

**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: CARDIAAL ZORGTRAJECT
////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam Algemeen Ziekenhuis Monica
Adres Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen
Dossiernummer 682

INRICHTENDE MACHT

Naam MONICA
Juridische vorm VZW
Adres Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen

UITBATINGSPLAATS

Naam Campus AZ MONICA DEURNE
Adres Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen

OPDRACHT

Nummer O-2019-MAPU-0027
Datum 5/02/2019

VERSLAG

Nummer V-2019-ANCL-0010
Datum 12/03/2019
Datum laatste vaststelling 11/03/2019

INSPECTIEBEZOEK

Soort Onaangekondigd bezoek op 11/03/2019 (10:00-15:30)

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 bestaffing zorgprogramma cardiologie
 - 3.1.1 Medische equipe voor de cardiale zorgprogramma's A en B1-B2
 - 3.1.2 Medische permanentie voor de cardiale zorgprogramma's A en B1-B2
- 3.2 Verpleegkundige bestaffing zorgprogramma cardiologie
 - 3.2.1 Verpleegkundige permanentie cathlab

4 Thema veilige zorg

- 4.1 Basisopleiding reanimatie
- 4.2 Doorgedreven opleiding reanimatie
- 4.3 Preventieve controle materiaal
- 4.4 Mobiel beademingstoestel en monitoring in het cathlab
- 4.5 Oproepsysteem voor reanimatie in het cathlab
- 4.6 Oproepsysteem voor reanimatie op de afdelingen
- 4.7 Verantwoordelijke voor telemetrie

5 Thema gestandaardiseerde zorg

- 5.1 Staande orders voor pijnbeleid
- 5.2 Pijnscores in het patiëntendossier op verblijfsafdelingen

6 Thema communicatie

- 6.1 Communicatie tussen zorgverleners: transferinformatie van cathlab naar afdeling
- 6.2 Communicatie tussen zorgverleners: transferinformatie van operatiekwartier/ intensieve zorgen naar afdeling

7 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 inspectievestigingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievestigingen.

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 het **cardiale zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar de volgende zorgprogramma's "cardiale pathologie":

- Zorgprogramma cardiale pathologie A: cardiale basiszorg (o.a. behandeling van hartfalen, ritmestoornissen, secundaire preventie hartziekten...)
- Zorgprogramma cardiale pathologie P: pacemakertherapie
- Zorgprogramma cardiale pathologie B (cardiale invasieve zorg) met deelprogramma's:
 - B1: invasieve, diagnostische cardiologie
 - B2: interventionele, niet-chirurgische cardiologie
 - B3: cardiochirurgie

Volgende diensten worden hiervoor bezocht:

- Het cathlab
- De (internistische) verpleegafdelingen (waar cardiale patiënten worden opgenomen)
- De chirurgische verpleegafdelingen (waar cardiochirurgische patiënten worden opgenomen).

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 bevestigd 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 en communicatie**. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een opvolging (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 7 hoofdstukken. Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van (de campus van) het ziekenhuis (hoofdstuk 2), zijn er 4 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 7 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.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018).

1.4 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 van het cardiale zorgtraject.

Op deze campus werden volgende diensten bezocht:

- Het cathlab
- De (internistische) verpleegafdeling(en):
 - + D2
 - + CCU
- De afdelingen waar telemetrie werd opgevolgd

2 SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het cardiologisch zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Cardiaal Zorgprogramma A
- Cardiaal Zorgprogramma P
- Cardiaal Zorgprogramma E
- Cardiaal Zorgprogramma B1-B2
- D-bedden: 80
- C-bedden: 96

3 THEMA PERSONEEL

3.1 MEDISCHE BESTAFFING ZORGPROGRAMMA CARDIOLOGIE

3.1.1 Medische equipe voor de cardiale zorgprogramma's A en B1-B2

Gecontroleerde eis

Het zorgprogramma A beschikt op de campus waar het erkend is over een medische equipe bestaande uit minimaal 2 voltijds equivalenten geneesheren-specialisten, waaronder ten minste 1 VTE-cardioloog.

De tweede VTE-geneesheer-specialist is hetzij cardioloog hetzij internist.

Het zorgprogramma B beschikt, naast de equipe van het zorgprogramma A, over een medische equipe bestaande uit, met het oog op de uitvoering van de activiteiten van de deelprogramma's B1 en B2, minimum drie interventiecardiologen die voltijds (minimaal 8 halve dagen) aan het globale cardiale zorgprogramma van de ziekenhuiscampus verbonden zijn. Zij hebben hun hoofdactiviteit binnen het zorgprogramma B.

