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, check 2

| | |
|---|---|
| INSPECTIEPUNT | |
| Naam | Algemeen ziekenhuis Gezondheidszorg Oostkust |
| Adres | Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist |
| Telefoon | 050/63 31 11 |

| | |
|---|---|
| INRICHTENDE MACHT | |
| Naam | AZ ZENO |
| Juridische vorm | VZW |
| Adres | Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist |
| Telefoon | 050/63 31 11 |

| | |
|---|---|
| UITBATINGSPLAATS | |
| Naam | Campus Koningin Fabiola |
| Adres | Dr Fr. Verhaeghestraat 1, 8370 Blankenberge |

| | |
|---|---|
| OPDRACHT | |
| Nummer | O-2015-MAPU-0645 |
| Datum | 24/09/2015 |

| | |
|---|---|
| VERSLAG | |
| Nummer | V-2015-ANCL-0015 |
| Datum | 06/10/2015 |

| | |
|---|---|
| INSPECTIEBEZOEK | |
| Soort | Onaangekondigd bezoek op 24/09/2015 (09u00 – 13u30) |

# INHOUD


**1 Inleiding ..... 3**

1.1 Inspectiemodel ..... 3
1.2 Leeswijzer voor dit rapport ..... 3
1.3 Inspectiebezoek ..... 4

**2 Situering ..... 4**

**3 Thema Personeel ..... 5**

3.1 Medische permanentie intensieve zorgen ..... 5
3.2 Beschikbaarheid intensivist voor de functie intensieve zorgen ..... 7
3.3 Medisch reglement functie IZ ..... 7
3.4 Verpleegkundige basispermanentie en patient nurse ratio IZ ..... 9
3.5 Verpleegkundige personeelsequipe intensieve zorgen ..... 11
3.6 Medische permanentie gespecialiseerde spoedgevallendienst en MUG ..... 12
3.7 Medisch diensthoofd spoed ..... 14
3.8 Medisch reglement functie spoed/ MUG ..... 15
3.9 Voor elke interne discipline een oproepbare permanentie spoed ..... 16
3.10 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed / MUG ..... 17
3.11 Hoofdverpleegkundige spoed ..... 18
3.12 Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst ..... 19
3.13 Samenvatting thema personeel ..... 20

**4 Thema veilige zorg ..... 21**

4.1 Medicatieveiligheid: hoogrisicomedicatie ..... 21
4.2 Medicatieveiligheid: medisch order voor medicatietoediening ..... 22
4.3 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatie ..... 23
4.4 Protocol pletbare medicatie ..... 25
4.5 Mobiel beademingstoestel en monitoring op De campus ..... 26
4.6 Materiaal specifiek voor kinderen ..... 26
4.7 Materiaal MUG-wagen ..... 27
4.8 Verantwoordelijke voor MUG-materiaal/ koffer ..... 28
4.9 Samenvatting thema veilige zorg ..... 29

**5 Thema gestandaardiseerde zorg ..... 30**

5.1 Parameters in het patiëntendossier op de verpleegafdelingen ..... 30
5.2 Pijnscores in het patiëntendossier ..... 31
5.3 Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten ..... 32
5.4 Staande orders pijn/pijnprotocol ..... 32
5.5 opleiding over pijn ..... 33
5.6 Triagesysteem op de spoedgevallendienst ..... 33
5.7 Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg ..... 35

**6 Thema communicatie ..... 36**

6.1 Informatie aan patiënten: wachttijden op de spoedgevallendienst ..... 36
6.2 Samenvatting thema communicatie ..... 36

**7 Besluit ..... 37**

# 1 INLEIDING

Dit rapport 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.

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**.

Per thema waren er bij de eerste inspectie (**check 1**) criteria vastgelegd op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een tweede onaangekondigde inspectie (**check 2**). Check 2 werd uitgevoerd na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) en is eveneens thematisch. Dit wil zeggen dat per thema de verbeterpunten die geleid hebben tot een check 2 opnieuw geïnspecteerd worden, maar ook dat bijkomende, aanverwante eisen kunnen geïnspecteerd worden.
Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten. Wanneer onvoldoende verbetering op de voornaamste verbeterpunten wordt vastgesteld of nieuwe ernstige tekorten worden gezien tijdens check 2, kan dit agentschap een **check 3** vragen aan Zorginspectie. 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 verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en de situering van het ziekenhuis (hoofdstuk 2) vindt u de thematische hoofdstukken terug waarvoor een check 2 gebeurde op deze campus. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betrokken eisen uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Op het einde van elk besproken hoofdstuk staat een overzicht van de vaststellingen en een besluit. Dit besluit geeft weer of voor het betreffende thema de verbeterpunten die aanleiding gaven tot een check 2 opgelost zijn of niet.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op **www.zorginspectie.be**.

