



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Peroperatief proces uiteindelijk veiliger

Den Haag, december 2010



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvraag – 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 9

#### **2 Conclusies – 11**

- 2.1 Ziekenhuizen blijven aanvankelijk achter in tempo bij aanbrengen van verbeteringen – 11
- 2.2 Verbeteringen wel mogelijk na in vooruitzicht stellen van handhavende maatregelen – 11
- 2.3 De inspectie moet alert blijven op achterblijvers – 11
- 2.4 Veldpartijen nemen hun verantwoordelijkheid – 11

#### **3 Handhaving – 13**

- 3.1 Maatregelen voor betrokken ziekenhuizen – 13
- 3.2 Vervolgacties inspectie – 13

#### **4 Resultaten eerste inspectiebezoeken – 15**

- 4.1 Communicatie en overdracht: ruim 60% onvoldoende en matig – 15
- 4.2 Infectiepreventie onvoldoende door deurbeweging en niet-afleesbare luchtdruk – 16
- 4.3 Medicatieveiligheid: dubbelcheck bij minder dan 10% – 17
- 4.4 Onderhoudssticker medische apparatuur in 52% van ziekenhuizen onvoldoende – 18

#### **5 Resultaten herhaalbezoeken – 19**

- 5.1 Observatiepunt: communicatie en overdracht – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek – 20
- 5.2 Observatiepunt: infectiepreventie – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek – 21
- 5.3 Observatiepunt: medische apparatuur – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek – 22
- 5.4 Observatiepunt: medicatieveiligheid – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek – 23

#### **6 Beschouwing – 25**

#### **7 Summary – 27**



## Voorwoord

De Inspectie voor de Gezondheidszorg voerde in 2009 en 2010 een vervolgonderzoek uit naar de kwaliteit van zorg van het peroperatieve proces. Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarig en grootscheeps onderzoek dat de inspectie naar het operatief proces uitvoert. Dat onderzoek is bekend onder de naam TOP (Toezicht Operatief Proces).

In dit rapport staan de resultaten van het vervolgonderzoek dat de inspectie uitvoerde bij 20 ziekenhuizen die naar aanleiding van eerder onderzoek het onduidelijkst waren in hun verbeterplannen. De inspectie voerde dit vervolgonderzoek uit om te toetsen of deze ziekenhuizen de noodzakelijke verbeteringen hadden doorgevoerd na het eerdere onderzoek in 2008. In eerste instantie bleek dat de ziekenhuizen deze verbeteringen nog lang niet optimaal hadden doorgevoerd. Onder volhardende druk van de inspectie voerden alle ziekenhuizen de benodigde verbeteringen uiteindelijk door. Kennelijk is het moeilijk dat ziekenhuizen dat uit zichzelf snel en adequaat doen. Externe druk is blijkbaar nodig. Ik stel vast dat een stevige inspectie-inzet een duidelijk toegevoegde waarde heeft voor de patiëntveiligheid.

Er zijn de laatste jaren veel ontwikkelingen op het gebied van veilige zorg rondom het operatieve traject. De wetenschappelijke verenigingen hebben richtlijnen ontwikkeld voor het preoperatief traject en voor het voorkomen van onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal. Tevens zijn er nu richtlijnen in ontwikkeling voor het peroperatief en postoperatief traject. Ik heb grote waardering voor deze activiteiten. Echter, met richtlijnen en procedures alleen zijn we er niet: het gaat om het verbeteren van ieders gedrag en de aanspreekbaarheid daarop. Dit rapport laat zien dat het zeer wel mogelijk is om daar in korte tijd sterk in te verbeteren.

Prof. dr. G. van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert een meerjarig, grootscheeps onderzoek uit naar het operatief proces. Het Operatief Proces is op te delen in drie delen: het **pre**operatief proces, het **per**operatief proces en het **post**operatief proces. In dit rapport leest u de resultaten van het tweede onderzoek dat de inspectie uitvoerde naar het **per**operatief proces. Het peroperatief proces loopt van de toegangsdeur van het OK-complex tot de toegangsdeur van de verkoeverafdeling. Dit onderzoek was een vervolgonderzoek op een eerder onderzoek dat de inspectie in 2008 uitvoerde.

Uit het inspectieonderzoek in 2008 bleek dat er nog veel verbeteringen noodzakelijk waren voor het peroperatief proces. De ziekenhuizen moesten destijds een plan van aanpak indienen waarin stond hoe zij deze verbeteringen zouden doorvoeren. De inspectie heeft al deze plannen van aanpak beoordeeld. In 2009 en 2010 voerde de inspectie een vervolgonderzoek uit bij 20 ziekenhuizen (33 locaties) waarvan de plannen van aanpak het minst aansloten bij de aangegeven verbeterpunten.

De inspectie toetste in hoeverre de ziekenhuizen de verbetermaatregelen hadden geïmplementeerd die de inspectie in haar rapport van 2008 had gevraagd. Hierbij is specifiek gelet op 4 aspecten:

- Communicatie en overdracht.
- Infectiepreventie (gedrag en bouwkundige aspecten).
- Onderhoud medische apparatuur.
- Medicatieveiligheid.

Uit het onderzoek bleek dat geen enkel ziekenhuis alle benodigde verbetermaatregelen had geïmplementeerd. De inspectie was hier ontevreden over en heeft reeds gedurende dit onderzoek maatregelen opgelegd aan al deze ziekenhuizen. Afhankelijk van de resultaten uit het eerste onaangekondigde bezoek betrof dit een onaangekondigd herhaalbezoek door de inspectie óf het verplicht uitvoeren van een interne audit en de inspectie berichten over de uitkomsten. De inspectie legde daarop bij 13 ziekenhuizen een onaangekondigd herhaalbezoek af. Deze ziekenhuizen was van te voren medegedeeld dat wanneer de situatie dan nóg niet verbeterd was, het ziekenhuis onder verscherpt toezicht zou worden gesteld. Bij de herhaalbezoeken werd nergens een niet-verantwoorde situatie aangetroffen; aanzienlijke verbetering binnen twee maanden was dus goed mogelijk. De inspectie had aan 20 locaties de opdracht gegeven binnen drie maanden een audit uit te voeren op de naleving van de verbetermaatregelen en de inspectie over de uitkomst te berichten. Bij deze interne audits bleken in veel gevallen de gewenste verbeteringen te zijn uitgevoerd. Daar waar het nog niet volledig in orde was, hebben de ziekenhuizen verdere actie ondernomen. Alle ziekenhuizen hebben daarmee grote vooruitgang geboekt. Voorbeelden van belangrijke verbeteringen waren de uitvoering van de *Time out*-procedure (laatste veiligheidscheck voordat de operatie begint) en het tellen van instrumenten na de operatie om onbedoeld achterblijven te voorkomen. Van deze handelingen is wetenschappelijk aangetoond dat ze de patiëntveiligheid in hoge mate verbeteren.

