

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 Sint-Franciscus Xaverius
Adres	Spaanse loskaai 1, 8000 Brugge

Opdracht

Nummer	O-2018-MAPU-0280
Datum	18/06/2018

Verslag

Nummer	V-2018-LIVI-0003
Datum	04/07/2018

Inspectiebezoek

Soort	Onaangekondigd bezoek op 02/07/2018 (09u00-13u00)
-------	---

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
3.1.2	CSA	10
3.1.3	Intensieve zorgen	10
3.1.4	Gespecialiseerde spoedgevallen	10
3.1.5	Chirurgisch dagziekenhuis	10
3.2	Inscholing en vorming	11
3.2.1	Inscholingsplan	11
3.2.2	Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen	11
3.2.3	Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen	11
3.2.4	Opleiding transfusie voor verpleegkundigen	11
3.2.5	Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen	12
3.2.6	Opleiding CSA	12
4.	Thema veilige zorg	13
4.1	Procedures en voorschriften.....	13
4.1.1	Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist	13
4.1.2	Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist	13
4.1.3	Procedure bloedtransfusie	13
4.1.4	Voorschriften voor bloed en bloedproducten	13
4.1.5	Behandeling van intoxicaties	13
4.2	Medicatieveiligheid.....	14
4.2.1	Procedure hoogrisicomedicatie	14
4.2.2	Bewaring hoogrisicomedicatie	14
4.2.3	Zicht op medicatieschema's door apotheker	14
4.2.4	Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten	14
4.2.5	Gegevens op medicatievoorschriften voor verdoving	14

4.2.6	Medisch order voor medicatietoediening	14
4.2.7	Gegevens op medicatie	15
4.3	Materiaal	16
4.3.1	Controle reanimatiekar voor interne MUG	16
4.3.2	Validatie van wasmachines	17
4.3.3	Validatie van autoclaven	17
4.3.4	Controletesten van de autoclaven	17
4.3.5	Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten	17
4.3.6	Controle en onderhoud van medisch materiaal	17
4.3.7	Materiaal MUG-wagen	17
4.3.8	Materiaal specifiek voor kinderen	17
4.4	Infrastructuur	17
4.4.1	Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery	17
4.4.2	De ontvangstruimte van het operatiekwartier	17
4.4.3	Kamers op de eenheid voor intensieve zorg	17
4.4.4	Afzonderingskamers	18
4.4.5	Beveiliging ramen	18
4.5	Patiëntveiligheid	19
4.5.1	Veilig transport van patiënten	19
4.5.2	Vervaldatum steriele sets	19
4.5.3	Traceerbaarheid sets tot op setniveau	19
4.5.4	Identificatie weefselstalen operatiekwartier	19
4.6	Dossier	20
4.6.1	SSCL in dossier	20
4.6.2	Patiënten-identificatie in dossier	20
5.	Thema gestandaardiseerde zorg	21
5.1	Procedures en afspraken	21
5.1.1	Formele afspraken preoperatieve gegevens	21
5.1.2	Werkvoorschriften van toestellen op CSA	21
5.1.3	Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten	21
5.1.4	Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen	21
5.1.5	Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	21
5.1.6	Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen	21
5.2	Standaardisatie in het patiëntendossier	21
5.2.1	Informed consent	21
5.2.2	Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	21
5.2.3	DNR-code	21
5.2.4	Bloedtransfusie	22

5.2.5	Registratie van afzonderingen	23
6.	Thema hygiëne	24
6.1	Operatiekwartier en CSA.....	24
6.1.1	Toegangsbeveiliging operatiekwartier	24
6.1.2	Gesloten deuren operatiezalen	24
6.1.3	Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier	24
6.1.4	Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier	24
6.1.5	Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier	24
6.1.6	Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen	24
6.1.7	Infrastructuur van rubruimtes	24
6.1.8	Procedure chirurgische handontsmetting op OK	24
6.1.9	Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier	24
6.1.10	Onderdompeling in open systemen	24
6.1.11	Gesloten systemen voor chemische desinfectie	24
6.1.12	Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten	24
6.1.13	Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)	24
6.1.14	Toegangsvoorschriften CSA	24
6.1.15	Kledijvoorschriften CSA	24
6.1.16	Scheiding tussen de drie zones op CSA	24
6.1.17	Inrichting van de ruimtes	24
6.1.18	Transport van steriel en vuil materiaal	24
6.1.19	Infrastructuur van de steriele berging	24
6.2	Algemene aspecten van hygiëne	24
6.2.1	Preoperatieve voorbereiding operatiestreek	24
6.2.2	Isoleerkamers met sas op IZ	24
6.2.3	Wastafel in de vuile berging	25
6.2.4	Scheiding rein/onrein	25
6.2.5	Bedpanspoeler	26
6.2.6	Afzondering van patiënten met MRSA	26
7.	Thema communicatie	27
7.1	Communicatie tussen zorgverleners.....	27
7.1.1	Medisch order postoperatief pijnbeleid	27
7.1.2	Handovers van recovery naar afdeling	27
7.1.3	Medische coördinator op IZ	27
7.1.4	Multidisciplinair overleg op IZ	27
7.1.5	Resultaat van een consult	27
7.1.6	Transfergegevens van IZ en gespecialiseerde spoed naar de afdeling	27
7.1.7	Medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op afdelingen	28

