

Departement Zorg

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: REVALIDATIEZIEKENHUIZEN

INRICHTENDE MACHT

Naam

Type entiteit

Rechtsvorm

Ondernemingsnummer

Adres

INSPECTIEPUNT

Naam

HCO-nummer

Adres

Dossiernummer

UITBATINGSPLAATS

Naam

Adres

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling

Verslagnummer

Inspecteurs

INSPECTIEBEZOEK

Naam uitbatingsplaats

Onaangekondigde inspectie op xx/xx/2026 (xx:xx-xx:xx)

Gesprekspartners: er werd gesproken met o.a. directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen, therapeuten en patiënten.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	5
1.1 Toezicht door Zorginspectie	5
1.2 Inspectiemethodiek	6
1.3 Inspectieverslag	7
2. Situering	8
3. Organisatie van de zorg	9
3.1 Revalidatieaanbod	9
3.2 Zorgzwaarte	11
3.3 Wachtlijst	12
3.4 Ontslagmanagement	12
4. Thema personeel	14
4.1 Verpleegkundige permanentie, patient/nurse en patient/caregiver	14
4.2 Bestaffing verpleegkundigen en zorgkundigen	16
4.2.1 Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen	16
4.2.2 Sp-dienst voor neurologische aandoeningen	17
4.2.3 Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen	17
4.2.4 Sp-dienst voor chronische aandoeningen	18
4.2.5 Equipe verpleegkundigen en zorgkundigen op ziekenhuisniveau	19
4.3 Bestaffing therapeutisch team	20
4.3.1 Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen	20
4.3.2 Sp-dienst voor neurologische aandoeningen	21
4.3.3 Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen	22
4.3.4 Sp-dienst voor chronische aandoeningen	22
4.3.5 Equipe therapeutisch team op ziekenhuisniveau	23
4.4 Samenvatting thema personeel	24
4.4.1 Zoals verwacht	24
4.4.2 Inbreuken	24
5. Thema veilige zorg	25
5.1 Beveiliging van dossiergegevens	25
5.2 Reanimatiebeleid	25
5.2.1 Beleid oproepsysteem reanimatie en vroegtijdig opsporen kritieke patiënten	25
5.2.2 Vorming basisbeginselen van de reanimatie	26
5.2.3 Materiaal reanimatiekar	27
5.2.4 Onderhoud defibrillator/AED-toestel	28
5.2.5 Oproepsysteem voor reanimatie op de afdeling	28

5.3	Oproepsysteem	29
5.3.1	Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer	29
5.3.2	Oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers	30
5.4	Beveiliging ramen	30
5.5	Medicatie	31
5.5.1	Reden niet toedienen medicatie	31
5.5.2	Bewaring medicatie	31
5.6	Samenvatting thema veilige zorg	32
5.6.1	Zoals verwacht	32
5.6.2	Inbreuken	32
6.	Thema gestandaardiseerde zorg	33
6.1	Patiëntidentificatie	33
6.2	Informatie over thuismedicatie en gekende allergieën	34
6.3	Zorgbeperking en DNR	34
6.4	Behandelplan	36
6.5	Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg	38
6.5.1	Zoals verwacht	38
6.5.2	Inbreuken	38
7.	Thema hygiëne	39
7.1	Handhygiëne	39
7.2	Wastafel in de vuile berging	40
7.3	Samenvatting thema hygiëne	41
7.3.1	Zoals verwacht	41
7.3.2	Inbreuken	41
8.	Thema communicatie	42
8.1	Multidisciplinaire patiëntenbespreking	42
8.2	Medisch toezicht	43
8.3	Ontslagbrief	45
8.4	Informatie aan patiënten	46
8.5	Samenvatting thema communicatie	47
8.5.1	Zoals verwacht	47
8.5.2	Inbreuken	47
9.	Besluit	48
9.1	Samenvatting	48
9.1.1	Aantal vaststellingen “zoals verwacht” en aantal “inbreuken”	48
9.1.2	Prioritaire inbreuken	48
9.2	Beoordeling	49

ONTWERPVERSLAG

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via <https://www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie>.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

Zorginspectie voert in alle Vlaamse ziekenhuizen nalevingstoezicht uit dat zich richt op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht wordt via onaangekondigde inspectie nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan vooropgestelde eisen. Voor algemene ziekenhuizen, waaronder revalidatieziekenhuizen, stelt het Departement Zorg [eisenkaders](#) op: in overleg met de sector wordt de relevante regelgeving verder verduidelijkt en aangevuld met nieuwe kwaliteitseisen.

Tijdens de inspectieronde m.b.t. het geriatrisch zorgtraject ([Informatie geriatrisch zorgtraject](#)) bracht Zorginspectie een bezoek aan alle ziekenhuizen met een of meerdere afdelingen geriatrie en/of Sp-psychogeriatric en/of een geriatrisch dagziekenhuis. Ook revalidatieziekenhuizen met een of meerdere afdelingen geriatrie of Sp-psychogeriatric vielen binnen de scope van deze inspectieronde. Concreet werden 3 revalidatieziekenhuizen (met name KEI, RevArte, De Dennen) meegenomen binnen het geriatrisch zorgtraject (in RevArte voor wat betreft de afdelingen geriatrie; in KEI en De Dennen voor wat betreft de afdelingen Sp-psychogeriatric).

Zorginspectie vindt het belangrijk om de kwaliteit van zorg ook na te gaan in de andere afdelingen binnen de revalidatieziekenhuizen, temeer omdat deze voorzieningen in de voorbije jaren buiten de scope van het toezicht zijn gevallen.

In de eerste helft van 2026 wordt een inspectieronde gepland in de revalidatieziekenhuizen op basis van het [generiek eisenkader](#) en de algemeen geldende ziekenhuisregelgeving.

De afdelingen geriatrie en Sp-psychogeriatric worden niet meegenomen tijdens deze inspectieronde. Dit betekent dat de afdeling Sp-psychogeriatric in De Dennen, de geriatriche afdelingen in Revarte en de afdeling Sp-psychogeriatric in de KEI tijdens deze ronde niet bezocht worden.

Met "patiëntveiligheid" en "patiëntbetrokkenheid" als leidraad, selecteerde Zorginspectie vijf thema's waar rond elementen uit het generiek eisenkader en de geldende regelgeving voor revalidatieziekenhuizen werden gegroepeerd voor de inspectie. Deze thema's, met name personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie vormen elk een hoofdstuk in dit verslag.

Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldoet, wordt dit als inbreuk benoemd. Zorginspectie handelt conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term inbreuk wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een eisenkader).

Gezien een aantal factoren in de realiteit bij dossiercontrole er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, wordt een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kan aangetoond worden. Als de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de resultaten niet tot een beoordeling.

Het is de bedoeling dat het revalidatieziekenhuis concreet aan de slag gaat met alle inspectievaststellingen. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg staat in voor de opvolging van deze vaststellingen.

