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: TWEEDE RONDE CHIRURGISCH EN INTERNISTISCH ZORGTRAJECT

INSPECTIEPUNT	
Naam	Algemeen Ziekenhuis WEST
Adres	Ieperse Steenweg 100, 8630 Veurne
Dossiernummer	310

INRICHTENDE MACHT	
Naam	AZ WEST
Juridische vorm	VZW
Adres	Ieperse Steenweg 100, 8630 Veurne

OPDRACHT	
Nummer	O-2018-XMVC-0142
Datum	19/06/2018

VERSLAG	
Nummer	V-2018-KOFI-0005
Datum	17/07/2018

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 16/07/2018 (9:00-15:00)

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding
- 1.1 Toezicht door Zorginspectie
- 1.2 Inspectiemodel
- 1.3 Leeswijzer voor dit rapport
- 1.4 Inspectiebezoek

2 Situering

3 Thema personeel
- 3.1 Medische permanentie intensieve zorgen
- 3.2 Medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG
- 3.3 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG
- 3.4 Oproepbare psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

4 Thema veilige zorg
- 4.1 Medicatieveiligheid: gegevens op infusen en spuiten
- 4.2 Preventieve controle materiaal
- 4.3 Doorgedreven opleiding reanimatie
- 4.4 Permanent toezicht door anesthesist bij patiënt onder narcose

5 Thema gestandaardiseerde zorg
- 5.1 Parameters in het patiëntendossier
- 5.2 Pijnscores in het patiëntendossier
- 5.3 Preoperatieve onderzoeken en toegankelijkheid van dossier op het operatiekwartier
- 5.4 Patiëntidentificatie

6 Thema hygiëne
- 6.1 Handhygiëne

7 Thema communicatie
- 7.1 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts

8 Samenvatting

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid, en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de algemene ziekenhuizen (AZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

1.2 INSPECTIEMODEL

Het toezicht door Zorginspectie vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers, met name indicatoren en accreditatie.

- Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals meet de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op www.zorgkwaliteit.be. Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken voor verbeteracties. Ook patiënten kunnen deze informatie gebruiken om, in overleg met een arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Meer informatie kan u terugvinden via https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen
    - Bij een ziekenhuisaccreditatie beoordeelt een externe organisatie in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. Ziekenhuizen kiezen vrijwillig of ze al dan niet voor accreditatie gaan.

Het toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit 2 onderling verbonden luiken: nalevingstoezicht en systeemtoezicht.

- Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen en richt zich op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht gaan we via onaangekondigde inspectie na of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt.
- Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem achter de geleverde zorg. Ziekenhuizen die vrijwillig in een accreditatietraject zijn gestapt, worden vrijgesteld van dit systeemtoezicht. Systeemtoezicht gebeurt steeds aangekondigd.

Binnen nalevingstoezicht toetst Zorginspectie 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). Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties. Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. De eerste zorgtrajecten die geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016). Na afronding van elk van deze inspectierondes werd een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de

inspectievaststellingen. Deze beleidsrapporten zijn terug te vinden op de website van Zorginspectie.

In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie voor de 2de maal het **chirurgisch zorgtraject** en het **internistisch zorgtraject** onder de loep. Hierbij worden niet de volledige trajecten herhaald, maar worden een aantal onderwerpen uit beide trajecten opnieuw bekeken. Het doel van Zorginspectie is hierbij:

- de aandacht voor kwaliteit binnen beide trajecten hoog houden
- de kans op effectieve implementatie van kwaliteit verhogen door herhaling van het nalevingstoezicht.

Volgende diensten worden bezocht:

- de intensieve zorgeenheden,
- de gespecialiseerde spoedgevallendienst,
- de internistische verpleegafdelingen,
- het operatiekwartier,
- de chirurgische verpleegafdelingen.

