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	Jan Yperman Ziekenhuis
Adres	Briekestraat 12, 8900 Ieper
Telefoon	057 35 35 35

INRICHTENDE MACHT	
Naam	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS
Juridische vorm	VZW
Adres	Briekestraat 12, 8900 Ieper
Telefoon	057 35 35 35

UITBATINGSPLAATS	
Naam	campus Ieper
Adres	Briekestraat 12, 8900 Ieper

OPDRACHT	
Nummer	O-2015-MAPU-0139
Datum	25/02/2015

VERSLAG	
Nummer	V-2015-KULI-0002
Datum	25/02/2015

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 2/03/2015 (10:00-17:15)

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 eenhe(i)d(en) voor intensieve zorgen:
  + IZ
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- De MUG
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch/oncologisch) dagziekenhuis:
  + DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)
- De internistische verpleegafdeling(en):
  + D5
  + D3

2 SITUERING

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

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie voor intensieve zorg erkend voor 12 bedden
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie MUG
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 154

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 M.B. 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 geneesheer – 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 K.B. 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 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. 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. Eveneens werd op de campussen waar ASO’s ingeschakeld waren in het wachtsysteem in het medisch reglement (of gelijkwaardige overeenkomsten) nagegaan of de tijd bepaald is waarbinnen de intensivist van achterwacht ter plaatse moet komen.

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 anesthesie 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 BESCHIKBAARHEID INTENSIVIST VOOR DE FUNCTIE INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Tijdens de werkdagen van maandag tot en met vrijdag dient overdag steeds een erkend arts-intensivist intra muros (op de campus) aanwezig en onmiddellijk beschikbaar te zijn voor de IZ functie.

Werkwijze

Indien de dienstdoende intensivist niet aanwezig was op de eenheid intensieve zorgen, dan werd deze opgebeld met de vraag onmiddellijk naar de eenheid te komen. Er werd nagegaan of de betrokken persoon binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Naam van de eenheid	Intensivist onmiddellijk beschikbaar?
IZ	Ja

Overzicht

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

3.3 VERPLEEGKUNDIGE BASISPERMANENTIE EN PATIENT NURSE RATIO INTENSIEVE ZORGEN

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 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, dan werd nagegaan of er een aparte verpleegkundige equipe was voor elk van beide. Zoniet 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.

Er werd nagegaan of er een basispermanentie van minstens 2 verpleegkundigen per eenheid was (er werd een maximale periode van 15 minuten getolereerd waarbij er slechts één verpleegkundige aanwezig is).
Het aantal aanwezige verpleegkundigen werd vergeleken met het aantal opgenomen patiënten. Daarnaast werd nagegaan of minstens de helft van de aanwezige verpleegkundigen over een bijzondere beroepstitel (BBT) of de vereiste ervaring beschikte.

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....

Indien bij het bezoek aan de internistische verpleegafdelingen werd opgemerkt dat daar beademde patiënten opgenomen waren, dan werd nagegaan of de bestaffing 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	11
Aantal verpleegkundigen	5
Aantal verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel of gelijkgesteld	5
Voldoende verpleegkundigen aangepast aan de activiteiten	Ja
Voldoende BBT (of gelijkgesteld) aangepast aan de activiteiten	Ja

Overzicht

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

3.4 VERPLEEGKUNDIGE PERSONEELSEQUIPE INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Het personeelskader specifiek voor de eenheid IZ beschikt over tenminste 12 VTE verpleegkundigen per volledige schijf van 6 erkende IZ bedden, waarvan minstens 6 VTE 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 vast/eigen team kan aangevuld worden met medewerkers uit mobiele equipe - interimkrachten - ....
Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden dient het in het vorig lid bedoelde aantal vte verpleegkundigen, verhoudingsgewijs ten opzichte van het aantal bedden, aangepast te worden.

Het aantal bedden aanwezig binnen de functie komt overeen met het aantal erkende IZ bedden met een minimum van 6 bedden.

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werd de lijst opgevraagd van de vaste personeelsequipe (verpleegkundigen) van de bezochte eenheid. Daarnaast werd het aantal in gebruik zijnde bedden geteld. Het personeelskader werd beoordeeld in functie van het aantal bedden in gebruik.

