

## Algemene ziekenhuizen (Detailrapport)

<b>Inspectiepunt</b>	
Naam	Universitair Ziekenhuis Gent
Adres	De Pintelaan 185, 9000 Gent

<b>Inrichtende macht</b>	
Naam	Universitair Ziekenhuis Gent
Juridische vorm	OI
Adres	De Pintelaan 185, 9000 Gent

<b>Uitbatingsplaats</b>	
Naam	Universitair Ziekenhuis Gent
Adres	De Pintelaan 185, 9000 Gent

<b>Opdracht</b>	
Nummer	O-2013-MAPU-0345
Datum	7/05/2013
Inspecteur(s)	Koenraad Fierens Michaëla Daelemans Tom Wylin Kurt Lievens Katleen De Ceulaer

<b>Verslag</b>	
Nummer	V-2013-KOFI-0021
Datum	12/06/2013

<b>Inspectiebezoek</b>	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 11/06/2013 (9:00-15:00)

# Inhoudsopgave

## 1 Inleiding

- 1.1 Inspectiemodel
- 1.2 Leeswijzer voor dit detailrapport
- 1.3 Inspectiebezoek

## 2 Situering

## 3 Operatiekwartier

- 3.1 Situering
- 3.2 Personeel (cluster veilige zorg)
  - 3.2.1 Bestaffing per zaal
  - 3.2.2 Verpleegkundige permanentie
  - 3.2.3 Opleiding verpleegkundigen
  - 3.2.4 Toezicht op patiënten in de ontvangstruimte
- 3.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)
  - 3.3.1 Controle en onderhoud van materiaal
  - 3.3.2 Oproepsysteem
- 3.4 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)
  - 3.4.1 Kledij- en toegangsvoorschriften
  - 3.4.2 Chirurgische handontsmetting
- 3.5 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)
  - 3.5.1 Safe surgery checklist

## 4 Recovery

- 4.1 Situering
- 4.2 Personeel (cluster veilige zorg)
  - 4.2.1 Bestaffing per zaal
  - 4.2.2 Opleiding verpleegkundigen
- 4.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)
  - 4.3.1 Controle en onderhoud van materiaal

## 5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen

- 5.1 Situering
- 5.2 Personeel (cluster veilige zorg)
  - 5.2.1 CSA-verantwoordelijke
  - 5.2.2 Opleiding en vorming medewerkers
- 5.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)
  - 5.3.1 Toestellen
  - 5.3.2 Onvolledige sterilisatiecyclussen
  - 5.3.3 Traceerbaarheid sets
- 5.4 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)
  - 5.4.1 Kledij- en toegangsvoorschriften
  - 5.4.2 Scheiding van zones
  - 5.4.3 Inrichting van de ruimtes
  - 5.4.4 Desinfectie
  - 5.4.5 Transport van materiaal
  - 5.4.6 Steriele berging
  - 5.4.7 Vervaldatum sets

## 6 Zorg doorheen het traject

- 6.1 Situering
- 6.2 Personeel (cluster veilige zorg)
  - 6.2.1 Permanentie chirurgisch dagziekenhuis bachelor verpleegkundige
- 6.3 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)
  - 6.3.1 Handhygiëne
  - 6.3.2 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek
  - 6.3.3 Scheiding tussen reine en onreine zones
  - 6.3.4 Isolatie van MRSA-patiënten
- 6.4 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)
  - 6.4.1 Preoperatieve onderzoeken en toegankelijkheid van dossiers op het operatiekwartier
  - 6.4.2 Preanesthesiecontact
  - 6.4.3 Opvolging parameters patiënt

- 6.4.4 *Veilig transport van patiënten*
- 6.4.5 *Patiëntenidentificatie*
- 6.4.6 *Postoperatief pijnbeleid*
- 6.4.7 *Toediening van bloed en bloedproducten*

**6.5 Continuïteit van zorg (cluster communicatie)**

- 6.5.1 *Handovers van recovery naar afdeling*
- 6.5.2 *Ontslagbrief*
- 6.5.3 *Informatieaanbod op het moment van ontslag*

**6.6 Patiëntenbetrokkenheid (cluster communicatie)**

- 6.6.1 *Informed consent*

**7 Chirurgische zorg voor kinderen**

**7.1 Situering**

**7.2 Personeel (cluster veilige zorg)**

- 7.2.1 *Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren*
- 7.2.2 *Bachelor pediatische verpleegkundige op het chirurgisch dagziekenhuis*

**7.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)**

- 7.3.1 *Kinderen visueel afschermen van volwassen patiënten voor en na de ingreep*

**7.4 Patiëntbetrokkenheid (cluster communicatie)**

- 7.4.1 *Mogelijkheid voor ouders om bij hun kind te blijven zolang het bewust is*

**7.5 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)**

- 7.5.1 *Postoperatief pijnbeleid*

**8 Overzicht van de risico's inzake patiëntveiligheid**

**9 Ernstige risico's inzake patiëntveiligheid waarvoor een nieuwe inspectie zal gebeuren**

# 1 Inleiding

Dit detailrapport biedt u een **overzicht van alle vaststellingen** van Zorginspectie **op deze vestigingsplaats**.

Voor een helikopterzicht op het volledige ziekenhuis, verwijzen we u naar het overzichtsrapport.

## 1.1 Inspectiemodel

Zorginspectie toetst de **zorgpraktijk** in de ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een eisenkader dat te raadplegen is op de website van Zorg en Gezondheid. ([www.zorgengezondheid.be](http://www.zorgengezondheid.be)). Zorginspectie checkt de onderliggende eisen. Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties.

Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie het **chirurgisch zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar:

- het operatiekwartier,
- de centrale sterilisatieafdeling,
- de chirurgische verpleegafdeling en het chirurgisch dagziekenhuis,
- de toediening van bloed en bloedproducten.

Vanuit **patiëntveiligheid en -betrokkenheid** selecteerde Zorginspectie vanuit de eisenkaders een aantal thema's die de leidraad vormen voor de inspectie: personeel, infrastructuur en veilig materiaal, preventie van zorggerelateerde infecties, opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's, continuïteit van zorg, patiëntbetrokkenheid en standaardzorg. Deze **thema's** zult u **per hoofdstuk** terugvinden in dit detailrapport (tenzij een thema binnen een bepaald hoofdstuk niet relevant is) en vindt u gegroepeerd terug in het overzichtsrapport onder de **trajectbrede clusters: hygiëne, veiligheid van zorg en informatiedoorstroming**.

Zorginspectie sluit het detailrapport af met twee hoofdstukken waarin de knelpunten die op de betreffende campus werden vastgesteld, gegroepeerd worden. In het hoofdstuk 8 worden de voornaamste knelpunten in een risicolijst opgesomd. Het is de bedoeling dat het ziekenhuis al deze verbeterpunten opneemt in de interne cyclus van kwaliteitsverbetering. In het negende hoofdstuk worden die knelpunten herhaald die een ernstig risico voor de patiëntveiligheid inhouden (de zogenaamde "rode knipperlichten") en waarvoor Zorginspectie een nieuwe onaangekondigde inspectie (**check 2**) zal uitvoeren. Deze check 2 zal na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) uitgevoerd worden en zal zich richten op het/de vastgestelde risico('s). Indien tijdens check 2 blijkt dat een eerder vastgesteld risico blijft bestaan, wordt een **check 3** gepland opnieuw na een periode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 2). Tijdens dit aangekondigd inspectiebezoek wordt niet enkel gefocust op het eerder vastgestelde risico maar wordt ook het kwaliteitsmanagementsysteem met betrekking tot dit risico bekeken.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie doorgaat. In geval van een 3e check wordt de inspectie wel aangekondigd.

## 1.2 Leeswijzer voor dit detailrapport

Dit rapport bestaat uit 9 hoofdstukken. Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van de instelling (hoofdstuk 2), zijn er **5 hoofdstukken** met daarin per thema de gedane vaststellingen. Iedere vaststelling wordt telkens voorafgegaan door een beschrijving van de gevolgde **werkwijze** om tot de **vaststelling** te komen.

In het 8e hoofdstuk "risicolijst" geeft Zorginspectie dan een opsomming van alle verbeterpunten. Als **grenswaarde** hanteerde Zorginspectie hierbij een minimale grens van 100% indien het gaat om "harde vaststellingen" (vaststellingen op basis van observaties en documenten), indien het gaat om vaststellingen op basis van bevragingen wordt een grens van 80% gebruikt.

Tenslotte wordt in het 9e hoofdstuk "ernstige risico's inzake patiëntveiligheid waarvoor een nieuwe inspectie zal gebeuren" weergegeven of een herinspectie (check 2 of check 3) volgt en op basis van welke vaststellingen (rode knipperlichten).

Zorginspectie werkt met gestandaardiseerde en geüniformiseerde verslagen, wat met zich meebrengt dat de zinnen zo geformuleerd werden dat ze kloppen voor diverse situaties. Dit bemoeilijkt soms de leesbaarheid. Zo wordt vaak zowel het enkel- als het meervoud weergegeven zoals u ziet in volgend voorbeeld: *Op deze vestigingsplaats is/zijn er X operatiekwartier(en)*.

*Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op*

## **1.3 Inspectiebezoek**

Het gaat om check 1 binnen het nalevingstoezicht.

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- chirurgisch dagcentrum (chirurgisch dagziekenhuis)
- de lokalen van de ziekenhuisbloedbank
- de/het operatiekwartier(en):
  - + OK UZ1
  - + OK UZ2
- de recovery('s):
  - + PACU UZ1
  - + PACU UZ2
- de chirurgische verpleegafdeling(en):
  - + 9K12A (reumatologie - orthopedie - abdominale heekunde)
  - + 1K12B (algemene en hepatobiliaire heekunde - gastrointestinale heekunde)
  - + 5K12B (thoracale en vasculaire heekunde - plastische heekunde)
  - + 5K12A (hartchirurgie)
  - + 3K2
  - + Gynaecologie - plastische heekunde
  - + urologie
- de centrale sterilisatieafdeling(en):
  - + CSA UZ 1
  - + CSA UZ 2

## **2 Situering**

Op deze vestigingsplaats heeft het ziekenhuis binnen het chirurgisch zorgtraject volgende erkenningen:

- 401 C bedden
- functie ziekenhuisbloedbank
- functie chirurgisch dagziekenhuis

## **3 Operatiekwartier**

### **3.1 Situering**

Op deze vestigingsplaats is/zijn er 2 operatiekwartier(en):

- OK UZ1 bestaat uit 10 zaal/zalen.  
In dit operatiekwartier worden ook kinderen (< 15 jaar) geopereerd.
- OK UZ2 bestaat uit 17 zaal/zalen.  
In dit operatiekwartier worden ook kinderen (< 15 jaar) geopereerd.

### **3.2 Personeel (cluster veilige zorg)**

#### **3.2.1 Bestaffing per zaal**

##### *3.2.1.1 Omloopverpleegkundigen*

#### **Werkwijze**

- Er werd nagekeken of er in iedere zaal waar ingrepen doorgingen minstens één persoon was aangesteld om de omloopfunctie in te vullen. Verder werd gecontroleerd of de omloop gekwalificeerd was voor deze functie namelijk of deze minstens een verpleegkundige was.

