

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

Inspectiepunt

Naam

Adres

Telefoon

Inrichtende macht

Naam

Juridische vorm

Adres

Telefoon

Uitbatingsplaats

Naam

Adres

Telefoon

Opdracht

Nummer

Datum

Inspecteurs

Verslag

Nummer

Datum

Inspectiebezoek

Soort

Onaangekondigd bezoek op XX/XX/2015 (XXuXX- XXuXX)

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Inspectiemodel	4
1.2	Leeswijzer voor dit rapport	4
1.3	Inspectiebezoek	5
2	Situering	5
3	Thema personeel	6
3.1	Medische permanentie intensieve zorgen	6
3.2	Beschikbaarheid intensivist voor de functie intensieve zorgen	8
3.3	Verpleegkundige basispermanentie en patient nurse ratio IZ	9
3.4	Verpleegkundige personeelsequipe intensieve zorgen	11
3.5	Beschikbaarheid kinesitherapie IZ	12
3.6	Beschikbaarheid psychologische ondersteuning IZ	12
3.7	Inscholingsplan op intensieve zorgen en spoedgevallendienst	14
3.8	Medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG	15
3.9	Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG	18
3.10	Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	20
3.11	Oproepbare pediater en psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	21
3.12	Medische permanentie eerste opvang van spoedgevallen	22
3.13	Verpleegkundige permanentie eerste opvang spoed	23
3.14	Samenvatting thema personeel	24
4	Thema veilige zorg	26
4.1	Medicatieveiligheid: hoogrisicomedicatie	26
4.2	Medicatieveiligheid: zicht op medicatieschema's door apotheker	26
4.3	Medicatieveiligheid: gegevens op medicatievoorschriften (specialiteiten en narcotica)	28
4.4	Medicatieveiligheid: medisch order voor medicatietoediening	30
4.5	Medicatieveiligheid: gegevens op medicatie	31
4.6	Preventieve controle materiaal	34
4.7	Materiaal: controle reanimatiekar voor interne MUG	36
4.8	Materiaal voor eerste opvang spoedgevallen	37
4.9	Materiaal specifiek voor kinderen	38
4.10	Materiaal MUG-wagen	38
4.11	Behandeling van intoxicaties	40
4.12	Basisopleiding reanimatie	41
4.13	Doorgedreven opleiding reanimatie	41
4.14	Infrastructuur: kamers eenheid voor intensieve zorg	42
4.15	Infrastructuur afzonderingskamer op spoed	43
4.16	Infrastructuur: herkenbaar en toegankelijk lokaal voor 'eerste opvang spoedgevallen'	44
4.17	Architectonische veiligheid: beveiliging ramen	45
4.18	Samenvatting thema veilige zorg	46
5	Thema gestandaardiseerde zorg	48

5.1	Parameters in het patiëntendossier op de verpleegafdelingen	48
5.2	Pijnscores in het patiëntendossier	48
5.3	Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	50
5.4	DNR-code in dossiers op intensieve zorgen	51
5.5	Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten	52
5.6	Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen	53
5.7	Patiëntidentificatie	54
5.8	Early warning system	55
5.9	Bloedtransfusie	56
5.10	Registratie van afzonderingen op de spoedgevallendienst	57
5.11	Triagesysteem op de spoedgevallendienst	58
5.12	Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg	58
6	Thema hygiëne	60
6.1	Handhygiëne	60
6.2	Wastafel in de vuile berging	61
6.3	Scheiding rein/onrein	61
6.4	Bedpanspoeler	63
6.5	Isoleerkamers met sas op IZ	64
6.6	Samenvatting thema hygiëne	64
7	Thema communicatie	65
7.1	Communicatie tussen zorgverleners: toegankelijk dossier op IZ	65
7.2	Communicatie tussen zorgverleners: medische coördinator op IZ	65
7.3	Communicatie tussen zorgverleners: multidisciplinair overleg op IZ	65
7.4	Communicatie tussen zorgverleners: consult op intensieve zorgen	66
7.5	Communicatie tussen zorgverleners: transfergegevens van IZ en spoed naar de afdeling	67
7.6	Communicatie tussen zorgverleners: medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op D-afdelingen	68
7.7	Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbeslissing na dagopname	68
7.8	Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts	69
7.9	Informatie aan patiënten: informatie voor de opname	71
7.10	Informatie aan patiënten: wachttijden op de spoedgevallendienst	72
7.11	Informatie aan patiënten: informatie bij ontslag	73
7.12	Samenvatting thema communicatie	74
8	Besluit	75

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 onderlijnde 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.

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 bevestigd 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.

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

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten, waarbij het aan Zorginspectie kan vragen een bijkomend inspectiebezoek (**check 3**) uit te voeren. 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 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. Op het einde van elk van deze 5 hoofdstukken staat een overzicht van de vaststellingen en een besluit. Dit besluit geeft weer of er voor het betreffende thema op basis van de ernst van de voornaamste verbeterpunten een tweede onaangekondigde inspectie (**check 2**) nodig is of niet.

Het 8^{ste} hoofdstuk geeft een samenvatting van de besluiten per thema. Hier kan dus snel gezien worden of er een check 2 volgt en voor welke thema's.

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

1.3 Inspectiebezoek

Het gaat om check 1 binnen het nalevingstoezicht.

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De apotheek
- De eenhe(i)d(en) voor intensieve zorgen:
 - o Naam IZ-eenheid
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst
- De medische urgentiegroep
- De eerste opvang spoedgevallen
- Het internistisch / gemengd (bv. chirurgisch-internistisch of internistisch-oncologisch) dagziekenhuis:
 - o Naam internistisch dagziekenhuis
- De internistische verpleegafdeling(en):
 - o Naam D-afdeling

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 XX bedden
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie mobiele urgentiegroep
- Functie eerste opvang van spoedgevallen
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- D-bedden: XX

3 Thema personeel

3.1 Medische permanentie intensieve zorgen

Gecontroleerde eis

Wanneer de verschillende eenheden van de functie IZ over verschillende gebouwen gespreid zijn, dient elke eenheid een eigen medische permanentie volgens de geldende wettelijke criteria te organiseren.

De medische permanentie wordt verzekerd door artsen met minimaal de erkenning anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde, heeskunde, of in één van de daartoe behorende subspecialismen en voor specifieke gevallen pediatrie, evt. met BBT in de IZ. Het betreft de specialismen die zijn opgenomen in het M.B. van 05/10/1995. Volgende erkenningen komen hiervoor in aanmerking:

- o Anesthesie-reanimatie
- o Inwendige geneeskunde
- o Cardiologie
- o Gastro-enterologie
- o Pneumologie
- o Reumatologie
- o Heeskunde
- o Neurochirurgie
- o Urologie
- o Orthopedische heeskunde
- o Reconstructieve en esthetische heeskunde
- o Pediatrie

Komen ook in aanmerking de houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde die ten minste één jaar stage in de intensieve zorg hebben vervuld

Indien de medische permanentie verzekerd wordt door een arts-specialist niet-intensivist dan is steeds een arts-intensivist van de functie intensieve zorg consulteerbaar. De wachtlijst is beschikbaar en consulteerbaar.

De medische permanentie kan ook worden verzekerd door een kandidaat arts-specialist na twee jaar opleiding in de bovenvermelde specialismen.

Indien een kandidaat arts-specialist (na twee jaar opleiding) de medische permanentie waarneemt dan is steeds een arts-intensivist uit de medische staf van de functie intensieve zorg oproepbaar, die de functie binnen de kortst mogelijke tijd na oproep kan bereiken.

De 'kortst mogelijke tijd' is in het medisch reglement gedefinieerd.

De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties e.d.).

Er wordt voorzien in een afzonderlijke oproepbare geneesheer – specialist in de anesthesie – reanimatie ten behoeve van het operatiekwartier, ook indien de medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt waargenomen door een anesthesist.

Indien een dringende operatie moet opgestart worden, kan dit gebeuren door de anesthesist die de permanentie op IZ waarneemt, in afwachting dat de opgeroepen anesthesist de narcose kan overnemen.

De permanentie artsen van de functie voor intensieve zorg mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de IZfunctie bevindt.

De medische permanentie op de functie intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.

Indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG – dienst toegestaan.

In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig. Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen, mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis vervullen. Dit geldt ook voor de artsen stagiairs. Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.

Werkwijze

De IZ-permanentie werd gecontroleerd. De nominatieve wachtlijst werd opgevraagd en gecontroleerd voor de laatste week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of er artsen-specialisten in opleiding (ASO 's) op de lijst stonden en in het hoeveelste jaar van opleiding deze waren (minstens derdejaars is vereist). Indien er ASO 's op de lijst stonden, werd nagegaan of een intensivist van achterwacht oproepbaar was. Eveneens werd op de campussen waar ASO's ingeschakeld waren in het wachtsysteem in het medisch reglement (of gelijkwaardige overeenkomsten) nagegaan of de tijd bepaald is waarbinnen de intensivist van achterwacht ter plaatse moet komen.

