

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

Algemene Ziekenhuizen: Ziekenhuisbreed toezicht

Inspectiepunt

Naam Ziekenhuis Oost-Limburg
Adres Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Inrichtende macht

Naam Ziekenhuis Oost-Limburg
Juridische vorm Ver. OCMW
Adres Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Uitbatingsplaats

Naam Campus Sint-Barbara
Adres Bessemerstraat 478, 3620 Lanaken

Opdracht

Nummer O-2018-MAPU-0276
Datum 18/06/2018
Inspecteurs Lindsay Vissenaekens
Kurt Lievens
Michaëla Daelemans

Verslag

Nummer V-2018-LIVI-0002
Datum 06/07/2018

Inspectiebezoek

Soort Onaangekondigd bezoek op 05/07/2018 (09u00- 14u30)

Inhoud

1.	Inleiding	6
1.1	Toezicht door Zorginspectie	6
1.2	Aanleiding van dit inspectiebezoek	6
1.3	Inspectiemodel	7
1.4	Leeswijzer voor dit rapport	8
1.5	Inspectiebezoek	8
2.	Situering	9
2.1	Erkenningen	9
2.2	Sterilisatieprocessen	9
2.3	Opvang van kinderen in het ziekenhuis	9
3.	Thema personeel	10
3.1	Permanenties en bestaffing	10
3.1.1	Operatiekwartier	10
3.1.2	CSA	11
3.1.3	Intensieve zorgen	12
3.1.4	Gespecialiseerde spoedgevallen	12
3.1.5	Chirurgisch dagziekenhuis	12
3.2	Inscholing en vorming	14
3.2.1	Inscholingsplan	14
3.2.2	Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen	15
3.2.3	Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen	16
3.2.4	Opleiding transfusie voor verpleegkundigen	16
3.2.5	Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen	17
3.2.6	Opleiding CSA	18
4.	Thema veilige zorg	20
4.1	Procedures en voorschriften	20
4.1.1	Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist	20
4.1.2	Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist	20
4.1.3	Procedure bloedtransfusie	21
4.1.4	Voorschriften voor bloed en bloedproducten	22
4.1.5	Behandeling van intoxicaties	22
4.2	Medicatieveiligheid	22
4.2.1	Procedure hoogrisicomedicatie	22
4.2.2	Bewaring hoogrisicomedicatie	22
4.2.3	Zicht op medicatieschema's door apotheker	22
4.2.4	Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten	22

4.2.5	Gegevens op medicatievoorschriften voor verdoving.....	22
4.2.6	Medisch order voor medicatietoediening	23
4.2.7	Gegevens op medicatie.....	23
4.3	Materiaal	24
4.3.1	Controle reanimatiekar voor interne MUG	24
4.3.2	Validatie van wasmachines.....	25
4.3.3	Validatie van autoclaven.....	25
4.3.4	Controletesten van de autoclaven.....	26
4.3.5	Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten	27
4.3.6	Controle en onderhoud van medisch materiaal	27
4.3.7	Materiaal MUG-wagen	28
4.3.8	Materiaal specifiek voor kinderen	28
4.4	Infrastructuur	28
4.4.1	Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery	28
4.4.2	De ontvangstruimte van het operatiekwartier.....	29
4.4.3	Kamers op de eenheid voor intensieve zorg	30
4.4.4	Afzonderingskamers	30
4.4.5	Beveiliging ramen	30
4.5	Patiëntveiligheid.....	30
4.5.1	Veilig transport van patiënten	30
4.5.2	Vervaldatum steriele sets	31
4.5.3	Traceerbaarheid sets tot op setniveau	31
4.5.4	Identificatie weefselstalen operatiekwartier.....	32
4.6	Dossier.....	32
4.6.1	SSCL in dossier	32
4.6.2	Patiënten-identificatie in dossier.....	33
5.	Thema gestandaardiseerde zorg	34
5.1	Procedures en afspraken.....	34
5.1.1	Formele afspraken preoperatieve gegevens	34
5.1.2	Werkvoorschriften van toestellen op CSA.....	34
5.1.3	Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.....	35
5.1.4	Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen	35
5.1.5	Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst.....	36
5.1.6	Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen.....	36
5.2	Standaardisatie in het patiëntendossier	37
5.2.1	Informed consent.....	37
5.2.2	Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	37
5.2.3	DNR-code	37

5.2.4	Bloedtransfusie	37
5.2.5	Registratie van afzonderingen	38
6.	Thema hygiëne	39
6.1	Operatiekwartier en CSA.....	39
6.1.1	Toegangsbeveiliging operatiekwartier	39
6.1.2	Gesloten deuren operatiezalen	39
6.1.3	Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier.....	40
6.1.4	Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier.....	40
6.1.5	Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier	41
6.1.6	Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen	41
6.1.7	Infrastructuur van rubruimtes	42
6.1.8	Procedure chirurgische handontsmetting op OK	42
6.1.9	Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier	43
6.1.10	Onderdompeling in open systemen	43
6.1.11	Gesloten systemen voor chemische desinfectie	44
6.1.12	Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten.....	44
6.1.13	Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)	45
6.1.14	Toegangsvoorschriften CSA	46
6.1.15	Kledijvoorschriften CSA.....	46
6.1.16	Scheiding tussen de drie zones op CSA.....	46
6.1.17	Inrichting van de ruimtes.....	47
6.1.18	Transport van steriel en vuil materiaal.....	47
6.1.19	Infrastructuur van de steriele berging.....	48
6.2	Algemene aspecten van hygiëne.....	49
6.2.1	Preoperatieve voorbereiding operatiestreek	49
6.2.2	Isoleerkamers met sas op IZ	49
6.2.3	Wastafel in de vuile berging	50
6.2.4	Scheiding rein/onrein	50
6.2.5	Bedpanspoeler	51
6.2.6	Afzondering van patiënten met MRSA	51
7.	Thema communicatie	52
7.1	Communicatie tussen zorgverleners.....	52
7.1.1	Medisch order postoperatief pijnbeleid	52
7.1.2	Handovers van recovery naar afdeling	52
7.1.3	Medische coördinator op IZ.....	53
7.1.4	Multidisciplinair overleg op IZ	53
7.1.5	Resultaat van een consult.....	53
7.1.6	Transfergegevens van IZ en gespecialiseerde spoed naar de afdeling.....	53

7.1.7	Medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op afdelingen	54
7.1.8	Ontslagbeslissing na dagopname	55
7.2	Informatie aan patiënten	55
7.2.1	Beleidsdocument kind in het ziekenhuis	55
7.2.2	De aanwezigheid van ouders bij hun kind tot inductie en bij het ontwaken	56
7.2.3	Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	57
7.2.4	Informatie voor de opname.....	58
7.2.5	Preanesthesiecontact	59
7.2.6	Informatie bij ontslag.....	59
7.2.7	Beschikbare ontslaginfo.....	61

1. INLEIDING

1.1 Toezicht door Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de algemene ziekenhuizen (AZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

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.

1.2 Aanleiding van dit inspectiebezoek

Het toezicht door Zorginspectie vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers, met name indicatoren en accreditatie.

- Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals meet de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op www.zorgkwaliteit.be. Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken voor verbeteracties. Ook patiënten kunnen deze informatie gebruiken om, in overleg met een arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Meer informatie kan u terugvinden via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>
- Bij een ziekenhuisaccreditatie beoordeelt een externe organisatie in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. Ziekenhuizen kiezen vrijwillig of ze al dan niet voor accreditatie gaan.

Het toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit 2 onderling verbonden luiken: nalevingstoezicht en systeemtoezicht.

- Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen en richt zich op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht gaan we via onaangekondigde inspectie na of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt.
- Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem achter de geleverde zorg. Ziekenhuizen die vrijwillig in een accreditatietraject zijn gestapt, worden vrijgesteld van dit systeemtoezicht. Systeemtoezicht gebeurt steeds aangekondigd.

Bij het vrijwillig kiezen voor accreditatie Engageerden ziekenhuizen zich ertoe om een accreditatie te behalen tegen eind 2017. Ziekenhuizen die deze deadline niet behaalden, informeren de overheid regelmatig over de voortgang van hun accreditatietraject.

Ziekenhuizen die hun accreditatiebezoek pas plannen na 2018, krijgen bovendien bijkomend ziekenhuisbreed toezicht vanwege Zorginspectie. Vanuit haar taak rond het bewaken van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid wil Zorginspectie namelijk zicht krijgen op de effectief geleverde zorg op de werkvloer. Voor die ziekenhuizen wordt het nalevingstoezicht m.b.t. de chirurgische en de internistische patiënt uitgevoerd, aangevuld met het nagaan van een aantal relevante eisen op de andere afdelingen (die niet eerder via nalevingstoezicht werden aangedaan).

In alle ziekenhuizen wordt vanaf midden 2018 een tweede inspectieronde gepland m.b.t. het chirurgisch en internistisch zorgtraject, met als doel de aandacht van de ziekenhuizen voor kwaliteit binnen die thema's levend te houden. De elementen die nagegaan worden binnen deze tweede inspectieronde werden niet ook opgenomen binnen dit uitgebreid nalevingstoezicht, om te vermijden dat dubbel werk wordt geleverd.

1.3 Inspectiemodel

Binnen nalevingstoezicht toetst Zorginspectie de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be). Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden, controles van patiëntendossiers, controles van procedures, gesprekken met patiënten en observaties.

In ziekenhuizen die hun accreditatiebezoek pas plannen na 2018, herhaalt Zorginspectie het volledige nalevingstoezicht m.b.t. de chirurgische en de internistische patiënt (uitgevoerd in 2013-2014 en 2015-2016). Hierbij bezoeken we opnieuw de plaatsen waar zorg wordt geleverd voor de chirurgische patiënt...

- verpleegafdelingen voor chirurgische patiënten
- het chirurgisch dagziekenhuis
- het operatiekwartier met recovery
- de centrale sterilisatieafdeling (CSA).

... en voor de internistische patiënt:

- verpleegafdelingen voor internistische patiënten
- het niet-chirurgisch dagziekenhuis
- de gespecialiseerde spoedgevallendienst al dan niet met medische urgentiegroep (MUG)
- de intensieve zorgeenheden
- de apotheek.

