



U WORDT GEOPEREERD

WAT MOET U WETEN?

Inhoud

1. Na besluit tot operatie	4
2. Uw toestemming	5
3. De preoperatieve vragenlijst	5
4. Hoe bereidt u zich voor op uw operatie?	5
5. Informatie over uw verdoving of anesthesie.....	9
6. Risico's van anesthesie	13
7. Nevenwerking en verwickelingen	14
8. Het operatieteam.....	22
9. Wat gebeurt er na de operatie?	23
10. Postoperatieve pijn.....	25
11. Kostprijs.....	27
12. Ontslag uit het ziekenhuis	27

Beste mevrouw, meneer,

In deze brochure leest u erg belangrijke informatie als voorbereiding op uw operatie. Lees deze bundel aandachtig door.

Heeft u nog bijkomende vragen, dan kan u steeds contact nemen met uw huisarts, uw behandelende arts of de dienst anesthesie in het ziekenhuis.

Wordt u de dag voor uw opname opgenomen, en vindt u het belangrijk om voor de operatie de anesthesist te spreken? Dat is mogelijk als u voor 16 uur in het ziekenhuis aanwezig bent.

FORMULIEREN

In deze map vindt u een aantal formulieren.

- De preoperatieve vragenlijst & de toestemmingsverklaring, de patiëntvragenlijst.
 - Deze formulieren brengt u ingevuld en getekend mee op op de raadpleging vooropname en op de dag van uw opname en mag u afgeven aan de verpleging.
- Deze formulieren krijgt u ter informatie:
 - Kosteninformatie.
 - De opnameverklaring (voorbeeldformulier): op de dag van uw opname krijgt u van de opnamedienst dit formulier ter ondertekening aangeboden.

⁽¹⁾ Bron: Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie

1. Na besluit tot operatie

Nadat u samen met uw behandelende arts heeft besloten om een operatie te ondergaan, doorloopt u, afhankelijk van uw leeftijd, uw geplande operatie en uw medische voorgeschiedenis, een aantal 'preoperatieve onderzoeken'. Deze onderzoeken behoren te gebeuren vóór de opname.

Afhankelijk van uw leeftijd en gezondheid krijgt u een bloedonderzoek, een elektrocardiogram (eenvoudig, pijnloos hartonderzoek) en/of een röntgenfoto van de borstkas. Zonodig wordt u door een internist, cardioloog of longarts nog verder onderzocht.

Als de voorbereidende onderzoeken in het ziekenhuis gebeurd zijn, dan zijn de resultaten van uw onderzoeken ter beschikking op de dag van uw opname.

Als uw huisarts uw voorbereidende onderzoeken uitvoert, brengt u de resultaten zelf mee op de dag van uw opname of op de raadpleging vooropname.

Als u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft of als de chirurg u doorverwijst, kunt u op preoperatieve consultatie komen bij een anesthesist (tel. 011 826 227).

Bij deze ziekenhuisdiensten kunt u zonder afspraak terecht:

- Bloedafname:
 - op werkdagen tussen 8 en 18 uur.
- Elektrocardiogram:
 - op werkdagen tussen 9 en 17 uur.
- Röntgenfoto van de longen of RX-thorax:
 - op werkdagen tussen 8.30 en 18 uur.

2. Uw toestemming

Zoals elke medische ingreep, kan u ook een anesthesie ‘weigeren’. De anesthesist zal u inlichten over de soort anesthesie die hij u zal toedienen en u hiervoor uw toestemming vragen. U kunt hem/haar bij die gelegenheid alle vragen stellen die u nodig acht om u te helpen bij uw beslissing.

Voor kinderen jonger dan 16 jaar is de toestemming van de wettige vertegenwoordiger (vader én moeder, of voogd) vereist. Dit geldt ook voor personen die om andere redenen niet in staat zijn om zelf te beslissen.

Deze toestemming moet u geven door het document ‘toestemmingsverklaring’, een aanvulling bij de preoperatieve vragenlijst, te ondertekenen.

3. De preoperatieve vragenlijst

Voor uw verdoving en voor het toezicht op uw lichaamsfuncties tijdens de operatie, heeft de anesthesist informatie nodig over uw algemene gezondheidstoestand. Deze vragenlijst is belangrijk. Wij vragen u om de preoperatieve vragenlijst juist en volledig in te vullen. Het laat toe de risico's, die aan elke operatie verbonden zijn, te definiëren. Het gaat immers om uw veiligheid.

4. Hoe bereidt u zich voor op uw operatie?

Het team dat u verzorgt, geeft u instructies over hoe u zich moet voorbereiden op de ingreep en legt uit wat er kan gebeuren wanneer de instructies niet worden opgevolgd.

MEDICATIE DIE U NORMAAL NEEMT

Op de preoperatieve vragenlijst vult u in welke medicatie u normaal neemt.

Uw behandelende arts kan dan tijdig bepalen welke medicatie u eventueel moet stoppen.

Sommige medicatie mag u in geen geval nog nemen vóór de operatie. Het is dus zeer belangrijk om het gebruik van medicatie correct door te geven en tijdig met uw behandelende arts te bespreken.

Het is zeer belangrijk dat de medicatielijst, inclusief de dosis, volledig is.

