

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

MohsA Clinics
Buitenlust 35
5803 AZ VENRAY

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

Inlichtingen bij

Ons kenmerk

Datum 30 oktober 2018
Onderwerp aanbieden definitief rapport

Bijlage
1

Geachte

Op 19 september 2018 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) in het kader van 'Toezicht infectiepreventie in de privéklinieken' een inspectiebezoek gebracht aan MohsA Clinics te Venray.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 25 september 2018 een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u in de begeleidende brief verzocht vóór 23 oktober 2018 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

U heeft in uw e-mail van 25 oktober 2018 hierop gereageerd en het rapport is hierbij definitief.

Graag ontvang ik van u, zoals in hoofdstuk 3 van het rapport staat, **uiterlijk 15 januari 2019** een resultaatsverslag van de verbeteringen op de punten die onvoldoende scoorden. De inspectie beoordeelt dit verslag en sluit het toezicht af, indien de resultaten voldoende zijn.

Ik wijs u er nogmaals op dat de inspectie dit rapport actief openbaar maakt via haar website www.igj.nl. Hierbij neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens. De inspectie publiceert het rapport niet eerder dan drie weken na verzending van deze brief.

Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igj.nl/onderwerpen).

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,
I.o.

Datum
30 oktober 2018

Ons kenmerk

Senior inspecteur IGJ



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Conceptrapport van het inspectiebezoek op
19 september 2018 aan MohsA Clinics te Venray

VGR

Utrecht, september 2018

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	<i>Aanleiding en belang</i>	3
1.2	<i>Doel en werkwijze</i>	3
1.3	<i>Onderzoeksvragen</i>	3
1.4	<i>Onderzoeksmethode en periode</i>	4
1.5	<i>Toetsingskader</i>	4
1.6	<i>Leeswijzer</i>	4
2	Conclusies	5
3	Handhaving	7
4	Resultaten inspectiebezoek	8
4.1	<i>Inleiding</i>	8
4.2	<i>Algemene informatie instelling</i>	8
4.3	<i>Resultaten</i>	9
	1. Algemene voorzorgsmaatregelen	9
	2. Ruimtes en inrichting:	10
	3. Opslag	11
	4. Medicatie	12
	5. Apparatuur	13
	6. Schoonmaak	13
	7. Protocollen	14
	8. MRSA/BRMO	15
	9. Antibioticabeleid	15
	10. Sterilisatie medische hulpmiddelen	16
	11. Organisatie specifieke deskundigheid	17
	12. Goed bestuur	18
	13. Overige bevindingen	19
	Bijlage 1 Wetgevend kader en relevante richtlijnen	20
	Bijlage 2 Overzicht documenten die zijn ingezien	21

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) heeft in het kader van haar toezichthoudende taak op 19 september 2018 een onaangekondigd toezichtbezoek infectiepreventie en antibioticabeleid gebracht aan MohsA Clinics in Venray.

1.1 Aanleiding en belang

Wereldwijd vormt de toename van antimicrobiële resistentie (AMR) een probleem. De pijlers van het beperken van toenemende antibiotica resistentie en het beperken van introductie en circulatie van (resistente) micro-organismen zijn infectiepreventie en verantwoord antibioticagebruik.

Uit onderzoek van de inspectie in 2016/2017¹ bleek dat de getoetste klinieken de vigerende richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid onvoldoende naleefden. Patiënten lopen hierdoor onnodig risico op schade en de verspreiding van (resistente) micro-organismen wordt onvoldoende tegengegaan. Daarnaast bleek dat het organiseren van goede zorg voor kleine klinieken een grotere uitdaging is als zij geen onderdeel uitmaken van een (grotere) organisatie, waarin door feedbackmechanismen de kwaliteit beter kan worden bewaakt en verbeterd. Vanwege de geconstateerde risico's heeft de inspectie besloten het toezicht op infectiepreventie in de particuliere klinieken opnieuw te onderzoeken.

1.2 Doel en werkwijze

De inspectie toetst tijdens het inspectiebezoek op voorwaarden voor goede zorg op basis van wet- en regelgeving en richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), in de context van de toenemende resistentieproblematiek.

De inhoud van het bezoekinstrument is afgestemd op de zorg geleverd door particuliere klinieken. Gezien de aard en de omvang van het zorgaanbod van de zorgaanbieder heeft de inspectie getoetst op 12 thema's. De onderdelen van deze thema's zijn getoetst en gescoord op een tweepuntsschaal (voldoende of onvoldoende).

