

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces
in de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord
op 5 en 12 september 2008

Amsterdam, september 2008

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Resultaten inspectiebezoeken	4
2.1	Inleiding	4
2.2	Resultaten	4
2.2.1	Communicatie (overdracht en samenwerking)	4
2.2.2	Medische hulpmiddelen/apparatuur	7
2.2.3	Infectiepreventie	9
2.2.4	Luchtbeheersing	11
2.2.5	Kwaliteitsbeleid	12
2.2.6	Overige bevindingen	12
3	Beschouwing	14
3.1	Inleiding	14
3.2	Luchtbehandelingsstelsel voldoet niet!	15
3.3	Gedrag en discipline essentieel doch onvoldoende	16
3.4	Medische technologie onveilig toegepast	17
3.5	Vervaldata niet bekeken	17
3.6	Antibioticabeleid niet in lijn met de landelijke afspraken	17
3.7	Resultaten tonen	18
4	Conclusies	19
4.1	Opstellen plan van aanpak	20
4.2	OK-lucht eerst beheersen, dan weer opereren	20
4.3	Infectiepreventiemaatregelen in lijn met de richtlijnen van de WIP en andere professionele standaarden	20
4.4	Medische hulpmiddelen op orde	21
4.5	Medicatie op orde	21
4.6	Onderhoud medische apparatuur op orde	21
4.7	Resultaten van surveillance bespreken met de staf van de OK	21
4.8	Antibioticabeleid formuleren	21
4.9	Preventie iatrogene HBV	21
Bijlagen		
1	Items en bevindingen observaties	21
2	Overzicht scores naar aanleiding van de gesprekken en gevraagde documenten	43
3	Toelichting scorekwalificaties	47
4	Documentenoverzicht	48

1 Inleiding

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 5 en 12 september 2008 een bezoek gebracht aan de IJsselmeerziekenhuizen. Doel van dit bezoek was te beoordelen of de IJsselmeerziekenhuizen voldoen aan de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg tijdens het peroperatieve proces.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruikgemaakt van onderdelen van het Instrument Toezicht Operatief Proces deel Peroperatief, documenten bestudeerd en gesprekken gevoerd.

De wettelijke basis waarop het onderzoek is uitgevoerd en waarop het instrument gebaseerd is, is vooral vastgelegd in de volgende wetten:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de medische hulpmiddelen.
- Geneesmiddelenwet.

De standaarden en richtlijnen worden vooral ontleend aan:

- Richtlijn van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP): Preventie van postoperatieve wondinfecties, mei 2006.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen: Bouw en inrichtingseisen operatiekamers, januari 2004.
- Deskundigen uit het 'veld' (website WIP): Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling, maart 2005.
- Richtlijn WIP: Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen, april 2006.
- Richtlijn van de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB): Perioperatieve antibiotische profylaxe, SWAB.

Aanleiding voor het onderzoek

De IJsselmeerziekenhuizen vielen onder de aselecte gestratificeerde steekproef van 20 ziekenhuizen voor TOP-3: het *postoperatief* proces: vanaf het verlaten van de operatiekamer tot aan het ontslag naar huis. Tijdens dit onderzoek naar het *postoperatieve* proces, op 26 en 27 augustus 2008, kreeg de inspectie verontrustende informatie over mogelijke tekortkomingen in de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg bij het *peroperatieve* proces. De inspectie vond het dan ook noodzakelijk om ook het *peroperatieve* proces te toetsen, om uit te zoeken of er voldaan wordt aan de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg op de operatiekamers in de IJsselmeerziekenhuizen.

Het onderzoek heeft zich vooral toegespitst op de technische voorzieningen, als luchtbeheersing en medische technologie, de wijze waarop in de operatiekamers wordt gehandeld overeenkomstig de richtlijnen voor infectiepreventie en het antibioticabeleid. Bij dit onderzoek is niet gekeken naar de medisch-technische kwaliteit van het operatief proces (indicatiestelling, uitvoering van de operatie door de medisch specialisten).

De inspectie heeft het inzicht verworven door:

- Observatie, zowel op het OK-complex als op de operatiekamer zelf, tijdens ingrepen.
- Gesprekken met betrokken zorgverleners en managers.
- Bestudering van relevante documenten van het ziekenhuis (bijlage).

In dit rapport leest u de resultaten van dit onderzoek in de IJsselmeerziekenhuizen.

2 Resultaten inspectiebezoeken

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe de IJsselmeerziekenhuizen scoren op de criteria voor het *peroperatief* traject. Op basis van de gegevens die bij de observaties, gesprekken en uit documentatie zijn verkregen, worden hieronder per paragraaf de scores van bevindingen en toelichting weergegeven.

In bijlage 1 vindt u de ingevulde geaggregeerde observatielijst zoals die bij het bezoek aan IJsselmeerziekenhuizen gehanteerd is.

Deze observatielijst is opgedeeld in vier delen:

- Eénmalig te scoren observatiepunten op het OK-complex (blz. 11 t/m 14).
- Eénmalig te scoren observatiepunten op de operatiekamer (blz. 15 t/m 18).
- Bij vijf operaties te scoren observatiepunten op het OK-complex (blz. 19 t/m 23).
- Bij vijf operaties te scoren observatiepunten op de operatiekamer (blz. 24 t/m 32)

Tijdens de observatiebezoeken is er gesproken met medewerkers en het hoofd a.i. van de OK en zijn er gesprekken gevoerd met een orthopeed, de waarnemend voorzitter medische staf, de arts-microbioloog, de ziekenhuishygiënist en vertegenwoordigers van de Technische Dienst en OK-medewerkers. Tot slot is gesproken met de voorzitter van de Raad van Bestuur. Bijlage 2 geeft u een toelichting op de gebruikte criteria om te komen tot de scores uit de gesprekken.

Bijlage 3 tenslotte geeft u een toelichting op de vier gebruikte scoremogelijkheden.

De nummers achter de thema's in onderstaande paragrafen verwijzen naar de vragen van de observatielijst en de gesprekscriteria. Bij de beoordeling van de score is het minst scorende observatie- of gesprekspunt bepalend, zodat een onderdeel negatief kan scoren omdat dit op één punt onvoldoende is beoordeeld. Bij een score van onvoldoende kan in de totaalscore maximaal matig worden gescoord.

2.2 Resultaten

Hieronder wordt de totaalscore voor de verschillende thema's weergegeven. Opgemerkt wordt dat medisch specialisten en OK-medewerkers werken op *beide* locaties.

2.2.1 Communicatie (overdracht en samenwerking)

Dit onderdeel beoordeelt de communicatie zoals die tussen de verschillende disciplines en zorgverleners op verschillende momenten noodzakelijkerwijs plaats vindt. Dus zoals die waarneembaar is tijdens de overdracht van (gegevens over) de patiënt en op momenten van vervanging/aflossing en afstemming (samenwerking) door zorgverleners.

2.2.1.1 Ontvangst operatieafdeling

Ontvangst operatieafdeling	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Observatiecriteria (O4, O5, O25 t/m O31, O66)			√	
Gesprekscriteria (G1 t/m G5)		√		
Totaal		√		

Toelichting:

Voor de overdracht (identificatie, dossier, wel/niet nuchter) is een concept checklist 'patiënt oké dan OK' ontwikkeld. Deze checklist is sinds 1 mei 2008 in gebruik. Het protocol is van juli 2008. Medewerkers kennen het bestaan van dit protocol niet. Antibioticaprofylaxe en antistolling staan niet op de checklist. De checklist wordt geparafeerd en deels doorgelopen. Eenmaal op het OK-complex wordt de lijst voor de overdracht naar de operatiekamer wel geparafeerd maar niet gebruikt voor de overdracht.

De ontvangstruimte voor de patiënt in Lelystad is geen rustige ruimte. Patiënt wordt opgevangen op de verkoeverkamer waar twee bedden zijn gereserveerd voor een holdingfunctie. De verkoever is onrustig met veel geloop. Het is een kleine ruimte met 6 bedden met doorgangsfunctie voor een kantoor en dicteerruimte. Verkoevermedewerkers geven aan dat deze ruimte te klein is. Zo hangen zuilen (met computer) dusdanig dat lichamelijke klachten bij medewerkers zijn ontstaan. Registratie van patiëntengegevens vindt daarom, voor het verkoeverdeel, met de hand plaats in plaats van in de daarvoor bestemde ICT mogelijkheid. Dit staat ook in rapporten en documentatie (Rapport Royal Haskoning van 19 maart 2008, notitie 'Verbouwing OK Lelystad' voor leden RvB vergadering van 28 juli 2008 door de manager OK/acuut/ambulant, Memo 'stappenplan uitbreiding recovery en renovatie OK') beschreven. De Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E), Arbowet, zou dit ook beschrijven. De inspectie heeft dit rapport echter, ondanks toezegging van de Raad van Bestuur, niet ontvangen.

De antibioticaprofylaxe is niet volgens de richtlijn en niet ziekenhuisbreed geregeld. Zo kan het voorkomen dat pas op de OK afgesproken wordt dat de patiënt profylactisch antibiotica krijgt. Zie verder onder infectiepreventiebeleid.

2.2.1.2 Ontvangst operatiekamer

Ontvangst operatiekamer				
	<i>Onvoldoende</i>	<i>Matig</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Goed</i>
Observatiecriteria (O39 t/m O42, O44 t/m O46, O48)	√			
Gesprekscriteria (G6 t/m G10 en G13)		√		
Totaal	√			

Toelichting:

De onvoldoende score wordt mede bepaald door het ontbreken van het uitvoeren van een Time-out procedure. Het links/rechts protocol pilot, 28 januari 2008 beschrijft de Time-out procedure wel, de checklist patiënt oké beschrijft een Time-out voor de snijder voor operatie indicatie en zijde in relatie tot markering patiënt. Echter eenieder doet de controles op eigen wijze en op verschillende momenten.

Een dubbelcheck - van de gegevens van patiënt, soort, wijze van toediening, sterkte en dosering - ontbreekt bij het klaarmaken van de anesthesiemedicatie. Ook bij het toedienen gebeurt de dubbelcheck niet.

2.2.1.3 Tijdens de operatie

Tijdens de operatie				
	<i>Onvoldoende</i>	<i>Matig</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Goed</i>
Observatiecriteria (O51 t/m O53)		√		
Gesprekscriteria (G11)		√		
Totaal		√		

Toelichting:

Tijdens operaties < 1 uur werden personen van het 'niet steriele team' afgelost. De compleetheid van de overdracht is soms kort, te weten: 'geen bijzonderheden'. Er zijn geen afspraken over wat expliciet moet worden overgedragen.

