



UZ
LEUVEN



Patiëntveiligheid binnen het operatiekwartier.

Pierre Luysmans,
Stafmedewerker, UZ Leuven

Neder-Over-Heembeek, 11 febr 2011

Inleiding: november 1999

To Err Is Human

Building a Safer Health System

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and
Molla S. Donaldson, Editors

Committee on Quality of Health Care in America

INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C.



To err is human

- Adverse events: 2,9 – 3,7% of hospital admissions
- 6,6 – 13,6 % of adverse events led to death
- >50% could have been prevented
- 44.000 Americans die each year as a result of a medical error (NY study: 98.000)



**64930 opnames
1883 – 2402 ongewenste feiten ?
124 – 326 overlijdens ?**

Redenen van adverse events

Types of Errors

Diagnostic

- Error or delay in diagnosis
- Failure to employ indicated tests
- Use of outmoded tests or therapy
- Failure to act on results of monitoring or testing

Treatment

- Error in the performance of an operation, procedure, or test
- Error in administering the treatment
- Error in the dose or method of using a drug
- Avoidable delay in treatment or in responding to an abnormal test
- Inappropriate (not indicated) care

Preventive

- Failure to provide prophylactic treatment
- Inadequate monitoring or follow-up of treatment

Other

- Failure of communication
- Equipment failure
- Other system failure

SOURCE: Leape, Lucian; Lawthers, Ann G.; Brennan, Troyen A., et al. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 19(5):144–149, 1993.

- “*Just as medicine understands more about disease than about health, so the safety sciences know more about what causes adverse events than about how they can be best avoided*”
- Reason J. Human error: models and management. *British medical journal* 2000;320:768-770

Improving patient safety in the EU

- *Technisch rapport opgesteld voor de Europese commissie, gepubliceerd in 2008 door RAND Corporation*
- ***“Geschat wordt dat in de lidstaten tussen 8 en 12% van de ziekenhuispatiënten bij de ontvangst van gezondheidszorg te maken krijgen met ongewenste voorvallen”***



Incidenten in het operatieve proces

- IOM: To err is human
 - *In het operatieve proces komen frequent incidenten en complicaties voor, die relatief vaak ernstige gevolgen hebben*
- Utah Colorado Medical practice Study (2001). Enhancing Patient Safety. BMJ publications 2001
 - *51,4% van de adverse events werden genoteerd tijdens het operatief proces*
- MediRisk B.A. (2004) Risico's op de operatieafdeling
 - *65% van de schadeclaims hebben betrekking op de snijdende disciplines.*
 - *Bijna de helft van de fouten wordt gemaakt op de operatieafdeling*

Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen; 2004

Klinisch deelproces	Aantal gebeurtenissen	Verdeling onbedoelde schade*	Hoog vermijdbaar**	Permanente gezondheidsbeperking**	Overlijden**
Diagnostiek (oa. gemiste, te late of inadequate diagnose)	80	6,3%	84,4%	12,9%	22,6%
Chirurgie (oa. chirurgische interventies)	297	54,2%	34,4%	4,0%	5,1%
Niet-chirurgische ingrepen (oa. centrale catheters, endoscopieën, pacemakers, interventie radiologie)	135	17,0%	27,9%	9,3%	7,0%
Medicatie (oa. bijwerkingen, allergische reacties, anaphalaxis)	157	15,3%	31,2%	2,6%	10,5%
Andere klinische activiteiten (inclusief verpleging en paramedische zorg)	56	3,7%	78,9%	0	15,8%
Ontslag (oa. inadequaaf ontslag)	4	1,4%	100,0%	0	0
Anders (bv. vallen)	15	2,1%	81,8%	0	9,1%
Totaal	744	100%	39,6%	5,0%	7,8%



Clarke et al; 433.528 dossiers

- Wrong-side surgery (n=298)
- Wrong part/location (n=60)
- Wrong procedure (n=39)
- Wrong patient (n=34)



Note: The number of events is greater than 427 because four reports described two errors each.

Rechter knie ↔ Linker heup

Seiden et al

Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events

Are They Preventable?

Samuel C. Seiden, MD; Paul Barach, MD, MPH

Arch Surg. 2006;141:931-939.

Table 1. NPDB Occurrences of WSPE by Practitioner Type, 1990-2003*

Practitioner Type	No. (%) of Cases	
	Wrong-Body Part Surgical Procedures	Wrong-Procedure/ Wrong-Treatment Errors
Physician	1721 (77.6)	2056 (55.2)
Intern or resident	12 (0.5)	23 (0.6)
Dentist	402 (18.1)	1529 (41.1)
Registered nurse	17 (0.8)	24 (0.6)
Podiatrist	58 (2.6)	54 (1.5)
Other health professional	7 (0.3)	37 (1.0)
Total	2217 (100)	3723 (100)

Abbreviations: NPDB, National Practitioner Data Bank; WSPE, wrong-side/wrong site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse event.

*The data column headings are labeled with terms that are used by the NPDB. Percentages have been rounded and may not total 100.

Seiden et al

Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events

Are They Preventable?

Samuel C. Seiden, MD; Paul Barach, MD, MPH

Arch Surg. 2006;141:931-939.

Table 3. Classification of WSPE Reported Claims to the ASA Closed Claims Project Database

Site of Error	No. (%) of Cases*
Wrong-side procedure	
Knee	20 (37)
Eye	5 (9)
Hip	4 (7)
Foot/ankle	3 (6)
Hernia	3 (6)
Pain block	3 (6)
Ear	2 (4)
Laminectomy	1 (2)
Craniotomy	1 (2)
Nephrectomy	1 (2)
Thumb	1 (2)
Wrong-patient error	
Patients with same name	2 (4)
Patients looked similar	1 (2)
Unknown cause	2 (4)
Wrong procedure	
Wrong site near correct site	4 (7)
Other	1 (2)
Total	54 (100)

Abbreviations: ASA, American Society of Anesthesiologists; WSPE, wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse event.