1.3 Onderzoeksvragen

De hoofdvraagstelling van het onderzoek van de inspectie is:

Wat is het oordeel van de inspectie over de mate waarin de particuliere klinieken de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), in de context van de toenemende resistentie problematiek?

¹ Het naleven van de richtlijnen infectiepreventie en operatief proces kan en moet in particuliere klinieken nog beter, IGJ i.o., maart 2018

De hoofdvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

- Is in de getoetste particuliere klinieken een geborgd kwaliteitssysteem voor het voeren van een verantwoord infectiepreventiebeleid en antibioticabeleid?
- Voldoen de getoetste particuliere klinieken aan de vigerende richtlijnen en normen voor verantwoorde zorg met betrekking tot infectiepreventie en antibioticagebruik?
- Hoe is het in de getoetste particuliere klinieken gesteld met de bestuurlijke verantwoordelijkheid en het interne toezicht op deze onderwerpen?

1.4 Onderzoeksmethode en periode

Op basis van een aselechte steekproef bezoekt de inspectie (locaties van) particuliere klinieken in de periode september 2018 tot juni 2019. De inspectiebezoeken zijn onaangekondigd. Een inspectiebezoek bestaat uit een rondgang door de kliniek, bestuderen van documenten, gesprekken met zorgverleners/inhoudelijk deskundigen en met de (vertegenwoordiger van de) raad van bestuur of eigenaar. Iedere kliniek ontvangt een rapport van de resultaten van het bezoek. Na eventuele correctie publiceert de inspectie het rapport op de website www.igj.nl. Na alle bezoeken verschijnt een factsheet.

1.5 Toetsingskader

Het toetsingskader vormt de basis om een oordeel te formuleren of MohsA Clinics voldoet aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid. In de basis is het toetsingskader gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Voor de uitvoering van infectiepreventie en antibioticagebruik zijn de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) en van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) gehanteerd. De bestuurlijke verantwoordelijkheid wordt getoetst aan het kader Goed Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 "Conclusies" en hoofdstuk 3 "Handhaving" van dit rapport geven de conclusie van de inspectie weer en de eventuele maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen om tekortkomingen te herstellen.

Dit rapport is grotendeels in de verleden tijd geschreven omdat het rapport de bevindingen ten tijde van het inspectiebezoek beschrijft.

De hoofdvraagstelling van het onderzoek van de inspectie is:

Wat is het oordeel van de inspectie over de mate waarin de particuliere klinieken de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) naleven, in de context van de toenemende resistentieproblematiek?

De inspectie concludeert dat MohsA Clinics op veel punten de relevante richtlijnen op het gebied van infectiepreventie naleeft.

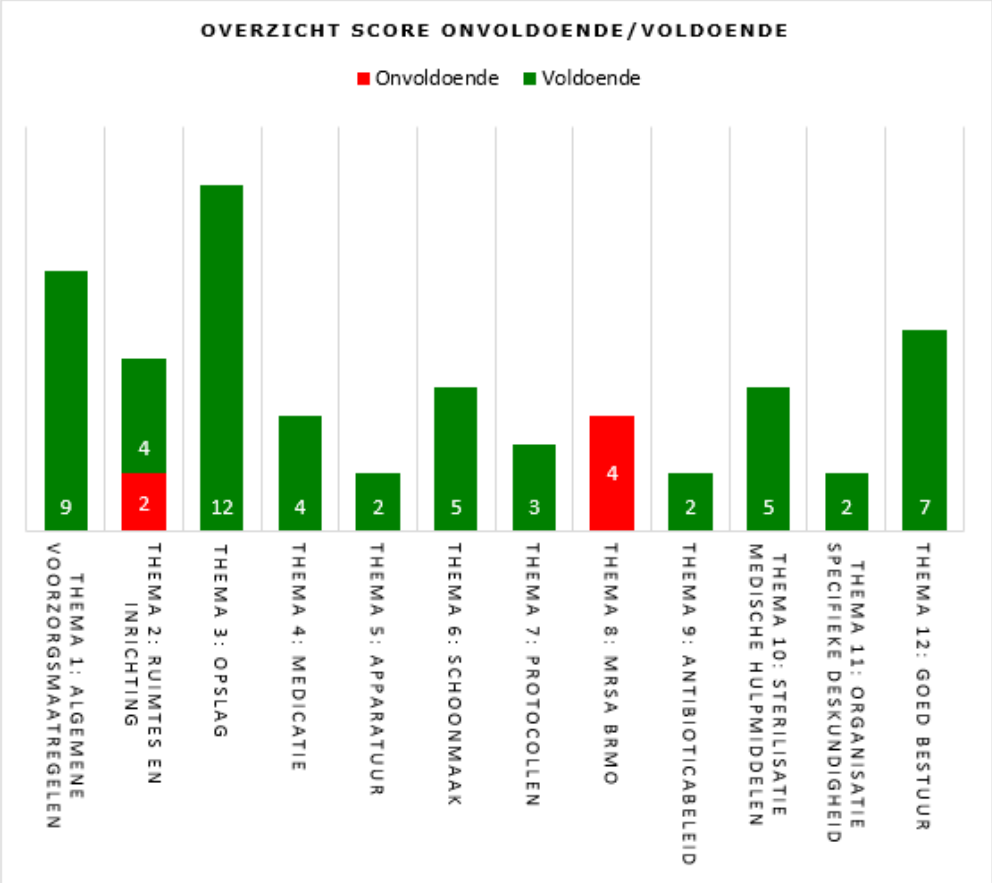
De voorwaarden voor goede handhygiëne en persoonlijke hygiëne van medewerkers waren op orde, alsmede de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen.

