

Algemene ziekenhuizen (Overzichtsrapport)

Inspectiepunt

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

Inrichtende macht

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

Opdracht

Nummer O-2013-MAPU-0921
Datum 5/12/2013
Inspecteur(s) Koenraad Fierens

Verslag

Nummer V-2014-KOFI-0012
Datum 10/02/2014

Inhoudsopgave

1 Inleiding

- 1.1 Inspectiemodel
- 1.2 Inspectiebezoek
- 1.3 Leeswijzer voor het overzichtsrapport

2 Situering

3 Hygiëne

- 3.1 Handhygiëne
- 3.2 Chirurgische handontsmetting
- 3.3 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek
- 3.4 Sterilisatie- en desinfectieproces
- 3.5 Toegangsbeperking, kledijvoorschriften en zonering

4 Veiligheid van zorg

4.1 Personeel

- 4.1.1 *Bestaffing*
- 4.1.2 *Permanenties*
- 4.1.3 *Opleiding*

4.2 Patiëntenidentificatie

4.3 Safe surgery checklist

4.4 Onderhoud en controle van materialen

4.5 Een "veilige omgeving" voor kinderen die een ingreep moeten ondergaan

5 Informatiedoorstroming

- 5.1 Informatie aan patiënten voor de ingreep
- 5.2 Informatiedoorstroming tussen zorgverleners
- 5.3 Informatie aan patiënten bij ontslag

1 Inleiding

Het overzichtsrapport biedt u een helikopterzicht op de inspectievaststellingen van Zorginspectie. Dit rapport vat een aantal trajectbrede clusters samen:

- Hygiëne
- Veiligheid van zorg
- Informatiedoorstroming

Dit overzichtsrapport vormt voor de agentschappen Zorginspectie en Zorg en Gezondheid de basis voor de bespreking of het ziekenhuis of een campus ervan verdere opvolging vereist.

Voor een uitgebreide bespreking van de vaststellingen, verwijzen we u naar het detailrapport per vestigingsplaats.

1.1 Inspectiemodel

Zorginspectie toetst de zorgpraktijk in de ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een eisenkader dat te raadplegen is op de website van Zorg en Gezondheid (www.zorgengezondheid.be). Zorginspectie checkt de onderliggende eisen. Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers, controle van voorschriften en observaties.

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

- het operatiekwartier,
- de centrale sterilisatieafdeling,
- de chirurgische verpleegafdeling en het chirurgisch dagziekenhuis
- de toediening van bloed en bloedproducten.

Vanuit **patiëntveiligheid en -betrokkenheid** selecteerde Zorginspectie vanuit de eisenkaders een aantal thema's die de leidraad vormen voor de inspectie: personeel, infrastructuur en veilig materiaal, preventie van zorggerelateerde infecties, opsporen en aanpakken van patiënt- en zorggerelateerde risico's, continuïteit van zorg, patiëntbetrokkenheid en standaardzorg. Deze thema's groepeerde Zorginspectie in dit overzichtsrapport onder de trajectbrede clusters (cf. hoger) **hygiëne, veiligheid van zorg en informatiedoorstroming**.

Op basis van de resultaten van de inspectie beslist Zorginspectie of **opvolging** nodig is. Indien nodig, zal immers na een eerste inspectie ook een tweede inspectie (**check 2**) plaatsvinden. Stelt Zorginspectie opnieuw dezelfde tekorten vast, dan zal een derde inspectie (**check 3**) doorgaan.

Zorginspectie inspecteert **onaangekondigd**: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie doorgaat. Enkel in geval van een 3e check kan de inspectie eventueel aangekondigd worden.

1.2 Inspectiebezoek

- Campus Sint-Jan werd bezocht op 20/01/2014.
Schiepse Bos 6 , 3600 Genk
Verder in dit verslag wordt naar deze vestigingsplaats verwezen met referentie **SJ**.
- Campus Andre Dumont werd bezocht op 21/01/2014.
Stalenstraat 2 , 3600 Genk
Verder in dit verslag wordt naar deze vestigingsplaats verwezen met referentie **AD**.
- Campus Sinte-Barbara werd bezocht op 31/01/2014.
Bessemerstraat 478 , 3620 Lanaken
Verder in dit verslag wordt naar deze vestigingsplaats verwezen met referentie **SB**.

Er werd een bezoek gebracht aan verschillende afdelingen, deze worden hieronder opgesomd:
Campus Sint-Jan:

- dagziekenhuis: de dagklinik heelkunde campus Sint-Jan (GDH1)
- chirurgische verpleegafdeling(en):
 - + GV3 cardiologie-cardiochirurgie
 - + GA35 abdominale heelkunde
- operatiekwartier(en):
 - + het operatiekwartier Sint-Jan (GOP)
- recovery('s):

- + de recovery dagkliniek
- + de grote recovery
- centrale sterilisatie afdeling(en):
 - + de centrale sterilisatie afdeling (CSA)

Campus Andre Dumont:

- chirurgische verpleegafdeling(en):
 - + Orthopedische Heelkunde (W7); patiënten voor orthopedische dagingrepen worden gehospitaliseerd op deze verblijfsafdeling.
- operatiekwartier(en):
 - + het OK André Dumont Waterschei
- recovery('s):
 - + de recovery André Dumont

Campus Sinte-Barbara:

- dagziekenhuis: Chirurgisch dagziekenhuis
- chirurgische verpleegafdeling(en):
 - + LV 9 (vroegere naam: LB2)
- operatiekwartier(en):
 - + het LOP
- recovery('s):
 - + de recovery LOP
- centrale sterilisatie afdeling(en):
 - + de CSA SB

1.3 Leeswijzer voor het overzichtsrapport

Dit rapport bestaat uit **3 hoofdstukken** waarin elementen uit het detailrapport worden samengebracht per cluster (hygiëne, veiligheid van zorg en informatiedoorstroming). Per hoofdstuk verantwoordt Zorginspectie waarom een bepaald onderdeel voldoende belangrijk geacht wordt om te inspecteren en staan de geïnspecteerde eisen opgesomd. Voor de inspectiewerkwijze per eis verwijst Zorginspectie u naar het detailrapport.

U vindt een heel aantal **overzichtstabellen** terug in dit rapport. Zorginspectie geeft daarbij telkens aan wat de gehanteerde **parameter** is en wat zijn betekenis is (beschrijving van de breuk, duiding van de afkortingen, ...). Daarbij hanteerde/gebruikte Zorginspectie ook telkens een **grenswaarde voor minimale kwaliteit**. Ingeval het om 'harde' vaststellingen (vaststellingen op basis van observaties en documenten) gaat hanteert Zorginspectie een minimale grens van 100%. Ingeval het om vaststellingen gaat op basis van bevestigingen hanteert Zorginspectie een minimale grens van 80%. Wanneer het ziekenhuis de minimale grens voor een bepaald item niet behaalt, geeft Zorginspectie dit weer aan de hand van **grijze cellen**. Een grijze cel houdt dus **verbeterpotentieel** voor het ziekenhuis in.

De overzichtstabellen bestaan uit 3 soorten kolommen:

- De eerste kolom geeft met een kernwoord aan over welk item het gaat. Het kernwoord komt overeen met datgene wat in de parameter onderlijnd is.
- De tweede kolom bevat de conclusie op ziekenhuisniveau.
- De kolommen daarna geven de resultaten per vestigingsplaats (cf. de resultaten uit de detailrapporten) weer, en vormt dus de basis voor de conclusie op ziekenhuisniveau. Elke vestigingsplaats krijgt in deze laatste kolommen een referentieletter mee (vestigingsplaats A, vestigingsplaats B, ...).
- NVT betekent "niet van toepassing"
- NB betekent "niet bevestigd" of dat het element niet aan bod kwam tijdens de inspectie

Zorginspectie werkt met gestandaardiseerde en geüniformiseerde verslagen. Ziekenhuizen met 1 vestigingsplaats of ziekenhuizen met meerdere vestigingsplaatsen waarbij slechts 1 vestigingsplaats chirurgische activiteiten aanbiedt, hebben daarom een overzichtsrapport waarbij de 2e en 3e kolom identiek zijn.

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

Zorginspectie hecht veel belang aan transparantie over de inspectievaststellingen. Wij moedigen het ziekenhuis dan ook aan om zijn inspectierapport aan te bieden op zijn website. Het staat het ziekenhuis vrij om verdere duiding en kadering met betrekking tot de inspectie, het verslag en de vaststellingen te voorzien.

2 Situering

Momenteel heeft dit ziekenhuis vanwege de Vlaamse overheid volgende erkenningen die van belang zijn in het kader van deze inspectie:

Campus Sint-Jan:

- aantal heelkundige bedden: 153
- functie ziekenhuisbloedbank
- functie chirurgisch dagziekenhuis

Campus Andre Dumont:

- aantal heelkundige bedden: 60
- functie chirurgisch dagziekenhuis

Campus Sinte-Barbara:

- aantal heelkundige bedden: 28
- functie chirurgisch dagziekenhuis

3 Hygiëne

In dit hoofdstuk komen verschillende aspecten van hygiëne binnen het chirurgisch zorgtraject aan bod. Naast de algemene richtlijnen handhygiëne die voor alle medewerkers van het ziekenhuis van toepassing zijn, komen de richtlijnen chirurgische handontsmetting voor medewerkers in het operatiekwartier en de ontharingstechniek als preoperatieve voorbereiding van de operatiestreek aan bod. Ook de kwaliteitsgaranties van de verschillende aspecten van het sterilisatie- en desinfectieproces komen in dit hoofdstuk aan bod.

