

Algemene ziekenhuizen (Detailrapport)

Inspectiepunt	
Naam	Algemeen Ziekenhuis Nikolaas
Adres	Moerlandstraat 1, 9100 Temse
Telefoon	03/760.60.60

Inrichtende macht	
Naam	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS
Juridische vorm	VZW
Adres	Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	03/760.60.60

Uitbatingsplaats	
Naam	Campus Temse
Adres	Gasthuisstraat 5, 9140 Temse

Opdracht	
Nummer	O-2013-MAPU-0348
Datum	7/05/2013
Inspecteur(s)	Tania Vandommele Michaëla Daelemans

Verslag	
Nummer	V-2013-TAVA-0023
Datum	6/12/2013

Inspectiebezoek	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 5/12/2013 (9:30-15:00)

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). 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:

- dagziekenhuis Temse (gemengd internistisch en chirurgisch dagziekenhuis)
- de/het operatiekwartier(en):
 - + het OK TE
- de recovery('s):
 - + de recovery TE
- de centrale sterilisatieafdeling(en):
 - + de CSA Temse

2 Situering

Op de campus Temse gebeuren enkel chirurgische dagingrepen, er worden geen patiënten gehospitaliseerd voor chirurgische ingrepen. Er is geen chirurgische verpleegafdeling op deze campus. Op deze campus gebeuren geen dringende ingrepen, er gebeuren hier ook geen bloedtransfusies bij chirurgische patiënten. Op deze campus gebeuren geen ingrepen bij kinderen.

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

- functie chirurgisch dagziekenhuis

3 Operatiekwartier

3.1 Situering

Op deze vestigingsplaats is/zijn er 1 operatiekwartier(en):

- het OK TE bestaat uit 3 zaal/zalen.

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 het OK TE ingrepen uitgevoerd in 2 zaal/zalen. In 2 zaal/zalen was er minstens één omloopverpleegkundige aanwezig.

Er werd(en) 3 omloop/omlopen geteld, 3 omloop/omlopen was/waren minstens verpleegkundige van opleiding.

In alle zalen waar een ingreep uitgevoerd werd, was minstens één omloop aanwezig.

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

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 werd niet gecontroleerd.

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 het OK TE 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

voorbij 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: 2

Aantal van hen dat het voorbij jaar een vorming gevolgd heeft met een specifiek onderwerp betreffende het operatiekwartier: 2

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:

- het OK TE

Op het moment van het bezoek waren er geen gepremediceerde patiënten aanwezig in de ontvangstruimte. Er werd daarom niet nagegaan of het toezicht gebeurde door iemand met minstens de graad van verpleegkundige in:

- het OK TE

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 3 anesthesietoestel(len).

Van 3 toestel(len) kon de datum van het laatste onderhoud voorgelegd worden.

Van 3 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 3 coagulatioestel(len).

Van 1 toestel(len) kon de datum van het laatste onderhoud voorgelegd worden.

Van 0 coagulatioestel(len) viel deze onderhoudsdatum binnen de vooropgestelde termijn. Van 0 coagulatioestel(len) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 12 en de 24 maanden geleden. Bij 1 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 **geen** oproepsysteem voorhanden in de ontvangstruimte van:

- het OK TE

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 **geen** beveiligingssysteem voorzien aan de hoofdingang:
- het OK TE

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 het OK TE werd(en) bij 2 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 het OK TE:

In het document "RIO OK" 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: 5

Aantal die voldeden aan de hierboven vermelde kledijvoorschriften: 5

Aantal zalen waarin een steriel veld geopend was: 2

Aantal zalen waarin alle medewerkers een mondneusmasker droegen: 2

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 het OK TE is er aangepaste kledij voorzien voor occasionele gebruikers.

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 het OK TE:

Er zijn specifieke richtlijnen over chirurgische handontsmetting uitgeschreven.

Deze richtlijnen zijn terug te vinden in het document "handhygiëne en het gebruik van handschoenen".