#### **Vaststellingen**

Tijdens de inspectie werden er in OK UZ1 ingrepen uitgevoerd in 7 zaal/zalen. In 7 zaal/zalen was er minstens één omloopverpleegkundige aanwezig.

Er werd(en) 7 omloop/omlopen geteld, 7 omloop/omlopen was/waren minstens verpleegkundige van opleiding.

Tijdens de inspectie werden er in OK UZ2 ingrepen uitgevoerd in 16 zaal/zalen. In 16 zaal/zalen was er

minstens één omloopverpleegkundige aanwezig.

Er werd(en) 16 omloop/omlopen geteld, 16 omloop/omlopen was/waren minstens verpleegkundige van opleiding.

### 3.2.1.2 Medisch toezicht op de patiënt onder algemene narcose

#### **Werkwijze**

- Tijdens de inspectie werd nagegaan of er in iedere zaal waar een patiënt onder algemene narcose was, een anesthesist of ASO in de anesthesie aanwezig was om de patiënt te bewaken. Wanneer een arts-specialist in opleiding instond voor de algemene narcose, werd nagevraagd hoeveel jaren opleiding deze achter de rug had.
- Wanneer er een zaal was waar geen anesthesist of ASO in de anesthesie was tijdens de algemene narcose, werd nagegaan of dit te wijten was aan een urgentie en of er een vervanger werd aangeduid die op dat ogenblik geen andere taken opnam.

#### **Vaststellingen**

In OK UZ1 was er in 7 zaal/zalen een patiënt onder algemene narcose. Er was in 1 zaal/zalen een anesthesist aanwezig.

In 6 zaal/zalen was er een arts-specialist in opleiding (ASO) anesthesie aanwezig.

Het ging om:

- 2 ASO anesthesie eerstejaars
- 1 ASO anesthesie tweedejaars
- 1 ASO anesthesie derdejaars
- 1 ASO anesthesie vierdejaars
- 1 ASO anesthesie vijfdejaars

In OK UZ2 was er in 15 zaal/zalen een patiënt onder algemene narcose. Er was in 3 zaal/zalen een anesthesist aanwezig.

In 12 zaal/zalen was er een arts-specialist in opleiding (ASO) anesthesie aanwezig.

Het ging om:

- 4 ASO anesthesie eerstejaars
- 3 ASO anesthesie tweedejaars
- 1 ASO anesthesie derdejaars
- 1 ASO anesthesie vierdejaars
- 3 ASO anesthesie vijfdejaars

Op deze vestigingsplaats was er tijdens de inspectie bij iedere patiënt onder algemene narcose een anesthesist of ASO in de anesthesie (of een bevoegd vervanger indien de arts weggeroepen was voor een urgentie) in de operatiezaal aanwezig.

### 3.2.2 Verpleegkundige permanentie

#### **Werkwijze**

- Er werd nagegaan of er een verpleegkundige permanentie van twee operatiekwartierverpleegkundigen is voor dringende ingrepen. Er werd nagekeken of deze permanentie nominatief is vastgelegd en alle dagen gedurende 24 uur beschikbaar is.

#### **Vaststellingen**

De verpleegkundige permanentie (24u/24u 7/7) kon aangetoond worden: er zijn steeds minstens twee operatiekwartierverpleegkundigen beschikbaar voor dringende ingrepen.

### 3.2.3 Opleiding verpleegkundigen

#### **Werkwijze**

- Er werd in het operatiekwartier gevraagd of er een inscholingshandleiding en/of inscholingsplan gebruikt wordt voor inscholing van nieuwe medewerkers. Daarnaast werd aan verpleegkundigen die recent op het operatiekwartier waren komen werken, gevraagd of ze een inscholingsdocument gebruikten.

#### **Vaststellingen**

In OK UZ1 beschikt men over een dienstspecifieke inscholingshandleiding voor nieuwe verpleegkundigen.

In OK UZ2 beschikt men over een dienstspecifieke inscholingshandleiding voor nieuwe verpleegkundigen.

### **Werkwijze**

- Er werd aan enkele verpleegkundigen, langer dan 2 jaar werkzaam op het operatiekwartier en het voorbije jaar niet langdurig afwezig, gevraagd naar hun permanente vorming. Er werd gevraagd of zij gedurende het laatste jaar een opleiding gevolgd hebben over specifieke onderwerpen die verband houden met het operatiekwartier. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen interne en externe vorming.

### **Vaststellingen**

Aantal bevroegde verpleegkundigen: 6

Aantal van hen dat het voorbije jaar een vorming gevolgd heeft met een specifiek onderwerp betreffende het operatiekwartier: 6

## **3.2.4 Toezicht op patiënten in de ontvangstruimte**

### **Werkwijze**

- Bij het bezoek aan het operatiekwartier werd nagegaan hoe het toezicht op patiënten georganiseerd wordt. Er werd nagegaan of er iemand toezicht hield als er patiënten in de voorlopige standplaats van het operatiekwartier stonden te wachten. Daarenboven werd nagegaan of dit toezicht gebeurde door iemand met minstens de graad van verpleegkundige indien het ging om gepremediceerde patiënten.

### **Vaststellingen**

Er werd gecontroleerd of er toezicht gehouden wordt op de patiënten die in de ontvangstruimte stonden te wachten van:

- OK UZ1
- OK UZ2

Onder de patiënten die in de ontvangstruimte stonden te wachten, waren er die gepremediceerd waren. Het toezicht op de patiënten werd uitgeoefend door iemand die minstens de graad van verpleegkundige had in:

- OK UZ1
- OK UZ2

## **3.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)**

### **3.3.1 Controle en onderhoud van materiaal**

#### **Werkwijze**

- Er werd gecontroleerd of de anesthesietoestellen en coagulatioestellen op het operatiekwartier regelmatig onderhouden worden. Voor anesthesietoestellen komt dit neer op een onderhoud minstens om de 6 maanden, voor coagulatioestellen om de 12 maanden. Er werd nagegaan of men op het operatiekwartier zicht heeft op de onderhoudsdata van de toestellen, zo niet werden deze gegevens centraal opgevraagd.

#### **Vaststellingen**

De data van laatste controle waren **niet** voor alle gecontroleerde toestellen gekend in het operatiekwartier. Er gebeurde een controle van 6 anesthesietoestel(len).

Van 6 toestel(len) kon de datum van het laatste onderhoud voorgelegd worden.

Van 6 anesthesietoestel(len) viel deze onderhoudsdatum binnen de vooropgestelde termijn. Van 0 anesthesietoestel(len) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 6 en de 12 maanden geleden. Bij 0 anesthesietoestel(len) gebeurde het onderhoud meer dan 12 maanden geleden.

Er gebeurde een controle van 6 coagulatioestel(len).

Van 6 toestel(len) kon de datum van het laatste onderhoud voorgelegd worden.

Van 2 coagulatioestel(len) viel deze onderhoudsdatum binnen de vooropgestelde termijn. Van 4 coagulatioestel(len) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 12 en de 24 maanden geleden. Bij 0 coagulatioestel(len) gebeurde het onderhoud meer dan 24 maanden geleden.

### **3.3.2 Oproepsysteem**

### **Werkwijze**

- Er werd nagegaan of er in de ontvangstruimte van het operatiekwartier een oproepsysteem voorhanden is.

### **Vaststellingen**

Er is een oproepsysteem voorhanden in de ontvangstruimte van:

- OK UZ1
- OK UZ2



## **3.4 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)**

### **3.4.1 Kledij- en toegangsvoorschriften**

#### **Werkwijze**

- Vooraleer zich aan te melden aan de ingang van het operatiekwartier, keek de inspecteur na of de toegang tot het operatiekwartier beveiligd was. Tijdens de rondgang werden ook andere toegangen gecontroleerd.

#### **Vaststellingen**

In volgend operatiekwartier is er een beveiligingssysteem voorzien aan de hoofdingang:

- OK UZ1
- OK UZ2

#### **Werkwijze**

- Er werd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier geobserveerd of er deuren van de operatiezalen bleven open staan terwijl er een ingreep bezig was.

#### **Vaststellingen**

In OK UZ1 werd(en) bij 7 operatiezaal/operatiezalen waar er een ingreep doorging 0 operatiezaal/operatiezalen opgemerkt met openstaande deuren.

In OK UZ2 werd(en) bij 15 operatiezaal/operatiezalen waar er een ingreep doorging 0 operatiezaal/operatiezalen opgemerkt met openstaande deuren.

#### **Werkwijze**

- Het document waarin de kledijvoorschriften beschreven zijn, werd opgevraagd.  
Er werd nagegaan of volgende essentiële elementen in deze richtlijnen zijn opgenomen:
  - specifieke operatiekledij;
  - muts in operatiekwartier;
  - mondneusmasker in operatiezaal vanaf het moment dat het steriel veld open gaat;
  - mondneusmasker na elke operatie vervangen.

#### **Vaststellingen**

Op OK UZ1:

In het document "Infectiepreventie in het operatiekwartier" zijn de kledijvoorschriften terug te vinden. In dit document zijn alle bovenvermelde gecontroleerde elementen i.v.m. kledijvoorschriften aanwezig.

Op OK UZ2:

In het document "Infectiepreventie in het operatiekwartier" zijn de kledijvoorschriften terug te vinden. In dit document zijn alle bovenvermelde gecontroleerde elementen i.v.m. kledijvoorschriften aanwezig.

#### **Werkwijze**

- De kledij van een aantal vaste medewerkers van het operatiekwartier werd tijdens de rondgang geobserveerd. Meer bepaald werd nagekeken of ze specifieke werkkledij droegen, bestaande uit een broek en een vestje met korte mouwen en of ze een muts droegen.
- Een aantal medewerkers die in een operatiezaal bezig waren terwijl een steriel veld geopend was, werden geobserveerd. Er werd van op afstand gekeken of alle aanwezigen een mondneusmasker droegen.

#### **Vaststellingen**

Aantal geobserveerde medewerkers van het operatiekwartier: 20

Aantal die voldeden aan de hierboven vermelde kledijvoorschriften: 16

Bij de medewerker(s) die niet in orde was/waren, werden volgende onregelmatigheden vastgesteld:

- aantal zonder muts: 4

Aantal zalen waarin een steriel veld geopend was: 23

Aantal zalen waarin alle medewerkers een mondneusmasker droegen: 23

#### **Werkwijze**

- De inspecteur beschouwde zichzelf tijdens het bezoek als een occasionele gebruiker van het operatiekwartier. De inspecteur ging op deze manier na of er aangepaste kledij voorzien wordt voor occasionele gebruikers.

### **Vaststellingen**

In OK UZ1 is er aangepaste kledij voorzien voor occasionele gebruikers.

In OK UZ2 is er aangepaste kledij voorzien voor occasionele gebruikers.

Tijdens het bezoek aan OK UZ2 werd een occasionele gebruiker opgemerkt zonder specifieke kledij.

## **3.4.2 Chirurgische handontsmetting**

### **Werkwijze**

- De richtlijnen betreffende chirurgische handontsmetting werden opgevraagd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier. In deze richtlijnen werd nagegaan of volgende onderwerpen vermeld zijn: hygiënische handwassing bij het begin van een shift, het gebruik van handalcohol, de techniek van het inwrijven (rubbing, volgorde, hoeveelheid alcohol, contacttijd) en het opnieuw rubben tussen de ingrepen.