Als laatste onderwerpen worden de toegangsbeperkingen en de kledijvoorschriften binnen het operatiekwartier en de sterilisatieafdeling en de zonering binnen de centrale sterilisatieafdeling besproken.

3.1 Handhygiëne

Achtergrond

Doorgedreven handhygiëne bij zorgmedewerkers wordt beschouwd als de belangrijkste maatregel om kruisinfecties te verminderen. De effectiviteit van handhygiëne is in een groot aantal studies aangetoond.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Bij elke wastafel waar handen worden gewassen door personeel of bezoekers zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig: vloeibare zeep in dispenser, dispensers zonder heropvulbaar reservoir en papieren handdoekjes.
- Richtlijnen handhygiëne worden opgevolgd: juwelenvrije handen & voorarmen, geen polshorloges, geen gel- of kunstnagels, geen nagellak, korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen, korte nagels, propere nagels.

Gehanteerde parameters en grenswaarden in onderstaande overzichtstabel

- Wastafels:
 - Parameter: aantal wastafels die in orde zijn qua infrastructuur t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde wastafels.
 - Grens: 100% van de wastafels voldoen aan de eisen.
- Procedure:
 - Parameter: indien er geen procedure handhygiëne is, dan wordt dit aangeduid met "AFW" (afwezig). Indien de procedure aanwezig is en ze bevat de 7 items, dan wordt dit weergegeven met "In orde", indien ze aanwezig is maar niet alle items bevat, dan wordt dit weergegeven met "ONV" (onvolledig).
 - Grens: er is een procedure en deze bevat de 7 hierboven beschreven items.
- Medewerkers:
 - Parameter: het aantal medewerkers waarvan vastgesteld werd dat ze qua handhygiëne voor wat betreft de 7 hierboven opgesomde items correct toepasten t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde medewerkers.
 - Grens: 100% van de medewerkers passen de richtlijnen correct toe.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Wastafels	27 / 30 (90%)	13 / 14 (93%)	5 / 6 (83%)	9 / 10 (90%)
Procedure	Niet in orde	ONV	ONV	ONV
Medewerkers	76 / 86 (88%)	34 / 42 (81%)	17 / 19 (89%)	25 / 25 (100%)

3.2 Chirurgische handontsmetting

Achtergrond

Op dit ogenblik is de ontsmetting met handalcohol de enige aanbevolen techniek voor chirurgische handontsmetting (ook de techniek van rubben genoemd), omwille van de lagere doeltreffendheid van antiseptische zepen voor deze indicatie en het frequent niet-naleven van het protocol van de chirurgische

handontsmetting met antiseptische zeep (dit is de voorbijgestreefde techniek van scrubben).

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Chirurgische handhygiëne bestaat uit:
 - Bij begin shift/na pauze/toiletbezoek/bij zichtbare bevuilding hygiënische handwassing met water en neutrale zeep. Gebruik van nagelreiniger enkel noodzakelijk indien zichtbare bevuilding
 - Rubben met handalcohol die voldoet aan de EN 12791-norm
 - Tussen ingrepen opnieuw rubben tenzij er indicaties zijn voor het handen wassen met water en zeep (bij zichtbare bevuilding, na toiletbezoek, na het eten, na onderzoek en behandeling van patiënten, na het verlaten van het operatiekwartier)
 - Chirurgische handontsmetting gebeurt via rubbing met handalcohol voor elke heelkundige ingreep.
 - De rubruimte:
 - is aansluitend aan de operatiezaal
 - heeft automatische deuren tussen de rubruimte en de operatiezaal
 - is voorzien van een instelbare klok om de contacttijd tijdens het chirurgische rubben te meten

Gehanteerde parameters en grenswaarden in onderstaande overzichtstabel

- Rubruimtes:
 - Parameter: aantal rubruimtes die voldoen aan de 3 infrastructurele eisen t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde rubruimtes. Als dit item niet bevraagd werd, wordt dit aangevuld met NB.
 - Grens: alle rubruimtes voldoen aan de 3 eisen.
- Procedure:
 - Parameter: indien er geen procedure voor de chirurgische handontsmetting is, dan wordt dit aangeduid met "AFW" (afwezig). Indien de procedure aanwezig is en ze bevat de 4 gecontroleerde items, dan wordt dit weergegeven met "In orde", indien ze aanwezig is maar niet alle items bevat, dan wordt dit weergegeven met "ONV" (onvolledig). In de totaalkolom staat er "in orde" als op alle onderzochte campussen de procedure in orde is. In het andere geval verschijnt er "niet in orde".
 - Grens: de procedure bestaat en bevat de 4 gecontroleerde items.
- Toepassing:
 - Parameter: het aantal medewerkers waarvan vastgesteld werd dat ze de handen rubben t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde medewerkers die een chirurgische handontsmetting uitvoerden.
 - Grens: alle medewerkers passen de rubtechniek toe.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Rubruimtes	11 / 13 (85%)	8 / 8 (100%)	2 / 2 (100%)	1 / 3 (33%)
Procedure	Niet in orde	In orde	In orde	ONV
Toepassing	10 / 10 (100%)	5 / 5 (100%)	1 / 1 (100%)	4 / 4 (100%)

3.3 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek

Achtergrond

CDC (Center for Disease Control) en WIP (Werkgroep Infectiepreventie) verwijzen naar onderzoek dat aantoonde dat de kans op wondinfectie 2 maal groter is bij het gebruik van een scheermes voor het preoperatief verwijderen van haar in het operatiegebied.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Preoperatieve voorbereiding operatiestreek gebeurt volgens de geldende richtlijnen van CDC en

WIP. Deze richtlijn stelt voorop om – wanneer ontharing nodig is – een tondeuse te gebruiken met een wegwerpkop.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Wegwerpkop:
 - Parameter: aantal afdelingen waarop alleen tondeuses met een wegwerpkop gebruikt worden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde afdelingen.
 - Grens: op alle afdelingen wordt er alleen met tondeuses met een wegwerpkop gewerkt.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Wegwerpkop	6 / 9 (67%)	3 / 4 (75%)	2 / 2 (100%)	1 / 3 (33%)

3.4 Sterilisatie- en desinfectieproces

Achtergrond

Om instrumenten steriel te maken moet er een sterilisatieproces doorlopen worden dat uit verschillende stappen bestaat. Voor de meeste instrumenten bestaat het proces uit een machinale, thermische reiniging, het drogen van de instrumenten gevolgd door het inpakken (in containers, netten of laminaat), waarna de micro-organismen vernietigd worden door ze voldoende lang in contact te brengen met stoom. Op alle processtappen kunnen controles uitgevoerd worden, waardoor finaal kan gegarandeerd worden dat het proces correct doorlopen werd en de instrumenten steriel zijn. Daarnaast kunnen instrumenten andere processen doorlopen die minder kwalitatief zijn, waardoor niet kan gegarandeerd worden dat de instrumenten gesteriliseerd zijn (desinfectie in open systemen, sterilisatie met weglating van het machinale reinigingsproces en/of inkorting van het normale sterilisatieproces).

Bij nood-/snelsterilisatie probeert men op korte tijd instrumenten te steriliseren. Dit kan op diverse manieren: zonder kwaliteitsverlies (door voorrang te geven aan de betrokken instrumenten, door specifieke snelle toestellen te gebruiken...) of door minder kwalitatieve processen te gebruiken (open systemen, manueel wassen, verkorte cyclus). Het is hierbij belangrijk om goed te registreren welke instrumenten deze alternatieve weg volgen en er voor te zorgen dat de instrumenten naderhand een kwalitatieve sterilisatie ondergaan.

Tenslotte moeten de pakketten die via stoomsterilisatie gesteriliseerd werden, eens ze uitgedampt zijn, veilig vervoerd en opgeslagen worden om de steriliteit te kunnen blijven garanderen.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Er wordt niet gedesinfecteerd in open systemen.
- De sterilisatiecyclus wordt niet vroegtijdig onderbroken.
- Bij elke cyclus gebeuren volgende controletesten bij een autoclaaf: druk en temperatuur.
- Het sealapparaat wordt dagelijks gecontroleerd met registratie ervan.
- Dagelijks gebeurt er bij gebruik van een autoclaaf een Bowie en Dicktest (stoompenetratietest) met registratie in een logboek.
- Wekelijks gebeurt er bij gebruik van de autoclaaf een vacuümlekttest (lektheidstest) met een registratie in een logboek.
- Jaarlijks gebeurt er een validatie van de steriliseerapparaten (controle op de effectiviteit van het toestel) met registratie in een logboek.
- Van elke noodsterilisatie worden minimaal volgende gegevens in een logboek bijgehouden wie de noodsterilisatie uitvoerde, welk instrument er gesteriliseerd werd en welke controletesten voor de cyclus doorlopen werden.
- Er wordt voor transport van gesteriliseerde instrumenten gebruik gemaakt van gesloten transportkarren of open karren overtrokken met wegwerphoezen (of hoezen die worden gereinigd).
- Op ieder pak worden minimaal volgende parameters vermeld:
 - vervaldatum
 - naam
 - traceringsgegevens
- Van elke set/elk implantaat kan worden getraceerd tot welk lot het behoort, welk sterilisatieproces het heeft doorlopen en de controle op dat proces.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

Minder kwalitatieve processen:

- Open systeem:
 - Parameter: indien er op het operatiekwartier of de sterilisatieafdeling gebruik gemaakt wordt van open systemen voor desinfectie van instrumenten, dan wordt dit aangegeven met “Open”, Indien dergelijke systemen niet werden aangetroffen, dan wordt dit aangeduid met “niet”.
 - Grens: nergens worden open systemen aangetroffen.

