

# 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](mailto:contact@zorginspectie.be)

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN: INTERNISTISCH ZORGTRAJECT

### INSPECTIEPUNT

Naam	Gasthuiszusters Antwerpen
Adres	Oosterveldlaan 24, 2610 Antwerpen

### INRICHTENDE MACHT

Naam	VERENIGING ZONDER WINSTOOGMERK GASTHUISZUSTERS ANTWERPEN
Juridische vorm	VZW
Adres	Oosterveldlaan 22, 2610 Antwerpen

### UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus Sint-Jozef
Adres	Molenstraat 19, 2640 Mortsel

### OPDRACHT

Nummer	O-2015-MAPU-0486
Datum	23/06/2015

### VERSLAG

Nummer	V-2015-LIVI-0009
Datum	31/08/2015

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 28/08/2015 (9:00-14:00)
-------	--

# INHOUDSOPGAVE

## 1 Inleiding

- 1.1 Inspectiemodel
- 1.2 Leeswijzer voor dit rapport
- 1.3 Inspectiebezoek

## 2 Situering

### 3 Thema personeel

- 3.1 Medische permanentie intensieve zorgen
- 3.2 Beschikbaarheid intensivist voor de functie intensieve zorgen
- 3.3 Verpleegkundige basispermanentie en patient nurse ratio intensieve zorgen
- 3.4 Verpleegkundige personeelsequipe intensieve zorgen
- 3.5 Beschikbaarheid kinesitherapie intensieve zorgen
- 3.6 Beschikbaarheid psychologische ondersteuning intensieve zorgen
- 3.7 Inscholingsplan op intensieve zorgen en spoedgevallendienst
- 3.8 Medische permanentie gespecialiseerde spoedgevallendienst en MUG
- 3.9 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoedgevallendienst en MUG
- 3.10 Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
- 3.11 Oproepbare pediater en psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
- 3.12 Medische permanentie eerste opvang spoed
- 3.13 Verpleegkundige permanentie eerste opvang spoed
- 3.14 Samenvatting thema personeel

### 4 Thema veilige zorg

- 4.1 Medicatieveiligheid: hoogrisicomedicatie
- 4.2 Medicatieveiligheid: zicht op medicatieschema's door apotheker
- 4.3 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatievoorschriften (specialiteiten en narcotica)
- 4.4 Medicatieveiligheid: medisch order voor medicatietoediening
- 4.5 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatie
- 4.6 Preventieve controle materiaal
- 4.7 Materiaal: controle reanimatiekar voor interne MUG
- 4.8 Materiaal voor eerste opvang spoed
- 4.9 Materiaal specifiek voor kinderen
- 4.10 Materiaal MUG-wagen
- 4.11 Behandeling van intoxicaties
- 4.12 Basisopleiding reanimatie
- 4.13 Doorgedreven opleiding reanimatie
- 4.14 Infrastructuur: kamers eenheid voor intensieve zorg
- 4.15 Infrastructuur: afzonderingskamer op spoedgevallendienst
- 4.16 Infrastructuur: herkenbaar lokaal voor eerste opvang spoed
- 4.17 Architectonische veiligheid: beveiliging ramen
- 4.18 Samenvatting thema veilige zorg

## **5 Thema gestandaardiseerde zorg**

- 5.1 Parameters in het patiëntendossier op de verpleegafdelingen
- 5.2 Pijnscores in het patiëntendossier
- 5.3 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst
- 5.4 DNR-code in dossiers op intensieve zorgen
- 5.5 Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten
- 5.6 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen
- 5.7 Patiëntidentificatie
- 5.8 Early warning system
- 5.9 Bloedtransfusie
- 5.10 Registratie van afzonderingen op de spoedgevallendienst
- 5.11 Triagesysteem op de spoedgevallendienst
- 5.12 Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg

## **6 Thema hygiëne**

- 6.1 Handhygiëne
- 6.2 Infrastructuur van de wastafels
- 6.3 Scheiding rein/onrein
- 6.4 Bedpanspoeler
- 6.5 Isoleerkamers met sas op IZ
- 6.6 Samenvatting thema hygiëne

