



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

GERIATRISCH ZORGTRAJECT 2022-2025

Beleidsrapport

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel
www.departementzorg.be

Samenstelling

Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving

Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer

D/2025/3241/355

Uitgave

Oktober 2025

INHOUD

1	LIJST MET AFKORTINGEN	7
2	MANAGEMENTSAMENVATTING	8
2.1	Context	8
2.2	Algemene conclusies en aanbevelingen	8
2.2.1	Geriatrische bedden	9
2.2.2	Thema personeel	9
2.2.3	Thema veilige zorg	10
2.2.4	Thema gestandaardiseerde zorg	11
2.2.5	Thema hygiëne	13
2.2.6	Thema communicatie	13
2.3	Opvolging	13
3	INLEIDING	15
4	CONTEXT	16
4.1	Toezicht in de algemene ziekenhuizen	16
4.2	Inspectieronde 2022-2025	17
5	METHODIEK EN RAPPORTAGE	18
5.1	Vorbereiding	18
5.2	Inspectiebezoeken	18
5.3	Inspectiemethodiek	19
5.4	Overzicht bezochte campussen	19
5.5	Individuele inspectieverslagen	21
5.6	Opvolging van de inspectievaststellingen	22
5.6.1	Opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg	22
5.6.2	Rode en oranje knipperlichten	22
5.7	Beleidsrapport	23
6	GERIATRISCHE BEDDEN	24
7	THEMA PERSONEEL	26
7.1	Medisch personeel dienst geriatrie	26
7.1.1	Achtergrond	26
7.1.2	Vaststellingen	26
7.2	Verpleegkundig personeel	27
7.2.1	Achtergrond	27
7.2.2	Vaststellingen op de dienst geriatrie	28
7.2.3	Vaststellingen op de dienst Sp-psychogeriatric	31
7.2.4	Beschouwingen	33

8	THEMA VEILIGE ZORG	34
8.1	Beveiliging van dossiergegevens	34
8.1.1	Achtergrond	34
8.1.2	Vaststellingen	34
8.2	Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer	35
8.2.1	Achtergrond	35
8.2.2	Vaststellingen	35
8.2.3	Patiëntenbevraging	35
8.2.4	Beschouwingen	36
8.3	Oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers	37
8.3.1	Achtergrond	37
8.3.2	Vaststellingen	37
8.4	Oproepsysteem voor reanimatie	37
8.4.1	Achtergrond	37
8.4.2	Vaststellingen	38
8.4.3	Beschouwingen	38
8.5	Beveiliging ramen	39
8.5.1	Achtergrond	39
8.5.2	Vaststellingen	39
8.5.3	Beschouwingen	40
8.6	Oriëntatie	40
8.6.1	Achtergrond	40
8.6.2	Vaststellingen	40
8.7	Maatregelen wegloupedrag	41
8.7.1	Achtergrond	41
8.7.2	Vaststellingen	41
8.8	Gevaarlijke producten	42
8.8.1	Achtergrond	42
8.8.2	Vaststellingen	42
8.9	Hoogrisicomedicatie	42
8.9.1	Achtergrond	42
8.9.2	Vaststellingen	43
8.9.3	Beschouwingen	44
8.10	Medisch order medicatietoediening	45
8.10.1	Achtergrond	45
8.10.2	Vaststellingen	46
8.10.3	Beschouwingen	46
8.11	Reden niet toedienen medicatie	46
8.11.1	Achtergrond	46
8.11.2	Vaststellingen	47
8.12	Bewaring medicatie	47
8.12.1	Achtergrond	47
8.12.2	Vaststellingen	47
8.12.3	Beschouwingen	48

9	THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG	49
9.1	Patiëntidentificatie	49
9.1.1	Achtergrond	49
9.1.2	Vaststellingen	49
9.1.3	Beschouwingen	50
9.2	Interne liaison	50
9.2.1	Achtergrond	50
9.2.2	Vaststellingen	52
9.2.3	Beschouwingen	53
9.3	Informatie over ouderdomszwakke	54
9.3.1	Achtergrond	54
9.3.2	Vaststellingen	54
9.3.3	Beschouwingen	55
9.4	Informatie over thuismedicatie en gekende allergieën	55
9.4.1	Achtergrond	55
9.4.2	Vaststellingen	56
9.4.3	Beschouwingen	57
9.5	Zorgbeperking en dnr	57
9.5.1	Achtergrond	57
9.5.2	Vaststellingen	58
9.5.3	Beschouwingen	59
9.6	Pijnscores	60
9.6.1	Achtergrond	60
9.6.2	Vaststellingen	61
9.6.3	Beschouwingen	61
10	THEMA HYGIËNE	62
10.1	Handhygiëne	62
10.1.1	Achtergrond	62
10.1.2	Vaststellingen	62
10.1.3	Beschouwingen	63
10.2	Wastafel in de vuile berging	64
10.2.1	Achtergrond	64
10.2.2	Vaststellingen	64
10.2.3	Beschouwingen	65
11	THEMA COMMUNICATIE	66
11.1	Pluridisciplinair overleg	66
11.1.1	Achtergrond	66
11.1.2	Vaststellingen	67
11.1.3	Beschouwingen	68
11.2	Ontslagbrief	68
11.2.1	Achtergrond	68
11.2.2	Vaststellingen	69
11.2.3	Beschouwingen	70
11.3	Medisch toezicht	70
11.3.1	Achtergrond	70
11.3.2	Vaststellingen	71
11.3.3	Beschouwingen	72

11.4	Informatie aan patiënten	72
11.4.1	Achtergrond	72
11.4.2	Patiëntenbevraging	73
11.4.3	Beschouwingen	73
12	FREQUENTIE EN VASTSTELLINGEN BELANGRIJKE KNELPUNTEN	74
12.1	Rode knipperlichten	74
12.2	Oranje knipperlichten	75
12.3	Opvolging knipperlichten	78
13	ALGEMENE CONCLUSIES	79
14	REFERENTIES	82

1 LIJST MET AFKORTINGEN

AZ	algemene ziekenhuizen
DNR	do not resuscitate of do not reanimate
ELGEZ	afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg
FAQ	frequently asked questions (veel gestelde vragen)
HRM	hoog risico medicatie
GRP	geriatisch risicoprofiel
ILT	interne liaisonteam
ISAR	identification of senior at risk
KCE	federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
MUG	mobiele urgentiegroep
PDO	pluridisciplinair overleg
VTE	voltijds equivalenten
Sp	gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie
C-afdeling	afdeling voor diagnose en heekundige behandeling (chirurgie)
D-afdeling	afdeling voor diagnose en geneeskundige behandeling
A-afdeling	afdeling neuropsychiatrie
VIP	voorlopige indicator voor plaatsing

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

2.1 CONTEXT

Sinds 2013 voert Zorginspectie in alle Vlaamse algemene ziekenhuizen nalevingstoezicht uit. Bij deze vorm van toezicht wordt via onaangekondigde inspecties nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader dat te vinden is op de website van het Departement Zorg. Het nalevingstoezicht wordt toegepast op zorgtrajecten: het traject dat een patiënt kan volgen in een ziekenhuis.

De zorgtrajecten die reeds geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014), het internistisch zorgtraject (2015-2016) en het cardiale zorgtraject (2018-2019); in 2018-2019 werd ook een herhalingsronde uitgevoerd m.b.t. een aantal aspecten van het chirurgisch en internistisch zorgtraject. Na afronding van elk van deze inspectierondes werd op basis van de gegevens van de individuele ziekenhuisverslagen een beleidsrapport opgemaakt.