Snelsterilisatie:

- Onderbreken:
 - Parameter: indien er in het operatiekwartier of op de sterilisatieafdeling toestellen staan opgesteld die toelaten dat een normale sterilisatiecyclus onderbroken wordt en waarbij deze optie ook gebruikt wordt, dan staat er “ja”. Wanneer er geen dergelijke toestellen zijn of wanneer er technisch gezien wel cyclussen kunnen onderbroken worden, maar deze mogelijkheid niet gebruikt wordt, dan staat er “neen”.
 - Grens: nergens worden cyclussen onderbroken.
- Droogtijd weg:
 - Parameter: wanneer er cyclussen geprogrammeerd zijn op de toestellen met een te korte droogtijd of zonder droogtijd, dan staat er “ja”, anders wordt dit aangegeven met “neen”.
 - Grens: nergens wordt de droogtijd weggelaten of teveel ingekort.
- Beperkt:
 - Parameter: indien materiaal onverpakt gesteriliseerd wordt, en dit beperkt wordt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten, dan wordt dit aangegeven door “Ja”, indien dit niet hiertoe beperkt is, dan staat er “neen” in de overzichtstabel. Indien er geen materiaal onverpakt gesteriliseerd wordt, staat er “NVT” (niet van toepassing). Indien er wel materiaal onverpakt gesteriliseerd wordt, maar er niet geregistreerd wordt welke instrumenten men op die wijze behandelt, dan staat er “?” in de tabel.
 - Grens: onverpakt steriliseren wordt beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten.

Procescontroles:

- Druk, temperatuur:
 - Parameter: aantal cyclussen van autoclaven waarbij de druk en de temperatuur geregistreerd werden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde cyclussen (per autoclaaf worden gewoonlijk 3 cyclussen nagekeken).
 - Grens: bij iedere autoclaaf kunnen de druk en de temperatuur van de laatste 3 cyclussen voorgelegd worden.
- Sealcheck:
 - Parameter: aantal lasapparaten waarbij 2 sealchecks konden voorgelegd worden (met name diegene die op de laatste 2 werkdagen zouden moeten uitgevoerd zijn) t.o.v. het aantal gecontroleerde lasapparaten.
 - Grens: bij ieder lasapparaat kunnen de sealchecks van de laatste twee werkdagen voorgelegd worden.
- Bowie & Dick:
 - Parameter: aantal voorgelegde Bowie & Dicktesten (of hun elektronische variant) t.o.v. het aantal gezochte Bowie & Dicktesten (per autoclaaf wordt gewoonlijk gezocht naar 3 Bowie & Dicktesten, namelijk die van de laatste drie dagen waarop de autoclaaf in werking was).
 - Grens: bij iedere autoclaaf kunnen de Bowie & Dicktesten van de laatste drie dagen voorgelegd worden.
- Vacuümlekttest:
 - Parameter: aantal vacuümlekttesten die werden gevonden t.o.v. het totaal aantal gezochte vacuümlekttesten (per autoclaaf wordt gewoonlijk gezocht naar 1 vacuümlekttest, namelijk die van de laatste week).
 - Grens: bij elke autoclaaf kan de vacuümlekttest voorgelegd worden van de laatste week.
- Validatie:
 - Parameter: aantal autoclaven waarvan een validatiedatum kon voorgelegd worden en waarbij deze datum niet ouder was dan 12 maanden t.o.v. het totale aantal gecontroleerde autoclaven.
 - Grens: van iedere autoclaaf kan een validatieattest voorgelegd worden dat ten hoogste 12 maanden oud is.

Transport en opslag:

- Transport:
 - Parameter: het transport wordt beoordeeld als “In orde” als karren die zowel voor transport

van vuile als steriele instrumenten gereinigd worden voor ieder transport van steriel materiaal EN als het transport van steriele instrumenten gebeurt in gesloten transportkarren of open karren die overtrokken zijn met een (wegwerp)hoes. Het transport is “Niet OK” indien aan een van deze voorwaarden niet is voldaan. Indien het onderwerp nergens onderzocht werd, dan wordt dit aangeduid met “NB”.

- Grens: als er transport nodig is van steriele instrumenten, dan moet dit “in orde” zijn.
- Vervaldata:
 - Parameter: aantal pakketten (sets en laminaatverpakkingen) met gesteriliseerde instrumenten waarvan de vervaldatum nog niet overschreden is t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde pakketten (sets en laminaatverpakkingen).
 - Grens: van geen enkel pakket mag de vervaldatum overschreden zijn.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
--	--------	----	----	----

Minder kwalitatieve processen

Open systeem	Niet	Niet	Niet	Niet
--------------	------	------	------	------

Snelsterilisatie

Onderbreken	Neen	Neen	Neen	Neen
Droogtijd weg	Neen	Neen	Neen	Neen
Beperkt	NVT	NVT	NVT	NVT

Procescontroles

Druk, temperatuur	21 / 21 (100%)	12 / 12 (100%)	NB	9 / 9 (100%)
Sealcheck	4 / 4 (100%)	2 / 2 (100%)	NB	2 / 2 (100%)
Bowie & Dick	21 / 21 (100%)	12 / 12 (100%)	NB	9 / 9 (100%)
Vacuümlekttest	7 / 7 (100%)	4 / 4 (100%)	NB	3 / 3 (100%)
Validatie	7 / 7 (100%)	4 / 4 (100%)	NB	3 / 3 (100%)

Transport en opslag

Transport	In orde	In orde	NB	In orde
Vervaldata	32 / 35 (91%)	15 / 15 (100%)	7 / 10 (70%)	10 / 10 (100%)

3.5 Toegangsbeperkingen, kledijvoorschriften en zonering

Achtergrond

Een operatiekwartier (inclusief recovery) en een centrale sterilisatie afdeling zijn twee plaatsen in een ziekenhuis waar het aantal bacteriën in de lucht zo laag mogelijk moet gehouden worden. Daarom deelt men deze afdelingen in in verschillende zones (niet-kritisch, semi-kritisch en kritisch op het operatiekwartier, vuile, reine en steriele zone op de sterilisatieafdeling), waarbij er specifieke toegangsvoorwaarden en kledijvoorschriften gekoppeld worden aan deze zones.

De huidige richtlijnen zijn het strengst voor de sterilisatieafdeling. Daar is men geëvolueerd naar een systeem waarbij de drie zones architecturaal en functioneel volledig van elkaar moeten gescheiden zijn. Dat houdt in dat men niet alleen drie aparte ruimten moet hebben, maar ook dat men met gewassen instrumenten niet meer in de vuile zone komt en met gesteriliseerde niet meer in de reine. Dit impliceert het werken met dubbeldeurswasmachines en – autoclaven en het zoveel mogelijk gesloten houden van alle andere verbindingen.

Op een operatiekwartier impliceert dit dat men de deuren van de operatiezalen zoveel mogelijk gesloten moet houden tijdens ingreep.

Voor zowel het operatiekwartier als de sterilisatieafdeling betekent dit vanzelfsprekend ook dat men de toegang ontzegt aan al wie vreemd is aan de dienst en dat men er voor zorgt dat, wanneer er zich toch buitenstaanders aanmelden en binnen moeten komen, deze uitleg krijgen over de hygiënische richtlijnen en gepaste kledij kunnen aandoen.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

M.b.t. toegangsbeperking

- De toegang tot de stockageruimte op de centrale sterilisatieafdeling is beperkt tot bevoegden.
- Er zijn hygiënische toegangsvoorwaarden voor de centrale sterilisatieafdeling.
- De toegang tot de centrale sterilisatieafdeling wordt beperkt tot het personeel dat daar tewerkgesteld is.
- Het operatiekwartier dient niet als doorgang voor andere diensten en lokalen. Het operatiekwartier is een beveiligde zone en is enkel toegankelijk voor bevoegden.
- Alle toegangen tot het operatiekwartier zijn beveiligd (code of badge).

M.b.t. kledijvoorschriften

- Een kleedkamer voor het personeel van het operatiekwartier is zodanig ingericht dat men de dagelijkse kledij kan afleggen en opbergen en specifieke kledij en afwasbaar schoeisel aantrekt.
- Alle medewerkers dragen binnen het operatiekwartier specifieke operatiekledij (bestaande uit broek en hes met korte mouwen en met manchetten aan armen en enkels) en afwasbaar schoeisel.
- Alle medewerkers binnen het operatiekwartier dragen een muts.
- Alle medewerkers dragen een mondneusmasker binnen de operatiezaal vanaf het moment dat het steriele veld opengaat tot op het ogenblik dat de wonde gesloten is.
- Medewerkers op de sterilisatieafdeling dragen specifieke kledij (broek en schort), een muts (die alle haren bedekt), en een overschort bij reiniging.
- De elementaire regels inzake hygiëne (zoals handhygiëne, algemene voorzorgsmaatregelen, kledij...) dienen door het personeel op de sterilisatieafdeling nageleefd te worden, alsook door bezoekers.

