

## DEPARTEMENT ZORG

### Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG: ALGEMEEN ZIEKENHUIS – GERIATRISCH ZORGTRAJECT, CHECK 2

### INRICHTENDE MACHT

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| Naam               | Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis  |
| Type entiteit      | Rechtspersoon               |
| Rechtsvorm         | vzw                         |
| Ondernemingsnummer | 0410424222                  |
| Adres              | Moorselbaan 164, 9300 Aalst |

### INSPECTIEPUNT

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Naam          | Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis  |
| Adres         | Moorselbaan 164, 9300 Aalst |
| Dossiernummer | 126                         |

### UITBATINGSPLAATS

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| Naam  | Campus Aalst                |
| Adres | Moorselbaan 164, 9300 Aalst |

### INSPECTIE

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Datum laatste vaststelling | 10/07/2023    |
| Verslagnummer              | ZI-2023-00680 |
| Inspecteur                 | XXXX          |

### INSPECTIEBEZOEK

#### **Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis (campus Aalst)**

Onaangekondigde inspectie op 10/07/2023 (09:00-12:00)

Gesprekspartners: er werd gesproken met stafmedewerkers en (hoofd)verpleegkundigen.

## INHOUDSOPGAVE

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Inleiding                                       | 3  |
| 1.1 | Toezicht door Zorginspectie                     | 3  |
| 1.2 | Inspectiemethodiek                              | 4  |
| 1.3 | Inspectieverslag                                | 5  |
| 2   | Situering                                       | 6  |
| 3   | Thema personeel                                 | 7  |
| 3.1 | Verpleegkundig personeel op de dienst geriatrie | 7  |
| 4   | Thema veilige zorg                              | 8  |
| 4.1 | Hoogrisicomedicatie                             | 8  |
| 4.2 | Bewaring medicatie                              | 9  |
| 5   | Thema gestandaardiseerde zorg                   | 10 |
| 5.1 | Zorgbeperking in dossier                        | 10 |
| 6   | Thema communicatie                              | 11 |
| 6.1 | Pluridisciplinair overleg (PDO)                 | 11 |
| 7   | Besluit   | 12 |

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

### Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvies op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

### Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindieners het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via [zorginspectie-inspectieverslagen-en-openbaarheid](http://www.zorginspectie-inspectieverslagen-en-openbaarheid).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

## 1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Zorginspectie voert in alle Vlaamse ziekenhuizen nalevingstoezicht uit dat zich richt op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht wordt via onaangekondigde inspectie nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt en dat te vinden is op de website van de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg.

De zorgtrajecten die tot in 2022 geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014), het internistisch zorgtraject (2015-2016) en het cardiale zorgtraject (2018-2019); in 2018-2019 werd ook een herhalingsronde uitgevoerd m.b.t. een aantal aspecten van het chirurgisch en internistisch zorgtraject. Na afronding van elk van deze inspectierondes werd op basis van de gegevens van de individuele ziekenhuisverslagen een beleidsrapport opgemaakt. Deze beleidsrapporten zijn te vinden op de website van Zorginspectie.

In deze inspectieronde ligt de focus op de zorg voor geriatrische patiënten. Voor de beoordeling van de inspectievaststellingen baseert Zorginspectie zich op het eisenkader voor de geriatrische patiënt (**eisenkader geriatrisch zorgtraject**) en op het generieke eisenkader dat geldt voor elke hospitalisatie-afdeling (**generieke eisenkader**).

Volgende diensten worden bezocht:

- de geriatrische verblijfsafdelingen;
- de Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen;
- het geriatrisch dagziekenhuis.

Niet op elke campus zijn al deze afdelingen aanwezig; om die reden wordt soms een beperkter aantal afdelingen bezocht. Hierdoor kan het zijn dat een aantal onderwerpen niet bevraagd worden, waardoor in het verslag onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven.

Met "patiëntveiligheid" en "patiëntbetrokkenheid" als leidraad, selecteerde Zorginspectie vijf thema's waar rond elementen uit de eisenkaders werden gegroepeerd voor de inspectie. Deze thema's, met name personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie, vormen elk een hoofdstuk in dit verslag.

Per thema waren er bij de eerste inspectie (check 1) criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een tweede onaangekondigde inspectie (check 2).

Rode en oranje knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg.