Dit beleidsrapport handelt over het zorgtraject van de geriatrische patiënt. In 2022-2025 organiseerde Zorginspectie deze vierde inspectieronde. Voor de beoordeling van de inspectievaststellingen baseert Zorginspectie zich op het [eisenkader voor de geriatrische patiënt](#) en op het [generiek eisenkader dat geldt voor elke hospitalisatie-afdeling](#). In totaal werden 80 ziekenhuiscampussen, verdeeld over 56 ziekenhuizen met een erkenning voor het zorgprogramma geriatrie en/of een erkenning voor de dienst Sp-psychogeriatric gecontroleerd. Daarbij werden de geriatrische verblijfsafdelingen, de Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen en het geriatrisch dagziekenhuis gecontroleerd. Daarnaast werd ook de werking van het interne liaison team voor geriatrische patiënten op niet-geriatrische afdelingen beoordeeld.

Met patiëntveiligheid en patiëntbetrokkenheid als leidraad, selecteerde Zorginspectie vijf thema's waarrond elementen uit de eisenkaders werden gegroepeerd voor de inspectie. Deze thema's, met name personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie, vormen elk een hoofdstuk in dit beleidsrapport. Voor een aantal onderwerpen werden rode en oranje knipperlichten gedefinieerd. Rode en oranje knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg.

Dit beleidsrapport geeft per thema een overzicht van de geaggregeerde vaststellingen op sectorniveau.

2.2 ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Uit de recente inspecties blijkt dat veel aspecten van de geriatrische zorg op de bezochte afdelingen voldeden aan de verwachtingen. Uit de resultaten blijkt dat medische orders, handhygiëne en ontslagbrieven tot de sterk scorende onderwerpen behoren.

Tegelijkertijd brengen de personeelsbevindingen knelpunten aan het licht die de organisatie van geriatrische afdelingen onder druk zetten. De meeste campussen voldeden aan de gecontroleerde personeelsnormen. Toch is een aanzienlijk aantal erkende geriatrische bedden niet beschikbaar door personeelstekort, voornamelijk van verpleegkundigen. De variatie in patient/nurse ratio werpt bovendien vragen op over de werkdruk en veiligheid.

Daarnaast kwamen een aantal knelpunten naar voren wat betreft het oproepsysteem voor reanimatie en het ontbreken van een (volledig en correct) patiëntidentificatiebandje.

Geriatrische patiënten komen ook op niet-geriatrische afdelingen terecht en dan moeten ze gescreend worden. Als de screening aantoont dat ze een geriatrisch profiel hebben, dan moet het interne liaison team ingeschakeld worden. In het merendeel van de dossiers van patiënten ouder dan 75 jaar die opgenomen waren op een niet-geriatrische afdeling werd een screening uitgevoerd. In veel gevallen werd het interne liaison team echter niet ingeschakeld bij een positieve screening.

In het algemeen adviseert Zorginspectie om de verwachtingen (in het eisenkader en in regelgeving) voor de geriatrische patiënt te herbekijken en aan te vullen volgens de huidige richtlijnen rond ouderenzorg, evidence based, good practices ...

Hieronder volgt een overzicht van de vaststellingen tijdens de inspectiebezoeken check 1 en bijkomende aanbevelingen.

2.2.1 Geriatrische bedden

Tijdens de inspecties werden het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde geriatrische bedden in kaart gebracht:

- Erkende bedden (door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg): 4.510.
- Geëxploiteerde bedden (maximum aantal bedden waarin patiënten opgenomen kunnen worden): 4.252 bedden, waarvan 94 niet-erkend. 352 erkende bedden worden niet-geëxploiteerd.
- Gesloten bedden: 398 bedden, waardoor er in totaal 3.854 geriatrische bedden opgesteld zijn (bedden waarin, op de dag van inspectie, patiënten kunnen opgenomen worden).

Uit deze cijfers blijkt dat een aanzienlijk aantal van de erkende geriatrische bedden niet beschikbaar zijn. Het sluiten of niet-exploiteren van bedden omwille van personeelstekort gebeurt voornamelijk door een tekort aan verpleegkundigen. Het is daarom belangrijk om het domein aantrekkelijker te maken.

Geriatrische zorg en expertise verdient ziekenhuisbreed een belangrijke plaats. Elke zorgverlener die instaat voor de zorg voor volwassenen wordt dagelijks geconfronteerd met de groeiende groep van oudere patiënten. Het is daarom essentieel dat alle zorgverleners regelmatig vorming volgen op het vlak van ouderenzorg en geriatrie. Het opnemen van minimale vormingsvereisten in het eisenkader is het overwegen waard.

2.2.2 Thema personeel

Een aantal van de gecontroleerde aspecten waren nagenoeg overal in orde:

- In alle ziekenhuizen, op één na, was er een geriater diensthoofd. Bij vrijwel alle ziekenhuizen was deze geriater met een volle dagtaak actief in het ziekenhuis.
- Er waren voldoende voltijds equivalenten verpleegkundigen beschikbaar voor de dienst (Sp-psycho)geriatrie: gemiddeld 12,47 voltijds equivalenten verpleegkundigen per 24 opgestelde geriatrische bedden en 14,55 voltijds equivalenten verpleegkundigen per 30 bezette Sp-psychogeriatric bedden.

De inzet van voltijds equivalenten verpleegkundigen ligt boven het wettelijke minimum, mogelijk als gevolg van een toegenomen zorgzwaarte (o.a. door hogere turn-over, kortere opnameduur, acutere zorgvraag, complexere zorg). Op basis van deze resultaten lijkt het aangewezen om na te gaan of de norm nog voldoet aan de huidige zorgnoden.

Binnen het thema personeel werd één rood knipperlicht gedefinieerd:

- Op vier campussen was de verpleegkundige permanentie tijdens één of meer shiften niet in orde.

Een geriater (met een beroepsactiviteit in het ziekenhuis van tien halve dagen per week) is gemiddeld verantwoordelijk voor 22,9 opgestelde geriatrie bedden (met een spreiding van 9,67 tot 95).

De gemiddelde patient/nurse ratio werd berekend tijdens de ochtend-, avond- en nachtshift op de afdelingen geriatrie:

- Ochtendshift: 6,43 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 2,75 tot 16).
- Avondshift: 8,41 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 3,5 tot 27,08).
- Nachtshift: 19,34 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 7 tot 31,03).

De gemiddelde patient/nurse ratio werd eveneens berekend op de afdelingen Sp-psychogeriatric:

- Ochtendshift: 6,97 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 3,33 tot 17,55).
- Avondshift: 10,28 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 5 tot 33).
- Nachtshift: 22,00 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 10 tot 33).

Volgens het KCE-rapport 'Verpleegkundige bestaafing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen' wordt op internationaal niveau algemeen aanvaard dat de patiëntveiligheid in ziekenhuizen niet kan worden gegarandeerd wanneer er meer dan acht patiënten per verpleegkundige zijn. Op basis van de inspecties werd vastgesteld dat er een grote variatie in de patient/nurse ratio is. De grote spreiding roept vragen op over de werkdruk en veiligheid; een eventuele verwachting hieromtrent zou geconcretiseerd kunnen worden.

2.2.3 Thema veilige zorg

Een aantal van de gecontroleerde aspecten waren bijna overal in orde:

- De medische orders waren bijna steeds volledig en door een arts gevalideerd.
- De dossiergegevens waren op de meeste afdelingen niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers.
- Datum en tijd zijn in de meeste patiëntenkamers correct aangeduid.
- Redenen voor het niet toedienen van medicatie worden meestal vermeld.

Daarnaast bestaat rond een aantal elementen uit het eisenkader nog verbeterpotentieel:

- 77% van alle lokalen (andere lokalen dan patiëntenkamers) hadden een oproepsysteem.
- Op 69% van alle afdelingen kunnen er op elk moment en voor iedere opgenomen patiënt maatregelen tegen wegliepgedrag toegepast worden.
- Op 62% van alle afdelingen werden de gevaarlijke producten veilig bewaard.

