



patiënteninformatie



Dienst anesthesie

Meer weten over **anesthesie**



**MARIA
MIDDELARES**

Gezondheids**Zorg** met een Ziel





INHOUD

1. Waarop u zeker moet letten?	4
2. De rol van de dienst Anesthesie tijdens uw ziekenhuisopname	6
3. Meer info over uw verdoving	8
3.1 Soorten anesthesie	
3.2 Voorafgaande onderzoeken	
3.3 Nuchter zijn	
3.4 De thuismedicatie	
3.5 De voorbereiding	
3.6 De risico's verbonden aan anesthesie	
4. Na uw operatie	33
4.1 De ontwaakfase	
4.2 De pijnbestrijding en opvolging	
4.3 Naar uw kamer	
5. Anesthesie bij een bevalling of keizersnede	36
6. Anesthesie bij kinderen	38
7. De kostprijs van de anesthesie	39
8. De geïnformeerde toestemming of 'informed consent'	40
9. Toediening van bloed of bloedproducten	40

Bijlagen

Vorbereidende vragenlijst

Formulier thuismedicatie

Toestemmingsformulier

Weigering bloed- of bloedproducten



Beste patiënt

Binnenkort krijgt u een ingreep of onderzoek waarvoor een verdoving nodig is. De dienst Anesthesie dankt u voor het vertrouwen in ons ziekenhuis en zal u hierbij zo goed mogelijk begeleiden.

Vóór u een verdoving krijgt, zal u altijd een anesthesist kunnen spreken. Met deze brochure hopen wij u vooraf reeds zo goed mogelijk te informeren en gerust te stellen. Heeft u, na het lezen van deze brochure, voor uw opname in het ziekenhuis, nog vragen over de verdoving of de ingreep? Aarzel dan niet en contacteer uw huisarts of de dienst Anesthesie (tel. secretariaat dienst Anesthesie AZ Maria Middelaes: 09 246 17 00).

De dienst Anesthesie wenst u alvast een vlot verloop van uw ziekenhuisopname.

Dr. Henk Vanoverschelde
Diensthooft Anesthesie, AZ Maria Middelaes Gent

www.anesthesiegent.be | www.mariamiddelares.be

In het midden van deze brochure vindt u enkele **belangrijke bijlagen**: een voorbereidende vragenlijst, een formulier over uw thuismedicatie en een toestemmingformulier voor anesthesie en opvolging na de ingreep. Weigert u bloed en bloedproducten, vul dan ook bijlage 4 in. Vul deze formulieren vóór uw opname zo volledig en correct mogelijk in.

Heeft u na het lezen van deze brochure of de website nog vragen? Aarzel dan niet de dienst Anesthesie te contacteren.

Tel. 09 246 17 00

1 Waarop u zeker moet letten?

Nuchter zijn

Nuchter zijn is voor de verdoving absoluut noodzakelijk. Enkel in hoogdringende situaties kan hiervan worden afgeweken!

Onvoldoende nuchter zijn bij de verdoving houdt een beduidend hoger risico op luchtwegontsteking of zelfs longontsteking in. De meeste vormen van verdoving of zware pijnstilling onderdrukken de slikreflex waardoor speeksel of maaginhoud via de luchtpijp in de longen terecht kan komen.

Als algemene regel geldt: minstens 6 uur voor de start van de verdoving niet meer eten of drinken. Bij het drinken van heldere vloeistoffen en in het geval van (kleine) kinderen wordt een kortere duur aanvaard (zie pag. 14).

Bloedverduunners

Indien u bloedverduunners neemt, meld dit aan aan uw behandelende arts en/of de anesthesist.

Bloedverduunners worden onder vele vormen gegeven. Het kan gaan van het gewone 'aspirientje' tot zeer sterke bloedverdunnende medicatie. Afhankelijk van de reden van inname en de aard van de ingreep is het aan te raden deze medicatie te onderbreken of door te nemen. Indien u hierover niet met uw behandelende specialist hebt gepraat, bespreekt u dit met uw huisarts.

Thuismedicatie

De meeste medicatie die u gewoonlijk neemt (de thuismedicatie) neemt u beter gewoon door met een slokje water op de ochtend van de operatie.

Vroeger ging men ervan uit dat nuchter zijn ook betekende dat de patiënt geen medicatie mocht innemen. Momenteel vinden we het veel belangrijker dat patiënten hun normale medicatie gewoon doornemen de ochtend van de operatie. Een klein slokje water drinken om uw medicatie in te nemen is niet tegenstrijdig met nuchter zijn. Meer informatie over uw thuismedicatie en de dag van de operatie vindt u verder in deze brochure (pag. 15).

Het is erg belangrijk dat wij exact uw thuismedicatie kennen. Noteer daarom op het formulier in het midden van deze brochure uw thuismedicatie met de juiste dosissen en het tijdstip van inname.

Indien dit voor u niet mogelijk is, zal uw huisarts u daar zeker bij willen helpen.



2 De rol van de dienst Anesthesie tijdens uw ziekenhuisopname

Vóór de ingreep

De behandelende arts spreekt met u een ingreep af waarbij een verdoving nodig is. Meestal zal hij u nadien naar de huisarts verwijzen om voorbereidende onderzoeken uit te voeren, de zogenaamde 'preoperatieve onderzoeken'.

Afhankelijk van uw leeftijd, algemene gezondheidstoestand en ook de ernst van de ingreep zijn deze onderzoeken eerder beperkt: bv. een aanvullend bloedonderzoek, een longfoto, een elektrocardiogram... Indien meer uitgebreide onderzoeken nodig zijn, verwijzen we u door naar een orgaanspecialist: bv. de harstspecialist, de longspecialist,...

De dag vóór de ingreep of op de operatiedag zelf ontmoet u de anesthesist. U krijgt op dat moment informatie over de verdovingswijze en het verloop ervan. Indien aangewezen

stelt de anesthesist u bepaalde technieken voor om de pijnbestrijding na de ingreep te optimaliseren, bv. een epidurale verdoving, een specifiek zenuwblok, Hierover kan u meer lezen verder in deze brochure.



Tijdens en onmiddellijk na de ingreep

Meestal krijgt u een volledige verdoving. De anesthesist waakt over de correcte diepte van de verdoving en over uw 'vitale parameters' (bloeddruk, hartslag, ademhaling, zuurstofgehalte in het bloed,..).

Op het einde van de ingreep wordt de verdoving afgebouwd zodat u geleidelijk aan 'wakker wordt'. U wordt naar de ontwaakzaal gebracht

waar u in een bed verder zal ontwaken en waar ook toegezien wordt op een optimale pijnstilling.

Na de ingreep

Indien de pijnstilling voldoende is, de 'vitale parameters' aanvaardbaar zijn en u zichzelf voldoende comfortabel voelt, gaat u naar de afdeling: daghospitalisatie of kortverblijf voor de kleinere ingrepen, de verblijfsafdelingen voor meer uitgebreide ingrepen.

