately describes to what extent you feel anxious or nervous at the moment.</p> <p>Please show the appropriate face chart to the patient and record the number corresponding to the actual response (1 - 5).</p> <p>If the patient is unable to sit-up to read the chart please read out the responses to the patient by saying, I would like you to tell me which of the following descriptions of extent of anxiousness or nervousness best describes how you are feeling at the moment. Read out the text on the chart and record response (1-5).</p>													
Cognitive Factors													
<p>⌚ Please tell me your name, the city we are in and your date of birth.</p> <p>Please record the number of correct responses (1 - 3)</p>													
<p>⌚ I am going to read you a list of numbers. Listen carefully, then when I am finished, I would like you to repeat them back to me in the same order that I read them. So, for example, if I said 1,2,3, you would say 1,2,3.</p> <p>Read out the digits given at the rate of one per second. Stop after failure at any point. Please record the item number of the last line correctly recalled.</p>													
<table> <tr><td>1</td><td>6, 7</td></tr> <tr><td>2</td><td>2, 5, 3</td></tr> <tr><td>3</td><td>6, 3, 8, 2</td></tr> <tr><td>4</td><td>5, 7, 3, 6, 1</td></tr> <tr><td>5</td><td>4, 3, 9, 5, 2, 8</td></tr> <tr><td>6</td><td>1, 7, 9, 5, 3, 2, 4</td></tr> </table>	1	6, 7	2	2, 5, 3	3	6, 3, 8, 2	4	5, 7, 3, 6, 1	5	4, 3, 9, 5, 2, 8	6	1, 7, 9, 5, 3, 2, 4	
1	6, 7												
2	2, 5, 3												
3	6, 3, 8, 2												
4	5, 7, 3, 6, 1												
5	4, 3, 9, 5, 2, 8												
6	1, 7, 9, 5, 3, 2, 4												
<p>⌚ I am going to read you some more numbers, but this time when I stop I would like you to say them in reverse order. So, for example, if I said 1,2,3 you would say 3,2,1.</p> <p>Read out the digits given at the rate of one per second. Stop after failure at any point. Please record the item number of the last line correctly recalled.</p>													
<table> <tr><td>1</td><td>5, 6</td></tr> <tr><td>2</td><td>3, 7, 4</td></tr> <tr><td>3</td><td>5, 9, 1, 3</td></tr> <tr><td>4</td><td>7, 6, 8, 2, 4</td></tr> <tr><td>5</td><td>3, 6, 1, 5, 9, 2</td></tr> <tr><td>6</td><td>1, 4, 8, 6, 3, 9, 2</td></tr> </table>	1	5, 6	2	3, 7, 4	3	5, 9, 1, 3	4	7, 6, 8, 2, 4	5	3, 6, 1, 5, 9, 2	6	1, 4, 8, 6, 3, 9, 2	
1	5, 6												
2	3, 7, 4												
3	5, 9, 1, 3												
4	7, 6, 8, 2, 4												
5	3, 6, 1, 5, 9, 2												
6	1, 4, 8, 6, 3, 9, 2												
<p>⌚ I am going to read out a list of words. Please listen carefully as when I have finished I would like you to repeat back to me as many of the words as you can remember. You can say them in any order and if you are not sure if you have said a word, say it just in case.</p> <p>Read the words to the patient at about 1 per second. Please record the number of correct responses.</p> <p>DRUM, CURTAIN, BELL, COFFEE, SCHOOL, PARENT, MOON, GARDEN, HAT, FARMER, NOSE, TURKEY, COLOR, HOUSE, RIVER</p>													
<p>⌚ I am going to name a letter and I would like you to state as many words as you can in 30 seconds that begin with this letter, try to avoid proper nouns, such as peoples' names, names of countries etc, numbers or the same word with a different ending such as long, longer, longish. The letter is "C." Time for 30 seconds using a stopwatch and stop patient at this time point.</p> <p>Please record the number of words correctly given in the 30 second time period.</p>													

Examples of the PQRS questions are shown for the T₁₅ time period. The cognitive tests have different sequences; memory lists or test letters to reduce the effect of learning for each repeated test.

PQRS = Post-operative Quality Recovery Scale

Bijlage 13: Overzicht gecontacteerde personen

Overzicht van de personen die gecontacteerd werden.

