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	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis
Adres	Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Telefoon	02 / 300 61 11

INRICHTENDE MACHT	
Naam	ONZE-LIEVE-VROUWZIEKENHUIS
Juridische vorm	VZW
Adres	Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Telefoon	053 / 72 41 11

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Campus Asse
Adres	Bloklaan 5, 1730 Asse

OPDRACHT	
Nummer	O-2015-MAPU-0010
Datum	6/01/2015

VERSLAG	
Nummer	V-2015-TOWY-0002
Datum	15/01/2015

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 15/01/2015 (9:00-15:00)

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
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch/oncologisch) dagziekenhuis:
  + Dagziekenhuis 6
- De internistische verpleegafdeling(en):
  + Short stay
  + Interne

2 SITUERING

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

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 52

Er zijn op deze campus aanpassingswerken aan de gang, en andere zijn gepland en goedgekeurd.
Op het moment van de inspectie zijn het chirurgisch en internistisch dagziekenhuis tijdelijk samengevoegd en op een tijdelijke locatie ondergebracht tot na de renovatiewerkzaamheden op de oorspronkelijke locaties. Op de spoedgevallendienst is er een ruimte bestemd voor de opvang en afzondering van patiënten met een psychiatrische problematiek, maar deze ruimte bevat geen vast bed en wordt op dit moment niet gebruikt. De nodige aanpassingswerken zijn goedgekeurd en zullen later dit jaar aanvangen. Omdat de ruimte niet gebruikt werd, werd deze ruimte tijdens de inspectie niet beoordeeld, net als het afzonderingsregister.

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

Gecontroleerde eis

De functie beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie intensieve zorgen / gespecialiseerde spoedgevallendienst. De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige staan in voor de permanente bijscholing van het personeel van IZ / spoed.

Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Werkwijze

Op alle IZ-eenheden en op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd het inscholingsplan voor de medewerkers opgevraagd en gecontroleerd op de aanwezigheid van een tijdspad.

Vaststellingen

Naam van de eenheid	Inscholingsplan opgemaakt	Tijdspad
Spoed	Ja	Ja

Overzicht

Aantal gecontroleerde eenheden	1
Aantal in orde	1
Aantal niet in orde	0

3.8 MEDISCHE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

Gecontroleerde eis

De medische permanentie wordt waargenomen door geneesheren die een kwalificatie bezitten die voldoet aan de normatieve vereisten (KB van 27 april 1998). Deze artsen zijn minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden. Het betreft:

a. geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005);
b. geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005);
c. geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005);
d. kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde of in de acute geneeskunde, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2,1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.

Er is geen cumulatie mogelijk van andere georganiseerde activiteiten zoals in het operatiekwartier, cathlab...

In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:

a. anesthesie-reanimatie;
b. inwendige geneeskunde;
c. cardiologie;
d. gastro-enterologie;
e. pneumologie;
f. reumatologie;
g. heelkunde;
h. neurochirurgie;
i. urologie;
j. orthopedische heelkunde;
k. plastische heelkunde;
l. pediatrie;
m. neurologie;
n. geriatrie.

Een ASO (eerste- of tweedejaars) van de basisdisciplines, die kunnen aanleiding geven tot het behalen van bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneeskunde, of een arts stagiair, kunnen een geneesheer die de normatieve permanentie verzekert op de spoedfunctie assisteren.
Zij worden niet beschouwd als dienstdoende permanentie arts.

De MUG-functie heeft een eigen medische permanentie 24 uur op 24. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de wettelijk voorgeschreven kwalificaties.
Het betreft:

- geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde (art. 2, 1° en 2° van KB 14 feb 2005)
- geneesheer-specialist in de acute geneeskunde (art. 2, 3° van KB 14 feb 2005)
- geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6, 3, 2° van KB 14 feb 2005)
- kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde of in de acute geneeskunde in opleiding, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2, 1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.

In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:

a. anesthesie-reanimatie;

b. inwendige geneeskunde;
c. cardiologie;
d. gastro-enterologie;
e. pneumologie;
f. reumatologie;
g. heelkunde;
h. neurochirurgie;
i. urologie;
j. orthopedische heelkunde;
k. plastische heelkunde;
l. pediatrie;
m. neurologie;
n. geriatrie.