Bij tijdelijke sluiting van bedden (bv. wegens minder activiteiten elders in het ziekenhuis, wegens personeelstekort) werd ter objectivering hiervan naar een schriftelijke mededeling gevraagd. Ook indien er sprake was van een extra bed of box voor reanimatie, een extra wisselruimte... werd gevraagd naar een schriftelijke objectivering.

Vaststellingen

IZ	
Aantal opgestelde bedden	12
Totaal aantal VTE verpleegkundigen	23,8
Aantal VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld	21,5
Voldoende VTE verpleegkundigen	Ja
Voldoende VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld	Ja

Overzicht

Het aantal erkende bedden is in overeenstemming met het aantal opgestelde bedden	Ja

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

3.5 BESCHIKBAARHEID KINESITHERAPIE INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

De functie IZ kan een beroep doen op een kinesitherapeut.

Een kinesist is overdag (weekdag tussen 8 en 17u, weekend tussen 8 en 12u) oproepbaar (7dagen/7). Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.

Werkwijze

Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de kinesitherapeut voor te leggen. Deze wachtlijsten werden bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.

De beschikbaarheid van de betrokken zorgverleners werd goedgekeurd indien er voor elke dag een naam of telefoonnummer ingevuld was. Het gaat hier niet om een 24-uursbeschikbaarheid.

Vaststellingen

IZ	
Aantal gecontroleerde weekdagen	5
Aantal weekdagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	5
Aantal gecontroleerde weekenddagen	2
Aantal weekenddagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	2
IZ in orde	Ja

Conclusie

Aantal gecontroleerde IZ-eenheden	1
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden met alle dagen een kinesitherapeut overdag oproepbaar	1

3.6 BESCHIKBAARHEID PSYCHOLOGISCHE ONDERSTEUNING INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.

Werkwijze

Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de psychologische ondersteuning voor te leggen. Deze wachtlijsten werden bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.

De beschikbaarheid van de betrokken zorgverleners werd goedgekeurd indien er voor elke dag een naam of telefoonnummer ingevuld was. Het gaat hier om een 24-uursbeschikbaarheid.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde **weekdagen**	5
Aantal weekdagen met permanentie overdag	5
Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	5
Aantal weekdagen met permanentie 24/24	5
Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	0

Aantal gecontroleerde **weekenddagen**	2
Aantal weekenddagen met permanentie overdag	2
Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	1
Aantal weekenddagen met permanentie 24/24	2
Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	1

Conclusie

Aantal gecontroleerde IZ-eenheden	1
Aantal met een permanentie voor psychologische ondersteuning 24/24	1

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
IZ	Ja	Ja
Spoed	Ja	Ja

Overzicht

Aantal gecontroleerde eenheden	2
Aantal in orde	2
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	0
Aantal dagen niet in orde	4
Aantal dagen waarbij er onvoldoende verpleegkundigen aangeduid waren voor de basispermanentie	0
Aantal dagen waarbij er onvoldoende verpleegkundigen over een BBT (of gelijkgesteld) beschikten	4
Aantal dagen waarbij de verpleegkundigen van de basispermanentie niet onmiddellijk beschikbaar waren	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	Neen

Bijkomende toelichting

Tijdens de gecontroleerde dagen waren er tijdens de nacht weliswaar voldoende verpleegkundigen aanwezig, maar er was telkens maar één verpleegkundige met een BBT (of gelijkgesteld). Wanneer de MUG uitrukt is er daardoor op de gespecialiseerde spoedgevallendienst geen verpleegkundige met een BBT (of gelijkgesteld) meer aanwezig.
Deze situatie is recent ontstaan door een combinatie van enkele nachtverpleegkundigen die (deels onverwacht) op ontslag gingen en enkele verpleegkundigen die pas in juni 2015 hun BBT kunnen behalen.