In 2010 en 2011 zal de inspectie een onderzoek uitvoeren naar het gehele operatieve proces in een aselechte steekproef uit alle ziekenhuizen in Nederland. De inspectie acht de voorwaarden voor verantwoorde zorg inmiddels voldoende bekend en zal niet aarzelen handhavend op te treden wanneer blijkt dat een ziekenhuis hier niet aan voldoet.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In het operatief proces wordt in korte tijd hoogwaardige, complexe zorg verleend door veel beroepsbeoefenaren. Uit de literatuur blijkt dat hier relatief veel *adverse events* (ongewenste gebeurtenissen) en calamiteiten optreden waardoor schade en/of overlijden plaatsvindt. De inspectie voert daarom een meerjarig indringend onderzoek uit naar alle fases van het operatief proces (TOP).

In 2009 en 2010 heeft de inspectie een onderzoek verricht naar het **peroperatieve** deel van het operatief proces. Dit onderzoek was een vervolg op een eerder onderzoek uit 2008. Dit vervolgonderzoek is verricht naar de stand van zaken in 20 ziekenhuizen (33 locaties).

In 2010 en 2011 volgt een onderzoek naar het gehele operatieve proces (TOP Integraal) bij een steekproef uit alle Nederlandse algemene en academische ziekenhuizen.

## 1.2 Onderzoeksvraag

In het inspectierapport *Standaardisatie onmisbaar voor risicovermindering in operatief proces*<sup>1</sup> heeft de inspectie op basis van de onderzoeksresultaten aangegeven dat de inspectie bij ten minste 20 ziekenhuizen zou nagaan of de in het rapport genoemde verbetermaatregelen waren geïmplementeerd. In dit rapport staan de resultaten van dat vervolgonderzoek.

De onderzoeksvraag luidde:

*In hoeverre hebben de ziekenhuizen de in het inspectierapport uit 2008 genoemde verbetermaatregelen geïmplementeerd?*

## 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Bij aanbieding van het inspectierapport 'Standaardisatie onmisbaar voor risicovermindering in operatief proces'<sup>1</sup> in 2008 heeft de inspectie de ziekenhuizen gevraagd zich te spiegelen aan de in dat rapport geformuleerde maatregelen. Ze moesten een plan van aanpak insturen, dat de inspectie vervolgens beoordeelde. Op basis van die plannen van aanpak zijn 20 ziekenhuizen geselecteerd waarvan het plan van aanpak het minst aansloot bij het landelijke inspectierapport. Bij deze ziekenhuizen voerde de inspectie het vervolgonderzoek uit. Als een ziekenhuis één plan van aanpak indiende voor meerdere locaties, dan includeerde de inspectie al deze locaties voor het onderzoek. Uiteindelijk ging het om 20 ziekenhuizen met 33 locaties. Het betrof dus een negatieve selectie van ziekenhuizen.

Het vervolgonderzoek is tussen oktober 2009 en april 2010 uitgevoerd<sup>2</sup> en bestond uit twee delen.

- 1 Tijdens het eerste deel van het onderzoek observeerde de inspectie in elke locatie ten minste vier operaties van meerdere specialismen. Tevens zag zij relevante protocollen en schriftelijke procedures in en voerde korte verificatie-gesprekken met medewerkers. Voor de observaties werd een verkorte versie gebruikt van het toetsingskader van het TOP-2-onderzoek zoals dat al eerder gepubliceerd was op [www.igz.nl](http://www.igz.nl). De inspectie toetste op 4 aspecten:
  - Communicatie en overdracht.

1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Standaardisatie onmisbaar voor risicovermindering operatief proces. oktober 2008. [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

2 Bij brief van 14 september 2009 zijn alle algemene en academische ziekenhuizen geïnformeerd over het vervolgonderzoek.

- Infectiepreventie (gedrag en bouwkundige aspecten).
- Onderhoud medische apparatuur.
- Medicatieveiligheid.

De inspectie kondigde de bezoeken niet eerder dan de voorafgaande middag aan bij de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur ontving de resultaten van de inspectiebezoeken schriftelijk en kreeg tevens direct te horen welke handhavende maatregelen de inspectie oplegde.

- 2 Het tweede deel van het onderzoek bestond uit het toetsen van deze handhavende maatregelen. De inspectie had de mogelijkheid op te leggen handhavingsmaatregelen van te voren vastgesteld, deze waren afhankelijk van de resultaten van het eerste bezoek. Bij een onvoldoende score op onderdelen die direct de patiëntveiligheid raakten, zou de inspectie twee maanden na het eerste inspectiebezoek een niet met datum aangekondigd herhaalbezoek afleggen. Als er onvoldoende verbeteringen zouden worden geconstateerd, werd verscherpt toezicht overwogen. Bij een onvoldoende of matige score op één of enkele aspecten zou de inspectie het ziekenhuis vragen de tekortkomingen te herstellen, binnen drie maanden een audit uit te voeren op de naleving van de verbetermaatregelen en de inspectie over de uitkomst te berichten.

Als uitgangspunt geldt dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is en blijft voor de kwaliteit van zorg. De inspectie gaat er daarbij vanuit dat deze zich daarover dan ook actief laat informeren.

## 2 Conclusies

De inspectie toetste in dit vervolgonderzoek of de ziekenhuizen de in het rapport uit 2008 genoemde verbetermaatregelen hadden geïmplementeerd. De inspectie nam reeds gedurende het onderzoek maatregelen. Dit hoofdstuk bevat de conclusies van het onderzoek.

### 2.1 **Ziekenhuizen blijven aanvankelijk achter in tempo bij aanbrengen van verbeteringen**

Het aantal ziekenhuizen/locaties dat de in het inspectierapport uit 2008 genoemde maatregelen nog niet had geïmplementeerd bleek bijzonder hoog. Geen enkel ziekenhuis had alle benodigde verbetermaatregelen geïmplementeerd. Uit de inspectiebezoeken bleken tekortkomingen die volgens eerder ingestuurde plannen van aanpak al verholpen hadden moeten zijn. De betreffende ziekenhuizen gaven aan dat men daar nog niet aan toe was gekomen of dat er nog discussie bestond over de precieze uitvoering.

### 2.2 **Verbeteringen wel mogelijk na in vooruitzicht stellen van handhavende maatregelen**

Bij onvoldoende resultaten moesten de ziekenhuizen op korte termijn verbeteringen doorvoeren. Daarna legde de inspectie een herhaalbezoek af of moest het ziekenhuis een audit uitvoeren. Bij onvoldoende verbeteringen zou zonnodig verscherpt toezicht worden ingesteld. Dit was in geen enkel geval nodig. Alle 20 ziekenhuizen bleken binnen de gestelde termijn verbeteringen te hebben doorgevoerd. Inspectiedruk heeft zichtbare verbeteringen van het operatief proces opgeleverd.

### 2.3 **De inspectie moet alert blijven op achterblijvers**

Voor de bepaling van de onderzoeksgroep heeft de inspectie een negatieve selectie gemaakt van de ingestuurde plannen van aanpak van het TOP-2-rapport. De resultaten van het onderzoek bevestigden de juistheid van deze keuze. De inspectie heeft in korte tijd een groot aantal achterblijvende ziekenhuizen bewogen tot snelle verbetering. Daarmee heeft ze niet alleen haar capaciteit effectief en efficiënt ingezet maar ook de patiëntveiligheid bevorderd.

