

INSPECTIEVERSLAG: ALGEMEEN ZIEKENHUIS – GERIATRISCH ZORGTRAJECT, CHECK 2

INRICHTENDE MACHT

Naam	AZ ST-JAN Brugge
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	Ver.OCMW (Vereniging van OCMW's)
Ondernemingsnummer	0266559859
Adres	Ruddershove 10, 8000 Brugge

INSPECTIEPUNT

Naam	Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan Brugge
HCO-nummer	24095
Adres	Ruddershove 10, 8000 Brugge
Dossiernummer	049

UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus Sint-Jan
Adres	Ruddershove 10, 8000 Brugge

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	11/02/2025
Verslagnummer	ZI-2025-00169
Inspecteur	XXXX

INSPECTIEBEZOEK

Campus Sint-Jan

Onaangekondigde inspectie op 11/02/2025 (09:30-12:00)

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

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Inspectiemethodiek	4
1.3	Inspectieverslag	4
2	Situering	5
3	Thema personeel	6
3.1	Verpleegkundig personeel op de dienst geriatrie	6
4	Thema veilige zorg	7
4.1	Hoogrisicomedicatie	7
4.2	Bewaring medicatie	8
5	Thema gestandaardiseerde zorg	9
5.1	Patiëntidentificatie	9
6	Besluit	10

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 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 **[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.

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: 144

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De geriatrische verblijfsafdeling(en):
 - G2
 - G7
 - VE 20 (gemengde afdeling)
 - VE 115 (gemengde afdeling)
 - VE 125 (gemengde afdeling)
 - VE 135 (gemengde afdeling)
- 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	G2	G7	VE 20	VE115	VE125	VE 135
Verpleegkundige permanentie	in orde	in orde	in orde	in orde	in orde	in orde
Overdag	in orde	in orde	in orde	in orde	in orde	in orde
Tijdens de nacht	in orde	in orde	in orde	in orde	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-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatrie dagziekenhuis werd nagegaan of er specifieke labeling was van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline.

Vaststellingen

Naam afdeling	Labeling hoogrisicomedicatie
G2	niet in orde
G7	in orde
VE 20	in orde
VE 115	in orde
VE 125	in orde
VE 135	in orde
Geriatrisch dagziekenhuis	in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	7
Aantal afdelingen in orde	6

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 geriatriesch dagziekenhuis werd gecontroleerd of de medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten en bezoekers.

Vaststellingen

Naam afdeling	Bewaring medicatie
G2	in orde
G7	in orde
VE 20	in orde
VE 115	niet in orde
VE 125	in orde
VE 135	in orde
Geriatrisch dagziekenhuis	in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	7
Aantal afdelingen in orde	6

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 geriatrische en Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en op het geriatriesch 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
G2	10	10	0	0	0
G7	10	10	0	0	0
VE 20	2	2	0	0	0
VE 115	8	8	0	0	0
VE 125	5	5	0	0	0
VE 135	0	0	0	0	0
Geriatrisch dagziekenhuis	2	2	0	0	0
Totaal	37	37	0	0	0

Overzicht

Aantal gecontroleerde patiënten	37
Aantal in orde (identificatiebandje met volledige en correcte gegevens)	37
Aantal niet in orde	0

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 geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline niet specifiek gelabeld worden	1/7
Aantal afdelingen waar medicatie niet veilig bewaard wordt	1/7