7.1.8	Ontslagbeslissing na dagopname	28
7.2	Informatie aan patiënten	29
7.2.1	Beleidsdocument kind in het ziekenhuis	29
7.2.2	De aanwezigheid van ouders bij hun kind tot inductie en bij het ontwaken	29
7.2.3	Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	29
7.2.4	Informatie voor de opname	29
7.2.5	Preanesthesiecontact	29
7.2.6	Informatie bij ontslag	29
7.2.7	Beschikbare ontslaginfo	29

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:

	Naam
De geriatrische afdeling	Geriatric
De revalidatieafdeling	Revalidatie (Sp loco)
De palliatieve afdeling	De Vlinder
De psychiatrische afdeling	Psychiatric

2. SITUERING

2.1 Erkenningen

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

G	30 bedden
A	30 bedden
Sp Neurologisch	20 bedden
Sp Locomotorisch	20 bedden
Sp Psychogeriatric	30 bedden
Sp Palliatieve	9 bedden

Er is op de campus geen dienst voor intensieve zorgen, geen spoedgevallendienst, geen chirurgisch dagziekenhuis, geen apotheek en geen bloedbank.

2.2 Sterilisatieprocessen

Op deze campus is er geen centrale sterilisatie afdeling en geen operatiekwartier waardoor sterilisatie en desinfectie activiteiten niet werden nagegaan.

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

Op deze campus worden geen kinderen opgenomen.

3. THEMA PERSONEEL

3.1 Permanenties en bestaffing

3.1.1 Operatiekwartier

Omloopverpleegkundigen in het operatiekwartier

Verpleegkundige permanentie in het operatiekwartier

Verpleegkundige permanentie op recovery

3.1.2 CSA

CSA-verantwoordelijke

Aanwezigheid sterilisatiedeskundige op CSA

3.1.3 Intensieve zorgen

Beschikbaarheid intensivist voor de functie IZ

Verpleegkundige basispermanentie en patiënt nurse ratio IZ

Verpleegkundige personeelsequipe IZ

Beschikbaarheid kinesitherapie op IZ

Beschikbaarheid psychologische ondersteuning IZ

3.1.4 Gespecialiseerde spoedgevallen

Beschikbaarheid permanentiearts op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Oproepbare pediater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

3.1.5 Chirurgisch dagziekenhuis

Verpleegkundige permanentie op het chirurgische dagziekenhuis

Bachelor pediatrische verpleegkundige op het chirurgisch dagziekenhuis

Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren

3.2 Inscholing en vorming

3.2.1 Inscholingsplan

3.2.2 Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen

3.2.3 Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op de bezochte geriatrische afdeling 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
Geriatricie	2	2
TOTAAL	2	2

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over pijn volgden	2/2
---	-----

3.2.4 Opleiding transfusie voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op de bezochte geriatrische afdeling 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
Geriatricie	2	2
TOTAAL	2	2

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten volgden	2/2
--	-----

3.2.5 Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen

Basisopleiding reanimatie voor verpleegkundigen (BLS)

Werkwijze

Op de afdeling geriatrie 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
Geriatric	26	22
TOTAAL	26	22

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije twee jaar een basisopleiding reanimatie volgden of in het bezit waren van een geldig attest	22/26
---	-------

Doorgedreven opleiding reanimatie voor verpleegkundigen (ALS)

3.2.6 Opleiding CSA

Opleiding vaste medewerkers op CSA

Opleiding sterilisatietechnieken voor de vaste medewerkers op CSA

Opleiding sterilisatietechnieken voor de CSA-verantwoordelijke

Opleiding occasioneel personeel op CSA

4. THEMA VEILIGE ZORG

4.1 Procedures en voorschriften

4.1.1 Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist

4.1.2 Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist

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.	NVT
Er zijn specifieke richtlijnen voor bloedtoediening bij kinderen.	NVT
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

