DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN: INTERNISTISCH ZORGTRAJECT

INSPECTIEPUNT	
Naam	Algemeen Ziekenhuis Nikolaas
Adres	Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	03 / 760 60 60

INRICHTENDE MACHT	
Naam	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS
Juridische vorm	VZW
Adres	Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	03 / 760 60 60

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Campus Temse
Adres	Gasthuisstraat 5, 9140 Temse

OPDRACHT	
Nummer	O-2015-MAVB-0020
Datum	24/06/2015

VERSLAG	
Nummer	V-2015-TOWY-0017
Datum	9/07/2015

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 9/07/2015 (9:00-10:30)

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding
1.1 Inspectiemodel
1.2 Leeswijzer voor dit rapport
1.3 Inspectiebezoek
2 Situering
3 Thema personeel
3.1 Medische permanentie intensieve zorgen
3.2 Beschikbaarheid intensivist voor de functie intensieve zorgen
3.3 Verpleegkundige basispermanentie en patient nurse ratio intensieve zorgen
3.4 Verpleegkundige personeelsequipe intensieve zorgen
3.5 Beschikbaarheid kinesitherapie intensieve zorgen
3.6 Beschikbaarheid psychologische ondersteuning intensieve zorgen
3.7 Inscholingsplan op intensieve zorgen en spoedgevallendienst
3.8 Medische permanentie gespecialiseerde spoedgevallendienst en MUG
3.9 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoedgevallendienst en MUG
3.10 Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
3.11 Oproepbare pediater en psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
3.12 Medische permanentie eerste opvang spoed
3.13 Verpleegkundige permanentie eerste opvang spoed
3.14 Samenvatting thema personeel
4 Thema veilige zorg
4.1 Medicatieveiligheid: hoogrisicomedicatie
4.2 Medicatieveiligheid: zicht op medicatieschema's door apotheker
4.3 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatievoorschriften (specialiteiten en narcotica)
4.4 Medicatieveiligheid: medisch order voor medicatietoediening
4.5 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatie
4.6 Preventieve controle materiaal
4.7 Materiaal: controle reanimatiekar voor interne MUG
4.8 Materiaal voor eerste opvang spoed
4.9 Materiaal specifiek voor kinderen
4.10 Materiaal MUG-wagen
4.11 Behandeling van intoxicaties
4.12 Basisopleiding reanimatie
4.13 Doorgedreven opleiding reanimatie
4.14 Infrastructuur: kamers eenheid voor intensieve zorg
4.15 Infrastructuur: afzonderingskamer op spoedgevallendienst
4.16 Infrastructuur: herkenbaar lokaal voor eerste opvang spoed
4.17 Architectonische veiligheid: beveiliging ramen
4.18 Samenvatting thema veilige zorg

5 Thema gestandaardiseerde zorg
5.1 Parameters in het patiëntendossier op de verpleegafdelingen
5.2 Pijnscores in het patiëntendossier
5.3 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
5.4 DNR-code in dossiers op intensieve zorgen
5.5 Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten
5.6 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen
5.7 Patiëntidentificatie
5.8 Early warning system
5.9 Bloedtransfusie
5.10 Registratie van afzonderingen op de spoedgevallendienst
5.11 Triagesysteem op de spoedgevallendienst
5.12 Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg
6 Thema hygiëne
6.1 Handhygiëne
6.2 Infrastructuur van de wastafels
6.3 Scheiding rein/onrein
6.4 Bedpanspoeler
6.5 Isoleerkamers met sas op IZ
6.6 Samenvatting thema hygiëne
7 Thema communicatie
7.1 Communicatie tussen zorgverleners: toegankelijk dossier op IZ
7.2 Communicatie tussen zorgverleners: medische coördinator op IZ
7.3 Communicatie tussen zorgverleners: multidisciplinair overleg op IZ
7.4 Communicatie tussen zorgverleners: consult op IZ
7.5 Communicatie tussen zorgverleners: transfergegevens van IZ en spoed naar de afdeling
7.6 Communicatie tussen zorgverleners: zaalronde op D-afdelingen
7.7 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbeslissing na dagopname
7.8 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts
7.9 Informatie aan patiënten: informatie voor de opname
7.10 Informatie aan patiënten: wachttijden op de spoedgevallendienst
7.11 Informatie aan patiënten: informatie bij ontslag
7.12 Samenvatting thema communicatie
8 Besluit

1 INLEIDING

Dit detailrapport biedt u een **overzicht van alle vaststellingen** van Zorginspectie op deze vestigingsplaats.