### **Vaststellingen**

Op OK UZ1:

Er zijn specifieke richtlijnen over chirurgische handontsmetting uitgeschreven.

Deze richtlijnen zijn terug te vinden in het document "Chirurgische handontsmetting door frictie".

In dit document zijn alle bovenvermelde gecontroleerde elementen aanwezig.

Op OK UZ2:

Er zijn specifieke richtlijnen over chirurgische handontsmetting uitgeschreven.

Deze richtlijnen zijn terug te vinden in het document "Handhygiëne".

In dit document zijn alle bovenvermelde gecontroleerde elementen aanwezig.

### **Werkwijze**

- Tijdens de rondgang werden de ruimtes waar men aan chirurgische handontsmetting doet, gecontroleerd op volgende aspecten: of de rubruimte aansluitend is aan de operatiezaal, of er een automatische deur is tussen de rubruimte en de operatiezaal en of er een instelbare klok aanwezig is.

### **Vaststellingen**

Er werd(en) 12 rubruimte(s) gecontroleerd, 12 rubruimte(s) voldeed/voldeden aan de 3 gecontroleerde eisen.

### **Werkwijze**

- Er werd tijdens de inspectie in het operatiekwartier gecontroleerd of men steeds de techniek van het rubben hanteert in plaats van het voorbijgestreefde scrubben.

### **Vaststellingen**

Tijdens de inspectie in het operatiekwartier werd(en) 5 medewerker(s) geobserveerd tijdens chirurgische handontsmetting. Hiervan was/waren er 5 die de techniek van rubbing toepaste(n).

Er werd(en) 0 medewerker(s) opgemerkt die de techniek van scrubbing toepaste(n), zonder daarna te rubben.

## **3.5 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)**

### **3.5.1 Safe surgery checklist**

#### **Werkwijze**

- Aan een leidinggevende van het operatiekwartier werd gevraagd of er een safe surgery checklist (SSCL) in gebruik is. Er werd gevraagd hoeveel versies er in gebruik zijn van de safe surgery checklist. Verder werd gevraagd naar de implementatiegraad van het gebruik van de checklist (uitgedrukt in aantal artsen die SSCL gebruikten t.o.v. het totaal aantal artsen die in het operatiekwartier werken).
- De gebruikte safe surgery checklists werden opgevraagd en ingekeken. Er werd nagegaan hoeveel van de 19 vragen die door de WHO vooropgesteld worden, in de checklist vermeld staan.

Indien het om een vraag ging die uit meerdere onderdelen bestond, werd de vraag als aanwezig gescoord ook als niet alle onderdelen van de WHO-vraag in de SSCL van het ziekenhuis opgenomen waren.

- In het operatiekwartier werd de procedure voor het gebruik van de safe surgery checklist opgevraagd. In deze procedure werd nagegaan of een time-out beschreven is (de aanwezigheid van de anesthesist, de chirurg en de instrumenterende verpleegkundige tijdens een time-out én een korte stop vóór het insnijden om de vragen te stellen) en of er een verantwoordelijke is aangeduid voor het invullen van de checklist.

### **Vaststellingen**

In OK UZ1 is er een safe surgery checklist in gebruik.

Deze checklist bevat niet alle, maar wel meer dan 10 van de 19 WHO-vragen.

In OK UZ1 werken 100 artsen.

Uit gesprek blijkt dat 100 artsen gebruik maken van de safe surgery checklist.

In OK UZ2 is er een safe surgery checklist in gebruik.

Deze checklist bevat de 19 WHO-vragen.

In OK UZ2 werken 200 artsen.

Uit gesprek blijkt dat 200 artsen gebruik maken van de safe surgery checklist.

In de procedure van OK UZ1 voor het gebruik van de safe surgery checklist:

- is zowel de aanwezigheid van de anesthesist, de chirurg en de instrumenterende verpleegkundige tijdens de time-out beschreven, als een korte stop vóór het insnijden om de vragen te stellen
- is een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de checklist

In de procedure van OK UZ2 voor het gebruik van de safe surgery checklist:

- is zowel de aanwezigheid van de anesthesist, de chirurg en de instrumenterende verpleegkundige tijdens de time-out beschreven, als een korte stop vóór het insnijden om de vragen te stellen
- is een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de checklist

### **Werkwijze**

- In het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd in een aantal dossiers van patiënten die een electieve ingreep ondergingen de SSCL gecontroleerd. Er werd nagegaan of de checklist in het dossier aanwezig was en of alle vragen van de specifieke checklist ingevuld waren. Als de SSCL niet in het dossier aanwezig was, dan werd deze elders gezocht en gecontroleerd.

### **Vaststellingen**

Er werd(en) in totaal 36 patiënt(en) gecontroleerd. Bij 36 patiënt(en) werd een checklist aangetroffen.

29 checklist(s) was/waren volledig ingevuld.

Er werd vastgesteld dat de checklists niet steeds in het dossier bewaard worden.

De checklists worden centraal bewaard, maar worden vervolgens ingescand, waarna ze raadpleegbaar zijn via het elektronisch patiëntendossier.

## **4 Recovery**

### **4.1 Situering**

Bij OK UZ1 is er:

- PACU UZ1 met 18 posities

Er zijn in dit operatiekwartier voldoende posities voorzien in de recovery. Het aantal posities is minstens 1,5 maal het aantal operatiezalen.

Bij OK UZ2 is er:

- PACU UZ2 met 24 posities

Er zijn in dit operatiekwartier **onvoldoende** posities voorzien in de recovery. Het aantal posities is minder dan 1,5 maal het aantal operatiezalen.

### **4.2 Personeel (cluster veilige zorg)**

#### **4.2.1 Bestaffing per zaal**

### **Werkwijze**

- Er werd nagegaan hoeveel patiënten er aanwezig waren op het drukste moment tijdens de inspectie van de recovery en hoeveel verpleegkundigen er op hetzelfde moment op de recovery aan het werk waren.

### **Vaststellingen**

Op PACU UZ1 (OK UZ1) was/waren er 11 patiënt(en) die postoperatief werd(en) opgevolgd. Op datzelfde ogenblik was/waren er 3 verpleegkundige(n) aan het werk. Aldus werd er niet voldaan aan de eis die stelt dat er minstens 1 verpleegkundige moet zijn per 3 patiënten die herstellen van een anesthesie.

Op PACU UZ2 (OK UZ2) was/waren er 15 patiënt(en) die postoperatief werd(en) opgevolgd. Op datzelfde ogenblik was/waren er 6 verpleegkundige(n) aan het werk. Aldus werd er voldaan aan de eis die stelt dat er minstens 1 verpleegkundige moet zijn per 3 patiënten die herstellen van een anesthesie.

**Niet** op elke recovery werd voldaan aan de eis die stelt dat er minstens 1 verpleegkundige moet zijn per 3 patiënten die herstellen van een anesthesie.

## **4.2.2 Opleiding verpleegkundigen**

### **Werkwijze**

- Er werd aan verpleegkundigen, die langer dan 2 jaar werkzaam waren op de recovery en die het voorbije jaar niet langdurig afwezig waren geweest, gevraagd naar hun permanente vorming. Er werd gevraagd of zij gedurende het laatste jaar een opleiding gevolgd hadden over specifieke onderwerpen die verband houden met het werk op een recovery. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen interne en externe vorming.

### **Vaststellingen**

Aantal bevroegde verpleegkundigen: 5

Aantal die het voorbije jaar een vorming met een onderwerp specifiek voor recovery gevolgd hebben: 4

### **Werkwijze**

- Er werd tijdens de rondgang gevraagd of men op de recovery beschikt over een inscholingshandleiding en/of inscholingsplan dat aangeeft wat er allemaal moet aangeleerd worden of gekend zijn door nieuwe medewerkers. Daarnaast werd aan verpleegkundigen die in de laatste 5 jaar op het operatiekwartier waren komen werken, gevraagd of ze effectief een inscholingsdocument gebruikt hadden.

### **Vaststellingen**

Op PACU UZ1 (OK UZ1) beschikt men over een dienstspecifieke inscholingshandleiding.

Tijdens de rondgang werd(en) 2 verpleegkundige(n) aangetroffen die in de loop van de laatste 5 jaar op deze recovery was/waren beginnen te werken. Een inscholingsplan werd door 2 van hen gebruikt tijdens de inscholingsperiode.

Op PACU UZ2 (OK UZ2) beschikt men over een dienstspecifieke inscholingshandleiding.

Tijdens de rondgang werd(en) 1 verpleegkundige(n) aangetroffen die in de loop van de laatste 5 jaar op deze recovery was/waren beginnen te werken. Een inscholingsplan werd door 1 van hen gebruikt tijdens de inscholingsperiode.

### **Conclusie**

Van de 3 bevroegde verpleegkundige(n) die in de loop van de laatste 5 jaar op recovery was/waren beginnen werken, gebruikte(n) 3 verpleegkundige(n) tijdens de inscholingsperiode een inscholingsplan.

## **4.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)**

### **4.3.1 Controle en onderhoud van materiaal**

#### **Werkwijze**

- Er werd gevraagd of men op de recovery zicht heeft op de onderhoudsdata van de monitorapparatuur en de defibrillator op de recovery. Indien niet werden de data opgevraagd bij de technische dienst. Van deze toestellen werd nagegaan of het laatste onderhoud minder dan 12 maand geleden plaatsvond.

#### **Vaststellingen**

Er gebeurde een controle van 6 monitor(s).

Van 6 monitor(s) kon men de datum van het laatste onderhoud voorleggen.

Van 0 toestel(len) viel deze datum binnen de vooropgestelde termijn. Van 0 monitor(s) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 12 en de 24 maanden geleden. Van 6 monitor(s) was het laatste onderhoud langer dan 2 jaar geleden.

Er gebeurde een controle van 3 defibrillator(s).

Van 2 defibrillator(s) kon men de datum van het laatste onderhoud voorleggen.

Van 0 toestel(len) viel deze datum binnen de vooropgestelde termijn. Van 0 defibrillator(s) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 12 en de 24 maanden geleden. Van 2 defibrillator(s) was het laatste onderhoud langer dan 2 jaar geleden.

Op PACU UZ2 (OK UZ2):

Volgende toestellen worden enkel nagekeken bij gekende defecten: monitors en defibrillators.

### **Bijkomende toelichting**

Het aantal posities met monitoring op PACU UZ2 lijkt ontoereikend (eis = 1,5x het aantal operatiezalen) voor het aantal patiënten dat aanwezig kan zijn. Toch volstaat het aantal recoveryposities omdat 2 van de 17 operatiezalen zijn voorbehouden aan cardiochirurgie. Deze patiënten gaan postoperatief rechtstreeks naar de eenheid intensieve zorgen en hebben geen recoverypositie nodig.

## **5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen**

### **5.1 Situering**

De sterilisatie- en desinfectieprocessen worden bekeken op alle plaatsen waar heelkundige instrumenten gecentraliseerd en behandeld worden. Deze activiteiten kunnen zich situeren op het operatiekwartier of binnen één of meerdere specifieke afdelingen ("centrale sterilisatie afdeling" of "CSA").

