

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 internistisch en chirurgisch zorgtraject, check 2

INSPECTIEPUNT

Naam	Sint-Andriesziekenhuis
Adres	Bruggestraat 84, 8700 Tielt
Telefoon	051 42 51 11

INRICHTENDE MACHT

Naam	SINT-ANDRIESZIEKENHUIS
Juridische vorm	VZW
Adres	Bruggestraat 84, 8700 Tielt
Telefoon	051 42 51 11

UITBATINGSPLAATS

Naam	Sint-Andriesziekenhuis
Adres	Bruggestraat 84, 8700 Tielt

OPDRACHT

Nummer	O-2019-ANCL-0023
Datum	13/05/2019

VERSLAG

Nummer	V-2019-ANCL-0029
Datum	16/05/2019
Datum laatste vaststelling	16/05/2019

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 16/05/2019 (9u00 – 11u45)
-------	--

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Inspectiemodel	3
1.3	Leeswijzer voor dit rapport.....	4
1.4	Inspectiebezoek	5
2	Situering.....	5
3	Thema personeel.....	6
3.1	Verpleegkundige permanentie en patient nurse ratio IZ	6
3.2	Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed / MUG	7
4	Thema gestandaardiseerde zorg.....	8
4.1	Patiëntidentificatie	8
5	Algemeen besluit.....	9

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 2^{de} 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.

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 waren er bij de eerste inspectie (**check 1**) criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een opvolginginspectie (**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 werd uitgevoerd na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) en is eveneens thematisch. Dit wil zeggen dat per thema de verbeterpunten die geleid hebben tot een check 2 opnieuw geïnspecteerd worden, maar ook dat bijkomende, aanverwante eisen kunnen geïnspecteerd worden. Thema's waarvoor geen check 2 nodig bleek, werden niet opnieuw geïnspecteerd.

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 verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en de situering van het ziekenhuis (hoofdstuk 2) vindt u de thematische hoofdstukken terug waarvoor een check 2 gebeurde op deze campus. Thema's waarvoor geen check 2 nodig was, werden niet opnieuw geïnspecteerd. 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 besproken hoofdstuk staat een overzicht van de vaststellingen en een besluit. Dit besluit geeft weer of voor het betreffende thema de verbeterpunten die aanleiding gaven tot een check 2 opgelost zijn of niet.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op <https://www.departementwvg.be/zorginspectie>.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het toezichtdecreet WVG.

1.4 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 2 van de tweede ronde van het internistisch en chirurgisch zorgtraject. Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De intensieve zorgeenheid: IZ
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst

2 **SITUERING**

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

- Functie gespecialiseerde spoedgevallen
- Functie mobiele urgentiegroep (MUG)
- Functie intensieve zorgen (aantal bedden: 7)
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- Functie chirurgische daghospitalisatie
- Ziekenhuisapotheek
- D-bedden: 75
- C-bedden: 75

3 THEMA PERSONEEL

3.1 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE EN PATIENT NURSE RATIO IZ

Gecontroleerde eis

De functie vormt één of meerdere zelfstandige en architecturaal herkenbare eenheid / eenheden.

In elke eenheid van de functie IZ zijn steeds minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig. Dit is de basispermanentie. Eén van beide verpleegkundigen is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij kan bewijzen dat hij/zij op 29/06/1998 minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.

Het aantal verpleegkundigen aanwezig in de eenheid IZ is aangepast aan de activiteiten in de eenheid. De verhouding aanwezige IZ patiënten / verpleegkundigen bedraagt 3/1 (Er wordt wiskundig afgerond. Dit betekent dat voor 7 patiënten 2 verpleegkundigen volstaan. Voor 8 patiënten dienen 3 verpleegkundigen te worden ingezet enz...). Hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als voor de basispermanentie.

Supplementair kan men aanvullen met zorgkundigen, administratieve- of logistieke hulpen.

Indien de hoofdverpleegkundige gedeeltelijk effectief wordt ingeroosterd in de zorg, dan kunnen die uren ook meegerekend worden in de zorg.

Binnen een eenheid zijn geen andere diensten zoals medium care of CCU geïntegreerd. Er is een duidelijke afbakening tussen beide. Wanneer IZ en medium care eenzelfde toegang hebben, dan dienen de patiëntenkamers voor IZ apart opgesteld te staan en aantoonbaar.

Werkwijze

De IZ-afdelingen met erkende bedden en de afdelingen die door het ziekenhuis zijn opgegeven als intensieve zorgeneenheden werden bezocht.

Indien een eenheid zowel een highcare als midcare deel omvatte, werd nagegaan of er een aparte verpleegkundige equipe was voor elk van beide. Zo niet werd er nagegaan of er voldoende personeel was indien alle posities als highcare beschouwd werden.

De personeelslijst en de lijst van verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel van gespecialiseerde in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg en de lijst van verpleegkundigen die hiermee gelijkgeschakeld zijn, werd opgevraagd.

Het werkrooster voor de laatste twee werkdagen en het laatste weekend werd opgevraagd. Indien op de campus een MUG-functie wordt uitgebaat, werden de 4 dagen geselecteerd wanneer deze externe MUG actief was.

Er werd voor de 4 dagen nagegaan of er steeds een basispermanentie van minstens 2 verpleegkundigen per eenheid was. Daarnaast werd nagegaan of minstens de helft van de aanwezige verpleegkundigen over een bijzondere beroepstitel (BBT) of de vereiste ervaring beschikte.

Het aantal aanwezige verpleegkundigen werd vergeleken met het aantal opgenomen patiënten op het moment van de inspectie.

De verhouding aanwezige IZ-patiënten/verpleegkundigen mag maximaal 3/1 te bedragen = patient nurse ratio. Er werd wiskundig afgerond. Dit betekent dat voor 7 patiënten 2 verpleegkundigen volstaan. Voor 8 patiënten dienen 3 verpleegkundigen te worden ingezet enz.... De helft van de minimaal vereiste verpleegkundigen moest beschikken over een BBT.

Indien bij het bezoek aan de internistische verpleegafdelingen werd opgemerkt dat daar beademde patiënten opgenomen waren, dan werd nagegaan of de bestaande staffing voor deze unit met een beademde patiënt voldeed aan de normen voor IZ.

Vaststellingen

IZ:	
Voldoet aan basispermanentie van 2 verpleegkundigen	Ja
Aantal patiënten op moment van inspectie	4
Aantal verpleegkundigen op het moment van de inspectie	3
Aantal verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel of gelijkgesteld	3
Voldoende verpleegkundigen aangepast aan de activiteiten	Ja
Voldoende BBT (of gelijkgesteld) aangepast aan de activiteiten	Ja

Besluit

De verpleegkundige permanentie voldoet	Ja
--	----

3.2 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED / 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.

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.

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.

Werkwijze

Er werd 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

Besluit

De verpleegkundige permanentie voldoet	Ja
--	----

4 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

4.1 PATIËNTIDENTIFICATIE

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 alle IZ-eenheden werd het identificatiebandje van alle patiënten (behoudens medische contra-indicatie) gecontroleerd.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met volledig en correct bandje	Aantal patiënten met onvolledig bandje	Aantal patiënten zonder bandje
IZ	4	4	0	0

Besluit

Alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig identificatiebandje	Ja
---	----

5 ALGEMEEN BESLUIT

De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 zijn weggewerkt	Ja
--	----