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

Aantal IZ-eenheden waarvan de medische permanentie voldoet	1 / 1
Aantal IZ-eenheden met beschikbare intensivist	1 / 1
Aantal IZ-eenheden waarvan de verpleegkundige basispermanentie voldoet	1 / 1
Aantal IZ-eenheden met voldoende verpleegkundigen volgens aantal patiënten	1 / 1
Aantal IZ-eenheden waarvan de verpleegkundige equipe voldoet	1 / 1
Aantal dagen waarbij de beschikbaarheid overdag van een kinesist voor IZ voldoet	1 / 1
Aantal IZ-eenheden waar een inscholingsplan kon worden voorgelegd	1 / 1
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 niet	
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	Ja
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet niet	

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	Neen
Richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	Ja

Bewaring hoogrisicomedicatie	
D5	In orde
D3	In orde
IZ	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 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	Ja, deels

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

Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch	Ja, deels

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

4.4 MEDICATIEVEILIGHEID: MEDISCH ORDER VOOR MEDICATIETOEDIENING

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
D5	5	5	0
D3	10	10	0
IZ	42	40	2
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	15	15	0
Totaal	**72**	**70**	**2**

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
D5	10	10	0	0
D3	10	10	0	0
IZ	10	10	0	0
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	10	10	0	0
Gespecialiseerde spoed	10	10	0	0
Totaal	**50**	**50**	**0**	**0**

Details over de vervaldata	
Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	50
Vervaldatum niet overschreden	49
Vervaldatum overschreden	1
Vervaldatum afwezig of onleesbaar	0

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
D5	3	3	0	0
D3	2	0	2	0
IZ	10	8	2	0
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	10	10	0	0
Totaal	**25**	**21**	**4**	**0**

Details over de ontbrekende gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	4
Aantal zonder naam geneesmiddel	0
Aantal zonder dosisaanduiding	1
Aantal zonder datum	3
Aantal zonder naam patiënt	1

Klaargemaakte spuiten

Afdeling	Aantal gecontroleerde spuiten	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende gegevens (incl alle)	Aantal zonder gegevens
D5	1	1	0	0
D3	1	0	1	0
IZ	11	3	8	0
Totaal	**13**	**4**	**9**	**0**

Details over de ontbrekende gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	9
Aantal zonder naam geneesmiddel	0
Aantal zonder dosisaanduiding	0
Aantal zonder datum	9
Aantal zonder naam patiënt	4

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
IZ	5	5	0	0
Gespecialiseerde spoed	3	3	0	0
Totaal	**8**	**8**	**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
IZ	5	5	0	0
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	5	5	0	0
Totaal	**10**	**10**	**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	3	3	0	0
Totaal	**4**	**4**	**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
IZ	1	1	0	0
Gespecialiseerde spoed	1	1	0	0
Totaal	**2**	**2**	**0**	**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

Gecontroleerde eis

Er is draagbaar materieel aanwezig in de MUG zoals normatief opgelegd.

Koffers worden verzegeld na controle.

Werkwijze

Indien de MUG-wagen aanwezig was tijdens het inspectiebezoek werd gevraagd om het onderstaande materiaal te tonen. Indien er meerdere MUG-wagens waren, werd ook in de verschillende wagens het materiaal gecontroleerd.

- defibrillator
- pulsoxymeter;
- bloeddrukmeter;
- een draagbare zuurstofvoorraad;
- een beademingsballon;
- spuitpomp;
- glucometer;
- een elektrisch aspiratietoestel;
- materieel nodig voor een doorgedreven reanimatie van volwassenen en kinderen.

Indien de MUG aangemeld was, werd nagegaan of de koffers verzegeld waren.

Vaststellingen

MUG-wagen 1: Materiaal aanwezig	
Defibrillator	Ja
Pulsoxymeter	Ja
Bloeddrukmeter (niet invasief)	Ja
Zuurstofbron	Ja
Spuitpomp	Ja
Glucosemeter	Ja
Aspiratietoestel	Ja
Materiaal reanimatie volwassenen	Ja
Materiaal reanimatie kinderen	Ja
Beademingsballon	Ja

Verzegeling MUG-koffers	
Aantal gecontroleerde koffers	3
Aantal koffers verzegeld	3
Aantal koffers niet verzegeld	0

Overzicht

In de MUG-wagen(s) was al het gecontroleerde materiaal aanwezig	Ja

Alle MUG-koffers waren verzegeld	Ja

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	15
Aantal met aantoonbare opleiding	15
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	28
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	28
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	0

Aantal gecontroleerde artsen	6
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	2
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	4
Aantal met doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	0
Aantal zonder doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	4

Overzicht

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

4.14 INFRASTRUCTUUR: KAMERS EENHEID VOOR INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Elke patiënt kan visueel bewaakt worden, via camera bewaking of direct zicht, waarbij de ziekenhuis-hygiëne en de intimiteit van de patiënt gewaarborgd zijn.