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. De eisen die hernomen worden tijdens deze "tweede ronde" werden enerzijds geselecteerd op basis van de sectorbrede knelpunten uit de beleidsrapporten "Toezicht op het zorgtraject voor de chirurgische patiënt in de algemene ziekenhuizen" en "Toezicht op het zorgtraject voor de internistische patiënt in de algemene ziekenhuizen". Anderzijds worden ook een aantal cruciale onderwerpen en elementen die goed scoorden tijdens de eerste zorgtrajecten herhaald, om de evolutie van de verschillende items te kunnen nagaan.

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een opvolginspectie (**check 2**):

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Deze check 2 zal na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) uitgevoerd worden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen. Op https://www.departementwvg.be/zorginspectie is het volledige overzicht te vinden van de rode en oranje knipperlichten en van de elementen die in het bijzonder opgevolgd worden door het agentschap Zorg en Gezondheid.

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

1.3 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. Afsluitend wordt in hoofdstuk 8 een samenvatting gegeven van de besluiten per thema en wordt aangegeven of er op basis van rode en/of oranje knipperlichten een check 2 volgt of niet.

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

1.4 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 binnen de tweede ronde m.b.t. het chirurgisch en het internistisch zorgtraject.
In overeenstemming met de selectie van te bezoeken afdelingen, werd op deze campus een bezoek gebracht aan:

- De intensieve zorgeenhe(i)d(en):
  + IZ
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- Het(De) operatiekwartier(en):
  + Operatiekwartier
- De internistische verpleegafdeling(en):
  + Interne A (Internistische afdeling)
  + Interne B (Internistische afdeling)
- De chirurgische verpleegafdeling(en):
  + Chirurgie Shortstay (Heelkundige afdeling)
  + Chirurgie Longstay (Heelkundige afdeling)

2 SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het internistisch en chirurgisch zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie voor intensieve zorgen (Bedden: 12)
- Functie gespecialiseerde spoedgevallen
- Functie mobiele urgentiegroep (MUG)
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- Functie chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 50
- C-bedden: 61

Bijkomende informatie betreffende vaststellingen in het verslag:

1) ECG-toestel met laattijdig preventief onderhoud:
Het ziekenhuis kon aantonen dat de firma die het onderhoud van het ECG-toestel moest uitvoeren hiertoe meermaals werd aangespoord om dit binnen de contractuele termijn te doen. De firma heeft het onderhoud echter niet uitgevoerd zoals afgesproken.

2) Overtredingen handhygiëne:
De twee medewerkers bij wie de handhygiëne niet in orde was, zijn niet in dienst van het ziekenhuis. Het betreft ambulanciers van een extern bedrijf.

3 THEMA PERSONEEL

3.1 MEDISCHE PERMANENTIE INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Wanneer de verschillende eenheden van de functie IZ over verschillende gebouwen gespreid zijn, dient elke eenheid een eigen medische permanentie volgens de geldende wettelijke criteria te organiseren.

De medische permanentie wordt verzekerd door artsen met minimaal de erkenning anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde, heelkunde, of in één van de daartoe behorende subspecialismen en voor specifieke gevallen pediatrie, evt. met BBT in de IZ. Het betreft de specialismen die zijn opgenomen in het MB van 05/10/1995. Volgende erkenningen komen hiervoor in aanmerking:

- Anesthesie-reanimatie
- Inwendige geneeskunde
- Cardiologie
- Gastro-enterologie
- Pneumologie
- Reumatologie
- Heelkunde
- Neurochirurgie
- Urologie
- Orthopedische heelkunde
- Reconstructieve en esthetische heelkunde
- Pediatrie

Komen ook in aanmerking de houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde die ten minste één jaar stage in de intensieve zorg hebben vervuld.

Indien de medische permanentie verzekerd wordt door een arts-specialist niet-intensivist dan is steeds een arts-intensivist van de functie intensieve zorg consulteerbaar. De wachtlijst is beschikbaar en consulteerbaar.

De medische permanentie kan ook worden verzekerd door een kandidaat arts-specialist na twee jaar opleiding in de bovenvermelde specialismen.

