DEPARTEMENT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 Brussel
02 553 34 34
www.departementwvg.be
www.zorginspectie.be

BELEIDSRAPPORT

Toezicht op het zorgtraject voor de chirurgische en de internistische patiënt in de algemene ziekenhuizen – herhalingsronde

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever
Karine Moykens, Secretaris-generaal
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdelingen Zorginspectie

Depotnummer
D/2019/3241/317

Uitgave
December 2019

INHOUD

1. Inleiding 6
2. Managementsamenvatting 7
3. Toezichtmodel 10
   3.1 Conceptuele lijnen 10
   3.2 Eisenkaders 11
   3.3 Inspectiemethodiek 11
      3.3.1 Inspectiebezoeken 11
      3.3.2 Verschillen tussen de inspectierondes 12
      3.3.3 Verslaggeving 13
   3.4 Opvolging van inspectievaststellingen 14
      3.4.1 Rode en oranje knipperlichten 14
      3.4.2 Op te volgen door het Agentschap Zorg en Gezondheid 16
   3.5 Communicatie met en betrokkenheid van de sector 17
4. Algemene cijfers 18
5. Thema personeel 19
   5.1 Medische permanentie functie intensieve zorgen 19
      5.1.1 Gecontroleerde eis 19
      5.1.2 Herhalingsronde 20
      5.1.3 Vorige inspectierondes 21
      5.1.4 Overzicht inspectievaststellingen 21
   5.2 Medische permanentie functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG 22
      5.2.1 Gecontroleerde eis 22
      5.2.2 Herhalingsronde 24
      5.2.3 Vorige inspectierondes 24
      5.2.4 Overzicht inspectievaststellingen 25
   5.3 Verpleegkundige permanentie funtie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG 25
      5.3.1 Gecontroleerde eis 25
      5.3.2 Herhalingsronde 26
      5.3.3 Vorige inspectierondes 26
      5.3.4 Overzicht inspectievaststellingen 27
   5.4 Oproepbare psychiater voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg 27
      5.4.1 Gecontroleerde eis 27

5.4.2 Herhalingsronde 27
5.4.3 Vorige inspectierondes 28
5.4.4 Overzicht inspectievaststellingen 28
6. Thema veilige zorg 29
6.1 Medicatieveiligheid: gegevens op infusen en spuiten 29
6.1.1 Gecontroleerde eis 29
6.1.2 Herhalingsronde 29
6.1.3 Vorige inspectierondes 30
6.1.4 Overzicht inspectievaststellingen 30
6.2 Preventieve controle materiaal 31
6.2.1 Gecontroleerde eis 31
6.2.2 Herhalingsronde 31
6.2.3 Vorige inspectierondes 31
6.2.4 Overzicht inspectievaststellingen 32
6.3 Doorgedreven opleiding reanimatie bij artsen op de spoedgevallendienst 33
6.3.1 Gecontroleerde eis 33
6.3.2 Herhalingsronde 33
6.3.3 Vorige inspectierondes 33
6.3.4 Vaststellingen over inspectierondes heen 34
6.4 Permanent toezicht door anesthesist bij patiënt onder narcose 34
6.4.1 Gecontroleerde eis 34
6.4.2 Herhalingsronde 35
6.4.3 Vorige inspectierondes 35
6.4.4 Overzicht inspectievaststellingen 36
7. Thema gestandaardiseerde zorg 37
7.1 Parameters in het patiëntendossier 37
7.1.1 Gecontroleerde eis 37
7.1.2 Herhalingsronde 37
7.1.3 Vorige inspectierondes 37
7.1.4 Overzicht inspectievaststellingen 38
7.2 Pijnscores in het patiëntendossier 39
7.2.1 Gecontroleerde eis 39
7.2.2 Herhalingsronde 39
7.2.3 Vorige inspectierondes 40

7.2.4 Overzicht inspectievaststellingen 40
7.3 Beschikbaarheid preoperatieve onderzoeken op het operatiekwartier 41
7.3.1 Gecontroleerde eis 41
7.3.2 Herhalingsronde 41
7.3.3 Vorige inspectierondes 42
7.3.4 Overzicht inspectievaststellingen 42
7.4 Patiëntidentificatie 42
7.4.1 Gecontroleerde eis 42
7.4.2 Herhalingsronde 42
7.4.3 Vorige inspectierondes 43
7.4.4 Overzicht inspectievaststellingen 44
8. Thema hygiëne 45
8.1 Handhygiëne 45
8.1.1 Gecontroleerde eis 45
8.1.2 Herhalingsronde 45
8.1.3 Vorige inspectierondes 46
8.1.4 Overzicht inspectievaststellingen 47
9. Thema communicatie 49
9.1 Communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts 49
9.1.1 Gecontroleerde eis 49
9.1.2 Herhalingsronde 49
9.1.3 Vorige inspectierondes 50
9.1.4 Overzicht inspectievaststellingen 51
10. Op te volgen knelpunten 52
11. Conclusie 54

1. INLEIDING

Hieronder vindt u het beleidsrapport van Zorginspectie over de herhalingsronde van het internistisch en het chirurgisch zorgtraject. Zoals bij de vorige inspectierondes, werden de algemene ziekenhuizen ook nu geïnspecteerd aan de hand van nalevingstoezicht, de toezichtvorm binnen het nieuwe toezichtmodel dat sinds 2013 wordt gehanteerd. Hierbij ligt de focus op het inspecteren van de dagelijkse zorgpraktijk.

Na de inleiding en managementsamenvatting geven we een overzicht van de specifieke stappen en keuzes die gemaakt werden bij de uitwerking van deze inspectieronde. Daarna volgen enkele algemene cijfers (hoofdstuk 4) en vijf hoofdstukken met de vaststellingen met betrekking tot de onderwerpen die geïnspecteerd werden. Deze werden gegroepeerd onder vijf thema's: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. Per onderwerp beschrijven we de gecontroleerde eis, de werkwijze en de vaststellingen tijdens de herhalingsronde.

Waar mogelijk maken we ook de vergelijking met de werkwijze en de vaststellingen tijdens de inspectieronde van het chirurgisch en/of die van het internistisch zorgtraject. Hierbij doen we echter geen uitspraken over de vraag of de betreffende praktijk verbeterd dan wel verslechterd is. De eventuele verschillen kunnen immers veroorzaakt worden door allerlei andere factoren, zoals verder uitgebreider wordt beschreven.

Hoofdstuk 10 geeft een overzicht van de belangrijke knelpunten die werden vastgesteld tijdens deze herhalingsronde en die aanleiding gaven tot een tweede inspectie ("check 2") of die zullen worden opgevolgd door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Het rapport eindigt met enkele algemene conclusies.

Dit beleidsrapport komt er dankzij het werk van vele tientallen personen en organisaties. Hierbij denken we vooral aan:

- de verschillende organisaties en deskundigen die betrokken waren bij de totstandkoming en actualisering van de eisenkaders voor het chirurgisch en internistisch zorgtraject;
- de Commissie Kwaliteit AZ van Zorgnet-Icuro, waar we regelmatig feedback krijgen en kunnen geven over bepaalde deelaspecten van de inspectieaanpak;
- alle betrokkenen – en in het bijzonder de collega's van de afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis – bij de ontwikkeling van een elektronisch datasysteem waarin alle gegevens werden verzameld en verwerkt tot verslagen, en waarmee de data werden aangeleverd voor dit beleidsrapport;
- alle andere betrokkenen bij het schrijven van dit beleidsrapport.

We willen ook de geïnspecteerde ziekenhuizen bedanken voor de constructieve sfeer waarin de inspecties konden verlopen.

We hopen dat dit rapport kan bijdragen tot verdere verfijning op vlak van kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen.

2. MANAGEMENTSAMENVATTING

Toezichtmodel

In de sector van de algemene ziekenhuizen is de laatste jaren een zeer grote aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De (koepel van) ziekenhuizen, de beroepsgroepen, de patiëntenverenigingen en de Vlaamse overheid werken nauw samen – ieder vanuit hun eigen positie en verantwoordelijkheid – om die kwaliteit van de zorg te stimuleren, te bewaken, te borgen en transparant te maken.

Het toezicht door de Vlaamse overheid (namelijk door Zorginspectie) vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers: de ontwikkeling en publicatie van een set kwaliteitsindicatoren (in het VIP²-project) enerzijds en ziekenhuisbrede accreditaties (door JCI of NIAZ) anderzijds.

Het toezichtmodel bestaat sinds 2013 uit nalevingstoezicht voor alle ziekenhuizen en uit een systeemtoezicht voor ziekenhuizen die niet instapten in een accreditatietraject. Binnen het nalevingstoezicht worden een aantal zorgtrajecten belicht. Na de inspectierondes over het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016) kwam in 2018-2019 het cardiaal zorgtraject aan de beurt.
Telkens wordt via onaangekondigde inspecties, met de focus op de dagdagelijkse praktijk, nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Na afronding van elke inspectieronde wordt een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de inspectievaststellingen (https://www.departementwvg.be/zorginspectie/cijfers-en-rapporten).

Herhalingsronde chirurgisch en internistisch zorgtraject

In 2018-2019 werden een aantal onderwerpen uit het chirurgisch en het internistisch zorgtraject hernomen tijdens een herhalingsronde. Zorginspectie wilde hiermee de aandacht voor kwaliteit binnen beide trajecten hoog houden en zo bijdragen aan het consolideren van het kwaliteitsniveau van de zorg.

Dit beleidsrapport beschrijft de vaststellingen op basis van deze herhalingsronde, en plaatst ze waar mogelijk naast de vaststellingen uit de eerdere inspectierondes. De inspectievaststellingen werden geclusterd in 5 thema's: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie.

De eisenkaders van het chirurgisch en het internistisch zorgtraject vormden de basis voor de herhalingsronde. De onderwerpen die hernomen werden tijdens deze inspectieronde werden om verschillende redenen geselecteerd:

- op basis van de sectorbrede knelpunten uit de twee eerdere inspectierondes, die beschreven staan in de beleidsrapporten
- omdat we weten dat de compliance voor sommige onderwerpen daalt als de aandacht ervoor daalt
- omdat bij sommige onderwerpen het risico voor patiëntveiligheid aanzienlijk is niettegenstaande de goede resultaten tijdens eerdere rondes.

Tussen begin juli 2018 en eind juni 2019 werden 55 campussen geïnspecteerd (1 per ziekenhuis, aangevuld met een aantal campussen van ziekenhuizen die hun accreditatie pas na 2018 planden). Daarbij werden telkens o.a. de spoedafdeling, de afdeling(en) voor intensieve zorgen en het operatiekwartier bezocht, evenals een aantal internistische en chirurgische verpleegafdelingen.

Een belangrijke opmerking is dat de methodiek van de drie inspectierondes grotendeels, maar niet volledig, vergelijkbaar is. Dit heeft te maken met meerdere factoren op verschillende niveaus, zoals:

- Er werden minder campussen bezocht.
- Er waren bij de inspectie van een aantal onderwerpen verschillen in de werkwijze in vergelijking met de vorige inspectierondes.
- Een aantal eisen uit de eisenkaders werden geactualiseerd tussen de verschillende inspectierondes in.
- De controles van de geselecteerde eisen gebeurden niet altijd op dezelfde afdelingen als bij de eerdere inspectierondes.

Aan de resultaten van de herhalingsronde werden, naar analogie met de twee eerdere rondes, ook "rode" en "oranje" knipperlichten verbonden. Het gaat om items die een groter risico vormen voor de patiëntveiligheid en waarvoor een snelle remediëring aangewezen en realiseerbaar is binnen een relatief kort tijdsbestek.

Vaststellingen

Voor de meeste onderwerpen die hernomen werden uit het chirurgisch en internistisch zorgtraject kon worden vastgesteld dat de resultaten goed tot zeer goed zijn:

- 99% van de gecontroleerde defibrillatoren, 97% van de gecontroleerde monitoren en 96% van de gecontroleerde ECG-toestellen kreeg tijdig een preventief onderhoud.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen waren alle gecontroleerde parameters in de patiëntendossiers genoteerd.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen werd minstens 1 pijnmeting gevonden. Op 93% van de dagen waren er minstens 2 pijnmetingen.
- 98% van de gecontroleerde medewerkers scoorde in orde op de gecontroleerde vereisten voor handhygiëne (alle verpleegkundigen, 98% van de artsen en 96% van de andere medewerkers).
- Voor de chirurgische patiënten werd in 92% van de gecontroleerde dossiers een ontslagbrief gevonden met alle gezochte gegevens. Voor de internistische patiënten was dat in 97% van de dossiers het geval.
- In 89% van de gecontroleerde dossiers op het operatiekwartier waren alle gecontroleerde preoperatieve gegevens vermeld.
- Op 89% van de gecontroleerde dagen was een psychiater 24/24 uur oproepbaar op de gespecialiseerde spoed.
- Op 85% van de gecontroleerde spuiten en infusen waren alle gecontroleerde gegevens vermeld.