## 1.3 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 2 binnen het nalevingstoezicht.
Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De apotheek
- De eenheid voor intensieve zorgen:
    - IZ
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- De MUG
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch-oncologisch) dagziekenhuis:
    - Z3
- De internistische verpleegafdeling(en):
    - D3
    - C3-D4

# 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 6 bedden
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie MUG
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 47

# 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 IZ-eenheden in orde | 1 |

## 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 MEDISCH REGLEMENT FUNCTIE IZ

**Gecontroleerde eis**

Het medisch reglement is uitgewerkt op ziekenhuisniveau. Op dienstniveau is het medisch reglement vertaald in interne afspraken die schriftelijk zijn opgemaakt (zaalrondes, oproepen wachtdiensten…). Interne afspraken voor de dienst worden nageleefd.

De functie beschikt over een reglement van interne orde (RIO) waarin volgende afspraken en procedures staan beschreven: opname en ontslagcriteria, in- en exclusiecriteria, beleid rond speciale patiëntengroepen (bv. beleid m.b.t. pediatrische patiënten), procedure indien de functie IZ geen patiënten meer kan opnemen.

De functie beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten van en naar de intensieve zorgen, intra- en extramuros.

**Werkwijze**

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

Het medisch reglement voor de eenheid IZ werd opgevraagd. Er werd nagegaan of volgende elementen in het reglement beschreven werden:

- organisatie zaalrondes
- procedure overbezetting
- regeling medische permanentie
- regeling permanentie intensivisten ( 24/24u , 7/7 d beschikbaarheid)
- inclusie- en exclusiecriteria

- richtlijnen voor zorgoverdracht bij transfer/ ontslag uit de eenheid

**Vaststellingen**

| Naam van de eenheid | Organisatie zaalrondes | Procedure over-bezetting | Regeling medische permanentie | 24/24 en 7/7d beschikbaarheid intensivist | Inclusie-/ exclusie-criteria | Richtlijnen zorgoverdracht |
|---|---|---|---|---|---|---|
| IZ | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde IZ-eenheden | 1 |
| Aantal met een reglement in orde | 1 |

| | |
|---|---|
| De tijdspanne waarbinnen de INTENSIVIST overdag aanwezig moet zijn na een oproep is gedefinieerd in het medisch reglement. | Ja |
| Aantal minuten toegestaan om INTENSIVIST overdag ter plaatse te laten komen op de functie IZ | 15 min. |

## 3.4 VERPLEEGKUNDIGE BASISPERMANENTIE EN PATIENT NURSE RATIO IZ

**Gecontroleerde eis**

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

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

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

Supplementair kan men aanvullen met zorgkundigen, administratieve- of logistieke hulpen.
Indien de hoofdverpleegkundige gedeeltelijk effectief wordt ingeroosterd in de zorg, dan kunnen die uren ook meegerekend worden in de zorg.

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

**Werkwijze**

De IZ-afdelingen met erkende bedden en de afdelingen die door het ziekenhuis zijn opgegeven als intensieve zorgeneenheden werden bezocht.
Indien een eenheid zowel een highcare als midcare deel omvatte, 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 was). 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 | 2 |
| Aantal verpleegkundigen | 4 |
| Aantal verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel of gelijkgesteld | 3 |
| 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 |

## 3.5 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 | 6 |
| Totaal aantal VTE verpleegkundigen | 14,3 |
| Aantal VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld | 9,3 |
| 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 |

## 3.6 MEDISCHE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST 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 kwalificatie.
Het betreft:

- geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde (art. 2, 1° en 2° van KB 14 februari 2005)
- geneesheer-specialist in de acute geneeskunde (art. 2, 3° van KB 14 februari 2005)
- geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6, 3, 2° van KB 14 februari 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 |

## 3.7 MEDISCH DIENSTHOOFD SPOED

**Gecontroleerde eis**

De geneesheer-diensthoofd is een erkend geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde. Hij is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel verbonden aan de functie.

