

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Reinaert Kliniek B.V.  
t.a.v. de bestuurder  
Brouwersweg 100 CO2  
6216 EG Maastricht

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

Datum 15 juni 2017  
Onderwerp rapport inspectiebezoek toezicht operatief proces 10 mei 2017

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

Geachte bestuurder,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) bezocht op 10 mei 2017 de operatiekamers van Reinaert Kliniek Maastricht. Tijdens het bezoek is getoetst of Reinaert Kliniek voldoet aan de eisen die gesteld worden aan het operatief traject (TOP).

Met deze brief informeer ik u over de bevindingen en conclusies van het inspectieonderzoek.

Ten behoeve van het onderzoek heeft het inspectieteam observaties uitgevoerd op het operatiekamercomplex. Voorts zijn patiëntendossiers, het validatierapport van het luchtbeheersysteem van het OK complex, protocollen betreffende het operatieve proces ingezien en er zijn korte verificatiegesprekken gevoerd met beroepsbeoefenaren. De inspectie heeft geen operaties bijgewoond.

## **CONCLUSIE EN MAATREGELEN**

De zorgaanbieder voldoet op de getoetste onderdelen niet aan de voorwaarden voor goede zorg. De Reinaert Kliniek dient maatregelen te nemen.

De maatregelen dienen gebaseerd te zijn op vastgesteld beleid en de uitvoering en borging ervan dient verzekerd te zijn.

1. Antibioticaprofylaxe: breng de antibioticaprofylaxe in lijn met de SWAB en/of regionaal afgestemd. Leg het toedienen van de antibioticaprofylaxe en het tijdstip vast in het medisch dossier.
2. Pre-, per- en postoperatief risicomanagement: zorg er voor dat de stopmomenten 1, 2, 3 en 5 worden uitgevoerd en door de verantwoordelijken voor deze taak expliciet vastgelegd in het dossier. Daarbij wordt vermeld of de patiënt akkoord gaat met de voorgenomen behandeling en de voorgenomen anesthesie, dus of sprake is van een informed consent. Gebruik de stopmomenten voor de controle of het voorafgaande proces volgens afspraak is verlopen, of alle partijen hun

taken hebben uitgevoerd, of benodigde zaken zijn gedocumenteerd en of de patiënt het beschreven traject kan vervolgen (groen licht).<sup>1</sup>

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

3. OK-verslag: zorg voor het tijdig opmaken van het OK-verslag en het opnemen daarvan in het medische status conform de eisen die de Richtlijn het postoperatieve traject daaraan stelt. Zorg dat achteraf inzichtelijk is op welk moment (datum, tijdstip) het OK-verslag aan de medische status is toegevoegd. Zorg dat het (voorlopige) operatieverslag gereed is op het moment dat de patiënt de operatieafdeling verlaat en ten minste de in de Richtlijn genoemde informatie bevat. Het definitieve operatieverslag dient zo spoedig mogelijk na de operatie, bij voorkeur voor het einde van de eerst volgende werkdag, beschikbaar te zijn en te worden toegevoegd aan de medische status.
4. Communicatie en overdracht: zorg voor gestructureerde overdrachten en het gebruik van checklists bij de overdracht in overeenstemming met de Richtlijnen per- en postoperatief traject. Voer de patiëntenidentificatie uit aan de hand van minstens twee onafhankelijke bronnen: wakkere patiënt (wettelijk vertegenwoordiger), EPD/dossier/identificatiebandjes e.d. Laat de informatie overdracht uitvoeren door daartoe bekwame medewerkers aan de hand van een checklist.
5. Infectiepreventie gedrag: desinfecteer de handen voor en na het gebruik van handschoenen. Pas het klompenschoonmaakbeleid aan.
6. Infectiepreventie: technische en bouwkundige aspecten: Laat een volledige validatie (zowel zonering als operatiekamers) uitvoeren conform de richtlijnen.
7. Pas het luchtbeheersplan aan in lijn met de richtlijnen en de situatie in de Reinaert kliniek.
8. Stel een document op waarin wordt aangegeven (en gemotiveerd) welke ingrepen onder welke behandelomstandigheden (behandelkamer, OK klasse-2, OK klasse-1 prestatieniveau 1, OK klasse-1 prestatieniveau 2) mogen worden uitgevoerd.
9. Draag er zorg voor dat in de operatiekamers alleen operaties worden uitgevoerd die in lijn zijn met de classificatie conform de richtlijnen. Het inbrengen van borstimplantaten wordt uitsluitend uitgevoerd in een OK klasse 1, prestatieniveau 1.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Richtlijn het preoperatieve traject 2010 NVA NVvH; Richtlijn Peroperatief traject 2011 NVA NVvH.; Toezichtskader TOP algemeen versie 10 maart 2016; Postoperatieve traject 2013, NVA, NVvH, NVOG en NOV.