De permanentie artsen van de MUG functie mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, §1, 4° van het KB van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de MUG functie bevindt.

De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.
Indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG – dienst toegestaan.
In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig. Deze bijkomende oproepbare geneesheren voldoen aan de kwalificatievereisten voor de spoedpermanentie en zijn nominatief benoemd in een wachtlijst die bekend is.
Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis vervullen. Dit geldt ook voor de artsen stagiairs. Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.

Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van maximaal 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.

Werkwijze

De nominatieve wachtlijst van artsen voor spoed, IZ en MUG (indien aanwezig op de campus) werden opgevraagd en gecontroleerd voor de laatste week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of er artsen-specialisten in opleiding (ASO's) op de lijst stonden en in het hoeveelste jaar van opleiding deze waren. Indien er eerste of tweedejaars ASO's op de lijst stonden, werden deze niet aanvaard als permanentieartsen.

Er werd op centraal niveau nagegaan of artsen die de medische permanentie vervullen voor de spoedgevallendienst deze wachtdienst niet cumuleren met de wacht voor intensieve zorgen, met de wacht voor de (eventueel aanwezige) MUG-functie of met de wacht voor anesthesie voor dringende ingrepen. Indien de wacht wel met de MUG-functie werd gecumuleerd, werd nagegaan of er een oproepbare spoedarts aangeduid was. Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben in het ziekenhuis.

Daarnaast werd nagegaan of bij aanmelding op de spoedgevallendienst een permanentiearts aanwezig was of deze na een oproep binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Een permanentiearts was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja

Aantal gecontroleerde dagen	7
Aantal dagen in orde	7
Aantal dagen niet in orde	0

3.9 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

Gecontroleerde eis

De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen (basispermanentie), waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij als bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 kan bewijzen dat hij/zij op 19/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid van art. 11 van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.

De MUG-functie voorziet 24 uur op 24 in een eigen verpleegkundige permanentie, vanuit de eigen specifieke equipe, van ten minste één persoon die houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij bachelor is in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben op datum van 02/09/1998 in één van de diensten bedoeld in art. 7, al. 2 van het K.B. 10 augustus 1998.

Geen van deze twee verpleegkundigen wordt vast ingeschakeld voor structureel georganiseerde activiteiten elders zoals permanenties op andere diensten waardoor de basispermanentie van de spoed in het gedrang komt. Op momenten dat de functie niet actief is, d.w.z. wanneer er zich geen patiënten op de functie bevinden of nog aangemeld staan (tijdelijk elders voor bv. radiologie onderzoek), kan één van de twee verpleegkundigen van de basispermanentie tijdelijk elders dan de spoedfunctie worden ingeschakeld, maar nog steeds op dezelfde vestigingsplaats. Van zodra er zich een patiënt aanmeldt in de spoed wordt deze verpleegkundige onmiddellijk gecontacteerd en begeeft die zich direct naar de spoedfunctie.

Werkwijze

Er werd op de (gespecialiseerde) spoedgevallendienst voor een aaneensluitende tijdspanne van minstens 4 dagen, met inbegrip van een weekend, nagegaan op de werklijsten of de vereiste permanentie gedurende 24u/24 verzekerd werd. Hierbij werd rekening gehouden of er op die momenten een MUG-functie actief was of niet. Er werd voor alle dagen nagegaan of er voldoende verpleegkundigen uit de equipe van spoed aanwezig waren, of deze steeds onmiddellijk beschikbaar waren en of ze de juiste kwalificaties hadden.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen spoed	4
Aantal dagen in orde	4
Aantal dagen niet in orde	0

Overzicht

De verpleegkundige permanentie was verzekerd gedurende de gecontroleerde periode	Ja

3.10 BESTAFFING TRIAGEFUNCTIE OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Er is steeds een verpleegkundige van spoed toegewezen aan de triagefunctie (tenzij de triage gebeurt door de gekwalificeerde permanentie arts). Deze verpleegkundige cumuleert deze taak niet met MUG, 100 en heeft geen taken buiten spoed.
Deze triage dient te gebeuren door een verpleegkundige met bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg en onder supervisie van een volgens de normen gekwalificeerde spoedarts die de permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst verzorgt.
Deze verpleegkundige dient minimum één jaar werkzaam te zijn op de spoeddienst.