De opslag van steriele medische hulpmiddelen was goed en het sterilisatieproces en de controle hierop waren goed georganiseerd. Reiniging en desinfectie van de medische apparatuur was protocollair geregeld. De omgang met medicatie was veilig.

De organisatie specifieke deskundigheid en bestuur waren goed geregeld.

De ruimtes en inrichting waren schoon, de schoonmaak was goed georganiseerd en duidelijk belegd. Het borgen van de schoonmaak kan beter, aangezien er tijdens de inspectieronde een luchtrooster werd aangetroffen welke duidelijk verontreinigd was. De omgang met scherpe voorwerpen dient verbeterd te worden. In meerdere spreekkamers werden naaldencontainers met gerecapte naalden aangetroffen.

De inspectie concludeert ook dat MohsA Clinics onvoldoende zicht heeft op mogelijk dragerschap van MRSA/BRMO bij de patiënten. Dit is risicovol in een omgeving waar invasieve ingrepen worden gedaan.



3 Handhaving

De inspectie heeft op onderstaande onderdelen tekortkomingen vastgesteld. MohsA Clinics moet maatregelen treffen op de volgende onderdelen:

- In algemene ruimten dient de schoonmaak zodanig geborgd te worden dat ook luchtroosters volgens de richtlijnen periodiek worden gereinigd.
- Er dient te worden toegezien op het niet langer recappen van naalden en het gebruik van veilige naalden voor daartoe aangewezen handelingen.
- Er dient beleid te zijn ten aanzien van het afnemen van de risico-inventarisatie BRMO/MRSA bij alle patiënten met een daaraan gekoppeld vervolgbeleid.

De inspectie verwacht dat u alle onderdelen zodanig verbetert dat deze voldoende scoren. De inspectie verwacht uiterlijk **15 januari 2019** een resultaatsverslag waarin u aantoont dat deze punten aantoonbaar verbeterd zijn.

4 Resultaten inspectiebezoek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe MohsA Clinics ten tijde van het inspectiebezoek scoorde op de criteria in het toetsingskader.

De inspectie heeft twaalf aandachtsgebieden benoemd en per aandachtsgebied vindt u een tabel met resultaten/scores. Deze scores zijn weergegeven op een tweepuntsschaal: 'voldoende' of 'onvoldoende'. Onderwerpen kunnen daarnaast 'niet van toepassing' of 'niet beoordeeld' zijn.

De scores zijn gebaseerd op:

- gesprek met een van de directeurs (telefonisch) en een gespecialiseerd doktersassistente welke tevens praktijkmanager was;
- documenten die zijn ingezien (bijlage 2);
- observaties tijdens de rondgang in de kliniek;
- informatie verkregen van de website.

4.2 Algemene informatie instelling

De zorgaanbieder is gehuisvest aan de Buitenlust 35 te Venray. De instelling heeft nog twee andere locaties in Eindhoven.

De instelling richt zich op dermatologische behandelingen en cosmetische behandelingen (botox en fillers). Door de instelling wordt verzekerde en onverzekerde zorg aangeboden.

