

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: internistisch zorgtraject, check 2

INSPECTIEPUNT

Naam ZiekenhuisNetwerk Antwerpen
Adres Lange Beeldekensstraat 67, 2060 Antwerpen
Telefoon 086/ 238 26 56

INRICHTENDE MACHT

Naam HET ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN
Juridische vorm VZW
Adres Lange Beeldekensstraat 67, 2060 Antwerpen
Telefoon 086/ 238 26 56

UITBATINGSPLAATS

Naam Campus Middelheim-Koningin Paola Kinderziekenhuis
Adres Lindendreef 2, 2020 Antwerpen

OPDRACHT

Nummer O-2015-MAPU-0666
Datum 14/10/2015

VERSLAG

Nummer V-2015-ANCL-0022
Datum 04/11/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort Onaangekondigd bezoek op 28/10/2015 (09u45 – 12u30)

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Inspectiemodel	3
1.2	Leeswijzer voor dit rapport.....	3
1.3	Inspectiebezoek	4
2	Situering.....	4
3	Thema Personeel.....	5
3.1	Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst.....	5
3.2	Samenvatting thema personeel.....	6
4	Thema gestandaardiseerde zorg.....	7
4.1	Parameters in het patiëntendossier op de verpleegafdelingen	7
4.2	Pijnscores in het patiëntendossier.....	8
4.3	Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten	9
4.4	Staande orders pijn/pijnprotocol	9
4.5	opleiding over pijn	10
4.6	Patiëntidentificatie	11
4.7	Triagesysteem op de spoedgevallendienst.....	12
4.8	Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg.....	13
5	Thema communicatie.....	14
5.1	Informatie aan patiënten: wachttijden op de spoedgevallendienst	14
6	Besluit	14

1 INLEIDING

Dit rapport biedt u een overzicht van **alle vaststellingen** van Zorginspectie op deze vestigingsplaats.

1.1 INSPECTIEMODEL

Zorginspectie toetst 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). Zorginspectie checkt de onderliggende eisen. Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties.

Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie het **internistisch zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar:

- de spoedgevallendienst (erkend als gespecialiseerde spoedgevallendienst of eerste opvang spoed),
- de medische urgentiegroep,
- de eenheid voor intensieve zorgen,
- de internistische verpleegafdeling,
- het niet-chirurgisch dagziekenhuis (exclusief bereiding en toediening oncologische producten),
- de toediening van bloed en bloedproducten,
- de apotheek en medicatiedistributie.

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**.

Per thema waren er bij de eerste inspectie (**check 1**) criteria vastgelegd op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een tweede onaangekondigde inspectie (**check 2**). Check 2 werd uitgevoerd na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) en is eveneens thematisch. Dit wil zeggen dat per thema de verbeterpunten die geleid hebben tot een check 2 opnieuw geïnspecteerd worden, maar ook dat bijkomende, aanverwante eisen kunnen geïnspecteerd worden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten. Wanneer onvoldoende verbetering op de voornaamste verbeterpunten wordt vastgesteld of nieuwe ernstige tekorten worden gezien tijdens check 2, kan dit agentschap een **check 3** vragen aan Zorginspectie. Tijdens dit (aangekondigd) inspectiebezoek zal dan niet enkel gefocust worden op de vastgestelde risico's, maar wordt ook het kwaliteitsmanagementsysteem dat betrekking heeft op deze risico's, bekeken.

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

1.2 LEESWIJZER VOOR DIT RAPPORT

Dit rapport bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en de situering van het ziekenhuis (hoofdstuk 2) vindt u de thematische hoofdstukken terug waarvoor een check 2 gebeurde op deze campus. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betrokken eisen uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Op het einde van elk besproken hoofdstuk staat een overzicht van de vaststellingen en een besluit. Dit besluit geeft weer of voor het betreffende thema de verbeterpunten die aanleiding gaven tot een check 2 opgelost zijn of niet.

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

1.3 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 2 binnen het nalevingstoezicht.

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De eenheden voor intensieve zorgen:
 - o 9 E
 - o 8 B
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- De internistische verpleegafdelingen:
 - o 4 D
 - o 5 B
 - o 5 C

2 SITUERING

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

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie voor intensieve zorg erkend voor 30 bedden
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie MUG
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: 229

3 THEMA PERSONEEL

3.1 BESTAFFING TRIAGEFUNCTIE OP DE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Er is steeds een verpleegkundige van spoed toegewezen aan de triagefunctie (tenzij de triage gebeurt door de gekwalificeerde permanentie arts). Deze verpleegkundige cumuleert deze taak niet met MUG, 100 en heeft geen taken buiten spoed.

Deze triage dient te gebeuren door een verpleegkundige met bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg en onder supervisie van een volgens de normen gekwalificeerde spoedarts die de permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst verzorgt. Deze verpleegkundige dient minimum één jaar werkzaam te zijn op de spoeddienst.

Werkwijze

Er werd op de gespecialiseerde spoedgevallen nagegaan of iemand is aangesteld voor de triage, of deze voldoende beschikbaar is (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed) en voldoet aan alle kwalificaties.