Indien een opname op Intensieve Zorg nodig is, zal een team van gespecialiseerde anesthesisten-intensivisten, in overleg met uw behandelde arts het medisch beleid verder waarnemen tot u klaar bent om naar de gewone verblijfsafdeling te gaan.



3 Meer info over uw verdoving

3.1 Soorten anesthesie

Algemene anesthesie of algemene verdoving

Deze vorm van verdoven maakt de patiënt volledig bewusteloos en pijnvrij. Een algemene verdoving bij volwassenen kan via een masker worden toegediend (inademen van verdovende dampen) of uitgelokt worden door bepaalde medicatie rechtstreeks via de aders toe te dienen.

De toediening van anesthesieproducten **via een bloedvat** geniet zeker de voorkeur bij volwassenen. Indien een toegang via de aders aanwezig is (het zogenaamd infuus of 'de baxter') kunnen we op elk moment op een veilige en zekere manier medicatie geven. Het enige nadeel voor de patiënt is dat hij, vóór hij onder verdoving gaat, een prik krijgt.

Meestal verkiezen we een toegangsweg in de arm. Indien dit moeilijk of onmogelijk is, kunnen ook aders op andere plaatsen worden gebruikt.

Indien de plaatsing van een infuus bij volwassenen moeilijk is, wordt een **maskeranesthesie** uitgevoerd. Het ontbreken van een infuus houdt in dat er niet onmiddellijk een toedieningsweg voor medicatie beschikbaar is. Daarom is deze verdovingswijze dus meer risicovol. Maskeranesthesie bij volwassenen heeft ook als nadeel dat de intreding van de verdoving minder voorspelbaar is en de minder aangename geur bij het inademen van verdovende gassen.

Zie ook 'hoofdstuk 6 Anesthesie bij kinderen' voor meer informatie over maskeranesthesie bij kinderen.

Bij de start van de verdoving, vóór we medicatie toedienen via de aders, krijgt de patiënt

meestal toch een masker voor zijn gezicht. Dit heeft niets met maskeranesthesie te maken. Dit masker dient enkel om hem een extra zuurstofreserve te geven. In dat geval worden immers geen verdovende dampen gegeven om in te slapen.

Vanaf het moment dat de patiënt in slaap valt, onderhoudt de anesthesist de verdoving zolang de ingreep duurt. Hij dient continu verdovende producten toe. Hierbij is het anesthesietoestel een belangrijke hulp. De vitale parameters (bloeddruk, zuurstofvoorziening in het bloed en dergelijke) worden continu gevolgd en geregistreerd.

De medicatie voor de anesthesie kan een belangrijke weerslag hebben op de ademhaling, hartslag en bloedsomloop. De diepte en de aard van de verdoving wordt afgestemd op de aard van de ingreep. Het is de taak van de anesthesist om het evenwicht te bewaren tussen de gepaste diepte van de verdoving en de

optimale werking van de vitale organen. Hiervoor heeft hij allerhande apparatuur en meetinstrumenten ter beschikking.

Zo zal hij meestal een buisje tot boven of tot in de luchtpijp plaatsen om de ademhaling te verzekeren. Patiënten kunnen dit na de operatie ervaren onder de vorm van een pijnlijke of droge keel.

Bij meer ingrijpende ingrepen plaatst de anesthesist, meestal nadat de verdoving reeds is toegediend, nog extra katheters. Zo plaatst hij bv. een katheter in de slagader voor een zeer accurate en onmiddellijke controle op de bloeddruk: de zogenaamde 'arteriële lijn' wordt meestal in de slagader van de arm of in de elleboogplooï geplaatst. Soms zijn er nog extra toegangswegen voor medicatie of bloedproducten nodig. Dit kan door extra infusen in de armen of door een extra infuus in een grote ader ter hoogte van de hals: dit noemen we een 'centrale katheter'.



Bij zeer ingrijpende operaties of indien de gezondheidstoestand van de patiënt dit vereist, plaatst de anesthesist onmiddellijk na de verdoving een katheter waardoor hij rechtsreeks metingen in het hart uitvoert: de zogenaamde 'Swan Ganz'-katheter. Heel frequent gebruikt de anesthesist in deze gevallen ook de echografie-techniek door via de slokdarm met een speciale echo-ontvanger de functie van het hart te evalueren.

Locoregionale anesthesie of 'gedeeltelijke verdoving'

Bij deze techniek wordt een bepaald deel van het lichaam (de operatiestreek inbegrepen) gevoelloos gemaakt. Door een verdovend product in te spuiten rond de zenuwbundels die een bepaald lichaamsgebied bezuwen, schakelt men tijdelijk de werking van die zenuwbundels uit waardoor de pijnprikkels niet meer naar de hersenen gestuurd worden en de patiënt dus geen pijn meer ervaart. Meestal zal hierdoor

ook de beweeglijkheid van het lichaamsdeel verminderen, aangezien hiervoor ook dezelfde zenuwbundels instaan. Een vaak gebruikte term hiervoor is het ‘zenuwblok’. Deze term slaat op elke verdoving veroorzaakt door de blokkade van zenuwgeleiding. Zo bestaan er verschillende zenuwbloks. De voornaamste en in ons ziekenhuis meest frequent toegepaste, zijn:

- **De epidurale en spinale verdoving:** een zenuwblokkade veroorzaakt door een ‘ruggenprik’. Afhankelijk van het niveau van de wervelzuil (lage rug tot bijna in de nekstreek) waar de ruggenprik wordt uitgevoerd, zal het uitgeschakelde lichaamsgebied anders zijn. Bij de lage ruggenprik wordt de onderste helft van het lichaam gevoelloos. Dit wordt bijvoorbeeld heel frequent toegepast bij heup- of knieprothesechirurgie. Een ruggenprik op een hoger niveau zal de buikstreek

gevoelloos maken en wordt daarom frequent geplaatst bij buikoperaties. Bij een epidurale verdoving laat de anesthesist meestal een ‘epidurale katheter’ (een fijn buisje) achter. Via deze katheter krijgt de patiënt na de operatie extra pijnstilling of wordt een pijn pomp aangeschakeld.

- **Het popliteaal blok:** de zenuwblokkade veroorzaakt door de verdoving van de zenuwbundel net boven de kniekuil. Deze blokkade wordt frequent geplaatst bij voet of enkel chirurgie en zorgt voor een zeer goede pijnstilling de eerste uren na de operatie. We zoeken de zenuw op met echografie (pijnloze techniek) en meestal ook door middel van stimulatie (kleine stroomstootjes die schokjes veroorzaken in het bezenuwde gebied).
- **Het supraclaviculair blok:** een zenuwblokkade veroorzaakt door verdoving van de zenuwen

die de pijngeleiding en de beweging van de schouder en arm verzorgen. Deze blokkade wordt bv. frequent geplaatst bij schouderchirurgie. Bij dit blok gebruiken we, zoals bij het popliteaal blok, eveneens echografie en stimulatie bij de plaatsing.