De nodige maatregelen worden genomen om de oriëntatie van de patiënt te bevorderen (bv. daglicht, klok die zichtbaar is voor de patiënt).

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werden de patiëntenposities beoordeeld op visueel toezicht (rechtstreeks of via camera) en op maatregelen betreffende de oriëntatie in de tijd (bv. klok, daglicht, kalender...).

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde posities	Aantal met visueel toezicht	Aantal met oriëntatie
IZ	12	12	12
Totaal	**12**	**12**	**12**

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	Ja

Aantal gecontroleerde afzonderingskamers op de spoedgevallendienst	1
Aantal in orde qua veiligheid	1
Aantal niet in orde qua veiligheid	0

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
D5	5	5	0
D3	5	5	0
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	7	7	0
Totaal	**17**	**17**	**0**

4.18 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

Er is geen procedure hoogrisicomedicatie die alle gecontroleerde onderwerpen bevat	
Aantal afdelingen waar hooggeconcentreerde elektrolyten veilig bewaard worden (labeling of aparte opslag)	4 / 4
De apotheker heeft 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	10 / 10
Aantal geneesmiddelen met aantoonbaar medisch order	70 / 72
Aantal geneesmiddelen met alle gegevens	50 / 50
Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	25 / 38
Aantal geneesmiddelen met leesbare vervaldatum die niet overschreden is	49 / 50
Aantal beademingstoestellen met tijdige preventieve controle	8 / 8
Aantal pompen met tijdige preventieve controle	10 / 10
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	4 / 4
Aantal ECG-toestellen met tijdige preventieve controle	2 / 2
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	
Aantal MUG-wagens met alle materiaal	1 / 1
Aantal MUG-koffers met verzegeling	3 / 3
Aanwezige richtlijnen voor intoxicaties	4 / 4
Aanwezige geneesmiddelen ter behandeling van acute intoxicaties	2 / 2
Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie	15 / 15
Aantal verpleegkundigen en artsen met doorgedreven opleiding reanimatie het voorbije jaar	30 / 34
Aantal posities op IZ met visueel toezicht	12 / 12
Aantal posities op IZ met oriëntatie	12 / 12
Aantal afzonderingskamers op de spoedgevallendienst die voldoende veilig zijn	1 / 1
Aantal ruimten met beveiligde ramen	17 / 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	10
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
D5	5	10	5	3	2
D3	5	10	10	0	0
IZ	5	10	10	0	0
Totaal	**15**	**30**	**25**	**3**	**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	10
Aantal met alle gegevens	9
Aantal met ontbrekende gegevens	1
Aantal zonder aanmeldingsklacht	0
Aantal zonder informatie over allergie	1
Aantal zonder naam behandelende arts	0
Aantal zonder informatie over pijn	0

5.4 DNR-CODE IN DOSSIERS OP INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Elke patiënt heeft een DNR-code (‘Do Not Reanimate’) in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie). Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'.

De DNR code is getekend/gevalideerd door de arts:

- er is een melding "besproken in team"
- er is een melding "besproken met patiënt-familie"
- er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (minstens wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)

Uitzondering: De code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie' moet niet besproken worden.

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werden dossiers van patiënten die minstens 24 u op IZ waren opgenomen, nagekeken op de aanwezigheid van een DNR-code. Als er therapierestrictie was ingesteld, werd nagegaan of er een melding was van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger, en of er een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek terug te vinden was.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met DNR-code	Aantal dossiers met DNR-code en alle gezochte info
IZ	10	10	9
Totaal	**10**	**10**	**9**

Details van ontbrekende elementen in de gecontroleerde dossiers	
Aantal gecontroleerde dossiers	10
Aantal zonder DNR-code	0
Aantal zonder "besproken in team"	0
Aantal zonder "besproken met patiënt/familie"	1
Aantal zonder "verslag gesprek patiënt/familie"	1

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
IZ	In orde
Spoed	Niet in orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	2
Aantal in orde	1
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

Bijkomende toelichting

Er is op spoed een pijnmeetmethode voor baby's en peuters (POKIS), maar die was recent ingevoerd en op het moment van de inspectie nog niet gekend bij de bevraagde personeelsleden.