Uit alle mogelijke inbreuken werden een aantal inbreuken geselecteerd omwille van de rechtstreekse link met patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg. Deze inbreuken worden verder "prioritaire inbreuken" genoemd. Deze prioritaire inbreuken vereisen onmiddellijke remediëring door de voorziening en worden prioritair opgevolgd door de afdeling ELGEZ. Op [Inspectie in revalidatieziekenhuizen | Departement Zorg](#) is het volledige overzicht te vinden van de prioritaire inbreuken.

De inspecties gebeuren onaangekondigd.

Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie. Uit respect voor de bescherming van de privacy van de zorggebruiker engageert Zorginspectie zich uitdrukkelijk tot het [zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens](#).

Tijdens de inspecties is er aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Naast de methodiek van een gestandaardiseerde bevraging worden daarom ook een aantal open vragen gehanteerd. Deze standaardisering kadert binnen het streven van Zorginspectie naar een uniforme inspectiemethodiek voor alle voorzieningen.

Voor elk onderwerp wordt ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen.

Na alle inspecties wordt, op basis van de individuele verslagen, een beleidsrapport opgesteld dat een gedifferentieerd en zo volledig mogelijk beeld geeft van de (kwaliteit van de) zorg in de bezochte revalidatieziekenhuizen.

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

1.3 INSPECTIEVERSLAG

Dit verslag bestaat uit negen hoofdstukken. Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgt een situering (tweede hoofdstuk) en een beschrijving van de organisatie van de zorg (derde hoofdstuk). Daarna volgen vijf thematische hoofdstukken met inhoudelijke vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betreffende eisen uit het generiek eisenkader en/of de geldende regelgeving en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de resultaten waarbij de vaststellingen worden gecatalogeerd als "zoals verwacht" of als "inbreuken".

Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit. Hierin wordt een samenvatting gegeven van het aantal vaststellingen "zoals verwacht" en van het aantal "inbreuken". Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de vastgestelde prioritaire inbreuken. Tenslotte volgt een beoordeling en een advies van Zorginspectie aan zowel de voorziening als de afdeling ELGEZ.

2. SITUERING

Het ziekenhuis heeft volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Sp-cardio bedden: [xx] (residentieel/ambulant)
- Sp-neuro bedden: [xx] (residentieel/ambulant) waarvan [xx] coma-bedden
- Sp-locom bedden: [xx] (residentieel/ambulant)
- Sp-chron bedden: [xx] (residentieel/ambulant)
- Niet-chirurgisch dagziekenhuis

Daarnaast heeft het ziekenhuis volgende werkingen buiten de Sp-erkenningen:

- [xx]

Tijdens de inspectie werd er een bezoek gebracht aan:

- De Sp-verblijfsafdelingen:
 - [xx]
- Het niet-chirurgisch dagziekenhuis

3. ORGANISATIE VAN DE ZORG

3.1 REVALIDATIEAANBOD

Werkwijze

Het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde bedden per soort Sp-dienst in het ziekenhuis werd in kaart gebracht (De erkende bedden zijn het aantal bedden die door de afdeling ELGEZ erkend worden. De geëxploiteerde bedden zijn het maximum aantal bedden waarin patiënten opgenomen kunnen worden. De opgestelde bedden zijn de bedden waarin, op de dag van inspectie, patiënten kunnen opgenomen worden.). Bij eventuele niet-exploitatie of sluiting van bedden werd ook de reden bevraagd.

Daarnaast werd (per erkenning) het aantal afdelingen en een beschrijving van de bijbehorende doelgroepen opgevraagd.

Vaststellingen

Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen (Sp-cardio)

Aantal erkende bedden in het ziekenhuis	
Aantal geëxploiteerde bedden in het ziekenhuis	
Reden van het niet exploiteren van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	
Aantal opgestelde bedden in het ziekenhuis	
Aantal gesloten bedden (= aantal geëxploiteerde bedden – aantal opgestelde bedden) in het ziekenhuis	
Reden van het sluiten van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	

Het ziekenhuis had volgende afdelingen Sp-cardio:

- [xx]

Sp-dienst voor neurologische aandoeningen (Sp-neuro)

Aantal erkende bedden in het ziekenhuis	
Aantal geëxploiteerde bedden in het ziekenhuis	
Reden van het niet exploiteren van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	
Aantal opgestelde bedden in het ziekenhuis	
Aantal gesloten bedden (= aantal geëxploiteerde bedden – aantal opgestelde bedden) in het ziekenhuis	
Reden van het sluiten van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	

Het ziekenhuis had volgende afdelingen Sp-neuro:

- [xx]

Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen (Sp-locom)

Aantal erkende bedden in het ziekenhuis	
Aantal geëxploiteerde bedden in het ziekenhuis	
Reden van het niet exploiteren van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	
Aantal opgestelde bedden in het ziekenhuis	
Aantal gesloten bedden (= aantal geëxploiteerde bedden – aantal opgestelde bedden) in het ziekenhuis	
Reden van het sluiten van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	

Het ziekenhuis had volgende afdelingen Sp-locom:

- [xx]

Sp-dienst voor chronische aandoeningen (Sp-chron)

Aantal erkende bedden in het ziekenhuis	
Aantal geëxploiteerde bedden in het ziekenhuis	
Reden van het niet exploiteren van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	
Aantal opgestelde bedden in het ziekenhuis	
Aantal gesloten bedden (= aantal geëxploiteerde bedden – aantal opgestelde bedden) in het ziekenhuis	
Reden van het sluiten van bedden	
Tekort aan verpleegkundigen Tekort aan artsen: [xx] Infrastructureel: [xx] Andere: [xx]	

Het ziekenhuis had volgende afdelingen Sp-chron:

- [xx]

3.2 ZORGZWAARTE

Werkwijze

Centraal werd nagevraagd of het ziekenhuis zicht heeft op de zorgzwaarte en of er gebruik gemaakt wordt van een patiëntclassificatiesysteem en op welke momenten in de revalidatie dit wordt gebruikt.

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen. In deze dossiers werd nagegaan of er gebruik gemaakt werd van een patiëntclassificatiesysteem en of dit gebeurde bij opname en bij ontslag.

Vaststellingen

Het ziekenhuis had/had geen zicht op de zorgzwaarte. Er werd/Er werd geen gebruik gemaakt van een patiëntclassificatiesysteem.

[xx]

Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal dossiers met een patiëntclassificatiesysteem	
Volgend(e) patiëntclassificatiesysteem/systemen werd(en) gebruikt	[xx]

Aantal met patiëntclassificatiesysteem bij opname	
Aantal met patiëntclassificatiesysteem bij ontslag	
Aantal met patiëntclassificatiesysteem zowel bij opname als bij ontslag	

3.3 WACHTLIJST

Werkwijze

Centraal werd nagevraagd of er een wachtlijst was, hoe lang de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en start van de revalidatie was en hoeveel patiënten er op het moment van de inspectie op de wachtlijst stonden.

Vaststellingen

Er werd/werd niet gewerkt met een wachtlijst. Op het moment van inspectie was/was er geen wachtlijst.

[xx]

Naam afdeling				Totaal
Aantal patiënten op de wachtlijst				
Gemiddelde wachttijd				

3.4 ONTSLAGMANAGEMENT

Werkwijze

Centraal werd nagevraagd of het ziekenhuis zicht heeft op het aantal patiënten waarvan de revalidatiedoelstelling behaald werd en die wachten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie en of hierrond acties ondernomen werden.