Indien er ook artsen-“niet-intensivisten” op de wachtlijst stonden, werd gevraagd naar de wachtlijst van consulteerbare intensivisten. Er werd op basis van de wachtlijsten nagegaan of artsen die de medische permanentie vervullen voor de afdeling intensieve zorgen deze wachtdienst niet cumuleren met de wacht van anesthesisten die oproepbaar zijn voor dringende anesthesieën in het operatiekwartier of met de wacht voor de (eventueel aanwezige) MUG-functie. Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben met aanwezigheid in het ziekenhuis.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde IZ-eenheden	
Aantal IZ-eenheden in orde	
Aantal IZ-eenheden niet in orde	
Aantal eenheden waarbij de permanentielijst met de namen van alle artsen die in praktijk op IZ de permanentie opnemen, niet voorgelegd kon worden.	
Aantal eenheden waarbij niet alle permanentieartsen voldoen aan de vereiste kwalificaties	
Aantal eenheden waarbij niet steeds een sluitende 24-uurspermanentie kon aangetoond worden	
Aantal eenheden waarbij een arts meer dan 24 uur aanwezig was in het ziekenhuis voor een permanentie	
Aantal eenheden zonder consulteerbare intensivist	
Aantal eenheden waarbij de permanentie gecumuleerd wordt met die van de MUG	
Aantal eenheden waarbij de permanentie gecumuleerd wordt met die voor dringende ingrepen	

Aantal eenheden met ASO in de permanentie zonder oproepbare intensivist	
De medische permanentie wordt soms opgenomen door een ASO	
Medisch reglement bepaalt dat intensivist binnen afgesproken tijdspanne ter plaatse komt	Ja / neen
Tijdspanne is meetbaar gedefinieerd in het medisch reglement	Ja / neen
Aantal minuten toegestaan om een intensivist ter plaatse te laten komen op de functie IZ	X minuten

3.2 Beschikbaarheid intensivist voor de functie intensieve zorgen

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Tijdens de werkdagen van maandag tot en met vrijdag dient overdag steeds een erkend arts-intensivist intra muros (op de campus) aanwezig en onmiddellijk beschikbaar te zijn voor de IZ functie.</p>							
<p>Werkwijze</p> <p>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.</p>							
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Naam van de eenheid</td> <td>Intensivist onmiddellijk beschikbaar?</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ja/Neen</td> </tr> </table>		Naam van de eenheid	Intensivist onmiddellijk beschikbaar?		Ja/Neen		
Naam van de eenheid	Intensivist onmiddellijk beschikbaar?						
	Ja/Neen						
<p>Overzicht</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde IZ-eenheden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal in orde</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal niet in orde</td> <td></td> </tr> </table>		Aantal gecontroleerde IZ-eenheden		Aantal in orde		Aantal niet in orde	
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden							
Aantal in orde							
Aantal niet in orde							

3.3 Verpleegkundige basispermanentie en patient nurse ratio IZ

Gecontroleerde eis

De functie vormt één of meerdere zelfstandige en architecturaal herkenbare eenheid / eenheden.

In elke eenheid van de functie IZ zijn steeds minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig. Dit is de basispermanentie. Eén van beide verpleegkundigen is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij kan bewijzen dat hij/zij op 29/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.

Het aantal verpleegkundigen aanwezig in de eenheid IZ is aangepast aan de activiteiten in de eenheid. De verhouding aanwezige IZ patiënten / verpleegkundigen bedraagt 3/1. (Er wordt wiskundig afgerond. Dit betekent dat voor 7 patiënten 2 verpleegkundigen volstaan. Voor 8 patiënten dienen 3 verpleegkundigen te worden ingezet enz...). Hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als de basispermanentie.

Supplementair kan men aanvullen met zorgkundigen, administratieve- of logistieke hulpen.

Indien de hoofdverpleegkundige gedeeltelijk effectief wordt ingeroosterd in de zorg, dan kunnen die uren ook meegerekend worden in de zorg.

Binnen een eenheid zijn geen andere diensten zoals medium care of CCU geïntegreerd. Er is een duidelijke afbakening tussen beide. Wanneer IZ en medium care eenzelfde toegang hebben, dan dienen de patiëntenkamers voor IZ apart opgesteld te staan en aantoonbaar.

Werkwijze

De erkende IZ-afdelingen en de afdelingen die door het ziekenhuis zijn opgegeven als intensieve zorgeneenheden werden 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. Zoniet 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 spoedgevallenzorg 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 (er werd een maximale periode van 15 minuten getolereerd waarbij er slechts één verpleegkundige aanwezig is).

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 de vereiste ervaring beschikte.

De verhouding aanwezige IZ patiënten/verpleegkundigen mag maximaal 3/1 te bedragen = patient 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....

Indien bij het bezoek aan de internistische verpleegafdelingen werd opgemerkt dat daar beademde patiënten opgenomen waren, dan werd nagegaan of de bestaffing voor deze unit met een beademde patiënt voldeed aan de normen voor IZ.

Vaststellingen

eenheid	voldoet aan basispermanentie van 2 verpleegkundigen	aantal patiënten op moment van inspectie	aantal verpleegkundigen	aantal verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel of gelijkgesteld	voldoende verpleegkundigen aangepast aan de activiteiten	voldoende BBT (of gelijkgesteld) aangepast aan de activiteiten
	Ja / neen				Ja / neen	Ja / neen

(Optioneel

Volgende IZ-eenheid was gemengd met een andere afdeling: Naam IZ-eenheid.

Op volgende internistische niet-intensieve verpleegafdeling verbleef (minstens) een beademde patiënt zonder een bestaafing die voldoet aan de normen van die van een intensieve zorgeneenheid: Naam D-afdeling.)

Overzicht

Aantal gecontroleerde IZ-eenheden	
Aantal in orde	
Aantal niet in orde	
Aantal met basispermanentie van minstens 2 verpleegkundigen niet in orde	
Aantal met onvoldoende verpleegkundigen volgens aantal patiënten	
Aantal met onvoldoende verpleegkundigen met beroepstitel of gelijkgesteld	

3.4 Verpleegkundige personeelsequipe intensieve zorgen

Gecontroleerde eis

Het personeelskader specifiek voor de eenheid IZ beschikt over tenminste 12 VTE verpleegkundigen per volledige schijf van 6 erkende IZ bedden, waarvan minstens 6 VTE houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij kan bewijzen dat hij/zij op 29/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998. Dit vast/eigen team kan aangevuld worden met medewerkers uit mobiele equipe - interimkrachten -

Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden dient het in het vorig lid bedoelde aantal vte verpleegkundigen, verhoudingsgewijs ten opzichte van het aantal bedden, aangepast te worden.

Het aantal bedden aanwezig binnen de functie komt overeen met het aantal erkende IZ bedden met een minimum van 6 bedden.

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen werd de lijst opgevraagd van de vaste personeelsequipe (verpleegkundigen) van de bezochte eenheid. Daarnaast werd het aantal in gebruik zijnde bedden geteld. Het personeelskader werd beoordeeld in functie van het aantal bedden in gebruik.

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

eenheid	aantal opgestelde bedden	totaal aantal VTE verpleegkundigen	VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld	voldoende VTE verpleegkundigen	voldoende VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld
				Ja / neen	Ja / neen

Overzicht

Het aantal erkende bedden is in overeenstemming met het aantal opgestelde bedden	Ja / neen
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden	
Aantal in orde	
Aantal niet in orde	
Aantal met onvoldoende VTE verpleegkundigen	
Aantal met onvoldoende VTE verpleegkundigen met BBT of gelijkgesteld	

3.5 Beschikbaarheid kinesitherapie IZ

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>De functie IZ kan een beroep doen op een kinesitherapeut.</p> <p>Een kinesist is overdag (weekdag tussen 8 en 17u, weekend tussen 8 en 12u) oproepbaar (7dagen/7). Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</p>																							
<p>Werkwijze</p> <p>Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de kinesitherapeut voor te leggen. Deze wachtlijsten werden bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.</p> <p>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.</p>																							
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Eenheid</th> <th>Aantal gecontroleerde wekdagen</th> <th>Aantal wekdagen met beschikbaarheid kinesitherapeut</th> <th>Aantal gecontroleerde weekenddagen</th> <th>Aantal weekenddagen met beschikbaarheid kinesitherapeut</th> <th>IZ in orde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Ja / neen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Eenheid	Aantal gecontroleerde wekdagen	Aantal wekdagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	Aantal gecontroleerde weekenddagen	Aantal weekenddagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	IZ in orde						Ja / neen						
Eenheid	Aantal gecontroleerde wekdagen	Aantal wekdagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	Aantal gecontroleerde weekenddagen	Aantal weekenddagen met beschikbaarheid kinesitherapeut	IZ in orde																		
					Ja / neen																		
<p>Conclusie</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde IZ-eenheden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal gecontroleerde IZ-eenheden met alle dagen een kinesitherapeut overdag oproepbaar</td> <td></td> </tr> </table>						Aantal gecontroleerde IZ-eenheden		Aantal gecontroleerde IZ-eenheden met alle dagen een kinesitherapeut overdag oproepbaar															
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden																							
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden met alle dagen een kinesitherapeut overdag oproepbaar																							

3.6 Beschikbaarheid psychologische ondersteuning IZ

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</p>			
<p>Werkwijze</p> <p>Er werd gevraagd om de wachtlijst voor de psychologische ondersteuning voor te leggen. Deze wachtlijsten werden bekeken voor 7 aaneensluitende dagen, de dag van inspectie inbegrepen.</p> <p>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.</p>			
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde wekdagen</td> <td></td> </tr> </table>		Aantal gecontroleerde wekdagen	
Aantal gecontroleerde wekdagen			

Aantal weekdagen met permanentie		
	Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker	
	Aantal met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker	
Aantal gecontroleerde weekenddagen		
Aantal weekenddagen met permanentie		
	Aantal met permanentie steeds door psycholoog of maatschappelijk werker	
	Aantal met permanentie niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker	

Conclusie

Aantal gecontroleerde IZ-eenheden		
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden met een permanentie voor psychologische ondersteuning		
Aantal IZ-eenheden met een permanentie door psycholoog en/of maatschappelijk werker		

3.7 Inscholingsplan op intensieve zorgen en spoedgevallendienst

Gecontroleerde eis

De functie beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie intensieve zorgen / gespecialiseerde spoedgevallendienst. De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige staan in voor de permanente bijscholing van het personeel van IZ / spoed.

Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Werkwijze

Op alle IZ-eenheden en op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd het inscholingsplan voor de medewerkers opgevraagd en gecontroleerd op de aanwezigheid van een tijdspad.

Vaststellingen

	Inscholingsplan opgemaakt	Tijdspad
Naam IZ	Ja / neen	Ja / neen
Spoed		

Overzicht

Aantal gecontroleerde eenheden	
Aantal in orde	
Aantal niet in orde	
Aantal met inscholingsplan maar zonder tijdspad	
Aantal zonder inscholingsplan	

3.8 Medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG

Gecontroleerde eis

De medische permanentie wordt waargenomen door geneesheren die een kwalificatie bezitten die voldoet aan de normatieve vereisten (KB van 27 april 1998). Deze artsen zijn minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden. Het betreft:

- a) geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005);
- b) geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005);
- c) geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005);
- d) kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of in de acute geneeskunde, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2,1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.