### 2.4 **Veldpartijen nemen hun verantwoordelijkheid**

De veldpartijen hebben na de oproep van de inspectie hun verantwoordelijkheid genomen en hebben inmiddels de richtlijnen 'Preoperatief traject' en 'Voorkomen van onbedoeld achterblijven operatiemateriaal' uitgebracht. Daarnaast zijn richtlijnen voor het peroperatief en postoperatief traject in ontwikkeling. Deze richtlijnen leveren een belangrijke bijdrage aan het vergroten van de kwaliteit en veiligheid van het operatief proces.



## 3 Handhaving

### 3.1 **Maatregelen voor betrokken ziekenhuizen**

De inspectie nam reeds tijdens het onderzoek maatregelen. Afhankelijk van de resultaten van het eerste bezoek kon het ziekenhuis de opdracht krijgen om een audit uit te voeren óf bracht de inspectie aan het ziekenhuis een herhaalbezoek.

Van de 33 bezochte locaties vond op 13 locaties een herhaalbezoek plaats. Op de overige 20 locaties voerden ziekenhuizen in opdracht van de inspectie een audit uit en berichtten de inspectie over de uitkomst daarvan.

### 3.2 **Vervolgacties inspectie**

In 2010 en 2011 voert de inspectie een vervolgonderzoek uit naar het gehele operatieve proces (TOP integraal) bij een aselechte steekproef uit alle ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen uit dit vervolgonderzoek hebben opnieuw de kans om binnen de steekproef te vallen.

De inspectie acht de voorwaarden voor verantwoorde zorg inmiddels bekend en zal niet aarzelen handhavend op te treden wanneer ziekenhuizen hier niet aan voldoen.

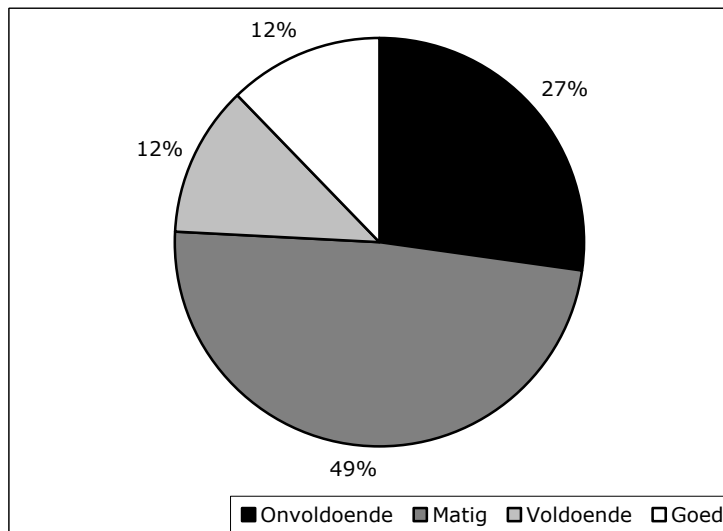


## 4 Resultaten eerste inspectiebezoeken

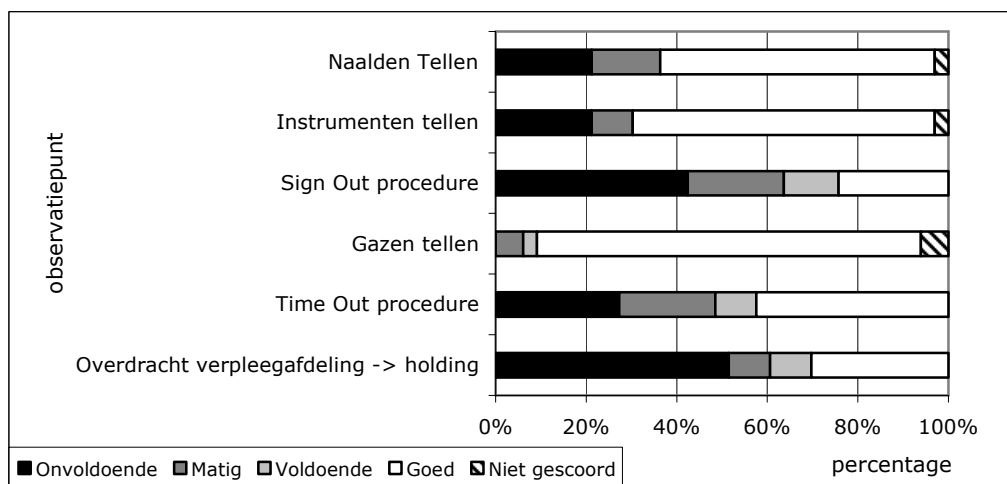
In dit hoofdstuk staan de resultaten van het eerste inspectiebezoek aan 33 locaties. De resultaten zijn puntsgewijs weergegeven op basis van de 4 observatiepunten:

- Communicatie en overdracht.
- Infectiepreventie (gedrag en bouwkundige aspecten).
- Onderhoud medische apparatuur.
- Medicatieveiligheid.

### 4.1 Communicatie en overdracht: ruim 60% onvoldoende en matig



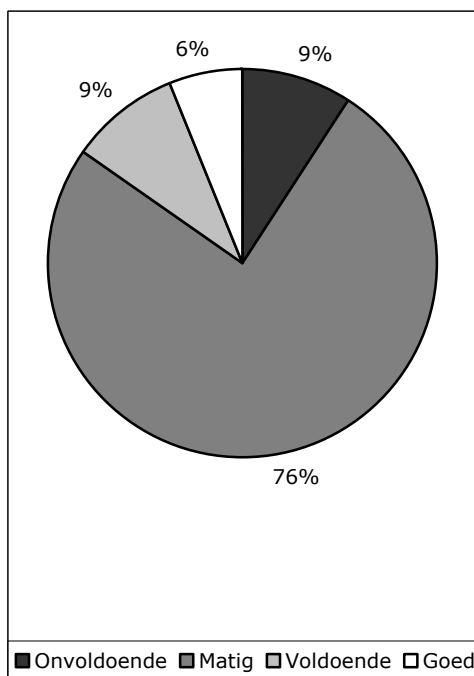
Figuur 1 Communicatie en overdracht (n=33)



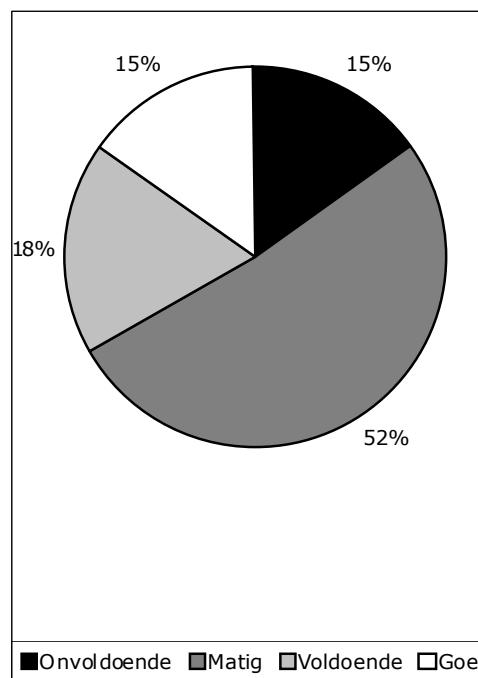
Figuur 2 Observatiepunten Communicatie en overdracht (n=33)

- De overdracht van de verpleegafdeling naar het OK-complex (de *holding*) werd door 39% van de ziekenhuizen voldoende of goed uitgevoerd.
- De invoering van de *Time out*-procedure was ten opzichte van de resultaten uit het eerdere onderzoek van de inspectie in 2008 verbeterd (0 (n=22) in 2008, 52% (n=33) in 2010).
- Het gazen tellen (88% voldoende tot goed) was conform de resultaten uit het eerdere inspectieonderzoek uit 2008. Het tellen van de instrumenten en naalden werd in respectievelijk 67% en 61% van de ziekenhuizen voldoende tot goed uitgevoerd.
- De *Sign out*-procedure werd nu in 36,3% van de ziekenhuizen voldoende tot goed uitgevoerd.