Er werd nagevraagd hoeveel patiënten er op het moment van inspectie wachten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie.

Vaststellingen

Het ziekenhuis had/had geen zicht op het aantal patiënten waarvan de revalidatiedoelstelling was behaald en die wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie.

[xx]

Naam afdeling				Totaal
Aantal opgenomen patiënten				
Aantal patiënten die wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie				
Aantal die wachtten op een plaats in een woonzorgcentrum				
Aantal die wachtten op een plaats voor kortverblijf in een woonzorgcentrum				
Aantal die wachtten op een plaats in een voorziening voor personen met een handicap				
Aantal die wachtten op een plaats in een hersteloord/herstelverblijf				
Aantal die wachtten op een plaats voor ambulante revalidatie				
Aantal die wachtten op een aangepaste thuissituatie: <i>Beschrijf</i>				
Aantal die wachtten op een andere plaats: <i>Beschrijf</i>				

Volgende acties werden hierrond genomen:

- [xx]

4. THEMA PERSONEEL

4.1 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE, PATIENT/NURSE EN PATIENT/CAREGIVER

Gecontroleerde eis

Er is per afdeling permanent een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief (excl. de hoofdverpleegkundige).

Vanaf 31 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling is er op de afdeling permanent een tweede gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Daarnaast werd gevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen zijn opgesteld en hoeveel patiënten er op de dag van inspectie opgenomen waren.

De minimale verpleegkundige permanentie werd voor 3 shifts gecontroleerd:

- minstens 1 verpleegkundige per 30 opgenomen patiënten op een afdeling van een subacute campus (= afdeling op een campus waar geen acute diensten aanwezig zijn).

Indien de verpleegkundige permanentie niet voor alle gecontroleerde shifts in orde was, werd gevraagd naar de reden van het tekort en werd de verpleegkundige permanentie uitgebreider bekeken.

Per afdeling werd de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundige (= patient nurse ratio) en de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundigen en zorgkundigen (= patient caregiver ratio) berekend tijdens vooraf bepaalde uren van de ochtend-, avond- en nachtshift.

Vaststellingen

Verpleegkundige permanentie

Naam afdeling	
Verpleegkundige permanentie	in orde/ niet in orde
Overdag	in orde / niet in orde
Tijdens de nacht	in orde / niet in orde

Patient/nurse

Naam afdeling			
Aantal patiënten opgenomen tijdens de ochtendshift			
Aantal verpleegkundigen tijdens de ochtendshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige (ochtendshift)			

Aantal patiënten opgenomen tijdens de nachtshift			
Aantal verpleegkundigen tijdens de nachtshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige (nachtshift)			
Aantal patiënten opgenomen tijdens de avondshift			
Aantal verpleegkundigen tijdens de avondshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige (avondshift)			

Patient/caregiver

Naam afdeling			
Aantal patiënten opgenomen tijdens de ochtendshift			
Aantal verpleegkundigen en zorgkundigen tijdens de ochtendshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige/zorgkundige (ochtendshift)			
Aantal patiënten opgenomen tijdens de nachtshift			
Aantal verpleegkundigen en zorgkundigen tijdens de nachtshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige/zorgkundige (nachtshift)			
Aantal patiënten opgenomen tijdens de avondshift			

Aantal verpleegkundigen en zorgkundigen tijdens de avondshift			
Aantal patiënten per verpleegkundige/zorgkundige (avondshift)			

4.2 BESTAFFING VERPLEEGKUNDIGEN EN ZORGKUNDIGEN

4.2.1 Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Het aantal VTE verpleegkundigen (excl. hoofdverpleegkundige) en zorgkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad, dit zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau.

Vaststellingen

Aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen

Naam afdeling			
Aantal opgestelde bedden			
Gemiddelde bezettingsgraad			
Aantal VTE verpleegkundigen			
Aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		
Aantal VTE zorgkundigen			
Aantal VTE zorgkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		

4.2.2 Sp-dienst voor neurologische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalente leden van het verzorgend personeel.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Het aantal VTE verpleegkundigen (excl. hoofdverpleegkundige) en zorgkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad, dit zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau.

Vaststellingen

Aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen

Naam afdeling			
Aantal opgestelde bedden			
Gemiddelde bezettingsgraad			
Aantal VTE verpleegkundigen			
Aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		
Aantal VTE zorgkundigen			
Aantal VTE zorgkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		

4.2.3 Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Het aantal VTE verpleegkundigen (excl. hoofdverpleegkundige) en zorgkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad, dit zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau.

Vaststellingen

Aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen

Naam afdeling			
Aantal opgestelde bedden			
Gemiddelde bezettingsgraad			
Aantal VTE verpleegkundigen			
Aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		
Aantal VTE zorgkundigen			
Aantal VTE zorgkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		

4.2.4 Sp-dienst voor chronische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Het aantal VTE verpleegkundigen (excl. hoofdverpleegkundige) en zorgkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad, dit zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau.

Vaststellingen

Aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen

Naam afdeling			
Aantal opgestelde bedden			
Gemiddelde bezettingsgraad			
Aantal VTE verpleegkundigen			

Aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		
Aantal VTE zorgkundigen			
Aantal VTE zorgkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee		

4.2.5 Equipe verpleegkundigen en zorgkundigen op ziekenhuisniveau

	Ziekenhuisniveau
Aantal opgestelde bedden	
Gemiddelde bezettingsgraad ziekenhuisniveau	
Aantal VTE verpleegkundigen	
Aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee

	Sp-[xx]	
Aantal opgestelde bedden		
Gemiddelde bezettingsgraad		
Aantal VTE zorgkundigen		
Aantal VTE zorgkundigen voldeed aan wettelijke norm	ja / nee	

Aantal VTE verpleegkundigen in het ziekenhuis voldeed aan wettelijke norm	ja / nee
Er was een tekort van [xx] VTE verpleegkundigen op ziekenhuisniveau	

Aantal VTE zorgkundigen in het ziekenhuis voldeed aan wettelijke norm	ja / nee
Er was een tekort van [xx] VTE zorgkundigen op ziekenhuisniveau	

4.3 BESTAFFING THERAPEUTISCH TEAM

4.3.1 Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over een voltijds equivalent ergotherapeut of logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een diëtist met een bijzondere ervaring in het overbrengen van informatie inzake voedingsleer.

Werkwijze

Centraal werd het uurrooster van de kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten opgevraagd. Het aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad op ziekenhuisniveau. Daarnaast werd nagegaan of de afdeling beroep kan doen op een diëtist.

Vaststellingen

	Sp-cardio
Aantal opgestelde bedden	
Gemiddelde bezettingsgraad	
Aantal VTE therapeuten (kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten)	
Aantal VTE kinesitherapeuten	
Aantal VTE ergotherapeuten	
Aantal VTE logopedisten	
Aantal VTE therapeuten voldeed aan wettelijke norm	ja / nee

Er kon beroep gedaan worden op een diëtist. Er waren in totaal [xx] diëtisten ([xx] VTE) in dienst van het ziekenhuis. / Er kon beroep gedaan worden op een diëtist die niet in dienst was van het ziekenhuis. / Er kon geen beroep gedaan worden op een diëtist.