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) 2 rubruimte(s) gecontroleerd, 0 rubruimte(s) voldeed/voldeden aan de 3 gecontroleerde eisen.

Van de ruimte(s) die niet voldeed/voldeden, was/waren er:

- 2 zonder instelbare klok

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) 2 medewerker(s) geobserveerd tijdens chirurgische handontsmetting. Hiervan was/waren er 2 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 het OK TE is er een safe surgery checklist in gebruik.

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

In het OK TE werken 35 artsen.

Uit gesprek blijkt dat 35 artsen gebruik maken van de safe surgery checklist.

In de procedure van het OK TE 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 werden geen patiënten gecontroleerd op de aanwezigheid van een SSCL.

Het ziekenhuis gebruikt een elektronische SSCL, deze zijn niet toegankelijk voor verpleegkundigen op afdelingen.

De SSCL wordt overlopen in het OK en dient als uitgevoerd/niet uitgevoerd geregistreerd te worden, vooraleer men verder kan werken in het operatie-dossier. Er zijn 3 fases (sign-in, time-out, sign-out) in de SSCL die geregistreerd moeten worden. De registratie (uitgevoerd/niet uitgevoerd) slaat op een verzameling van vragen. Men kan niet achterhalen of elke vraag afzonderlijk werd uitgevoerd en wat het resultaat hiervan was. Het ziekenhuis stelt dat de SSCL een reminder is die op het moment zelf wordt overlopen en waar in het dossier de gepaste acties aan worden gekoppeld. De volledigheid van de ingevulde SSCL kon door inspectie niet worden gecontroleerd omwille van de aparte methodiek gehanteerd door het ziekenhuis. Deze methodiek van het gebruik van de SSCL is in overeenstemming met de richtlijnen van de WHO. Het eisenkader van het chirurgisch zorgtraject gaat op dit punt echter verder dan de richtlijnen van de WHO en stelt als vereiste: 'De ingevulde checklist maakt deel uit van het patiëntendossier.'

Er werden op deze campus geen SSCL's bekeken omdat op de hoofdcampus bleek dat inspectie geen oordeel kan vellen over het volledig ingevuld zijn van de checklist. De antwoorden op de vragen worden niet genoteerd, men noteert enkel of een groep vragen al of niet werden gesteld.

4 Recovery

4.1 Situering

Bij het OK TE is er:

- de recovery TE met 5 posities

Er zijn in dit operatiekwartier voldoende posities voorzien in de recovery. Het aantal posities is minstens 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 de recovery TE (het OK TE) was/waren er 2 patiënt(en) die postoperatief werd(en) opgevolgd. Op datzelfde ogenblik was/waren er 1 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.

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: 2

Aantal die het voorbije jaar een vorming met een onderwerp specifiek voor recovery gevolgd hebben: 1

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 de recovery TE (het OK TE) beschikt men niet over een dienstspecifieke inscholingshandleiding.

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 3 monitor(s).

Van 3 monitor(s) kon men de datum van het laatste onderhoud voorleggen.

Van 3 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 0 monitor(s) was het laatste onderhoud langer dan 2 jaar geleden.

Er gebeurde een controle van 1 defibrillator(s).

Van 1 defibrillator(s) kon men de datum van het laatste onderhoud voorleggen.

Van 0 toestel(len) viel deze datum binnen de vooropgestelde termijn. Van 1 defibrillator(s) werd het laatste onderhoud uitgevoerd tussen de 12 en de 24 maanden geleden. Van 0 defibrillator(s) was het laatste onderhoud langer dan 2 jaar geleden.

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 1 afdeling(en):
- de CSA Temse

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

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 de CSA Temse heeft de CSA-verantwoordelijke **geen** specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd.

De CSA-verantwoordelijke heeft geen eerdere ervaring op CSA. Momenteel volgt hij de externe **basis**opleiding sterilisatietechnieken.

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 3 vaste medewerkers (exclusief de verantwoordelijke) van de CSA Temse hebben

- 3 een diploma van secundair onderwijs behaald
- 3 (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 de CSA Temse.