De voorlopige vragenlijst werd aan onderstaande personen bezorgd, op basis van hun feedback werd de vragenlijst steeds verder aangepast.

- Artsen abdominale heekunde (dr. Bouckaert, dr. Appeltans, dr. Houben, Dr. Vangertruyden en dr. Sergeant)
- Dr. Vaninbrouckx
- Dr. Stefan Evers (medisch diensthoofd)
- Els Nelissen (zorgmanager)
- APS team
- Noël Ceyskens (Hoofdverpleegkundige chirurgisch dagziekenhuis campus Virga Jesse)
- Verpleegkundigen chirurgisch daghospitaal (campus Salvator)
- Erik Nuyts (statisticus Hogeschool PXL)

Ook werden er een aantal ziekenhuizen bevroegd of zij al dan niet een vragenlijst gebruikten (bv. Sint-Fransiscus Heusden, ZOL, UZ Leuven, AZ Sint-Jozef, AZ Sint Dimpna, Jan Palfijn Gent, UZ Antwerpen, UZ Maastricht, Maria ZH Overpelt, AZ Vesalius Bilzen, Sint-trudo, ZH Maas en Kempen, OLV van Lourdes, AZ Damiaan, GZA Ziekenhuizen, AZ Herentals, AZ Monica Antwerpen, AZ Mol, UZ Brussel, UZ Gent, Sint Maria Halle, AZ Monica Deurne).

BEVRAGING:

Telefonische feedback na chirurgische daghospitalisatie.

Anale ingrepen

Beste patiënt,

Eerst en vooral willen we u hartelijk bedanken voor uw medewerking. We gaan u hoofdzakelijk gesloten vragen stellen waar u enkel met ja of nee moet op antwoorden. De vragenlijst zal niet meer dan 10 minuten van uw tijd kosten en is vanaf de gegevensverwerking anoniem.

JESSA
ZIEKENHUIS

PIJN score

Als u aan de pijn, t.g.v. de operatie, een getal tussen 0 en 10 moet geven, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn is, hoeveel zou uw dan zijn:

1. Huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Maximale pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)										
In welke situatie was dit?											
3. Gemiddelde pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Als u aan de maximale misselijkheid die u gehad heeft sedert uw ontslag een getal tussen 0 en 4 moet geven, waarbij 0 geen misselijkheid is en 4 hevige misselijkheid en werkelijk braken is, hoeveel zou dat dan zijn:

1. Misselijkheid en braken	0	1	2	3	4
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)				

Opmerkingen en suggesties:

IMPACT T.G.V DE INGREEP

Wat is de impact t.g.v. de ingreep op uw dagelijks functioneren in het algemeen, 0 is geen impact en 10 is de ergste impact:

1. Impact	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Oorzaak:										

Is er impact t.g.v. de ingreep op uw?

	JA	NEEN
1. Stemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere

	JA	NEEN
1. Heeft u een goede nachtrust gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is het vervoer vanuit het ziekenhuis naar uw woonplaats goed verlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zijn er op dit moment beperkingen bij dagelijkse handelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke handeling(en):.....	

Opmerkingen en suggesties:

POSTOPERATIEVE SYMPTOMEN

Heeft u last van sedert uw ontslag?

	JA	NEEN
1. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heesheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

PIJNPAKKET EN PIJNMEDICATIE

	JA	NEEN
1. Heeft u een pijnpakket ontvangen?	<input type="checkbox"/> Welk: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 5
2. Heeft u er gebruik van gemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 5
3. Zat er voldoende medicatie in dit pijnpakket volgens u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u buiten het pijnpakket nog andere pijnmedicatie gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sla vraag 5 over
5. Heeft u het medicatie voorschrift gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Welke medicatie heeft u sedert uw ontslag gebruikt voor de impact van de ingreep te minimaliseren?	Aanduiden: <input type="checkbox"/> Paracetamol Aantal: <input type="checkbox"/> Ibuprofen Aantal: <input type="checkbox"/> Forlax (stoelgangbevorderend) Aantal: <input type="checkbox"/> Pantomed (maagbescherming) Aantal: <input type="checkbox"/> Andere: Aantal	
7. Had deze pijnmedicatie het gewenste effect?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

