The German Perioperative Procedural Time Glossary (2020 Edition*)

A concerted recommendation of BDA, BDC, VOPM, VOPMÖ, ÖGARI and SFOPM

M. Bauer[1,3] · T.C. Auhuber[2] · R. Kraus[4] · J. Rüggeberg[2] · K. Wardemann[3] · P. Müller[5] · C. Taube[1] · M. Diemer[2,3] · M. Schuster[1]

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

Une recommandation générale des organismes suivants: BDA, BDC, VOPM, VOPMÖ, ÖGARI e SFOPM

Version 2020

La présente traduction a été effectuée par M. Brenni sur la base de la première traduction de N. Clerici (2016) pour le compte de la Société Suisse de Gestion du Bloc Opératoire.

1 Association des anesthésistes allemands Nuremberg (Allemagne)
2 Association professionnelle des chirurgiens allemands, Berlin (Allemagne)
3 Association pour la gestion du bloc opératoire, Hanovre (Allemagne)
4 Association autrichienne pour la gestion du bloc opératoire, Baden (Autriche)
5 Societé Professionelle Suisse pour la gestion du bloc opératoire, Lucerne (Suisse)

* Avec l'acceptation de la recommandation actuelle, l'ancienne version du glossaire datant de 2016 n'est plus valide. Les auteurs remercient Monsieur PD Dr. T. Klöss pour la révision critique definitive. Cette recommandation actuelle est une révision fondamentale de la version précedente; Les contributions des auteurs précédents à la mise à jour des recommandations sont particulièrement appréciées. Dans les versions precedentes ont été en plus impliqués les suivants auteurs: J. Ansorg, A. Schleppers, K. Bomplitz, E. Tsekos, R. Hanss (2008), R. M. Waschle et H.J. Meyer (2016).

Conflits d'intérêts

Las auteurs spécifiquent qu'il n' y a pas de conflitcs d'intérêts.

Mots clés
Gestion hospitalière – Gestion du bloc opératoire – Jalons temporels – Chiffres clés

Synthèse

Une gestion réussie du bloc opératoire est possible grâce à une réorganisation liée à l'efficience 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).

L' actualisation publiée dans 2016 et cette publication 2020 présente constituent une évolution de ce glossaire qui prendent 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 procédures ont été ajoutés.

Dans la nouvelle version 2020, on trouve changements importants et ajouts, comme:

- la révision des temps de procédures, en particulier l'interface de la libération anésthesiologique et du temps de change du personnel de salle opératoire (concernant surtout A6, A7, O2, K7, K15a),
- la concrétisation des dimensions de référence concernant la capacité (concernant surtout S2 e K18) avec la nouvelle saisie de la définition du temps de fonctionnement principal (K18a),
- la révision de la classification concernant l'urgence des opérations,
- une nouvelle saisie de la classification concernant l'urgence des césariennes pour la gestion du bloc opératoire, analogue à la classification des césariennes apparue en juin 2020 lignes directrices des césariennes des societées germanophones de gynécologie et obstétrique (S3-Leitlinie Sectio ceasarea der deutschsprachigen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe), et comme
- pour la première fois une nouvelle démarcation fondamentale dans la gestion du bloc operatoire des concepts de base procédur, opération, session et cas.

L'objectif de cette évolution continue est, dans les conditions actuelles, d'élaborer une définition homogène des paramètres de performance périopératoires.

Ceux-ci pourront être utilisés par tous-ceux qui sont impliqués dans des procédures periopératoires et principalement des gestionnaires des blocs opératoires, mais aussi par des conseils d'administration comme guide pour la

seléction, l'utilisation, l'interprétation et le **rapportage** des paramètres de prestation appropriés. En plus il s'agit d'un fondement principal pour des comparaisons de **benchmark,** lesquelles sans définitions précises et uniformes de tous les temps de procedures et de tous les chiffres-clés, ne pourront pas fournir des résultats valables.