Het medisch diensthoofd duidt alle interventiecardiologen aan die verbonden zijn aan het cathlab. Zij worden beschouwd als bijzonder bekwaam en hun namen zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek. Ook de namen van de artsen die verstrekkingen verrichten onder supervisie worden opgenomen in het kwaliteitshandboek.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de samenstelling en de kwalificaties van de medische equipe voor het zorgprogramma cardiale pathologie A en B1-B2 voldoen aan de gecontroleerde voorwaarden.

Vaststellingen

De equipe voor het zorgprogramma cardiale pathologie A en B1-B2 voldoet aan de gecontroleerde voorwaarden.

3.1.2 Medische permanentie voor de cardiale zorgprogramma's A en B1-B2

Gecontroleerde eis

Binnen de muren van de campus erkend voor een cardiaal zorgprogramma B is een ziekenhuisgeneesheer permanent beschikbaar die de nodige deskundigheid heeft om cardiale urgenties en de eventuele complicaties van invasief-diagnostische en interventioneel-cardiologische procedures van het zorgprogramma "cardiale pathologie" B te herkennen, op te vangen en te stabiliseren.

Het oproepbare team van het cathlab bestaat minimaal uit één interventioneel cardioloog en twee andere personen met volgende ervaring/deskundigheid:

- een verpleegkundige met cathlabervaring of
- een verpleegkundige van spoed/CCU/IZ die op dat moment geen basispermanentie opneemt of
- een arts.

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 permanentie voor het zorgprogramma A en B1-B2 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 gecontroleerd in de wachtlijsten of er steeds een interventioneel cardioloog van de cardio-equipe oproepbaar was.

Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben met aanwezigheid in het ziekenhuis.

Vaststellingen

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

3.2 VERPLEEGKUNDIGE BESTAFFING ZORGPROGRAMMA CARDIOLOGIE

3.2.1 Verpleegkundige permanentie cathlab

Gecontroleerde eis

Het oproepbare team van het cathlab bestaat minimaal uit één interventioneel cardioloog en twee andere personen met volgende ervaring/deskundigheid:

- een verpleegkundige met cathlabervaring of
- een verpleegkundige van spoed/CCU/IZ die op dat moment geen basispermanentie opneemt of
- een arts.

Werkwijze

De permanentie van het cathlab werd gecontroleerd. De nominatieve wachtlijst van het cathlab werd opgevraagd en er werd voor een aaneensluitende periode van 4 dagen, met inbegrip van een weekend, nagegaan of de vereiste permanentie gedurende 24u/24 verzekerd werd. Er werd voor alle dagen nagegaan of er steeds 2 personen aangeduid waren met de juiste kwalificaties. Er werd ook telkens nagegaan of de permanentie van het cathlab, voor de gecontroleerde dagen, op geen enkel moment gecombineerd werd met een andere basispermanentie (spoed, MUG, IZ, CCU).

Vaststellingen

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

4 THEMA VEILIGE ZORG

4.1 BASISOPLEIDING REANIMATIE

4.2 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE

Gecontroleerde eis

Alle verpleegkundigen, die actief zijn in het cathlab, kunnen hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de cardiale reanimatie - Advanced Life Support (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste 2 jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de cardiale reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.

Werkwijze

Er werd gecontroleerd of de verpleegkundigen die werkzaam zijn op het cathlab, een attest konden voorleggen van een doorgedreven opleiding in de reanimatie (ALS = Advanced Life Support) in de loop van de laatste 2 jaar of dat ze een certificaat konden voorleggen van een ALS-opleiding waarvan de geldigheidsduur niet overschreden is en die maximaal 5 jaar bedraagt.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	5
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in de voorbije 2 jaar of met een aantoonbaar certificaat van opleiding dat geldig is	5
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in de voorbije 2 jaar en zonder geldig certificaat	0

4.3 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

Gecontroleerde eis

Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.

Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie.

Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.

Monitoren en ECG-toestellen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.

De centrale componenten van de telemetriebewaking, dit is de centrale bewaking van de ECG's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.

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 campus met zorgprogramma A werd de jaarlijkse inspectie van de centrale componenten van

de telemetriebeewaking nagegaan.

Op de campus met zorgprogramma P werd de jaarlijkse inspectie van externe pacemakers nagegaan.

Op het cathlab werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen: (mobiele) beademings- en ECG-toestellen, (mobiele) monitoren en defibrillatoren.