Er werd verbetermogelijkheid vastgesteld met betrekking tot de opleiding over Advanced Life Support (ALS) bij de artsen die instaan voor de medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten. Deze opleiding was voor 3 op de 10 gecontroleerde artsen niet in orde.

Voor een aantal gecontroleerde aspecten waren de resultaten algemeen gezien goed tot zeer goed, maar werd – gezien het risico inzake patiëntveiligheid – het streefdoel van 100% strikt toegepast. Een tekort leidde dan ook telkens tot een rood knipperlicht:

- De medische permanentie voor de functie intensieve zorgen was voor 87% van de gecontroleerde weken in orde, maar was in 7 gevallen aanleiding tot een rood knipperlicht.
- De medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 87% van de gecontroleerde weken (en 96% van de gecontroleerde dagen) in orde, maar leidde in 7 gevallen tot een rood knipperlicht.

- 99% van de gecontroleerde patiënten op kritieke diensten droeg een identificatiebandje met alle nodige gegevens, maar op 7 campussen was er één patiënt op intensieve zorgen zonder identificatiebandje, wat telkens tot een rood knipperlicht leidde.
- Bij 98% van de gecontroleerde patiënten onder algemene narcose was op het moment van inspectie een anesthesist in de operatiezaal aanwezig; op 4 campussen was er minstens 1 patiënt waarbij dat niet het geval was, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.
- De verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 98% van de gecontroleerde dagen in orde; op 2 campussen was er een probleem op minstens één van de gecontroleerde dagen, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.

Opvolging

Voor de rode knipperlichten werd een hercontrole (check 2) voorzien, ten vroegste 3 maanden na de eerste inspectie.

Op 67% van de bezochte campussen werd geen enkel knipperlicht vastgesteld. Op 18 campussen (33%) werden in totaal 27 rode knipperlichten geconstateerd en gebeurde een check 2. Tijdens check 2 werd op geen enkele campus nog een knipperlicht vastgesteld.

Naast de knipperlichten werden ook een aantal tekorten gedefinieerd die rechtstreeks door het Agentschap Zorg en Gezondheid worden opgevolgd en waarvoor niet onmiddellijk een vervolginspectie is voorzien. Op 29 campussen (53%) werden in totaal 37 dergelijke knelpunten vastgesteld. Het vaakst voorkomende knelpunt was het ontbreken van ALS-attesten voor artsen die bij reanimatie betrokken zijn.

Alle inspectieverslagen werden gepubliceerd op onze website www.zorginspectie.be. Dit kan een bijdrage leveren aan de verhoogde aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen.

Zowel in de individuele inspectieverslagen per campus als in dit beleidsrapport komen de verbeterpunten duidelijk naar voren, wat gerichte verbeteracties op verschillende echelons kan faciliteren.

3. TOEZICHTMODEL

3.1 CONCEPTUELE LIJNEN

De focus van het toezicht door Zorginspectie in de algemene ziekenhuizen (AZ) ligt sinds 2013 op nalevingstoezicht: een heel gerichte en concrete toets van de zorgpraktijk. Dit nalevingstoezicht wordt toegepast op zorgtrajecten: het traject dat een (chirurgische, internistische, cardiale,…) patiënt kan volgen in een ziekenhuis.

Bij de operationalisering daarvan wordt telkens hetzelfde parcours gevolgd:

- Eerst werkt het Agentschap Zorg en Gezondheid een eisenkader uit voor het betreffende zorgtraject; dit gebeurt in samenwerking met vertegenwoordigers uit het werkveld (o.m. koepelorganisaties en beroepsgroepen). De relevante regelgeving wordt geselecteerd en wordt verduidelijkt en/of aangevuld met nieuwe kwaliteitseisen (bv. op basis van internationale richtlijnen).
- Eens gefinaliseerd, wordt het eisenkader officieel gepubliceerd, en geeft Zorginspectie aan welke van de eisen zullen worden gecontroleerd tijdens inspecties.
- Daarna werkt Zorginspectie een gestandaardiseerd inspectie-instrument uit.
- Binnen een relatief kort tijdsbestek (in de voorbije zorgtrajecten steeds binnen één jaar) bezoekt Zorginspectie alle AZ-campussen in Vlaanderen waar zorg wordt geboden in het kader van het betreffende zorgtraject. Tijdens onaangekondigde inspecties wordt daarbij nagegaan of de zorgpraktijk op de bezochte campus voldoet aan de vooropgestelde eisen.
  Deze inspectieronde start telkens ten vroegste zes maanden na de publicatie van het eisenkader.
- Campussen waar tijdens het eerste bezoek ("check 1") bepaalde ernstige knelpunten rond patiëntveiligheid worden vastgesteld (de zogenaamde "rode en/of oranje knipperlichten", zie verder), worden enkele maanden later opnieuw onaangekondigd bezocht ("check 2"), specifiek rond die knelpunten. Blijven er ook tijdens dat tweede bezoek nog ernstige risico's bestaan, dan krijgt het ziekenhuis extra opvolging door het Agentschap Zorg en Gezondheid, met eventueel bijkomende inspectiebezoeken.
- Na afloop van een volledige inspectieronde stelt Zorginspectie een overkoepelend beleidsrapport op.

In het kader van dit nalevingstoezicht werden vijf algemene en drie gespecialiseerde zorgtrajecten vastgelegd:

- algemene zorgtrajecten:
  - chirurgisch zorgtraject
  - internistisch zorgtraject en kritieke diensten
  - zorgtraject geriatrische / revalidatiepatiënt
  - zorgtraject psychiatrische patiënt
  - zorgtraject moeder/kind
- gespecialiseerde zorgtrajecten:
  - hartpatiënt
  - oncologische patiënt
  - dialysepatiënt.

Eerst kwam het chirurgisch zorgtraject aan bod (2013-2014), vervolgens het internistische zorgtraject (2015), en daarna het gespecialiseerde zorgtraject van de hartpatiënt (2018-2019).

Voor een volledig overzicht van het concept van het gehanteerde toezichtmodel verwijzen we naar www.departementwvg.be/zorginspectie/algemene-ziekenhuizen.

In 2018-2019 organiseerde Zorginspectie een herhalingsronde over de eerste twee zorgtrajecten, waarin een aantal elementen werden hernomen. Zorginspectie wilde hiermee de aandacht voor kwaliteit binnen beide trajecten hoog houden en zo bijdragen aan het consolideren van het kwaliteitsniveau van de zorg.

Dit beleidsrapport beschrijft de vaststellingen op basis van deze herhalingsronde, en plaatst ze waar mogelijk naast de vaststellingen uit de eerdere inspectierondes.

3.2 EISENKADERS

De eisenkaders van het chirurgisch en het internistisch zorgtraject[1] vormden de basis voor deze herhalingsronde. Eisenkaders bevatten de juridisch geldende erkenningsnormen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg en een aantal richtlijnen en standaarden die internationaal gevalideerd zijn, gedragen zijn door de professionals en haalbaar zijn voor de ziekenhuizen. In de beleidsrapporten[2] over het chirurgische en het internistisch zorgtraject staat beschreven hoe deze eisenkaders tot stand kwamen.

Bij haar inspecties baseert Zorginspectie zich op deze eisenkaders, waaruit een selectie wordt gemaakt voor het toezicht ter plaatse. Tijdens de eerdere inspectierondes van het chirurgisch en het internistisch zorgtraject werden de eisen geselecteerd op basis van hun relatie met patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, en volgens de inspecteerbaarheid. De onderwerpen die hernomen werden tijdens deze herhalingsronde werden om verschillende redenen geselecteerd: op basis van de sectorbrede knelpunten uit de twee eerdere inspectierondes (die beschreven staan in de beleidsrapporten), omdat we weten dat de compliance voor sommige onderwerpen daalt als de aandacht ervoor daalt of omdat het risico voor patiëntveiligheid aanzienlijk is niettegenstaande de goede resultaten tijdens eerdere rondes.

3.3 INSPECTIEMETHODIEK

3.3.1 Inspectiebezoeken

Van elk algemeen ziekenhuis in Vlaanderen (53) werd minstens 1 campus geïnspecteerd waar activiteiten plaats vinden in het kader van het chirurgisch of internistisch zorgtraject.

Bij de 5 ziekenhuizen die hun accreditatie pas na 2018 planden, werden alle campussen met chirurgische of internistische activiteiten bezocht. Bij 2 van deze 5 ziekenhuizen werd daarom een tweede campus geïnspecteerd.

In totaal werden dus 55 inspectiebezoeken afgelegd. Het eerste inspectiebezoek vond plaats op 9 juli 2018, het laatste op 28 juni 2019.

De bezoeken vonden altijd onaangekondigd plaats. Ze gebeurden steeds door 1 of 2 inspecteurs, en bestonden minimaal uit volgende onderdelen:

- Een introductiegesprek met één of meerdere medewerkers van het ziekenhuis.
- Een bezoek aan één of (indien aanwezig) twee chirurgische afdelingen (C-afdelingen).
- Een bezoek aan één of (indien aanwezig) twee internistische afdelingen (D-afdelingen).

[1] De volledige eisenkaders zijn te vinden op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid: https://www.zorg-en-gezondheid.be/eisenkader-voor-de-chirurgische-patient en https://www.zorg-en-gezondheid.be/eisenkader-voor-de-internistische-patient

[2] Zie https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/rapport_az.pdf en https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Beleidsrapport_internistisch_zorgtraject.pdf

- Een bezoek aan de gespecialiseerde spoedgevallendienst (indien aanwezig).
- Een bezoek aan de eenheid voor intensieve zorgen (indien aanwezig); als er drie of meer IZ-eenheden waren op de campus, werden twee eenheden bezocht.
- Een bezoek aan het operatiekwartier (OK); als er drie of meer operatiekwartieren waren op de campus, werden twee OK's bezocht.
- Een gesprek met staf en/of directie waarbij een aantal documenten worden opgevraagd en ingekeken (bv. wachtlijsten) en waarbij ontslagbrieven gecontroleerd werden.

Elk inspectiebezoek werd afgerond met een feedbackgesprek met directieleden en/of andere vertegenwoordigers van het ziekenhuis. Daarbij kreeg het ziekenhuis ook telkens een schriftelijke bevestiging of er al dan niet ernstige knelpunten waren vastgesteld, en zo ja, dewelke.

3.3.2 Verschillen tussen de inspectierondes

Een belangrijke opmerking is dat de methodiek van de drie inspectierondes grotendeels, maar niet volledig vergelijkbaar is. Zo waren de steekproeven niet helemaal identiek in de drie inspectierondes. De verschillen bestonden op meerdere niveaus.

- Er waren verschillen in het aantal campussen die werden bezocht: tijdens deze herhalingsronde werden – onder meer om de toezichtslast voor de ziekenhuizen te beperken – minder campussen bezocht dan in de vorige rondes (van de meeste ziekenhuizen maar één campus – zie 3.3.1).
- Er waren voor een aantal onderwerpen verschillen in de werkwijze tussen de verschillende inspectierondes (deze verschillen worden verder telkens beschreven). De keuzes om aanpassingen te doen in werkwijzen werden op basis van diverse argumenten gemaakt:
    - Voor de controle van eenzelfde eis bestonden verschillen qua werkwijze tussen het chirurgisch en het internistisch traject, waarbij tijdens de herhalingsronde de keuze werd gemaakt voor één van beide. Zo werden tijdens de herhalingsronde vitale parameters en pijn op de chirurgische afdelingen voor 2 dagen postoperatief gecontroleerd (i.p.v. 1 dag postoperatief tijdens het chirurgisch zorgtraject), naar analogie met de werkwijze om tijdens het internistisch zorgtraject op de internistische afdelingen 2 dagen te controleren.
    - Er werden verbeteringen doorgevoerd in de gegevensverwerking van inspectievaststellingen. Een voorbeeld hiervan is dat bij het chirurgisch zorgtraject nog geen detailgegevens werden verzameld over het niet naleven van de eis over nagels.
    - Doorheen de jaren bleken ontslagbrieven binnen de ziekenhuissector veel sneller verstuurd te worden (een voorbeeld van de gestage verbetering van de kwaliteit in de ziekenhuizen, waardoor een hogere verwachting kon gehanteerd worden). Waar we tijdens het chirurgisch zorgtraject de aanwezigheid van een ontslagbrief bij patiënten een week na ontslag controleerden, werd dit vanaf het internistisch zorgtraject gecontroleerd voor patiënten die slechts een dag ontslagen waren uit het ziekenhuis.
    - Vanuit het streven naar maximale objectiveerbaarheid van vaststellingen was er over de inspectierondes heen een evolutie naar meer nadruk op aantoonbaarheid: hierbij werden louter mondelinge afspraken voor de verschillende aspecten van de medische permanentieregeling als onvoldoende beschouwd.
- Er gebeurden een aantal aanpassingen aan de gecontroleerde eisen tussen de verschillende inspectierondes in (deze worden telkens beschreven bij de werkwijzen verder in het rapport; een voorbeeld

hiervan is de termijn voor periodiek onderhoud van sommige toestellen die veranderde van jaarlijks naar tweejaarlijks).