Vooraf werd één rood knipperlicht bepaald voor het thema veilige zorg.

Op zestien campussen werd een rood knipperlicht vastgesteld voor het ontbreken van minstens één oproepsysteem voor reanimatie.

Voor een aantal onderwerpen gaven de vaststellingen aanleiding tot oranje knipperlichten:

- Op vijf campussen hadden meer dan drie patiënten geen bereikbaar oproepsysteem.
- Op vijf campussen waren er meerdere ruimtes met onbeveiligde ramen.
- De specifieke labeling van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline was op 29 campussen op minstens één afdeling niet in orde.
- Op 29 campussen was er minstens één afdeling waar medicatie niet veilig bewaard werd.

De Vereniging van Ziekenhuisapothekers stelt voor dat ziekenhuizen op een risicogestuurde wijze kiezen voor bepaalde acties in verband met hoogrisicomedicatie. Er kan overwogen worden om een eventuele aanpassing of verfijning van het eisenkader te bespreken met de beroepsvereniging.

2.2.4 Thema gestandaardiseerde zorg

In bijna alle gecontroleerde dossiers waren onderstaande punten in orde:

- Informatie over thuismedicatie en allergieën is meestal beschikbaar.

Tijdens de inspecties werd enkel nagegaan of er informatie aanwezig was over thuismedicatie en allergieën. Het eisenkader verwacht niet dat dit recente gegevens zijn en dat de datum van bevraging aangetoond kan worden. In het kader van continuïteit en kwaliteit van zorg zijn accurate en volledige gegevens belangrijk. Het is aangewezen om na te gaan of de verwachtingen moeten aangepast worden.

- Screening, voor opname in het zorgprogramma geriatricie, bij patiënten ouder dan 75 jaar die verblijven op een niet-geriatricie afdeling gebeurt vrijwel altijd.
- Bij positieve screening en met inschakelen/evaluatie door het interne liaisonteam werd in nagenoeg alle dossiers ofwel een advies gevonden ofwel kon aangetoond worden dat de patiënt geen geriatricie profiel had en er geen advies verwacht werd.

Daarnaast is er nog verbeterpotentieel wat betreft de inschakeling van het ILT:

- In 36% van de gecontroleerde dossiers met een positieve screening werd het interne liaisonteam niet ingeschakeld of gebeurde geen evaluatie door het interne liaisonteam. In 53% werd hiervoor een motivatie/reden in het dossier gevonden.

De redenen waarom het interne liaisonteam niet werd ingeschakeld bij patiënten met een positieve screening waren uiteenlopend. In een groot aantal gevallen werd dit veroorzaakt door een tekort aan medewerkers binnen het interne liaisonteam. Het lijkt aangewezen om de oorzaak hiervan verder te onderzoeken omdat geriatrische patiënten die verblijven op een niet-geriatrische afdeling hierdoor mogelijk niet de meest geschikte zorg krijgen.

Volgens de visietekst 'Ouderen vriendelijk ziekenhuis' moet het verblijf op de spoedgevallendienst afgestemd worden op de noden van de kwetsbare oudere. Het advies van het interne liaisonteam startende reeds vanop spoed zal de opname en/of continuïteit van zorg optimaliseren. Deze praktijk werd tijdens de inspectieronde niet beoordeeld maar eventuele verwachtingen hieromtrent kunnen worden besproken met alle relevante betrokkenen.

Voor het enige rode knipperlicht dat werd bepaald binnen het thema gestandaardiseerde zorg werd het volgende vastgesteld:

Op elf campussen werd een rood knipperlicht vastgesteld voor minstens één patiënt die een onvolledige, onjuist of geen identificatiebandje droeg.

Voor een aantal onderwerpen gaven de tekorten aanleiding tot oranje knipperlichten:

- Op twee campussen was er in meer dan 10% van de dossiers onvoldoende informatie over de gecontroleerde risicofactoren betreffende ouderdomszwakte.
- Op elf campussen was er in meer dan 20% van de dossiers geen informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.
- Op twee campussen was er voor meer dan 10% van de dagen geen pijnmeting.

In 7% van de dossiers, van patiënten die minstens een week waren opgenomen, ontbrak informatie over zorgbeperkingen en/of negatieve wilsverklaringen in het dossier.

De te verwachten bespreking in team of met patiënt/familie kon in respectievelijk 67% en 63% van de dossiers aangetoond worden. Hieruit blijkt dat er te weinig aandacht is voor de bespreking met de patiënt of familie en dat er ruimte is voor verbetering betreffende openheid over vroegtijdige zorgplanning.

De verwachtingen uit het generiek eisenkader betreffende de informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring voor elke opgenomen patiënt (ongeacht de leeftijd of de reden van opname) zorgt voor enige reactie vanuit het werkveld. Het lijkt aangewezen om de verwachtingen hieromtrent, in samenhang met de bestaande wetgeving, opnieuw te bekijken in overleg met de sector.

2.2.5 Thema hygiëne

Een aspect was nagenoeg overal in orde:

- Medewerkers volgden correct de richtlijnen voor handhygiëne.

Voor volgend element uit het eisenkader is er nog ruimte voor verbetering:

- 68% van de vuile bergingen voldeed aan de gecontroleerde verwachtingen.

2.2.6 Thema communicatie

Volgend rood knipperlicht werd vastgesteld:

- Op één campus ontbrak in meer dan 20% van de dossiers een ontslagbrief.

Daarnaast leidden de inspectievaststellingen tot volgende oranje knipperlichten:

- Op dertien campussen waren er in meer dan 20% van de dossiers onvoldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten of was de aanwezigheid van minimum drie disciplines niet aantoonbaar.
- Op drie campussen ontbraken in meer dan 20% van de dossiers notities over het medisch toezicht.

Volgens de visietekst 'Ouderen vriendelijk ziekenhuis' is er tijdens het verblijf angst voor het onbekende, nood aan duidelijke informatie zoals het verloop van de verder opname, de onderzoeken die afgesproken werden, de tijdstippen van bepaalde onderzoeken of behandelingen ... Daarnaast is het ook cruciaal om de mantelzorger te betrekken en te informeren.

11% van de bevroagde patiënten gaf aan geen of geen begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling. Communiceren in heldere, goed begrijpbare taal en nagaan of de informatie begrepen werd, blijft cruciaal.

2.3 OPVOLGING

Zowel in de individuele inspectieverslagen per campus als in dit beleidsrapport staan de verbeterpunten opgelijst, wat gerichte verbeteracties op verschillende echelons (o.a. voor het individuele ziekenhuis, voor de overheid) kan faciliteren. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen en ontving bijgevolg elk definitief inspectieverslag. Alle inspectieverslagen werden eveneens gepubliceerd via de [CoBRHA-viewer](#) (actieve openbaarheid).

Naast die opvolging van alle inspectievaststellingen werden, vóór de start van de inspectieronde, een aantal verbeterpunten bepaald waaraan het Departement Zorg bijzondere aandacht wil besteden. Rode en oranje knipperlichten zijn ernstige knelpunten die een risico inhouden op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg en waarvoor een snelle remediëring aangewezen en realiseerbaar is binnen een relatief kort tijdsbestek. Voor deze items werd een hercontrole (check 2 en check 3) voorzien, ten vroegste drie maanden na de eerste inspectie.

- > Een check 2 volgde van zodra één rood knipperlicht werd vastgesteld en/of indien minstens drie oranje knipperlichten werden vastgesteld. Tijdens een inspectiebezoek check 2 werden alle in check 1 vastgestelde rode en oranje knipperlichten opnieuw geïnspecteerd.
- > Een check 3 volgde van zodra tijdens check 2 één rood knipperlicht werd vastgesteld en/of minstens drie oranje knipperlichten. Tijdens het inspectiebezoek check 3 werd een risicogestuurde aanpak gehanteerd.