HULPVERLENING

Heeft u gecontacteerd sedert uw ontslag?		
	JA	NEEN
1. Huisarts	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
2. Daghospitaal	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
3. Thuisverpleegkundige	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
4. Andere personen Wie:	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

WONDE

	JA	NEEN
1. Is de wondverzorging gelukt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is het kompres nog bebloed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

INFORMATIE

	JA	NEEN
1. Vond u de mondelinge informatie, die u op het daghospitaal verkregen heeft, voldoende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
2. Bevatte de folder “naar huis wat nu?” voldoende informatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
3. Heeft u alle verkregen informatie, zowel mondeling als schriftelijk, van de verpleegkundige op het daghospitaal begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u alle verkregen informatie van de arts begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u alle instructies i.v.m. de pijn en pijnmedicatie begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zou u opnieuw kiezen voor deze ingreep op het chirurgisch daghospitaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

SPECIFIEKE VRAGEN

Uitscheiding		
	JA	NEEN
1. Heeft u al stoelgang kunnen maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 2
Had u hierbij pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u deze pijn een getal van 0 tot 10 moet geven, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn, hoeveel geeft u dan? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Heeft u nog bloedverlies t.g.v. de ingreep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u, nadat u stoelgang gemaakt heeft, een zitbad genomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde dit de pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u al kunnen urineren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einde vragenlijst
Had u hierbij pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

De directie, artsen en medewerkers van het chirurgisch daghospitaal danken u voor uw tijd en wensen u een spoedig herstel!

BEVRAGING:

Telefonische feedback na chirurgische daghospitalisatie.

Arthroscopie schouder

Beste patiënt,

Eerst en vooral willen we u hartelijk bedanken voor uw medewerking. We gaan u hoofdzakelijk gesloten vragen stellen waar u enkel met ja of nee moet op antwoorden. De vragenlijst zal niet meer dan 10 minuten van uw tijd kosten en is vanaf de gegevensverwerking anoniem.

JESSA
Z I E K E N H U I S

PIJN score

Als u aan de pijn, t.g.v. de operatie, een getal tussen 0 en 10 moet geven, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn is, hoeveel zou uw dan zijn:

1. Huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Maximale pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)										
In welke situatie was dit?											
3. Gemiddelde pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Als u aan de maximale misselijkheid die u gehad heeft sedert uw ontslag een getal tussen 0 en 4 moet geven, waarbij 0 geen misselijkheid is en 4 hevige misselijkheid en werkelijk braken is, hoeveel zou dat dan zijn:

1. Misselijkheid en braken	0	1	2	3	4
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)				

Opmerkingen en suggesties

IMPACT T.G.V DE INGREEP

Wat is de impact t.g.v. de ingreep op uw dagelijks functioneren in het algemeen, 0 is geen impact en 10 is de ergste impact:

1. Impact	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Oorzaak:										

Is er impact t.g.v. de ingreep op uw?

	JA	NEEN
1. Stemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere

	JA	NEEN
1. Heeft u een goede nachtrust gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is het vervoer vanuit het ziekenhuis naar uw woonplaats goed verlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zijn er op dit moment beperkingen bij dagelijkse handelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke handeling(en):.....	

Opmerkingen en suggesties:

POSTOPERATIEVE SYMPTOMEN

Heeft u last van sedert uw ontslag?

	JA	NEEN
1. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heesheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

PIJNPAKKET EN PIJNMEDICATIE

1. Wanneer was de verdoving van uw schouder uitgewerkt?	Tijdstip:
2. Wanneer had u de eerste pijnklachten?	Tijdstip:
3. Heeft u het medicatievoorschrift gebruikt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
4. Welke medicatie heeft u sedert uw ontslag gebruikt voor de impact van de ingreep te minimaliseren?	Aanduiden (niet opnoemen): <input type="checkbox"/> Zaldiar Aantal: <input type="checkbox"/> Ibuprofen Aantal: <input type="checkbox"/> Paracetamol Aantal: <input type="checkbox"/> Andere: Aantal:
5. Had deze pijnmedicatie het gewenste effect?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN

Opmerkingen en suggesties:

HULPVERLENING

Heeft u gecontacteerd sedert uw ontslag?		
	JA	NEEN
1. Huisarts	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
2. Daghospitaal	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
3. Thuisverpleegkundige	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
4. Andere personen Wie:	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

HUIDCONDITIE

..... op de plaats van de ingreep?

