

A&I

ANÄSTHESIOLOGIE & INTENSIVMEDIZIN

Organe Officiel: Société Allemande d'Anesthésiologie et de Médecine Intensive
Association Professionnelle des Anesthésistes Allemands
Académie Allemande pour la Formation Continue en Anesthésiologie
Organe: Union Interdisciplinaire Allemande de Médecine Intensive et de Médecine d'Urgence

Glossaire des temps de procédures et chiffres clés péri-opératoires

Une recommandation générale des organismes
suivants: **BDA / DGAI, BDC / DGCH et VOPM**

M. Bauer · R.M. Waeschle · J. Rüggeberg · H.J. Meyer · C. Taube ·
M. Diemer · M. Schuster

TIRÉ À PART

The German Perioperative Procedural Time Glossary

A concerted recommendation of the German societies of anaesthesiology, surgery and operating room management

M. Bauer^{1,2,4,8} · R.M. Waeschle^{1,8} · J. Rüggeberg⁶ · H.J. Meyer⁷ · C. Taube⁸ · M. Diemer⁸ · M. Schuster^{3,4,5}



Glossaire des temps de procédures et chiffres clés péri-opératoires*

Une recommandation générale des organismes suivants: BDA/DGAI, BDC/DGCH et VOPM

Version 2016

- 1 Clinique d'anesthésiologie, université de médecine de Göttingen
- 2 Service central de gestion du bloc opératoire, université de médecine de Göttingen
- 3 Clinique d'anesthésiologie, de médecine intensive, de médecine d'urgence et de traitement de la douleur Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal
- 4 Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA, association des anesthésistes allemands)/Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI, société allemande d'anesthésiologie et de médecine intensive), Nuremberg
- 5 Forum «Qualitätsmanagement & Ökonomie» (gestion de la qualité et économie) du BDA et du DGAI, Nuremberg
- 6 Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC, association professionnelle des chirurgiens allemands), Berlin
- 7 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH, société allemande de chirurgie), Berlin
- 8 Verband für OP-Management e.V. (VOPM, association pour la gestion du bloc opératoire), Hanovre

* Avec l'acceptation de la recommandation actuelle, l'ancienne version du glossaire datant de 2008 n'est plus valide. Les auteurs suivants ont participé à la version d'origine du glossaire: M. Bauer, M. Diemer, J. Ansgor, A. Schleppers, K. Bauer, M. Bomplitz, E. Tsekos, R. Hanss et M. Schuster. La recommandation actualisée est un remaniement fondamental de la 1e version. Les contributions des auteurs précédents à la mise à jour des recommandations sont particulièrement appréciées.

Mots clés

gestion hospitalière – gestion du bloc opératoire – jalons temporels – chiffres clés

Keywords

Hospital Management – Operating Room Management – Health Care Economics and Organisation

Synthèse

Une gestion réussie du bloc opératoire est possible grâce à une réorganisation liée à l'efficacité des processus de performance médicaux et grâce à l'établissement d'un reporting suffisant pour le secteur chirurgical. Ces deux tâches supposent l'utilisation de chiffres clés de processus adaptés. Une première définition homogène des jalons temporels et des chiffres clés pertinents dans le processus de soins chirurgicaux a été élaborée et publiée en 2008 par le Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA, association des anesthésistes allemands), le Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC, association professionnelle des chirurgiens allemands) et le Verband für OP-Management (VOPM, association pour la gestion du bloc opératoire).

La présente publication constitue une évolution de ce glossaire qui prend en compte la complexité et les exigences accrues dans la gestion actuelle du bloc opératoire. Pour ce faire, le glossaire a été retravaillé de manière approfondie, les définitions ont été adaptées à l'état actuel des connaissances et des jalons temporels pertinents de procédure ont été ajoutés.

Des jalons temporels et des chiffres clés du processus de soins péri-opératoires cités dans la bibliographie et la pratique ont été listés, définis et évalués. La distinction a été faite ici entre les jalons temporels de la logistique du patient (P), de l'anesthésie (A) et de l'opération (O).

Chaque jalon temporel et chiffre clé essentiel dans la documentation de routine sont marqués d'un signe distinctif (►).

L'objectif de cette évolution est d'élaborer une définition homogène des paramètres de performance péri-opératoires qui pourront servir de base aux questionnaires actuels et futurs des blocs opératoires dans le choix, l'utilisation et l'interprétation des paramètres de performance adaptés. En outre, cette mise à jour permet de réaliser une nouvelle diffusion de ces chiffres clés de procédure reconnus.

Par ailleurs, une classification d'urgence doit être convenue entre les organismes de sorte à standardiser la définition de l'urgence médicale et de la coordination correspondante qui en découle.

Introduction

La pression financière sur les hôpitaux allemands et les instituts de chirurgie ambulatoire rend nécessaire une classification identique et efficace des critères de performance médicaux. Étant donné que dans les cas chirurgicaux, l'utilisation des ressources péri-opératoires représente un coût majeur, la gestion du bloc opératoire joue un rôle central. Ainsi, on cherche de plus en plus à garantir la rentabilité dans ce secteur très coûteux à l'aide de gestionnaires habilités à donner des instructions et responsables du budget. En outre, il a pu être démontré que la mise en œuvre d'une gestion centrale du bloc opératoire a engendré une évolution positive des

performances et peut par conséquent conduire à une augmentation pertinente des recettes [1].

La tâche du gestionnaire du bloc opératoire consiste essentiellement à organiser de manière efficace les processus de prestations ainsi qu'à établir un système de reporting valide, rapide, compréhensible et réaliste. Le gestionnaire du bloc opératoire a besoin pour ce faire de chiffres clés pertinents relevés selon des jalons temporaires clairement définis (dans la mesure où il s'agit de chiffres clés liés à la processus). En outre, de tels chiffres clés de procédure valides seront utilisés pour les calculs des recettes et des coûts au niveau des organismes de financement [2], pour permettre au gestionnaire du bloc opératoire d'identifier de nouvelles possibilités d'amélioration ou pour lui offrir une base rationnelle pour les décisions stratégiques.

Un glossaire des jalons temporels des processus péri-opératoires a été publié pour la première fois aux États-Unis en 1998 [3]. En Allemagne, c'est en 2008 que des définitions homogènes des jalons temporels et des chiffres clés relatifs aux processus de soins péri-opératoires ont été publiées en tant que prise de position commune du Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), du Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC) et du Verbandes für OP-Management (VOPM) [4].

Sur la base de ces chiffres clés harmonisés, une coopération entre le BDA, le BDC, le VOPM et la société digmed, un benchmarking en ligne, a été mis en place avec pour objectif la comparaison des processus péri-opératoires entre hôpitaux, depuis, plus de 200 hôpitaux y participent.

