

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

Algemene Ziekenhuizen: Ziekenhuisbreed toezicht

Inspectiepunt

Naam Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan Brugge – Oostende

Adres Ruddershove 10, 8000 Brugge

Inrichtende macht

Naam AZ Sint-Jan Brugge-Oostende A.V.

Juridische vorm Ver. OCMW

Adres Ruddershove 10, 8000 Brugge

Uitbatingsplaats

Naam Campus Henri Serruys

Adres Kaïrostraat 84, 8400 Oostende

Opdracht

Nummer O-2018-MAPU-0279

Datum 18/06/2018

Verslag

Nummer V-2018-LIVI-0010

Datum 29/08/2018

Inspectiebezoek

Soort Onaangekondigd bezoek op 28/08/2018 (09u00- 13u45)

Inhoud

1.	Inleiding	6
1.1	Toezicht door Zorginspectie	6
1.2	Aanleiding van dit inspectiebezoek	6
1.3	Inspectiemodel	7
1.4	Leeswijzer voor dit rapport	8
1.5	Inspectiebezoek	8
2.	Situering	9
2.1	Erkenningen	9
2.2	Sterilisatieprocessen	9
2.3	Opvang van kinderen in het ziekenhuis	9
3.	Thema personeel	10
3.1	Permanenties en bestaffing	10
3.1.1	Operatiekwartier	10
3.1.3	CSA	11
3.1.4	Intensieve zorgen	12
3.1.5	Gespecialiseerde spoedgevallen	15
3.1.6	Chirurgisch dagziekenhuis	16
3.2	Inscholing en vorming	18
3.2.1	Inscholingsplan	18
3.2.2	Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen	19
3.2.3	Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen	19
3.2.4	Opleiding transfusie voor verpleegkundigen	20
3.2.5	Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen	21
3.2.6	Opleiding CSA	22
4.	Thema veilige zorg	24
4.1	Procedures en voorschriften	24
4.1.1	Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist	24
4.1.2	Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist	24
4.1.3	Procedure bloedtransfusie	25
4.1.4	Voorschriften voor bloed en bloedproducten	26
4.1.5	Behandeling van intoxicaties	26
4.2	Medicatieveiligheid	27
4.2.1	Procedure hoogrisicomedicatie	27
4.2.2	Bewaring hoogrisicomedicatie	28
4.2.3	Zicht op medicatieschema's door apotheker	28

4.2.4	Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten.....	29
4.2.5	Gegevens op medicatievoorschriften voor verdoving	30
4.2.6	Medisch order voor medicatietoediening.....	30
4.2.7	Gegevens op medicatie	31
4.3	Materiaal	32
4.3.1	Controle reanimatiekar voor interne MUG	32
4.3.2	Validatie van wasmachines	32
4.3.3	Validatie van autoclaven	33
4.3.4	Controletesten van de autoclaven	33
4.3.5	Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten.....	34
4.3.6	Controle en onderhoud van medisch materiaal.....	34
4.3.7	Materiaal MUG-wagen	35
4.3.8	Materiaal specifiek voor kinderen.....	37
4.4	Infrastructuur	37
4.4.1	Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery	37
4.4.2	De ontvangstruimte van het operatiekwartier	38
4.4.4	Kamers op de eenheid voor intensieve zorg	39
4.4.5	Afzonderingskamers.....	39
4.4.6	Beveiliging ramen	40
4.5	Patiëntveiligheid.....	41
4.5.1	Veilig transport van patiënten.....	41
4.5.2	Vervaldatum steriele sets.....	41
4.5.3	Traceerbaarheid sets tot op setniveau.....	42
4.5.4	Identificatie weefselstalen operatiekwartier	43
4.6	Dossier	43
4.6.1	SSCL in dossier	43
4.6.2	Patiënten-identificatie in dossier	44
5.	Thema gestandaardiseerde zorg	45
5.1	Procedures en afspraken.....	45
5.1.1	Formele afspraken preoperatieve gegevens	45
5.1.2	Werkvoorschriften van toestellen op CSA.....	45
5.1.3	Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten	46
5.1.4	Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen	46
5.1.5	Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst.....	47
5.1.6	Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen	47
5.2	Standaardisatie in het patiëntendossier	48
5.2.1	Informed consent	48
5.2.2	Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	48

5.2.3	DNR-code.....	49
5.2.4	Bloedtransfusie.....	49
5.2.5	Registratie van afzonderingen.....	50
6.	Thema hygiëne	51
6.1	Operatiekwartier en CSA	51
6.1.1	Toegangsbeveiliging operatiekwartier	51
6.1.3	Gesloten deuren operatiezalen.....	51
6.1.4	Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier	52
6.1.5	Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier.....	52
6.1.6	Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier	53
6.1.7	Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen	53
6.1.9	Infrastructuur van rubruimtes.....	53
6.1.10	Procedure chirurgische handontsmetting op OK	54
6.1.11	Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier.....	54
6.1.13	Onderdompeling in open systemen	55
6.1.14	Gesloten systemen voor chemische desinfectie	55
6.1.15	Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten	56
6.1.16	Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)	56
6.1.17	Toegangsvoorschriften CSA.....	57
6.1.18	Kledijvoorschriften CSA	57
6.1.19	Scheiding tussen de drie zones op CSA	57
6.1.20	Inrichting van de ruimtes.....	58
6.1.21	Transport van steriel en vuil materiaal.....	58
6.1.22	Infrastructuur van de steriele berging.....	59
6.2	Algemene aspecten van hygiëne.....	59
6.2.1	Preoperatieve voorbereiding operatiestreek.....	59
6.2.3	Isoleerkamers met sas op IZ	60
6.2.4	Wastafel in de vuile berging	60
6.2.5	Scheiding rein/onrein	61
6.2.6	Bedpanspoeler.....	61
6.2.7	Afzondering van patiënten met MRSA	62
7.	Thema communicatie	63
7.1	Communicatie tussen zorgverleners	63
7.1.1	Medisch order postoperatief pijnbeleid.....	63
7.1.2	Handovers van recovery naar afdeling.....	63
7.1.3	Medische coördinator op IZ	64
7.1.4	Multidisciplinair overleg op IZ.....	64
7.1.5	Resultaat van een consult	64

7.1.6	Transfergegevens van IZ en gespecialiseerde spoed naar de afdeling	65
7.1.8	Medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op afdelingen	66
7.1.9	Ontslagbeslissing na dagopname	66
7.2	Informatie aan patiënten	67
7.2.1	Beleidsdocument kind in het ziekenhuis	67
7.2.3	De aanwezigheid van ouders bij hun kind tot inductie en bij het ontwaken	67
7.2.5	Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	68
7.2.6	Informatie voor de opname	69
7.2.7	Preanesthesiecontact	70
7.2.8	Informatie bij ontslag	70
7.2.9	Beschikbare ontslaginfo	71

1. INLEIDING

1.1 Toezicht door Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de algemene ziekenhuizen (AZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

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.

1.2 Aanleiding van dit inspectiebezoek

Het toezicht door Zorginspectie vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers, met name indicatoren en accreditatie.

- Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals meet de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op www.zorgkwaliteit.be. Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken voor verbeteracties. Ook patiënten kunnen deze informatie gebruiken om, in overleg met een arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Meer informatie kan u terugvinden via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>
- Bij een ziekenhuisaccreditatie beoordeelt een externe organisatie in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. Ziekenhuizen kiezen vrijwillig of ze al dan niet voor accreditatie gaan.

Het toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit 2 onderling verbonden luiken: nalevingstoezicht en systeemtoezicht.

- Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen en richt zich op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht gaan we via onaangekondigde inspectie na of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt.
- Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem achter de geleverde zorg. Ziekenhuizen die vrijwillig in een accreditatietraject zijn gestapt, worden vrijgesteld van dit systeemtoezicht. Systeemtoezicht gebeurt steeds aangekondigd.

Bij het vrijwillig kiezen voor accreditatie engageerden ziekenhuizen zich ertoe om een accreditatie te behalen tegen eind 2017. Ziekenhuizen die deze deadline niet behaalden, informeren de overheid regelmatig over de voortgang van hun accreditatietraject.

Ziekenhuizen die hun accreditatiebezoek pas plannen na 2018, krijgen bovendien bijkomend ziekenhuisbreed toezicht vanwege Zorginspectie. Vanuit haar taak rond het bewaken van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid wil Zorginspectie namelijk zicht krijgen op de effectief geleverde zorg op de werkvloer. Voor die ziekenhuizen wordt het nalevingstoezicht m.b.t. de chirurgische en de internistische patiënt uitgevoerd, aangevuld met het nagaan van een aantal relevante eisen op de andere afdelingen (die niet eerder via nalevingstoezicht werden aangedaan).

In alle ziekenhuizen wordt vanaf midden 2018 een tweede inspectieronde gepland m.b.t. het chirurgisch en internistisch zorgtraject, met als doel de aandacht van de ziekenhuizen voor kwaliteit binnen die thema's levend te houden. De elementen die nagegaan worden binnen deze tweede inspectieronde werden niet ook opgenomen binnen dit uitgebreid nalevingstoezicht, om te vermijden dat dubbel werk wordt geleverd.

1.3 Inspectiemodel

Binnen nalevingstoezicht toetst Zorginspectie de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be). Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden, controles van patiëntendossiers, controles van procedures, gesprekken met patiënten en observaties.

In ziekenhuizen die hun accreditatiebezoek pas plannen na 2018, herhaalt Zorginspectie het volledige nalevingstoezicht m.b.t. de chirurgische en de internistische patiënt (uitgevoerd in 2013-2014 en 2015-2016). Hierbij bezoeken we opnieuw de plaatsen waar zorg wordt geleverd voor de chirurgische patiënt...

- verpleegafdelingen voor chirurgische patiënten
- het chirurgisch dagziekenhuis
- het operatiekwartier met recovery
- de centrale sterilisatieafdeling (CSA).

... en voor de internistische patiënt:

- verpleegafdelingen voor internistische patiënten
- het niet-chirurgisch dagziekenhuis
- de gespecialiseerde spoedgevallendienst al dan niet met medische urgentiegroep (MUG)
- de intensieve zorgeenheden
- de apotheek.

Daarnaast gaat Zorginspectie een aantal eisen na die ook relevant zijn op andere verpleegafdelingen die vanaf 2013 niet meer werden bezocht:

- geriatrie
- psychiatrie (PAAZ)
- pediatrie
- materniteit
- NIC
- revalidatie
- palliatieve afdeling
- oncologie.

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 onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven in het verslag.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal thema's die de leidraad vormen voor de inspectie: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie zal plaatsvinden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten.

Meer informatie over het toezicht van Zorginspectie in algemene ziekenhuizen is te vinden op <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/algemene-ziekenhuizen>.

1.4 Leeswijzer voor dit rapport

Dit rapport bestaat uit 7 hoofdstukken.

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van (de campus van) het ziekenhuis (hoofdstuk 2), zijn er 5 thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen.

1.5 Inspectiebezoek

Tijdens de inspectie werd een bezoek gebracht aan:

Het operatiekwartier	Operatiekwartier
De recovery	Recovery
De centrale sterilisatieafdeling	CSA
De apotheek	
De eenheid voor intensieve zorgen	I4
De gespecialiseerde spoedgevallendienst	
De MUG (Medische Urgentie Groep)	
Het gemengd dagziekenhuis	DZ8
Het pediatrisch dagziekenhuis	DZ10
De heelkundige afdeling	C7
De internistische afdeling	D15
De oncologische afdeling	D14
De geriatrie afdeling	Geriatric 4
De afdeling materniteit	M3
De pediatrische afdeling	E2
De revalidatie afdeling	D13 Sp5
De psychiatrische afdeling	Psychiatric

2. SITUERING

2.1 Erkenningen

Op deze vestigingsplaats heeft het ziekenhuis volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

Functie ziekenhuisapotheek	
Functie voor intensieve zorg	8 bedden
Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg	
Functie mobiele urgentiegroep	
Functie chirurgisch dagziekenhuis	
Functie niet-chirurgisch dagziekenhuis	
C	67 bedden
D	101 bedden
G	60 bedden
M	13 bedden
E	15 bedden
A	30 bedden
Sp Neurologisch	20 bedden

2.2 Sterilisatieprocessen

Sterilisatie en desinfectie activiteiten werden nagegaan op de centrale sterilisatieafdeling met de meeste activiteit (verder CSA) en op het bezochte operatiekwartier van deze campus.

Activiteiten rond sterilisatie en desinfectie op andere plaatsen of door een andere firma behoorden niet tot de scope van dit inspectiebezoek.

