



## VISITATIERAPPORT

Naam ziekenhuis: Stichting Bijzondere Tandheelkunde  
Locatie ziekenhuis: Amsterdam  
Datum visitatie: 28 februari 2014

Visiteurs: Voorzitter: C.Th.J.M. Doreleijers  
Rapporteur: Dr. J. Hofland

Soort visitatie: regulier  
Datum vorige visitatie(s): 03-12-2002; 06-06-2006

### 1. ALGEMEEN

#### Gesprekken gevoerd met:

Anesthesiologen: J. Plat, A.J. Pijl  
Directie/management ziekenhuis: mw. D.L.M. Broers (tandarts, directeur Zorg en opleidingen, lid RvB)

Delegatie stafbestuur: -  
Medisch specialisten: mw. G. Schipper, tandarts  
OK-management: -  
Anesthesie-/verkoeverkamermedewerkers: H. Geerlings  
IC-management (hoofd verpleegkundige): -  
Medewerkers pijnbestrijding: -  
Overigen: mw. K. Jongerling, tandartsassistent

#### Opmerkingen ten aanzien van de visitatie:

- Voorbereiding: goed  
- Organisatie en visitatieverloop: goed

### 2. GEGEVENS ZIEKENHUIS

Stichting Bijzondere Tandheelkunde Amsterdam (SBT) is ingehuisd bij de tandheelkundige faculteit van Amsterdam (ACTA). De organisatie bestaat uit 3 onderdelen: 1) Angstbegeleiding en gehandicaptenzorg, 2) Temporo mandibulaire dysfunctie en 3) Maxillo-faciale prothetiek en moeilijke prothesen. De adherentie wordt tenminste gevormd door de "Groot Amsterdamse" regio. De tweehoofdige Raad van Bestuur (een tandarts en een financieel directeur) leggen verantwoording af aan de Raad van Toezicht (RvT). Bij grotere investeringen (bijvoorbeeld aanschaf van een anesthesiemachine) wordt door directie (RvB) vooraf met RvT overleg gevoerd voor toestemming.

Iedere afdeling heeft een tandarts als hoofd, die de vakinhoudelijke verantwoordelijkheid voor zijn afdeling draagt. Behalve tandartsen (ongeveer 35) en hun assistenten, zijn anesthesiologen, anesthesieverpleegkundigen, psychologen, orthopedagoog, fysiotherapeuten, tandtechnici, mondhygiënisten en preventie-assistenten bij of voor de SBT werkzaam. Als het voor een goed verloop van de behandeling nodig is, kunnen ook andere deskundigen worden ingeschakeld, zoals een kaakchirurg, KNO-arts, orthodontist, implantoloog, parodontoloog of internist.

Bij behandelingen onder algehele anesthesie is uitsluitend een vast team van anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, tandartsen en tandartsassistenten betrokken.

De SBT werkt samen met de kaakchirurgen van de meeste ziekenhuizen in Amsterdam en met de faculteit tandheelkunde ACTA. De anesthesiologie is met name ingeschakeld op het gebied van de gehandicapten zorg en (in mindere mate) de angstbegeleiding zorg.

Er wordt formeel samengewerkt met het Slotervaart Ziekenhuis (volwassenen) en het naastliggende VUMC (kinderen).

### **3. GEGEVENS VAKGROEP**

Aantal anesthesiologen:	7
Formatie in fte (totaal):	1,0
Samenwerkingsverband:	vakgroep
Bijzonderheden:	alleen tandheelkundige afdeling

Gegevens anesthesiologen: zie bijlage.

### **4. ZIEKENHUISINRICHTING (KENGETALLEN)**

#### **4.1 OK-complex**

De behandelafdeling bestaat uit twee behandelplaatsen (tandartsstoelen) welke zijn afgescheiden door een wand met een ruime doorgang. Op jaarbasis worden ongeveer 700 patiënten behandeld onder algehele anesthesie.

In het algemeen wordt gewerkt met een vaste samenstelling van de teams (tandarts, tandartsassistenten, anesthesioloog, anesthesiemedewerker). Dit maakt de teamperformance hoogst effectief.

#### **4.2 Anesthesiemedewerkers**

Er zijn vijf anesthesiemedewerkers verbonden aan het centrum, allen met een NZF diploma. Zij worden aangestuurd door de anesthesiologen en de directie. Onderling hebben de anesthesiemedewerkers de taken verdeeld. Apparatuur, bestellen van medicamenten, controle van medicamenten en dergelijke.

#### **4.3 Verkoeverkamermedewerkers**

Er wordt door de anesthesiemedewerkers verkoeverd in de behandelstoel, zolang als nodig. De OK programmering houdt hier rekening mee. Desgewenst kan een patiënt daarna nog onder begeleiding van de familie en onder toezicht van een tandartsassistente verblijven in een nazorg ruimte, in afwachting van transport naar huis.