Indien een kandidaat arts-specialist (na twee jaar opleiding) de medische permanentie waarneemt dan is steeds een arts-intensivist uit de medische staf van de functie intensieve zorg oproepbaar, die de functie binnen de kortst mogelijke tijd na oproep kan bereiken.
De 'kortst mogelijke tijd' is in het medisch reglement gedefinieerd.

De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties e.d.).
Er wordt voorzien in een afzonderlijke oproepbare arts-specialist in de anesthesie-reanimatie ten behoeve van het operatiekwartier, ook indien de medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt waargenomen door een anesthesist.
Indien een dringende operatie moet opgestart worden, kan dit gebeuren door de anesthesist die de permanentie op IZ waarneemt, in afwachting dat de opgeroepen anesthesist de narcose kan overnemen.

De permanentie-artsen van de functie voor intensieve zorg 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 IZ-functie bevindt.

De medische permanentie op de functie 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 zijn, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG-dienst toegestaan.
In voorkomend geval is een bijkomende arts binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig. 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 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.

Werkwijze

De IZ-permanentie werd gecontroleerd. De nominatieve wachtlijst werd 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 (minstens derdejaars is vereist). Indien er ASO's op de lijst stonden, werd nagegaan of een intensivist van achterwacht oproepbaar was.

Indien er ook artsen-"niet-intensivisten" op de wachtlijst stonden, werd gevraagd naar de wachtlijst van consulteerbare intensivisten. Er werd op basis van de wachtlijsten nagegaan of artsen die de medische permanentie vervullen voor de afdeling intensieve zorgen deze wachtdienst niet cumuleren met de wacht van anesthesisten die oproepbaar zijn voor dringende anesthesieën in het operatiekwartier of met de wacht voor de (eventueel aanwezige)
MUG-functie. Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben met aanwezigheid in het ziekenhuis.

Vaststellingen

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

3.2 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 31/12/2020 (BVR 2017 05 05/05, art1, 009) 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 februari 2005)
- Geneesheer-specialist in de acute geneeskunde (art. 2, 3° van KB 14 februari 2005)
- Geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6, 3, 2° van KB 14 februari 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 31/12/2020 (BVR 2017 05 05/05, art1, 009) 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 zijn, 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 wachtlijsten 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-uurs-permanentie 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 permanentie-artsen.

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.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen	14
Aantal dagen in orde	14
Aantal dagen niet in orde	0

3.3 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 KB 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 KB 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. radiologisch 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 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

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

Overzicht

De verpleegkundige permanentie was verzekerd gedurende de gecontroleerde periode	Ja

3.4 OPROEPBARE PSYCHIATER OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Een geneesheer-specialist in de psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar.

Werkwijze

Bij de controle van de permanentielijsten werd gecontroleerd of er steeds (24u/24) een psychiater oproepbaar was voor een dringend consult op de gespecialiseerde spoedgevallendienst op de dag van inspectie.

Vaststellingen

Psychiater dag en nacht oproepbaar	Ja

4 THEMA VEILIGE ZORG

4.1 MEDICATIEVEILIGHEID: GEGEVENS OP INFUSEN EN SPUITEN

Gecontroleerde eis

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

Werkwijze

Op de eenheid intensieve zorgen en op de internistische afdelingen werden infusen en spuitpompen met medicatie en klaargemaakte spuiten gecontroleerd.

Op de infusen en spuitpompen met toegevoegde medicatie en klaargemaakte spuiten werd de aanwezigheid van volgende items gecontroleerd tijdens de inspectie:

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

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende gegevens (incl zonder)	Aantal zonder gegevens
Interne A	5	4	1	0
Interne B	4	4	0	0
IZ	10	9	1	0
Totaal	**19**	**17**	**2**	**0**

Details over de ontbrekende gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	2
Aantal zonder naam medicatie	0
Aantal zonder dosisaanduiding	0
Aantal zonder (leesbare) datum	2
Aantal zonder naam patiënt	2

4.2 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

Gecontroleerde eis

Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
Monitoren en ECG-toestellen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.
De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.
De controlerapporten 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 en op het operatiekwartier (recovery) werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen: ECG-toestellen, monitoren en defibrillatoren.