Een check 2 volgt:

- zodra één rood knipperlicht wordt vastgesteld;
- indien minstens 3 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Deze check 2 werd uitgevoerd na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1). Alle knipperlichten die geleid hebben tot een check 2 werden opnieuw geïnspecteerd op het geriatrisch dagziekenhuis, op alle geriatrische en op alle Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen.

De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen.

Zorginspectie inspecteerde onaangekondigd tijdens check 1 en 2: het ziekenhuis wist dus niet vooraf op welke dag de inspectie zou plaatsvinden.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

### 1.3 INSPECTIEVERSLAG

Dit inspectieverslag geeft de vaststellingen weer binnen check 2 van het nalevingstoezicht.

Het verslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na dit eerste inleidende hoofdstuk en een situering van het ziekenhuis in het tweede hoofdstuk, volgen de vaststellingen per thematisch hoofdstuk waarvoor een check 2 gebeurde. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betreffende eisen uit het eisenkader en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Op het einde van het verslag staat een besluit, dat weergeeft of de verbeterpunten die aanleiding gaven tot een check 2 opgelost zijn of niet.

## 2 SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het geriatrische zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Geriatrisch zorgprogramma
- Geriatrisch dagziekenhuis
- G-bedden: 61

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De geriatrische verblijfsafdelingen:
  - D2
  - D4
- Het geriatrisch dagziekenhuis

### 3 THEMA PERSONEEL

#### 3.1 VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL OP DE DIENST GERIATRIE

##### Gecontroleerde eisen

Er is per afdeling permanent een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief (excl. de hoofdverpleegkundige).

Vanaf 31 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling is er op de afdeling permanent een tweede gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief.

##### Werkwijze

Op de geriatrische verblijfsafdelingen werd gevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen zijn opgesteld en hoeveel patiënten er op de dag van inspectie opgenomen waren. Bij een tijdelijke sluiting van bedden op de dag van de inspectie (bv. wegens personeelstekort) werd ter objectivering hiervan naar een schriftelijke mededeling gevraagd.

De minimale verpleegkundige permanentie werd voor de dag van inspectie (nacht- en ochtendshift) en dag voor inspectie (avondshift) gecontroleerd:

- minstens 1 verpleegkundige per 30 opgestelde bedden op een geriatrische verblijfsafdeling van een acute campus (= geriatrische afdeling op een campus waar ook andere acute diensten (intensieve zorgen, operatiekwartier, spoed) aanwezig zijn);
- minstens 1 verpleegkundige per 30 opgenomen patiënten op een geriatrische verblijfsafdeling van een subacute campus (= geriatrische afdeling op een campus waar geen acute diensten aanwezig zijn).

##### Vaststellingen

| Naam afdeling               | D2      | D4      |
|-----------------------------|---------|---------|
| Verpleegkundige permanentie | in orde | in orde |
| Overdag                     | in orde | in orde |
| Tijdens de nacht            | in orde | in orde |

## 4 THEMA VEILIGE ZORG

### 4.1 HOOGRISICOMEDICATIE

#### Gecontroleerde eisen

De ziekenhuisapotheker maakt samen met het medisch farmaceutisch comité een procedure op over de veilige omgang met hoog risico medicatie. Deze procedure bevat minstens:

- Oplijsting van de hoogrisicomedicatie
- Het gebruik van een waarschuwingssysteem bv. via labeling
- Veilige manier van opslag, voorschrijven, bereiden, toedienen
- Beperking van concentraties en volumes (op elke afdelingen moet duidelijk zijn welke hoeveelheden en concentraties mogen bewaard worden)
- Toegangsbevoegdheden
- Opleiden van zorgverleners om op een veilige manier om te gaan met hoogrisicomedicatie
- Snel informatiebereik over alle aspecten van de hoogrisicomedicatie voor de medewerkers

Het ziekenhuis bepaalt welke medicatie als hoog-risico omschreven wordt en heeft een procedure hoe men hier op een veilige manier mee omgaat.

Hoogrisicomedicatie omvat minimaal:

- Geconcentreerde elektrolyten (bv. KCl)
- Heparine
- Insuline
- Cytostatica
- Narcotica
- Adrenerge middelen
- Neuromusculaire inhibitoren

Deze procedure is gekend door de zorgverleners en wordt nageleefd.

#### Werkwijze

Op de geriatrie en Sp-psychogeriatrie verblijfsafdelingen en op het geriatrie dagziekenhuis werd nagegaan of er specifieke labeling was van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline.