<sup>2</sup> Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1, WIP, november 2014; Richtlijn Borstvergroting NVPC versie 4 april 2014; Standpunt OK-classificering cosmetische ingrepen van oktober 2016 van de NVEPC/NVPC.

10. Stel een protocol op voor het klaarmaken en toedienen van High Risk medicatie en breng de uitvoering hiermee in lijn.<sup>3</sup>
11. Breng het protocol tromboseprofylaxe in lijn met de richtlijnen waaronder het toevoegen bij welke ingrepen tromboseprofylaxe gewenst/noodzakelijk is.
12. Breng de operatieve zorg in lijn met de standpunten van de NVA 'Electieve ingrepen in kleine locaties' en het Handvest kind en ziekenhuis. Behandelen geen kinderen onder de drie jaar. breng de operatieve zorg in lijn met de standpunten van de NVA 'Electieve ingrepen in kleine locaties' waaronder: geen kinderen behandelen onder de drie jaar. Geen ingrepen uitvoeren in de oropharyngeale ruimte (tenzij en onder voorwaarden bijzondere tandheelkunde). Kinderen hebben de leeftijd van minimaal drie jaar, waarbij tot de leeftijd van zes jaar de anesthesioloog zich beperkt tot één operatiekamer. Maak schriftelijke afspraken met betrekking tot het beschikbaar zijn en draag zorg voor het beschikbaar zijn van een tweede anesthesioloog.<sup>4</sup>
13. Voer geen reiniging, desinfectie en doorspuiten van instrumentarium uit op de operatieafdeling. Stel een procedure op voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van medische hulpmiddelen, alsmede voor de opslag van deze middelen en borg de naleving.<sup>5</sup>
14. Leef de POWI-bundel na en gebruik de geaggregeerde uitkomsten. Registreer, agregeer en analyseer de postoperatieve wondinfecties. Bespreek de uitkomsten met het OK-team.<sup>6</sup>

De zorgaanbieder dient de inspectie binnen 3 maanden na dagtekening van de aanbiedbrief bij dit rapport schriftelijk, middels een (audit)rapport en onderliggende stukken, te bevestigen dat de maatregelen zijn gerealiseerd en tekortkomingen zijn hersteld. Voor zover maatregelen (9,12 en 13) gerealiseerd zijn in het kader van het bevel dient de Reinaert Kliniek de borging van maatregelen in de dagelijkse zorgpraktijk aan te tonen.

---

<sup>3</sup> Richtlijn Voor Toediening Gereed Maken (2009 NVZA, V&VN en WIP); VMS thema 'High Risk medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia'.

<sup>4</sup> Verenigingsstandpunt Electieve ingrepen in kleine locaties en anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen van de NVA en Handvest kind het ziekenhuis

<sup>5</sup> WIPrichtlijn: Reiniging, desinfectie en sterilisatie van medische hulpmiddelen voor hergebruik, 2017; WIPrichtlijn; Bewaren en transporteren van gebruikt instrumentarium, 2009; Convenant Veilige toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg 2016, NFU, NVZ, Revalidatie Nederland en ZKN.

<sup>6</sup> VMSthema 1 Voorkomen van wondinfecties na een operatie.

De inspectie zal de zorgaanbieder onaangekondigd bezoeken om de realisatie van maatregelen te verifiëren.