Daarnaast gaat Zorginspectie een aantal eisen na die ook relevant zijn op andere verpleegafdelingen die vanaf 2013 niet meer werden bezocht:

- geriatrie
- psychiatrie (PAAZ)
- pediatrie
- materniteit
- NIC
- revalidatie
- palliatieve afdeling
- oncologie.

Niet op elke campus zijn al deze afdelingen aanwezig, om die reden wordt soms een beperkter aantal afdelingen bezocht. Hierdoor kan het zijn dat een aantal onderwerpen niet bevraagd worden, waardoor onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven in het verslag.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal thema's die de leidraad vormen voor de inspectie: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie zal plaatsvinden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de verbeterpunten.

Meer informatie over het toezicht van Zorginspectie in algemene ziekenhuizen is te vinden op <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/algemene-ziekenhuizen>.

1.4 Leeswijzer voor dit rapport

Dit rapport bestaat uit 7 hoofdstukken.

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van (de campus van) het ziekenhuis (hoofdstuk 2), zijn er 5 thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen.

1.5 Inspectiebezoek

Tijdens de inspectie werd een bezoek gebracht aan:

Het operatiekwartier	LOP
De recovery	LREC
De centrale sterilisatieafdeling	CSA
Het chirurgisch dagziekenhuis	LDG1
De heerkundige afdeling	LC1
De geriatrische afdeling	LC0
De revalidatieafdeling	LSPR

2. SITUERING

2.1 Erkenningen

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

Functie chirurgisch dagziekenhuis	
Functie niet-chirurgische dagziekenhuis	
C	34 bedden
D	25 bedden
G	30 bedden
Sp Locomotorisch	22 bedden
Sp Psychogeriatric	30 bedden

2.2 Sterilisatieprocessen

Sterilisatie en desinfectie activiteiten werden nagegaan op de centrale sterilisatie afdeling met de meeste activiteit (verder CSA) en op het bezochte operatiekwartier van deze campus. De CSA bevond zich op het OK.

Activiteiten rond sterilisatie en desinfectie op andere plaatsen of door een andere firma behoorden niet tot de scope van dit inspectiebezoek.

2.3 Opvang van kinderen in het ziekenhuis

De vragen over opvang van kinderen in het ziekenhuis werden op verschillende plaatsen gesteld:

- Centraal (beleid)
- Op het chirurgisch dagziekenhuis, als daar kinderen in dagopname aanwezig waren. Indien er geen kinderen aanwezig waren, werden de vragen op het pediatriesch dagziekenhuis of op de pediatrie gesteld.

3. THEMA PERSONEEL

3.1 Permanenties en bestaffing

3.1.1 Operatiekwartier

Omloopverpleegkundigen in het operatiekwartier

Werkwijze

Er werd nagekeken of er in iedere zaal waar ingrepen doorgingen een aparte omloop was aangesteld. Verder werd gecontroleerd of deze omloop een verpleegkundige was.

Vaststellingen

Aantal zalen gecontroleerd	3
Aantal omlopen	3
Aantal omlopen die verpleegkundige zijn	3
Aantal zalen met minstens één omloopverpleegkundige	3

Conclusie

In iedere zaal waar een ingreep doorgaat, is een aparte verpleegkundige omloop	Ja
--	----

Verpleegkundige permanentie in het operatiekwartier

Werkwijze

Wanneer uit de bevraging van de medewerkers bleek dat er op dit operatiekwartier ook ingrepen worden uitgevoerd buiten de normale openingsuren, werden de wachtlijsten opgevraagd van de verpleegkundigen voor het operatiekwartier om na te gaan of er steeds een omloopfunctie en een instrumentist beschikbaar zijn voor dringende ingrepen.

Indien er maar 1 operatieverpleegkundige beschikbaar is, wordt nagegaan of deze bijgestaan wordt door een ander personeelslid en of deze medewerker gekwalificeerd is of niet. Als gekwalificeerd personeel worden volgende functies weerhouden: arts, ASO, student geneeskunde of een verpleegkundige met specifieke opleiding. Zorgkundigen of logistiek personeel worden als niet gekwalificeerd personeel gezien.

Bovendien wordt nagegaan of die persoon die bijstand verleent, ook nog andere taken in het ziekenhuis heeft waardoor die niet de hele tijd beschikbaar kan zijn (algemene waak, loopwaak, MUG, spoed, IZ,...).

Vaststellingen

Er gebeuren soms dringende ingrepen buiten de normale openingsuren	Neen
Er kon een wachtlijst voorgelegd worden voor OK-verpleegkundigen.	NVT

Er zijn steeds twee operatieverpleegkundigen beschikbaar voor het operatiekwartier	NVT
--	-----

Conclusie

Er is een garantie dat er steeds minstens twee operatieverpleegkundigen beschikbaar zijn voor het operatiekwartier.	NVT
---	-----

Verpleegkundige permanentie op recovery

Werkwijze

Er werd nagegaan hoeveel patiënten er aanwezig waren op het drukste moment tijdens de inspectie van recovery en hoeveel verpleegkundigen er op hetzelfde moment op de recovery aan het werk waren.

Vaststellingen

Aantal postoperatieve patiënten op moment van de inspectie	2
Aantal verpleegkundigen op het moment van de inspectie	3

Conclusie

Er is minstens 1 verpleegkundige per 3 patiënten die herstellen van een anesthesie.	In orde
---	---------

3.1.2 CSA

CSA-verantwoordelijke

Werkwijze

Op dienstniveau werd nagegaan of er een CSA-verantwoordelijke is aangesteld.

Vaststelling

Er is een CSA verantwoordelijke aangesteld.	Ja
---	----

Conclusie

De CSA wordt aangestuurd door een CSA-verantwoordelijke.	In orde
--	---------

Aanwezigheid sterilisatiedeskundige op CSA

Werkwijze

Op de dag van inspectie worden de namen nagegaan van de aanwezige CSA-medewerkers. Deze namen worden gecheckt met de opleidingslijst van de personeelsleden om na te gaan of er op de dag van inspectie een sterilisatiedeskundige aanwezig was.

Vaststelling

Op moment van inspectie was er een sterilisatiedeskundige aanwezig op de CSA.	Ja
---	----

Conclusie

Er is een sterilisatiedeskundige aanwezig bij sterilisatie.	In orde
---	---------

3.1.3 Intensieve zorgen

Beschikbaarheid intensivist voor de functie IZ

Verpleegkundige basispermanentie en patiënt nurse ratio IZ

Verpleegkundige personeelsequipe IZ

Beschikbaarheid kinesitherapie op IZ

Beschikbaarheid psychologische ondersteuning IZ

3.1.4 Gespecialiseerde spoedgevallen

Beschikbaarheid permanentiearts op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Bestaffing triagefunctie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Oproepbare pediater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

3.1.5 Chirurgisch dagziekenhuis

Verpleegkundige permanentie op het chirurgische dagziekenhuis

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werd de personeelslijst met namen en opleiding van de verpleegkundigen (bachelor of niet) en de uurrooster voor de verpleegkundige permanentie opgevraagd. Op basis hiervan werd voor vier controlemomenten nagegaan of een bachelor verpleegkundige aanwezig was op het chirurgisch dagziekenhuis: op de dag van inspectie en op de vorige werkdag van het dagziekenhuis, telkens tijdens de ochtend- en de avonddienst.

Vaststellingen

Controlemomenten:	Bachelor in de verpleegkunde aanwezig
Ochtendshift dag van inspectie	Ja
Avondshift dag van inspectie	Ja
Ochtendshift vorige werkdag	Ja
Avondshift vorige werkdag	Ja

Conclusie

Er was tijdens alle controlemomenten een bachelor in de verpleegkunde aanwezig op het chirurgisch dagziekenhuis.	In orde
--	---------

Bachelor pediatrische verpleegkundige op het chirurgisch dagziekenhuis

Werkwijze

Op de personeelslijst van het chirurgisch dagziekenhuis waar kinderen worden opgenomen voor dagingrepen werd nagegaan hoeveel VTE bachelor pediatrisch verpleegkundigen de personeelsequipe telt.

Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een bachelor verpleegkundige in de pediatrie nagegaan.

Vaststellingen

Aantal VTE bachelors in de pediatrie die deel uitmaken van de personeelsequipe van het chirurgisch dagziekenhuis	1.5 VTE
Op de dag van inspectie waren er kinderen opgenomen op het chirurgisch dagziekenhuis.	Ja
Er was een bachelor verpleegkundige in de pediatrie aanwezig in het dagziekenhuis.	Neen

Conclusie

Op het moment dat er kinderen aanwezig waren voor dagingrepen, was er een bachelor in de pediatrie aanwezig	Niet in orde
---	--------------

Aanwezigheid pediater op vestigingsplaats waar dagingrepen bij kinderen gebeuren

Werkwijze

Indien op de dag van inspectie kinderen waren opgenomen voor dagingrepen, dan werd de aanwezigheid van een pediater op de vestigingsplaats nagegaan. De pediater werd telefonisch gecontacteerd met de vraag waar hij zich bevond. Dit werd door observatie ter plaatse gecontroleerd door de inspecteur.

Vaststellingen

Op de dag van inspectie waren er kinderen opgenomen voor dagingrepen	Ja
Er was een pediater op de vestigingsplaats aanwezig.	Ja

Conclusie

Op het moment dat er kinderen aanwezig waren voor dagingrepen, was er een pediater aanwezig op de campus	In orde
--	---------

3.2 Inscholing en vorming

3.2.1 Inscholingsplan

Werkwijze

Op het operatiekwartier en recovery werd het dienstspecifiek inscholingsplan voor de medewerkers opgevraagd en gecontroleerd op de aanwezigheid van een tijdsplan. Daarnaast werd aan verpleegkundigen, die recent op deze afdelingen waren komen werken, gevraagd of ze een inscholingsdocument gebruikten of gebruikt hadden.