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**
IZ	8	8	0	0
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	8	8	0	0
Gespecialiseerde spoed	7	7	0	0
Totaal	**23**	**23**	**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	17
Aantal afdelingen waar EWS geïmplementeerd is	17

5.9 BLOEDTRANSFUSIE

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat bij een transfusie tenminste volgende gegevens:

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

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

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

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

5.10 REGISTRATIE VAN AFZONDERINGEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:

- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum
- nummer van de afzondering (per jaar);
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);
- follow – up gegevens.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd het register van afzonderingen opgevraagd en werden een aantal geregistreerde afzonderingen gecontroleerd. Specifiek werd gelet op de aanwezigheid van:

- naam en voornaam van de patiënt, leeftijd (of geboortedatum)
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam of handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam of handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden voor de maatregel.

Vaststellingen

Er wordt een register van afzonderingen bijgehouden	Ja

Aantal gecontroleerde registratieformulieren	10
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	2
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	8
Aantal zonder naam, voornaam en leeftijd/geboortedatum van de patiënt	0
Aantal zonder reden voor de maatregel	1
Aantal zonder datum en uur van begin van de maatregel	3
Aantal zonder datum en uur van einde van de maatregel	7
Aantal zonder naam of handtekening van de geneesheer	0
Aantal zonder naam of handtekening van de verpleegkundige	3

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	28 / 30
Aantal dossiers op spoed met alle gecontroleerde gegevens	9 / 10
Aantal dossiers op IZ met DNR-codering	10 / 10
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	23 / 23
Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening	10 / 10
Afzonderingen op de gespecialiseerde spoedgevallendienst worden geregistreerd in een isolatieregister	
Aantal gecontroleerde registratieformulieren van afzonderingen op spoed die alle gecontroleerde items bevatten	2 / 10
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	22	22	0	0	0	0
Artsen	12	12	0	0	0	0
Andere	10	8	0	1	1	0
	44	**42**	**0**	**1**	**1**	**0**

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	44
Aantal in orde	42
Aantal niet in orde	2
Aantal verpleegkundigen niet in orde	0
Aantal artsen niet in orde	0
Aantal anderen niet in orde	2

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
IZ	Niet in orde
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	In orde
D5	In orde
D3	Niet in orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde bergingen	6
Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis)	2
Aantal niet in orde met de eis	4
Aantal met wastafel in vuile berging die niet voldoet aan de eis	1
Aantal zonder wastafel in de vuile berging	3

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
IZ	In orde
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	Niet in orde
D5	In orde
D3	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	4
Aantal afdelingen in orde	3
Aantal afdelingen niet in orde	1

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
IZ	In orde
DDZH (Intern oncologisch dagziekenhuis)	In orde
D5	In orde
D3	In orde

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	4
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	4
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	0

6.5 ISOLEERKAMERS MET SAS OP INTENSIEVE ZORGEN

Gecontroleerde eis

Per 6 bedden beschikt de functie over 1 isoleerkamer met afzonderlijk sas.

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werden het maximaal aantal patiëntenposities en het aantal kamers met een sas geteld.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal IZ-posities	Aantal isoleerkamers met sas	Voldoet aan eis
IZ	12	12	In orde

Overzicht

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

6.6 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	42 / 44
Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis	2 / 6
Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging	3 / 4
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	4 / 4
Aantal IZ-eenheden met voldoende kamers met sas	1 / 1

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema hygiëne	Neen

7 THEMA COMMUNICATIE

7.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TOEGANGELIJK DOSSIER OP IZ

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier is bij de patiënt aanwezig en consulteerbaar door alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werd van de aanwezige patiënten nagegaan of zowel het medisch als verpleegkundig luik van de dossiers aanwezig en toegankelijk waren.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiënten	11
Aantal dossiers in orde	11
Aantal dossiers niet in orde	0

7.2 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MEDISCH COÖRDINATOR OP IZ

Gecontroleerde eis

Voor elke patiënt dient aangeduid welke arts intensivist verantwoordelijk is voor de coördinatie van het medische toezicht. Het is duidelijk welke arts welke behandeling instelt.