**Werkwijze**

De kwalificaties van het medisch diensthoofd van de dienst gespecialiseerde spoed werden opgevraagd en gecontroleerd.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Het medische diensthoofd spoed is gespecialiseerd in de urgentiegeneeskunde | Ja |

## 3.8 MEDISCH REGLEMENT FUNCTIE SPOED/ MUG

**Gecontroleerde eis**

Het medisch reglement is uitgewerkt op ziekenhuisniveau. Op dienstniveau is het medisch reglement vertaald in interne afspraken die schriftelijk zijn opgemaakt (zaalrondes, oproepen wachtdiensten,…). Interne afspraken voor de dienst worden nageleefd.

**Werkwijze:**

De gespecialiseerde spoedopname werd bezocht.

Het medisch reglement voor de dienst gespecialiseerde spoedopname werd opgevraagd. Er werd nagegaan of volgende elementen in het reglement beschreven waren:

- procedure overbezetting
- regeling medische permanentie voor de spoedopname
- regeling oproepbare medische permanentie per discipline
- ontslagcriteria
- beleid met betrekking tot pediatrische patiënten
- beleid met betrekking tot psychiatrische patiënten

**Vaststellingen**

| Volgende elementen zijn beschreven: | |
|---|---|
| De procedure bij overbezetting | Ja |
| De regeling van de medische permanentie van de spoed | Ja |
| De regeling voor de medische permanentie per discipline | Neen |
| De ontslagcriteria | Ja |
| Het beleid m.b.t. pediatrische patiënten | Ja |
| Het beleid m.b.t. psychiatrische patiënten | Ja |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| Alle gezochte elementen werden teruggevonden | Neen |

## 3.9 VOOR ELKE INTERNE DISCIPLINE EEN OPROEPBARE PERMANENTIE SPOED

**Gecontroleerde eis**

Er is een oproepbare permanentie van een geneesheer-specialist voor elke interne discipline die er hospitaliseert, die binnen de kortst mogelijke tijd na oproep aanwezig is op de campus.
De 'kortst mogelijke tijd' is vast gelegd in het medisch reglement.

**Werkwijze**

De nominatieve wachtlijst van artsen die instaan voor de oproepbare permanentie van onderstaande disciplines werd gecontroleerd voor de laatste week:

- Pneumologie
- Cardiologie
- Gastro-enterologie

Er werd nagegaan of voor elk van deze disciplines steeds 24/24u een arts oproepbaar is.

**Vaststellingen**

| Discipline | Oproepbaar |
|---|---|
| Pneumoloog | Neen |
| Cardioloog | Neen |
| Gastro-enteroloog | Neen |

## 3.10 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED / MUG

**Gecontroleerde eis**

De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen (basispermanentie), waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij als bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 kan bewijzen dat hij/zij op 19/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid van art. 11 van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.

Geen van deze twee verpleegkundigen wordt vast ingeschakeld voor structureel georganiseerde activiteiten elders zoals permanenties op andere diensten waardoor de basispermanentie van de spoed in het gedrang komt. Op momenten dat de functie niet actief is, d.w.z. wanneer er zich geen patiënten op de functie bevinden of nog aangemeld staan (tijdelijk elders voor bv. radiologie onderzoek), kan één van de twee verpleegkundigen van de basispermanentie tijdelijk elders dan de spoedfunctie worden ingeschakeld, maar nog steeds op dezelfde vestigingsplaats. Van zodra er zich een patiënt aanmeldt in de spoed wordt deze verpleegkundige onmiddellijk gecontacteerd en begeeft die zich direct naar de spoedfunctie.

De MUG-functie voorziet 24 uur op 24 in een eigen verpleegkundige permanentie, vanuit de eigen specifieke equipe, van ten minste één persoon die houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij bachelor is in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben op datum van 02/09/1998 in één van de diensten bedoeld in art. 7, al. 2 van het K.B. 10 augustus 1998.

**Werkwijze**

Er werd 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 aanwezig waren, of deze steeds onmiddellijk beschikbaar waren en of ze de juiste kwalificaties hadden.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde dagen spoed | 4 |
| Aantal dagen in orde | 4 |
| Aantal dagen niet in orde | 0 |

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde dagen MUG | 4 |
| Aantal dagen in orde | 4 |
| Aantal dagen niet in orde | 0 |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| De verpleegkundige permanentie was verzekerd gedurende de gecontroleerde periode | Ja |

## 3.11 HOOFDVERPLEEGKUNDIGE SPOED

**Gecontroleerde eis**

De hoofdverpleegkundige is drager 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 in deze functie van hoofdverpleegkundige te hebben op datum van 01/12/1998.