## **7 Thema communicatie**

- 7.1 Communicatie tussen zorgverleners: toegankelijk dossier op IZ
- 7.2 Communicatie tussen zorgverleners: medische coördinator op IZ
- 7.3 Communicatie tussen zorgverleners: multidisciplinair overleg op IZ
- 7.4 Communicatie tussen zorgverleners: consult op IZ
- 7.5 Communicatie tussen zorgverleners: transfergegevens van IZ en spoed naar de afdeling
- 7.6 Communicatie tussen zorgverleners: zaalronde op D-afdelingen
- 7.7 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbeslissing na dagopname
- 7.8 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts
- 7.9 Informatie aan patiënten: informatie voor de opname
- 7.10 Informatie aan patiënten: wachttijden op de spoedgevallendienst
- 7.11 Informatie aan patiënten: informatie bij ontslag
- 7.12 Samenvatting thema communicatie

## **8 Besluit**

# 1 INLEIDING

Dit detailrapport biedt u een **overzicht van alle vaststellingen** van Zorginspectie op deze vestigingsplaats.

## 1.1 INSPECTIEMODEL

Zorginspectie toetst de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid ([www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)). Zorginspectie checkt de onderliggende 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 bevestigd worden, waardoor onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven in het verslag.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal **thema's** die de leidraad vormen voor de inspectie: **personeel, veilige omgeving, gestandaardiseerde zorg, 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](http://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 eerste opvang spoed
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch/oncologisch) dagziekenhuis:
  - + Dagziekenhuis
- De internistische verpleegafdeling(en):
  - + DC3
  - + medium care/ SJ cardio

## **2 SITUERING**

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

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie eerste opvang spoed
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 36

### **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 SPOED EN MUG

3.9 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

3.10 BESTAFFING TRIAGEFUNCTIE OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

3.11 OPROEBBARE PEDIATER EN PSYCHIATER OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

## 3.12 MEDISCHE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

### **Gecontroleerde eis**

De functie "eerste opvang van spoedgevallen" heeft een eigen medische permanentie ter plaatse 24 uur op 24 die wordt waargenomen door een geneesheer die tevens de algemene permanentie mag 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 functie 'eerste opvang van spoedgevallen' bevindt.

Het lokaal van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" wordt bewaakt door een aangestelde die beschikt over de middelen om een dringende oproep te doen op de permanentie arts.

### **Werkwijze**

De medische permanentie (7d/7 en 24u/24) voor de functie "eerste opvang spoed" op deze campus werd gecontroleerd voor de laatste volledige week voorafgaand aan de inspectiedag. Hiertoe werd de wachtlijst centraal opgevraagd en overlopen.

Daarnaast werd nagegaan of bij aanmelding op de eerste opvang voor spoedgevallen een arts kon opgeroepen worden en of deze binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

### **Vaststellingen**

Aantal gecontroleerde dagen	7
Aantal dagen in orde	7
Aantal dagen niet in orde	0
Een arts was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja

### 3.13 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

#### **Gecontroleerde eis**

Er is steeds een verpleegkundige aanwezig die de permanentie van de functie "eerste opvang spoed" verzekert.

De verpleegkundige van de functie eerste opvang spoed wordt niet vast ingeschakeld voor andere structureel georganiseerde activiteiten zoals andere normatieve permanenties waardoor de verpleegkundige permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" in het gedrang komt.

#### **Werkwijze**

Er werd aan de hand van de permanentielijst gecontroleerd of de verpleegkundige permanentie voor de functie "eerste opvang spoed" voldeed aan de norm (steeds minstens 1 verpleegkundige die de permanentie verzekert) gedurende de laatste dagen. Aan de aanwezige verpleegkundige werd gevraagd of deze permanentie structureel gecombineerd wordt met andere activiteiten waardoor ze niet onmiddellijk beschikbaar kan zijn.