Op deze vestigingsplaats is/zijn er 2 afdeling(en):

- CSA UZ 1
- CSA UZ 2

Op OK UZ2 worden volgende sterilisatie- en desinfectieprocessen uitgevoerd:

- noodsterilisatie

Activiteiten rond sterilisatie en desinfectie op andere plaatsen in het ziekenhuis behoorden niet tot de scope van dit inspectiebezoek.

## **5.2 Personeel (cluster veilige zorg)**

### **5.2.1 CSA-verantwoordelijke**

#### **Werkwijze**

- Op dienstniveau werd nagegaan of er een **aparte** CSA-verantwoordelijke is aangesteld.

#### **Vaststellingen**

Op CSA UZ 1 is er een aparte CSA-verantwoordelijke voor de aansturing. De verantwoordelijke was niet aanwezig tijdens de inspectie.

Op CSA UZ 2 is er een aparte CSA-verantwoordelijke voor de aansturing.

### **5.2.2 Opleiding en vorming medewerkers**

Om het opleidingsniveau en de vorming van de vaste CSA-medewerkers na te gaan werd op centraal niveau een personeelslijst opgevraagd met het opleidingsniveau (middelbaar of hoger onderwijs), de behaalde externe opleiding betreffende sterilisatie (hetzij de externe basisopleiding, hetzij de externe gevorderde opleiding) en het aantal jaren dienst op de CSA.

De gevraagde lijst werd aangeleverd.

#### *5.2.2.1 CSA-verantwoordelijke*

#### **Werkwijze**

- Aan de hand van de centraal opgevraagde opleidingslijst (indien ontvangen) en/of de bevraging van de aanwezige medewerkers, werd gecontroleerd of de (al dan niet aparte) CSA-verantwoordelijke de specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd heeft.

#### **Vaststellingen**

Op CSA UZ 1 heeft de CSA-verantwoordelijke een specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd.

Op CSA UZ 2 heeft de CSA-verantwoordelijke **geen** specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd.

De CSA-verantwoordelijke heeft 4 jaar ervaring op een CSA. De opleiding is voorzien voor 2014.

#### *5.2.2.2 Vaste medewerkers*

#### **Werkwijze**

- Aan de hand van de centraal opgevraagde personeelslijst (indien ontvangen) en/of bevraging van de aanwezige medewerkers wordt nagegaan welke basisopleiding de vaste CSA-medewerkers (exclusief de verantwoordelijke) genoten hebben en wie een specifieke externe opleiding in de sterilisatie gevolgd heeft. Via bevraging gaat men eventuele vormingsafspraken en/of –planningen na.

#### **Vaststellingen**

Van de 18 vaste medewerkers (exclusief de verantwoordelijke) van CSA UZ 1 hebben

- 14 een diploma van secundair onderwijs behaald
- 6 (minstens) een specifieke externe basisopleiding in de sterilisatie gevolgd

Van de 29 vaste medewerkers (exclusief de verantwoordelijke) van CSA UZ 2 hebben

- 24 een diploma van secundair onderwijs behaald
- 14 (minstens) een specifieke externe basisopleiding in de sterilisatie gevolgd

#### *5.2.2.3 Aanwezigheid sterilisatiedeskundige*

#### **Werkwijze**

- Op de dag van inspectie worden de namen nagegaan van de aanwezige CSA-medewerkers. Deze namen worden vergeleken met de opleidingslijst van de personeelsleden om na te gaan of er op de dag van inspectie een sterilisatiedeskundige aanwezig was.

#### **Vaststellingen**

Op het moment van de inspectie was er een sterilisatiedeskundige aanwezig op CSA UZ 1.

Op het moment van de inspectie was er een sterilisatiedeskundige aanwezig op CSA UZ 2.

#### 5.2.2.4 Opleiding occasionele personeelsleden

##### **Werkwijze**

- Tijdens de inspectie wordt gevraagd of er naast de vaste medewerkers nog andere personeelsleden worden ingezet voor het uitvoeren van sterilisatieactiviteiten op de CSA.
- Indien dit het geval is, wordt gevraagd of deze occasionele medewerkers ingezet worden voor een beperkt aantal sterilisatieactiviteiten en of ze voor deze taken specifiek zijn opgeleid.

##### **Vaststellingen**

Op CSA UZ 1 worden er **geen** occasionele medewerkers ingezet voor het uitvoeren van sterilisatieactiviteiten.

Op CSA UZ 2 worden er **geen** occasionele medewerkers ingezet voor het uitvoeren van sterilisatieactiviteiten.

## **5.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)**

### **5.3.1 Toestellen**

#### 5.3.1.1 Gebruiksvoorschriften

##### **Werkwijze**

- Op de CSA worden de werkvoorschriften voor de bediening van de toestellen opgevraagd voor:
  - het bedienen van wasmachines
  - voor het inpakken van instrumentensets
  - voor het beladen en bedienen van de autoclaven

##### **Vaststellingen**

Op CSA UZ 1:

- De werkvoorschriften voor het bedienen van de wasmachines konden voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het inpakken van instrumentensets konden voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het beladen en bedienen van de autoclaven konden voorgelegd worden.

Op CSA UZ 2:

- De werkvoorschriften voor het bedienen van de wasmachines konden voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het inpakken van instrumentensets konden voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het beladen en bedienen van de autoclaven konden voorgelegd worden.

#### 5.3.1.2 Validatie van toestellen

##### **Werkwijze**

- Op de CSA en het operatiekwartier werd nagegaan (aan de hand van de validatieattesten) of de wasmachines en de autoclaven jaarlijks gevalideerd werden.

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 11 wasmachines gecontroleerd tijdens de inspectie:

- 11 (van de) voorgelegde datum(s) viel(en) binnen de vooropgestelde termijn van 12 maanden

Er werd(en) 12 autoclaaf/autoclaven gecontroleerd op validatie tijdens inspectie:

- 12 (van de) voorgelegde datum(s) viel(en) binnen de vooropgestelde termijn van 12 maanden

#### 5.3.1.3 Controletesten: autoclaven

##### **Werkwijze**

- Bij alle autoclaven opgesteld op de sterilisatieafdeling en het operatiekwartier werd nagegaan of er voor de laatste 3 cycli fysische testen werden gecontroleerd (druk en temperatuur), of er de laatste 3 werkdagen telkens een Bowie en Dicktest gebeurde (of een elektronisch alternatief) en of de laatste week minstens 1 vacuümlekttest gebeurde.

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 12 autoclaaf/autoclaven gecontroleerd. Bij 12 toestel(len) werd het juiste aantal van 3 types

controletesten waarnaar gezocht werd, teruggevonden.

De controle leverde volgende resultaten op:

- er werd 17 keer naar een vacuümlekttest gezocht en hierbij is/zijn er 17 gevonden
- er werd 33 keer naar een Bowie en Dicktest gezocht en hierbij is/zijn er 33 gevonden
- er werd 36 keer naar een fysieke test gezocht en hierbij is/zijn er 36 gevonden

#### 5.3.1.4 Controletesten: sealapparaten

##### Werkwijze

- De opgestelde sealapparaten worden gecheckt op hun dagelijkse sealcheck. Deze check gebeurt door een controle van de testlaminaten (in het logboek) voor de laatste 2 werkdagen.

##### Vaststellingen

Er werd(en) 7 sealapparaat/sealapparaten gecontroleerd. Dit leverde volgende resultaten op:

- aantal apparaten met een correct aantal (2) sealchecks: 7
- aantal apparaten met slechts 1 sealcheck: 0
- aantal apparaten waarvoor geen sealcheck kon aangetoond worden: 0

#### 5.3.2 Onvolledige sterilisatiecyclussen

##### Werkwijze

- Snelsterilisatie is een proces waarbij instrumenten een proces doorlopen dat minder tijd vraagt dan een normale sterilisatie en waarbij aan kwaliteit wordt ingeboet. Dit kan bijvoorbeeld door de normale sterilisatiecyclus in te korten of te onderbreken, droogtijd weg te laten of in te korten, instrumenten onverpakt te steriliseren (met kans op accidentele verontreiniging tijdens manipulatie). Noodsterilisatie is een proces waarbij een instrument zo snel mogelijk terug steriel gemaakt wordt, zonder daarbij aan kwaliteit in te boeten.
- Er wordt zowel op de centrale sterilisatieafdeling als op het operatiekwartier gevraagd of het mogelijk is om het proces in te korten of te onderbreken op bepaalde toestellen, en zo ja, of men dit ook effectief doet.
- Er wordt gevraagd naar de registratie van de nood- en snelsterilisatie. Indien herhaaldelijk eenzelfde (type) instrument in de registratie voorkomt, kan dit wijzen op een tekort aan instrumenten en het misbruiken van de nood- of snelsterilisatie.

##### Vaststellingen

*Snelsterilisatie via inkorting of onderbreking van lopende cyclus:*

Op CSA UZ 1 zijn er **geen** toestellen die toelaten dat een lopende cyclus onderbroken wordt.

Op CSA UZ 2 zijn er **geen** toestellen die toelaten dat een lopende cyclus onderbroken wordt.

Op OK UZ1 zijn er geen toestellen aanwezig die toelaten dat een lopende cyclus onderbroken wordt.

Op OK UZ2 zijn er geen toestellen aanwezig die toelaten dat een lopende cyclus onderbroken wordt.

*Snelsterilisatie door weglating droogtijd of inkorting van de droogtijd:*

Op de toestellen op CSA UZ 1 zijn er **geen** programma's aanwezig voor cyclussen zonder droogtijd of met een (te) korte droogtijd.

Op de toestellen op CSA UZ 2 zijn er **geen** programma's aanwezig voor cyclussen zonder droogtijd of met een (te) korte droogtijd.

Op OK UZ1 zijn geen toestellen aanwezig.

Op OK UZ2 zijn geen toestellen aanwezig.

*Snelsterilisatie in onverpakte cassettes:*

Op CSA UZ 1 wordt materiaal soms onverpakt gesteriliseerd. Dit is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten.

Op CSA UZ 2 wordt materiaal nooit onverpakt gesteriliseerd.

Op OK UZ1 wordt materiaal nooit onverpakt gesteriliseerd.



Op OK UZ2 wordt materiaal soms onverpakt gesteriliseerd.  
Dit is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten.

### **5.3.3 Traceerbaarheid sets**

#### *5.3.3.1 Controle van de sets in de berging*

##### **Werkwijze**

- In de bezochte steriele berging(en) worden verpakkingen (sets en individueel verpakte instrumenten) gecheckt op volgende gegevens inzake traceerbaarheid:
  - inhoud (= naam van het pakket of code die de inhoud weergeeft)
  - sterilisatiedatum (= op welke datum werd het pakket gesteriliseerd)
  - expiratedatum (= kan ook kleurcode of vast aantal maanden na sterilisatiedatum zijn)
  - lotnummer/laadnummer (= van welke lading in welke autoclaaf het pakket zat)

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 65 verpakking(en) gecontroleerd. Hiervan was/waren er 48 waarbij de 4 items konden aangetoond worden.

Van de verpakking(en) waarop niet alle gegevens werden aangetroffen ging het om volgende tekorten:

- 13 keer geen aanduiding van de inhoud
- 0 keer geen aanduiding van de sterilisatiedatum
- 2 keer geen aanduiding van de expiratedatum
- 5 keer geen aanduiding van het lotnummer/laadnummer

#### *5.3.3.2 Steekproef traceerbaarheid sets op het operatiekwartier*

##### **Werkwijze**

- Op het operatiekwartier werd nagegaan of er gegevens waren genoteerd over het materiaal dat tijdens de ingreep was gebruikt.