Vaststellingen

Preventieve controle van de centrale componenten van telemetriebeewaking

Aantal gecontroleerde centrale componenten van telemetriebeewaking	1
Aantal in orde	1
Aantal niet in orde	0

Preventieve controle van externe pacemakers

Aantal gecontroleerde externe pacemakers	4
Aantal in orde	4
Aantal niet in orde	0

Preventieve controle van defibrillatoren

Aantal gecontroleerde defibrillatoren	2
Aantal in orde	2
Aantal niet in orde	0

Preventieve controle van monitoren

Aantal gecontroleerde monitoren	4
Aantal in orde	4
Aantal niet in orde	0

4.4 MOBIEL BEADEMINGSTOESTEL EN MONITORING IN HET CATHLAB

Gecontroleerde eis

In het cathlab bevindt zich de nodige apparatuur om een kritische patiënt naar en vanuit het cathlab veilig te transporteren, zoals mobiel beademingstoestel en mobiele monitoring.

Werkwijze

In het cathlab werd gecontroleerd of er een mobiel beademingstoestel en mobiele monitoring aanwezig waren.

Vaststellingen

Mobiel beademingstoestel is niet aanwezig in het cathlab.

Mobiele monitoring is aanwezig in het cathlab.

4.5 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE IN HET CATHLAB

Gecontroleerde eis

Er is in het cathlab een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd nagegaan of er in het cathlab een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was.

Vaststellingen

Oproepsysteem voor reanimatie is aanwezig in het cathlab.

4.6 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE OP DE AFDELINGEN

Gecontroleerde eis

Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.

Werkwijze

Op de cardiale en cardiochirurgische verblijfsafdelingen werd nagegaan of er een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was aan bed van de patiënt of op zak bij de zorgverstrekker.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiëntenkamers/zorgverstrekkers	5
Aantal patiëntenkamers/zorgverstrekkers met oproepsysteem voor reanimatie	4
Aantal patiëntenkamers/zorgverstrekkers zonder oproepsysteem voor reanimatie	1

4.7 TELEMETRIE / BEDSIDE MONITORING

Gecontroleerde eis

Op de campus waar een zorgprogramma A erkend is, zijn volgende logistieke middelen voorzien: uitrusting voor cardiale bedside monitoring of telemetrie.

Indien telemetrie wordt aangeboden, dan wordt de monitoring opgevolgd via visuele en/of auditieve controle door verpleegkundigen of artsen die hiervoor specifiek zijn aangeduid en onmiddellijk kunnen tussenkomen.

Werkwijze

Er werd nagevraagd of op de campus telemetrie of bedside monitoring wordt aangeboden.

Desgevallend werd op de diensten waar telemetrie wordt opgevolgd, nagegaan of de monitoring visueel en/of auditief wordt opgevolgd door verpleegkundigen of artsen die hiervoor specifiek (nominatief) zijn aangeduid.

Indien de aangeduide verantwoordelijke niet aanwezig was op de dienst, dan werd deze opgebeld met de vraag om onmiddellijk naar de dienst te komen (te handelen alsof er een alarm zou zijn). Er werd nagegaan of de betrokken persoon binnen de 3 minuten ter plaatse kon zijn om de nodige

handelingen bij een alarm uit te voeren.

Vaststellingen

Telemetrie wordt opgevolgd op volgende diensten:

D2

Telemetrie aanwezig op campus met zorgprogramma A	Ja
Aantal diensten met telemetrie gecontroleerd	1
Aantal in orde	0
Aantal niet in orde	1
Aantal zonder auditieve/visuele opvolging	0
Aantal zonder specifiek aangeduide verantwoordelijke telemetrie	0
Aantal met specifiek aangeduide verantwoordelijke telemetrie, maar niet onmiddellijk beschikbaar bij alarm	1

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 STAANDE ORDERS VOOR PIJNBELEID

Gecontroleerde eis

Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.

De staande orders worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.

Werkwijze

Op de cardiale en cardiochirurgische verblijfsafdelingen werden de staande orders voor pijnbeleid opgevraagd. Op de cardiale afdelingen werd specifiek gevraagd naar staande orders voor pijn bij patiënten na een acuut myocardinfarct (AMI) en staande orders voor pijn na een ingreep op het cathlab. Op de cardiochirurgische afdelingen werden de staande orders voor pijn na een cardiochirurgische ingreep opgevraagd.

Er werd nagekeken of deze staande orders werden opgemaakt onder verantwoordelijkheid van een arts (gevalideerd of ondertekend door een arts).