Er is geen cumulatie mogelijk van andere georganiseerde activiteiten zoals in het operatiekwartier, cathlab...

In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:

- a) anesthesie-reanimatie;
- b) inwendige geneeskunde;
- c) cardiologie;
- d) gastro-enterologie;
- e) pneumologie;
- f) reumatologie;
- g) heelkunde;
- h) neurochirurgie;
- i) urologie;
- j) orthopedische heelkunde;
- k) plastische heelkunde;
- l) pediatrie;
- m) neurologie;
- n) geriatrie.

Een ASO (eerste of tweede jaars) van de basisdisciplines, die kunnen aanleiding geven tot het behalen van bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneskunde, of een arts stagiair, kunnen een geneesheer die de normatieve permanentie verzekert op de spoedfunctie assisteren.

Zij worden niet beschouwd als dienstdoende permanentie arts.

De MUG-functie heeft een eigen medische permanentie 24 uur op 24. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de wettelijk voorgeschreven kwalificaties. Het betreft:

- geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde (art. 2, 1° en 2° van KB 14 februari 2005)
- geneesheer-specialist in de acute geneeskunde (art. 2, 3° van KB 14 februari 2005)
- geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6, 3, 2° van KB 14 februari 2005)
- kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of in de acute geneeskunde in opleiding, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2, 1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.

In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:

- a) anesthesie-reanimatie;
- b) inwendige geneeskunde;
- c) cardiologie;
- d) gastro-enterologie;
- e) pneumologie;
- f) reumatologie;
- g) heelkunde;
- h) neurochirurgie;
- i) urologie;
- j) orthopedische heelkunde;
- k) plastische heelkunde;
- l) pediatrie;
- m) neurologie;
- n) geriatrie.

De permanentie artsen van de MUG functie mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, §1, 4° van het KB van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de MUG functie bevindt.

De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.

Indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG – dienst toegestaan.

In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig. Deze bijkomende oproepbare geneesheren voldoen aan de kwalificatievereisten voor de spoedpermanentie en zijn nominatief benoemd in een wachtlijst die bekend is. Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis vervullen. Dit geldt ook voor de artsen stagiairs. Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.

Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van maximaal 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.

Werkwijze

De nominatieve wachtlijst van artsen voor spoed, IZ en MUG (indien aanwezig op de campus) werden opgevraagd en gecontroleerd voor de laatste week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of er artsen-specialisten in opleiding (ASO's) op de lijst stonden en in het hoeveelste jaar van opleiding deze waren. Indien er eerste of tweedejaars ASO's op de lijst stonden, werden deze niet aanvaard als permanentieartsen.

Er werd op centraal niveau nagegaan of artsen die de medische permanentie vervullen voor de spoedgevallendienst deze wachtdienst niet cumuleren met de wacht voor intensieve zorgen, met de wacht voor de (eventueel aanwezige) MUG-functie of met de wacht voor anesthesie voor dringende ingrepen. Indien de wacht wel met de MUG-functie werd gecumuleerd, werd nagegaan of er een

oproepbare spoedarts aangeduid was. Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben in het ziekenhuis.

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

Vaststellingen

Een permanentiearts was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja / neen
Aantal gecontroleerde dagen	
Aantal dagen in orde	
Aantal dagen niet in orde	
Dagen zonder permanentielijst van alle artsen	
Dagen zonder voldoende gekwalificeerde artsen	
Dagen zonder sluitende permanentie	
Dagen met arts > 24 uur aanwezig voor permanentie	
Dagen met cumul van permanentie met IZ/anesthesie	
Dagen met cumul van permanentie spoed+MUG, zonder bijkomende oproepbare arts	

3.9 Verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG

Gecontroleerde eis

De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen (basispermanentie), waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij als bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 kan bewijzen dat hij/zij op 19/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid van art. 11 van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.

De MUG-functie voorziet 24 uur op 24 in een eigen verpleegkundige permanentie, vanuit de eigen specifieke equipe, van ten minste één persoon die houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij bachelor is in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben op datum van 02/09/1998 in één van de diensten bedoeld in art. 7, al. 2 van het K.B. 10 augustus 1998.

Geen van deze twee verpleegkundigen wordt vast ingeschakeld voor structureel georganiseerde activiteiten elders zoals permanenties op andere diensten waardoor de basispermanentie van de spoed in het gedrang komt. Op momenten dat de functie niet actief is, d.w.z. wanneer er zich geen patiënten op de functie bevinden of nog aangemeld staan (tijdelijk elders voor bv. radiologie onderzoek), kan één van de twee verpleegkundigen van de basispermanentie tijdelijk elders dan de spoedfunctie worden ingeschakeld, maar nog steeds op dezelfde vestigingsplaats. Van zodra er zich een patiënt aanmeldt in de spoed wordt deze verpleegkundige onmiddellijk gecontacteerd en begeeft die zich direct naar de spoedfunctie.

Werkwijze

Er werd op de (gespecialiseerde) spoedgevallendienst voor een aaneensluitende tijdspanne van minstens 4 dagen, met inbegrip van een weekend, nagegaan op de werklijsten of de vereiste permanentie gedurende 24u/24 verzekerd werd. Hierbij werd rekening gehouden of er op die momenten een MUG-functie actief was of niet. Er werd voor alle dagen nagegaan of er voldoende verpleegkundigen aanwezig waren, of deze steeds onmiddellijk beschikbaar waren en of ze de juiste kwalificaties hadden.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen spoed		
Aantal dagen in orde		
Aantal dagen niet in orde		
	Aantal dagen waarbij er onvoldoende verpleegkundigen aangeduid waren voor de basispermanentie	
	Aantal dagen waarbij er onvoldoende verpleegkundigen over een BBT (of gelijkgesteld) beschikten	
	Aantal dagen waarbij de verpleegkundigen van de basispermanentie niet onmiddellijk beschikbaar waren	
Aantal gecontroleerde dagen MUG		
Aantal dagen in orde		

Aantal dagen niet in orde		
	Aantal dagen waarbij er niet steeds een bijkomende verpleegkundige was voor MUG-permanentie	
	Aantal dagen waarbij de MUG-verpleegkundige niet steeds beschikte over een BBT (of gelijkgesteld)	
Overzicht		
De verpleegkundige permanentie was verzekerd gedurende de gecontroleerde periode		Ja / neen

3.10 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 permanente 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 spoed 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 getrieerd	Ja / neen
Het personeelslid dat instaat voor de triage is:	een arts een verpleegkundige een andere

Het personeelslid dat instaat voor triage heeft enkel taken binnen spoed (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed)	Ja / neen
--	-----------

Indien het gaat om een arts:

De arts is voldoende gekwalificeerd	Ja / neen
-------------------------------------	-----------

Indien het gaat om een verpleegkundige:

De verpleegkundige heeft een BBT in de IZ / spoedgevallen of is gelijkgesteld	Ja / neen
De verpleegkundige heeft minstens 1 jaar ervaring op spoed	Ja / neen

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

Indien neen:

Er gebeurt geen triage
De triage gebeurt niet door een arts of door een verpleegkundige
De triage wordt gecumuleerd met MUG, 100 of taken buiten spoed
De verpleegkundige/arts toegewezen aan de triage voldoet niet aan de kwalificaties

3.11 Oproepbare pediater en psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Gecontroleerde eis

Een geneesheer-specialist in de pediatrie is oproepbaar en beschikbaar. De tijdsperiode waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.

Een geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar. De tijdsperiode waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.

Werkwijze

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

Vaststellingen

	Dag en nacht oproepbaar	Tijdspanne is schriftelijk vastgelegd
Pediater	Ja / neen	Ja / neen
Psychiater	Ja / neen	Ja / neen

3.12 Medische permanentie eerste opvang van spoedgevallen

Gecontroleerde eis

De functie "eerste opvang van spoedgevallen" heeft een eigen medische permanentie ter plaatse 24 uur op 24 die wordt waargenomen door een geneesheer die tevens de algemene permanentie mag waarnemen zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de functie 'eerste opvang van spoedgevallen' bevindt.

Het lokaal van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" wordt bewaakt door een aangestelde die beschikt over de middelen om een dringende oproep te doen op de permanentie arts.

Werkwijze

De medische permanentie (7d/7 en 24u/24) voor de functie "eerste opvang spoed" op deze campus werd gecontroleerd voor de laatste volledige week voorafgaand aan de inspectiedag. Hiertoe werd de wachtlijst centraal opgevraagd en overlopen.

Daarnaast werd nagegaan of bij aanmelding op de eerste opvang voor spoedgevallen een arts kon opgeroepen worden en of deze binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen	
Aantal dagen in orde	
Aantal dagen niet in orde	
Een arts was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja / neen

3.13 Verpleegkundige permanentie eerste opvang spoed

Gecontroleerde eis

Er is steeds een verpleegkundige aanwezig die de permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" verzekert.

De verpleegkundige van de functie eerste opvang spoed wordt niet vast ingeschakeld voor andere structureel georganiseerde activiteiten zoals andere normatieve permanenties waardoor de verpleegkundige permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" in het gedrang komt.

Werkwijze

Er werd aan de hand van de permanentielijst gecontroleerd of de verpleegkundige permanentie voor de functie "eerste opvang spoed" voldeed aan de norm (steeds minstens 1 verpleegkundige die de permanentie verzekert) gedurende de laatste dagen. Aan de aanwezige verpleegkundige werd gevraagd of deze permanentie structureel gecombineerd wordt met andere activiteiten waardoor ze niet onmiddellijk beschikbaar kan zijn.