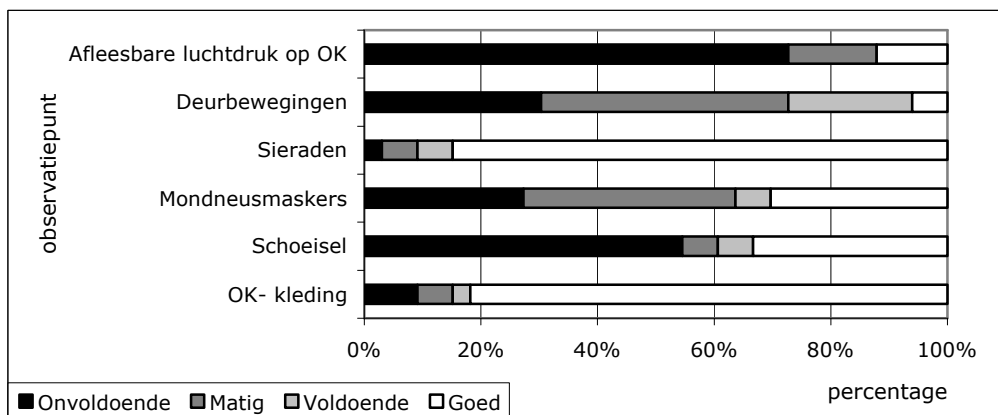
**4.2 Infectiepreventie onvoldoende door deurbeweging en niet-afleesbare luchtdruk**



Figuur 3a: Infectiepreventie: technische en bouwkundige aspecten (n=33)



Figuur 3b: Infectiepreventie: gedrag (n=33)

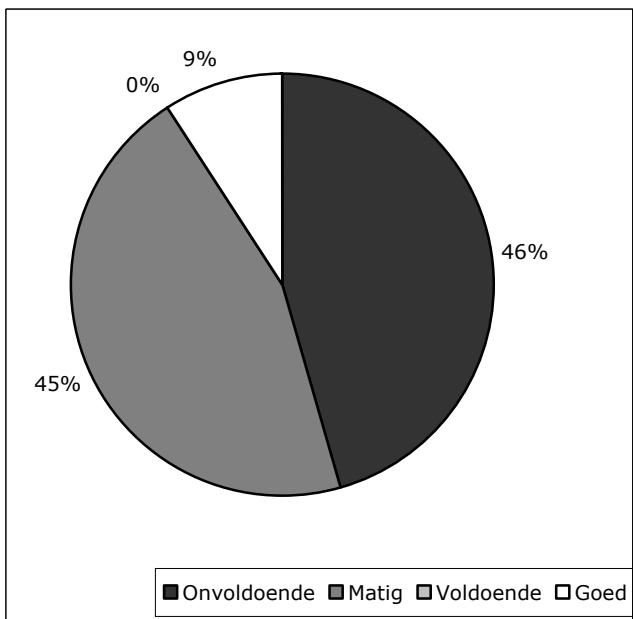


Figuur 4 Observatiepunten Infectiepreventie (n=33)

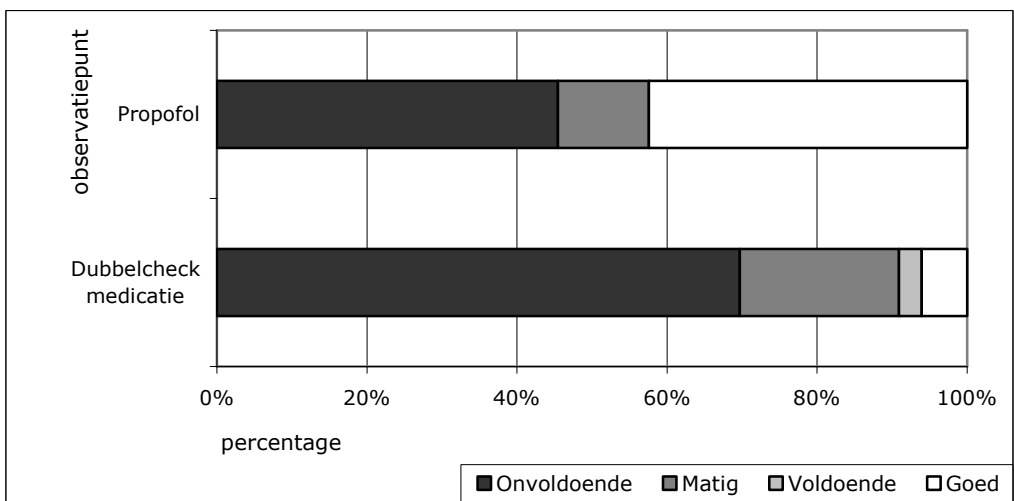


- De kwaliteit van het schoeisel en het op een juiste wijze dragen van maskers waren in respectievelijk 39% en 36% van de ziekenhuizen voldoende of goed.
- De ziekenhuizen scoorden op het aspect het (niet) dragen van sieraden en het dragen van de juiste OK-kleding respectievelijk 91% en 85% voldoende of goed.
- Het aantal deurbewegingen was hoog, 73,7 % van de ziekenhuizen scoorde matig of onvoldoende.
- Een afleesbare luchtdruk op de operatiekamer was in 89% van de ziekenhuizen niet aanwezig.

**4.3 Medicatieveiligheid: dubbelcheck bij minder dan 10%**



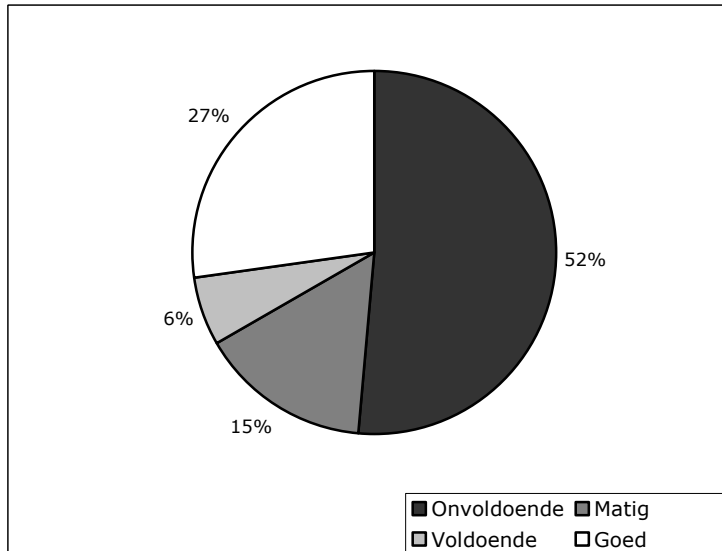
*Figuur 5 Medicatieveiligheid*



*Figuur 6 Observatiepunten medicatieveiligheid (n=33)*

- De dubbelcheck van intraveneuze medicatie (het klaarmaken en toedienen) was in 9% van de ziekenhuizen goed ingevoerd.
- Het gebruik van propofol was nog niet overal conform bijsluiter. In 42% was dit voldoende of goed.