	JA	NEEN
1. Heeft u blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is er zwelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is er roodheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is er warmte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

INFORMATIE

	JA	NEEN
1. Vond u de mondelinge informatie, die u op het daghospitaal verkregen heeft, voldoende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
2. Bevatte de folder “naar huis wat nu?” voldoende informatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
3. Heeft u alle verkregen informatie, zowel mondeling als schriftelijk, van de verpleegkundige op het daghospitaal begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u alle verkregen informatie van de arts begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u alle instructies i.v.m. de pijn en pijnmedicatie begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zou u opnieuw kiezen voor deze ingreep op het chirurgisch daghospitaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

SPECIFIEKE VRAGEN

	JA	NEEN
1. Gebruikt u de draagdoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u sedert uw ontslag al kunnen urineren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u ijs gelegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde dit de pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u zich zelfstandig kunnen wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einde vragenlijst		
5. Wie heeft u geholpen met wassen?		

Opmerkingen en suggesties:

De directie, artsen en medewerkers van het chirurgisch daghospitaal danken u voor uw tijd en wensen u een spoedig herstel!

BEVRAGING:

Telefonische feedback na chirurgische daghospitalisatie.

Liesbreuk

Beste patiënt,

Eerst en vooral willen we u hartelijk bedanken voor uw medewerking. We gaan u hoofdzakelijk gesloten vragen stellen waar u enkel met ja of nee moet op antwoorden. De vragenlijst zal niet meer dan 10 minuten van uw tijd kosten en is vanaf de gegevensverwerking anoniem.

JESSA
ZIEKENHUIS

PIJN score

Als u aan de pijn, t.g.v. de operatie, een getal tussen 0 en 10 moet geven, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn is, hoeveel zou uw dan zijn:

1. Huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Maximale pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)										
In welke situatie was dit?											
3. Gemiddelde pijn sedert uw ontslag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Als u aan de maximale misselijkheid die u gehad heeft sedert uw ontslag een getal tussen 0 en 4 moet geven, waarbij 0 geen misselijkheid is en 4 hevige misselijkheid en werkelijk braken is, hoeveel zou dat dan zijn:

1. Misselijkheid en braken	0	1	2	3	4
Wanneer was dit?	<input type="checkbox"/> Gisterenavond <input type="checkbox"/> Vannacht <input type="checkbox"/> Vandaag (overdag)				

Opmerkingen en suggesties:

IMPACT T.G.V DE INGREEP

Wat is de impact t.g.v. de ingreep op uw dagelijks functioneren in het algemeen, 0 is geen impact en 10 is de ergste impact:

1. Impact	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Oorzaak:										

Is er impact t.g.v. de ingreep op uw?

	JA	NEEN
1. Stemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere

	JA	NEEN
1. Heeft u een goede nachtrust gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is het vervoer vanuit het ziekenhuis naar uw woonplaats goed verlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zijn er op dit moment beperkingen bij dagelijkse handelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welke handeling(en):.....	

Opmerkingen en suggesties:

POSTOPERATIEVE SYMPTOMEN

Heeft u last van sedert uw ontslag?

	JA	NEEN
1. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heesheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

PIJNPAKKET EN PIJNMEDICATIE

	JA	NEEN
1. Heeft u een pijnpakket ontvangen?	<input type="checkbox"/> Welk: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 5
2. Heeft u er gebruik van gemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 5
3. Zat er voldoende medicatie in dit pijnpakket volgens u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u buiten het pijnpakket nog andere pijnmedicatie gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sla vraag 5 over
5. Heeft u het medicatie voorschrift gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Welke medicatie heeft u sedert uw ontslag gebruikt voor de impact van de ingreep te minimaliseren?	Aanduiden (niet opnoemen): <input type="checkbox"/> Paracetamol Aantal: <input type="checkbox"/> Ibuprofen Aantal: <input type="checkbox"/> Tradonal odis Aantal: <input type="checkbox"/> Pantomed Aantal: <input type="checkbox"/> Andere: Aantal:	
7. Had deze pijnmedicatie het gewenste effect?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

HULPVERLENING

Heeft u gecontacteerd sedert uw ontslag?		
	JA	NEEN
1. Huisarts	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
2. Daghospitaal	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
3. Thuisverpleegkundige	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>
4. Andere personen Wie:	<input type="checkbox"/> Reden:	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

HUIDCONDITIE

..... op de plaats van de ingreep?