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 de CSA Temse 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 de CSA Temse:

- De werkvoorschriften voor het bedienen van de wasmachines konden niet voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het inpakken van instrumentensets konden voorgelegd worden.
- De werkvoorschriften voor het beladen en bedienen van de autoclaven konden niet 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) 2 wasmachines gecontroleerd tijdens de inspectie:

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

Er werd(en) 3 autoclaaf/autoclaven gecontroleerd op validatie tijdens inspectie:

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

de CSA Temse:

De validatie gebeurde recent (op 25/11/2013 en 4/12/2013) bij alle autoclaven, het validatieattest is nog niet beschikbaar. De vaststelling werd gedaan aan de hand van het document voor voorlopige vrijgave.

Van de autoclaaf "Turbi 1" was er een document van de validatie op 25/11/2013 waarop vermeld stond dat de autoclaaf NIET vrijgegeven werd wegens negatieve testen. De autoclaaf was op 2 opeenvolgende dagen na de validatie (op 28 en 29/11/2013) nog gebruikt om materiaal te steriliseren. In totaal werden nog twee ladingen gesteriliseerd, waarvan de steriliteit niet kan gegarandeerd worden.

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) 3 autoclaaf/autoclaven gecontroleerd. Bij 3 toestel(len) werd het juiste aantal van 3 types controletesten waarnaar gezocht werd, teruggevonden.

De controle leverde volgende resultaten op:

- er werd 3 keer naar een vacuümlekttest gezocht en hierbij is/zijn er 3 gevonden
- er werd 9 keer naar een Bowie en Dicktest gezocht en hierbij is/zijn er 8 gevonden
- er werd 9 keer naar een fysieke test gezocht en hierbij is/zijn er 9 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) 1 sealapparaat/sealapparaten gecontroleerd. Dit leverde volgende resultaten op:

- aantal apparaten met een correct aantal (2) sealchecks: 1
- 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 de CSA Temse zijn er toestellen die toelaten dat een lopende cyclus onderbroken wordt. De medewerker(s) geeft/geven aan dat cyclussen nooit onderbroken worden.

Op het OK TE 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 de CSA Temse zijn er **geen** programma's aanwezig voor cyclussen zonder droogtijd of met een (te) korte droogtijd.

Op het OK TE zijn geen toestellen aanwezig.

Snelsterilisatie in onverpakte cassettes:

Op de CSA Temse wordt materiaal nooit onverpakt gesteriliseerd.

Op het OK TE wordt materiaal nooit onverpakt gesteriliseerd.

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)
 - expiratiedatum (= 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) 10 verpakking(en) gecontroleerd. Hiervan was/waren er 0 waarbij de 4 items konden aangetoond worden.

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

- 4 keer geen aanduiding van de inhoud
- 2 keer geen aanduiding van de sterilisatiedatum
- 0 keer geen aanduiding van de expiratiedatum
- 8 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 het OK TE 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 **niet** duidelijk zichtbaar bij het betreden van de CSA Temse. De toegang tot CSA is via het operatiekwartier. De eerste deur staat open. De tweede deur is vrij toegankelijk voor iedereen. Er is een toegangsbeperking aangegeven door een sticker, maar de toegang is niet beveiligd.

De kledijvorschriften worden aangegeven voor wie de CSA Temse wil betreden.

Er werd(en) 1 medewerker(s) gecontroleerd op de toepassing van de kledijvorschriften. 1 voldeed/voldeden aan de gecontroleerde aspecten.

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 de CSA Temse **geen** architectonische scheiding.

Volgende elementen zijn niet in orde:

- Autoclaven zijn niet allemaal tweedeurstoestellen. Twee Turbi's staan opgesteld in de steriele zone.

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 de CSA Temse zijn de afwerkmaterialen en werkoppervlakken **niet** allemaal glad en afwasbaar. Het volgende werd opgemerkt:

- De muur in de steriele zone is niet intact. Er brokkelt kalk en verf af.