##### **Vaststellingen**

Op OK UZ1 zijn de traceringsgegevens over de steriele sets **niet** terug te vinden.

Op OK UZ2 zijn de traceringsgegevens over de steriele sets **niet** terug te vinden.

## **5.4 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)**

### **5.4.1 Kledij- en toegangsvorschriften**

##### **Werkwijze**

- De toegangsvoorwaarden en kledijvorschriften worden opgevraagd.
- Er wordt geobserveerd of er een beperkte toegankelijkheid zichtbaar is en of de kledijvorschriften worden duidelijk gemaakt (mondeling of schriftelijk) bij het betreden van de CSA.
- Alle aanwezige medewerkers en bezoekers worden geobserveerd op naleving van de kledijvorschriften (broek en schort, een muts en een overschort bij reiniging).

##### **Vaststellingen**

Dat de toegang beperkt is tot bevoegden, is duidelijk zichtbaar bij het betreden van CSA UZ 1. De kledijvorschriften worden aangegeven voor wie CSA UZ 1 wil betreden.

Dat de toegang beperkt is tot bevoegden, is duidelijk zichtbaar bij het betreden van CSA UZ 2. De kledijvorschriften worden aangegeven voor wie CSA UZ 2 wil betreden.

Er werd(en) 15 medewerker(s) gecontroleerd op de toepassing van de kledijvorschriften. 14 voldeed/voldeden aan de gecontroleerde aspecten.

Volgende overtredingen van de kledijvorschriften werden vastgesteld:

- 1 keer het niet dragen van een muts

## 5.4.2 Scheiding van zones

### Werkwijze

- Door observatie en rondgang in de centrale sterilisatie afdeling wordt nagegaan of de drie zones (vuil, rein en steriel) architectonisch en functioneel van elkaar gescheiden zijn.

### Vaststellingen

Tussen de 3 verschillende zones is er op CSA UZ 1 een architectonische scheiding.

Tussen de 3 verschillende zones is er op CSA UZ 1 een functionele scheiding.

Tussen de 3 verschillende zones is er op CSA UZ 2 een architectonische scheiding.

Tussen de 3 verschillende zones is er op CSA UZ 2 een functionele scheiding.

## 5.4.3 Inrichting van de ruimtes

### Werkwijze

- Door observatie en rondgang in de centrale sterilisatie afdeling wordt nagegaan of de werkoppervlakten en afwerkmaterialen glad en afwasbaar zijn.

### Vaststellingen

Op CSA UZ 1 zijn de afwerkmaterialen en werkoppervlakken allemaal glad en afwasbaar.

Op CSA UZ 2 zijn de afwerkmaterialen en werkoppervlakken allemaal glad en afwasbaar.

## 5.4.4 Desinfectie

### *5.4.4.1 Thermische desinfectie versus handmatige reiniging*

#### Werkwijze

- De lijst van handmatig te reinigen instrumentarium wordt opgevraagd en ingekeken.
- Door observatie en bevraging wordt gecheckt of het instrument dat op het moment van de inspectie handmatig gereinigd wordt ook op de lijst voorkomt.

#### Vaststellingen

Op het moment van de inspectie was er op CSA UZ 1 **geen** handmatige reiniging aan de gang.

Op CSA UZ 2 kon er een lijst voorgelegd worden waarop de instrumenten staan die enkel manueel mogen gereinigd worden.

Op het moment van de inspectie was er op CSA UZ 2 een handmatige reiniging aan de gang.

Het instrument dat men manueel aan het wassen was, stond op de lijst.

### *5.4.4.2 Desinfectie door onderdompeling in open systemen*

#### Werkwijze

- Door observatie en bevraging in de CSA en op het operatiekwartier wordt nagegaan of er gebruik gemaakt wordt van open systemen voor desinfectie door onderdompeling.

#### Vaststellingen

Op CSA UZ 1 werden open systemen aangetroffen voor desinfectie door onderdompeling.

Sommige chirurgische instrumenten bestemd voor het operatiekwartier worden gedesinfecteerd door middel van deze open systemen.

Op CSA UZ 2 werden **geen** open systemen aangetroffen voor desinfectie door onderdompeling.

Op OK UZ1 werden **geen** open systemen aangetroffen voor desinfectie door onderdompeling.

Op OK UZ2 werden **geen** open systemen aangetroffen voor desinfectie door onderdompeling.

### *5.4.4.3 Desinfectie door middel van gesloten systemen*

#### Werkwijze

- Er wordt bij het bezoek aan de CSA en het operatiekwartier nagegaan of er gesloten systemen aanwezig zijn voor de desinfectie van materiaal bestemd voor het operatiekwartier.
- Er wordt ook gevraagd op er rigide scopen (voor artroscopieën en urologische ingrepen) in omloop zijn (die bestemd zijn voor gebruik op het operatiekwartier) die voor een ingreep enkel chemisch gedesinfecteerd worden in gesloten systemen.

### **Vaststellingen**

Op CSA UZ 1 werden **geen** gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier.

Op CSA UZ 2 werden **geen** gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier.

Op OK UZ1 werden **geen** gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier.

Op OK UZ2 werden **geen** gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier.

## **5.4.5 Transport van materiaal**

### **Werkwijze**

- De weg die het steriel instrumentarium dient af te leggen wordt bevestigd.
- Er wordt bevestigd en nagegaan welke soort transportkar gebruikt wordt voor het transport van zowel vuil als steriel materiaal.

### **Vaststellingen**

Met de karren die worden gebruikt bij transport van vuil materiaal naar CSA UZ 1 wordt geen steriel materiaal vervoerd.

Steriele instrumenten worden vanuit CSA UZ 1 **niet** getransporteerd door middel van karren die gesloten zijn of die overtrokken zijn met een wegwerphoes.

Steriele instrumenten worden via een specifiek proper circuit en een aparte lift rechtstreeks naar het operatiekwartier getransporteerd in open karren zonder hoes.

Met de karren die worden gebruikt bij transport van vuil materiaal naar CSA UZ 2 wordt geen steriel materiaal vervoerd.

Steriele instrumenten worden vanuit CSA UZ 2 **niet** getransporteerd door middel van karren die gesloten zijn of die overtrokken zijn met een wegwerphoes.

Steriele instrumenten worden via een specifiek proper circuit en een aparte lift rechtstreeks naar het operatiekwartier getransporteerd in open karren zonder hoes.

## **5.4.6 Steriele berging**

### **Werkwijze**

- Er werden voor zover aanwezig, steriele bergingen bezocht op de sterilisatieafdeling en het/de operatiekwartieren en nagekeken op infrastructuur en gebruikte afwerkingsmaterialen.

### **Vaststellingen**

Aan CSA UZ 1 is er een ruimte gekoppeld voor het opbergen van de gesteriliseerde goederen.

Volgende punten werden vastgesteld met betrekking tot deze steriele berging:

- de toegang tot deze ruimte is beperkt tot bevoegden
- de vloer is glad, ondoordringbaar en onbeschadigd
- de steriele goederen staan vrij van de vloer

Aan CSA UZ 2 is er een ruimte gekoppeld voor het opbergen van de gesteriliseerde goederen.

Volgende punten werden vastgesteld met betrekking tot deze steriele berging:

- de toegang tot deze ruimte is beperkt tot bevoegden
- de vloer is glad, ondoordringbaar en onbeschadigd
- de steriele goederen staan vrij van de vloer

Aan OK UZ1 is er een ruimte gekoppeld voor het opbergen van de gesteriliseerde goederen.

Volgende punten werden vastgesteld met betrekking tot deze steriele berging:

- de toegang tot deze ruimte is beperkt tot bevoegden
- de vloer is glad, ondoordringbaar en onbeschadigd
- de steriele goederen staan vrij van de vloer

Aan OK UZ2 is er een ruimte gekoppeld voor het opbergen van de gesteriliseerde goederen. Volgende punten werden vastgesteld met betrekking tot deze steriele berging:

- de toegang tot deze ruimte is beperkt tot bevoegden
- de vloer is glad, ondoordringbaar en onbeschadigd
- de steriele goederen staan vrij van de vloer

#### **5.4.7 Vervaldatum sets**

##### **Werkwijze**

- Bij het bezoek aan de steriele bergingen worden zowel instrumentensets van verschillende disciplines als individueel ingepakte instrumenten in laminaatverpakking gecontroleerd op overschrijding van de vervaldatum.

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 65 verpakking(en) gecontroleerd. Hiervan was/waren er 61 verpakking(en) waarvan de vervaldatum niet overschreden was.

## **6 Zorg doorheen het traject**

### **6.1 Situering**

Tijdens deze inspectie werd(en) volgende afdeling(en) bezocht:

- chirurgisch dagcentrum (chirurgisch dagziekenhuis)
- de chirurgische verpleegafdeling(en):
  - o 9K12A (reumatologie - orthopedie - abdominale heelkunde)
  - o 1K12B (algemene en hepatobiliaire heelkunde - gastrointestinale heelkunde)
  - o 5K12B (thoracale en vasculaire heelkunde - plastische heelkunde)
  - o 5K12A (hartchirurgie)
  - o 3K2
  - o Gynaecologie - plastische heelkunde
  - o urologie

### **6.2 Personeel (cluster veilige zorg)**

#### **6.2.1 Permanente chirurgisch dagziekenhuis bachelor verpleegkundige**

##### **Werkwijze**

- Er werd voor een aantal (gewoonlijk vier) controlemomenten nagegaan of een bachelor verpleegkundige aanwezig was op het chirurgisch dagziekenhuis: op de dag van inspectie en op de vorige werkdag van het chirurgisch dagziekenhuis, tijdens de ochtendienst en de avonddienst. De aanwezigheid werd gecontroleerd op basis van het uurrooster en de personeelslijst van het chirurgisch dagziekenhuis.

##### **Vaststellingen**

Bij controle van de werkorganisatie op de dag van inspectie en op de vorige werkdag van het chirurgisch dagziekenhuis bleek dat er op 4 van de 4 controlemomenten een bachelor verpleegkundige aanwezig was.

### **6.3 Preventie van zorggerelateerde infecties (cluster hygiëne)**

#### **6.3.1 Handhygiëne**

##### **Werkwijze**

- De procedure handhygiëne werd opgevraagd bij de directie. Er werd in deze procedure nagegaan of volgende onderwerpen vermeld zijn:
  - o juwelenvrije handen en voorarmen
  - o geen polshorloges
  - o geen gel of kunstnagels
  - o geen nagellak

- korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen
- korte nagels
- propere nagels
- De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd op het operatiekwartier, op de recovery, op de CSA, op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen. De wastafels werden gecontroleerd op noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:
  - is er vloeibare zeep in een dispenser?
  - hebben de dispensers een wegwerpreservoir?
  - zijn er papieren handdoekjes?
- De toepassing van de richtlijnen persoonlijke handhygiëne werd bij medewerkers nagegaan voor volgende aspecten:
  - juwelenvrije handen en voorarmen
  - geen polshorloges
  - korte mouwen, zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen
- Medewerkers werden opgesplitst in drie groepen: verpleegkundigen, artsen en andere. In de groep andere worden medewerkers opgenomen waarvan de functie niet gespecificeerd kon worden, evenals studenten, paramedici, poetspersoneel, logistiek en technisch personeel.