1.1 INSPECTIEMODEL

Zorginspectie toetst de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be). Zorginspectie checkt de onderlijnde eisen. Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties.

Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie het **internistisch zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar:

- de spoedgevallendienst (erkend als gespecialiseerde spoedgevallendienst of eerste opvang spoed),
- de medische urgentiegroep,
- de eenheid voor intensieve zorgen,
- de internistische verpleegafdeling,
- het niet-chirurgisch dagziekenhuis (exclusief bereiding en toediening oncologische producten),
- de toediening van bloed en bloedproducten,
- de apotheek en medicatiedistributie.

Niet op elke campus zijn al deze afdelingen aanwezig, om die reden wordt soms een beperkter aantal afdelingen bezocht. Hierdoor kan het zijn dat een aantal onderwerpen niet bevraagd worden, waardoor onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven in het verslag.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal **thema's** die de leidraad vormen voor de inspectie: **personeel, veilige omgeving, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie**. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Per thema zijn er criteria vastgelegd op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een tweede onaangekondigde inspectie (**check 2**). Deze check 2 zal na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) uitgevoerd worden en zal thematisch zijn. Dit wil zeggen dat per thema de voornaamste verbeterpunten die geleid hebben tot een check 2 opnieuw geïnspecteerd zullen worden, maar ook dat bijkomende, aanverwante eisen kunnen geïnspecteerd worden.
Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten, waarbij het aan Zorginspectie kan vragen een bijkomend inspectiebezoek (**check 3**) uit te voeren. Tijdens dit (aangekondigd) inspectiebezoek zal dan niet enkel gefocust worden op de vastgestelde risico's, maar wordt ook het kwaliteitsmanagementsysteem dat betrekking heeft op deze risico's, bekeken.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd tijdens check 1 en 2: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie zal plaatsvinden.

1.2 LEESWIJZER VOOR DIT RAPPORT

Dit rapport bestaat uit 8 hoofdstukken. Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van (de campus van) het ziekenhuis (hoofdstuk 2), zijn er 5 thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betrokken eisen uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Op het einde van elk van deze 5 hoofdstukken staat een overzicht van de vaststellingen en een besluit. Dit besluit geeft weer of er voor het betreffende thema op basis van de ernst van de voornaamste verbeterpunten een tweede onaangekondigde inspectie (**check 2**) nodig is of niet.

Hoofdstuk 8 geeft een samenvatting van de besluiten per thema. Hier kan dus snel gezien worden of er een check 2 volgt en voor welke thema's.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op www.zorginspectie.be.

1.3 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 binnen het nalevingstoezicht.
Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De apotheek
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch/oncologisch) dagziekenhuis:
    + Dagziekenhuis 5

2 SITUERING

Op deze vestigingsplaats heeft het ziekenhuis binnen het internistisch zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie

Deze campus sluit volledig de deuren eind 2015. Het dagziekenhuis is momenteel maar 1 à 2 dagen per week open, en na 2015 zullen alle dagactiviteiten verhuizen naar de campus Sint-Niklaas.

3 THEMA PERSONEEL

3.1 MEDISCHE PERMANENTIE INTENSIEVE ZORGEN

3.2 BESCHIKBAARHEID INTENSIVIST VOOR DE FUNCTIE INTENSIEVE ZORGEN

3.3 VERPLEEGKUNDIGE BASISPERMANENTIE EN PATIENT NURSE RATIO INTENSIEVE ZORGEN

3.4 VERPLEEGKUNDIGE PERSONEELSEQUIPE INTENSIEVE ZORGEN

3.5 BESCHIKBAARHEID KINESITHERAPIE INTENSIEVE ZORGEN

3.6 BESCHIKBAARHEID PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING INTENSIEVE ZORGEN

3.7 INSCHOLINGSPLAN OP INTENSIEVE ZORGEN EN SPOEDGEVALLENDIENST

3.8 MEDISCHE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

3.9 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

3.10 BESTAFFING TRIAGEFUNCTIE OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

3.11 OPROEPBARE PEDIATER EN PSYCHIATER OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

3.12 MEDISCHE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

3.13 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

3.14 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema personeel	Neen

4 THEMA VEILIGE ZORG

4.1 MEDICATIEVEILIGHEID: HOOGRISICOMEDICATIE

Gecontroleerde eis

Er is een procedure met betrekking tot hoogrisicomedicatie, look alikes en sound alikes.

