

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: ALGEMEEN ZIEKENHUIS – GERIATRISCH ZORGTRAJECT

INRICHTENDE MACHT

Naam	Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0862382656
Adres	Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen

INSPECTIEPUNT

Naam	ZiekenhuisNetwerk Antwerpen
Adres	Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen
Dossiernummer	009

UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus ZNA Hoge Beuken
Adres	Commandant Weynsstraat 165, 2660 Antwerpen

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	14/05/2024
Verslagnummer	ZI-2024-01649
Inspecteurs	XXXX
	XXXX
	XXXX
	XXXX

INSPECTIEBEZOEK

Campus ZNA Hoge Beuken

Onaangekondigde inspectie op 14/05/2024 (09:00-12:30)

Gesprekspartners: er werd gesproken met o.a. directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen, paramedici en patiënten.

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	Medisch personeel dienst geriatrie	7
3.2	Verpleegkundig personeel op de dienst geriatrie	8
3.3	Verpleegkundig personeel op de dienst Sp-psychogeriatrie	10
4	Thema veilige zorg	11
4.1	Beveiliging van dossiergegevens	11
4.2	Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer	11
4.3	Oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers	12
4.4	Oproepsysteem voor reanimatie	13
4.5	Beveiliging ramen	14
4.6	Oriëntatie	14
4.7	Maatregelen wegloupedrag	14
4.8	Gevaarlijke producten	15
4.9	Hoogrisicomedicatie	16
4.10	Medisch order medicatietoediening	17
4.11	Reden niet toedienen medicatie	18
4.12	Bewaring medicatie	18
5	Thema gestandaardiseerde zorg	19
5.1	Patiëntidentificatie	19
5.2	Interne liaison	19
5.3	Informatie over ouderdomszwakte	20
5.4	Informatie over thuismedicatie en gekende allergieën	21
5.5	Zorgbeperking en DNR	22
5.6	Pijnscores	23
6	Thema hygiëne	24
6.1	Handhygiëne	24
6.2	Wastafel in de vuile berging	25
7	Thema communicatie	26
7.1	Pluridisciplinair overleg (PDO)	26
7.2	Ontslagbrief	27
7.3	Medisch toezicht	29
7.4	Informatie aan patiënten	30
8	Samenvatting	31

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.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling 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 datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via www.departementwvg.be/zorginspectie-inspectieverslagen-en-openbaarheid.

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 (www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/eisenkader-voor-het-zorgprogramma-geriatrie) en op het generieke eisenkader dat geldt voor elke hospitalisatie-afdeling (www.zorg-en-gezondheid.be/eisenkader-voor-elke-hospitalisatie-afdeling).

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 zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt 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 zal ten vroegste 3 maanden na ontvangst van het definitieve verslag van check 1 uitgevoerd worden.

De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen. Op www.zorginspectie.be is het volledige overzicht te vinden van de rode en oranje knipperlichten.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd tijdens check 1 en 2: het ziekenhuis weet dus niet vooraf op welke dag de inspectie zal 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 1 van het nalevingstoezicht.

Het verslag bestaat uit 8 hoofdstukken. Na dit eerste inleidende hoofdstuk en een situering van het ziekenhuis in het tweede hoofdstuk, volgen vijf thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betreffende eisen uit het eisenkader en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Afsluitend wordt in hoofdstuk 8 een samenvatting gegeven van de besluiten per thema en wordt aangegeven of er op basis van rode en/of oranje knipperlichten een check 2 volgt of niet.

2 SITUERING

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

- Geriatrie zorgprogramma
- G-bedden: 78

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De geriatrie verblijfsafdeling(en):
 - G3
 - G4

3 THEMA PERSONEEL

3.1 MEDISCH PERSONEEL DIENST GERIATRIE

Gecontroleerde eis

De medische leiding van de dienst voor geriatrie en het zorgprogramma geriatrie wordt toevertrouwd aan een erkende arts-specialist in de geriatrie.

De arts-diensthoofd moet met volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in het ziekenhuis werkzaam zijn.