Er bestaan nog vele andere vormen van locoregionale anesthesie. Deze worden minder frequent gebruikt en komen daarom in deze brochure niet uitgebreid aan bod.

Indien de anesthesist, in overleg met uw chirurg, vindt dat een zenuwblok voor u een meerwaarde kan geven op vlak van comfort, pijnstilling of herstel na de ingreep zal hij altijd in het gesprek voorafgaand aan de operatie hierover uitleg geven en op uw vragen antwoorden.

De lokale anesthesie

Dit is een verdovingstechniek waarbij rechtsreeks ter hoogte van het letsel of de operatiezone een verdovend

product wordt toegediend. De huisarts of behandelend arts voert deze verdoving meestal zelf uit zonder tussenkomst van een anesthesist. Een voorbeeld hiervan is de wondhechting na een snijwonde.

3.2 Voorafgaande onderzoeken

Het doel van deze onderzoeken is vooral om een duidelijk beeld te krijgen van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. De noodzaak aan voorafgaande medische onderzoeken wordt door vele factoren bepaald. Met deze informatie houden we rekening zowel bij de aard van de ingreep als bij de wijze waarop we verdoven.

Het spreekt voor zich dat voor de inschatting van de gezondheidstoestand van een kerngezonde twintiger die voor een sportletsel geopereerd wordt meestal geen extra onderzoeken nodig zijn. Een bejaarde

diabetespatiënt met hoge bloeddruk wordt kort voor de ingreep en de verdoving grondig medisch onderzocht.

Een belangrijk instrument voor de correcte inschatting van het anesthesierisico is de voorbereidende vragenlijst die u in het midden van deze brochure vindt. Vul deze vragenlijst vooraf zo volledig mogelijk in. Indien dit voor u moeilijk is, kan u zich gerust laten bijstaan door een

familielid of uw huisarts. Voor de correcte inschatting van het anesthesierisico gebruiken artsen de gekende ASA-classificatie (American Society of Anaesthesiologists). Deze classificatie deelt de patiënten in volgens klassen waarbij de laagste klasse (ASA I) het laagste anesthesierisico betekent en de hoogste klasse (ASA V) een zwaar zieke of stervende patiënt omvat. Zie de verduidelijkende tabel hieronder.

ASA-classificatie

(wereldwijd gebruikte classificatie voor preoperatieve onderzoeken)

- I patiënt zonder lichamelijke of psychische aandoeningen behalve die waarvoor hij geopereerd wordt
- II patiënt met geringe systeemaandoeningen zonder functionele beperkingen (bv. chronische bronchitis, mild overgewicht, door dieet goed geregelde diabetes, oud hartinfarct, matig verhoogde bloeddruk)
- III patiënt met ernstige systeemaandoeningen met beperking van de normale activiteit
- IV patiënt met systeemaandoeningen die levensbedreigend zijn
- V stervende patiënt, van wie verwacht kan worden dat hij binnen de 24 uur met of zonder operatie zal overlijden

Om te bepalen welke voorbereidende onderzoeken nodig zijn gebruiken we een tabel 'preoperatieve onderzoeken' als leidraad. Ook uw huisarts kent deze tabel. Deze tabel kunt u raadplegen op www.anesthesiegent.be

Gelieve alle resultaten van onderzoeken (ook bloedonderzoeken) die voor de geplande ingreep zijn uitgevoerd buiten het ziekenhuis mee te brengen bij uw opname. Deze documenten worden in uw medisch dossier opgenomen.

3.3 Nuchter zijn voor de operatie

Zoals op pag. 4 reeds vermeld, is het van groot belang dat u nuchter bent op het moment van verdoving. Uiteraard kunnen we hiervan afwijken indien een operatie echt dringend is. Bij hoogdringende operaties zal de anesthesist zijn anesthesietechniek aanpassen zodat u toch onder narcose kan gebracht worden. We proberen dat zoveel mogelijk te vermijden

aangezien deze werkwijze verhoogde risico's inhoudt.

Bij de afspraken voor nuchter zijn wordt een onderscheid gemaakt tussen inname van een lichte maaltijd en heldere of niet-heldere dranken.

Lichte maaltijd: bv. boterham of toast met confituur, yoghurt,.. Gefrituurde en vette voedingsmiddelen of vlees vallen hier niet onder.

Heldere dranken: water, suikerwater (kindjes), heldere fruitsappen zonder vruchtvlees (appelsap of druivensap), heldere thee zonder melk, koffie zonder melk (maximaal 1 kopje). Niet-heldere dranken: koffie met melk, fruitsap met vruchtvlees, alcohol.

Indien een operatie dringend moet plaatsvinden moet u altijd onmiddellijk stoppen met eten en drinken.

Inname van medicatie met een klein slokje water is nooit tegenstrijdig met nuchter zijn.

aard voeding	toegestaan tot ten laatste
normale maaltijd	middernacht vóór de operatiedag
lichte maaltijd	6 uur vóór ingreep of onderzoek
koemelk en zuivelproducten (flesvoeding kind)	6 uur vóór ingreep of onderzoek
borstvoeding	4 uur vóór ingreep of onderzoek
heldere dranken	2 uur vóór ingreep of onderzoek

3.4 Thuismedicatie

De algemene regel is dat u uw dagelijkse geneesmiddelen neemt, ook op de dag van de ingreep of het onderzoek, op het normale uur, met klein beetje water. Dit geldt ook voor puffs of aerosols voor longziekten. Voor veel medicatie is de inname op de dag van de ingreep immers heel belangrijk. Het plots stoppen van bepaalde medicatie, zoals medicatie voor een hoge bloeddruk, kan immers ongewenste gevolgen hebben.

Bepaalde medicatie wordt best gestopt in overleg met uw behandelend arts. Uw huisarts kan u hierbij raad geven.

Indien een medicament voor

de operatie moet gestopt worden, behoort het tot één van de volgende klassen:

- **Ontstollende medicatie (bloedverdunners):** afhankelijk van de aard van de ingreep laat uw behandeld arts u deze medicatie stoppen. In sommige gevallen is het zelfs aangewezen deze medicatie door te nemen. Bespreek dit met uw behandelend arts of huisarts.
- **Medicatie tegen suikerziekte:** de meeste medicatie (pilletjes) tegen suikerziekte worden best niet doorgenomen. Ook hierop zijn uitzonderingen. Raadpleeg hiervoor uw huisarts of behandelend

endocrinoloog. Indien u insuline neemt wordt meestal vóór de dag van de ingreep een speciaal schema opgesteld dat rekening houdt met het feit dat u nuchter moet zijn.

