

## **Uitbesteding van de CSA: De aanpak van het UZA.**

*Door Miranda Jaspers, Hoofdverpleegkundige CSA, UZA*

### **Inleiding.**

Er is mij gevraagd iets te vertellen over de uitbesteding van CSA. Niet wat het is! Daar hebben verschillende firma's al alles over verteld en hun visie hierover gegeven.

Ik wil iets vertellen over hoe het plan in het UZA is ontstaan, de oorzaken, en hoe wij, met een werkgroep, dit hebben aangepakt.

Hoe hebben we de offerte benaderd, welke gegevens waren/zijn belangrijk en ook vooral wat hebben we er uit geleerd?

Mijn eigen mening doet hier niet ter zake ook noem ik geen prijzen of namen van de firma's. De situatie ligt voor elk ziekenhuis anders en wat voor UZA geldt, geldt niet voor andere ziekenhuizen.

### **Reden van uitbesteding**

Hoe is het UZA op dit plan gekomen?

We hebben enorm veel plaatsgebrek binnen de muren van het ziekenhuis. Ze zijn overal aan het verbouwen.

Ergens een gebouw bijzetten en dit logistiek gebouw noemen was/is nog zeker niet aan de orde. Door veel oude toestellen te moeten vervangen heeft onze directie een andere denkpiste gevolgd. Waarom deze afdeling niet uitbesteden (zoals de keuken, het onderhoud, het linnen en de poetsploeg) dan zijn we van de investeringen af en als een firma de afdeling oppakt en buitenshuis zet dan hebben we ook meer plaats.

Dit gelde niet alleen voor onze afdeling. Maar we waren de eerste en het dringendst.

Onze directie was al in Frankrijk gaan kijken en had daar een sterilisatieafdeling gezien. Ze hadden de oplossing gevonden.

Na de eerste schok en ongeloof (dit kan niet, toch niet een afdeling dat voor een heel ziekenhuis werkt, onmogelijk) zijn we toch in actie gekomen en zijn we zachtjes aan het idee gewend geraakt.

### **Schets werking CSA UZA**

Vroege 1 persoon: 6.30-15.00

We beginnen om 6.30; eerst Bowie en Dicktest.

Eerste toer op het OK om alles op te halen van wat er 'snachts is gebruikt.

Dit wordt gewassen in tunnel of wasmachines.

Dagdiensten minstens 4 personen (vakantieperiode 3): 8.00-16.30.

Personeel van het intern transport brengt het gebruikte materiaal van de verpleegeenheden.

Wij zelf gaan het gebruikte materiaal van de consultaties ophalen.

Om 9.00 eerste toer naar het OK door CSA en dan volgt dit elk half uur. Elk half uur is CSA op het OK en vaak is dit nog niet genoeg.

Vanaf 12.00 toeren we elk uur omdat we over de middag alleen in de onreine zone staan en 'smiddags de dringendheid van de setten wegvalt.

In de reine zone staat over de middag ook 1 persoon die verder gaat met inpakken en steriel materiaal uit te geven.

Eten en koffiedrinken gebeurt in shiften.

Om 13.00 komen er 5 late diensten tot 21.00 (in vakantieperiode 4)

Onze toer om half 18.30 is de voorlaatste en wordt nog helemaal verwerkt en steriel naar OK gebracht.

Onze toer van 19.30 is de laatste en dan wordt het materiaal alleen maar gewassen en als iets echt nog gesteriliseerd moet worden moeten ze op OK een communicatieformulier op de set leggen

Na 21.00 is er iemand van wacht tot 6.30 en in het weekend.

In de week wordt de wacht niet veel opgeroepen maar in het weekend wel. Zowel voor OK als voor fertilititeit wordt er elk weekend wel gebeld.

## **Analyse**

Hoe zijn we dan te werk gegaan.

CSA:

Eerst hebben we een analyse gedaan van alle autoclaafcyclussen.

Hoeveel doen we er zo per jaar met belading (zonder de Bowie en Dick en zonder de Vacuumlektst).

Wat zit er in die autoclaven (OK, consultaties en verpleegeenheden).

Hoe lang zijn we open.

Wanneer zijn we van wacht, wanneer moeten we komen en waarvoor moeten we komen

Hoeveel kost dat als CSA UZA moet komen voor een oproep en 1 of 2 autoclaven moet draaien

Wat kost een autoclaaf draaien dagdagelijks. Wat kost een set ongeveer (moeilijk set / makkelijk set / container met 2 netten in) om te steriliseren.

Wat kost een stuk los materiaal om te laten steriliseren.