M.b.t. zonering

- Om verstoring van de luchtflow te vermijden, dienen de toegangsdeuren van de operatiezalen gesloten te zijn.
- Bij nieuwbouw / renovatie zijn het automatische schuifdeuren.
- Automatische deuren van de operatiezalen blijven niet openstaan.
- Vanaf het ogenblik dat de steriele pakketten geopend zijn, blijven de deuren gesloten.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

Toegangsbeperking:

- Toegang OK:
 - Parameter: indien de toegang tot het operatiekwartier (of tot alle operatiekwartieren) sluitend beveiligd is (zowel voor de hoofdtoegang als voor andere toegangen), dan wordt dit weergegeven met "In orde". Van zodra er een toegang gevonden wordt die niet op sluitende wijze beveiligd is, dan wordt dit aangeduid met "Niet in orde". Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: er is geen enkele toegang tot het operatiekwartier onbeveiligd.
- Toegang CSA:
 - Parameter: indien de toegangsbeperking duidelijk is aangegeven voor het betreden van de

sterilisatieafdeling, dan wordt dit weergegeven met "In orde". Is dit niet het geval, dan staat er "Niet in orde". Indien het onderwerp niet werd bevraagd, dan is dat aangeduid met "NB".

- o Grens: de toegangsbeperking is bij de ingang van de sterilisatieafdeling aangegeven.

Kledijvoorschriften:

- Voorschriften OK:
 - o Parameter: als de kledijvoorschriften uitgeschreven zijn en als alle gecontroleerde items hierin aanwezig zijn, dan staat er "In orde", indien ze uitgeschreven zijn maar niet alle gecontroleerde items bevatten, dan staat er "ONV". Indien de kledijvoorschriften niet uitgeschreven zijn, wordt dit aangegeven met "AFW". Indien dit item nergens bevraagd werd, wordt dit aangeduid met "NB".
 - o Grens: de kledijvoorschriften zijn uitgeschreven en alle gecontroleerde items zijn hierin vermeld.
- Voorschriften CSA:
 - o Parameter: indien de kledijvoorschriften voor het betreden van de sterilisatieafdeling duidelijk worden gemaakt, dan staat er "in orde", als dit niet gebeurt, dan staat er "Niet in orde". Als dit onderwerp nergens bekeken werd, staat er "NB".
 - o Grens: de kledijvoorschriften die gelden op de CSA zijn duidelijk aangegeven.
- Toepassing CSA:
 - o Parameter: aantal medewerkers op de sterilisatieafdeling die de gecontroleerde items van de kledijvoorschriften correct toepasten t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde medewerkers.
 - o Grens: 100% van de medewerkers op de sterilisatieafdeling zijn in orde.
- Mondneusmasker:
 - o Parameter: aantal zalen waarin er een steriel veld geopend was en waarbij alle aanwezige medewerkers een mondneusmasker droegen t.o.v. het aantal zalen waarin er een steriel veld geopend was.
 - o Grens: in 100% van de zalen waar een steriel veld open lag, droegen alle medewerkers een mondneusmasker.

Zonering:

- Gesloten deur:
 - o Parameter: aantal zalen waarin een ingreep aan de gang is en waarbij de deuren tussen de zaal en ruimtes buiten de zaal gesloten gehouden worden, t.o.v. het aantal zalen waarin een ingreep aan de gang is.
 - o Grens: in 100% van de zalen waar een ingreep aan de gang was, waren de deuren van de zaal gesloten.
- Architectonisch:
 - o Parameter: indien er een architectonische scheiding is van de onreine, reine en steriele zone van de sterilisatieafdeling, dan wordt dit aangeduid met "In orde", indien dit niet het geval is, dan staat er "Niet in orde". Indien de architectonische scheiding nergens onderzocht werd, dan staat er "NB". Indien er geen architectonische scheiding mogelijk is, dan is het onderwerp niet van toepassing (NVT).
 - o Grens: er is een volledige architectonische scheiding tussen onreine, reine en steriele zone van de sterilisatieafdeling.
- Functioneel:
 - o Parameter: indien er naast een architectonische scheiding ook in de manier van werken gezorgd wordt voor een scheiding tussen de verschillende zones (door doorgeefluiken en deuren gesloten te houden...), dan wordt dit aangeduid met "In orde". Is dit niet het geval, dan staat er "Niet in orde", indien dit niet bekeken werd, dan staat er "NB".
 - o Grens: naast een architectonische scheiding wordt ook functioneel de scheiding tussen de zones gerespecteerd.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
--	--------	----	----	----

Toegangsbeperking

Toegang OK	Niet in orde	In orde	Niet in orde	In orde
Toegang CSA	Niet in orde	Niet in orde	NB	In orde

Kledijvoorschriften

Voorschriften OK	In orde	In orde	In orde	In orde
Voorschriften CSA	In orde	In orde	NB	In orde
Toepassing CSA	9 / 9 (100%)	5 / 5 (100%)	NB	4 / 4 (100%)
Mondneusmasker	19 / 19 (100%)	13 / 13 (100%)	2 / 2 (100%)	4 / 4 (100%)

Zonering

Gesloten deur	16 / 17 (94%)	12 / 13 (92%)	2 / 2 (100%)	2 / 2 (100%)
Architectonisch	Niet in orde	In orde	NB	Niet in orde
Functioneel	Niet in orde	In orde	NB	Niet in orde

4 Veiligheid van zorg

In het hoofdstuk "veiligheid van zorg" worden vooreerst de personeelaspecten bestaffing, permanenties en vorming besproken.

Daarna komen de onderwerpen patiëntenidentificatie en safe surgery checklist aan bod.

Verder worden het onderhoud en de controle van het medisch materiaal in het operatiekwartier en de recovery besproken.

Als laatste onderwerp worden de specifieke voorwaarden voor veilige zorg bij kinderen tijdens een chirurgische ingreep overlopen.

4.1 Personeel

4.1.1 Bestaffing

Achtergrond

Een van de aspecten die bij veiligheid van zorg steeds terugkeert, is de aanwezigheid van voldoende personeel.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- 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) .
- Voor elke operationele zaal is er minstens een omloopverpleegkundige.
- De personeelsleden die deze functies (omloop / instrumentist) opnemen, beschikken over de juiste kwalificaties.
- Op recovery is er steeds minstens een verpleegkundige vanaf het moment dat er een patiënt op recovery is.
- Op recovery is er minstens 1 verpleegkundige voor elke groep van maximum drie patiënten in omstandigheden van normaal herstel van anesthesie.
- Er is een aparte afdelingsverantwoordelijke aangesteld en aanwezig voor de dagdagelijkse werking en coördinatie van de sterilisatieafdeling.
- Er is een sterilisatiedeskundige (personeelslid met specifieke opleiding sterilisatie) aanwezig bij elke sterilisatie.

4.1.2 Permanenties

Achtergrond

Om veilige zorg en tijdige zorg te kunnen aanbieden worden er in een ziekenhuis verschillende permanenties geëist. Zo moet er, wanneer ingrepen buiten de normale openingsuren van het operatiekwartier moeten doorgaan, hiervoor voldoende personeelsleden kunnen opgeroepen worden. Op een heelkundig dagziekenhuis moet er tijdens de openingsuren continu een bachelor in de verpleegkunde aanwezig zijn.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Buiten de openingsuren is er een wachtlijst voor een oproepbare wacht voor bevoegd personeel voorzien voor het operatiekwartier.
- Daarnaast wordt er voorzien, afhankelijk van de noodzaak van de operatie in een assisterende en instrumenterende functie.
- De omloopfunctie en instrumentist zijn aanwezig of oproepbaar binnen de wachtdienst voor operatiekwartier.
- Er is een permanentie door ten minste 1 gegradueerde verpleegkundige tot de laatste patiënt uit de functie chirurgische daghospitalisatie ontslagen is.