Avec cette présente version 2020, on obtient pour la première fois l'acceptation du contenu de la part des associations en Allemagne, Suisse et Autriche ainsi que ce glossaire rejoint une validité dans toute la région germanophone, pour lequel devient possible des analyses de procedures au-delà des frontières des systèmes de santé publique.

Introduction

La pression financière sur les hôpitaux 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 périopératoires 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, vu qu' 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 [3].

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 chiffrescclés liés au processus). En outre, de tels chiffres clés de procédures valides seront utilisés pour les calculs des recettes et des coûts au niveau des organismes de financement [4].

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) [1].

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,
- quellequalification/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 ambulatoire; 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 sont existents dans la pratique quotidienne de la majorité des hôpitaux.

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).

Les jalons temporels de processus et chiffres-clés particulièrement pertinents pour l'assurance qualité et l'évaluation économique du bloc opératoire sont marqués pour l'Allemagne d'un signe «▶», pour l' Autriche avec le signe «‡», pour la Suisse «*».

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, des formations obbligatoires pour la protection des radiations et pour la protection d'incendie, pour la loi sur les dispositifs medicaux, pour l'ordonnance sur les substances dangereuses ainsi du retraitement des instruments. Ces coûts doivent être présentés séparément le cas échéant sous forme de frais généraux par groupe d'expertise.

Définition des termes procédure, opération, séssion et cas

Avec l'utlisation des termes prcédure, meusre operative, intervention, operation, session ou cas se posent regulièrement en contexte perioperatoire des difficultés de démarcation. Les définitions suivantes permettent en manière

gerarquique une utilisation cohérente et épuisante des termes et sont utlilisés dans ce glossaire:

- **Procédure** (Synonyme: **misure operative, intervention**)
  Une procedure est une misure médicale, qui en règle se reflècte dans un code operatif.
- **Opération** (Synonime: **intervention**)
  Une opération est composée par une ou plusieurs procedures, qui sont caracterisées par le même temps incision-suture. En cas d' opérations avec un support interdisciplinaire, il s'agit de interventions combinées.
- **Session**
  Une session est composée par une ou plusieurs opérations, caracterisées par le même temps d'occupation de la salle (K17a), mais avec plusieurs temps incision-suture (K16). Si seulement une opération est effectuée dans le temps d'occupation de la salle, les termes opération et session sont identiques. Dans le cas de plusieurs opérations dans une session, celles peuvent se passer simultanéement ou parallelement. Il s'agit d'opérations simultanée analoguement à «Evidence Based Medicine EBM», en cas que dans la même session se passe un deuxième operation qui a un diagnostic différent de la première et dans la voie d'accès chirurgicale. En cas que les opérations simultanées sont effectuées par des unités de disciplines differentes, alors il s'agit d'opérations paralleles.
- **Cas**
  Un cas est composé par une ou (en cas de deux ou plusieurs procédurs repetées plusieurs fois) plusieurs sessions separées.

Annexe: Jalons temporels/ Chiffres clés

Note

Avec cette présente version 2020, il y a à disposition un glossaire de jalons temporels et de chiffres-clés qui a été generé dans l' accord des societées an Allemagne , en Suisse et en Autriche, ainsi pour tout l' éspace linguistique germanophone, qui certifique les définitions de jalons temporels et de chiffres-clés perioperatoires adaptés au conditions actuelles de la gestion du bloc opératoire.

Le glossaire contient en plus d'une classification actualisée des urgences des opérations aussi une nouvelle saisie de la classification concernat l'urgence des césariennes. Encore il élabore une fondamentale definition des termes, procedure, operation, session et cas.

Son but est celui de reppresenter des instructions d'utilisation pour les gestionnaires de bloc opératoire conseillés par la VOPM pour les choix, pour l'engagement et pour l'interprétation des paramètres appropriès de préstation l'une part et de l'autre part être une base de tout le rapportage et le benchmarking des tous les procés periopératoires.