Daarnaast werd nagegaan of bij aanmelding op de eerste opvang voor spoedgevallen een verpleegkundige kon opgeroepen worden en of deze binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen		
Aantal dagen in orde		
Aantal dagen niet in orde		
	Verpleegkundige niet steeds aangeduid	
	Verpleegkundige niet steeds onmiddellijk beschikbaar	

Een verpleegkundige was binnen de 15 minuten na een dringende oproep beschikbaar	Ja / neen
--	-----------

3.14 Samenvatting thema personeel

Aantal IZ-eenheden waarvan de medische permanentie voldoet	
Aantal IZ-eenheden met onmiddellijk beschikbare intensivist	
Aantal IZ-eenheden waarvan de verpleegkundige basispermanentie voldoet	
Aantal IZ-eenheden met voldoende verpleegkundigen volgens aantal patiënten	
Aantal IZ-eenheden waarvan de verpleegkundige equipe voldoet	
Aantal dagen waarbij de beschikbaarheid overdag van een kinesist voor IZ voldoet	
Aantal IZ-eenheden waar een inscholingsplan kon worden voorgelegd	
Op de gespecialiseerde spoed kon een inscholingsplan worden voorgelegd	
De medische permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG)	
De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG)	
Triage gebeurt op de gespecialiseerde spoedgevallendienst door voldoende beschikbaar en gekwalificeerd personeel	
Pediater 24u oproepbaar op de gespecialiseerde spoed	
Psychiater 24u oproepbaar op de gespecialiseerde spoed	
De medische permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen	
Onmiddellijke beschikbaarheid van de permanentiearts voor de eerste opvang spoedgevallen	
Verpleegkundige permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen	
Onmiddellijke beschikbaarheid van de verpleegkundige voor de eerste opvang van spoedgevallen	
Besluit	
Er zal een check 2 gebeuren voor het thema personeel	Ja / neen
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal IZ-eenheden waarvan de medische permanentie niet voldoet	
Aantal IZ-eenheden zonder onmiddellijk beschikbare intensivist	
Aantal IZ-eenheden met onvoldoende verpleegkundigen volgens aantal patiënten	

Aantal IZ-eenheden waarvan de verpleegkundige basispermanentie niet voldoet	
De medische permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet niet	
De verpleegkundige permanentie voor de gespecialiseerde spoed (incl. ev. MUG) voldoet niet	
De medische permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen voldoet niet	
Permanentiearts niet onmiddellijk beschikbaar voor de eerste opvang spoedgevallen	
Verpleegkundige permanentie voor de eerste opvang van spoedgevallen voldoet niet	
Verpleegkundige niet onmiddellijk beschikbaar voor de eerste opvang spoedgevallen	
Een beademde patiënt op een D-afdeling zonder IZ-bestaffing	
Aantal IZ-eenheden waar geen inscholingsplan kon worden voorgelegd	
Op de gespecialiseerde spoed kon geen inscholingsplan worden voorgelegd	

4 Thema veilige zorg

4.1 Medicatieveiligheid: hoogrisicomedicatie

Gecontroleerde eis

Er is een procedure met betrekking tot hoogrisicomedicatie, look alike en sound alike.

Deze procedure bevat de lijst met de namen van de hoogrisicomedicatie (medicatie met hoger risico-percentage, look alike en sound alike) en minstens instructies voor correcte labeling, opslag, toediening.

Er is opleiding en systematische communicatie over deze lijsten.

De procedures (voor hoogrisicomedicatie) zijn gekend op de werkvloer en worden opgevolgd.

Werkwijze

De procedure hoogrisicomedicatie werd opgevraagd tijdens het bezoek aan de ziekenhuisapothek en beoordeeld op de aanwezigheid van look alike en sound alike, instructies voor labeling, opslag en toediening. Indien de ziekenhuisapothek op een andere campus gesitueerd was, gebeurde de bevraging aldaar maar worden de antwoorden betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Op de internistische verpleegafdelingen, IZ, spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen, werd de bewaring van een aantal hooggeconcentreerde elektrolyten (KCl, NaCl, CaCl₂) gecontroleerd.

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er specifieke labeling en/of opslag, apart van de niet-hoogrisico-medicatie, werd toegepast.

Vaststellingen

Aanwezigheid van een procedure of een lijst van hoogrisicomedicatie	Ja / Neen
Lijst bevat look-alikes	Ja / Neen
Lijst bevat sound-alikes	Ja / Neen
Richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	Ja / Neen

Bewaring hoogrisicomedicatie	
Naam D-afdeling	In orde / Niet in orde
Naam IZ	In orde / Niet in orde
Spoed	In orde / Niet in orde
Eerste opvang spoedgevallen	In orde / Niet in orde

4.2 Medicatieveiligheid: zicht op medicatieschema's door apotheker

Gecontroleerde eis

De ziekenhuisapotheker heeft zicht op de thuismedicatie en de actuele medicatieschema's en

ontslagmedicatie en heeft inspraak bij de bepaling van het beleid rond opname en ontslagmedicatie.

Werkwijze

Aan de apotheker werd gevraagd of hij zicht heeft op de actuele medicatieschema's van opgenomen patiënten. Er werd nagegaan of dit voor alle soorten van medicatie is (per os, intraveneus, transdermaal...) en of dit het geval is voor alle afdelingen op deze vestigingsplaats. Indien de ziekenhuis-apotheek op een andere campus gesitueerd was, gebeurde de controle aldaar en worden de antwoorden betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Vaststellingen

De apotheker heeft zicht op de actuele medicatieschema's van alle gecontroleerde patiënten op deze vestigingsplaats

De apotheker heeft zicht op de actuele medicatieschema's, maar niet van alle gecontroleerde patiënten op deze vestigingsplaats

De apotheker heeft geen zicht op de actuele medicatieschema's van patiënten, opgenomen op deze vestigingsplaats

4.3 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatievoorschriften (specialiteiten en narcotica)

Gecontroleerde eis

De aflevering van geneesmiddelen gebeurt steeds op basis van een medisch voorschrift.

Dat voorschrift (papier of elektronisch) bevat:

- naam en voornaam van de patiënt voluit geschreven of identificatieklever,
- geboortedatum van de patiënt,
- details van het/de voorgeschreven geneesmiddel(en):
 - o naam van het/de geneesmiddel(en) voluit,
 - o vorm van het/de geneesmiddel(en),
 - o sterkte van het/de geneesmiddel(en),
 - o dosis van het/de geneesmiddel(en),
 - o frequentie van het/de geneesmiddel(en),
- stempel of volledige naam van de voorschrijvende arts,
- handtekening van de voorschrijvende arts,
- datum van het voorschrift.

De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen, zoals beschreven in het KB van 31/12/1930.

Het betreft oorspronkelijke, schriftelijk, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer, ofwel een gevalideerd elektronisch voorschrift zoals bepaald in het KB van 13 januari 2014. Op het geschreven recept is duidelijk naam en adres van de ondertekenaar vermeld en is het aantal ampullen, tabletten en de dosis voluit geschreven.

Onder adres kan ook worden verstaan een eenduidige identificatie van de arts: naam en RIZIV nummer van de arts en naam van het ziekenhuis.

Werkwijze

In de apotheek werden een aantal medicatievoorschriften afkomstig (bij voorkeur) van internistische afdelingen gecontroleerd. Het ging om voorschriften voor zowel verdovende medicatie als andere 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 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 en de sterkte aanwezig waren. Op voorschriften voor verdovende medicatie werd ook informatie over de vorm nagegaan.

Indien de ziekenhuisapotheek op een andere campus gesitueerd was, werden daar voorschriften voor patiënten op deze campus bekeken maar worden de resultaten betreffende deze campus in dit verslag weergegeven.

Vaststellingen

Voorschriften voor niet-verdovende medicatie

Het voorschrift voor niet-verdovende medicatie is elektronisch	Ja, volledig Ja, deels Neen
--	-----------------------------------

Aantal gecontroleerde voorschriften		
Aantal met alles in orde		
Aantal met ontbrekende gegevens		
	Aantal zonder identificatiegegevens van de patiënt	
	Aantal zonder identificatiegegevens van de arts	
	Aantal zonder de naam van het geneesmiddel	
	Aantal zonder sterkte van het geneesmiddel	
Voorschriften voor verdovende medicatie		
Het voorschrift voor verdovende medicatie is elektronisch		Ja, volledig Ja, deels Neen
Aantal gecontroleerde voorschriften		
Aantal met alles in orde		
Aantal met ontbrekende gegevens		
	Aantal zonder identificatiegegevens van de patiënt	
	Aantal zonder identificatiegegevens van de arts	
	Aantal zonder de naam van het geneesmiddel	
	Aantal zonder de vorm van het geneesmiddel	
	Aantal zonder sterkte van het geneesmiddel	

4.4 Medicatieveiligheid: medisch order voor medicatietoediening

Gecontroleerde eis

Medicatie-toediening aan de patiënt op de afdeling, dienst, functie of in het zorgprogramma, gebeurt conform de wetgeving via:

- een geschreven medisch voorschrift, eventueel elektronisch of via telefax,
- een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, eventueel telefonisch, radiofonisch of via webcam
- een staand order.

Bij mondeling voorschrift bevestigt de arts zo spoedig mogelijk het voorschrift schriftelijk.

Werkwijze

Op de bezochte internistische afdelingen, het dagziekenhuis en de eenheden voor intensieve zorgen werd gezocht naar het medisch order voor toediening van infusen met toegevoegde medicatie en inspuitbare medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair). Ondertekende medicatieschema's, elektronisch ingevoerde of gevalideerde medicatie(schema's), door een arts geschreven of ondertekende medische orders, staande orders met een verwijzing ernaar in het patiëntendossier door een arts... werden goedgekeurd als medisch order.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen/spuiten	Aantal met aantoonbaar medisch order	Aantal zonder aantoonbaar medisch order
Naam IZ			
Naam Dagziekenhuis			
Naam D-afdeling			
Totaal			

4.5 Medicatieveiligheid: gegevens op medicatie

Gecontroleerde eis

Alle geneesmiddelen die in het ziekenhuis als dusdanig worden toegediend worden tot op het moment van toediening bewaard in een verpakking, die minstens volgende informatie bevat:

- naam van het geneesmiddel
- dosis of concentratie
- vervaldatum

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

Er is geen vervallen medicatie aanwezig, en dit zowel in de ziekenhuisapothek als op de afdelingen / diensten / functies / zorgprogramma's.