2.3 Opvang van kinderen in het ziekenhuis

De vragen over opvang van kinderen in het ziekenhuis werden op verschillende plaatsen gesteld:

- Centraal (beleid)
- Op de pediatrie
- Op het chirurgisch dagziekenhuis, als daar kinderen in dagopname aanwezig waren. Indien er geen kinderen aanwezig waren, werden de vragen op het pediatrisch dagziekenhuis of op de pediatrie gesteld.

Op deze campus worden kinderen opgenomen voor dagingrepen op het pediatrisch dagziekenhuis. Op het moment van inspectie waren er geen kinderen voor dagingrepen opgenomen.

3. THEMA PERSONEEL

3.1 Permanenties en bestaffing

3.1.1 Operatiekwartier

Omloopverpleegkundigen in het operatiekwartier

Werkwijze

Er werd nagekeken of er in iedere zaal waar ingrepen doorgingen een aparte omloop was aangesteld. Verder werd gecontroleerd of deze omloop een verpleegkundige was.

Vaststellingen

Aantal zalen gecontroleerd	5
Aantal omlopen	8
Aantal omlopen die verpleegkundige zijn	8
Aantal zalen met minstens één omloopverpleegkundige	5

Conclusie

In iedere zaal waar een ingreep doorgaat, is een aparte verpleegkundige omloop	Ja
--	----

Verpleegkundige permanentie in het operatiekwartier

Werkwijze

Wanneer uit de bevraging van de medewerkers bleek dat er op dit operatiekwartier ook ingrepen worden uitgevoerd buiten de normale openingsuren, werden de wachtlijsten opgevraagd van de verpleegkundigen voor het operatiekwartier om na te gaan of er steeds een omloopfunctie en een instrumentist beschikbaar zijn voor dringende ingrepen.

Indien er maar 1 operatieverpleegkundige beschikbaar is, wordt nagegaan of deze bijgestaan wordt door een ander personeelslid en of deze medewerker gekwalificeerd is of niet. Als gekwalificeerd personeel worden volgende functies weerhouden: arts, ASO, student geneeskunde of een verpleegkundige met specifieke opleiding. Zorgkundigen of logistiek personeel worden als niet gekwalificeerd personeel gezien.

Bovendien wordt nagegaan of die persoon die bijstand verleent, ook nog andere taken in het ziekenhuis heeft waardoor die niet de hele tijd beschikbaar kan zijn (algemene waak, loopwaak, MUG, spoed, IZ,...).

Vaststellingen

Er gebeuren soms dringende ingrepen buiten de normale openingsuren	Ja
Er kon een wachtlijst voorgelegd worden voor OK-verpleegkundigen.	Ja
Er zijn steeds twee operatieverpleegkundigen beschikbaar voor het operatiekwartier	Ja

Conclusie

Er is een garantie dat er steeds minstens twee operatieverpleegkundigen beschikbaar zijn voor het operatiekwartier.	In orde
---	---------

Verpleegkundige permanentie op recovery**Werkwijze**

Er werd nagegaan hoeveel patiënten er aanwezig waren op het drukste moment tijdens de inspectie van recovery en hoeveel verpleegkundigen er op hetzelfde moment op de recovery aan het werk waren.

Vaststellingen

Aantal postoperatieve patiënten op moment van de inspectie	3
Aantal verpleegkundigen op het moment van de inspectie	2

Conclusie

Er is minstens 1 verpleegkundige per 3 patiënten die herstellen van een anesthesie.	In orde
---	---------

3.1.2 CSA**CSA-verantwoordelijke****Werkwijze**

Op dienstniveau werd nagegaan of er een CSA-verantwoordelijke is aangesteld.

Vaststelling

Er is een CSA verantwoordelijke aangesteld.	Ja
---	----

Conclusie

De CSA wordt aangestuurd door een CSA-verantwoordelijke.	In orde
--	---------

Aanwezigheid sterilisatiedeskundige op CSA**Werkwijze**

Op de dag van inspectie worden de namen nagegaan van de aanwezige CSA-medewerkers. Deze namen worden gecheckt met de opleidingslijst van de personeelsleden om na te gaan of er op de dag van inspectie een sterilisatiedeskundige aanwezig was.

Vaststelling

Op moment van inspectie was er een sterilisatiedeskundige aanwezig op de CSA.	Ja
---	----

Conclusie

Er is een sterilisatiedeskundige aanwezig bij sterilisatie.	In orde
---	---------

3.1.3 Intensieve zorgen

Beschikbaarheid intensivist voor de functie IZ

Werkwijze

Indien de dienstdoende intensivist niet aanwezig was op de eenheid intensieve zorgen, dan werd deze opgebeld met de vraag onmiddellijk naar de eenheid te komen. Er werd nagegaan of de betrokken persoon binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Intensivist is onmiddellijk beschikbaar	Ja
---	----

Conclusie

Voor de gecontroleerde IZ-eenheid was er een intensivist onmiddellijk beschikbaar (binnen de 15 minuten)	In orde
--	---------

Verpleegkundige basispermanentie en patiënt nurse ratio IZ

Werkwijze

De erkende IZ-afdeling werd bezocht.

Indien een eenheid zowel een highcare als midcare deel omvatte, dan werd nagegaan of er een aparte verpleegkundige equipe was voor elk van beide. Zo niet werd er nagegaan of er voldoende personeel was indien alle posities als highcare beschouwd werden.

De personeelslijst en de lijst van verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel van gespecialiseerde in de intensieve zorg en spoedgevallen zorg en de lijst van verpleegkundigen die hiermee gelijkgeschakeld zijn, werd opgevraagd.

Er werd nagegaan of er een basispermanentie van minstens 2 verpleegkundigen per eenheid was waarbij er een maximale periode van 15 minuten getolereerd werd waar er slechts één verpleegkundige aanwezig was.

Het aantal aanwezige verpleegkundigen werd vergeleken met het aantal opgenomen patiënten. Daarnaast werd nagegaan of minstens de helft van de aanwezige verpleegkundigen over een bijzondere beroepstitel (BBT of gelijkgesteld aan op basis van ervaring) beschikte.

De verhouding aanwezige IZ patiënten/verpleegkundigen mag maximaal 3/1 bedragen = patiënt nurse ratio. Er werd wiskundig afgerond. Dit betekent dat voor 7 patiënten 2 verpleegkundigen volstaan. Voor 8 patiënten dienen 3 verpleegkundigen te worden ingezet enz....

Vaststellingen

Er zijn steeds 2 verpleegkundigen aanwezig	Ja
--	----

aantal patiënten op moment van inspectie	aantal verpleegkundigen	aantal verpleegkundigen met BBT
8	4	3

Conclusie

Basispermanentie van minstens 2 verpleegkundigen	In orde
Voldoende verpleegkundigen volgens aantal patiënten	In orde
Voldoende verpleegkundigen met beroepstitel of gelijkgesteld	In orde

Verpleegkundige personeelsequipe IZ

Werkwijze

Het personeelskader specifiek voor de functie IZ moet beschikken over tenminste 12 VTE verpleegkundigen per volledige schijf van 6 erkende IZ bedden, waarvan minstens 6 VTE houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg of gelijkgesteld.

Op de eenheid werd de lijst opgevraagd van de vaste verpleegkundigen. Daarnaast werd het aantal in gebruik zijnde bedden geteld. Het personeelskader werd beoordeeld in functie van het aantal bedden in gebruik.

Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden werd het vereiste aantal VTE verpleegkundigen verhoudingsgewijs aangepast.

Bij tijdelijke sluiting van bedden (bv. wegens minder activiteiten elders in het ziekenhuis, wegens personeelstekort) werd ter objectivering hiervan naar een schriftelijke mededeling gevraagd. Ook indien er sprake was van een extra bed of box voor reanimatie, een extra wisselruimte... werd gevraagd naar een schriftelijke objectivering.

Vaststellingen

aantal opgestelde bedden	VTE verpleegkundigen	VTE verpleegkundigen met BBT
8	18,7 VTE	15,1 VTE

Conclusie

Voldoende VTE verpleegkundigen op IZ	In orde
Voldoende VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld op IZ	In orde

Beschikbaarheid kinesitherapie op IZ

Werkwijze

Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de kinesitherapeut voor te leggen. Deze wachtlijst werd bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.

De beschikbaarheid van de betrokken zorgverleners werd goedgekeurd indien er voor elke dag een naam of telefoonnummer ingevuld was. Het gaat hier niet om een 24-uursbeschikbaarheid.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde weekdays	5
Aantal weekdays met beschikbaarheid kinesitherapeut	5
Aantal gecontroleerde weekenddagen	2
Aantal weekenddagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	2

Conclusie

Er is 7/7 een kinesist overdag oproepbaar	In orde
---	---------

Beschikbaarheid psychologische ondersteuning IZ

Werkwijze

Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de psychologische ondersteuning voor te leggen. Deze wachtlijst werd bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.

De beschikbaarheid van de betrokken zorgverleners werd goedgekeurd indien er voor elke dag een naam of telefoonnummer ingevuld was. Het gaat hier om een 24-uursbeschikbaarheid.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde weekdays	5
Aantal weekdays met permanentie overdag	5
Aantal dagen met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	5
Aantal dagen met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	0
Aantal weekdays met permanentie 24/24	0
Aantal weekdays met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	0
Aantal weekdays met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	0

Aantal gecontroleerde weekenddagen	2
Aantal weekenddagen met permanentie overdag	0
Aantal weekenddagen met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	0
Aantal weekenddagen met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker overdag	0
Aantal weekenddagen met permanentie 24/24	0
Aantal weekenddagen met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	0
Aantal weekenddagen met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker 24/24	0

Conclusie

Aantal dagen (24/24) permanentie door een psycholoog of maatschappelijk werker	0 / 7
--	-------

3.1.4 Gespecialiseerde spoedgevallen

Beschikbaarheid permanentiearts op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of bij aanmelding op de spoedgevallendienst een permanentiearts aanwezig was of deze na een oproep binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststelling

Een permanentiearts was binnen de 15 minuten na een dringende oproep op spoed beschikbaar	Ja
---	----

Conclusie

Er is een permanentie arts binnen de 15 minuten op de spoed aanwezig	In orde
--	---------

Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze

Er werd op de gespecialiseerde spoedgevallen nagegaan of iemand is aangesteld voor de triage. Verder wordt gecontroleerd of deze persoon:

- voldoende beschikbaar is (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed)
- voldoet aan alle kwalificaties (minstens een verpleegkundige met een BBT en 1 jaar ervaring of spoedarts met 1 jaar ervaring op spoed).

Vaststellingen

Patiënten die zich aanmelden worden getrieerd	Ja
Het personeelslid dat instaat voor de triage is:	Een verpleegkundige
Het personeelslid dat instaat voor triage heeft enkel taken binnen spoed	Ja
De verpleegkundige heeft een BBT in de IZ / spoedgevallen of is gelijkgesteld	Ja
De verpleegkundige heeft minstens 1 jaar ervaring op spoed	Ja

Conclusie

Triage gebeurt door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel	In orde
---	---------

Oproepbare pediater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze

Bij de controle van de permanentielijsten werd gecontroleerd of een pediater oproepbaar was voor een dringend consult op de gespecialiseerde spoedgevallendienst op de dag van inspectie. Er werd tevens nagegaan of de tijdspanne waarbinnen deze specialist ter plaatse moet kunnen zijn, schriftelijk was vastgelegd in een voor de artsen bindend document (bv. medisch reglement of een door de medische raad goedgekeurd document).

Vaststellingen

De pediater is dag en nacht oproepbaar	Ja
Tijdspanne is schriftelijk vastgelegd	Neen

Conclusie

Er is een pediater 24/24 oproepbaar	In orde
-------------------------------------	---------

3.1.5 Chirurgisch dagziekenhuis

Verpleegkundige permanentie op het chirurgische dagziekenhuis

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werd de personeelslijst met namen en opleiding van de verpleegkundigen (bachelor of niet) en de uurrooster voor de verpleegkundige permanentie opgevraagd. Op basis hiervan werd voor vier controlemomenten nagegaan of een bachelor verpleegkundige aanwezig was op het chirurgisch dagziekenhuis: op de dag van inspectie en op de vorige werkdag van het dagziekenhuis, telkens tijdens de ochtend- en de avonddienst.

Vaststellingen

Controlemomenten:	Bachelor in de verpleegkunde aanwezig
Ochtendshift dag van inspectie	Ja
Avondshift dag van inspectie	Ja
Ochtendshift vorige werkdag	Ja
Avondshift vorige werkdag	Ja

Conclusie

Aantal controlemomenten waarbij een bachelor in de verpleegkunde op het chirurgisch dagziekenhuis aanwezig was	4 / 4
--	-------

Bachelor pediatrische verpleegkundige op het chirurgisch dagziekenhuis

Werkwijze

Op de personeelslijst van het chirurgisch dagziekenhuis waar kinderen worden opgenomen voor dagingrepen werd nagegaan hoeveel VTE bachelor pediatrisch verpleegkundigen de personeelsequipe telt.

Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een bachelor verpleegkundige in de pediatrie nagegaan.

Vaststellingen

Aantal VTE bachelors in de pediatrie die deel uitmaken van de gemeenschappelijke personeelsequipe van het pediatrisch dagziekenhuis en de afdeling pediatrie	12,8 VTE
Op de dag van inspectie waren er kinderen opgenomen op het pediatrisch dagziekenhuis.	Neen
Er was een bachelor verpleegkundige in de pediatrie aanwezig in het dagziekenhuis.	NVT

Conclusie

Op het moment dat er kinderen aanwezig waren voor dagingrepen, was er een bachelor in de pediatrie aanwezig	NVT
---	-----

Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren

Werkwijze

Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een pediater op de vestigingsplaats nagegaan. De pediater werd telefonisch gecontacteerd met de vraag waar hij zich bevond. Dit werd door observatie ter plaatse gecontroleerd door de inspecteur.

Vaststellingen

Op de dag van inspectie waren er kinderen opgenomen voor dagingrepen	Neen
Er was een pediater op de vestigingsplaats aanwezig.	NVT

Conclusie

Op het moment dat er kinderen aanwezig waren voor dagingrepen, was er een pediater aanwezig op de campus	NVT
--	-----

3.2 Inscholing en vorming

3.2.1 Inscholingsplan

Werkwijze

Op IZ , NIC, de gespecialiseerde spoedgevallendienst, het operatiekwartier en recovery werd het dienstspecifiek inscholingsplan voor de medewerkers opgevraagd en gecontroleerd op de aanwezigheid van een tijdspad. Daarnaast werd aan verpleegkundigen, die recent op deze afdelingen waren komen werken, gevraagd of ze een inscholingsdocument gebruikten of gebruikt hadden.

Vaststellingen

	Inscholingsplan	Tijdspad
IZ	Ja	Ja
Spoed	Ja	Ja
Operatiekwartier	Ja	Ja
Recovery	Ja	Ja

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen die een inscholingsplan gebruikten
IZ	1	1
Spoed	1	1
Operatiekwartier	1	1
Recovery	1	1
TOTAAL	4	4

Conclusie

Aantal gecontroleerde diensten	4
Aantal diensten met een inscholingsplan met tijdspad	4
Aantal diensten niet in orde	0

Aantal gecontroleerde nieuwe verpleegkundigen die een inscholingsplan gebruikten	4 / 4
--	-------

3.2.2 Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen

Werkwijze

Op de diensten operatiekwartier, recovery, gespecialiseerde spoedgevallen, IZ en NIC werd er gepeild of verpleegkundigen specifieke opleiding blijven volgen in het kader van levenslang leren. Er werd aan verpleegkundigen, langer dan 2 jaar werkzaam op de dienst en het voorbije jaar niet langdurig afwezig, gevraagd naar hun permanente vorming. Zowel interne als externe vorming werd meegerekend. Er werd gevraagd of zij gedurende het laatste jaar een opleiding gevolgd hebben over specifieke onderwerpen die verband houden met de dienst waar ze werken.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal met specifieke opleiding laatste jaar
OK	2	2
Recovery	1	1
Spoed	2	2
IZ	2	2
TOTAAL	7	7

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die het laatste jaar specifieke opleiding volgden	7 / 7
---	-------

3.2.3 Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op de bezochte heelkundige, internistische en geriatrie afdelingen, op het chirurgisch en niet-chirurgisch dagziekenhuis en op recovery werd aan een aantal verpleegkundigen gevraagd of ze een specifieke opleiding over pijn gekregen hadden gedurende de voorbije 5 jaar.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met een specifieke opleiding over pijn gedurende de voorbije 5 jaar
C-afdeling	2	1
D-afdeling	2	2
Geriatricie	2	2
Gemengd dagziekenhuis	4	4
Recovery	1	1
TOTAAL	11	10

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over pijn volgden	10 / 11
---	---------

3.2.4 Opleiding transfusie voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op het operatiekwartier, de recovery, op het niet-chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte heeldkundige, internistische en geriatricische afdelingen werd aan een aantal verpleegkundigen gevraagd of ze een opleiding hadden gevolgd over het toedienen van bloed en bloedderivaten gedurende de voorbije 5 jaar.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met een specifieke opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten gedurende de voorbije 5 jaar
Operatiekwartier	2	2
Recovery	1	1
Gemengd dagziekenhuis	2	2
C-afdeling	2	2
D-afdeling	2	2
Geriatricie	2	2
TOTAAL	11	11

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten volgden	11 / 11
--	---------

3.2.5 Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen

Basisopleiding reanimatie voor verpleegkundigen (BLS)

Werkwijze

Op de internistische afdeling, de afdeling geriatrie, de afdeling materniteit, de afdeling pediatrie en het niet-chirurgische dagziekenhuis werd nagevraagd welke verpleegkundigen langer dan 2 jaar op het dagziekenhuis zijn tewerkgesteld en niet langdurig afwezig waren in voorbije periode. Van deze verpleegkundigen werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie konden aantonen in de voorbije 2 jaar of ze in bezit zijn van een attest waarvan de geldigheidsduur nog niet verstreken is en dat 5 jaar geldig is.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie of met een geldig attest
D-afdeling	25	23
Geriatric	21	21
Materniteit	31	31
Pediatrie	16	16
Gemengd dagziekenhuis	16	16
TOTAAL	109	107

Conclusie

Aantal bevroagde verpleegkundigen die de voorbije twee jaar een basisopleiding reanimatie volgden of in het bezit waren van een geldig attest	107 / 109
---	-----------

Doorgedreven opleiding reanimatie voor verpleegkundigen (ALS)

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoed werd gecontroleerd of alle verpleegkundigen van de spoedgevallendienst het laatste jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie gevolgd hebben (ALS=advanced life support) of ze in bezit zijn van een attest waarvan de geldigheidsduur nog niet verstreken is en dat 5 jaar geldig is.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	23
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar of met een geldig attest	20
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar of zonder geldig attest	3

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die het voorbije jaar een doorgedreven opleiding reanimatie volgden of in het bezit zijn van een geldig attest.	20 / 23
---	---------

3.2.6 Opleiding CSA

Opleiding vaste medewerkers op CSA

Werkwijze

Om het opleidingsniveau en de vorming van de vaste CSA-medewerkers na te gaan werd een personeelslijst opgevraagd met het opleidingsniveau (middelbaar of hoger onderwijs) en de behaalde externe opleiding betreffende sterilisatie (externe basisopleiding of externe gevorderde opleiding).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde personeelsleden	10
Aantal met minimaal een diploma van secundair onderwijs	9

Conclusie

Alle vaste medewerkers op CSA hebben minimaal een diploma secundair onderwijs	Niet in orde
---	--------------

Opleiding sterilisatietechnieken voor de vaste medewerkers op CSA

Werkwijze

Om het opleidingsniveau en de vorming van de vaste CSA-medewerkers na te gaan werd een personeelslijst opgevraagd met het opleidingsniveau (middelbaar of hoger onderwijs) en de behaalde externe opleiding betreffende sterilisatie (externe basisopleiding of externe gevorderde opleiding).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde personeelsleden	10
Aantal met basisopleiding sterilisatie	1

Opmerking: De medewerker zonder opleiding sterilisatie is op het moment van inspectie ingeschreven voor een externe opleiding in de sterilisatie.

Conclusie

Alle vaste medewerkers op CSA hebben minimaal een basisopleiding sterilisatietechnieken.	Niet in orde
--	--------------

Opleiding sterilisatietechnieken voor de CSA-verantwoordelijke

Werkwijze

Aan de hand van de opgevraagde personeelslijst gaat men de externe specifieke gevorderde opleiding en de jaren dienstervaring van de CSA-verantwoordelijke na.

Vaststellingen

De CSA-verantwoordelijke heeft een externe specifieke gevorderde opleiding in de sterilisatie.	Ja
Aantal jaren ervaring op CSA	17

Conclusie

De CSA-verantwoordelijke heeft een externe specifieke gevorderde opleiding in de sterilisatie	In orde
---	---------

Opleiding occasioneel personeel op CSA**Werkwijze**

Op de CSA wordt bevraagd welke occasionele personeelsleden ingezet worden, welke taken ze uitvoeren en of ze voor die beperkte taken een specifieke opleiding hebben gekregen.

Vaststellingen

Er worden occasioneel personeelsleden vanuit OK ingezet op CSA	Neen
Zij hebben een beperkt aantal taken die ze mogen uitvoeren	NVT
Zij hebben een specifieke opleiding gekregen voor de beperkte taken	NVT

Conclusie

Alle occasioneel ingezette personeelsleden op CSA hebben beperkte taken waarvoor ze specifiek opgeleid zijn	NVT
---	-----

4. THEMA VEILIGE ZORG

4.1 Procedures en voorschriften

4.1.1 Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist

Werkwijze

Aan een leidinggevende van het operatiekwartier werd gevraagd of er een safe surgery checklist in gebruik is. De procedure voor het gebruik van de safe surgery checklist werd opgevraagd. In deze procedure werden volgende aspecten nagegaan:

- Is er een time-out beschreven (met vermelding van de aanwezigheid van de anesthesist, de chirurg en de instrumenterende verpleegkundige tijdens de time-out en de korte stop voor het insnijden om de vragen te stellen)
- Is er een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de checklist.

Vaststellingen

Er is een SSCL in gebruik	Ja
De procedure SSCL kon voorgelegd worden	Ja
De “Time out” is beschreven (inclusief de aanwezigen en de korte stop)	Ja
Er is een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de SSCL	Ja

Conclusie

Er is een procedure SSCL en alle gecontroleerde aspecten zijn hierin beschreven.	In orde
--	---------

4.1.2 Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist

Werkwijze

Er werd op het operatiekwartier gevraagd naar de implementatiegraad van het gebruik van de checklist (uitgedrukt in aantal chirurgen en anesthesisten die SSCL gebruikten t.o.v. het totaal aantal chirurgen en anesthesisten op de vestigingsplaats).

Er werd ook gevraagd hoeveel versies er in gebruik zijn van de safe surgery checklist. De gebruikte safe surgery checklists werden opgevraagd en ingekeken. Er werd nagegaan hoeveel van de 19 vragen die door de WHO vooropgesteld worden, in de checklist vermeld staan.

Vaststellingen

Aantal chirurgen en anesthesisten actief op het operatiekwartier	30
Aantal chirurgen en anesthesisten die een SSCL gebruiken	30

Aantal SSCL die in gebruik zijn	2
Aantal met alle 19 vragen	2

Conclusie

Aantal chirurgen en anesthesisten die een SSCL gebruiken	30 / 30
Aantal gecontroleerde SSCL die de 19 vragen van de WHO omvatten	2 / 2

4.1.3 Procedure bloedtransfusie

Werkwijze

Aan medewerkers van het ziekenhuis werd gevraagd om de procedure bloedtransfusie op te zoeken en klaar te leggen voor inzage door de inspecteurs.

Een eerste eis is dat er een procedure bloedtransfusie is.

Daarnaast werden er ook inhoudelijk een aantal aspecten gecontroleerd:

- Is er beschreven dat de parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) moeten genomen worden voor, tijdens en na de toediening van het bloed?
- Zijn er specifieke richtlijnen voor bloedtoediening perioperatief?
- Zijn er specifieke richtlijnen voor bloedtoediening bij kinderen?
- Is er een procedure voor de melding van transfusiereacties?

Vaststellingen

De procedure bloedtransfusie kon voorgelegd worden.	Ja
Er is beschreven dat de parameters voor, tijdens en na de toediening genomen worden.	Ja
Er zijn specifieke richtlijnen voor bloedtoediening perioperatief.	Ja
Er zijn specifieke richtlijnen voor bloedtoediening bij kinderen.	Ja
Er is een procedure voor de melding van transfusiereacties.	Ja

Conclusie

Er is een procedure bloedtransfusie en alle gecontroleerde aspecten zijn hierin beschreven.	In orde
---	---------

4.1.4 Voorschriften voor bloed en bloedproducten

Werkwijze

Tijdens de inspectie van de ziekenhuisbloedbank werd een steekproef genomen van voorschriften voor bloed en bloedproducten. Deze voorschriften werden gecontroleerd op volledigheid. Een voorschrift wordt als volledig beschouwd als volgende aspecten aanwezig zijn:

- een identificatie van de patiënt (familienaam en voornaam samen met een identificatienummer, de geboortedatum of een dossiernummer),
- een identificatie van de voorschrijver (naam, voornaam, RIZIV-nummer en handtekening),
- een datum,
- welk bloedproduct precies wordt aangevraagd,
- een motivatie vanwege de voorschrijver waarom het bloed of bloedproduct wordt aangevraagd (indicatie).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde voorschriften	10
Aantal voorschriften volledig in orde	10
Aantal voorschriften niet in orde	0

Conclusie

Alle gecontroleerde voorschriften waren volledig	In orde
--	---------

4.1.5 Behandeling van intoxicaties

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of er schriftelijke richtlijnen waren betreffende intoxicaties met:

- Paracetamol
- Anticoagulantia
- Benzodiazepines
- Methanol / ethyleenglycol

Daarnaast werd nagegaan of actieve kool en biperideen-ampullen beschikbaar waren.