Er waren veel onnodige deurbewegingen, deze werden mede veroorzaakt door vergeten materiaal of aanvulling van materiaal. Een andere reden is dat voor dezelfde ingrepen nog onvoldoende afstemming is tussen de snijdend specialisten over de samenstelling van instrumentennetten. Daardoor is het vaker nodig aanvullende materialen te halen tijdens een ingreep. Eén operatie was wel erg onrustig door een langdurig niet-operatie-patiënt gebonden telefoongesprek.

2.2.1.4 Einde van de operatie

Einde van de operatie	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Observatiecriteria (O50, O54, O56 t/m O65)		√		
Gesprekscriteria (G12)		√		
Totaal		√		

Toelichting:

Uit de observaties bleek geen afstemming tussen anesthesioloog en operateur over het verloop van de ingreep, de anesthesie en de nazorg. Uit de gesprekken kwam naar voren dat er alleen afstemming plaatsvindt bij bijzonderheden.

Gazen en naalden worden geteld en gedocumenteerd, echter niet altijd in gezamenlijkheid. Instrumenten worden geteld, maar dit wordt niet altijd gedocumenteerd. De verslaglegging vindt plaats op de (concept)checklist.

2.2.2 Medische hulpmiddelen/apparatuur

Medische hulpmiddelen/apparatuur	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Observatiecriteria Opslag steriele materialen en geneesmiddelen op OK (-complex) (O6 t/m 8, O18, O43, O67)	√			
Observatiecriteria Medische apparatuur (O12 t/m O15, O17)		√		
Gesprekscriteria Medische apparatuur (G14)		√		
Totaal		√		

Toelichting:

Medische hulpmiddelen

In Emmeloord zijn steriele medische hulpmiddelen aangetroffen waarvan de uiterste gebruiksdatum was verlopen. In Lelystad zijn geen verlopen materialen aangetroffen. In één laminaatzakje zijn soms meerdere instrumenten verpakt, hierdoor bestaat er een risico op beschadiging van de verpakking en is de steriliteit niet meer gegarandeerd.

Medische apparatuur

Door de technische dienst wordt, op beide locaties, een inhaalslag gemaakt met betrekking tot het onderhoud van de medische apparatuur.

De inspectie trof apparatuur aan waar inderdaad een sticker op zat voor het volgend onderhoud. Ook trof zij apparatuur aan (spuitenpompen), waarvan het gedane en volgende onderhoud niet af te lezen was van het apparaat. Bij navraag bleek dat gebruikers van de apparatuur niet op de hoogte zijn van de onderhoudsstatus. Er is geen informatie op de OK beschikbaar (bijvoorbeeld in de vorm van een logboek) waaruit de onderhoudsstatus van apparatuur is na te gaan.

Op het anesthesietoestel zit een sticker, wanneer het volgende onderhoud nodig is, maar dat komt niet overeen met de afspraken daarover. Volgens de sticker is preventief onderhoud 1x/jaar nodig, maar volgens de anesthesiemedewerker is het 2x/jaar nodig.

Zowel in Lelystad als in Emmeloord zijn geen reservetoestellen voor de anesthesie beschikbaar. Er zijn net zoveel toestellen als OK's.

De inspectie heeft ook geïnformeerd naar de slangen voor de medische gassen. Na de rapportages van de inspectie in verband met de brand op de OK in Almelo zijn er door de technische dienst lektesten uitgevoerd. Op grond hiervan zijn 2 slangen vervangen. Alle overige slangen zijn zo oud als de installatie, respectievelijk uit 1982 en 1996. Niet alle OK-medewerkers weten waar de afsluitknoppen van de zuurstof zitten. In Lelystad zijn de afsluiters slecht bereikbaar omdat ze achter een plafondplaat zitten. De OK-medewerkers en specialisten zijn niet op de hoogte van de onderhoudsstatus van de slangen voor medische gassen.

Uit de gesprekken blijkt dat de gebruikers geen zicht hebben op de veiligheid van de apparatuur. Zij hebben blind vertrouwen in de TD. Hoewel dit vertrouwen gerechtvaardigd kan zijn, is de Inspectie van mening dat dit niet alleen de verantwoordelijkheid is van de TD maar ook van de gebruiker. Deze moet er zich op basis van ziekenhuisbrede afspraken tussen de Raad van Bestuur en de Medische Staf van kunnen vergewissen dat de apparatuur waar patiënten mee worden behandeld veilig is. Deze veiligheid blijkt uit een sticker waarop de volgende noodzakelijk onderhoudsbeurt staat vermeld. In de ziekenhuisafspraken is vastgelegd aan welke voorwaarden voldaan moet zijn, voordat zo'n sticker mag worden opgeplakt.

Medicatie

In Lelystad stond een geopende flacon medicatie zonder bacteriefilter op de anesthesiekar met daarin een injectienaald.

In Emmeloord is medicatie aangetroffen waarvan de uiterste gebruiksdatum was gepasseerd.

De narcosemedicatie wordt 's morgen voor een groot deel van de dag opgetrokken zonder dat het tijdstip wordt vermeld. Er zijn anesthetica die na het optrekken beperkt houdbaar zijn.

2.2.3 Infectiepreventie

Infectiepreventie	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Observatiecriteria Infectiepreventie (O33 t/m O38, O47, O49, O68)	√			
Observatiecriteria (Kleding)gedrag (O1 t/m O3, O32)		√		
Gesprekscriteria Infectiepreventie (G15)	√			
Totaal	√			

Toelichting:

Infectiepreventie

Sinds 2004 stagneert de uitwerking van het infectiepreventiebeleid door ziekte van de ziekenhuishygiënist, dat was ondermeer zichtbaar in het handenwasprotocol op de OK uit 2002. Voorts ontbreken de structurele contacten tussen de ziekenhuishygiënist en de medewerkers van de OK. Sinds eind 2007 is een interim ziekenhuishygiënist aangesteld voor eerst 1 en later 2 dagen per week en per 1 augustus 2008 is een ziekenhuishygiënist in opleiding gestart. De interim ziekenhuishygiënist heeft een NIAZ-inventarisatie (Audit rapport Operatieafdeling - In het kader van het Project Kwaliteits-systeem, 26 maart 2008) gedaan met veel zorgelijke bevindingen op meerdere terreinen. De bevindingen van de NIAZ-inventarisatie komen in grote lijnen overeen met de hieronder beschreven bevindingen van de inspectie.

Gedragsaspecten

Gedrag- en kledingaspecten dragen bij aan infectiepreventie en zijn beschreven in de richtlijnen van de WIP. Het ziekenhuis heeft geen protocollen voor deze aspecten. Tijdens de observaties viel wat betreft kleding en gedrag het volgende op:

- In Lelystad was geen preoperatief handenwasprotocol beschikbaar. In Emmeloord was een verouderd protocol uit 2002 aanwezig, dat niet meer gevolgd wordt.
- De haren waren niet in alle gevallen volledig bedekt. In Emmeloord droegen enkele medewerkers eigen OK-petten. Hiervoor zijn geen instructies.
- OK-medewerkers liepen buiten de OK in OK- kleding, inclusief OK-klompen en OK-petten.
- De mondklappers werden op de OK niet altijd zorgvuldig gedragen, niet altijd gewisseld tussen operaties.
- Niet al het schoeisel was goed reinigbaar.
- De deuren van de operatiekamer gingen zeer vaak open en dicht tijdens de ingreep, onder meer om extra instrumentarium te halen.
- Het opdekken van het steriele instrumentarium vond plaats tijdens het inleiden van de patiënt en andere activiteiten.
- Zowel in Lelystad als Emmeloord staan de OK's erg vol. Er staan materialen en apparaten die bij de uitgevoerde ingreep niet nodig waren.

Deze bevindingen vindt de Inspectie zeer verontrustend. Ze duiden op onvoldoende bewustzijn van de verantwoordelijkheid die het ziekenhuis heeft voor infectiepreventie bij deze categorie zeer kwetsbare patiënten tijdens een operatie. De inspectie verwacht dat alle hiervoor benodigde richtlijnen en protocollen up-to-date zijn, bij iedereen bekend en ook worden nagekomen. Er dient een cultuur te zijn om elkaar hierop aan te spreken. Op al deze aspecten is het Bestuur van het ziekenhuis en daarvan afgeleid de leiding van de OK aan te spreken. Medisch specialisten vervullen hierbij een belangrijke voorbeeldfunctie!

Antibioticabeleid

Het formularium is volgens de arts-microbioloog ouder dan 5 jaar en wordt niet gebruikt volgens gesprekspartners. Het door de inspectie gevraagde 'formularium' bestaat uit 2 A4tjes 'Richtlijnen Antibiotica-profylaxe' waarin per snijdende vakgroep (6) de profylaxe per ingreep staat. Achter Collum # staat niets ingevuld. Het 'formularium' van 2 A4-tjes is niet bekend bij de arts-microbioloog.

Hepatitis-B preventie

Niet alle risicovormers, met betrekking tot de preventie van iatrogene hepatitis B, zijn in beeld. Het is onduidelijk of de risicovormers bewezen beschermd zijn tegen hepatitis B of dat zij zich elk half jaar op dragerschap laten controleren. Het hepatitis B beleid is aanvankelijk wel op orde geweest, maar niet meer gecontinueerd sinds de ziekte van de ziekenhuishygiënist in 2004.

Bij gasten op de operatiekamer wordt geen navraag gedaan naar dragerschap van bepaalde micro-organismen (MRSA, HBV en andere) die een risico voor patiënten kunnen vormen.

Inzicht in het vóórkomen van ziekenhuisinfectie ontbreekt

Op de beide locaties is geen inzicht in het aantal postoperatieve wondinfecties bij bepaalde ingrepen. De IJsselmeerziekenhuizen doet sinds februari 2008 mee aan PREZIES voor de postoperatieve wondinfecties, maar data zijn lastig te verkrijgen en niet iedereen is op de hoogte van de deelname. Men kan zich dus ook niet spiegelen aan landelijke gemiddelden.

Deze bevinding "In hoeverre deze gebreken resulteren in een hoger aantal postoperatieve wondinfecties is niet bekend, omdat dit niet wordt geregistreerd!" wordt ook expliciet genoemd in de notitie 'Verbouwing OK Lelystad' voor leden RvB vergadering van 28 juli 2008 door de manager OK/acute/ambulant, in het Memo 'stappenplan uitbreiding recovery en renovatie OK' en in het stand van zaken rapport van de ziekenhuishygiënist 'Infectiepreventiebeleid IJsselmeer ziekenhuizen Stand van zaken oktober 2007'.

Volgens de medische staf en de Raad van Bestuur zijn de uitkomsten van de complicatieregistratie voor wat betreft de postoperatieve wondinfecties voor de orthopedie onder het landelijk gemiddelde. De uitkomsten worden besproken in complicatiebesprekingen. De inspectie heeft deze gegevens, ondanks toezegging van de Raad van Bestuur, niet ontvangen.