Daarnaast werd nagegaan of bij aanmelding op de eerste opvang voor spoedgevallen een verpleegkundige kon opgeroepen worden en of deze binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

#### **Vaststellingen**

Aantal gecontroleerde dagen	4
Aantal dagen in orde	4
Aantal dagen niet in orde	0
Een verpleegkundige was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja



### 3.14 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

De medische permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen voldoet
De permanentiearts voor de eerste opvang van spoedgevallen is onmiddellijk beschikbaar
De verpleegkundige permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen voldoet
De verpleegkundige voor de eerste opvang van spoedgevallen is onmiddellijk beschikbaar

#### **Besluit**

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema personeel	Neen
--	------

## 4 THEMA VEILIGE ZORG

### 4.1 MEDICATIEVEILIGHEID: HOOGRISICOMEDICATIE

#### Gecontroleerde eis

Er is een procedure met betrekking tot hoogrisicomedicatie, look alike en sound alike.

Deze procedure bevat de lijst met de namen van de hoogrisicomedicatie (medicatie met hoger risico-percentage, look alike en sound alike) en minstens instructies voor correcte labeling, opslag, toediening.

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 alike en sound alike, 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, CaCl<sub>2</sub>) gecontroleerd.

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er specifieke labeling en/of opslag, apart van de niet-hoogrisicomedicatie, werd toegepast.

#### Vaststellingen

Aanwezigheid van een procedure of een lijst van hoogrisicomedicatie	Ja
Lijst bevat look-alikes	Ja
Lijst bevat sound-alikes	Ja
Richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	Ja

De lijst met soundalikes en lookalikes is nog in een testfase en is nog niet geïmplementeerd op de afdelingen.

Bewaring hoogrisicomedicatie	
DC3	In orde
medium care/ SJ cardio	Niet in orde
Eerste opvang spoed	Niet 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 ziekenhuisapothek 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, volledig
--	--------------

Aantal gecontroleerde voorschriften	20
Aantal met alles in orde	10
Aantal met ontbrekende gegevens	10
Aantal zonder alle identificatiegegevens van de patiënt	0
Aantal zonder alle identificatiegegevens van de arts	10
Aantal zonder de naam van het geneesmiddel	0
Aantal zonder sterkte van het geneesmiddel	0

Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch	Ja, volledig
---	--------------

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

## 4.4 MEDICATIEVEILIGHEID: MEDISCH ORDER VOOR MEDICATIETOEDIENING

### **Gecontroleerde eis**

Medicatie-toediening 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 stand 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**

<b>Afdeling</b>	<b>Aantal gecontroleerde infusen/spuiten</b>	<b>Aantal met aantoonbaar medisch order</b>	<b>Aantal zonder aantoonbaar medisch order</b>
DC3	8	8	0
medium care/ SJ cardio	10	10	0
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>0</b>

## 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
DC3	10	9	1	1
medium care/ SJ cardio	10	9	1	1
Dagziekenhuis	10	10	0	0
Eerste opvang spoed	10	10	0	0
<b>Totaal</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

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

Details over de vervaldata	
Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	40
Vervaldatum niet overschreden	38
Vervaldatum overschreden	0
Vervaldatum afwezig of onleesbaar	2

### 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
DC3	1	1	0	0
medium care/ SJ cardio	1	1	0	0
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 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
Eerste opvang spoed	1	0	0	1
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

#### **Preventieve controle van pompen**

Afdeling	Aantal gecontroleerde pompen	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 24 maanden	Controle meer dan 24 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
Dagziekenhuis	5	5	0	0
Eerste opvang spoed	1	0	0	1
<b>Totaal</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>



**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
Eerste opvang spoed	1	1	0	0
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**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
Eerste opvang spoed	1	0	0	1
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

## 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

### **Gecontroleerde eis**

De eerste opvang van spoedgevallen is uitgerust met een verzegelde reanimatiekar met een monitor, defibrillator, ECG-toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie, 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.

### **Werkwijze**

In de lokalen van de eerste opvang spoed werd nagegaan of volgend reanimatiemateriaal aanwezig was:

- monitor;
- defibrillator;
- ECG-toestel;
- respirator (beademingstoestel);
- materiaal voor aspiratie;
- materiaal voor intraveneuze perfusie (naalden, leidingen, infuusvloeistoffen);
- materiaal voor intubatie (laryngoscoop en endotracheale tubes);
- een draagbare zuurstofbron.