Vaststellingen

	Inscholingsplan	Tijdsplan
Operatiekwartier	Ja	Ja
Recovery	Ja	Ja

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen die een inscholingsplan gebruikten
Operatiekwartier	2	2
Recovery	1	1
TOTAAL	3	3

Conclusie

Aantal gecontroleerde diensten	2
Aantal diensten met een inscholingsplan met tijdsplan	2
Aantal diensten niet in orde	0
Aantal met inscholingsplan maar zonder tijdsplan	0
Aantal zonder inscholingsplan	0

Aantal gecontroleerde nieuwe verpleegkundigen die een inscholingsplan gebruikten	3/3
--	-----

3.2.2 Permanente specifieke opleiding verpleegkundigen

Werkwijze

Op de diensten operatiekwartier en recovery werd er gepeild of verpleegkundigen specifieke opleiding blijven volgen in het kader van levenslang leren. Er werd aan verpleegkundigen, langer dan 2 jaar werkzaam op de dienst en het voorbije jaar niet langdurig afwezig, gevraagd naar hun permanente vorming. Zowel interne als externe vorming werd meegerekend. Er werd gevraagd of zij gedurende het laatste jaar een opleiding gevolgd hebben over specifieke onderwerpen die verband houden met de dienst waar ze werken.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal met specifieke opleiding laatste jaar
OK	2	2
Recovery	2	1
TOTAAL	4	3

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die het laatste jaar specifieke opleiding volgden	3/4
---	-----

3.2.3 Opleiding pijnbeleid voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op de bezochte heelkundige en geriatrische afdeling, op het chirurgisch dagziekenhuis en op recovery werd aan een aantal verpleegkundigen gevraagd of ze een specifieke opleiding over pijn gekregen hadden gedurende de voorbije 5 jaar.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met een specifieke opleiding over pijn gedurende de voorbije 5 jaar
LC1	2	2
LC0	2	2
Chirurgisch dagziekenhuis	2	2
Recovery	1	1
TOTAAL	7	7

Conclusie

Aantal bevraagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over pijn volgden	7/7
---	-----

3.2.4 Opleiding transfusie voor verpleegkundigen

Werkwijze

Op het operatiekwartier, de recovery, op de bezochte heelkundige en geriatrische afdelingen werd aan een aantal verpleegkundigen gevraagd of ze een opleiding hadden gevolgd over het toedienen van bloed en bloedderivaten gedurende de voorbije 5 jaar.

Vaststellingen

	Aantal bevroagde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met een specifieke opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten gedurende de voorbije 5 jaar
Operatiekwartier	2	1
Recovery	1	0
LC1	2	2
LC0	2	2
TOTAAL	7	5

Conclusie

Aantal bevroagde verpleegkundigen die de voorbije 5 jaar een specifieke opleiding over het toedienen van bloed en bloedderivaten volgden	5/7
--	-----

3.2.5 Opleiding reanimatie voor verpleegkundigen

Basisopleiding reanimatie voor verpleegkundigen (BLS)

Werkwijze

Op de afdeling geriatrie en de chirurgische afdeling werd nagevraagd welke verpleegkundigen langer dan 2 jaar op het dagziekenhuis zijn tewerkgesteld en niet langdurig afwezig waren in voorbije periode. Van deze verpleegkundigen werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie konden aantonen in de voorbije 2 jaar of ze in bezit zijn van een attest waarvan de geldigheidsduur nog niet verstreken is en dat 5 jaar geldig is.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	Aantal verpleegkundigen met basisopleiding reanimatie of met een geldig attest
LC0	16	14
LC1	18	18
TOTAAL	34	32

Conclusie

Aantal bevroegde verpleegkundigen die de voorbije twee jaar een basisopleiding reanimatie volgden of in het bezit waren van een geldig attest	32/34
---	-------

Doorgedreven opleiding reanimatie voor verpleegkundigen (ALS)

3.2.6 Opleiding CSA

Opleiding vaste medewerkers op CSA

Werkwijze

Om het opleidingsniveau en de vorming van de vaste CSA-medewerkers na te gaan werd een personeelslijst opgevraagd met het opleidingsniveau (middelbaar of hoger onderwijs) en de behaalde externe opleiding betreffende sterilisatie (externe basisopleiding of externe gevorderde opleiding).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde personeelsleden	14
Aantal met minimaal een diploma van secundair onderwijs	14

Conclusie

Alle vaste medewerkers op CSA hebben minimaal een diploma secundair onderwijs	In orde
---	---------

Opleiding sterilisatietechnieken voor de vaste medewerkers op CSA

Werkwijze

Om het opleidingsniveau en de vorming van de vaste CSA-medewerkers na te gaan werd een personeelslijst opgevraagd met het opleidingsniveau (middelbaar of hoger onderwijs) en de behaalde externe opleiding betreffende sterilisatie (externe basisopleiding of externe gevorderde opleiding).

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde personeelsleden	14
Aantal met basisopleiding sterilisatie	12

Conclusie

Alle vaste medewerkers op CSA hebben minimaal een basisopleiding sterilisatietechnieken.	Niet in orde
--	--------------

Opleiding sterilisatietechnieken voor de CSA-verantwoordelijke

Werkwijze

Aan de hand van de opgevraagde personeelslijst gaat men de externe specifieke gevorderde opleiding en de jaren dienstervaring van de CSA-verantwoordelijke na.

Vaststellingen

De CSA-verantwoordelijke heeft een externe specifieke gevorderde opleiding in de sterilisatie.	Ja
Aantal jaren ervaring op CSA	4,5

Conclusie

De CSA verantwoordelijke heeft een externe specifieke gevorderde opleiding in de sterilisatie	In orde
---	---------

Opleiding occasioneel personeel op CSA

Werkwijze

Op de CSA wordt bevraagd welke occasionele personeelsleden ingezet worden, welke taken ze uitvoeren en of ze voor die beperkte taken een specifieke opleiding hebben gekregen.

Vaststellingen

Er worden occasioneel personeelsleden vanuit OK ingezet op CSA	Neen
Zij hebben een beperkt aantal taken die ze mogen uitvoeren	NVT
Zij hebben een specifieke opleiding gekregen voor de beperkte taken	NVT

Conclusie

Alle occasioneel ingezette personeelsleden op CSA hebben beperkte taken waarvoor ze specifiek opgeleid zijn	NVT
---	-----

4. THEMA VEILIGE ZORG

4.1 Procedures en voorschriften

4.1.1 Procedure SSCL = Safe Surgery Checklist

Werkwijze

Aan een leidinggevende van het operatiekwartier werd gevraagd of er een safe surgery checklist in gebruik is. De procedure voor het gebruik van de safe surgery checklist werd opgevraagd. In deze procedure werden volgende aspecten nagegaan:

- Is er een time-out beschreven (met vermelding van de aanwezigheid van de anesthesist, de chirurg en de instrumenterende verpleegkundige tijdens de time-out en de korte stop voor het insnijden om de vragen te stellen)
- Is er een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de checklist.

Vaststellingen

Er is een SSCL in gebruik	Ja
De procedure SSCL kon voorgelegd worden	Ja
De "Time out" is beschreven (inclusief de aanwezigen en de korte stop)	Neen
Er is een verantwoordelijke aangeduid voor het invullen van de SSCL	Ja

Conclusie

Er is een procedure SSCL en alle gecontroleerde aspecten zijn hierin beschreven.	Niet in orde
--	--------------

4.1.2 Implementatiegraad SSCL = Safe Surgery Checklist

Werkwijze

Er werd op het operatiekwartier gevraagd naar de implementatiegraad van het gebruik van de checklist (uitgedrukt in aantal chirurgen en anesthesisten die SSCL gebruikten t.o.v. het totaal aantal chirurgen en anesthesisten op de vestigingsplaats).

Er werd ook gevraagd hoeveel versies er in gebruik zijn van de safe surgery checklist. De gebruikte safe surgery checklists werden opgevraagd en ingekeken. Er werd nagegaan hoeveel van de 19 vragen die door de WHO vooropgesteld worden, in de checklist vermeld staan.

Vaststellingen

Aantal chirurgen en anesthesisten actief op het operatiekwartier	65
Aantal chirurgen en anesthesisten die een SSCL gebruiken	40

Aantal SSCL die in gebruik zijn	3
Aantal met alle 19 vragen	0
Aantal met minder vragen	3
Aantal SSCL met 18 van de 19 vragen	3

Opmerking: in de SSCL ontbreekt de vraag 'de chirurg vermeldt het te verwachten bloedverlies'.

Conclusie

Aantal chirurgen en anesthesisten die een SSCL gebruiken	40/65
Aantal gecontroleerde SSCL die de 19 vragen van de WHO omvatten	0/3

4.1.3 Procedure bloedtransfusie

Werkwijze

Aan medewerkers van het ziekenhuis werd gevraagd om de procedure bloedtransfusie op te zoeken en klaar te leggen voor inzage door de inspecteurs.

Een eerste eis is dat er een procedure bloedtransfusie is.

Daarnaast werden er ook inhoudelijk een aantal aspecten gecontroleerd:

- Is er beschreven dat de parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) moeten genomen worden voor, tijdens en na de toediening van het bloed?
- Zijn er specifieke richtlijnen voor bloedtoediening perioperatief?
- Zijn er specifieke richtlijnen voor bloedtoediening bij kinderen?
- Is er een procedure voor de melding van transfusiereacties?

Vaststellingen

De procedure bloedtransfusie kon voorgelegd worden.	Ja
Er is beschreven dat de parameters voor, tijdens en na de toediening genomen worden.	Ja
Er zijn specifieke richtlijnen voor bloedtoediening perioperatief.	Ja
Er zijn specifieke richtlijnen voor bloedtoediening bij kinderen.	Ja
Er is een procedure voor de melding van transfusiereacties.	Ja

Conclusie

Er is een procedure bloedtransfusie en alle gecontroleerde aspecten zijn hierin beschreven.	In orde
---	---------

4.1.4 Voorschriften voor bloed en bloedproducten

4.1.5 Behandeling van intoxicaties

4.2 Medicatieveiligheid

4.2.1 Procedure hoogrisicomedicatie

4.2.2 Bewaring hoogrisicomedicatie

Werkwijze

Op de chirurgische verpleegafdeling en de afdeling geriatrie werd de bewaring van 2 hoog-geconcentreerde elektrolytenoplossingen gecontroleerd:

- Kaliumchloride (KCl)
- Hypertone Natriumchloride (NaCl)

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er een specifieke labeling was en/of ze apart van de niet-hoog-risico-medicatie werd bewaard.