	JA	NEEN
1. Heeft u blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is er zwelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is er roodheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is er warmte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

INFORMATIE

	JA	NEEN
1. Vond u de mondelinge informatie, die u op het daghospitaal verkregen heeft, voldoende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
2. Bevatte de folder "naar huis wat nu?" voldoende informatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: wat ontbrak er?		
3. Heeft u alle verkregen informatie, zowel mondeling als schriftelijk, van de verpleegkundige op het daghospitaal begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u alle verkregen informatie van de arts begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u alle instructies i.v.m. de pijn en pijnmedicatie begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zou u opnieuw kiezen voor deze ingreep op het chirurgisch daghospitaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opmerkingen en suggesties:

SPECIFIEKE VRAGEN

Pijn		
	JA	NEEN
1. Heeft u pijn bij het opstaan (uit bed, van de stoel, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u ijs gelegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde dit de pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uitscheiding													
	JA	NEEN											
1. Heeft u al stoelgang kunnen maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ga verder met vraag 2											
Had u hierbij pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Als u deze pijn een getal van 0 tot 10 moet geven, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn, hoeveel geeft u dan? <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">6</td> <td style="padding: 0 5px;">7</td> <td style="padding: 0 5px;">8</td> <td style="padding: 0 5px;">9</td> <td style="padding: 0 5px;">10</td> </tr> </table>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
2. Heeft u al kunnen urineren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einde vragenlijst											
Had u hierbij pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

Opmerkingen en suggesties:

De directie, artsen en medewerkers van het chirurgisch daghospitaal danken u voor uw tijd en wensen u een spoedig herstel!

Bijlage 15: informed consent

Titel van de studie: [Telefonische feedback na een chirurgische daghospitalisatie](#)

Opdrachtgever van de studie: [Jessaziekenhuis](#)

Onderzoeksinstelling: [Jessa Ziekenhuis campus Salvator](#)

Ethisch comité: [Ethische toetsingscommissie Jessa Ziekenhuis](#)

Plaatselijke onderzoekers: Erik Vanaenrode , hoofdverpleegkundige CDH Salvator – Ellen Kerkhofs student PXL , AnSofie Bauters , student PXL, Nele Zimmer Smeets ,student PXL

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen (4 pagina's)

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een observationele klinische studie. Dit betekent dat de behandeling die u werd voorgesteld op de gebruikelijke manier werd voorgeschreven, in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijk en onafhankelijk van uw eventuele deelname aan deze studie. Wij vragen u alleen om telefonisch een gestandaardiseerde vragenlijst te overlopen om extra informatie te verzamelen zodat we ze kunnen combineren met de gegevens van andere patiënten die dezelfde behandeling krijgen en zodat we ze voor onderzoeksdoeleinden statistisch kunnen verwerken. We zullen u geen enkele aanvullende procedure voor diagnose of opvolging voorstellen.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker of zijn vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts u heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Deze klinische studie opgesteld is na evaluatie door een ethische comité.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn team.

Aanvullende informatie over uw “Rechten als deelnemer aan een klinische studie” vindt u in bijlage

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze klinische studie is georganiseerd voor bekomen van informatie aan de hand van een vragenlijst over het postoperatief verloop vanaf de dag na het ontslag vanuit het chirurgisch dagziekenhuis.

Hierdoor kan er een beter inzicht worden verkregen over de kwaliteit van de informatieverstrekking, het pijnbeleid en de gehele postoperatieve periode.

De bevraging beperkt zich tot de patiënten die een anale ingreep, een liesbreuk of een arthroscopische schouderingreep hebben ondergaan.

Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u meerderjarig zijn.

De duur van uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit één telefonische bevraging op dag 1 tijdens dewelke uw onderzoeker u zal vragen om alle voor de studie noodzakelijke gegevens en informatie te verzamelen .