We wassen ook alle ECG kabels van het hele ziekenhuis, de bloeddrukmanchetten van het OK en

Inzo en de verbedslides. Ook alle laryngoscoopbladen, magilltangen en beademingsmaskers

worden door ons gewassen en evt. op aanvraag gesteriliseerd. Dit is een grote extra taak waar

veel tijd in gaat zitten maar wat zeer gewaardeerd wordt door alle diensten als een extra service.

Nu hebben we alleen nog instrumenten ; core-business

OK:

Hoeveel en welke ingrepen per specialiteit worden er gedaan per dag, per maand en per jaar en

wat hebben we daar voor nodig (setten, los materiaal, kaders). Hoe lang duren de ingrepen

(registratie dmv tag).

Welke setten zijn er teweinig en gaan in een snelsterilisatie (Statim / Steris), deze analyse is geregistreerd een maand lang.

Dan hebben we een steekproef gedaan; elke maand 5 dagen een registratie van hoeveel en welke

setten er naar CSA kwamen gedurende 11 maanden. Dit kwam overeen met 55 dagen registratie.

Met een formule is dit omgezet naar jaarbasis. Door deze registratie kwamen we te weten wat de "hardlopers" en de "traaglopers" waren en wat we te weinig, te veel of genoeg hadden.

## Offerte

Toen we al deze gegevens hadden verzameld en in een mooi jasje hadden gestoken waren we al een stuk wijzer geworden over hoe beide afdelingen (OK en CSA) funktioneerden. We kenden van beide afdelingen de goede en de minder goede kanten en zelfs de gevaarlijke kanten (OK: de snelsterilisatie en het slecht afwassen // CSA: de gebrekkige tracersing en het slecht functionerend apparaat).

We hebben even kunnen nadenken hoe we de offerte zouden samenstellen. We hadden “geen” voorbeeld (een voorbeeld uit het Frans) uit een ander Belgisch model. Er waren voorbeelden genoeg in het buitenland maar we hadden nog niets gezien.

We hebben toen geopteerd om een offerte samen te stellen uit open vragen. Aan de ene kant was dit erg vaag maar aan de andere kant was het voor ons de moeite waard om eens een firma in aktie te zien en te horen hoe zij er over dachten en hoe hun aanpak zou zijn. Zonder het achterste van onze tong te laten zien om te kijken of we op 1 lijn zaten.

Ze kregen niet alleen de offerte met de open vragen ook kregen ze onze volledige analyse van CSA en OK. Moesten we nog eens een offerte maken dan zou deze veel meer vastomlijnd zijn met klare en duidelijke vragen.

Voorbeelden uit de offerte:

- hoe vaak wordt het gebruikt materiaal opgehaald van OK , verpleegeenheid en consultatie
- hoe wordt het opgehaald (bakken, containers, begeleidende papieren)
- wie haalt het materiaal op (ZH/Firma/overdrachtsruimte)
- hoe wordt het verzonden
- hoe ziet de vrachtwagen eruit (roken, nietroken, speciale vering)
- wie brengt het materiaal terug (tot de op de dienst of aan het ziekenhuis)
- hoelang blijft het materiaal weg uit het ziekenhuis
- moet er geïnvesteerd worden in instrumenten en zo ja voor hoeveel

Tot de datum van het binnenbrengen van de offerte hebben we zeer nauw met de verschillende firma's samengewerkt en hun vragen in alle open- en eerlijkheid beantwoord. We hebben in het buitenland alle firma's in aktie gezien. De goede en zeer goede kanten , de mindere kanten en de vreemde kanten (het buitenland is Vlaanderen niet). Wat we vooral hebben gezien was een insourcing. De sterilisatieafdelingen stonden zo goed als naast of zelfs in het ziekenhuis.

Ookal hadden we onze bedenkingen of het voor ons ziekenhuis een goed idee zou zijn om uit te besteden, we wisten wel zeker dat de **verschillende firma's heel goed zouden steriliseren en een goede tracersing (op instrumentniveau) zouden hebben. We hebben dit met eigen ogen kunnen aanschouwen.**

Toen de offertes binnen waren zijn we gaan vergelijken zoals je dat met alle ofertes doet.

We hebben alle voor- en nadelen, alle goede en minder goede punten naast elkaar gelegd.

We hebben na deze vergelijking onze eigen afdeling ernaast gelegd. We hebben dit zeer eerlijk gedaan en alle investeringen die we moesten doen (zoals nieuwe autoclaven 3 stuks, nieuwe wasmachines, nieuwe wastunnel, nieuwe ultrasoons, nieuwe bouw en tracersing) erbij gezet met een afronding naar boven. Ook onze goede en minder goede punten hebben we zeer eerlijk en objectief genoteerd.