Vergeet ook puffs, aerosols en/of injecties niet.

Bloedverdunners moeten gestopt worden in overleg met de chirurg, huisarts, cardioloog.

Diabetici moeten **metformine** 24 uur voor de operatie stoppen. Deze mag pas 24 tot 48 uur na de operatie herstart worden.

Inname van andere medicatie is te overleggen met de behandelende arts.

Zie ook onze brochure “Ik heb suikerziekte en wordt geopereerd”


Medische apparaten zoals een insulinepomp of een CPAP-toestel moet u meebrengen van thuis.

ZORG VOOR EEN JUISTE LICHAAMSHYGIËNE

Op de menselijke huid leeft onzichtbaar een aantal bacteriën die in gewone omstandigheden meestal geen probleem vormen. Als deze bacteriën tijdens een operatie in contact komen met de onderhuidse weefsels kunnen zij de oorzaak zijn van een wondinfectie.

Om de kans op een infectie na uw operatie zo klein mogelijk te houden, neemt ons ziekenhuis tal van maatregelen. Om dit risico nog te verkleinen is ook uw medewerking noodzakelijk en vragen wij uw aandacht voor de hiernavolgende adviezen:

- Verwijder de avond voor uw operatie alle juwelen (horloge, ringen, oorbellen, armbanden, piercings), make-up en nagellak, tot na de operatie.

- 
- Reinig uw nagels en knip ze kort. Gelnagels moet u verwijderen
 - Vervolgens neemt u een douche of, indien dit niet mogelijk is, een bad. U wast uw haren en uw volledig lichaam waarbij u bij voorkeur gebruik maakt van een nieuw stuk zeep of douchegel. U kleedt zich met proper ondergoed.
 - Het is erg belangrijk dat u op de ochtend van uw operatie voor de tweede keer een douche neemt of, indien dit niet mogelijk is, een bad waarbij u zich opnieuw volledig wast. U kleedt zich met proper ondergoed.

NUCHTER BLIJVEN

Voor uw eigen veiligheid vragen wij u vanaf middernacht niets meer te eten, te drinken en te roken. Uw maag moet leeg zijn voor de operatie om braken tijdens en na de operatie te voorkomen.

Wij raden u ook aan om minstens 24 uur voor de operatie geen alcohol en/of recreatieve drugs meer in te nemen, omdat deze een invloed kunnen hebben op de werking van de anesthesieproducten.

Als blijkt dat u niet nuchter bent (niet eten én niet drinken), wordt uw operatie tijdelijk uitgesteld.

ROKEN

Roken mag u 24 uur voor de operatie sowieso niet.

Het is verstandig het roken 6 weken voor de operatie te stoppen. Roken vermindert immers de zuurstoftoevoer naar de organen, waardoor het risico op complicaties tijdens of na de operatie toeneemt. Bovendien zijn de luchtwegen van rokers vaak geïrriteerd en daardoor gevoeliger voor ontstekingen. Hoesten na de operatie kan erg pijnlijk zijn.

Inbreuken op deze richtlijnen verhogen het anesthesie-risico en kunnen leiden tot uitstel van de operatie of het onderzoek.

TANDPROTHESE, BRIL, CONTACTLENZEN, HOOR- APPARAAT...?

Bril, contactlenzen, tandprothese, hoorapparaat, ... laat u op uw kamer vóór wij u naar het operatiekwartier brengen.

UW FYSIEKE CONDITIE

Om de risico's van anesthesie te beperken, doet u er goed aan om uw fysieke conditie te verbeteren (door bv. lichaamsbeweging te verhogen) en om in geval van overgewicht gewicht te verliezen in de weken voorafgaand aan de geplande anesthesie/operatie.

KLAAR VOOR DE OPERATIE?

Als u dat wenst, kunt u voor de operatie een pilletje krijgen om u rustig te voelen. In de voorbereidingsruimte wordt een infuus aangebracht in de arm.

Soms wordt u geschoren op de plaats waar geopereerd wordt.

Verder krijgt u een operatiehemdje aan.

Vervolgens brengt de verpleegkundige u in uw bed naar de operatiezalen. Uw identiteit en andere gegevens (plaats van operatie, allergieën) zullen nog meermaals gecontroleerd worden.

5. Informatie over uw verdooving of anesthesie

VOLLEDIGE NARCOSE (= ALGEMENE VERDOVING)

Bij een algemene verdooving wordt het bewustzijn tijdelijk uitgeschakeld.

Bij het begin van een algemene verdooving zal de anesthesist meestal via een infuus medicatie inspuiten. Door de medicatie verliest u binnen enkele minuten het bewustzijn.

Bij aankomst in het operatiekwartier wordt de nodige bewakingsapparatuur aangelegd. U krijgt klevers op de borstkas om uw hartfunctie te controleren, een rubberen dop op uw vinger om het zuurstofgehalte in uw bloed na te gaan en een bloeddrukmeter.

In uw arm wordt een katheter aangebracht. De anesthesist dient u via dit katheter onder meer een slaapmiddel toe waardoor u in een diepe slaap valt zodat u verder niets merkt van de operatie. Na het beëindigen van de operatie maken wij u zo snel mogelijk weer wakker.

Voor kleine kinderen tot 5 jaar gebruikt de anesthesist meestal een maskertje waarbij het slaapmiddel via de ademhaling wordt opgenomen.