4.1.3 Opleiding

Achtergrond

Een ander aspect dat bij veiligheid van zorg steeds terugkeert, is dat het personeel voldoende opgeleid moet zijn.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Alle verpleegkundig personeel op het operatiekwartier heeft een bijkomende kwalificatie:
 - Nieuwe medewerkers worden ingeschoold aan de hand van een inscholingsplan;
 - Men volgt dienstspecifieke permanente vorming;
- De verpleegkundigen op recovery hebben een specifieke opleiding:
 - Inscholing;
 - Dienstspecifieke permanente vorming
- Verpleegkundigen hebben regelmatig opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten en de mogelijke bijwerkingen.
- Personeel is opgeleid over pijn.
- Het personeel dat permanent ingezet wordt op sterilisatie heeft een specifieke erkende opleiding in sterilisatietechnieken: het betreft een externe basisopleiding.
- De afdelingsverantwoordelijke van de sterilisatieafdeling heeft een minimum opleidingsniveau van bachelor in de verpleging, ingenieur of laborant of ziekenhuisapotheker en heeft de nodige deskundigheid verworven door een externe specifieke gevorderde opleiding in de sterilisatie.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

Personeel:

- Omloop per zaal:
 - Parameter: aantal zalen waarin er minstens 1 omloopverpleegkundige was t.o.v. het totaal aantal zalen waarin een ingreep aan de gang was. Is dit item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: in elke zaal met activiteit is er minstens 1 persoon aanwezig die de omloopfunctie verzorgt.
- Omloop = vpk:
 - Parameter: aantal omlopen die minstens de graad van verpleegkundige hebben t.o.v. het totaal aantal omlopen.
 - Grens: alle omlopen hebben minstens de graad van verpleegkundige.
- Toezicht narcose:
 - Parameter: aantal zalen waarin een patiënt onder algemene narcose is en waarin een anesthesist of ASO in de anesthesie (of, indien weggeroepen voor een urgentie, een vervanger die enkel en alleen de patiënt bewaakt) aanwezig is t.o.v. het totaal aantal zalen waarin een patiënt onder algemene narcose is. Als dit onderwerp nergens bekeken werd, staat er "NB".
 - Grens: bij elke patiënt onder algemene narcose is er een anesthesist of ASO in de anesthesie (of, indien deze is weggeroepen voor een urgentie, een bevoegde vervanger die als enige taak heeft de patiënt te bewaken).
- Bestaffing recovery:
 - Parameter: indien er per 3 patiënten die op recovery herstellen van een anesthesie minstens 1 verpleegkundige aanwezig is, dan wordt dit aangeduid met "in orde". Is er minder dan 1 verpleegkundige per 3 patiënten, dan is dit "niet in orde". Werd het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: in alle recovery's moet er per drie patiënten 1 verpleegkundige aanwezig zijn.
- CSA-verantwoordelijke:
 - Parameter: als er een aparte verantwoordelijke is voor de sterilisatieafdeling, dan staat dit aangegeven met "AANW", is dit niet het geval, dan staat er "AFW". Als dit onderwerp nergens bekeken werd, staat er "NB".
 - Grens: er moet een aparte verantwoordelijke zijn voor de sterilisatieafdeling.
- CSA-deskundige:
 - Parameter: als er een sterilisatiedeskundige aanwezig is tijdens het steriliseren, dan staat dit aangegeven met "AANW", is dit niet het geval, dan staat er "AFW". Indien dit item nergens bevraagd werd, wordt dit aangeduid met "NB".
 - Grens: tijdens het steriliseren moet er een sterilisatiedeskundige aanwezig zijn.

Permanenties:

- Vpk op OK:

- Parameter: indien er steeds 2 personeelsleden met minstens de graad van verpleegkundige kunnen opgeroepen worden (of aanwezig zijn) indien er ingrepen plaatsvinden op het operatiekwartier buiten de normale openingsuren, dan is dit aangeduid met “in orde”. Is deze permanentie niet gegarandeerd, dan staat er “niet in orde”. Indien dit onderwerp niet onderzocht werd, staat er “NB”.
- Grens: als er ingrepen doorgaan op een operatiekwartier buiten de normale openingsuren, dan moeten er steeds 2 personeelsleden met minstens de graad van verpleegkundige oproepbaar zijn (1 voor de omloopfunctie en 1 voor de instrumenterende functie).
- Bachelor DagZH:
 - Parameter: als er tijdens de 4 shiften die gecontroleerd worden steeds minstens 1 bachelor in de verpleegkunde aanwezig is op het chirurgisch dagziekenhuis, dan wordt dit weergegeven met “in orde”. Is dit niet het geval, dan staat er “niet in orde”. Is het item niet bevestigd, dan staat er “NB”.
 - Grens: op het dagziekenhuis moet er een permanentie zijn van een bachelor in de verpleegkunde tijdens alle gecontroleerde shiften.

Opleiding:

- Inscholing OK:
 - Parameter: indien er een inscholingshandleiding is voor nieuwe verpleegkundigen op het operatiekwartier, dan wordt dit aangeduid met “AANW”. Is er geen dergelijk document, dan wordt dit aangeduid met “AFW”. Is dit item niet bekeken tijdens de inspectie, dan staat er “NB”.
 - Grens: er is een inscholingshandleiding aanwezig.
- Vorming OK:
 - Parameter: aantal verpleegkundigen die het voorbije jaar een vorming gevolgd hebben met een onderwerp dat specifiek is voor het operatiekwartier t.o.v. het totaal aantal bevestigde verpleegkundigen.
 - Grens: minstens 80% van de bevestigde verpleegkundigen heeft een vorming gevolgd met een onderwerp dat specifiek was voor het operatiekwartier.
- Inscholing recovery:
 - Parameter: indien er een inscholingshandleiding is voor nieuwe verpleegkundigen op het recovery, dan wordt dit aangeduid met “AANW”. Is er geen dergelijk document, dan wordt dit aangeduid met “AFW”. Is dit item niet bekeken tijdens de inspectie, dan staat er “NB”.
 - Grens: er is een inscholingshandleiding aanwezig.
- Vorming recovery:
 - Parameter: aantal verpleegkundigen die het voorbije jaar een vorming gevolgd hebben met een onderwerp dat specifiek is voor de recovery t.o.v. het totaal aantal bevestigde verpleegkundigen.
 - Grens: minstens 80% van de bevestigde verpleegkundigen heeft een vorming gevolgd met een onderwerp dat betrekking had op het werk in een recovery.
- Vorming bloed:
 - Parameter: aantal verpleegkundigen die het voorbije jaar een vorming gevolgd hebben over het toedienen van bloed of bloedproducten t.o.v. het totaal aantal bevestigde verpleegkundigen.
 - Grens: minstens 80% van de bevestigde verpleegkundigen heeft een dergelijke vorming gevolgd.
- Vorming pijn:
 - Parameter: aantal verpleegkundigen die het voorbije jaar een vorming gevolgd hebben over pijn t.o.v. het totaal aantal bevestigde verpleegkundigen.
 - Grens: minstens 80% van de bevestigde verpleegkundigen heeft een dergelijke vorming gevolgd.
- Opl. CSA-verantw.:
 - Parameter: indien de sterilisatieafdeling-verantwoordelijke een specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd heeft, wordt dit aangeduid met “in orde”. Is dit niet het geval, dan staat er “niet in orde”. Is dit item niet bevestigd, dan staat er “NB”.
 - Grens: de sterilisatieafdeling-verantwoordelijke heeft een specifieke externe gevorderde opleiding in de sterilisatie gevolgd.
- Opl. CSA-medew.:
 - Parameter: aantal sterilisatieafdeling-medewerkers die een specifieke externe basisopleiding in de sterilisatie gevolgd hebben t.o.v. het totaal aantal sterilisatieafdeling-medewerkers. Indien dit niet bekeken werd, dan staat er “NB”.
 - Grens: minstens 80% van de medewerkers hebben een specifieke externe basisopleiding in

de sterilisatie gevolgd.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
--	--------	----	----	----

Personeel

Omloop per zaal	19 / 19 (100%)	13 / 13 (100%)	2 / 2 (100%)	4 / 4 (100%)
Omloop = vpk	29 / 29 (100%)	20 / 20 (100%)	4 / 4 (100%)	5 / 5 (100%)
Toezicht narcose	17 / 17 (100%)	11 / 11 (100%)	2 / 2 (100%)	4 / 4 (100%)
Bestaffing recovery	In orde	In orde	In orde	In orde
CSA- verantwoordelijke	AANW	AANW	NB	NB
CSA-deskundige	AANW	AANW	NB	AANW

Permanenties

Vpk op OK	Niet in orde	In orde	NB	Niet in orde
Bachelor DagZH	In orde	In orde	NB	In orde

Opleiding

Inscholing OK	AANW	AANW	AANW	AANW
Vorming OK	5 / 5 (100%)	4 / 4 (100%)	NB	1 / 1 (100%)
Inscholing recovery	AFW	AFW	AFW	AANW
Vorming recovery	8 / 8 (100%)	5 / 5 (100%)	1 / 1 (100%)	2 / 2 (100%)
Vorming bloed	15 / 26 (58%)	5 / 15 (33%)	4 / 5 (80%)	6 / 6 (100%)
Vorming pijn	24 / 26 (92%)	12 / 13 (92%)	4 / 5 (80%)	8 / 8 (100%)
Opl. CSA-verantw.	In orde	In orde	NB	In orde
Opl. CSA-medew.	60 / 82 (73%)	30 / 41 (73%)	NB	30 / 41 (73%)

4.2 Patiëntenidentificatie

Achtergrond

Een goede identificatie van patiënten is van het grootste belang om fouten in de patiëntenzorg te voorkomen. Het is dan ook een van de negen "patient safety solutions" die door de WHO naar voor geschoven worden om de fouten in de zorg en schade aan patiënten te verminderen.