*Because of rounding, percentages may not total 100.

Left-Right Blindness?

Physicians were more likely to have difficulties in distinguishing left from right than university professors and college students

- 8.8% physicians
- 6.0% university professors
- 3.5% college students

8,8% physicians



Storfer MD.
Problems in left-right discrimination in a high-IQ population.
Percept Mot Skills 1995; 81(2):491-7.

Seiden et al

Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events Are They Preventable?

Samuel C. Seiden, MD; Paul Barach, MD, MPH

Arch Surg. 2006;141:931-939.

**Risico op operatie aan de verkeerde zijde van het
lichaam bedraagt 1/112.994**



UZ Leuven : 1 om de 2,5 jaar !!!

World Health Organization: juni 2008

[illegible]

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatala, M.D.,
Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group*

Table 5. Outcomes before and after Checklist Implementation, According to Site.*

Site No.	No. of Patients Enrolled		Surgical-Site Infection		Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
							<i>percent</i>					
1	524	598	4.0	2.0	4.6	1.8	0.8	1.2	1.0	0.0	11.6	7.0
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	20.5	3.6	1.4	1.8	0.3	0.0	1.4	0.0	21.4	5.5
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	9.5	5.8	1.3	0.2	1.0	1.7	2.1	1.7	12.4	8.0
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	6.2	3.4	2.4	1.8	1.1	1.3	1.5	0.8	11.0	7.0
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

* The most common complications occurring during the first 30 days of hospitalization after the operation are listed. Bold type indicates values that were significantly different (at $P < 0.05$) before and after checklist implementation, on the basis of P values calculated by means of the chi-square test or Fisher's exact test. P values are shown for the comparison of the total value after checklist implementation as compared with the total value before implementation.

Checklists steeds populairder in Vlaamse ziekenhuizen

Aan de studie in de New England Journal of Medicine, die het effect van de preoperatieve checklist van de Wereldgezondheidsorganisatie evalueerde, namen geen Belgische ziekenhuizen deel (zie kader). Maar deze checklists krijgen ook steeds meer aandacht op de diensten heekkunde in onze Vlaamse ziekenhuizen.

"E r zijn op onze dienst een aantal afsprakennota's met instructies om de meeste van de items die in deze checklist van de WGO voorkomen te checken", zegt Prof. Frank Vermassen, vaatchirurg UZGent. Deze maatregelen werden enkele jaren geleden ingevoerd, precies om het risico voor potentiële fouten te verminderen. "Een formele checklist waarbij de items effectief worden afgevinkt, gebruiken we nog niet. Maar al langer dan vorige week – toen de resultaten van de studie in de NEJM werden gepubliceerd – zijn er besprekingen aan de gang om een dergelijke checklist in te voeren. En deze publicatie kan alleen maar een sti-

UZ Leuven, Pellenberg. "Het zijn de zogenaamde kwaliteitsparameters die in het 'proces' worden ingebouwd en die systematisch moeten gecheckt en afgevinkt worden in het raam van het traject dat de patiënt volgt als hij in het ziekenhuis aankomt voor een bepaalde indicatie of behandeling. Een van de items is bij ons op orthopedische chirurgie bijvoorbeeld het markeren van het te opereren lidmaat of gewricht. Een ander is het inlassen van een korte 'time-out', juist voor er wordt ingesneden, voor iedereen die betrokken is bij de behandeling. Op dat moment legt iedereen het werk even neer en wordt luidop gezegd: dit is patiënt x, hij wie we nu procedure y zullen uitvoeren,



Studies hebben aangetoond dat het markeren van het te opereren lidmaat tot een forse reductie van het aantal 'wrong side surgeries' leidt.

parameters samen met onze netwerkziekenhuizen, op basis van wat er in de literatuur wordt gepubliceerd. Dat gebeurt op andere diensten heekkunde in

ren van het te opereren lidmaat inderdaad leidt tot een forse reductie van het aantal 'wrong side surgeries'. "Voor een leek kan het vreemd lijken dat het

gebeurt, is de groter dat het gebeurt, en blij reductie van de men. Het bren

Ziekenhuizen voeren checklist voor operaties in



Acht simpele vragen die een chirurgisch team zich voor en na een operatie zou moeten stellen, kunnen het aantal patiënten dat op de operatietafel sterft met 40 procent doen dalen. Een derde van de complicaties zou daarenboven vermeden kunnen worden. Dat blijkt uit een onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). De checklist zal op korte termijn onder meer in het UZ Gent, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, UZ Brussel en het Leuvense Gasthuisberg ingevoerd worden, schrijft De Morgen.

Ziekenhuizen voeren checklist voor operaties in

vrijdag 16 januari 2009 Bron: BELGA BELGA

BRUSSEL - (Belga) Acht simpele vragen die een chirurgisch team zich voor en na een operatie zou moeten stellen, kunnen het aantal patiënten dat op de operatietafel sterft met 40 procent doen dalen. Dat blijkt uit een onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De checklist zal op korte termijn onder meer in het UZ Gent, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, UZ Brussel en het Leuvense Gasthuisberg ingevoerd worden, schrijft De Morgen vrijdag.