Vaststellingen

Staande orders pijn voor patiënten met acuut myocardinfarct

Afdeling	Stand order beschikbaar	Stand order gevalideerd
D2	Nee	NVT
CCU	Nee	NVT

Staande orders pijn voor patiënten na ingreep op het cathlab

Afdeling	Stand order beschikbaar	Stand order gevalideerd
D2	Nee	NVT
CCU	Nee	NVT

Overzicht

Aantal gecontroleerde staande orders	4
Aantal in orde (gevalideerd stand order)	0
Aantal niet in orde	4
Aantal zonder stand order	4
Aantal met stand order zonder validatie	0

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER OP VERBLIJFSAFDELINGEN

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 cardiale en cardiochirurgische afdelingen werden patiëntendossiers opgevraagd van patiënten met een cardiale aandoening. Deze patiëntendossiers werden 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
D2	10	10	9	1	0
CCU	3	7	7	0	0
Totaal	13	17	16	1	0

6 THEMA COMMUNICATIE

6.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERINFORMATIE VAN CATHLAB NAAR AFDELING

Gecontroleerde eis

Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt.

Volgende elementen dienen minimum in deze nota genoteerd te staan:

- identiteit van de patiënt,
- diagnose en behandeling,
- verpleegkundige zorgen,
- parameters
- medicatieschema
- recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.

Een verslag van de cathlab-procedure moet binnen het uur nadat de patiënt het cathlab verlaten heeft, toegevoegd zijn aan het patiëntendossier.

Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (papier of elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt voor alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.

Werkwijze

Op de bezochte (internistische) afdelingen werd in dossiers van patiënten die een ingreep ondergingen op het cathlab en van daar getransfereerd werden naar de afdeling, nagegaan of het verpleegkundige en het medische luik van de transfergegevens in het dossier toegankelijk waren voor alle hulpverleners, en - zo ja - welke transfergegevens voorhanden waren:

- identificatie patiënt,
- diagnose,
- verslag cathlabprocedure,
- verpleegkundige zorgen (bv. parameters),
- toegediende medicatie op het cathlab.

Daarnaast werd nagekeken of de patiënt werd getransfereerd van een cathlab op dezelfde campus (= interne transfer) of van een cathlab op een andere campus (= externe transfer).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	3
Aantal dossiers toegankelijk	3
Aantal toegankelijke dossiers met transferinformatie	3
Aantal toegankelijke dossiers met volledige transferinformatie (met 5 gegevens)	3
Aantal toegankelijke dossiers met onvolledige transferinformatie	0

Aantal gecontroleerde toegankelijke dossiers interne transfers	3
Aantal in orde	3

Aantal gecontroleerde toegankelijke dossiers externe transfers	0
--	---

6.2 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERINFORMATIE VAN OPERATIEKWARTIER / INTENSIEVE ZORGEN

7 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

De samenstelling van de medische equipe voor het zorgprogramma cardiologie op deze campus voldoet
De medische permanentie voor het zorgprogramma cardiologie op deze campus voldoet
De verpleegkundige permanentie voor het cathlab voldoet

Thema veilige zorg

Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	2 / 2
Aantal monitoren met tijdige preventieve controle	4 / 4
Externe pacemaker is beschikbaar voor zorgprogramma P	
Aantal externe pacemakers met tijdige preventieve controle	4 / 4
Mobiël beademingstoestel voor vervoer van kritieke patiënten is niet aanwezig op het cathlab	
Mobiël monitoringtoestel voor vervoer van kritieke patiënten is aanwezig op het cathlab	
Oproepsysteem voor reanimatie is beschikbaar op het cathlab	
Aantal verpleegkundigen met doorgedreven opleiding reanimatie op het cathlab	5 / 5
Aantal patiëntenkamers/ zorgverstrekkers met oproepsystemen voor reanimatie	4 / 5
Telemetrie of bedside monitoring is beschikbaar voor zorgprogramma A	
Aantal afdelingen waar een verantwoordelijke voor telemetrie is aangeduid	1 / 1
Aantal afdelingen waar de verantwoordelijke telemetrie zich onmiddellijk kan vrijmaken bij alarm	0 / 1
Aantal afdelingen met auditieve / visuele opvolging telemetrie	1 / 1
Aantal centrale componenten van telemetriebewaking met tijdige preventieve controle.	1 / 1

Thema gestandaardiseerde zorg

Aantal dagen met pijnscores in het dossier	17 / 17
--	---------

Thema communicatie

Aantal dossiers toegankelijk	3 / 3
Aantal toegankelijke dossiers met alle gecontroleerde transferinformatie	3 / 3

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren op deze campus	Ja
<i>Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:</i>	

Aantal diensten met een specifiek aangeduide verantwoordelijke voor telemetrie, maar niet onmiddellijk beschikbaar bij alarm	1 / 1
Aantal patiëntenkamers/ zorgverstrekkers zonder oproepsysteem voor reanimatie	1 / 5