Op 32 campussen werd een inspectiebezoek check 2 uitgevoerd. Vooral knelpunten met betrekking tot het oproepsysteem voor reanimatie en met betrekking tot de patiëntidentificatie leidden tot een tweede inspectie.

Op 7 campussen was er na deze hercontrole een inspectiebezoek check 3 nodig. Tijdens het inspectiebezoek check 3 werd een risicogestuurde aanpak gehanteerd op maat van de specifieke situatie van het ziekenhuis, waarbij Zorginspectie knipperlichten vanuit een breder perspectief bekeek. De bewuste keuze voor een andere, niet-gestandaardiseerde inspectiemethodiek in check 3 heeft tot gevolg dat de inspectievaststellingen onderling niet vergelijkbaar zijn.

3 INLEIDING

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

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

Hiertoe behoren onder andere de algemene en revalidatieziekenhuizen, die worden erkend door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- > het concrete functioneren van voorzieningen controleren, toetsen, checken en vaststellen om de conformiteit met de regelgeving en geformaliseerde afspraken te controleren;
- > rapporteren en advies verlenen aan afdelingen van het Departement Zorg en agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- > advies verlenen over de conformiteit aan de voorzieningen die het departement inspecteert of aan begunstigden;
- > beleidsrelevante informatie signaleren aan afdelingen van het departement en aan de agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- > de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening van de voorzieningen;
- > de rechtmatige besteding van overheidsmiddelen;
- > een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

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

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de [Gegevensbeschermingsautoriteit](#).

Uitgebreide informatie is beschikbaar op de website van [Zorginspectie](#).

4 CONTEXT

4.1 TOEZICHT IN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Sinds 2013 voert Zorginspectie in alle Vlaamse algemene ziekenhuizen nalevingstoezicht uit. Bij deze vorm van toezicht wordt via onaangekondigde inspecties nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in eisenkaders die te vinden zijn op de website van het Departement Zorg. Het nalevingstoezicht wordt toegepast op zorgtrajecten: het traject dat een patiënt kan volgen in een ziekenhuis.

Bij de operationalisering daarvan wordt telkens hetzelfde proces gevolgd:

- > Eerst werkt ELGEZ een eisenkader uit voor het betreffende zorgtraject; dit gebeurt in samenwerking met vertegenwoordigers uit het werkveld (o.m. koepelorganisatie en beroepsgroepen). De relevante regelgeving wordt geselecteerd en wordt verduidelijkt en/of aangevuld met nieuwe kwaliteitseisen (bv. op basis van internationale richtlijnen).
- > Eens gefinaliseerd, wordt het eisenkader officieel gepubliceerd op de website van het Departement Zorg.
- > Daarna werkt Zorginspectie een gestandaardiseerd inspectie-instrument uit en wordt het verslagsjabloon gepubliceerd op de website van het Departement Zorg.
- > Zorginspectie bezoekt alle campussen waar zorg wordt geboden in het kader van het betreffende zorgtraject. De inspectieronde start telkens ten vroegste zes maanden na publicatie van het eisenkader.
- > Campussen waar tijdens het eerste bezoek (check 1) ernstige knelpunten rond patiëntveiligheid worden vastgesteld (de zogenaamde 'rode en/of oranje knipperlichten', zie verder), worden enkele maanden later opnieuw onaangekondigd bezocht (check 2), specifiek rond die knelpunten. Zijn er tijdens check 2 nog rode en/of oranje knipperlichten dan volgt een uitgebreidere inspectie m.b.t. deze knipperlichten (check 3). Blijven er ook tijdens dat derde bezoek ernstige risico's bestaan, dan krijgt het ziekenhuis extra opvolging door ELGEZ, met eventueel bijkomende inspectiebezoeken.
- > Alle inspectievaststellingen worden opgevolgd door ELGEZ.
- > Na afloop van een volledige inspectieronde stelt Zorginspectie een overkoepelend beleidsrapport op.

Er werden vijf algemene en drie gespecialiseerde zorgtrajecten bepaald, vanuit de specificiteit van de patiëntengroep, hun bijzondere noden en behandelconcepten en de (veiligheids)risico's kenmerkend voor die groep van patiënten:

- > Algemene zorgtrajecten:
 - Chirurgisch zorgtraject
 - Internistisch zorgtraject
 - Geriatrisch zorgtraject
 - Zorgtraject van de psychiatrische patiënt
 - Zorgtraject moeder/kind.
- > Gespecialiseerde zorgtrajecten:
 - Cardiaal zorgtraject
 - Oncologisch zorgtraject
 - Zorgtraject van de dialysepatiënt.

De zorgtrajecten die al geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014), het internistisch zorgtraject (2015-2016) en het cardiale zorgtraject (2018-2019); in 2018-2019 werd ook een herhalingsronde uitgevoerd m.b.t. een aantal aspecten van het chirurgisch en internistisch zorgtraject. Na afronding van elk van deze inspectierondes werd op basis van de gegevens van de individuele ziekenhuisverslagen een beleidsrapport opgemaakt. Deze beleidsrapporten zijn te vinden op de [website van het Departement Zorg](#).

4.2 INSPECTIERONDE 2022-2025

In 2022-2025 organiseerde Zorginspectie een vierde inspectieronde, namelijk rond het zorgtraject van de geriatrische patiënt. Voor de beoordeling van de inspectievaststellingen baseert Zorginspectie zich op het [eisenkader voor de geriatrische patiënt](#) en op het [generiek eisenkader dat geldt voor elke hospitalisatie-afdeling](#).

Met patiëntveiligheid en patiëntbetrokkenheid als leidraad, selecteerde Zorginspectie vijf thema's waarrond elementen uit de eisenkaders werden gegroepeerd voor de inspectie. Deze thema's, met name personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie, vormen elk een hoofdstuk in dit beleidsrapport. De afdelingen geriatrie, Sp-psychogeriatrie en de geriatrische dagziekenhuizen kregen een inspectiebezoek. Daarnaast werd ook de werking van het ILT voor geriatrische patiënten op niet-geriatrische afdelingen beoordeeld.

5 METHODIEK EN RAPPORTAGE

5.1 VOORBEREIDING

Op 26 januari 2022 ontvingen alle algemene ziekenhuizen een e-mail waarin de inspectieronde werd aangekondigd.

In het e-mailbericht van 5 mei 2022 werd aan elk algemeen ziekenhuis de mogelijkheid geboden om zich kandidaat te stellen voor een proefinspectie. In september 2022 voerde Zorginspectie vijf proefinspecties uit. Deze aanpak had o.m. als doel het inspectie-instrument te testen, de tijdsinvestering nauwkeuriger in te schatten en eventuele onduidelijkheden in het inspectieverslag bloot te leggen. Op basis van deze proefinspecties en de feedback van de proefziekenhuizen werden het inspectie-instrument en het verslagsjabloon aangepast.

Op 1 december 2022 organiseerde Zorginspectie een online communicatiemoment waarop alle algemene ziekenhuizen werden uitgenodigd. Tijdens deze informatiesessie werd de methodiek, de inhoud en de concrete aanpak van de inspecties toegelicht.

5.2 INSPECTIEBEZOEKEN

Het vierde zorgtraject focuste op de zorg voor de geriatrische patiënt met bezoek aan volgende afdelingen:

- > de geriatrische verblijfsafdelingen
- > de Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen
- > het geriatrisch dagziekenhuis.

Daarnaast werd ook de werking van het ILT voor geriatrische patiënten op niet-geriatrische afdelingen beoordeeld.