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

## BEVINDINGEN

### 1. Dossierscreening

Door de inspectie zijn zes patiëntendossiers gescreend. Op basis hiervan komt de inspectie tot de volgende bevindingen.

| Item                          | Score: onvoldoende/voldoende |
|-------------------------------|------------------------------|
| <b>Tijdstip antibiotica</b>   | onvoldoende                  |
| <b>Stopmoment 1</b>           | onvoldoende                  |
| <b>Stopmoment 2</b>           | onvoldoende                  |
| <b>Stopmoment 3</b>           | onvoldoende                  |
| <b>Stopmoment 4a</b>          | nvt                          |
| <b>Stopmoment 4</b>           | voldoende                    |
| <b>Stopmoment 5</b>           | onvoldoende                  |
| <b>OK-verslag</b>             | onvoldoende                  |
| <b>MRSA/BRMO screening</b>    | voldoende                    |
| <b>Implantaat registratie</b> | voldoende                    |

#### *Tijdstip antibiotica*

Het toedienen van de antibioticaprofylaxe en het tijdstip dient te worden vastgelegd in het dossier. In de twee patiëntendossiers waarbij antibioticaprofylaxe was geïndiceerd en gegeven kon niet worden achterhaald of de antibioticaprofylaxe tijdig, 15-60 minuten voorafgaand aan de incisie, was toegediend. In de overige patiëntendossiers was antibioticaprofylaxe niet geïndiceerd.

#### *Stopmoment 1*

Preoperatief risicomanagement: niet alle onderdelen van stopmoment 1 waren herkenbaar in de dossiers. Zo ontbrak in drie van de zes dossiers het informed consent voor én de operatie én de anesthesiologie van de patiënt. In drie van de zes dossiers ontbrak het akkoord van de anesthesioloog. Het stopmoment werd niet benoemd en daarmee niet herkenbaar in het proces.

#### *Stopmoment 2*

De operatiedatum kan pas definitief worden vastgelegd wanneer aan alle voorwaarden is voldaan. In het dossier ontbrak dit stopmoment en was de patiënt toch ingepland en geopereerd. Het stopmoment werd niet benoemd en daarmee niet herkenbaar in het proces.

#### *Stopmoment 3*

Het stopmoment 3 is niet expliciet benoemd en traceerbaar in het operatief proces. Of alle preoperatieve afspraken waren uitgevoerd, werd niet aantoonbaar gecontroleerd en vastgelegd. Een deel van deze controles vindt plaats tijdens de preoperatieve controle op de operatiekamer. Er wordt als onderdeel van de

preoperatieve controle niet nagegaan of er veranderingen zijn opgetreden in de gezondheidstoestand van de patiënt.

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

#### *Stopmoment 4 (time-out)*

De time-out was in de zes dossiers vastgelegd. In twee van de zes dossiers was dit een grote streep door de hokjes van alle elementen. In vier van de zes dossiers was dit per onderdeel van de time-out vastgelegd.

#### *Stopmoment 5 (sign-out)*

De sign-out was niet in de zes dossiers vastgelegd. Elementen van de sign-out, zoals het tellen van gazen en naalden werd wel vastgelegd. Als stopmoment werd het niet gehanteerd en vastgelegd.

#### *OK-verslag*

De OK-verslagen zaten niet in het dossier. De OK-verslagen bleken onderdeel te zijn van de huisartsenbrief. Deze brieven zaten niet in het dossier doch waren elders digitaal opgeslagen. Essentiële informatie (chirurgisch en anesthesiologisch) is zo niet direct na de ingreep beschikbaar voor alle bij de postoperatieve zorg betrokken personen.

#### *Implantaten*

Twee van de zes dossiers verschaftte informatie over de implantaten die waren gebruikt. Voor vier van de zes dossiers was dit niet van toepassing. Implantaten waren niet gebruikt.

## **2. Holding en operatiekamers (TOP 2)**

Met betrekking tot de observaties op de holding/verkoever en operatiekamers komt de inspectie tot de volgende waardering:

| <b>Categorie</b>   | <b>Onvoldoende</b> | <b>Matig</b> | <b>Voldoende</b> | <b>Goed</b> |
|--|--------------------|--------------|------------------|-------------|
| <b>Communicatie en Overdracht</b>                                |                    | √            |                  |             |
| <b>Infectiepreventie: Gedrag</b>                                 |                    |              | √                |             |
| <b>Infectiepreventie: technische en bouwkundige aspecten (*)</b> | √                  |              |                  |             |
| <b>Medische apparatuur</b>                                       |                    | √            |                  |             |

|                            |  |   |  |  |
|----------------------------|--|---|--|--|
| <b>Medicatieveiligheid</b> |  | √ |  |  |
|----------------------------|--|---|--|--|

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

(\*) Dit deel omvat oa. de beoordeling van luchtbeheersing, luchtbeheersplan, zonering/ situering ruimten en monitoring.