**Werkwijze**

Op de gespecialiseerde spoed werd de personeelslijst en de lijst van verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel van gespecialiseerde in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg (of gelijkgestelden) opgevraagd. Er werd nagegaan of de dienst beschikte over een hoofdverpleegkundige en of de hoofdverpleegkundige houder was van een bijzondere beroepstitel (BBT) of over de vereiste ervaring beschikte.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| De spoed beschikt over een hoofdverpleegkundige | Ja |
| De hoofdverpleegkundige beschikt over de juiste kwalificatie (BBT of gelijkgesteld) | Ja |

## 3.12 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:<br>- een verpleegkundige | |

| | |
|---|---|
| Het personeelslid dat instaat voor de 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 |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| Er wordt voldaan aan de eis (triage door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel) | Ja |

## 3.13 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

| | |
|---|---|
| Aantal IZ-eenheden waarvan de medische permanentie voldoet | 1/1 |
| Aantal IZ-eenheden met onmiddellijk beschikbare intensivist | 1/1 |
| Aantal IZ-eenheden met een medisch reglement waarin alle gezochte elementen teruggevonden werden | 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 |
| De medische permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet aan de eis | |
| Het medisch diensthoofd van de gespecialiseerde spoed voldoet aan de eis | |
| Het medisch reglement voor de gespecialiseerde dienst spoedgevallen bevat niet alle gezochte elementen | |
| Er is voor de bekeken interne disciplines geen oproepbare 24-uurspermanentie van een geneesheer-specialist op de gespecialiseerde dienst spoedgevallen. | |
| De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet aan de eis | |
| De hoofdverpleegkundige van de gespecialiseerde spoed voldoet aan de eis | |
| Triage gebeurt op de gespecialiseerde spoedgevallendienst door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel | |

**Besluit**

| | |
|---|---|
| De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 over dit thema zijn weggewerkt | Ja |

# 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, 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 campus en beoordeeld op de aanwezigheid van look alikes en sound alikes, instructies voor labeling, opslag en toediening.

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 volgens eis** | |
|---|---|
| D3 | Ja |
| C3-D4 | Ja |
| IZ | Ja |
| Spoed | Ja |

## 4.2 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** |
|---|---|---|---|
| IZ | 11 | 11 | 0 |
| Z3 | 15 | 15 | 0 |
| D3 | 10 | 10 | 0 |
| C3-D4 | 2 | 2 | 0 |
| **Totaal** | **38** | **38** | **0** |

## 4.3 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 |
| D3 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| C3-D4 | 10 | 9 | 1 | 0 |
| Z3 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| IZ | 10 | 10 | 0 | 0 |
| Gespecialiseerde spoed | 10 | 10 | 0 | 0 |
| **Totaal** | **50** | **49** | **1** | **0** |

| Details over de ontbrekende gegevens | |
|---|---|
| Aantal met ontbrekende gegevens | 1 |
| Aantal zonder naam geneesmiddel | 0 |
| Aantal zonder dosisaanduiding | 0 |
| Aantal zonder (leesbare) vervaldatum | 1 |

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

**INFUSEN MET MEDICATIE**

| Afdeling | Aantal gecontroleerde geneesmiddelen | In orde | Niet in orde | |
|---|---|---|---|---|
| | | Aantal met alle gegevens | Aantal met ontbrekende gegevens (incl. alle) | Aantal zonder gegevens |
| D3 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| C3-D4 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Z3 | 6 | 6 | 0 | 0 |
| IZ | 1 | 1 | 0 | 0 |
| **Totaal** | **11** | **11** | **0** | **0** |

**KLAARGEMAAKTE SPUITEN**

| Afdeling | Aantal gecontroleerde geneesmiddelen | In orde | Niet in orde | |
|---|---|---|---|---|
| | | Aantal met alle gegevens | Aantal met ontbrekende gegevens (incl. alle) | Aantal zonder gegevens |
| D3 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| IZ | 3 | 3 | 0 | 0 |
| **Totaal** | **4** | **4** | **0** | **0** |

## 4.4 PROTOCOL PLETBARE MEDICATIE

**Gecontroleerde eis**

Een protocol over pletbare medicatie en de medicatie die nuchter moet toegediend worden is beschikbaar, is gekend en wordt nageleefd door alle betrokken medewerkers

**Werkwijze**

Op de D-afdelingen en de eenheden intensieve zorgen werd aan een medewerker gevraagd om de richtlijnen over pletbare medicatie te tonen.