Dankzij bewakingsapparatuur krijgt de anesthesist tijdens de operatie continue informatie zodat hij weet hoe uw lichaam op de operatie reageert.

LOCOREGIONALE VERDOVING

(= PLAATSELIJKE VERDOVING)

Bij locoregionale verdooving verdooft de anesthesist dat deel van het lichaam waaraan u geopereerd wordt.

Ook voor deze verdooving moet u nuchter zijn.

U blijft wakker maar u ziet niets van de operatie doordat het operatiegebied met doeken is afgeschermd. De anesthesist gaat u iets geven waardoor u zich comfortabel voelt tijdens de plaatsing van de verdoving, maar ook tijdens de operatie.

Ook voor deze verdoving wordt u aangesloten aan de bewakingsapparatuur die continu informatie doorgeeft aan de anesthesist zodat hij weet hoe uw lichaam op de operatie reageert.

Ook bij plaatselijke verdoving krijgt u een katheter waardoor medicatie gegeven kan worden.

Na een locoregionale verdoving verloopt het herstel van de zenuwfunctie geleidelijk. Dit kan zelfs meerdere uren duren. Op een bepaald ogenblik zult u het betreffende deel van uw lichaam terug kunnen bewegen, soms zelfs zonder dat alle gevoel is teruggekeerd. Dat u kunt bewegen, wil niet zeggen dat u uw volle kracht weer hebt. Vooraleer te steunen op het been of de arm die onder verdoving werd gebracht, moet u eerst het advies van een verpleegkundige of arts vragen.

LOCOREGIONALE VERDOVINGSTECHNIKEN


De anesthesist zal u specifieke vragen stellen die belangrijk zijn om te bepalen of locoregionale verdoving bij u uitgevoerd kan worden. De vragen gaan over eventuele stollingsstoornissen, longproblemen, suikerziekte, vooraf bestaande aandoeningen, verlammingen of gevoelsstoornissen, ...

De locoregionale verdoving wordt uitgevoerd terwijl u wakker bent. Als het nodig is, kan de anesthesist u een licht kalmeringsmiddel toedienen, zodat de zenuwblokkade in comfortabele omstandigheden kan gebeuren.

EEN RUGGENPRIK

Deze verdooft het onderste deel van het lichaam. Afhankelijk van de operatie is dit vanaf de borst of vanaf de navelstreek.

Bij een ruggenprik spuit de anesthesist via een heel dun naaldje een verdovende vloeistof in het wervelkanaal. Deze prik doet niet meer pijn dan een gewone injectie.



U merkt eerst dat uw benen warm worden, daarna worden ze slap en gevoelloos.
U krijgt eventueel ook extra vloeistof.
Deze verdoving duurt ongeveer 1 tot 6 uur.

VERDOVING VAN EEN SPECIFIEKE ZENUW OF ZENUWBUNDEL (PERIFERE ZENUWBLOKKADE)

Deze verdooft alleen het lidmaat (de arm of het been).

Bijvoorbeeld: een okselprik (voor de arm) of een halsprik (voor de schouder).

De zenuwbundel wordt verdoofd door rond de zenuw of zenuwbundel die naar de arm of het been loopt een verdovingsmiddel in te spuiten.

De anesthesist gebruikt een zenuwstimulator en een echotoestel. Via de zenuwstimulator kan de zenuw geprikkeld worden met een lage elektrische stroom. U merkt dit doordat het desbetreffende lichaamsdeel (arm, hand, been of voet) onwillekeurig beweegt tijdens het prikken. Als de naald op de goede plaats zit, spuit de anesthesist het verdovende middel in. De verdoving moet 15 tot 30 minuten inwerken voor een optimaal effect. U zal dan merken dat het lichaamsdeel in kwestie gaat tintelen en warm wordt. Later verdwijnt het gevoel en kan het zijn dat u het verdoofde lichaamsdeel niet meer kunt bewegen.

Als de verdoving is uitgewerkt, keren eerst de beweging en daarna het gevoel weer terug. Afhankelijk van het medicijn kan het enkele uren duren voor de verdoving volledig is uitgewerkt. U heeft na de operatie geen pijn tot het gevoel volledig terug is: dit kan 1 tot 2 uur of 8 tot 12 uur duren. Als u voelt dat het gevoel terugkomt, wacht dan niet te lang om aan de verpleegkundige een pijnstillertje te vragen.

U mag met een verdoofde arm naar huis.

DE REGIONALE INTRAVENEUZE ANESTHESIE (RIVA) ...

... verdooft alleen de arm.

De anesthesist spuit een verdovende vloeistof in de ader van de onderarm.

Na enkele minuten wordt de arm volledig gevoelloos.

Deze verdoving is na de operatie na 15 minuten uitgewerkt.

ALGEMENE OF LOCOREGIONALE VERDOVING?

Welke verdoving voor u het meest geschikt is, is afhankelijk van een aantal factoren. Er wordt rekening gehouden met uw persoonlijke voorkeur, uw medische toestand, de aard van de operatie en de heerkundige techniek tijdens de operatie. Sommige operaties lenen zich uitstekend voor een plaatselijke verdoving, voor andere operaties is dat minder.