Werkwijze

Op de internistische afdelingen, het internistisch dagziekenhuis, de spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen en de eenheid intensieve zorgen werden verschillende soorten medicatie gecontroleerd. Het ging (afhankelijk van de afdeling) om:

- Klaargezette medicatie
- Patiëntenvoorraad
- Afdelingsstock
- Infusen met medicatie
- Klaargemaakte spuiten
- Medicatie in de reanimatiekar

Op de klaargezette medicatie en medicatie uit de patiëntenvoorraad werd de aanwezigheid van volgende items gecontroleerd tijdens de inspectie:

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding of concentratie
- Vervaldatum

Er werd bovendien nagegaan of de vervaldatum niet overschreden was.

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

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding of concentratie
- Datum (bereiding, toediening of vervaldatum)
- Naam patiënt

Vaststellingen

MEDICATIE IN VOORRAAD

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
		Aantal met alle gegevens	Aantal met ontbrekende	Aantal zonder gegevens

			gegevens (incl alle)	
Gespecialiseerde spoed				
Eerste opvang spoed				
Naam IZ				
Naam Dagziekenhuis				
Naam D-afdeling				
Totaal				

Details over de ontbrekende gegevens:

Aantal met ontbrekende gegevens	Aantal zonder naam	Aantal zonder dosisaanduiding	Aantal zonder (leesbare) vervaldatum

Details over de vervaldata:

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

INFUSEN MET MEDICATIE

Afdeling	Aantal gecontroleerde infusen	In orde	Niet in orde	
		Aantal volledig in orde	Aantal met ontbrekende items (incl alle)	Aantal zonder gegevens
Naam Dagziekenhuis				
Naam				
Totaal				

Details over de ontbrekende gegevens:

Aantal infusen met ontbrekende gegevens	Aantal zonder naam geneesmiddel	Aantal zonder dosisaanduiding	Aantal zonder datum	Aantal zonder naam patiënt

KLAARGEMAAKTE SPUITEN

Afdeling	Aantal gecontroleerde spuit	In orde	Niet in orde	
		Aantal volledig in orde	Aantal met ontbrekende items (incl alle)	Aantal zonder gegevens
Naam Dagziekenhuis				
Naam IZ				
Totaal				

Details over de ontbrekende gegevens:

	Aantal gecontroleerde spuit met ontbrekende gegevens	Aantal zonder naam geneesmiddel	Aantal zonder dosisaanduiding	Aantal zonder datum	Aantal zonder naam patiënt

4.6 Preventieve controle materiaal

Gecontroleerde eis

Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
 Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
 De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.
 Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
 De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.
 De controle rapporten 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 of eerste opvang voor spoedgevallen en op het internistisch dagziekenhuis werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen. Onder andere beademingstoestellen, pompen, ECG-toestellen en defibrillatoren.

Vaststellingen

PREVENTIEVE CONTROLE VAN BEADEMINGSTOESTELLEN

Afdeling	Aantal gecontroleerde beademings-toestellen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 12 maanden	controle meer dan 12 maanden geleden	Geen controle aantoonbaar
Naam IZ				
gespecialiseerde spoed				
eerste opvang spoed				
Totaal				

PREVENTIEVE CONTROLE VAN POMPEN

Afdeling	Aantal gecontroleerde pompen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 24 maanden	controle meer dan 24 maanden geleden	Geen controle aantoonbaar
Naam Dagziekenhuis				
Naam IZ				

eerste opvang spoed				
Totaal				

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 controle aantoonbaar
Naam IZ				
gespecialiseerde spoed				
eerste opvang spoed				
Totaal				

PREVENTIEVE CONTROLE VAN ECG-TOESTELLEN

Afdeling	Aantal gecontroleerde ECG-toestellen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 12 maanden	controle meer dan 12 maanden geleden	Geen controle aantoonbaar
Naam IZ				
gespecialiseerde spoed				
eerste opvang spoed				
Totaal				

4.7 Materiaal: controle reanimatiekar voor interne MUG

Gecontroleerde eis

Indien de D-dienst / functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg / functie eerste opvang van spoedgevallen / functie intensieve zorgen / functie niet-chirurgische daghospitalisatie instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met monitor, defibrillator, ECG-toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse perfusie en intubatie en een draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. Er werd nagegaan of deze verzegeld is en of er in de loop van de laatste maand minstens 1 controle op de inhoud werd geregistreerd.

Vaststellingen

Optioneel: Er is op deze campus geen reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis.

Aantal gecontroleerde reakarren	
Aantal verzegelde karren	
Aantal karren met controle minder dan een maand geleden	

4.8 Materiaal voor eerste opvang spoedgevallen

Gecontroleerde eis

De eerste opvang van spoedgevallen is uitgerust met een verzegelde reanimatiekar met een monitor, defibrillator, ECG-toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie, een draagbare zuurstofbron.

Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die re kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.

Werkwijze

In de lokalen van de eerste opvang spoed werd nagegaan of volgend reanimatiemateriaal aanwezig was:

- monitor;
- defibrillator;
- ECG-toestel;
- respirator (beademingstoestel);
- materiaal voor aspiratie;
- materiaal voor intraveneuze perfusie (naalden, leidingen, infuusvloeistoffen);
- materiaal voor intubatie (laryngoscoop en endotracheale tubes);
- een draagbare zuurstofbron.

Vaststellingen

Volgende materialen waren al dan niet terug te vinden:

Monitor	Ja / neen
Defibrillator	Ja / neen
ECG-toestel	Ja / neen
Beademingstoestel	Ja / neen
Aspiratietoestel	Ja / neen
Perfusiemateriaal	Ja / neen
Intubatiemateriaal	Ja / neen
Draagbare zuurstofbron	Ja / neen

Overzicht

Al het vereiste materiaal voor reanimatie is beschikbaar in de eerste opvang spoed	Ja / neen
--	-----------

4.9 Materiaal specifiek voor kinderen

Gecontroleerde eis	
Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met pediatrie peddels.	
Werkwijze	
Op de spoedgevallendienst /EOS werd aan de medewerkers gevraagd specifiek materiaal voor kinderen te tonen. Het ging meer specifiek om een aangepaste bloeddrukmeter, specifieke infuusnaalden en aangepast defibrillatie- en intubatiemateriaal	
Vaststellingen	
	Materiaal aanwezig
Aangepaste manchetten voor bloeddrukmeter	Ja / neen
Specifiek infuusmateriaal	Ja / neen
Kinderinstellingen bij defibrillator	Ja / neen
Specifiek intubatiemateriaal	Ja / neen
Overzicht	
Al het gecontroleerde materiaal, specifiek voor kinderen, is aanwezig op deze spoedgevallendienst	Ja / neen

4.10 Materiaal MUG-wagen

Gecontroleerde eis	
Er is draagbaar materieel aanwezig in de MUG zoals normatief opgelegd. Koffers worden verzegeld na controle.	
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.	
<ul style="list-style-type: none"> - defibrillator - pulsoxymeter; - bloeddrukmeter; - een draagbare zuurstofvoorraad; - een beademingsballon; - spuitpomp; - glucometer; 	

- een elektrisch aspiratietoestel;
- materieel 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 in de MUG-wagen(s) aanwezig:

	MUG 1
Defibrillator	Ja / neen
Pulsoxymeter	Ja / neen
Bloeddrukmeter (niet invasief)	Ja / neen
Zuurstofbron	Ja / neen
Beademingsballon	Ja / neen
Spuitpomp	Ja / neen
Glucosemeter	Ja / neen
Aspiratietoestel	Ja / neen
Materiaal reanimatie volwassenen	Ja / neen
Materiaal reanimatie kinderen	Ja / neen

Verzegeling MUG-koffers

Aantal gecontroleerde koffers	
Aantal koffers verzegeld	
Aantal koffers niet verzegeld	

Overzicht

In de MUG-wagen(s) was al het gecontroleerde materiaal aanwezig	Ja / neen
Alle MUG-koffers waren verzegeld	Ja / neen

4.11 Behandeling van intoxicaties

Gecontroleerde eis

Betrokken medewerkers (artsen, verpleegkundigen en apothekers) kunnen een geactualiseerde lijst consulteren van de in het ziekenhuis beschikbare antidota alsook een geactualiseerde procedure voor de behandeling van intoxicaties.

Werkwijze

Op de spoedgevallendienst / EOS werd nagegaan of er schriftelijke richtlijnen waren betreffende een aantal intoxicaties. Daarnaast werd nagegaan of actieve kool en biperideen-ampullen beschikbaar waren.

Vaststellingen

Intoxicatie met	Richtlijnen
Paracetamol	In orde / Niet in orde
Anticoagulantia	In orde / Niet in orde
Benzodiazepines	In orde / Niet in orde
Methanol / ethyleenglycol	In orde / Niet in orde

Actieve kool beschikbaar	In orde / Niet in orde
Biperideen-ampullen beschikbaar	In orde / Niet in orde

Overzicht

Aantal beschikbare richtlijnen	X / 4
Aantal antidota beschikbaar	X / 2

4.12 Basisopleiding reanimatie

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Hiervoor is aangepaste infrastructuur in het ziekenhuis aanwezig.</p> <p>De leden van het team hebben minstens om de 2 jaar een opleiding BLS gevolgd.</p> <p>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.</p>							
<p>Werkwijze</p> <p>Op het dagziekenhuis werd nagevraagd welke verpleegkundigen langer dan 2 jaar op het dagziekenhuis zijn tewerkgesteld en niet langdurig afwezig waren in die periode. Van deze verpleegkundigen werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie konden aantonen in de voorbije 2 jaar.</p>							
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde verpleegkundigen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met aantoonbare opleiding</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder aantoonbare opleiding</td> <td></td> </tr> </table>		Aantal gecontroleerde verpleegkundigen		Aantal met aantoonbare opleiding		Aantal zonder aantoonbare opleiding	
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen							
Aantal met aantoonbare opleiding							
Aantal zonder aantoonbare opleiding							