Ce nouveau dévelopement permet aussi des comparaisons de règlements de bloc opératoire au delà des frontiers des sistèmes des différents de établissements de santé publique.

Literature

1. Bauer M, Diemer M, Ansorg J, Schleppers A, Bauer K, Bomplitz M et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. Anästh Intensivmed 2008;49:S93–S105
2. Bauer M, Waeschle RM, Rüggeberg J, Meyer HJ, Taube C, Diemer M et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. Eine gemeinsame Empfehlung von BDA/DGAI, BDC/DGCH und VOPM. Version 2016. Anästh Intensivmed 2016;57:669–683
3. Waeschle RM et al: Leistungsentwicklung eines universitären OP-Bereichs nach Implementierung eines zentralen OP-Managements – Eine 6 Jahres Bilanz. Anaesthesist 2016;65:615–628
4. Waeschle RM et al: Mythos OP-Minute – Leitfaden zur Kalkulation von DRG-Erlösen pro OP-Minute. Anaesthesist 2016;65:137–147
5. Institut_für_das_Entgeltsystem_im_Krankenhaus_GmbH_(InEK): Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0 v. 10. Oktober 2016. https://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch (Zugriffsdatum: 18.05.2020)
6. 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;64:958–967
7. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: The influence of resident training on anaesthesia induction times. British Journal of Anaesthesia 2008;101:640–647
8. 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;55:654–661
9. 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;101:187–194
10. 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;81:1263–1268
11. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Linnemann K, Hedderich J et al: Intraoperative Prozesszeiten im prospektiven multizentrischen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007;104:A3252–A3258
12. Bauer M, Hanss R, Römer T, Rösler L, Umnus A, Martin J et al: Apoptose im DRG-System: Weiterbildung und dezentrale Strukturen verhindern wettbewerbsfähige intraoperative Prozesszeiten. Anästh Intensivmed 2007;48:324–334
13. Karaca O, Bauer M, Taube C, Auhuber T, Schuster M: Korreliert die Leistungsmenge eines Krankenhauses mit der chirurgischen Prozesszeit? Anaesthesist 2019;68:218–227
14. Bach A, Bauer M, Geldner G et al: Erfassung der IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland. Anästh Intensivmed 2000;41:903–909
15. Raetzell M, Reißmann H, Schuster M, Scholz J, Bauer M: Implementierung einer ILV über Anästhesieminuten. Anaesthesist 2004;53:1219–1230
16. Schleppers A, Bauer M, Berry M, Bender H-J, Geldner G, Martin J: Analyse der

IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern. Bezugsjahr 2002. Anästh Intensivmed 2005;46:23–28
17. Berry M, Martin J, Geldner G, Iber T, Bauer M, Bender HJ et al: Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2005. Anästh Intensivmed 2007;48:140–146
18. Bauer K, Martin J, Bauer M, Schleppers A, Schuster M, Spies C et al: Deckungsbeitragskalkulation mit dem DRG-Kalkulationstool zur Steuerung von Prozesszeiten im Funktionsbereich OP. Anästh Intensivmed 2007;48:551–556
19. Martin J, Bauer M, Bauer K, Schleppers A: Kalkulation von DRG-Erlös, Ist-Kosten und Deckungsbeitrag anästhesiologischer Leistungen. Anästh Intensivmed 2008;49:223–232
20. Reißmann H, Schleppers A, Schuster M, Schulte am Esch J: Abbildung der Anästhesie bei der Kalkulation von Fallkosten. Anästh Intensivmed 2004;45:448–451
21. Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. Anaesthesist 2007;56:1058–1066
22. Schuster M, Wicha LL, Fiege M: Kennzahlen der OP-Effizienz. Mythos und Evidenz der Steuerungskennzahlen im OP Management. Anaesthesist 2007; 56:259–271
23. Macario A, Dexter F, Traub RD: Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons. Anesth Analg 2001;93:669–675
24. Strum DP, Vargas LG, May JH: Surgical subspecialty block utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. Anesthesiology 1999; 90:1176–1185
25. Strum DP, Vargas LG, May JH, Bashein G: Surgical suite utilization and capacity planning: a minimal cost analysis model. J Med Syst 1997;21:309–322
26. 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;96:813–818
27. Freytag S, Dexter F, Epstein RH, Kugler C, Schnettler R: Zuweisung und Planung von Operationsraumkapazitäten. Chirurg 2005;76:71–79
28. Schuster M, Neumann C, Neumann K, Braun J, Geldner G, Martin J, et al: The Effect of Hospital Size and Surgical Service on Case Cancellation in Elective Surgery. Results from a prospective multicenter study. Anesth Analg 2011; 113:578–585
29. 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;96:1230–1236
30. Dexter F, Ledolter J: Bayesian prediction bounds and comparisons of operating room times even for procedures with few or no historic data. Anesthesiology 2005;103:1259–1267
31. Truong A, Tessler M, Kleimann S, Bensimon M: Late operating room starts: experience with an education trial. Can J Anaesth 1996;43:1233–1236
32. Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F: Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. Anesth Analg 1998;86:896–906
33. 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;110:237–243
34. Unger J, Schuster M, Bauer K, Krieg H, Müller R, Spies C: Zeitverzögerungen beim morgendlichen OP-Beginn. Anaesthesist 2009,58:293–300
35. Joos C, Bertheau S, Hauptvogel T, Auhuber T, Taube C, Bauer M, et al: Case Delay in the OR morning start in hospitals of different size and academic status– results from a german multicentric study to identify incidence and causes of delayed anesthesia ready. Anaesthesist 2020 (published online 22.09.2020). DOI: 10.1007/s00101-020-00842-2
36. Joos C, Bertheau S, Hauptvogel T, Auhuber T, Diemer M, Bauer M et al: Verzögerungen der Schnittzeit des ersten Falles. Analyse von Inzidenz Ursachen bei Verzögerungen des morgendlichen OP-Beginn in unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen und der Effekt von Planinstabilität auf Verzögerungen. Chirurg 2020 (published online 22.06.2020). DOI: 10.1007/s00104-020-01207-6
37. 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;66:556–562
38. 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;96:1415–1423
39. AWMF-Leitlinie Sectio Ceasarea der DGGG, ÖGGG und SGGG. AWMF-Registernummer 015-084, Juni 2020. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-084.html

Adresse de correspondance



Prof. Dr. Dr. Martin Bauer, MPH

Kliniken für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie
Klinikum Mitte, Standorte Nordstadt und Siloah
Klinikum Region Hannover
Stadionbrücke 4
30459 Hannover, Deutschland

Tel.: 0551 927-3400

E-Mail: martin.bauer@krh.eu

ORCID-ID: 0000-0003-4118-2720

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, PACU ou Holding-area.
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» (K14).

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 du patient 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).

P8b ‡ **Sortie**
Déf.: Le patient quitte le bloc opératoire.
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.
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.

---

* 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.

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).

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.

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, selon les directives individuelles de l`hôpital
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.

S2 ▶ ‡ **Fin du fonctionnement de la salle (Syn. : Fin des heures d'ouverture de la salle)**
Déf.: 20 minutes après la dernière suture prevue de la journée, selon les directives individuelles de l`hôpital.
Rem.: Dans cette limite de temps viennent terminées toutes les mesures chirurgicales liées à l'intervention (pose de pansement, de plâtre, O11) réalisées sur le patient et le demontage initial de la salle.
À difference de la version précedente, dans l'actuelle la fin de la periode d'activité da la salle vient définie avec al dernière suture prévue (O10) et ne plus avec la fin des procédures opératoires (O11).
Cela est du au fait que souvent il y a un documentation suffisente de l'incision et de la suture et que une difference entre le standart et l'effectif apparait importante.
Il s'agit d'une définition pragmatique dans la saisie unitaire de la capacité de la salle d'opération (K18). La capacité de la salle d'opération dépend ainsi du processus et non de la mise à disposition du personnel.