Werkwijze

Er werd nagegaan of er een geriater diensthoofd (met een volle dagtaak) werkzaam is in het ziekenhuis. Daarnaast werd nagevraagd hoeveel geriaters er werkzaam zijn (uitgedrukt in aantal geriaters en aantal halve dagen per week werkzaam) op de campus en in het ziekenhuis t.o.v. het aantal opgestelde geriatrie bedden. In dat kader werd ook het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde geriatrie bedden op deze campus in kaart gebracht (De erkende bedden zijn het aantal bedden die door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg erkend worden. De geëxploiteerde bedden zijn het maximum aantal bedden waarin patiënten opgenomen kunnen worden. De opgestelde bedden zijn de bedden waarin, op de dag van inspectie, patiënten kunnen opgenomen worden.). Bij eventuele niet-exploitatie of sluiting van bedden werd ook de reden bevraagd.

Vaststellingen

Aantal erkende geriatrie bedden op deze campus	78
Aantal geëxploiteerde geriatrie bedden op deze campus	52
Reden van het niet exploiteren van geriatrie bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Onvoldoende verantwoorde activiteit	
Aantal opgestelde geriatrie bedden op deze campus	52
Aantal gesloten geriatrie bedden (= aantal geriatrie geëxploiteerde bedden – aantal opgestelde geriatrie bedden) op deze campus	0
Geriaters diensthoofd (ziekenhuisbreed) actief in het ziekenhuis	ja
De geriaters diensthoofd is met volle dagtaak actief in het ziekenhuis	ja
Aantal geriaters voor het ziekenhuis	12
Aantal halve dagen geriaters voor het ziekenhuis	111
Aantal geriaters voor deze campus	2
Aantal halve dagen geriaters voor deze campus	20
Aantal opgestelde geriatrie bedden in het ziekenhuis	203
Aantal opgestelde geriatrie bedden op deze campus	52
Aantal halve dagen geriaters per aantal opgestelde geriatrie bedden voor het ziekenhuis	111 / 203
Aantal halve dagen geriaters per aantal opgestelde geriatrie bedden voor deze campus	20 / 52

3.2 VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL OP DE DIENST GERIATRIE

Gecontroleerde eisen

Per 24 bedden beschikt de geriatrische dienst over 9 voltijdse equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waarvan ten minste 4 verpleegkundigen die bij voorkeur houders zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met bijzondere deskundigheid in de geriatrie of zoniet hebben minstens deze 4 verpleegkundigen een aantoonbare expertise in de geriatrie.

Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.

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 het uurrooster van de verpleegkundigen opgevraagd. Daarnaast werd gevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen zijn opgesteld en hoeveel patiënten er op de dag van inspectie opgenomen waren. Het aantal VTE verpleegkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden, dit zowel op afdelingsniveau als op campusniveau. Per afdeling werd de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundige (= patient nurse ratio) berekend tijdens vooraf bepaalde uren van de ochtend-, avond- en nachtshift.

Ook de minimale verpleegkundige permanentie werd voor dezelfde periode 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).

Voor de gemengde verblijfsafdelingen (afdelingen met zowel geriatrische bedden als andere erkende bedden) werd het aantal VTE berekend op basis van het aantal opgestelde geriatrische bedden en de patient nurse ratio op basis van het aantal opgenomen geriatrische patiënten.

Bij een tijdelijke sluiting van bedden op de dag van de inspectie (bv. wegens personeelstekort) werd ter objectivering hiervan naar een schriftelijke mededeling gevraagd.

Vaststellingen

Op afdelingsniveau

Aantal VTE verpleegkundigen

Naam afdeling	G3	G4
Aantal opgestelde bedden	26	26
Aantal VTE verpleegkundigen	9,20	7,10
Voldoende VTE verpleegkundigen	nee	nee

Patient nurse ratio

Ochtendshift werd gecontroleerd voor een weekdag.

Nachtshift werd gecontroleerd voor een weekdag.

Avondshift werd gecontroleerd voor een weekdag.