Depuis la publication du glossaire en 2008, les définitions des chiffres clés correspondants ont été largement acceptées au sein des hôpitaux allemands. Dans le cadre de l'utilisation pratique, il fut possible d'identifier au cours des dernières années différentes faiblesses ou possibilités d'amélioration. Parmi celles-ci la définition divergente jusqu'ici du jalon temporel «incision» dans le glossaire et dans le manuel de calcul de

l'InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, institut pour systèmes de rémunération en milieu hospitalier). Le glossaire prend en compte jusqu'à présent pour le jalon temporel «incision/début de l'intervention chirurgicale» la réalisation de l'incision cutanée ou le début des mesures chirurgicales choisies (par ex. localisation de la hauteur dans le cas des opérations sur la colonne vertébrale, application de la pince de Mayfield sur le crâne) [4]. En revanche, le manuel de calcul de l'InEK considère que le jalon temporel «incision» est «le début de la première incision cutanée» sans prendre en compte les mesures chirurgicales préalables [5]. Quand la documentation des durées de processus est réalisée à l'aide des définitions du glossaire, le temps relatif à l'incision est erroné pour les procédures comprenant des mesures chirurgicales préalables du point de vue de l'InEK. Ceci entrave la comparabilité des données relatives aux processus et aux coûts entre les institutions chirurgicales et ainsi la participation à un programme comparatif défini au niveau de l'Allemagne. Par ailleurs, compte tenu de la pression économique élevée inchangée, on trouve dans la bibliographie des travaux scientifiques qui analysent l'identification ou la représentation des chiffres significatifs de l'efficacité chirurgicale [6,7].

Pour les raisons citées, une actualisation et une évolution du glossaire du BDA, du BDC et du VOPM datant de 2008 semblent nécessaires. Ainsi la version existante actualisée du glossaire a été complètement retravaillée, les définitions ont été adaptées à l'état actuel des connaissances et les durées de processus ajoutées. Les chiffres clés pertinents ainsi que les jalons temporels fondamentaux du processus de soins péri-opératoires ont été listés, définis et discutés à l'aide de la bibliographie disponible. En outre, une définition unique de l'urgence médicale, ainsi que de la réaction de coordination lors de la mise en œuvre au quotidien du bloc opératoire a été adoptée par les différents groupements.

Le présent glossaire doit fournir aux gestionnaires de blocs opératoires actuels

et futurs une indication dans le choix, l'utilisation et l'interprétation des chiffres clés harmonisés. Il convient de noter ici que des cibles différentes nécessitent dans certaines conditions des chiffres clés différents pour parvenir à une mesure des processus chirurgicaux conforme à vos attentes. Cette présentation ne prétend pas être exhaustive. Dans certains cas, compte tenu de spécificités locales, la documentation de jalons temporels supplémentaires sera nécessaire. Le présent glossaire apporte des définitions consensuelles relatives aux chiffres clés pour une documentation complète des processus au bloc opératoire.

En outre, une diffusion croissante des définitions de processus et de chiffres clés contenues dans ce glossaire serait souhaitable pour atteindre une harmonisation grandissante.

Préambule

Dans les centres de performances, il devrait y avoir un consensus écrit des catégories professionnelles intervenantes pour les étapes de procédures mentionnées ci-dessous. Dans ce consensus, il conviendrait de définir entre autres,

- ce que comprend chaque étape de processus,
- qui est responsable de l'étape du processus,
- quelle qualification/condition formelle doit être remplie par l'opérateur,
- comment l'étape du processus doit précisément être réalisée,
- comment et le cas échéant par qui l'étape doit être documentée,
- comment traiter les divergences par rapport au processus cible.

Les jalons temporels et durées des processus cités ci-après présentent le plus précisément possible le processus péri-opératoire pour les patients et les opérateurs intervenants, anesthésistes et personnel soignant. Toutefois, il existe de grandes différences pratiques dans les processus péri-opératoires des différents hôpitaux et instituts de chirurgie ambulatoires; le glossaire n'impose ou ne propage pas de processus déterminé,

l'objectif est uniquement de permettre que chaque unité des processus du bloc opératoire soit décrite à l'aide de définitions et de syntaxes uniques et sans équivoque.

En raison des exigences visant à définir précisément de nombreuses variantes différentes de processus, des processus partiels ainsi que des interrogations scientifiques relatives à la gestion du bloc opératoire, ce glossaire contient nettement plus de jalons temporels de processus et de chiffres clés que ce qui existent dans la pratique quotidienne de la majorité des hôpitaux. Les jalons temporels de processus et chiffres clés particulièrement pertinents pour l'assurance qualité et l'évaluation économique du bloc opératoire sont marqués d'un signe ►.

Dans le calcul des temps d'occupation du personnel sur la base des jalons temporels et durées cités ici, il convient de considérer qu'en règle générale seuls les processus directement liés aux patients dans ce glossaire sont présentés de manière exhaustive. Il existe cependant de nombreuses autres actions directement liées au bloc opératoire et d'autres besoins de temps des différents groupes de salariés qui ne sont pas indiqués ici. C'est le cas par exemple des besoins de temps pour la planification du bloc opératoire, pour l'assurance qualité, la documentation, la supervision, mais aussi du temps pour la formation professionnelle et continue ou pour la logistique et les temps de préparation entre les cas ainsi que le changement de site d'intervention, etc. Il convient en particulier de ne pas attribuer directement à chaque intervention les coûts des mesures d'hygiène ou du retraitement des instruments. Ces coûts doivent être présentés séparément le cas échéant sous forme de frais généraux par groupe d'expertise.

Annexe: Jalons temporels/ Chiffres clés

(voir pages 674 à 683)

Note

Dans le document consensuel du BDA/DGAI, BDC/DGCH et du VOPM les jalons temporels et les chiffres clés péri-opératoires sont listés, définis et évalués. Ce glossaire doit servir à tous les intervenants dans la définition de la performance et en particulier aux gestionnaires du bloc opératoire pour choisir et utiliser les paramètres adaptés de l'efficacité des processus et en outre leur offrir une orientation dans la terminologie et leur donner une approche coordonnée des opérations d'urgence. Les auteurs espèrent également que les définitions consensuelles données engendreront une utilisation plus harmonisée de la terminologie dans les hôpitaux et instituts de chirurgie ambulatoire allemands de sorte à rendre davantage possibles des comparaisons entre les établissements.