- **Waterafdrijvende medicatie:** het is aangewezen om de zogenaamde ‘diuretica’ niet te nemen op de dag van de ingreep. U neemt immers al minder vocht in door nuchter te zijn.

Als leidraad voor uw huisarts of uw behandelend geneesheer verwijzen we naar www.anesthesiegent.be. Daar vindt u de meest recente informatie over alle medicatie die kan genomen of moet gestopt worden. In deze brochure is het onmogelijk om alle recent op de markt gekomen medicatie nauwkeurig te vermelden.

3.5 De voorbereiding

Waar moet ik rekening mee houden?

- Nuchter zijn: zie pag 16.
- Juwelen en andere sierraden (piercings) zijn om hygiënische redenen niet toegelaten in een operatiezaal. Laat deze thuis. Indien u ze niet kan verwijderen, meld dit dan op de vragenlijst in het midden van deze brochure.
- Verwijder nagellak. Minstens één vingernagel moeten nagellak- of gelnagelvrij zijn om een goede meting van de zuurstofdoorbloeding met een ‘vingerprobe’ mogelijk te maken.
- Beperk uw bagage tot een minimum. Uw begeleider kan altijd extra benodigheden meebrengen. Onze bergruimtes zijn voorzien op de afmetingen van een klassieke handbagage.
- Verwijder lenzen en laat ze thuis indien mogelijk.
- Een bril kan u aanhouden tot net voor u uw

Bijlage 4

Formulier ter weigering van bloed en/of bloedproducten



**MARIA
MIDDELARES**

Verplicht in te vullen en te handtekenen in geval van weigering

Sommige operaties gaan gepaard met bloedverlies. Sommige patiënten hebben door de aard van hun medisch probleem een laag gehalte aan rode bloedcellen of bloedstollingsfactoren.

Op de dienst Anesthesie dienen wij nooit bloed of bloedproducten (meestal bloedplasma of bloedplaatjes) toe indien wij daar geen duidelijke medische reden voor hebben. Indien wij besluiten tot toedienen van bloed of bloedproducten laten wij ons altijd leiden door de resultaten van een bloedonderzoek.

De risico's van de toediening van bloed of bloedproducten zijn zeer gering.

De bijwerkingen of risico's die ontstaan door het niet toedienen van bloed of bloedproducten bij een te laag gehalte aan rode bloedcellen, bloedplaatjes of stollingsfactoren kunnen variëren van minimaal tot zeer ernstig: duizeligheid, moeheid, een vertraagd herstel na de operatie. In uitzonderlijke omstandigheden kan een te laag gehalte aan rode bloedcellen of stollingsfactoren de dood als rechtstreeks gevolg hebben. Bij sommige operaties is een levensbedreigend en niet verwacht bloedverlies niet te voorspellen.

Sommige patiënten willen vanuit hun geloofsovertuiging geen bloed of bloedproducten van anderen (dono-

Bijlage 3

Geïnformeerde toestemming voor anesthesie en opvolging door de dienst Anesthesie na de ingreep



**MARIA
MIDDELAIRES**

Verplicht in te vullen voor wilsonbekwame patiënten of voor patiënten minder dan 18 jaar

Identiteitsgegevens van de minderjarige of wilsonbekwame patiënt

Voornaam en naam:

Geboortedatum:

Identiteitsgegevens van de vertegenwoordiger van de minderjarige of wilsonbekwame patiënt

Voornaam en naam:

Relatie met het kind: vader/moeder/voogd (omcirkel)

Geplande ingreep

Ik vraag vrijwillig dat een verdooving wordt toegediend voor de geplande operatie of ingreep. De geïnformeerde toestemming voor de geplande ingreep of onderzoek zelf heb ik reeds aan de behandeld geneesheer gegeven.

Ik verwacht dat de dienst Anesthesie de aard van de verdooving aanpast aan de aard van de geplande ingreep of onderzoek en hierbij rekening houdt met de meest recente wetenschappelijke adviezen.

Bijlage 2

Thuismedicatie



**MARIA
MIDDELARES**

Enkel voor patiënten ouder dan 14 jaar

Indien u dit formulier reeds invulde in de onthaalbrochure is dit voldoende. Het is in dat geval niet nodig het formulier hieronder in te vullen.

Vul dit zo volledig mogelijk in. Vraag hulp aan uw huisarts indien nodig.

Voornaam en naam:

Geboortedatum:

Medicatieschema	Dosis	Opmerkingen
Datum:		
1	uur ontbijt uur middagmaal uur avondmaal uur slapen	
2		

Bijlage 1 Vorbereidende vragenlijst



MARIA
MIDDELARES

Enkel voor patiënten ouder dan 14 jaar

Vul dit formulier vooraf in. Vraag eventueel hulp aan een familielid indien bepaalde zaken onduidelijk zijn.

Dit ingevulde document is een groot hulpmiddel om het verdovingsrisico correct in te schatten.

Identiteitsgegevens

Voornaam en naam:

Geboortedatum:

Geplande ingreep

1. Heeft u reeds een onderzoek of operatie onder verdoving ondergaan? ja neen
2. Waren er volgens u toen zaken niet verlopen zoals u verwacht had? ja neen

Zo ja, beschrijf:

.....

.....

.....

2. Zijn er effectief complicaties opgetreden bij een vorige verdoving? ja neen

5. Zijn er effectievere complicaties opgetreden bij een vorige verdooving? ja neen

4. Rookt u? ja neen

Zo ja, hoeveel?

5. Gebruikt u regelmatig alcohol? ja neen

Zo ja, hoeveel?

6. Gebruikt u drugs? ja neen

Zo ja, welke en hoeveel?

7. Bent u overgevoelig aan bepaalde stoffen? ja neen

Zo ja, welke?

8. Bent u overgevoelig of allergisch aan bepaalde medicatie? ja neen

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

9. Bent u overgevoelig of allergisch aan kleefpleisters, ontsmettingstof of latex (omcirkel)?

10. Draagt u gebitsprothesen die niet vast zitten, contactlenzen, hoorapparaat (omcirkel)?

11. Is uw gebit door een tandarts gecontroleerd gedurende de periode van 6 maanden voor deze geplande ingreep? ja neen

12. Enkel voor vrouwelijke patiënten: bent u zwanger of bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? ja neen

3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Denk ook aan: bloedverduuners, geneesmiddelen voor 'suiker', slaappillen, pijnstillers, puffers, medicatie-pleisters, oogdruppels, hormonale preparaten, sputten, zalven, vitamines en/of andere voedingssupplementen, homeopathische middelen ..

Ik weet dat de dienst Anesthesie in samenspraak met de behandelende arts instaat voor de correcte opvolging van de pijnbehandeling in de onmiddellijke periode na de operatie.

De toediening van verdoving houdt bepaalde risico's in, ik ben hiervan op de hoogte gebracht via de brochure 'Meer weten over anesthesie'.