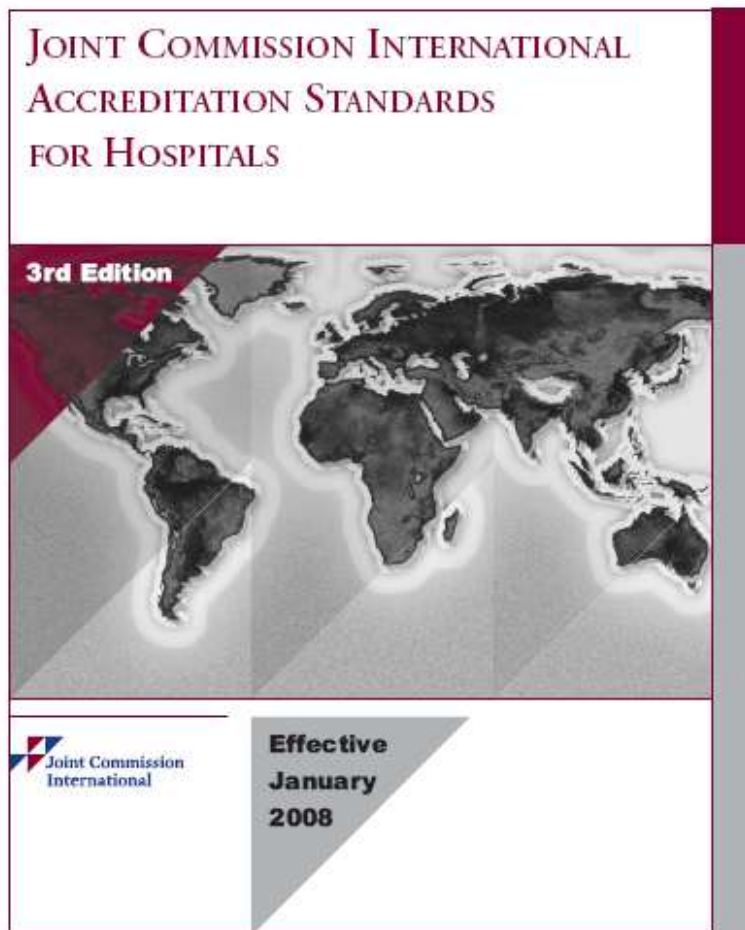
Accreditering

- Externe aftoetsing naar compliantie van het ziekenhuis aan de hand van vooraf bepaalde standards met als doel het stimuleren van een continue verbetering van de kwaliteit en de veiligheid
- M.a.w.: nagaan of er in het ziekenhuis een cultuur heerst die continu patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg opvolgt en verbetert

UZ Leuven: accreditering door JCI

Patient	Organization
• Patient Safety • Access and Continuity to Care • Patient and Family Rights • Assessment of Patients • Care of Patients • Anesthesia and Surgical Care • Medication Management and Use • Patient and Family Education	• Quality Improvement and Patient Safety • Prevention and Control of Infections • Governance, Leadership and Direction • Facility Management and Safety • Staff Qualifications and Education • Mgmt of Communication and Information

UZ Leuven: accreditering door JCI



Goal 1 Identify Patients Correctly

Goal 2 Improve Effective Communication

Goal 3 Improve the Safety of High-Alert Medications

Goal 4 Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery

Goal 5 Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections

Goal 6 Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls

Projectplan door projecteigenaars

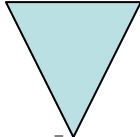
- Samenstelling werkgroep
- Uitwerken procedure : optimaliseren van peri operatief zorgproces
- Implementeren procedure
- Opvolging procedure

Werkgroep Time Out

- Artsen
 - Chirurgen
 - Anesthesisten
- Verpleegkundigen

- **P De Leyn (voorzitter)**
- **P Luysmans (secretaris)**
- **A Adams**
- **G Bogaert**
- **P Broos**
- **J Bellemans**
- **I Fourneau**
- **B Meyns**
- **M Miserez**
- **M Penninckx**
- **G Poortmans**
- **E Plessers**
- **P Stalmans**
- **E Vandermeersch**
- **J Vranckx**

Procedure Time Out

- Basis:
 - WHO Surgical safety checklist
 - JCI Goal 4: Ensure Correct-Site, Correct-procedure, Correct-Patient Surgery
- 
- Markeren van de operatiestreek
 - Verificatieproces
 - Time Out

Markeren van de operatiestreek

- Bij lateraliteit (li – re)
- Multiple structuren (tenen, vingers, ...)
- Multiple niveau's (wervels)
- Eenduidig teken (pijl)
- Wijst naar operatiestreek
- Bij nog wakkere patiënt (deelgenoot)
- Zichtbaar na ontsmetten en afdekken



Markeren van de operatiestreek

HOME NIEUWS

Intranet > Muzlidoc > W

Adresboek

Snelzoeken in "Wie

Zoektermen...

Zoek

Uitgebreid zoeken

Wie is wie ▶

E-maillijsten ▶

Gele gids ▶





Browse ▼ Pierre Luysma

Edit Add Tools

instemt met de definitieve geldige

- o voorbereiding
- o Uitvoering
- o Nazorg en opvolging

Verificatieproces (voor inductie)



HOME NIEUWS AAN DE SLAG PATIENT MEDEWERKER OVER UZ LEUVEN

Intranet MuziDoc Welkom in MuziDoc Verificatieproces in het operatiekwartier Browse Pierre Luynma

Klaar voor validatie. This page has not been published

Verificatieproces in het operatiekwartier

State: Klaar voor validatie Validator

Wijzig metadata

Dit geprint document is enkel geldig indien de inhoud overeenstemt met de definitieve geldige elektronische versie.

documentNr	117
uzVersieNr	0
revisieDatum	2014-02-19

Toon alle muzidoc metadata

Inhoudstafel

- Inhoudstafel
- Doelstellingen
- Voorwaarden
- Uitvoering
- Opvolging
- Verlaging
- Termen en definities

- Patiëntidentificatie
- Materialen beschikbaar
- Documenten beschikbaar
- Verificatie ingreep en kant door ane en vpk
- Markering ?