Naam afdeling	G3	G4
Aantal patiënten opgenomen tijdens de ochtendshift	18	18
Aantal verpleegkundigen tijdens de ochtendshift	2	4
Aantal patiënten per verpleegkundige (ochtendshift)	9	4,50
Aantal patiënten opgenomen tijdens de nachtshift	18	18
Aantal verpleegkundigen tijdens de nachtshift	1	1
Aantal patiënten per verpleegkundige (nachtshift)	18	18
Aantal patiënten opgenomen tijdens de avondshift	18	18
Aantal verpleegkundigen tijdens de avondshift	1	1
Aantal patiënten per verpleegkundige (avondshift)	18	18

Verpleegkundige permanentie

Naam afdeling	G3	G4
Verpleegkundige permanentie	in orde	in orde
Overdag	in orde	in orde
Tijdens de nacht	in orde	in orde

Op campusniveau

Aantal VTE verpleegkundigen

Voldoende VTE verpleegkundigen voor de dienst geriatrie van deze campus	nee
Er is een tekort van 3,20 VTE verpleegkundigen op campusniveau	

3.3 VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL OP DE DIENST SP-PSYCHOGERIATRIE

4 THEMA VEILIGE ZORG

4.1 BEVEILIGING VAN DOSSIERGEGEVENS

Gecontroleerde eis

De toegang tot de dossiers (lees- en schrijfrechten) is vastgelegd, beveiligd en wordt gelogd. Het ziekenhuis ziet er op toe dat slechts bevoegden toegang hebben tot het dossier en beschikt over systemen om raadpleging van het dossier door onbevoegden op te sporen.

De werknemer vergrendelt de PC zodra hij deze onbeheerd achterlaat.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagegaan of onbemande laptops/PC's vergrendeld waren en papieren dossiers/documenten niet toegankelijk waren voor patiënten en bezoekers.

Vaststellingen

Naam afdeling	PC's in orde	Papieren dossiers / documenten in orde	Beveiliging van dossiergegevens
G3	ja	ja	in orde
G4	ja	ja	in orde

4.2 BEREIKBAAR OPROEPSYSTEEM OP DE PATIËNTENKAMER

Gecontroleerde eisen

Elke patiëntenkamer beschikt minimaal over een bereikbaar beloproepsysteem.

Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werd aan een aantal patiënten aanwezig in de kamers gevraagd of:

- zij vanuit de plaats of positie waarin ze zich op dat moment bevonden het oproepsysteem konden bereiken;
- zij steeds een medewerker kunnen verwittigen via het oproepsysteem (ook als men bv. in de zetel of aan tafel zit);
- men op tijd geholpen wordt indien men oproept.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met bereikbaar oproepsysteem	Aantal patiënten zonder bereikbaar oproepsysteem
G3	10	9	1
G4	10	10	0
Totaal	20	19	1

Aantal bevroegde patiënten	10
Aantal die zeggen altijd een medewerker te kunnen oproepen	7
Aantal die zeggen meestal wel een medewerker te kunnen oproepen	3
Aantal die zeggen meestal geen medewerker te kunnen oproepen	0
Aantal die zeggen nooit een medewerker te kunnen oproepen	0
Aantal die zeggen altijd op tijd geholpen te worden	2
Aantal die zeggen meestal wel op tijd geholpen te worden	7
Aantal die zeggen meestal niet op tijd geholpen te worden	1
Aantal die zeggen nooit op tijd geholpen te worden	0

4.3 OPROEPSYSTEEM IN ANDERE LOKALEN DAN PATIËNTENKAMERS

Gecontroleerde eis

Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werden een aantal ruimtes gecontroleerd op aanwezigheid van een doeltreffend oproepsysteem. Indien lokalen voor meerdere doeleinden of meerdere afdelingen werden gebruikt, dan werden ze slechts 1 keer beoordeeld (bv. eetkamer die ook als ergotherapie-ruimte gebruikt wordt).