U neemt best in samenspraak met uw behandelende arts deze beslissing.

Op het ogenblik van de operatie is de anesthesist op de hoogte van de gemaakte keuze en zal hij uw keuze zoveel mogelijk respecteren. Wanneer uit de door u beantwoorde preoperatieve vragenlijst of uit de resultaten van de preoperatieve onderzoeken blijkt dat de door u voorgestelde anesthesie voor u risico's inhoudt, kan de anesthesist in laatste instantie toch besluiten om een andere vorm van anesthesie toe te dienen.

6. Risico's van anesthesie



Hoewel de moderne anesthesie zeer veilig is en alle nodige voorzorgsmaatregelen genomen worden kunnen er, zoals bij elke medische ingreep, toch nevenwerkingen of verwickelingen optreden. Het is erg moeilijk om een onderscheid te maken tussen de risico's van de anesthesie, deze van de operatie en van uw algemene toestand.

Het risico dat u als individu loopt wordt mee bepaald door:

- De aanwezigheid van andere aandoeningen dan degene waarvoor u geopereerd wordt.
- Het hebben van persoonlijke risicofactoren zoals overgewicht, roken, suikerziekte, hart-, nier-, longziekten.
- Het ondergaan van een moeilijke, langdurige en/of dringende operatie.

Hoe ingewikkelder de anesthesie en de operatie, hoe groter de kans op nevenwerkingen en verwickelingen. Daarom zal de anesthesist u steeds een vorm van anesthesie voorstellen die het meest aangepast is aan uw gezondheidstoestand en de geplande operatie, en welke de mogelijke alternatieven zijn. Hij zal u raad geven over de te gebruiken verdoving, waarbij altijd gekozen wordt voor de techniek met het maximum aan voordelen en een minimum aan risico's.

Om u te verdoven beschikt de anesthesist over verschillende geneesmiddelen. De meeste van deze geneesmiddelen die in België gebruikt worden hebben een lange staat van dienst, en werden voordien uitvoerig getest. Enkel veilige middelen mogen worden gebruikt.

7. Nevenwerking en verwikkelingen

Nevenwerkingen zijn de bijna steeds aanwezige ongewenste effecten van een geneesmiddel of een behandeling (vb. misselijkheid, braken, keelpijn). Meestal duren ze ook niet lang. Sommige nevenwerkingen kunnen voorkomen worden, anderen kunnen behandeld worden, en een aantal gaan vanzelf voorbij.

Verwikkelingen zijn ongewenste en onverwachte gebeurtenissen die het gevolg zijn van een behandeling, zoals het optreden van een allergische reactie na de toediening van een geneesmiddel.

Onderstaande tabel geeft u een idee van hoe frequent deze nevenwerkingen en complicaties voorkomen. Een kans van 1 op 10 betekent dat er gemiddeld niets zal gebeuren bij 9 van de 10 patiënten.

Zeer dikwijls	1 op 10
Dikwijls	1 op 100
Ongebruikelijk	1 op 1.000
Zeldzaam	1 op 10.000
Zeer zeldzaam	1 op 100.000

MOGELIJKE NEVENWERKINGEN EN VERWIKKELINGEN⁽¹⁾

De volgende lijst geeft u een beeld van de mogelijke nevenwerkingen en verwikkelingen en van de frequentie waarmee deze voorkomen. Deze lijst is onderverdeeld in drie delen:

- zeer dikwijls of dikwijls voorkomend;
- ongebruikelijk;
- zeldzaam of zeer zeldzaam voorkomend.

Deze frequentie heeft betrekking op bovenstaande tabel. Bij iedere nevenwerking of verwikkeling vindt u ook terug bij welk soort verdoving ze kan voorkomen:

RA = locoregionale anesthesie

AA = algemene anesthesie + postoperatieve pijnstilling en/of pijnpomp

ZEER DIKWILS OF DIKWILS VOORKOMEND

Misselijkheid en brakenRA – AA

Behalve verdoving zijn er verschillende factoren die misselijkheid en braken kunnen veroorzaken na een operatie. Bijvoorbeeld: stress, angst, pijn, pijnmedicatie, verdovingsmedicatie, bepaalde operaties, een voorgeschiedenis van reisziekte.

Tegenwoordig beschikken we over moderne geneesmiddelen om deze ongemakken te voorkomen en/of behandelen. De misselijkheid en het braken verdwijnen meestal na enkele uren of dagen, al dan niet door toediening van medicatie.

Als u eerder al ondervond dat u gemakkelijk misselijk wordt en/of braakt na een operatie, vermeldt u dat best tijdens het preoperatief gesprek. Zo kan uw anesthesist al tijdens de operatie medicatie toedienen om dit (proberen) te voorkomen.

KeelpijnAA

Dit treedt soms op nadat een buis in de luchtweg of in de maag werd geplaatst. Dit pijnlijke gevoel kan enkele uren tot dagen duren.

Mogelijke behandeling: zuigtabletjes of mondspoelingen.

DuizeligheidRA – AA

De verdoving of het verlies van vocht tijdens de operatie kunnen een lage bloeddruk veroorzaken en maken dat u zich zwak voelt. Ook een vertraagde hartslag kan hetzelfde gevoel geven.

Mogelijke behandeling: geneesmiddelen en toediening van extra vocht via het infuus.