### **Vaststellingen**

De basisvereisten inzake persoonlijke handhygiëne zijn vastgelegd in procedure "handhygiëne". Deze procedure bevat alle gecontroleerde onderwerpen.

Er werd(en) in totaal 53 wastafel(s) gecontroleerd. Bij 53 wastafel(s) werd vastgesteld dat alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig waren.

Er werd(en) in totaal 79 medewerker(s) (onder wie 27 verpleegkundige(n), 17 arts(en) en 35 andere(n)) gecontroleerd op de toepassing van de richtlijnen inzake handhygiëne. 70 medewerker(s) voldeed/voldeden aan deze richtlijn.

Van de medewerkers die niet voldeden aan de richtlijn ging het om:

- 1 verpleegkundige(n)
- 4 arts(en)
- 4 andere(n)

Van de medewerkers die niet voldeden aan de richtlijn was/waren er:

- 4 medewerker(s) met lange mouwen
- 6 medewerker(s) met juwelen aan handen of voorarmen
- 2 medewerker(s) met polshorloge

## **6.3.2 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek**

### **Werkwijze**

- Op het operatiekwartier, op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd aan de verpleegkundigen gevraagd om het materiaal voor preoperatieve ontharing te mogen zien.

### **Vaststellingen**

Op 10 afdeling(en) werd het materiaal dat gebruikt wordt voor preoperatieve ontharing gecontroleerd. Op 8 afdeling(en) gebeurde er geen preoperatieve ontharing of voldeed alle gebruikte materiaal aan de richtlijnen (tondeuse met wegwerp- of steriliseerbare kop).

Er werd op 2 afdeling(en) opgemerkt dat voor preoperatieve ontharing materiaal gebruikt wordt dat niet voldoet aan de richtlijnen (bv. scheermesjes of tondeuse zonder wegwerpkop).

## **6.3.3 Scheiding tussen reine en onreine zones**

### **Werkwijze**

- Op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd

nagegaan of er in de berguimtes geen vermenging is van rein en onrein materiaal.

### **Vaststellingen**

De scheiding tussen reine en onreine zones werd op 8 afdeling(en) bevraagd.

Op volgende afdelingen werd in de berguimtes een vermenging van rein en onrein materiaal vastgesteld:  
- in de reine berging van 9K12A (reumatologie - orthopedie - abdominale heekunde) stond(en): een verpleegkar met een afvalzakje waarin zich gebruikt verzorgingsmateriaal bevond.

### **6.3.4 Isolatie van MRSA-patiënten**

#### **Werkwijze**

- Op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd aan de verpleegkundigen gevraagd hoeveel patiënten er aanwezig waren met een (vermoedelijke) MRSA-kolonisatie. Er werd geteld hoeveel van deze patiënten er verpleegd werden in een eenpersoonskamer of samen met andere MRSA-patiënten in een meerpersoonskamer, zoals aangewezen is bij dit type patiënten.

### **Vaststellingen**

Op de dag van de inspectie waren er op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen 5 patiënt(en) opgenomen met een (vermoedelijke) MRSA-kolonisatie. 5 hiervan werd(en) verpleegd in een eenpersoonskamer of in een meerpersoonskamer samen met andere MRSA-patiënten (cohorteverpleging).

## **6.4 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)**

### **6.4.1 Preoperatieve onderzoeken en toegankelijkheid van dossiers op het operatiekwartier**

#### **Werkwijze**

- Op het operatiekwartier werd het document opgevraagd waarin formeel is vastgelegd welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens (anamnese, klinisch onderzoek en resultaten van eventuele consulten en onderzoeken).
- Op het operatiekwartier werd in een aantal dossiers van volwassen patiënten die op het operatiekwartier voor een ingreep aanwezig waren, nagegaan of volgende items van de preoperatieve onderzoeken aanwezig waren:
  - thuismedicatie
  - allergie
  - vorige ingrepen
  - gewicht
  - bloeddruk

### **Vaststellingen**

In OK UZ1 zijn er schriftelijke afspraken over welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens.

In OK UZ2 zijn er schriftelijke afspraken over welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens.

Er zijn voor alle soorten ingrepen schriftelijke afspraken over welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens.

In totaal werd(en) op het operatiekwartier 18 patiëntendossier(s) gecontroleerd op de aanwezigheid van preoperatieve gegevens. 17 dossier(s) was/waren volledig in orde op het vlak van de gecontroleerde items over het preoperatieve onderzoek. Van 0 patiënt(en) werd(en) geen preoperatieve gegevens teruggevonden.

## 6.4.2 Preanesthesiecontact

### Werkwijze

- Op het chirurgisch dagziekenhuis en de chirurgische verpleegafdelingen werden een aantal patiënten bevroegd. De patiënten werd gevraagd of ze voor de ingreep informatie hadden gekregen over de verdoving. Aan de patiënten werd gevraagd of ze een anesthesist hadden gezien voor de ingreep en of dit gesprek heeft plaatsgevonden voor ze in het operatiekwartier aankwamen. Daarnaast werd aan de patiënten gevraagd of er naar hun wens om een anesthesist te spreken gevraagd werd.

### Vaststellingen

Er werd(en) 40 patiënt(en) bevroegd over het preanesthesiecontact:

- 34 wist(en) voor de ingreep welke soort narcose zou gebruikt worden
- 17 werd(en) gevraagd of er een wens was om een anesthesist te spreken
- 34 sprak(en) voor de ingreep een anesthesist
- 23 van 34 had(den) een preanesthesiecontact vooraleer het operatiekwartier te betreden

## 6.4.3 Opvolging parameters patiënt

### Werkwijze

- Op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd in een dossiersteekproef van patiënten opgenomen voor een electieve ingreep gecontroleerd of de dag na de ingreep volgende parameters genoteerd waren in het dossier:
  - hartfrequentie
  - bloeddruk
  - temperatuur

### Vaststellingen

Er werd(en) in totaal 35 dossier(s) ingekeken: alle gecontroleerde parameters waren ingevuld.

## 6.4.4 Veilig transport van patiënten

### Werkwijze

- Er werd een steekproef van patiënten geobserveerd tijdens transport in het operatiekwartier, in de recovery en in het chirurgisch dagziekenhuis. Er werd nagegaan of tijdens transport de bedsponden omhoog waren of de patiënt was vastgemaakt met een riem.

### Vaststellingen

Er werd(en) in totaal 25 patiënt(en) geobserveerd tijdens het transport. Bij 25 was/waren de bedsponden tijdens het transport omhoog of lag de patiënt vast met een riem.

## 6.4.5 Patiëntenidentificatie

### 6.4.5.1 Identificatiebandje

### Werkwijze

- De procedure i.v.m. patiëntenidentificatie werd opgevraagd. Hierin werd nagekeken of de gebruikte parameters voldoen voor een correcte patiëntenidentificatie. Er werd gekeken of minimaal de naam, de voornaam en de geboortedatum of de naam, de voornaam en het dossiernummer vermeld worden.
- Op het operatiekwartier, het chirurgisch dagziekenhuis en de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd gecheckt of gehospitaliseerde patiënten een identificatiebandje droegen en of deze bandjes de minimale gegevens bevatten.

### Vaststellingen

De parameters voor patiëntenidentificatie zijn beschreven in de procedure "patiëntenidentificatie d.m.v. armband".

Volgens deze procedure worden minstens twee juiste parameters gebruikt.

Er werd(en) in totaal 55 patiënt(en) gecontroleerd op een identificatiebandje.

- 49 patiënt(en) droeg(en) een identificatiebandje
- 48 van de gecontroleerde identificatiebandjes bevatte(n) de minimale gegevens

- er werd(en) 12 patiënt(en) gecontroleerd op het operatiekwartier waarvan 0 geen identificatiebandje droeg(en)

#### 6.4.5.2 Identificatie op volgbladen in het patiëntendossier

##### **Werkwijze**

- Er werd een dossiercontrole gedaan op het chirurgisch dagziekenhuis en de chirurgische verpleegafdelingen. Hierbij werd de aanwezigheid van de identificatieparameters (minimaal de naam, de voornaam en de geboortedatum; of de naam, de voornaam en het dossiernummer vermeld) op volgende infobronnen gecheckt: medicatieschema, verpleegkundige anamnese en parameterblad.

##### **Vaststellingen**

Er werden in totaal 40 patiëntendossiers gecontroleerd, in 40 van de gecontroleerde patiëntendossiers waren op alle infobronnen de nodige patiëntenidentificatiegegevens aanwezig.

#### 6.4.5.3 Weefselstalen operatiekwartier

##### **Werkwijze**

- In een steekproef van weefselstalen op het operatiekwartier werd gecheckt of de patiëntenidentificatie sluitend was (minimaal de naam, de voornaam en de geboortedatum; of de naam, de voornaam en het dossiernummer vermeld).

##### **Vaststellingen**

Er werden geen weefselstalen gecontroleerd op de aanwezigheid van patiëntenidentificatiegegevens.

### 6.4.6 Postoperatief pijnbeleid

#### 6.4.6.1 Opleiding verpleegkundigen

##### **Werkwijze**

- Op de recovery, op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd aan een aantal verpleegkundigen gevraagd of ze de laatste 5 jaar een specifieke opleiding over pijn gekregen hadden.

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 23 verpleegkundige(n) bevroegd. 20 gaf/gaven aan de laatste 5 jaar een specifieke opleiding over pijn gevolgd te hebben.

#### 6.4.6.2 Medisch order postoperatief pijnbeleid

##### **Werkwijze**

- In de recovery werd in een steekproef van patiëntendossiers gecontroleerd of er een medisch order aanwezig was voor het postoperatief pijnbeleid.

##### **Vaststellingen**

Op de recovery werd(en) 12 patiëntendossier(s) ingekeken. In 12 hiervan was een medisch order terug te vinden omtrent het postoperatief pijnbeleid.

#### 6.4.6.3 Frequentie van de afname van pijnscores

##### **Werkwijze**

- Op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen werd in een aantal dossiers van patiënten die een ingreep ondergaan hadden, gecontroleerd of de dag na de ingreep de pijnscore minstens tweemaal genoteerd werd.

##### **Vaststellingen**

Er werd(en) 35 patiëntendossier(s) gecontroleerd:

- in 34 dossier(s) werd de pijnscore 2 keer of meer genoteerd de dag na de ingreep
- in 1 dossier(s) werd de pijnscore 1 keer genoteerd de dag na de ingreep



## 6.4.7 Toediening van bloed en bloedproducten

### 6.4.7.1 Procedure bloedtransfusie

#### Werkwijze

- Er werd gevraagd om de procedure bloedtransfusie, de richtlijnen voor bloedtoediening perioperatief, de richtlijnen voor bloedtoediening bij pediatrische patiënten en de procedure voor de melding van transfusiereacties op te zoeken en klaar te leggen voor inzage door de inspecteurs. Indien de procedure voor bloedtransfusie kon voorgelegd worden, werd nagegaan of daarin was aangegeven of de vitale parameters vóór, tijdens en na de toediening moeten opgevolgd worden.