Vaststellingen

Eetkamer/zitkamer

Aantal gecontroleerde eetkamers/zitkamers	2
Aantal eetkamers/zitkamers met doeltreffend oproepsysteem	0
Aantal eetkamers/zitkamers zonder doeltreffend oproepsysteem	2

Toilet op de gang

Aantal gecontroleerde toiletten op de gang	2
Aantal toiletten met doeltreffend oproepsysteem	2
Aantal toiletten zonder doeltreffend oproepsysteem	0

Kinesitherapie-ruimte

Aantal gecontroleerde kinesitherapie-ruimtes	2
Aantal kinesitherapie-ruimtes met doeltreffend oproepsysteem	1
Aantal kinesitherapie-ruimtes zonder doeltreffend oproepsysteem	1

Gesprekslokaal

Aantal gecontroleerde gesprekslokalen	2
Aantal gesprekslokalen met doeltreffend oproepsysteem	0
Aantal gesprekslokalen zonder doeltreffend oproepsysteem	2

Gemeenschappelijke badkamer

Aantal gecontroleerde gemeenschappelijke badkamers	2
Aantal badkamers met doeltreffend oproepsysteem	2
Aantal badkamers zonder doeltreffend oproepsysteem	0

Overzicht

Aantal andere lokalen dan patiëntenkamers gecontroleerd	10
Aantal met doeltreffend oproepsysteem	5

4.4 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE**Gecontroleerde eis**

Er is een performant oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstreker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagegaan of er een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was aan bed van de patiënt of op zak bij zorgverleners op de afdeling.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiëntenkamers/ zorgverleners	Aantal patiëntenkamers/ zorgverleners in orde	Aantal patiëntenkamers/ zorgverleners niet in orde
G3	5	5	0
G4	5	5	0
Totaal	10	10	0

4.5 BEVEILIGING RAMEN

Gecontroleerde eis

Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevonden, werd telkens in een aantal ruimtes nagegaan of de ramen beveiligd waren.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
G3	7	7	0
G4	7	5	2
Totaal	14	12	2

4.6 ORIËNTATIE

Gecontroleerde eis

Ter ondersteuning van de tijdsoriëntatie is er minimaal in elke kamer en in de gemeenschappelijke lokalen een duidelijke aanduiding van de datum en de tijd.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werden een aantal patiëntenkamers gecontroleerd op aanwezigheid van een aanduiding van de datum en de tijd.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde kamers	Aantal met aanduiding van de datum	Aantal met correcte tijdsaanduiding	Aantal in orde (datum en tijd)
G3	5	5	5	5
G4	5	5	5	5
Totaal	10	10	10	10

4.7 MAATREGELEN WEGLOOPGEDRAG

Gecontroleerde eis

De architecturale en functionele organisatie van de dienst moet van die aard zijn dat de patiënt in de dienst een maximale bewegingsvrijheid heeft maar dat hij de dienst niet zonder toezicht kan verlaten. Deze maatregelen tegen wegglooptgedrag staan beschreven in een procedure of in het kwaliteitshandboek.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagevraagd of er maatregelen tegen wegloupedrag worden toegepast.

Vaststellingen

Naam afdeling	Zijn er maatregelen tegen wegloupedrag?	Zijn er maatregelen die op elk moment voor iedere opgenomen patiënt kunnen toegepast worden?
G3	ja	nee
G4	ja	ja

Naam afdeling	Toegepaste maatregelen tegen wegloupedrag
G3	De afdeling kan worden afgesloten met een code/badge maar op het moment van inspectie stond de deur naar de traphal open.
G4	Afdeling is afgesloten met code/badge.

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	2
Aantal afdelingen met maatregelen tegen wegloupedrag	2
Aantal afdelingen met maatregelen die op elk moment voor iedere opgenomen patiënt kunnen toegepast worden	1

4.8 GEVAARLIJKE PRODUCTEN

Gecontroleerde eis

Elke afdeling beschikt over een lijst van de gevaarlijke producten die daar bewaard worden. Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden. Daartoe worden de nodige maatregelen getroffen, door afsluiten van lokaal of van kast.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagevraagd of er reinigingsmiddelen/poetsproducten en/of poetskarren bewaard worden op de afdeling. Op deze locatie(s) werd gecontroleerd of deze producten met een gevarensymbool beveiligd waren voor patiënten.

Vaststellingen

Naam afdeling	Bewaring reinigingsmiddelen / poetsproducten met gevarensymbool
G3	in orde
G4	in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	2
Aantal afdelingen in orde	2

4.9 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
- Beperving 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 geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagegaan of er specifieke labeling was van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline.