Het is dan ook logisch dat patiëntenidentificatie in de verschillende eisenkaders telkens terugkeert en dat er tijdens de inspecties aandacht aan besteed wordt.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters: naam + voornaam, aangevuld met geboortedatum of naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer.
- Patiëntidentificatie wordt minstens aangewend voor patiënt, dossier, medicatietoediening en staalafname.
- Elk weggenomen weefsel, waarvoor bij macroscopisch onderzoek enige twijfel bestaat, wordt onderworpen aan een systematisch anatomo-pathologisch onderzoek. Hiertoe zal het weefsel op een aangepaste wijze worden geconditioneerd en geïdentificeerd.
 - Stalen / ID patiënt vermelden:
 - Naam
 - Geboortedatum
 - Uniek nummer

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Procedure ID:
 - Parameter: indien er een procedure bestaat betreffende de patiëntidentificatie en in deze procedure voorziet men minstens het gebruik van naam en voornaam van de patiënt samen met de geboortedatum of het dossiernummer, dan wordt dit weergegeven met "In orde". Indien er geen dergelijke procedure is, dan wordt dit aangeduid met "AFW", indien er wel een procedure is, maar deze niet de opgesomde parameters voorschrijft, dan wordt dit aangeduid met "ONV" (onvolledige procedure). Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB". In de totaalkolom staat er "in orde" als op alle onderzochte campussen de procedure in orde is. In het andere geval verschijnt er "niet in orde".
 - Grens: er is een procedure en deze bevat de beschreven items voor identificatie.
- Aantal met ID-bandje:
 - Parameter: aantal patiënten die een identificatiebandje dragen t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde patiënten.
 - Grens: alle gecontroleerde patiënten dragen een identificatiebandje.
- Voldoende parameters:
 - Parameter: aantal patiënten die een identificatiebandje dragen met hierop minstens de naam en voornaam in combinatie met de geboortedatum of het dossiernummer t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde patiënten met een identificatiebandje.
 - Grens: alle bandjes bevatten voldoende identificatiegegevens.
- Weefselstalen:
 - Parameter: aantal weefselstalen waarop voldoende identificatiegegevens stonden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde weefselstalen.
 - Grens: alle gecontroleerde stalen bevatten voldoende identificatiegegevens.
- ID in dossier:
 - Parameter: aantal dossiers waarin de 3 gecontroleerde documenten (verpleegkundig anamneseblad, medicatieschema en parameterblad) voldoende identificatiegegevens bevatten t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers worden op de 3 gecontroleerde documenten voldoende identificatiegegevens aangetroffen.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Procedure ID	In orde	In orde	In orde	In orde
Aantal met ID-bandje	48 / 48 (100%)	19 / 19 (100%)	13 / 13 (100%)	16 / 16 (100%)
Voldoende parameters	48 / 48 (100%)	19 / 19 (100%)	13 / 13 (100%)	16 / 16 (100%)
Weefselstalen	2 / 2 (100%)	2 / 2 (100%)	NB	NB
ID in dossier	29 / 29 (100%)	14 / 14 (100%)	NB	15 / 15 (100%)

4.3 Safe surgery checklist (SSCL)

Achtergrond

Om het operatief risico te verminderen onderzocht de WHO enkele jaren geleden het gebruik van een checklist voor en na iedere ingreep. Dit onderzoek wees uit dat het aanwenden van een dergelijke checklist een significante vermindering gaf van de perioperatieve morbiditeit en mortaliteit.

Gezien deze evidentie werd het gebruik van een "safe surgery checklist" dan ook opgenomen in het eisenkader.

Tijdens de inspecties werd nagegaan of en welke checklist er in het ziekenhuis in gebruik waren, in welke mate elke checklist de 19 vragen bevat die op de WHO-checklist staan, in welke mate de checklist in de praktijk gebruikt wordt.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Er is een safe surgery procedure.
 - Een time out moment is beschreven in de procedure safe surgery.
 - Er is bepaald welke functie de verantwoordelijkheid draagt voor het correct invullen van de checklist.
- Er wordt gebruik gemaakt van een safe surgery checklist voor elke electieve heelkundige patiënt.
- De checklist (van de WHO) bevat volgende vragen:
 - Voor de inductie van anesthesie (minstens de verpleegkundige, de chirurg en de anesthesist):
 - 1. Patiënt bevestigt ID, ingreep, plaats van de ingreep en heeft toestemming gegeven
 - 2. Plaats van de ingreep is aangeduid
 - 3. Anesthesiemateriaal, producten en geneesmiddelen zijn gecheckt
 - 4. Pulsoximeter is aangebracht bij de patiënt en functioneert
 - 5. Gekende allergie / geen allergie is vermeld
 - 6. Risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie (ook vermelden wanneer niet). Zo ja, dan is hulp en materiaal beschikbaar.
 - 7. Risico op bloedverlies > 500 ml. Zo ja, IV lijn en substitutie voorzien
 - Voor de incisie van de huid (minstens de chirurg, anesthesist en de verpleegkundige):
 - 8. Alle teamleden hebben zich voorgesteld met naam en functie
 - 9. De ID van de patiënt, de ingreep en de plaats van de ingreep wordt bevestigd
 - 10. Het toedienen van AB profylaxe volgens de richtlijnen
 - 11. De chirurg vermeldt potentiële chirurgische problemen (ongewone of kritische stappen)
 - 12. De chirurg vermeldt hoe lang de ingreep zal duren
 - 13. De chirurg vermeldt het te verwachten bloedverlies
 - 14. De anesthesist vermeldt specifieke patiënt gerelateerde problemen
 - 15. De verpleegkundige bevestigt de steriliteit van het materiaal (aan de hand van de resultaten van de indicatoren)

- 16. De verpleegkundige vermeldt problemen met de uitrusting of andere aandachtspunten
 - 17. Het relevante beeldmateriaal is beschikbaar in de operatiezaal
- Voor het verlaten van de operatiezaal (minstens chirurg, anesthesist en verpleegkundige)
 - 18. De verpleegkundige bevestigt mondeling
 - De benaming van de uitgevoerde ingreep
 - Het tellen van de kompressen, naalden en instrumenten
 - Het etiketteren van de weefselstalen (luidop voorlezen van etiket en naam van de patiënt)
 - Problemen met de uitrusting die moeten worden nagekeken
 - 19. De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling zijn genoteerd.
- De ingevulde checklist maakt deel uit van het patiëntendossier.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Aantal vragen:
 - Parameter: het aantal versies van de SSCL die op deze vestigingsplaats van het ziekenhuis gehanteerd wordt en die de 19 vragen bevat zoals voorgesteld door de WHO, staat aangegeven na "19". Het aantal vragenlijsten die minder dan 19 vragen bevatten, maar er toch nog 10 of meer bevatten, staat aangegeven na "10 à 18", het aantal versies met minder dan 10 vragen, staat aangeduid na "MINDER". Als er geen SSCL gehanteerd wordt in het ziekenhuis, dan staat er "NVT". Is dit item niet onderzocht, dan wordt dit aangegeven met "NB".
 - Grens: alle versies bevatten de 19 vragen.
- Procedure:
 - Parameter: indien de wijze van gebruik van de SSCL beschreven is in een procedure, dan geven we dit weer met "AANW", indien dit niet het geval is, met "AFW".
 - Grens: er is een procedure over het gebruik van de SSCL.
- Inhoud procedure:
 - Parameter: indien er een procedure is, dan wordt er nagegaan of er een time-out en de aanwezigheid van de anesthesist en chirurg en eventueel de instrumentist beschreven zijn. Indien er geen procedure is uitgeschreven dan wordt de inhoud als niet in orde beschouwd.
 - Grens: beide aspecten zijn in de procedure beschreven.
- Patiënten met SSCL:
 - Parameter: aantal patiënten waarvan een SSCL gevonden werd t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde patiënten.
 - Grens: alle patiënten hebben een SSCL.
- Aantal SSCL volledig:
 - Parameter: aantal SSCL die volledig zijn ingevuld t.o.v. het totaal aantal SSCL.
 - Grens: alle SSCL zijn volledig ingevuld.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Aantal vragen	19: 0 keer 10-18: 3 keer <10: 0 keer	19: 0 keer 10-18: 1 keer <10: 0 keer	19: 0 keer 10-18: 1 keer <10: 0 keer	19: 0 keer 10-18: 1 keer <10: 0 keer
Procedure	AANW	AANW	AANW	AANW
Inhoud procedure	In orde	In orde	In orde	In orde
Patiënten met SSCL	45 / 45 (100%)	14 / 14 (100%)	15 / 15 (100%)	16 / 16 (100%)
Aantal SSCL volledig	23 / 45 (51%)	8 / 14 (57%)	6 / 15 (40%)	9 / 16 (56%)

4.4 Onderhoud en controle van materialen

Achtergrond

In een ziekenhuis neemt gesofisticeerde apparatuur een belangrijke plaats in en vertrouwt men op die apparatuur om vitale functies over te nemen of op te volgen, en om instrumenten te steriliseren. Dit vertrouwen is maar gegrond als de toestellen regelmatig onderhouden en geïnspecteerd worden.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Controle en onderhoud van anesthesietoestellen gebeurt tweemaal per jaar.
- Controle en onderhoud van monitors, defibrillatoren en coagulatioestellen gebeurt jaarlijks.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Anesthesietoestel:
 - Parameter: aantal anesthesietoestellen die een preventief onderhoud kregen in de laatste 6 maanden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde anesthesietoestellen. Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: 100% van de toestellen kreeg de laatste 6 maanden een preventief onderhoud.
- Coagulatioestel:
 - Parameter: aantal coagulatioestellen die een preventief onderhoud kregen in de laatste 12 maanden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde coagulatioestellen. Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: 100% van de toestellen kreeg de laatste 12 maanden een preventief onderhoud.
- Monitoringtoestel:
 - Parameter: aantal monitoringtoestellen die een preventief onderhoud kregen in de laatste 12 maanden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde monitoringtoestellen. Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: 100% van de toestellen kreeg de laatste 12 maanden een preventief onderhoud.
- Defibrillator:
 - Parameter: aantal defibrillatoren die een preventief onderhoud kregen in de laatste 12 maanden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde defibrillatoren. Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: 100% van de toestellen kreeg de laatste 12 maanden een preventief onderhoud.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Anesthesietoestel	8 / 8 (100%)	3 / 3 (100%)	2 / 2 (100%)	3 / 3 (100%)
Coagulatioestel	0 / 8 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 3 (0%)
Monitoringtoestel	0 / 13 (0%)	0 / 6 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 3 (0%)
Defibrillator	2 / 4 (50%)	0 / 2 (0%)	1 / 1 (100%)	1 / 1 (100%)

4.5 Een "veilige omgeving" voor kinderen die een ingreep moeten ondergaan

Achtergrond

De rechten van gehospitaliseerde kinderen en hun ouders werden in 1998 neergeschreven in het Handvest Kind en Ziekenhuis of het EACH-charter (European Association for Children in Hospital, www.each-for-sick-children.org). Het handvest werd opgesteld door Europese patiëntenverenigingen samen met de WHO en is gebaseerd op het VN-verdrag inzake de rechten van het kind. Het handvest Kind en Ziekenhuis beschrijft in 10 artikels welke voorwaarden in acht moeten genomen worden bij de opname van een kind in het ziekenhuis (<http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/>).