Vaststellingen

	Specifiek label of apart bewaard	
	KCl	NaCl
LC1	Ja	NVT
LC0	Ja	NVT

Conclusie

Alle gecontroleerde hoogrisicomedicatie werd op een veilige manier bewaard.	In orde
---	---------

4.2.3 Zicht op medicatieschema's door apotheker

4.2.4 Gegevens op medicatievoorschriften voor specialiteiten

4.2.5 Gegevens op medicatievoorschriften voor verdoving

4.2.6 Medisch order voor medicatietoediening

Werkwijze

Op de bezochte chirurgische afdeling en de afdeling geriatrie werd gezocht naar het medisch order voor toediening van medicatie via infusen met toegevoegde medicatie of inspuitbare medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair).

Volgende mogelijkheden werden goedgekeurd als medisch order: ondertekende medicatieschema's, elektronisch door een arts ingevoerde of gevalideerde medicatie, door een arts geschreven of ondertekende medische orders en staande orders met een verwijzing ernaar in het patiëntendossier door een arts.

Vaststellingen

Afdeling	Aantal gecontroleerde medicatie	Aantal met medisch order	Aantal zonder medisch order
LC1	3	3	0
LC0	2	2	0
TOTAAL	5	5	0

Conclusie

Aantal gecontroleerde medicatie met een medisch order.	5/5
--	-----

4.2.7 Gegevens op medicatie

Werkwijze

Op de geriatrie afdeling en de revalidatieafdeling werden verschillende soorten medicatie gecontroleerd. Het ging (afhankelijk van de afdeling) om klaargezette medicatie, medicatie uit de patiëntenvoorraad of de afdelingsstock en medicatie in de reanimatiekar.

De aanwezigheid van volgende items werd gecontroleerd:

- Naam geneesmiddel
- Dosisaanduiding
- Vervaldatum

Er werd bovendien nagegaan of de vervaldatum niet overschreden was.

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
		alle gegevens	ontbrekende gegevens	zonder gegevens
LCO	10	10	0	0
LSPR	10	10	0	0
TOTAAL	20	20	0	0

Details over de vervaldata:

Aantal gecontroleerde geneesmiddelen	In orde	Niet in orde	
	Vervaldatum niet overschreden	Vervaldatum overschreden	Vervaldatum afwezig of onleesbaar
20	20	0	0

Conclusie

Aantal medicatie met alle gecontroleerde gegevens	20/20
Aantal medicatie met een leesbare, niet overschreden vervaldatum	20/20

4.3 Materiaal

4.3.1 Controle reanimatiekar voor interne MUG

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke interne reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar moeten minimaal maandelijks gecontroleerd worden en ook bij elke verbreking van het zegel. Deze controle moet geregistreerd worden.

Er werd tijdens de inspectie nagegaan:

- Of er een interne MUG reanimatiekar was op de campus
- Of de interne reanimatiekar verzegeld was
- Of er in de loop van de laatste maand minstens 1 controle op de inhoud werd geregistreerd.

Vaststellingen

Er is een reanimatiekar voor interne MUG op de campus	Ja
De gecontroleerde reanimatiekar was verzegeld	Ja
Er was de laatste maand een controle van het materiaal doorgedaan en geregistreerd.	Ja

Conclusie

De interne reanimatiekar was verzegeld en de laatste maand gecontroleerd.	In orde
---	---------

4.3.2 Validatie van wasmachines

Werkwijze

Op de CSA werden de validatieattesten voor alle wasmachines nagegaan.

Er werd gecontroleerd of men beschikte over een validatieattest van minder dan 12 maanden oud.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde wasmachines	Aantal wasmachines met een geldige validatie van minder dan 1 jaar
3	3

Conclusie

Aantal wasmachines met een geldig validatieattest van minder dan 1 jaar.	3/3
--	-----

4.3.3 Validatie van autoclaven

Werkwijze

Op de CSA en OK werden de validatieattesten voor alle autoclaven nagegaan.

Er werd gecontroleerd of men beschikte over een validatieattest van minder dan 12 maanden oud.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde autoclaven	Aantal autoclaven met een geldige validatie van minder dan 1 jaar
CSA	2	2
TOTAAL	2	2

Conclusie

Aantal autoclaven met een geldig validatie attest van minder dan 1 jaar	2/2
---	-----

4.3.4 Controletesten van de autoclaven

Werkwijze

Bij alle autoclaven opgesteld op de CSA en OK werd nagegaan of er controletesten gebeuren.

Volgende testen werden gecontroleerd:

- Werden er voor de laatste 3 cycli controletesten i.v.m. druk en temperatuur bijgehouden?
- Gebeurde er voor de laatste 3 werkdagen een Bowie en Dicktest?
- Gebeurt er wekelijks een vacuümlekttest?

Vaststellingen

CSA/OK	Aantal gecontroleerde testen	Aantal uitgevoerde testen
Controletesten bij elke cyclus	6	6
Dagelijkse Bowie & Dick test	6	6
Wekelijkse vacuümlekttest	2	2

Aantal gecontroleerde autoclaven	2
Aantal autoclaven waarbij de 3 testen worden uitgevoerd	2
Aantal autoclaven waarbij 1 soort test van de 3 ontbreekt	0
Aantal autoclaven waarbij 2 of meer soorten testen van de 3 ontbreken	0

Conclusie

Aantal uitgevoerde noodzakelijke testen.	14/14
--	-------

4.3.5 Dagelijkse sealchecks bij de sealapparaten

Werkwijze

De opgestelde sealapparaten op CSA worden gecheckt op een dagelijkse sealcheck.

Deze check gebeurt door de controle van de testlaminaten (in het logboek) voor de laatste 2 werkdagen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde sealapparaten	2
Aantal waarbij de sealtests dagelijks wordt uitgevoerd	2
Aantal waarbij de sealtest niet dagelijks wordt uitgevoerd	0

Conclusie

Aantal sealapparaten met dagelijkse sealtest	2/2
--	-----

4.3.6 Controle en onderhoud van medisch materiaal

Werkwijze

Op het operatiekwartier werd de preventieve controle (onderhoud en controle) nagegaan van een aantal medische toestellen:

- Anesthesietoestellen: om de 12 maanden

Vaststellingen

ANESTHESIETOESTELLEN

	Aantal gecontroleerde anesthesietoestellen	in orde	niet in orde	
		controle in laatste 12 maanden	controle meer dan 12 maanden geleden	Geen controle aantoonbaar
Operatiekwartier	3	3	0	0

Conclusie

Aantal anesthesietoestellen met laatste preventieve onderhoud de voorbije 12 maanden	3/3
--	-----

4.3.7 Materiaal MUG-wagen

4.3.8 Materiaal specifiek voor kinderen

4.4 Infrastructuur

4.4.1 Aparte ruimte voor kinderen op OK en recovery

Werkwijze

Er werd bij het personeel van het operatiekwartier nagevraagd of er al dan niet kinderen in het operatiekwartier geopereerd worden.

Indien er kinderen geopereerd worden, werd nagegaan of er in het operatiekwartier een aparte ontvangstruimte voorzien is voor kinderen en of kinderen er visueel afgeschermd kunnen worden van volwassen patiënten.

Indien kinderen tijdens de inspectiedag stonden te wachten op een ingreep, werd geobserveerd of ze allemaal visueel afgescheiden waren van volwassenen.

Indien er in het operatiekwartier kinderen geopereerd werden, werd er in de recovery nagegaan of er een aparte ruimte voorzien is voor kinderen en of kinderen er visueel afgeschermd kunnen worden van volwassen patiënten.

Indien er tijdens de inspectiedag kinderen aanwezig waren op recovery, werd geobserveerd of ze visueel afgescheiden waren van volwassenen.

Vaststellingen

Er worden kinderen geopereerd in het bezochte operatiekwartier	Ja
Er zijn kinderen aanwezig in de ontvangstruimte tijdens de inspectie	Neen
Er zijn kinderen aanwezig in recovery tijdens de inspectie	Ja

	Aparte ruimte voor kinderen	Kinderen kunnen visueel afgescheiden worden van volwassen patiënten
Ontvangstruimte operatiekwartier	Neen	Ja
Recovery	Neen	Ja

	Aantal kinderen aanwezig	Aantal kinderen die visueel afgeschermd waren van volwassen patiënten
Ontvangstruimte operatiekwartier	0	NVT
Recovery	1	1
TOTAAL	1	1

Conclusie

De infrastructuur van OK en recovery laat visuele afscherming van de kinderen toe	In orde
Aantal kinderen die visueel afgeschermd zijn van de volwassen patiënten	1/1

4.4.2 De ontvangstruimte van het operatiekwartier

Werkwijze

Bij het bezoek aan het operatiekwartier werd nagegaan hoe het toezicht op patiënten in de ontvangstruimte georganiseerd wordt. Er werd gecontroleerd:

- of er iemand permanent toezicht hield als er patiënten in de ontvangstruimte stonden te wachten.
- of dit toezicht gebeurde door iemand met minstens de graad van verpleegkundige indien het ging om gepremediceerde patiënten.
- of er een oproepsysteem aanwezig was in de ruimte.

Vaststellingen

Er is permanent toezicht op patiënten in de ontvangstruimte	Ja
Er zijn gepremediceerde patiënten in de ontvangstruimte	Neen
Het toezicht gebeurt door een persoon met minstens de graad van verpleegkundige	NVT
Er is een oproepsysteem in de ontvangstruimte van het operatiekwartier	Ja

Conclusie

Er is permanent toezicht op patiënten in de ontvangstruimte	In orde
Het toezicht op gepremediceerde patiënten in de ontvangstruimte van het operatiekwartier gebeurt door een persoon met minstens de graad van verpleegkundige	NVT
Er is een oproepsysteem in de ontvangstruimte van het operatiekwartier	In orde

4.4.3 Kamers op de eenheid voor intensieve zorg

4.4.4 Afzonderingskamers

4.4.5 Beveiliging ramen

Werkwijze

Op de geriatrie afdeling, die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevond, werd telkens in een aantal ruimtes nagegaan of de ramen beveiligd waren. Hiervoor werden steeds de ramen van de gang, ramen van een voor patiënten toegankelijke berging en ramen van patiëntenkamers gecontroleerd.