#### Vaststellingen

De procedure bloedtransfusie kon voorgelegd worden maar bevatte **niet** alle gevraagde onderwerpen. Volgende informatie ontbrak:

- de parameters die vóór de toediening van het bloed of bloedproduct moeten gecontroleerd worden
- de parameters die na de toediening van het bloed of bloedproduct moeten gecontroleerd worden

De richtlijnen voor perioperatieve bloedtoediening konden voorgelegd worden.

De richtlijnen voor bloedtoediening bij pediatrische patiënten konden voorgelegd worden.

De procedure voor de melding van transfusiereacties kon voorgelegd worden.

### 6.4.7.2 Opleiding verpleegkundigen

#### Werkwijze

- Bij de rondgang op het operatiekwartier, de recovery en de chirurgische verpleegafdelingen, werd aan verpleegkundigen gevraagd of ze de laatste 5 jaar een opleiding hadden gevolgd over het toedienen van bloed en bloedderivaten.

#### Vaststellingen

Er werd(en) 26 verpleegkundige(n) bevraagd: 16 gaf/gaven aan de voorbije 5 jaar een opleiding gevolgd te hebben over het toedienen van bloed en bloedderivaten.

### 6.4.7.3 Voorschriften

#### Werkwijze

- Tijdens de inspectie van de ziekenhuisbloedbank werden een aantal voorschriften voor bloed en bloedproducten gecontroleerd op volledigheid. Een voorschrift wordt als volledig beschouwd als er een identificatie van de patiënt (naam en voornaam samen met een identificatienummer, de geboortedatum of een dossiernummer) op wordt teruggevonden, een identificatie van de voorschrijver (naam, RIZIV-nummer en handtekening), een datum, een motivatie vanwege de voorschrijver waarom het bloed of bloedproduct wordt aangevraagd, en welk bloedproduct precies wordt aangevraagd.

#### Vaststellingen

Er werd(en) 10 voorschriften gecontroleerd, waarvan 8 volledig in orde waren.

Van het/de 2 voorschrift(en) met onvolledige informatie:

- ontbrak 2 keer een motivatie voor het voorschrift

### 6.4.7.4 Toezicht tijdens bloedtoediening

#### Werkwijze

- Centraal werden 5 (verpleegkundige) dossiers opgevraagd van chirurgische patiënten die tijdens hun opname een transfusie kregen van bloed of een bloedproduct. Deze dossiers werden op een afgesproken locatie klaargelegd en door een inspecteur ingekeken.
- In het dossier werd gezocht naar een aantal items, met name:
  - of terug te vinden was welk type bloedproduct er werd toegediend
  - vanaf welk tijdstip en tot welk tijdstip het bloed of bloedproduct werd toegediend
  - door wie het bloed of bloedproduct werd toegediend
  - of vóór de start van de toediening, 15 minuten na de start van de toediening en op het einde van de toediening bloeddruk, pols en temperatuur terug te vinden waren

### **Vaststellingen**

Er werd(en) 6 dossier(s) gecontroleerd, waarvan 2 volledig in orde was/waren.

4 dossier(s) was/waren onvolledig:

- 4 keer was het moment waarop de transfusie beëindigd werd, niet terug te vinden
- 3 keer was het niet duidelijk of er een bepaling gebeurde van bloeddruk, pols en temperatuur 15 minuten na het begin van de transfusie of ontbrak minstens 1 van deze parameters
- 3 keer was het niet duidelijk of er een bepaling gebeurde van bloeddruk, pols en temperatuur vlak na het beëindigen van de transfusie of ontbrak minstens 1 van deze parameters

## **6.5 Continuïteit van zorg (cluster communicatie)**

### **6.5.1 Handovers van recovery naar afdeling**

#### **Werkwijze**

- Dossiers van patiënten die getransfereerd worden van recovery naar de afdeling werden gecontroleerd op aanwezigheid van volgende minimale gegevens voor handovers:
  - soort ingreep
  - verloop ingreep
  - meting van vitale functies: pols en bloeddruk
  - toegediende medicatie
  - informatie over het verband (bv. uitzicht, vochtverlies, etc.)

### **Vaststellingen**

Er werd(en) 12 patiëntendossier(s) gecontroleerd.

In alle dossiers waren alle gecontroleerde gegevens aanwezig.

### **6.5.2 Ontslagbrief**

#### **Werkwijze**

- Er werd de directie gevraagd of er vastgelegde afspraken zijn over de termijn voor het verzenden van de (definitieve) ontslagbrief. Deze termijn (indien aanwezig) werd genoteerd.
- Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die een week voor de inspectiedag op ontslag gingen na een heelkundige ingreep. Er werden dossiers van dagpatiënten en van gehospitaliseerde patiënten opgevraagd, van minstens 5 verschillende chirurgen. In deze dossiers werd nagegaan of er een ontslagbrief in zat. De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:
  - uitgevoerde ingreep
  - verloop hospitalisatie
  - vereiste nazorg
  - medicatieschema

### **Vaststellingen**

Afspraken over de termijn voor het verzenden van de definitieve ontslagbrief zijn vastgelegd in een document met als naam "medisch reglement UZ Gent".

De termijn voor het verzenden van de definitieve ontslagbrief is vastgelegd op 0 dagen.

Er werd(en) 10 patiëntendossier(s) gecontroleerd.

In 9 dossier(s) was een ontslagbrief aanwezig.

In 8 ontslagbrief/ontslagbrieven was/waren alle gecontroleerde gegevens aanwezig.

In 1 ontslagbrief/ontslagbrieven ontbraken volgende items:

- 1 keer informatie over het medicatieschema

### **6.5.3 Informatieaanbod op het moment van ontslag**

#### **Werkwijze**

- Op het chirurgisch dagziekenhuis werd gevraagd naar de beschikbare ontslaginfo over een aantal courante dagingrepen.
- De inhoud van dit informatiemateriaal werd gecontroleerd op volgende gegevens:
  - pijnmedicatie
  - problemen/alarmtekens
  - contactgegevens bij problemen

- Er werden op het chirurgisch dagziekenhuis patiënten (en/of ouders van kinderen opgenomen voor een ingreep) bevraagd die klaar waren voor vertrek naar huis. Er werd aan hen gevraagd of ze bij ontslag:
  - info kregen over pijnmedicatie
  - info kregen over mogelijke problemen/alarmtekenen
  - weten wie te contacteren bij problemen
  - weten of een controleafspraak nodig is

### **Vaststellingen**

Voor 8 van de 8 bevraagde ingrepen was ontslaginfo voorhanden.

In 8 nagekeken document(en) waren alle hierboven vermelde gegevens vermeld.

Er werd aan 5 patiënt(en) die op ontslag ging(en) na een ingreep gevraagd of hij/zij informatie had(den) gekregen over de nazorg:

- 5 patiënt(en) had(den) over alle vier de bevraagde onderwerpen informatie gekregen.
- 5 patiënt(en) had(den) schriftelijke ontslaginformatie gekregen.

## **6.6 Patiëntbetrokkenheid (cluster communicatie)**

### **6.6.1 Informed consent**

#### **Werkwijze**

- Via een centrale dossiersteekproef werd in dossiers van volwassen patiënten die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er een notitie was over het informed consent.
- Bij de directie werden de beschikbare formulieren voor informed consent voor ingrepen bij kinderen opgevraagd.
- In het chirurgisch dagziekenhuis werd in een dossiersteekproef bij kinderen die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er in het patiëntendossier een schriftelijke toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger was.
- Er werden op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen patiënten (en/of ouders van kinderen opgenomen voor een ingreep) bevraagd over de informatie die ze kregen voor de ingreep. Aan de patiënten werd gevraagd of ze informatie gekregen hadden over het soort ingreep, over de alternatieven, over de verwachte pijn en over de herstelperiode. Aan deze patiënten werd gevraagd of ze deze informatie mondeling en/of schriftelijk kregen.

### **Vaststellingen**

#### *Informed consent kinderen*

Er is/zijn 1 informed consentformulier(en) voor ingrepen bij kinderen beschikbaar.

Er werd in 5 dossier(s) van kinderen gecontroleerd of er een schriftelijke toestemming van de ouders was.

In 5 dossier(s) was een schriftelijke toestemming van de ouders aanwezig.

#### *Informed consent volwassenen*

Via een centrale dossiersteekproef werd in 10 dossier(s) van volwassen patiënten die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er een notitie was over het informed consent. In 10 dossier(s) was er een notitie over het informed consent terug te vinden.

Er werd(en) 38 patiënt(en) bevraagd:

- 18 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er voor de ingreep informatie was verkregen over alle vier de bevraagde onderwerpen
- 3 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over het soort ingreep
- 3 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over mogelijke alternatieven
- 17 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over de verwachte pijn
- 11 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over de herstelperiode
- 38 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er mondelinge informatie over de ingreep verkregen was
- 18 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er schriftelijke informatie over de ingreep verkregen was

## 7 Chirurgische zorg voor kinderen

### 7.1 Situering

De chirurgische zorg voor kinderen werd nagegaan bij kinderen opgenomen voor een dagingreep. Er werd nagevraagd waar op de vestigingsplaats zij opgenomen worden. Indien dit op meerdere plaatsen is, werd die locatie bezocht waar op de inspectiedag het grootste aantal kinderen waren opgenomen.

Op deze vestigingsplaats worden kinderen voor heelkundige dagingrepen opgenomen op:  
- het chirurgisch dagziekenhuis (chirurgisch dagcentrum)

Chirurgische zorg voor kinderen werd gecontroleerd op het/de chirurgisch dagcentrum.

### 7.2 Personeel (cluster veilige zorg)

#### 7.2.1 Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren

##### Werkwijze

- Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een pediater op de vestigingsplaats nagegaan. De pediater werd telefonisch gecontacteerd met de vraag waar hij zich bevond. Dit werd door observatie gecontroleerd door de inspecteur.

##### Vaststellingen

Op de dag van de inspectie waren kinderen opgenomen voor dagingrepen. Er was die dag een pediater op de vestigingsplaats aanwezig.

#### 7.2.2 Bachelor pediatrische verpleegkundige op het chirurgisch dagziekenhuis

##### Werkwijze

- Op de personeelslijst van de locatie waar kinderen worden opgenomen voor dagingrepen werd nagegaan hoeveel VTE bachelor pediatrisch verpleegkundigen de personeelsequipe telt.
- Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een bachelor verpleegkundige in de pediatrie nagegaan.

##### Vaststellingen

De personeelsequipe van chirurgisch dagcentrum waar kinderen worden opgenomen voor dagingrepen telt 2,25 VTE bachelor pediatrisch verpleegkundigen.

Er waren op de dag van de inspectie kinderen opgenomen voor dagingrepen. Er was die dag een bachelor verpleegkundige in de pediatrie aanwezig op de plaats waar kinderen opgenomen waren voor dagingrepen.