2.2.4 Luchtbeheersing

Luchtbeheersing	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Observatiecriteria (O9, O10, O16, O19 t/m O24, O36 t/m O38)	√			
Gesprekscriteria (G16)	√			
Totaal	√			

Toelichting:

Een mengend systeem van luchtbehandeling kenmerkt zich door het inblazen van kiemvrije lucht in de OK, het realiseren van een ventilatievoud en een overdruk van ten minste 5 pascal ten opzichte van de aangrenzende ruimten. Voor infectiepreventie is een ventilatievoud van 6x/uur voldoende. Echter indien narcosegassen worden toegepast is 20x een vereiste. Het systeem beoogt het kiemgetal in de OK-lucht laag te houden.

De overdruk is noodzakelijk om de kiemarme lucht zo min mogelijk gecontamineerd in het operatie gebied te krijgen. Als de overdruk onvoldoende is, gaat de ingeblazen lucht wervelen en wordt deze gecontamineerd via de OK-staf.

Luchtbehandelingsysteem OK-complex Lelystad verouderd

Het luchtbehandelingsysteem in Lelystad is een onvoldoende functionerend mengend systeem, geïnstalleerd in 1982. Volgens de technische dienst is de capaciteit van de huidige installatie niet geschikt om het noodzakelijke ventilatievoud met de huidige installatie te bereiken. In het OK-complex en de operatiekamers is nauwelijks een drukhiërarchie te realiseren, als beschreven in de richtlijnen van de Werkgroep infectiepreventie. Dit wordt veroorzaakt, door de beperkte capaciteit van de installatie en doordat de OK's onvoldoende zijn afgedicht. Volgens externe onderzoekers is de overdruk maximaal 1,8 Pascal, gemeten onder de meest gunstige omstandigheden, d.w.z. bij een niet gebruikte OK met voortdurend gesloten deuren.

Tussen de filters, waardoor de kiemvrije lucht wordt ingeblazen, en de perforatieplaten in het plafond is een aanzienlijke loze ruimte waarin veel vervuiling ophoopt. Deze vervuiling kan ook weer de OK ingeblazen worden. De plafonds zijn onlangs schoongemaakt, maar onduidelijk is hoe frequent dit zou moeten gebeuren om geen stof de OK in te blazen.

Rapportages van de ziekenhuishygiënist, LUWA en Royal Haskoning bevestigen dit. Volgens de technische dienst is bij de huidige installatie de situatie niet te verbeteren.

Als er al overdruk is op de operatiekamers, wordt deze te niet gedaan door het frequent, soms gelijktijdig en langdurig openen van de deuren.

Luchtbehandelingsysteem OK-complex Emmeloord

Van de OK's in Emmeloord is geen rapportage van onderhoud en meting van resultaten beschikbaar. De technische dienst geeft aan dat de bestaande installatie niet de capaciteit heeft om het noodzakelijke ventilatievoud en de overdruksituatie te creëren.

Eén OK in Emmeloord heeft een zogenaamd verdringend luchtbehandelingsysteem met een plenum. Volgens de informatie van de technische dienst is de capaciteit te beperkt om een effectieve laminaire downflow te realiseren. Hoewel de luchtbehandelinginstallatie in Emmeloord van recentere datum is (1996) dan die in Lelystad, beschikt volgens de terzake deskundige in het ziekenhuis ook deze installatie over onvoldoende capaciteit.

Als er al overdruk is op de operatiekamers, wordt deze te niet gedaan door het frequent, soms gelijktijdig en langdurig openen van de deuren.

Overige aspecten

De onderhoudsstatus van de filters op beide locaties is onbekend. Het hoofd Technische Dienst kon hier desgevraagd geen informatie over geven, noch was hier schriftelijke informatie over beschikbaar.

De luchtafvoerroosters zijn veelal verborgen achter apparatuur of afvalzakhouders, zowel in Lelystad als in Emmeloord; dit beperkt de gewenste luchtstroming.

Voor de medewerkers van de technische dienst en de infectiepreventiedeskundigen (ziekenhuishygiënist en arts-microbioloog) is het rapport van Royal Haskoning over de metingen op de locatie Lelystad van april 2008 niet beschikbaar. De Raad van Bestuur heeft een embargo ingesteld op het rapport.

Er is voor beide locaties geen luchtbeheersplan.

De infectiepreventiedeskundigen en de technische dienst zijn van mening dat de luchtbehandelinginstallatie onvoldoende voorzorgsmaatregelen biedt voor verantwoord opereren. Uit de gesprekken en observatie op beide locaties blijkt ook een zodanig gebrek aan discipline op de OK dat - zo de luchtbehandeling al zou voldoen aan de hieraan te stellen eisen - de resultaten hiervan te niet zouden worden gedaan: frequente en onnodige deurbewegingen, gebrek aan rust op de OK, te veel onnodige bewegingen op de OK, enz.

2.2.5 Kwaliteitsbeleid

Het ziekenhuis heeft geen kwaliteitsbeleid met betrekking tot het operationele proces, waarin op systematische wijze aangegeven wordt hoe te handelen teneinde voorwaarden voor verantwoorde zorg te scheppen. Protocollering, voor zover aanwezig, is niet eenduidig. Er zijn geen afspraken gemaakt over afstemming, implementatie, naleving, evaluatie en bijstelling van protocollen.

De protocollen die er zijn, zijn verouderd en niet geëvalueerd/bijgesteld op basis van landelijke professionele standaarden. Er wordt over de resultaten van dit 'kwaliteits-systeem' dan ook niet periodiek gerapporteerd aan de leiding van de OK, noch aan de medische staf of Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur kan daardoor zijn verantwoordelijkheid niet waarmaken en hierover ook geen verantwoording afleggen aan de Raad van Toezicht of aan de maatschappij (inclusief de inspectie). Positief is dat de Protocollencommissie sinds enkele maanden weer actief is en een format heeft opgesteld om tot een goede systematiek te komen. Een voorstel aan de Raad van Bestuur is sinds 11 september 2008 klaar.

2.2.6 Overige bevindingen

De plaatsvervangend voorzitter van de medische staf heeft de inspectie aangegeven dat de medische staf regelmatig vraagtekens zet bij de prioriteitstelling van de Raad

van Bestuur. Opvallend was dat volgens de waarnemend voorzitter van het medisch stafbestuur de medische staf wel op de hoogte was dat er metingen waren gedaan aan de luchtbehandeling op de OK in Lelystad, maar dat het resultaat van de metingen, het rapport van Royal Haskoning, niet bekend was gemaakt aan de medische staf. Desgevraagd twijfelt hij eraan of er veilig gewerkt kon worden op de OK's en hij verzoekt de inspectie er bij de Raad van Bestuur op aan te dringen verbeteringen aan te brengen. De arts-microbioloog was op de hoogte van de problematiek inzake de luchtbehandeling. De medische staf is ook vertegenwoordigd in de Infectiepreventiecommissie.

De staf was ook niet bekend met de financiële problemen van de IJsselmeerziekenhuizen tot de informatieronde op 28 juli 2008. Tot die dag zijn er door de Raad van Bestuur nooit signalen daaromtrent afgegeven. Overigens ook niet aan de inspectie.

Binnen de medische staf bestaan in enkele maatschappen samenwerkingsproblemen.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de IJsselmeerziekenhuizen scoren op criteria voor het leveren van verantwoorde zorg bij het peroperatieve proces. U heeft zich aan de hand van deze informatie een beeld kunnen vormen van de huidige kwaliteit van de zorg en handvatten gekregen voor het verbeteren van deze kwaliteit.

Dit hoofdstuk heeft een beschouwend karakter. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2. Dit heeft geleid tot enkele oordelen die - net als de oordelen uit hoofdstuk 2 - van belang zijn voor de IJsselmeerziekenhuizen bij het verbeteren van de zorg.

De resultaten van het inspectieonderzoek zijn buitengewoon zorgelijk en vanuit de verplichting en verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor het waarborgen van basisvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg onacceptabel!

De inspectie hecht eraan daarnaast ook het volgende in het rapport op te nemen: De inspectie is getroffen door de openhartigheid waarmee medewerkers haar tegemoet zijn getreden. Bij de eerste bezoeken in augustus werd al snel duidelijk dat het niet goed ging met het operatiecomplex van de IJsselmeerziekenhuizen. Medewerkers hadden er geen vertrouwen meer in dat essentiële bouwkundige problemen en obstakels verholpen zouden worden. Meerdere signalen en rapporten waren uitgebracht, plannen van aanpak gemaakt, maar uiteindelijk werd er vrijwel niets gerealiseerd. Het vertrouwen bij (een aantal) medewerkers dat dit ooit nog zou gebeuren, was afwezig. Dit maakt de positie van deze medewerkers, die immers in een afhankelijkheidspositie verkeren ten opzichte van de Raad van Bestuur, moeilijk. Helaas hebben zij zich intern niet gewend tot het stafbestuur, Raad van Toezicht of extern tot de inspectie, die elk voor zich actie hadden kunnen ondernemen. Een dergelijke 'klokkenluiders'-opstelling is echter niet gemakkelijk.

In deze rapportage komt ook de discipline en het gedrag van medewerkers (inclusief medisch specialisten) negatief in beeld. Het is echter van belang dit te beoordelen in het licht van de genoemde omstandigheden. Bij een niet goed werkend kwaliteitsstelsel of zelfs een ontbrekend kwaliteitssysteem, een Raad van Bestuur die ondanks signalen en uitgebrachte rapporten die wijzen op ernstige tekortkomingen geen verbeteringen in gang zet en/of realiseert en medisch specialisten die ondanks het besef dat niet voldaan wordt aan essentiële voorwaarden voor het kunnen leveren van verantwoorde (en hier vooral veilige) zorg, toch doorgaan met opereren en met betrekking tot infectiepreventie ook hun voorbeeldfunctie niet voldoende waarmaken, is het een individuele medewerker los van de eigen verantwoordelijkheid die een ieder heeft voor de kwaliteit van zijn handelen veel minder aan te rekenen dat gedrag en discipline te wensen overlaten. Het is de Raad van Bestuur die verantwoordelijk is voor het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden voor veilige patiëntenzorg maar ook voor de veiligheid van haar medewerkers.

In de gesprekken hebben de medewerkers hun bereidheid uitgesproken om met elkaar de schouders eronder te zetten en samen bij te dragen aan een ziekenhuis waarin hoogwaardige en veilige patiëntenzorg wordt geleverd. Hiervoor is samenwerking, communicatie, reflectie en ontwikkeling onder goede leiding onontbeerlijk. In dit licht is de opstelling van de Raad van Bestuur onbegrijpelijk en onaanvaardbaar.