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Indien een kind wordt behandeld in het chirurgisch dagziekenhuis, dan dient er een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde werkelijk aanwezig te zijn op de vestigingsplaats van dat chirurgisch dagziekenhuis.
- Elk ziekenhuis dat over een erkende dienst voor kindergeneeskunde beschikt (kenletter E), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt maar waar het is toegestaan kinderen te behandelen, moet een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen.
- De organisatie in de operatie afdeling is dusdanig dat:
 - Kinderen niet visueel geconfronteerd worden met het gebeuren in andere operatiezalen.
 - Behalve bij medische tegenindicaties steeds een ouder / voogd / vertrouwenspersoon bij het bewuste kind kan blijven tot bij inductie.
 - Ouder/voogd/trouwenspersoon over deze mogelijkheid moeten geïnformeerd worden en moeten gevraagd worden of ze gebruik willen maken van de mogelijkheid.
 - Er begeleiding dient voorzien te worden voor de ouder bij het verlaten van het kind. Dit gebeurt door personen die geen toezicht houden op de patiënten.
 - Indien er hiervoor een medische, patiëntgebonden contra-indicatie is, er daar een weerslag van is in het dossier.
 - Er een afzonderlijke ruimte voor kinderen in de ontwaakzaal voorzien is.
 - Behalve in geval van medische tegenindicatie steeds een ouder / voogd / vertrouwenspersoon bij het bewuste kind kan blijven op de recovery.
 - Ouder/voogd/trouwenspersoon over deze mogelijkheid moeten geïnformeerd worden en moeten gevraagd worden of ze op de mogelijkheid willen ingaan.
 - Indien er hiervoor een medische, patiëntgebonden contra-indicatie is, er daar een weerslag van is in het dossier.

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Pediater aanwezig:
 - Parameter: indien er op de dag dat er kinderen geopereerd worden een pediater op dezelfde vestigingsplaats aanwezig is, dan wordt dit weergegeven met "AANW". Indien dit niet het geval is, dan wordt dit aangeduid met "AFW". Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: als er kinderen geopereerd worden, dan is een pediater op dezelfde vestigingsplaats aanwezig.

- Kind apart OK:
 - Parameter: indien kinderen in het operatiekwartier waar ze geopereerd worden, gescheiden worden van volwassen patiënten, dan wordt dit aangeduid met “APART”, indien dit niet overal het geval is, dan staat er “SAMEN” in de tabel.
 - Grens: kinderen worden gescheiden van volwassenen in het operatiekwartier.
- Kind apart recovery:
 - Parameter: indien kinderen in de recovery waar ze ontwaken, gescheiden worden van volwassen patiënten, dan wordt dit aangeduid met “APART”, indien dit niet overal het geval is, dan staat er “SAMEN” in de tabel.
 - Grens: kinderen worden gescheiden van volwassenen in de recovery.
- Protocol (ouders bij kind inductie):
 - Parameter: indien het protocol vermeldt dat ouders bij hun kind mogen zijn tot bij inductie, dan wordt dit aangegeven met “AANW”, indien dit niet in het protocol staat, dan met “AFW”.
 - Grens: het protocol vermeldt dat ouders bij hun kind mogen zijn tot bij inductie.
- Protocol (ouders bij kind ontwaken):
 - Parameter: indien het protocol vermeldt dat ouders bij hun kind mogen zijn op de recovery bij het ontwaken, dan wordt dit aangegeven met “AANW”, indien dit niet in het protocol staat, dan met “AFW”.
 - Grens: het protocol vermeldt dat ouders bij hun kind mogen zijn op de recovery.
- Bevraging: inductie:
 - Parameter: aantal kinderen waarvan de ouders wisten dat ze aanwezig konden zijn tot bij de inductie van hun kind t.o.v. het totaal aantal kinderen wiens ouders geïnterviewd werden.
 - Grens: minstens 80% van de ouders waren op de hoogte dat ze aanwezig konden zijn tot bij de inductie van hun kind.
- Bevraging: ontwaken:
 - Parameter: aantal kinderen waarvan de ouders wisten dat ze aanwezig konden zijn bij het ontwaken van hun kind t.o.v. het totaal aantal kinderen wiens ouders geïnterviewd werden.
 - Grens: minstens 80% van de ouders waren op de hoogte dat ze aanwezig konden zijn bij hun kind op recovery.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Pediater aanwezig	AANW	AANW	NB	AANW
Kind apart OK	SAMEN	SAMEN	NVT	SAMEN
Kind apart recovery	SAMEN	SAMEN	NVT	APART
Protocol: Ouders bij kind inductie	AFW	AFW	NB	AFW
Protocol: Ouders bij kind ontwaken	AFW	AFW	NB	AFW
Bevraging: Inductie	1 / 5 (20%)	1 / 3 (33%)	NB	0 / 2 (0%)
Bevraging: Ontwaken	1 / 5 (20%)	1 / 3 (33%)	NB	0 / 2 (0%)

5 Informatiedoorstroming

In het hoofdstuk informatiedoorstroming komen de onderwerpen informatie aan patiënten voor de ingreep en bij ontslag aan bod, evenals de informatiedoorstroming tussen zorgverleners.

5.1 Informatie aan patiënten voor de ingreep

Achtergrond

Patiënten moeten vooraf goed geïnformeerd worden over hun ingreep vooraleer ze in staat zijn om hun toestemming te geven. Bij volwassenen kan deze toestemming mondeling gebeuren, bij kinderen moet dit schriftelijk zijn.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Het behandelende team informeert voor de planning van de ingreep de patiënt minimaal mondeling over:
 - Het behandelplan
 - Pijn
 - Alternatieven
 - Herstelperiode
 - De soort anesthesie
- Bij minderjarigen (kinderen) is er een schriftelijke (informed) toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers zoals juridisch voorgeschreven.
- Het dossier bevat bevestiging van informed consent (door handtekening van of aanvinken door de arts in het dossier).

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Info anesthesie:
 - Parameter: aantal patiënten dat vooraf wist welk soort narcose ze gingen krijgen t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten. Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had deze uitleg gekregen.
- Aard ingreep:
 - Parameter: aantal patiënten die vooraf uitleg hadden gekregen over het type ingreep dat ze zouden ondergaan t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had deze uitleg gekregen.
- Alternatieven:
 - Parameter: aantal patiënten die uitleg hadden gekregen over mogelijke alternatieven voor de ingreep t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had deze uitleg gekregen.
- Pijn:
 - Parameter: aantal patiënten die uitleg hadden gekregen over mogelijke pijn t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had deze uitleg gekregen.
- Herstel:
 - Parameter: aantal patiënten die uitleg hadden gekregen over de herstelperiode na de ingreep t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had deze uitleg gekregen.
- Schriftelijke uitleg:
 - Parameter: aantal patiënten die vooraf schriftelijke uitleg hadden gekregen over de ingreep t.o.v. het totaal aantal bevroegde patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had schriftelijke uitleg gekregen.
- Mondeling (volw.):
 - Parameter: aantal dossiers van volwassen patiënten waarin een aanduiding staat van de informed consent t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in 100% van de dossiers is een aanduiding van de informed consent te vinden.
- Schriftelijk (kinderen):
 - Parameter: aantal dossiers waarin een door de ouders getekend informed consent formulier werd gevonden t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in 100% van de dossiers is een door de ouders getekend informed consent te vinden.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
--	--------	----	----	----

Informatie over de anesthesie

Info anesthesie	33 / 37 (89%)	12 / 15 (80%)	9 / 10 (90%)	12 / 12 (100%)
-----------------	--------------------------	------------------	-----------------	-------------------

Informatie over de ingreep

Aard ingreep	35 / 37 (95%)	15 / 15 (100%)	8 / 10 (80%)	12 / 12 (100%)
Alternatieven	34 / 37 (92%)	13 / 15 (87%)	9 / 10 (90%)	12 / 12 (100%)
Pijn	32 / 37 (86%)	11 / 15 (73%)	9 / 10 (90%)	12 / 12 (100%)
Herstelperiode	30 / 37 (81%)	12 / 15 (80%)	8 / 10 (80%)	10 / 12 (83%)
Schriftelijke uitleg	19 / 37 (51%)	9 / 15 (60%)	1 / 10 (10%)	9 / 12 (75%)