4.1.5 Behandeling van intoxicaties

4.2 Medicatieveiligheid

4.2.1 Procedure hoogrisicomedicatie

4.2.2 Bewaring hoogrisicomedicatie

Werkwijze

Op de afdeling geriatrie 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
Geriatric	Ja	Ja

Conclusie

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

4.2.3 Zicht op medicatieschema's door apotheker

4.2.4 Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten

4.2.5 Gegevens op medicatievoorschriften voor verdoving

4.2.6 Medisch order voor medicatietoediening

Werkwijze

Op de bezochte afdeling geriatrie en de palliatieve afdeling werd gezocht naar het medisch order voor toediening van medicatie via infusen met toegevoegde medicatie of inspuitbare 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
Geriatric	1	1	0
Palliatieve afdeling	2	2	0
TOTAAL	3	3	0

Conclusie

Aantal gecontroleerde medicatie met een medisch order	3/3
---	-----

4.2.7 Gegevens op medicatie

Werkwijze

Op de geriatische afdeling, de palliatieve afdeling, de revalidatieafdeling en de PAAZ 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

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
		alle gegevens	ontbrekende gegevens	zonder gegevens
Geriatric	10	10	0	0
Palliatieve afdeling	10	10	0	0
Revalidatieafdeling	10	10	0	0
PAAZ	10	10	0	0
TOTAAL	40	40	0	0

Details over de vervaldata:

Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
	Vervaldatum niet overschreden	Vervaldatum overschreden	Vervaldatum afwezig of onleesbaar
40	40	0	0

Conclusie

Aantal medicatie met alle gecontroleerde gegevens	40/40
Aantal medicatie met een leesbare, niet overschreden vervaldatum	40/40

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 doorgedaan en geregistreerd.	Neen

Conclusie

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

4.3.2 Validatie van wasmachines

4.3.3 Validatie van autoclaven

4.3.4 Controletesten van de autoclaven

4.3.5 Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten

4.3.6 Controle en onderhoud van medisch materiaal

Werkwijze

Op de palliatieve afdeling werd de preventieve controle (onderhoud en controle) nagegaan van een aantal medische toestellen: pompen.

Vaststellingen

POMPEN

	Aantal gecontroleerde pompen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 24 maanden	controle meer dan 24 maanden geleden	Geen controle aantoonbaar
Palliatieve afdeling	3	3	0	0
TOTAAL	3	3	0	0

Conclusie

Aantal pompen met laatste preventieve onderhoud de voorbije 24 maanden	3/3
--	-----

4.3.7 Materiaal MUG-wagen

4.3.8 Materiaal specifiek voor kinderen

4.4 Infrastructuur

4.4.1 Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery

4.4.2 De ontvangstruimte van het operatiekwartier

4.4.3 Kamers op de eenheid voor intensieve zorg

4.4.4 Afzonderingskamers

Werkwijze

Op de 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 PAAZ beschikt over minstens 1 afzonderingskamer	Ja
--	----

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

Conclusie

Alle gecontroleerde afzonderingskamers voldoen qua veiligheid	In orde
---	---------

4.4.5 Beveiliging ramen

Werkwijze

Op de geriatrie 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 suïcide of accidentele val door het raam.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
Geriatric	5	3	2
PAAZ	5	5	0
TOTAAL	10	8	2

Conclusie

Aantal gecontroleerde ruimtes met beveiligde ramen	8/10
--	------

4.5 Patiëntveiligheid

4.5.1 Veilig transport van patiënten

Werkwijze

Op de geriatrie 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	0	NVT	NVT

Er waren tijdens de inspectie geen transporten van patiënten.

Conclusie

Aantal veilige transporten van patiënten	NVT
--	-----

4.5.2 Vervaldatum steriele sets

4.5.3 Traceerbaarheid sets tot op setniveau

4.5.4 Identificatie weefselstalen operatiekwartier

4.6 Dossier

4.6.1 SSCL in dossier

4.6.2 Patiënten-identificatie in dossier

Werkwijze

Er werd een dossiercontrole gedaan op de afdeling geriatrie en de revalidatieafdeling. 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
Geriatric	5	5	0
Revalidatie	5	5	0
TOTAAL	10	10	0

Conclusie

Aantal patiëntendossiers met op alle infobronnen de nodige patiëntidentificatiegegevens	10/10
---	-------

5. THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 Procedures en afspraken

5.1.1 Formele afspraken preoperatieve gegevens

5.1.2 Werkvoorschriften van toestellen op CSA

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 en de palliatieve afdeling 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	Ja
Palliatieve afdeling	Ja

Conclusie

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

5.1.4 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen

5.1.5 Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

5.1.6 Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen

5.2 Standaardisatie in het patiëntendossier

5.2.1 Informed consent

5.2.2 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

5.2.3 DNR-code

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	7
Aantal niet in orde	3
Aantal met transfusiereactie	0