Deze procedure bevat de lijst met de namen van de hoogrisicomedicatie (medicatie met hoger risico-percentage, look alikes en sound alikes) en minstens instructies voor correcte labeling, opslag, toe-diening.

Er is opleiding en systematische communicatie over deze lijsten.
De procedures (voor hoogrisicomedicatie) zijn gekend op de werkvloer en worden opgevolgd.

Werkwijze

De procedure hoogrisicomedicatie werd opgevraagd tijdens het bezoek aan de ziekenhuisapotheek en beoordeeld op de aanwezigheid van look alikes en sound alikes, instructies voor labeling, opslag en toediening. Indien de ziekenhuisapotheek op een andere campus gesitueerd was, gebeurde de bevraging aldaar maar worden de antwoorden betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Op de internistische verpleegafdelingen, IZ, spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen, werd de bewaring van een aantal hooggeconcentreerde elektrolyten (KCl, NaCl, CaCl2) gecontroleerd.

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er specifieke labeling en/of opslag, apart van de niet-hoogrisicomedicatie, werd toegepast.

Vaststellingen

Aanwezigheid van een procedure of een lijst van hoogrisicomedicatie	Ja
Lijst bevat look-alikes	Ja
Lijst bevat sound-alikes	Ja
Richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	Ja

4.2 MEDICATIEVEILIGHEID: ZICHT OP MEDICATIESCHEMA'S DOOR APOTHEKER

Gecontroleerde eis

De ziekenhuisapotheker heeft zicht op de thuismedicatie en de actuele medicatieschema's en ontslagmedicatie en heeft inspraak bij de bepaling van het beleid rond opname en ontslagmedicatie.

Werkwijze

Aan de apotheker werd gevraagd of hij zicht heeft op de actuele medicatieschema's van opgenomen patiënten. Er werd nagegaan of dit voor alle soorten van medicatie is (per os, intraveneus, transdermaal...) en of dit het geval is voor alle afdelingen op deze vestigingsplaats. Indien de ziekenhuisapotheek op een andere campus gesitueerd was, gebeurde de controle aldaar en worden de antwoorden betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Vaststellingen

De apotheker heeft zicht op de actuele medicatieschema's, maar niet op het volledig medicatieschema van alle gecontroleerde patiënten op deze vestigingsplaats.

4.3 MEDICATIEVEILIGHEID: GEGEVENS OP MEDICATIEVOORSCHRIFTEN (SPECIALITEITEN EN NARCOTICA)

Gecontroleerde eis

De aflevering van geneesmiddelen gebeurt steeds op basis van een medisch voorschrift.
Dat voorschrift (papier of elektronisch) bevat:

- naam en voornaam van de patiënt voluit geschreven of identificatieklever,
- geboortedatum van de patiënt,
- details van het/de voorgeschreven geneesmiddel(en):
    - naam van het/de geneesmiddel(en) voluit,
    - vorm van het/de geneesmiddel(en),
    - sterkte van het/de geneesmiddel(en),
    - dosis van het/de geneesmiddel(en),
    - frequentie van het/de geneesmiddel(en),
- stempel of volledige naam van de voorschrijvende arts,
- handtekening van de voorschrijvende arts,
- datum van het voorschrift.

De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen, zoals beschreven in het KB van 31/12/1930.

Het betreft oorspronkelijke, schriftelijk, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer, ofwel een gevalideerd elektronisch voorschrift zoals bepaald in het KB van 13 januari 2014. Op het geschreven recept is duidelijk naam en adres van de ondertekenaar vermeld en is het aantal ampullen, tabletten en de dosis voluit geschreven.
Onder adres kan ook worden verstaan een eenduidige identificatie van de arts: naam en RIZIV nummer van de arts en naam van het ziekenhuis.

Werkwijze

In de apotheek werden een aantal medicatievoorschriften afkomstig (bij voorkeur) van internistische afdelingen gecontroleerd. Het ging om voorschriften voor zowel verdovende medicatie als andere medicatie.