4.3.2 Sp-dienst voor neurologische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

Werkwijze

Centraal werd het uurrooster van de kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten opgevraagd. Het aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad op ziekenhuisniveau. Daarnaast werd nagegaan of de afdeling beroep kan doen op een psycholoog.

Vaststellingen

	Sp-neuro
Aantal opgestelde bedden	
Gemiddelde bezettingsgraad	
Aantal VTE therapeuten (kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten)	
Aantal VTE kinesitherapeuten	
Aantal VTE ergotherapeuten	
Aantal VTE logopedisten	
Aantal VTE therapeuten voldeed aan wettelijke norm	ja / nee

Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog. Er waren in totaal [xx] psychologen ([xx] VTE) in dienst van het ziekenhuis. / Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog die niet in dienst was van het ziekenhuis. / Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.

4.3.3 Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

Werkwijze

Centraal werd het uurrooster van de kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten opgevraagd. Het aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad op ziekenhuisniveau. Daarnaast werd nagegaan of de afdeling beroep kan doen op een psycholoog.

Vaststellingen

	Sp-locom
Aantal opgestelde bedden	
Gemiddelde bezettingsgraad	%
Aantal VTE therapeuten (kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten)	
Aantal VTE kinesitherapeuten	
Aantal VTE ergotherapeuten	
Aantal VTE logopedisten	
Aantal VTE therapeuten voldeed aan wettelijke norm	ja / nee

Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog. Er waren in totaal [xx] psychologen ([xx] VTE) in dienst van het ziekenhuis. / Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog die niet in dienst was van het ziekenhuis. / Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.

4.3.4 Sp-dienst voor chronische aandoeningen

Gecontroleerde regelgeving

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over één voltijds equivalent ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

Werkwijze

Centraal werd het uurrooster van de kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten opgevraagd. Het aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad op ziekenhuisniveau. Daarnaast werd nagegaan of de afdeling beroep kan doen op een psycholoog.

Vaststellingen

	Sp-chron
Aantal opgestelde bedden	
Gemiddelde bezettingsgraad	%
Aantal VTE therapeuten (kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten)	
Aantal VTE kinesitherapeuten	
Aantal VTE ergotherapeuten	
Aantal VTE logopedisten	
Aantal VTE therapeuten voldeed aan wettelijke norm	ja / nee

Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog. Er waren in totaal [xx] psychologen ([xx] VTE) in dienst van het ziekenhuis. / Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog die niet in dienst was van het ziekenhuis. / Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.

4.3.5 Equipe therapeutisch team op ziekenhuisniveau

Aantal VTE therapeuten in het ziekenhuis voldeed aan wettelijke norm	ja / nee
Er was een tekort van [xx] VTE therapeuten op ziekenhuisniveau	

4.4 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

4.4.1 Zoals verwacht

- De verpleegkundige permanentie was verzekerd op de gecontroleerde afdelingen.
- Het aantal VTE verpleegkundigen op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.
- Het aantal VTE zorgkundigen op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.
- Het aantal VTE therapeuten op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.
- **Sp-cardio**
Er kon beroep gedaan worden op een diëtist.
- **Sp-neuro**
Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog.
- **Sp-locom**
Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog.
- **Sp-chron**
Er kon beroep gedaan worden op een psycholoog.

4.4.2 Inbreuken

- De verpleegkundige permanentie was niet verzekerd op de gecontroleerde afdelingen.
- Het aantal VTE verpleegkundigen op ziekenhuisniveau voldeed niet aan de wettelijke norm.
- Het aantal VTE zorgkundigen op ziekenhuisniveau voldeed niet aan de wettelijke norm.
- Het aantal VTE therapeuten op ziekenhuisniveau voldeed niet aan de wettelijke norm.
- **Sp-cardio**
Er kon geen beroep gedaan worden op een diëtist.
- **Sp-neuro**
Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.
- **Sp-locom**
Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.
- **Sp-chron**
Er kon geen beroep gedaan worden op een psycholoog.

5. THEMA VEILIGE ZORG

5.1 BEVEILIGING VAN DOSSIERGEGEVENS

Gecontroleerde eis

De toegang tot de dossiers (lees- en schrijfrechten) is vastgelegd, beveiligd en wordt gelogd. Het ziekenhuis ziet er op toe dat slechts bevoegden toegang hebben tot het dossier en beschikt over systemen om raadpleging van het dossier door onbevoegden op te sporen.

De werknemer vergrendelt de PC zodra hij deze onbeheerd achterlaat.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd nagegaan of onbemande laptops/PC's vergrendeld waren en papieren dossiers/documenten niet toegankelijk waren voor patiënten en/of bezoekers.

Vaststellingen

Naam afdeling			
Beveiliging van dossiergegevens	in orde / niet in orde		
PC's in orde	ja / nee		
Papieren dossiers / documenten in orde	ja / nee		

5.2 REANIMATIEBELEID

5.2.1 Beleid oproepsysteem reanimatie en vroegtijdig opsporen kritieke patiënten

Gecontroleerde eisen

De patiënt moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, de bevoegde hulp van ervaren artsen kunnen ontvangen. Binnen het ziekenhuis is er een interne MUG-functie uitgebouwd waarop door de diensten 24u/24u en 7d/7d beroep kan gedaan worden.

Deze interne MUG is aanwezig intra-muros op campus niveau.

Er is een performant oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstreker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend.

Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System) en beschikt daarvoor over een protocol. Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties afhankelijk van de behaalde score. De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding genoten over dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover. Het protocol wordt toegepast.

Werkwijze

De procedures betreffende het oproepsysteem voor reanimatie/interne MUG en betreffende het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (bv. Early Warning System) werden opgevraagd. Deze procedures werden gecontroleerd op aanwezigheid van een aantal elementen.

Er werd nagevraagd of er gewerkt wordt met een staand order bij medische urgenties/reanimatieoproepen.

Vaststellingen

Er was een/geen procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen.

[xx]

In de procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen stond/stonde niet beschreven wie opgeroepen wordt bij nood aan reanimatie.

[xx]

Wanneer er een oproep voor reanimatie is, wordt er steeds (zowel overdag als 's nachts)/niet steeds een arts verwittigd.

[xx]

Er werden/werden geen cijfers bijgehouden van het aantal reanimatieoproepen.

[xx]

Er werd/werd niet gewerkt met een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten.

[xx]

Er was een/geen procedure betreffende het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten.

[xx]

Er werd/werd niet gewerkt met een staand order bij medische urgenties/reanimatieoproepen.

[xx]

5.2.2 Vorming basisbeginselen van de reanimatie

Gecontroleerde eis

Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Daarvoor is aangepaste infrastructuur en materiaal in het ziekenhuis aanwezig.

