

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

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: TWEEDE RONDE CHIRURGISCH EN INTERNISTISCH ZORGTRAJECT

INSPECTIEPUNT

Naam	Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres	Schiepse Bos 6, 3600 Genk
Telefoon	089 32 50 50
Dossiernummer	371

INRICHTENDE MACHT

Naam	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG, AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING
Juridische vorm	Ver.OCMW
Adres	Schiepse Bos 6, 3600 Genk

UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus Sint-Barbara
Adres	Bessemerstraat 478, 3620 Lanaken

OPDRACHT

Numer	O-2018-MAPU-0273
Datum	18/06/2018

VERSLAG

Numer	V-2018-KULI-0011
Datum	6/07/2018

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 5/07/2018 (8:00-13:30)
-------	---

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding

- 1.1 Toezicht door Zorginspectie
- 1.2 Inspectiemodel
- 1.3 Leeswijzer voor dit rapport
- 1.4 Inspectiebezoek

2 Situering

3 Thema personeel

- 3.1 Medische permanentie intensieve zorgen
- 3.2 Medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG
- 3.3 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG
- 3.4 Oproepbare psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

4 Thema veilige zorg

- 4.1 Medicatieveiligheid: gegevens op infusen en spuiten
- 4.2 Preventieve controle materiaal
- 4.3 Doorgedreven opleiding reanimatie
- 4.4 Permanent toezicht door anesthesist bij patiënt onder narcose

5 Thema gestandaardiseerde zorg

- 5.1 Parameters in het patiëntendossier
- 5.2 Pijnscores in het patiëntendossier
- 5.3 Preoperatieve onderzoeken en toegankelijkheid van dossier op het operatiekwartier
- 5.4 Patiëntidentificatie

6 Thema hygiëne

- 6.1 Handhygiëne

7 Thema communicatie

- 7.1 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts

8 Samenvatting

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;
- 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 INSPECTIEMODEL

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.

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 en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties. Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. De eerste zorgtrajecten die geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016). Na afronding van elk van deze inspectierondes werd een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de

inspectievaststellingen. Deze beleidsrapporten zijn terug te vinden op de website van Zorginspectie.

In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie voor de 2^{de} maal het **chirurgisch zorgtraject** en het **internistisch zorgtraject** onder de loep. Hierbij worden niet de volledige trajecten herhaald, maar worden een aantal onderwerpen uit beide trajecten opnieuw bekeken. Het doel van Zorginspectie is hierbij:

- de aandacht voor kwaliteit binnen beide trajecten hoog houden
- de kans op effectieve implementatie van kwaliteit verhogen door herhaling van het nalevingstoezicht.

Volgende diensten worden bezocht:

- de intensieve zorgeenheden,
- de gespecialiseerde spoedgevallendienst,
- de internistische verpleegafdelingen,
- het operatiekwartier,
- de chirurgische verpleegafdelingen.

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 omgeving, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie**. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport. De eisen die hernomen worden tijdens deze "tweede ronde" werden enerzijds geselecteerd op basis van de sectorbrede knelpunten uit de beleidsrapporten "Toezicht op het zorgtraject voor de chirurgische patiënt in de algemene ziekenhuizen" en "Toezicht op het zorgtraject voor de internistische patiënt in de algemene ziekenhuizen". Anderzijds worden ook een aantal cruciale onderwerpen en elementen die goed scoorden tijdens de eerste zorgtrajecten herhaald, om de evolutie van de verschillende items te kunnen nagaan.

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een opvolging (check 2):

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Deze check 2 zal na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) uitgevoerd worden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen. Op

<https://www.departementwvg.be/zorginspectie> is het volledige overzicht te vinden van de rode en oranje knipperlichten en van de elementen die in het bijzonder opgevolgd worden door het agentschap Zorg en Gezondheid.

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

1.3 LEESWIJZER VOOR DIT RAPPORT

Dit rapport bestaat uit 8 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 de betrokken eisen uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Afsluitend wordt in hoofdstuk 8 een samenvatting gegeven van de besluiten per thema en wordt aangegeven of er op basis van rode en/of oranje knipperlichten een check 2 volgt of niet.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op www.zorginspectie.be.

1.4 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 binnen de tweede ronde m.b.t. het chirurgisch en het internistisch zorgtraject. In overeenstemming met de selectie van te bezoeken afdelingen, werd op deze campus een bezoek gebracht aan:

- Het(De) operatiekwartier(en):
 - + LOP
- De internistische verpleegafdeling(en):
 - + LC0 (Internistische afdeling)
- De chirurgische verpleegafdeling(en):
 - + C1 (Gemengde afdeling)

2 SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het internistisch en chirurgisch zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Functie chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 25
- C-bedden: 34

3 THEMA PERSONEEL

3.1 MEDISCHE PERMANENTIE INTENSIEVE ZORGEN

3.2 MEDISCHE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

3.3 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE GESPECIALISEERDE SPOED EN MUG

3.4 OPROEPBARE PSYCHIATER OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

4 THEMA VEILIGE ZORG

4.1 MEDICATIEVEILIGHEID: GEGEVENS OP INFUSEN EN SPIUTEN

Gecontroleerde eis

Alle geneesmiddelen die worden klaargemaakt (o.a. ook de infusen met bijgevoegde medicatie) zijn gelabeld met minimum volgende parameters:

- naam van het geneesmiddel
- dosis of concentratie geneesmiddel
- datum van bereiding of uiterste toedieningsdatum of vervaldatum
- naam patiënt

Werkwijze

Op de eenheid intensieve zorgen en op de internistische afdelingen werden infusen en spuitpompen met medicatie en klaargemaakte spuiten gecontroleerd.