#### *Toelichting communicatie en overdracht*

De uitvoering van de time-out en de sign-out werd niet getoetst. De overdracht van de afdeling naar de holding/verkoever vond niet plaats aan de hand van een checklist, was niet gestructureerd en bestond uit enkele woorden. De overdracht van het anesthesieteam naar de verkoevermedewerker vond niet plaats aan de hand van een checklist en was niet gestructureerd. Identificatie vond niet plaats aan de hand van minimaal twee onafhankelijke bronnen. De patiënt werd om zijn naam en geboortedatum gevraagd.

#### *Infectiepreventie: gedrag*

Op het OK-complex droeg iedereen op juiste wijze de OK-kleding. Er werden geen pols- en handsieraden gedragen. Er werd glad en schoon schoeisel, OK-klompen, gedragen. De mondneusmaskers werden juist gedragen en het haar zat onder de OK-muts. De handen werden na contact met de patiënt (infuusprikkers) gedesinfecteerd met handalcohol, de handen werden niet altijd gedesinfecteerd voor en na het aan- en uitrekken van de handschoenen.

Klompen (inclusief de gastenklompen) werden, ongeacht de intensiteit van het gebruik, slechts éénmaal per maand schoongemaakt. Hiervoor was een checklist in gebruik.

De steriele medische hulpmiddelen waren in korven en op planken opgeslagen. Er werden geen steriele medische hulpmiddelen over de datum aangetroffen.

#### *Infectiepreventie: technische en bouwkundige aspecten*

Op basis van de verstrekte informatie (validatierapport d.d. 19-1-2017; luchtbeheersplan d.d. 10-12-2015) is niet aangetoond dat de operatieafdeling binnen Reinaert Kliniek voldoet aan de vereisten voor een operatieafdeling klasse-2, klasse-1 prestatieniveau 2 of klasse-1 prestatieniveau 1. Teneinde aan te tonen dat de operatieafdeling voldoet aan de vereisten die bij de toegekende classificatie behoren, dienen de resultaten van een volledige validatie (zowel zonering als operatiekamers) te worden aangeleverd conform de volgende richtlijnen/toetsingskader:

- Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1; WIP november 2014;
- Richtlijn 7: methode voor testen en classificeren van operatiekamers en opdekruimten in rust; "VCCN november 2014;
- Toetsingskader van de inspectie "toetsingskader luchtbeheersing operatieafdeling" (<http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/operatieve-proces/>).

#### *Medische apparatuur*

De onderhoudsstatus van de medische apparatuur op het operatiekamercomplex was tijdig. De medische apparatuur was voorzien van informatie voor het volgende

onderhoud. Een overzicht van apparatuur met data van (correctief en preventief) onderhoud en indien nodig validatie was op het operatiekamercomplex niet voorhanden.

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/  
**Datum**  
15 juni 2017

#### *Medische apparatuur instrumentenwasmachine en autoclaven*

In de verkregen informatie over het onderhoud medische apparatuur uit Ultimo stonden deze apparaten niet vermeld. Hieruit volgt dat hun onderhoud en validatiestatus niet bekend is.

#### *Medicatieveiligheid*

De spuiten op de OK waren niet van de juiste data voorzien. Dit was de gebruikers nog niet opgevallen. Een dubbele controle bij het klaarmaken en bij het toedienen werd volgens de verkoevermedewerkers altijd uitgevoerd. Op de operatiekamer stond een flacon Augmentin met pleisters over de rubber dop, zonder datum van aanbreken/houdbaarheid. Een verklaring hiervoor werd niet gevonden. De medicijnkasten zaten op slot. Er werden geen verlopen geneesmiddelen op de operatieafdeling aangetroffen.

### **3. Protocollen**

#### *Medicatieprotocol (protocol waarin staat vermeld wie de thuismedicatie vastlegt en wie de medicatie zonodig aanpast voor de operatie)*

Een protocol waarin is opgenomen wie de thuismedicatie vastlegt en wie de medicatie zo nodig voor de operatie aanpast was niet aanwezig. De thuismedicatie werd wel geregistreerd op het anamneseformulier. Vlak voor de operatie vindt geen controle plaats op eventuele wijzigingen.