Verificatieproces (voor inductie)



- Bij de planning van de ingreep
 - Bij elke transfert naar andere persoon
 - Bij verlaten van pre operatieve zone
 - Bij aankomst in de operatiezaal door alle aanwezige teamleden.
- **Patiëntidentificatie**
 - Materialen beschikbaar
 - Documenten beschikbaar
 - Verificatie ingreep en kant door ane en vpk
 - Markering ?

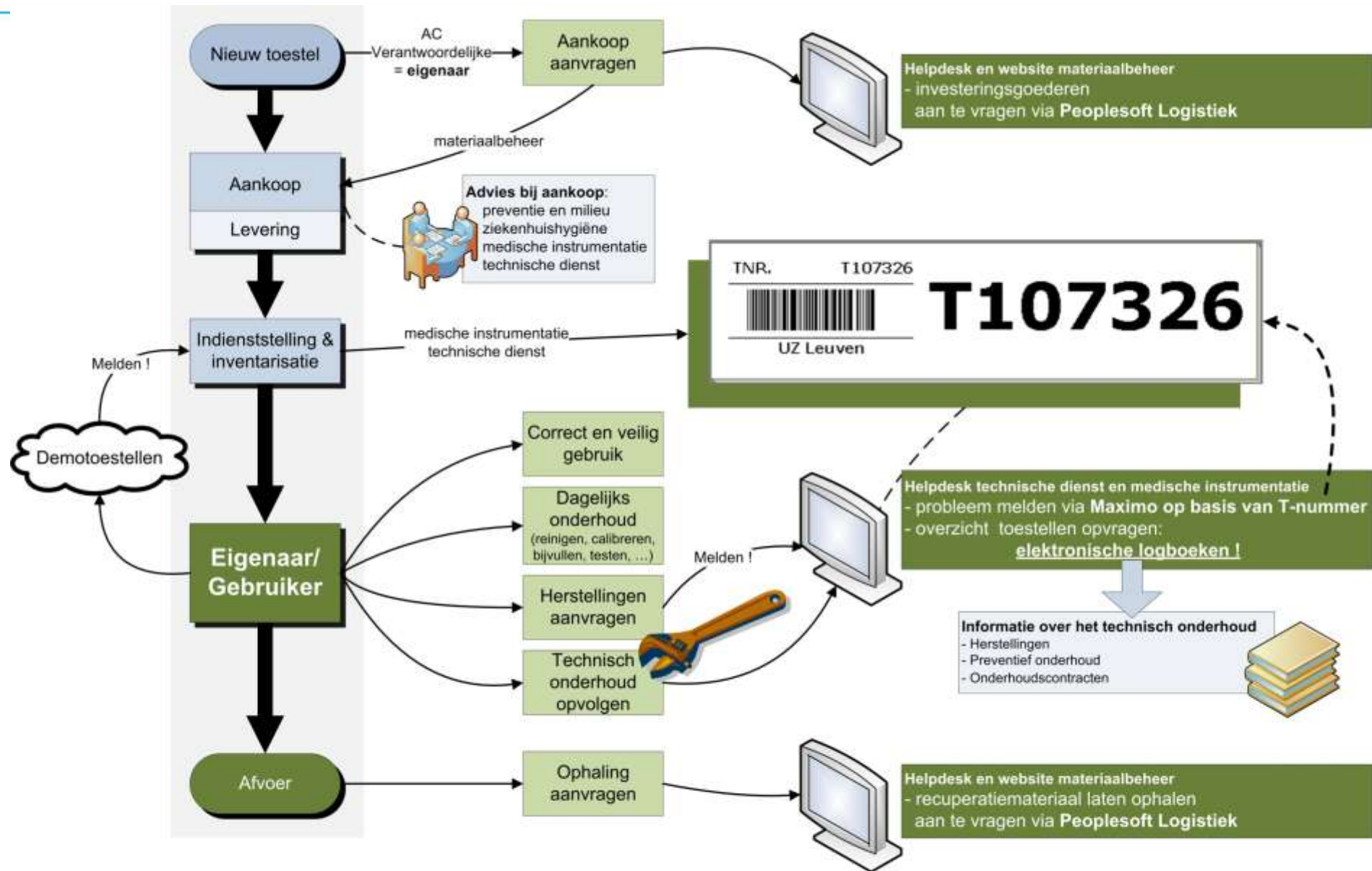


Patiëntidentificatie

- Principe: “Elke gehospitaliseerde & dag-gehospitaliseerde patiënt draagt steeds een identificatiearmbandje”
- Bij aanbrengen van armbandje en voor uitvoeren medisch – verpleegkundige handelingen: *vragen* naar naam-voornaam én geboortedatum (2 identifiers !!)
 - kamer- en bednummer mogen daarbij nooit gebruikt worden.
 - lees de identiteitsgegevens **niet** voor aan de patiënt: soms bevestigen patiënten foute informatie.

Verificatieproces (voor inductie)

- Instrumentarium beschikbaar en steriel
- Toestellen check OK ?
 - Diversiteit van gelijksoortige apparatuur
 - Preventief onderhoud en opvolging
 - Opleiding
 - Procedures en handleidingen
- Patiëntidentificatie
- **Materialen beschikbaar**
- Documenten beschikbaar
- Verificatie ingreep en kant door ane en vpk
- Markering ?



Verificatieproces (voor inductie)

EPD

RX

Labo resultaten

....

Vergelijken met
patiëntgegevens !