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

Vaststellingen

Naam afdeling	Aantal ruimtes gecontroleerd	Aantal ruimtes met alle ramen beveiligd	Aantal ruimtes met niet alle ramen beveiligd
LCO	5	4	1
TOTAAL	5	4	1

Conclusie

Aantal gecontroleerde ruimtes met beveiligde ramen	4/5
--	-----

4.5 Patiëntveiligheid

4.5.1 Veilig transport van patiënten

Werkwijze

Op de geriatrie-afdeling, het operatiekwartier en recovery werd het transport geobserveerd van patiënten die vervoerd werden op een brancard of in een bed. Er werd nagegaan of tijdens transport de bedsponden omhoog waren of de patiënt was vastgemaakt met een riem.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde transporten	Aantal veilige transporten	Aantal onveilige transporten
LC0	0	NVT	NVT
Operatiekwartier	3	3	0
Recovery	1	1	0
TOTAAL	4	4	0

Conclusie

Aantal veilige transporten van patiënten	4/4
--	-----

4.5.2 Vervaldatum steriele sets

4.5.3 Traceerbaarheid sets tot op setniveau

Werkwijze

De implementatiegraad van tracering tot op setniveau wordt in de steriele berging op het operatiekwartier en CSA nagegaan.

In beide bezochte steriele bergingen worden verpakkingen (sets en individueel verpakte instrumenten) gecheckt op volgende gegevens inzake traceerbaarheid:

- Inhoud (= naam van het pakket of code die de inhoud weergeeft)
- Sterilisatiedatum (= op welke datum werd het pakket gesteriliseerd)
- Expiratiedatum (= kan ook kleurcode of vast aantal maanden na sterilisatiedatum zijn)
- Lotnummer / laadnummer (= van welke lading in welke autoclaaf het pakket zat)

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde sets	Aantal sets in orde	Aantal sets niet in orde
Operatiekwartier	5	5	0
CSA	0	NVT	NVT
TOTAAL	5	5	0

Conclusie

Aantal instrumentensets met alle gegevens om een traceerbaarheid tot op niveau van de set te verwezenlijken.	5/5
--	-----

4.5.4 Identificatie weefselstalen operatiekwartier

Werkwijze

In een steekproef van weefselstalen op het operatiekwartier werd gecheckt of de patiëntenidentificatie sluitend was en of er dus minimum volgende gegevens waren vermeld:

- de naam
- de voornaam
- de geboortedatum of het dossiernummer

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde weefselstalen	Aantal weefselstalen met alle gegevens	Aantal weefselstalen met ontbrekende gegevens
2	2	0

Conclusie

Aantal weefselstalen met alle gecontroleerde gegevens	2/2
---	-----

4.6 Dossier

4.6.1 SSCL in dossier

Werkwijze

In een steekproef van patiëntendossiers op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte heelkundige afdeling van patiënten die een electieve ingreep ondergingen werd de safe surgery checklist gecontroleerd. Er werd nagegaan of de checklist in het dossier aanwezig was en of alle vragen van de specifieke checklist ingevuld waren.

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal met SSCL	Aantal met volledig ingevulde SSCL
Chirurgisch dagziekenhuis	10	10	9
LCO	1	1	1
TOTAAL	11	11	10

Conclusie

Aantal dossiers van patiënten die een electieve ingreep ondergingen, met een volledig ingevulde SSCL	10/11
--	-------

4.6.2 Patiënten-identificatie in dossier

Werkwijze

Er werd een dossiercontrole gedaan op de afdeling geriatrie en de revalidatieafdeling. Hierbij werd de aanwezigheid van de identificatieparameters op volgende infobronnen gecheckt: medicatieschema, verpleegkundige anamnese en parameterblad. Minimum moesten volgende gegevens aanwezig zijn:

- de naam
- de voornaam
- de geboortedatum of het dossiernummer

Vaststellingen

	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers met alle gegevens	Aantal dossiers met ontbrekende gegevens
LCO	5	5	0
LSPR	5	5	0
TOTAAL	10	10	0

Conclusie

Aantal patiëntendossiers met op alle infobronnen de nodige patiëntidentificatiegegevens	10/10
---	-------

5. THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

5.1 Procedures en afspraken

5.1.1 Formele afspraken preoperatieve gegevens

Werkwijze

Op het operatiekwartier werd het document opgevraagd waarin formeel is vastgelegd welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens (anamnese, klinisch onderzoek en resultaten van eventuele consulten en onderzoeken).

Vaststelling

In de schriftelijke afspraken staat vermeld welke arts verantwoordelijk is voor het verzamelen en beoordelen van de preoperatieve gegevens	Ja
--	----

Conclusie

De afspraken over het verzamelen en beoordelen van de pre operatieve gegevens zijn formeel vastgelegd.	In orde
--	---------

5.1.2 Werkvoorschriften van toestellen op CSA

Werkwijze

Op de CSA worden de werkvoorschriften voor de bediening van de toestellen opgevraagd voor:

- het bedienen van wasmachines
- het inpakken van instrumentensets
- het beladen en bedienen van de autoclaven

Hierbij is het de bedoeling dat deze kunnen voorgelegd worden door de aanwezige medewerker(s).

Vaststellingen

De werkvoorschriften konden door de aanwezige medewerker voorgelegd worden voor:	
het bedienen van de wasmachines	Ja
het inpakken van de instrumentensets	Ja
het beladen en het bedienen van de autoclaven	Ja

Conclusie

Voor alle gecontroleerde toestellen konden er werkvoorschriften voorgelegd worden door de aanwezige medewerker.	In orde
---	---------

5.1.3 Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten

Werkwijze

De meetmethode voor pijn moet aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Door bevraging van het personeel werd op de afdeling geriatrie en recovery nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten (comateuze patiënten, gesedeerde patiënten, afasiepatiënten, ...).

Vaststellingen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor niet-communicatieve patiënten gebruikt
LCO	Ja
Recovery	Ja

Conclusie

Aantal afdelingen die een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten gebruiken	2/2
--	-----

5.1.4 Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen

Werkwijze

De meetmethode voor pijn moet aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Door bevraging van het personeel werd op het chirurgisch dagziekenhuis en recovery nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij kinderen. Er worden 3 leeftijden onderscheiden:

- baby's/peuters,
- kleuters
- oudere kinderen.

Vaststellingen

	Er wordt een specifieke meetmethode voor baby's/peuters gebruikt
Chirurgisch dagziekenhuis	Ja
Recovery	Ja

	Er wordt een specifieke meetmethode voor kleuters gebruikt
Chirurgisch dagziekenhuis	Ja
Recovery	Ja

	Er wordt een specifieke meetmethode voor oudere kinderen gebruikt
Chirurgisch dagziekenhuis	Ja
Recovery	Ja

Conclusie

Aantal afdelingen die een specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen aangepast aan de leeftijdsgroep gebruiken	2/2
---	-----

5.1.5 Triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

5.1.6 Informed consent formulieren voor ingrepen bij kinderen

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werden de beschikbare formulieren voor informed consent voor ingrepen bij kinderen opgevraagd. In deze informed consentformulieren werd nagekeken of hierin informatie terug te vinden is over de ingreep of verwezen wordt naar schriftelijke info die over de ingreep beschikbaar is.

Vaststellingen

Aantal gebruikte informed consentformulieren voor ingrepen bij kinderen	2
Aantal met info over de ingreep of een verwijzing naar schriftelijke info	0
Aantal zonder info over de ingreep of een verwijzing naar schriftelijke info	2

Conclusie

Alle gebruikte informed consent formulieren die gebruikt worden voor ingrepen bij kinderen, bevatten informatie over de ingreep of verwijzen naar schriftelijke info over de ingreep.	Niet in orde
---	--------------

5.2 Standaardisatie in het patiëntendossier

5.2.1 Informed consent

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werd in een dossiersteekproef bij kinderen die een electieve ingreep ondergingen, nagekeken of er in het patiëntendossier een schriftelijke toestemming van de ouders/wettelijk vertegenwoordiger was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	5
Aantal met schriftelijke toestemming	5

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers van kinderen die een electieve ingreep ondergingen bevatten een schriftelijke toestemming van de ouders / wettelijk vertegenwoordiger	In orde
--	---------

5.2.2 Dossiergegevens op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

5.2.3 DNR-code

5.2.4 Bloedtransfusie

Werkwijze

Er werden centraal dossiers opgevraagd van patiënten die een transfusie van bloed of een bloedproduct gekregen hadden. De dossiers werden gecontroleerd op de aanwezigheid van:

- Tijdstip van begin en einde transfusie
- Toediener
- Parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) voor toediening, 5-15 minuten na start, na toediening en bij transfusiereactie

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	8
Aantal volledig in orde	4
Aantal niet in orde	4
Aantal met transfusiereactie	0

Details van de ontbrekende gegevens:

Aantal zonder startuur van transfusie	0
Aantal zonder stopuur van transfusie	4
Aantal zonder toediener	0
Aantal met niet alle parameters voor de start van de transfusie	1
Aantal met niet alle parameters 5-15 minuten na start	1
Aantal met niet alle parameters na het beëindigen van de transfusie	0
Aantal met transfusieractie en niet alle parameters	NVT
Aantal dossiers waarin de 3 parameters tijdens de transfusie ontbreken	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle vereiste gegevens	4/8
--	-----

5.2.5 Registratie van afzonderingen

6. THEMA HYGIËNE

6.1 Operatiekwartier en CSA

6.1.1 Toegangsbeveiliging operatiekwartier

Werkwijze

Vooraleer zich aan te melden aan de ingang van het operatiekwartier, keek de inspecteur na of de toegang tot het operatiekwartier beveiligd was (via een badgelezer, codesysteem, ...). Tijdens de rondgang werden ook andere toegangen gecontroleerd.