Op de infusen en spuitpompen met toegevoegde medicatie en klaargemaakte spuiten werd de aanwezigheid van volgende items gecontroleerd tijdens de inspectie:

- naam van het geneesmiddel
- dosis of concentratie geneesmiddel
- datum van bereiding of uiterste toedieningsdatum of vervaldatum
- naam patiënt

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende gegevens (incl zonder)	Aantal zonder gegevens
LCO	3	3	0	0
Totaal	3	3	0	0

4.2 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

Gecontroleerde eis

Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.

Monitoren en ECG-toestellen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.

De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.

De controlerapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.

Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:

- het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten
- wanneer uitgevoerd
- door wie

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen, op de spoedgevallendienst en op het operatiekwartier (recovery) werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen: ECG-toestellen, monitoren en defibrillatoren.

Vaststellingen

Preventieve controle van monitoren

Afdeling	Aantal gecontroleerde monitoren	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 24 maanden	Controle meer dan 24 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
LOP	3	3	0	0
Totaal	3	3	0	0

Preventieve controle van defibrillatoren

Afdeling	Aantal gecontroleerde defibrillatoren	In orde	Niet in orde	
		Controle in laatste 12 maanden	Controle meer dan 12 maanden geleden	Geen aantoonbare controle
LOP	1	1	0	0
Totaal	1	1	0	0

4.3 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE

4.4 PERMANENT TOEZICHT DOOR ANESTHESIST BIJ PATIËNT ONDER NARCOSE

Gecontroleerde eis

De arts-anesthesist moet toezicht houden op de anesthesie:

- Persoonlijk
- Effectief toezicht

Bestendig toezicht = gedurende heel de tijd van de narcose (tot het autonoom hervatten van de vitale functies of het kunstmatig verzekeren ervan met voldoende veiligheid indien hervatten niet binnen de normale tijd kan voorzien worden)

Behoudens vitale noodtoestand zijn simultane anesthesieën verboden (d.w.z. het gelijktijdig onder narcose brengen van twee patiënten door één anesthesist-reanimator). De anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie) blijft continu aanwezig bij zijn patiënt. Indien de anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie), als uitzondering op de hogervermelde algemene regel, toch verplicht is zijn patiënt tijdelijk te verlaten, duidt hij een bevoegde persoon aan, die de bewakingsplicht exclusief overneemt, met uitsluiting van elke andere activiteit. Deze bewaking valt onder de volledige verantwoordelijkheid van de behandelende anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie).

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd nagegaan of er in iedere zaal waar een patiënt onder algemene narcose was, een anesthesist aanwezig was om de patiënt te bewaken.

Wanneer er een zaal was waar er geen anesthesist was tijdens de algemene narcose, werd nagegaan of dit te wijten was aan een urgentie en of er een vervanger werd aangeduid die op dat ogenblik geen andere taken opnam.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde zalen met patiënt onder narcose	3
Aantal zalen met patiënten onder narcose met anesthesist/ASO anesthesie aanwezig	3
Aantal zalen met patiënten onder narcose zonder anesthesist/ ASO anesthesie	0

Overzicht

Aantal gecontroleerde zalen	3
Aantal in orde	3
Aantal niet in orde	0

5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 PARAMETERS IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en D-dienst minimum:

- Hartfrequentie
- Bloeddruk
- Temperatuur
- Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)
- Bewustzijn (indien van toepassing)
- Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)
- Saturatiemeting (indien van toepassing)
- Gewicht
- Voedingsstatus

Werkwijze

Op de internistische en chirurgische verblijfsafdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	10
Aantal gecontroleerde dagen	20
Aantal dagen met alle parameters in orde	20

Aantal dagen met ontbrekende parameters	0
---	---

5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en D-dienst minimum:

- Hartfrequentie
- Bloeddruk
- Temperatuur
- Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)
- Bewustzijn (indien van toepassing)
- Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)
- Saturatiemeting (indien van toepassing)
- Gewicht
- Voedingsstatus

Op IZ:

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak zoals hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, zuurstofsaturatie, vochtbalans, ademhalingsfrequentie, pijnscore, bewustzijnscore, evt. andere relevante parameters volgens de ziekte-toestand van de patiënt.