Troebel of dubbel zienAA

Troebel of dubbel zien na een algemene verdoving kan duiden op nawerking van de verdovende producten, maar kan ook veroorzaakt worden door de beschermende

oogzalf die tijdens de verdoving gebruikt werd om uw ogen te beschermen. In beide gevallen zal dit ongemak doorgaans snel en spontaan verdwijnen.

Rillen RA – AA

Dit wordt veroorzaakt door warmteverlies tijdens de operatie, bepaalde geneesmiddelen en stress.

Mogelijke behandeling: een deken met warme lucht.

Onvoldoende pijnstilling RA

Het kan gebeuren dat de verdoving bij u onvoldoende werkt. Dan kan de anesthesist eventueel nog wat extra verdoving bijgeven. In andere gevallen is het beter om voor een andere anesthesievorm te kiezen, bijvoorbeeld een algemene verdoving.

Hoofdpijn RA – AA

Dit wordt veroorzaakt door de verdoving, de operatie, het tekort aan vocht, of stress. Meer uitgesproken hoofdpijn kan voorkomen na een epidurale of rachianesthesie. Deze hoofdpijn onderscheidt zich van ‘gewone’ hoofdpijn doordat de pijn vermindert bij platliggen en verergert bij overeind komen. Meestal verdwijnt deze hoofdpijn na een aantal uren, maar indien nodig kan ze behandeld worden.

Jeuk RA – AA

Jeuk is een nevenwerking van krachtige pijnstillers, maar kan ook voorkomen als gevolg van een allergische reactie.

Spier- en gewrichtspijn RA – AA

Tijdens de operatie ligt u de hele tijd stil in dezelfde houding op een vrij harde operatietafel. Alhoewel ervoor wordt gezorgd om u zo goed mogelijk te installeren, voelen sommige patiënten achteraf toch nog pijn.

Rugpijn RA – AA

Deze pijn heeft niks te maken met de rugpenning op zich, maar wel met o.a. de houding tijdens de operatie. U wordt immers in een ongewone houding gebracht, zodat de chirurg een goed zicht en een goede toegang heeft tot het operatiegebied. Daarbij komt nog dat de rugspieren volledig ontspannen zijn tijdens de verdoving, waardoor de natuurlijke kromming van de rug verdwijnt, wat op zich al ruglast kan geven.

Pijn tijdens het inspuiten van geneesmiddelen..... RA – AA

Sommige geneesmiddelen kunnen pijn of een onaangenaam gevoel veroorzaken wanneer ze worden ingespoten.

Pijnlijke, blauwe plekken RA – AA

Dit komt voor op de plaatsen waar inspuitingen werden gegeven of waar een infuus werd geplaatst. Het wordt veroorzaakt door de beschadiging van een klein bloedvat, de beweging van een nabijgelegen gewricht, of een infectie. In de meeste gevallen gaat dit voorbij zonder behandeling.

Verwardheid of geheugenverlies..... RA – AA

Dit komt vooral voor bij oudere patiënten die geopereerd werden. Het is meestal tijdelijk, maar kan soms meerdere dagen tot zelfs weken duren.

ONGEBRUIKELIJKE NEVENWERKINGEN OF VERWIKKELINGEN

Longinfecties AA

Longinfecties komen meer voor bij rokers en kunnen ademhalingsmoeilijkheden veroorzaken. Daarom is het belangrijk zo lang mogelijk voor uw anesthesie te stoppen met roken.

Een langzame ademhaling..... RA – AA

Sommige pijnstillers kunnen een trage ademhaling of duizeligheid veroorzaken na de operatie. Dit is een tijdelijk fenomeen dat indien noodzakelijk behandeld kan worden.

Beschadiging van tanden, lippen of tong..... AA

U kan uw tanden, lippen of tong beschadigen door krachtig uw mond dicht te knijpen tijdens het ontwaken uit de algemene verdoving. Ook kunnen de tanden beschadigd worden als het voor de anesthesist moeilijk is om een buis in de luchtpijp of de maag te plaatsen. Dit komt meer voor als u een kleine mondopening of onderkaak heeft, of een gebit in slechte toestand.

Toxische reactie..... RA

De zenuwen die verdoofd moeten worden, lopen vlakbij (grote) bloedvaten. Het is dan ook mogelijk dat er een verdovend medicijn in de bloedbaan terecht komt. Dit uit zich in een metaalachtige smaak, tintelingen rond de mond, een slaperig gevoel, hartritmestoornissen, trekkingen en eventueel bewusteloosheid. Behandeling is meestal goed mogelijk.

Moeilijk plassen..... RA – AA

De verdooving via een ruggenprik, strekt zich ook uit tot de blaasbezuwung. Het plassen kan daardoor moeilijker gaan dan normaal. Het kan nodig zijn om de blaas met een katheter leeg te maken.

Vorbijgaande neurologische klachten RA – AA

Na een ruggenprik kan u tijdelijke rugpijn ervaren, uitstralend naar beide billen en/of benen. Deze klachten kunnen eenvoudig met medicatie behandeld worden.