#### 4.4 Onderhoudssticker medische apparatuur in 52% van ziekenhuizen onvoldoende



*Figuur 7 Veiligheid medische apparatuur (n=33)*

De inspectie trof in 67% van de ziekenhuizen nog apparatuur aan zonder sticker met daarop de onderhoudsstatus, of met een sticker maar met een verlopen onderhoudsdatum.

## 5 Resultaten herhaalbezoeken

Van de 33 bezochte locaties vond op 13 locaties (39%) een herhaalbezoek plaats. De resultaten van deze herhaalbezoeken waren overwegend positief. In tabel 1 staan de resultaten van de herhaalbezoeken. Tevens zijn de verbeteringen zichtbaar die de ziekenhuizen hebben aangebracht na het eerste bezoek. Ziekenhuizen die nog geen optimale score hadden bereikt, hebben aangegeven dit planmatig verder te verbeteren. De inspectie volgt de voortgang hiervan door het opvragen van auditrapportages.

Tabel 1  
Vergelijking scores op observatiepunten\* (n=13)

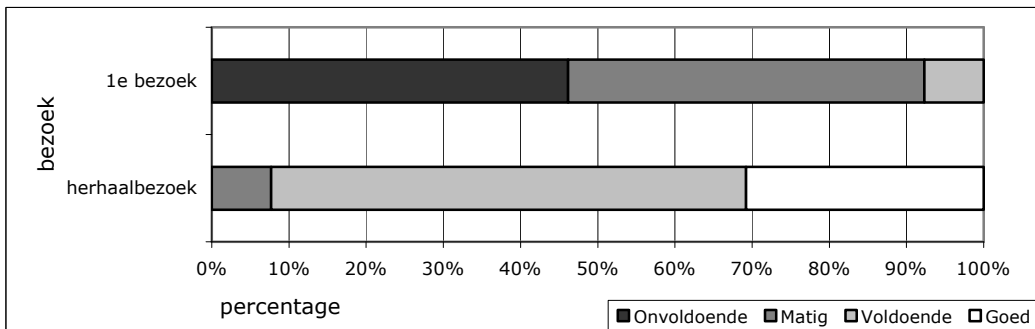
Observatiepunt	Percentage voldoende of goede scores tijdens initiële bezoek	Percentage voldoende of goede scores tijdens herhaalbezoek 2 maanden later
Overdracht verpleegafdeling -> holding	15,4	92,3
Time out-procedure	30,8	100
Gazen tellen	92,3	100
Sign out-procedure	23,1	76,9
Instrumenten tellen	46,2	84,6
Naalden Tellen	46,2	91,7**
OK-kleding	84,6	100
Schoeisel	23,1	76,9
Mondneusmaskers	15,4	100
Sieraden	92,3	100
Deurbewegingen	15,4	76,9
Afreesbare luchtdruk op OK	7,7	46,2
Dubbelcheck medicatie	0	76,9
Propofol	23,1	92,3
Onderhoud medische apparatuur	7,7	76,9

\* *De inspectie observeerde de observatiepunten niet opnieuw bij de herhaalbezoeken als deze tijdens het eerste bezoek al voldoende waren.*

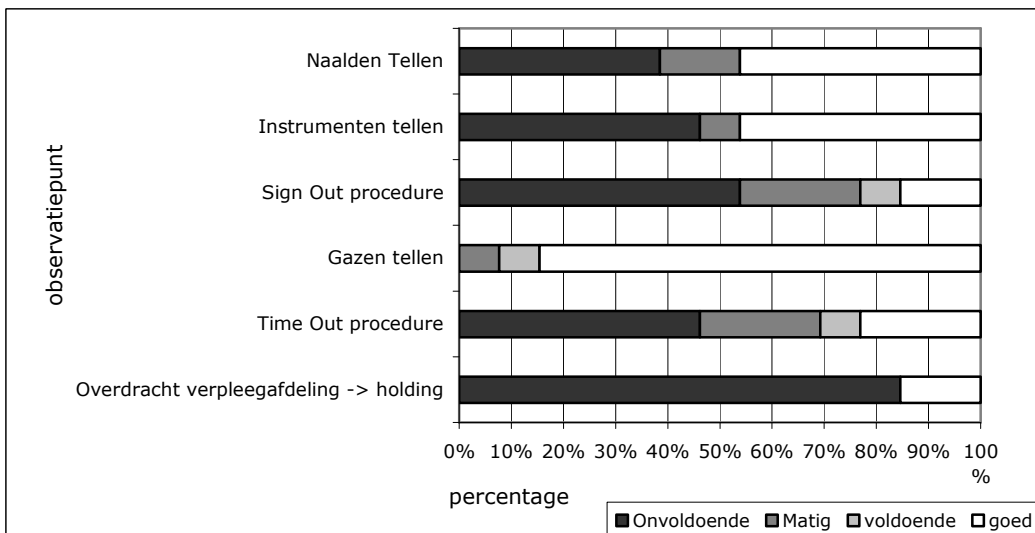
\*\* n=12, eenmaal niet gescoord.

In de volgende paragrafen staan figuren met de resultaten van de herhaalbezoeken die de inspectie bracht aan de 13 locaties. Er is steeds een vergelijking met het eerste bezoek gemaakt zodat de verbeteringen zichtbaar zijn.

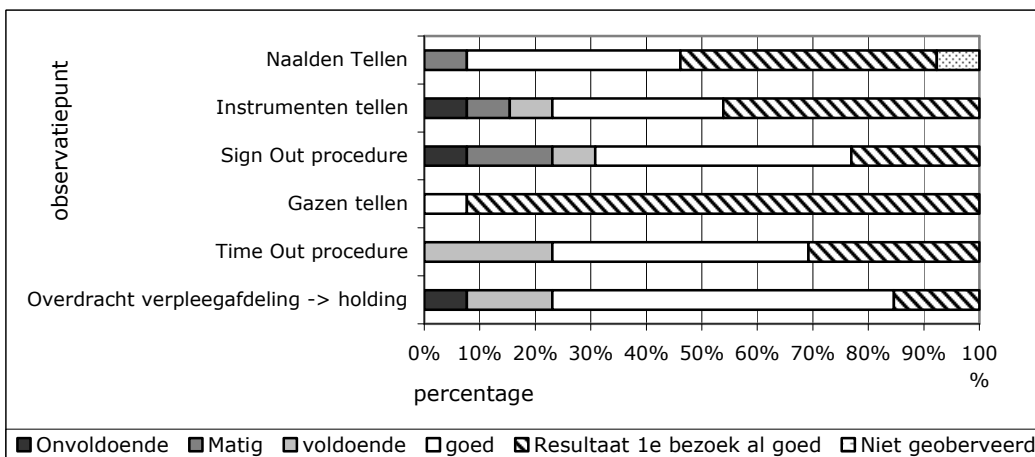
**5.1 Observatiepunt: communicatie en overdracht – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek**