Werkwijze

Op de internistische afdelingen en de eenheden voor intensieve zorgen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van het aantal pijnscores per dag.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal ge-controleerde dossiers	Aantal ge-controleerde dagen	Aantal dagen met 2 of meer pijnscores	Aantal dagen met 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
C1	2	10	10	0	0
LCO	5	10	10	0	0
Totaal	7	20	20	0	0

5.3 PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN EN TOEGANKELIJKHEID VAN DOSSIER OP HET OPERATIEKWARTIER

Gecontroleerde eis

De preoperatieve onderzoeken zijn beschikbaar in het patiëntendossier en worden beoordeeld voor de start van de ingreep.

Gedurende het verblijf op het operatiekwartier is het patiëntendossier raadpleegbaar / toegankelijk.

Werkwijze

Op het operatiekwartier werd in een aantal dossiers van volwassen patiënten die op het operatiekwartier voor een ingreep aanwezig waren, nagegaan of het medisch dossier toegankelijk was en of volgende items van de preoperatieve onderzoeken aanwezig waren:

- thuismedicatie

- allergie
- vorige ingrepen
- gewicht
- bloeddruk

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers van patiënten in het operatiekwartier	6
Aantal dossiers in orde	6
Aantal dossiers niet in orde	0

5.4 PATIËNTENIDENTIFICATIE

Gecontroleerde eis

Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:

- naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of
- naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)

Voor elke medisch/verpleegkundige handeling worden de patiëntidentificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd.

Werkwijze

Op de IZ eenheden en in de ontvangstruimtes van het operatiekwartier werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met volledig en correct bandje	Aantal patiënten met onvolledig bandje	Aantal patiënten zonder bandje
LOP	3	3	0	0
Totaal	3	3	0	0

6 THEMA HYGIËNE

6.1 HANDHYGIËNE

Gecontroleerde eis

De basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die met patiënten potentieel in contact komen:

- Juwelenvrije handen en voorarmen
- Geen polshorloges, armbanden en/of ringen
- Korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel of kunstnagels
- Korte mouwen, zowel van dienstkledij als burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen persoonlijke handhygiëne werd bij medewerkers nagegaan voor volgende aspecten:

- Handen en voorarmen zonder ringen en armbanden
- Geen polshorloges
- Korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels)
- Korte mouwen, zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen

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

Vaststellingen

	Gecontroleerd	In orde	Niet in orde			
			Polshorloge	Armband of ring	Lange mouwen	Nagels
Verpleegkundigen	9	9	0	0	0	0
Artsen	3	3	0	0	0	0
Andere	3	3	0	0	0	0
	15	15	0	0	0	0

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	15
Aantal in orde	15
Aantal niet in orde	0

7 THEMA COMMUNICATIE

7.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ONTSLAGBRIEF VOOR VERWIJZER/HUISARTS

Gecontroleerde eis

Voor elke patiënt is er bij ontslag een ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer.

Minimale inhoud:

- relevante anamnestiche gegevens,
- behandeling,
- verloop hospitalisatie,
- vereiste nazorg,
- medicatieschema.

Voor regelmatig terugkomende patiënten (bv. patiënten met hemofilie of agammaglobulinemie) kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.

Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg (bv. medicatie, wondzorg, ...); rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren.

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

Het patiëntendossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

- Ontslagbrief medisch, inclusief transfertdocument dat wordt meegegeven met de patiënt bij ontslag.
- Een afschrift van het verpleegkundig ontslagrapport.

Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een internistische/chirurgische verblijfsafdeling. Er werd gestreefd naar een 20-tal dossiers, de helft van internistische patiënten en de helft van chirurgische patiënten, van zoveel mogelijk verschillende artsen. In deze dossiers werd nagegaan of er een ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer in zat.

De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- opnameverloop: bv. behandeling, ingreep, verloop hospitalisatie, onderzoeken
- conclusie: bv. (voorlopige) diagnose, vereiste nazorg, te volgen beleid
- informatie over medicatiebeleid

Vaststellingen

	C-Afdelingen	D-Afdelingen	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers	10	10	20
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	10	10	20
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	0	0	0
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	0	0	0

8 SAMENVATTING

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een tweede onaangekondigde inspectie (check 2).

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen.

Hieronder is terug te vinden of op deze campus:

- een check 2 volgt of niet, op basis van rode en/of oranje knipperlichten
- er al dan niet tekorten zijn die door het agentschap Zorg en Gezondheid opgevolgd worden.

Thema personeel

--

Thema veilige zorg

Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	3 / 3
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	1 / 1
Aantal monitoren met tijdige preventieve controle	3 / 3
Aantal patiënten onder volledige narcose met permanent toezicht door de anesthesist	3 / 3

Thema gestandaardiseerde zorg

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	20 / 20
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	20 / 20
Aantal preoperatieve patiëntendossiers die toegankelijk zijn op OK	6 / 6
Aantal preoperatieve patiëntendossiers met alle gecontroleerde onderwerpen	6 / 6
Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	3 / 3

Thema hygiëne

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	15 / 15
---	---------

Thema communicatie

Aantal dossiers met ontslagbrief	20 / 20
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	20 / 20

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren op deze campus	Nee
--	-----