Informed consent

Mondeling (volw.)	29 / 30 (97%)	9 / 10 (90%)	10 / 10 (100%)	10 / 10 (100%)
Schriftelijk (kinderen)	9 / 9 (100%)	5 / 5 (100%)	NB	4 / 4 (100%)

5.2 Informatiedoorstroming tussen zorgverleners

Achtergrond

Aangezien een ziekenhuis een complexe omgeving is, is de doorstroming van correcte informatie tussen de zorgverleners geen evidentie. Fouten in de communicatie liggen frequent aan de basis van fouten en (bijna-)ongevallen.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- 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.
- Er zijn voor elke patiënt systematisch medische orders over het postoperatief te volgen pijnbeleid.
- Bij transfer van recovery naar de afdeling zijn minimaal volgende gegevens schriftelijk beschikbaar: uitgevoerde procedure, verloop van de ingreep, metingen van vitale functies (bloeddruk en pols), toegediende medicatie, informatie over de operatiewonde.
- Het patiëntendossier op een acute C-dienst bevat minimum volgende parameters: hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, pijn.
- Pijn wordt minimaal tweemaal per dag gemeten. Er is een vermelding in het patiëntendossier van de pijnscore.
- Er zijn specifieke richtlijnen en procedures inzake preventie en pijnbehandeling voor kinderen.
- Voor elke patiënt is er bij ontslag een ontslagbrief voor de huisarts (met informatie over de uitgevoerde ingreep, het verloop van de hospitalisatie, de vereiste nazorg en het medicatieschema).

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

Preoperatieve gegevens:

- Afspraken pre-op:
 - Parameter: indien er een procedure bestaat betreffende het verzamelen (wat en door wie) van de preoperatieve gegevens, dan wordt dit weergegeven met "In orde". Indien er geen dergelijke procedure is, dan wordt dit aangeduid met "Niet in orde". Is het item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: er is een dergelijke procedure aanwezig.
- Pre-op gegevens:
 - Parameter: aantal dossiers waarin de preoperatieve gegevens (thuismedicatie, allergie, vorige ingrepen, gewicht, bloeddruk) aanwezig waren t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in 100% van de dossiers zijn de preoperatieve gegevens aanwezig.

Handovers:

- Medisch order pijn:
 - Parameter: aantal dossiers op recovery waarin een medisch order omtrent de pijnmedicatie kan worden aangetoond t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers is een medisch order omtrent de pijnmedicatie aanwezig.
- Vpk. gegevens:
 - Parameter: aantal dossiers waarin een aantal (minimale) verpleegkundige gegevens aanwezig zijn over de ondergane ingreep (soort ingreep, pols en bloeddruk, toegediende medicatie, informatie over het verband) t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers zijn deze minimale gegevens aanwezig.

Postoperatieve parameters:

- Parameters:
 - Parameter: aantal dossiers waarin een aantal verpleegkundige parameters (hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur) kunnen worden aangetoond t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers zijn alle gecontroleerde verpleegkundige parameters aanwezig.
- Pijnscore:
 - Parameter: aantal dossiers waarin minstens 2 pijnscores aanwezig zijn op dag 1 na de operatie t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers zijn minstens 2 pijnscores aanwezig.
- Pijn kind:
 - Parameter: als er een specifieke meetmethode gehanteerd wordt voor baby's en peuters, dan wordt dit aangeduid met "Baby: ja", als men zo'n methode heeft voor kleuters, dan met "Kleuter: ja", indien er een systeem is voor oudere kinderen, dan staat er "Ouder kind: ja". Is er geen specifieke meetmethode, dan wordt dit aangeduid met de leeftijdscategorie gevolgd door "neen", worden er geen kinderen van een bepaalde leeftijd opgenomen, dan wordt dit aangeduid met "NVT". Werd dit item niet onderzocht, dan staat er "NB".
 - Grens: voor iedere leeftijdscategorie wordt een specifieke pijnmeetmethode toegepast.

Ontslagbrief:

- Ontslagbrief aanwezig:
 - Parameter: aantal dossiers waarin een ontslagbrief aanwezig is t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dossiers.
 - Grens: in alle dossiers is een ontslagbrief aanwezig.
- Ontslagbrief volledig:
 - Parameter: aantal ontslagbrieven waarin naast het medicatieschema, informatie aanwezig is over de uitgevoerde ingreep, het verloop van de hospitalisatie en de vereiste nazorg, items aanwezig zijn t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde ontslagbrieven.
 - Grens: in minstens 80% van de ontslagbrieven zijn alle gecontroleerde items aanwezig.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
--	--------	----	----	----

Preoperatieve gegevens

Afspraken pre-op	Niet in orde	Niet in orde	Niet in orde	In orde
Pre-op gegevens	8 / 15 (53%)	4 / 9 (44%)	1 / 3 (33%)	3 / 3 (100%)

Handovers

Medisch order pijn	12 / 12 (100%)	8 / 8 (100%)	1 / 1 (100%)	3 / 3 (100%)
Vpk. gegevens	10 / 10 (100%)	7 / 7 (100%)	NB	3 / 3 (100%)

Postoperatieve parameters

Parameters	26 / 30 (87%)	9 / 9 (100%)	10 / 10 (100%)	7 / 11 (64%)
Pijnscore	29 / 30 (97%)	8 / 9 (89%)	10 / 10 (100%)	11 / 11 (100%)
Pijn kind: Baby	Neen	Neen	NB	Neen
Pijn kind: Kleuter	Neen	Neen	NB	Ja
Pijn kind: Ouder kind	Neen	Neen	NB	Ja

Ontslagbrief

Ontslagbrief aanwezig	30 / 30 (100%)	10 / 10 (100%)	10 / 10 (100%)	10 / 10 (100%)
Ontslagbrief volledig	25 / 30 (83%)	8 / 10 (80%)	8 / 10 (80%)	9 / 10 (90%)

5.3 Informatie aan patiënten bij ontslag

Achtergrond

Om voor de eigen zorg te kunnen instaan, moeten patiënten informatie krijgen over wat ze mogen verwachten na hun ingreep, wat ze moeten doen wanneer er zich problemen voordoen en wat ze mogen nemen van pijnmedicatie.

Uit het eisenkader werd het volgende gecontroleerd:

- Patiënten worden geïnformeerd over de nazorg bij de specifieke ingreep: normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle...

Gehanteerde parameters in onderstaande overzichtstabel

- Folders:
 - Parameter: aantal dagingrepen waarvoor schriftelijke ontslaginformatie voorhanden was t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde dagingrepen.
 - Grens: voor alle gecontroleerde dagingrepen is schriftelijke ontslaginformatie voorhanden.
- Informatie:
 - Parameter: aantal informatiefolders die informatie bevatten over pijnmedicatie, over het normale verloop, problemen en/of alarmtekens en over de manier waarop contact kan opgenomen worden ingeval er zich problemen voordoen t.o.v. het totaal aantal gecontroleerde folders.
 - Grens: minstens 80% van de folders bevatten informatie over deze vier items.
- Pijn:
 - Parameter: aantal patiënten die informatie hadden gekregen over de eventuele pijnmedicatie t.o.v. het totaal aantal bevraagde ontslagklare patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had informatie gekregen over eventuele pijnmedicatie.
- Problemen:
 - Parameter: aantal patiënten die op de hoogte waren van mogelijke problemen en alarmtekens na ontslag t.o.v. het totaal aantal bevraagde ontslagklare patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten waren op de hoogte van mogelijke problemen en alarmtekens.
- Contactgegevens:
 - Parameter: aantal patiënten die de contactgegevens hadden gekregen voor in het geval er zich problemen of alarmtekens zouden voordoen t.o.v. het totaal aantal bevraagde ontslagklare patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten hadden deze gegevens gekregen.
- Afspraak:
 - Parameter: aantal patiënten die bij ontslag wisten of ze terug op controle moesten komen of niet t.o.v. het totaal aantal bevraagde (ontslagklare) patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten wist bij ontslag of er een controleafspraak nodig was.
- Schriftelijke info:
 - Parameter: aantal patiënten die schriftelijke informatie meekregen bij ontslag naar huis t.o.v. het totaal aantal bevraagde (ontslagklare) patiënten.
 - Grens: minstens 80% van de patiënten had schriftelijke informatie gekregen bij ontslag.

Vaststellingen

	TOTAAL	SJ	AD	SB
Folders	8 / 10 (80%)	4 / 6 (67%)	NB	4 / 4 (100%)
Informatie	2 / 8 (25%)	1 / 4 (25%)	NB	1 / 4 (25%)
Pijn	8 / 9 (89%)	4 / 5 (80%)	NB	4 / 4 (100%)
Problemen	6 / 9 (67%)	2 / 5 (40%)	NB	4 / 4 (100%)
Contactgegevens	9 / 9 (100%)	5 / 5 (100%)	NB	4 / 4 (100%)
Afspraak	8 / 9 (89%)	4 / 5 (80%)	NB	4 / 4 (100%)
Schriftelijke info	6 / 9 (67%)	2 / 5 (40%)	NB	4 / 4 (100%)

De inspecteur(s),

Koenraad Fierens