- De controles gebeurden niet steeds op dezelfde afdelingen; tijdens de herhalingsronde werd gekozen om toe te spitsen op een beperkter aantal afdelingen (o.a. vanuit het streven naar risicogestuurd toezicht en met het oog op het beperken van de toezichtslast).
    - De armbandjes voor patiëntidentificatie werden tijdens de herhalingsronde enkel op de diensten voor intensieve zorgen en het operatiekwartier gecontroleerd, en – in tegenstelling tot de eerdere inspectierondes – niet meer op verpleegafdelingen en dagziekenhuizen.
    - Tijdens het chirurgisch traject werden patiëntendossiers bekeken op chirurgische afdelingen en chirurgische dagziekenhuizen; tijdens het internistisch traject gebeurde dit op internistische afdelingen en niet-chirurgische dagziekenhuizen, terwijl in de herhalingsronde enkel op chirurgische en internistische verpleegafdelingen dossiers werden bekeken.
- Tijdens de drie inspectierondes werden niet steeds dezelfde medische toestellen op dezelfde afdelingen gecontroleerd.
- Op vraag van de ziekenhuizen werd de aanmeldingsprocedure van de inspecteurs in lijn gebracht met de geldende aanmeldingsprocedures van de bezochte ziekenhuizen (bv. inschrijven in een logboek, dragen van een identificatiebadge van het ziekenhuis, wachten op een begeleidende ziekenhuismedewerker).

3.3.3 Verslaggeving

Net als bij de vorige inspectierondes maakte Zorginspectie een inspectieverslag per campus, dat bedoeld was voor verschillende belanghebbenden: het ziekenhuis zelf, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de burger.

Zorginspectie groepeerde de vaststellingen in het inspectieverslag per inhoudelijk thema en niet per bezochte dienst.
Hieronder de thema's die werden gedefinieerd, met telkens de aspecten die daarbij nader werden bekeken:

- personeel
    - permanenties (medisch en verpleegkundig)
- veilige zorg
    - medicatieveiligheid
    - doorgedreven opleiding reanimatie
    - preventief onderhoud en controle van medisch materiaal
    - permanent toezicht door anesthesist bij patiënt onder narcose
- gestandaardiseerde zorg
    - parameters en pijnmetingen in patiëntendossiers
    - beschikbaarheid preoperatieve onderzoeken op het operatiekwartier
    - patiëntidentificatie
- hygiëne
    - handhygiëne
- communicatie
    - communicatie tussen zorgverleners: ontslagbrief voor verwijzer / huisarts.

Andere kenmerken van de inspectieverslagen zijn:

- gestandaardiseerd en uniform verslagsjabloon
- objectieve en inhoudelijk relevante vaststellingen
- beschrijving van de werkwijze die werd gehanteerd om tot die vaststellingen te komen

- samenvatting, met daarbij ook expliciete opsomming van de belangrijke knelpunten per campus
- uitdrukkelijke vermelding of al dan niet een bijkomend inspectiebezoek (check 2) werd gepland, welke knipperlichten aanleiding gaven tot deze check 2, en welke knelpunten zeker worden opgevolgd door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Ziekenhuizen hadden telkens de mogelijkheid om opmerkingen te formuleren bij het voorlopige inspectie-verslag, waarna het verslag – al dan niet aangepast – definitief werd.

De definitieve inspectieverslagen zijn "actief openbaar", wat betekent dat ze kunnen geraadpleegd worden via de website van Zorginspectie (https://www.departementwvg.be/zorginspectie-inspectieverslagen-algemene-ziekenhuizen-herhalingsronde). Maandelijks werden de verslagen gepubliceerd die de maand voordien definitief geworden waren.

3.4 OPVOLGING VAN INSPECTIEVASTSTELLINGEN

Het Agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen. Uit sommige van die vaststellingen komen ernstige knelpunten naar boven. Dat zijn signalen dat er iets moet gebeuren, in eerste instantie door het ziekenhuis zelf, dat zijn eigen verantwoordelijkheid moet opnemen en de nodige verbeteracties moet opstarten. De overheid wil zich niet mengen in de manier waarop het ziekenhuis deze verbetertrajecten aanpakt, maar vindt het wel essentieel dat het ziekenhuis aantoont dat het knelpunt binnen een aanvaardbare termijn is weggewerkt.

Naast die opvolging van alle inspectievaststellingen werden, vóór de start van de inspectieronde, een aantal verbeterpunten bepaald waaraan de overheid bijzondere aandacht wil besteden. Het beterft enerzijds rode en oranje knipperlichten met waar nodig bijkomend bezoek door Zorginspectie, anderzijds punten die specifiek worden opgevolgd door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

3.4.1 Rode en oranje knipperlichten

Per thema werden knelpunten (rode en oranje knipperlichten) gedefinieerd die een ernstig risico voor patiëntveiligheid inhouden. Op basis van deze knelpunten werd al dan niet besloten tot een tweede onaangekondigde inspectie (check 2).

- Een rood knipperlicht is een knelpunt met een ernstig risico voor de patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg dat altijd aanleiding geeft tot een check 2.
- Een oranje knipperlicht is een ernstig risico met betrekking tot patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg dat niet op zichzelf aanleiding geeft tot een check 2. Twee (of meer) oranje knipperlichten geven wel aanleiding tot een check 2.

Hieronder worden de criteria die op voorhand werden vastgelegd meer in detail beschreven. In hoofdstuk 10 wordt weergegeven op hoeveel campussen de knelpunten vastgesteld werden tijdens de inspectieronde.

Wanneer tijdens check 2 blijkt dat een rood of een oranje knipperlicht blijft bestaan, start het Agentschap Zorg en Gezondheid de actieve opvolging van dit knelpunt, waarbij ook de andere infobronnen kunnen worden meegenomen waarover de administratie beschikt, zoals VIP²-indicatoren, klachten en eventuele accreditatie-verslagen.

Thema personeel

Rode knipperlichten

- De medische permanentie voor de functie intensieve zorgen is niet in orde, voor minstens één van de volgende aspecten:
  - er is geen nominatieve lijst van de artsen die ter plaatse de permanentie opnemen
  - de permanentie-artsen van de functie intensieve zorgen zijn onvoldoende gekwalificeerd
  - de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u
  - er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis
  - er is niet steeds een intensivist consulteerbaar
  - er is voor de externe MUG en/of voor anesthesie voor dringende ingrepen geen afzonderlijke medische permanentie voorzien, naast deze voor de functie intensieve zorgen
  - de medische permanentie voor de functie intensieve zorgen wordt opgenomen door een ASO en er is op die momenten niet steeds een intensivist oproepbaar die ter plaatse kan komen.
- De medische permanentie voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg / MUG is niet in orde, voor minstens één van de volgende aspecten:
  - er is geen nominatieve lijst van de artsen die ter plaatse de permanentie opnemen
  - de permanentie-artsen van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg / MUG zijn onvoldoende gekwalificeerd
  - de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u
  - er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis
  - er is voor de externe MUG geen afzonderlijke medische permanentie voorzien, naast deze voor de functie intensieve zorgen en/of deze voor anesthesie bij dringende ingrepen.
- De verpleegkundige basispermanentie voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg/MUG is niet in orde, voor minstens één van de volgende aspecten:
  - er zijn niet steeds minstens 2 verpleegkundigen aangeduid voor de permanentie op spoed
  - er is niet steeds een verpleegkundige met BBT aanwezig
  - verpleegkundigen die instaan voor de basispermanentie van spoed worden buiten spoed ingezet en zijn daarbij niet steeds onmiddellijk beschikbaar voor spoed
  - er is geen extra verpleegkundige aangeduid voor de externe MUG
  - de MUG-verpleegkundige heeft geen BBT.
- Op een D-afdeling is minstens 1 beademde patiënt aanwezig, zonder dat hierbij een bestaffing is voorzien zoals voor een intensieve zorgeenheid.

Thema veilige zorg

Rood knipperlicht

- Er is minstens 1 patiënt onder algemene narcose zonder toezicht van een anesthesist/ASO, waarbij deze niet is weggeroepen voor een reanimatie.

Oranje knipperlichten

- Er zijn meer dan 4 klaargemaakte infusen of spuiten met toegevoegde medicatie zonder enige van de gecontroleerde gegevens (naam van het geneesmiddel, dosis of concentratie, bereidingsdatum of toedieningsdatum, naam van de patiënt).

Thema gestandaardiseerde zorg

Rode knipperlichten

- Er werd minstens 1 patiënt aangetroffen zonder identificatiebandje of met een identificatiebandje waarop de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager.
- Er was een dossier niet beschikbaar of toegankelijk in het operatiekwartier, waardoor de preoperatieve gegevens niet konden gecontroleerd worden.

Oranje knipperlichten

- Het ontbreken van alle drie de gecontroleerde parameters (pols, bloeddruk, temperatuur) op meer dan 10% van de gecontroleerde dagen.
- Het ontbreken van pijnmetingen in meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers.

Thema hygiëne

Rood knipperlicht

- De gecontroleerde richtlijnen rond handhygiëne (handen en voorarmen zonder ringen en armbanden, geen polshorloges, korte en zuivere nagels, korte mouwen) worden niet toegepast door meer dan 25% van de medewerkers.

Thema communicatie

Rood knipperlicht

- In meer dan 50% van de gecontroleerde dossiers van patiënten die minstens de vorige dag op ontslag gingen, ontbrak de ontslagbrief.

3.4.2 Op te volgen door het Agentschap Zorg en Gezondheid

Naast de rode en oranje knipperlichten werden ook een aantal tekorten gedefinieerd die rechtstreeks door het Agentschap Zorg en Gezondheid worden opgevolgd en waarvoor niet onmiddellijk een vervolginspectie is voorzien:

- de wachtlijst toont niet aan dat een psychiater oproepbaar is op de gespecialiseerde spoedgevallen-dienst op de dag van inspectie
- minstens 1 arts, betrokken bij de reanimatie, heeft geen doorgedreven opleiding reanimatie gevolgd
- minstens 1 onderzocht aspect is niet in orde inzake preventieve controle van volgende toestellen:
  - defibrillatoren
  - ECG-toestellen
  - monitoren.

3.5 COMMUNICATIE MET EN BETROKKENHEID VAN DE SECTOR

De sector werd uitgebreid betrokken bij de opmaak van de eisenkaders.

Vóór aanvang van de eerste inspectie informeerde Zorginspectie de sector op verschillende manieren over het verloop van de inspectieronde:

- Op 22 februari 2018 werd de inspectieronde aangekondigd; op 17 mei 2018 werd toelichting gegeven aan de sector tijdens een vergadering van de Commissie Kwaliteit AZ van Zorgnet-Icuro.
- De nodige informatie was ook online te vinden op https://www.departementwvg.be/tweede-ronde-chirurgisch-en-internistisch-zorgtraject. Ziekenhuizen konden daar onder meer nalezen welke afdelingen zouden bezocht worden, hoe de inspecties concreet zouden verlopen en welke documenten best konden klaargelegd worden. Op de website was ook een informatiefolder voor medewerkers beschikbaar, evenals een overzicht van de belangrijke knelpunten die op voorhand waren vastgelegd.

4. ALGEMENE CIJFERS

Er werden 55 campussen bezocht (zie 3.3.1).

Op 54 van de 55 bezochte campussen was een gespecialiseerde spoedgevallendienst.

Op 54 van de 55 bezochte campussen was er een functie intensieve zorgen. Op 8 campussen werden er twee eenheden voor intensieve zorgen geïnspecteerd; in totaal werden dus 62 eenheden voor IZ bezocht. Daar werden 461 patiëntendossiers gecontroleerd rond het aantal pijnmetingen.