3.2 Luchtbehandelingssysteem voldoet niet!

Al vele jaren worden mengende systemen niet meer geïnstalleerd. In de plaats daarvan is nu een verdringend systeem gangbaar waarbij de laminaire downflow steeds beter wordt geperfectioneerd. Met name voor de implantaatchirurgie leidt dit tot veel minder postoperatieve wondinfecties (onderzoek Knobbe in Groningen, Bon in Den Bosch en het rapport van Royal Haskoning).

De luchtbehandelingssystemen op beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen zijn met uitzondering van het (onvoldoende functionerende) plenum in Emmeloord, na installatie niet gerenoveerd of geïnnoveerd en onvoldoende onderhouden. De kwaliteit van de lucht waarin geopereerd werd voldeed bij lange na niet aan daaraan te stellen eisen. Operatietechnieken zijn ook in dit ziekenhuis wel met hun tijd meegegaan, onder meer door gebruik van meer implantaten, maar de daarbij horende essentiële luchtomstandigheden zijn niet gerealiseerd. Juist bij het gebruik van implantaten geeft dat meer risico op postoperatieve wondinfecties die zeker bij implantaatchirurgie voor de patiënt ernstige consequenties kunnen hebben.

Deze problematiek was de Raad van Bestuur bekend. In ieder geval vanaf het rapport van Royal Haskoning van maart 2008, en uit mondelinge en schriftelijk aan de Raad van Bestuur gerichte nota's en verslagen van de interne experts en betrokken commissies. Dit heeft niet geleid tot openheid van zaken, intern overleg met alle betrokkenen, adequate (tijdelijke) maatregelen met betrekking tot de zorgverlening op de OK's, en opdracht voor maatregelen om de luchtbehandeling aan de huidige normen aan te passen met zicht op termijnen waarop dit gerealiseerd had kunnen zijn. Integendeel, de Raad van Bestuur heeft de resultaten van metingen intern niet bekend gemaakt, de onverantwoorde situatie niet (h)erkend en bespreekbaar gemaakt en zich onttrokken aan haar eindverantwoordelijkheid voor een veilige patiëntenzorg. Het is de inspectie tijdens het onderzoek niet gebleken dat deze problematiek ter kennis is gebracht van de Raad van Toezicht. In ieder geval zijn er ook van die kant geen herkenbare initiatieven genomen.

De inspectie acht deze handelwijze van het bestuur onaanvaardbaar en verwerpelijk. Immers onder alle omstandigheden dient het bestuur van het ziekenhuis garanties te bieden voor het scheppen van voorwaarden voor een veilige en verantwoorde zorg voor patiënten. Als deze garanties niet kunnen worden geboden, mag er volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen geen zorg worden geboden.

De inspectie heeft zich erover verbaasd dat er vanuit de medische staf c.q. vanuit individuele medisch specialisten geen actie is ondernomen. Uit de gesprekken moet de inspectie afleiden dat de medisch specialisten op de hoogte waren van de problemen met de luchtbehandeling op de OK, van de feitelijk onaanvaardbare condities waaronder zij moesten opereren en toch bereid waren patiënten hieraan bloot te stellen. Dit geldt a fortiori voor de operaties waarbij implantaten worden gebruikt (kunstgewrichten, vaatprothesen, netjes, enz.) en waarbij er bijzondere eisen gesteld moeten worden aan de luchtbehandeling. De consequenties van een wondinfectie zijn bij deze laatste categorieën patiënten immers potentieel zeer ernstig.

De medisch specialisten hebben zich op het standpunt gesteld dat het management ervoor zorg moet dragen dat deze zaken op orde zijn. Zij hebben zich niet of in ieder geval volstrekt onvoldoende gerealiseerd dat ook medisch specialisten een specifieke eigen verantwoordelijkheid dragen om zich ervan te vergewissen dat de apparatuur die zij voor de patiëntenzorg gebruiken veilig is en dat de omstandigheden waarin zij zorg

verlenen geen vermijdbare risico's voor de patiënt met zich meebrengen. De inspectie moet constateren dat de medisch specialisten geen consequenties hebben getrokken uit het feit dat de Raad van Bestuur geen actie heeft ondernomen om verbeteringen aan te brengen. Medisch specialisten zijn doorgestaan met opereren, wetende dat de luchtbehandeling op beide OK-complexen niet voldeed en hebben hierdoor hun patiënten blootgesteld aan vermijdbare risico's. Hiermee hebben zij de verantwoordelijkheid die zij hebben ten opzichte van hun patiënten veronachtzaamd. De inspectie acht dit niet aanvaardbaar.

De kennis uit de literatuur en de door de professionals opgestelde richtlijnen leiden bij het niveau van luchtbehandeling in de IJsselmeerziekenhuizen tot de conclusie dat het niet verantwoord is operaties uit te voeren in de OK's op beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen.

3.3 Gedrag en discipline essentieel doch onvoldoende

Naleven van gedrag en discipline-afspraken zijn onontbeerlijk en vereist voor een veilige operatieomgeving. Hiervoor is enerzijds een kwaliteits-/veiligheidsbeleid met protocollen en afspraken essentieel en anderzijds een cultuur waarin deze normen worden nageleefd met afspraken over toetsing op naleving.

Dit kwaliteitsbeleid voldoet niet aan de huidige normen. Hoewel vorig jaar een inventarisatie 'patiëntenproces' is gemaakt en de a.i. ziekenhuishygiënist een plan van aanpak heeft opgesteld, blijkt uit het onderzoek dat discipline en gedrag van de OK-medewerkers en de medisch specialisten, bij lange na niet aan de vereisten voldoet. Hieraan ligt waarschijnlijk enerzijds een zekere gelatenheid ten grondslag, nu de omstandigheden waaronder men moet werken verre van optimaal zijn en men plannen van aanpak keer op keer op de lange baan geschoven zag worden, en anderzijds het ontbreken van leiderschap en voorbeeldgedrag.

Zo wordt voor aanvang van de operatie geen Time-out procedure uitgevoerd om met elkaar na te gaan of aan alle voorwaarden voor het beginnen van anesthesie en operatie is voldaan. De inspectie acht het noodzakelijk dat de kritische punten kort voor de operatie gezamenlijk, dus ook met betrokkenheid van de chirurg worden gecheckt op juistheid.

In de IJsselmeerziekenhuizen is veel inspanning nodig om een professionele ziekenhuis-cultuur te ontwikkelen.

De Raad van Bestuur is hiervoor leidend en verantwoordelijk.

De Raad van Toezicht dient daarbij altijd 'in control' te zijn door met de Raad van Bestuur afspraken vast te leggen welke informatie over de zorgverlening periodiek en structureel en zo nodig incidentieel aan de Raad van Toezicht moet worden verstrekt. Daarnaast dient de Raad van Toezicht zich ervan te vergewissen dat zij tijdig en adequaat wordt geïnformeerde.

De medische staf dient hierbij eveneens zijn verantwoordelijkheid te nemen, enerzijds door alleen patiënten te behandelen indien zij zich verzekerd hebben dat dit veilig kan gebeuren, en anderzijds door ook zelf de infectiepreventierichtlijnen na te komen. Bij dit laatste moeten zij zich realiseren dat zij hierbij een voorbeeldfunctie vervullen voor de ziekenhuismedewerkers.

De inspectie heeft het vereiste kwaliteitsdenken niet aangetroffen en is van oordeel dat - nog afgezien van haar oordeel over de luchtbehandeling - de geleverde zorg op de OK's van Lelystad en Emmeloord niet veilig is en daarom niet verantwoord.

3.4 Medische technologie onveilig toegepast

Preventief onderhoud moet afgestemd zijn met de gebruiker en ook voor de gebruiker navolgbaar zijn. Het moet voor de gebruikers, waaronder medisch specialisten en OK-medewerkers, duidelijk zijn dat de medische apparatuur, die zij gebruiken in de patiëntenzorg veilig kan worden toegepast. Immers ook de gebruikers hebben hier een expliciete verantwoordelijkheid. Hierover dienen ook tussen de Raad van Bestuur en de medische staf expliciete afspraken gemaakt te worden. In de IJsselmeerziekenhuizen is een deel van de apparatuur niet gestickerd. Daar waar wel stickers zijn, nemen zij hun verantwoordelijkheid niet. Zij hebben niet opgemerkt dat de uiterste gebruiksdatum van bepaalde apparaten was verstreken. Als apparatuur niet aantoonbaar veilig is, mag deze niet gebruikt worden in de patiëntenzorg.

3.5 Vervaldata niet bekeken

Hoewel iedereen zich bewust is van de gelimiteerde houdbaarheid van medische hulpmiddelen en medicatie, blijkt dit niet een vast onderdeel van controle. In de werkprocessen op de OK moet plaats zijn voor periodieke controle op uiterste gebruiksdatum. Alleen controle op het moment van gebruik is daarbij onvoldoende. De veilige toepassing van medicatie rechtvaardigt check en dubbelcheck: in rustige tijden de voorraad controleren en tijdens het toepassen de te gebruiken middelen beschouwen. Periodieke controle op de voorraad voorkomt schrik (en paniek) tijdens het werkproces. Het gedrag en de cultuur moeten erop gericht zijn om maximale veiligheid voor patiënten te creëren.

3.6 Antibioticabeleid niet in lijn met de landelijke afspraken

In de Nederlandse ziekenhuizen hanteert men een restrictief antibioticabeleid, dat - zo blijkt uit eerder onderzoek van de inspectie - in het algemeen goed wordt nageleefd. De Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid stelt hiervoor de landelijke professionele standaarden op. Op basis van de landelijke standaarden en de resistenties die bekend zijn uit de microbiologische diagnostiek van een ziekenhuis kan een 'maatwerk' antibioticiformularium worden bijgesteld. Dat houdt in dat de antibiotica van eerste keus voor zowel behandeling als profylaxe kunnen verschillen per ziekenhuis. Het restrictieve antibioticabeleid in Nederland heeft er mede toe bij gedragen dat (ziekenhuis) infecties met resistente micro-organismen nog zeldzaam zijn.

De IJsselmeerziekenhuizen hebben geen gedragen antibioticabeleid. Het formularium is nimmer geëvalueerd op basis van de gegevens uit de microbiologische diagnostiek van de IJsselmeerziekenhuizen. Daarnaast hebben de medisch specialisten zonder het raadplegen van de arts-microbioloog een 'formularium' voor antibioticaprofylaxe opgesteld op 2 A4-tjes. Dit 'formularium' voldoet echter niet aan de eisen: het is niet ingreepspecifiek maar eerder specialistenspecifiek.