Vaststellingen

	Richtlijn aanwezig
Paracetamol	Ja
Anticoagulantia	Ja
Benzodiazepines	Ja
Methanol / ethyleenglycol	Ja

	Antidota aanwezig
Actieve kool beschikbaar	Ja
Biperideen-ampullen beschikbaar	Ja

Conclusie

Aantal beschikbare richtlijnen	4 / 4
Aantal beschikbare antidota	2 / 2

4.2 Medicatieveiligheid

4.2.1 Procedure hoogrisicomedicatie

Werkwijze

De procedure hoogrisicomedicatie werd opgevraagd tijdens het bezoek aan de ziekenhuisapothek en beoordeeld op de aanwezigheid van:

- Lijst met look alike's,
- Lijst met sound alike's,
- instructies voor labeling, opslag en toediening.

Vaststellingen

Een procedure of een lijst van hoogrisicomedicatie is aanwezig	Ja
De lijst bevat look-alikes	Ja
De lijst bevat sound-alikes	Ja
Er zijn richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	Ja

Conclusie

Er is een procedure waarin alle gecontroleerde aspecten beschreven zijn.	In orde
--	---------

4.2.2 Bewaring hoogrisicomedicatie

Werkwijze

Op de internistische verpleegafdeling, de afdeling geriatrie, de afdeling oncologie en de NIC werd de bewaring van 2 hoog-geconcentreerde elektrolytenoplossingen gecontroleerd:

- Kaliumchloride (KCl)
- Hypertone Natriumchloride (NaCl)

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er een specifieke labeling was en/of ze apart van de niet-hoog-risico-medicatie werd bewaard.

Vaststellingen

	Specifiek label of apart bewaard	
	KCl	NaCl
D-afdeling	NVT	NVT
Geriatric	NVT	NVT
Oncologie	Ja	NVT

Conclusie

Alle gecontroleerde hoogrisicomedicatie werd op een veilige manier bewaard.	In orde
---	---------

4.2.3 Zicht op medicatieschema's door apotheker

Werkwijze

Aan de apotheker werd gevraagd of hij zicht heeft op de actuele medicatieschema's van opgenomen patiënten.

Er werd nagegaan of dit het geval is:

- voor alle soorten van medicatie is (per os, intraveneus, transdermaal...)
- voor alle patiënten
- voor alle afdelingen op deze vestigingsplaats.

Als de apotheek instaat voor het bevoorraden van een andere campus, werd ook deze werking meegenomen in de bevraging (zicht op medicatieschema's van de patiënten op de andere campus).

Vaststellingen

De apotheker heeft zicht op de actuele medicatieschema's van alle gecontroleerde patiënten	Ja
--	----

4.2.4 Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten

Werkwijze

In de apotheek werden een aantal medicatievoorschriften afkomstig van afdelingen gecontroleerd. Het ging om voorschriften voor niet-verdovende medicatie of specialiteiten.

Er werd nagevraagd of de voorschriften elektronisch dan wel op papier worden gemaakt. We beschouwden het voorschrift als volledig elektronisch wanneer meer dan 90% van de voorschriften elektronisch waren, en als niet elektronisch wanneer het om minder dan 10% ging.

Verder werd gecontroleerd of volgende aspecten op de voorschriften stonden:

- identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum of uniek dossiernummer)
- identificatiegegevens van de voorschrijver (hetzij naam, voornaam en handtekening/elektronische validatie, hetzij naam, RIZIV-nummer en handtekening/elektronische validatie)
- de naam van het geneesmiddel
- de sterkte van het geneesmiddel

Indien de ziekenhuisapotheek ook instaat voor de bevoorrading van een andere campus, werd deze werking meegenomen in de bevraging, m.a.w. er werden ook voorschriften voor patiënten van de andere campus bekeken.

Vaststellingen

Het voorschrift voor niet-verdovende medicatie is elektronisch	Volledig
Aantal gecontroleerde voorschriften	20
Aantal met alles in orde	16
Aantal met ontbrekende gegevens	4

Details van de ontbrekende gegevens:

Aantal zonder identificatiegegevens van de patiënt	0
Aantal zonder identificatiegegevens van de arts	4
Aantal zonder de naam van het geneesmiddel	0
Aantal zonder de sterkte van het geneesmiddel	0

Conclusie

Alle gecontroleerde voorschriften voor niet-verdovende medicatie bevatten alle gecontroleerde gegevens	Niet in orde
--	--------------

4.2.5 Gegevens op medicatievoorschriften voor verdooving

Werkwijze

In de apotheek werden een aantal medicatievoorschriften afkomstig van afdelingen gecontroleerd. Het ging om voorschriften voor verdovende medicatie.

Er werd nagevraagd of de voorschriften elektronisch dan wel op papier worden gemaakt. We beschouwden het voorschrift als volledig elektronisch wanneer meer dan 90% van de voorschriften elektronisch waren, en als niet elektronisch wanneer het om minder dan 10% ging.

Verder werd gecontroleerd of volgende aspecten op de voorschriften stonden:

- identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum of uniek dossiernummer)
- identificatiegegevens van de voorschrijver (hetzij naam, voornaam en handtekening/elektronische validatie, hetzij naam, RIZIV-nummer en handtekening/elektronische validatie)
- de naam van het geneesmiddel
- de sterkte van het geneesmiddel
- de vorm van het geneesmiddel

Indien de ziekenhuisapotheek ook instaat voor de bevoorrading van een andere campus, werd deze werking meegenomen in de bevraging, m.a.w. er werden ook voorschriften voor patiënten van de andere campus bekeken.

Vaststellingen

Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch	Neen
Aantal gecontroleerde voorschriften	10
Aantal met alles in orde	10
Aantal met ontbrekende gegevens	0

Conclusie

Alle gecontroleerde voorschriften voor verdovende medicatie bevatten alle gecontroleerde gegevens.	In orde
--	---------

4.2.6 Medisch order voor medicatietoediening

Werkwijze

Op de bezochte internistische afdeling, de afdeling geriatrie, de afdeling pediatrie, de afdeling oncologie, de palliatieve afdeling, het niet- chirurgisch dagziekenhuis en de NIC werd gezocht naar het medisch order voor toediening van medicatie via infusen met toegevoegde medicatie of inspuitable medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair).

Volgende mogelijkheden werden goedgekeurd als medisch order: ondertekende medicatieschema's, elektronisch door een arts ingevoerde of gevalideerde medicatie, door een arts geschreven of ondertekende medische orders en staande orders met een verwijzing ernaar in het patiëntendossier door een arts.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde medicatie	Aantal met medisch order	Aantal zonder medisch order
D-afdeling	4	4	0
Geriatric	5	4	1
Pediatric	0	NVT	NVT
Oncologie	7	6	1
Gemengd dagziekenhuis	6	6	0
TOTAAL	22	20	2

Conclusie

Aantal gecontroleerde medicatie met een medisch order.	20 / 22
--	---------

4.2.7 Gegevens op medicatie

Werkwijze

Op de geriatric afdeling, de afdeling materniteit, de afdeling pediatric, de palliatieve afdeling, de revalidatieafdeling, de PAAZ en de NIC werden verschillende soorten medicatie gecontroleerd. Het ging (afhankelijk van de afdeling) om klaargezette medicatie, medicatie uit de patiëntenvoorraad of de afdelingsstock en medicatie in de reanimatiekar.

De aanwezigheid van volgende items werd gecontroleerd:

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding
- Vervaldatum

Er werd bovendien nagegaan of de vervaldatum niet overschreden was.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
		alle gegevens	ontbrekende gegevens	zonder gegevens
Geriatric	10	10	0	0
Materniteit	10	10	0	0
Pediatric	10	10	0	0
Revalidatieafdeling	10	10	0	0
PAAZ	10	10	0	0
TOTAAL	50	50	0	0

Details over de vervaldata:

Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
	Vervaldatum niet overschreden	Vervaldatum overschreden	Vervaldatum afwezig of onleesbaar
50	47	3	0

Conclusie

Aantal medicatie met alle gecontroleerde gegevens	50 / 50
Aantal medicatie met een leesbare, niet overschreden vervaldatum	47 / 50

4.3 Materiaal

4.3.1 Controle reanimatiekar voor interne MUG

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke interne reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar moeten minimaal maandelijks gecontroleerd worden en ook bij elke verbreking van het zegel. Deze controle moet geregistreerd worden.

Er werd tijdens de inspectie nagegaan:

- Of er een interne MUG reanimatiekar was op de campus
- Of de interne reanimatiekar verzegeld was
- Of er in de loop van de laatste maand minstens 1 controle op de inhoud werd geregistreerd.

Vaststellingen

Er is een reanimatiekar voor interne MUG op de campus	Ja
De gecontroleerde reanimatiekar was verzegeld	Ja
Er was de laatste maand een controle van het materiaal doorgegaan en geregistreerd.	Ja

Conclusie

De interne reanimatiekar was verzegeld en de laatste maand gecontroleerd.	In orde
---	---------

4.3.2 Validatie van wasmachines

Werkwijze

Op de CSA werden de validatieattesten voor alle wasmachines nagegaan.

Er werd gecontroleerd of men beschikte over een validatieattest van minder dan 12 maanden oud.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde wasmachines	Aantal wasmachines met een geldige validatie van minder dan 1 jaar
3	0

Conclusie

Aantal wasmachines met een geldig validatieattest van minder dan 1 jaar.	0 / 3
--	-------

Opmerking: er kon aangetoond worden dat de validatie gepland stond voor de maand september 2018, enkele weken na de inspectie.

4.3.3 Validatie van autoclaven

Werkwijze

Op de CSA en OK werden de validatieattesten voor alle autoclaven nagegaan.

Er werd gecontroleerd of men beschikte over een validatieattest van minder dan 12 maanden oud.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde autoclaven	Aantal autoclaven met een geldige validatie van minder dan 1 jaar
CSA	3	0

Conclusie

Aantal autoclaven met een geldig validatie attest van minder dan 1 jaar	0 / 3
---	-------

Opmerking: er kon aangetoond worden dat de validatie gepland stond voor de maand september 2018, enkele weken na de inspectie.

4.3.4 Controletesten van de autoclaven

Werkwijze

Bij alle autoclaven opgesteld op de CSA en OK werd nagegaan of er controletesten gebeuren.

Volgende testen werden gecontroleerd:

- Werden er voor de laatste 3 cycli controletesten i.v.m. druk en temperatuur bijgehouden?
- Gebeurde er voor de laatste 3 werkdagen een Bowie en Dicktest?
- Gebeurt er wekelijks een vacuümlekttest?

Vaststellingen

CSA	Aantal gecontroleerde testen	Aantal uitgevoerde testen
Controletesten bij elke cyclus	9	9
Dagelijkse Bowie & Dick test	9	9
Wekelijkse vacuümlekttest	3	3

Aantal gecontroleerde autoclaven	3
Aantal autoclaven waarbij de 3 testen worden uitgevoerd	3
Aantal autoclaven waarbij 1 soort test van de 3 ontbreekt	0
Aantal autoclaven waarbij 2 of meer soorten testen van de 3 ontbreken	0

Conclusie

Aantal uitgevoerde noodzakelijke testen.	21 / 21
--	---------

4.3.5 Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten

Werkwijze

De opgestelde sealapparaten op CSA worden gecheckt op een dagelijkse sealcheck.