Op alle bezochte campussen was er minstens één operatiekwartier. Op 5 campussen werden 2 operatiekwartieren geïnspecteerd. In totaal werden dus 60 operatiekwartieren bezocht. Daar werden 392 patiëntendossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van preoperatieve gegevens.

In principe werden op elke campus 2 internistische verblijfsafdelingen gecontroleerd. Op 5 campussen was er maar 1 dergelijke afdeling. In totaal werden dus 105 internistische afdelingen bezocht; daar werden 579 patiëntendossiers gecontroleerd rond het aantal pijnmetingen en opvolging van parameters.

In principe werden op elke campus ook 2 chirurgische verblijfsafdelingen gecontroleerd. Op 7 campussen was er maar 1 dergelijke afdeling. In totaal werden dus 103 chirurgische afdelingen bezocht; daar werden 581 patiëntendossiers gecontroleerd rond het aantal pijnmetingen en opvolging van parameters.

In totaal werden dus 2.013 dossiers van opgenomen patiënten gecontroleerd. Daarnaast werd in 550 dossiers van C-afdelingen en 549 dossiers van D-afdelingen gezocht naar een ontslagbrief.

771 patiënten werden gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje met correcte gegevens.

1.007 keer werd op klaargemaakte spuiten of infusen met toegevoegde medicatie gezocht naar informatie over die medicatie.

Bij 393 defibrillatortoestellen, 142 ECG-toestellen en 297 monitoren werd nagegaan of deze tijdig een preventieve inspectie kregen.

Bij 2.340 medewerkers werd de handhygiëne gecontroleerd.

5. THEMA PERSONEEL

5.1 MEDISCHE PERMANENTIE FUNCTIE INTENSIEVE ZORGEN

5.1.1 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, heelkunde, 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 MB van 05/10/1995. Volgende erkenningen komen hiervoor in aanmerking:

- Anesthesie-reanimatie
- Inwendige geneeskunde
- Cardiologie
- Gastro-enterologie
- Pneumologie
- Reumatologie
- Heelkunde
- Neurochirurgie
- Urologie
- Orthopedische heelkunde
- Reconstructieve en esthetische heelkunde
- Pediatrie

Komen ook in aanmerking de houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde 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 arts-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 KB van 30 januari 1989 met

betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de IZ-functie 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 arts 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.

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

5.1.2 Herhalingsronde

- **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.

  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**

  Op 54 van de 55 bezochte campussen was er een erkenning voor de functie intensieve zorgen.

  Op 47 van de 54 campussen (87%) voldeed de medische permanentie intensieve zorgen.

  Op 7 van de 54 campussen (13%) met een functie intensieve zorgen voldeed de medische permanentie intensieve zorgen niet, omwille van volgende redenen:
  - op 3 campussen was niet aantoonbaar dat er steeds een intensivist consulteerbaar was (d.m.v. een nominatieve permanentielijst of andere sluitende schriftelijke afspraken)
  - op 3 campussen was er naast de permanentie voor de functie IZ niet steeds een afzonderlijke medische permanentie anesthesie voorzien voor dringende ingrepen op het operatiekwartier
  - op 2 campussen kon de permanentielijst van de artsen die in de praktijk ter plaatse de permanentie opnemen, niet nominatief voorgelegd worden

- op 2 campussen waren de artsen die de medische permanentie voor de functie IZ verzekeren langer dan 24 uur aan één stuk van permanentie binnen het ziekenhuis
- op 1 campus was er geen sluitende 24-uurspermanentie.

Op 4 van deze campussen werden er telkens 2 problemen met betrekking tot medische permanentie intensieve zorgen vastgesteld:

- op 1 campus was er voor dringende ingrepen op het operatiekwartier niet steeds een afzonderlijke medische permanentie anesthesie voorzien en was er niet steeds een intensivist consulteerbaar
- op 1 campus kon de permanentielijst van de artsen die in de praktijk ter plaatse de permanentie opnemen, niet nominatief voorgelegd worden en was er geen sluitende 24-uurspermanentie
- op 1 campus kon de permanentielijst van de artsen die in de praktijk ter plaatse de permanentie opnemen, niet nominatief voorgelegd worden en waren de artsen die de medische permanentie voor de functie IZ verzekeren langer dan 24 uur aan één stuk van permanentie binnen het ziekenhuis
- op 1 campus was er voor dringende ingrepen op het operatiekwartier niet steeds een afzonderlijke medische permanentie anesthesie voorzien en waren de artsen die de medische permanentie voor de functie IZ verzekeren langer dan 24 uur aan één stuk van permanentie binnen het ziekenhuis.

5.1.3 Vorige inspectierondes

De medische permanentie functie intensieve zorgen kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was dezelfde als de werkwijze van de herhalingsronde, met dien verstande dat tijdens de laatste inspectieronde het hebben van louter mondelinge afspraken als onvoldoende werd beschouwd voor de verschillende aspecten van de medische permanentieregeling. Zo werd voor de controle van beschikbaarheid van een consulteerbare intensivist tijdens de herhalingsronde steeds de aantoonbaarheid nagegaan (d.m.v. een nominatieve permanentielijst of andere sluitende schriftelijke afspraken).

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Op 66 van de 85 bezochte campussen werd de medische permanentie van 1 of meerdere intensieve zorgeenheden gecontroleerd (98 IZ-eenheden in totaal).

  Op 65 van de 66 campussen (98%) voldeed de medische permanentie intensieve zorgen.

  Op 1 van de 66 campussen (2%) met een functie intensieve zorgen voldeed de medische permanentie niet, omdat werd vastgesteld dat artsen er soms meer dan 24 uur van permanentie waren.

5.1.4 Overzicht inspectievaststellingen

medische permanentie intensieve zorgen	internistisch zorgtraject	herhalings-ronde
aantal gecontroleerde campussen	66	54
aantal campussen waar permanentie in orde tijdens de gecontroleerde week	65 (98%)	47 (87%)
aantal campussen waar permanentie niet in orde tijdens de gecontroleerde week	1 (2%)	7 (13%)

5.2 MEDISCHE PERMANENTIE FUNCTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG EN MUG

5.2.1 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 urgentiegeneeskunde (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 urgentiegeneeskunde 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 31/12/2020 (BVR 2017 05 05/05, art. 1, 009) 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 tweedejaars) van de basisdisciplines, die kunnen aanleiding geven tot het behalen van bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneeskunde, 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:

a) Geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde (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 urgentiegeneeskunde 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 31/12/2020 (BVR 2017 05 05/05, art1, 009) 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 vestigings-plaats 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 kwalificatie-vereisten 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.

5.2.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  De nominatieve wachtlijsten 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-uurs-permanentie 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 permanentie-artsen.

  Er werd op centraal niveau nagegaan of artsen die de medische permanentie vervullen voor de spoed-gevallendienst 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.

- **Vaststellingen**

  Van de 55 bezochte campussen waren er 54 met een gespecialiseerde spoedgevallendienst.

  Bij controle van de permanentielijsten voldeed de medische permanentie op 47 van de 54 campussen (87%); op 7 campussen (13%) voldeed de permanentie niet.

  Op 361 van de 378 gecontroleerde dagen (96%) was de medische permanentie in orde; voor 17 dagen (4%) was dat niet het geval.

  De volgende problemen werden vastgesteld:
  - op 5 campussen was de arts die ter plaatse de permanentie opnam voor één of meerdere dagen, onvoldoende gekwalificeerd
  - op 3 campussen was er voor één of meerdere dagen geen aparte permanentie voor MUG naast die voor de functie IZ of voor anesthesie bij dringende ingrepen
  - op 1 campus werd op de 7 gecontroleerde dagen de spoedpermanentie gecumuleerd met de MUG-permanentie en bleek er geen tweede arts te zijn aangeduid om de spoedpermanentie over te nemen bij een MUG-oproep.

  Op 1 campus kwamen de 3 hierboven beschreven problemen i.v.m. medische permanentie tegelijk voor.

5.2.3 Vorige inspectierondes

De medische permanentiefunctie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Van de 85 bezochte campussen waren er 65 met een gespecialiseerde spoedgevallendienst.

  Bij controle van de permanentielijsten voldeed de medische permanentie op 61 van de 65 campussen (94%); op 4 campussen (6%) voldeed de permanentie niet.

Op 438 van de 463 gecontroleerde dagen (95%) was de medische permanentie in orde; voor 25 dagen (5%) was dat niet het geval.

De volgende problemen werden vastgesteld:

- Op 1 dienst bleek de permanentiearts op 4 dagen een permanentie van meer dan 24 uur te vervullen.
- Op 3 andere diensten werd op de 7 gecontroleerde dagen de spoedpermanentie gecumuleerd met de MUG-permanentie en bleek er geen tweede arts te zijn aangeduid om de spoedpermanentie over te nemen bij een MUG-oproep.

5.2.4 Overzicht inspectievaststellingen

medische permanentie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG		internistisch zorgtraject	herhalings-ronde
aantal gecontroleerde campussen		65	54
	aantal campussen waar permanentielijst in orde voor de gecontroleerde week	61 (94%)	47 (87%)
	aantal campussen waar permanentielijst niet in orde voor de gecontroleerde week	4 (6%)	7 (13%)
aantal gecontroleerde dagen		463	378
	dagen in orde	438 (95%)	361 (96%)
	dagen niet in orde	25 (5%)	17 (4%)

5.3 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE FUNTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG EN MUG

5.3.1 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 KB 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 KB 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. radiologisch 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.

5.3.2 Herhalingsronde

- **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 met de vraag 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**

  Op 54 van de 55 bezochte campussen was er een gespecialiseerde spoedgevallendienst; op 45 diensten was ook een MUG-functie.

  Op 52 van de 54 campussen (96%) voldeed de verpleegkundige permanentie; op 2 campussen (4%) was dat niet het geval.

  De verpleegkundige permanentie was in orde voor 212 van de 216 gecontroleerde dagen (98%); voor 4 dagen (2%) was dat niet het geval.

  De volgende problemen werden vastgesteld:
  - op 1 dienst waren er voor 2 van de 4 gecontroleerde dagen te weinig verpleegkundigen om de basispermanentie te verzekeren
  - op de andere dienst was er voor 2 van de 4 gecontroleerde dagen een tekort aan verpleegkundigen met een BBT.

5.3.3 Vorige inspectierondes

De verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Op 65 van de 85 bezochte campussen was er een gespecialiseerde spoedgevallendienst; op 54 diensten was ook een MUG-functie actief [3].

  Op 53 van de 65 campussen (82%) voldeed de verpleegkundige permanentie; op 12 campussen (18%) was dat niet het geval.

[3] Dit aantal is hoger dan het aantal door Vlaanderen erkende MUG-functies. Wanneer 2 of meer ziekenhuizen afwisselend 1 MUG bemannen, werd in beide ziekenhuizen een periode gecontroleerd waarin zij moesten instaan voor de MUG-permanentie.

De verpleegkundige permanentie was in orde voor 226 van de 264 gecontroleerde dagen (86%); voor 38 dagen (14%) was dat niet het geval.

De volgende problemen werden vastgesteld:

- op 5 diensten waren er te weinig verpleegkundigen om de basispermanenties te vervullen op 1 of meerdere dagen
- op 6 diensten was er een tekort aan verpleegkundigen met een BBT op 1 of meerdere dagen
- op 3 diensten konden de verpleegkundigen die van permanentie waren zich niet onmiddellijk vrijmaken indien er zich een patiënt aanbood op spoed, en dit gedurende alle gecontroleerde dagen.

Hierbij was er 1 spoedgevallendienst waar de 3 bovenstaande problemen samen voorkwamen.

5.3.4 Overzicht inspectievaststellingen

verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde campussen	65	54
aantal campussen waar permanentielijsten op alle gecontroleerde dagen in orde	53 (82%)	52 (96%)
aantal campussen waar permanentielijsten niet op alle gecontroleerde dagen in orde	12 (18%)	2 (4%)
aantal gecontroleerde dagen	264	216
dagen in orde	226 (86%)	212 (98%)
dagen niet in orde	38 (14%)	4 (2%)

5.4 OPROEPBARE PSYCHIATER VOOR DE FUNCTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

5.4.1 Gecontroleerde eis

Een geneesheer-specialist in de psychiatrie of neuropsychiatrie *(in dit rapport verder psychiater genoemd)* is oproepbaar en beschikbaar.

5.4.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Bij de controle van de permanentielijsten werd gecontroleerd of er steeds (24u/24) een psychiater oproep-baar was voor een dringend consult op de gespecialiseerde spoedgevallendienst op de dag van inspectie.