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 de CSA Temse **geen** handmatige reiniging aan de gang.

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 de CSA Temse werden **geen** open systemen aangetroffen voor desinfectie door onderdompeling.

Op het OK TE 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 de CSA Temse werden **geen** gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier.

Op het OK TE 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 bevraged.
- Er wordt bevraged 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 de CSA Temse wordt geen steriel materiaal vervoerd.

Steriele instrumenten worden vanuit de CSA Temse **niet** getransporteerd door middel van karren die

gesloten zijn of die overtrokken zijn met een wegwerphoes.
Steriele instrumenten worden 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 de CSA Temse is er geen ruimte gekoppeld voor het opbergen van de gesteriliseerde goederen.

Aan het OK TE 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 niet beperkt tot bevoegden
- de vloer is glad, ondoordringbaar en onbeschadigd
- de steriele goederen staan niet 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) 11 verpakking(en) gecontroleerd. Hiervan was/waren er 11 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:

- dagziekenhuis Temse (gemengd internistisch en chirurgisch dagziekenhuis)

Er moet opgemerkt worden dat de inspecteur het volgende vaststelde:

Op dagziekenhuis Temse:

- Er werden tijdens de inspectie ramen opgemerkt die niet beveiligd zijn (beveiliging in het kader van suïcide en accidenteel vallen).

6.2 Personeel (cluster veilige zorg)

6.2.1 Permanentie 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 ochtenddienst 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 2 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:
 - juwelenvrije handen en voorarmen
 - geen polshorloges
 - geen gel of kunstnagels
 - 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 en het gebruik van handschoenen".

Deze procedure bevat alle gecontroleerde onderwerpen.

Er werd(en) in totaal 5 wastafel(s) gecontroleerd. Bij 4 wastafel(s) werd vastgesteld dat alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig waren.

Bij de wastafel(s) waar niet alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig was/waaren, ontbraken volgende items:

- vloeibare zeep: 1 keer
- dispenser met navulbaar reservoir: 1 keer

Er is geen wastafel voorzien in de verpleegpost van het chirurgisch dagziekenhuis.

Opmerkingen

- er is geen wastafel in de recovery TE

Er werd(en) in totaal 14 medewerker(s) (onder wie 7 verpleegkundige(n), 2 arts(en) en 5 andere(n)) gecontroleerd op de toepassing van de richtlijnen inzake handhygiëne. 12 medewerker(s) voldeed/voldeden aan deze richtlijn.

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

- 2 andere(n)

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

- 2 medewerker(s) met lange mouwen
- 1 medewerker(s) met polshorloge

Er werd(en) 1 medewerker(s) opgemerkt met gelnagels.

Er werd(en) 1 medewerker(s) opgemerkt met nagellak.

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 2 afdeling(en) werd het materiaal dat gebruikt wordt voor preoperatieve ontharing gecontroleerd. Op 0 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 1 afdeling(en) bevraagd.

Er werd vastgesteld dat er op geen enkele bezochte afdeling in de berguimtes een vermenging is van rein en onrein materiaal.

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

Isolatie van MRSA-patiënten werd niet bevestigd.

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

In totaal werd(en) op het operatiekwartier 6 patiëntendossier(s) gecontroleerd op de aanwezigheid van preoperatieve gegevens. 5 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 bevestigd. 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

Het preanesthesiecontact werd enkel bevestigd bij patiënten op het chirurgisch dagziekenhuis.

Er werd(en) 5 patiënt(en) bevestigd over het preanesthesiecontact:

- 5 wist(en) voor de ingreep welke soort narcose zou gebruikt worden
- 2 werd(en) gevraagd of er een wens was om een anesthesist te spreken
- 3 sprak(en) voor de ingreep een anesthesist
- 1 van 3 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 werden geen patiëntendossiers ingekeken op de bezochte chirurgische verpleegafdelingen.

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 17 patiënt(en) geobserveerd tijdens het transport. Bij 13 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". Deze procedure vermeldt niet dat minstens twee parameters (naam en voornaam + geboortedatum of naam en voornaam + dossiernummer) moeten gebruikt worden.