Bibliographie

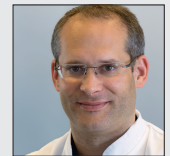
1. Waeschle, RM, et al: Leistungsentwicklung eines universitären OP-Bereichs nach Implementierung eines zentralen OP-Managements – Eine 6 Jahres Bilanz. Anaesthesist 2016. (in Press)
2. Waeschle, RM, et al: Mythos OP-Minute – Leitfaden zur Kalkulation von DRG-Erlösen pro OP-Minute. Anaesthesist 2015;65:137-47
3. Donham RT: Defining measurable OR-PR scheduling, efficiency, and utilization data elements: the Association of Anesthesia Clinical Directors procedural times glossary. Int Anesthesiol Clin 1998;36:15-29
4. Bauer M, et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. Anästh Intensivmed 2008;49:S93-S105
5. Institut_für_das_Entgeltssystem_im_Krankenhaus_GmbH_(InEK): Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern Version 3.0 vom 10.07.2007
6. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. Anaesthesist 2007;56:1058-66
7. Schuster M, Wicha LL, Fiege M: Kennzahlen der OP-Effizienz. Mythos und Evidenz der Steuerungskennzahlen im OP Management. Anaesthesist 2007;56:259-71
8. Messer C, Zander A, Arnolds IV, Nickel S, Schuster M: Wie viele Patientenschleusen braucht mein OP-Bereich? Einfluss der Zahl von OP-Schleusen auf Wartezeiten und Patientendurchsatz im OP – Analyse mithilfe einer Simulation. Anaesthesist 2015;64:958-67
9. Heinrichs W, Blumrich W, Deil S, Freitag M, Kutz N, Lütke I, Röhrig R, Streuf R: Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0/2010 Aktualisierter Datensatz zur Durchführung der externen Qualitätssicherung in der Anästhesie Kerndatensatz Anaesth Intensivmed 2010;53:S33-55
10. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: The influence of resident training on anaesthesia induction times. Br J Anaesth 2008;101:640-47
11. Schuster M, Bertheau S, Taube C, Bialas E, Bauer M: Überlappende Anästhesie-Einleitungen und perioperative Wechselzeiten. Eine Analyse von Häufigkeit und Zeitaufwand überlappender Wechsel in deutschen Krankenhäusern auf Basis von 54.750 Wechseln aus 43 OP-Bereichen aus dem Benchmark-Programm von BDA/BDC und VOPM. Anästh Intensivmed 2014;55:654-61
12. Schuster M, Standl T, Reißmann H, Kuntz L, Schulte am Esch J: Reduction of Anesthesia Process Times after the Introduction of an Internal Transfer Pricing System for Anesthesia Services. Anesth Analg 2005;101:187-94
13. Dexter F, Coffin S, Tinker JH: Decreases in anesthesia-controlled time cannot permit one additional surgical operation to be reliably scheduled during the workday. Anesth Analg 1995;81:1263-68
14. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Linnemann K, Hedderich J, Scholz J: Intraoperative Prozesszeiten im prospektiven multizentrischen Vergleich. Dtsch Ärztebl 2007;104(47):A3252-8
15. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Umnus A, Martin J, Schleppers A, Bein B, Scholz J: Apoptose im DRG-System: Weiterbildung und dezentrale Strukturen verhindern wettbewerbsfähige intraoperative Prozesszeiten. Anaesth Intensivmed 2007;48:324-34
16. Bach A, Bauer M, Geldner G, et al: Erfassung der IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland. Anaesth Intensivmed 2000;41:903-9
17. Raetzell M, Reißmann H, Schuster M, Scholz J, Bauer M: Implementierung einer ILV über Anästhesie Minuten. Anaesthesist 2004;53:1219-30

Special Articles

Hospital Management & Health Economics

18. Schleppers A, Bauer M, Berry M, Bender H-J, Geldner G, Martin J: Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2002. *Anaesth Intensivmed* 2005;46:23-28
19. Berry M, Martin J, Geldner G, Iber T, Bauer M, Bender HJ, Siegmund F, Ernst C, Schleppers A: Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2005. *Anaesth Intensivmed* 2007;48:140-46
20. Bauer K, Martin J, Bauer M, Schleppers A, Schuster M, Spies C, Albrecht D, Behrends B: Deckungsbeitragskalkulation mit dem DRG-Kalkulationstool zur Steuerung von Prozesszeiten im Funktionsbereich OP. *Anasth Intensivmed* 2007;48:551-56
21. Martin J, Bauer M, Bauer K, Schleppers A: Kalkulation von DRG-Erlös, Ist-Kosten und Deckungsbeitrag anästhesiologischer Leistungen. *Anaesth Intensivmed* 2008;49:223-32
22. Reißmann H, Schleppers A, Schuster M, Schulte am Esch J: Abbildung der Anästhesie bei der Kalkulation von Fallkosten. *Anaesth Intensivmed* 2004; 45:448-51
23. Bauer M: Krankenhausökonomie. In: Benzing A, Pannen B (Hrsg.): *Praxishandbuch Anästhesie*. Spitta-Verlag 2006;24:1-8
24. Bauer M, Hanss R, Schleppers A, Steinfath M, Tonner PH, Martin J: Prozessoptimierung im „kranken Haus“. *Anaesthesist* 2004;53:414-25
25. Dexter F, Macario A: Changing allocations of operating room time from a system based on historical utilization to one where the aim is to schedule as many surgical cases as possible. *Anesth Analg* 2002;94:1272-79
26. Macario A, Dexter F, Traub RD: Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. *Anesth Analg* 2001;93:669-75
27. Strum DP, Vargas LG, May JH, Bashein G: Surgical suite utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. *J Med Syst* 1997;21:309-22
28. Strum DP, Vargas LG, May JH: Surgical subspecialty block utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. *Anesthesiology* 1999;90:1176-85
29. Abouleish AE, Hensley SL, Zornow MH, Prough DS: Inclusion of turnover time does not influence identification of surgical services that over- and underutilize allocated block time. *Anesth Analg* 2003;96:813-8
30. Freytag S, Dexter F, Epstein RH, Kugler C, Schnettler R: Zuweisung und Planung von Operationsraumkapazitäten. *Der Chirurg* 2005;76:71-9
31. Schuster M, Neumann C, Neumann K, Braun J, Geldner G, Martin J, Spies C, Bauer M: The Effect of Hospital Size and Surgical Service on Case Cancellation in Elective Surgery. Results from a prospective multicenter study. *Anesth Analg* 2011;113(3):578-85
32. Dexter F, Traub RD, Fleisher LA, Rock P: What sample sizes are required for pooling surgical case durations among facilities to decrease the incidence of procedures with little historical data? *Anesthesiology* 2002;96:1230-6
33. Dexter F, Ledolter J: Bayesian prediction bounds and comparisons of operating room times even for procedures with few or no historic data. *Anesthesiology* 2005;103:1259-67
34. Truong A, Tessler M, Kleimann S, Bensimon M: Late operating room starts: experience with an education trial. *Can J Anaesth* 1996;43:1233-36
35. Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F: Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesth Analg* 1998;86:896-906
36. Schuster M, Pezzella M, Taube C, Bialas E, Diemer M, Bauer M: Delays in Starting Morning Operating Lists. An Analysis of More Than 20.000 Cases in 22 German Hospitals. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110:237-43
37. Unger J, Schuster M, Bauer K, Krieg H, Müller R, Spies C: Zeitverzögerungen beim morgendlichen OP-Beginn. *Anaesthesist* 2009;58:293-300
38. Koenig T, Neumann C, Ocker T, Kramer S, Spies C, Schuster M: Estimating the time needed for induction of anaesthesia and its importance in balancing anaesthetists and surgeons waiting times. *Anaesthesia* 2011;66:556-62
39. Marcon E, Kharraja S, Smolski N, et al: Determining the number of beds in the postanesthesia care unit: a computer simulation flow approach. *Anesth Analg* 2003;96:1415-23
40. Bauer M, Taube C, Diemer M, Schuster M: Ergänzung des Glossars perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen um die konkretisierte Definition der Kennzahl „OP-Kapazität“. *Anasth Intensivmed* 2013;54:328.