Er werd nagevraagd of de voorschriften elektronisch dan wel op papier worden gemaakt. We beschouwden het voorschrift als volledig elektronisch wanneer meer dan 90% van de voorschriften elektronisch waren, en als niet elektronisch wanneer het om minder dan 10% ging.

Verder werd gecontroleerd of identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum of uniek dossiernummer), identificatiegegevens van de voorschrijver (hetzij naam, voornaam en handtekening /elektronische validatie, hetzij naam, RIZIV-nummer en handtekening /elektronische validatie), de naam van het geneesmiddel, de sterkte en de dosis aanwezig waren. Op voorschriften voor verdovende medicatie werd ook informatie over de vorm nagegaan.

Indien de ziekenhuisapotheek op een andere campus gesitueerd was, werden daar voorschriften voor patiënten op deze campus bekeken maar worden de resultaten betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Vaststellingen

Het voorschrift voor niet-verdovende medicatie is elektronisch	Ja, deels

Aantal gecontroleerde voorschriften	15
Aantal met alles in orde	15
Aantal met ontbrekende gegevens	0

Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch	Ja, deels

Aantal gecontroleerde voorschriften	10
Aantal met alles in orde	10
Aantal met ontbrekende gegevens	0

4.4 MEDICATIEVEILIGHEID: MEDISCH ORDER VOOR MEDICATIETOEDIENING

4.5 MEDICATIEVEILIGHEID: GEGEVENS OP MEDICATIE

Gecontroleerde eis

Alle geneesmiddelen die in het ziekenhuis als dusdanig worden toegediend worden tot op het moment van toediening bewaard in een verpakking, die minstens volgende informatie bevat:

- naam van het geneesmiddel
- dosis of concentratie
- vervaldatum

Alle geneesmiddelen die worden klaargemaakt (o.a. ook de infusen met bijgevoegde medicatie) zijn gelabeld met minimum volgende parameters:

- naam van het geneesmiddel
- dosis of concentratie geneesmiddel
- datum van bereiding of uiterste toedieningsdatum of vervaldatum
- naam patiënt

Er is geen vervallen medicatie aanwezig, en dit zowel in de ziekenhuisapotheek als op de afdelingen / diensten / functies / zorgprogramma's.

Werkwijze

Op de internistische afdelingen, het internistisch dagziekenhuis, de spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen en de eenheid intensieve zorgen werden verschillende soorten medicatie gecontroleerd. Het ging (afhankelijk van de afdeling) om:

- Klaargezette medicatie
- Patiëntenvoorraad
- Afdelingsstock
- Infusen met medicatie
- Klaargemaakte spuiten
- Medicatie in de reanimatiekar

Op de klaargezette medicatie en medicatie uit de patiëntenvoorraad werd de aanwezigheid van volgende items gecontroleerd tijdens de inspectie:

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding of concentratie
- Vervaldatum

Er werd bovendien nagegaan of de vervaldatum niet overschreden was.
Op de infusen met toegevoegde medicatie en klaargemaakte spuiten werd de aanwezigheid van volgende items gecontroleerd tijdens de inspectie:

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding of concentratie
- Datum (bereiding, toediening of vervaldatum)
- Naam patiënt

Vaststellingen

Medicatie in voorraad

Afdeling	Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende gegevens (incl alle)	Aantal zonder gegevens
Dagziekenhuis 5	10	10	0	0
Totaal	**10**	**10**	**0**	**0**

Details over de vervaldata	
Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	10
Vervaldatum niet overschreden	10
Vervaldatum overschreden	0
Vervaldatum afwezig of onleesbaar	0

4.6 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

4.7 MATERIAAL: CONTROLE REANIMATIEKAR VOOR INTERNE MUG

Gecontroleerde eis

Indien de D-dienst / functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg / functie eerste opvang van spoedgevallen / functie intensieve zorgen / functie niet-chirurgische daghospitalisatie instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met monitor, defibrillator, ECG-toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en een draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. Er werd nagegaan of deze verzegeld is en of er in de loop van de laatste maand minstens één controle op de inhoud van de kar werd geregistreerd.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde karren	2
Aantal verzegelde karren	2
Aantal karren met controle minder dan een maand geleden	2

4.8 MATERIAAL VOOR EERSTE OPVANG SPOED

4.9 MATERIAAL SPECIFIEK VOOR KINDEREN

4.10 MATERIAAL MUG-WAGEN

4.11 BEHANDELING VAN INTOXICATIES

4.12 BASISOPLEIDING REANIMATIE

Gecontroleerde eis

Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Hiervoor is aangepaste infrastructuur in het ziekenhuis aanwezig.