Deze check gebeurt door de controle van de testlaminaten (in het logboek) voor de laatste 2 werkdagen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde sealapparaten	2
Aantal waarbij de sealtests dagelijks wordt uitgevoerd	2
Aantal waarbij de sealtest niet dagelijks wordt uitgevoerd	0

Conclusie

Aantal sealapparaten met dagelijkse sealtest	2 / 2
--	-------

4.3.6 Controle en onderhoud van medisch materiaal

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen, de gespecialiseerde spoedgevallendienst, de NIC, het operatiekwartier, de palliatieve afdeling en op de afdeling oncologie, werd de preventieve controle (onderhoud en controle) nagegaan van een aantal medische toestellen:

- Anesthesietoestellen: om de 12 maanden
- Beademingstoestellen: om de 12 maanden
- Pompen: om de 24 maanden

Vaststellingen

ANESTHESIETOESTELLEN

	aantal gecontroleerde anesthesie- toestellen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 12 maanden	controle meer dan 12 maanden geleden	geen controle aantoonbaar
Operatiekwartier	3	3	0	0

BEADEMINGSTOESTELLEN

	aantal gecontroleerde beademings- toestellen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 12 maanden	controle meer dan 12 maanden geleden	geen controle aantoonbaar
Spoed	3	3	0	0
IZ	3	3	0	0
TOTAAL	6	6	0	0

POMPEN

	aantal gecontroleerde pompen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 24 maanden	controle meer dan 24 maanden geleden	geen controle aantoonbaar
IZ	3	3	0	0
Oncologie	5	5	0	0
TOTAAL	8	8	0	0

Conclusie

Aantal anesthesietoestellen met laatste preventieve onderhoud de voorbije 12 maanden	3 / 3
Aantal beademingstoestellen met laatste preventieve onderhoud de voorbije 12 maanden	6 / 6
Aantal pompen met laatste preventieve onderhoud de voorbije 24 maanden	8 / 8

4.3.7 Materiaal MUG-wagen

Werkwijze

Indien de MUG-wagen aanwezig was tijdens het inspectiebezoek werd gevraagd om het onderstaande materiaal te tonen. Indien er meerdere MUG-wagens waren, werd ook in de verschillende wagens het materiaal gecontroleerd.

- defibrillator
- pulsoxymeter
- bloeddrukmeter
- een draagbare zuurstofvoorraad
- een beademingsballon
- spuitpomp
- glucometer
- een elektrisch aspiratietoestel
- materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van volwassenen en kinderen

Indien de MUG aangemeld was, werd nagegaan of de koffers verzegeld waren.

Vaststellingen

Volgend materiaal is aanwezig in de MUG-wagen:	
Defibrillator	Ja
Pulsoxymeter	Ja
Bloeddrukmeter	Ja
Draagbare zuurstofbron	Ja
Spuitpomp	Ja
Glucometer	Ja
Aspiratietoestel	Ja
Materiaal voor reanimatie volwassenen	Ja
Materiaal voor reanimatie kinderen	Ja
Beademingsballon	Ja

Aantal gecontroleerde MUG-koffers	2
Aantal verzegelde MUG-koffers	2
Aantal niet verzegelde MUG-koffers	0

Conclusie

In de gecontroleerde MUG-wagens is al het gecontroleerde materiaal aanwezig	In orde
Aantal verzegelde MUG-koffers	2 / 2

4.3.8 Materiaal specifiek voor kinderen

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd aan de medewerkers gevraagd specifiek materiaal voor kinderen te tonen. Het ging meer specifiek om:

- een aangepaste bloeddrukmeter
- specifieke infuusnaalden
- aangepast defibrillatiemateriaal
- aangepast intubatiemateriaal

Vaststellingen

Volgend materiaal specifiek voor kinderen is aanwezig:	
Aangepaste manchetten voor bloeddrukmeter	Ja
Specifiek infuusmateriaal	Ja
Kinderinstellingen op defibrillator	Ja
Specifiek intubatiemateriaal	Ja

Conclusie

Al het gecontroleerde materiaal, specifiek voor kinderen, is aanwezig	In orde
---	---------

4.4 Infrastructuur

4.4.1 Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery

Werkwijze

Er werd bij het personeel van het operatiekwartier nagevraagd of er al dan niet kinderen in het operatiekwartier geopereerd worden.

Indien er kinderen geopereerd worden, werd nagegaan of er in het operatiekwartier een aparte ontvangstruimte voorzien is voor kinderen en of kinderen er visueel afgeschermd kunnen worden van volwassen patiënten.

Indien kinderen tijdens de inspectiedag stonden te wachten op een ingreep, werd geobserveerd of ze allemaal visueel afgescheiden waren van volwassenen.

Indien er in het operatiekwartier kinderen geopereerd werden, werd er in de recovery nagegaan of er een aparte ruimte voorzien is voor kinderen en of kinderen er visueel afgeschermd kunnen worden van volwassen patiënten.

Indien er tijdens de inspectiedag kinderen aanwezig waren op recovery, werd geobserveerd of ze visueel afgescheiden waren van volwassenen.

Vaststellingen

Er worden kinderen geopereerd in het bezochte operatiekwartier	Ja
Er zijn kinderen aanwezig in de ontvangstruimte tijdens de inspectie	Neen
Er zijn kinderen aanwezig in recovery tijdens de inspectie	Ja

	Aparte ruimte voor kinderen	Kinderen kunnen visueel afgescheiden worden van volwassen patiënten
Ontvangstruimte operatiekwartier	Neen	Ja
Recovery	Neen	Ja

	Aantal kinderen aanwezig	Aantal kinderen die visueel afgeschermd waren van volwassen patiënten
Ontvangstruimte operatiekwartier	0	0
Recovery	1	1
TOTAAL	1	1

Conclusie

De infrastructuur van OK en recovery laat visuele afscherming van de kinderen toe	In orde
Aantal kinderen die visueel afgeschermd zijn van de volwassen patiënten	1 / 1

4.4.2 De ontvangstruimte van het operatiekwartier

Werkwijze

Bij het bezoek aan het operatiekwartier werd nagegaan hoe het toezicht op patiënten in de ontvangstruimte georganiseerd wordt. Er werd gecontroleerd:

- of er iemand permanent toezicht hield als er patiënten in de ontvangstruimte stonden te wachten.
- of dit toezicht gebeurde door iemand met minstens de graad van verpleegkundige indien het ging om gepremediceerde patiënten.
- of er een oproepsysteem aanwezig was in de ruimte.

Vaststellingen

Er is permanent toezicht op patiënten in de ontvangstruimte	Ja
Er zijn gepremediceerde patiënten in de ontvangstruimte	Neen
Het toezicht gebeurt door een persoon met minstens de graad van verpleegkundige	NVT
Er is een oproepsysteem in de ontvangstruimte van het operatiekwartier	Ja

Conclusie

Er is permanent toezicht op patiënten in de ontvangstruimte	In orde
Het toezicht op gepremediceerde patiënten in de ontvangstruimte van het operatiekwartier gebeurt door een persoon met minstens de graad van verpleegkundige	NVT
Er is een oproepsysteem in de ontvangstruimte van het operatiekwartier	In orde

4.4.3 Kamers op de eenheid voor intensieve zorg

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werden alle patiëntenposities beoordeeld op:

- visueel toezicht (rechtstreeks of via camera)
- maatregelen betreffende de oriëntatie in de tijd (bv. klok, daglicht, kalender...).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde posities	Aantal met visueel toezicht	Aantal met oriëntatie
8	8	8

Conclusie

Alle posities laten visueel toezicht toe	Ja
Alle posities laten oriëntatie in de tijd toe	Ja

4.4.4 Afzonderingskamers

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en PAAZ werd nagegaan of er minstens 1 afzonderingskamer was en of deze veilig was. Volgende aspecten werden beoordeeld inzake veiligheid:

- veiligheid inzake automutilatie en verhangingsrisico,
- aanwezigheid rookdetectie,
- bereikbaar beloproepsysteem ook voor gefixeerde patiënten,
- mogelijkheid tot visueel toezicht

Vaststellingen

De gespecialiseerde spoed beschikt over minstens 1 afzonderingskamer	Ja
De PAAZ beschikt over minstens 1 afzonderingskamer	Ja

	Aantal gecontroleerde afzonderingskamers	Aantal met veiligheid in orde	Aantal met veiligheid niet in orde
Spoed	1	0	1
PAAZ	2	0	2
TOTAAL	3	0	3

Details over niet in orde met veiligheid:

Onvoldoende veilig inzake automutilatie / verhangingsrisico	0
Geen rookdetectie	0
Niet bereikbaar oproepsysteem (ook voor een gefixeerde patiënt)	3
Onvoldoende mogelijkheid tot visueel toezicht	0

Conclusie

Alle gecontroleerde afzonderingskamers voldoen qua veiligheid	Niet in orde
---	--------------

4.4.5 Beveiliging ramen

Werkwijze

Op de geriatrie afdeling, de pediatie afdeling en de PAAZ die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevonden, werd telkens in een aantal ruimtes nagegaan of de ramen beveiligd waren. Hiervoor werden steeds de ramen van de gang, ramen van een voor patiënten toegankelijke berging en ramen van patiëntenkamers gecontroleerd. Ramen mogen door de patiënt niet volledig geopend kunnen worden, ter preventie van suicide of accidentele val door het raam.

Vaststellingen

	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
Geriatric	5	5	0
Pediatric	5	5	0
PAAZ	5	4	1
TOTAAL	15	14	1

Conclusie

Aantal gecontroleerde ruimtes met beveiligde ramen	14 / 15
--	---------

4.5 Patiëntveiligheid

4.5.1 Veilig transport van patiënten

Werkwijze

Op de geriatrie-afdeling, de pediatrie-afdeling, het operatiekwartier en recovery werd het transport geobserveerd van patiënten die vervoerd werden op een brancard of in een bed. Er werd nagegaan of tijdens transport de bedsponden omhoog waren of de patiënt was vastgemaakt met een riem.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde transporten	Aantal veilige transporten	Aantal onveilige transporten
Geriatric	1	1	0
Pediatric	0	NVT	NVT
Operatiekwartier	5	5	0
Recovery	3	3	0
TOTAAL	9	9	0

Conclusie

Aantal veilige transporten van patiënten	9 / 9
--	-------

4.5.2 Vervaldatum steriele sets

Werkwijze

Op materniteit, IZ en NIC werden instrumentensets gecontroleerd op overschrijding van de vervaldatum.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde sets	Sets met geldige vervaldatum	Sets met overschreden vervaldatum
Materniteit	7	7	0
IZ	5	5	0
TOTAAL	12	12	0

Conclusie

Aantal sets met een geldige vervaldatum	12 / 12
---	---------

4.5.3 Traceerbaarheid sets tot op setniveau

Werkwijze

De implementatiegraad van tracering tot op setniveau wordt in de steriele berging op het operatiekwartier en CSA nagegaan.

In beide bezochte steriele bergingen worden verpakkingen (sets en individueel verpakte instrumenten) gecheckt op volgende gegevens inzake traceerbaarheid:

- Inhoud (= naam van het pakket of code die de inhoud weergeeft)
- Sterilisatiedatum (= op welke datum werd het pakket gesteriliseerd)
- Expiratiedatum (= kan ook kleurcode of vast aantal maanden na sterilisatiedatum zijn)
- Lotnummer / laadnummer (= van welke lading in welke autoclaaf het pakket zat)

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde sets	Aantal sets in orde	Aantal sets niet in orde
Operatiekwartier	10	6	4
CSA	10	5	5
TOTAAL	20	11	9

Details over de ontbrekende gegevens op de sets:

Zonder omschrijving inhoud	9
Zonder sterilisatiedatum	0
Zonder expiratiedatum	0
Zonder lotnummer	9

Opmerking: De expiratiedatum van 1 van de gecontroleerde instrumentensets was overschreden.

Conclusie

Aantal instrumentensets met alle gegevens om een traceerbaarheid tot op niveau van de set te verwezenlijken.	11 / 20
--	---------

4.5.4 Identificatie weefselstalen operatiekwartier

Werkwijze

In een steekproef van weefselstalen op het operatiekwartier werd gecheckt of de patiëntenidentificatie sluitend was en of er dus minimum volgende gegevens waren vermeld:

- de naam
- de voornaam
- de geboortedatum of het dossiernummer

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde weefselstalen	Aantal weefselstalen met alle gegevens	Aantal weefselstalen met ontbrekende gegevens
5	5	0

Conclusie

Aantal weefselstalen met alle gecontroleerde gegevens	5 / 5
---	-------

4.6 Dossier

4.6.1 SSCL in dossier

Werkwijze

In een steekproef van patiëntendossiers op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte heelkundige afdeling van patiënten die een electieve ingreep ondergingen werd de safe surgery checklist gecontroleerd. Er werd nagegaan of de checklist in het dossier aanwezig was en of alle vragen van de specifieke checklist ingevuld waren.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met SSCL	Aantal met volledig ingevulde SSCL
Gemengd dagziekenhuis	10	10	9
C-afdeling	9	9	8
TOTAAL	19	19	17

Conclusie

Aantal dossiers van patiënten die een electieve ingreep ondergingen, met een volledig ingevulde SSCL	17 / 19
--	---------

4.6.2 Patiënten-identificatie in dossier

Werkwijze

Er werd een dossiercontrole gedaan op de afdeling geriatrie, de afdeling materniteit, de afdeling pediatrie, de revalidatieafdeling en de afdeling oncologie. Hierbij werd de aanwezigheid van de identificatieparameters op volgende infobronnen gecheckt: medicatieschema, verpleegkundige anamnese en parameterblad. Minimum moesten volgende gegevens aanwezig zijn:

- de naam
- de voornaam
- de geboortedatum of het dossiernummer

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met alle gegevens	Aantal dossiers met ontbrekende gegevens
Geriatrie	5	5	0
Materniteit	5	5	0
Pediatrie	4	4	0
Revalidatie	5	5	0
Oncologie	5	5	0
TOTAAL	24	24	0

Conclusie

Aantal patiëntendossiers met op alle infobronnen de nodige patiëntidentificatiegegevens	24 / 24
---	---------

5. THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 Procedures en afspraken

5.1.1 Formele afspraken preoperatieve gegevens

Werkwijze

Op het operatiekwartier werd het document opgevraagd waarin formeel is vastgelegd welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens (anamnese, klinisch onderzoek en resultaten van eventuele consulten en onderzoeken).