Alle campussen met één of meerdere afdelingen geriatrie en/of Sp-psychogeriatric en/of een geriatrisch dagziekenhuis kregen een eerste inspectiebezoek (check 1). Niet op elke campus zijn al deze afdelingen aanwezig, om die reden werd soms een beperkter aantal afdelingen bezocht. Hierdoor werden niet alle onderwerpen tijdens elke inspectie gecontroleerd. Daarnaast werden ook twee campussen (zonder afdelingen geriatrie en/of Sp-psychogeriatric en/of een geriatrisch dagziekenhuis) met acute C- en D-afdelingen bezocht in functie van de verwachtingen rond de interne liaison ten aanzien van 75-plussers op die afdelingen.

Het ziekenhuis werd gevraagd om de nodige documenten klaar te leggen zodat de inspecteurs de dossiersteekproef konden bepalen.

Bij elk inspectiebezoek werd de nodige toelichting voorzien rond het verloop van de inspectie (bij het begin van de inspectiedag) en een eerste feedback m.b.t. de belangrijkste vaststellingen (op het einde van de inspectiedag).

In een infofolder konden ziekenhuismedewerkers en patiënten verdere informatie vinden.

Om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de dagelijks geleverde zorg, vonden de inspecties onaangekondigd plaats: het ziekenhuis wist dus niet vooraf op welke dag de inspectie zou plaatsvinden.

5.3 INSPECTIEMETHODIEK

Iedere inspectie kent dezelfde rode draad:

- > Elke inspectie is een momentopname. De vaststellingen zijn gebaseerd op wat er tijdens de inspectie vastgesteld wordt. Dit kan via:
 - observatie
 - bevraging van medewerkers en verantwoordelijken
 - inzage in documenten (o.a. patiëntendossiers)
 - inspecteren van de lokalen en materialen die gebruikt worden door de organisatie;
 - gesprekken met patiënten.
- > De inspecteur bespreekt de vaststellingen, zowel positieve als negatieve, altijd met zijn gesprekspartner(s) en geeft hen daarbij de kans om vaststellingen toe te lichten, te nuanceren of verder uit te leggen.
- > Een inspectie gebeurt aan de hand van een gestandaardiseerd inspectie-instrument. De inspecteur kan zo beoordelen of de organisatie aan de regelgeving en kwaliteitseisen voldoet. Informatie wordt op een gestructureerde en afgestemde manier verzameld tijdens het inspectiebezoek.

Dossierinzage vormt een essentieel deel van de inspectiemethodiek, omdat heel wat onderwerpen enkel op deze manier geobjectiveerd kunnen worden. Zorginspectie engageert zich expliciet tot het zorgvuldig omgaan met het controleren van gegevens in patiëntendossiers omdat respect voor de bescherming van de privacy essentieel is.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie vindt u op de [website van Zorginspectie](#).

5.4 OVERZICHT BEZOCHTE CAMPUSSEN

Er werden 56 ziekenhuizen en 80 campussen bezocht.

Tabel 5.1: Overzicht bezochte campussen

Naam AZ	Naam campus	Gemeente
Algemeen Ziekenhuis Alma	Campus Ringlaan Eeklo	Eeklo
Algemeen Ziekenhuis Delta	Campus Brugsesteenweg Roeselare	Roeselare
	Campus Menen	Menen
	Campus Rumbeke	Roeselare
	Campus Torhout	Torhout
Algemeen Ziekenhuis Diest	Campus Statiestraat	Diest
Algemeen Ziekenhuis Glorieux	Campus Glorieux	Ronse
Algemeen Ziekenhuis Groeninge	Campus Kennedylaan	Kortrijk
Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn	Campus Site Watersportbaan	Gent
Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels	Algemeen ziekenhuis Vilvoorde	Vilvoorde
Algemeen Ziekenhuis KLINA	Campus KLINA	Brasschaat
Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaers	Campus Algemeen Ziekenhuis	Gent
Algemeen Ziekenhuis Monica	Campus AZ MONICA ANTWERPEN	Antwerpen
	Campus AZ MONICA DEURNE	Antwerpen

Naam AZ	Naam campus	Gemeente
Algemeen Ziekenhuis Oostende - Serruys	Algemeen Ziekenhuis Oostende Serruys	Oostende
Algemeen Ziekenhuis Oostende Damiaan	AZ Oostende Damiaan	Oostende
Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde	Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde	Oudenaarde
Algemeen Ziekenhuis Rivierenland	Campus Bornem	Bornem
	Campus Rumst	Rumst
	Campus Willebroek	Willebroek
Algemeen Ziekenhuis Sint-Blasius	Campus Algemeen Ziekenhuis	Dendermonde
Algemeen Ziekenhuis Sint-Dimpna	AZH SINT-DIMPNA	Geel
Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth	Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth	Zottegem
Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth	Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth Herentals	Herentals
Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan Brugge	Campus Sint-Franciscus Xaverius	Brugge
	Campus Sint-Jan	Brugge
Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	Campus Sint-Lucas	Brugge
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten	Campus Mechelen	Mechelen
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria	Campus Sint-Maria	Halle
Algemeen Ziekenhuis Turnhout	Campus Sint-Elisabeth	Turnhout
	Campus Sint-Jozef	Turnhout
Algemeen Ziekenhuis Vesalius	Campus Tongeren	Tongeren-Borgloon
Algemeen Ziekenhuis Voorkempen	Algemeen Ziekenhuis Voorkempen	Malle
Algemeen Ziekenhuis WEST	AZ West	Veurne
Algemeen Ziekenhuis ZENO	Campus Blankenberge	Blankenberge
	Campus Knokke-Heist	Knokke-Heist
AZ Sint-Lucas	Campus Sint-Lucas	Gent
AZ Sint-Vincentius Deinze	AZ Sint-Vincentius Deinze	Deinze
AZORG (fusie van Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis en A.S.Z. Autonome Verzorgingsinstelling)	Campus Asse	Asse
	Campus Geraardsbergen	Geraardsbergen
	Campus Merestraat	Aalst
	Campus Moorselbaan	Aalst
De Dennen	De Dennen	Malle
Heilig Hartziekenhuis	Heilig Hartziekenhuis	Lier
Heilig Hartziekenhuis	Heilig Hartziekenhuis	Mol
Imeldaziekenhuis	Imeldaziekenhuis	Bonheiden
Jan Yperman Ziekenhuis	Campus Ieper	Ieper
Jessa Ziekenhuis	Campus Salvator	Hasselt
	Campus Virga Jesse	Hasselt
Koningin Elisabeth Instituut	Koningin Elisabeth Instituut	Koksijde
Noorderhart - Mariaziekenhuis	Noorderhart - Mariaziekenhuis	Pelt
Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes Ziekenhuis Waregem	Kliniek Onze-Lieve-Vrouw Van Lourdes	Waregem
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	Leuven
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen	Campus Mariëndal	Tienen
	Campus St.-Jan	Tienen
RevArte Revalidatieziekenhuis	AZH REVARTE EDEGEM	Edegem