De leden van het team hebben minstens om de 2 jaar een opleiding BLS gevolgd.

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis werd nagevraagd welke verpleegkundigen langer dan 2 jaar op het dagziekenhuis zijn tewerkgesteld en niet langdurig afwezig waren in die periode. Van deze verpleegkundigen werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie konden aantonen in de voorbije 2 jaar.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	5
Aantal met aantoonbare opleiding	5
Aantal zonder aantoonbare opleiding	0

4.13 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE

4.14 INFRASTRUCTUUR: KAMERS EENHEID VOOR INTENSIEVE ZORGEN

4.15 INFRASTRUCTUUR: AFZONDERINGSKAMER OP SPOED

4.16 INFRASTRUCTUUR: HERKENBAAR LOKAAL VOOR EERSTE OPVANG SPOED

4.17 ARCHITECTONISCHE VEILIGHEID: BEVEILIGING RAMEN

Gecontroleerde eis

Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.

Werkwijze

Op de bezochte internistische afdelingen en het dagziekenhuis die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevonden, werd telkens in een aantal ruimten nagegaan of de ramen beveiligd waren.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde ruimtes	Aantal ruimtes met volledig beveiligde ramen	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
Dagziekenhuis 5	6	0	6
Totaal	**6**	**0**	**6**

4.18 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

Er is een procedure hoogrisicomedicatie die alle gecontroleerde onderwerpen bevat	
De apotheker heeft geen volledig zicht op alle medicatieschema's van alle opgenomen patiënten	
Aantal voorschriften voor niet-verdovende medicatie dat voldoet	15 / 15
Aantal voorschriften voor verdovende medicatie dat voldoet	10 / 10
Aantal geneesmiddelen met alle gegevens	10 / 10
Er is een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis beschikbaar	
Aantal reanimatiekarren met verzegeling en met tijdige controle	2 / 2
Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie	5 / 5
Aantal ruimten met beveiligde ramen	0 / 6

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema veilige zorg	Neen

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 PARAMETERS IN HET PATIËNTENDOSSIER OP DE VERPLEEGAFDELINGEN

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

5.3 DOSSIERGEGEVENS OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

5.4 DNR-CODE IN DOSSIERS OP INTENSIEVE ZORGEN

5.5 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ NIET-COMMUNICATIEVE PATIËNTEN

5.6 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ KINDEREN

5.7 PATIËNTENIDENTIFICATIE

Gecontroleerde eis

Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:

- naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of
- naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)

Voor elke medisch/verpleegkundige handeling worden de patiëntidentificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd.

Werkwijze

Op de IZ eenheden, op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en op het internistisch dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met volledig en correct bandje	Aantal patiënten met onvolledig bandje	Aantal patiënten zonder bandje
Dagziekenhuis 5	6	6	0	0
Totaal	**6**	**6**	**0**	**0**

5.8 EARLY WARNING SYSTEM

Gecontroleerde eis

Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System). Hiertoe werd een protocol opgesteld.

Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties in functie van de behaalde score.

De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding genoten inzake dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover en passen dit systeem toe.

Werkwijze

Op elke campus met verblijfsafdelingen, werd bevraagd of een early warning system was ingevoerd. Indien er een EWS bestond, werd nagevraagd welke parameters hiervoor moeten gecontroleerd worden en vanaf welke score een arts moet gecontacteerd worden. Vervolgens werd bevraagd op hoeveel afdelingen het EWS al was geïmplementeerd.