- **Vaststellingen**

  Op 48 van de 54 gecontroleerde spoedgevallendiensten (89%) was er een psychiater 24/24u oproepbaar. Op 6 campussen (11%) was dit niet het geval.

5.4.3 Vorige inspectierondes

De oproepbaarheid van de psychiater voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Op 55 van de 65 gecontroleerde spoedgevallendiensten (85%) was een psychiater 24/24u oproepbaar. Op 10 campussen (15%) was dit niet het geval.

5.4.4 Overzicht inspectievaststellingen

psychiater 24/24 oproepbaar	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde campussen	65	54
aantal campussen waar permanentielijst in orde op de gecontroleerde dag	55 (85%)	48 (89%)
aantal campussen waar permanentielijst niet in orde op de gecontro-leerde dag	10 (15%)	6 (11%)

6. THEMA VEILIGE ZORG

6.1 MEDICATIEVEILIGHEID: GEGEVENS OP INFUSEN EN SPUITEN

6.1.1 Gecontroleerde eis

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

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

6.1.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

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

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

  - naam geneesmiddel
  - dosisaanduiding of concentratie
  - datum (bereiding, toediening of vervaldatum)
  - naam patiënt.

- **Vaststellingen**

  Op 55 campussen werd minstens 1 infuus of spuit gecontroleerd. In totaal werd 1.007 keer de informatie op infusen of spuiten gecontroleerd.

  In 853 gevallen (85%) werden alle gecontroleerde elementen gevonden. 154 keer (15%) ontbraken gegevens. De ontbrekende elementen waren:

  - datum (vervaldatum of aanmaakdatum): 107 keer
  - dosis van het toegevoegd medicijn: 21 keer
  - naam van het toegevoegd medicijn: 4 keer
  - identificatiegegevens van de patiënt: 41 keer.

  In totaal waren er 3.855 van de 4.028 gezochte gegevens (96%) vermeld op de spuiten of infusen. Er ontbraken in totaal 173 gegevens (4%).

  Op geen enkele infuus of spuit ontbraken alle gecontroleerde gegevens.

6.1.3 Vorige inspectierondes

De gegevens op spuiten en infusen kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde, met dien verstande dat dit tijdens de inspecties van het internistisch zorgtraject ook op het internistisch dagziekenhuis gecontroleerd werd, en dus niet enkel op de eenheden voor intensieve zorgen en op de internistische afdelingen.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Op 80 campussen werd minstens 1 infuus of spuit gecontroleerd. In totaal werd 2.320 keer de informatie op infusen of spuiten gecontroleerd.

  In 1.707 gevallen (74%) werden alle gecontroleerde elementen gevonden. 613 keer (26%) ontbraken gegevens. Het ging om:

  - datum (vervaldatum of aanmaakdatum): 452 keer
  - dosis van het toegevoegd medicijn: 68 keer
  - naam van het toegevoegd medicijn: 30 keer
  - identificatiegegevens van de patiënt: 334 keer

  In totaal waren 8.396 van de 9.280 gezochte gegevens (90%) vermeld op de spuiten of infusen. Er ontbraken in totaal 884 gegevens (10%).

  Op 9 infusen / spuiten (0,4%) werd geen enkel van de gecontroleerde gegevens gevonden. Dit kwam voor op 5 van de 80 gecontroleerde campussen (6%).

6.1.4 Overzicht inspectievaststellingen

gegevens op infusen en spuiten	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde spuiten en infusen	2.320	1.007
met alle gezochte gegevens	1.707 (74%)	853 (85%)
met ontbrekende gegevens	613 (26%)	154 (15%)
aantal gecontroleerde gegevens	9.280	4.028
gezochte elementen die werden gevonden	8.396 (90%)	3.855 (96%)
gezochte elementen die niet werden gevonden	884 (10%)	173 (4%)

6.2 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

6.2.1 Gecontroleerde eis

Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle. Monitoren en ECG-toestellen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.
De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.
De controlerapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.
Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:

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

6.2.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Op de dienst voor intensieve zorgen, op de spoedafdeling en in het operatiekwartier/recovery werd het preventief onderhoud van defibrillatortoestellen en ECG-toestellen geïnspecteerd; daarnaast werd op de recovery ook het periodiek onderhoud van monitoren gecontroleerd.

- **Vaststellingen**

  389 van de 393 geïnspecteerde defibrillatortoestellen (99%), 289 van de 297 monitoren (97%) en 137 van de 142 ECG-toestellen (96%) bleken tijdig onderhouden.

  Van 4 defibrillatortoestellen (1%), 8 monitoren (3%) en 5 ECG-toestellen (4%) was het preventief onderhoud niet in orde.

  Op 48 van de 55 campussen (87%) waren alle gecontroleerde toestellen tijdig onderhouden.
  Op 7 campussen (13%) waren niet alle gecontroleerde toestellen tijdig onderhouden.

6.2.3 Vorige inspectierondes

Het preventief onderhoud van defibrillatortoestellen en monitoren kwam aan bod tijdens de inspectieronde van het chirurgisch zorgtraject. Toen verwachtte de eis voor monitoren echter nog een jaarlijks preventief onderhoud i.p.v. tweejaarlijks.
Het preventief onderhoud van defibrillatortoestellen en ECG-toestellen kwam aan bod tijdens de inspectieronde van het internistisch zorgtraject. Toen verwachtte de eis voor ECG-toestellen echter nog een jaarlijks preventief onderhoud i.p.v. tweejaarlijks.

- **Werkwijze**

  Tijdens de inspectieronde van het chirurgisch zorgtraject werd het preventief onderhoud van defibrillatortoestellen en monitoren op de recovery-afdeling geïnspecteerd.

  Tijdens de inspectieronde van het internistisch zorgtraject werd het preventief onderhoud van defibrillatortoestellen en ECG-toestellen geïnspecteerd op de eenheid voor intensieve zorgen, op de spoedgevallendiensten en op diensten voor eerste opvang spoed.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  82 van de 118 geïnspecteerde defibrillatortoestellen (69%) en 334 van de 498 monitoren (67%) bleken onderhouden in de laatste 12 maanden voor inspectie (de toenmalige eis). 373 van de 498 monitoren (75%) kregen een onderhoud in de laatste 24 maanden voor inspectie (de huidige eis).

  Op 39 campussen (41%) waren alle gecontroleerde defibrillatortoestellen en monitoren tijdig onderhouden ten opzichte van de toenmalige eis. Op 55 campussen (59%) was dat niet het geval.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  308 van de 330 geïnspecteerde defibrillatortoestellen (93%) en 130 van de 171 ECG-toestellen (76%) bleken onderhouden in de laatste 12 maanden voor inspectie (de toenmalige eis). We hebben geen cijfergegevens over het aantal ECG-toestellen dat een onderhoud kreeg in de laatste 24 maanden voor inspectie (de huidige eis).

  Op 60 van de 85 campussen (71%) waren alle gecontroleerde defibrillator- en ECG-toestellen tijdig onderhouden ten opzichte van de toenmalige eis. Op 25 van de campussen (29%) was dat niet het geval.

6.2.4 Overzicht inspectievaststellingen

preventieve controle defibrillatoren	**chirurgisch zorgtraject**	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde defibrillatoren	118	330	393
in orde (jaarlijks onderhoud)	82 (69%)	308 (93%)	389 (99%)
niet in orde	36 (31%)	22 (7%)	4 (1%)

preventieve controle monitoren	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde monitoren	498	297
in orde met eis op moment van inspectie *	334 (67%)	289 (97%)
niet in orde met eis op moment van inspectie *	164 (33%)	8 (3%)
preventief onderhoud gekregen in laatste 24 maanden voor inspectie	373 (75%)	289 (97%)
geen preventief onderhoud gekregen in laatste 24 maanden voor inspectie	125 (25%)	8 (3%)

* preventief onderhoud ten laatste 12 maanden voor inspectie bij het chirurgisch zorgtraject, ten laatste 24 maanden voor inspectie bij de herhalingsronde

preventieve controle ECG-toestellen	internistisch zorgtraject	herhalings-ronde
aantal gecontroleerde ECG's	171	142
in orde met eis op moment van inspectie **	130 (76%)	137 (96%)
niet in orde met eis op moment van inspectie **	41 (24%)	5 (4%)

** preventief onderhoud ten laatste 12 maanden voor inspectie bij het internistisch zorgtraject, ten laatste 24 maanden voor inspectie bij de herhalingsronde

6.3 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE BIJ ARTSEN OP DE SPOED-GEVALLENDIENST

6.3.1 Gecontroleerde eis

Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een door-gedreven opleiding in reanimatie (ALS = advanced life support) of zij kunnen een attest voorleggen van een opleiding in de cardiale reanimatie waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.
Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.

6.3.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Via centrale bevraging werd voor de laatste week op spoed en MUG gecontroleerd of de artsen die instonden voor de medische permanentie / reanimatie een jaarlijkse doorgedreven opleiding in de reanimatie gevolgd hebben (ALS) of dat ze een certificaat kunnen voorleggen van een ALS-opleiding waarvan de geldigheidsduur niet overschreden is en die maximaal 5 jaar geldig is.

- **Vaststellingen**

  400 van de 578 gecontroleerde artsen (69%) konden aantonen dat ze het voorbije jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie hadden gevolgd of dat ze een geldig certificaat hadden. 178 van de gecontroleerde artsen (31%) konden dit niet aantonen.

  Op 31 van de 54 campussen (57%) hadden alle gecontroleerde artsen een doorgedreven opleiding in reanimatie gevolgd. Op 23 campussen (43%) was dit niet het geval.

6.3.3 Vorige inspectierondes

De doorgedreven opleiding reanimatie bij artsen op spoedgevallendienst kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het internistisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  301 van de 543 gecontroleerde artsen (55%) konden aantonen dat ze het voorbije jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie hadden gevolgd of dat ze een geldig certificaat hadden. 242 van de gecontroleerde artsen (45%) konden dit niet aantonen.

  Op 14 van de 69 campussen (20%) hadden alle gecontroleerde artsen het voorbije jaar een ALS-opleiding gevolgd. Op 55 campussen (80%) hadden niet alle gecontroleerde artsen het voorbije jaar een ALS-opleiding gevolgd.

6.3.4 Vaststellingen over inspectierondes heen

ALS-opleiding artsen		**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde artsen		543	578
	in orde	301 (55%)	400 (69%)
	niet in orde	242 (45%)	178 (31%)
aantal gecontroleerde campussen		69	54
	aantal campussen waar alle gecontroleerde artsen orde	14 (20%)	31 (57%)
	aantal campussen waar niet alle gecontroleerde artsen in orde	55 (80%)	23 (43%)

6.4 PERMANENT TOEZICHT DOOR ANESTHESIST BIJ PATIËNT ONDER NARCOSE

6.4.1 Gecontroleerde eis

De arts-anesthesist moet toezicht houden op de anesthesie:

- persoonlijk
- effectief toezicht.

Bestendig toezicht = gedurende heel de tijd van de narcose (tot het autonoom hervatten van de vitale functies of het kunstmatig verzekeren ervan met voldoende veiligheid indien hervatten niet binnen de normale tijd kan voorzien worden).
Behoudens vitale noodtoestand zijn simultane anesthesieën verboden (d.w.z. het gelijktijdig onder narcose brengen van twee patiënten door één anesthesist-reanimator). De anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie) blijft continu aanwezig bij zijn patiënt. Indien de anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie), als uitzondering op de hogervermelde algemene regel, toch verplicht is zijn patiënt tijdelijk te verlaten, duidt hij een bevoegde persoon aan, die de bewakingsplicht exclusief overneemt, met uitsluiting van elke andere activiteit. Deze bewaking valt onder de volledige verantwoordelijkheid van de behandelende anesthesist-reanimator (of ASO in de anesthesie).

6.4.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Tijdens de inspectie werd nagegaan of er in iedere zaal waar een patiënt onder algemene narcose was, een anesthesist aanwezig was om de patiënt te bewaken.
  Wanneer er een zaal was waar er geen anesthesist was tijdens de algemene narcose, werd nagegaan of dit te wijten was aan een urgentie en of er een vervanger werd aangeduid die op dat ogenblik geen andere taken opnam.

- **Vaststellingen**

  Bij 356 patiënten, verspreid over 60 operatiekwartieren op 55 campussen, die een ingreep ondergingen en onder algemene narcose waren, werd de aanwezigheid van een anesthesist nagegaan.

  In 350 gevallen (98%) was een anesthesist of een arts-anesthesist in opleiding bij de patiënt aanwezig.
  Bij 6 patiënten (2%) was dat niet het geval. In geen van die 6 situaties waarin de patiënt zich zonder medisch toezicht onder algemene narcose bevond, was de verantwoordelijke arts weggeroepen voor een spoedgeval.