4.13 Doorgedreven opleiding reanimatie

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS).</p> <p>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.</p>																	
<p>Werkwijze</p> <p>Hetzij op de functie eerste opvang spoedgevallen, hetzij op de gespecialiseerde spoed en via centrale bevraging werd gecontroleerd of de verpleegkundigen van de spoedgevallendienst en de spoedartsen een jaarlijkse doorgedreven opleiding in reanimatie gevolgd hebben (ALS=advanced life support).</p>																	
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde verpleegkundigen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Aantal gecontroleerde artsen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar</td> <td></td> </tr> </table>		Aantal gecontroleerde verpleegkundigen		Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar		Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar		Aantal met aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar		Aantal zonder aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar		Aantal gecontroleerde artsen		Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar		Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar	
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen																	
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar																	
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar																	
Aantal met aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar																	
Aantal zonder aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar																	
Aantal gecontroleerde artsen																	
Aantal met aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar																	
Aantal zonder aantoonbare doorgedreven reanimatieopleiding in het voorbije jaar																	

Aantal met aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar	
Aantal zonder aantoonbare basisopleiding reanimatie in de voorbije 2 jaar	

Overzicht

Alle verpleegkundigen volgden een doorgedreven opleiding reanimatie in het voorbije jaar	In orde / Niet in orde
Alle artsen volgden een doorgedreven opleiding reanimatie in het voorbije jaar	In orde / Niet in orde

4.14 Infrastructuur: kamers eenheid voor intensieve zorg

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Elke patiënt kan visueel bewaakt worden, via camera bewaking of direct zicht, waarbij de ziekenhuis-hygiëne en de intimiteit van de patiënt gewaarborgd zijn.</p> <p>De nodige maatregelen worden genomen om de oriëntatie van de patiënt te bevorderen (bv. daglicht, klok die zichtbaar is voor de patiënt).</p>																			
<p>Werkwijze</p> <p>Op de eenheden voor intensieve zorgen werden de patiëntenposities beoordeeld op visueel toezicht (rechtstreeks of via camera) en op maatregelen betreffende de oriëntatie in de tijd (bv. klok, daglicht, kalender...).</p>																			
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Einheid</th> <th>Aantal gecontroleerde posities</th> <th>Aantal met visueel toezicht</th> <th>Aantal met oriëntatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Naam IZ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Einheid	Aantal gecontroleerde posities	Aantal met visueel toezicht	Aantal met oriëntatie	Naam IZ								Totaal			
Einheid	Aantal gecontroleerde posities	Aantal met visueel toezicht	Aantal met oriëntatie																
Naam IZ																			
Totaal																			

4.15 Infrastructuur afzonderingskamer op spoed

Gecontroleerde eis

Er is (in de gespecialiseerde spoedgevallendienst) een specifiek lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van andere patiënten kunnen worden afgezonderd.

Er is m.b.t. de isolatiekamer aandacht voor de veiligheid van patiënt en personeel. Er is beveiliging tegen automutilatie, suïcide en brand:

- geen radiator
- geen scherpe hoeken
- verankerd bed zonder spijlen
- zachte wanden en binnenkant van deuren
- scheurvrij linnen
- deurknoppen, ... zijn suïcideproof
- matras is brandvrij
- linnen is brandvrij
- de deuren zijn brandvertragend
- er is rookdetectie
- de kamer heeft een sas
- de deuren draaien naar buiten

Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft.

Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken of op het beeldscherm.

In elke patiëntenbox, in de wachtruimte, in de isolatiebox en in het patiëntentoilet, is een efficiënt oproepsysteem aanwezig dat bereikbaar is voor de patiënt.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of er minstens 1 afzonderingskamer was en of deze veilig was (veiligheid inzake automutilatie en verhangingsrisico, aanwezigheid rookdetectie, bereikbaar beloproepsysteem ook voor gefixeerde patiënten, mogelijkheid tot visueel toezicht).

Vaststellingen

De spoed beschikt over een afzonderingskamer		Ja / Neen
Aantal gecontroleerde afzonderingskamers op de spoedgevallendienst		
Aantal in orde qua veiligheid		
Aantal niet in orde qua veiligheid		
	Onvoldoende veilig inzake automutilatie / verhangingsrisico	
	Geen rookdetectie	
	Niet bereikbaar oproepsysteem (ook voor een gefixeerde patiënt)	
	Onvoldoende mogelijkheid tot visueel toezicht	

4.16 Infrastructuur: herkenbaar en toegankelijk lokaal voor ‘eerste opvang spoedgevallen’

Gecontroleerde eis	
De functie (eerste opvang spoed) beschikt over een herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten.	
Werkwijze	
Er werd nagegaan of de lokalen van de functie eerste opvang spoed aangeduid waren en toegankelijk waren voor bedlegerige patiënten.	
Vaststellingen	
De eerste opvang spoed was herkenbaar en toegankelijk (= herkenbaar, toegankelijk)	In orde / Niet in orde
De eerste opvang spoed was niet duidelijk herkenbaar voor potentiële patiënten.	
De eerste opvang spoed was niet toegankelijk voor bedlegerige patiënten	

4.17 Architectonische veiligheid: beveiliging ramen

Gecontroleerde eis

Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.

Werkwijze

Op de bezochte internistische afdelingen en het dagziekenhuis die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevonden, werd telkens in een aantal ruimten nagegaan of de ramen beveiligd waren.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
Naam Dagziekenhuis			
Naam D-afdeling			
Totaal			

4.18 Samenvatting thema veilige zorg

Er is een procedure hoogrisicomedicatie die alle gecontroleerde onderwerpen bevat	
Aantal afdelingen waar hooggeconcentreerde elektrolyten veilig bewaard worden (labelling of aparte opslag)	
Zicht door de apotheker op alle medicatieschema's van opgenomen patiënten	
Aantal voorschriften voor niet-verdovende medicatie dat voldoet	
Aantal voorschriften voor verdovende medicatie dat voldoet	
Aantal geneesmiddelen met aantoonbaar medisch order	
Aantal geneesmiddelen met alle gegevens	
Aantal infusen en spuiten met alle gegevens	
Aantal geneesmiddelen die de vervaldatum niet overschreden hebben	
Aantal beademingstoestellen met tijdige preventieve controle	
Aantal pompen met tijdige preventieve controle	
Aantal defibrillatoren met tijdige preventieve controle	
Aantal ECG-toestellen met tijdige preventieve controle	
Beschikbaarheid specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis	
Aantal reanimatiekarren met verzegeling en met tijdige controle	
Vereiste reanimatiemateriaal aanwezig op eerste opvang van spoedgevallen	
Specifiek materiaal voor kinderen op de spoedgevallendienst / EOS	
Aantal MUG-wagens met alle materiaal	
Aantal MUG-koffers met verzegeling	
Aanwezige richtlijnen voor intoxicaties	
Aanwezige geneesmiddelen ter behandeling van acute intoxicaties	
Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie	
Aantal verpleegkundigen en artsen met doorgedreven opleiding reanimatie het voorbije jaar	
Aantal posities op IZ met visueel toezicht	
Aantal posities op IZ met oriëntatie	
Aantal afzonderingskamers op de spoedgevallendienst	

die voldoende veilig zijn	
Herkenbaarheid en toegankelijkheid eerste opvang spoedgevallen	
Aantal ruimten met beveiligde ramen	

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema veilige zorg	Ja / neen
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal beademingstoestellen zonder tijdige preventieve controle	
Aantal afdelingen waar hooggeconcentreerde elektrolyten niet veilig bewaard worden (labelling of aparte opslag)	
Aantal geneesmiddelen zonder aantoonbaar medisch order	
Aantal geneesmiddelen/infusen/spuiten met ontbrekende gegevens	
Aantal geneesmiddelen die de vervaldatum overschreden hebben	
Afwezigheid aparte reanimatiekar voor interne medische urgenties op de campus	
Ontbreken van specifiek materiaal voor kinderen op de spoedgevallendienst / EOS	
Aantal MUG-wagens met ontbrekend materiaal	
De eerste opvang spoedgevallen is onvoldoende herkenbaar en/of toegankelijk	
Niet al het vereiste reanimatiemateriaal aanwezig op eerste opvang van spoedgevallen	

5 Thema gestandaardiseerde zorg

5.1 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, temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal gecontroleerde dagen	
Aantal dagen met alle parameters in orde	
Aantal dagen met ontbrekende parameters	
Hartfrequentie	
Bloeddruk	
Temperatuur	
<i>Aantal dagen zonder parameters</i>	

5.2 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 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
Naam IZ					
Naam D-afdeling					
Totaal					

5.3 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Gecontroleerde eis

Het dossier (al dan niet geïntegreerd met het patiëntendossier van het ziekenhuis) van de spoed-gevallenpatiënt bevat onder meer volgende documenten en gegevens:

1. Identiteit
2. Herkomst patiënt
3. Huisarts
4. Aanmeldingsklacht
5. Medische voorgeschiedenis en allergie
6. Naam van behandelende verpleegkundige op spoed
7. Naam van behandelende arts op spoed
8. Klinisch onderzoek
9. Vitale parameters (volgens medische noodzaak: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - respiratoire aandachtspunten)
10. Technische onderzoeken (resultaten)
11. Behandeling op spoed
12. Eventuele diagnose op spoed
13. Bestemming van patiënt

Werkwijze:

Op de spoedgevallendienst werden patiëntendossiers bekeken van patiënten die reeds door een arts gezien werden. Er werd nagegaan of de aanmeldingsklacht terug te vinden was, of er notities waren over pijn, of er informatie werd genoteerd over het al of niet gekend zijn van een allergie, evenals de naam van de behandelende arts.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal met alle gegevens	
Aantal met ontbrekende gegevens	
Aantal zonder aanmeldingsklacht	
Aantal zonder informatie over pijn	
Aantal zonder informatie over allergie	
Aantal zonder naam behandelende arts	

5.4 DNR-code in dossiers op intensieve zorgen

Gecontroleerde eis

Elke patiënt heeft een DNR-code ('Do Not Reanimate') in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie). Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'.

De DNR code is getekend/gevalideerd door de arts:

- er is een melding "besproken in team"
- er is een melding "besproken met patiënt-familie"
- er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (minstens wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)

Uitzondering: De code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie' moet niet besproken worden.