Vaststellingen

Er wordt een systeem van EWS gehanteerd	Neen

5.9 BLOEDTRANSFUSIE

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat bij een transfusie tenminste volgende gegevens:

- indicatie voor de transfusie
- controle bloedgroep en rhesusfactor
- lotnummer en type van het toegediende bloedproduct
- datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener
- eventuele reacties
- klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie

Controle parameters bij transfusie:
temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:

- vlak voor transfusie
- tussen 5 en 15 minuten na start
- na toediening
- bij transfusiereactie

Werkwijze

Er werden dossiers opgevraagd van patiënten die een transfusie van bloed of een bloedproduct gekregen hadden. De dossiers werden gecontroleerd op de aanwezigheid van:

- Tijdstip van begin en einde transfusie
- Toediener
- Parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) voor toediening, tijdens toediening en na toediening

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	10
Aantal volledig in orde	10
Aantal niet in orde	0

5.10 REGISTRATIE VAN AFZONDERINGEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

5.11 TRIAGESYSTEEM OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

5.12 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	6 / 6
Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening	10 / 10

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema gestandaardiseerde zorg	Neen

6 THEMA HYGIËNE

6.1 HANDHYGIËNE

Gecontroleerde eis

De basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die met patiënten potentieel in contact komen:

- Juwelenvrije handen en voorarmen
- Geen polshorloges, armbanden en/of ringen
- Korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel of kunstnagels
- Korte mouwen, zowel van dienstkledij als burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen persoonlijke handhygiëne werd bij medewerkers nagegaan voor volgende aspecten:

- Handen en voorarmen zonder ringen en armbanden
- Geen polshorloges
- Korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels)
- Korte mouwen, zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen

De vaststellingen werden opgesplitst in drie groepen: verpleegkundigen, artsen en anderen. In de groep anderen worden medewerkers opgenomen waarvan de functie niet gespecificeerd kon worden, evenals studenten, paramedici, poetspersoneel, logistiek en technisch personeel.

Vaststellingen

	Gecontroleerd	In orde	Niet in orde			
			Polshorloge	Armband of ring	Lange mouwen	Nagels
Verpleegkundigen	3	3	0	0	0	0
Artsen	2	2	0	0	0	0
Andere	1	1	0	0	0	0
	6	**6**	**0**	**0**	**0**	**0**

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	6
Aantal in orde	6
Aantal niet in orde	0

6.2 INFRASTRUCTUUR VAN DE WASTAFELS

Gecontroleerde eis

In elke ruimte waar een wastafel voor personeel beschikbaar moet zijn, namelijk minimaal in verpleegpost en de vuile utility, zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne en handontsmetting aanwezig:

- vloeibare zeep in dispenser
- alcohol in dispenser; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig
- dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop
- wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje
- reminder handhygiëne.

Werkwijze

De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd in de vuile bergingen van het internistisch dagziekenhuis, de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheid voor intensieve zorgen. De aanwezigheid van een wastafel in de vuile bergingen werd nagegaan. De wastafels werden gecontroleerd op noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser?
- Hebben de dispensers een wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren handdoekjes?

Vaststellingen

Afdeling	Berging(en) met wastafel die voldoet aan eis
Dagziekenhuis 5	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde bergingen	1
Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis)	1
Aantal niet in orde met de eis	0

6.3 SCHEIDING REIN/ONREIN

Gecontroleerde eis

Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis, op de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheden voor intensieve zorgen werd nagegaan of er in de vuile bergruimtes geen vermenging is tussen rein en onrein materiaal. Er werd concreet nagegaan of er in de vuile berging geen proper linnen, geen verzorgingskarren en geen steriel materiaal aanwezig was.

Vaststellingen

Afdeling	Scheiding rein/onrein
Dagziekenhuis 5	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	1
Aantal afdelingen in orde	1
Aantal afdelingen niet in orde	0

6.4 BEDPANSPOELER

Gecontroleerde eis

Er is een bedpannenspoeler aanwezig.
Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.
De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.
De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis, op de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheden voor intensieve zorgen werd nagegaan of er een toestel voor het reinigen van bedpannen aanwezig was.