Er werd(en) in totaal 9 patiënt(en) gecontroleerd op een identificatiebandje.

- 9 patiënt(en) droeg(en) een identificatiebandje
- 9 van de gecontroleerde identificatiebandjes bevatte(n) de minimale gegevens
- er werd(en) 4 patiënt(en) gecontroleerd op het operatiekwartier waarvan 0 geen identificatiebandje droeg(en)

6.4.5.2 Identificatie op volgborden 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 4 patiëntendossiers gecontroleerd, in 4 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) 5 verpleegkundige(n) bevraagd. 5 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) 3 patiëntendossier(s) ingekeken. In 3 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 werden geen patiëntendossiers gecontroleerd.

6.4.7 Toediening van bloed en bloedproducten

6.4.7.1 Procedure bloedtransfusie

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) 4 verpleegkundige(n) bevraagd: 2 gaf/gaven aan de voorbije 5 jaar een opleiding gevolgd te hebben over het toedienen van bloed en bloedderivaten.

6.4.7.3 Voorschriften

6.4.7.4 Toezicht tijdens bloedtoediening

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) 2 patiëntendossier(s) gecontroleerd.

In 0 van het/de 2 dossier(s) was/waren alle gecontroleerde gegevens aanwezig.

In 2 dossier(s) ontbrak volgende informatie:

- 2 keer de informatie over het verband

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

Er zijn in het ziekenhuis **geen** afspraken vastgelegd over de termijn voor het verzenden van de definitieve ontslagbrief.

Er werd(en) 11 patiëntendossier(s) gecontroleerd.
In 11 dossier(s) was een ontslagbrief aanwezig.

In 4 ontslagbrief/ontslagbrieven was/waren alle gecontroleerde gegevens aanwezig.
In 7 ontslagbrief/ontslagbrieven ontbraken volgende items:
- 7 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/alarmtekenen
 - 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 1 van de 2 bevraagde ingrepen was ontslaginfo voorhanden.
In 0 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:
- 1 patiënt(en) had(den) over alle vier de bevraagde onderwerpen informatie gekregen.
- 5 patiënt(en) had(den) schriftelijke ontslaginformatie gekregen.

4 patiënt(en) had(den) niet over alle vier de bevraagde onderwerpen informatie gekregen:
- 4 niet over mogelijke problemen/alarmtekenen

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 werd niet nagegaan hoeveel informed consentformulieren voor ingrepen bij kinderen beschikbaar zijn. Er werden geen dossiers van kinderen gecontroleerd op de aanwezigheid van een schriftelijke toestemming van de ouders.

Informed consent volwassenen

Via een centrale dossiersteekproef werd in 11 dossier(s) van volwassen patiënten die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er een notitie was over het informed consent. In 9 dossier(s) was er een notitie over het informed consent terug te vinden.

Er werd(en) 5 patiënt(en) bevraagd:

- 4 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over mogelijke alternatieven
- 1 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over de verwachte pijn
- 3 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er geen informatie was verkregen over de herstelperiode
- 5 patiënt(en) gaf/gaven aan dat er mondelinge informatie over de ingreep verkregen was
- 3 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 geen kinderen opgenomen voor heelkundige ingrepen, kinderen worden op vestigingsplaats St. Niklaas opgenomen. Volgende onderwerpen zijn hier niet van toepassing.

Op deze vestigingsplaats worden geen kinderen in daghospitalisatie opgenomen voor heelkundige ingrepen. Bijgevolg vallen volgende onderwerpen weg:

7.2 Personeel (cluster veilige zorg)

7.2.1 Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren

7.2.2 Bachelor pediatrische 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

7.4.1.1 Beleidsdocument kind in het ziekenhuis

7.4.1.2 Bevraging van ouders / begeleiders

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

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 geen enkel van de 3 gecontroleerde coagulatioestellen. Van 2 toestellen was er geen onderhoudsdatum beschikbaar. Van 1 toestel was het langer dan 24 maand geleden.
- In de ontvangstruimte is er geen oproepsysteem voorzien.