Werkwijze

Er werd op de gespecialiseerde spoedgevallen nagegaan of iemand is aangesteld voor de triage, of deze voldoende beschikbaar is (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed) en voldoet aan alle kwalificaties.

Vaststellingen

Op deze spoedgevallendienst worden patiënten die zich aanmelden getrieerd	Ja
Het personeelslid dat instaat voor de triage is: - *een verpleegkundige*	

Het personeelslid dat instaat voor triage heeft enkel taken binnen spoed (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed)	Ja

De verpleegkundige heeft een BBT in de IZ / spoedgevallen of is gelijkgesteld	Ja
De verpleegkundige heeft minstens 1 jaar ervaring op spoed	Ja

Er wordt voldaan aan de eis (triage door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel)	Ja

3.11 OPROEPBARE PEDIATER EN PSYCHIATER OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Een geneesheer-specialist in de pediatrie is oproepbaar en beschikbaar. De tijdspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.

Een geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar. De tijdspanne waarbinnen deze arts de patiënt op de gespecialiseerde spoedgevallendienst moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.

Werkwijze

Bij de controle van de permanentielijsten werd gecontroleerd of een pediater en een psychiater oproepbaar waren voor een dringend consult op de gespecialiseerde spoedgevallendienst op de dag van inspectie. Er werd tevens nagegaan of de tijdspanne waarbinnen deze specialisten ter plaatse moeten kunnen zijn, schriftelijk was vastgelegd in een voor de artsen bindend document (bv. medisch reglement of een door de medische raad goedgekeurd document).

Vaststellingen

	Pediater	**Psychiater**
Dag en nacht oproepbaar	Ja	Ja
Tijdspanne is schriftelijk vastgelegd	Neen	Neen

3.12 MEDISCHE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

3.13 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

3.14 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst kon een inscholingsplan worden voorgelegd
De medische permanentie voor de gespecialiseerde spoedgevallendienst (incl. ev. MUG) voldoet
De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoedgevallendienst (incl. ev. MUG) voldoet
Triage gebeurt op de gespecialiseerde spoedgevallendienst door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel
Pediater is 24u oproepbaar op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
Psychiater is 24u oproepbaar op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

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

Bewaring hoogrisicomedicatie	
Short stay	In orde
Interne	In orde
Spoed	In orde

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 geen volledig zicht op de actuele medicatieschema's 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	Neen

Aantal gecontroleerde voorschriften	20
Aantal met alles in orde	20
Aantal met ontbrekende gegevens	0

Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch	Neen

Aantal gecontroleerde voorschriften	10
Aantal met alles in orde	9
Aantal met ontbrekende gegevens	1
Aantal zonder alle identificatiegegevens van de patiënt	0
Aantal zonder alle identificatiegegevens van de arts	1
Aantal zonder de naam van het geneesmiddel	0
Aantal zonder de vorm van het geneesmiddel	0
Aantal zonder sterkte van het geneesmiddel	0

4.4 MEDICATIEVEILIGHEID: MEDISCH ORDER VOOR MEDICATIETOEDIENING

Gecontroleerde eis

Medicatietoediening aan de patiënt op de afdeling, dienst, functie of in het zorgprogramma, gebeurt conform de wetgeving via:

- een geschreven medisch voorschrift, eventueel elektronisch of via telefax,
- een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, eventueel telefonisch, radiofonisch of via webcam
- een staand order.

Bij mondeling voorschrift bevestigt de arts zo spoedig mogelijk het voorschrift schriftelijk.