Vaststellingen

Afdeling	Bedpanspoeler aanwezig
Dagziekenhuis 5	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	1
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	1
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	0

6.5 ISOLEERKAMERS MET SAS OP INTENSIEVE ZORGEN

6.6 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	6 / 6
Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis	1 / 1
Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging	1 / 1
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	1 / 1

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema hygiëne	Neen

7 THEMA COMMUNICATIE

7.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TOEGANGELIJK DOSSIER OP IZ

7.2 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MEDISCH COÖRDINATOR OP IZ

7.3 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG OP IZ

7.4 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: CONSULT OP IZ

7.5 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERGEGEVENS VAN IZ EN SPOED NAAR DE AFDELING

7.6 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ZAALRONDE OP D-AFDELINGEN

7.7 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ONTSLAGBESLISSING NA DAGOPNAME

Gecontroleerde eis

Over het ontslag van een patiënt uit de functie (niet-chirurgische daghospitalisatie) beslist, na onderzoek van de patiënt, de geneesheer-specialist die op dat moment verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie.
De aftekening van deze beslissing is terug te vinden in het patiëntendossier.
Voor bepaalde behandelingen kunnen er ontslagcriteria vastliggen via staand order. Dit staand order is terug te vinden in het dossier, ondertekend door de arts.

Werkwijze

In patiëntendossiers van patiënten die uit het dagziekenhuis ontslagen werden, werd nagegaan of er een ontslagbeslissing van de arts was neergeschreven.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiëntendossiers	8
Aantal patiëntendossiers met ontslagnotitie door arts	8
Aantal patiëntendossiers zonder ontslagnotitie door arts	0

7.8 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ONTSLAGBRIEF VOOR VERWIJZER/HUISARTS

Gecontroleerde eis

Voor elke patiënt is er bij ontslag een ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer.
Minimale inhoud:

- relevante anamnestische gegevens,
- behandeling,
- verloop hospitalisatie,
- vereiste nazorg,
- medicatieschema.

Voor regelmatig terugkomende patiënten (bv. patiënten met hemofilie of agammaglobulinemie) kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.
Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg (bv. medicatie, wondzorg, ...); rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren.

Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.

Het patiëntendossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

- Ontslagbrief medisch, inclusief transfertdocument dat wordt meegegeven met de patiënt bij ontslag.
- Een afschrift van het verpleegkundig ontslagrapport

Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen na een internistische opname. Er werd gestreefd naar een 20-tal dossiers, de helft van dagpatiënten en de helft van gehospitaliseerde patiënten, van zoveel mogelijk verschillende artsen. In deze dossiers werd nagegaan of er een ontslagbrief voor de huisarts / verwijzer in zat.
De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- opnameverloop: bv. behandeling, onderzoeken, verloop
- conclusie: bv. vereiste nazorg, te volgen beleid, (voorlopige) diagnose
- informatie over medicatiebeleid

Vaststellingen

	D-Afdelingen	Dagziekenhuis	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	0	8	**8**
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	0	8	**8**
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	0	**0**
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	0	0	**0**

7.9 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: INFORMATIE VOOR DE OPNAME

Gecontroleerde eis

Het behandelende team informeert de patiënt ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- pijn
- de mogelijke complicaties en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode

Patiënten worden geïnformeerd minimaal over het soort onderzoek/behandeling, de voorbereiding van de opname, het vervoer na ontslag en de opvang gedurende de eerste 24 uur na het ontslag, de herstelperiode en de contactgegevens van de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis in geval van problemen.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis werd aan patiënten gevraagd of ze op de hoogte zijn van volgende zaken:

- Soort behandeling/onderzoek (wat wordt er gedaan tijdens behandeling/onderzoek?)
- Voorbereiding van onderzoek/behandeling
- Vervoer na opname (bv. of ze zelf met de wagen mogen rijden of niet),
- De herstelperiode (bv. hoe lang thuis / wanneer terug gaan werken / wanneer terug sporten)

Daarnaast werden deze patiënten bevraagd over de wijze waarop zij geïnformeerd werden: mondeling en/of schriftelijk.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiënten	3
Aantal patiënten met alle informatie gekend	3
Aantal patiënten met niet alle informatie gekend	0
Aantal patiënten zonder informatie over de bevraagde onderwerpen	0

Details over de wijze van informeren	
Op mondelinge en schriftelijke wijze	1
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	2
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

7.10 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

7.11 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: INFORMATIE BIJ ONTSLAG

7.12 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

Aantal dossiers na dagopname met ontslagbeslissing	8 / 8
Aantal dossiers met ontslagbrief	8 / 8
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	8 / 8
Aantal patiënten die voor opname voldoende geïnformeerd werden over de gecontroleerde aspecten	3 / 3

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema communicatie	Neen

8 BESLUIT

Op deze vestigingsplaats is voor geen enkel thema een check 2 aangewezen.