De instelling is gehuisvest op de 4^e etage van een groot complex met meerdere zorgaanbieders, zoals tandartsen, apotheek, huisartsen etc. De bezochte instelling beschikt over twee spreekkamers en twee behandelkamers.

4.3

Resultaten

1. Algemene voorzorgsmaatregelen

	Handhygiëne	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t./niet beoordeeld
1.1	In ruimten waar patiëntgebonden handelingen worden verricht zijn aanwezig: wastafel, kraan, zeepdispenser en handalcohol	✓		
1.2	Vaste dispensers hebben geen navulbaar reservoir	✓		
1.3	Handdoekjes zijn voor eenmalig gebruik	✓		
1.4	Tijdens de werkzaamheden en in combinatie met dienstkleding worden geen ringen, armbanden of polshorloges gedragen	✓		

In ruimten waar patiëntgebonden handelingen werden verricht waren alle voorzieningen aanwezig om handhygiëne volgens de richtlijnen toe te kunnen passen. Medewerkers droegen geen ringen, armbanden of polshorloges in combinatie met dienstkleding.

	Persoonlijke hygiëne	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
1.5	Medewerkers die patiëntgebonden werkzaamheden verrichten of werkzaamheden met patiëntmateriaal uitvoeren dragen dienstkleding	✓		
1.6	Dienstkleding bedekt de eigen kleding (tot op kniehoogte) en jassen worden dicht gedragen	✓		
1.7	Onderarmen zijn onbedekt zodat een goede handhygiëne mogelijk is	✓		
1.8	Er worden geen gelakte nagels of kunstnagels gedragen	✓		

Medewerkers die patiëntgebonden werkzaamheden uitvoerden droegen dienstkleding die de eigen kleding bedekte en de onderarmen onbedekt lieten zodat goede handhygiëne mogelijk was. Er werden geen gelakte nagels of kunstnagels gedragen en medewerkers met lang haar droegen dit opgestoken.

	Persoonlijke beschermingsmiddelen	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
1.9	Persoonlijke beschermingsmiddelen zijn beschikbaar (handschoenen, neus-mondmaskers en gelaat- en/of oogbescherming)	✓		
1.10	Handschoenen worden eenmalig en per patiënt gedragen en komen niet in contact met omgevingsmaterialen			Niet beoordeeld

De kliniek stelde voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen ter beschikking en organiseerde deze beschikbaarheid gestructureerd.

Het eenmalig gebruik van handschoenen werd tijdens het inspectiebezoek niet geobserveerd en is hierdoor als niet beoordeeld gescoord.

2. Ruimtes en inrichting:

	Ruimtes algemeen	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
2.1	Vloeren, wanden en plafonds zijn onbeschadigd	✓		
2.2	Ruimtes zijn visueel schoon en stofvrij	✓		
2.3	Meubilair is visueel schoon en stofvrij	✓		
2.4	Luchtroosters zijn stofvrij		✓	

De kliniek besteedde schoonmaak voor twee maal per week uit aan een extern schoonmaakbedrijf, de rest van de dagen deed het eigen personeel de schoonmaakwerkzaamheden. Ondanks dat meerdere keren was aangegeven aan het schoonmaakbedrijf dat de luchtroosters verontreinigd waren, was hier onvoldoende actie op ondernomen. De ruimten en het meubilair binnen de kliniek waren visueel schoon en stofvrij. De kliniek gaf een nette en opgeruimde indruk.

	Spreek/onderzoek/behandel kamer	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
2.5	Geen materialen die er niet thuishoren, geen opslag	✓		
2.6	Scherpe materialen worden in naaldencontainer gedeponereerd, deze mag niet overvol zijn en er mag niet gerecapt worden		✓	

Spreek- en behandelkamers binnen de kliniek bevatten geen onnodige materialen. Zowel de spreekkamers als de behandelkamers waren voorzien van naaldencontainers. In de naaldencontainers werden gerecapte naalden aangetroffen.