Werkwijze

Op de bezochte internistische afdelingen, het dagziekenhuis en de eenheden voor intensieve zorgen werd gezocht naar het medisch order voor toediening van infusen met toegevoegde medicatie en inspuitbare medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair). Ondertekende medicatieschema's, elektronisch ingevoerde of gevalideerde medicatie(schema's), door een arts geschreven of ondertekende medische orders, staande orders met een verwijzing ernaar in het patiëntendossier door een arts werden goedgekeurd als medisch order.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen/spuiten	Aantal met aantoonbaar medisch order	Aantal zonder aantoonbaar medisch order
Short stay	1	1	0
Interne	6	5	1
Dagziekenhuis 6	2	2	0
Totaal	**9**	**8**	**1**

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
Short stay	10	10	0	0
Interne	10	7	3	0
Dagziekenhuis 6	10	10	0	0
Gespecialiseerde spoed	10	10	0	0
Totaal	**40**	**37**	**3**	**0**

Details over de ontbrekende gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	3
Aantal zonder naam	2
Aantal zonder dosisaanduiding	1
Aantal zonder (leesbare) vervaldatum	3

Details over de vervaldata	
Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	40
Vervaldatum niet overschreden	37
Vervaldatum overschreden	0
Vervaldatum afwezig of onleesbaar	3

Infusen met medicatie

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende gegevens (incl alle)	Aantal zonder gegevens
Interne	6	5	1	0
Dagziekenhuis 6	1	0	1	0
Totaal	**7**	**5**	**2**	**0**

Details over de ontbrekende gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	2
Aantal zonder naam geneesmiddel	0
Aantal zonder dosisaanduiding	0
Aantal zonder datum	1
Aantal zonder naam patiënt	1

4.6 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

Gecontroleerde eis

Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.

De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.
Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.
De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.
Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:

- het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten
- wanneer uitgevoerd
- door wie

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen, op de spoedgevallendienst of eerste opvang voor spoedgevallen en op het internistisch dagziekenhuis werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen. Onder andere beademingstoestellen, pompen, ECG-toestellen en defibrillatoren.

Vaststellingen

Preventieve controle van beademingstoestellen

Afdeling	Aantal gecontroleerde beademings-toestellen	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 12 maanden	Controle meer dan 12 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Gespecialiseerde spoed	2	2	0	0
Totaal	**2**	**2**	**0**	**0**

Preventieve controle van pompen

Afdeling	Aantal gecontroleerde pompen	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 24 maanden	Controle meer dan 24 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Dagziekenhuis 6	5	1	1	3
Totaal	**5**	**1**	**1**	**3**

Preventieve controle van defibrillatoren

Afdeling	Aantal gecontroleerde defibrillatoren	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 12 maanden	Controle meer dan 12 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Gespecialiseerde spoed	5	5	0	0
Totaal	**5**	**5**	**0**	**0**

Preventieve controle van ECG-toestellen

Afdeling	Aantal gecontroleerde ECG-toestellen	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 12 maanden	Controle meer dan 12 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Gespecialiseerde spoed	1	0	1	0
Totaal	**1**	**0**	**1**	**0**

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	1
Aantal verzegelde karren	1
Aantal karren met controle minder dan een maand geleden	1

4.8 MATERIAAL VOOR EERSTE OPVANG SPOED

4.9 MATERIAAL SPECIFIEK VOOR KINDEREN

Gecontroleerde eis

Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste electroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met pediatrische peddels.

Werkwijze

Op de spoedgevallendienst /EOS werd aan de medewerkers gevraagd specifiek materiaal voor kinderen te tonen. Het ging meer specifiek om een aangepaste bloeddrukmeter, specifieke infuusnaalden en aangepast defibrillatie- en intubatiemateriaal.

Vaststellingen

Materiaal aanwezig spoedgevallendienst	
Aangepaste manchetten voor bloeddrukmeter	Ja
Specifiek infuusmateriaal	Ja
Kinderinstellingen bij defibrillator	Ja
Specifiek intubatiemateriaal	Ja

Overzicht

Al het gecontroleerde materiaal, specifiek voor kinderen, is aanwezig op de spoedgevallendienst	Ja

4.10 MATERIAAL MUG-WAGEN

4.11 BEHANDELING VAN INTOXICATIES

Gecontroleerde eis

Betrokken medewerkers (artsen, verpleegkundigen en apothekers) kunnen een geactualiseerde lijst consulteren van de in het ziekenhuis beschikbare antidota alsook een geactualiseerde procedure voor de behandeling van intoxicaties.

Werkwijze

Op de spoedgevallendienst / EOS werd nagegaan of er schriftelijke richtlijnen waren betreffende een aantal intoxicaties. Daarnaast werd nagegaan of actieve kool en biperideen-ampullen beschikbaar waren.