### **Vaststellingen**

<b>Materiaal aanwezig</b>	
Monitor	Ja
Defibrillator	Ja
ECG-toestel	Ja
Beademingstoestel	Ja
Aspiratietoestel	Ja
Perfusiemateriaal	Ja
Intubatiemateriaal	Ja
Draagbare zuurstofbron	Ja

### **Overzicht**

Al het vereiste materiaal voor reanimatie is beschikbaar in de eerste opvang spoed	Ja
--	----

## 4.9 MATERIAAL SPECIFIEK VOOR KINDEREN

### **Gecontroleerde eis**

Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kindereinstellingen, 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**

<b>Materiaal aanwezig eerste opvang spoed</b>	
Aangepaste manchetten voor bloeddrukmeter	Ja
Specifiek infuusmateriaal	Ja
Kindereinstellingen bij defibrillator	Ja
Specifiek intubatiemateriaal	Ja

### **Overzicht**

Al het gecontroleerde materiaal, specifiek voor kinderen, is aanwezig op de eerste opvang spoed	Ja
---	----

## 4.10 MATERIAAL MUG-WAGEN

### 4.11 BEHANDELING VAN INTOXICATIES

#### **Gecontroleerde eis**

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

#### **Werkwijze**

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

#### **Vaststellingen**

<b>Intoxicatie met</b>	<b>Richtlijnen</b>
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	8
Aantal met aantoonbare opleiding	8
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	16
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	8
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	8
Aantal met doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	0
Aantal zonder doorgedreven reanimatieopleiding tijdens de voorbije 2 jaar	8

Aantal gecontroleerde artsen	4
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	0
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	Niet in orde
Alle artsen volgden een doorgedreven opleiding reanimatie in het voorbije jaar	Niet in orde

#### 4.14 INFRASTRUCTUUR: KAMERS EENHEID VOOR INTENSIEVE ZORGEN

#### 4.15 INFRASTRUCTUUR: AFZONDERINGSKAMER OP SPOED

#### 4.16 INFRASTRUCTUUR: HERKENBAAR LOKAAL VOOR EERSTE OPVANG SPOED

##### **Gecontroleerde eis**

De functie (eerste opvang spoed) beschikt over een herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten.

##### **Werkwijze**

Er werd nagegaan of de lokalen van de functie eerste opvang spoed aangeduid waren en toegankelijk waren voor bedlegerige patiënten.

##### **Vaststellingen**

De eerste opvang spoed was herkenbaar en toegankelijk	Ja
---	----

#### 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
DC3	7	7	0
medium care/ SJ cardio	6	6	0
Dagziekenhuis	7	6	1
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>1</b>



## 4.18 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

Er is een procedure hoogrisicomedicatie die alle gecontroleerde onderwerpen bevat	
Aantal afdelingen waar hooggeconcentreerde elektrolyten veilig bewaard worden (labeling of aparte opslag)	1 / 3
De apotheker heeft volledig zicht op alle medicatieschema's van alle opgenomen patiënten	
Aantal voorschriften voor niet-verdovende medicatie dat voldoet	10 / 20
Aantal voorschriften voor verdovende medicatie dat voldoet	9 / 10
Aantal geneesmiddelen met aantoonbaar medisch order	18 / 18
Aantal geneesmiddelen met alle gegevens	38 / 40
Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	2 / 2
Aantal geneesmiddelen met leesbare vervaldatum die niet overschreden is	38 / 38
Aantal beademingstoestellen met tijdige preventieve controle	0 / 1
Aantal pompen met tijdige preventieve controle	5 / 6
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	1 / 1
Aantal ECG-toestellen met tijdige preventieve controle	0 / 1
Er is een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis beschikbaar	
Aantal reanimatiekarren met verzegeling en met tijdige controle	1 / 1
Het vereiste reanimatiemateriaal is aanwezig op de eerste opvang van spoedgevallen	
Al het specifieke materiaal voor kinderen dat gecontroleerd werd, is aanwezig op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / eerste opvang van spoedgevallen	
Aanwezige richtlijnen voor intoxicaties	4 / 4
Aanwezige geneesmiddelen ter behandeling van acute intoxicaties	2 / 2
Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie	8 / 8
Aantal verpleegkundigen en artsen met doorgedreven opleiding reanimatie het voorbije jaar	8 / 20
De eerste opvang van spoedgevallen is herkenbaar en toegankelijk voor bedlegerige patiënten	
Aantal ruimten met beveiligde ramen	19 / 20

### Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema veilige zorg	Ja
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal beademingstoestellen zonder tijdige preventieve controle	1 / 1

## 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	19
Aantal dagen met ontbrekende parameters	1
Hartfrequentie	0
Bloeddruk	1
Temperatuur	0
<i>Aantal dagen zonder parameters</i>	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 ziekte-toestand van de patiënt.

### **Werkwijze**

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

### **Vaststellingen**

Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met 2 of meer pijnscores	Aantal dagen met 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
DC3	5	10	10	0	0
medium care/ SJ cardio	5	10	10	0	0
<b>Totaal</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 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

### **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
Eerste opvang spoed	Niet in orde

### **Overzicht**

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

## 5.6 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ KINDEREN

### **Gecontroleerde eis**

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

### **Werkwijze**

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

### **Vaststellingen**

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

## 5.7 PATIËNTENIDENTIFICATIE

### **Gecontroleerde eis**

Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:

- naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of
- naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)

Voor elke medisch/verpleegkundige handeling worden de patiëntidentificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd.

### **Werkwijze**

Op de IZ eenheden, op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en op het internistisch dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd.

### **Vaststellingen**

<b>Afdeling</b>	<b>Aantal gecontroleerde patiënten</b>	<b>Aantal patiënten met volledig en correct bandje</b>	<b>Aantal patiënten met onvolledig bandje</b>	<b>Aantal patiënten zonder bandje</b>
Dagziekenhuis	9	9	0	0
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 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 bevestigd 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 bevestigd 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	5
Aantal afdelingen waar EWS geïmplementeerd is	4

## 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	8
Aantal niet in orde	2
Aantal zonder startuur van transfusie	0
Aantal zonder stopuur van transfusie	2
Aantal zonder toediener	0
Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie	0
Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie	0
Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie	0
<i>Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken</i>	0

## 5.10 REGISTRATIE VAN AFZONDERINGEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

## 5.11 TRIAGESYSTEEM OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

## 5.12 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	19 / 20
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	20 / 20
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	9 / 9
Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening	8 / 10

### 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 dienstkleedij als burgerkleedij die onder de dienstkleedij 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 burgerkleedij die onder de dienstkleedij 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	11	11	0	0	0	0
Artsen	5	4	1	0	0	0
Andere	6	6	0	0	0	0
	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	22
Aantal in orde	21
Aantal niet in orde	1
Aantal verpleegkundigen niet in orde	0
Aantal artsen niet in orde	1
Aantal anderen niet in orde	0

## 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 wegwerpbaar 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**

<b>Afdeling</b>	<b>Berging(en) met wastafel die voldoet aan eis</b>
Dagziekenhuis	In orde
DC3	In orde
medium care/ SJ cardio	In orde

### **Overzicht**

Aantal gecontroleerde bergingen	4
Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis)	4
Aantal niet in orde met de eis	0

## 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**

<b>Afdeling</b>	<b>Scheiding rein/onrein</b>
Dagziekenhuis	In orde
DC3	In orde
medium care/ SJ cardio	In orde

### **Overzicht**

Aantal gecontroleerde afdelingen	3
Aantal afdelingen in orde	3
Aantal afdelingen niet in orde	0

## 6.4 BEDPANSPOELER

### **Gecontroleerde eis**

Er is een bedpanspoeler 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**

<b>Afdeling</b>	<b>Bedpanspoeler aanwezig</b>
Dagziekenhuis	In orde
DC3	In orde
medium care/ SJ cardio	In orde