Ik begrijp dat de risico's van de anesthesie mee bepaald worden door de algemene medische toestand of de ernst van de operatie of ingreep. Ik weet dat het niet naleven van de afspraken rond nuchter zijn en thuismedicatie voor de operatie het risico van de verdoving kunnen verhogen, cfr. brochure. De eerste 24 uur na de ingreep mag men geen auto, bromfiet of fiets besturen of gevaarlijke machines bedienen. Men nuttigt geen alcoholische dranken tot 24 uur na de ingreep. Er zal iemand in de onmiddellijke omgeving zijn de eerste 24 uur na de ingreep. Het tekenen van documenten van wettelijke aard en belangrijke beslissingen de eerste 24 uur na de ingreep wordt afgeraden.

Ik weet dat vóórdat er een verdoving wordt toegediend, onduidelijkheden of vragen met de anesthesist kunnen worden besproken.

Ik verklaar hierbij dat ik de informatiebrochure anesthesie tijdig heb ontvangen en er kennis van nam.

Toestemming van de vertegenwoordiger

Gelezen en goedgekeurd (handgeschreven).....

Datum:.....

Handtekening:.....

Toestemming van de wilsbekwame minderjarige

Gelezen en goedgekeurd (handgeschreven).....

Datum:.....

Handtekening:.....

ren) ontvangen. Wij zullen deze wens altijd respecteren indien daarom gevraagd wordt.

Indien u de wens uit om **geen** bloed of bloedproducten te ontvangen in die omstandigheden waar de anesthesist het medisch verantwoordwoord of noodzakelijk vindt, moeten wij u vragen dit **expliciet te vermelden en dit document te ondertekenen** waarmee u de anesthesist ontslaat van zijn medische verantwoordelijkheid op dat vlak. In dat geval zal de anesthesist steeds alle andere middelen die ter beschikking zijn aanwenden om u in de mate van het mogelijke te helpen zonder het toedienen van bloed of bloedproducten.

Ik heb kennis genomen van de risico's die eigen zijn aan het toedienen van bloed of bloedproducten en ben **niet akkoord** dat de anesthesist of behandelend arts mij bloed of bloedproducten toedient indien dit medisch noodzakelijk is. Ik ben mij bewust van het feit dat het niet ontvangen van bloed of bloedproducten in sommige gevallen ernstige gevolgen kan hebben.

Gelezen en goedgekeurd (handgeschreven).....

Datum:.....

Handtekening:.....

verdooving krijgt.

- Een gehoorapparaat kan u ook aanhouden tot net voor u uw verdooving krijgt.
- Meld aan de verpleegkundige van de operatiezaal indien u een gebitsprothese heeft. Meld ook indien u losstaande tanden of reeds beschadigde tanden heeft.
- Stop zo lang mogelijk vóór de ingreep met roken. Rokers hebben meer kans op luchtwegeninfecties dan niet rokers! Rokers hoesten bij het ontwaken meer dan niet-rokers.
- U mag niet autorijden gedurende 24 uur na de operatie. Door het resteffect van de verdooving en door de relatief zware pijnstillers tijdens en na de ingreep, zijn uw reflexen minder precies. Uw verzekeringsinstelling zal u waarschijnlijk ook niet verdedigen in geval u een ongeval of schade aan derden veroorzaakt in de uren volgend aan een ingreep onder verdooving.
- Om praktische redenen vragen wij u om u bij de ziekenhuisopname door

maximum één persoon te laten begeleiden. Na uw ingreep is het uiteraard geen probleem indien meerdere personen of familieleden u bezoeken of ophalen.

3.6 De risico's van anesthesie

De moderne anesthesie is heel veilig. We beschikken altijd over een volledig uitgerust anesthesietoestel en uitgebreide monitoring om uw gezondheidstoestand op te volgen tijdens de verdooving. De medicatie om u te verdoven is zeer sterk geëvolueerd en is altijd uitvoerig getest. Enkel veilige en goedgekeurde anesthesietechnieken en medicatie worden gebruikt.

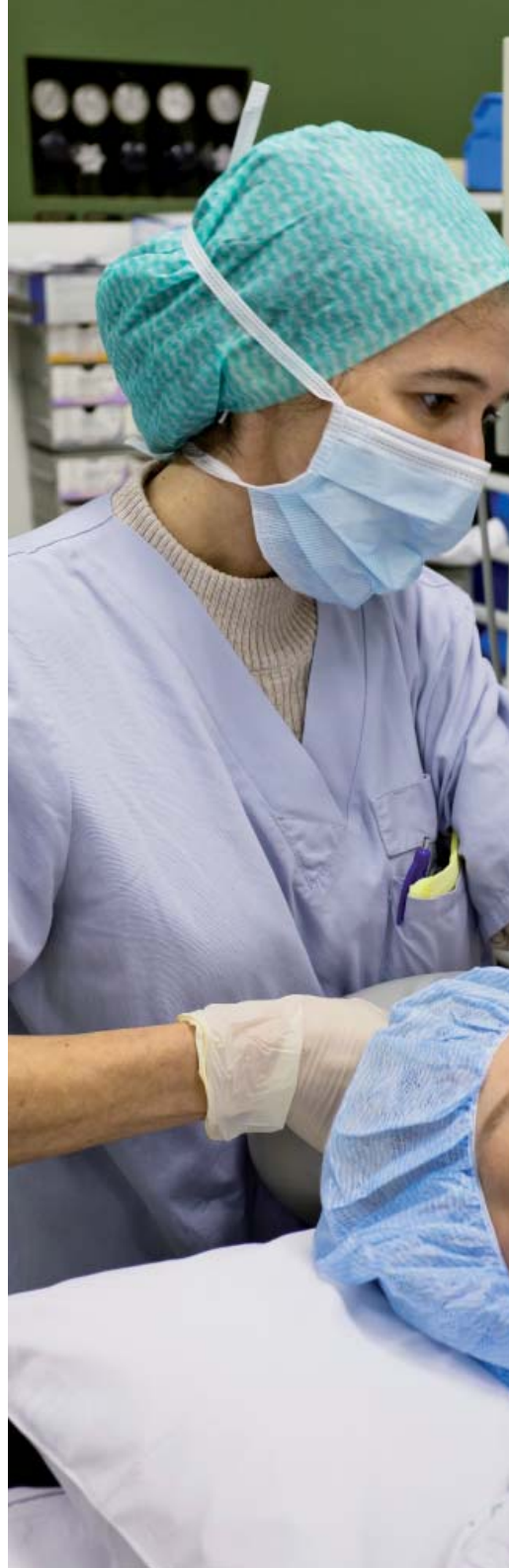
De dienst Anesthesie volgt ook de wetenschappelijke standaarden op en houdt hiermee in de praktijkvoering rekening.

Toch kunnen we het risico van de verdooving niet tot nul herleiden. Hieronder

volgt een opsomming van nevenwerkingen of verwickelingen die kunnen voorkomen.