### 7.3 Infrastructuur en veilig materiaal (cluster veilige zorg)

#### 7.3.1 Kinderen visueel afschermen van volwassen patiënten voor en na de ingreep

##### Werkwijze

- Er werd bij het personeel van het operatiekwartier nagevraagd of er al dan niet kinderen in het operatiekwartier geopereerd worden.
- Indien er in het operatiekwartier kinderen geopereerd worden, werd er in het operatiekwartier nagegaan of er een aparte ontvangstruimte voorzien is voor kinderen en of kinderen er visueel afgescheiden zijn van volwassen patiënten.
- Indien kinderen tijdens de inspectiedag wachtten op een ingreep, werd geobserveerd of ze allemaal visueel afgescheiden waren van volwassenen.
- Indien er in het operatiekwartier kinderen geopereerd werden, werd nagegaan of er in de recovery een aparte ruimte is voor het ontwaken van kinderen (een aparte ruimte in een recovery of een aparte recovery).
- Indien er tijdens de inspectiedag kinderen aanwezig waren op recovery, werd geobserveerd of ze visueel afgescheiden waren van volwassenen.

##### Vaststellingen

Er worden kinderen geopereerd in volgend operatiekwartier:

- OK UZ1
- OK UZ2

In volgend operatiekwartier is er een aparte ontvangstruimte voor kinderen:

- OK UZ1

In volgend operatiekwartier is er **geen** aparte ontvangstruimte voor kinderen:

- OK UZ2

In volgend operatiekwartier kunnen kinderen visueel afgescheiden worden van volwassen patiënten:

- OK UZ1

**Niet** op alle gecontroleerde operatiekwartieren waar kinderen geopereerd worden, is er een aparte ruimte waar kinderen visueel afgescheiden kunnen worden van volwassen patiënten.

Op OK UZ1 was/waren er op de dag van de inspectie 2 kind(eren) dat/die wachtte(n) op een ingreep. 2 kind(eren) was/waren tijdens het wachten visueel afgescheiden van volwassenen.

Alle kinderen op het operatiekwartier die wachtten op een ingreep waren visueel afgescheiden van volwassenen.

Op elk operatiekwartier waar kinderen geopereerd worden, is er een aparte ruimte voor het ontwaken, waar kinderen visueel afgescheiden kunnen worden van volwassen patiënten.

Op PACU UZ1 was/waren op de dag van de inspectie 3 kind(eren) in de recovery aanwezig. 3 kind(eren) was/waren tijdens het wachten visueel afgescheiden van volwassenen.

Alle kinderen op recovery waren visueel afgescheiden van volwassenen.

## **7.4 Patiëntbetrokkenheid (cluster communicatie)**

### **7.4.1 Mogelijkheid voor ouders om bij hun kind te blijven zolang het bewust is**

#### *7.4.1.1 Beleidsdocument kind in het ziekenhuis*

##### **Werkwijze**

- Bij de directie werd het beleidsdocument kind in het ziekenhuis (of het protocol kindvriendelijkheid) opgevraagd.
- In dit document werd nagegaan of het recht van ouders om hun kind te begeleiden tot inductie in het operatiekwartier is beschreven en of het recht van ouders om bij hun kind te zijn tijdens ontwaken op recovery is beschreven.

##### **Vaststellingen**

In het document ""belangrijke beleidsregels ingebed in operationeel beleid pediatrie" en "chirurgisch dagcentrum: onthaal en informatie"" is de organisatie van de zorg voor kinderen beschreven.

In dit document is:

- beschreven dat ouders steeds hun kind kunnen begeleiden tot inductie in het operatiekwartier
- beschreven dat ouders steeds bij hun kind kunnen zijn tijdens het ontwaken op de recovery

#### *7.4.1.2 Bevraging van ouders / begeleiders*

##### **Werkwijze**

- Ouders/begeleiders van kinderen opgenomen voor een dagingreep werden bevraagd. Er werd gevraagd of zij:
  - vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tot bij inductie in het operatiekwartier
  - vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tijdens het ontwaken op recovery
  - bevraagd werden over hun keuze op de dag van de ingreep
  - meedingen met het kind naar de operatiezaal tot bij inductie wanneer zij dit wensten
  - bij het kind waren tijdens het ontwaken op recovery wanneer zij dit wensten
- Wanneer de arts de begeleiding van de ouder weigerde voor een specifiek kind, dan werd gecontroleerd of er een medische patiëntgebonden reden genoteerd was in het patiëntendossier.

##### **Vaststellingen**

De ouders/begeleiders van 5 kind(eren) werden bevraagd:

- bij 5 kind(eren) werden de ouders de dag van de ingreep over hun keuze inzake de aanwezigheid bij hun kind bevroegd
- bij 5 kind(eren) waren de ouders vooraf geïnformeerd over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tot bij inductie in de operatiezaal
- bij 5 kind(eren) waren de ouders vooraf geïnformeerd over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tijdens het ontwaken op recovery
- bij 5 kind(eren) gingen de ouders met hun kind mee naar de operatiezaal tot bij inductie
- bij 5 kind(eren) waren de ouders bij hun kind tijdens het ontwaken

## **7.5 Opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's (cluster veilige zorg)**

### **7.5.1 Postoperatief pijnbeleid**

#### *7.5.1.1 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen*

##### **Werkwijze**

- Op de plaats waar de chirurgische zorg voor kinderen geïnspecteerd werd, werd aan een verpleegkundige gevraagd of men beschikt over een specifieke methode voor pijnbeoordeling bij kinderen: voor baby's en peuters, voor kleuters en voor oudere kinderen.

##### **Vaststellingen**

Men beschikt over een specifieke methode voor pijnbeoordeling bij:

- baby's en peuters
- kleuters
- oudere kinderen

## **8 Overzicht van de risico's inzake patiëntveiligheid**

### **Operatiekwartier**

#### **Infrastructuur en materiaal**

- Er kon geen algemeen preventief onderhoud in de laatste 12 maanden aangetoond worden bij 4 van de 6 gecontroleerde coagulatioestellen.

#### **Preventie van infecties**

- Van de 20 gecontroleerde medewerkers waren er 4 die geen muts droegen in het operatiekwartier. Deze 4 medewerkers werden aangetroffen in het OK UZ2.

#### **Patiënt- en zorggerelateerde risico's**

- Bij nazicht bij 36 safe surgery checklists (SSCL) bleek dat de SSCL 7 keer niet volledig was ingevuld.
- In 1 van de 18 gecontroleerde patiëntendossiers waren niet alle preoperatieve gegevens aanwezig.

### **Recovery**

#### **Personeel**

- Er was onvoldoende personeel aanwezig t.o.v. het aantal aanwezige patiënten in de recovery van OK UZ1 (eis = 1 verpleegkundige per 3 patiënten).

#### **Infrastructuur en materiaal**

- Er kon geen algemeen preventief onderhoud in de laatste 12 maanden aangetoond worden bij de 6 gecontroleerde monitors.
- Er kon geen algemeen preventief onderhoud in de laatste 12 maanden aangetoond worden bij de 3 gecontroleerde defibrillatortoestellen.

### **Sterilisatie- en desinfectieprocessen**

#### **Personeel**

- De CSA-verantwoordelijke heeft geen specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd, maar heeft wel 4 jaren ervaring op een CSA. De opleiding is voorzien voor 2014.
- 27 van de 47 vaste medewerkers (beide CSA's samen) hebben geen specifieke externe basisopleiding in de sterilisatie gevolgd.

#### **Infrastructuur en materiaal**

- Op 65 gecontroleerde verpakkingen bleek dat er 17 onvoldoende gegevens bevatten om tracering

mogelijk te maken.

### **Preventie van infecties**

- Er wordt op CSA UZ1 gebruik gemaakt van open systemen voor desinfectie door onderdompeling; deze bieden onvoldoende garanties op een correcte uitvoering van dit proces.
- Van de 15 gecontroleerde medewerkers was er 1 die de kledijvoorschriften niet volledig naleefde (geen muts).
- Op 65 gecontroleerde verpakkingen bleek dat er 4 de vervaldatum overschreden hadden, waardoor de steriliteit ervan niet langer kon gegarandeerd worden.

## **Chirurgische verpleegafdeling en chirurgisch dagziekenhuis**

### **Preventie van infecties**

- Van de 10 gecontroleerde afdelingen bleek de equipe op 2 afdelingen niet exclusief gebruik te maken van tondeuses met een wegwerp- (of hersteriliseerbare) kop voor preoperatieve ontharing. Op een operatiekwartier en op een C-afdeling zijn nog scheermesjes in gebruik.
- Van de 8 gecontroleerde afdelingen was er 1 waar geen volledige scheiding bestond tussen reine en onreine opgeslagen goederen. Op afdeling 9K12A stond een verpleegkar met een afvalzakje met gebruikt verzorgingsmateriaal in de reine berging.

### **Continuïteit van zorg**

- Bij nazicht bleek er geen ontslagbrief aanwezig te zijn in 1 van de 10 gecontroleerde dossiers.
- Bij controle van 9 ontslagbrieven bleek er 1 te zijn waarin geen informatie stond over 1 of meerdere van de gecontroleerde items (ingreep, verloop hospitalisatie, nazorg, medicatie).

### **Patiëntbetrokkenheid**

- Bij navraag aan 38 patiënten werd 20 keer gemeld dat er geen schriftelijke informatie overhandigd was over de ingreep en/of de narcose.
- Bij navraag aan 38 patiënten werd 20 keer gemeld dat er geen informatie verkregen werd over 1 of meer van de 4 gecontroleerde items (ingreep, alternatieven, postoperatieve pijn, herstelperiode).

### **Standaardzorg**

- Bij nazicht van 35 dossiers bleek dat op de dag na de ingreep in 1 dossier de pijnscore geen twee keer was ingevuld.

## **Chirurgische zorg voor kinderen**

### **Infrastructuur en materiaal**

- Op het operatiekwartier OK UZ2 is er geen onthaalruimte waar kinderen visueel afgeschermd worden van volwassen patiënten.

### **Zorgtrajectbreed**

#### **Preventie van infecties**

- Bij controle van 79 medewerkers bleken er 9 de richtlijnen van handhygiëne niet correct toe te passen. In 4 gevallen ging het om een arts, in 1 geval was het een verpleegkundige. Bemerking: een aantal mensen van het poetspersoneel (in dienst van een externe firma) voldeden niet aan de voorwaarden inzake handhygiëne.

#### **Patiënt- en zorggerelateerde risico's**

- Van de 55 gecontroleerde patiënten waren er 6 die geen identificatiebandje droegen.
- Van de 49 gecontroleerde identificatiebandjes was er 1 dat onvoldoende parameters bevatte.

### **Hemovigilantie**

#### **Personeel**

- Bij navraag aan 26 verpleegkundigen werd er 10 keer gemeld dat er geen opleiding rond de toediening van bloed en bloedproducten gevolgd was in de laatste 5 jaar.

#### **Patiënt- en zorggerelateerde risico's**

- Van de 10 gecontroleerde voorschriften voor bloed(producten) waren er 2 waarop gegevens ontbraken (2 x motivatie van het voorschrift).
- In 4 van de 6 gecontroleerde dossiers van volwassen patiënten die een transfusie kregen, ontbraken gegevens (startuur, einduur, identificatie toediener, parameters).

## 9 Ernstige risico's inzake patiëntveiligheid waarvoor een nieuwe inspectie zal gebeuren

Er werden geen risico's gevonden waarvoor een nieuwe inspectie zal uitgevoerd worden.

---

De inspecteur(s),

Koenraad Fierens

Michaëla Daelemans

Tom Wylin

Kurt Lievens

Katleen De Ceulaer