

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: ALGEMEEN ZIEKENHUIS – GERIATRISCH ZORGTRAJECT, CHECK 2

INRICHTENDE MACT

Naam	Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0267386438
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde

INSPECTIEPUNT

Naam	Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde
Dossiernummer	204

UITBATINGSPLAATS

Naam	Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	18/07/2023
Verslagnummer	ZI-2023-00689
Inspecteur	XXXX

INSPECTIEBEZOEK

Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

Onaangekondigde inspectie op 18/07/2023 (09:00-11:30)

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 veilige zorg	7
3.1	Bewaring medicatie	7
4	Thema gestandaardiseerde zorg	8
4.1	Patiëntidentificatie	8
4.2	Informatie over ouderdomszwakke	8
4.3	Pijnscores	10
5	Thema communicatie	11
5.1	Pluridisciplinair overleg (PDO)	11
6	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 beleidsadvisering 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**.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener 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.be)**.

Meer informatie is te vinden op onze website: **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 bevestigd worden, waardoor in het verslag onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven.

Met "patiëntveiligheid" en "patiëntbetrokkenheid" als leidraad, selecteerde Zorginspectie vijf thema's waarvoor 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.

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: 74

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De geriatrische verblijfsafdeling(en):
 - G1
 - G2
- Het geriatrisch dagziekenhuis

3 THEMA VEILIGE ZORG

3.1 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
G1	in orde
G2	niet in orde
Geriatrisch dagziekenhuis	in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	3
Aantal afdelingen in orde	2

4 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

4.1 PATIËNTIDENTIFICATIE

Gecontroleerde eisen

De procedure hanteert minimaal twee persoonsgebonden parameters om te controleren of patiënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd. Deze parameters kunnen zijn de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer dat de patiënt kent of een recente gezichtsfoto. In geval van langdurige of chronische zorg waarbij de patiënt lang op dezelfde afdeling verblijft en bijgevolg de patiënt daar goed gekend is, kan gezichtsherkenning één van de persoonsgebonden parameters zijn. Het kamernummer, bednummer of het woonadres is mogelijk variabel en kan dus niet worden gebruikt als parameter.

De persoonsgebonden parameters worden vergeleken met de gegevens van de identificatieband (polsbandje) die aan de patiënt aangebracht werd.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd op de volledigheid en correctheid van de gegevens (de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer of een recente gezichtsfoto).

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal met een bandje met volledige en correcte gegevens	Aantal niet in orde		
			Aantal met bandje met onvolledige gegevens	Aantal met bandje met foutieve gegevens	Aantal zonder bandje
G1	10	10	0	0	0
G2	10	10	0	0	0
Geriatrisch dagziekenhuis	0	0	0	0	0
Totaal	20	20	0	0	0

Overzicht

Aantal gecontroleerde patiënten	20
Aantal in orde (identificatiebandje met volledige en correcte gegevens)	20
Aantal niet in orde	0

4.2 INFORMATIE OVER OUDERDOMSZWAKTE

Gecontroleerde eis

Uit het patiëntendossier en zorgplan blijkt dat er aandacht is voor ouderdomszwakte (frailty) met informatie over de volgende risicofactoren:

- malnutritie;
- valrisico;
- slikproblematiek;
- mate van zelfredzaamheid;

- delirium;
- polyfarmacie;
- decubitus.

Daarnaast is er informatie over:

- (ouder)verwaarlozing;
- (aan- of afwezigheid van) vroegtijdige zorgplanning;
- vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger.

Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere weekdays voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een geriatrische of Sp-psychogeriatrische verblijfsafdeling. In deze dossiers werd gezocht naar informatie over volgende risicofactoren:

- malnutritie;
- valrisico;
- slikproblematiek;
- mate van zelfredzaamheid;
- delirium;
- decubitus.

Vaststellingen

Naam afdeling	G1	G2	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	10	10	20
Aantal dossiers met informatie over alle gecontroleerde risicofactoren	6	2	8
Aantal dossiers met niet over alle gecontroleerde risicofactoren informatie	4	8	12
Aantal zonder informatie malnutritie	0	3	3
Aantal zonder informatie valrisico	1	5	6
Aantal zonder informatie slikproblematiek	3	1	4
Aantal zonder informatie mate van zelfredzaamheid	0	0	0
Aantal zonder informatie delirium	1	2	3
Aantal zonder informatie decubitus	0	1	1
Aantal dossiers waarin voor geen enkele gecontroleerde risicofactor informatie gevonden werd	0	0	0
Aantal dossiers met informatie over minstens 4 van de 6 risicofactoren	10	8	18

4.3 PIJNSCORES

Gecontroleerde eis

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat

1° verpleegkundige anamnese met informatie over allergie, thuismedicatie, contactgegevens en alle elementen die de leefgewoonten van de patiënt weergeven, inclusief sociale anamnese en kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis, woonsituatie, voedingsgewoontes, mantelzorg, vervoersmogelijkheden,...)

2° de voorgeschreven medische orders en behandelingen (gevalideerd /getekend door de arts), met name de staande orders, medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen

3° het verpleegplan met de verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en verpleegkundige interventies en de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen

4° de observatienota's, evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen met registratie van de parameters volgens medische noodzaak met op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting van:

- hartfrequentie;
- bloeddruk;
- temperatuur;
- pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling) en indien van toepassing
- bewustzijn;
- respiratoire aandachtspunten;
- saturatiemeting;
- gewicht;
- voedingsstatus.

5° de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren (minimaal paramedische therapie en evolutie)

6° alle elementen ter voorbereiding op het ontslag van de patiënt

7° verpleegkundige ontslagbrief

Werkwijze

In dossiers van patiënten die werden opgenomen op een geriatrische verblijfsafdeling van een acute campus (= geriatrische afdeling op een campus waar ook andere acute diensten (intensieve zorgen, operatiekwartier, spoed) aanwezig zijn), werd gezocht of er minstens 1 pijnscore per dag was (op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting).

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met minstens 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
G1	10	10	10	0
G2	10	10	10	0
Totaal	20	20	20	0

5 THEMA COMMUNICATIE

5.1 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)geriatriesch 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 geriatriesch team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatriesche patiënten.

Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatriesch 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 geriatriesche en Sp-psychogeriatriche 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	G1	G2	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	7	10	17
Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO	3	0	3

Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig	3	0	3
Aantal dossiers met onvoldoende verslagen PDO of met PDO zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum 3 disciplines	4	10	14

6 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 medicatie niet veilig bewaard wordt	1/3
Aantal dossiers met onvoldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten of met pluridisciplinaire overlegmomenten zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum 3 disciplines	14/17