Heel het team van verpleegkundigen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij de verpleegkundigen een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de Advanced Life Support (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste 2 jaar, hetzij een certificaat kunnen voorleggen van een opleiding in de ALS waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Werkwijze

Voor alle verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis die niet betrokken zijn bij het reanimatieteam, werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie (BLS) konden aantonen in de voorbije 2 jaar.

Daarnaast werd nagegaan of alle verpleegkundigen die betrokken zijn bij het reanimatieteam een opleiding BLS hebben gevolgd in de voorbije 2 jaar.

Vaststellingen**BLS verpleegkundigen niet betrokken bij het reanimatieteam**

Naam afdeling			
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen			
Aantal met aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar			
Aantal zonder aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar			

BLS verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam

Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	
Aantal met aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar	
Aantal zonder aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar	

5.2.3 Materiaal reanimatiekar**Gecontroleerde eis**

Op de dienst die instaat voor de interne MUG, is een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. Het materiaal voor reanimatie werd gecontroleerd.

Vaststellingen

Er was een/geen reanimatiekar aanwezig in het ziekenhuis. [xx]

Materiaal	Aanwezig
Defibrillator/AED	ja / nee
Ambu of beademingstoestel	ja / nee
Materiaal voor aspiratie	ja / nee
(Draagbare) zuurstofbron	ja / nee
Materiaal voor intubatie	ja / nee
Materiaal voor intraveneuze perfusie (naalden, leidingen, infusen)	ja / nee

5.2.4 Onderhoud defibrillator/AED-toestel

Gecontroleerde eisen

Defibrillatoren krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).

Er is een inspectierapport aanwezig op de dienst waar het toestel wordt gebruikt waarin de duidelijke identificatie van het toestel vermeld staat en wanneer de laatste inspectie en/of onderhoud uitgevoerd is, alsook door wie (intern of externe leverancier).

Werkwijze

De preventieve controle van alle in het ziekenhuis aanwezige defibrillatoren/AED-toestellen werd nagegaan.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen	
Aantal met controle in de laatste 12 maanden	
Aantal met controle meer dan 12 maanden geleden	
Aantal zonder aantoonbare controle	

5.2.5 Oproepsysteem voor reanimatie op de afdeling

Gecontroleerde eis

Er is een performant oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstreker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd nagegaan of er een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was aan bed van de patiënt of op zak bij zorgverleners op de afdeling.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiëntenkamers/ zorgverleners	Aantal patiëntenkamers/ zorgverleners in orde	Aantal patiëntenkamers/ zorgverleners niet in orde
Totaal			

5.3 OPROEPSYSTEEM

5.3.1 Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer

Gecontroleerde regelgeving

Een doeltreffende oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

Gecontroleerde eisen

Elke patiëntenkamer beschikt minimaal over een bereikbaar beloproepsysteem.

Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten aanwezig in de kamers gevraagd of:

- zij vanuit de plaats of positie waarin ze zich op dat moment bevonden het oproepsysteem konden bereiken;
- zij steeds een medewerker kunnen verwittigen via het oproepsysteem (ook als men bv. in de zetel of aan tafel zit);
- men op tijd geholpen wordt indien men oproept.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal patiënten met bereikbaar oproepsysteem	Aantal patiënten zonder bereikbaar oproepsysteem
Totaal			

Aantal bevraagde patiënten	
----------------------------	--

Aantal die zeiden altijd een medewerker te kunnen oproepen	
Aantal die zeiden meestal wel een medewerker te kunnen oproepen	
Aantal die zeiden meestal geen medewerker te kunnen oproepen	
Aantal die zeiden nooit een medewerker te kunnen oproepen	

Aantal die zeiden altijd op tijd geholpen te worden	
Aantal die zeiden meestal wel op tijd geholpen te worden	
Aantal die zeiden meestal niet op tijd geholpen te worden	
Aantal die zeiden nooit op tijd geholpen te worden	

5.3.2 Oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers

Gecontroleerde regelgeving

Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtsapparatuur beschikken.

Gecontroleerde eis

Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd een toilet op de gang en de gemeenschappelijke badkamer gecontroleerd op aanwezigheid van een doeltreffend oproepsysteem.

Vaststellingen

Toilet op de gang

Aantal gecontroleerde toiletten op de gang	
Aantal toiletten met doeltreffend oproepsysteem	
Aantal toiletten zonder doeltreffend oproepsysteem	

Gemeenschappelijke badkamer

Aantal gecontroleerde gemeenschappelijke badkamers	
Aantal badkamers met doeltreffend oproepsysteem	
Aantal badkamers zonder doeltreffend oproepsysteem	

Overzicht

Aantal andere lokalen dan patiëntenkamers gecontroleerd	
Aantal met doeltreffend oproepsysteem	

5.4 BEVEILIGING RAMEN

Gecontroleerde eis

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

Werkwijze

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

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
Totaal			

5.5 MEDICATIE

5.5.1 Reden niet toedienen medicatie

Gecontroleerde eis

Medicatie wordt genoteerd / afgevinkt na toediening door de verpleegkundige die toegediend heeft.
Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd in de medicatieschema's van patiënten gezocht naar een aantal niet toegediende geneesmiddelen. Vervolgens werd gecontroleerd of de reden van niet toedienen werd vermeld.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen	Aantal met reden van niet toedienen	Aantal zonder reden van niet toedienen
Totaal			

5.5.2 Bewaring medicatie

Gecontroleerde eis

Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd gecontroleerd of de medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten en bezoekers.

Vaststellingen

Naam afdeling	Bewaring medicatie
	in orde / niet in orde
	in orde / niet in orde

5.6 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

5.6.1 Zoals verwacht

- Op alle afdelingen waren alle dossiergegevens beveiligd.
- Er was een procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen.
- Er wordt steeds een arts verwittigd bij een reanimatie-oproep.
- Alle gecontroleerde verpleegkundigen niet betrokken bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.
- Alle gecontroleerde verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.
- Er was een reanimatiekar aanwezig in het ziekenhuis met alle gecontroleerde materialen.
- Alle gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen waren tijdig onderhouden.
- Alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.
- Alle gecontroleerde patiënten hadden een bereikbaar oproepsysteem.
- Alle gecontroleerde andere lokalen dan patiëntenkamers hadden een doeltreffend oproepsysteem.
- Alle gecontroleerde ruimten hadden beveiligde ramen.
- Voor $\geq 80\%$ van de gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen werd een reden voor niet toedienen gevonden.
- Op alle gecontroleerde afdelingen werd de medicatie veilig bewaard.

5.6.2 Inbreuken

- Niet op alle afdelingen waren alle dossiergegevens beveiligd.
- Er was geen procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen.
- Er wordt geen/niet steeds een arts verwittigd bij een reanimatie-oproep.
- Niet alle gecontroleerde verpleegkundigen die niet betrokken zijn bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.
- Niet alle gecontroleerde verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.
- Er was geen reanimatiekar aanwezig in het ziekenhuis of minstens 1 van de gecontroleerde materialen ontbreekt in de reanimatiekar.
- Niet alle gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen waren tijdig onderhouden.
- Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.
- Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een bereikbaar oproepsysteem.
- Niet alle gecontroleerde andere lokalen dan patiëntenkamers hadden een doeltreffend oproepsysteem.
- Niet alle gecontroleerde ruimten hadden beveiligde ramen.
- Voor $< 80\%$ van de gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen werd een reden voor niet toedienen gevonden.
- Niet op alle gecontroleerde afdelingen werd de medicatie veilig bewaard.

6. THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

6.1 PATIËNTIDENTIFICATIE

Gecontroleerde eisen

De procedure hanteert minimaal twee persoonsgebonden parameters om te controleren of patiënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd. Deze parameters kunnen zijn de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer dat de patiënt kent of een recente gezichtsfoto. In geval van langdurige of chronische zorg waarbij de patiënt lang op dezelfde afdeling verblijft en bijgevolg de patiënt daar goed gekend is, kan gezichtsherkenning één van de persoonsgebonden parameters zijn. Het kamernummer, bednummer of het woonadres is mogelijk variabel en kan dus niet worden gebruikt als parameter. Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een specifieke identificatieprocedure.

De persoonsgebonden parameters worden vergeleken met de gegevens van de identificatieband (polsbandje) die aan de patiënt aangebracht werd en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd op de volledigheid en correctheid van de gegevens (de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer of een recente gezichtsfoto).

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde patiënten	Aantal met een bandje met volledige en correcte gegevens	Aantal niet in orde		
			Aantal met bandje met onvolledige gegevens	Aantal met bandje met foutieve gegevens	Aantal zonder bandje
Totaal					

Overzicht

Aantal gecontroleerde patiënten	
Aantal in orde (identificatiebandje met volledige en correcte gegevens)	
Aantal niet in orde	

6.2 INFORMATIE OVER THUISMEDICATIE EN GEKENDE ALLERGIEËN

Gecontroleerde eisen

Het medisch luik van het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:

1° medisch anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën

[...]

3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie

[...]

Alle documenten worden door de arts die ze opstelde ondertekend of elektronisch gevalideerd.

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat

1° verpleegkundige anamnese met informatie over allergie, thuismedicatie, contactgegevens en alle elementen die de leefgewoonten van de patiënt weergeven, inclusief sociale anamnese en kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis, woonsituatie, voedingsgewoontes, mantelzorg, vervoersmogelijkheden,...)

[...]

Werkwijze

In dossiers van patiënten die minstens 1 dag opgenomen waren, werd gezocht naar informatie rond allergie en thuismedicatie.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met informatie over allergie	Aantal met informatie over thuismedicatie
Totaal			

6.3 ZORGBEPERKING EN DNR

Gecontroleerde eis

In het dossier zijn de wensen van de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger over zorgbeperkingen en de negatieve wilsverklaring opgenomen.

Indien van toepassing wordt de zorgbeperking met de patiënt en zijn verwanten besproken.

Een DNR-code heeft een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier. De DNR-code is met datum getekend/gevalideerd door de arts.

Indien de DNR-code groter is dan nul:

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

Werkwijze

De procedure betreffende het noteren van informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring in het dossier werd opgevraagd. Deze procedure werd gecontroleerd op aanwezigheid van een aantal elementen.

In dossiers van patiënten die minstens 1 week opgenomen waren, werd gezocht naar informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring. Daarnaast werd gezocht naar de aanwezigheid van een DNR-code en of deze DNR code:

- Op een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier te vinden was.
- Met datum getekend/gevalideerd werd door de arts.

Als er therapierestrictie (DNR >0) was ingesteld, werd nagegaan of er een melding was van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger, en of er een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek te vinden was.

Vaststellingen

Beleid

Er was een/geen beleid/procedure rond het noteren van informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring in het dossier.

Volgens de procedure wordt er/wordt er niet verwacht dat er in elke dossier informatie is opgenomen rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.

[xx]

Er wordt/Er wordt niet gewerkt met een DNR-score.

- Er wordt/Er wordt niet voor iedere opgenomen patiënt een DNR-code verwacht (ook indien DNR = 0). [xx]
- Bij een DNR > 0 wordt het volgende verwacht: [xx]

Dossiercontrole

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	Aantal met DNR-code	Aantal met DNR-code op opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier	Aantal met DNR-code met datum getekend/gevalideerd door de arts	Aantal met DNR groter dan nul	Aantal met DNR-code groter dan nul en alle gezochte informatie
Totaal							

Details van ontbrekende elementen in de gecontroleerde dossiers met DNR-code groter dan 0

Aantal gecontroleerde dossiers met DNR-code groter dan nul en niet alle gezochte informatie	
Aantal zonder "besproken in team"	
Aantal zonder "besproken met patiënt/familie"	
Aantal zonder "verslag gesprek patiënt/familie"	

6.4 BEHANDELPLAN

Gecontroleerde regelgeving

Voor elke patiënt zal, van bij de opname, een gedetailleerd medisch dossier worden aangelegd dat volgende elementen bevat:

- de medische, verpleegkundige, paramedische en sociale gegevens;
- een evaluatie van de mogelijkheden en de eisen inzake terugkeer naar huis of naar een aangepaste milieu;
- een programma met de speciale behandelingen en de revalidatiemogelijkheden.

Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en in de daarop volgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld.

Gecontroleerde eisen

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betreft de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- de mogelijke complicaties, risico's en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode en nazorg
- de financiële implicaties

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.

De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.

De patiënten en hun familie worden betrokken bij de verzameling van de informatie zodat de informatie accuraat en volledig is.

Het dossier bevat, indien van toepassing: het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.

Werkwijze

In de dossiers van patiënten die minstens 1 week waren opgenomen, werd gekeken of:

- er een behandelplan met duidelijke doelstellingen/nagestreefde resultaten aanwezig was;
- er individuele doelstellingen opgenomen waren in het behandelplan;
- (indien mogelijk) de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject aangetoond kon worden;
- (indien mogelijk) de betrokkenheid van de context/familie van de patiënt tijdens het revalidatietraject aangetoond kon worden.

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze betrokken werden bij hun revalidatietraject.

Vaststellingen

Naam afdeling				Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers				
Aantal dossiers met een behandelplan				
Aantal dossiers met individuele doelstellingen in het behandelplan				

Er werden [xx] dossiers gecontroleerd van patiënten die minimum 1 week opgenomen waren:

- In [xx] dossiers kon worden aangetoond dat de betrokkenheid van de patiënt niet mogelijk was.
In [xx] van de [xx] overige dossiers kon de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.
In [xx] dossiers kon de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject niet worden aangetoond.
- In [xx] dossiers kon worden aangetoond dat het betrekken van de context/familie van de patiënt niet mogelijk was (bv. geen context of weigering).
In [xx] van de [xx] overige dossiers kon de betrokkenheid van de context/familie van de patiënt tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.
In [xx] van de [xx] dossiers kon de betrokkenheid van de context/familie van de patiënt niet aangetoond worden.