Vaststellingen

Intoxicatie met	Richtlijnen
Paracetamol	In orde
Anticoagulantia	In orde
Benzodiazepines	In orde
Methanol / ethyleenglycol	In orde

Actieve kool beschikbaar	In orde
Biperideen-ampullen beschikbaar	In orde

Overzicht

Aantal beschikbare richtlijnen	4 / 4
Aantal beschikbare antidota	2 / 2

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	7
Aantal met aantoonbare opleiding	7
Aantal zonder aantoonbare opleiding	0

4.13 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE

Gecontroleerde eis

Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS).

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.

Werkwijze

Hetzij op de functie eerste opvang spoedgevallen, hetzij op de gespecialiseerde spoed en via centrale bevraging werd gecontroleerd of de verpleegkundigen van de spoedgevallendienst en de spoedartsen een jaarlijkse doorgedreven opleiding in reanimatie gevolgd hebben (ALS=advanced life support).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	23
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	20
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	3
Aantal met doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	2
Aantal zonder doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	1

Aantal gecontroleerde artsen	6
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	1
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	5
Aantal met doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	0
Aantal zonder doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	5

Overzicht

Alle verpleegkundigen volgden een doorgedreven opleiding reanimatie in het voorbije jaar	Niet in orde
Alle artsen volgden een doorgedreven opleiding reanimatie in het voorbije jaar	Niet in orde

4.14 INFRASTRUCTUUR: KAMERS EENHEID VOOR INTENSIEVE ZORGEN

4.15 INFRASTRUCTUUR: AFZONDERINGSKAMER OP SPOED

Gecontroleerde eis

Er is (in de gespecialiseerde spoedgevallendienst) een specifiek lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van andere patiënten kunnen worden afgezonderd.

Er is m.b.t. de isolatiekamer aandacht voor de veiligheid van patiënt en personeel. Er is beveiliging tegen automutilatie, suïcide en brand:

- geen radiator
- geen scherpe hoeken
- verankerd bed zonder spijlen
- zachte wanden en binnenkant van deuren
- scheurvrij linnen
- deurknoppen, ... zijn suïcideproof
- matras is brandvrij
- linnen is brandvrij
- de deuren zijn brandvertragend
- er is rookdetectie
- de kamer heeft een sas
- de deuren draaien naar buiten

Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft.
Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken of op het beeldscherm.

In elke patiëntenbox, in de wachtruimte, in de isolatiebox en in het patiëntentoilet, is een efficiënt oproepsysteem aanwezig dat bereikbaar is voor de patiënt.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of er minstens 1 afzonderingskamer was en of deze veilig was (veiligheid inzake automutilatie en verhangingsrisico, aanwezigheid rookdetectie, bereikbaar beloproepsysteem ook voor gefixeerde patiënten, mogelijkheid tot visueel toezicht).

Vaststellingen

De spoed beschikt over een afzonderingskamer	Neen

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
Short stay	6	4	2
Interne	7	4	3
Dagziekenhuis 6	4	0	4
Totaal	**17**	**8**	**9**

4.18 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

Er is een procedure hoogrisicomedicatie die alle gecontroleerde onderwerpen bevat	
Aantal afdelingen waar hooggeconcentreerde elektrolyten veilig bewaard worden (labeling of aparte opslag)	3 / 3
De apotheker heeft geen volledig zicht op alle medicatieschema's van alle opgenomen patiënten	
Aantal voorschriften voor niet-verdovende medicatie dat voldoet	20 / 20
Aantal voorschriften voor verdovende medicatie dat voldoet	9 / 10
Aantal geneesmiddelen met aantoonbaar medisch order	8 / 9
Aantal geneesmiddelen met alle gegevens	37 / 40
Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	5 / 7
Aantal geneesmiddelen met leesbare vervaldatum die niet overschreden is	37 / 37
Aantal beademingstoestellen met tijdige preventieve controle	2 / 2
Aantal pompen met tijdige preventieve controle	1 / 5
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	5 / 5
Aantal ECG-toestellen met tijdige preventieve controle	0 / 1
Er is een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis beschikbaar	
Aantal reanimatiekarren met verzegeling en met tijdige controle	1 / 1
Al het specifieke materiaal voor kinderen dat gecontroleerd werd, is aanwezig op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / eerste opvang van spoedgevallen	
Aanwezige richtlijnen voor intoxicaties	4 / 4
Aanwezige geneesmiddelen ter behandeling van acute intoxicaties	2 / 2
Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie	7 / 7
Aantal verpleegkundigen en artsen met doorgedreven opleiding reanimatie het voorbije jaar	21 / 29
Aantal ruimten met beveiligde ramen	8 / 17