3. Opslag

	Steriele medische hulpmiddelen (SMH)	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
3.1	De voorraad zit in een afgesloten kast	✓		
3.2	Niet steriele/steriele materialen zijn gescheiden	✓		
3.3	De expiratiedatum van SMH worden niet overschreden	✓		
3.4	Verpakkingen zijn schoon en onbeschadigd	✓		
3.5	Geen materialen op vloer en bovenop kasten	✓		
3.6	De voorraad is afgestemd op gebruik	✓		

Steriele medische hulpmiddelen bevonden zich in afgesloten kasten waarin steriele en niet steriele medische hulpmiddelen gescheiden werden bewaard. Steriele medische hulpmiddelen overschreden de uiterste datum niet. Ook was de voorraad afgestemd op gebruik en zaten de hulpmiddelen in schone en onbeschadigde verpakkingen. De kliniek borgde het niet verstrijken van de uiterste houdbaarheidsdatum middels een periodieke rondgang.

	Opslag schoon linnengoed/dienstkleding	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
3.7	Linnengoed wordt schoon, droog en stofvrij opgeslagen en ligt strikt gescheiden van vuil linnengoed	✓		
3.8	Voorraad is afgestemd op gebruik	✓		
3.9	Schone dienstkleding komt niet met vuile dienstkleding in aanraking en wordt ruimtelijk gescheiden bewaard	✓		

Schoon linnengoed was ruimtelijk gescheiden van vuil linnengoed en lag schoon, droog en stofvrij opgeslagen. De voorraad was afgestemd op gebruik. Medewerkers wasten dienstkleding gedeeltelijk zelf. De kliniek had regels en wasvoorschriften voor het wassen van dienstkleding.

	Verbandwagen/middelen	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
3.10	De verbandwagen is visueel schoon	✓		
3.11	Geopende flessen, tubes en flacons zijn voorzien van datum van opening	✓		
3.12	Expiratiedatum van SMH op de verbandwagen wordt niet overschreden	✓		

Verband, flessen, tubes, flacons en steriele medische hulpmiddelen werden bewaard in afgesloten kasten voorzien van uiterste expiratiedatum. Geopende materialen waren tevens voorzien van datum van opening.

4. Medicatie

	Medicatieopslag	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
4.1	De medicatieopslag is visueel schoon	✓		
4.2	De opslag wordt alleen gebruikt voor medicatie en is op slot	✓		
4.3	Expiratiedatum van medicatie wordt niet overschreden	✓		
4.4	Temperatuur medicatiekoelkast is tussen de 2 en 7 graden en wordt gelogd	✓		

De opslag van medicatie bevond zich in een afgesloten ruimte. De temperatuur van de koelkast voor medicatie werd dagelijks gecontroleerd en genoteerd. Ook was vermeld op de temperatuurlijst wat te doen wanneer de temperatuur te hoog of te laag was. De expiratiedatum van medicatie werd niet overschreden.

5. Apparatuur

	Apparatuur	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
5.1	Er zijn vastgelegde afspraken over schoonmaak en desinfectie apparatuur	✓		
5.2	De apparatuur wordt met het juiste desinfectans gedesinfecteerd	✓		

Reiniging en desinfectie van apparatuur werd met de juiste middelen en in de juiste frequentie gedaan, dit was vastgelegd in protocollen. Er was een systeem aanwezig voor het onderhoud van de aanwezige apparatuur.

6. Schoonmaak

	Frequentie, afspraken, procedures en indicaties desinfectie	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
6.1	Frequentie schoonmaak is afgestemd op gebruik (behandelkamer dagelijks)	✓		
6.2	Er zijn vastgelegde afspraken over schoonmaak en desinfectie	✓		
6.3	Medewerkers zijn bekend met de gemaakte afspraken over schoonmaak en taakverdeling	✓		
6.4	Het gebruikte schoonmaakmateriaal is in overeenstemming met de richtlijn: geen hergebruik van materiaal, juist desinfectans, scheiding vuil/schoon op de schoonmaakkar	✓*		

Frequentie van schoonmaak en afspraken rond reiniging en desinfectie waren vastgelegd in een protocol en werd geborgd middels een aftekenlijst. De medewerkers van de kliniek maakten voor de schoonmaak geen gebruik van de aangetroffen schoonmaakkar, maar hadden eigen materialen. Deze materialen voldeden aan de richtlijnen.

*Op de schoonmaakkar welke gebruikt werd door een extern schoonmaakbedrijf zag de inspectie een gebruikte spons liggen.