**Vaststellingen**

| Richtlijnen over pletbare medicatie kunnen getoond worden op | |
|---|---|
| D3 | Ja |
| C3-D4 | Ja |
| IZ | Ja |

## 4.5 MOBIEL BEADEMINGSTOESTEL EN MONITORING OP DE CAMPUS

**Gecontroleerde eis**

De campus beschikt over de nodige apparatuur om een kritische patiënt veilig te transporteren binnen het ziekenhuis, zoals mobiel beademingstoestel en mobiele monitoring.

**Werkwijze**

Er werd nagegaan of er op de campus een mobiel beademingstoestel en een mobiele monitoring aanwezig waren.

**Vaststellingen**

| Aanwezigheid op de campus van: | |
|---|---|
| Mobiel beademingstoestel | Ja |
| Mobiele monitoring | Ja |

| | |
|---|---|
| Tijdige preventieve controle van het mobiel beademingstoestel kan aangetoond worden | Ja |

## 4.6 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 |

## 4.7 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 : 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 | 2 |
| Aantal koffers verzegeld | 2 |
| Aantal koffers niet verzegeld | 0 |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| In de MUG-wagen was al het gecontroleerde materiaal aanwezig | Ja |

| | |
|---|---|
| Alle MUG-koffers waren verzegeld | Ja |

## 4.8 VERANTWOORDELIJKE VOOR MUG-MATERIAAL/ KOFFER

**Gecontroleerde eis**

Er is een verantwoordelijke aangesteld voor de controle van medicatie en materialen. Deze verantwoordelijke en het tijdstip waarop de laatste controle is gebeurd, moeten traceerbaar zijn. De controle dient minimaal 1x per dag te gebeuren

**Werkwijze**

Er werd aan een medewerker van de gespecialiseerde spoedgevallendienst gevraagd om aan te tonen wie verantwoordelijk is voor de controle van de medicatie en materialen van de MUG op de dag van inspectie.

De registratie van deze controle werd opgevraagd en er werd nagegaan of de laatste controle niet langer dan 24u geleden gebeurde en of de persoon die de laatste controle verrichtte traceerbaar was.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Er kan aangetoond worden wie verantwoordelijk is voor de controle van de medicatie en het materiaal van de MUG | Ja |
| De registratie van de laatste controle kan aangetoond worden | Ja |
| Het tijdstip van de laatste controle kan aangetoond worden | Ja |
| De laatste controle gebeurde niet langer dan 24u geleden | Ja |
| Via het register is duidelijk wie de laatste controle uitvoerde | Ja |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| Er is voldaan aan alle voorwaarden voor de controle van de medicatie en het materiaal van de MUG | Ja |

## 4.9 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) | 4/4 |
| Aantal geneesmiddelen met getekend medisch order | 38/38 |
| Aantal geneesmiddelen met alle gegevens | 49/50 |
| Aantal infusen en spuiten met alle gegevens | 15/15 |
| Aantal geneesmiddelen die de vervaldatum niet overschreden hebben | 49/49 |
| Aantal afdelingen waar een protocol voor pletbare medicatie kon voorgelegd worden | 3/3 |
| Er is een mobiel beademingstoestel en een mobiele monitoring beschikbaar op de campus | |
| De tijdige preventieve controle van het mobiel beademingstoestel kan aangetoond worden | |
| Er is specifiek materiaal voor kinderen op de spoedgevallendienst | |
| Er is specifiek materiaal voor kinderen op de eerste opvang spoedgevallen | |
| Aantal MUG-wagens met alle materiaal | 1/1 |
| Aantal MUG-koffers met verzegeling | 2/2 |
| Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van het MUG-materiaal en de MUG-koffers | |

**Besluit**

| | |
|---|---|
| De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 over dit thema zijn weggewerkt | Ja |

# 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 en temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde dossiers | 11 |
| Aantal gecontroleerde dagen | 20 |
| Aantal dagen met alle parameters in orde | 19 |
| Aantal dagen met ontbrekende parameters | 1 |
| Aantal dagen zonder hartfrequentie | 1 |
| Aantal dagen zonder bloeddruk | 0 |
| Aantal dagen zonder temperatuur | 0 |
| *Aantal dagen zonder alle 3 de 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** |
|---|---|---|---|---|---|
| IZ | 9 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| D3 | 6 | 10 | 8 | 2 | 0 |
| C3-D4 | 5 | 10 | 5 | 5 | 0 |
| **Totaal** | **20** | **30** | **23** | **7** | **0** |

## 5.3 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 intensieve zorgen en de internistische afdelingen nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.