- Patiëntidentificatie
- Materialen beschikbaar
- Documenten beschikbaar
- Verificatie ingreep en kant door ane en vpk
- Markering ?

Verificatieproces (voor inductie)

Beschikbare informatie
Informatie van patiënt



- Patiëntidentificatie
- Materialen beschikbaar
- Documenten beschikbaar
- Verificatie ingreep en kant door ane en vpk
- Markering ?

Time - out procedure: definitie

- Een gestandaardiseerd controle moment dat wordt uitgevoerd (checklist) als alle voorbereidingen zijn afgerond en de operatie op het punt staat te starten (voor incisie).
- Alle medewerkers zijn betrokken: chirurg, anesthesist, verpleegkundige



Checklist Time Out

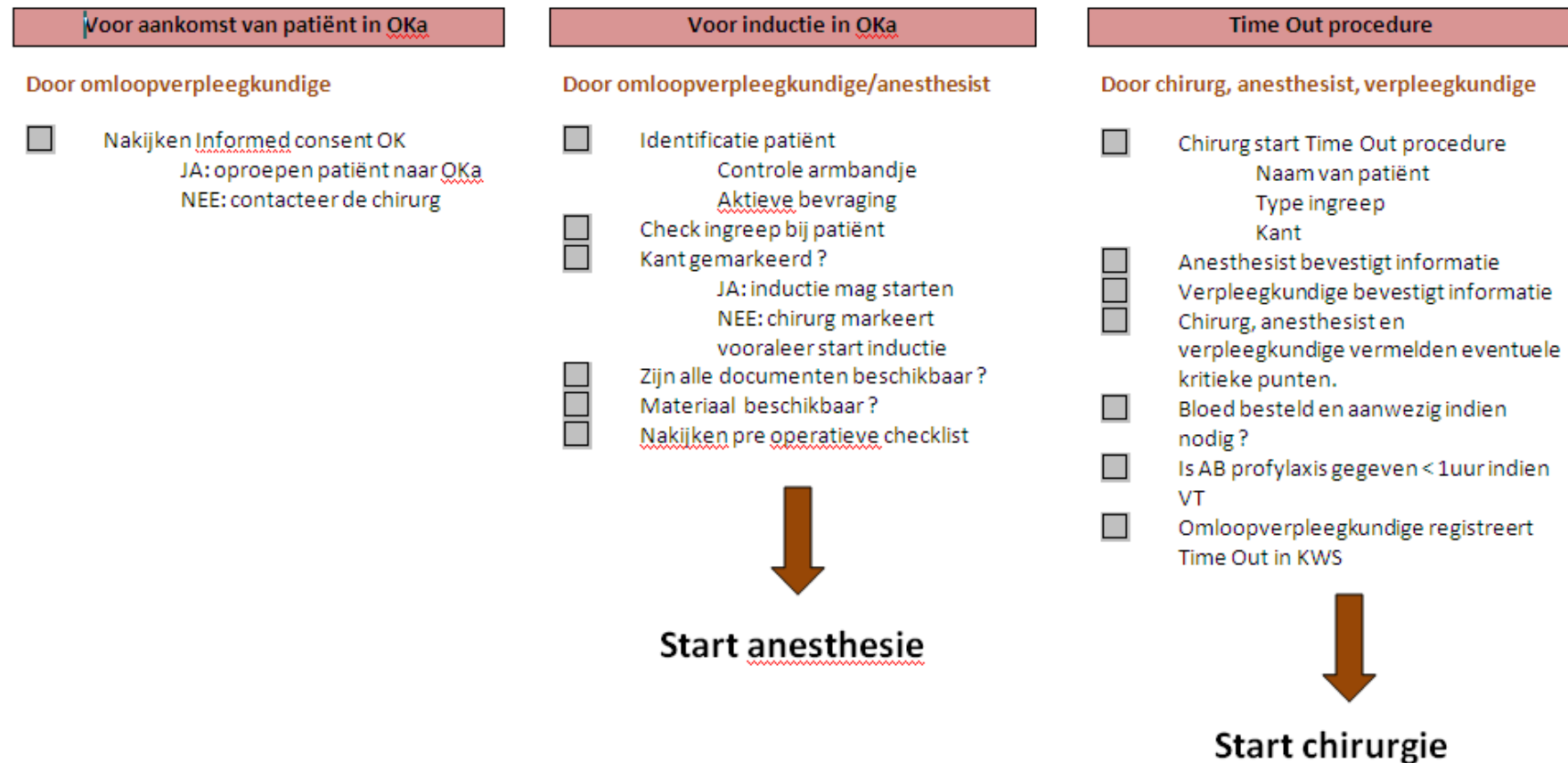
Checklist:

Chirurg	Start Time Out procedure	☐
Chirurg	Vermeldt naam van patiënt	☐
	Procedure	☐
	Kant van de ingreep	☐
Anesthesist	Bevestigt naam van patiënt	☐
	Bevestigt procedure	☐
	Bevestigt kant ingreep	☐
Verpleegkundige	Bevestigt naam van patiënt	☐
	Bevestigt procedure	☐
	Bevestigt kant ingreep	☐
Chirurg	Vermeldt aandachtspunten	☐
Anesthesist	Vermeldt aandachtspunten	☐
Verpleegkundige	Vermeldt aandachtspunten	☐
Anesthesist	Controleert AB profylaxis	☐

Allergie
Materiaal
Instrumenten

Procedure Time Out

Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery



Medicatie management

- Labelen van spuiten, infuusvloeistoffen,
- Labelen van vloeistoffen op Oka tafel
- Narcotica achter slot
- Procedure vervallen medicatie
- Stockage look a like, look a sound
- Oververpakking geconcentreerde electrolyten
- Temperatuurcontrole frigo's