Naam AZ	Naam campus	Gemeente
Sint-Andriesziekenhuis	Sint-Andriesziekenhuis	Tielt
Sint-Franciscusziekenhuis	Sint-Franciscusziekenhuis	Heusden-Zolder
Sint-Jozefskliniek	Campus Sint-Jozefskliniek Izegem	Izegem
Sint-Trudo Ziekenhuis	Sint-Trudo	Sint-Truiden
Universitair Ziekenhuis Antwerpen	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	Antwerpen
Universitair Ziekenhuis Brussel	Universitair Ziekenhuis Brussel	Jette
Universitair Ziekenhuis Gent	Universitair Ziekenhuis Gent	Gent
Universitaire Ziekenhuizen van de K.U.Leuven	Campus Gasthuisberg	Leuven
	campus Pellenberg	Lubbeek
VITAZ	VITAZ, Campus Beveren	Beveren-Kruibeke-Zwijndrecht
	VITAZ, Campus Lokeren	Lokeren
	VITAZ, Campus Sint-Niklaas	Sint-Niklaas
Ziekenhuis aan de Stroom Augustinus, Vincentius, Sint-Jozef	Campus ZAS Augustinus	Antwerpen
	Campus ZAS Sint-Jozef	Mortsel
	Campus ZAS Vincentius	Antwerpen
Ziekenhuis aan de Stroom Middelheim, Cadix, Palfijn, Hoge Beuken, Joostens	Campus ZAS Cadix	Antwerpen
	Campus ZAS Hoge Beuken	Antwerpen
	Campus ZAS Joostens	Zoersel
	Campus ZAS Middelheim/Paola/UKJA	Antwerpen
	Campus ZAS Palfijn	Antwerpen
	Campus ZAS Sint-Elisabeth	Antwerpen
ZOL Genk	Campus Sint-Barbara	Lanaken
	Campus Sint-Jan	Genk
ZOL Maas en Kempen	Campus Maaseik Diestersteenweg	Maaseik

5.5 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per campus en per inspectiebezoek werd één inspectieverslag opgesteld waarin alle vaststellingen werden beschreven per thema. Het inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als verbeterinstrument voor het geïnspecteerde ziekenhuis.

Elk verslag van een inspectiebezoek bestond uit een inleidend hoofdstuk en een situering van het ziekenhuis, gevolgd door thematische hoofdstukken (personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en/of communicatie) met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling werd voorafgegaan door de betreffende eisen uit het eisenkader en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Afsluitend werd in het laatste hoofdstuk een samenvatting gegeven van de besluiten per thema en werd aangegeven of er op basis van rode en/of oranje knipperlichten (zie verder) een check 2 of een check 3 volgde.

In overeenstemming met de termijnen bepaald in het Toezichtdecreet ontving het ziekenhuis eerst een ontwerpverslag waarna het ziekenhuis een reactietermijn van veertien kalenderdagen had om feitelijke onjuistheden te signaleren. Op basis van een gemotiveerde reactienota kon het verslag al dan niet worden aangepast. Na de eventuele verwerking van de reactienota of na het verstrijken van de reactietermijn werd het verslag omgezet in een (al dan niet aangepast) definitief verslag. De definitieve verslagen werden eveneens gepubliceerd via de [CoBRHA-viewer](#) (actieve openbaarheid).

5.6 OPVOLGING VAN DE INSPECTIEVASTSTELLINGEN

5.6.1 Opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg

De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen en ontving bijgevolg elk definitief inspectieverslag. Uit sommige van die vaststellingen komen ernstige knelpunten naar boven. Dat zijn signalen dat er iets moet gebeuren, in eerste instantie door het ziekenhuis dat zelf de verantwoordelijkheid moet opnemen en de nodige verbeteracties moet opstarten. Het Departement Zorg respecteert de aanpak van het ziekenhuis bij de uitvoering van de verbetertrajecten, maar vindt het wel essentieel dat het ziekenhuis aantoont dat het knelpunt binnen een aanvaardbare termijn is weggewerkt.

5.6.2 Rode en oranje knipperlichten

Naast die opvolging van alle inspectievaststellingen werden, vóór de start van de inspectieronde, een aantal verbeterpunten bepaald waaraan het Departement Zorg bijzondere aandacht wil besteden. Zorginspectie legde enkele criteria vast (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een tweede (check 2) of derde (check 3) onaangekondigde inspectie. Rode en oranje knipperlichten zijn ernstige knelpunten die een risico inhouden op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg.

- > Een check 2 volgde van zodra één rood knipperlicht werd vastgesteld en/of indien minstens drie oranje knipperlichten werden vastgesteld. Tijdens een inspectiebezoek check 2 werden alle in check 1 vastgestelde rode en oranje knipperlichten opnieuw geïnspecteerd.
- > Een check 3 volgde van zodra tijdens check 2 één rood knipperlicht werd vastgesteld en/of minstens drie oranje knipperlichten. Tijdens het inspectiebezoek check 3 werd een risicogestuurde aanpak gehanteerd op maat van de specifieke situatie van het ziekenhuis, waarbij Zorginspectie knipperlichten vanuit een breder perspectief bekeek.

Hieronder worden de criteria die op voorhand werden vastgelegd meer in detail beschreven. In hoofdstuk 12 wordt weergegeven op hoeveel campussen de knelpunten tijdens de inspectieronde werden vastgesteld.

Tabel 5.4: Overzicht knipperlichten

Thema personeel	
In minstens één van de gecontroleerde shiften is de verpleegkundige permanentie niet in orde	Rood knipperlicht
Thema veilige zorg	
Minstens één van de verwachte oproepsystemen voor reanimatie is niet aanwezig	Rood knipperlicht
Meer dan drie gecontroleerde patiënten zonder bereikbaar oproepsysteem	Oranje knipperlicht
Meer dan één gecontroleerde ruimte met een onbeveiligd raam	Oranje knipperlicht
Minstens één gecontroleerde afdeling waar HRM niet specifiek gelabeld is	Oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde toegediende geneesmiddelen zonder ondertekend en volledig medisch order	Oranje knipperlicht
Minstens één gecontroleerde afdeling waar medicatie niet veilig bewaard wordt	Oranje knipperlicht

Thema gestandaardiseerde zorg	
Minstens één gecontroleerde patiënt zonder identificatiebandje of met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkomen met de identiteit van de drager	Rood knipperlicht
Meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende informatie over de gecontroleerde risicofactoren (minder dan vier van de zes)	Oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder info over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	Oranje knipperlicht
Meer dan 10% van de gecontroleerde dagen zonder pijnmeting	Oranje knipperlicht
Thema hygiëne	
Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldoen niet aan de eisen voor handhygiëne	Rood knipperlicht
Thema communicatie	
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder ontslagbrief	Rood knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende verslagen van pluridisciplinaire overlegmomenten of zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum drie disciplines	Oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder notities over het medisch toezicht	Oranje knipperlicht

5.7 BELEIDSRAPPORT

In de hiernavolgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de vaststellingen per thema en hun bijhorende subthema's. Per hoofdstuk wordt in het luik achtergrond uitleg gegeven over de verwachtingen vooropgesteld door het eisenkader, de gehanteerde werkwijze tijdens inspecties en eventuele context. Vervolgens is er het luik vaststellingen waar de geaggregeerde gegevens van de inspectiebezoeken check 1 per (sub)thema worden weergegeven, waar van toepassing volgt een luik patiëntenbevraging en een luik beschouwingen. Vervolgens ronden we af met een bespreking van de punten die aanleiding gaven tot een tweede en derde inspectie (check 2 en check 3) en met algemene conclusies.

6 GERIATRISCHE BEDDEN

Het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde geriatrie bedden werd in kaart gebracht:

- > De erkende bedden zijn het aantal bedden dat door ELGEZ erkend is.
- > De geëxploiteerde bedden zijn het maximum aantal bedden waarin patiënten opgenomen kunnen worden.
- > De opgestelde bedden zijn de bedden waarin, op de dag van inspectie, patiënten kunnen opgenomen worden. Het aantal opgestelde bedden is het aantal geëxploiteerde bedden verminderd met het aantal gesloten bedden.

Volgens een nota van Zorgnet-Icuro [1] blijkt dat de personeelsschaarste in de zorg al enkele jaren een acuut probleem is, waardoor meer zorgvoorzieningen noodgedwongen bedden moeten sluiten of tijdelijk een opnamestop doorvoeren. Daarom werd tijdens deze inspectieronde de reden van eventuele niet-exploitatie of sluiting van bedden in kaart gebracht.