Vaststellingen

Er is een beveiligingssysteem voorzien aan de hoofdingang	Neen
De toegangsbeveiliging van het operatiekwartier is sluitend	Neen

Details van niet sluitende toegangsbeveiliging:

De deuren van de hoofdingang worden onmiddellijk geopend bij het duwen op de knop	Ja
---	----

Conclusie

Alle gecontroleerde toegangen tot het operatiekwartier zijn beveiligd	Niet in orde
---	--------------

6.1.2 Gesloten deuren operatiezalen

Werkwijze

Er werd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier geobserveerd of er deuren van de operatiezalen bleven openstaan terwijl er een ingreep bezig was.

Vaststellingen

Aantal zalen waar er een ingreep doorging	3
Aantal zalen met open deur	0

Conclusie

Alle deuren van de operatiezalen waar een ingreep bezig was, waren gesloten	In orde
---	---------

6.1.3 Richtlijnen kledijvoorschriften operatiekwartier

Werkwijze

Het document waarin de kledijvoorschriften voor het operatiekwartier beschreven zijn, werd opgevraagd. Er werd nagegaan of volgende essentiële elementen in deze richtlijnen zijn opgenomen:

- Specifieke operatiekledij met korte mouwen
- Muts in operatiekwartier
- Mond- en neusmasker in operatiezaal vanaf het moment dat het steriel veld open gaat
- Mondneusmasker na elke operatie vervangen

Vaststellingen

De richtlijnen voor kledijvoorschriften in het operatiekwartier konden voorgelegd worden	Ja
“Specifieke operatiekledij met korte mouwen” is beschreven	Ja
“Muts in operatiekwartier” is beschreven	Ja
“Mondneusmasker in operatiezaal vanaf het moment dat het steriele veld opengaat” is beschreven	Ja
“Mondneusmasker na elke operatie vervangen” is beschreven	Neen

Conclusie

De kledijvoorschriften voor het operatiekwartier zijn beschreven en het document bevat alle gecontroleerde elementen	Niet in orde
--	--------------

6.1.4 Aangepaste kledij voor medewerkers in het operatiekwartier

Werkwijze

De kledij van een aantal medewerkers (buiten de zalen) van het operatiekwartier werd tijdens de rondgang geobserveerd. Meer bepaald werd nagekeken of ze specifieke werkkledij en een muts droegen.

Er werd nagegaan of de specifieke werkkledij bestond uit een broek en een vestje met korte mouwen en manchetten aan armen en benen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde medewerkers	5
Aantal in orde (met specifieke kledij en muts)	5
Aantal zonder specifieke kledij	0
Aantal zonder muts	0

Conclusie

Alle gecontroleerde medewerkers droeg aangepaste kledij en muts	In orde
---	---------

6.1.5 Aangepaste kledij voor occasionele gebruikers van het operatiekwartier

Werkwijze

De inspecteur beschouwde zichzelf tijdens het bezoek als een occasionele gebruiker van het operatiekwartier. De inspecteur ging op deze manier na of er aangepaste kledij voorzien wordt voor occasionele gebruikers.

Vaststelling

Er wordt aangepaste kledij voorzien voor occasionele gebruikers	Ja
---	----

Conclusie

Occasionele gebruikers van het operatiekwartier kunnen gebruik maken van specifieke kledij.	In orde
---	---------

6.1.6 Aangepaste kledij voor medewerkers in de operatiezalen

Werkwijze

De medewerkers die in een operatiezaal bezig waren terwijl een steriel veld geopend was, werden geobserveerd. Er werd van op afstand gekeken of alle aanwezigen een mondneusmasker droegen.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde zalen (met open steriel materiaal)	3
Aantal zalen waar alle medewerkers een mondneusmasker dragen	3

Conclusie

Alle medewerkers in een operatiezaal met open steriel veld droegen een mondneusmasker	In orde
---	---------

6.1.7 Infrastructuur van rubruimtes

Werkwijze

Tijdens de rondgang op het operatiekwartier werden de ruimtes waar men aan chirurgische handontsmetting doet, gecontroleerd op volgende aspecten:

- of de rubruimte aansluitend is aan de operatiezaal
- of er een automatische deur is tussen de rubruimte en de operatiezaal
- of er een instelbare klok aanwezig is

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde rubruimtes	3
Aantal met alles in orde	3

Conclusie

Aantal rubruimtes die voldoen aan de drie gecontroleerde eisen	3/3
--	-----

6.1.8 Procedure chirurgische handontsmetting op OK

Werkwijze

De richtlijnen betreffende chirurgische handontsmetting werden opgevraagd tijdens het bezoek aan het operatiekwartier. In deze richtlijn werd nagegaan of volgende onderwerpen vermeld zijn:

- hygiënische handwassing bij het begin van een shift
- het gebruik van handalcohol
- de techniek van het inwrijven (rubbing, volgorde, hoeveelheid alcohol, contacttijd)

Vaststellingen

De richtlijnen voor chirurgische handontsmetting konden voorgelegd worden	Ja
Hygiënische handwassing bij begin van een shift wordt beschreven	Ja
Gebruik van handalcohol wordt beschreven	Ja
Techniek van rubbing wordt volledig beschreven	Ja

Conclusie

De richtlijnen voor chirurgische handontsmetting zijn beschreven en het document bevat alle gecontroleerde elementen	In orde
--	---------

6.1.9 Chirurgische handontsmetting bij medewerkers in het operatiekwartier

Werkwijze

Er werd bij de rondgang in het operatiekwartier gecontroleerd of men steeds de techniek van het rubben hanteert in plaats van het voorbijgestreefde scrubben.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde medewerkers	0
Aantal die rubben	NVT
Aantal die scrubben	NVT

Conclusie

Alle gecontroleerde medewerkers rubben	NVT
--	-----

6.1.10 Onderdompeling in open systemen

Werkwijze

Door observatie en bevraging in de CSA en op het operatiekwartier werd nagegaan of er gebruik gemaakt wordt van open systemen voor de desinfectie door onderdompeling en of er chirurgisch materiaal voor het operatiekwartier op deze manier wordt gedesinfecteerd (warmtegevoelige flexibele scopen werden hierbij buiten beschouwing gelaten).

Vaststellingen

	Open systemen voor desinfectie	Desinfectie van chirurgisch materiaal door onderdompeling
CSA	Neen	Neen
OK	Neen	Neen

Conclusie

Er werden geen open systemen voor desinfectie door onderdompeling aangetroffen	In orde
Chirurgisch materiaal voor het operatiekwartier wordt niet gedesinfecteerd door onderdompeling	In orde

6.1.11 Gesloten systemen voor chemische desinfectie

Werkwijze

Er wordt bij het bezoek aan de CSA en het operatiekwartier nagegaan of er gesloten systemen aanwezig zijn voor de desinfectie van materiaal bestemd voor het operatiekwartier.

Er wordt ook gevraagd of er rigide scopen (voor artroscopieën en urologische ingrepen) in omloop zijn (die bestemd zijn voor gebruik op het operatiekwartier) die voor een ingreep enkel chemisch gedesinfecteerd worden in gesloten systemen.

Vaststellingen

	Gesloten systemen voor desinfectie	Desinfectie van rigide scopen in gesloten systeem
CSA	Neen	Neen
OK	Neen	Neen

Conclusie

Er werden geen gesloten systemen aangetroffen voor desinfectie van materiaal bestemd voor gebruik in het operatiekwartier	In orde
Er zijn geen rigide scopen die op het operatiekwartier gebruikt worden en die voor een ingreep enkel chemisch gedesinfecteerd worden in gesloten systemen.	In orde

6.1.12 Thermische desinfectie versus manueel reinigen van instrumenten

Werkwijze

Door observatie op het operatiekwartier en de CSA wordt gekeken of er instrumenten handmatig gereinigd worden. Indien dit het geval was, werd de lijst van handmatig te reinigen instrumentarium op CSA opgevraagd en ingekeken en werd gecheckt of het instrument dat op moment van inspectie handmatig gereinigd wordt ook op de lijst voorkomt.

Vaststellingen

Op moment van inspectie is er een handmatige reiniging	Neen
--	------

Conclusie

Alle gecontroleerde instrumenten die handmatig gereinigd werden tijdens de inspectie, staan op de lijst van instrumenten die enkel handmatig mogen gereinigd worden	NVT
---	-----

6.1.13 Noodsterilisatie (verkorte cyclussen)

Werkwijze

Er werd op OK en CSA nagegaan waar noodsterilisatie plaatsvindt, op welke manier dit gebeurt en of er een registratie is.

Er wordt nagegaan of de noodsterilisatie beperkt is tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten, die een chirurg dringend nodig heeft (= noodsterilisatie).

Hiervoor wordt de registratie van de noodsterilisatie nagekeken, indien deze kan voorgelegd worden. In het register werd nagekeken of onverpakt steriliseren beperkt is tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten.

Vaststellingen

	CSA/OK
Noodsterilisatie vindt plaats	Neen
Cyclussen kunnen onderbroken worden	Neen
Cyclussen worden onderbroken	Neen
Er zijn cyclussen met een te korte / geen droogtijd	Neen
Er wordt materiaal onverpakt gesteriliseerd	Neen
Er is een registratie van onverpakt steriliseren	NVT
Onverpakt steriliseren is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten	NVT

Conclusie

Noodsterilisatie gebeurt niet of is beperkt tot accidenteel gedesteriliseerde instrumenten	In orde
Er wordt een registratie bijgehouden	NVT

6.1.14 Toegangsvoorschriften CSA

Werkwijze

Er wordt geobserveerd of een beperkte toegankelijkheid zichtbaar is bij het betreden van de CSA.

Vaststelling

Er is een duidelijke toegangsbeperking voor het betreden van de CSA	Ja
---	----

Conclusie

Er is een duidelijke toegangsbeperking voor het betreden van de CSA	In orde
---	---------

6.1.15 Kledijvoorschriften CSA

Werkwijze

Er wordt geobserveerd of de kledijvoorschriften duidelijk zijn bij het betreden van de CSA.

Alle aanwezige medewerkers en bezoekers worden geobserveerd op naleving van de kledijvoorschriften (broek en schort, een muts en een overschort bij reiniging).