Werkwijze

Op de eenheden voor intensieve zorgen werden dossiers van patiënten die minstens 24 u op IZ waren opgenomen, nagekeken op de aanwezigheid van een DNR-code. 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

Naam eenheid:	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met DNR-code	Aantal dossiers met DNR-code en alle gezochte informatie
Naam IZ			
Totaal			

Details van ontbrekende elementen in de gecontroleerde dossiers

Aantal keer dat volgende elementen ontbraken (indien van toepassing):				
Totaal aantal gecontroleerde dossiers	DNR	"besproken in team"	"besproken met patiënt / familie"	verslag gesprek patiënt / familie

5.5 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 de spoedgevallendienst, EOS en intensieve zorgen nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.	
Vaststellingen	
	Er is een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten
Naam IZ	In orde / Niet in orde
	In orde / Niet in orde
Spoed	In orde / Niet in orde
EOS	In orde / Niet in orde
Overzicht	
Aantal gecontroleerde afdelingen	
Aantal in orde	
Aantal niet in orde	

5.6 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen

Gecontroleerde eis

De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (kinderen, ouderen, niet communicatieve patiënten).

Werkwijze

Door bevraging van het personeel werd op de spoedgevallendienst en EOS 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 is een specifieke meetmethode voor:	
baby's / peuters	In orde / Niet in orde
kleuters	In orde / Niet in orde
oudere kinderen	In orde / Niet in orde

5.7 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, op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en op het internistisch dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met volledig en correct bandje	Aantal patiënten met onvolledig bandje	Aantal patiënten zonder ID-bandje
Naam Dagziekenhuis				
Spoed				
Naam IZ				
...				
Totaal				

Optioneel:

Er werd minstens één patiënt opgemerkt met een ID-bandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager op afdeling (naam).

5.8 Early warning system

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System). Hiertoe werd een protocol opgesteld.</p> <p>Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties in functie van de behaalde score.</p> <p>De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding genoten inzake dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover en passen dit systeem toe.</p>	
<p>Werkwijze</p> <p>Op elke campus met verblijfsafdelingen, werd bevraagd of een early warning system was ingevoerd. Indien er een EWS bestond, werd nagevraagd welke parameters hiervoor moeten gecontroleerd worden en vanaf welke score een arts moet gecontacteerd worden. Vervolgens werd bevraagd op hoeveel afdelingen het EWS al was geïmplementeerd.</p>	
<p>Vaststellingen</p>	
Er wordt een systeem van EWS gehanteerd:	Ja / Neen
Er kan aangetoond worden welke parameters systematisch moeten genomen worden voor patiënten binnen het systeem	Ja / Neen
Er kan aangetoond worden vanaf welke score er een arts / interne MUG moet gecontacteerd worden	Ja / Neen
Aantal afdelingen op de campus	
Aantal afdelingen waar EWS geïmplementeerd is	

5.9 Bloedtransfusie

Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat bij een transfusie tenminste volgende gegevens:

- indicatie voor de transfusie
- controle bloedgroep en rhesusfactor
- lotnummer en type van het toegediende bloedproduct
- datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener
- eventuele reacties
- klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie

Controle parameters bij transfusie:

temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:

- vlak voor transfusie
- tussen 5 en 15 minuten na start
- na toediening
- bij transfusiereactie

Werkwijze

Er werden 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, tijdens toediening en na toediening

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers																	
Aantal volledig in orde																	
Aantal niet in orde																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Aantal zonder startuur van transfusie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder stopuur van transfusie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal zonder toediener</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Aantal zonder startuur van transfusie		Aantal zonder stopuur van transfusie		Aantal zonder toediener		Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie		Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie		Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie		<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken			
Aantal zonder startuur van transfusie																	
Aantal zonder stopuur van transfusie																	
Aantal zonder toediener																	
Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie																	
Aantal met niet alle parameters tijdens de transfusie																	
Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken																
Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken																	

5.10 Registratie van afzonderingen op de spoedgevallendienst

Gecontroleerde eis

Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:

- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum
- nummer van de afzondering (per jaar);
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);
- follow – up gegevens.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst 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

Er wordt een register van afzonderingen bijgehouden:	Ja / Neen
Aantal gecontroleerde registratieformulieren	
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	
Aantal zonder naam, voornaam en leeftijd/geboortedatum van de patiënt	
Aantal zonder reden voor de maatregel	
Aantal zonder datum en uur van begin van de maatregel	
Aantal zonder datum en uur van einde van de maatregel	
Aantal zonder naam of handtekening van de geneesheer	
Aantal zonder naam of handtekening van de verpleegkundige	

5.11 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 tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden.

Er gebeurt een hertriage wanneer de voorziene tijdspanne 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 / Neen
Volgende items zijn beschreven in een protocol / zijn duidelijk binnen de werking:	
Triagecriteria	Ja / Neen
Prioriteitsbepaling	Ja / Neen
Tijd tussen triage en gezien worden door de arts (voor elke prioriteitsklasse)	Ja / Neen
Pijn is een onderdeel van triage	Ja / Neen

5.12 Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg

Aantal dagen met alle parameters in het dossier	
Aantal dagen met pijnscores in het dossier	
Aantal dossiers op spoed met alle gecontroleerde gegevens	
Aantal dossiers op IZ met DNR-codering	
Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten op spoed/EOS,	

IZ	
Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen (voor de 3 gecontroleerde leeftijdsgroepen) op spoed / EOS	
Aantal patiënten met een volledig identificatiebandje	
Aantal dossiers met alle gecontroleerde gegevens bij bloedtoediening	
Afzonderingen op spoed worden geregistreerd in een isolatieregister	
Aantal gecontroleerde registratieformulieren van afzonderingen op spoed die alle gecontroleerde items bevatten	
Er wordt een triagesysteem toegepast op de spoedgevallendienst	
Het triagesysteem op de spoedgevallendienst bevat alle gecontroleerde criteria	
Besluit	
Er zal een check 2 gebeuren voor het thema gestandaardiseerde zorg	Ja / Neen
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal patiënten zonder identificatiebandje op IZ	
Er werd minstens één patiënt opgemerkt met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkomen met de identiteit van de drager	
Aantal dagen zonder parameters in het dossier	
Aantal dagen zonder pijnscores in het dossier	
Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de bloedtoediening ontbraken	
Er wordt geen triagesysteem toegepast op de spoedgevallendienst	

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 dienstkleedij als burgerkleedij die onder de dienstkleedij 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 burgerkleedij die onder de dienstkleedij 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

	Aantal gecontroleerd	Aantal in orde	Niet in orde			
			Polshorloge	Armband/ Ring	Lange mouwen	Nagels
Verpleegkundigen						
Artsen						
Anderen						
TOTAAL						

Overzicht

Aantal gecontroleerde medewerkers	
Aantal in orde	
Aantal niet in orde	
Aantal verpleegkundigen niet in orde	
Aantal artsen niet in orde	
Aantal anderen niet in orde	

6.2 Wastafel in de vuile berging

Gecontroleerde eis

In elke ruimte waar een wastafel voor personeel beschikbaar moet zijn, namelijk minimaal in verpleegpost en de vuile utility, zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne en handontsmetting aanwezig:

- vloeibare zeep in dispenser
- alcohol in dispenser; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig
- dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop
- wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje
- reminder handhygiëne.

Werkwijze

De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd in de vuile bergingen van het internistisch dagziekenhuis, de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheid voor intensieve zorgen. 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

	Berging(en) met wastafel die voldoet aan de eis
Naam Dagziekenhuis	In orde / Niet in orde
Naam IZ	In orde / Niet in orde
Naam D-afdeling	In orde / Niet in orde

Aantal gecontroleerde bergingen	
Aantal bergingen in orde (wastafel in vuile berging die voldoet aan de eis)	
Aantal niet in orde met de eis	
Aantal met wastafel in vuile berging die niet voldoet aan de eis	
Aantal zonder wastafel in de vuile berging	

6.3 Scheiding rein/onrein

Gecontroleerde eis

Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis, op de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheden voor

intensieve zorgen werd nagegaan of er in de vuile berguimtes 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

	Scheiding rein/onrein
Naam Dagziekenhuis	In orde / Niet in orde
Naam IZ	In orde / Niet in orde
Naam D-Afdeling	In orde / Niet in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	
Aantal afdelingen in orde	
Aantal afdelingen niet in orde	

6.4 Bedpanspoeler

Gecontroleerde eis

Er is een bedpanspoeler aanwezig.

Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.

De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.

De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis, op de bezochte internistische verpleegafdelingen en de eenheden voor intensieve zorgen werd nagegaan of er een toestel voor het reinigen van bedpannen aanwezig was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde afdelingen:

Afdeling	Bedpanspoeler aanwezig
Naam Dagziekenhuis	In orde / Niet in orde
Naam IZ	In orde / Niet in orde
Naam D-Afdeling	In orde / Niet in orde

Overzicht

Aantal afdelingen gecontroleerd	
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	

6.5 Isoleerkamers met sas op IZ

Gecontroleerde eis			
Per 6 bedden beschikt de functie over 1 isoleerkamer met afzonderlijk sas.			
Werkwijze			
Op de eenheden voor intensieve zorgen werden het maximaal aantal patiëntenposities en het aantal kamers met een sas geteld.			
Vaststellingen			
Eenheid	Aantal IZ-posities	Aantal isoleerkamers met sas	Voldoet aan de eis
Naam IZ			In orde / Niet in orde
Overzicht			
Aantal gecontroleerde IZ-eenheden			
Aantal eenheden in orde			
Aantal eenheden niet in orde			

6.6 Samenvatting thema hygiëne

Aantal personeelsleden in orde voor handhygiëne	
Aantal vuile bergingen met wastafel die voldoet aan de eis	
Aantal afdelingen met scheiding rein-onrein in de vuile berging	
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	
Aantal IZ-eenheden met voldoende kamers met sas	
Besluit	
Er zal een check 2 gebeuren voor het thema hygiëne	Ja / Neen
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal personeelsleden niet in orde voor handhygiëne	

7 Thema communicatie

7.1 Communicatie tussen zorgverleners: toegankelijk dossier op IZ

Gecontroleerde eis Het patiëntendossier is bij de patiënt aanwezig en consulteerbaar door alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.	
Werkwijze Op de eenheden voor intensieve zorgen werd van de aanwezige patiënten nagegaan of zowel het medisch als verpleegkundig luik van de dossiers aanwezig en toegankelijk waren.	
Vaststelling	
Aantal gecontroleerde patiënten	
Aantal dossiers in orde	
Aantal dossiers niet in orde	

7.2 Communicatie tussen zorgverleners: medische coördinator op IZ

Gecontroleerde eis Voor elke patiënt dient aangeduid welke arts intensivist verantwoordelijk is voor de coördinatie van het medische toezicht. Het is duidelijk welke arts welke behandeling instelt.			
Werkwijze Op de eenheid intensieve zorgen werd nagegaan of er een medische eindverantwoordelijke / coördinator was aangeduid voor elke patiënt.			
Vaststellingen			
Naam eenheid	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met aanduiding medisch coördinator	Aantal patiënten zonder aanduiding medisch coördinator
Naam IZ			
Totaal			

7.3 Communicatie tussen zorgverleners: multidisciplinair overleg op IZ

Gecontroleerde eis Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiëntendossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.
--

Er wordt voor elke patiënt die minimaal een week heeft verbleven op IZ een multidisciplinair overleg gehouden. Minstens wekelijks heeft een multidisciplinair overleg plaats. Hierop zijn minimaal aanwezig: intensivist en de toegewezen verpleegkundige vervolgens de artsen en de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.