De inspectie is van oordeel dat er een antibioticabeleid dient te komen volgens de state of the art en de beschikbare informatie uit de microbiologische diagnostiek, dat door alle specialisten aantoonbaar wordt nageleefd.

3.7 Resultaten tonen

De inspectie verwacht dat alle ziekenhuizen systematisch hun postoperatieve wondinfecties meten. Daarom is meting hiervan via deelname aan PREZIES, het landelijk gevalideerde systeem voor meting, verwerking en rapportage van infecties, ook een van de indicatoren in de 'Basisset indicatoren ziekenhuizen' van de inspectie. Zonder meting van resultaten en zeker van ongewenste uitkomsten is niet bekend of de kwaliteit en veiligheid van de zorg conform verwachtingen is en kan er ook niet zo nodig (tijdig) worden bijgestuurd: het kwaliteitssysteem is dan niet gesloten, in die zin dat door ontbreken van feedbackinformatie verbeteringsnoodzaak niet kan worden herkend.

Het is duidelijk dat er in de IJsselmeerziekenhuizen aanzienlijke verbeteringen aan techniek en cultuur noodzakelijk zijn. Dit zal veel inspanning en moeite van iedereen kosten. In zo'n omslag is het goed de resultaten van alle inspanningen zichtbaar te maken. Surveillance van postoperatieve wondinfecties via PREZIES kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

4 Conclusies

De bevindingen van de inspectie op beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen zijn zeer ernstig. Er wordt noch met betrekking tot de luchtbehandeling op beide locaties, noch ten aanzien van maatregelen en gedrag om infecties te voorkómen, voldaan aan de minimaal te stellen eisen. Deze eisen zijn essentieel op een operatiekamercomplex om de veiligheid van de uiterst kwetsbare patiëntengroep die wordt geopereerd te kunnen garanderen.

Dit leidt tot de conclusie dat de IJsselmeerziekenhuizen de artikelen 2, 3 en 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet of in onvoldoende mate naleven, waardoor er direct gevaar ontstaat voor de patiëntenzorg.

Het is niet aanvaardbaar dat het bestuur van het ziekenhuis, dat op de hoogte was van deze ernstige problematiek geen actie heeft ondernomen, noch ten aanzien van de luchtbehandeling, noch ten aanzien van het regelen en nakomen van gedrag gericht op infectiepreventie. Essentiële informatie werd de intern verantwoordelijken onthouden. Naar het oordeel van de inspectie worden deze verantwoordelijken, die de problematiek aantoonbaar aan het Bestuur hebben gemeld, door deze opstelling van het Bestuur machteloos gemaakt in de afhankelijke positie die zij hebben ten opzichte van het bestuur. Dit eventuele excuus kan niet gelden voor de medisch specialisten.

De medisch specialisten die eveneens op de hoogte waren van de problematiek hebben hierin geen aanleiding gezien om - vanuit de verantwoordelijkheid voor hun patiënten - duidelijk te maken dat zij op deze wijze geen verantwoorde patiëntenzorg kunnen bieden. Dit geldt a fortiori voor de snijdend specialisten die bij operaties gebruik maken van implantaten. De consequenties van mogelijke wondinfecties kunnen juist bij deze categorie patiënten zeer ernstig zijn. De inspectie meent dat deze handelwijze van de medisch specialisten en het stafbestuur niet acceptabel is.

In het kort is het volgende geconstateerd:

- Het ziekenhuis voldoet zowel bouwtechnisch als qua kwaliteitssysteem niet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.
- De luchtbehandeling voldoet niet aan de eisen van een mengend luchtbehandelingssysteem.
- Er is geen kwaliteitssysteem binnen het OK-complex.
- De handelwijze van alle werkers op het OK-complex is onvoldoende in lijn met de richtlijnen van de WIP.
- De richtlijnen van de WIP zijn niet vertaald naar ziekenhuisprotocollen.
- Het preventief onderhoud van medische apparatuur en de visualisatie daarvan voor de gebruiker is niet op orde.
- De logistiek van steriele medische hulpmiddelen is niet in lijn met de wet- en regelgeving. Er zijn verlopen materialen aangetroffen en instrumenten in onjuiste verpakking.
- Men controleert medicatie onvoldoende op de uiterste gebruiksdatum. Er is verlopen medicatie aangetroffen.
- Het antibioticabeleid is geen resultante van de landelijke professionele standaarden. De arts-microbioloog is niet op de hoogte van het '2A4-tjes' document en het '2A4-tjes' document is niet ingreep- maar specialist-specifiek.
- Het ziekenhuis kan geen gegevens leveren voor de prestatie-indicator surveillance ziekenhuisinfecties.

Op grond van bovenstaande acht de inspectie het noodzakelijk dat beide operatiekamercomplexen buiten gebruik worden gesteld, in ieder geval totdat zij - ook naar het oordeel van de inspectie - voldoen aan de minimaal te stellen eisen voor lucht-

behandeling die een verantwoorde en veilige zorg aan operatiepatiënten moeten garanderen.

Wanneer een of beide operatiekamercomplexen weer aantoonbaar voldoen aan de geldende eisen, zal de inspectie ook beoordelen of er voldoende vertrouwen is dat de infectiepreventierichtlijnen door medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers voldoende kunnen en zullen worden toegepast. Dezelfde eisen gelden ook wanneer het ziekenhuis zou besluiten tijdelijke OK-units op het ziekenhuisterrein te stationeren. Ook in deze units zal veilig gewerkt moeten (kunnen) worden.

4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 november 2008 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij IJsselmeerziekenhuizen gaat verbeteren. De inspectie gaat ervan uit dat u die tijd nodig heeft om met een gedegen plan te komen. De inspectie gaat er vanuit dat zowel hoofdstuk 2 als hoofdstuk 3 u voldoende handvatten biedt om te komen tot verbeteringen en concrete acties. In dit plan van aanpak staat in elk geval helder omschreven:

- Wat u wilt bereiken (beoogde effecten)
- Wat hiervoor nodig is (uit te voeren activiteiten)
- Wanneer wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning)
- Hoe u regelt dat nakoming van de gemaakte afspraken periodiek wordt getoetst en dat de resultaten worden gerapporteerd aan de leiding van het OK-complex, de medische staf en de Raad van Bestuur.

In ieder geval moeten onderstaande onderdelen in het plan van aanpak benoemd zijn (4.2 - 4.8).

4.2 OK-lucht eerst beheersen, dan weer opereren

Er dient een *'beheersplan OK-lucht'* te zijn per locatie, met onder meer aandacht voor: de kwaliteit van de ingeblazen lucht, het ventilatievoud, de overdruk, de vervuiling en de reiniging. Dit alles op basis van professionele standaarden (beheersplan luchtbehandeling voor de operatieafdeling, maart 2005, en richtlijnen WIP) alvorens weer te opereren, dit naast andere voorwaarden voor verantwoorde zorg. Er wordt afgesproken welke ingrepen bij welk niveau van luchtbehandeling kunnen worden uitgevoerd.

4.3 Infectiepreventiemaatregelen in lijn met de richtlijnen van de WIP en andere professionele standaarden

De infectiepreventiemaatregelen moeten in lijn zijn met wetgeving en professionele standaarden:

- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Richtlijn WIP, preventie postoperatieve wondinfecties, mei 2006.
- Richtlijn WIP, omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen.

Er dient commitment voor het naleven van de maatregelen te zijn bij alle werkers (verpleegkundigen, medici, paramedici) op de OK.

Er moet maandelijks een audit op de OK plaatsvinden, waarvan de resultaten besproken worden met de OK-staf, de medische staf en de Raad van Bestuur. De frequentie van het doen van een dergelijke audit kan na een jaar verminderd worden wanneer blijkt dat de resultaten blijvend voldoen aan de noodzakelijke standaarden.

4.4 Medische hulpmiddelen op orde

Er zijn geen verlopen medische hulpmiddelen meer op het OK-complex en er is een toetsbaar systeem om de hulpmiddelen periodiek en bij gebruik te controleren op de uiterste gebruiksdatum.

OK-instrumentarium wordt op een verantwoorde wijze verpakt voor sterilisatie.

4.5 Medicatie op orde

Er is geen verlopen medicatie meer op het OK complex en er is een toetsbaar systeem om de medicatie periodiek en bij gebruik te controleren op de uiterste gebruiksdatum. Er is een verantwoord systeem voor het klaarmaken van medicatie.

4.6 Onderhoud medische apparatuur op orde

Op medisch apparatuur is zichtbaar wanneer preventief onderzoek noodzakelijk is. Er is een logboek onderhoudsstatus beschikbaar van de medische apparatuur.

4.7 Resultaten van surveillance bespreken met de staf van de OK

Er wordt een surveillance gestart van één of twee meest voorkomende ingrepen via PREZIES per locatie. Elke POWI wordt besproken met de OK-staf. Na elke 100 ingrepen worden de gegevens geanalyseerd ten behoeve van de OK-staf, de medische staf en de Raad van Bestuur.

4.8 Antibioticabeleid formuleren

Het antibioticabeleid met formularium moet in lijn komen met de richtlijnen van de SWAB.

4.9 Preventie iatrogene HBV

De maatregelen in lijn met de richtlijn preventie iatrogene HBV van het LCI (zie www.rivm.nl) moeten weer ingevoerd worden.

BIJLAGE 1 Items en bevindingen observaties

Eénmaal te scoren criteria Observatiepunt	Ziekenhuis:		IJsselmeerziekenhuizen		A. Kledinggedrag op OK-complex	
	Onvoldoende score	Matig score	Voldoende score	Goed score	Totaal	Opmerking en
1. OK-kleding: Draagt iedereen binnen het OK-complex OK-kleding (hes met korte mouwen met afsluitende manchetten en broek met manchetten, danwel overall met dezelfde eigenschappen), zonder eigen kleding zichtbaar?	> 1	1		0	Onvoldoende Matig Voldoende Goed	✓
2. Schoeisel: Medewerkers hebben speciaal (glad, reinigbaar en zonder veters) schoeisel -> geen schoenhoesjes	> 1	1		0	Onvoldoende Matig Voldoende Goed	Men draagt onvoldoende reinigbaar schoeisel. Gastklompen waren niet schoon.
3. Mondneusmaskers Op het OK-complex hangen mondneusmaskers om de nek van de medewerkers	Ja > 5	2-5	1	Nee, 0	Onvoldoende Matig Voldoende Goed	Niet altijd nieuw masker voor elke ok. Eén medewerker knipte de onderste touwtjes af?