Vaststelling

In de schriftelijke afspraken staat vermeld welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens	Neen
--	------

Conclusie

De afspraken over het verzamelen en beoordelen van de pre operatieve gegevens zijn formeel vastgelegd.	Niet in orde
--	--------------

5.1.2 Werkvoorschriften van toestellen op CSA

Werkwijze

Op de CSA worden de werkvoorschriften voor de bediening van de toestellen opgevraagd voor:

- het bedienen van wasmachines
- het inpakken van instrumentensets
- het beladen en bedienen van de autoclaven

Hierbij is het de bedoeling dat deze kunnen voorgelegd worden door de aanwezige medewerker(s).

Vaststellingen

De werkvoorschriften konden door de aanwezige medewerker voorgelegd worden voor:	
het bedienen van de wasmachines	Ja
het inpakken van de instrumentensets	Ja
het beladen en het bedienen van de autoclaven	Ja

Conclusie

Voor alle gecontroleerde toestellen konden er werkvoorschriften voorgelegd worden door de aanwezige medewerker.	In orde
---	---------

5.1.3 Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten

Werkwijze

De meetmethode voor pijn moet aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Door bevraging van het personeel werd op de afdeling geriatrie, de palliatieve afdeling, de gespecialiseerde spoedgevallendienst, de recovery en de IZ eenheid nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten (comateuze patiënten, gesedeerde patiënten, afasiepatiënten, ...).

Vaststellingen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten gebruikt
Geriatric	Neen
Spoed	Ja
Recovery	Neen
IZ	Ja

Conclusie

Aantal afdelingen die een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten gebruiken	2 / 4
--	-------

5.1.4 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen

Werkwijze

De meetmethode voor pijn moet aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt.

Door bevraging van het personeel werd op de afdeling pediatrie, het chirurgisch dagziekenhuis, recovery, de gespecialiseerde spoedgevallendienst en NIC nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij kinderen. Er worden 3 leeftijden onderscheiden: baby's/peuters, kleuters en oudere kinderen.

Vaststellingen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor baby's/peuters gebruikt
Pediatrie	Ja
Pediatrisch dagziekenhuis	Ja
Spoed	Ja
Recovery	Neen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor kleuters gebruikt
Pediatrie	Ja
Pediatrisch dagziekenhuis	Ja
Spoed	Ja
Recovery	Neen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor oudere kinderen gebruikt
Pediatrie	Ja
Pediatrisch dagziekenhuis	Ja
Spoed	Ja
Recovery	Ja

Conclusie

Aantal afdelingen die een specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen aangepast aan de leeftijdsgroep gebruiken	3 / 4
---	-------

5.1.5 Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst wordt nagegaan of er een triagesysteem in gebruik is. Het triageprotocol wordt zo mogelijk schriftelijk beoordeeld op het gebruik van specifieke criteria, prioritering gekoppeld aan een tijd waarbinnen de patiënt moet gezien worden en het hanteren van een pijnmeting.

Vaststellingen

Er wordt een gestandaardiseerd triagesysteem toegepast op de spoed-gevallendienst	Ja
Volgende items zijn beschreven in een protocol / zijn duidelijk binnen de werking:	
Triagecriteria	Ja
Prioriteitsbepaling	Ja
Tijd tussen triage en gezien worden door de arts (voor elke prioriteitsklasse)	Ja
Pijn is een onderdeel van triage	Ja

Conclusie

Er wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd triagesysteem met alle specifieke criteria	In orde
---	---------

5.1.6 Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werden de beschikbare formulieren voor informed consent voor ingrepen bij kinderen opgevraagd. In deze informed consentformulieren werd nagekeken of hierin informatie terug te vinden is over de ingreep of verwezen wordt naar schriftelijke info die over de ingreep beschikbaar is.

Vaststellingen

Aantal gebruikte informed consentformulieren voor ingrepen bij kinderen	4
Aantal met info over de ingreep of een verwijzing naar schriftelijke info	2
Aantal zonder info over de ingreep of een verwijzing naar schriftelijke info	2

Conclusie

Alle gebruikte informed consent formulieren die gebruikt worden voor ingrepen bij kinderen, bevatten informatie over de ingreep of verwijzen naar schriftelijke info over de ingreep.	Neen
---	------

5.2 Standaardisatie in het patiëntendossier

5.2.1 Informed consent

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis en op de afdeling pediatrie werd in een dossiersteekproef bij kinderen die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er in het patiëntendossier een schriftelijke toestemming van de ouders/wettelijk vertegenwoordiger was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	4
Aantal met schriftelijke toestemming	4

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers van kinderen die een electieve ingreep ondergingen bevatten een schriftelijke toestemming van de ouders / wettelijk vertegenwoordiger	In orde
--	---------

5.2.2 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze:

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werden patiëntendossiers bekeken van patiënten die reeds door een arts gezien werden. Er werd nagegaan of volgende aspecten konden teruggevonden worden in het dossier:

- de aanmeldingsklacht
- notities over pijn
- informatie over het al of niet gekend zijn van een allergie
- de naam van de behandelende arts

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	3
Aantal met alle gegevens	3
Aantal met ontbrekende gegevens	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens	3 / 3
--	-------

5.2.3 DNR-code

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werden dossiers van patiënten die minstens 24 u op IZ waren opgenomen, nagekeken op de aanwezigheid van een DNR-code ('Do Not Reanimate').

Als er therapierestrictie 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 terug te vinden was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met DNR-code	Aantal dossiers met DNR-code en alle gezochte informatie
8	8	8

Conclusie

Aantal dossiers met een DNR code	8 / 8
----------------------------------	-------

5.2.4 Bloedtransfusie

Werkwijze

Er werden centraal dossiers opgevraagd van patiënten die een transfusie van bloed of een bloedproduct gekregen hadden. De dossiers werden gecontroleerd op de aanwezigheid van:

- Tijdstip van begin en einde transfusie
- Toediener
- Parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) voor toediening, 5-15 minuten na start, na toediening en bij transfusiereactie

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	10
Aantal volledig in orde	10
Aantal niet in orde	0
Aantal met transfusiereactie	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle vereiste gegevens	10 / 10
--	---------

5.2.5 Registratie van afzonderingen

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en de PAAZ werd het register van afzonderingen opgevraagd en werden een aantal geregistreerde afzonderingen gecontroleerd. Specifiek werd gelet op de aanwezigheid van:

- naam en voornaam van de patiënt, leeftijd (of geboortedatum)
- datum en uur van ingang van de maatregel
- datum en uur van opheffing van de maatregel
- naam of handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden
- naam of handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige
- reden voor de maatregel

Vaststellingen

	Spoed	PAAZ
Er wordt een register van afzonderingen bijgehouden	Ja	Ja
Aantal gecontroleerde registratieformulieren	10	10
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	10	10
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	0	0

Conclusie

Aantal registratieformulieren met alle vereiste gegevens	20 / 20
--	---------

6. THEMA HYGIËNE

6.1 Operatiekwartier en CSA

6.1.1 Toegangsbeveiliging operatiekwartier

Werkwijze

Vooraleer zich aan te melden aan de ingang van het operatiekwartier, keek de inspecteur na of de toegang tot het operatiekwartier beveiligd was (via een badgelezer, codesysteem, ...). Tijdens de rondgang werden ook andere toegangen gecontroleerd.

Vaststellingen

Er is een beveiligingssysteem voorzien aan de hoofdingang	Ja
De toegangsbeveiliging van het operatiekwartier is sluitend	Ja

Conclusie

Alle gecontroleerde toegangen tot het operatiekwartier zijn beveiligd	In orde
---	---------

6.1.2 Gesloten deuren operatiezalen

Werkwijze

Er werd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier geobserveerd of er deuren van de operatiezalen bleven openstaan terwijl er een ingreep bezig was.

Vaststellingen

Aantal zalen waar er een ingreep doorging	5
Aantal zalen met open deur	0

Conclusie

Alle deuren van de operatiezalen waar een ingreep bezig was, waren gesloten	In orde
---	---------

6.1.3 Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier

Werkwijze

Het document waarin de kledijvoorschriften voor het operatiekwartier beschreven zijn, werd opgevraagd. Er werd nagegaan of volgende essentiële elementen in deze richtlijnen zijn opgenomen:

- Specifieke operatiekledij met korte mouwen
- Muts in operatiekwartier
- Mond- en neusmasker in operatiezaal vanaf het moment dat het steriel veld open gaat
- Mondneusmasker na elke operatie vervangen

Vaststellingen

De richtlijnen voor kledijvoorschriften in het operatiekwartier konden voorgelegd worden	Ja
“Specifieke operatiekledij met korte mouwen” is beschreven	Ja
“Muts in operatiekwartier” is beschreven	Ja
“Mondneusmasker in operatiezaal vanaf het moment dat het steriele veld opengaat” is beschreven	Ja
“Mondneusmasker na elke operatie vervangen” is beschreven	Ja

Conclusie

De kledijvoorschriften voor het operatiekwartier zijn beschreven en het document bevat alle gecontroleerde elementen	In orde
--	---------

6.1.4 Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier

Werkwijze

De kledij van een aantal medewerkers (buiten de zalen) van het operatiekwartier werd tijdens de rondgang geobserveerd. Meer bepaald werd nagekeken of ze specifieke werkkledij en een muts droegen.

Er werd nagegaan of de specifieke werkkledij bestond uit een broek en een vestje met korte mouwen en manchetten aan armen en benen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde medewerkers	4
Aantal in orde (met specifieke kledij en muts)	4

Conclusie

Alle gecontroleerde medewerkers droeg aangepaste kledij en muts	In orde
---	---------

6.1.5 Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier

Werkwijze

De inspecteur beschouwde zichzelf tijdens het bezoek als een occasionele gebruiker van het operatiekwartier. De inspecteur ging op deze manier na of er aangepaste kledij voorzien wordt voor occasionele gebruikers.

Vaststelling

Er wordt aangepaste kledij voorzien voor occasionele gebruikers	Ja
---	----

Conclusie

Occasionele gebruikers van het operatiekwartier kunnen gebruik maken van specifieke kledij.	In orde
---	---------

6.1.6 Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen

Werkwijze

De medewerkers die in een operatiezaal bezig waren terwijl een steriel veld geopend was, werden geobserveerd. Er werd van op afstand gekeken of alle aanwezigen een mondneusmasker droegen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde zalen (met open steriel materiaal)	5
Aantal zalen waar alle medewerkers een mondneusmasker dragen	4

Conclusie

Alle medewerkers in een operatiezaal met open steriel veld droegen een mondneusmasker	Niet in orde
---	--------------

6.1.7 Infrastructuur van rubruimtes

Werkwijze

Tijdens de rondgang op het operatiekwartier werden de ruimtes waar men aan chirurgische handontsmetting doet, gecontroleerd op volgende aspecten:

- of de rubruimte aansluitend is aan de operatiezaal
- of er een automatische deur is tussen de rubruimte en de operatiezaal
- of er een instelbare klok aanwezig is

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde rubruimtes	3
Aantal met alles in orde	3

Conclusie

Aantal rubruimtes die voldoen aan de drie gecontroleerde eisen	3 / 3
--	-------

6.1.8 Procedure chirurgische handontsmetting op OK

Werkwijze

De richtlijnen betreffende chirurgische handontsmetting werden opgevraagd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier. In deze richtlijn werd nagegaan of volgende onderwerpen vermeld zijn:

- hygiënische handwassing bij het begin van een shift
- het gebruik van handalcohol
- de techniek van het inwrijven (rubbing, volgorde, hoeveelheid alcohol, contacttijd)

Vaststellingen

De richtlijnen voor chirurgische handontsmetting konden voorgelegd worden	Ja
Hygiënische handwassing bij begin van een shift wordt beschreven	Neen
Gebruik van handalcohol wordt beschreven	Ja
Techniek van rubbing wordt volledig beschreven	Neen

Conclusie

De richtlijnen voor chirurgische handontsmetting zijn beschreven en het document bevat alle gecontroleerde elementen	Niet in orde
--	--------------

6.1.9 Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier

Werkwijze

Er werd bij de rondgang in het operatiekwartier gecontroleerd of men steeds de techniek van het rubben hanteert in plaats van het voorbijgestreefde scrubben.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde medewerkers	1
Aantal die rubben	1
Aantal die scrubben	0

Conclusie

Alle gecontroleerde medewerkers rubben	In orde
--	---------

6.1.10 Onderdompeling in open systemen

Werkwijze

Door observatie en bevraging in de CSA en op het operatiekwartier werd nagegaan of er gebruik gemaakt wordt van open systemen voor de desinfectie door onderdompeling en of er chirurgisch materiaal voor het operatiekwartier op deze manier wordt gedesinfecteerd (warmtegevoelige flexibele scopen werden hierbij buiten beschouwing gelaten).