### **5. PRAKTIJKVOERING VAKGROEP**

Op twee tot drie dagen per week worden behandelingen uitgevoerd onder algehele anesthesie bij ASA 1 en 2 patiënten, waarbij geen anesthesiologische complicaties te verwachten zijn. Men beschikt over een uitgebreide lijst van exclusie criteria.

Op één dag in de week (dinsdag) zijn twee anesthesiologen gelijktijdig werkzaam en doen elk op één kamer kinderen van 3 tot 6 jaar. De ondergrens van 3 jaar wordt strikt gehanteerd. Als ondergrens in lichaamsgewicht wordt 10 kg gehanteerd. Sessies worden beperkt tot een behandelingsduur van maximaal 2,5 uur waarna nog circa een half uur recovery kan plaatsvinden, zodat alle behandelingen binnen 3 uur beëindigd kunnen zijn. Met verkoeveren (in de tandartsstoel) is in de programmering rekening gehouden. Indien patiënt daarna nog niet geheel klaar is voor ontslag, kan gebruik worden gemaakt van een nazorg ruimte, onder toezicht van een tandartsassistente.

Ontslag vindt plaats aan de hand van criteria welke worden vastgelegd in het dossier. De anesthesioloog beoordeelt iedere patiënt voor ontslag. Pas na zijn/haar fiat gaat de patiënt naar huis. De eerste 24 uur is de betrokken anesthesioloog bereikbaar voor eventuele anesthesiologische problematiek.

Afwisselend wordt er op donderdag en vrijdag anesthesie gegeven aan volwassen patiënten.

De anesthesiologen zijn bereikbaar via GSM als ze met spoed naar de OK zouden moeten terugkomen. In de praktijk zijn de anesthesiologen echter altijd op roepafstand van de patiënt.

Er wordt geen gebruik gemaakt van waarnemers, wel zijn er regelingen getroffen voor waarneming bij (toekomstige) afwezigheid van de anesthesiologen; deze regelingen zijn schriftelijk vastgelegd.

Aan een beleidsplan wordt gewerkt.

**Niet patiëntgebonden werkzaamheden:**

Aandeel vakgroep in commissies	
binnen het ziekenhuis:	normaal
buiten het ziekenhuis:	normaal
Aandeel vakgroep in stafbestuur:	n.v.t.
Aandeel vakgroep in onderwijs:	
binnen het ziekenhuis:	normaal
buiten het ziekenhuis:	geen
Bestuurlijke functies in wetenschappelijke vereniging:	normaal
Bestuurlijke functies buiten ziekenhuis in de gezondheidszorg:	normaal
Wetenschappelijk actief:	n.v.t.
Voordrachten/publicaties afgelopen 5 jaar:	geen
Andere activiteiten, nl.:	ja, in de andere ziekenhuizen waar de anesthesiologen actief zijn (Slotervaart, VUMC, Alexander Monrokiniek).

*Opmerkingen t.a.v. niet patiëntgebonden werkzaamheden:*

Geen.

**Overlegstructuren:**

Zie opmerkingen preoperatieve zorg. Laagdrempelig vindt overleg plaats met directie, tandartsen en anesthesiemedewerkers. Eén maal per jaar is een groot overleg (tandartsen, tandartsassistenten, anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, directie). Twee maal per jaar is een klein overleg (eerste deel met directie, verder anesthesiologen en anesthesiemedewerkers). De overleggen worden genotuleerd. Bij het halfjaarlijks overleg worden ook de complicaties besproken en eventuele verbeteracties vastgesteld.

**6. PRAKTIJKVOERING PATIËNTENZORG****6.1 Preoperatieve zorg****Beoordelingsspreekuur**

Conform verenigingsstandpunt NVA (en WGBO): ja

*Omschrijving preoperatieve zorg:*

Screening vindt plaats bij alle patiënten, op zes dagdelen per week en ongeveer twee weken voor de ingreep. Dit wordt gedaan door de anesthesiologen tesamen met een tandartsassistente. Hierbij neemt de anesthesioloog het volledige anesthesiologische onderdeel voor zijn/haar rekening. De verslaglegging vindt plaats op papier. Dit document wordt vervolgens ingescand en is daarmee beschikbaar bij de behandeling en bij eventuele toekomstige sessies.

Aanvragen van eventueel aanvullend onderzoek of het opvragen van de uitslagen daarvan, worden gedaan door de tandartsassistenten.

Zoals al aangegeven wordt gewerkt met een lijst van exclusie criteria. Per situatie dient te worden beoordeeld of de contra-indicatie voor behandeling in het centrum absoluut of relatief is en of de behandeling met extra zekerheden omkleed toch verantwoord uitgevoerd kan worden.