  Deze situatie werd vastgesteld op 4 van de 55 gecontroleerde campussen (7%), die behoorden tot 3 verschillende ziekenhuizen.

  Beschouwing

  Bij de beoordeling van de aanwezigheid van de anesthesist in de operatiezaal bij een patiënt onder volledige narcose werd gesteund op de formulering in het eisenkader.

  In de loop van de inspectieronde bleek dat de beroepsvereniging van anesthesisten een andere invulling gaf aan de mogelijkheden tot afwijking op het persoonlijk, effectief en bestendig toezicht door de anesthesist op de patiënt onder algemene narcose. Voorstellen voor wijzigingen aan een eis kunnen door een beroepsgroep worden voorgelegd aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, zodat hierover kan beslist worden in consensus met alle relevante stakeholders.

6.4.3 Vorige inspectierondes

Het permanent toezicht door anesthesist bij een patiënt onder algemene narcose kwam ook aan bod bij de inspectieronde van het chirurgisch zorgtraject.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Bij 444 patiënten, verspreid over 107 operatiekwartieren op 94 campussen, die een ingreep ondergingen en onder algemene narcose waren, werd de aanwezigheid van een anesthesist nagegaan.

  In 433 gevallen (98%) was een anesthesist of arts-anesthesist in opleiding bij de patiënt aanwezig. Bij 11 patiënten (2%) was dat niet het geval. In geen van die 11 situaties waarin de patiënt zich zonder medisch toezicht onder algemene narcose bevond, was de verantwoordelijke arts weggeroepen voor een spoedgeval.

Deze situatie werd vastgesteld op 9 van de 94 gecontroleerde campussen (10%), die behoorden tot 8 verschillende ziekenhuizen.

6.4.4 Overzicht inspectievaststellingen

aanwezigheid anesthesist bij patiënt onder narcose	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde operatiezalen met patiënten onder narcose	444	356
aantal operatiezalen met patiënt onder narcose waar anesthesist aanwezig was	433 (98%)	350 (98%)
aantal operatiezalen met patiënt onder narcose waar anesthesist niet aanwezig was	11 (2%)	6 (2%)
aantal gecontroleerde campussen	94	54
aantal campussen waar in alle gecontroleerde operatiezalen met een patiënt onder narcose een anesthesist aanwezig was	85 (90%)	50 (93%)
aantal campussen waar niet in alle gecontroleerde operatiezalen met een patiënt onder narcose een anesthesist aanwezig was	9 (10%)	4 (7%)

7. THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

7.1 PARAMETERS IN HET PATIËNTENDOSSIER

7.1.1 Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en D-dienst minimum:

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

7.1.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Op de internistische en chirurgische verblijfsafdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld:
  - Op de internistische afdelingen werden de twee dagen voor de inspectiedag gecontroleerd.
  - Op de chirurgische afdelingen werden de eerste en de tweede postoperatieve dag gecontroleerd.

- **Vaststellingen**

  Op chirurgische verpleegafdelingen werden 1.052 opnamedagen gecontroleerd in 581 patiëntendossiers. Op 1.046 van de gecontroleerde dagen (99,4%) waren alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd; voor 6 dagen (0,6%) ontbraken één of meerdere parameters. Op 1 opnamedag werd geen enkele van de gecontroleerde parameters genoteerd.

  Op internistische verpleegafdelingen werden 1.086 opnamedagen gecontroleerd in 579 patiëntendossiers (1 of 2 opnamedagen per dossier). Op 1.061 van de gecontroleerde dagen (98%) waren alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd; voor 25 dagen (2%) ontbraken er één of meerdere parameters. Er werd geen enkele keer vastgesteld dat voor een bepaalde dag alle gecontroleerde parameters ontbraken in het patiëntendossier.

7.1.3 Vorige inspectierondes

Parameters in het patiëntendossiers werd gecontroleerd in beide voorgaande inspectierondes.

- **Werkwijze**

  De werkwijze tijdens het internistische zorgtraject (voor de internistische afdelingen) was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

Tijdens de inspecties van het chirurgische zorgtraject werd enkel de eerste dag na de ingreep gecontroleerd op aanwezigheid van pijnscores in het dossier.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Er werden 920 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten die een chirurgische ingreep ondergingen, waarbij 920 opnamedagen bekeken werden. Op 854 van de gecontroleerde dagen (93%) waren alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd; voor 66 dagen (7%) ontbraken één of meerdere parameters.
  Op 8 van de gecontroleerde dagen (0,9%) was geen enkele van de drie gecontroleerde parameters genoteerd.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Er werden 837 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten die opgenomen waren op een internistische verpleegafdeling. Daarin werden in totaal 1.594 opnamedagen bekeken (1 of 2 opnamedagen per dossier). Op 1.549 van de gecontroleerde dagen (97%) waren alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd; voor 45 dagen (3%) ontbraken één of meerdere parameters. Op 6 van de gecontroleerde opnamedagen (0,4%) werd geen enkele van de drie gecontroleerde parameters genoteerd.

7.1.4 Overzicht inspectievaststellingen

parameters in het patiëntendossier: C-afdelingen	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde dagen	**920**	**1.052**
dagen met alle gezochte parameters	854 (93%)	1.046 (99,4%)
dagen met ontbrekende parameters	66 (7%)	6 (0,6%)

parameters in het patiëntendossier: D-afdelingen	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde dagen	**1.594**	**1.086**
dagen met alle gezochte parameters	1.549 (97%)	1.061 (98%)
dagen met ontbrekende parameters	45 (3%)	25 (2%)

7.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER

7.2.1 Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en D-dienst minimum:

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

Op IZ:

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

7.2.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

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

  - op de internistische afdelingen werden de laatste 2 volledige dagen voor inspectie gecontroleerd
  - op de chirurgische afdelingen werden de eerste dag postoperatief en de daarop volgende dag gecontroleerd
  - op de eenheden voor intensieve zorg werd dag voor inspectie gecontroleerd.

- **Vaststellingen**

  Op de chirurgische verpleegafdelingen werden 578 dossiers gecontroleerd. Op 996 van de 1.052 gecontroleerde dagen (95%) werden 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 43 dagen (4%) slechts 1 pijnmeting en op 13 dagen (1%) geen enkele pijnmeting.

  Op de internistische verpleegafdelingen werden 579 dossiers gecontroleerd. Op 983 van de 1.086 gecontroleerde dagen (91%) werden 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 85 dagen (8%) slechts 1 pijnmeting en op 18 dagen (2%) geen enkele pijnmeting.

  Op intensieve zorgeenheden werden 461 dossiers gecontroleerd. Op 596 van de 619 gecontroleerde dagen (96%) werden 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 12 dagen (2%) slechts 1 pijnmeting en op 11 dagen (2%) geen enkele pijnmeting.

7.2.3 Vorige inspectierondes

Pijnscores in het patiëntendossiers werd gecontroleerd in beide voorgaande inspectierondes.

- **Werkwijze**

  De werkwijze tijdens het internistische zorgtraject (eenheden voor intensieve zorg en de internistische afdelingen) was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

  Tijdens de inspecties van het chirurgische zorgtraject werd enkel de eerste dag na de ingreep gecontroleerd op aanwezigheid van pijnscores in het dossier.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Op chirurgische verpleegafdelingen werden 920 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten die een chirurgische ingreep ondergingen.
  Op 805 van de 920 gecontroleerde dagen (88%) waren minstens twee pijnscores genoteerd; bij 61 van de gecontroleerde dagen (7%) was er één pijnscore genoteerd. Voor 54 van de gecontroleerde dagen (6%) werd over de eventuele pijn van de patiënt op de dag na de ingreep niets gevonden.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Op internistische verpleegafdelingen werden 840 dossiers gecontroleerd. Op 1.246 van de 1.591 gecontroleerde dagen (78%) werden 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 228 dagen (14%) slechts 1 pijnmeting en op 117 dagen (7%) geen enkele pijnmeting.

  Op intensieve zorgeenheden werden 670 dossiers gecontroleerd. Op 823 van de 934 gecontroleerde dagen (88%) werden 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 33 dagen (4%) slechts 1 pijnmeting en op 78 dagen (8%) geen enkele pijnmeting,

7.2.4 Overzicht inspectievaststellingen

pijnscores in het patiëntendossier: C-afdelingen	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde dagen	**920**	**1.052**
dagen met 2 of meer pijnmetingen	805 (88%)	996 (95%)
dagen met 1 pijnmeting	61 (7%)	43 (4%)
dagen zonder pijnmeting	54 (6%)	13 (1%)

pijnscores in het patiëntendossier: D-afdelingen	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal gecontroleerde dagen	**1.591**	**1.086**
dagen met 2 of meer pijnmetingen	1.246 (78%)	983 (91%)
dagen met 1 pijnmeting	228 (14%)	85 (8%)

dagen zonder pijnmeting	117 (7%)	18 (2%)

pijnscores in het patiëntendossier: intensieve zorgen	internistisch zorgtraject	herhalings-ronde
aantal gecontroleerde dagen	**934**	**619**
dagen met 2 of meer pijnmetingen	823 (88%)	596 (96%)
dagen met 1 pijnmeting	33 (4%)	12 (2%)
dagen zonder pijnmeting	8%	11 (2%)

7.3 BESCHIKBAARHEID PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN OP HET OPERATIEKWARTIER

7.3.1 Gecontroleerde eis

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

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

7.3.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

  Op het operatiekwartier werd in een aantal dossiers van volwassen patiënten nagegaan of het medisch dossier toegankelijk was en of volgende items van de preoperatieve onderzoeken aanwezig waren:
  - thuismedicatie
  - allergie
  - vorige ingrepen
  - gewicht
  - bloeddruk.

- **Vaststellingen**

  In totaal controleerden we 392 dossiers van patiënten die op de dag van inspectie een ingreep ondergingen. 347 van de gecontroleerde patiëntendossiers (89%) bevatten alle items die gezocht werden.
  In 45 dossiers (11%) ontbrak minstens 1 van de elementen die als belangrijk beschouwd worden om het preoperatieve risico correct in te schatten. In geen enkel van de gecontroleerde patiëntendossiers ontbraken alle gezochte items.

7.3.3 Vorige inspectierondes

Aanwezigheid van preoperatieve onderzoeken werd ook in de inspectieronde van het chirurgisch zorgtraject gecontroleerd.

- **Werkwijze**

  De werkwijze was identiek aan de werkwijze van de herhalingsronde.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  In totaal werden 636 dossiers gecontroleerd van patiënten die op de dag van de inspectie een ingreep ondergingen. 446 van de gecontroleerde patiëntendossiers (70%) bevatten alle items die gezocht werden.

  In 190 dossiers (30%) ontbrak minstens 1 van de elementen die als belangrijk beschouwd worden om het preoperatieve risico correct in te schatten; in 4 van deze dossiers (0,6%) werd geen enkel van de gezochte items gevonden.

7.3.4 Overzicht inspectievaststellingen

preoperatieve gegevens in patiëntendossier	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal dossiers gecontroleerd	636	392
dossiers met alle gezochte gegevens	446 (70%)	347 (89%)
dossiers met ontbrekende gegevens	190 (30%)	45 (11%)

7.4 PATIËNTIDENTIFICATIE

7.4.1 Gecontroleerde eis

Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:

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

Voor elke medisch/verpleegkundige handeling worden de patiëntidentificatiegegevens van de identificatie-band opgevraagd.

7.4.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

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

- **Vaststellingen**

  Er werden 771 patiënten gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje op het operatiekwartier (245 patiënten) en op de diensten voor intensieve zorgen (526 patiënten).

764 van de 771 gecontroleerde patiënten (99,1%) droeg een identificatiebandje met alle identificatiegegevens, 7 patiënten (0,9%) hadden geen identificatiebandje aan.

De 7 ontbrekende identificatiebandjes werden vastgesteld bij de 526 gecontroleerde patiënten op intensieve zorgen; 519 van de gecontroleerde patiënten (99%) op de diensten voor intensieve zorgen hadden wel een identificatiebandje aan.

Alle 245 (100%) gecontroleerde patiënten op het operatiekwartier hadden een identificatiebandje om.

7.4.3 Vorige inspectierondes

Patiëntenidentificatie werd in beide voorgaande inspectierondes gecontroleerd.

- **Werkwijze**

  Tijdens de inspecties van het chirurgisch zorgtraject werd op het operatiekwartier, het chirurgisch dagziekenhuis en de bezochte chirurgische verpleegafdelingen gecheckt of gehospitaliseerde patiënten een identificatiebandje droegen en of deze bandjes de minimale gegevens (de naam, de voornaam en de geboortedatum; of de naam, de voornaam en het dossiernummer) bevatten.