#### *Protocol klaarmaken en toedienen van High Risk Medicatie*

Afwezig

Het protocol klaarmaken en toedienen van High Risk medicatie was niet aanwezig.

#### *Antibioticaprotocol*

Aanwezig

Het protocol tijdig toedienen van antibioticaprofylaxe voldeed niet aan de richtlijn 'Het Preoperatieve Traject' (NVA en NVvH, 2010).

In het protocol ontbreekt bij welke ingrepen antibiotica gewenst/noodzakelijk is.

#### *Protocol tromboseprofylaxe*

Aanwezig

Het protocol tijdig toedienen van antibioticaprofylaxe voldeed niet aan de richtlijn 'Het Preoperatieve Traject' (NVA en NVvH, 2010).

In het protocol ontbreekt bij welke ingrepen tromboseprofylaxe gewenst/noodzakelijk is.

#### *Protocol preoperatief ontharen*

Aanwezig

#### *Luchtbeheersplan*

Aanwezig

Het luchtbeheersplan van december 2015 is niet in lijn met de huidige richtlijnen (2014 e.v.).

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

#### *Operatieve zorg kinderen*

In de Reinaert Kliniek werden kinderen onder de drie jaar onder algehele narcose geopereerd door de KNO-arts, bijvoorbeeld: kinderen van 14 maanden (10,5 kg), 21 maanden (12 kg).

In de Reinaert Kliniek werden kinderen onder de zes jaar onder algehele narcose geopereerd door de KNO-arts: kinderen 4 jaar 4 maanden (21 kg), 4 jaar en 10 maanden (20 kg).

In de Reinaert Kliniek waren tijdens de operaties bij kinderen onder de 16 jaar niet altijd twee anesthesiologen aanwezig. Zo was er op 1 mei 2017 één anesthesioloog aanwezig en werd een kind van 14 maanden (10,5 kg) onder algehele narcose door de KNO-arts geopereerd.

De Reinaert Kliniek had geen schriftelijke afspraken gemaakt met betrekking tot het beschikbaar zijn van een tweede anesthesioloog.

In de Werkinstructie Proces Screening (in-/exclusiecriteria) van de Reinaert Kliniek stonden geen exclusiecriteria vermeld voor kinderen onder de drie jaar en stond niet vermeld dat voor kinderen tot een leeftijd van 6 jaar de zorg (van een anesthesioloog) bovendien beperkt wordt tot één operatiekamer. Voor kinderen staat in deze werkinstructie alleen vermeld: 'Criteria waaraan de patiënt moet voldoen om geopereerd te worden binnen de Reinaert kliniek: Leeftijd: bij patiënten ouder dan 1 jaar en boven de 70 jaar moeten de extra vragen op de gezondheidvragenlijst worden ingevuld.'

Het visitatierapport van 21 mei 2014 van de NVA concludeert dat in de Reinaert Kliniek door de anesthesiologen niet volledig gewerkt wordt volgens het verenigingsstandpunt kleine locaties en stelt (ondermeer) de volgende voorwaarden: 'Vertaal alle NVA richtlijnen voor het perioperatieve traject in lokale protocollen en implementeer deze' en 'Het verenigingsstandpunt Electieve ingrepen in Kleine locaties stelt voorwaarden aan de organisatie van zorg en aan de behandeling van kinderen onder de 16 jaar. Hieraan wordt op dit moment niet volledig voldaan.'

#### *Luchtbehandeling in de operatieafdeling*

In de Reinaert Kliniek werden operaties waarbij borstimplantaten worden ingebracht uitgevoerd onder de omstandigheid van een klasse 1, prestatieniveau 2 operatiekamer.

De Reinaert Kliniek heeft aangegeven op de risico-indicatoren 2016 dat zij beschikken over een operatiekamer klasse 1 prestatieniveau 1 en een operatiekamer klasse 1 prestatieniveau 2.