Vaststellingen

Op deze spoedgevallendienst worden patiënten die zich aanmelden getriemd	Ja
Het personeelslid dat instaat voor de triage is: - een verpleegkundige	
Het personeelslid dat instaat voor triage heeft enkel taken binnen spoed (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten 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

Overzicht

Er wordt voldaan aan de eis (triage door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel)	Ja
---	----

3.2 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

Triage gebeurt op de gespecialiseerde spoedgevallendienst door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel

Besluit

De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 over dit thema zijn weggewerkt

Ja

4 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

4.1 PARAMETERS IN HET PATIËNTENDOSSIER OP DE VERPLEEGAFDELINGEN

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute 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 afdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk en temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	15
Aantal gecontroleerde dagen	30
Aantal dagen met alle parameters in orde	29
Aantal dagen met ontbrekende parameters	1
Aantal dagen zonder hartfrequentie	0
Aantal dagen zonder bloeddruk	0
Aantal dagen zonder temperatuur	1
<i>Aantal dagen zonder alle 3 de parameters</i>	0

4.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute 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 patiënten dossier bevat: parameters volgens medische noodzaak zoals hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, zuurstofsaturatie, vochtbalans, ademhalingsfrequentie, pijnscore, bewustzijnsscore, 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 gecontroleerde dossiers	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met 2 of meer pijnscores	Aantal dagen met 1 pijnscore	Aantal dagen zonder pijnscore
IZ 9 E	10	10	9	1	0
IZ 8 B	9	10	7	1	2
5 B	5	10	5	5	0
5 C	5	10	10	0	0
4 D	5	10	10	0	0
Totaal	34	50	41	7	2

4.3 SPECIFIEKE MEETMETHODE VOOR PIJN BIJ NIET-COMMUNICATIEVE PATIËNTEN

Gecontroleerde eis

De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (niet communicatieve patiënt).

Werkwijze

Door bevraging van het personeel werd op intensieve zorgen en de internistische afdelingen nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.

Vaststellingen

Er is een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten	
IZ 9 E	Ja
IZ 8 B	Ja
5 B	Ja
5 C	Neen
4 D	Ja

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	5
Aantal in orde	4
Aantal niet in orde	1

Toelichting

De pijn meetmethode is voor het volledige ziekenhuis ontwikkeld en verspreid, maar is nog niet op alle diensten geïmplementeerd.

4.4 STAANDE ORDERS PIJN/PIJNPROTOCOL

Gecontroleerde eis

Er zijn staande orders inzake pijn.

Werkwijze

Op de eenheden intensieve zorgen en op de internistische afdelingen worden de staande orders/ protocollen inzake pijn opgevraagd (per afdeling of ziekenhuisbreed). Als staand order wordt aanvaard: elk door de arts vooraf opgesteld (en ondertekend) behandelingsschema waarin minimaal indicaties en een hieraan gelinkte behandeling opgenomen zijn.

Vaststellingen

Staande orders/protocollen inzake pijn konden voorgelegd worden	
IZ 9 E	Ja
IZ 8 B	Ja
5 B	Neen
5 C	Ja
4 D	Ja

Overzicht

Aantal gecontroleerde afdelingen	5
Aantal in orde	4
Aantal niet in orde	1

4.5 OPLEIDING OVER PIJN

Gecontroleerde eis

Het personeel is opgeleid over pijn.

Werkwijze

Op de eenheden intensieve zorgen en op de D-afdelingen werd gevraagd aan het verpleegkundig personeel of ze de laatste twee jaar opleiding kregen over pijn. Zowel interne en externe vormingen, als opleidingen in het kader van een inscholing werden goedgekeurd.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal met opleiding over pijn	Aantal zonder opleiding over pijn
9 E	5	4	1
8 B	5	5	0
4 D	5	5	0
5 B	4	4	0
5 C	4	3	1
Totaal	23	21	2

4.6 PATIËNTIDENTIFICATIE

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 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
9 E	9	9	0	0
8 B	8	8	0	0
Totaal	17	17	0	0

4.7 TRIAGESYSTEEM OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Er gebeurt een triage van de patiënten op de spoeddienst. Deze gebeurt via een triageprotocol.

Gedurende de triage worden er aan de hand van de aanmeldingsklacht, triagecriteria en parameters een prioriteit toegekend aan elke patiënt die zich aanmeldt op de spoeddienst.

De bevindingen van het triagegesprek evenals de parameters dienen opgenomen te worden in het spoeddossier.

De triagescore bepaalt de tijdsspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden.

Er gebeurt een hertrriage wanneer de voorziene tijdsspanne is overschreden en/of wanneer er verandering zou optreden in het ziektebeeld of klinische toestand van de patiënt.

Pijn wordt gemeten aan de hand van een gevalideerde pijnscore. Bevindingen worden bij triage genoteerd in het medisch-verpleegkundig spoeddossier.

Er is voorzien dat er een pijninterventie gebeurt ofwel via een pijnprotocol ofwel op medisch voorschrift van een arts.

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 spoedgevallendienst	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

4.8 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	29/30
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	48/50
Er is een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten op IZ.	
Er is geen specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten op alle gecontroleerde internistische afdelingen.	
Aantal afdelingen waar staande orders/ protocollen inzake pijn konden voorgelegd worden	4/5
Aantal verpleegkundigen dat de laatste 2 jaar is opgeleid over pijn	21/23
Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	17/17
Er wordt een gestandaardiseerd triagesysteem toegepast op de spoedgevallendienst	
Het triagesysteem op de spoedgevallendienst bevat alle gecontroleerde criteria	

Besluit

De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 over dit thema zijn weggewerkt	Ja
---	----

5 THEMA COMMUNICATIE

5.1 INFORMATIE AAN PATIËNTEN: WACHTTIJDEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

Gecontroleerde eis

Patiënten worden geïnformeerd over de wachttijden

Werkwijze

Op de spoedgevallendiensten 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 bevroegde patiënten	2
Aantal patiënten die geïnformeerd zijn over de wachttijden	0
Aantal patiënten die niet geïnformeerd zijn over de wachttijden	2

6 BESLUIT

Tijdens check 2 van het internistisch zorgtraject bleken alle knelpunten uit check 1 opgelost.