  Tijdens de inspecties van het internistische zorgtraject werd op de intensieve zorgeenheden, op de spoedgevallendienst en op het internistisch dagziekenhuis het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Er werden 1.650 patiënten gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje in het operatiekwartier, het chirurgisch dagziekenhuis en de chirurgische afdelingen.

  1.600 van de 1.650 gecontroleerde patiënten (97%) droegen een identificatiebandje. 1.566 van de gecontroleerde patiënten (95%) droegen een identificatiebandje met alle gegevens en 34 (2%) een bandje met onvolledige gegevens. 50 van de gecontroleerde patiënten (3%) droegen geen identificatiebandje.

  In het operatiekwartier werden 442 patiënten gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje. 435 van de 442 gecontroleerde patiënten (98%) droeg een identificatiebandje met alle identificatiegegevens, 7 patiënten (2%) droegen geen identificatiebandje.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Er werden 1.547 patiënten gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje op het internistisch dagziekenhuis, op de gespecialiseerde spoedgevallendienst en op de eenheden voor intensieve zorgen.

  1.532 van de 1.547 gecontroleerde patiënten (99%) droegen een identificatiebandje. 1.526 van de gecontroleerde patiënten (98,6%) droeg een identificatiebandje met alle identificatiegegevens en 6 (0,4%) een bandje met onvolledige gegevens. 15 van de gecontroleerde patiënten (1%) droegen geen identificatiebandje.

  Op de eenheden voor intensieve zorgen werden 706 patiënten gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje. 697 van de 706 gecontroleerde patiënten (99%) droeg een identificatiebandje, waarvan 691 (98%) met alle identificatiegegevens en 6 (1%) met onvolledige gegevens. 9 (1%) van de gecontroleerde patiënten droegen geen identificatiebandje.

7.4.4 Overzicht inspectievaststellingen

patiënten met identificatiebandje	**chirurgisch zorgtraject**	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal patiënten gecontroleerd	1.650	1.547	771
aantal patiënten met een identificatiebandje	1.600 (97%)	1.532 (99%)	764 (99%)
patiënten met een bandje en alle gegevens	1.566 (95%)	1.526 (98,6%)	764 (99%)
patiënten met een bandje maar met onvolledige gegevens	34 (2%)	6 (0,4%)	0 (0%)
patiënten zonder bandje	50 (3%)	15 (1%)	7 (0,9%)

patiënten met identificatiebandje in het operatiekwartier	**chirurgisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal patiënten gecontroleerd	442	245
aantal patiënten met een identificatiebandje	435 (98%)	245 (100%)
patiënten met een bandje en alle gegevens	435 (98%)	245 (100%)
patiënten met een bandje maar met onvolledige gegevens	0 (0%)	0 (0%)
patiënten zonder bandje	7 (2%)	0 (0%)

patiënten met identificatiebandje op de eenheden voor intensieve zorgen	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
aantal patiënten gecontroleerd	706	526
aantal patiënten met een identificatiebandje	697 (99%)	519 (99%)
patiënten met een bandje en alle gegevens	691 (98%)	519 (99%)
patiënten met een bandje maar met onvolledige gegevens	6 (1%)	0 (0%)
patiënten zonder bandje	9 (1%)	7 (1%)

8. THEMA HYGIËNE

8.1 HANDHYGIËNE

8.1.1 Gecontroleerde eis

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

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

8.1.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

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

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

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

- **Vaststellingen**

  Er werden in totaal 2.340 medewerkers gecontroleerd waarvan 1.171 verpleegkundigen, 527 artsen en 642 "andere medewerkers".

  Bij 2.301 van de gecontroleerde medewerkers (98%) werd vastgesteld dat zij de richtlijnen voor de gecontroleerde items naleefden.

  Bij 39 medewerkers (2%) werd een inbreuk op de toepassing van de richtlijn vastgesteld. Het type inbreuk bij overtreding kende volgende verdeling (aangezien er meerdere inbreuken kunnen voorkomen bij 1 persoon, is de som van de verschillende types inbreuken groter dan het totale aantal personen met een inbreuk):

  - 13 medewerkers (0,5% van de medewerkers die niet aan de vereisten voldeden) droegen lange mouwen;
  - 17 medewerkers (0,7%) droegen een polshorloge;
  - 2 medewerkers (0,1%) hadden nagels die niet conform de richtlijn waren;
  - 12 medewerkers (0,5%) droegen sieraden.

  Niet naleven van de procedure werd vastgesteld bij 3 van de geobserveerde verpleegkundigen (0,3%), bij 10 van de geobserveerde artsen (2%) en 26 van de categorie "andere medewerkers" (4%). Het type overtreding kent verschillen tussen beroepsgroepen.

- Bij verpleegkundigen met een overtreding werd geen enkele keer (0%) lange mouwen, geen enkele keer (0%) een polshorloge, 1 keer (0,09%) nagels niet conform de richtlijn en 2 keer (0,17%) een sieraad vastgesteld.
- Bij artsen met een overtreding werd 6 keer (1%) lange mouwen, 4 keer (0,76%) een polshorloge, geen enkele keer (0%) nagels niet conform de richtlijn en 1 keer (0,2%) een sieraad vastgesteld.
- Bij "andere medewerkers" met een overtreding werd 7 keer (1%) lange mouwen, 13 keer (2%) een polshorloge, 1 keer (0,16%) nagels niet conform de richtlijn en 9 keer (1,4%) een sieraad vastgesteld.

8.1.3 Vorige inspectierondes

Handhygiëne werd in beide voorgaande inspectierondes gecontroleerd.

- **Werkwijze**

  Het enige verschil in werkwijze tussen de drie inspectierondes was dat bij het chirurgisch zorgtraject geen detailgegevens werden verzameld over het niet naleven van de eis over nagels.

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Er werden in totaal 2.980 medewerkers geobserveerd, waarvan 1.371 verpleegkundigen, 649 artsen en 960 medewerkers van de categorie "anderen".

  Bij 2.716 van de gecontroleerde medewerkers (91%) werd vastgesteld dat zij de richtlijnen voor de gecontroleerde items naleefden.

  Bij 264 medewerkers (9%) werd een inbreuk op de toepassing van de richtlijn vastgesteld. Het type inbreuk bij overtreding kende volgende verdeling (aangezien er meerdere inbreuken kunnen voorkomen bij 1 persoon, is de som van de verschillende types inbreuken groter dan het totaal aantal personen met een inbreuk):
  - 146 medewerkers (5%) droegen lange mouwen
  - 80 medewerkers (3%) droegen een polshorloge
  - 83 medewerkers (3%) droegen sieraden.

  Inbreuken werden vastgesteld bij 33 van de geobserveerde verpleegkundigen (2%), 128 van de geobserveerde artsen (20%) en 103 van de categorie "anderen" (11%). Het type overtreding kent verschillen tussen beroepsgroepen.
  - Bij verpleegkundigen met een overtreding werd 13 keer (0,9%) lange mouwen, 6 keer (0,4%) een polshorloge en 14 keer (1%) een sieraad vastgesteld.
  - Bij artsen met een overtreding werd 91 keer (14%) lange mouwen, 48 keer (7%) een polshorloge en 23 keer (4%) een sieraad vastgesteld.
  - Bij "anderen" met een overtreding werd 42 keer (4%) lange mouwen, 26 keer (3%) een polshorloge en 46 keer (5%) een sieraad vastgesteld.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Er werden in totaal 3.195 medewerkers geobserveerd, waarvan 1.482 verpleegkundigen, 862 artsen en 851 medewerkers van de categorie "anderen".

  Bij 3.047 van de gecontroleerde medewerkers (95%) werd vastgesteld dat zij de richtlijnen voor de gecontroleerde items naleefden.

Bij 148 van de medewerkers (5%) werd een inbreuk op de toepassing van de richtlijn vastgesteld. Het type inbreuk bij overtreding kende volgende verdeling (aangezien er meerdere inbreuken kunnen voorkomen bij 1 persoon, is de som van de verschillende types inbreuken groter dan het totaal aantal personen met een inbreuk):

- 71 medewerkers (2%) droegen lange mouwen
- 39 medewerkers (1%) droegen een polshorloge
- 10 medewerkers (0,3%) hadden nagels die niet aan de vereisten voldeden
- 49 medewerkers (1,5%) droegen sieraden.

Niet naleven van de procedure werd vastgesteld bij 12 van de geobserveerde verpleegkundigen (0,8%), bij 79 van de geobserveerde artsen (9%) en bij 57 medewerkers van de categorie "anderen" (7%). Het type overtreding kent verschillen tussen de verschillende categorieën.

- Bij verpleegkundigen met een overtreding werd 2 keer (0,13%) lange mouwen, 2 keer (0,13%) een polshorloge, 5 keer (0,3%) nagels niet conform de richtlijn en 5 keer (0,3%) een sieraad vastgesteld.
- Bij artsen met een overtreding werd 42 keer (5%) lange mouwen, 21 keer (2,4%) een polshorloge, 1 keer (0,1%) nagels niet conform de richtlijn en 25 keer (4%) een sieraad vastgesteld.
- Bij "anderen" met een overtreding werd 27 keer (3%) lange mouwen, 16 keer (2%) een polshorloge, 4 keer (0,5%) nagels niet conform de richtlijn en 19 keer (2%) een sieraad vastgesteld.

8.1.4 Overzicht inspectievaststellingen

handhygiëne		**chirurgisch zorgtraject**	**internistisch zorgtraject**	**herhalings-ronde**
alle medewerkers	**aantal gecontroleerd**	**2.980**	3.195	**2.340**
	aantal in orde	2.716 (91%)	3.047 (95%)	2.301 (98%)
	aantal niet in orde	264 (9%)	148 (5%)	39 (2%)
verpleegkundigen	**aantal gecontroleerd**	**1.371**	**1.482**	**1.171**
	aantal in orde	1.338 (98%)	1.470 (99,2%)	1.168 (99,7%)
	aantal niet in orde	33 (2%)	12 (0,8%)	3 (0,3%)
artsen	**aantal gecontroleerd**	**649**	**862**	**527**
	aantal in orde	521 (80%)	783 (91%)	517 (98%)
	aantal niet in orde	128 (20%)	79 (9%)	10 (2%)

anderen	**aantal gecontroleerd**	**960**	**851**	**642**
	aantal in orde	857 (89%)	794 (93%)	616 (96%)
	aantal niet in orde	103 (11%)	57 (7%)	26 (4%)

9. THEMA COMMUNICATIE

9.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: ONTSLAGBRIEF VOOR VERWIJZER / HUISARTS

9.1.1 Gecontroleerde eis

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

Minimale inhoud:

- relevante anamnestische 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.

9.1.2 Herhalingsronde

- **Werkwijze**

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

  De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

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

- **Vaststellingen**

  In 520 van de 550 dossiers (95%) van een chirurgische afdeling was er een ontslagbrief aanwezig; 477 ontslagbrieven (92% van de brieven) bevatten alle gecontroleerde gegevens, terwijl in 43 brieven (8%) elementen ontbraken:

  - in 2 ontslagbrieven (0,4%) ontbrak er informatie over het opnameverloop
  - in 41 ontslagbrieven (8%) was er geen informatie over het medicatiebeleid

- in 7 ontslagbrieven (1%) was er geen besluit opgenomen.

In 30 dossiers (5%) was er geen ontslagbrief aanwezig.

In 527 van de 549 dossiers (96%) van een internistische afdeling was er een ontslagbrief aanwezig; 510 ontslagbrieven (97% van de brieven) bevatten alle gecontroleerde gegevens, terwijl in 17 brieven (3%) elementen ontbraken:

- in 3 ontslagbrieven (0,5%) ontbrak er informatie over het opnameverloop
- in 15 ontslagbrieven (3%) was er geen informatie over het medicatiebeleid
- in 1 ontslagbrief (0,2%) was er geen besluit opgenomen.

In 22 dossiers (4%) was er geen ontslagbrief aanwezig.

9.1.3 Vorige inspectierondes

Ontslagbrieven werden in beide voorgaande inspectierondes gecontroleerd.

- **Werkwijze**

  Tijdens de inspectieronde van het chirurgisch zorgtraject werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die een week of langer voor de inspectiedag op ontslag gingen na een chirurgische ingreep. Er werden 10 dossiers gecontroleerd: 5 dossiers van patiënten op een chirurgische verblijfsafdeling en 5 dossiers van chirurgische patiënten in daghospitalisatie (minsten van 5 en indien mogelijk van 10 verschillende chirurgen).
  In deze dossiers werd nagegaan of er een ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer aanwezig was.