Vaststellingen

Naam afdeling	Labeling hoogrisicomedicatie
G3	in orde
G4	niet in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	2
Aantal afdelingen in orde	1

4.10 MEDISCH ORDER MEDICATIETOEDIENING

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

Op de geriatrie en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrie dagziekenhuis werd gezocht naar het medisch order (naam van het geneesmiddel, sterkte, dosis per toediening en toedieningsfrequentie) voor toediening van infusen met toegevoegde medicatie en inspuitbare medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair). Door een arts ondertekende medicatieschema's, door een arts elektronisch ingevoerde of gevalideerde medicatie(schema's) en door een arts ondertekende medische orders werden goedgekeurd. Staande orders met verwijzing ernaar in het patiëntendossier, ondertekend door een arts, werden ook goedgekeurd als medisch order.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde infusen/spuiten	Aantal met ondertekend en volledig medisch order	Aantal zonder medisch order (niet ondertekend, geen order of niet volledig)
G3	6	6	0
G4	6	6	0
Totaal	12	12	0

4.11 REDEN NIET TOEDIENEN MEDICATIE

Gecontroleerde eis

Medicatie wordt genoteerd / afgevinkt na toediening door de verpleegkundige die toegediend heeft. Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werd in de medicatieschema's van patiënten gezocht naar een aantal niet toegediende geneesmiddelen. Vervolgens werd gecontroleerd of de reden van niet toedienen werd vermeld.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen	Aantal met reden van niet toedienen	Aantal zonder reden van niet toedienen
G3	10	7	3
G4	10	6	4
Totaal	20	13	7

4.12 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
G3	in orde
G4	in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	2
Aantal afdelingen in orde	2

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 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 geriatrie en Sp-psychogeriatrie verblijfsafdelingen en op het geriatrie 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
G3	10	10	0	0	0
G4	10	9	0	0	1
Totaal	20	19	0	0	1

Overzicht

Aantal gecontroleerde patiënten	20
Aantal in orde (identificatiebandje met volledige en correcte gegevens)	19
Aantal niet in orde	1

5.2 INTERNE LIAISON

5.3 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 wekdagen 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	G3	G4	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	10	10	20
Aantal dossiers met informatie over alle gecontroleerde risicofactoren	10	9	19
Aantal dossiers met niet over alle gecontroleerde risicofactoren informatie	0	1	1
Aantal zonder informatie malnutritie	0	0	0
Aantal zonder informatie valrisico	0	0	0
Aantal zonder informatie slikproblematiek	0	0	0
Aantal zonder informatie mate van zelfredzaamheid	0	0	0
Aantal zonder informatie delirium	0	1	0
Aantal zonder informatie decubitus	0	0	0
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	10	20

5.4 INFORMATIE OVER THUISMEDICATIE EN GEKENDE ALLERGIEËN

Gecontroleerde eisen

Het medisch luik van het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

- 1° medisch anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën
 - 2° de resultaten van alle medisch-technische onderzoeken en adviezen van geconsulteerde artsen en paramedici
 - 3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie
 - 4° de ingestelde behandelingen en de evolutie van de aandoening
 - 5° bij een chirurgische ingreep: het operatieprotocol en het anesthesieprotocol
 - 6° de voorlopige en definitieve ontslagbrief
 - 7° de notities waaruit de geïnformeerde toestemming van de patiënt blijkt voor iedere tussenkomst
 - 8° indien van toepassing: het verslag van de autopsie
- Alle documenten worden door de arts die ze opstelde ondertekend of elektronisch gevalideerd.

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 minstens 1 dag opgenomen waren op de geriatrie of Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werd gezocht naar informatie rond allergie en thuismedicatie.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met informatie over allergie	Aantal met informatie over thuismedicatie
G3	10	10	10
G4	10	10	10
Totaal	20	20	20

5.5 ZORGBEPERKING EN DNR

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. Daarnaast werd gezocht naar de aanwezigheid van een DNR-code en of deze DNR code:

- Op een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier te vinden was.
- Met datum getekend/gevalideerd werd door de arts.