De screening kent ook een zeer hoog voorlichtingsgehalte. Anesthesioloog en tandartsassistente vullen elkaar hierin zoveel mogelijk aan.

*Opmerkingen preoperatieve zorg:*

Op dinsdag, wanneer 2 anesthesiologen aanwezig zijn, vindt overleg plaats over complexe patiënten. Op overige dagen kan dit desgewenst laagdrempelig plaatsvinden per telefoon of e-mail.

## 6.2 Peroperatieve zorg

Het maximaal 2-tafelsysteem wordt gehanteerd en bij kinderen tussen 3 en 6 jaar strikt het 1-tafelsysteem. Er wordt op uniforme wijze gewerkt. Een nieuw teamlid neemt de werkwijze in het algemeen gemakkelijk over.

De inleiding geschiedt iv. dan wel met de kap (kinderen). Men beschikt over een gas-evacuatiesysteem en desgewenst kan gebruik gemaakt worden van een dubbelmaskersysteem. Vervolgens wordt na toedienen van Rocuronium nasaal geïntubeerd. Propofol en Remifentanil zijn de basis van onderhoud van de anesthesie.

In geval van calamiteiten kan per ambulance transport naar elders plaatsvinden.

### Kinderanesthesie

Uitvoering volgens NVA-standpunt: ja

*Opmerkingen kinderanesthesie:*

Een ondergrens van 3 jaar wordt aangehouden, alsmede minimaal 10 kg lichaamsgewicht en een maximum tijdsduur van 3 uur (conform standpunt kleine locatie).

## 6.3 Postoperatieve zorg

### Verkoeverkamer

Men verkovert zolang als nodig, eventueel buiten kantoor tijden. Er wordt gewerkt met ontslagcriteria, die worden ook genoteerd. Verkoeveren vindt plaats in de tandartsstoel. Men geeft aan dat géén druk bestaat op de verkovertijd ten behoeve van de voortgang van het programma.

Zo nodig kan de 'verkoeverfase' nog verlengd worden met verblijf in een andere ruimte onder het toezicht van een tandartsassistente. Voor ontslag komt de anesthesioloog langs en geeft zijn fiat voor het ontslag.

### Pijnbestrijding

Lokaal infiltratie door de tandarts en Paracetamol.

### Complicaties

Patiënten worden de dag na behandeling gebeld door de tandartsassistente.

De betrokken anesthesioloog is de eerste 24 uur bereikbaar voor anesthesiologische problemen met de patiënt. Mocht bij nabellen blijken dat er problemen zijn, dan worden die besproken met de tandarts en zo nodig met de anesthesioloog.

Complicaties worden op papier geregistreerd volgens de NVA methodiek. Tevens wordt dan aangegeven of het een complicatie betreft die besproken dient te worden bij het halfjaarlijks overleg. Het complicatieformulier wordt ook gescand.

Beleidswijzigingen naar aanleiding van de complicatiebespreking en VIM meldingen worden in de notulen van de halfjaarlijkse besprekingen opgenomen, zodat iedereen hiervan op de hoogte kan zijn.

### Spoedeisende hulp en reanimatie

De anesthesiologen zijn betrokken bij eventuele reanimaties. Alle medewerkers zijn BLS geschoold en de tandartsen op verzoek van de anesthesiologen ILS.

Er is een AED en spoedmedicatie aanwezig in de behandelruimte. Tevens zijn diverse protocollen op de kamers direct voor handen. De 'spoedkoffer' wordt door een internist gecontroleerd/ samengesteld.

Dantroleen is op voorraad in de behandelruimte.

### Apparatuur/technische ondersteuning

Er wordt gewerkt met een Dräger Fabius Tiro, welk door Dräger wordt onderhouden. Bij problemen is dit altijd binnen een week opgelost. Een TOF/NMT meter is recent aangeschaft. Men beschikt over een videolaryngoscoop en een tracheotomie set.

Er is geen PDMS/EPD.

## **7. AANVULLENDE INFORMATIE**

De onderlinge communicatie is goed, maar vraagt vanzelfsprekend de nodige alertheid doordat weinig rechtstreeks contact is ten gevolge van de verspreide werktijden. Het blijkt dat de recente aanstelling van een gedreven vakgroep voorzitter mede ervoor heeft gezorgd dat de zaken goed voor elkaar zijn en goed lopen.

Patiënt-tevredenheidonderzoek wordt wel uitgevoerd, maar vooralsnog worden hier geen anesthesie gerelateerde zaken aan de orde gesteld.

Men geeft aan dat de alertheid van de anesthesiologen / de anesthesiemedewerkers ten aanzien van de stralingshygiëne nog licht kan verbeteren in het belang van henzelf.

Er zijn brand- / ontruimingsoefeningen gedaan, maar tot nog toe uitsluitend bij patiënten zonder algehele anesthesie.