Adresse de correspondance



**Prof. Dr. Dr.
Martin Bauer, MPH**

Clinique d'anesthésiologie,
responsable de la gestion du bloc
opérateur, Université de médecine
de Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen, Allemagne
Tél.: 0551 3966051-50

Email:
martin.bauer@med.uni-goettingen.de

Annexe – Jalons temporels *

Jalons temporels relatifs à la logistique du patient

- P1** ▶ **Appel du patient**
 Déf.: Appel du patient.
 Rem.: Le type de service en amont d'où provient le patient doit être documenté (service périphérique, OP-Holding-Area, salle d'attente ambulatoire).
- P2** ▶ **Entrée du patient au bloc opératoire**
 Déf.: Le patient franchit le seuil de l'unité de chirurgie, par exemple en franchissant le sas du bloc opératoire.
 Rem.: P1 et P2 peuvent être identiques, par exemple lorsque le patient se rend seul au bloc opératoire ou se trouve en salle d'attente du bloc opératoire.
- P3** ▶ **Début de l'accueil**
 Déf.: Le patient est sorti de son lit d'hospitalisation/brancard et est placé sur la table d'opération.
 Rem.: Ce jalon temporel est pertinent pour le chiffre clé «Temps d'anesthésie» (cf.) et est par conséquent recommandé pour la documentation de routine.
- P4** ▶ **Fin de l'accueil**
 Déf.: Le patient est allongé sur la table d'opération.
 Rem.: À ce moment, il convient de vérifier l'identité du patient et de remplir les documents nécessaires.
- P4a** ▶ **Arrivée au site d'induction de l'anesthésie**
 Déf.: Le patient arrive sur le site d'induction de l'anesthésie.
 Rem.: Le site d'induction de l'anesthésie peut varier d'une clinique ou d'un bloc opératoire à l'autre (induction centralisée, salle d'induction, salle d'opération).
- P5** ▶ **Entrée en salle d'opération**
 Déf.: Transfert de la table d'opération dans la salle d'opération.
 Rem.: Ce jalon fait partie du temps en salle (K17) ou de la période d'occupation de la salle (K17a), qui doit être documenté au sens de l'occupation physique du bloc opératoire, en particulier étant donné qu'il y a des différences pertinentes entre les cliniques en ce qui concerne le lieu de l'induction de l'anesthésie.
- P6** ▶ **Annonce à l'unité de soins de suivi**
 Déf.: Planification des ressources de soins postopératoires du patient.
- P7** ▶ **Sortie de salle**
 Déf.: Sortie de la table d'opération de la salle d'opération.
 Rem.: Ce jalon temporel est un élément du chiffre clé période temps en salle (K17) qui doit être documenté au sens de l'occupation physique du bloc opératoire.
- P8** ▶ **Changement de lit**
 Déf.: Le patient est transféré de la table d'opération vers le lit d'hospitalisation/brancard (valable uniquement pour les blocs opératoires pour lesquels la salle de réveil est située dans le bloc).
- P8a** ▶ **Début de la sortie**
 Déf.: Le patient est transféré de la table opératoire au lit d'hospitalisation/brancard.
 Rem.: S'applique uniquement aux blocs opératoires pour lesquels la salle de réveil se situe en dehors du bloc opératoire.
- P8b** ▶ **Fin de la sortie**
 Déf.: Le patient quitte le sas.
 Rem.: S'applique uniquement aux blocs opératoires pour lesquels la salle de réveil se situe en dehors du bloc opératoire.
- P8c** ▶ **Début de la prise en charge en unité de suivi**
 Déf.: Le patient entre en unité de suivi.

* La dénomination utilisée jusqu'à présent de ce jalon temporel et des chiffres clés a été conservée pour des raisons de systématique. Les jalons temporels et les chiffres clés nouveaux ajoutés sont désignés par la lettre suivante (par ex. P4a), les suppressions ont pour conséquence l'absence de nombres.

Rem.: Dans la mesure où les soins postopératoires sont réalisés en salle de réveil, ce jalon temporel est pertinent pour le chiffre clé de la durée d'anesthésie (K14) et de la durée de réveil (K33). Une documentation de routine est nécessaire.

Ce jalon temporel doit intervenir avant ou en même temps que la fin de la prise en charge anesthésique (A12), étant donné que pour la sécurité du patient un temps de transition supervisé par un médecin est nécessaire.

P8d Autorisation de sortie de l'unité de soins de suivi

Déf.: Une surveillance complémentaire du patient en unité de soins de suivi n'est plus nécessaire. Le médecin responsable a donné son autorisation de sortie ou de transfert du patient.

P8e ► Fin de la prise en charge en unité de suivi

Déf.: Transfert du patient hors de l'unité de soins de suivi par le personnel effectuant le transport.

Rem.: Dans la mesure où les soins postopératoires sont réalisés en salle de réveil, ce jalon temporel est pertinent pour le chiffre clé de la durée d'anesthésie (K14) en tenant compte du temps de préparation et de la durée de séjour en salle de réveil (K33). Une documentation de routine est recommandée.

P9 Début du nettoyage de la salle

Déf.: Début du nettoyage et mise en œuvre des mesures de désinfection nécessaires selon les prescriptions d'hygiène.

P10 ► Fin du nettoyage de la salle

Déf.: Fin du nettoyage et mise en œuvre des mesures de désinfection nécessaires selon les prescriptions d'hygiène. À ce moment, la salle doit être autorisée pour l'utilisation pour le cas suivant (par ex. le séchage est en cours).

Rem.: Ce moment marque la fin de la durée minimale d'occupation de la pièce par le patient dans le cas de processus de travail parallèles. Une documentation de routine est recommandée.

Jalons temporels relatifs à la logistique de la salle

S1 ► Début de fonctionnement de la salle (Syn. : Début des heures d'ouverture de la salle)

Déf.: 15 minutes avant la première incision (O8) prévue de la journée.

Rem.: Il s'agit d'une définition pragmatique pour définir les capacités d'une salle de manière homogène. Le temps de fonctionnement d'une salle dépend ainsi du processus et non de la mise à disposition du personnel
Bibliographie: [40].

S2 ► Fin du fonctionnement de la salle (Syn. : Fin des heures d'ouverture de la salle)

Déf.: 15 minutes après la fin de toutes les mesures chirurgicales liées à l'intervention (pose de pansement, de plâtre) réalisées sur le patient du dernier cas chirurgical de la journée.

Jalons temporels de l'anesthésie

A1 Début de la préparation du service fonctionnel d'anesthésiologie

Déf.: Début de toutes les tâches nécessaires à la préparation d'une anesthésie par le service fonctionnel d'anesthésiologie.

Rem.: Il convient de veiller à préserver un délai suffisant lors de la première anesthésie de la journée pour toutes les préparations techniques et les tests des appareils d'anesthésie.

A2 Fin de la préparation du service fonctionnel d'anesthésiologie

Déf.: Fin de tous les préparatifs nécessaires pour une anesthésie.

Rem.: Ce jalon temporel doit être atteint avant l'entrée du patient sur le site d'induction de l'anesthésie. Étant donné que la préparation d'un poste de travail d'anesthésie n'est en règle générale pas un processus continu, mais plutôt un processus en plusieurs étapes (entre lesquelles de longues pauses sont possibles), il n'est pas possible d'émettre des conclusions valides quant à la mobilisation réelle du personnel du service fonctionnel d'anesthésiologie entre les jalons temporels A1 et A2.

