

Hygiëne op operatiekamers laat te wensen over

# Nonchalance op de OK

E. Schoemaker,  
inspecteur

drs. J.M.J. van den Berg,  
inspecteur

drs. M.J. Stikvoort,  
toezichtmedewerker

drs. W.A.H. Nugteren,  
inspecteur

allen bij de Inspectie voor de  
Gezondheidszorg

Correspondentieadres:  
e.schoemaker@igz.nl; c.c.:  
redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De sluiting van de operatiekamers van de IJsselmeerziekenhuizen staat niet op zichzelf. In veel OK's gaan professionals onverschillig om met de voorschriften op het gebied van veiligheid en hygiëne, stelt de inspectie vast.

**I**n 2005 startte de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek naar de kwaliteit van het operatieve proces in algemene en academische ziekenhuizen. Dit proces is een complexe kernactiviteit waar veel beroepsbeoefenaren een bijdrage aan leveren. Over het onderzoek naar het preoperatieve traject verscheen een inspectierapport waarin vele tekortkomingen werden geconstateerd.<sup>1 2</sup> In 2007 onderzocht de IGZ de kwaliteit van de peroperatieve fase, het traject dat de patiënt doorloopt vanaf de toegangsdeur tot de operatieafdeling tot de deur van de verkoeverafdeling. Dit inspectierapport is recentelijk gepubliceerd.<sup>3</sup> In de korte tijd dat de patiënt op de OK verblijft, doorloopt hij een complex en arbeidsintensief traject met veel risicomomenten. Tekortkomingen in dit proces kunnen juist dan tot aanmerkelijke gezondheidsschade leiden.<sup>4</sup> Dit blijkt ook uit meldingen van calamiteiten

bij de IGZ en het aantal claims bij schadeverzekeraars. In het onderzoek zijn 100 ziekenhuizen (locaties) schriftelijk bevraagd. Hiervan werden 22 ziekenhuizen ook bezocht (onaangekondigde

observatie op de OK en geplande gesprekken met betrokken zorgverleners en managers). De focus van het onderzoek lag op communicatie, overdracht en infectiepreventie, waarbij vooral naar het proces bij de weinig complexe, veelvoorkomende ingrepen, met name in de heilkunde is gekeken.

De uitkomsten van de onderzoeken naar het preoperatieve en het peroperatieve proces verschillen weinig; er is sprake van veel routine, maar onvoldoende samenspraak, onvoldoende samenhang, geringe standaardisatie en tekort aan regie; bovendien worden afspraken over infectiepreventie onvoldoende nageleefd.

## Communicatie en overdracht

Veel calamiteiten vinden hun oorzaak in tekortkomingen in communicatie en overdracht. Het peroperatieve proces duurt betrekkelijk kort en op verschillende momenten moeten cruciale gegevens van een patiënt worden gecontroleerd en overgedragen.

De kwaliteit van de overdracht van de verpleegafdeling naar de OK wisselt sterk, variërend van geen overdracht tot een uitgebreide overdracht met een checklist. Van de geobserveerde ziekenhuizen scoorde 36 procent matig tot onvoldoende. Bij de overdracht van de holding naar de OK ontbrak vaak een goede identificatie van de patiënt en diens gegevens (zie tabel 1). Omdat patiënten steeds vaker en niet alleen voor de kleinere operaties diezelfde ochtend worden opgenomen, is het contact met de operateur vóór de operatie onder druk komen staan. Bovendien is in veel ziekenhuizen de operateur niet vanzelfsprekend meer degene die de patiënt op het spreekuur zag en de indicatie stelde. Juist daarom is het van belang dat de operateur voor de operatie (weer) kennismaakt met de patiënt, zich ervan overtuigt dat er geen wijziging in de gezondheidssituatie is opgetreden en er geen aanpassing in de voorge-

**Een goede identificatie van de patiënt ontbrak vaak**

Een time-out vlak voor aanvang van de operatie, om de belangrijkste gegevens te controleren, is nergens waargenomen.

beeld: Frank Muller, HH



## 1. Overdracht naar OK

score bezochte ziekenhuizen (n=22)	onvoldoende	matig	voldoende	goed
patiëntidentificatie	0	3	13	6
overdracht dossier	6	2	7	7
contact operateur - patiënt*	3	9	4	4

Identificatie van en contact met de patiënt, en dossieroverdracht bij ontvangst op operatieafdeling.

\*in 2 ziekenhuizen niet bij observatie betrokken

nomen behandeling nodig is. Dit gebeurt onvoldoende. In 27 procent van de ziekenhuizen begint men pas met de inleiding tot anesthesie als de chirurg de patiënt heeft gesproken.

Cruciaal is het moment net voor aanvang van de operatie als de belangrijkste gegevens (identiteit, juiste operatie en zijde, aanwezige instrumenten en implantaten, juiste anesthesie) nog eens moeten worden gecontroleerd in aanwezigheid van alle betrokken professionals. Bijna de helft van de ziekenhuizen gaf aan zo'n time-outprocedure te hanteren; acht van de 22 bezochte ziekenhuizen meldde tevoren deze methode te gebruiken, maar een feitelijke time-out is nergens waargenomen.

