

Stoppen met 4 post operatieve meetmomenten

Aandachtsgebied

Alle patiënten die een ingreep hebben ondergaan van de afdeling orthopedie, chirurgie, kort verblijf, urologie en gynaecologie.

Betrokken medewerkers

Medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, afdelingsmanagers en teamleiders van de betrokken afdelingen

Verandering

Het eerste uur nadat een patiënt vanaf de OK terug is op de verpleegafdeling mag deze volgens het verpleegkundig protocol niet gemobiliseerd worden. Daarnaast vinden er vier postoperatieve metingen plaats van de polsslag, bloeddruk temperatuur, saturatie en de ademfrequentie. De toegevoegde waarde van deze metingen is niet aantoonbaar. Wel staat vast dat het onprettig is voor de patiënt en werklust is voor verpleegkundigen. Er is een tabel geïntroduceerd om de afweging te maken of continu en intermitterend monitoren nodig is: indien de paramaters van de patiënt in de tussenliggende waarden van de tabel liggen is monitoren d.m.v. EWS voldoende. Hierbij is de klinische blik van een verpleegkundige noodzakelijk. Het protocol is aangepast door deze afweging mee te nemen.

Succesfactoren

- Verpleegkundig leiderschap: o.b.v. verpleegkundig evidence based practice onderzoek waarbij nauwe samenwerking heeft plaatsgevonden met de medisch specialisten.
- De inzet van methodisch klinisch redeneren.



Besparing

Netto besparing van € 55.000

Door een reductie in meetlast van 20 min. De reductie kan ingezet worden voor werkdruk verlichting of t.b.v. reductie fte*.

** Zie uitwerking en aannamen van de besparing in de bijlage



Positief

- Voor 90% van de patiënten kunnen de postoperatieve metingen gestopt worden, doordat het geen meerwaarde biedt.
- Door het stoppen van de metingen ervaart de patiënt meer bewegings- vrijheid en minder pijn door de tensiemeter.



Floortje Westhof- de Geus | Verpleegkundige GYN/URO

“Vanuit een enquête onder patiënten blijkt dat het invoeren van het intermitterend monitoren een verbetering oplevert voor de patiënt: het is minder belastend en het eerste uur postoperatief kunnen patiënten zich (afhankelijk van de OK die heeft plaatsgevonden) meer richten op mobilisatie”

* De kostenbesparing is makkelijker te realiseren wanneer er een bundeling van initiatieven op de kliniek wordt ingezet. Zie ook de andere capaciteitsmanagement initiatieven op de kliniek op het Zinnige Zorg portaal.

Afweging continu en intermitterend monitoren

De afweging of continu en intermitterend monitoring nodig is, wordt gebaseerd op onderstaande tabel:

- Pols: HR < 40 of > 130/min
- Bloeddruk systole < 90 of > 200mmHg
- Respiratie AH < 8 of > 30/min
- O2 sat. < 90, bewustzijnsdaling \leq 2 punten

Indien de paramaters van de patiënt in de tussenliggende waarden van de tabel liggen is monitoren d.m.v. EWS voldoende, waarbij de klinische blik van een verpleegkundige noodzakelijk is.

De volgende criteria geven aan wanneer continu monitoren noodzakelijk is:

- Patiënten met postoperatief een epiduraal katheter of patiënten met een subcutane wond anesthesie
- Grotere gynaecologisch of urologische OK's (debulking, Bricker).
- Massaal bloedverlies tijdens OK
- Indien de arts in het operatie verslag er een high risk label vermeld.
- Als patiënten op recovery stabiel hypotensief zijn.
- EWS van 3 of hoger

In deze gevallen zal de verpleegkundige het eerste uur wel continu monitoren. De verpleegkundige is hierbij "in the lead" doordat zij op basis van de EWS score, na het eerste uur, beredeneert of continu monitoren gecontinueerd moet worden of dat dit kan worden afgesloten.

Potentiële besparing Catharina Ziekenhuis

In de berekeningen zijn een aantal aannamen gedaan waar rekening mee gehouden dient te worden wanneer het potentieel voor de eigen instelling berekend wordt

- Gem. loonkosten per uur van verpleegkundigen € 31
- Aantal patiënten op de afdeling orthopedie, chirurgie, kort verblijf, urologie en gynaecologie = 12.000
- Reductie meetlast is van toepassing op 90% van de post-operatieve patiënten van bovengenoemde afdelingen
- Reductie meetlast in minuten is 20 minuten per patiënt (van 30 minuten naar 10 minuten)
- De besparing kan ook worden ingezet voor andere doelen zoals bijvoorbeeld werkdrukverlichting.. Om deze reden is niet de volledige besparing opgenomen als kostenbesparing, maar is een afslag van 50% gehanteerd.

Besparing

Besparing per patiënt (1/3u)	€ 10,33
Aantal patiënten (12.000 * 90%)	10.800
Mogelijke besparing	€ 111.000
Realistische (netto) besparing 50% van theoretische besparing)	€ 55.000