Heel dikwijls (1/10) tot dikwijls voorkomende (1/100) nevenwerkingen of verwickelingen.

- **Misselijkheid en braken**
Sommige operaties en sommige medicatie kunnen misselijkheid en braken veroorzaken. Meld dit indien u hier gevoelig voor bent. Wij proberen door ons medicatiegebruik zorgvuldig af te wegen, de kans op misselijkheid of braken zo laag mogelijk te houden.
- **Keelpijn**
Bij volledige verdoving plaatsen wij dikwijls een buisje in of tot boven de luchtpijp. Bij vele buikoperaties of bij het vermoeden van problemen met de maaglediging plaatsen wij onder verdoving een buisje, via de neus, door de slokdarm naar de maag (maagsonde). Na





de operatie kan u daardoor keelpijn ervaren. Dit gevoel kan enkele dagen duren en wordt best verholpen met zuigtabletjes.

- **Lagere bloeddruk en duizeligheid**

Vochtverlies tijdens de ingreep, in combinatie met sommige anesthesietechnieken kunnen de oorzaak zijn van een lagere bloeddruk of duizeligheid. Om die reden wordt tijdens de ingreep en op de ontwaakzaal altijd op regelmatige basis uw bloeddruk gecontroleerd. Als die iets lager is dan normaal zullen wij dit meestal aanvaarden zolang u er geen last van hebt. Indien nodig blijft u langer op de ontwaakzaal tot uw bloeddruk terug stabiel is.

- **Rillen**

Onder verdoving is de normale temperatuurcontrole van het lichaam verstoord. Vele patiënten ervaren een koudegevoel en rillingen bij het ontwaken. We proberen dit te vermijden

door u tijdens en na de ingreep zoveel mogelijk op temperatuur te houden door extra dekens of door een toestel dat warme lucht door een deken blaast.

- **Hoofdpijn**

Door stress, nuchter zijn, vochtverlies tijdens de ingreep en door de verdoving kan u een lichte vorm van hoofdpijn ervaren die snel verdwijnt na de ingreep. Door een locoregionale anesthesie waarbij een ruggeprik wordt uitgevoerd (zie pag. 11) kan soms ernstige hoofdpijn optreden. Bij een ‘makkelijk te plaatsen ruggeprik’ is de kans hierop zeer klein. In bepaalde gevallen van hardnekkige hoofdpijn na een ruggeprik stelt de anesthesist een techniek voor om u sneller van de hoofdpijn af te helpen.

- **Spier-, gewrichts-, en rugpijn**

Alle operatietafels zijn voorzien van speciale zachte kussens. Toch kan u na de operatie soms

spier-, gewrichts-, en rugpijn ervaren. Deze is meestal het gevolg van de onnatuurlijke houding tijdens de ingreep. Door de verdoving zijn de meeste spieren sterk ontspannen en wordt er meer kracht op de gewrichtsbanden uitgeoefend dan normaal. Dit kan resulteren in pijn die meestal snel na de operatie spontaan verdwijnt.

- **Blaauwe plekken of pijn op de plek waar een infuus werd geplaatst**

Een infuus plaatsen houdt in dat men een fijn buisje (katheter) in een ader opschuift. Daarvoor prikt de anesthesist een bloedvat aan. Soms veroorzaakt dit een kleine bloeditstorting met een blauwe plek als gevolg. Deze verdwijnt meestal snel zonder dat een behandeling hiervoor nodig is. Verwittig een verpleegkundige (of uw huisarts indien u al thuis bent) als u blijvend pijn ervaart op of boven de insteekplaats van het

inфуus en als dit ook gepaard gaat met roodheid van deze streek.

- **Verwardheid of geheugenverlies**

Bij ouderen is er een grotere kans op verwardheid of geheugenverlies na een operatie. Dit is meestal tijdelijk, maar kan soms meerdere dagen tot zelfs weken duren.

- **Onvoldoende werken van een locoregionale verdoving (zie pag. 10)**

In tegenstelling tot een algemene verdoving zijn we bij een locoregionale verdoving nooit 100 % zeker dat de werking voldoende zal zijn om de operatie pijnvrij te laten verlopen. Indien we twijfelen aan het effect van de locoregionale verdoving of indien u pijn zou ervaren, schakelen we over op een algemene verdoving. Daarom nemen we alle voorbereidingen die we normaal voorzien voor een algemene verdoving (nuchter zijn, aanbrengen



inфуus, aanschakelen meettoestellen, ...) ook steeds bij een locoregionale verdoving.

Nevenwerkingen of verwickelingen die heel weinig voorkomen (minder dan 1/1000)

- **Longinfecties**
Longinfecties komen meer voor bij rokers of bij mensen die reeds een verkoudheid hadden voor de ingreep.
- **Moeilijkheden bij plassen**
Vooral na een ruggeprik kunnen patiënten (vooral mannen) plasproblemen ervaren. Na de operatie letten de verpleegkundigen extra hiervoor op. Meld dit zeker indien u dit zelf opmerkt. Door even te wachten of indien nodig, door éénmalig de blaas te ledigen door middel van een sonde, is dit probleem meestal opgelost. Bij sommige operaties voorzien we preventief een blaassonde

omdat we plasproblemen verwachten.

- **Beschadiging van tanden, lippen of tong**
U kan uw tanden, lippen of tong beschadigen door krachtig de kaken op elkaar te knijpen tijdens de ontwaakfase. Meestal bent u op dat moment nog onvoldoende bewust om pijn te ervaren en is de schade moeilijk te voorkomen. Door het inbrengen van een buisje



in de luchtpijp bestaat de kans dat de anesthesist uw tanden beschadigt. Meestal komt dit probleem niet voor bij gezonde tanden. Soms weet een patiënt zelf niet dat zijn tanden broos zijn of niet stevig vast staan. Indien de mondopening relatief klein is, is de kans op tandbeschadiging bij het inbrengen van het buisje groter.



- **Wakker worden tijdens de operatie**
De kans dat u wakker wordt tijdens de operatie is uiterst klein. Deze kans hangt zeer sterk af van uw algemene toestand. De ervaring van wakker worden tijdens de ingreep verwarren sommige patiënten met de ervaring tijdens de ontwaakfase waarbij men nog niet goed beseft dat de operatie of ingreep reeds voorbij is. Op de ontwaakzaal hoort de patiënt immers allerlei geluiden, of doet hij indrukken op, die hij niet goed kan plaatsen omdat hij nog niet voldoende wakker is. Met de moderne anesthesieapparatuur en meetinstrumenten is wakker worden tijdens een operatie bijna onmogelijk. Indien dit toch gebeurt of indien u achteraf die indruk hebt, mag u dit zeker melden aan de verpleegkundige of de anesthesist.
- **Last aan de ogen**
Tijdens een verdoving is de normale knipperreflex

van de oogleden uitgeschakeld. Om de ogen voldoende te bevochtigen, doen we meestal speciale oogdruppels of zalf in de ogen en worden ze door een kleefpleister dichtgehouden tijdens de ingreep. Toch kan irritatie van de ogen optreden na een langdurige ingreep.