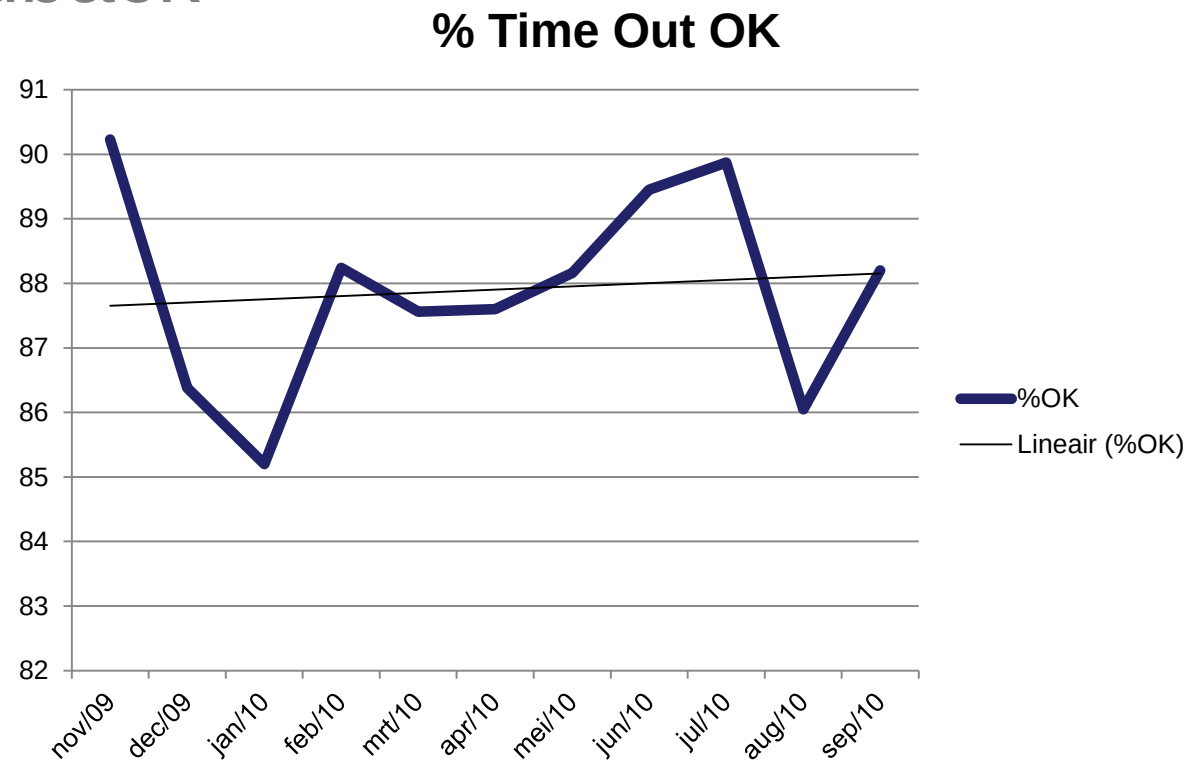


Infectiepreventie

- Pre operatief assessment (MRSA, ...)
- Methode haarverwijdering
- AB profylaxis
- Instrumenten steriel
- Schoonmaak
- Infectiepreventiegedrag (kledij, ...)
- Luchtbehandelingssystemen in Oka
 - Deurbewegingen !!

Opvolging

- Registraties / metingen
– feedback



Opvolging

- Tracers
 - Directie
 - Artsen
 - Verpleegkundigen
 - Cel kwaliteit
 - Ziekenhuishygiëne
 - Technische dienst

Opvolging

- PiMS: Patiëntgerelateerd incident-& ManagementSysteem
 - Doel: gestructureerde verbeterprojecten
 - Verbetering van zorgprocessen
 - Ontwikkelen van preventieve strategieën