Als er therapierestrictie (DNR >0) was ingesteld, werd nagegaan of er een melding was van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger, en of er een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek te vinden was.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	Aantal met DNR-code	Aantal met DNR-code op opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier	Aantal met DNR-code met datum getekend/gevalideerd door de arts	Aantal met DNR groter dan nul	Aantal met DNR-code groter dan nul en alle gezochte informatie
G3	10	10	10	10	10	6	5
G4	9	9	9	9	9	8	4
Totaal	19	19	19	19	19	14	9

Details van ontbrekende elementen in de gecontroleerde dossiers met DNR-code groter dan 0	
Aantal gecontroleerde dossiers met DNR-code groter dan nul en niet alle gezochte informatie	5
Aantal zonder "besproken in team"	0
Aantal zonder "besproken met patiënt/familie"	5
Aantal zonder "verslag gesprek patiënt/familie"	5

5.6 PIJNSCORES

6 THEMA HYGIËNE

6.1 HANDHYGIËNE

Gecontroleerde eis

Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die patiëntcontact hebben:

- juwelenvrije handen en voorarmen;
- geen polshorloges, armbanden en/of ringen;
- korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel- of kunstnagels;
- korte mouwen tot boven de elleboog zowel van dienstkleedij als van burgerkleedij die onder de dienstkleedij wordt gedragen.

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen handhygiëne werd bij medewerkers van de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en van het geriatrisch dagziekenhuis nagegaan voor volgende aspecten:

- handen en voorarmen zonder ringen en armbanden;
- geen polshorloges;
- korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels);
- korte mouwen waarbij minstens de helft van de voorarm vrij is, zowel van dienst- als van burgerkleedij die onder de dienstkleedij wordt gedragen.

De vaststellingen werden opgesplitst in drie groepen: verpleegkundigen/zorgkundigen, artsen en anderen. In de groep anderen worden medewerkers opgenomen waarvan de functie niet gespecificeerd kon worden, evenals studenten, paramedici, poetspersoneel, logistiek en technisch personeel.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerd	Alles in orde	Niet in orde			
			Polshorloge	Ring / armband	Lange mouwen	Nagels
Verpleegkundigen /zorgkundigen	6	5	0	0	0	1
Artsen	3	3	0	0	0	0
Anderen	6	6	0	0	0	0
Totaal	15	14	0	0	0	1

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	15
Aantal in orde	14
Aantal niet in orde	1
Aantal verpleegkundigen/zorgkundigen niet in orde	1
Aantal artsen niet in orde	0
Aantal anderen niet in orde	0

6.2 WASTAFEL IN DE VUILE BERGING

Gecontroleerde eis

Elk lokaal waar zorg verleend wordt of waar producten gemanipuleerd worden die met de patiënt in contact komen of kwamen en de verpleegpost, beschikken over alle noodzakelijke elementen voor een goede handhygiëne:

- wastafel;
- vloeibare zeep en handalcohol in niet navulbare dispenser (wegwerpbaar) (handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel zelf beschikbaar te zijn, wel in dezelfde ruimte aanwezig);
- wegwerphanddoekjes in een handdoekverdeler bevestigd aan de muur;
- no-touch vuilbakje;
- reminder handhygiëne.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en het geriatrisch dagziekenhuis werd in de vuile berging de wastafel en de aanwezigheid van handalcohol gecontroleerd. De wastafel werd gecontroleerd op volgende noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren wegwerphanddoekjes?
- Is er een no-touch vuilbak?

Indien de vuile berging door meerdere afdelingen werd gebruikt, dan werd deze maar 1 keer beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	2
Aantal in orde (handalcohol aanwezig en wastafel die voldoet aan de eis)	2
Aantal niet in orde	0

7 THEMA COMMUNICATIE

7.1 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 geriatrische 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-psychogeriatrie wordt toevertrouwd aan artsen-specialisten in de geriatrie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie of in de neurologie.

Werkwijze

Op de geriatriche 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. Daarnaast werd hier ook gekeken bij hoeveel van deze overlegmomenten de aanwezigheid van een verpleegkundige en een arts aantoonbaar was.

