

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 Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres Schiepse Bos 6, 3600 Genk

INRICHTENDE MACHT

Naam ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG, AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING
Juridische vorm Ver.OCMW
Adres Schiepse Bos 6, 3600 Genk

UITBATINGSPLAATS

Naam Campus Sinte-Barbara
Adres Bessemerstraat 478, 3620 Lanaken

OPDRACHT

Nummer O-2015-MAPU-0145
Datum 25/02/2015

VERSLAG

Nummer V-2015-KOFI-0008
Datum 6/04/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort Onaangekondigd bezoek op 3/04/2015 (9:00-15:00)

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). 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.

1.3 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 binnen het nalevingstoezicht.

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De apotheek
- De internistische verpleegafdeling(en):
 - + LB2

2 SITUERING

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

- D-bedden: 59

In de loop van de maand mei 2015 zal een verhuisbeweging plaatsvinden van de internistische activiteiten naar de campus Sint-Jan te Genk. Vanaf dan zullen op de site Sint-Barbara enkel nog chirurgische patiënten worden opgenomen, hetzij in daghospitaal, hetzij in kortverblijf.

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

3.13 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE EERSTE OPVANG SPOED

3.14 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

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, 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 | Ja |
| Richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening | Ja |

| Bewaring hoogrisicomedicatie | |
|-------------------------------------|---------|
| LB2 | 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, maar niet op het volledig medicatieschema 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 | Neen |
|--|------|

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

| | |
|---|------|
| Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch | Neen |
|---|------|

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

4.4 MEDICATIEVEILIGHEID: MEDISCH ORDER VOOR MEDICATIETOEDIENING

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 |
| LB2 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| Totaal | 10 | 10 | 0 | 0 |

| Details over de vervaldata | |
|--------------------------------------|----|
| Aantal gecontroleerde geneesmiddelen | 10 |
| Vervaldatum niet overschreden | 10 |
| Vervaldatum overschreden | 0 |
| 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 |
| LB2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Totaal | 1 | 0 | 1 | 0 |

| Details over de ontbrekende gegevens | |
|--------------------------------------|---|
| Aantal met ontbrekende gegevens | 1 |
| Aantal zonder naam geneesmiddel | 0 |
| Aantal zonder dosisaanduiding | 0 |
| Aantal zonder datum | 1 |
| Aantal zonder naam patiënt | 0 |

Klaargemaakte spuiten

| Afdeling | Aantal gecontroleerde spuiten | In orde | Niet in orde | |
|---------------|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------|
| | | Aantal met alle gegevens | Aantal met ontbrekende gegevens (incl alle) | Aantal zonder gegevens |
| LB2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Totaal | 1 | 0 | 1 | 0 |

| Details over de ontbrekende gegevens | |
|--------------------------------------|---|
| Aantal met ontbrekende gegevens | 1 |
| Aantal zonder naam geneesmiddel | 0 |
| Aantal zonder dosisaanduiding | 0 |
| Aantal zonder datum | 1 |
| Aantal zonder naam patiënt | 0 |

4.6 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

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

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 ZORGEN

4.15 INFRASTRUCTUUR: AFZONDERINGSKAMER OP SPOED

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 suicide 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 |
|-----------------|--------------------------------------|---|---|
| LB2 | 7 | 7 | 0 |
| Totaal | 7 | 7 | 0 |

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 / 1 |
| De apotheker heeft geen 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 alle gegevens | 10 / 10 |
| Aantal infusen en spuiten met alle gegevens | 0 / 2 |
| Aantal geneesmiddelen met leesbare vervaldatum die niet overschreden is | 10 / 10 |
| Er is een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis beschikbaar | |
| Aantal reanimatiekarren met verzegeling en met tijdige controle | 1 / 1 |
| Aantal ruimten met beveiligde ramen | 7 / 7 |

Besluit

| | |
|---|------|
| Er zal een check 2 gebeuren voor het thema veilige zorg | Neen |
|---|------|

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 PARAMETERS IN HET PATIËTENDOSSIER OP DE VERPLEEGAFDELINGEN

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËTENDOSSIER

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 PATIËNTENIDENTIFICATIE

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 | 4 |
| 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 | 3 |
| Aantal volledig in orde | 2 |
| Aantal niet in orde | 1 |
| Aantal zonder startuur van transfusie | 0 |
| Aantal zonder stopuur van transfusie | 0 |
| Aantal zonder toediener | 0 |
| Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie | 0 |
| Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie | 1 |
| 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 dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening | 2 / 3 |
|--|-------|

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 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Artsen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Andere | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Overzicht

| | |
|-----------------------------------|---|
| Aantal gecontroleerde medewerkers | 5 |
| Aantal in orde | 5 |
| Aantal 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

| Afdeling | Berging(en) met wastafel die voldoet aan eis |
|----------|--|
| LB2 | Niet in orde |

Overzicht

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde bergingen | 1 |
| Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis) | 0 |
| Aantal niet in orde met de eis | 1 |
| Aantal met wastafel in vuile berging die niet voldoet aan de eis | 1 |
| Aantal zonder wastafel in de vuile berging | 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

| Afdeling | Scheiding rein/onrein |
|-----------------|------------------------------|
| LB2 | In orde |

Overzicht

| | |
|----------------------------------|---|
| Aantal gecontroleerde afdelingen | 1 |
| Aantal afdelingen in orde | 1 |
| 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

| Afdeling | Bedpanspoeler aanwezig |
|-----------------|-------------------------------|
| LB2 | In orde |

Overzicht

| | |
|--|---|
| Aantal gecontroleerde afdelingen | 1 |
| Aantal afdelingen met bedpanspoeler | 1 |
| Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler | 0 |

6.5 ISOLEERKAMERS MET SAS OP INTENSIEVE ZORGEN

6.6 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

| | |
|---|-------|
| Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne | 5 / 5 |
| Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis | 0 / 1 |
| Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging | 1 / 1 |
| Aantal afdelingen met bedpanspoeler | 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

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

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

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

| | D-Afdelingen | Dagziekenhuis | Totaal |
|--|--------------|---------------|--------|
| Aantal gecontroleerde dossiers | 5 | 0 | 5 |
| Aantal dossiers met volledige ontslagbrief | 5 | 0 | 5 |
| Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief | 0 | 0 | 0 |
| Aantal dossiers zonder ontslagbrief | 0 | 0 | 0 |

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

| | |
|--|-------|
| Aantal dossiers met ontslagbrief | 5 / 5 |
| Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig | 5 / 5 |

Besluit

| | |
|---|------|
| Er zal een check 2 gebeuren voor het thema communicatie | Neen |
|---|------|

8 BESLUIT

Op deze vestigingsplaats is voor geen enkel thema een check 2 aangewezen.