#### Vaststellingen

| Naam afdeling             | Labeling hoogrisicomedicatie |
|---------------------------|------------------------------|
| D2                        | in orde                      |
| D4                        | niet in orde                 |
| Geriatrisch dagziekenhuis | in orde                      |

#### Overzicht

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Aantal afdelingen gecontroleerd | 3 |
| Aantal afdelingen in orde       | 2 |



## 4.2 BEWARING MEDICATIE

### Gecontroleerde eis

Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.

### Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd gecontroleerd of de medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten en bezoekers.

### Vaststellingen

| Naam afdeling             | Bewaring medicatie |
|---------------------------|--------------------|
| D2                        | in orde            |
| D4                        | in orde            |
| Geriatrisch dagziekenhuis | in orde            |

### Overzicht

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Aantal afdelingen gecontroleerd | 3 |
| Aantal afdelingen in orde       | 3 |

## 5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

### 5.1 ZORGBEPERKING IN DOSSIER

#### Gecontroleerde eis

In het dossier zijn de wensen van de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger over zorgbeperkingen en de negatieve wilsverklaring opgenomen.

Indien van toepassing wordt de zorgbeperking met de patiënt en zijn verwanten besproken.

Een DNR-code heeft een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier. De DNR-code is met datum getekend/gevalideerd door de arts.

Indien de DNR-code groter is dan nul:

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

#### Werkwijze

In dossiers van patiënten die minstens 1 week opgenomen waren op een geriatrische of Sp-psychogeriatrische verblijfsafdeling, werd gezocht naar informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.

#### Vaststellingen

| Naam afdeling | Aantal gecontroleerde dossiers | Aantal met informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring |
|---------------|--------------------------------|---|
| D2            | 10                             | 10  |
| D4            | 10                             | 10  |
| <b>Totaal</b> | 20                             | 20  |

## 6 THEMA COMMUNICATIE

### 6.1 PLURIDISCIPLINAIR OVERLEG (PDO)

#### Gecontroleerde eisen

Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te garanderen, dient er overeenkomstig eis 7.4 over elke patiënt minimaal wekelijks een teamoverleg binnen het pluridisciplinair (psycho)geriatrisch team georganiseerd te worden waarbij de fysische en psychische toestand geëvalueerd wordt en de therapie zonodig bijgestuurd. Het dossier wordt geregeld aangevuld met een verslag dat de evolutie in de toestand van de patiënt weergeeft en dat die toestand vergelijkt met het programma en de timing van de behandeling zoals die bij de opname en naderhand werd opgesteld of aangepast.

Het verslag van het teamoverleg over de patiënt wordt in zijn dossier opgenomen.

Het pluridisciplinair geriatrisch team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatrische patiënten.

Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de aantoonbare kwalificaties:

- 1° minstens één voltijds arts specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden;
- 2° minstens twee verpleegkundigen, met inbegrip van de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma, houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of verpleegkundige met aantoonbare expertise in de geriatrie,. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar;
- 3° maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde);
- 4° kinesitherapeut;
- 5° ergotherapeut;
- 6° logopedist;
- 7° diëtist;
- 8° klinisch psycholoog;
- 9° zorgkundige.

De medische organisatie van de Sp-psychogeriatric wordt toevertrouwd aan artsen-specialisten in de geriatrie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie of in de neurologie.

#### Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatric verblijfsafdelingen werd in dossiers van patiënten die minstens 1 week opgenomen waren, gezocht naar de verslagen van het wekelijks pluridisciplinair overleg. Voor die verslagen werd gezocht naar de aantoonbare aanwezigheid van minstens 3 disciplines.

#### Vaststelling

| Naam afdeling  | D2 | D4 | Totaal |
|--|----|----|--------|
| Aantal gecontroleerde dossiers   | 10 | 10 | 20     |
| Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO  | 10 | 10 | 20     |
| Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig                         | 10 | 10 | 20     |
| Aantal dossiers met onvoldoende verslagen PDO of met PDO zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum 3 disciplines | 0  | 0  | 0      |

## 7 BESLUIT

Volgende knelpunten die tijdens check 1 aanleiding gaven tot een knipperlicht, zijn niet weggewerkt en worden opgevolgd door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg:

|   |     |
|---|-----|
| Aantal afdelingen waar geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline niet specifiek gelabeld worden | 1/3 |
|---|-----|