Werkwijze

Op de eenheid intensieve zorgen werd nagegaan of er een medische eindverantwoordelijke / coördinator was aangeduid voor elke patiënt.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal met aanduiding medisch coördinator	Aantal zonder aanduiding medisch coördinator
IZ	10	10	0
Totaal	**10**	**10**	**0**

7.3 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG OP IZ

Gecontroleerde eis

Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiëntendossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.
Er wordt voor elke patiënt die minimaal een week heeft verbleven op IZ een multidisciplinair overleg gehouden. Minstens wekelijks heeft een multidisciplinair overleg plaats.
Hierop zijn minimaal aanwezig: intensivist en de toegewezen verpleegkundige vervolgens de artsen en de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werd in de patiëntendossiers nagegaan of er minstens 1 keer per week een verslag aanwezig was van een multidisciplinair overleg (MO).

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Voldoende verslagen MO in dossier	Onvoldoende verslagen MO in dossier
IZ	8	8	0
Totaal	**8**	**8**	**0**

7.4 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: CONSULT OP IZ

Gecontroleerde eis

Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiënten-dossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werd in de dossiers nagegaan of er - indien er een consult door een arts gebeurde - hiervan een verslag in het dossier terug te vinden was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde consulten	15
Aantal consulten met verslag in het dossier	15
Aantal consulten zonder verslag in het dossier	0

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	2	18	**20**
Aantal in orde	2	18	**20**
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 ge-controleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts	Aantal ge-controleerde dagen	Aantal dagen in orde
D5	10	**10**	0	0	29	29
D3	10	**7**	3	0	26	21
Totaal	**20**	**17**	**3**	**0**	**55**	**50**

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	10
Aantal patiëntendossiers zonder ontslagnotitie door arts	0

7.8 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ONTSLAGBRIEF VOOR VERWIJZER/HUISARTS

Gecontroleerde eis

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

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

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

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

Het patiëntendossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

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

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

	D-Afdelingen	Dagziekenhuis	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	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**

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	6
Aantal patiënten met alle informatie gekend	5
Aantal patiënten met niet alle informatie gekend	1
Aantal patiënten zonder informatie over de bevraagde onderwerpen	0

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie voor opname	
Zonder info "behandeling/onderzoek"	0
Zonder info "voorbereiding"	0
Zonder info "vervoer"	0
Zonder info "herstelperiode"	1

Details over de wijze van informeren	
Op mondelinge en schriftelijke wijze	6
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	0
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

7.10 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Bijkomende toelichting

Er werden geen patiënten bevraagd over de informatie die ze hadden ontvangen betreffende de wachttijden.

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	3
Aantal patiënten met volledige informatie	3
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	3
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	0
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

7.12 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

Aantal patiënten op IZ waarvan het medisch-verpleegkundig dossier toegankelijk is	11 / 11
Aantal patiënten op IZ met duidelijke aanduiding van een medisch coördinator	10 / 10
Aantal dossiers met voldoende notities over de multidisciplinaire overlegmomenten op IZ	8 / 8
Aantal consulten op IZ met verslag	15 / 15
Aantal dossiers met volledige transfergegevens	20 / 20
Aantal dossiers met op alle gecontroleerde dagen notities over de zaalronde	17 / 20
Aantal dossiers na dagopname met ontslagbeslissing	10 / 10
Aantal dossiers met ontslagbrief	20 / 20
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	20 / 20
Aantal patiënten die voor opname voldoende geïnformeerd werden over de gecontroleerde aspecten	5 / 6
Aantal patiënten die bij ontslag alle informatie kregen over de gecontroleerde items	3 / 3

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema communicatie	Neen

8 BESLUIT

Op deze vestigingsplaats zal er een check 2 plaatsvinden voor:

- Het thema personeel