A4 Début de la prise en charge anesthésique

Déf.: Beginn der Patientbindung des Anästhesiologie-Funktionsdienstes.

Rem.: Pour des raisons médicales, le jalon temporel à partir duquel le patient se trouve sous surveillance continue du service fonctionnel d'anesthésiologie devrait être documenté.

- A5** ▶ **Début de la présence du médecin anesthésiste**
Déf.: Début de la prise en charge du patient par le médecin anesthésiste.
Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé du temps de présence de l'anesthésie (K12).
Pour des raisons médico-légales et pour le calcul du facteur de concomitance selon la systématique du manuel de calcul de l'InEK en cas de présence double auprès du patient, il peut être pertinent de rendre possible la documentation de temps de présence de médecins anesthésistes supplémentaires au-delà de la fonction de supervision. [5]
- A6** ▶ **Début de l'induction/de l'anesthésie**
Déf.: Moment de l'injection du médicament narcotique ou de l'injection principale en cas d'anesthésie locale.
Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé «Durée stricte de l'anesthésie» (RAnZ, K13). Une documentation de routine est nécessaire.
Il existe un consensus pour reconnaître que la définition citée ci-dessus doit inclure les mesures d'anesthésiologie invasives indiquées du point de vue médical sur le patient éveillé (par ex. pose d'un cathéter artériel) comme début de l'anesthésie.
- A7** ▶ **Fin de l'induction, remise au chirurgien**
Déf.: L'anesthésiste autorise la réalisation des mesures opératoires sur le patient. Ces mesures opératoires (par ex. positionnement des extrémités, rasage de la pilosité cutanée, retrait d'une attelle, pré-nettoyage de plaies contaminées avant l'entrée en salle, etc.) peuvent être réalisées parallèlement à la clôture des mesures d'anesthésiologie (pose de voies veineuses, de sonde gastrique, suture du cathéter veineux central).
Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé de la durée péri-opératoire (K10). Une documentation de routine est nécessaire.
- A8** **Fin des manoeuvres anesthésiques préopératoires**
Déf.: Fin de toutes les mesures d'induction de l'anesthésie.
Rem.: Une fusion de la fin de l'induction de l'anesthésie avec le début de l'installation n'est pas pertinente étant donné que des décalages entre la fin de l'induction et le début de l'installation (O3) ne pourront alors plus être décelés. Dans certains cas, ces deux moments peuvent être identiques.
- A9** ▶ **Fin du réveil**
Déf.: Fin de la surveillance du patient dans la salle d'opération ou dans la salle de sortie. Chez les patients ayant reçu une anesthésie locorégionale, ce moment est identique au point O10 fin des mesures opératoires. Chez les patients ventilés à l'issue de l'intervention chirurgicale, ce moment est celui de la transmission du patient intubé à l'unité de soins de suivi.
Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé «Durée stricte de l'anesthésie» (RAnZ, K13). Une documentation de routine est nécessaire.
- A10** **Fin de la présence du service fonctionnel d'anesthésiologie**
Déf.: Fin de la prise en charge du patient par le service fonctionnel d'anesthésiologie.
- A12** ▶ **Fin de la prise en charge anesthésique**
Déf.: Fin de la transmission du patient au personnel médical ou soignant dans l'unité de soins de suivi (salle de réveil, soins intermédiaires, soins intensifs).
Rem.: Lors du transfert d'un patient ventilé ce moment peut coïncider avec la fin du réveil (A9).
Ce jalon temporel est pertinent pour le chiffre clé «temps de présence du médecin anesthésiste» (K12) et temps d'anesthésie (K14) et doit être documenté de manière adaptée.
- A13** **Disponibilité d'intervention du médecin anesthésiste**
Déf.: Le médecin anesthésiste est à nouveau disponible pour une nouvelle prise en charge de patient à l'issue de la prise en charge du patient précédent et le cas échéant après le retour dans le bloc opératoire.
Rem.: Une fusion de ce jalon temporel avec la fin de la présence du médecin anesthésiste n'est pas pertinente dans le cas des structures présentant des bâtiments décentralisés.
- A14** **Fin du rétablissement par le service fonctionnel d'anesthésiologie**
Déf.: Fin de la remise en ordre par le service fonctionnel d'anesthésie.

Jalons temporels de l'intervention

- O1 Début de la préparation du personnel de salle d'opération**
 Déf.: Début de la préparation de la salle par le personnel de salle d'opération.
 Rem.: Il convient de veiller à préserver un délai suffisant lors de la première opération de la journée pour l'équipement de la salle.
- O2 Fin de la préparation du personnel de salle d'opération**
 Déf.: Fin de la préparation par le personnel de salle d'opération dans la salle d'opération concernée.
- O3a ► Préparation opératoire: positionnement (P)**
 Déf.: Début des mesures préparatoires par le personnel de salle d'opération sur le patient (par exemple mesures de positionnement, lavage, couverture, etc.).
- O3b Fin des mesures préparatoires du personnel de salle d'opération sur le patient**
 Déf.: Fin des mesures préparatoires réalisées exclusivement par le personnel de salle d'opération sur le patient.
- O4a ► Préparation opératoire: désinfection (D)**
 Déf.: Début des mesures réalisées par un médecin du service réalisant l'intervention, par ex.: Positionnement médical, nettoyage par l'opérateur, serrage des pinces de Mayfield, pose de repères de déplacement, examen radiologique préalable à l'intervention, examen clinique manuel en anesthésie avant l'intervention chirurgicale, bronchoscopie rigide avant une intervention pulmonaire thoracoscopique, repositionnement d'une fracture/luxation. Synonyme: Début des mesures chirurgicales, début de l'intervention.
- O8 ► Incision ou début de l'intervention**
 Déf.: Réalisation de l'incision cutanée après arrivée de l'opérateur dans le champ d'intervention.
 Rem.: Ce jalon temporel se trouve dans les directives de codage du système G-DRG.
 Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé temps d'incision-suture (K8) et ainsi indispensable dans la documentation de routine.
 Pour les interventions sans incision cutanée (par ex. repositionnement isolé fermé), le début de la préparation opératoire :désinfection (D) (O4a) est considéré comme l'incision.
 Pour les procédures interventionnelles (diagnostic cardiovasculaire, coiling neuroradiologique) la pose de l'abord vasculaire percutané est considérée comme l'incision.
 Pour des prestations strictement de transport (par ex. transport au scanner d'un patient en soins intensifs) ou pour d'autres cas sans incision (prise en charge en salle de réanimation), il ne devrait pas avoir de documentation du moment de l'incision. Dans ces cas, le début de l'induction/de l'anesthésie (A6) et la fin du réveil (A9) et respectivement le début de la présence du médecin anesthésiste (A5) et la fin de la prise en charge anesthésique (A12) doivent obligatoirement être documentés.
 En cas d'interventions simultanées avec différents codes OPS, une documentation multiple doit relever le moment de l'incision.
- O10 ► Suture ou fin de l'intervention**
 Déf.: Fin du dernier point de suture.
 Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé temps d'incision-suture (K8) et ainsi indispensable dans la documentation de routine.
 Pour les interventions sans incision et pour les procédures interventionnelles (diagnostic cardiovasculaire, coiling neuroradiologique) la fin de la manipulation interventionnelle est considérée comme suture.
 En cas d'interventions simultanées avec différents codes OPS, une documentation multiple doit relever le moment de la suture.
- O11 ► Fin des mesures post-interventionnelles**
 Déf.: Fin de toutes les mesures chirurgicales liées à l'intervention (pose de pansement, de plâtre) réalisées sur le patient.
 Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé de la durée péri-opératoire (K10). Une documentation de routine est indispensable. Synonyme : Fin des mesures chirurgicales, fin de l'intervention.
- O12 Fin de la clôture par le personnel de salle d'opération**
 Déf.: Fin de toutes les tâches nécessaires pour la clôture d'une opération y compris la logistique des instruments chirurgicaux et la documentation directement liée.