Details van de ontbrekende gegevens:

Aantal zonder startuur van transfusie	1
Aantal zonder stopuur van transfusie	0
Aantal zonder toediener	1
Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie	0
Aantal met niet alle parameters 5-15 minuten na start	2
Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie	0
Aantal met transfusieractie en niet alle parameters	NVT
Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle vereiste gegevens	7/10
--	------

5.2.5 Registratie van afzonderingen

Werkwijze

Op 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 en 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

	PAAZ
Er wordt een register van afzonderingen bijgehouden	Ja
Aantal gecontroleerde registratieformulieren	1
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	0
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	1

Het voorbije jaar werd slechts één afzondering uitgevoerd.

Details over ontbrekende gegevens:

	PAAZ
Aantal zonder naam, voornaam en leeftijd/geboortedatum van patiënt	0
Aantal zonder reden voor de maatregel	0
Aantal zonder datum en uur van begin van de maatregel	0
Aantal zonder datum en uur van einde van de maatregel	0
Aantal zonder naam of handtekening van de arts	1
Aantal zonder naam of handtekening van de verpleegkundige	0

Conclusie

Aantal registratieformulieren met alle vereiste gegevens	0/1
--	-----

6. THEMA HYGIËNE

6.1 Operatiekwartier en CSA

- 6.1.1 Toegangsbeveiliging operatiekwartier**
- 6.1.2 Gesloten deuren operatiezalen**
- 6.1.3 Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier**
- 6.1.4 Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier**
- 6.1.5 Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier**
- 6.1.6 Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen**
- 6.1.7 Infrastructuur van rubruimtes**
- 6.1.8 Procedure chirurgische handontsmetting op OK**
- 6.1.9 Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier**
- 6.1.10 Onderdompeling in open systemen**
- 6.1.11 Gesloten systemen voor chemische desinfectie**
- 6.1.12 Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten**
- 6.1.13 Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)**
- 6.1.14 Toegangsvoorschriften CSA**
- 6.1.15 Kledijvoorschriften CSA**
- 6.1.16 Scheiding tussen de drie zones op CSA**
- 6.1.17 Inrichting van de ruimtes**
- 6.1.18 Transport van steriel en vuil materiaal**
- 6.1.19 Infrastructuur van de steriele berging**

6.2 Algemene aspecten van hygiëne

- 6.2.1 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek**
- 6.2.2 Isoleerkamers met sas op IZ**

6.2.3 Wastafel in de vuile berging

Werkwijze

De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd in de vuile bergingen van de afdeling geriatrie, revalidatie 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	3
Aantal bergingen met wastafel met volledige uitrusting	1
Aantal bergingen met wastafel zonder volledige uitrusting	1
Aantal vuile bergingen zonder wastafel	1

Conclusie

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

6.2.4 Scheiding rein/onrein

Werkwijze

Op de afdeling geriatrie, revalidatie 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	3
Aantal bergingen in orde	3
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, 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 bedpanspoeler 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 afdeling	1	1
TOTAAL	1	1

Conclusie

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

7. THEMA COMMUNICATIE

7.1 Communicatie tussen zorgverleners

7.1.1 Medisch order postoperatief pijnbeleid

7.1.2 Handovers van recovery naar afdeling

7.1.3 Medische coördinator op IZ

7.1.4 Multidisciplinair overleg op IZ

7.1.5 Resultaat van een consult

Werkwijze

Op de afdeling 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

Eenheid	aantal gecontroleerde consulten	Aantal consulten met verslag in het dossier	Aantal consulten zonder verslag in het dossier
Geriatrie	5	5	0
TOTAAL	5	5	0

Conclusie

Aantal consulten met een verslag in het dossier	5/5
---	-----

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)
PAAZ	5	5	0
TOTAAL	5	5	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle transfergegevens	5/5
---	-----

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

Werkwijze

Op de bezochte geriatrische afdeling, 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
Geriatric	5	5	0	0
Revalidatie	5	0	5	0
PAAZ	5	0	5	0
TOTAAL	15	5	10	0

Conclusie

Aantal dossiers met voor alle gecontroleerde dagen een notitie over de zaalronde	5/15
--	------

7.1.8 Ontslagbeslissing na dagopname

7.2 Informatie aan patiënten

7.2.1 Beleidsdocument kind in het ziekenhuis

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

7.2.3 Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

7.2.4 Informatie voor de opname

7.2.5 Preanesthesiecontact

7.2.6 Informatie bij ontslag

7.2.7 Beschikbare ontslaginfo