Jalons temporels de l'anesthésie

A1 **Début de la préparation du service fonctionnel d'anesthésiologie**
Déf.: Début de toutes les tâches nécessaire 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 Patientenbindung des Anästhesiologie-Funktionsdienstes.
Rem.: Pour des raisons médicolégales, 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.
Début de l'induction de l'anésthesie (A6) doit être après l'arrivée du patient au bloc opératoire (P2). Procédures précedentes (réanimation, shock room, médecine intensive, ...) doivent être documentées à part.
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).
Fin de l'induction, remise au chirurgien peut seulement se passer, quand le patient se trouve dans un endroit dans le quelle des mesures préparatoires poeuvent être faites (p.ex. salle d'induction)
Rem.: Ce jalon est pertinent pour le chiffre clé de la durée périopératoire (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 (O3a) n'est pas pertinente étant donné que des décalages entre la fin de l'induction (A8) et le début de l'installation (O3a) 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 O11 fin des mesures post-interventionnelles. 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).

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'interventionn

O1 **Début de la préparation du personnel de salle d'opération**
Déf.: Début de la préparation pas liée au patient 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 pas liée au patient par le personnel de salle d'opération dans la salle d'opération concernée.

O3a ▶ * **Préparation opératoire: positionnement**
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**
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.

O7a **Team Time Out préoperatif**
Def: le Team operatif effectue préoperativement un questionnaire interdisciplinairment et interprofessionellement avec l'aide d'une **Checklist** comme intervention d'assurement de qualité relative à l'opération. («Sign in»)
Rem: Le jalons temporal du questionnaire préoperattif peut être détérminé internement, mais doit quand même se passer avant l'**incision** (O8). Des autres questions du Team-Time-Out (p.ex. «Sign out») ne son pas touchées.

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 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** (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 ou parallèles, une documentation multiple doit relever le moment de l'incision.

O9a **Début du temps de console**
Def: L'opérateur commence en cas d'interventions avec le support robotique l'activité de liéson au patient à la console du computer.
Rem.: Ce jalon temporel forme avec le jalon temporel O9b le **temps de console** (K8a) et est relevant pour quantifier la durée opératoire avec le support robotique.

O9b **Fin du temps de console**
Def: L'opérateur termine en cas d'interventions avec le support robotique l'activité de liéson au patient à la console du computer
Rem.: Ce jalon temporel forme avec le jalon temporel O9a le **temps de console** (K8a) et est relevant pour quantifier la durée opératoire avec le support robotique.

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 ou parallèles, 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). 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.

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 (en cas de zone de retention, Holding-Area, P1) jusqu'au **début de l'induction de l'anesthésie** P4a. Bibliographie: [6]

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).
Étant donné que de nos jours une quantité importante d'inductions se chevauchant sont réalisées et que dans ce contexte, le flux de processus de l'induction d'anesthésie peut être discontinu (par ex. la pose du cathéter de péridurale réalisée antérieurement, réalisation ultérieure de l'anesthésie), l'utilisation exclusive de K2 ne reflète pas correctement dans ces cas l'induction de l'anesthésie. Une addition des processus partiels en cas d'induction discontinue avec une saisie de K2 multiple serait pertinente ici, cependant elle n'est pas possible avec la majorité des OIS disponibles. Bibliographie: [7,8]

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: [9–12]

K7 ▶ ‡ * **Durée de préparation opératoire**
Déf.: De la **fin de l'induction, remise au chirurgien** (A7) à l'**incision** (O8). Si **entrée du patient dans la salle d'opération** (P5) est après A7, alors il faut utiliser P5 jusqu'à 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). Si l'entrée du patient en salle d'opération (P5) est après A7 ou pour les interventions sans anesthésie: **entrée du patient dans la salle d'opération** (P5) jusqu'à **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 plusieurs operations dans une séssion, la documentation de plusieurs temps incision-suture doit être effectué.
Bibliographie: [13]

K8a **Temps de console**
Def.: Début du temps de console (O9a) jusqu'à fin du temps de console (O9b).
Rem.: Ce chiffre-clé est relevant pour quantifier la durée opératoire avec le support robotique.