Patiëntbevraging

Aantal bevraagde patiënten	
Aantal die zeiden betrokken te zijn geweest bij hun revalidatietraject	
Aantal die zeiden niet betrokken te zijn geweest bij hun revalidatietraject	

6.5 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

6.5.1 Zoals verwacht

- Alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergie.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie over thuismedicatie.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er een behandelplan.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de context/familie tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.

6.5.2 Inbreuken

- Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergie.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie over thuismedicatie.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er een behandelplan.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de context/familie tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.

7. THEMA HYGIËNE

7.1 HANDHYGIËNE

Gecontroleerde eis

Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die patiëntencontact hebben:

- juwelenvrije handen en voorarmen;
- geen polshorloges, armbanden en/of ringen;
- korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel- of kunstnagels;
- korte mouwen tot boven de elleboog zowel van dienstkleedij als van burgerkleedij die onder de dienstkleedij wordt gedragen.

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen 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.

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

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerd	Alles in orde	Niet in orde			
			Polshorloge	Ring / armband	Lange mouwen	Nagels
Verpleegkundigen/zorgkundigen						
Artsen						
Anderen						
Totaal						

Overzicht

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

7.2 WASTAFEL IN DE VUILE BERGING

Gecontroleerde eis

Elk lokaal waar zorg verleend wordt of waar producten gemanipuleerd worden die met de patiënt in contact komen of kwamen en de verpleegpost, beschikken over alle noodzakelijke elementen voor een goede handhygiëne:

- wastafel;
- vloeibare zeep en handalcohol in niet navulbare dispenser (wegwerpbaar) (handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel zelf beschikbaar te zijn, wel in dezelfde ruimte aanwezig);
- wegwerphanddoekjes in een handdoekverdeler bevestigd aan de muur;
- no-touch vuilbakje;
- reminder handhygiëne.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd in de vuile berging de wastafel en de aanwezigheid van handalcohol gecontroleerd. De wastafel werd gecontroleerd op volgende noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren wegwerphanddoekjes?
- Is er een no-touch vuilbak?

Indien de vuile berging door meerdere afdelingen werd gebruikt, dan werd deze maar 1 keer beoordeeld.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	
Aantal in orde (handalcohol aanwezig en wastafel die voldeed aan de eis)	
Aantal niet in orde	
Aantal zonder handalcohol	
Aantal met wastafel die niet voldeed aan de eis	
Aantal zonder vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir	
Aantal zonder papieren wegwerphanddoekjes	
Aantal zonder no-touch vuilbak	
Aantal zonder wastafel	

7.3 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

7.3.1 Zoals verwacht

- Alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de eisen voor handhygiëne.
- In alle gecontroleerde vuile bergingen was er handalcohol en een wastafel die voldeed aan de eis.

7.3.2 Inbreuken

- Niet alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de eisen voor handhygiëne.
- Niet in alle gecontroleerde vuile bergingen was er handalcohol en een wastafel die voldeed aan de eis.

ONTWERPVERSLAG

8. THEMA COMMUNICATIE

8.1 MULTIDISCIPLINAIRE PATIËNTENBESPREKING

Gecontroleerde regelgeving

Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en in de daarop volgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld.

Hiertoe moeten wekelijks multidisciplinaire vergaderingen worden belegd.

Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.

Gecontroleerde eisen

Het dossier bevat, indien van toepassing: het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werden de afspraken betreffende de multidisciplinaire (met minstens 3 disciplines aanwezig) besprekingen van de revalidatie bevraagd. Hierbij werd gevraagd welke overlegmomenten worden georganiseerd met welke frequentie, met welke disciplines en om de hoeveel tijd elke patiënt hier minstens besproken wordt.

In dossiers van patiënten die minimum 4 weken opgenomen waren, werd gezocht naar de verslagen van multidisciplinaire overlegmomenten (MDO). Voor die verslagen werd gezocht naar de aantoonbare aanwezigheid van minstens 3 disciplines.

Vaststelling

[Naam afdeling]

Volgende multidisciplinaire besprekingen van de revalidatie worden georganiseerd:

[xx]

Dossiercontrole

Naam afdeling				Totaal
Aantal gecontroleerde dossiers				
Aantal dossiers met minstens 1 verslag MDO in de voorbije 4 weken				
Aantal dossiers met minstens 1 verslag MDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken				

Aantal dossiers met wekelijks minstens 1 verslag MDO in de voorbije 4 weken				
Aantal dossiers met wekelijks minstens 1 verslag MDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken				

8.2 MEDISCH TOEZICHT

Gecontroleerde regelgeving

De hoofdgeneesheer neemt de nodige initiatieven om de continuïteit van de medische zorgen in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren, ondermeer door het organiseren van de medische permanentie in het ziekenhuis en van de medewerking van de geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Gecontroleerde eisen

Op weekdagen wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal deze patiënten met (potentiële) problemen besproken worden. In de subacute diensten (G subacuut, Sp-diensten) is er dagelijks medisch toezicht voor elke patiënt. Daartoe is er dagelijks overleg tussen de arts en de zorgelijke over de medische toestand. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. Patiënten die medische problemen stellen, worden elke dag onderzocht door de behandelende arts. Elke patiënt wordt minimaal één maal per week door de arts onderzocht. Op elke dienst is een actuele lijst van de verantwoordelijke en behandelende arts en de permanentie.

Van elk onderzoek van de patiënt, zowel op weekdagen als in het weekend, is er steeds een weergave door de arts in het individuele patiëntendossier evenals van elke wijziging in de klinische toestand, de gevolgtrekkingen uit medisch-technische prestaties en de ingestelde behandeling. Indien een andere arts dan de behandelende arts de patiënt bezoekt/onderzoekt, vermeldt deze arts alle bevindingen in het patiëntendossier en waar nodig (in geval van hoogdringendheid) licht hij de behandelende arts mondeling in.

De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door alle bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (op papier of bij voorkeur elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en centraal werd gevraagd hoe het medisch toezicht geregeld is en hoe de medische permanentie georganiseerd is.

Daarnaast werd nagegaan in de voor verpleegkundigen toegankelijke dossiers of notities te vinden waren over het dagelijks medisch toezicht op weekdagen.

Voor dit dagelijks medisch toezicht werd elke notitie over het artsbezoek aan de patiënt of een notitie in het dossier/toerboek waaruit blijkt dat de patiënt werd besproken (met minstens een arts en 1 lid van de zorgelijke) goedgekeurd. Ook een medicatieschema/medicatievoorschrift/labo-aanvraag gevalideerd op de dag van controle werd goedgekeurd.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd hoe vaak ze een arts gezien hadden.

Vaststellingen

Organisatie medisch toezicht

Ziekenhuisbreed

Op weekdays is er/is er niet steeds een arts aanwezig in het ziekenhuis. [xx]

's Nachts en in het weekend/op feestdagen is er/is er niet steeds een arts aanwezig in het ziekenhuis. [xx]

Er was/er was geen nominatieve wachtlijst voor oproepbare artsen (medische permanentie) voor overdag/'s nachts/in het weekend/op feestdagen.