Observatielijst

B. Ontvangst op OK-complex

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerking		
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed			
4. Toezicht Op 3 momenten minimaal een half uur verschil gemeten		Er is niet continu 1 persoon aanwezig		Er is niet continu 1 persoon aanwezig binnen gehoor- en gebaar afstand		Er is continu minimaal 1 persoon aanwezig in dezelfde ruimte, maar niet altijd binnen gehoor- en gebaarafstand	√	Er is continu minimaal 1 persoon aanwezig in dezelfde ruimte, binnen gehoor- en gebaarafstand		Onvoldoende					
5. Ontvangstruimte		Ontvangst ruimte is doorgangs- en/of voorraad ruimte	√					Rustige aparte ruimte zonder doorgang en voorraad functie		Onvoldoende	√			Holdings en verkeerver in één. Doorgang voor andere ruimten.	
										Matig					
										Voldoende					
										Goed					

C. Opslag steriele materialen en geneesmiddelen op OK-complex

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerking en	
	score		score		score		score		Onvoldoende	E		
6. Kleinste kopmaat heupprothese is op voorraad en datum niet verlopen. Medische hulpmiddelen.	E	Nee						Ja				In Emmeloord zijn medische hulpmiddelen aangetroffen waarvan de uiterste gebruiksdatum was gepasseerd.
7. Steriele medische hulpmiddelen verantwoord opgeslagen: - korven - voorraad geordend - voorraad gesorteerd - voorraad gelabeld - FIFO (jongste datum achter) <i>Totaal van drie beoordelingen</i>		Voorraad is niet gelabeld	√	3 punten aanwezig, voorraad gelabeld is vereiste.		1 van de punten niet aanwezig, voorraad gelabeld is vereiste.		Alle vijf de punten zijn aanwezig		√		In Emmeloord zijn sommige materialen te properig opgeslagen. Niet altijd FIFO.
8. Geen verlopen geneesmiddelen op complex Aan AM wordt gevraagd welk middel minst gebruikt wordt. Verlopen ja/nee	√	Ja						Nee		√		
									Onvoldoende			
									Matig			
									Voldoende			
									Goed			

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerking en	
	Nee	score	score	score	score	score	Ja	score	Onvoldoende	Matig		Goed
9. Van OK in gebruik wordt luchtdruk gemeten in OK en aangrenzende ruimte(n) bij gesloten deuren.	Nee	√					Ja		Onvoldoende	√		De luchtdruk op de operatiekamer kan niet worden afgelezen op de operatiekamer. Over de alarmering werd geen duidelijkheid verkregen. Bij navraag bleek 5 pascal overdruk niet mogelijk.
							Aantal pascal: OK: Aangrenz. ruimte:		Matig			
									Voldoende			
									Goed			
10. Elke deur in of naar OK is een schuifdeur	Nee						Ja	√	Onvoldoende			
									Matig			
									Voldoende			
									Goed	√		
11. Voldoende reserveapparatuur	Geen reserve anesthesie-unit	√					Reserve anesthesie-unit met aantoonbaar doorlopen start-up check niet ouder dan vorige dag stand by		Onvoldoende	√		Er zijn wel reserve beademings toestellen en een oxylog.
							Er is een reserve anesthesie-unit maar er is geen zicht op de directe inzetbaarheid daarvan		Matig			
							Reserve anesthesie-unit met aantoonbaar doorlopen start-up check niet ouder dan vorige dag stand by		Voldoende			
							Er is een reserve anesthesie-unit met aantoonbaar doorlopen start-up check van vandaag stand by		Goed			
12. Gebruik snelautoclaaf op OK-complex door OK-medewerker	Kennelijk onvoorbereid gebruik van een ongevalideerde en/of niet onderhouden snelautoclaaf						Gevalideerde snelautoclaaf maar geen gebruiksvoorschrift	√	Onvoldoende			
							Er is een onderhouden, gevalideerde snelautoclaaf met zichtbaar gebruiksvoorschrift		Matig			
							Er is geen snelautoclaaf		Voldoende			
									Goed	√		

D. Op de operatiekamer

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerkingen
	score		score		score		score		score		
3. Instelling Diathermieapparatuur	Bleek onvoldoende, hulp van buiten nodig om te corrigeren.		Bleek onvoldoende, kon niet goed gecorrigeerd worden/ duurde lang.	√	Bleek onvoldoende, kon direct gecorrigeerd worden.		Werd voor gebruik gecommuniceerd met operateur		Onvoldoende		Tijdens operatie in Emmeloord nog aangesloten. Dit ging rommelig met veel snoer tegen benen.
14. Anesthesie-unit; functionele check?	Nee						Ja	√	Onvoldoende		
15. Onderhoudstatus is kenbaar voor: anesthesie-unit diathermieapparaat afzuigunit	Onderhoud status voor 1 van de apparaten niet eenvoudig kenbaar voor gebruiker	√	Alle app. hebben sticker (of onmiddellijk traceerbare aantekening) met datum laatste onderhoud		Alle app. hebben sticker (of onmiddellijk traceerbare aantekening) met datum volgend onderhoud		Alle app. hebben sticker (of onmiddellijk traceerbare aantekening) met datum volgend onderhoud + onderhouds logboek op complex beschikbaar		Onvoldoende	√	De sticker op het anestetisch gaat uit van 1x/jaar, terwijl de anesthesie ass 2x/jaar aangeeft. verder niet alle app gestickerd
									Matig		
									Voldoende		
									Goed	√	

Observatielijst

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed	score	Totaal				Opmerkingen
	score		score		score				Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
16. Van OK in gebruik wordt luchtdruk gemeten in OK en aangrenzende ruimte(n) bij gesloten deuren.	Nee	√					Ja		Onvoldoende	√			
							Aantal pascal: OK:		Matig				
							Aangrenz. ruimte:		Voldoende				
									Goed				
17. Afzuigapparatuur: Controle of afzuigapparatuur goed werkt.	Nee						Ja	√	Onvoldoende				
									Matig				
									Voldoende				
									Goed	√			
18. Geen verlopen geneesmiddelen op operatiekamer Aan AM wordt gevraagd welk middel minst gebruikt wordt. Verlopen: nee	Ja	√					Nee		Onvoldoende	√			
									Matig				
									Voldoende				
									Goed				
19. Wat voor luchtsysteem is er: mengend of verdringend?							Mengend, er is geen plenum	√	Onvoldoende	√			Op één OK een onvoldoende
							Verdringend systeem, dus er is een plenum.		Matig				Werkend plenum.
									Voldoende				Het mengend systeem werkt onvoldoende
									Goed				volgens externe in L volgens interne in E

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerkingen	
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed		
20. Temperatuur al dan niet regelbaar op operatiekamer	✓	Ja, onafhankelijk regelbaar op operatiekamer					Vast instelling, andere instelling alleen via centraal mogelijk in bijzondere gevallen		✓	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
21. Blaast koelingslucht van apparatuur richting operatiegebied?	✓	Ja					Nee		✓	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
22. Zijn de lucht- afvoerroosters geblokkeerd? (binnen 1 stap van rooster)	✓	ja					nee		✓	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
23. Is OK-lamp een obstakel	✓	ja					nee		✓	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerkingen	
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed		
24. Zijn er ramen in de buitengevel van de OK? verder info later bij het gesprek		Ja, enkelglas		Ja, dubbelglas		√		Nee of ja, driedubbel glas		Onvoldoende				
40. Anesthesiologie Voorbereiding door anesthesiemedewerker		Apparatuur en ventilatie-middelen worden niet nagelopen		Of apparatuur of ventilatie-middelen worden niet nagelopen		√		Voor deze onderdelen is een checklist en deze is verificerbaar nagelopen (voor elke operatie)		Onvoldoende				
- apparatuur instellen										Matig				
- ventilatiemiddelen										Voldoende	√			
- checklist/verificerbaar										Goed				

Voor 5 patiënten te scoren criteria

Op Ok-complex

A. Ontvangst op OK-complex	Voldoende				Matig				Onvoldoende				Totaal *	Opmerking
	Ja		score		Ja		score		Nee		score			
25. Overdracht: 1. identificatie patiënt	Ja				Ja				Nee				Onvoldoende	
			score				score				score		Matig	
													Voldoende	
													Goed	✓
26. Overdracht: 2. dossieroverdracht	Ja				Ja				Nee				Onvoldoende	
			score				score				score		Matig	
													Voldoende	
													Goed	✓
27. Overdracht: 3. Wel/niet nuchter wordt gemeld	Ja				Ja				Nee				Onvoldoende	
			score				score				score		Matig	
													Voldoende	
													Goed	✓

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerking
	Nee	score	Alleen voorstellen	score	Voorstellen plus ingreep bespreken	score	Voorstellen, ingreep, gezondheidsveranderingen.	score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
28. Heeft de nuchter opgenomen patiënt voor operatie nog contact met chirurg? Dwz. voorstellen, ingreep bespreken en vragen naar eventuele bijzonderheden/gezondheidsveranderingen? Is patiënt op observatiedag opgenomen? Zo ja, is er contact met chirurg geweest in holding/sluis/ ontvangstruimte? Zo nee, geen observatie -> nvt								✓					Gynaecoloog spreekt uitgebreid met patient. Verificatie situatie. Voor eventuele vragen.
								✓					
								✓					
												✓	
29. Draagt patiënt een identificatiebandje?	Nee						Ja	✓	Onvoldoende				
								✓	Matig				
								✓	Voldoende				
									Goed			✓	

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerking
	score		score		score		score		score		
30. Patiëntenidentificatie door ophaler.	Geen of onvoldoende controle				Ophaler controleert naam plus geboortedatum patiënt, zicht-of hoorbaar	✓		Ophaler controleert naam plus geboorte-datum patiënt, zicht-of hoorbaar. Met behulp van checklisten.	✓	Onvoldoende Matig Voldoende Goed	Advies: aan patiënt naam, geboortedatum, ingreep vragen; niet met ja/nee laten antwoorden. Checklist wordt alleen gebruikt voor paraferen.
31. Zorg voor patiënt met sedatie en/of regionale anesthesie. Tijdens transport bedekken omhoog.	Nee						Ja		✓	Onvoldoende Matig Voldoende Goed	

Op de operatiekamer

C. Inleiding en start OK

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerking
	score		score		score		score		score		
32. Sieraden: Draagt men polshorloges of sieraden aan handen en onderarmen?	Ja, meerdere (> 2)		Ja (1 of 2). Men spreekt elkaar er niet op aan	✓	Ja (1 of 2). Men spreekt elkaar er wel op aan.		Nee		Onvoldoende Matig Voldoende Goed	✓	Anesthesioloog en een verpleegster (L) dragen horloges en een ring.