Annexe – Chiffres clés

Chiffres clés

- K1 Temps de transfert**
 Déf.: De l'appel du patient (P1) jusqu'à l'entrée du patient dans le sas (P2).
 Rem.: Chiffre clé adapté pour l'évaluation de la mise à disposition du patient dans le cadre de l'analyse des processus.
- K1a Temps passé dans le sas**
 Déf.: De l'entrée du patient au bloc opératoire P2 jusqu'au début de l'induction de l'anesthésie P4a.
 Rem.: Si le patient entre dans le bloc opératoire en passant par une zone de rétention, il est inutile de documenter le temps passé dans le sas. Bibliographie: [8]
- K2 Durée de l'induction de l'anesthésie**
 Déf.: Du début de l'induction/de l'anesthésie (A6) jusqu'à la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7).
 Rem.: Ce chiffre clé fait partie également du chiffre clé de la durée de préparation de l'anesthésie (K4).
 Il est nécessaire pour interpréter les temps de processus et pour l'assurance qualité de documenter précisément les techniques d'anesthésie mises en œuvre. Bibliographie: [9]
 L'illustration des différentes techniques (3.5. Procédure d'anesthésie, 3.6. Voies respiratoires, 3.8. Surveillance élargie) dans plusieurs secteurs ou en association de plusieurs techniques appliquées, différentes, fréquentes, dépend essentiellement du système d'information opératoire (OIS) disponible. Une distinction des techniques d'anesthésie locale (jeu de données fondamentales champs 25 et 26) semble pertinente. Étant donné que de nos jours une quantité importante d'inductions se chevauchent et que dans ce contexte, le flux de processus de l'induction d'anesthésie peut être discontinu (par ex. la pose du cathéter de péri-durale réalisée antérieurement, réalisation ultérieure de l'anesthésie), l'utilisation exclusive de K2 ne reflète pas correctement dans ces cas l'induction de l'anesthésie, mais uniquement la durée réellement nécessaire pour la dernière étape du processus d'induction de l'anesthésie. Une addition des processus partiels en cas d'induction discontinuée avec une saisie de K2 multiple serait pertinente ici, cependant elle n'est pas possible avec la majorité des OIS disponibles. Bibliographie: [10,11]
- K3 Durée d'évacuation de l'anesthésie**
 Déf.: De la fin des mesures post-interventionnelles (O11) jusqu'à la fin du réveil (A9).
 Rem.: Cet intervalle de temps fait partie du chiffre clé de la durée de finalisation de l'anesthésie (K5). Si A9 se produit avant O11, il convient d'attribuer la valeur 0 à K3 étant donné que les durées négatives viendraient modifier le calcul des moyennes sans qu'un quelconque gain de temps réel ne soit associé à ces valeurs de temps négatives.
- K4 Durée de préparation de l'anesthésie**
 Déf.: Du début de la présence du médecin anesthésiste (A5) à la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7).
 Rem.: Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du temps contrôlé d'anesthésie (K6).
- K5 Durée de finalisation de l'anesthésie**
 Déf.: De la fin des mesures post-interventionnelles (O11) jusqu'à la fin de la prise en charge anesthésique (A12).
 Rem.: Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du temps contrôlé d'anesthésie (K6).
- K6 Temps contrôlé d'anesthésie**
 Déf.: Durée de préparation de l'anesthésie (K4) + Durée de finalisation de l'anesthésie (K5).
 Rem.: Ce chiffre clé est influencé par l'anesthésie et par l'infrastructure, il est toutefois indépendant des temps de processus liés à l'intervention. Bibliographie: [12-15]
- K7 Durée de préparation opératoire**
 Déf.: De la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7) à l'incision (O8), pour les procédures sans anesthésie: Entrée du patient dans la salle d'opération (P5) à l'incision (O8)
 Rem.: Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du temps péri-opératoire (K10).
 Ce chiffre peut être décomposé en K7a et K7b à des fins d'analyse (voir ci-dessous).
- K7a Préparation de l'opération par le personnel de salle d'opération**
 Déf.: De la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7) à la fin des mesures de préparation du personnel de salle d'opération sur le patient (O3b). Pour les interventions sans anesthésie: De l'entrée du patient en salle d'opération (P5) à la fin des mesures de préparation du personnel de salle d'opération sur le patient (O3b).

- K7b** ▶ **Mesures opératoires de l'opérateur avant l'incision**
 Déf.: De la fin des mesures préparatoires du personnel de salle d'opération sur le patient (O3b) jusqu'à l'incision (O8).
- K8** ▶ **Temps incision-suture**
 Déf.: De l'incision (O8) à la suture (O10).
 Rem.: Une documentation de routine incluant les principaux chiffres chirurgicaux est nécessaire. Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du temps péri-opératoire (K10).
 Pour les interventions chirurgicales sur différents sites anatomiques ou réalisées par différentes équipes chirurgicales, la documentation de plusieurs temps incision-suture peut être pertinente. De telles interventions comprenant plusieurs composantes doivent être renseignées de manière spécifique.
- K9** ▶ **Durée de finalisation opératoire**
 Déf.: De la suture (O10) à la fin de toutes les mesures opératoires de clôture (O11).
 Rem.: Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du temps péri-opératoire (K10).
- K10** ▶ **Temps péri-opératoire**
 Déf.: De la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7) à la fin des mesures post-interventionnelles (O11).
 Pour les interventions sans anesthésie: De l'entrée du patient dans la salle d'opération (P5) à la fin de toutes les mesures opératoires de clôture (O11).
 Rem.: Ce chiffre clé est dépendant des procédures d'anesthésie et de la disponibilité du personnel ainsi que des infrastructures (processus se chevauchant, introduction centrale, etc.).
 Pour évaluer correctement le K10, l'entrée concomitante A7 ne peut se produire avant P10. Bibliographie: [12,14,15]
- K11** ▶ **Présence du service fonctionnel d'anesthésiologie**
 Déf.: Du début de la prise en charge anesthésique (A4) à la fin de la présence du service fonctionnel d'anesthésiologie (A10).
- K12** ▶ **Temps de présence du médecin anesthésiste**
 Déf.: Du début de la présence du médecin anesthésiste (A5) à la fin de la présence du médecin anesthésiste (A10).
- K13** ▶ **Durée stricte d'anesthésie (RAnZ)**
 Déf.: Du début de l'induction/de l'anesthésie (A6) à la fin du réveil (A9).
 Rem.: Une documentation de routine est recommandée.
 Ce chiffre clé peut être utilisé pour un calcul de performance interne (ILV) sur les minutes d'anesthésie. Ce chiffre a été utilisé pour les évaluations des coûts d'anesthésie réalisées par le BDA/DGAI. Bibliographie: [16-21]
- K14** ▶ **Temps d'anesthésie**
 Déf.: De la fin de l'accueil du patient (P4) jusqu'à la fin de la prise en charge anesthésique (A12) + temps de préparation.
 Rem.: Ce chiffre clé représente un ordre de mesure adapté pour la répartition des coûts par cas en anesthésie selon la Directive de codage allemande du système G-DRG.
 Le temps de préparation avant et après une anesthésie comprend les tâches suivantes impliquant du personnel selon le manuel de calcul DRG :
 - Information/Consentement et prémédication par l'anesthésiste
 - Habillage, désinfection des mains
 - Surveillance postopératoire du patient en salle de réveil
 - Visite postopératoire relative à l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste
 - Documentation
 En pratique, le signalement du temps procédural d'anesthésie, qui n'est pas un chiffre clé incontestable du point de vue du processus, est réalisé par les organismes de calcul essentiellement par la définition d'un standard interne à l'établissement pour les temps de préparation étant donné que ces temps d'intervention de personnel ne sont souvent pas disponibles au format électronique.
 Une documentation de routine de ce chiffre clé est recommandée. Bibliographie: [17,22]
- K15a** ▶ **Temps de changement – personnel de salle d'opération**
 Déf.: fin des mesures post-interventionnelles (O11) du cas précédent jusqu'à la fin des mesures préparatoires du personnel de salle d'opération réalisées sur le patient (O3b) suivant.