[Naam afdeling]

Elke dag komt er een arts langs op de afdeling. / Er komt niet elke dag een arts langs op de afdeling. [xx]

De arts gaat dagelijks langs bij elke patiënt. / De arts gaat minstens 1x/week langs bij elke patiënt. / De arts gaat op indicatie langs bij de patiënt. [xx]

Elke patiënt wordt dagelijks besproken met een verpleegkundige. / Patiënten worden bij problemen/vragen besproken met een verpleegkundige. [xx]

Van elk / Niet van elk persoonlijk contact van de arts met de patiënt en/of van elke bespreking met de verpleegkundige wordt een notitie gemaakt in het dossier. [xx]

Dossiercontrole

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen	Aantal dossiers met notities over medisch toezicht op niet alle gecontroleerde dagen	Aantal dossiers zonder notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen
Totaal				

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde dagen	Aantal dagen met notities over medisch toezicht	Aantal dagen zonder notities over medisch toezicht
Totaal			

Patiëntbevraging

Aantal bevroagde patiënten	
Aantal die aangaven dagelijks een arts te zien	
Aantal die aangaven meerdere keren per week een arts te zien	
Aantal die aangaven wekelijks een arts te zien	
Aantal die aangaven minder dan wekelijks een arts te zien	

8.3 ONTSLAGBRIEF

Gecontroleerde eis

Voor elke zorgverlener die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt na het ziekenhuisverblijf en voor elke zorgverlener die de patiënt aanwijst, wordt bij ontslag in een ontslagbrief voorzien, eventueel een voorlopige gevolgd door een definitieve. Deze bevat, naast de algemeen medische en verpleegkundige gegevens, waaronder de relevante anamnestiche gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema, ook een specifieke input van de zorgverstrekken discipline (kinesitherapie, verpleegkundige zorg, logopedie...)

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

Een kopie van de voorlopige of definitieve ontslagbrief wordt in het patiëntendossier bewaard.

Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen. In deze dossiers werd gezocht naar een medische ontslagbrief.

De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- verloop revalidatie;
- vereiste nazorg;
- medicatielijst of informatie over medicatiebeleid.

Indien er een medische ontslagbrief aanwezig was in het dossier, werd nagekeken of deze effectief verstuurd werd naar de huisarts.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal dossiers met volledige ontslagbrief	
Aantal dossiers met onvolledige ontslagbrief	
Aantal zonder verloop revalidatie	
Aantal zonder vereiste nazorg	
Aantal zonder medicatielijst of informatie over medicatiebeleid	
Aantal dossiers zonder ontslagbrief	

Er werden [xx] dossiers gecontroleerd met een (voorlopige) ontslagbrief:

- In [xx] gecontroleerde dossiers was genoteerd dat de patiënt geen huisarts heeft. In [xx] dossiers weigerde de patiënt om informatie te delen met de huisarts. In [xx] dossiers was er geen info over de huisarts.
In [xx] overige gecontroleerde dossiers met een (voorlopige) ontslagbrief kon in [xx] dossiers aangetoond worden dat de (voorlopige) ontslagbrief verstuurd werd aan de huisarts. In [xx] dossiers kon niet aangetoond worden dat de (voorlopige) ontslagbrief verstuurd werd aan de huisarts.

8.4 INFORMATIE AAN PATIËNTEN

Gecontroleerde eisen

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betreft de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- de mogelijke complicaties, risico's en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode en nazorg
- de financiële implicaties

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.

De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze begrijpbare informatie gekregen hadden over hun revalidatie en over de duur van de revalidatie.

Vaststellingen

Aantal bevraagde patiënten	
Aantal die zeiden begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun revalidatie	
Aantal die zeiden deels begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun revalidatie	
Aantal die zeiden geen begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun revalidatie	
Aantal die zeiden geen informatie te hebben gekregen over hun revalidatie	
Aantal die zeiden informatie te hebben gekregen over de duur van hun revalidatie	
Aantal die zeiden geen informatie te hebben gekregen over de duur van hun revalidatie	

8.5 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

8.5.1 Zoals verwacht

- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er minstens 1 verslag van een MDO met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken.
- De medische permanentie voor het ziekenhuis was verzekerd.
- Voor $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dagen waren er notities over medisch toezicht.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.
- In $\geq 80\%$ van de gecontroleerde ontslagbrieven waren alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig.

8.5.2 Inbreuken

- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er minstens 1 verslag van een MDO met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken.
- De medische permanentie voor het ziekenhuis was niet verzekerd.
- Voor $< 80\%$ van de gecontroleerde dagen waren er notities over medisch toezicht.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.
- In $< 80\%$ van de gecontroleerde ontslagbrieven waren alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig.

9. BESLUIT

9.1 SAMENVATTING

9.1.1 Aantal vaststellingen “zoals verwacht” en aantal “inbreuken”

Doorheen dit verslag werd per hoofdstuk een samenvatting gegeven van de resultaten, waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als “zoals verwacht” of als “inbreuken”. Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term “inbreuk” gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een eisenkader).

In deel 1.2 werd beschreven wanneer een vaststelling als inbreuk werd gecatalogeerd: gezien een aantal factoren in de realiteit bij dossiercontrole er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers of gecontroleerde geneesmiddelen kon aangetoond worden. Als de steekproef minder dan 5 items omvatte, leidden de resultaten niet tot een beoordeling.

Gecontroleerde thema's	Aantal zoals verwacht	Aantal inbreuken
Personeel		
Veilige zorg		
Gestandaardiseerde zorg		
Hygiëne		
Communicatie		
Totaal		

9.1.2 Prioritaire inbreuken

Zoals in hoofdstuk 1.2 werd beschreven, werden uit alle mogelijke inbreuken een aantal inbreuken geselecteerd omwille van hun rechtstreekse link met patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg. Deze inbreuken worden “prioritaire inbreuken” genoemd.

Volgende mogelijke prioritaire inbreuken werden bepaald:

- De verpleegkundige permanentie was niet op alle gecontroleerde afdelingen verzekerd.
- Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.
- Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.
- Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldeden niet aan de eisen voor handhygiëne.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.

Er werden tijdens deze inspectie geen prioritaire inbreuken vastgesteld. /

Hieronder wordt aangegeven welke prioritaire inbreuken werden vastgesteld.

- De verpleegkundige permanentie was niet verzekerd op de gecontroleerde afdelingen.
- Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.
- Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.

- Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldeden niet aan de eisen voor handhygiëne.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.

9.2 BEOORDELING

[xx] behaalde voor de meeste / meerdere / volgende onderwerpen [xx] die geïnspecteerd werden een beoordeling "zoals verwacht".

Er werden geen prioritaire inbreuken vastgesteld. / Er werden [xx]prioritaire inbreuken vastgesteld.

9.3 ADVIES

Zorginspectie adviseert [xx] om de vastgestelde inbreuken te remediëren en adviseert de gebruikelijke opvolging door de afdeling ELGEZ. / Behoudens de gebruikelijke remediëring adviseert Zorginspectie onmiddellijke remediëring van de prioritaire inbreuk(en) door [xx] en strikte opvolging daarvan door de afdeling ELGEZ.

De opvolging van de vaststellingen uit het inspectieverslag zal gebeuren door de afdeling ELGEZ.