- **Ernstige overgevoeligheid of een ernstige allergische reactie op medicatie**

Wij vragen steeds op voorhand of u gekende allergieën heeft. Veel verdovingsmedicatie heeft u nooit eerder gekregen. Daarom is een allergische reactie nooit uit te sluiten. Uiteraard zijn we zeer goed voorbereid om zelfs heel ernstige allergische reacties op te vangen. Alle apparatuur en aangepaste medicatie is daarvoor altijd voorhanden in de operatieomgeving.

Nevenwerkingen of verwikkelingen die uiterst zeldzaam voorkomen (minder dan 1/100 000)

- **Kracht- of gevoelsverlies van bepaalde ledematen of lichaamsstreken**

Dat kan veroorzaakt worden door een zenuwbeschadiging met een naald of een bloeditstorting bij de locoregionale anesthesie, of door druk op een zenuw tijdens een operatie. De meeste zenuwbeschadigingen zijn tijdelijk en genezen, weliswaar traag, vanzelf.

- **Overlijden**

Een overlijden ten gevolge van anesthesie is zeer zeldzaam en wordt bijna altijd veroorzaakt door een samenloop van meerdere verwikkelingen die tegelijkertijd voorkomen.

4 Na de operatie



4.1 De ontwaakfase

Bij een algemene verdoving stoppen we net voor of na het einde van de operatie of ingreep met de toediening van de verdovende medicatie. Geleidelijk aan geraakt deze medicatie uitgewerkt en ontwaakt u. U zal dit meestal pas bewust ervaren op het moment dat u al in een bed in de ontwaakzaal ligt. Deze situatie kan voor u verwarrend overkomen. Weet dat er op dat moment altijd een verpleegkundige in uw buurt is. U bent op dat moment ook nog verbonden met de monitor zodat op regelmatige tijdstippen uw bloeddruk en andere parameters worden gemeten.

Voor uw veiligheid zijn de zijhekkens aan uw bed steeds opgetrokken.

Bij een locoregionale verdoving (zie pag. 10) is het volkomen normaal dat de verdoofde zone nog een tijd lang verdoofd blijft. In vele gevallen zal ook de beweeglijkheid van deze zone of het lidmaat sterk

verminderd zijn. Geleidelijk aan geraakt ook dit type verdoving uitgewerkt en komt de beweeglijkheid terug.

4.2 De pijnbestrijding

Tijdens de ingreep dient de anesthesist al pijnstillende medicatie toe om u zo pijnvrij mogelijk te laten ontwaken.

De verpleegkundigen vragen u op regelmatige tijdstippen of u pijn hebt. Een veelgebruikte methode (goedgekeurd door de Wereld GezondheidsOrganatie, WHO) is om een pijnscore te geven van 0 tot 10. Een 0 betekent dat u geen enkele pijn ervaart. Indien u 10 op 10 aangeeft, wordt dit geïnterpreteerd als onuitstaanbare pijn. Elk cijfer van 0 tot 10 wordt door de verpleegkundigen geëvalueerd en genoteerd. Hieraan geven we gevolg met de gepaste middelen zodat u zo snel mogelijk binnen de aanvaardbare scores van pijnstilling komt.

Bij kinderen of volwassenen die moeilijk hun pijn kunnen

verwoorden, gebruiken we aangepaste meetschalen. Bij sommige, meestal zwaardere ingrepen, plaatsen wij tijdens of onmiddellijk na de ingreep een pijnpomp. Met deze pomp kunnen wij, ofwel via een katheter in de rug (zie pag. 11) (een epidurale pijnpomp) of via de toegangsweg van het infuus (de intraveneuze pijnpomp) aangepaste pijnstilling geven. De anesthesist geeft u steeds voor de operatie uitleg indien hij een pijnpomp een meerwaarde vindt.

4.3 Naar uw kamer

U verlaat de ontwaakzaal als aan alle voorwaarden is voldaan. Afhankelijk van de aard van de ingreep zijn die voorwaarden verschillend. Het is vanzelfsprekend dat u na een vlot verlopen kijkoperatie van de knie veel sneller de ontwaakzaal verlaat dan na bv. een buikoperatie. Bij deze laatste zullen wij bv. langer opvolgen of er geen nabloeding is, zal u al geplast moeten hebben en zal het langer duren vooraleer u

zich zelf comfortabel genoeg voelt om naar de kamer te gaan. U gaat nooit naar de kamer indien u nog te veel pijn ervaart.

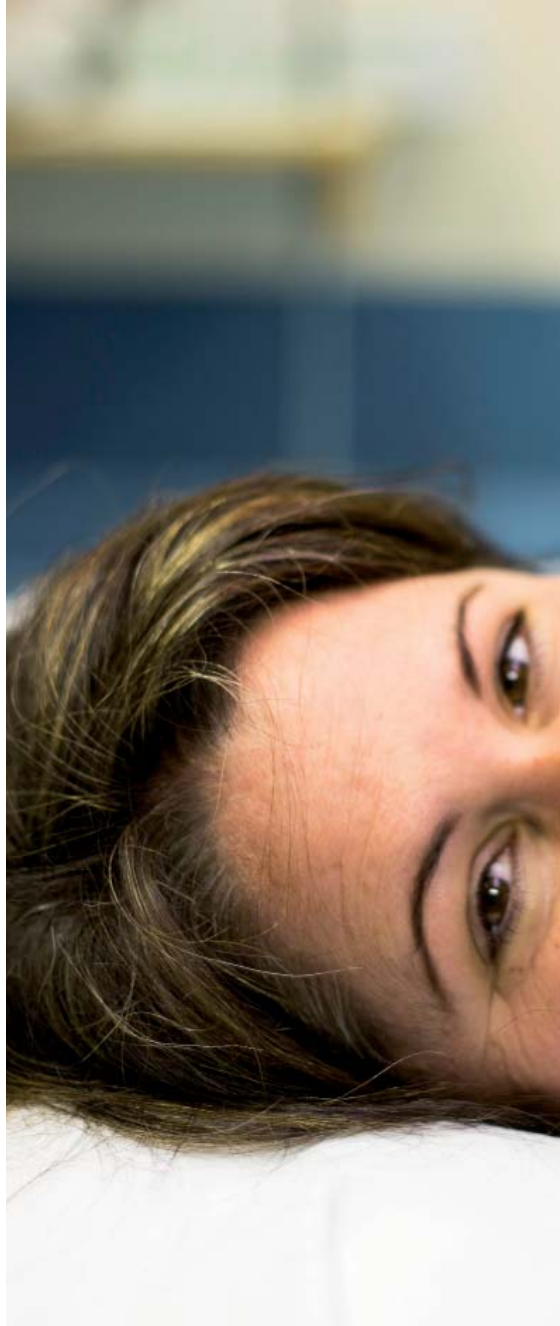
Op de afdeling zelf wordt u regelmatig gecontroleerd en bevraagd of de pijnstilling voldoende is. Indien de verpleegkundige of de behandelend arts vindt dat het verloop na de operatie anders is dan verwacht, kan er altijd een anesthesist gecontacteerd worden. Er is immers 24 op 24 uur een anesthesist in het ziekenhuis aanwezig.