### **Overzicht**

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

## 6.5 ISOLEERKAMERS MET SAS OP INTENSIEVE ZORGEN

## 6.6 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	21 / 22
Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis	4 / 4
Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging	3 / 3
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	3 / 3

### **Besluit**

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema hygiëne	Neen
--	------

## 7 THEMA COMMUNICATIE

### 7.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TOEGANGELIJK DOSSIER OP IZ

### 7.2 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MEDISCH COÖRDINATOR OP IZ

### 7.3 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG OP IZ

### 7.4 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: CONSULT OP IZ

### 7.5 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERGEGEVENS VAN IZ EN SPOED NAAR DE AFDELING

#### **Gecontroleerde eis**

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

Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:

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

#### **Werkwijze**

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

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

#### **Vaststellingen**

<b>Transfer vanuit afdeling</b>	<b>IZ</b>	<b>Spoed / EOS</b>	<b>Totaal</b>
Aantal gecontroleerde dossiers	0	14	<b>14</b>
Aantal in orde	0	14	<b>14</b>
Aantal niet in orde	0	0	<b>0</b>

## 7.6 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLEENERS: ZAALRONDE OP D-AFDELINGEN

### **Gecontroleerde eis**

Op weekdays 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 weekdays.

### **Vaststellingen**

<b>Afdeling</b>	<b>Aantal gecontroleerde dossiers</b>	<b>Aantal dossiers in orde</b>	<b>Aantal dossiers niet in orde</b>	<b>Aantal dossiers zonder notitie arts</b>	<b>Aantal gecontroleerde dagen</b>	<b>Aantal dagen in orde</b>
DC3	8	6	2	0	24	21
medium care/ SJ cardio	8	8	0	0	20	20
<b>Totaal</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>41</b>

## 7.7 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLEENERS: 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 stand order. Dit stand 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	1
Aantal patiëntendossiers zonder ontslagnotitie door arts	9



## 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 anamnestiche 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**

	<b>D-Afdelingen</b>	<b>Dagziekenhuis</b>	<b>Totaal</b>
Aantal gecontroleerde dossiers	9	10	<b>19</b>
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	9	9	<b>18</b>
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	0	<b>0</b>
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	0	1	<b>1</b>

## 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	5
Aantal patiënten met alle informatie gekend	2
Aantal patiënten met niet alle informatie gekend	3
Aantal patiënten zonder informatie over de bevroegde onderwerpen	0

<b>Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie voor opname</b>	
Zonder info "behandeling/onderzoek"	0
Zonder info "voorbereiding"	1
Zonder info "vervoer"	3
Zonder info "herstelperiode"	0

<b>Details over de wijze van informeren</b>	
Op mondelinge en schriftelijke wijze	3
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	2
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

## 7.10 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

### 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) bevestigd 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 vervolgspraak nodig is

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

#### **Vaststellingen**

Aantal gecontroleerde patiënten	4
Aantal patiënten met volledige informatie	3
Aantal patiënten met onvolledige informatie	1
Aantal patiënten zonder informatie over de bevestigde onderwerpen	0

<b>Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige ontslaginformatie</b>	
Zonder info "vervolgspraak"	0
Zonder info "pijn"	0
Zonder info "contactgegevens"	1
Zonder info "medicatieschema"	0

<b>Details over de wijze van informeren</b>	
Op mondelinge en schriftelijke wijze	2
Enkel op schriftelijke wijze	0
Enkel op mondelinge wijze	2
Noch op mondelinge, noch op schriftelijke wijze	0

## 7.12 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

Aantal dossiers met volledige transfergegevens	14 / 14
Aantal dossiers met op alle gecontroleerde dagen notities over de zaalronde	14 / 16
Aantal dossiers na dagopname met ontslagbeslissing	1 / 10
Aantal dossiers met ontslagbrief	18 / 19
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	18 / 18
Aantal patiënten die voor opname voldoende geïnformeerd werden over de gecontroleerde aspecten	2 / 5
Aantal patiënten die bij ontslag alle informatie kregen over de gecontroleerde items	3 / 4

### **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 veilige zorg