Vaststellingen

	Open systemen voor desinfectie	Desinfectie van chirurgisch materiaal door onderdompeling
CSA	Neen	Neen
OK	Neen	Neen

Conclusie

Er werden geen open systemen voor desinfectie door onderdompeling aangetroffen	In orde
Chirurgisch materiaal voor het operatiekwartier wordt niet gedesinfecteerd door onderdompeling	In orde

6.1.11 Gesloten systemen voor chemische desinfectie

Werkwijze

Er wordt bij het bezoek aan de CSA en het operatiekwartier nagegaan of er gesloten systemen aanwezig zijn voor de desinfectie van materiaal bestemd voor het operatiekwartier.

Er wordt ook gevraagd of er rigide scopen (voor artroscopieën en urologische ingrepen) in omloop zijn (die bestemd zijn voor gebruik op het operatiekwartier) die voor een ingreep enkel chemisch gedesinfecteerd worden in gesloten systemen.

Vaststellingen

	Gesloten systemen voor desinfectie	Desinfectie van rigide scopen in gesloten systeem
CSA	Neen	Neen
OK	Neen	Neen

Conclusie

Er werden geen gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier	In orde
Er zijn geen rigide scopen die op het operatiekwartier gebruikt worden en die voor een ingreep enkel chemisch gedesinfecteerd worden in gesloten systemen.	In orde

6.1.12 Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten

Werkwijze

Door observatie op het operatiekwartier en de CSA wordt gekeken of er instrumenten handmatig gereinigd worden. Indien dit het geval was, werd de lijst van handmatig te reinigen instrumentarium op CSA opgevraagd en ingekeken en werd gecheckt of het instrument dat op moment van inspectie handmatig gereinigd wordt ook op de lijst voorkomt.

Vaststellingen

Op moment van inspectie is er een handmatige reiniging	Neen
--	------

Conclusie

Alle gecontroleerde instrumenten die handmatig gereinigd werden tijdens de inspectie, staan op de lijst van instrumenten die enkel handmatig mogen gereinigd worden	NVT
---	-----

6.1.13 Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)

Werkwijze

Er werd op OK en CSA nagegaan waar noodsterilisatie plaatsvindt, op welke manier dit gebeurt en of er een registratie is.

Er wordt nagegaan of de noodsterilisatie beperkt is tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten, die een chirurg dringend nodig heeft (= noodsterilisatie).

Hiervoor wordt de registratie van de noodsterilisatie nagekeken, indien deze kan voorgelegd worden. In het register werd nagekeken of onverpakt steriliseren beperkt is tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten.

Vaststellingen

	CSA	OK
Noodsterilisatie vindt plaats	Neen	Neen
Cyclussen kunnen onderbroken worden	Neen	NVT
Cyclussen worden onderbroken	Neen	NVT
Er zijn cyclussen met een te korte / geen droogtijd	Neen	NVT
Er wordt materiaal onverpakt gesteriliseerd	Neen	NVT
Er is een registratie van onverpakt steriliseren	NVT	NVT
Onverpakt steriliseren is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten	NVT	NVT

Conclusie

Noodsterilisatie gebeurt niet of is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten	In orde
Er wordt een registratie bijgehouden	NVT

6.1.14 Toegangsvoorschriften CSA

Werkwijze

Er wordt geobserveerd of een beperkte toegankelijkheid zichtbaar is bij het betreden van de CSA.

Vaststelling

Er is een duidelijke toegangsbeperking voor het betreden van de CSA	Ja
---	----

Conclusie

Er is een duidelijke toegangsbeperking voor het betreden van de CSA	In orde
---	---------

6.1.15 Kledijvoorschriften CSA

Werkwijze

Er wordt geobserveerd of de kledijvoorschriften duidelijk zijn bij het betreden van de CSA.

Alle aanwezige medewerkers en bezoekers worden geobserveerd op naleving van de kledijvoorschriften (broek en schort, een muts en een overschort bij reiniging).

Vaststellingen

De kledijvoorschriften voor het betreden van CSA zijn duidelijk zichtbaar	Neen
Aantal gecontroleerde medewerkers	4
Aantal met aangepaste kledij	4
Aantal zonder specifieke kledij	0

Conclusie

De kledijvoorschriften bij het betreden van de CSA zijn duidelijk zichtbaar	Niet in orde
Alle gecontroleerde medewerkers dragen aangepaste kledij	In orde

Opmerking: De kledijvoorschriften hangen uit in de keuken van de CSA en zijn dus niet zichtbaar bij het betreden van de CSA.

6.1.16 Scheiding tussen de drie zones op CSA

Werkwijze

Door observatie en rondgang in de CSA wordt nagegaan of de drie zones (vuil, rein en steriel) architectonisch volledig van elkaar gescheiden zijn.

Indien de drie zones architectonisch volledig gescheiden zijn, wordt nagegaan of de drie zones ook functioneel van elkaar gescheiden zijn.

Vaststellingen

De drie zones zijn architectonisch volledig van elkaar gescheiden	Ja
Er is tussen de drie zones een functionele scheiding	Ja

Conclusie

De drie zones in de CSA zijn architectonisch en functioneel van elkaar gescheiden	In orde
---	---------

6.1.17 Inrichting van de ruimtes**Werkwijze**

Door observatie en rondgang in de CSA wordt nagegaan of de werkoppervlakken en afwerkmaterialen glad en afwasbaar zijn (geen poreuze materialen, geen voegen, geen onbehandeld hout, geen behangpapier, ...).

Vaststelling

Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de vuile zone zijn afwasbaar	Ja
Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de reine zone zijn afwasbaar	Ja
Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de steriele zone zijn afwasbaar	Ja

Conclusie

Alle gecontroleerde werkoppervlakken en afwerkmaterialen van de 3 zones in CSA zijn afwasbaar	In orde
---	---------

6.1.18 Transport van steriel en vuil materiaal**Werkwijze**

De weg die het steriel instrumentarium dient af te leggen wordt bevraagd.
Het soort transportkar dat gebruikt wordt voor het transport van zowel vuil als steriel materiaal wordt bevraagd en nagegaan.

Vaststellingen

De karren voor transport van vuil materiaal worden ook gebruikt voor transport van steriel materiaal	Neen
Deze karren worden gereinigd vooraleer er steriele instrumenten mee vervoerd worden	NVT
Steriele instrumenten worden getransporteerd in: – gesloten transportkarren	Ja
Steriele instrumenten worden getransporteerd in open karren die niet overtrokken worden met een hoes	Neen

Conclusie

Steriele materialen worden in aparte karren of vooraf gereinigde karren getransporteerd	In orde
Steriele materialen worden in gesloten karren of karren met een afwasbare of wegwerphoes getransporteerd	In orde

6.1.19 Infrastructuur van de steriele berging

Werkwijze

De steriele berging van het operatiekwartier en van de CSA werden bezocht en nagekeken op infrastructuur en gebruikte afwerkingsmaterialen.

Vaststellingen

	CSA	OK
Er is een steriele berging	Ja	Ja
De toegang tot deze berging is beperkt tot bevoegden	Neen	Ja
De vloer van deze berging is ondoordringbaar en onbeschadigd	Ja	Ja
De steriele goederen staan vrij van de vloer	Ja	Ja

Opmerking: De steriele goederen voor de consultaties staan op een kar in een ruimte van de CSA. Op zich is de toegang tot deze ruimte beveiligd met een badge, maar in de praktijk staat de deur (vanuit comfortoverwegingen) altijd open, waardoor dit stuk van de steriele berging ook toegankelijk is voor onbevoegden.

Conclusie

De infrastructuur van de steriele berging(en) voldoet aan de gecontroleerde eisen	Niet in orde
---	--------------

6.2 Algemene aspecten van hygiëne

6.2.1 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek

Werkwijze

Op het operatiekwartier, op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdeling werd aan de verpleegkundigen gevraagd om het materiaal voor ontharing te mogen zien.

Vaststellingen

Er wordt pre-operatief geschoren op:	
Operatiekwartier	Ja
Gemengd dagziekenhuis	Ja
C-afdeling	Ja

	Scheermesje	Tondeuse zonder vervangbare kop	Tondeuse met vervangbare kop
Operatiekwartier	Neen	Neen	Ja
Gemengd dagziekenhuis	Neen	Neen	Ja
C-afdeling	Neen	Neen	Ja

Conclusie

Alle gebruikte materiaal op de gecontroleerde afdelingen voldoet aan de richtlijnen (tondeuse met wegwerpkop of steriliseerbare kop)	Ja
--	----

6.2.2 Isoleerkamers met sas op IZ

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werd het maximaal aantal patiëntenposities en het aantal kamers met een sas geteld.

Vaststellingen

Aantal IZ-posities	8
Aantal isoleerkamers met sas	2

Conclusie

Per 6 bedden beschikt de functie over 1 isoleerkamer met afzonderlijk sas	In orde
---	---------

6.2.3 Wastafel in de vuile berging

Werkwijze

De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd in de vuile bergingen van de afdeling geriatrie, materniteit, pediatrie, oncologie, op de revalidatie-afdeling en op de palliatieve eenheid. De aanwezigheid van een wastafel in de vuile bergingen werd nagegaan. De wastafels werden gecontroleerd op noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser?
- Hebben de dispensers een wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren handdoekjes?

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	6
Aantal bergingen met wastafel met volledige uitrusting	5
Aantal bergingen met wastafel zonder volledige uitrusting	1
Aantal vuile bergingen zonder wastafel	0

Conclusie

Alle gecontroleerde vuile bergingen beschikken over een wastafel met volledige uitrusting	Niet in orde
---	--------------

Opmerking: In de vuile berging van de afdeling geriatrie waren geen papieren handdoekjes.

6.2.4 Scheiding rein/onrein

Werkwijze

Op de afdelingen geriatrie, materniteit, pediatrie, oncologie, op de revalidatie- afdeling en op de palliatieve eenheid werd nagegaan of er in de vuile bergingen geen vermenging is tussen rein en onrein materiaal. Er werd concreet nagegaan of er in de vuile berging geen proper linnen, geen verzorgingskarren en geen steriel materiaal aanwezig was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	6
Aantal bergingen in orde	6
Aantal bergingen niet in orde	0

Conclusie

Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal	In orde
---	---------

6.2.5 Bedpanspoeler

Werkwijze

Op de afdelingen geriatrie, oncologie, revalidatie en op de palliatieve eenheid werd nagegaan of er een toestel voor het reinigen van bedpannen aanwezig was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde afdelingen	3
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	3
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	0

Conclusie

Er is een bedpannenspoeler aanwezig op alle gecontroleerde afdelingen	In orde
---	---------

6.2.6 Afzondering van patiënten met MRSA

Werkwijze

Op de afdelingen geriatrie en revalidatie werd aan de verpleegkundige gevraagd hoeveel patiënten er aanwezig waren met een (vermoedelijke) MRSA-kolonisatie. Er werd nagegaan hoeveel patiënten er verpleegd werden in een eenpersoonskamer of samen met andere MRSA-patiënten in een meerpersoonskamer, zoals aangewezen is bij dit type patiënten.