5 Anesthesie bij een bevalling of keizersnede

Soms worden de weeën als heel pijnlijk ervaren. Een ruggenprik of 'epidurale verdoving' kan hierbij een zeer welgekomen verlichting van de pijn bieden. Meer algemene uitleg over de epidurale vindt u eerder in deze brochure op pag. 11.

De medicatie die we toedienen bij een ruggenprik en de techniek zijn nooit schadelijk voor uw kindje. Uzelf zal bij het plaatsen van de ruggenprik weinig last ervaren. Gemiddeld krijgen in België 75 % van de bevallende moeders een ruggenprik.

Soms beslist uw gynaecoloog, in overleg met u, om een keizersnede uit te voeren. Ook dan zal de verdoving bijna altijd via een ruggenprik verlopen. Door aanpassing van de techniek (in feite plaatsen we via dezelfde ruggenprik een 'spinale' i.p.v. een epidurale verdoving) zal de verdoving krachtiger zijn en sneller inwerken zodat de



keizersnede zonder pijn kan verlopen.
We proberen steeds een



algemene verdoving te vermijden omdat de producten die via de aders worden toegediend ook een (ongewenst) effect kunnen hebben op het ongeboren kindje. Indien dit toch nodig is (in het geval van een zeer dringende keizersnede waar geen tijd meer is voor een ruggenprik) zullen we door de verdovingswijze het nadelig effect op de baby tot een minimum proberen te beperken.

De medicatie die door de anesthesist werd toegediend tijdens de ruggenprik is veilig voor de baby. U kunt na de bevalling onmiddellijk starten met borstvoeding. Indien u een algemene verdoving had of zware pijnstillende medicatie kreeg, kan u gevraagd worden om de borstvoeding de eerste 24 uur af te kolven. Nadien kunt u starten met borstvoeding. De gynaecologen, kinderartsen en de vroedvrouwen helpen u hierbij graag.

6 Anesthesie bij kinderen

Kinderen (tot en met 14 jaar) kunnen in ons ziekenhuis tot in de operatiezaal begeleid worden door een ouder of voogd. Eens uw kind onder verdoving is gebracht, wordt u begeleid tot buiten het operatiekwartier. Omwille van steriliteit en privacy voor andere patiënten kunt u niet in het operatiekwartier aanwezig blijven.

Tot ongeveer de leeftijd van 10 jaar gebruiken we meestal maskerverdoving (zie pag. 10). Bij oudere kinderen die meestal het lichaamsgewicht van een volwassene benaderen, verkiezen wij om veiligheidsredenen de gewone techniek van verdoven via de aders (zie pag. 10).

Voor kleine kinderen maakten we een leuk boekje 'Naar het ziekenhuis'. Vraag ernaar bij uw specialist of aan de onthaalbalie. In dat boekje wordt op een speelse wijze uitleg gegeven over verdoving.

Na de operatie gaat uw kind naar de ontwaakruimte. Daar is een aparte ruimte, speciaal voorbehouden voor kindjes na de operatie. Van zodra uw kind veilig en pijnvrij op de ontwaakzaal is, kan één ouder of voogd bij het kind komen.

Nadien begeleidt de verpleegkundige het kind, samen met de ouder of voogd naar de afdeling.

Naar het zie

**Tekst: Yann Vandormael
en Liesbet Slegers**

Illustraties: Liesbet Slegers



7 De kostprijs van de anesthesie

De tarieven van de anesthesie en de terugbetaling ervan worden geregeld via een overeenkomst met het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering).

Meer informatie over ereloonsupplementen vindt u terug in de onthaalbrochure. De meeste hospitalisatieverzekeringen vergoeden de ereloonsupplementen.

Sommige medicatie wordt evenwel niet terugbetaald en wordt aangerekend.

In uitzonderlijke gevallen (bv. esthetische heelkunde) bestaat geen nomenclatuur en dus ook geen RIZIV-regeling voor de erelonen van de anesthesist. Voor die gevallen is er een afspraak met de plastische chirurgen over vaste erelonen per ingreep. Hiervan wordt u vooraf op de hoogte gebracht.

ekenhuis



8 De geïnformeerde toestemming of 'Informed Consent'

Uw behandelende arts besprak met u een ingreep of onderzoek waarvoor een aangepaste verdoving noodzakelijk is. Wij vinden het belangrijk om van elke patiënt de (vrijwillige) toestemming te krijgen om deze verdoving uit te voeren zodat de behandelende arts de ingreep of het onderzoek dat nodig is zo optimaal mogelijk kan uitvoeren. Dit hoeft niet noodzakelijk in schriftelijke vorm te gebeuren.

Bij kinderen (tot en met 18 jaar) of bij wilsonbekwamen zijn we wel wettelijk verplicht om van de ouders (liefst beiden) of de voogd een ondertekende geïnformeerde toestemming te verkrijgen en te bewaren in het medisch dossier.

Vul daarom bijlage 3 in het midden van deze brochure boven- en onderaan in.

9 Toediening van bloed en bloedproducten

Afhankelijk van uw algemene toestand en de aard van de ingreep kan het nodig zijn om bloed of bloedproducten toe te dienen. De anesthesist zal altijd zorgvuldig de noodzaak hiervan afwegen vooraleer tot toediening over te gaan.

Indien de anesthesist vermoedt dat het geven van bloed of bloedproducten noodzakelijk zal zijn, licht hij u hierover in. In de onthaalbrochure vindt u hierover ook informatie.

Lees hiervoor het formulier in het midden van deze brochure en vul dit zeker in indien u niet akkoord gaat met de toediening van bloed of bloedproducten.

April 2015 - nr. FB 365

AZ Maria Middelaes vzw en zijn artsen hebben deze informatiefolder met de grootste zorg opgemaakt. De inhoud ervan is echter algemeen en indicatief. De folder omvat niet alle medische aspecten. Hij vervangt geenszins het artsconsult. Mocht deze folder vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden bevatten, dan zijn AZ Maria Middelaes, zijn personeel en zijn artsen hiervoor niet aansprakelijk.



**MARIA
MIDDELAES**



Tel. 09 246 46 46 | www.mariamiddelares.be | info@azmmsj.be
Buitenring Sint-Denijs 30 | 9000 Gent