Toen dit gebeurd was hebben we alle gegevens en vergelijkingen aan onze interne auditor gegeven die dit ook zeer objectief is gaan vergelijken.

Voor haar was dit zeer moeilijk. Onze ladingen bestaan uit gemengde setten en manden. Maar om bv een prijsverlijking te doen moesten we alle gegevens omrekenen naar dezelfde standaarden.

Bv STE/STU en Iso.

Wij hebben gekozen om alles om te rekenen naar Isomanden en tussen haakjes de STE setten.

Toen was het in spanning afwachten want wij vonden wel dat we dit zeer objectief en eerlijk hadden gedaan maar wat vond de interne auditor en de directie.

De interne auditor heeft al deze gegevens besproken op een directievergadering.

Toen is er beslist om eerst heel de logistiek in het ziekenhuis te bekijken en dan eventueel een beslissing te nemen omtrent de CSA, de magazijnen en de magazijn van de apotheek (die in het UZA allemaal naast elkaar gelegen zijn).

Voorlopig blijven we waar we zitten en mogen we investeren in een nieuwe (extra) autoclaaf, 2 ultrasoon toestellen en 2 nieuwe seal machines. Onze wastunnel wordt zo goed als nieuw opgeknapt.

We hebben hier zeer veel uit geleerd!

Alle minder goede kanten van sterilisatie op OK zijn duidelijk geanalyseerd en hier kan nu een duidelijke richting uitgegaan worden. Het traceerbaarheidsysteem is nu terug een onderwerp van belang om alle handelingen te registreren en te bewijzen welke setten en instrumenten veel gebruikt worden. Zo kan er nu geïnvesteerd worden in extra setten, zijn de pijnpunten blootgelegd in de hoeveelheid van instrumenten en is de hele OK geïnventariseerd.

Zo kan men langzaam alle sterilisatoren op OK (totaal 7 stuks) afbouwen en verwijderen.

Op OK haalt men nu opgelucht adem omdat dit investeringsplan in instrumenten zeer gedoseerd kan verlopen en zowel artsen als verpleegkundigen kunnen hier zeer goed over nadenken.

Met de hoeveelheid instrumenten dat wij nu hebben kan men onmogelijk uitbesteden.

Als elk half uur materiaal ophalen soms nog niet voldoende is en als een sterilisatieomlooptijd van 3 uur eigenlijk nog te lang is, dan is ons ziekenhuis nog niet toe aan een uitbesteding.

Ik kan niet in de toekomst kijken dus kan ik ook niet zeggen dat ons ziekenhuis er nooit aan toe zal zijn maar als het weer te sprake komt zullen we beter voorbereid zijn dan dat we nu zijn.

Er zullen voldoende setten en instrumenten zijn (een investering van minstens 50 % op de "hardlopers"), de sterilisatoren op OK zullen verdwenen zijn (een eerste stap in de investering en als alle setten naar CSA kunnen zonder paniektoestanden dan kan daarna geïnvesteerd worden in extra setten) en de samenwerking tussen OK en CSA zal zeer vloeiend verlopen. Dit zijn de drie cruciale punten die zeer goed voorbereid moeten worden.

Er is nog een belangrijk voordeel uit dit verhaal gekomen: Iedereen weet nu dat er in het ziekenhuis een Sterilisatieafdeling is, waar dat hij ligt, wat men daar doet en hoe belangrijk hij is. De directie is er nu toch van overtuigd dat het sterilisatieproces een primair proces is dat zeer dicht bij de werking van het ziekenhuis en zeker OK staat. Dit proces kan men niet zomaar optillen en buiten plaatsen. We hebben ook voorgesteld om het eerste jaar zeker te insourcen om iedereen met de firma te laten kennis maken en alle pijnpunten in kaart te brengen. Dit kan alleen maar als er op de werkvloer gecommuniceerd wordt en de problemen in kaart gebracht worden als ze zich voordoen. Er is dan ook tijd en gelegenheid om alle afspraken en een investeringsplan te maken. Als iedereen dan gewend is aan het idee en de nieuwe firma heeft het gebouw gezet en ingericht dan kan alles in fracties en zeer gecontroleerd overgebracht worden. De Sterilisatieafdeling in het ziekenhuis kan dan in stappen afgebouwd worden.

Om met de woorden te spreken van een nederlandse collega:  
Als het Ok het hart van het ziekenhuis dan is CSA de kranlagaders.