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

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute D-dienst minimum:

- Hartfrequentie
- Bloeddruk
- Temperatuur
- Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)
- Bewustzijn (indien van toepassing)
- Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)
- Saturatiemeting (indien van toepassing)
- Gewicht
- Voedingsstatus

Werkwijze

Op de internistische afdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	13
Aantal gecontroleerde dagen	20
Aantal dagen met alle parameters in orde	20
Aantal dagen met ontbrekende parameters	0

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute D-dienst minimum:

- Hartfrequentie
- Bloeddruk
- Temperatuur
- Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)
- Bewustzijn (indien van toepassing)
- Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)
- Saturatiemeting (indien van toepassing)
- Gewicht
- Voedingsstatus

Op IZ:
Het patiënten dossier bevat: parameters volgens medische noodzaak zoals hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, zuurstofsaturatie, vochtbalans, ademhalingsfrequentie, pijnscore, bewustzijnsscore, evt. andere relevante parameters volgens de ziektetoestand van de patiënt.

Werkwijze

Op de internistische afdelingen en de eenheden voor intensieve zorgen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van het aantal pijnscores per dag.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal ge-controleerde dossiers	Aantal ge-controleerde dagen	Aantal dagen met 2 of meer pijnscores	Aantal dagen met 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
Short stay	6	8	8	0	0
Interne	5	10	8	0	2
Totaal	**11**	**18**	**16**	**0**	**2**

5.3 DOSSIERGEGEVENS OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Het dossier (al dan niet geïntegreerd met het patiëntendossier van het ziekenhuis) van de spoedgevallenpatiënt bevat onder meer volgende documenten en gegevens:

1. Identiteit
2. Herkomst patiënt
3. Huisarts
4. Aanmeldingsklacht
5. Medische voorgeschiedenis en allergie
6. Naam van behandelende verpleegkundige op spoed
7. Naam van behandelende arts op spoed
8. Klinisch onderzoek
9. Vitale parameters (volgens medische noodzaak: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - respiratoire aandachtspunten)
10. Technische onderzoeken (resultaten)
11. Behandeling op spoed
12. Eventuele diagnose op spoed
13. Bestemming van patiënt

Werkwijze

Op de spoedgevallendienst werden patiëntendossiers bekeken van patiënten die reeds door een arts gezien werden. Er werd nagegaan of de aanmeldingsklacht terug te vinden was, of er notities waren over pijn, of er informatie werd genoteerd over het al of niet gekend zijn van een allergie, evenals de naam van de behandelende arts.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	5
Aantal met alle gegevens	5
Aantal met ontbrekende gegevens	0

5.4 DNR-CODE IN DOSSIERS OP INTENSIEVE ZORGEN

5.5 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ NIET-COMMUNICATIEVE PATIËNTEN

Gecontroleerde eis

De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (niet communicatieve patiënt).

Werkwijze

Door bevraging van het personeel werd op de spoedgevallendienst, EOS en intensieve zorgen nagegaan of er een specifieke meetmethode is voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.

Vaststellingen

Afdeling	Er is een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten
Spoed	Niet in orde

Overzicht

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

5.6 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ KINDEREN

Gecontroleerde eis

De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (kinderen, ouderen, niet communicatieve patiënten).

Werkwijze

Door bevraging van het personeel werd op de spoedgevallendienst en EOS nagegaan of er een specifieke meetmethode is voor pijn bij kinderen. Er worden 3 leeftijden onderscheiden: baby’s/peuters, kleuters en oudere kinderen.