Rem.: Pause chirurgicale

Ce chiffre clé est influencé par l'anesthésie, le personnel de salle d'opération et l'infrastructure, il est cependant indépendant de l'activité du chirurgien et constitue ainsi un complément pertinent au K15b ou au K16. Pour les analyses de processus, il convient de ne prendre en compte que les transitions entre deux cas consécutifs (sans pause prévue ou imprévue entre l'issue du cas précédent et/ou le début du cas suivant).

K15b ▶ **Temps de changement – anesthésie**

Déf.: De la fin des mesures post-interventionnelles (O11) du cas précédent à la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7) du cas suivant.

Rem.: Synonyme : Transition péri-opératoire.

Ce chiffre clé est influencé par l'anesthésie et l'infrastructure, il est cependant indépendant du personnel de salle d'opération et/ou de l'activité du chirurgien et constitue ainsi un complément pertinent au K15b ou au K16. Pour les analyses de processus, il convient de ne prendre en compte que les transitions entre deux cas consécutifs (sans pause prévue ou imprévue entre l'issue du cas précédent et/ou le début du cas suivant). Si A7 se produit avant O11, il convient d'attribuer la valeur 0 à K15 étant donné que les durées négatives viendraient modifier le calcul des moyennes sans qu'un quelconque gain de temps réel ne soit associé à ces valeurs de temps négatives.

Ce chiffre clé ne permet pas de tirer des conclusions sur les temps d'attente évitables. Bibliographie: [7,11]

K16 ▶ **Temps suture-incision**

Déf.: De la suture (O10) du cas précédent à l'incision (O8) du cas suivant.

Rem.: Ce chiffre clé est influencé par l'opérateur, l'anesthésie, le personnel de salle d'opération, la logistique du patient, du matériel, du nettoyage et de la salle et par l'infrastructure. Il décrit par conséquent l'intégralité du processus de transition. Ce chiffre clé ne permet pas de tirer des conclusions sur les temps d'attente évitables. Bibliographie: [7,11,14,15,23]

K17 **Temps en salle**

Déf.: Du moment où le patient entre en salle (P5) à sa sortie (P7).

Rem.: Ce chiffre clé décrit l'occupation physique de la salle d'opération.

K17a ▶ **Temps d'occupation de la salle**

Déf.: Du moment où le patient entre en salle (P5) à la fin du nettoyage de la salle (P10).

Rem.: Ce chiffre décrit l'immobilisation minimale de la salle d'opération pour un patient dans le cadre des processus de travail parallèles. Une documentation de routine est recommandée.

K18 ▶ **Capacité de la salle d'opération (Synonyme: Temps au bloc)**

Déf.: Capacité du bloc = (O11+15 minutes)-(O8-15 minutes).

Rem.: La durée de temps d'utilisation prévue de la salle est décrite pour une salle d'opération en minutes dans le cadre de l'utilisation fondamentale. La durée d'utilisation de la salle commence 15 minutes avant le début (O8) de la première intervention chirurgicale prévue du jour et se poursuit jusqu'à 15 minutes après la fin prévue de la dernière mesure post-interventionnelle réalisée sur le patient (O11, pansement ou plâtre) du dernier cas de la journée. La définition de la capacité d'une salle d'opération est établie ainsi indépendamment des temps de travail concret des groupes professionnels impliqués et se rapporte à l'utilisation maximale possible de la salle d'opération dans sa durée d'utilisation fondamentale. L'ajout d'une période de 15 minutes avant le début de la première intervention prévue et après la fin de la dernière intervention prévue est pragmatique pour inclure les temps de préparation minimum liés au patient du premier cas et le temps de clôture du dernier cas dans la capacité de la salle. Dans certains services ou dans certains cas, ces valeurs peuvent être supérieures ou inférieures. Bibliographie: [40]

K20 **Temps d'utilisation de la salle temps incision-suture (%)**

Déf.: Temps incision-suture par rapport à la capacité de la salle d'opération (K8/K18, par bloc opératoire et période d'observation).

Rem.: Ce chiffre clé doit être analysé selon le type de spécialisation chirurgicale et de la durée moyenne d'intervention. Ce chiffre ne donne aucune indication à propos de la rentabilité du temps de salle d'opération utilisé. Bibliographie: [7,25,26]

K21 **Sous-utilisation (%)**

Déf.: S2 – (O11+15 min) dernier cas.

Rem.: Synonyme: Underutilization.

Ce chiffre clé montre la capacité non utilisée à l'issue du programme chirurgical et est élémentaire pour l'identification de capacités chirurgicales supplémentaires.

Ce chiffre donne des informations à minima théoriques sur la quantité de temps péri-opératoire disponible à l'issue du programme dans le cas d'une planification et de procédures optimales. En cas de fermeture provisoire d'une salle avec réouverture ultérieure, ce temps peut être faussement bas. Bibliographie: [27,28]

K22 Surcharge (%)

Déf.: Temps incision-suture (K8) au-delà de la capacité de la salle/capacité de la salle (K18) par salle d'opération et période d'observation.

Rem.: Synonyme: Overutilization.

Ce chiffre indique dans quelle mesure la capacité de la salle est dépassée pour certaines salles. Il convient de prendre en compte uniquement les chiffres de temps de surcharge qui découlent des cas effectifs commencés dans le temps de travail habituel.