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerking	
	score	score	score	score	score	score	score	score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed		
33. Handenwas ruimte Pre-operatief handen wassen/desinfectie Wast en desinfecteert men de handen pre-operatief volgens aangegeven voorschrift(en)	Er is geen voorschrift in de wasruimte.	L	Er is een voorschrift in de was ruimte. Enkele personen wijken van het voor schrift af (1 of 2). Men spreekt el kaar er niet op aan.	E	Er is een voorschrift in de was ruimte. Enkele personen wijken van het voor schrift af (1 of 2). Men spreekt elkaar er wel op aan.	Er is een voorschrift in de wasruimte. Iedereen volgt dit.							√	Het voorschrift in Emmeloord is uit 2002
34. Iedereen heeft de haren inclusief bakkebaarden, baarden en snorren afgedekt.	nee (> 1)	√	Niet altijd, 1 persoon per ingreep Men spreekt elkaar er niet op aan		Niet altijd, 1 persoon per ingreep Men spreekt elkaar er op aan en verbetert	Ja							√	
35. Tijdens de operatie draagt iedereen een mondneus masker die mond en neus bedekt. Zo niet, wie niet? (noteren bij opmerkingen)	nee (> 1)		Niet altijd, 1 persoon per ingreep Men spreekt elkaar er niet op aan	√	Niet altijd, 1 persoon per ingreep Men spreekt elkaar er op aan en verbetert	Ja								In Emmeloord draagt men de maskers niet altijd op de juiste wijze. Eén medewerker knipte de onderste touwlijes af.

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal		Opmerking		
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig		Voldoende	Goed
36. Op de operatiekamer Aantal keren deur open van incisie tot sluiten wond Ingriep 1 = > 20 Duur ingriepminuten Ingriep 2 = 6 Duur ingriep: minuten Ingriep 3 = > 20 Duur ingriep: minuten Ingriep 4 = Duur ingriep: minuten Ingriep 5 = Duur ingriep:minuten	> 5	✓	3-5		2		0		Onvoldoende	✓			
		✓							Matig				
		✓							Voldoende				
		✓							Goed				
37. In de operatiekamer Aantal personen op de OK, maximaal aantal personen op OK:personenpersonenpersonenpersonenpersonen								✓	Onvoldoende			Normale bezetting Geen afspraken	
									Matig				
									Voldoende	✓			
									Goed				
38. In de operatiekamer "Vergeten" of aanvullend materiaal vraagt men via intercom									Onvoldoende				
									Matig	✓			
									Voldoende				
									Goed				

D. Start OK

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerking
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	
39. (Over)plaatsing op OK-tafel. Anti-decubitus maatregelen: patiënt (met anesthesie) ligt met buitenkant knie en elleboog- binnenzijde niet op harde ondergrond.	Nee		Ja		Ja, goed gepositioneerd gelkussentje	✓			Onvoldoende				
									Matig				
									Voldoende			✓	
									Goed				
41. Injectiespuiten Spuiten zijn eénduidig gelabeld.	Nee				Ja	✓			Onvoldoende				Geen tijdstip Voor bijna hele dag op voorraad.
									Matig				
									Voldoende		✓		
									Goed				
42. Injectiespuiten: er vindt een dubbelcheck plaats op soort, wijze van toediening, sterkte en dosering.	Nee	✓	Ja		Ja, schriftelijk vastgelegd				Onvoldoende		✓		
		✓							Matig				
									Voldoende				
									Goed				
43. Op anesthesiekar: Flacon met naald	Ja	L			Nee				Onvoldoende		✓		
									Matig				
									Voldoende				
									Goed				

Observatiepunt	score				Totaal	Opmerking
	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed		
44. Anesthesievorm wordt geverifieerd (komt overeen met afgesprokene) met de patiënt (tenzij patiënt gesedeerd is, = nvt)	Nee			Ja	Onvoldoende	
					Matig	
					Voldoende	
					Goed	✓
45. Controle door anesthesioloog van medicatie. De anesthesioloog moet de door hem toegepaste medicatie controleren	Bij het toedienen van de medicatie door de anesthesioloog controleert hij dit zelf niet meer.	✓		Anesthesioloog controleert alle door hem toegepaste medicatie	Onvoldoende	✓
					Matig	
					Voldoende	
					Goed	
46. Er is een formele time out procedure. D.w.z. voor inleiding wordt vastgesteld dat men het eens is over ingreep, zijde en patiënt, evt. antibioticaprofylaxe	Er is geen time out procedure	✓		Er is een time out procedure en deze wordt ook voor elke operatie toegepast.	Onvoldoende	✓
		✓			Matig	
		✓			Voldoende	
		✓			Goed	
47. Indien epiduraal catheter dan filter erop?	Nee			Ja	Onvoldoende	✓
					Matig	
					Voldoende	
					Goed	

48. Bereikbaarheid anesthesioloog	Moet 2 keer opgeroepen worden	✓	Duurt langer dan 5 minuten	Via sein of mobiel, komt direct	✓	Via intercom, komt direct	✓	<table border="1"> <tr><td>Onvoldoende</td><td>✓</td></tr> <tr><td>Matig</td><td></td></tr> <tr><td>Voldoende</td><td></td></tr> <tr><td>Goed</td><td></td></tr> </table>	Onvoldoende	✓	Matig		Voldoende		Goed		Kwam in L tijdens VUE helemaal niet; anesthesiemedewerker wilde mevrouw intuberen.
Onvoldoende	✓																
Matig																	
Voldoende																	
Goed																	
49. Afdekprocedure (papier of linnengoed?) -Na het drogen van de desinfectans wordt zonder onnodig wrappen met doeken het operatiegebied afgedekt. -Doeken worden niet meer van onsteriel naar steriel gebied geschoven. -Niet-steriele handen pakken niet of alleen aan de punten doeken aan. -Fixatie is afdoende	0 van de 4		3 van de 4	4 van de 4	✓	4 van de 4	✓	<table border="1"> <tr><td>Onvoldoende</td><td></td></tr> <tr><td>Matig</td><td></td></tr> <tr><td>Voldoende</td><td></td></tr> <tr><td>Goed</td><td>✓</td></tr> </table>	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed	✓	Soms te snel voordat het droog is.
Onvoldoende																	
Matig																	
Voldoende																	
Goed	✓																

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerking		
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed			
50. Gazen telling, herleidbare telling vooraf en na de operatie: 1. Bij openen van ieder pakje wordt samen geteld en aantal genoteerd 2. Gazen worden na gebruik zo geplaatst dat ze goed geteld kunnen worden 3. Totaal verbruik in aantal en soort wordt gecontroleerd en gecommuniceerd 4. er is een protocol/ registratieformulier en dit wordt gebruikt.	Atwezigheid 1 en/of 3		1 en 3 aanwezig zonder noteren		1 en 3 aanwezig		4 van de 4		√				Onvoldoende		
									√				Matig		
													Voldoende		
													Goed	√	
E. Tijdens operatie															
51. Aflossing personen. Ingroep < 1 uur ('nood-aflossing' niet meegerekend)	- gedurende de gehele operatie zijn > 2 personen afgelost EN/OF - 1 persoon van het 'steriele' team is afgelost		Er is tenminste één persoon van het niet-'steriele' team afgelost				Het gehele team is tijdens de inleiding, operatie en uitleiding niet gewijzigd		√				Onvoldoende		
				√									Matig	√	
				√										Voldoende	
				√										Goed	
52. Overdracht bij aflossing	Er wordt niets of niet inhoudelijk overgedragen		Overdracht behelst alleen: - stand van zaken of - nog uit te voeren opdrachten		Overdracht behelst: - stand van zaken - nog uit te voeren opdrachten		Er wordt volledig overgedragen: - stand van zaken - nog uit te voeren opdrachten - beleid		nvt				Onvoldoende		
				√									Matig	√	
				√										Voldoende	
				√										Goed	

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal			Opmerking			
	score		score		score		score		Onvoldoende	Matig	Voldoende		Goed		
53. Verstoring van buiten	√	Tijdens de gehele operatie zijn er enkele niet patiënt gebonden inmengingen van buiten de OK geweest, via intercom of telefoon of sein (oproep systeem) of via binnen lopende personen		Tijdens de gehele operatie zijn er enkele niet-patiënt gebonden inmengingen van buiten de OK geweest, via intercom of telefoon of sein (oproep systeem)		Tijdens de gehele operatie zijn er geen niet-patiënt gebonden inmengingen van buiten de OK geweest, behalve algemene (niet oproepen anesthesioloog) intercom-oproepen		Tijdens de gehele operatie zijn er geen niet-patiënt gebonden inmengingen van buiten de OK geweest	√				In E ging telefoon de hele tijd		
54. Afstemming anesthesie en operatieteam	√	Tijdens de operatie is er geen afstemming geweest tussen anesthesie team en operatieteam over verloop ingreep en anesthesie		Tijdens de operatie is er afstemming geweest tussen iemand van anesthesie team en lid van operatie team over verloop of anesthesie		Tijdens de operatie is er afstemming geweest tussen anesthesie team en operateur over verloop ingreep of anesthesie		Tijdens de operatie is er duidelijk afstemming tussen anesthesieteam en operateur geweest over verloop ingreep en anesthesie	√				Betrof alleen het bloedverlies bij de score matig.		
	√														

Observatielijst

F. Einde operatie

Observatiepunt	Voldoende				Matig				Goed				Totaal				Opmerkingen				
	Onvoldoende	score	Voldoende	score	Matig	score	Goed	score	Onvoldoende	score	Matig	score	Goed	score	Onvoldoende	score		Matig	score	Goed	score
56. Er vindt afstemming plaats tussen chirurg en anesthesioloog over de nazorg	Nee	✓					Ja								Onvoldoende	✓					
		✓													Matig						
		✓													Voldoende						
		✓													Goed						
57. Beschrijving postoperatief beleid van anesthesioloog en/of AM is leesbaar en herleidbaar (patiëntveiligheid)	Nee						Ja								Onvoldoende						
															Matig						
															Voldoende						
															Goed						✓
58. Totaal aantal instrumenten wordt geteld en gedocumenteerd	Niet geteld						Geteld en gedocumenteerd								Onvoldoende						
															Matig						
							Geteld maar niet gedocumenteerd								Voldoende						✓
															Goed						

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				Opmerkingen	
	Niet geteld	score	score	score	Geteld maar niet gedocumenteerd	score	Geteld en gedocumenteerd	score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed		
59. Totaal aantal naalden wordt geteld en gedocumenteerd									✓					
									✓					
									✓					
		✓											✓	
60. Totale hoeveelheid bloedverlies wordt geschat of gemeten en door bepaler gedocumenteerd of correct overgedragen	Nee								✓					
									✓					
									✓					
61. Anesthesioloog is op operatiekamer aanwezig bij de uitleiding (NVA)	Nee								nvt					
									✓				✓	
									✓					
62. Observatie hypoxie na detubatie (NVA) (saturatiemeting)	Nee								Ja					
									✓					
									✓					
									✓					
									✓				✓	