K9 ▶ ‡ * **Durée de finalisation opératoire**
Déf.: De la suture (O10) à la **fin de toutes les mesures opératoires de clôture** (011).
Rem.: Ce chiffre clé est également un composant du chiffre clé du t**emps 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** (011).
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 ce produire avant P10.
Bibliographie: [9,11,12]

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 f**in du réveil** (A9).

Rem.: Ce chiffre clé peut être utilisé pour un calcul de performance interne interne (ILV) sur les minutes d'anesthésie. Bibliographie: [14–19]

K14 ▶ **Temps d'anesthésie**

Déf.: De la fin de **l'accueil du patient** (P3) 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 le manuel de calculation InEK.
Le temps de préparation avant et après une anesthésie comprend les tâches suivantes impliquant du personnel selon le manuel de calculation InEK:

- Information/Consentement et prémédication par l'anesthésiste
- Habillage, désinfection des mains
- Surveillance postopératoire du patient en salle de réveil (P8e-P8c)
- 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: [15,20]

K14b * **Temps de soins anésthesique**

Def.: **Début de la prise en charge anesthésique** (A4) jusqu'à **fin de la présence du service fonctionnel d'anesthésiologie** (A10) ou jusq'à fin de la prise en charge anesthésique (A12)

Rem.: Le temps de soins anésthesique équivaut à la préstation d'anésthesie selon REKOLE® de HPlus et forme la base pour les facturations anésthesiologiques interne et externe en Suisse.

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** (O2) suivant.

Rem.: Pause chirurgicale
Pour les analyses de processus, il convient de ne prendre en compte que les transitions entre deux sessions consécutives (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 **K15a 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: [8,21,22]

K16 ▶ ‡ * **Temps suture-incision**

Déf.: De la suture (O10) de la séssion précédente à l'**incision** (O8) de la session actuelle.

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: [8,11,12,21]

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 = S2–S1
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 commente l'intervall entre les 15 minutes avant le début de la première incision prévue et les 20 minutes après la dernière suture prévue selon les dates structurell. 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 le début de la première incision prévue et les 20 minutes après la dernière suture prévue est pragmatique pour inclure les temps de préparation minimum liés au patient de la première opération et le temps de clôture de la dernière opération dans la capacité de la salle. Dans certains services ou dans certains cas, ces valeurs peuvent être supérieures ou inférieures.

K 18a ▶ ‡ **Temps opératif principal**
Def.: Le temps opératif principal décrit l'interval entre le premier **Début de fonctionnement de la salle** (S1) et le dernière **Fin du fonctionnement de la salle** (S2) d'un service professionel défini.
Rem.: Le temps opératif principal pour un service define regroupe le periode temporale dans la quelle la capacité de salle opératoire (K 18) peut effectivement être accomplie.

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 dans K18, cumulée par bloc opératoire et période d'observation)/Capacité de la salle d'opération (K18 cumulée 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: [21–23]

K21 **Sous-utilisation (%)**
Déf.: S2 – (O10+20 min) derniere operation (cumulée par bloc opératoire et période d'observation)/Capacité de la salle d'opération (K18 cumulée par bloc opératoire et période d'observation).
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 temps de fonctionnement de la salle 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: [24,25]

K22 **Surcharge (%)**
Déf.: **Temps incision-suture** (K8) au-delà de la capacité de la salle/Capacité de la salle d'opération (K18 cumulée par bloc opératoire 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 temps de incision-suture qui découlent des incisions des sessions electives effectifs commencés dans le temps de fonctionnement de la salle 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: [24,25]

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: [24–27]

K24 ▶ ‡ **Charge en urgences**

Déf.: Pourcentage des séssions d'urgence par niveau d'urgence autant comme «nombre de séssions d'urgence par niveau d'urgence par rapport au nombre total de séssions» 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 séssions».