*Figuur 8a Communicatie en overdracht: verbetering na 2 maanden (n=13)*



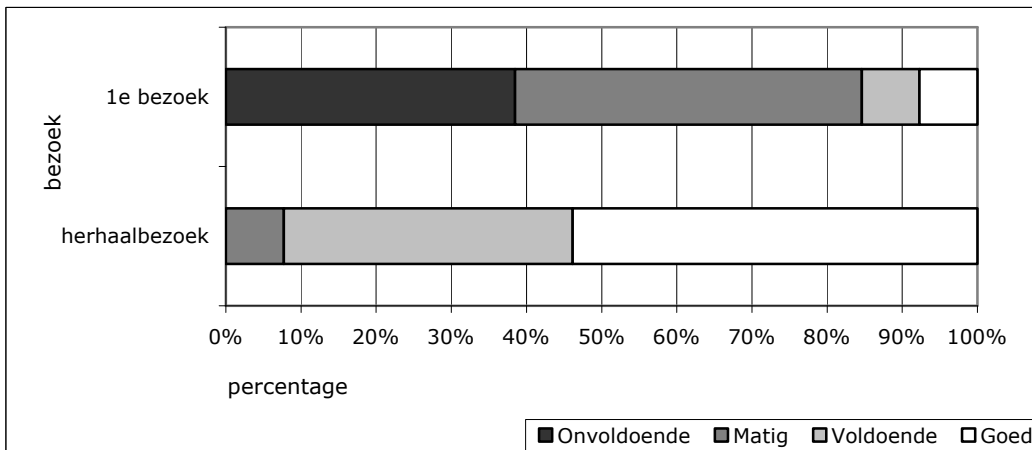
*Figuur 8b Communicatie en overdracht 1e bezoek (n=13)*



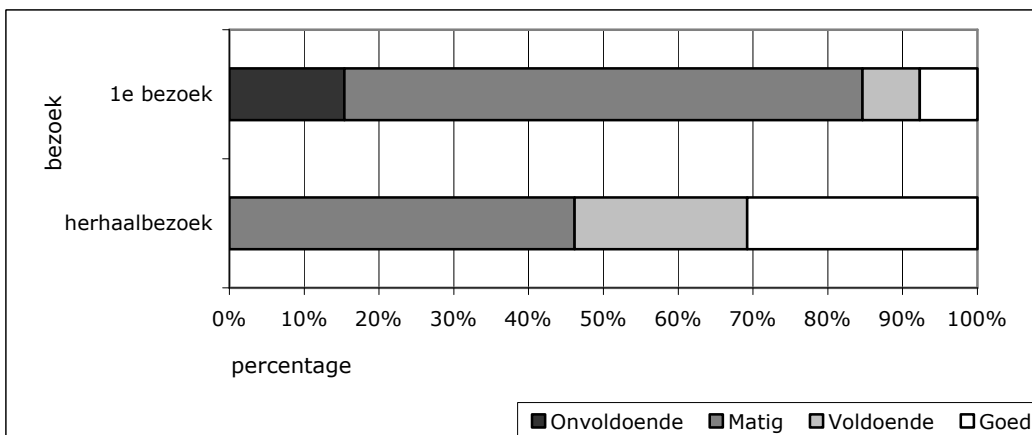
*Figuur 8c Communicatie en overdracht herhaalbezoek (n=13)*

Bij het observatiepunt communicatie en overdracht scoorde tijdens het initiële bezoek slechts 1 van de 13 locaties voldoende of goed. Bij het herhaalbezoek scoorden 12 van de 13 locaties (92%) voldoende of goed.

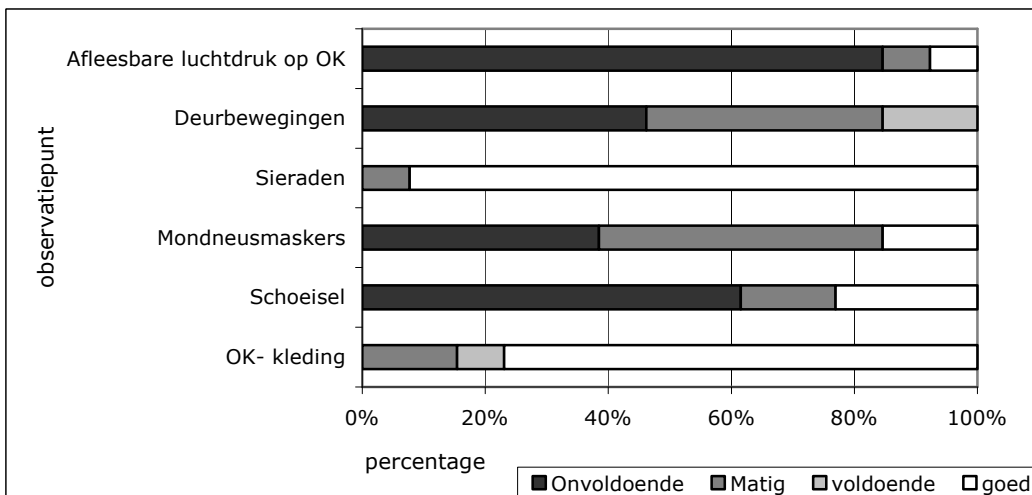
**5.2 Observatiepunt: infectiepreventie – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek**



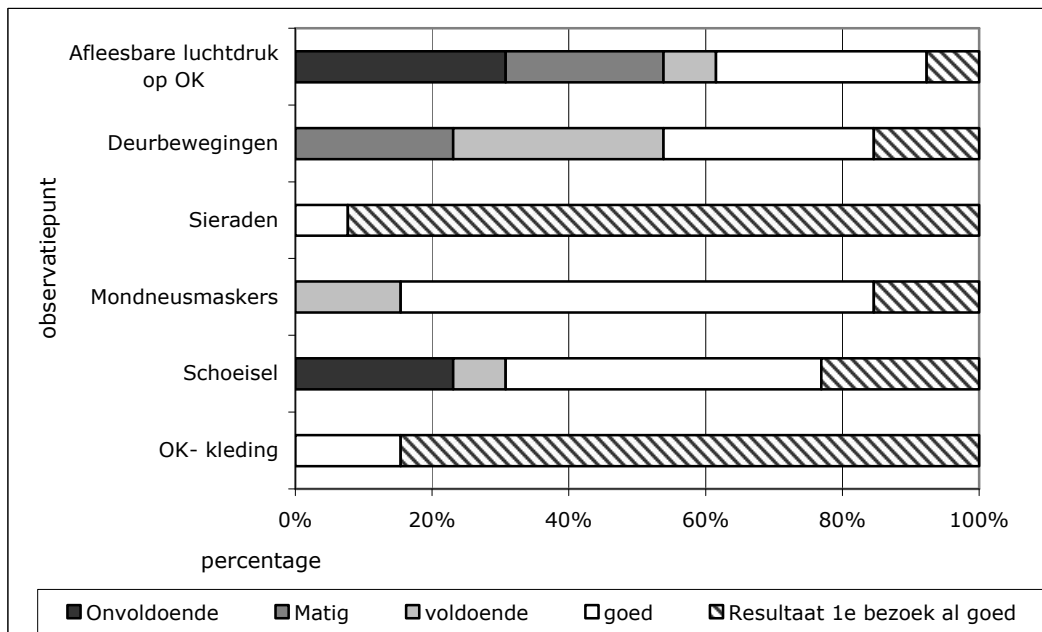
Figuur 9a Infectiepreventiegedrag: verbetering na 2 maanden (n=13)