Pour des raisons évidentes, ce chiffre est très dépendant du type et de la durée des interventions selon la spécialisation et de la durée de la capacité chirurgicale par salle d'opération. Bibliographie: [27,28]

K23 Efficience chirurgicale

Déf.: $K21 + x * K22$.

Rem.: Synonyme: OR Efficiency

Chiffre clé souvent utilisé aux États-Unis avec pour objectif d'éviter les surcharges et de remplir les capacités sous-utilisées grâce à des processus de planification optimisés. Pour ces chiffres clés, la sous-utilisation et la surcharge sont combinées, avec l'utilisation d'un facteur x à définir, qui décrit le rapport entre sous-utilisation et surcharge (dans la bibliographie américaine, ce facteur est généralement de 1,75 étant donné qu'une surcharge a souvent des conséquences négatives sur la satisfaction du personnel). Bibliographie: [27-30]

K24 ► Charge en urgences

Déf.: Pourcentage de cas d'urgence par niveau d'urgence autant comme «nombre de cas d'urgence par niveau d'urgence par rapport au nombre total de cas» que comme «somme de minutes d'intervention consacrées aux urgences par niveau d'urgence par rapport au nombre total de minutes consacrées à tous les cas».

K25 ► Taux de cas annulés

Déf.: Pourcentage des cas annulés par rapport au nombre total de cas électifs prévus.

Proportion de cas qui au moment de la finalisation du planning de la salle était en planning le jour précédent et n'avait pas été opérée le jour suivant.

Une documentation des causes des annulations semble pertinente. Bibliographie: [31]

K26 Intégration des urgences

Déf.: Proportion de cas d'urgence par niveau d'urgence traités dans les heures d'ouverture de la salle par rapport au nombre de cas électifs prévus.

K27 Précision de planification temps incision-suture

Déf.: Temps réel incision-suture par rapport au temps incision-suture planifié

Rem.: La sous-estimation et la surestimation sont à évaluer de manière aussi négative, ainsi il convient de prendre en compte la valeur absolue de la déviation

Une planification optimisée peut être réalisée en tenant compte de l'historique des données.

Une représentation avec un graphique xy peut contribuer à déceler les erreurs systématiques lors de la planification.

Ce chiffre clé peut également être transposé à d'autres paramètres de processus, par ex; K10: Temps péri-opératoire, K12: Temps de présence du médecin anesthésiste, K13: Durée stricte de l'anesthésie, etc. Bibliographie: [6,32,33]

K28a Déviation dans l'entrée du patient dans le sas

Déf.: Écart entre le moment d'entrée du patient dans le sas (P2) du premier cas prévu dans une salle par rapport à la valeur cible en minutes.

Rem.: Une représentation sous forme de courbes de répartition semble pertinente.
Une formation sur le respect des temps impartis et un ajustement du processus peuvent contribuer à réduire les retards matinaux. Bibliographie: [34-37]

K28b ▶ **Déviation fin de l'induction, remise au chirurgien**

Déf.: Écart entre la fin de l'induction, remise au chirurgien (A7) du premier cas prévu dans une salle par rapport à la valeur cible en minutes.

Rem.: Une représentation sous forme de courbes de répartition semble pertinente.
Une formation sur le respect des temps impartis et un ajustement du processus peuvent contribuer à réduire les retards matinaux. Bibliographie: [34-37]

K28c ▶ **Déviation incision**

Déf.: Écart entre le moment de l'incision (O8) du premier cas prévu dans une salle par rapport à la valeur cible en minutes.

Rem.: Une représentation sous forme de courbes de répartition semble pertinente.
Une formation sur le respect des temps impartis et un ajustement du processus peuvent contribuer à réduire les retards matinaux. Bibliographie: [34-37]

K29 **Temps d'attente temps contrôlé d'anesthésie**

Déf.: Temps d'attente par rapport au chiffre clé du temps contrôlé d'anesthésie (K6 par salle d'opération et période d'observation).

Rem.: Ce chiffre clé peut être précisé davantage dans le cadre d'une analyse détaillée dans les chiffres détaillés inclus de la durée de préparation de l'anesthésie (K4) et des mesures de finalisation de l'anesthésie (K5).
Il est recommandé de documenter également les causes sous-jacentes en plus de ce chiffre clé. Bibliographie: [6,7,38]

K30 **Temps d'attente temps péri-opératoire**

Déf.: Temps d'attente par rapport au chiffre clé temps péri-opératoire (K10 par salle d'opération et période d'observation).

Rem.: Ce chiffre clé peut être précisé davantage dans le cadre d'une analyse détaillée dans les chiffres détaillés inclus de la durée de préparation opératoire (K7) et de la durée de finalisation des procédures opératoires (K9).
Il est recommandé de documenter également les causes sous-jacentes en plus de ce chiffre clé. Bibliographie: [6,7]

K31 **Temps d'attente logistique**

Déf.: Temps d'attente en dehors des chiffres clés du temps contrôlé d'anesthésie (K29) et du temps d'attente péri-opératoire (K30).

Rem.: Il est recommandé de documenter également les causes sous-jacentes en plus de ce chiffre clé. Bibliographie: [6,7]

K32 **Temps d'attente transfert du patient hors de la salle d'opération**

Déf.: Délai entre la sortie du patient de la salle d'opération (P7) et le changement de lit (P8).

K33 ▶ **Durée du séjour en salle de réveil**

Déf.: De l'entrée dans l'unité de soins de suivi (P8c, si salle de réveil) à la sortie de l'unité de soins de suivi (P8e, si salle de réveil).

Rem.: Ce chiffre clé est un composant du temps d'anesthésie (K14, proportion de temps de préparation), par conséquent, il est recommandé de l'inclure dans la documentation de routine.

K34 **Temps d'attente transfert du patient hors de la salle de réveil**

Déf.: De l'autorisation du transfert dans l'unité de soins de suivi (P8d) à la fin du transfert hors des soins de suivi (P8e).

Rem.: Le chiffre clé temps d'attente transfert patient est associé au nombre de lits nécessaires en salle de réveil. Bibliographie: [39]

Classification d'urgence**N0 Intervention de la plus grande urgence**

Rem.: Proposition de coordination dans les heures d'ouverture de la salle: Intervention immédiate, le cas échéant directement sur le lieu de séjour du patient (salle de réanimation, soins intensifs, salle d'accouchement par ex.).

N1 Urgence très élevée

Rem.: Proposition de coordination dans les heures d'ouverture de la salle : Intervention sur la première table disponible, quelle que soit la spécialité.

N2 Début de l'intervention ≤ 6 h après l'annonce

Rem.: Proposition de coordination dans les heures d'ouverture de la salle : Intervention sur la première table disponible de la spécialité concernée. Dans la mesure du possible, attendre la sobriété, soins primaires de chirurgie d'urgence.

N3 Intervention à l'issue du programme électif dans le cadre de la gestion des urgences**urgent: Intervention dans les 12 à 24 h**

Rem.: Proposition de coordination dans les heures d'ouverture de la salle: Insertion dans le programme du bloc du jour suivant (même après clôture du planning chirurgical en surveillant la stabilité de la première intervention).