Vaststellingen

De kledijvoorschriften voor het betreden van CSA zijn duidelijk zichtbaar	Ja
Aantal gecontroleerde medewerkers	2
Aantal met aangepaste kledij	2
Aantal zonder specifieke kledij	0

Conclusie

De kledijvoorschriften bij het betreden van de CSA zijn duidelijk zichtbaar	In orde
Alle gecontroleerde medewerkers dragen aangepaste kledij	In orde

6.1.16 Scheiding tussen de drie zones op CSA

Werkwijze

Door observatie en rondgang in de CSA wordt nagegaan of de drie zones (vuil, rein en steriel) architectonisch volledig van elkaar gescheiden zijn.

Indien de drie zones architectonisch volledig gescheiden zijn, wordt nagegaan of de drie zones ook functioneel van elkaar gescheiden zijn.

Vaststellingen

De drie zones zijn architectonisch volledig van elkaar gescheiden	Ja
Er is tussen de drie zones een functionele scheiding	Neen
Indien neen:	
De deur van de steriele ruimte naar het sas stond op een kier	

Conclusie

De drie zones in de CSA zijn architectonisch en functioneel van elkaar gescheiden	Niet in orde
---	--------------

6.1.17 Inrichting van de ruimtes

Werkwijze

Door observatie en rondgang in de CSA wordt nagegaan of de werkoppervlakken en afwerkmaterialen glad en afwasbaar zijn (geen poreuze materialen, geen voegen, geen onbehandeld hout, geen behangpapier, ...).

Vaststelling

Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de vuile zone zijn afwasbaar	Ja
Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de reine zone zijn afwasbaar	Ja
Alle werkoppervlakken en afwerkmaterialen in de steriele zone zijn afwasbaar	Ja

Conclusie

Alle gecontroleerde werkoppervlakken en afwerkmaterialen van de 3 zones in CSA zijn afwasbaar	In orde
---	---------

6.1.18 Transport van steriel en vuil materiaal

Werkwijze

De weg die het steriel instrumentarium dient af te leggen wordt bevestigd.
Het soort transportkar dat gebruikt wordt voor het transport van zowel vuil als steriel materiaal wordt bevestigd en nagegaan.

Vaststellingen

De karren voor transport van vuil materiaal worden ook gebruikt voor transport van steriel materiaal	Neen
Deze karren worden gereinigd vooraleer er steriele instrumenten mee vervoerd worden	NVT

Steriele instrumenten worden getransporteerd in open karren die overtrokken zijn met een wegwerphoes	Ja
Steriele instrumenten worden getransporteerd in open karren die niet overtrokken worden met een hoes	Neen

Conclusie

Steriele materialen worden in aparte karren of vooraf gereinigde karren getransporteerd	In orde
Steriele materialen worden in gesloten karren of karren met een afwasbare of wegwerphoes getransporteerd	In orde

6.1.19 Infrastructuur van de steriele berging

Werkwijze

De steriele berging van het operatiekwartier en van de CSA werden bezocht en nagekeken op infrastructuur en gebruikte afwerkingsmaterialen.

Vaststellingen

	CSA	OK
Er is een steriele berging	Neen	Ja
De toegang tot deze berging is beperkt tot bevoegden	NVT	Ja
De vloer van deze berging is ondoordringbaar en onbeschadigd	NVT	Ja
De steriele goederen staan vrij van de vloer	NVT	Ja

Conclusie

De infrastructuur van de steriele berging(en) voldoet aan de gecontroleerde eisen	In orde
---	---------

6.2 Algemene aspecten van hygiëne

6.2.1 Preoperatieve voorbereiding operatiestreek

Werkwijze

Op het operatiekwartier, op het chirurgisch dagziekenhuis en op de bezochte chirurgische verpleegafdeling werd aan de verpleegkundigen gevraagd om het materiaal voor ontharing te mogen zien.

Vaststellingen

Er wordt pre operatief geschoren op:	
Operatiekwartier	Ja
Chirurgisch dagziekenhuis	Ja
LC1	Ja

	Scheermesje	Tondeuse zonder vervangbare kop	Tondeuse met vervangbare kop
Operatiekwartier	Neen	Neen	Ja
Chirurgisch dagziekenhuis	Ja	Neen	Ja
LC1	Neen	Neen	Ja

Conclusie

Alle gebruikte materiaal op de gecontroleerde afdelingen voldoet aan de richtlijnen (tondeuse met wegwerpkop of steriliseerbare kop)	Neen
Op het chirurgisch dagziekenhuis wordt voor sommige ingrepen nog geschoren met een scheermesje.	

6.2.2 Isoleerkamers met sas op IZ

6.2.3 Wastafel in de vuile berging

Werkwijze

De infrastructuur van wastafels werd gecontroleerd in de vuile bergingen van de afdeling geriatrie en de revalidatieafdeling. De aanwezigheid van een wastafel in de vuile bergingen werd nagegaan. De wastafels werden gecontroleerd op noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser?
- Hebben de dispensers een wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren handdoekjes?

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	2
Aantal bergingen met wastafel met volledige uitrusting	2
Aantal bergingen met wastafel zonder volledige uitrusting	0
Aantal vuile bergingen zonder wastafel	0

Conclusie

Alle gecontroleerde vuile bergingen beschikken over een wastafel met volledige uitrusting	In orde
---	---------

6.2.4 Scheiding rein/onrein

Werkwijze

Op de afdeling geriatrie en de revalidatieafdeling werd nagegaan of er in de vuile bergingen geen vermenging is tussen rein en onrein materiaal. Er werd concreet nagegaan of er in de vuile berging geen proper linnen, geen verzorgingskarren en geen steriel materiaal aanwezig was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde vuile bergingen	2
Aantal bergingen in orde	2
Aantal bergingen niet in orde	0

Conclusie

Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal	In orde
---	---------

6.2.5 Bedpanspoeler

Werkwijze

Op de afdelingen geriatrie en revalidatie werd nagegaan of er een toestel voor het reinigen van bedpannen aanwezig was.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde afdelingen	2
Aantal afdelingen met bedpanspoeler	2
Aantal afdelingen zonder bedpanspoeler	0

Conclusie

Er is een bedpannenspoeler aanwezig op alle gecontroleerde afdelingen	In orde
---	---------

6.2.6 Afzondering van patiënten met MRSA

Werkwijze

Op de afdelingen geriatrie en revalidatie werd aan de verpleegkundige gevraagd hoeveel patiënten er aanwezig waren met een (vermoedelijke) MRSA-kolonisatie. Er werd nagegaan hoeveel patiënten er verpleegd werden in een eenpersoonskamer of samen met andere MRSA-patiënten in een meerpersoonskamer, zoals aangewezen is bij dit type patiënten.

Vaststellingen

	Aantal patiënten met MRSA	Aantal patiënten met MRSA in een eenpersoonskamer of kamer delen met (alleen) patiënten met MRSA
Geriatric	0	NVT
Revalidatie afdeling	0	NVT
TOTAAL	0	NVT

Conclusie

Alle patiënten met MRSA verblijven in een eenpersoonskamer of delen de kamer met (enkel) andere patiënten met MRSA	NVT
--	-----

7. THEMA COMMUNICATIE

7.1 Communicatie tussen zorgverleners

7.1.1 Medisch order postoperatief pijnbeleid

Werkwijze

In recovery werd in een steekproef van patiëntendossiers gecontroleerd of er een medisch order aanwezig was voor het postoperatief pijnbeleid.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	1
Aantal met medisch order postoperatief pijnbeleid	1

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers bevatten een medisch order voor het postoperatief pijnbeleid	Ja
---	----

7.1.2 Handovers van recovery naar afdeling

Werkwijze

Dossiers van patiënten die getransfereerd worden van recovery naar de afdeling werden gecontroleerd op aanwezigheid van volgende minimale gegevens:

- Uitgevoerde procedure / soort ingreep
- Meting van vitale functies: pols, bloeddruk
- Toegediende medicatie
- Informatie over verband (bv. uitzicht, vochtverlies, etc.)

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	2
Aantal dossiers volledig in orde	2
Aantal dossiers niet in orde	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle gecontroleerde elementen	2/2
---	-----

7.1.3 Medische coördinator op IZ

7.1.4 Multidisciplinair overleg op IZ

7.1.5 Resultaat van een consult

Werkwijze

Op geriatrie werd in de dossiers nagegaan of er – indien er een consult door een arts gebeurde – hiervan een verslag in het dossier terug te vinden was.

Vaststellingen

Eenheid	aantal gecontroleerde consulten	Aantal consulten met verslag in het dossier	Aantal consulten zonder verslag in het dossier
LC0	2	2	0
TOTAAL	2	2	0

Conclusie

Aantal consulten met een verslag in het dossier	2/2
---	-----

7.1.6 Transfergegevens van IZ en gespecialiseerde spoed naar de afdeling

Werkwijze

Op de geriatrische en de chirurgische afdeling werd in dossiers van patiënten die vanuit de eenheid intensieve zorgen of de gespecialiseerde spoedgevallendienst getransfereerd werden, nagegaan of er transfertgegevens voorhanden waren. Er werd nagegaan of er informatie beschikbaar was over:

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

Vaststellingen

Transfers vanuit IZ

	aantal gecontroleerde dossiers	Aantal in orde (4 gecontroleerde items aanwezig)	Aantal niet in orde (niet alle 4 aanwezig)
LC0	3	3	0
TOTAAL	3	3	0

Transfers vanuit Spoed

	aantal gecontroleerde dossiers	Aantal in orde (4 gecontroleerde items aanwezig)	Aantal niet in orde (niet alle 4 aanwezig)
LC0	3	3	0
LC1	1	1	0
TOTAAL	4	4	0

Conclusie

Aantal dossiers met alle transfergegevens	7/7
---	-----

7.1.7 Medisch toezicht d.m.v. zaalrondes op afdelingen

Werkwijze

Op de bezochte chirurgische, geriatrie en revalidatieafdeling werden patiëntendossiers ingekeken. Notities werden nagegaan over de zaalrondes door de arts op weekdays.