Op 1 juli 2015 bracht de inspectie een bezoek aan de Reinaert Kliniek. In de brief van 5 augustus 2015 heeft de Reinaert Kliniek in die tijd de inspectie laten weten: 'In antwoord op uw schrijven van 4 augustus jl. bevestig ik hierbij dat wij geen ingrepen zullen uitvoeren die een operatiekamer vereisen totdat u ons OK-complex heeft goedgekeurd. Wij zullen alles in het werk stellen om zo spoedig



*mogelijk te voldoen aan de richtlijnen'.*

De inspectie heeft op basis van de na voorgaand bericht door de Reinaert Kliniek opgestuurde documenten vastgesteld dat werd voldaan aan de vereisten. Zo was de CSA buiten het operatiekamercomplex gesitueerd. De luchtbehandeling van het operatiekamercomplex was aangepast en uit de validatie bleek dat de operatiekamer 2 voldeed aan de vereisten voor een klasse 1 OK en operatiekamer 1 aan de vereisten voor een operatiekamer klasse 2 (oude richtlijn). De prothesiologie werd uitgevoerd in de operatiekamer 2 met een klasse 1.

**Ons kenmerk**

2017-2016642/V2002272/

**Datum**

15 juni 2017

In het bezoek van 10 mei 2017 heeft de inspectie geconstateerd dat anders dan boven beschreven in 2015, het uitvoeren van operaties ten behoeve van borstvergrotingen worden uitgevoerd in een operatiekamer die niet voldoet aan de vereisten van een OK klasse 1, prestatieniveau 1.

Zie onder bouwkundige omstandigheden: de operatiekamers zijn niet aantoonbaar een OK1P1 of een OK1P2.

#### *Uitvoeren van het vuile deel van het sterilisatieproces in het operatiekamercomplex*

De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA), waaronder een ruimte voor reiniging en desinfectie van instrumentarium en een inpakruimte met een autoclaaf bevond zich in het operatiekamercomplex. In de ruimte voor reiniging en desinfectie werd hol instrumentarium doorgespoten. De ruimte was niet voorzien van een spatscherm, noch van afzuiging voor aerosolen.

Door de sterilisatiemedewerker werd geen spatbril en geen mondneusmasker gebruikt bij het schoonmaken en doorspuiten van instrumenten. De ruimte was te klein en te vol met materialen (bakken en losse instrumenten).

Op 1 juli 2015 bracht de inspectie een bezoek aan de Reinaert Kliniek. Ook in dit bezoek werd vastgesteld dat de CSA zich in het operatiekamercomplex bevond. Met haar brief van 4 augustus 2015 heeft de inspectie de Reinaert Kliniek hierop gewezen 'De CSA, ruimte voor reiniging en desinfectie van instrumentarium, inpakruimte en autoclaaf, bevinden zich in het OKC in zone B, dit is niet juist'. De Reinaert Kliniek heeft hierop maatregelen genomen en het vuile deel buiten het operatiekamercomplex gesitueerd. De inspectie heeft in een bezoek vastgesteld dat het vuile deel van het sterilisatieproces zich niet meer op het operatiekamercomplex bevond.

De bestuurder gaf in het bezoek van 10 mei 2017 desgevraagd aan dat de huur van deze ruimte was beëindigd en dat deze ruimte was teruggegeven aan de verhuurder. Dit betekent de facto dat de in 2015 vereiste en gerealiseerde verbetering van de situatie binnen het operatiecomplex is teruggedraaid. Het vuile deel van het sterilisatieproces is wederom binnen het operatiecomplex gesitueerd. Dit is niet juist.

#### *Minimaal Invasieve Chirurgie/ scopenreiniging en desinfectie*

Volgens de enige medewerker steriele medische hulpmiddelen van de Reinaert Kliniek waren er geen flexibele scopen in gebruik en ook niet in de Reinaert

Kliniek aanwezig. Er zijn volgens de Reinaert Kliniek geen scopen en geen scopenwasmachines.

**Ons kenmerk**  
2017-2016642/V2002272/

**Datum**  
15 juni 2017

*Voorkomen van wondinfecties na operaties (POWI)*

Hygiëne discipline: de deurbewegingen worden in het dossier vastgelegd. De Antibiotica profylaxe: zie onder dossierscreening antibioticaprofylaxe. Het beleid voor niet preoperatief ontharen is vastgelegd. Het beleid voor normothermie is niet opgemaakt. De bundel postoperatieve wondinfecties wordt niet geaggregeerd, geanalyseerd en besproken. De postoperatieve wondinfecties en registraties zijn niet bekend bij de OK-medewerkers.

Met vriendelijke groet,