Vaststelling

Naam afdeling	G3	G4	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	10	9	19
Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO	10	9	19
Aantal dossiers met voldoende verslagen PDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig	10	9	19
Aantal dossiers met onvoldoende verslagen PDO of met PDO zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum 3 disciplines	0	0	0

Naam afdeling	G3	G4	Totaal
Aantal PDO verwacht	16	16	32
Aantal verslagen PDO	16	16	32
Aantal verslagen PDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig	16	16	32
Aantal PDO's met een verpleegkundige aantoonbaar aanwezig	16	16	32
Aantal PDO's met een arts aantoonbaar aanwezig	16	16	32
Aantal PDO's met een geriater aantoonbaar aanwezig (voor geriatrie) of aantal PDO's met een geriater, neuropsychiater, psychiater of neuroloog aantoonbaar aanwezig (voor Sp-psychogeriatric)	16	0	16

7.2 ONTSLAGBRIEF

Gecontroleerde eisen

Het medisch luik van het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

- 1° medisch anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën;
- 2° de resultaten van alle medisch-technische onderzoeken en adviezen van geconsulteerde artsen en paramedici;
- 3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie;
- 4° de ingestelde behandelingen en de evolutie van de aandoening.
- 5° bij een chirurgische ingreep: het operatieprotocol en het anesthesieprotocol;

6° de voorlopige en definitieve ontslagbrief;

7° de notities waaruit de geïnformeerde toestemming van de patiënt blijkt voor iedere tussenkomst;

8° indien van toepassing: het verslag van de autopsie.

Alle documenten worden door de arts die ze opstelde ondertekend of elektronisch gevalideerd.

Na de pluridisciplinaire geriatrische revalidatie (lees: opname) wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor de thuiszorg is vervat. Bij ontslag wordt voorzien in:

(1) een verslag met de evolutie van de patiënt

(2) een opvolgplan voor thuiszorg

(3) een medicatielijst

(4) een opvolgplan voor niet medische zorgverleners die de patiënt aanduidt

De documenten (1), (2), (3) en (4) worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende huisarts, eventueel de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon.

De patiënt wordt toestemming gevraagd voor deze overmaking van informatie.

Voor elke zorgverlener die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt na het ziekenhuisverblijf en voor elke zorgverlener die de patiënt aanwijst, wordt bij ontslag in een ontslagbrief voorzien, eventueel een voorlopige gevolgd door een definitieve. Deze bevat, naast de algemeen medische en verpleegkundige gegevens, waaronder de relevante anamnestiche gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema) ook een specifieke input van de zorgverstreckende discipline (kinesiotherapie, verpleegkundige zorg, logopedie...).

Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van de patiënt omvat.

Een kopie van de voorlopige of definitieve ontslagbrief wordt in het patiëntendossier bewaard.

Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een geriatrische of Sp-psychogeriatrische verblijfsafdeling. In deze dossiers werd gezocht naar een medische ontslagbrief.

De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- opvolgplan verdere thuiszorg/ verpleegkundige zorgen;
- medicatielijst of informatie over medicatiebeleid;
- verloop hospitalisatie.

Vaststellingen

	G-afdeling(en)	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	20	20
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	20	20
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	0
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	0	0

7.3 MEDISCH TOEZICHT

Gecontroleerde eisen

Op weekdays wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden.

In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal deze patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.

In de subacute diensten (G subacuut, Sp-diensten) is er dagelijks medisch toezicht voor elke patiënt. Daartoe is er dagelijks overleg tussen de arts en de zorgelijke over de medische toestand. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. Patiënten die medische problemen stellen, worden elke dag onderzocht door de behandelende arts. Elke patiënt wordt minimaal één maal per week door de arts onderzocht.

Op elke dienst is een actuele lijst van de verantwoordelijke en behandelende arts en de permanentie.

Van elk onderzoek van de patiënt, zowel op weekdays als in het weekend, is er steeds een weergave door de arts in het individuele patiëntendossier evenals van elke wijziging in de klinische toestand, de gevolgtrekkingen uit medisch-technische prestaties en de ingestelde behandeling.

Indien een andere arts dan de behandelende arts de patiënt bezoekt/onderzoekt, vermeldt deze arts alle bevindingen in het patiëntendossier en waar nodig (in geval van hoogdringendheid) licht hij de behandelende arts mondeling in.