Het verergeren van een vooraf bestaande aandoening RA – AA

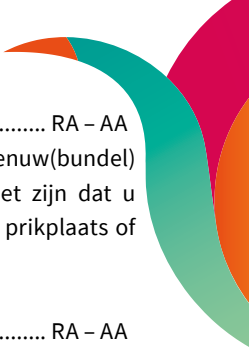
Een vooraf bestaande aandoening (vb. een hart- of vaatziekte), die misschien nog niet gekend was voor de operatie, kan erger worden of pas tot uiting komen tijdens of na de operatie.

Wanneer u bijvoorbeeld een hart- of herseninfarct hebt gehad, dan kan dit probleem opnieuw optreden, ook tijdens een anesthesie. Andere aandoeningen zoals suikerziekte en hoge bloeddruk zullen tijdens en na de operatie ook van dichtbij gevolgd worden.

Voor patiënten die aan suikerziekte lijden, zijn er specifieke maatregelen. De anesthesist volgt in dit geval de procedures die beschreven staan in een intern protocol, dat werd opgesteld in overleg met de endocrinoloog. Zo zal men o.a. op de ochtend van uw operatie, terwijl u nuchter bent, uw bloedsuikerspiegel nog eens controleren.

Wakker worden tijdens de operatie..... AA

De kans dat u wakker wordt tijdens de operatie hangt sterk af van uw algemene toestand, het soort operatie dat u ondergaat en het type van anesthesie dat gebruikt werd. Indien u denkt dat u tijdens een vorige operatie bent wakker geworden, dan moet u de anesthesist hiervan verwittigen.



Schade aan omliggende structuren..... RA – AA
Soms worden de structuren die in de nabijheid van de te verdoven zenuw(bundel) liggen (bv. bloedvaten, spieren, enz.) aangeprikt. Hierdoor kan het zijn dat u enige last ondervindt, zoals een bloeuitstorting ter hoogte van de prikplaats of spierstramheid. Meestal is deze hinder van voorbijgaande aard.

Klaplong..... RA – AA
Bij bepaalde types van perifere zenuwblokade van het bovenste lidmaat, waarbij de te verdoven zenuw(bundel) dicht tegen de longvliezen aanligt, kan een klaplong ontstaan. Afhankelijk van de ernst ervan, zal al dan niet een drain tussen de longvliezen worden geplaatst.
Ook bepaalde operaties of beademing bij algemene anesthesie kunnen een klaplong veroorzaken.

ZELDZAAM OF ZEER ZELDZAAM VOORKOMEND

Verwonding van de ogen..... AA
Ondanks het feit dat de anesthesist er grote zorg voor draagt dat niets uw ogen kan verwonden tijdens de verdoving, kan er soms toch een oppervlakkige, zelfs pijnlijke beschadiging van het oog gebeuren. Deze beschadiging is echter tijdelijk, geneest spontaan en de pijn kan verholpen worden met aangepaste oogzalf.

Infectie..... RA – AA
Zelden treedt een infectie op ter hoogte van de insteekplaats van de ruggenprik of zelfs ter hoogte van het centraal zenuwstelsel (bv. epiduraal abces, hersenvliesontsteking, enz.) ondanks dat de ruggenprik onder chirurgisch steriele omstandigheden werd uitgevoerd (minstens muts, masker, steriele handschoenen, steriele ontsmetting van de huid en steriel afdekken van de prikplaats). De gevolgen hiervan hangen af van de ernst van de infectie en het soort ziektekiem.
Er kunnen ook op andere plaatsen infecties optreden.

Ernstige overgevoeligheid aan geneesmiddelen..... RA – AA
Tijdens de anesthesie en de operatie komt u in contact met allerlei stoffen die vreemd zijn aan uw lichaam: slaapmedicijnen, pijnmedicijnen, spierverslappers, antibiotica, infuusvloeistoffen, latex (rubber) van de handschoenen van de chirurgen, enz. U kunt hieraan allergisch zijn zonder het zelf te weten.

Een allergische reactie zal onmiddellijk opgemerkt en behandeld worden. In zeer zeldzame gevallen, kan deze reactie zo uitgesproken zijn dat ze tot de dood kan leiden, zelfs bij gezonde mensen. Daarom is het belangrijk dat u de anesthesist alles vertelt over mogelijke overgevoeligheden bij uzelf of uw familie.

Kracht- en/of gevoelsverlies RA – AA

Dit kan veroorzaakt worden door een zenuwbeschadiging, met een naald in geval van een regionale anesthesie, door een bloeditstorting, of door druk op een zenuw tijdens een operatie onder algemene anesthesie. De meeste zenuwbeschadigingen zijn tijdelijk en genezen vanzelf.

Embolie RA – AA

Tijdens en of na de operatie kunnen zich bloedklonters ontwikkelen in de aders, vooral door het (langdurig) niet bewegen met de ledematen. Wanneer de bloedklonter de bloedsomloop blokkeert, spreken we van een embolie. Dit kan gevaarlijk zijn als de bloedklonter de bloedtoevoer en dus de zuurstoftoevoer naar een belangrijk orgaan (zoals de longen of de hersenen) verhindert.

Factoren die de kans op een bloedklonter kunnen verhogen: een voorgeschiedenis van embolie, spataders, bepaalde kankers, anticonceptie (vooral in combinatie met roken), zwaarlijvigheid, stollingsstoornissen, enz.