De telefonische bevraging zal ongeveer 15 min van uw tijd in beslag nemen.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Zoals hierboven vermeld, stemmen de behandeling die u werd voorgesteld en de procedures voor diagnose en opvolging overeen met de goede medische praktijken. Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Ook moet u niet verwachten dat uw deelname aan deze studie u persoonlijke voordelen zal opleveren. U moet begrijpen dat uw deelname aan deze studie ervoor zal zorgen dat wij patiënten nog beter kunnen informeren en bijgevolg in de toekomst betere behandelingen kunnen voorstellen.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Geen informatie over uw gezondheidstoestand, de geneesmiddelen die u gebruikt of de symptomen die u ervaart te verzwijgen.
- Uw onderzoeker op de hoogte te brengen als men u voorstelt om aan een andere studie deel te nemen zodat u met hem/haar kan bespreken of u aan deze studie kunt deelnemen en of uw deelname aan de huidige klinische studie moet worden stopgezet.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Erik Vanaenrode, hoofdverpleegkundige chirurgisch daghospitaal 011 339621) of een medewerker van het chirurgisch daghospitaal op het telefoonnummer (011/339620).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst in uw ziekenhuis op het telefoonnummer 011/308400. Indien nodig kan de ombudsdienst u in contact brengen met het Ethisch Comité.

TELEFONISCHE FEEDBACK NA CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid (zie bijlage).

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

.....

Onderzoeker

Ik ondergetekende Erik Vanaenrode, onderzoeker of / bevoegde onderzoeksmederwerker,..... verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening
van de vertegenwoordiger
van de onderzoeker

Naam, Voornaam, Datum en handtekening
van de onderzoeker

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

Deze bijlage bestaat uit een korte beschrijving van de verschillende raadplegingen voor opvolging die deel uitmaken van de “standard of care” en, indien van toepassing, van de verschillende onderzoeken die normaliter voorzien zijn tijdens deze raadplegingen.

2: Aanvullende informatie over de risico's die verbonden zijn aan de deelname aan deze studie: niet van toepassing

Deze rubriek is in principe niet van toepassing in een observationele studie: de behandeling en de voorgestelde onderzoeken bij de klinische opvolging zijn voorgeschreven in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijken. Ze worden dus aan de patiënten voorgesteld in overeenstemming met de informatieverplichting in het kader van de interactie arts/patiënt en onafhankelijk van een deelname aan de studie.

*Als de opdrachtgever echter toch beslist om ze op te nemen, moet hij het feit **benadrukken** dat wat in deze rubriek is vermeld, de risico's zijn die in het kader van standaardverzorging kunnen optreden (en in het bijzonder, niet door de verzekering van de studie worden gedekt*

3: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité Ethische Toetsingscommissie Jessa Ziekenhuis dat een gunstig advies heeft uitgebracht.

De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoeker gegevens over u verzamelt en mogelijks deze gebruikt in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

U hebt het recht om aan de onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn³.

De onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank (de databank zal worden beheerd door het zorgcluster kritieke diensten Jessa Ziekenhuis).

De onderzoeker en zijn team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en uw medisch dossier⁴

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren⁵.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kan uw medisch dossier worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités, van de opdrachtgever van de studie of een extern auditbureau. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de onderzoeker en onder zijn/haar toezicht (of van één van zijn/haar onderzoeksmedewerkers)

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere artsen en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Ze zullen ook gebruikt worden in het kader van een bachelorproef verpleegkunde aan de PXL Healthcare.

Ze kunnen ook doorgegeven worden aan andere sites van de opdrachtgever in België en in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit

³ Deze rechten zijn bepaald door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

⁴ De wet verplicht om voor klinische studies dit verband met uw dossier gedurende 20 jaar te bewaren.

⁵ De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Verzekering

In een observationele studie is het enige mogelijke risico een probleem met de maatregelen die werden genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te beschermen. De opdrachtgever is, ook indien er geen sprake is van fout, aansprakelijk voor de schade die u als deelnemer - of in geval van overlijden uw rechthebbenden - oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks te wijten is aan de deelname aan deze studie. Hiervoor heeft de opdrachtgever een verzekeringscontract afgesloten (Ethias , Prins Bischofssingel 73 3500 Hasselt)⁶.

⁶ Conform artikel 29 van de Belgische wetgeving inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004)