Tussen het operatieteam en het anesthesieteam is weinig actieve communicatie. Ieder deed zijn ding tijdens de voorbereiding van de operatie. Bij aanvang van de operatie vond nauwelijks afstemming plaats tussen chirurgie en anesthesie, noch controleerde de operateur of aan alle voorwaarden voor een goed verlopende ingreep was voldaan. Operateur en anesthesioloog com-

municieerden niet over de bevindingen tijdens de operatie, noch was er afstemming over het postoperatieve beleid. Ieder vulde zijn eigen gegevens in over de operatie en het postoperatieve beleid, zonder dit met elkaar te bespreken. Ook bij kleine, routinematige operaties is het, of misschien juist, van belang hierover te communiceren.

De verslaglegging van de anesthesiologie werd direct bijgewerkt, het operatieverslag volgde bijna altijd (veel) later. De operateur maakte een korte notitie in het klinisch medisch dossier. Er was geen sprake van debriefing na de operatie.

### Hygiëne met een luchtje

Bijna alle ondervraagde ziekenhuizen (93%) beschikken over een kledingreglement, meer dan de helft had ook een gedragsreglement (63%). Vrijwel iedereen droeg de juiste kleding, maar slechts in 41 procent van de bezochte ziekenhuizen had iedereen het juiste schoeisel aan. Soms droeg men slecht reinigbaar schoeisel of werd goed reinigbaar schoeisel niet gereinigd. De inspectie kreeg meermaals vuile, met bloed bespatte gastklompen aangeboden (zie tabel 2). Met de discipline van het gebruik van mondneusmaskers was het slecht gesteld. Veelal droeg men hetzelfde masker bij meerdere operaties, soms was de neus niet bedekt en enkele keer kwam een medewerker zonder masker tijdens een operatie de OK op. Men droeg handsieraden of – vooral bij het anesthesieteam – horloges. In ruim de helft van de geobserveerde ziekenhuizen waren de hoofdharen onvoldoende door een muts bedekt.

Dit duidt op nonchalance en onvoldoende interesse voor hygiënisch gedrag. Bij infectiepreventie en hygiëne is gedisciplineerde naleving van de landelijke richtlijnen en eigen protocollen van groot belang.

Om wondinfecties te voorkomen is steriele ingeblazen lucht en een constante overdruk en luchtstroom met zo min mogelijk werveling van groot belang. De inspectie lette daarom ook op de luchtbeheersing. In vier van de geobserveerde ziekenhuizen was er nog sprake van een (verouderde) mengende luchtbehandeling. De lucht werd door roosters in de muur ingeblazen en ging niet in een constante stroom over het operatiegebied en het steriele instrumentarium. De overige ziekenhuizen hadden een verdringend systeem met een plenum. Een

Met de discipline van het gebruik van mondneusmaskers was het slecht gesteld.

beeld: Frank Muller, HH

## 2. Kleding

score bezochte ziekenhuizen (n= 22 ziekenhuizen)	onvoldoende	matig	voldoende	goed
OK-kleding	3	0	1	18
schoeisel	7	6	3	6
mondneusmasker buiten operatiekamer	11	9	2	0
mondneusmasker op operatiekamer tijdens operatie	3	5	4	10
sieraden	3	9	3	7
OK-muts (haarbedekking)	1	9	3	9

Kleding op OK-complex volgens normen infectiepreventie.



enkel ziekenhuis gebruikte al een verdringend systeem met drie plenums met verschillende luchttemperaturen, waardoor een zeer constante luchtstroom wordt gewaarborgd.

Hoewel een beheersplan luchtbehandeling een vereiste is, beschikten slechts enkele ziekenhuizen hierover.<sup>5</sup>

In verreweg de meeste ziekenhuizen ontbraken de voorwaarden voor een goede luchtbeheersing; ook hier viel een gebrek aan discipline op. Het aantal deurbewegingen tijdens een operatie van een uur liep soms op tot boven de 20. Eenmaal werd zelfs een medewerker van buiten de OK gehaald om op de OK een privételefoon-tje aan te nemen.

### Medische hulpmiddelen

Gebruikte gazen werden na het sluiten van de wond vrijwel overal nageteld. In slechts de helft van de ziekenhuizen werden ook de instrumenten geteld of de netten gewogen. Gebruikte naalden werden in drie van de 22 geobserveerde ziekenhuizen geteld.

Zowel gazen als naalden, instrumenten en disposables behoren voor het sluiten van de wond te worden nageteld. De uitkomst moet met de operateur worden gecommuniceerd en moet worden geregistreerd.