Vaststellingen

Preventieve controle van monitoren

Afdeling	Aantal gecontroleerde monitoren	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 24 maanden	Controle meer dan 24 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Operatiekwartier	7	7	0	0
Totaal	**7**	**7**	**0**	**0**

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
IZ	1	1	0	0
Gespecialiseerde spoed	1	1	0	0
Operatiekwartier	1	1	0	0
Totaal	**3**	**3**	**0**	**0**

Preventieve controle van ECG-toestellen

Afdeling	Aantal gecontroleerde ECG-toestellen	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 24 maanden	Controle meer dan 24 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
IZ	1	1	0	0
Gespecialiseerde spoed	1	0	1	0
Totaal	**2**	**1**	**1**	**0**

4.3 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) of zij kunnen een attest voorleggen van een opleiding in de cardiale reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt. Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.

Werkwijze

Via centrale bevraging werd gecontroleerd of de spoedartsen een jaarlijkse doorgedreven opleiding in de reanimatie gevolgd hebben (ALS = advanced life support) of dat ze een certificaat kunnen voorleggen van een ALS-opleiding waarvan de geldigheidsduur niet overschreden is en die maximaal 5 jaar geldig is.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde artsen	8
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar of met een aantoonbaar certificaat van opleiding dat 5 jaar geldig is	8
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar of zonder geldig certificaat	0

4.4 PERMANENT TOEZICHT DOOR ANESTHESIST BIJ PATIËNT ONDER NARCOSE

Gecontroleerde eis

De arts-anesthesist moet toezicht houden op de anesthesie:

- Persoonlijk
- Effectief toezicht

Bestendig toezicht = gedurende heel de tijd van de narcose (tot het autonoom hervatten van de vitale functies of het kunstmatig verzekeren ervan met voldoende veiligheid indien hervatten niet binnen de normale tijd kan voorzien worden)
Behoudens vitale noodtoestand zijn simultane anesthesieën verboden (d.w.z. het gelijktijdig onder narcose brengen van twee patiënten door één anesthesist-reanimator). De anesthesist-reanimator

(of ASO in de anesthesie) blijft continu aanwezig bij zijn patiënt. Indien de anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie), als uitzondering op de hogervermelde algemene regel, toch verplicht is zijn patiënt tijdelijk te verlaten, duidt hij een bevoegde persoon aan, die de bewakingsplicht exclusief overneemt, met uitsluiting van elke andere activiteit. Deze bewaking valt onder de volledige verantwoordelijkheid van de behandelende anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie).

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd nagegaan of er in iedere zaal waar een patiënt onder algemene narcose was, een anesthesist aanwezig was om de patiënt te bewaken.
Wanneer er een zaal was waar er geen anesthesist was tijdens de algemene narcose, werd nagegaan of dit te wijten was aan een urgentie en of er een vervanger werd aangeduid die op dat ogenblik geen andere taken opnam.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde zalen met patiënt onder narcose	4
Aantal zalen met patiënten onder narcose met anesthesist/ASO anesthesie aanwezig	4
Aantal zalen met patiënten onder narcose zonder anesthesist/ ASO anesthesie	0

Overzicht

Aantal gecontroleerde zalen	4
Aantal in orde	4
Aantal niet in orde	0

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 PARAMETERS IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en 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 en chirurgische verblijfsafdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	18
Aantal gecontroleerde dagen	36
Aantal dagen met alle parameters in orde	36
Aantal dagen met ontbrekende parameters	0