  De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

  - de uitgevoerde ingreep
  - de vereiste nazorg
  - verloop van de hospitalisatie
  - informatie over medicatiebeleid.

  Tijdens de inspectieronde van het internistisch zorgtraject werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die een werkdag of langer voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een internistische verblijfsafdeling of het internistisch dagziekenhuis. Er werd gestreefd naar 20 dossiers: 10 dossiers van internistische patiënten die minstens 1 keer in het ziekenhuis overnacht hadden en 10 dossiers van internistische patiënten met een daghospitalisatie. Er werd gelet op een zo groot mogelijke mix van behandelende artsen en disciplines.

  In deze dossiers werd nagegaan of er een ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer aanwezig was.

  De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

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

- **Vaststellingen chirurgisch zorgtraject**

  Er werden 961 dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van een ontslagbrief. In 930 van de dossiers (97%) was er een ontslagbrief aanwezig; 665 ontslagbrieven (72%) bevatten alle gecontroleerde gegevens, terwijl in 265 ontslagbrieven (28%) elementen ontbraken:
  - in 3 ontslagbrieven (0,3%) was niets te vinden over de uitgevoerde ingreep
  - 70 keer (8%) was niets te vinden over de nazorg
  - 116 brieven (12%) bevatten geen informatie over het verdere verloop van de hospitalisatie
  - 188 keer (20%) was niets terug te vinden over het medicatiebeleid.

  In 31 dossiers (3%) was er geen ontslagbrief aanwezig.

- **Vaststellingen internistisch zorgtraject**

  Er werden 1.620 dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van een ontslagbrief. In 1.472 van de dossiers (91%) was er een ontslagbrief aanwezig; 1.401 ontslagbrieven (95%) bevatten alle gecontroleerde gegevens terwijl in 71 ontslagbrieven (5%) waarin elementen ontbraken:
  - in 16 ontslagbrieven (1%) ontbrak er informatie over het opnameverloop
  - in 52 ontslagbrieven (4%) was er geen informatie over het medicatiebeleid
  - in 13 ontslagbrieven (0,8%) was er geen besluit opgenomen.

  In 147 dossiers (10%) was er geen ontslagbrief aanwezig.

9.1.4 Overzicht inspectievaststellingen

ontslagbrieven chirurgische patiënten	**chirurgisch zorgtraject ***	**herhalings-ronde ****
aantal dossiers gecontroleerd	**961**	**550**
met ontslagbrief	930 (97%)	520 (95%)
met ontslagbrief en alle gezochte gegevens	665 (69%)	477 (87%)

* vanaf een week na ontslag, en zowel na dagopname als na opname met overnachting
** vanaf een dag na ontslag, en enkel na opname met overnachting

ontslagbrieven internistische patiënten	**internistisch zorgtraject ***	**herhalings-ronde ****
aantal dossiers gecontroleerd	**1.620**	**549**
met ontslagbrief	1.472 (91%)	527 (96%)
met ontslagbrief en alle gezochte gegevens	1.401 (86%)	510 (93%)

* vanaf een dag na ontslag, en zowel na dagopname als na opname met overnachting
** vanaf een dag na ontslag, maar enkel na opname met overnachting

10. OP TE VOLGEN KNELPUNTEN

- **Inleiding**

  Zoals beschreven in hoofdstuk 3 werden vóór de start van de inspectieronde per thema belangrijke knelpunten (oranje en rode knipperlichten) gedefinieerd die een ernstig risico voor patiëntveiligheid inhouden. Daarnaast werden ook een aantal verbeterpunten bepaald die opgevolgd zullen worden door het agentschap Zorg en Gezondheid.

  Rode knipperlichten zijn aanduidingen voor situaties waarbij het risico op niet-kwaliteitsvolle zorg groot (en vermijdbaar) geacht wordt, en waarbij onmiddellijke actie mogelijk en vereist is. Dit impliceert ook dat, bij toekenning van rode knipperlichten, Zorginspectie hier automatisch een tweede inspectie (= check 2) aan koppelde, en dit na een remediëringsperiode van minstens 3 maanden. Deze periode werd altijd berekend vanaf het moment waarop het definitief inspectieverslag aan het ziekenhuis toegezonden werd.

  Een oranje knipperlicht is een ernstig risico m.b.t. patiëntveiligheid dat niet op zichzelf aanleiding geeft tot een check 2; twee (of meer) oranje knipperlichten geven wel aanleiding tot een check 2. Hierbij werd rekening gehouden met het aantal observaties (bv. een aantal knipperlichten konden pas voorkomen indien een minimaal aantal observaties konden gebeuren) en met de omvang van de campussen (bv. door een aantal knipperlichten in percentages uit te drukken en niet in aantal observaties).

  Naast de rode en oranje knipperlichten werden ook een aantal tekorten gedefinieerd die rechtstreeks door het Agentschap Zorg en Gezondheid worden opgevolgd en waarvoor niet onmiddellijk een vervolginspectie is voorzien.

- **Rode en oranje knipperlichten**

  Voor deze inspectieronde werden er 11 types rode knipperlichten en 3 oranje knipperlichten gedefinieerd. Op 37 van de 55 bezochte campussen (67%) werden geen vaststellingen gedaan die aanleiding gaven tot een rood of oranje knipperlicht. Op 18 campussen (33%) werd één of meerdere knipperlichten vastgesteld, met in totaal 27 rode knipperlichten en 1 oranje knipperlicht.

  - 11 campussen (20%) hadden 1 rood knipperlicht.
  - 5 campussen (9%) hadden 2 rode knipperlichten.
  - 1 campus (2%) had 3 rode knipperlichten.
  - 1 campus (2%) had 3 rode knipperlichten en 1 oranje knipperlicht.

Rode knipperlichten	**#**
De medische permanentie IZ is niet in orde voor minstens 1 van de gecontroleerde onderwerpen.	7
De medische permanentie spoed/MUG is niet in orde voor minstens 1 van de gecontroleerde onderwerpen.	7
De verpleegkundige basispermanentie spoed is niet in orde voor minstens 1 van de gecontroleerde onderwerpen.	2
Er werd een beademde patiënt aangetroffen op een D-afdeling zonder bestaffing voorzien zoals voor een eenheid intensieve zorgen.	0

Een werd een patiënt onder narcose zonder toezicht van een anesthesist/ASO anesthesie aangetroffen in het operatiekwartier.	4
Er werd een patiënt aangetroffen op OK/IZ zonder identificatiebandje.	7
Er werd een patiënt aangetroffen op OK/IZ met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager.	0
Er werd minstens 1 preoperatief dossier aangetroffen op het OK met geen enkel van de gecontroleerde gegevens.	0
Er was minstens 1 preoperatief dossier niet toegankelijk of niet beschikbaar op het OK.	0
Door meer dan 25% van de gecontroleerde medewerkers werden de gecontroleerde richtlijnen (handen en voorarmen zonder ringen en armbanden, geen polshorloges, korte, zuivere nagels, korte mouwen) inzake handhygiëne niet toegepast.	0
In meer dan 50% van de gecontroleerde dossiers ontbrak een ontslagbrief.	0

Oranje knipperlichten	**#**
Er werden meer dan 4 klaargemaakte infusen/ spuiten met toegevoegde medicatie aangetroffen zonder enige van de gecontroleerde gegevens (naam van geneesmiddel, de dosisaanduiding, de bereidingsdatum of toedieningsdatum of houdbaarheidsdatum en de naam van de patiënt).	0
Pijnmetingen ontbraken in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen in de dossiers.	1
Alle 3 de gecontroleerde parameters ontbraken in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen in de dossiers.	0

- **Op te volgen door het Agentschap Zorg en Gezondheid**

  Voor deze inspectieronde werden er 5 knelpunten vastgelegd die rechtstreeks door Zorg en Gezondheid zouden worden opgevolgd. Op 26 campussen werden geen vaststellingen gedaan die aanleiding gaven tot dergelijke opvolging. Op 29 campussen (53%) werden in totaal 37 knelpunten vastgesteld.
  - Op 23 campussen (42%) werd 1 knelpunt vastgesteld.
  - Op 5 campussen (9%) werden 2 knelpunten vastgesteld.
  - Op 1 campus (2%) werden 4 knelpunten vastgesteld.

Tekorten op te volgen door Zorg en Gezondheid	**#**
De wachtlijst vermeldt geen oproepbare psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallen-dienst gedurende de volledige dag van inspectie.	6
Voor minstens 1 defibrillator kon geen tijdige preventieve inspectie worden aangetoond.	3
Voor minstens 1 ECG-toestel kon geen tijdige preventieve inspectie worden aangetoond.	3
Voor minstens 1 monitor kon geen tijdige preventieve inspectie worden aangetoond.	2
Voor minstens 1 van de gecontroleerde artsen kon geen geldig ALS-attest worden voorgelegd.	23

11. CONCLUSIE

Voor de meeste onderwerpen die hernomen werden uit het chirurgisch en internistisch zorgtraject kon worden vastgesteld dat de resultaten goed tot zeer goed zijn:

- 99% van de gecontroleerde defibrillatoren, 97% van de gecontroleerde monitoren en 96% van de gecontroleerde ECG-toestellen kreeg tijdig een preventief onderhoud.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen waren alle gecontroleerde parameters in de patiëntendossiers genoteerd.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen werd minstens 1 pijnmeting gevonden. Op 93% van de dagen waren er minstens 2 pijnmetingen.
- 98% van de gecontroleerde medewerkers scoorde in orde op de gecontroleerde vereisten voor handhygiëne (alle verpleegkundigen, 98% van de artsen en 96% van de andere medewerkers).
- Voor de chirurgische patiënten werd in 92% van de gecontroleerde dossiers een ontslagbrief gevonden met alle gezochte gegevens. Voor de internistische patiënten was dat in 97% van de dossiers het geval.
- In 89% van de gecontroleerde dossiers op het operatiekwartier waren alle gecontroleerde preoperatieve gegevens vermeld.
- Op 89% van de gecontroleerde dagen was een psychiater 24/24 uur oproepbaar op de gespecialiseerde spoed.
- Op 85% van de gecontroleerde spuiten en infusen waren alle gecontroleerde gegevens vermeld.

Er werd verbetermogelijkheid vastgesteld met betrekking tot de opleiding over Advanced Life Support (ALS) bij de artsen die instaan voor de medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten. Deze opleiding was voor 3 op de 10 van de gecontroleerde artsen niet in orde.

Voor een aantal gecontroleerde aspecten waren de resultaten algemeen gezien goed tot zeer goed, maar werd – gezien het risico inzake patiëntveiligheid – het streefdoel van 100% strikt toegepast. Een tekort leidde dan ook telkens tot een rood knipperlicht:

- De medische permanentie voor de functie intensieve zorgen was voor 87% van de gecontroleerde weken in orde, maar was in 7 gevallen aanleiding tot een rood knipperlicht.
- De medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 87% van de gecontroleerde weken (en 96% van de gecontroleerde dagen) in orde, maar leidde in 7 gevallen tot een rood knipperlicht.
- 99% van de gecontroleerde patiënten op kritieke diensten droeg een identificatiebandje met alle nodige gegevens, maar op 7 campussen was er één patiënt op intensieve zorgen zonder identificatiebandje, wat telkens tot een rood knipperlicht leidde.
- Bij 98% van de gecontroleerde patiënten onder algemene narcose was op het moment van inspectie een anesthesist in de operatiezaal aanwezig; op 4 campussen was er minstens 1 patiënt waarbij dat niet het geval was, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.
- De verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 98% van de gecontroleerde dagen in orde; op 2 campussen was er een probleem op minstens één van de gecontroleerde dagen, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.

Voor de rode knipperlichten werd een hercontrole (check 2) voorzien, ten vroegste 3 maanden na de eerste inspectie.

In totaal waren er 18 campussen (33%) waar een check 2 gebeurde. Op 67% van de bezochte campussen werd geen enkel knipperlicht vastgesteld. In totaal waren er 27 rode knipperlichten. Tijdens check 2 werd op geen enkele campus nog een knipperlicht vastgesteld.

Naast de knipperlichten werden ook een aantal tekorten gedefinieerd die rechtstreeks door het Agentschap Zorg en Gezondheid worden opgevolgd en waarvoor niet onmiddellijk een vervolginspectie is voorzien. Op 29 campussen (53%) werden in totaal 37 dergelijke knelpunten vastgesteld. Het vaakst voorkomende knelpunt was het ontbreken van ALS-attesten voor artsen die bij reanimatie betrokken zijn.