Werkwijze

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

Vaststellingen

Einheid	Aantal gecontroleerde dossiers	Voldoende verslagen MO in dossier	Onvoldoende verslagen MO in dossier
Naam IZ			
Totaal			

7.4 Communicatie tussen zorgverleners: consult op intensieve zorgen

Gecontroleerde eis

Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiëntendossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.

Werkwijze

Op de eenheid voor intensieve zorgen 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.

Vaststelling

Aantal gecontroleerde consulten	
Aantal consulten met verslag in het dossier	
Aantal consulten zonder verslag in het dossier	

7.5 Communicatie tussen zorgverleners: transfergegevens van IZ en spoed naar de afdeling

Gecontroleerde eis

Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de intensieve zorgen, bij transfer van de spoedgevallendienst naar een afdeling, bij transfer van of naar een afdeling.

Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:

- identiteit van de patiënt,
- diagnose en behandeling,
- verpleegkundige zorgen,
- parameters en
- medicatieschema.

Werkwijze

Op de bezochte internistische verpleegafdelingen werd in dossiers van patiënten die vanuit de eenheid intensieve zorgen, de gespecialiseerde spoedgevallendienst of de eerste opvang spoed getransfereerd werden, nagegaan of er transfertgegevens voorhanden waren. Er werd nagegaan of informatie beschikbaar was over:

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

Vaststellingen

Transfer vanuit afdeling:	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal in orde (4 gecontroleerde items aanwezig)	Aantal niet in orde (niet alle 4 aanwezig)
IZ			
Spoed/ EOS			
Totaal			

Detail van de ontbrekende items bij transfer vanuit:

	IZ	Spoed/EOS
Identificatie patiënt		
Diagnose		
Behandeling		
Verpleegkundige zorgen		
Zonder één van de 4 gecontroleerde items als transfertgegevens		

7.6 Communicatie tussen zorgverleners: medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op D-afdelingen

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Op weekdays wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.</p> <p>Van de zaalronde is er steeds een weergave door een geneesheer in het individuele patiëntendossier (bv. wijzigingen in behandeling, opstarten nieuwe items, aanvragen ondertekend door de arts...).</p> <p>Indien de zaalronde gebeurt door een andere dan de behandelende arts, dan is er informatie overdracht, eveneens met weergave in het individuele dossier van de patiënt.</p>																																		
<p>Werkwijze</p> <p>Op de bezochte internistische verpleegafdelingen werden patiëntendossiers ingekeken. Notities werden nagegaan over de zaalrondes door de arts op weekdays.</p>																																		
<p>Vaststellingen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Afdeling</th> <th>Aantal gecontroleerde dossiers</th> <th>Aantal dossiers in orde</th> <th>Aantal dossiers niet in orde</th> <th>Aantal dossiers zonder notitie arts op de gecontroleerde dagen</th> <th>Aantal gecontroleerde dagen</th> <th>Aantal dagen in orde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Naam D-afdeling</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts op de gecontroleerde dagen	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen in orde	Naam D-afdeling														Totaal						
Afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts op de gecontroleerde dagen	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen in orde																												
Naam D-afdeling																																		
Totaal																																		

7.7 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbeslissing na dagopname

<p>Gecontroleerde eis</p> <p>Over het ontslag van een patiënt uit de functie (niet-chirurgische daghospitalisatie) beslist, na onderzoek van de patiënt, de geneesheer-specialist die op dat moment verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie.</p> <p>De aftekening van deze beslissing is terug te vinden in het patiëntendossier.</p> <p>Voor bepaalde behandelingen kunnen er ontslagcriteria vastliggen via staand order. Dit staand order is terug te vinden in het dossier, ondertekend door de arts.</p>					
<p>Werkwijze</p> <p>In patiëntendossiers van patiënten die uit het dagziekenhuis ontslagen werden, werd nagegaan of er een ontslagbeslissing van de arts was neergeschreven.</p>					
<p>Vaststelling</p> <table border="1"> <tr> <td>Aantal patiëntendossiers gecontroleerd</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aantal patiëntendossiers met ontslagnotitie door arts</td> <td></td> </tr> </table>		Aantal patiëntendossiers gecontroleerd		Aantal patiëntendossiers met ontslagnotitie door arts	
Aantal patiëntendossiers gecontroleerd					
Aantal patiëntendossiers met ontslagnotitie door arts					

Aantal patiëntendossiers zonder ontslagnotitie door arts	
--	--

7.8 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 de werkdag voor de inspectie op ontslag gingen na een internistische opname. Er werd gestreefd naar een 20-tal dossiers, de helft van dagpatiënten en de helft van gehospitaliseerde 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, onderzoeken, verloop
- conclusie: bv. vereiste nazorg, te volgen beleid, (voorlopige) diagnose
- informatie over medicatiebeleid

Vaststellingen

	Afdelingen	Dagziekenhuis	Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers			
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief			
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief			
Brief zonder opnameverloop			
Brief zonder conclusie			

Brief zonder informatie over medicatiebeleid			
Aantal dossiers zonder ontslagbrief			

7.9 Informatie aan patiënten: informatie voor de opname

Gecontroleerde eis

Het behandelende team informeert de patiënt ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- pijn
- de mogelijke complicaties en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode

Patiënten worden geïnformeerd minimaal over het soort onderzoek/behandeling, de voorbereiding van de opname, het vervoer na ontslag en de opvang gedurende de eerste 24 uur na het ontslag, de herstelperiode en de contactgegevens van de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis in geval van problemen.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis 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
- Vervoer na opname (bv. of ze zelf met de wagen mogen rijden of niet),
- 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 gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met alle informatie gekend	Aantal patiënten met niet alle informatie voor gekend	Aantal patiënten geen informatie gekend

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie voor opname:

Zonder info "behandeling/onderzoek"	
Zonder info "voorbereiding"	
Zonder info "vervoer"	
Zonder info "herstelperiode"	

Details over de wijze van informeren:

Op mondelinge en schriftelijke wijze	
Enkel op schriftelijke wijze	
Enkel op mondelinge wijze	
Noch op mondelinge en schriftelijke wijze	

7.10 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.

Vaststelling

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

7.11 Informatie aan patiënten: informatie bij ontslag

Gecontroleerde eis

Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de specifieke behandeling (normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle...).

Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg...) met de patiënt meegegeven. Er is een mondelinge toelichting bij deze schriftelijke informatie.

Werkwijze

Er werden op het dagziekenhuis, de internistische verpleegafdelingen en de spoedgevallendienst 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...)
- 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 gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met volledige informatie bij ontslag	Aantal patiënten met onvolledige informatie bij ontslag	Aantal patiënten zonder informatie bij ontslag

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige ontslaginformatie:

Geen vervolgspraak	
Geen informatie over pijn	
Geen contactgegevens	
Geen medicatieschema	

Details over de wijze van informeren:

Mondeling en schriftelijk	
Enkel schriftelijk	
Enkel mondeling	
Noch mondeling noch schriftelijk	

7.12 Samenvatting thema communicatie

Aantal patiënten op IZ waarvan het medisch-verpleegkundig dossier toegankelijk is	
Aantal patiënten op IZ met duidelijke aanduiding van een medisch coördinator	
Aantal dossiers met voldoende notities over de multidisciplinaire overlegmomenten op IZ	
Aantal consulten op IZ met verslag	
Aantal dossiers met volledige transfergegevens	
Aantal dagen met notities in het dossier over de zaalronde	
Aantal dossiers na dagopname met ontslagbeslissing	
Aantal dossiers met ontslagbrief	
Aantal ontslagbrieven met alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig	
Aantal patiënten die voor opname voldoende geïnformeerd werden over de gecontroleerde aspecten	
Aantal patiënten die voldoende geïnformeerd waren over wachttijden op de spoedgevallendienst	
Aantal patiënten die bij ontslag alle informatie kregen over de gecontroleerde items	

Besluit

Er zal een check 2 gebeuren voor het thema communicatie	Ja / Neen
Volgende tekorten liggen aan de basis van deze beslissing:	
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	
Aantal patiënten op IZ waarvan het medisch-verpleegkundig dossier niet toegankelijk is	
Aantal patiënten zonder duidelijke aanduiding van een medisch coördinator op IZ	
Aantal dossiers zonder transfergegevens	
Aantal dossiers waarin alle gecontroleerde notities over zaalronde ontbraken	
Aantal patiënten die bij ontslag geen informatie kregen over de gecontroleerde items	

8 Besluit

Op deze vestigingsplaats is voor geen enkel thema een check 2 aangewezen.

Op deze vestigingsplaats zal er een check 2 plaatsvinden voor:

- Het thema personeel
- Het thema veilige zorg
- Het thema gestandaardiseerde zorg
- Het thema hygiëne
- Het thema communicatie