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal	Opmerkingen
	score		score		score		score			
63. Er staat continu een medewerker naast patiënt tijdens/na uitleiding (patiëntveiligheid)	Nee		Ja, doch wordt afgeleid door andere zaken		Ja, en heeft alle aandacht voor patiënt		Ja		Onvoldoende	
						Matig				
						Voldoende				
						Goed				
64. Er zijn tenminste 2 personen op de operatiekamer zolang patiënt daar aanwezig is (LVO)	Nee								Onvoldoende	
						Matig				
						Voldoende				
						Goed				
65. Patiënt wordt op gestructureerde wijze overgetild door 4 personen (LVO)	Minder dan 4 personen, geen duidelijke regisseur		Met 4 personen doch geen duidelijke regie	4 personen, geregisseerd, doch niet door anesthesie medewerker	Met tenminste 4 personen, duidelijke regie, regisseur (= anesthesiemedewerker) aan het hoofd		Ja		Onvoldoende	
								Matig		
								Voldoende		
								Goed		
66. Patiënt wordt door twee personen vervoerd naar recovery (patiëntveiligheid)	Vervoer door 1 persoon en/of vervoer op OK trolley zonder dat hekken omhoog zijn of patiënt is gefixeerd		Vervoer door 2 personen. Indien vervoer op OK tafel of bed of trolley dan hekken omhoog of patiënt voldoende stabiel gefixeerd		Ja		Ja		Onvoldoende	
						Matig				
						Voldoende				
						Goed				

Observatiepunt	Onvoldoende		Matig		Voldoende		Goed		Totaal				
	Niet	score	Gerangschikt	score	Gerangschikt maar niet gedemonteerd	score	Gerangschikt en gedemonteerd	score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	Opmerkingen
67. Instrumentarium wordt gerangschikt, en gedemonteerd (VDSMH)					✓								
								✓					
											✓		
68. Pakketten voor volgende operatie worden geopend zonder onrustig gedrag op OK (dus pas na reiniging/opruimen vorige operatie, met gesloten deuren)	Nee	✓											
		✓							Onvoldoende				✓
		✓							Matig				
		✓							Voldoende				
									Goed				
									Onvoldoende				Nog vuilnis opruimen
									Matig				Geloop
									Voldoende				Beensteunen
									Goed				

Observatielijst

BIJLAGE 2 Overzicht scores naar aanleiding van de gesprekken en gevraagde documenten

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
1. Patiënt op tijd op de OK	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken.	Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
2. Protocol overdracht verpleegafdeling → operatieafdeling /- kamer	geen vastgelegde afspraken over taken en verantwoordelijkheden bij overdracht.	Matig de bij de overdracht bijbehorende taken zijn bekend (liggen vast) zonder omschreven verantwoordelijkheden.	Voldoende verantwoordelijkheden voor de overdracht met bijbehorende taken liggen vast in een protocol.	Goed Verantwoordelijkheden voor de overdracht met de bijbehorende taken liggen vast in een protocol; dit wordt periodiek getoetst.
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
3. Inhoud overdracht verpleegafdeling → operatiekamer	de inhoud van de overdracht is wellicht omschreven maar mist één of meer van de eerste 5 taken ¹ (onafhankelijk van aanwezigheid checklist).	Matig de inhoud van de overdracht is omschreven; deze omvat tenminste de eerste 5 taken; er is geen checklist.	Voldoende er is geen checklist; de inhoud van de overdracht is omschreven en omvat alle taken; bijzonderheden worden genoteerd.	Goed er is een checklist voor de overdracht van de operatiepatiënt van de verpleegafdeling naar de operatiekamer en deze wordt periodiek getoetst.
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
4. Juiste preoperatieve medicatie op juiste tijd	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken.	Matig Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Voldoende Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Goed Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.

¹ Identiteit, aard ingreep, discipline/operateur, medisch en verpleegkundig dossier, zijdigheidsmarkering

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
5. Tromboseprofylaxe	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken.	Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
6. Ontvangst op OK	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige eisen waar de ontvangst aan moet voldoen.	Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken over de eisen waar de ontvangst aan moet voldoen, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken over de eisen waar de ontvangst aan moet voldoen en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn schriftelijke afspraken over de eisen waar de ontvangst aan moet voldoen, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
7. Opbouw OK-tafel	Voor geen enkele operatie is er een beschrijving van de opbouw van de operatietafel.		Er is een standaardopbouw van de operatietafel en een lijst waarin voor bijzondere operaties de opbouw is vastgelegd of de opbouw staat bij de beschrijving van elke operatie vermeld.	Er is een standaardopbouw van de operatietafel en een lijst waarin voor bijzondere operaties de opbouw is vastgelegd of de opbouw staat bij de beschrijving van elke operatie vermeld. De uitvoering wordt periodiek getoetst.

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
8. Positionering patiënt	Er is geen standaard-beschrijving voor de positie van de patiënt op de OK-tafel	Er is een algemene beschrijving voor de positie van patiënten op de operatietafel; alleen voor bijzondere operatie is er geen beschrijving	Er is een (algemeen) protocol voor positionering van operatiepatiënten met omschreven verantwoordelijkheden, en wordt daarnaast bij elk type operatie beschreven	Er is een protocol voor positionering van operatiepatiënten voor elk type operatie met omschreven verantwoordelijkheden; dit wordt periodiek bijgesteld

Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
9. Inleiding anesthesiologie	<p>Onvoldoende</p> <p>Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken over time-out procedure, controle medicatie, verificatie checklist e.d..</p>	<p>Matig</p> <p>Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Voldoende</p> <p>Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Goed</p> <p>Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.</p>
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
10. Voorbereiding operatie	<p>Onvoldoende</p> <p>Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken, kent de chirurg en anesthesist de patiënt, verificatie checklist apparatuur.</p>	<p>Matig</p> <p>Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Voldoende</p> <p>Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Goed</p> <p>Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.</p>
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
11. Tijdens operatie	<p>Onvoldoende</p> <p>Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken. Communicatie / afstemming binnen het team. Aflossen (deuren) en overdracht.</p>	<p>Matig</p> <p>Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Voldoende</p> <p>Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Goed</p> <p>Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.</p>
Score	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
12. Einde operatie	<p>Onvoldoende</p> <p>Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken. Anesthesist is aanwezig, communicatie over het einde van OK, start uitleiding anesthesioloog, chirurg.</p>	<p>Matig</p> <p>Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Voldoende</p> <p>Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.</p>	<p>Goed</p> <p>Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.</p>

Score	Onvoldoende	Matig	✓	Voldoende	Goed
13. Beschikbaarheid anesthesioloog	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken.	Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.		Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn schriftelijke afspraken, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.
Score	Onvoldoende	Matig	✓	Voldoende	Goed
14. Medische hulpmiddelen en apparatuur	Gebruikers hebben geen idee van hun eigen verantwoordelijkheid voor het omgaan met mhm_app.	Gebruikers verwijzen zonder meer naar instrumentele dienst of CSA of de leverancier		Gebruikers zijn op de hoogte van afspraken over onderhoud (hebben minimaal een beeld van frequenties) en sterilisatie en kunnen zodoende het onderscheid maken tussen wat anderen doen en wat zij zelf nog moeten doen.	Voldoende + gebruikers checken app en mhm die zij ter hand nemen op reproduceerbare wijze; zij zijn getraind en hebben gestructureerd (direct of indirect) informatie-uitwisseling met onderhouders, steriliseerders, hygiënisten
Score	Onvoldoende	Matig	✓	Voldoende	Goed
15. Infectiepreventie	Gesprekspartners zijn niet op de hoogte of er zijn geen eenduidige afspraken over dragerschap of antibioticaprofylaxe.	Er zijn eenduidige mondelinge of schriftelijke afspraken, maar niet iedereen is op de hoogte van deze afspraken.		Er zijn mondelinge of schriftelijke afspraken en iedereen is op de hoogte van deze afspraken.	Er zijn schriftelijke afspraken hoe om te gaan met dragerschap van mdw op OK en antibioticaprofylaxe-protocol is jonger dan 4 jaar volgens SWAB, iedereen is op de hoogte en de afspraken worden geëvalueerd.
Score	Onvoldoende	Matig	✓	Voldoende	Goed
16. Lucht	Er is geen luchtbeheersplan	Er is een luchtbeheersplan, maar niet iedereen is hiervan op de hoogte.		Er is een luchtbeheersplan waarvan enkele sleutelmdw op de hoogte zijn men houdt ad hoc in de gaten of de ruimtedrukken nog kloppen.	Voldoende , echter er zijn verantwoordelijken aangewezen om gestructureerd ruimtedrukken te controleren.

BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties**a. Scores van alle bevindingen**

<i>goed</i>	Voor alle criteria werd 'voldoende' gescoord
<i>voldoende</i>	Voor de meeste criteria werd 'voldoende' gescoord
<i>matig</i>	Voor één van de criteria werd onvoldoende gescoord of er werd merendeels 'matig' gescoord
<i>onvoldoende</i>	Voor de (meeste) criteria werd onvoldoende gescoord

BIJLAGE 4 Documentenoverzicht

- Rapport Royal Haskoning van 19 maart 2008
- Notitie “Verbouwing OK Lelystad” aan leden RvB vergadering, 28 juli 2008 van de manager OK/acuut/ambulant (interim)
- Memo van 5 september 2008 “stappenplan uitbreiding recovery en renovatie OK” hoofd bedrijfsbureau IJsselmeerziekenhuizen.
- Auditrapport Operatieafdeling – In het kader van het project Kwaliteitssysteem van 26 maart 2008 door intern auditteam.
- Infectiepreventiebeleid IJsselmeerziekenhuizen, Stand van zaken, oktober 2007, ziekenhuishygiënist
- Patiëntproces Handboek versie 0 revisie 1 van 16-10-2007
- Infectiepreventie OK-complex Plan van Aanpak Juni 2008 van de interim ziekenhuishygiënist
- Algemeen Protocol Operatieve ingrepen (Dagverpleging), 10-04-2006
- Protocol: patiëntbewaking en –zorg op de recovery, versienummer 1, 18 juli 2008
- Links/rechts protocol pilot, 28 januari 2008
- Overzicht voorbehouden handelingen – in revisie – publicatie datum juni 2008
- Naalden- en disposables tel protocol, versie 1, juni 2008
- Instrumententel protocol, versie 1, juni 2008
- Patiënt oké dan OK, checklist, versie 2, 28-01-2008
- Kledingvoorschrift, verlaten van het operatiecomplex en het binnentreden van de operatieafdeling in de garderobe, geen datum
- Gazentel protocol, juni 2008
- Richtlijnen antibiotica profylaxe 2 A4, laatste update- printdatum? 10-09-2008