Figuur 9b Infectiepreventie technische en bouwkundige aspecten: verbetering na 2 maanden (n=13)



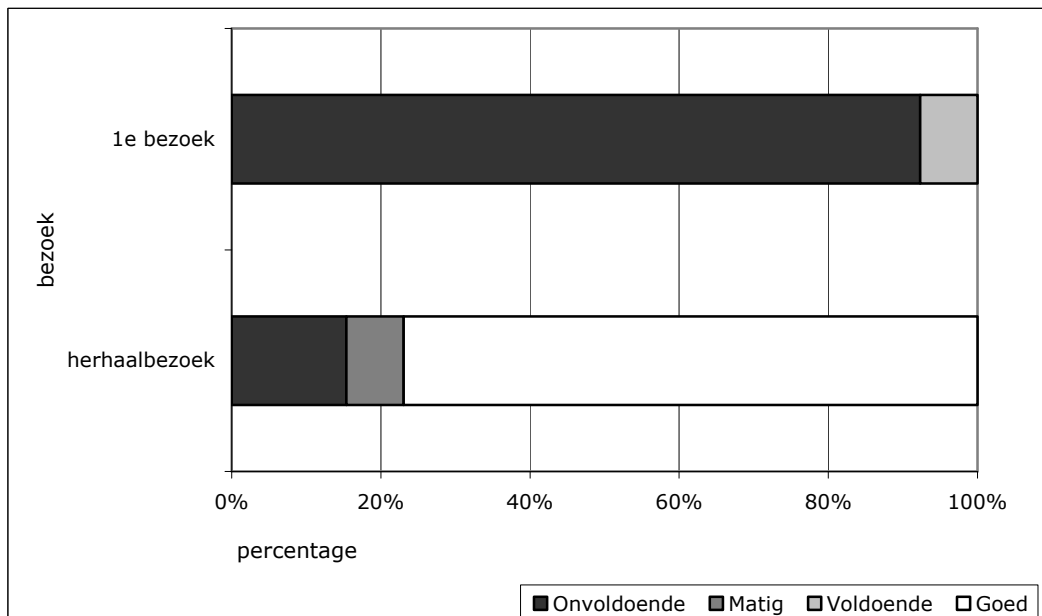
Figuur 9c Infectiepreventie 1e bezoek (n=13)



Figuur 9d Infectiepreventie herhaalbezoek

Bij het observatiepunt infectiepreventie steeg het percentage voldoende of goede scores van 15% naar 92%.

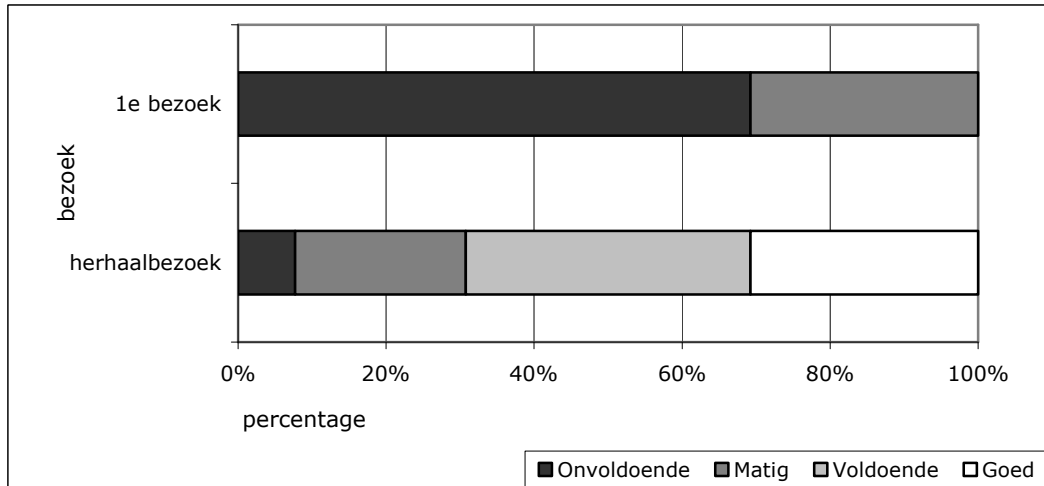
**5.3 Observatiepunt: medische apparatuur – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek**



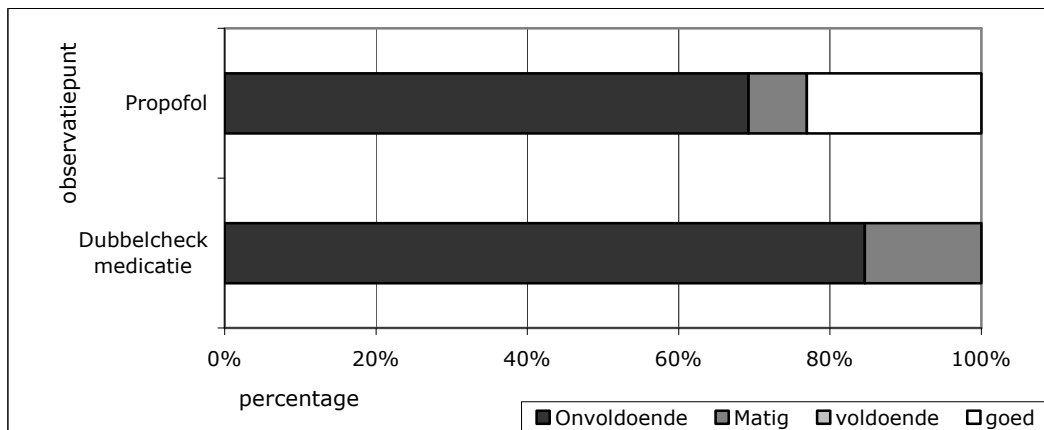
Figuur 10 Veiligheid medische apparatuur: verbetering na 2 maanden (n=13)

Bij het observatiepunt veiligheid van medische apparatuur scoorde 77% van de locaties voldoende of goed. Een stijging van 69% ten opzichte van het initiële bezoek.