Vaststellingen

Er is een specifieke meetmethode voor	
Baby's / peuters	In orde
Kleuters	In orde
Oudere kinderen	In orde

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 6	5	5	0	0
Gespecialiseerde spoed	6	6	0	0
Totaal	**11**	**11**	**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	Ja
Er kan aangetoond worden welke parameters systematisch moeten genomen worden voor patiënten binnen het systeem	Ja
Er kan aangetoond worden vanaf welke score er een arts / interne MUG moet gecontacteerd worden	Ja

Aantal afdelingen op de campus	7
Aantal afdelingen waar EWS geïmplementeerd is	7

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	8
Aantal volledig in orde	4
Aantal niet in orde	4
Aantal zonder startuur van transfusie	1
Aantal zonder stopuur van transfusie	1
Aantal zonder toediener	0
Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie	0
Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie	2
Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie	1
Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken	0

5.10 REGISTRATIE VAN AFZONDERINGEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

5.11 TRIAGESYSTEEM OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Er gebeurt een triage van de patiënten op de spoeddienst. Deze gebeurt via een triageprotocol. Gedurende de triage worden er aan de hand van de aanmeldingsklacht, triagecriteria en parameters een prioriteit toegekend aan elke patiënt die zich aanmeldt op de spoeddienst.
De bevindingen van het triagegesprek evenals de parameters dienen opgenomen te worden in het spoeddossier.
De triagescore bepaalt de tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden.
Er gebeurt een hertriage wanneer de voorziene tijdspanne is overschreden en/of wanneer er verandering zou optreden in het ziektebeeld of klinische toestand van de patiënt.

Pijn wordt gemeten aan de hand van een gevalideerde pijnscore . Bevindingen worden bij triage genoteerd in het medisch-verpleegkundig spoeddossier.
Er is voorzien dat er een pijninterventie gebeurt ofwel via een pijnprotocol ofwel op medisch voorschrift van een arts.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst wordt nagegaan of er een triagesysteem in gebruik is. Het triageprotocol wordt zo mogelijk schriftelijk beoordeeld op het gebruik van specifieke criteria, prioritering gekoppeld aan een tijd waarbinnen de patiënt moet gezien worden en het hanteren van een pijnmeting.

Vaststellingen

Er wordt een gestandaardiseerd triagesysteem toegepast op de spoedgevallendienst	Ja

Volgende items zijn beschreven in een protocol / zijn duidelijk binnen de werking	
Triagecriteria	Ja
Prioriteitsbepaling	Ja
Tijd tussen triage en gezien worden door de arts (voor elke prioriteitsklasse)	Ja
Pijn is een onderdeel van triage	Ja

5.12 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	20 / 20
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	16 / 18
Aantal dossiers op spoed met alle gecontroleerde gegevens	5 / 5
Er is geen specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / eerste opvang van spoedgevallen	
Er is een specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen (voor de 3 gecontroleerde leeftijdsgroepen) op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / eerste opvang van spoedgevallen	
Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	11 / 11
Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening	4 / 8
Er wordt een triagesysteem toegepast op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	
Het triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst bevat alle gecontroleerde criteria	

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	10	10	0	0	0	0
Artsen	9	9	0	0	0	0
Andere	9	8	0	0	1	0
	28	**27**	**0**	**0**	**1**	**0**

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	28
Aantal in orde	27
Aantal niet in orde	1
Aantal verpleegkundigen niet in orde	0
Aantal artsen niet in orde	0
Aantal anderen niet in orde	1

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 6	Niet in orde
Short stay	In orde
Interne	Niet in orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde bergingen	4
Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis)	2
Aantal niet in orde met de eis	2
Aantal met wastafel in vuile berging die niet voldoet aan de eis	1
Aantal zonder wastafel in de vuile berging	1

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 6	In orde
Short stay	In orde
Interne	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	3
Aantal afdelingen in orde	3
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 6	In orde
Short stay	In orde
Interne	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	3
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	3
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	0

6.5 ISOLEERKAMERS MET SAS OP INTENSIEVE ZORGEN

6.6 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	27 / 28
Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis	2 / 4
Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging	3 / 3
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	3 / 3

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

Gecontroleerde eis

Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de intensieve zorgen, bij transfer van de spoedgevallendienst naar een afdeling, bij transfer van of naar een afdeling.

Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:

- identiteit van de patiënt,
- diagnose en behandeling,
- verpleegkundige zorgen,
- parameters en
- medicatieschema.

Werkwijze

Op de bezochte internistische verpleegafdelingen werd in dossiers van patiënten die vanuit de eenheid intensieve zorgen, de gespecialiseerde spoedgevallendienst of de eerste opvang spoed getransfereerd werden, nagegaan of er transfergegevens voorhanden waren. Er werd nagegaan of informatie beschikbaar was over:

- Identificatie patiënt
- (vermoedelijke) diagnose
- behandeling (o.a. medicatieschema...)
- verpleegkundige zorgen (o.a. parameters...)

Vaststellingen

Transfer vanuit afdeling	IZ	Spoed / EOS	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	0	10	**10**
Aantal in orde	0	10	**10**
Aantal niet in orde	0	0	**0**

7.6 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ZAALRONDE OP D-AFDELINGEN

Gecontroleerde eis

Op weekdagen wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.

Van de zaalronde is er steeds een weergave door een geneesheer in het individuele patiëntendossier (bv. wijzigingen in behandeling, opstarten nieuwe items, aanvragen ondertekend door de arts...). Indien de zaalronde gebeurt door een andere dan de behandelende arts, dan is er informatie overdracht, eveneens met weergave in het individuele dossier van de patiënt.

Werkwijze

Op de bezochte internistische verpleegafdelingen werden patiëntendossiers ingekeken.
Notities werden nagegaan over de zaalrondes door de arts op weekdagen.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen in orde
Short stay	2	**2**	0	0	4	4
Interne	10	**6**	4	0	30	23
Totaal	**12**	**8**	**4**	**0**	**34**	**27**

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	10
Aantal patiëntendossiers met ontslagnotitie door arts	0
Aantal patiëntendossiers zonder ontslagnotitie door arts	10

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	10	10	**20**
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	10	8	**18**
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	2	**2**
Brief zonder opnameverloop	0	0	**0**
Brief zonder conclusie	0	0	**0**
Brief zonder informatie over medicatiebeleid	0	2	**2**
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	1
Aantal patiënten met alle informatie gekend	1
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	0
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	1
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

7.10 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Patiënten worden geïnformeerd over de wachttijden.

Werkwijze

Op de spoedgevallendiensten werd aan een aantal patiënten die reeds gezien waren door een arts of een verpleegkundige, gevraagd of ze over informatie beschikten betreffende de vermoedelijke wachttijd.

Vaststellingen

Aantal bevraagde patiënten	5
Aantal patiënten die geïnformeerd zijn over wachttijden	3
Aantal patiënten die niet geïnformeerd zijn over wachttijden	2

7.11 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: INFORMATIE BIJ ONTSLAG

Gecontroleerde eis

Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de specifieke behandeling (normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle...).
Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg...) met de patiënt meegegeven. Er is een mondelinge toelichting bij deze schriftelijke informatie.

Werkwijze

Er werden op het dagziekenhuis, de internistische verpleegafdelingen en de spoedgevallendienst patiënten (en/of ouders van kinderen opgenomen voor een behandeling) bevraagd die klaar waren voor vertrek naar huis.
Er werd aan hen gevraagd of ze bij ontslag:

- info kregen over pijn (ernst, behandeling...)
- wisten wie te contacteren bij problemen
- informatie kregen over hun medicatieschema
- wisten of een vervolgafspraak nodig is

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

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiënten	1
Aantal patiënten met volledige informatie	1
Aantal patiënten met onvolledige informatie	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	0
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

7.12 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

Aantal dossiers met volledige transfergegevens	10 / 10
Aantal dossiers met op alle gecontroleerde dagen notities over de zaalronde	8 / 12
Aantal dossiers na dagopname met ontslagbeslissing	0 / 10
Aantal dossiers met ontslagbrief	20 / 20
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	18 / 20
Aantal patiënten die voor opname voldoende geïnformeerd werden over de gecontroleerde aspecten	1 / 1
Aantal patiënten die voldoende geïnformeerd waren over wachttijden op de spoedgevallendienst	3 / 5
Aantal patiënten die bij ontslag alle informatie kregen over de gecontroleerde items	1 / 1

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.