## SAMENVATTING

- Om de patiëntveiligheid tijdens het operatieve proces te waarborgen, moeten processen naadloos op elkaar aansluiten, moet voortdurend afstemming plaatsvinden tussen beroepsbeoefenaren en moeten voorschriften en afspraken zonder voorbehoud in acht worden genomen.
- De inspectie heeft geconstateerd dat de voorwaarden voor patiëntveilige zorg in de meeste gevallen onvoldoende aanwezig waren.
- Check en dubbelcheck van kritische gegevens vond onvoldoende plaats of was onvoldoende gestandaardiseerd.
- Communicatie, overdracht en afstemming tussen het chirurgische en anesthesiologische team was te vrijblijvend en vaak gebaseerd op 'geen bericht, goed bericht'.
- De onderhoudsstatus van medische apparatuur kende hiaten en het gedrag omtrent infectiepreventie was onvoldoende professioneel.

Vreemd genoeg vertrouwen de gebruikers blindelings op werking, veiligheid en onderhoud van de apparatuur. De inspectie trof apparatuur aan zonder of met een 'verlopen' onderhoudssticker, met stickers met de datum van het laatste onderhoud en stickers met de eerstvolgende onderhoudsdatum. De intern onderhouden apparatuur is meestal voorzien van een sticker met uiterste datum voor volgend onderhoud, de extern onderhouden apparatuur met een sticker met de datum van het laatste onderhoud. Dat is verwarrend. Slechts in twee ziekenhuizen was de stickering eenduidig en compleet.

De brand op een operatiekamer in Almelo in 2006 waarbij een patiënte overleed, maakte opnieuw duidelijk dat goed onderhoud van medische apparatuur van levensbelang kan zijn. Daarbij hoort ook controle op onderhoud. Blind vertrouwen en een vrijblijvende houding zijn niet acceptabel. Ook de Orde van Medisch Specialisten heeft zich in die zin uitgesproken. De medische staf moet met de raad van bestuur afspraken maken over de wijze waarop de medisch specialist zich ervan kan overtuigen dat een apparaat veilig is. Het gemakkelijkst gaat dit via een sticker op het apparaat met de datum van de eerstvolgende onderhoudsbeurt. Zo'n sticker vertegenwoordigt een compleet beleidsplan inzake: vrijgifte na aanschaf, training, onderhoud en vervanging.

### Goede ontwikkelingen

Het is gelukkig niet alleen maar zorgelijk. Er zijn goede initiatieven ontwikkeld of in ontwikkeling. Deze vinden echter nog maar mondjesmaat navolging. Het Oogziekenhuis in Rotterdam heeft de time-outprocedure ontwikkeld waarbij kort voor iedere operatie een stop in de werkzaam-

heden plaatsvindt om alle relevante gegevens en materialen te controleren. Dit initiatief is beloofd met een kwaliteitsprijs (het aantal verwisselingen daalde naar nul).


Een ander goed initiatief is het SURgical PATiënt Safety System (SURPASS) van de afdeling Heelkunde van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.<sup>6</sup> Het AMC hanteert een checklist voor het gehele operatieve proces met stopmomenten als er zaken niet kloppen en kort voor de operatie is er een time-out. Ten slotte is op initiatief van de NVZ, NVA, NVvH en Orde in samenwerking met het CBO de richtlijn Preoperatief Proces in ontwikkeling. Ook deze richtlijn, waarin een time-outprocedure is opgenomen, geeft stopmomenten aan. Voor al deze initiatieven geldt dat het welslagen afhangt van de betrokkenheid van alle professionals en van inspirerend leiderschap van de raad van bestuur.

### Maatregelen

Ziekenhuizen moet de werkwijze op hun OK-afdeling spiegelen aan de bevindingen van het landelijke inspectierapport en voor 1 januari 2009 een plan van aanpak maken voor de gesignaleerde tekortkomingen.

Overdrachten en andere kritische momenten in het proces moeten worden geprotocolleerd en time-outs moeten worden ingevoerd. Voorts moeten landelijke richtlijnen en professionele normen worden nageleefd zoals checks bij medicatietoediening, tellen van gazen, instrumenten en naalden, en kledingreglementen en andere procedures van hygiëne en infectiepreventie moeten worden nageleefd. Over het gebruik van medische apparatuur moeten schriftelijke afspraken worden gemaakt en het onderhoud moet sluitend en verantwoord geregeld zijn. Ziekenhuizen hebben hier al een brief over ontvangen naar aanleiding van het rapport over de OK-brand in Almelo.

Deze en andere maatregelen staan in het inspectierapport. Behalve het aantoonbaar verbeteren van processen en vastleggen van afspraken over uitvoering, moeten de instellingen regelmatig interne kwaliteitsaudits uitvoeren. De inspectie zal de resultaten daarvan steekproefsgewijs opvragen.

Los van de individuele verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren ligt hier ook een belangrijke rol voor de organisatorische en medische leiding van de OK. Het ziekenhuisbestuur ten slotte dient zich er als verantwoordelijke actief van te overtuigen dat er verantwoorde zorg wordt geleverd. 



Het volledige rapport van de inspectie en de literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).