Door het toedienen van bloedverdunders voor en/of na de operatie, wordt geprobeerd de vorming van bloedklonters te voorkomen. Als toch een embolie optreedt, wordt een hogere dosis bloedverdunders toegediend.

Daarnaast bestaan ook vetembolen. Deze ontwikkelen zich meestal vanuit de grote beenderen, bijvoorbeeld bij een gebroken dijbeen. deze kunnen evengoed gevaarlijk zijn. Er bestaat echter geen vetoplossende medicatie. In dit geval zal vooral de functie van het aangetaste orgaan medicamenteus ondersteund worden.

Andere embolen, zoals luchtembolen, komen slechts zeer zelden voor en zijn vooral gevaarlijk bij voorafbestaand hartlijden.

Zenuwletsel..... RA – AA

Door de specifieke houding die nodig is voor bepaalde operaties kan een zenuw in de arm of het been geklemd raken, waardoor o.a. voorbijgaande tintelingen en krachtverlies kunnen ontstaan en zeer uitzonderlijk een blijvende verlamming en/of blijvende gevoelsstoornissen.

Vertraagd of niet wakker worden AA

Het herstel van uw bewustzijn verloopt geleidelijk en wordt bepaald door de manier waarop de verdoving haar werking verliest. Anesthesiemedicatie is tegenwoordig snel uitgewerkt nadat de toediening ervan is stopgezet. De anesthesist ziet toe op de kwaliteit van het herstel van uw bewustzijn en beslist wanneer u best ontwaakt.

Vertraagd ontwaken komt meestal door een verlengde werking van anesthesiemedicatie of kalmeermiddelen door verminderde algemene lichamelijke toestand.

Patiënten die niet ontwaken na hun algemene verdoving hebben een ernstige complicatie opgelopen zoals een beroerte, hartinfarct. Uw risico op deze complicaties tijdens de operatie zijn extreem uitzonderlijk en zeker niet groter omdat u een narcose nodig hebt. Als u al een risicopatiënt bent voor een beroerte dan kan een operatie dit risico natuurlijk wel vergroten, vooral bij bepaalde operaties die zeer belastend zijn voor de bloedcirculatie van de hersenen.

Overlijden RA – AA

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

8. Het operatieteam

Tijdens de operatie staat er een operatieteam tot uw dienst dat bestaat uit één of meerdere chirurgen, de anesthesist en de operatieverpleegkundigen.

- De chirurg zorgt voor de correcte technische uitvoering van uw operatie.
- De anesthesist zorgt ervoor dat u tijdens de operatie voldoende verdoofd bent en geen pijn ervaart. Hij bewaakt nauwlettend al uw lichaamsfuncties zoals ademhaling, bloeddruk, , ...
- De operatieverpleegkundigen assisteren de chirurg en anesthesist bij de uitvoering van dit geheel en zorgen voor u zowel voor als na de operatie.

IDENTITEITSCONTROLE

De medewerkers en artsen van het operatiekwartier zullen uw identiteit meermaals bevragen (naam, voornaam en geboortedatum) en vergelijken met het identificatiepolsbandje dat u bij inschrijving om de pols hebt gekregen.

Contacteer uw behandelende arts als u kort voor de operatie ziek wordt.

9. Wat gebeurt er na de operatie?

DE ONTWAAKKAMER (RECOVERY)

Na de operatie wordt u naar de ontwaakkamer gebracht, een afzonderlijke ruimte vlakbij het operatiekwartier. Ook hier bent u aangesloten op de bewakingsapparatuur en blijft u onder controle van een anesthesist en een team van gespecialiseerde verpleegkundigen, tot de verdoving voldoende is uitgewerkt. Meestal krijgt u tijdelijk nog wat extra zuurstof toegediend via een masker of neusbril.

Afhankelijk van uw operatie kunnen er nog tijdelijk allerlei slangetjes met uw lichaam verbonden zijn waar u weinig of geen last van ervaart. Dit kan een infuus zijn waarlangs u vocht en voedingsstoffen binnenkrijgt, of een slangetje dat tijdens of na de operatie in de blaas werd aangelegd om uw urine op te vangen.

Na voldoende herstel gaat u terug naar de verpleegafdeling.

Veel mensen hebben dorst na een operatie. Zo lang u op de recovery bent, mag u niet drinken. De chirurg schrijft voor vanaf wanneer u mag drinken.

Zodra u voldoende wakker bent, of de ruggenprik of zenuwblokkade voldoende uitgewerkt is, gaat u terug naar uw kamer op de afdeling. U mag dan nog steeds het bed niet verlaten zonder hulp van de verpleegkundige, om vallen te voorkomen.

NAAR HUIS

Als u nog dezelfde dag naar huis mag, zorg er dan voor dat u door een volwassene begeleid wordt en dat u niet alleen thuis bent. Rijd niet zelf. Regel zo nodig vervoer per taxi.

Doe het thuis de eerste 24 uur rustig aan. Eet en drink licht verteerbare maaltijden, drink geen alcohol en rook niet. Bestuur geen machines en neem ook geen belangrijke beslissingen, minstens gedurende de eerste 24 uur na een verdoving.