## **8. VORIGE VISITATIE**

De volgende aanbevelingen werden geformuleerd:

1. Richt een centrale verkoeverkamer in met goed opgeleid personeel conform de richtlijn van de vereniging.
2. Werk zoveel mogelijk samen in fysiek aangrenzende ruimtes en voorkom dat een anesthesioloog solo werkzaam is.
3. Zorg voor een (uniform) oproepsysteem, zodat het voor alle geledingen duidelijk is hoe de bereikbaarheid geregeld is.
4. Wees terughoudend in de patiëntselectie en, gezien de beperkte faciliteiten die het ACTA-gebouw biedt. Maak tevens duidelijk wat de maximaal toelaatbare operatieduur mag zijn.
5. Zorg voor een adequate complicatieregistratie en werk mee aan de implementatie van een FOBO-commissie.
6. Een aantal essentiële protocollen ontbreekt, in het bijzonder positionering en algoritme moeilijke luchtweg.

En het volgende zwaarwegende advies werd gegeven:

Het verkoeverkamerpersoneel dient op voldoende niveau te zijn conform het verenigingsstandpunt.

Gevraagd werd te rapporteren over de zwaarwegende adviezen (rapportage niet ontvangen). In 2011 werd SBT herinnerd aan een volgende visitatie, waarop geen reactie kwam. In 2013 deed S zelf opnieuw een aanvraag.

## **9. CONCLUSIES EN OORDELEN**

Gedegen, goed en prettig in de omgang functionerend team, met waarborg voor goede kwaliteit voor de patiëntenzorg.

Ondanks dat men weinig tegelijkertijd op de werkvloer aanwezig is, verloopt de onderlinge communicatie in het team goed en kan veilig worden gewerkt op een uniforme wijze.

Een EPD / PDMS lijkt / is in financieel opzicht een grote stap, waar vanuit het perspectief van accurate verslaglegging en evaluatie van data toch over moet worden nagedacht.

Komen tot / afronden van een beleidsplan is een waardevolle toevoeging aan de praktijkvoering. Onder meer de opvang van mogelijke toekomstige groei in het aantal patiënten en ook de positionering van een eventuele rol van sedatie praktijkspecialisten bij sedaties die nu nog door de tandartsen worden uitgevoerd, zijn onderwerpen die op deze wijze vroegtijdig aan de orde gesteld kunnen worden.

Het opnemen van anesthesie gerelateerde vragen in het patiënttevredenheidsonderzoek kan de input van buitenaf nog wat vergroten.

De inconsistentie in het beleid van de POS (goed- of afkeuren) heeft incidenteel wat problemen opgeleverd, maar lijkt binnen de normale (en onvermijdelijke) bandbreedte te liggen. De gehanteerde exclusie criteria getuigen van bewustzijn van de omstandigheden die deze anesthesiepraktijk toch meer kwetsbaar maakt dan die in een ziekenhuis, en doen recht aan de patiëntencategorie die hier wordt behandeld.

## **10. AANBEVELINGEN**

- Stel een anesthesiologisch beleidsplan op c.q. rond het beleidsplan wat wordt opgesteld af.
  - Schenk aandacht aan onder meer de consequenties van de toename van het patiëntenaanbod;
  - En aan een eventuele rol van sedatie praktijkspecialisten in relatie tot de setting van SBT.
- Implementeer anesthesiologie in patiënttevredenheidsonderzoek.
- Overweeg invoering van een PDMS (EPD).

## **11. VOLGENDE VISITATIE**

Over 5 jaar.

Utrecht, 8 april 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. Hofland', written on a light-colored background.

Dr. J. Hofland  
Rapporteur visitatiecommissie ad hoc

NAAM	LFT	SINDS	FTE	EXT	OPLEIDINGSPLAATS	AANDACHTSGEBIED								ONTW		NEVENACTIVITEITEN							
						Kinderen	Neuro	Intensive Care	Cardio	Obstetrie	Pijn geneeskunde	Urgentie	Pijnspecialist	Intensivist	Geregeistreerd	Onderwijs	Wetenschap	Interne cïe's	Externe cïe's	Stafbestuur	Bestuursfuncties	Commissies en besturen	
J.A. Dertinger	45	2012	0,05	0,8	VUmc	S										X	X		X				Voorzitter kinderanesthesiologie Vumc, lid commissie kinderchirurgie Vumc, lid Simulatoronderwijs VUmc
s k kamminga	38	2013	0,1	0,8	VUMC Amsterdam				S							X	X	X					
J Plat	59	2012	0,1	0,7	LUMC	X										X			X				Horace Wells
A.J. Pijl	53	2012	0,05	0,8	AMC, Amsterdam					X		X				X	X						Opleider in het Slotervaartziekenhuis
D.A. Kubbe	50	2011	0,6	0,8	LUMC		X			X						X	X		X				Infectiecommissie, Transfusiecommissie