7. Protocollen

	Relevante protocollen beschikbaar en up-to-date, prikaccidenten en vaccinatie	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
7.1	Protocollen zijn inzichtelijk en up-to-date (datum vaststellen, revisiedatum niet overschreden, auteur)	✓*		
7.2	De beschikbaarheid van de protocollen voor medewerkers is goed en de medewerkers zijn bekend met de protocollen	✓		
7.3	Prikaccidenten protocol is aanwezig en bekend bij medewerkers	✓		

Protocollen waren inzichtelijk en up-to-date. De kliniek beschikte over een overzichtelijk systeem waarin protocollen beschikbaar waren voor medewerkers, waaronder het protocol prikaccidenten.

*De protocollen zelf waren niet voorzien van een revisiedatum, de revisiedata van de protocollen werd bijgehouden door een verpleegkundige.

8. MRSA/BRMO

	MRSA/BRMO	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
8.1	MRSA/BRMO risico inventarisatie wordt afgenomen		✓	
8.2	De juiste vragen worden gesteld		✓	
8.3	De antwoorden worden vastgelegd in het patiëntendossier		✓	
8.4	De kliniek heeft beleid hoe om te gaan met bewezen dragers van MRSA/BRMO		✓	

De kliniek vroeg geen risico inventarisatie MRSA/BRMO uit bij nieuwe patiënten. Op de balie van de kliniek hing een papier met enkel MRSA vragen, geen BRMO vragen. Wanneer een cliënt aangaf dat een van de vragen op hem van toepassing was gaf de assistente dit door aan de arts en werd dit genoteerd in het cliëntdossier. De kliniek had geen beleid waarin werd beschreven hoe om te gaan met bewezen dragers van MRSA/BRMO.

9. Antibioticabeleid

	Antibioticabeleid	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
9.1	Er is een vastgesteld antibioticabeleid en deze is gebaseerd op de SWAB en/of regionaal afgestemd	✓		
9.2	De kliniek heeft contact met een medisch microbioloog over het antibioticabeleid	✓		

De kliniek volgde het antibioticabeleid van ziekenhuizen in de regio. Daarnaast was er indien noodzakelijk afstemming met een medisch microbioloog over het antibioticabeleid.

10. Sterilisatie medische hulpmiddelen

	Validatie, scholing, uitbesteding	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
10.1	Indien sterilisatie in eigen beheer: de kliniek laat de autoclaaf/wasmachine periodiek (jaarlijks) valideren	✓		
10.2	De kliniek laat de autoclaaf/wasmachine periodiek onderhouden	✓		
10.3	Medewerkers worden periodiek geschoold en zijn opgeleid	✓		
10.4	De kliniek heeft een beladingsvoorschrift	✓		
10.5	Er is een scheiding tussen vuile en schone materialen ruimtelijk gezien	✓		
10.6	Indien sterilisatie uitbesteed: de kliniek heeft een contract met een externe partij voor sterilisatie van operatiesets. Hierin zijn vastgelegd de eisen voor de gebruikte sets			Niet van toepassing

De kliniek had sterilisatie in eigen beheer. De kliniek maakte wekelijks gebruik van de autoclaaf van de aanpalende tandarts. Schone en vuile materialen werden voldoende gescheiden. Zowel de wasmachine als de autoclaaf werden periodiek onderhouden en gevalideerd. Reiniging en sterilisatie van steriele medische hulpmiddelen was in een protocol vastgelegd en medewerkers waren bekend met regels voor het beladen van de autoclaaf. Medewerkers waren opgeleid en werden periodiek bijgeschoold. De kliniek overweegt om over te gaan op disposable materialen.

11. Organisatie specifieke deskundigheid

	Deskundigheid en doorverwijzing calamiteiten	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
11.1	De kliniek zorgt voor specifieke kennis en kunde op het gebied van infectiepreventie en er worden periodiek audits uitgevoerd	✓		
11.2	De kliniek heeft een contract/contacten met een ziekenhuis voor doorverwijzing bij calamiteiten en collegiaal advies	✓		

Er werd een keer per jaar een audit uitgevoerd door een externe deskundige infectiepreventie. Daarnaast zorgde de kliniek voor specifieke kennis en kunde op het gebied van infectiepreventie door klinische lessen op het gebied van infectiepreventie en sterilisatie. De kliniek had afspraken met een ziekenhuis in de regio omtrent calamiteiten en collegiaal advies.