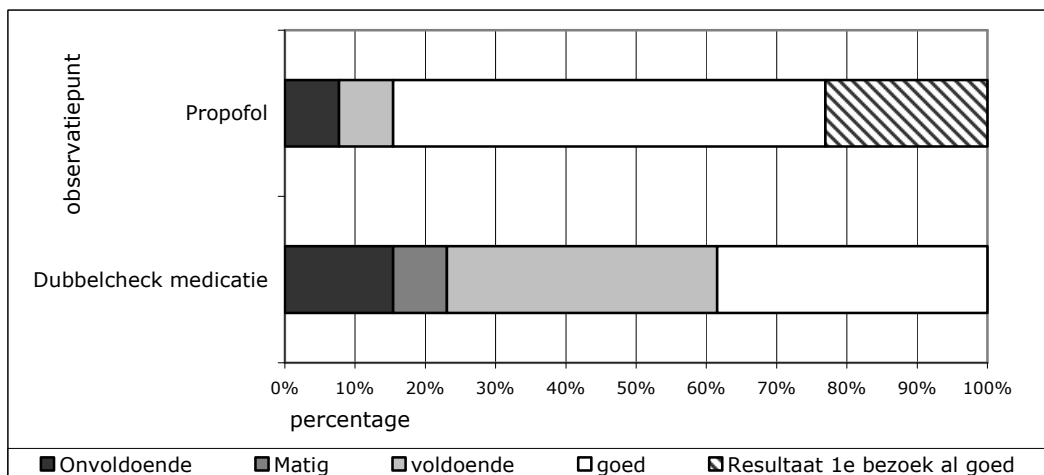
**5.4 Observatiepunt: medicatieveiligheid – vergelijking tussen eerste en tweede bezoek**



*Figuur 11a Medicatieveiligheid: verbetering na 2 maanden (n=13)*



*Figuur 11b Medicatieveiligheid 1e bezoek*



*Figuur 11c Medicatieveiligheid herhaalbezoek*

Bij de medicatieveiligheid scoorde geen enkele locatie tijdens het eerste inspectie-bezoek voldoende of goed. Na twee maanden was de score gestegen. Er waren 69% van de locaties die voldoende of goed scoorden.



## 6 Beschouwing

Op basis van het eerste onderzoek naar het peroperatieve proces (TOP 2) uit 2008 is aan de ziekenhuizen gevraagd om een plan van aanpak op te stellen om tekortkomingen op te lossen. Op basis van deze plannen van aanpak maakte de inspectie een negatieve selectie van ziekenhuizen die bij dit vervolgonderzoek zijn betrokken. Uitgaande van de plannen van aanpak hadden bij deze ziekenhuizen de tekortkomingen opgelost moeten zijn. De Raad van Bestuur bleek in veel gevallen niet op de hoogte van de actuele situatie op het OK-complex. De inspectie was hier bezorgd over en heeft de Raden van Bestuur hier op aangesproken. Patiënten mogen verwachten dat de leiding van de organisatie voor een dergelijk buitengewoon kritisch en risicovol proces veel aandacht heeft.

Ook de door de inspectie in 2008 gevraagde interne audits waren vaak niet uitgevoerd of de daarin genoemde problemen waren niet opgelost. Kennelijk hadden de Raden van Bestuur zich niet of onvoldoende op de hoogte gesteld van de situatie. Juist om dit te stimuleren had de inspectie interne audits aanbevolen.

In alle ziekenhuizen die in dit onderzoek zijn bezocht hebben professionals en OK-management zich ingespannen voor directe verbetering. Dit leidde dan ook onmiddellijk tot de gewenste verbeteringen. Verschillende malen heeft de inspectie van professionals gehoord dat zij blij waren met de inspectiedruk omdat die tot een noodzakelijke versnelling in de interne besluitvorming heeft geleid. Het blijkt dus zeer wel mogelijk om aanzienlijke verbeteringen bij kritische en risicovolle processen tot stand te brengen mits er maar voldoende aandacht is van de leiding (Raad van Bestuur, hoofd OK, professionele leiding).

In die gevallen waarin de inspectie vroeg om interne audits uit te voeren is zij overtuigd dat deze serieus werden uitgevoerd. Eenmaal maakte ook een lid van de Raad van Bestuur deel uit van het auditteam. De uitkomsten van de interne audits waren niet altijd perfect, de bestuurders schroomden daarbij niet ook de nog bestaande tekortkomingen te noemen, uiteraard met een verbetermaatregel op korte termijn.

Eerder riep de inspectie de veldpartijen op om richtlijnen te ontwikkelen voor hun beroepsgroep. Deze verantwoordelijkheid is uitstekend opgepakt. Zo zijn inmiddels de richtlijnen *Preoperatief traject* en *Voorkomen van onbedoeld achterblijven operatiemateriaal* uitgebracht en zijn richtlijnen voor het peroperatief en postoperatief traject in ontwikkeling. Met deze richtlijnen leggen beroepsbeoefenaren zich belangrijke kwaliteitsnormen op die de patiëntveiligheid verder zullen vergroten.

Onverwachte inspectiebezoeken en herhaalbezoeken blijken een acceptabel en vooral effectief inspectie-instrument. Ziekenhuizen hoeven geen bezoek voor te bereiden en de inspectie treft een alledaagse situatie aan.



## 7 Summary

The Health Care Inspectorate is conducting an ongoing large-scale study of the 'Operative Process', extending over several years. The overall operative process can be divided into three parts: **preoperative**, **perioperative** and **postoperative**. The current report presents the results of the Inspectorate's second investigation focusing on the **perioperative** process, i.e. the period covering the patient's arrival in the operating theatre to his or her transfer to the recovery room. This investigation was a follow-up to that conducted by the Inspectorate in 2008.

The 2008 study revealed the necessity of many improvements to the perioperative process. Hospitals were required to submit an action plan setting out precisely how they intended to implement those improvements. The plans were then evaluated by the Inspectorate. In 2009 and 2010, the Inspectorate conducted a follow-up investigation which involved visits to the twenty hospitals (33 locations) whose action plans were deemed least satisfactory. The current report presents the results of this follow-up investigation.

The study sought to assess the progress made in implementing the improvements requested by the Inspectorate in its 2008 report and focused on four key aspects:

- Communication and transfer of responsibilities ('handover moments').
- Infection prevention (both staff practices and physical/structural aspects).
- Maintenance of medical equipment.
- Medication safety.

The study found that no hospital had implemented all the required improvements. The Inspectorate considered this situation unsatisfactory and proceeded to impose a number of mandatory measures even before the study had concluded. The nature of these measures depended on the findings during the first unannounced visit and varied from a re-inspection (which would also be unannounced) to a requirement to conduct a full internal audit, the results of which were to be notified to the Inspectorate.

An unannounced re-inspection visit was made to thirteen hospitals, all of which had previously been warned that a regime of enhanced supervision would be imposed if the required improvements were still not in place. In the event, the Inspectorate found standards to be in keeping with the requirements of responsible care, confirming that it is indeed possible to make significant improvements within a period of only two months.

Twenty locations were ordered to conduct an internal audit of their compliance with the improvement requirements, to do so within three months and to report the results to the Inspectorate. In many cases, the audits showed that the required improvements had indeed been achieved. Where the situation was not yet entirely satisfactory, the hospitals took further action on their own initiative.

All hospitals may therefore be seen to have made significant progress. Major improvements include the introduction of a 'time-out' procedure (the final safety check before the operation begins), and a careful count of instruments, swabs, etc. before and after the operation to ensure that all are accounted for. Research has shown such procedures to be a significant factor in enhancing patient safety.

In 2010 and 2011, the Inspectorate will conduct a further study of the entire operative process among a random sample of all hospitals in the Netherlands. The Inspectorate believes that the conditions for responsible care are now sufficiently well known. Accordingly, it will not hesitate to take enforcement action should any hospital be found to be acting other than in complete accordance with those conditions.