De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door alle bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (op papier of bij voorkeur elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werd nagegaan in de voor verpleegkundigen toegankelijke dossiers of notities te vinden waren over het dagelijks medisch toezicht op weekdays.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen	Aantal dossiers met notities over medisch toezicht op niet alle gecontroleerde dagen	Aantal dossiers zonder notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen
G3	10	10	0	0
G4	10	9	1	0
Totaal	20	19	1	0

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met notities over medisch toezicht	Aantal dagen zonder notities over medisch toezicht
G3	30	30	0
G4	30	28	2
Totaal	60	58	2

7.4 INFORMATIE AAN PATIËNTEN

Gecontroleerde eisen

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betreft de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- de mogelijke complicaties, risico's en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode en nazorg
- de financiële implicaties

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.

De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.

Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze begrijpbare informatie gekregen hadden over hun diagnose/behandeling.

Vaststellingen

Aantal bevroegde patiënten	10
Aantal die zeggen begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling	7
Aantal die zeggen deels begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling	2
Aantal die zeggen geen begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose/behandeling	0
Aantal die zeggen geen informatie te hebben gekregen over hun diagnose/behandeling	1

8 SAMENVATTING

Hieronder worden de vaststellingen per thema opgelijst.

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt 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.

Hieronder is te vinden of op deze campus een check 2 volgt of niet, op basis van rode (aangeduid door **) en/of oranje (aangeduid door *) knipperlichten.

Thema personeel

Er is een geriater diensthoofd met volle dagtaak actief in het ziekenhuis	
Aantal geriatrie-afdelingen met voldoende VTE verpleegkundigen	0/2
Het aantal VTE verpleegkundigen voor de dienst geriatrie op campusniveau voldoet niet	
De verpleegkundige permanentie is verzekerd op de gecontroleerde (Sp-psycho)geriatrie-afdelingen	

Thema veilige zorg

Aantal afdelingen met alle dossiergegevens beveiligd	2/2
Aantal patiënten met een bereikbaar oproepsysteem	19/20
Aantal andere lokalen dan patiëntenkamers met een doeltreffend oproepsysteem	5/10
Aantal patiëntenkamers/zorgverleners met een oproepsysteem voor reanimatie	10/10
Aantal ruimten met beveiligde ramen *	12/14
Aantal kamers met oriëntatie	10/10
Aantal afdelingen met maatregelen tegen wegloupedrag	2/2
Aantal afdelingen met maatregelen tegen wegloupedrag die op elk moment voor iedere opgenomen patiënt kunnen toegepast worden	1/2
Aantal afdelingen met veilige bewaring gevaarlijke producten	2/2
Aantal afdelingen waar geconcentreerde kaliumchloride en insuline specifiek gelabeld worden *	1/2
Aantal geneesmiddelen met ondertekend en volledig medisch order	12/12
Aantal niet toegediende geneesmiddelen met reden van niet toedienen	13/20
Aantal afdelingen met veilige bewaring medicatie	2/2

Thema gestandaardiseerde zorg

Aantal patiënten met een volledig en correct identificatiebandje **	19/20
Aantal dossiers met informatie over alle gecontroleerde risicofactoren	19/20
Aantal dossiers met informatie over minstens 4 van de 6 gecontroleerde risicofactoren	20/20

Aantal dossiers met informatie allergie	20/20
Aantal dossiers met informatie thuismedicatie	20/20
Aantal dossiers met informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	19/19

Thema hygiëne

Aantal medewerkers in orde voor handhygiëne	14/15
Aantal vuile bergingen met handalcohol en een wastafel die voldoet aan de eis	2/2

Thema communicatie

Aantal dossiers met voldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig	19/19
Aantal dossiers met ontslagbrief	20/20
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	20/20
Aantal dossiers met notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen	19/20

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren op deze campus	ja
Volgende inspectievaststellingen liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal patiënten zonder identificatiebandje, met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager	1/20

Tijdens check 2 zullen volgende knipperlichten worden gecontroleerd:	
Aantal patiënten zonder identificatiebandje, met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager	1/20
Aantal ruimten met onbeveiligde ramen	2/14
Aantal afdelingen waar geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline niet specifiek gelabeld worden	1/2