**Vaststellingen**

| Er is een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten | |
|---|---|
| D3 | Neen |
| C3-D4 | Neen |
| IZ | Ja |

**Overzicht**

| Aantal gecontroleerde afdelingen | 3 |
|---|---|
| Aantal in orde | 1 |
| Aantal niet in orde | 2 |

## 5.4 STAANDE ORDERS PIJN/PIJNPROTOCOL

**Gecontroleerde eis**

Er zijn staande orders inzake pijn.

**Werkwijze**

Op de eenheden intensieve zorgen en op de internistische afdelingen worden de staande orders/ protocollen inzake pijn opgevraagd (per afdeling of ziekenhuisbreed). Als staand order wordt aanvaard: elk door de arts vooraf opgesteld (en ondertekend) behandelingsschema waarin minimaal indicaties en een hieraan gelinkte behandeling opgenomen zijn.

**Vaststellingen**

| Staande orders/protocollen inzake pijn konden voorgelegd worden | |
|---|---|
| D3 | Ja |
| C3-D4 | Ja |
| IZ | Neen |

**Overzicht**

| Aantal gecontroleerde afdelingen | 3 |
|---|---|
| Aantal in orde | 2 |
| Aantal niet in orde | 1 |

**Toelichting:**

Op de eenheid IZ is het pijnprotocol uitgeschreven, maar dit document is nog niet door de artsen bekrachtigd.

## 5.5 OPLEIDING OVER PIJN

**Gecontroleerde eis**

Het personeel is opgeleid over pijn.

**Werkwijze**

Op de eenheden intensieve zorgen en op de D-afdelingen werd gevraagd aan het verpleegkundig personeel of ze de laatste twee jaar opleiding kregen over pijn. Zowel interne en externe vormingen, als opleidingen in het kader van een inscholing werden goedgekeurd.

**Vaststellingen**

| Afdeling | Aantal bevraagde verpleegkundigen | Aantal met opleiding over pijn | Aantal zonder opleiding over pijn |
|---|---|---|---|
| IZ | 4 | 4 | 0 |
| D3 | 3 | 0 | 3 |
| C3-D4 | 4 | 4 | 0 |
| **Totaal** | **11** | **8** | **3** |

## 5.6 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 tijdsspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden.
Er gebeurt een hertriage wanneer de voorziene tijdsspanne 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 |

## 5.7 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

| | |
|---|---|
| Aantal dagen met alle parameters in het dossier | 19/20 |
| Aantal dagen met voldoende pijnscores in het dossier | 30/30 |
| Er is een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten op IZ. | |
| Aantal internistische afdelingen met een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten | 0/2 |
| Aantal afdelingen waar staande orders/ protocollen inzake pijn konden voorgelegd worden | 2/3 |
| Aantal verpleegkundigen dat de laatste 2 jaar is opgeleid over pijn | 8/11 |
| Er wordt een gestandaardiseerd triagesysteem toegepast op de spoedgevallendienst | |
| Het triagesysteem op de spoedgevallendienst bevat alle gecontroleerde criteria | |

**Besluit**

| | |
|---|---|
| De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 over dit thema zijn weggewerkt | Ja |

# 6 THEMA COMMUNICATIE

## 6.1 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

**Gecontroleerde eis**

Patiënten worden geïnformeerd over de wachttijden

**Werkwijze**

Op de spoedgevallendiensten werd aan een aantal patiënten die reeds gezien waren door een arts of een verpleegkundige, gevraagd of ze over informatie beschikten betreffende de vermoedelijke wachttijd.

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Aantal bevraagde patiënten | 4 |
| Aantal patiënten die geïnformeerd zijn over de wachttijden | 3 |
| Aantal patiënten die niet geïnformeerd zijn over de wachttijden | 1 |

## 6.2 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

| | |
|---|---|
| Aantal patiënten die voldoende geïnformeerd waren over wachttijden op de spoedgevallendienst | 3/4 |

# 7 BESLUIT

Op deze vestigingsplaats zijn alle knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 weggewerkt.