Vaststellingen

Eenheid	Aantal gecontroleerde dossiers	Aantal dossiers in orde	Aantal dossiers niet in orde	Aantal dossiers zonder notitie arts op alle gecontroleerde dagen
LSPR	5	1	4	0
LC1	5	0	5	2
LC0	5	5	0	0
TOTAAL	15	6	9	2

Conclusie

Aantal dossiers met voor alle gecontroleerde dagen een notitie over de zaalronde	6/15
--	------

7.1.8 Ontslagbeslissing na dagopname

Werkwijze

In patiëntendossiers van patiënten die uit het dagziekenhuis ontslagen werden, werd nagegaan of er een ontslagbeslissing van de arts was neergeschreven.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dossiers	10
Aantal dossiers met ontslagnotitie door arts	9
Aantal dossiers zonder ontslagnotitie door arts	1

Conclusie

Alle gecontroleerde dossiers bevatten een ontslagnotitie door een arts	Niet in orde
--	--------------

7.2 Informatie aan patiënten

7.2.1 Beleidsdocument kind in het ziekenhuis

Werkwijze

Bij de directie werd het beleidsdocument kind in het ziekenhuis / het protocol kindvriendelijkheid opgevraagd. In dit document werd nagegaan of volgende rechten beschreven zijn:

- het recht van ouders om hun kind te begeleiden tot inductie in het operatiekwartier
- het recht van ouders om bij hun kind te zijn tijdens ontwaken op recovery.

Vaststellingen

Er is een beleidsdocument kind in het ziekenhuis	Ja
Het document beschrijft het recht van ouders om hun kind te begeleiden tot inductie in het operatiekwartier	Ja
Het document beschrijft het recht van ouders om bij hun kind te zijn tijdens het ontwaken op recovery	Neen

Opmerking: In het document staat beschreven dat ouders bij hun kind kunnen zijn tijdens het ontwaken op recovery indien de omstandigheden op recovery het toelaten.

Conclusie

Er is een beleidsdocument kind in het ziekenhuis dat beide rechten van ouders beschrijft	Niet in orde
--	--------------

7.2.2 De aanwezigheid van ouders bij hun kind tot inductie en bij het ontwaken

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werden ouders/begeleiders van kinderen bevroegd.

Er werd gevraagd of:

- zij vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tot bij inductie op operatiezaal
- zij vooraf door het ziekenhuis geïnformeerd waren over de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij hun kind tijdens het ontwaken op recovery
- de keuze van ouder hierover bevroegd werd de dag van de ingreep
- zij meegingen met het kind naar de operatiezaal tot bij inductie
- zij bij het kind waren tijdens het ontwaken op recovery

Wanneer de arts de begeleiding door de ouder weigerde voor een specifiek kind, dan werd gecontroleerd of er een medische patiëntgebonden reden genoteerd was in het patiëntendossier.

Het werd als "in orde" gescoord wanneer de ouders geïnformeerd werden dat ze bij hun kind mochten blijven. Enkel een weigering door de arts omwille van patiëntgebonden redenen werd toegestaan wanneer deze in het dossier genoteerd was.

Er werd tijdens het bezoek aan recovery en (de wachtruimte van) het operatiekwartier geobserveerd hoeveel kinderen aanwezig waren en hoeveel van deze kinderen effectief begeleiding hadden van een ouder of begeleider.

Vaststellingen

	Chirurgisch dagziekenhuis
Aantal kinderen waarvan de ouders / begeleiders bevroegd werden	3
Aantal waarbij de wens om al dan niet aanwezig te zijn bevroegd werd de dag van de ingreep	3
Aantal kinderen waarbij een arts de aanwezigheid van de ouders weigerde	0
Aantal kinderen waarbij een arts de aanwezigheid van de ouders weigerde met notitie van patiëntgebonden reden in het dossier	0

Bevraging ouders over aanwezigheid tot inductie in OK:

	Chirurgisch dagziekenhuis
Aantal dat vooraf geïnformeerd was over al dan niet aanwezigheid tot aan de inductie	3
Aantal dat geïnformeerd was en wist dat ze niet mee mochten gaan tot bij inductie	0
Aantal kinderen met ouder / begeleider aanwezig tot bij inductie	3
Aantal kinderen zonder ouder aanwezig omdat ouder dit zelf niet wenste	0

Bevraging ouders over aanwezigheid bij het ontwaken op recovery:

	Chirurgisch dagziekenhuis
Aantal dat vooraf geïnformeerd was over al dan niet aanwezigheid bij het ontwaken op recovery	3
Aantal dat geïnformeerd was en wist dat ze niet bij hun kind mochten zijn bij het ontwaken	0
Aantal kinderen met ouder / begeleider bij ontwaken	1 (+ 2 NVT)
Aantal kinderen zonder ouder aanwezig omdat ouder dit zelf niet wenste	0

Aanwezigheid tijdens de inspectie:

	Wachtruimte OK	Recovery
Aantal kinderen aanwezig	0	1
Aantal kinderen die vergezeld zijn van een ouder of begeleider	NVT	1

Conclusie

Aantal ouders die geïnformeerd werden over het recht om bij hun bewuste kind te blijven	3/3
---	-----

7.2.3 Wachttijden op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

7.2.4 Informatie voor de opname

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis en op de chirurgische afdeling werd aan patiënten gevraagd of ze op de hoogte zijn van volgende zaken:

- Soort behandeling/onderzoek (wat wordt er gedaan tijdens behandeling/onderzoek?)
- Voorbereiding van onderzoek/behandeling
- De verwachte pijn
- De herstelperiode (bv. hoe lang thuis / wanneer terug gaan werken / wanneer terug sporten)

Daarnaast werden deze patiënten bevroegd over de wijze waarop zij geïnformeerd werden: mondeling en/of schriftelijk.

Vaststellingen

	Aantal bevroagde patiënten	patiënten met alle informatie	patiënten met niet alle informatie	patiënten met geen enkele informatie
LC1	1	1	0	0
Chirurgisch dagziekenhuis	6	2	4	0
TOTAAL	7	3	4	0

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie voor opname:

Aantal zonder info "behandeling/onderzoek"	1
Aantal zonder info "voorbereiding"	0
Aantal zonder info "pijn"	4
Aantal zonder info "herstelperiode"	3

Details over de wijze van informeren:

Aantal op mondelinge en schriftelijke wijze	2
Aantal enkel op schriftelijke wijze	0
Aantal enkel op mondelinge wijze	5
Aantal noch op mondelinge en schriftelijke wijze	0

Conclusie

Aantal patiënten die voor opname geïnformeerd werden over alle gecontroleerde aspecten	3/7
--	-----

7.2.5 Preanesthesiecontact

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis en de bezochte chirurgische verpleegafdeling werden een aantal patiënten bevraagd. De patiënten werd gevraagd of ze voor de ingreep informatie hadden gekregen over de verdoving. Daarnaast werd aan deze patiënten gevraagd of ze voor de ingreep een anesthesist hadden gezien, en wanneer dit pre-anesthesiecontact plaats vond. Een tijdig pre-anesthesiecontact wordt gedefinieerd als een contact voor het operatiekwartier en voor de pre-anesthesieruimte.

Vaststellingen

	LC1	Chirurgisch dagziekenhuis
Aantal bevraagde patiënten	1	4
Aantal patiënten met info over soort narcose	1	3
Aantal patiënten dat gevraagd werd of ze de anesthesist wilden spreken	1	2
Aantal patiënten die een anesthesist hebben gesproken voor de ingreep	1	2
Aantal patiënten met een tijdig pre-anesthesiecontact (buiten het operatiekwartier)	0	1

Conclusie

Aantal patiënten die info kregen over het soort narcose	4/5
---	-----

7.2.6 Informatie bij ontslag

Werkwijze

Er werden op het chirurgisch dagziekenhuis en de chirurgische verpleegafdeling patiënten (en/of ouders van kinderen opgenomen voor een behandeling) bevraagd die klaar waren voor vertrek naar huis.

Er werd aan hen gevraagd of ze bij ontslag:

- info kregen over pijn (ernst, behandeling...)
- info kregen over mogelijke problemen / alarmtekens
- wisten wie te contacteren bij problemen
- informatie kregen over hun medicatieschema

- wisten of een vervolgspraak nodig is

Daarnaast werden deze patiënten bevraagd over de wijze waarop zij geïnformeerd werden: mondeling en/of schriftelijk.

Vaststellingen

	Aantal bevraagde patiënten	patiënten met alle informatie	patiënten met niet alle informatie bij ontslag	patiënten met geen enkele informatie bij ontslag
LC1	1	0	1	0
Chirurgisch dagziekenhuis	2	0	2	0
TOTAAL	3	0	3	0

Details over de ontbrekende elementen bij onvolledige informatie bij ontslag:

Aantal zonder info "vervolgspraak"	0
Aantal zonder info "pijn"	1
Aantal zonder info "medicatieschema"	0
Aantal zonder info "alarmtekens"	3
Aantal zonder info "contactgegevens"	0

Details over de wijze van informeren:

Aantal op mondelinge en schriftelijke wijze	2
Aantal enkel op schriftelijke wijze	1
Aantal enkel op mondelinge wijze	0
Aantal noch op mondelinge en schriftelijke wijze	0

Conclusie

Aantal patiënten die bij ontslag geïnformeerd waren over alle gecontroleerde aspecten	0/3
---	-----

7.2.7 Beschikbare ontslaginfo

Werkwijze

Op het chirurgisch dagziekenhuis werd gevraagd naar de beschikbare ontslaginfo over 8 courante dagingrepen (varices, liesbreuk, tonsillectomie, besnijdenis, cataractoperatie, curettage, Sterilisatie bij de vrouw en carpaal tunnel).

De inhoud van dit informatiemateriaal werd gecontroleerd op volgende gegevens:

- pijnmedicatie,
- problemen/alarmtekens,
- contactgegevens bij problemen

Vaststellingen

Aantal ingrepen waarover folders / info werd opgevraagd	6
Aantal waarvan folder / info aanwezig is	6
Aantal met info over de 3 gecontroleerde onderwerpen	4

Conclusie

Voor alle gecontroleerde ingrepen is er ontslaginfo met alle gecontroleerde gegevens	Niet in orde
--	--------------