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en 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 patiëntendossier 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 gecontroleerde dossiers	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met 2 of meer pijnscores	Aantal dagen met 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
IZ	5	10	9	1	0
Chirurgie Shortstay	3	6	4	2	0
Chirurgie Longstay	5	10	10	0	0
Interne A	5	10	10	0	0
Interne B	5	10	10	0	0
Totaal	**23**	**46**	**43**	**3**	**0**

5.3 PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN EN TOEGANKELIJKHEID VAN DOSSIER OP HET OPERATIEKWARTIER

Gecontroleerde eis

De preoperatieve onderzoeken zijn beschikbaar in het patiëntendossier en worden beoordeeld voor de start van de ingreep.
Gedurende het verblijf op het operatiekwartier is het patiëntendossier raadpleegbaar / toegankelijk.

Werkwijze

Op het operatiekwartier werd in een aantal dossiers van volwassen patiënten die op het operatiekwartier voor een ingreep aanwezig waren, nagegaan of het medisch dossier toegankelijk was en of volgende items van de preoperatieve onderzoeken aanwezig waren:

- thuismedicatie
- allergie
- vorige ingrepen
- gewicht
- bloeddruk

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers van patiënten in het operatiekwartier	4
Aantal dossiers in orde	4
Aantal dossiers niet in orde	0

5.4 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 en in de ontvangstruimtes van het operatiekwartier 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
IZ	7	7	0	0
Operatiekwartier	4	4	0	0
Totaal	**11**	**11**	**0**	**0**

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	27	27	0	0	0	0
Artsen	9	9	0	0	0	0
Andere	17	15	2	1	0	0
	53	**51**	**2**	**1**	**0**	**0**

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	53
Aantal in orde	51
Aantal niet in orde	2
Aantal verpleegkundigen niet in orde	0
Aantal artsen niet in orde	0
Aantal anderen niet in orde	2

7 THEMA COMMUNICATIE

7.1 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 opname op een internistische/chirurgische verblijfsafdeling. Er werd gestreefd naar een 20-tal dossiers, de helft van internistische patiënten en de helft van chirurgische 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, ingreep, verloop hospitalisatie, onderzoeken
- conclusie: bv. (voorlopige) diagnose, vereiste nazorg, te volgen beleid
- informatie over medicatiebeleid

Vaststellingen

	C-Afdelingen	D-Afdelingen	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	10	10	**20**
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	10	10	**20**
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	0	**0**
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	0	0	**0**

8 SAMENVATTING

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een tweede onaangekondigde inspectie (check 2).

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen.

Hieronder is terug te vinden of op deze campus:

- een check 2 volgt of niet, op basis van rode en/of oranje knipperlichten
- er al dan niet tekorten zijn die door het agentschap Zorg en Gezondheid opgevolgd worden.

Thema personeel

Aantal IZ-eenheden waarvan de medische permanentie voldoet	1 / 1
De medische permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet	
De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet	
Psychiater is 24u/24 oproepbaar op de gespecialiseerde spoed	

Thema veilige zorg

Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	17 / 19
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	3 / 3
Aantal ECG-toestellen met tijdige preventieve controle	1 / 2
Aantal monitoren met tijdige preventieve controle	7 / 7
Aantal artsen met doorgedreven opleiding reanimatie het voorbije jaar of met geldig certificaat voor maximaal 5 jaar	8 / 8
Aantal patiënten onder volledige narcose met permanent toezicht door de anesthesist	4 / 4

Thema gestandaardiseerde zorg

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	36 / 36
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	46 / 46
Aantal preoperatieve patiëntendossiers die toegankelijk zijn op OK	4 / 4
Aantal preoperatieve patiëntendossiers met alle gecontroleerde onderwerpen	4 / 4
Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	11 / 11

Thema hygiëne

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	51 / 53

Thema communicatie

Aantal dossiers met ontslagbrief	20 / 20
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	20 / 20

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren op deze campus	Nee

Volgende tekorten worden opgevolgd door het agentschap Zorg en Gezondheid:	
Aantal ECG-toestellen zonder tijdige preventieve controle	1 / 2