12. Goed bestuur

	Governance	voldoende	onvoldoende	Oordeel n.v.t. /niet beoordeeld
12.1	De instelling beschikt over een klachten- en geschillenregeling conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	✓		
12.2	Deze regeling wordt onder de aandacht van patiënten/cliënten gebracht	✓		
12.3	De interne overlegstructuur in de instelling is vormgegeven (samenstelling/frequentie/agenda/notulen)	✓		
12.4	Er vindt bij- en nascholing van medewerkers plaats	✓		
12.5	Er wordt gestuurd op kwaliteit en veiligheid en de zorguitkomsten worden gemonitord	✓		
12.6	Er wordt gebruik gemaakt van een VIM-systeem en de implementatie van verbetermaatregelen wordt gemonitord?	✓		
12.7	De instelling beschikt over een regeling voor het registreren en melden van calamiteiten aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	✓		

De kliniek vermeldde op de website de procedure omtrent de klachten- en geschillenregeling conform de Wkkgz en lichtte dit ook mondeling toe. Er werd gebruik gemaakt van een VIM-systeem waarbij verbetermaatregelen voldoende werden gemonitord. Er waren overlegstructuren vormgegeven en er vond bij- en nascholing van medewerkers plaats. Sturing op kwaliteit en veiligheid van zorguitkomsten vond onder andere plaats middels complicatieregistratie. De arts was op de hoogte van de calamiteiten regeling van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

13. Overige bevindingen

In één van de behandelruimten werd een geopende ampul aangetroffen. Geopende ampullen waarin nog restvloeistof zit, dient gelijk weggegooid te worden. Het is niet toegestaan om restanten van geopende ampullen op een later moment te gebruiken.

Op zowel de behandelkamer als de spreekkamer werden spuitjes aangetroffen met daarin medicatie. Op geen van de spuitjes was de inhoud, datum en tijd van optrekken vermeld. Dit geeft een grote kans op fouten bij medicatie toediening aan patiënten en is dan ook niet toegestaan.

Bijlage 1 Wetgevend kader en relevante richtlijnen

- de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- de Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh);
- Besluit medische hulpmiddelen (Bmh);
- Convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis (2011, NFU, NVZ en Revalidatie Nederland);
- de Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur (2008, OMS); Handreiking verantwoordelijkheidstoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF);
- Geneesmiddelenwet;
- Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg (2013, IGZ);
- Beroepsspecifieke richtlijnen van de relevante wetenschappelijke verenigingen, de V&VN en de KNMG;
- WIP richtlijn Postoperatieve wondinfecties (2011);
- WIP Richtlijn Bijzonder Resistente Micro-Organismen (2012);
- WIP richtlijn Persoonlijke hygiëne medewerker (2014);
- WIP richtlijn Handhygiëne medewerkers (2012);
- WIP richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen (2015);
- WIP richtlijn Linnengoed (2006);
- WIP richtlijn Hygiënemaatregelen bij toediening van medicatie en vloeistoffen via injectie (2011);
- WIP richtlijn Meticilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) (2012);
- WIP richtlijn, Bijzonder resistente micro -organismen (BRMO) (2013);
- WIP richtlijn, Puncties (2013);
- WIP richtlijn, Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen (2006);
- WIP richtlijn, Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1 (2014);
- WIP richtlijn, Bewaren en transporteren van gebruikt instrumentarium voor sterilisatie (2007);
- WIP richtlijn, Infectiepreventie bij het gebruik van laserinstrumentarium (2007);
- WIP richtlijn, Reiniging en desinfectie van ruimten, meubilair en voorwerpen (2007);
- WIP richtlijn, Validatie van reinigings en desinfectieprocessen (2005);
- WIP richtlijn, Microbiologische veiligheid onderhoud aan medische aan medische - en laboratoriumapparatuur (2010);
- Infectiepreventie in de huidtherapie (juli 2004);
- Accidenteel bloedcontact (2015)
- VDSMH Veldnorm, Goederenstroom disposable steriele medische hulpmiddelen in ziekenhuizen (2011);
- Kader goed bestuur NZa/IGZ, 2016
- Governance in de zorgsector, brief van de minister en staatsecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport, vergaderjaar 2015-2016, 32 012, nr. 35
- Besluit gesteriliseerde medische hulpmiddelen in ziekenhuizen

Bijlage 2 Overzicht documenten die zijn ingezien

- Protocol prikaccidenten d.d. 02-08-2016
- Protocol handhygiëne d.d. 09-03-2017
- Procedure algemene schoonmaak en desinfectie d.d. 02-10-2017
- Protocol sterilisatie d.d. 30-08-2018