Preventie van infecties

- De toegang tot het operatiekwartier is niet sluitend beveiligd waardoor onbevoegden binnen kunnen raken zonder de hygiënische procedures te respecteren.
- Van de 2 gecontroleerde ruimten was er geen enkele in orde (geen instelbare klok).

Patiënt- en zorggerelateerde risico's

- Er zijn geen afspraken schriftelijk vastgelegd over wie verantwoordelijk is voor het verzamelen van de preoperatieve gegevens.
- In 1 van de 6 gecontroleerde patiëntendossiers waren niet alle preoperatieve gegevens aanwezig.

Recovery

Infrastructuur en materiaal

- Er kon geen algemeen preventief onderhoud in de laatste 12 maanden aangetoond worden bij het gecontroleerde defibrillatortoestel.

Continuïteit van zorg

- De minimale gegevens om de continuïteit van zorg te verzekeren werden niet gevonden in alle gecontroleerde patiëntendossiers (geen info over verband).

Sterilisatie- en desinfectieprocessen

Personeel

- De CSA-verantwoordelijke heeft geen specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd en heeft geen ervaring op een CSA.

Infrastructuur en materiaal

- Bij 1 van de 3 autoclaven konden de Bowie en Dick (of ETS) testen van de laatste 3 werkdagen niet voorgelegd worden (1 test ontbrak).

Preventie van infecties

- De toegang tot de CSA is niet duidelijk beperkt waardoor onbevoegden binnen kunnen gaan zonder de hygiënische procedures te kennen of te respecteren.

Chirurgische verpleegafdeling en chirurgisch dagziekenhuis

Personeel

- Er blijkt geen permanentie van een bachelor in de verpleegkunde te zijn tijdens de openingsuren van het dagziekenhuis tijdens 2 van de 4 gecontroleerde shiften.

Preventie van infecties

- Van de 2 gecontroleerde afdelingen bleek de equipe op deze afdelingen geen gebruik te maken van tondeuses met een wegwerp- (of hersteriliseerbare) kop voor preoperatieve ontharing.

Continuïteit van zorg

- Over 1 van 2 courante dagingrepen bleek geen schriftelijke informatie voorhanden te zijn.
- De schriftelijke informatie die kon voorgelegd worden over 1 courante dagingreep, bevatte geen informatie over alle 3 de gecontroleerde items (pijn, alarmtekenen, contactgegevens bij problemen).
- Bij navraag aan 5 patiënten werd 4 keer gemeld dat ze geen informatie meekregen bij ontslag over 1 of meerdere van de gecontroleerde items (alarmsymptomen).
- Bij controle van 11 ontslagbrieven bleken er 7 te zijn waarin geen informatie stond over 1 van de gecontroleerde items (medicatie).

Patiëntbetrokkenheid

- Bij navraag aan 5 patiënten werd 2 keer gemeld dat er geen schriftelijke informatie overhandigd was over de ingreep en/of de narcose.
- Bij navraag aan 5 patiënten werd steeds gemeld dat er geen informatie verkregen werd over 1 of meer van de 4 gecontroleerde items (alternatieven, postoperatieve pijn, herstelperiode).

Zorgtrajectbreed

Preventie van infecties

- Bij controle van 14 medewerkers bleken er 2 de richtlijnen van handhygiëne niet correct toe te passen.
- Bij controle van 5 wastafels bleek er 1 waar niet alle elementen voorhanden waren voor het uitvoeren van een correcte handreiniging.

Patiënt- en zorggerelateerde risico's

- Van de 17 patiënten transporten waren er 4 waarbij de beide bedsponden niet omhoog waren of de patiënt niet beveiligd was door middel van een riem.

Hemovigilantie

Personeel

- Bij navraag aan 4 verpleegkundigen werd er 2 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

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),

Tania Vandommele

Michaëla Daelemans