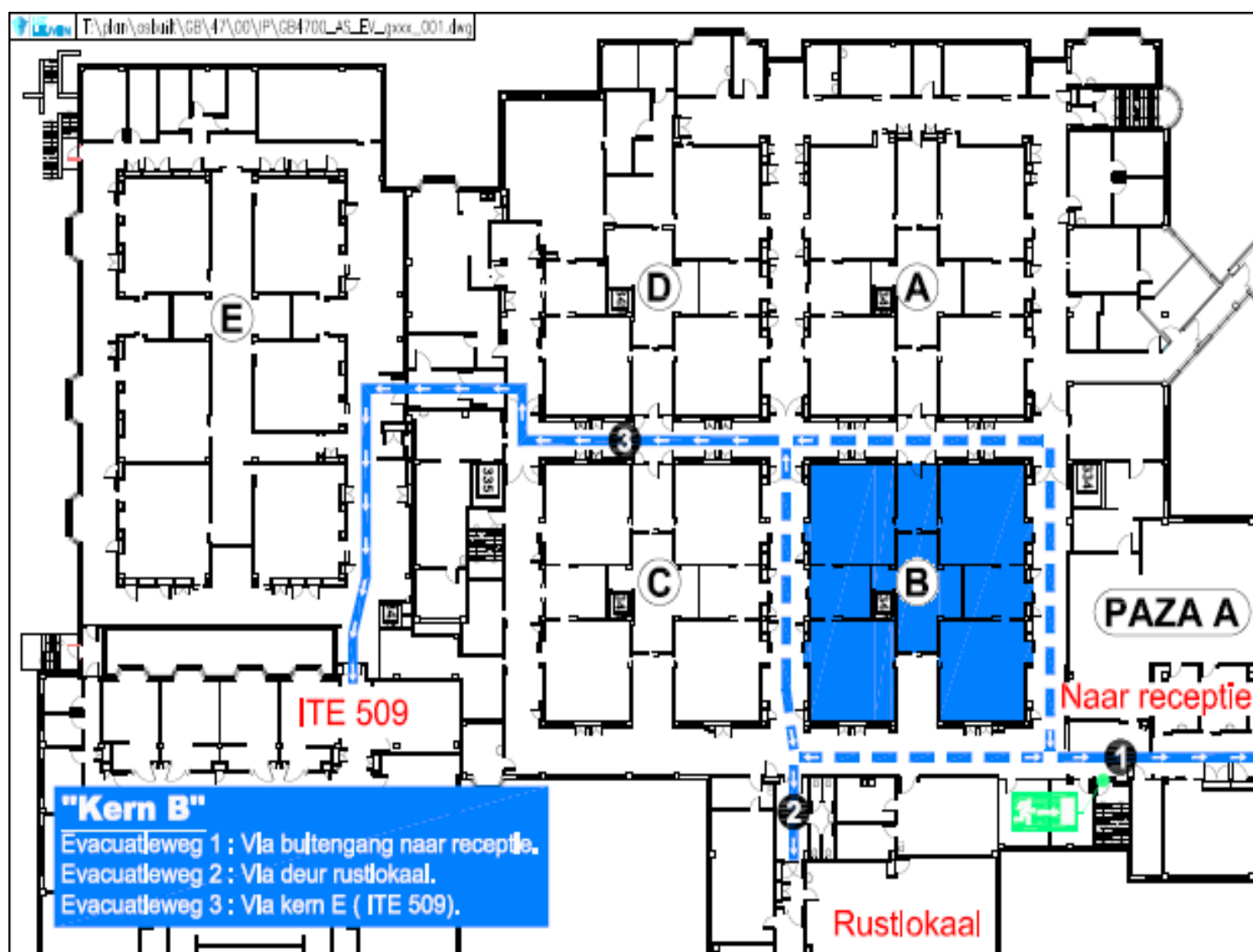
Opvolging

- **PiMS**
 - 1. Algemeen
 - Patiëntenidentificatie
 - Medicatie
 - Gedrag/agressie
 - Voeding
 - Andere
 - 2. Vallen
 - 3. Anesthesie
 - 4. Sentinel events
 - Onverwacht overlijden
 - Incident met blijvende schade voor de patiënt
 - Wrong site/wrong procedure/wrong patient
 - Veiligheidsteams: kindergeneeskunde / Hemato/onco/Transplantatie
 - Transfusiecomité

Rampenplan Oka

- Het rampenplan omvat 4 luiken:
- Deze vier operationele noodplannen regelen de beweging van patiënten, bezoekers en medewerkers.
- 1. Evacuatieplan: regelt het ontruimen van de dienst bij onmiddellijk gevaar omwille van de eigen veiligheid.
- 2. Relocatieplan: regelt het ontruimen van de dienst zonder onmiddellijk gevaar om de continuïteit van de dienstverlening elders te verzekeren.
- 3. Receptieplan: regelt het opvangen, met de essentiële zorg, van een extra inkomende patiëntenstroom.
- 4. Isolatieplan: regelt het afschermen van de dienst zodat deze autonoom kan verder functioneren.

Evacuatieplan



Actiekaart bij evacuatie

- Zorg voor uw eigen veiligheid.
- Uw rustige en kordate houding is een belangrijk signaal.
- Evacueer de personen in onmiddellijk gevaar zond.
- 1. Verzamel alle op de afdeling aanwezige medewerkers. Contacteer de supervisor anesthesie (40788).
- 2. Geef een korte briefing over de situatie.
- 3. Bepaal de dichtstbijzijnde veilige zone.
- 4. Meld de start van het evacuatieplan en de door u b.
- 5. De volgende opdrachten kunt u delegeren, maar ze worden bevestigd.
- 6. Informeer de chirurg en maak een inventarisatie van de patiënten.
 - Code 0 betekent onmiddellijk vrij
 - Code 1 (I) betekent vrij binnen het uur
 - Code 2 (I) betekent vrij binnen de 2 uur
 - Code 3 (I) is langer dan 2 uur bezet
- 7. Geef melding van deze inventarisatie aan de kern van de afdeling.
- 8. Zorg voor een lijst van de aanwezige patiënten. Wi van ouders en familieleden die bij de patiënt zijn.
- 9. Zorg ervoor dat het medisch en het verpleegkundig personeel aanwezig is.
- 10. Evacueer in volgorde de patiënten die onmiddellijk zullen met code 0, gevolgd door code 1(I), code 2(I) en code 3(I).
- 11. Evacueer horizontaal naar de dichtstbijzijnde veilige zone. (Zie evacuatieplan OKA 1-Kern B)

KERN	EVACUATIEWEG I	EVACUATIEWEG II
Kern A	Langs kern B naar receptie	Via deur rustlokaal
Kern B	Via buitengang naar receptie	Via deur rustlokaal
Kern C	Via receptie	Via kern E (ITE 50)
Kern D	Via kern E (ITE 50)	Via receptie
Kern E	Via kern E (ITE 50)	Via receptie