Het is heel gewoon dat u zich na een operatie nog een tijdje niet fit voelt. Dat ligt niet alleen aan de anesthesie, maar ook aan de ingrijpende gebeurtenis die iedere operatie nu eenmaal is. Het lichaam moet zich op zijn eigen tempo herstellen. Dit vraagt tijd.

OPNAME OP INTENSIEVE ZORGEN

Voor een zware operatie of bij een aandoening die het risico op verwikkelingen verhoogt, kan het noodzakelijk zijn dat wij uw gezondheidstoestand enige dagen erg nauwkeurig opvolgen. Meestal zal u hiervoor dan tijdelijk op de afdeling intensieve zorgen verblijven, waar anesthesisten en een team van gespecialiseerde verpleegkundigen u verder opvolgen.

10. Postoperatieve pijn

Na de operatie kan pijn optreden. Dit noemen we postoperatieve pijn.

Pijn heeft een belangrijke invloed op verschillende organen, zowel in de positieve als in de negatieve zin.

Pijn heeft in de eerste plaats een beschermende rol, maar het kan ook enorm uitputtend zijn. Als u te lang wacht is het vaak moeilijker om de pijn 'bij te benen'. Daarom is het belangrijk om onmiddellijk na de operatie, zonodig zelfs voor de operatie, een goed pijnbeleid te voeren. Immers, dankzij een goede pijnbehandeling herstelt u beter, verkleint de kans op complicaties en kan de hospitalisatieduur eventueel verkorten. Met een goede pijnstilling ondervindt u als patiënt zo weinig mogelijk hinder van de operatie.

Bij de voorbereiding op de operatie wordt besproken hoe postoperatieve pijn wordt beoordeeld en behandeld.

PIJN KUNNEN WE METEN

Door uw pijnklachten kenbaar te maken aan de arts of verpleegkundige, kan een behandelplan opgesteld worden dat het beste bij u past. De intensiteit van pijn kan uitgedrukt worden met een pijnscore.

Er zal u gevraagd worden hoeveel pijn u heeft.



Welke pijn ervaart u vandaag?

Geen pijn: 0
Lichte pijn: 1-3
Hinderlijke pijn: 4-5
Uitgesproken pijn: 6-7
Vreselijke (afgrijselijke) pijn: 8-10

Vertel het ons!

METHODEN VAN PIJNBESTRIJDING

Er zijn verschillende manieren om pijn te verhelpen. Welke methode gebruikt wordt, hangt af van het type operatie, uw medische toestand en de duur van uw opname. Om te beginnen zijn er de 'klassieke pijnstillers'. Daarnaast zijn er vele medicijnen die in de pijnbestrijding gebruikt worden, maar elders hun oorsprong hebben. Vaak is het samen met de behandelende arts zoeken naar het medicijn dat het beste uw pijn bestrijdt en het minsten nevenwerkingen geeft. Hiervoor is er tijd en geduld nodig met regelmatige controle van de pijnscores.

Ook zijn er verschillende mogelijkheden om pijnstillers toe te dienen.

- In de vorm van tabletten
- Met een injectie
- Via het infuus
- Via een pijnpomp
- Via een epidurale catheter
- Combinatie van technieken.
-

Pijnstillende medicatie kan verschillende nevenwerkingen hebben. Last van misselijkheid en braken komen het vaakst voor. Ook kunt u te maken hebben met sufheid, jeuk, plasproblemen en een slap gevoel in uw benen.

Hebt u een of meer van deze klachten? Meld dit dan aan de verpleegkundige.

Zie ook onze brochure "Pijnstilling via de pijnpomp"

11. Kostprijs

De tarieven en de terugbetaling van de anesthesie worden geregeld via een overeenkomst met het R.I.Z.I.V. of mede bepaald door de aard van de operatie zelf.

12. Ontslag uit het ziekenhuis

Als u dezelfde dag nog het ziekenhuis mag verlaten houdt u zich best strikt aan de volgende afspraken:

- Zorg ervoor dat u door een volwassene begeleid wordt en dat u niet alleen thuis bent.
- Doe het thuis rustig aan. Eet en drink licht verteerbare maaltijden.
- U mag onder geen enkele voorwaarde zelf auto rijden of een machine besturen gedurende een periode van minstens 24 uur. Regel zo nodig een taxi.
- Neem geen belangrijke beslissingen of teken geen belangrijke formulieren gedurende een periode van 48 uur na de anesthesie.
- Gebruik geen alcohol binnen 24 uur. Alcohol verhoogt het effect van verdovende stoffen.
- U wordt op de hoogte gehouden van de medicijnen die u kan herstarten. Hierbij zijn de bloedverdunners en medicatie tegen suikerziekte belangrijk.

Het is heel gewoon dat u zich na een operatie nog een tijdje niet fit voelt. Dat ligt niet alleen aan de anesthesie, maar ook aan de ingrijpende gebeurtenis die iedere operatie nu eenmaal is. Het lichaam moet zich op zijn eigen tempo herstellen.

Dit vraagt tijd.

Veiligheidsmaatregelen

Tijdens uw verblijf zullen medewerkers van het ziekenhuis u vragen wie u bent, welke operatie u zal ondergaan, aan welk lichaamsdeel dat zal zijn, of u nuchter bent, Zij zullen u meermaals dezelfde vragen stellen. Misschien vindt u dat vervelend, maar zij doen dit voor uw veiligheid.