K25 ▶ **Taux de cas annulés**

Déf.: Pourcentage des séssions annulés par rapport au nombre total de séssions électifs prévus.
Proportion des sessions 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: [28]

K26 **Intégration des urgences**

Déf.: Proportion des séssions d'urgence par niveau d'urgence traités dans les heures d'ouverture de la salle par rapport au nombre des sessions électives 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 périopératoire,** K12: **Temps de présence du médecin anesthésiste,** K13: **Durée stricte de l'anesthésie,** etc. Bibliographie: [21,29,30]

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: [31–34]

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: [31–33,35]

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: [31–33,36]

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

Déf.: Temps d'attente par rapport au chiffre clé du **temps contrôlé d'anesthésie** (K6 cumulé 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: [21,22,37]

K30 **Temps d'attente temps péri-opératoire**
Déf.: Temps d'attente par rapport au chiffre clé **temps péri-opératoire** (K10 cumulé 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), **temps de incision-suture** (K8) 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: [21,22]

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 périopératoire** (K30).
Rem.: Il est recommandé de documenter également les causes sous-jacentes en plus de ce chiffre clé. Bibliographie: [21,22]

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 ou P8b).

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: [38]

▶ ‡ Classification d'urgence

N0 **Plus grande urgence**
Proposition pour la coordination du bloc opératoire: Opération 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**
Proposition pour la coordination du bloc opératoire: Opération sur la première table disponible, quelle que soit la spécialité.

N2 **Début de l'opération dans les 6h après l'annonce**
Proposition pour la coordination du bloc opératoire: Opération sur la première table disponible de la spécialité concernée.
Rem: Dans la mesure du possible, attendre la sobriété, soins primaires de chirurgie d'urgence.

N3 **Opération à l'issue du programme électif**
Proposition pour la coordination du bloc opératoire: **dans le cadre de la gestion des urgences**

N4 **Opération urgente dans les 24h**
Proposition pour la coordination du bloc opératoire: Insertion dans le programme du bloc du jour suivant (même après clôture du planning chirurgical en surveillant la stabilité de la première opération).

N5 **Éléctif**

▶ ‡ Classification des césariennes

Dans ce cas extraordinaire, la definition d'une nouvelle classification des césariennes, en adjunte à la classification d'urgence est du à l'évidence que en obstetrique existe un grand potentiel de danger pour le fetus et pour la mère. Ceci est lié au exigences procédurals particulières pour la réalisation de l'intervention. La classification suivante transforme la classification des césariennes contenue dans les diréctives S3 des césariennes utilisées par les societées germanophones de gynécologie et obstétrique [39] dans la términologie et dans la logique des procedures de la géstion du bloc opératoire. Classificazione delle urgenze

Cat 1 **Césarienne d'émergence avec danger de vie immédiat pour mère ou fetus**
Rem.: **Proposition pour la coordination du bloc opératoire:** Césarienne imédiate, en ne pas attendent la regulière préparartion opératoire.

Cat 2 **Césarienne d'urgence très élevée, avec dommage de santé pour mère ou fetus, sans danger de vie immédiat**
Rem.: **Proposition pour la coordination du bloc opératoire:** Intervention à effectuer rapidement en appliquant la regulière préparartion opératoire.

Cat 3 **Césarienne d'urgence relative, sans dommage de santé pour mère ou fetus**
Rem: **Proposition pour la coordination du bloc opératoire:** Intervention non eléctive à effectuer en considérant la disponibilité des resources nécessaires et en appliquant la regulière préparartion opératoire.

Cat 4 **Césarienne éléctive**
Rem.: **Proposition pour la coordination du bloc opératoire:** Insertion dans le programme du Bloc du jour suivant au plus tard le jour d'avant