Actiekaart bij relocatie

- Het relocatieplan wordt enkel gestart op uitsluitend op commando van UZ Leuven.
- Lees eerst zorgvuldig het voorblad "Rampenplan OKA 1-Kern B".
- 1. Verzamel alle op de afdeling aanwezige medewerkers. Contacteer de supervisor anesthesie (40788).
- 2. Geef een korte briefing over de situatie.
- 3. De volgende opdrachten kunt u delegeren, maar ze worden bevestigd.
- 4. Informeer de chirurg en maak een inventarisatie van de patiënten.
 - Code 0 betekent onmiddellijk vrij
 - Code 1 (I) betekent vrij binnen het uur
 - Code 2 (I) betekent vrij binnen de 2 uur
 - Code 3 (I) is langer dan 2 uur bezet
- 5. Geef melding van deze inventarisatie aan de kern van de afdeling.
- 6. Zorg voor een lijst van de aanwezige personeel.
- 7. Zorg voor een lijst van de aanwezige patiënten van ouders en familieleden die bij de patiënt zijn.
- 8. Zorg ervoor dat het medisch en het verpleegkundig personeel aanwezig is.
- 9. Verzamel al het nodige materiaal (oa personeel van zorg voor de patiënt te garanderen. Voorz transporteerbaar).
- 10. Verzamel alle bezittingen van de patiënt, voorz transporteerbaar.
- 11. Meld het voltooien van de voorbereiding tot relocatie aan de incident manager (40700) of aan de administratieve wacht (40745).
- 12. Wacht op verdere instructies.
- 13. Neem de re-act mee en dank aan de re-med.
- 14. Relocatie in volgorde de patiënten die zich het vervoersplan van de patiënten uit de zone met code 0(I).

Actiekaart bij evacuatie

- Het receptieplan wordt enkel gestart op uitsluitend op commando van UZ Leuven.
- Het receptieplan kan ook gestart worden op uitsluitend op commando van UZ Leuven.
- De patiënten die u zelf o zullen moeten plaats maken voor de evacuatie.
- Lees eerst zorgvuldig het voorblad "Rampenplan OKA 1-Kern B".
- 1. De verantwoordelijke van de afdeling moet de patiënten die u zelf o zullen moeten plaats maken voor de evacuatie.
- 2. De kernverantwoordelijke van de afdeling moet de patiënten die u zelf o zullen moeten plaats maken voor de evacuatie.
- 3. De kernverantwoordelijke van de afdeling moet de patiënten die u zelf o zullen moeten plaats maken voor de evacuatie.
- 4. De kern- en patiëntverantwoordelijke van de afdeling moet de patiënten die u zelf o zullen moeten plaats maken voor de evacuatie.
- 5. Communiceer de beschikbare patiënten op zijn beurt alles doorgaan aan de administratieve wacht (40745).
- 6. Start de voorbereiding van de evacuatie.
- 7. Wacht op verdere instructies van de incident manager (40700) of aan de administratieve wacht (40745).
- 8. Communiceer de eventuele medische beeldvorming, administratieve wacht (40745).

Actiekaart bij isolatie OKA 1 - Kern B

- Het isolatieplan wordt enkel gestart op uitdrukkelijk verzoek van een incident manager of de coördinatie- en commando van UZ Leuven.
- Het isolatieplan treedt in werking wanneer een incident het autonoom functioneren van een afdeling noodzakelijk maakt.
- Lees eerst zorgvuldig het "Voorblad Rampenplan OKA 1 - Kern B", mocht dit nog niet gebeurd zijn.
- 1. Verzamel alle op de afdeling aanwezige medewerkers en geef een korte briefing over de situatie. ☐
- 2. Informeer de chirurg, anesthesisten van OKA 1. Contacteer de supervisor anesthesie (40788). ☐
- 3. Naar gelang het incident of de situatie doet men verder met de ingrepen of beëindigt men de ingrepen zo snel mogelijk. Er wordt u zo mogelijk een tijdslimiet opgegeven door de incident manager, zo niet dan beslist de chirurg zelf naar gelang de situatie. ☐
- 4. Nieuwe chirurgische ingrepen worden niet meer opgestart. ☐
- 5. Informeer ook de medewerkers van de FAZA betreffende de situatie: verpleegkundig personeel, chirurgen, anesthesisten, ☐
- 6. De volgende opdrachten kunt u delegeren, maar vraag steeds dat de uitvoering aan u wordt bevestigd. ☐
- 7. Zorg voor een lijst van de aanwezige patiënten. Wees steeds op de hoogte van de aanwezigheid van medewerkers, ouders en familieleden op uw afdeling. ☐
- 8. Informeer patiënten, ouders en familieleden, vraag hen ter hoogte van de bedpostitie, OKA-zaal, voorbereiding of in de wachtzaal te blijven en sluit ramen en deuren. ☐
- 9. Isoleer uw afdeling in functie van de nood situatie en in overleg met de incident manager. ☐
- 10. Controleer de nutsvoorzieningen van uw afdeling (zuurstof, perslucht, vacuüm, water, elektriciteit, telefoon, ventilatie, airco, e-dataproces). ☐
- 11. Aandachtspunt: De ventilatie wordt op vraag centraal geregeld door een permanente-techniek naargelang de situatie. ☐
- 12. Controleer de voorraad geneesmiddelen en verzorgingsmaterialen die noodzakelijk is om de meest essentiële verzorging van uw patiënten te garanderen. ☐
- 13. Inventariseer de aanwezige voedingsmiddelen voor patiënten, ouders, familieleden en medewerkers. ☐
- 14. Schat op basis van de gegevens van punten 9, 10 en 11 hoelang uw afdeling autonoom kan functioneren, wat de eerste storingen, tekorten en knelpunten zijn en meld dit aan de incident manager: de administratieve wacht (40745). ☐
- 15. Stel een aangepast dienstrooster op met rustperiodes voor de aanwezige medewerkers. ☐
- 16. Evaluer de effectiviteit van de isolatie, informeer de incident managers over tekortkomingen en start het evacuatieplan indien het isolatierisico groter is dan het doorbreken ervan. ☐
- 17. Wacht op instructies van de incident managers of de coördinatie- en commando van UZ Leuven. ☐

Rampenoefening



Bedankt !!