Vaststellingen

	Aantal patiënten met MRSA	Aantal patiënten met MRSA in een eenpersoonskamer of kamer delen met (alleen) patiënten met MRSA
Geriatric	0	NVT
Revalidatie	0	NVT

Conclusie

Alle gecontroleerde patiënten met MRSA verblijven in een eenpersoonskamer of delen de kamer met (enkel) andere patiënten met MRSA	NVT
---	-----

7. THEMA COMMUNICATIE

7.1 Communicatie tussen zorgverleners

7.1.1 Medisch order postoperatief pijnbeleid

Werkwijze

In de recovery werd in een steekproef van patiëntendossiers gecontroleerd of er een medisch order aanwezig was voor het postoperatief pijnbeleid.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	5
Aantal met medisch order postoperatief pijnbeleid	5

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers bevatten een medisch order voor het postoperatief pijnbeleid	Ja
---	----

7.1.2 Handovers van recovery naar afdeling

Werkwijze

Dossiers van patiënten die getransfereerd worden van recovery naar de afdeling werden gecontroleerd op aanwezigheid van volgende minimale gegevens:

- Uitgevoerde procedure / soort ingreep
- Meting van vitale functies: pols, bloeddruk
- Toegedijnde medicatie
- Informatie over verband (bv. uitzicht, vochtverlies, etc.)

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	4
Aantal dossiers volledig in orde	4
Aantal dossiers niet in orde	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle gecontroleerde elementen	4 / 4
---	-------

7.1.3 Medische coördinator op IZ

Werkwijze

Op de eenheid intensieve zorgen werd nagegaan of er een medische eindverantwoordelijke / coördinator was aangeduid voor elke patiënt.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde patiënten	8
Aantal patiënten met aanduiding medisch coördinator	8
Aantal patiënten zonder aanduiding medisch coördinator	0

Conclusie

Voor elke patiënt is er een medische coördinator aangeduid	In orde
--	---------

7.1.4 Multidisciplinair overleg op IZ

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werd in de patiëntendossiers nagegaan of er minstens 1 keer per week een verslag aanwezig was van een multidisciplinair overleg (MDO).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	2
Aantal dossiers met voldoende verslagen MDO	1
Aantal dossier met onvoldoende verslagen MDO	1

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers bevatten een wekelijks verslag van een MDO	Niet in orde
---	--------------

7.1.5 Resultaat van een consult

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen, op pediatrie en op geriatrie werd in de dossiers nagegaan of er – indien er een consult door een arts gebeurde – hiervan een verslag in het dossier terug te vinden was.

Vaststellingen

	aantal gecontroleerde consulten	Aantal consulten met verslag in het dossier	Aantal consulten zonder verslag in het dossier
IZ	4	3	1
Geriatricie	6	6	0
Pediatrie	0	NVT	NVT
TOTAAL	10	9	1

Conclusie

Aantal consulten met een verslag in het dossier	9 / 10
---	--------

7.1.6 Transfergegevens van IZ en gespecialiseerde spoed naar de afdeling

Werkwijze

Op de bezochte internistische, geriatrie en pediatrie afdeling en op de PAAZ werd in dossiers van patiënten die vanuit de eenheid intensieve zorgen of de gespecialiseerde spoedgevallendienst getransfereerd werden, nagegaan of er transfertgegevens voorhanden waren. Er werd nagegaan of er informatie beschikbaar was over:

- Identificatie patiënt
- (vermoedelijke) diagnose
- behandeling (o.a. medicatieschema...)
- verpleegkundige zorgen (o.a. parameters...)

Vaststellingen

Transfers vanuit Spoed

	aantal gecontroleerde dossiers	Aantal in orde (4 gecontroleerde items aanwezig)	Aantal niet in orde (niet alle 4 aanwezig)
D-afdeling	2	2	0
Geriatricie	5	5	0
Pediatrie	3	3	0
PAAZ	6	6	0
TOTAAL	16	16	0

Opmerking: er waren op de bezochte afdelingen geen patiënten die getransfereerd werden vanuit de eenheid intensieve zorgen.

Conclusie

Aantal dossiers met alle transfertgegevens	16 / 16
--	---------

7.1.7 Medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op afdelingen

Werkwijze

Op de bezochte internistische, geriatrische, oncologische afdeling, op de revalidatieafdeling en op de PAAZ-afdeling werden patiëntendossiers ingekeken.

Er werd nagegaan of er notities waren over de zaalrondes door de arts op weekdays.

Vaststellingen

Eenheid	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts op alle gecontroleerde dagen
D-afdeling	5	5	0	0
Geriatric	5	5	0	0
Oncologie	5	3	2	1
PAAZ	5	0	5	2
Revalidatie	5	0	5	0
TOTAAL	25	13	12	3

Conclusie

Aantal dossiers met voor alle gecontroleerde dagen een notitie over de zaalronde	13 / 25
--	---------

7.1.8 Ontslagbeslissing na dagopname

Werkwijze

In patiëntendossiers van patiënten die uit het dagziekenhuis ontslagen werden, werd nagegaan of er een ontslagbeslissing van de arts was neergeschreven.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	20
Aantal dossiers met ontslagnotitie door arts	15
Aantal dossiers zonder ontslagnotitie door arts	5

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers bevatten een ontslagnotitie door een arts	Niet in orde
--	--------------

7.2 Informatie aan patiënten

7.2.1 Beleidsdocument kind in het ziekenhuis

Werkwijze

Bij de directie werd het beleidsdocument kind in het ziekenhuis / het protocol kindvriendelijkheid opgevraagd. In dit document werd nagegaan of volgende rechten beschreven zijn:

- het recht van ouders om hun kind te begeleiden tot inductie in het operatiekwartier
- het recht van ouders om bij hun kind te zijn tijdens ontwaken op recovery.

Vaststellingen

Er is een beleidsdocument kind in het ziekenhuis	Ja
Het document beschrijft het recht van ouders om hun kind te begeleiden tot inductie in het operatiekwartier	Ja
Het document beschrijft het recht van ouders om bij hun kind te zijn tijdens het ontwaken op recovery	Ja

Conclusie

Er is een beleidsdocument kind in het ziekenhuis dat beide rechten van ouders beschrijft	In orde
--	---------

7.2.2 De aanwezigheid van ouders bij hun kind tot inductie en bij het ontwaken

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis en op de afdeling pediatrie werden ouders/begeleiders van kinderen bevraagd.

Er werd gevraagd of:

- zij vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tot bij inductie op operatiezaal
- zij vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tijdens het ontwaken op recovery
- de keuze van ouder hierover bevraagd werd de dag van de ingreep
- zij meegingen met het kind naar de operatiezaal tot bij inductie
- zij bij het kind waren tijdens het ontwaken op recovery

Wanneer de arts de begeleiding door de ouder weigerde voor een specifiek kind, dan werd gecontroleerd of er een medische patiëntgebonden reden genoteerd was in het patiëntendossier.

Het werd als “in orde” gescoord wanneer de ouders geïnformeerd werden dat ze bij hun kind mochten blijven. Enkel een weigering door de arts omwille van patiëntgebonden redenen werd toegestaan wanneer deze in het dossier genoteerd was.

Er werd tijdens het bezoek aan recovery en (de wachtruimte van) het operatiekwartier geobserveerd hoeveel kinderen aanwezig waren en hoeveel van deze kinderen effectief begeleiding hadden van een ouder of begeleider.

Vaststellingen

	Pediatrie	Gemengd dagziekenhuis
Aantal kinderen waarvan de ouders / begeleiders bevraagd werden	0	0

Op het moment van inspectie waren er geen kinderen op het pediatrisch dagziekenhuis of op de afdeling pediatrie die een electieve ingreep ondergingen.

Aanwezigheid tijdens de inspectie:

	Wachtruimte OK	Recovery
Aantal kinderen aanwezig	0	1
Aantal kinderen die vergezeld zijn van een ouder of begeleider	0	1

Conclusie

Aantal ouders die geïnformeerd werden over het recht om bij hun bewuste kind te blijven	NVT
---	-----

7.2.3 Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Werkwijze

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

Vaststellingen

Aantal bevraagde patiënten	1
Aantal patiënten die geïnformeerd zijn over wachttijden	1
Aantal patiënten die niet geïnformeerd zijn over wachttijden	0

Conclusie

Aantal patiënten die geïnformeerd zijn over wachttijden	1 / 1
---	-------

7.2.4 Informatie voor de opname

Werkwijze

Op het chirurgisch en het niet-chirurgisch dagziekenhuis en op de heilkundige afdeling werd aan patiënten gevraagd of ze op de hoogte zijn van volgende zaken:

- Soort behandeling/onderzoek (wat wordt er gedaan tijdens behandeling/onderzoek?)
- Voorbereiding van onderzoek/behandeling
- De verwachte pijn
- De herstelperiode (bv. hoe lang thuis / wanneer terug gaan werken / wanneer terug sporten)

Daarnaast werden deze patiënten bevraagd over de wijze waarop zij geïnformeerd werden: mondeling en/of schriftelijk.

Vaststellingen

	aantal bevraagde patiënten	patiënten met alle informatie	patiënten met niet alle informatie	patiënten met geen enkele informatie
C-afdeling	6	5	1	0
Gemengd dagziekenhuis	10	6	4	0
TOTAAL	16	11	5	0

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie voor opname:

Aantal zonder info "behandeling/onderzoek"	0
Aantal zonder info "voorbereiding"	0
Aantal zonder info "pijn"	3
Aantal zonder info "herstelperiode"	3

Details over de wijze van informeren:

Aantal op mondelinge en schriftelijke wijze	8
Aantal enkel op schriftelijke wijze	2
Aantal enkel op mondelinge wijze	6
Aantal noch op mondelinge en schriftelijke wijze	0

Conclusie

Aantal patiënten die voor opname geïnformeerd werden over alle gecontroleerde aspecten	11 / 16
--	---------

7.2.5 Preanesthesiecontact

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis en de bezochte chirurgische verpleegafdeling werden een aantal patiënten bevraagd. De patiënten werd gevraagd of ze voor de ingreep informatie hadden gekregen over de verdoving. Daarnaast werd aan deze patiënten gevraagd of ze voor de ingreep een anesthesist hadden gezien, en wanneer dit pre-anesthesiecontact plaats vond. Een tijdig pre-anesthesiecontact wordt gedefinieerd als een contact voor het operatiekwartier en voor de pre-anesthesieruimte.

Vaststellingen

	C-afdeling	Gemengd dagziekenhuis
Aantal bevraagde patiënten	6	5
Aantal patiënten met info over soort narcose	6	5
Aantal patiënten dat gevraagd werd of ze de anesthesist wilden spreken	1	1
Aantal patiënten die een anesthesist hebben gesproken voor de ingreep	6	5
Aantal patiënten met een tijdig pre-anesthesiecontact (buiten het operatiekwartier)	1	0

Conclusie

Aantal patiënten die info kregen over het soort narcose	11 / 11
---	---------

7.2.6 Informatie bij ontslag

Werkwijze

Er werden op het chirurgisch en het niet-chirurgisch dagziekenhuis, de internistische verpleegafdeling en de afdeling materniteit patiënten (en/of ouders van kinderen opgenomen voor een behandeling) bevraagd die klaar waren voor vertrek naar huis.

Er werd aan hen gevraagd of ze bij ontslag:

- info kregen over pijn (ernst, behandeling...)
- info kregen over mogelijke problemen / alarmtekens
- wisten wie te contacteren bij problemen
- informatie kregen over hun medicatieschema
- wisten of een vervolgspraak nodig is

Daarnaast werden deze patiënten bevraagd over de wijze waarop zij geïnformeerd werden: mondeling en/of schriftelijk.

Vaststellingen

	Aantal bevroagde patiënten	patiënten met alle informatie	patiënten met niet alle informatie bij ontslag	patiënten met geen enkele informatie bij ontslag
D-afdeling	1	1	0	0
Materniteit	1	1	0	0
Gemengd dagziekenhuis	0	NVT	NVT	NVT
TOTAAL	2	2	0	0

Details over de wijze van informeren:

Aantal op mondelinge en schriftelijke wijze	2
Aantal enkel op schriftelijke wijze	0
Aantal enkel op mondelinge wijze	0
Aantal noch op mondelinge en schriftelijke wijze	0

Conclusie

Aantal patiënten die bij ontslag geïnformeerd waren over alle gecontroleerde aspecten	2 / 2
---	-------

7.2.7 Beschikbare ontslaginfo

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werd gevraagd naar de beschikbare ontslaginfo over 8 courante dagingrepen (varices, liesbreuk, tonsillectomie, besnijdenis, cataractoperatie, curettage, Sterilisatie bij de vrouw en carpaal tunnel).

De inhoud van dit informatiemateriaal werd gecontroleerd op volgende gegevens:

- pijnmedicatie,
- problemen/alarmtekenen,
- contactgegevens bij problemen

Vaststellingen

Aantal ingrepen waarover folders / info werd opgevraagd	7
Aantal waarvan folder / info aanwezig is	7
Aantal met info over de 3 gecontroleerde onderwerpen	7

Conclusie

Voor alle gecontroleerde ingrepen is er ontslaginfo met alle gecontroleerde gegevens	Ja
--	----