Tabel 6.1: Geriatrie bedden

Aantal	
Aantal erkende geriatrie bedden	4.510
Aantal geëxploiteerde geriatrie bedden	4.252
Aantal erkende geëxploiteerde geriatrie bedden	4.158
Aantal niet-erkende geëxploiteerde geriatrie bedden	94
Aantal opgestelde geriatrie bedden	3.854
Aantal gesloten geriatrie bedden	398

In totaal waren er 4.510 erkende geriatrie bedden. 4.252 bedden werden geëxploiteerd waarvan er 94 niet erkend waren. 8% van de erkende bedden (352) werden niet-geëxploiteerd.

In totaal waren er 398 geriatrie bedden gesloten waardoor er in totaal 3.854 geriatrie bedden opgesteld waren: 9% van de geëxploiteerde bedden waren gesloten.

Uit bovenstaande blijkt dat veel erkende geriatrie bedden niet beschikbaar waren.

Op 22 campussen werden er bedden niet geëxploiteerd omwille van één of meer van volgende redenen:

Tabel 6.2: Reden van het niet exploiteren van geriatrie bedden

Aantal campussen	
Tekort aan verpleegkundigen	13/22
Tekort aan geriateren	5/22
Infrastructureel	5/22
Onvoldoende verantwoorde/medische activiteit	3/22

Op 34 campussen werden er bedden gesloten omwille van één of meer van volgende redenen:

Tabel 6.3: Reden van het sluiten van geriatrie bedden

Aantal campussen	
Tekort aan verpleegkundigen	31/34
Tekort aan geriateren	1/34
Infrastructuur	3/34
Onvoldoende verantwoorde/medische activiteit	6/34
Andere: cohorte-afdeling (COVID-19)	1/34

Het sluiten en/of niet-exploiteren van bedden omwille van personeelstekort gebeurde voornamelijk door een tekort aan verpleegkundigen:

- > Op 37 van de 70 campussen met geriatrie bedden werden bedden niet-geëxploiteerd en/of gesloten omwille van een tekort aan verpleegkundigen (op zeven campussen werden bedden zowel niet-geëxploiteerd als gesloten omwille van een tekort aan verpleegkundigen).
- > Op 6 van de 70 campussen met geriatrie bedden werden bedden niet-geëxploiteerd of gesloten omwille van een tekort aan geriateren.

Omwille van het personeelstekort is het belangrijk om het domein aantrekkelijker te maken.

Daarnaast verdient de geriatrie zorg en expertise ziekenhuisbreed een belangrijke plaats.

Elke zorgverlener die instaat voor de zorg voor volwassenen wordt dagelijks geconfronteerd met de groeiende groep van oudere patiënten. Het is daarom essentieel dat alle zorgverleners regelmatig vorming volgen op het vlak van ouderenzorg en geriatrie. Het opnemen van minimale vormingsvereisten in het eisenkader is het overwegen waard.

7 THEMA PERSONEEL

7.1 MEDISCH PERSONEEL DIENST GERIATRIE

7.1.1 Achtergrond

7.1.1.1 Gecontroleerde eis

De medische leiding van de dienst voor geriatrie en het zorgprogramma geriatrie wordt toevertrouwd aan een erkende arts-specialist in de geriatrie.

De arts-diensthooft moet met volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in het ziekenhuis werkzaam zijn.

7.1.1.2 Werkwijze

Er werd nagegaan of er een geriater diensthooft (met een volle dagtaak) werkzaam was in het ziekenhuis. Daarnaast werd nagevraagd hoeveel geriaters er werkzaam waren (uitgedrukt in aantal geriaters en aantal halve dagen per week werkzaam) op de campus en in het ziekenhuis t.o.v. het aantal opgestelde geriatrie bedden.

7.1.2 Vaststellingen

Het medisch personeel op de dienst geriatrie werd op 70 campussen van 54 ziekenhuizen gecontroleerd.

Tabel 7.1: Diensthooft geriatrie

Diensthooft geriatrie	
Ziekenhuizen met een geriater diensthooft actief in het ziekenhuis	53/54 (98%)
Ziekenhuizen met een geriater diensthooft met volle dagtaak actief in het ziekenhuis	52/53 (98%)

In nagenoeg alle gecontroleerde ziekenhuizen met geriatrie bedden (53 van de 54) was er een geriater diensthooft actief. In één ziekenhuis had het diensthooft geen volle dagtaak.

Tabel 7.2: Werkregime geriaters

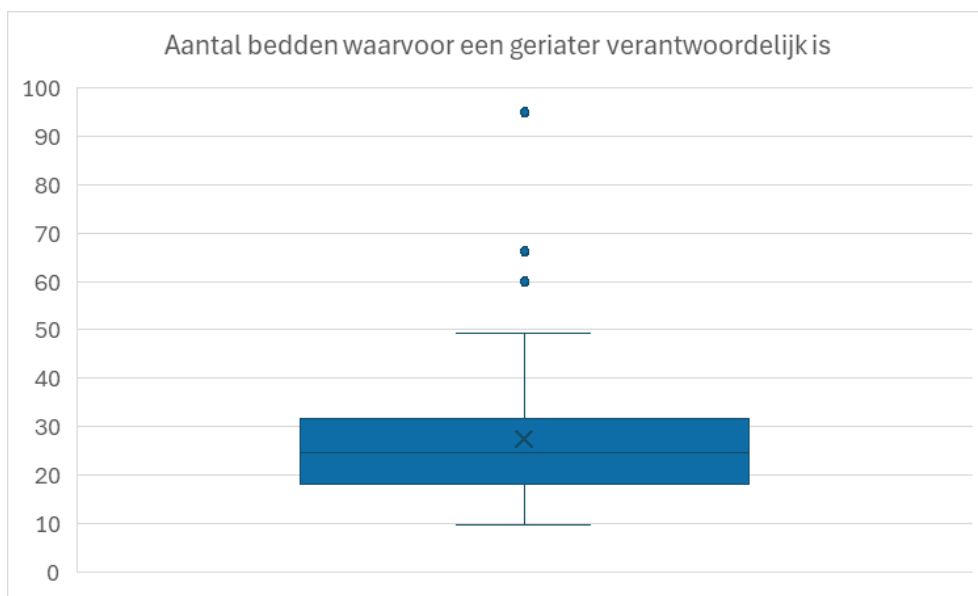
Werkregime geriaters	
Aantal opgestelde geriatrie bedden	3.854
Aantal geriaters	210
Aantal halve dagen werkzaam	1.682
Gemiddeld aantal halve dagen per week werkzaam	8,01
Gemiddeld aantal bedden waarvoor een geriater verantwoordelijk is (met een beroepsactiviteit in het ziekenhuis van 10 halve dagen per week)	22,9

In totaal waren 3.854 geriatrie bedden opgesteld in de ziekenhuizen. Er waren 210 geriaters werkzaam, in totaal waren deze artsen 1.682 halve dagen werkzaam. Gemiddeld waren deze artsen 8,01 halve dagen per week werkzaam in het ziekenhuis.

Gemiddeld was een geriater verantwoordelijk voor 22,9 opgestelde geriatriebedden. Dit werd niet berekend per geriater maar de noemer hierbij is een geriater met een beroepsactiviteit in het ziekenhuis van tien halve dagen. Hierbij was er een sterke variatie tussen de campussen, namelijk een variatie tussen 9,67 bedden en 95 bedden per geriater.

In onderstaande figuur worden de resultaten verder toegelicht aan de hand van een boxplot¹, die de spreiding van de individuele waarden per campus visualiseert.

Figuur 7.1: Aantal bedden waarvoor een geriater verantwoordelijk is



7.2 VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL

7.2.1 Achtergrond

7.2.1.1 Gecontroleerde eisen

Per 24 bedden beschikt de geriatrie over 9 voltijdse equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waarvan ten minste 4 verpleegkundigen die bij voorkeur houders zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met bijzondere deskundigheid in de geriatrie of zo niet hebben minstens deze 4 verpleegkundigen een aantoonbare expertise in de geriatrie.

Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.

Per 30 bezette bedden beschikt de Sp-psychogeriatric over minstens 8 VTE verpleegkundigen (exclusief hoofdverpleegkundige) die bij voorkeur houder zijn van hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, hetzij de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie of een aantoonbare expertise in deze domeinen. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar. De dienst beschikt tevens over 6 VTE zorgkundigen.

¹ De onderste lijn van de box komt overeen met het 25e percentiel: een vierde van de waarden ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75e percentiel: een vierde van de waarden ligt boven deze lijn. Dat betekent meteen dat 50% van de gevonden waarden binnen de box liggen. De mediaan (= 50e percentiel) wordt aangeduid door de horizontale lijn in de box. Het gemiddelde wordt aangeduid door een kruis, en ligt niet noodzakelijk in de box. De waarden die weergegeven worden door punten, liggen meer dan 1,5 keer de hoogte van de box boven of onder de box. De andere waarden die niet binnen de box vallen, bevinden zich op de verticale lijnen boven en onder de box.

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

7.2.1.2 Werkwijze

Op de afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen opgevraagd. Daarnaast werd gevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen waren opgesteld en hoeveel patiënten er op de dag van inspectie opgenomen waren. Het aantal VTE verpleegkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden. Dit werd zowel op afdelingsniveau als op campusniveau bekeken. Voor de Sp-psychogeriatrische afdelingen werd, zoals verwacht in het eisenkader, ook rekening gehouden met de gemiddelde bezettingsgraad (aantal bezette bedden = aantal opgestelde bedden x gemiddelde bezettingsgraad). Per afdeling werd de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundige (= patient/nurse ratio) berekend. Dit werd berekend tijdens vooraf bepaalde uren van de ochtend-, avond- en nachtshift. De ochtendshift werd op de dag van inspectie gecontroleerd (dit was telkens een weekdag), de avond- en nachtshift voorafgaand aan de inspectie werden gecontroleerd (dit was een shift op een weekdag of weekenddag). Ook de minimale verpleegkundige permanentie werd voor dezelfde periode gecontroleerd:

- > minstens één verpleegkundige per 30 opgestelde bedden op een afdeling van een acute campus (= afdeling op een campus waar andere acute diensten (intensieve zorgen, operatiekwartier, spoed) aanwezig zijn);
- > minstens één verpleegkundige per 30 opgenomen patiënten op een afdeling van een subacute campus (= afdeling op een campus waar geen acute diensten aanwezig zijn).

Voor de gemengde afdelingen (afdelingen met zowel geriatrische/Sp-psychogeriatrisch bedden als andere erkende bedden) werd het aantal VTE berekend op basis van het aantal opgestelde geriatrische/Sp-psychogeriatrisch bedden en de patient/nurse ratio op basis van het aantal opgenomen geriatrische/Sp-psychogeriatrische patiënten.

7.2.2 Vaststellingen op de dienst geriatrie

Het verpleegkundig personeel op de dienst geriatrie werd op 165 afdelingen, op 70 campussen van 54 ziekenhuizen gecontroleerd.

Tabel 7.3: VTE verpleegkundigen

Aantal opgestelde geriatrische bedden	3.854
Aantal VTE verpleegkundigen	2.002,45
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per opgesteld bed	0,52
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per 24 opgestelde bedden	12,47
Aantal afdelingen met voldoende VTE verpleegkundigen	155/165 (94%)
Aantal campussen met voldoende VTE verpleegkundigen voor de dienst geriatrie	65/70 (93%)
Aantal VTE verpleegkundigen tekort	12,26 VTE

Voor 3.854 geriatrische opgestelde bedden waren er 2.002,45 VTE verpleegkundigen. Gemiddeld zet een ziekenhuis 0,52 VTE verpleegkundigen in per opgesteld bed. Hierbij was er een sterk verschil tussen de afdelingen met uitersten van 0,26 VTE verpleegkundigen per opgesteld bed tot 0,97 VTE verpleegkundigen per opgesteld bed.

Het eisenkader verwacht 9 VTE verpleegkundigen per 24 opgestelde bedden: tijdens de inspecties werd vastgesteld dat er gemiddeld 12,47 VTE verpleegkundigen werden ingezet. tien afdelingen van zes campussen hadden minder dan 9 VTE verpleegkundigen per 24 opgestelde bedden. Het tekort aan verpleegkundigen werd vastgesteld op campusniveau: in totaal werd op vijf campussen een tekort van 12,26 aan VTE verpleegkundigen vastgesteld.

Tabel 7.4: Patient/nurse ratio

Gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige (aantal patiënten / aantal verpleegkundigen)	
Tijdens de ochtendshift	6,43 (3.425/532,37)
Tijdens de ochtendshift op weekdays	6,43 (3.425/532,37)
Tijdens de avondshift	8,41 (3.343/397,70)
Tijdens de avondshift op weekdays	8,62 (2.592/300,69)
Tijdens de avondshift op weekenddagen	7,74 (751/97,01)
Tijdens de nachtshift	19,34 (3.421/176,85)
Tijdens de nachtshift op weekdays	19,92 (2.660/133,53)
Tijdens de nachtshift op weekenddagen	17,57 (761/43,32)

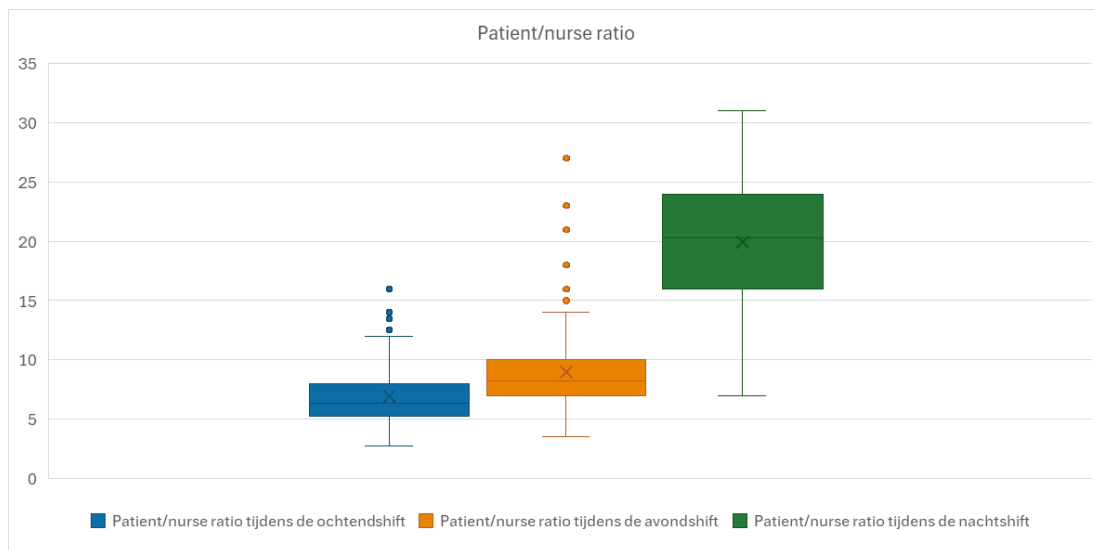
Gemiddeld bedraagt de patient/nurse ratio voor de ochtendshift 6,43 (met een spreiding van 2,75 tot 16 patiënten per verpleegkundige).

Voor de avondshift bedraagt dit 8,41 (met een spreiding van 3,5 tot 27,08 patiënten per verpleegkundige).

Voor de nachtshift bedraagt dit 19,34 (met een spreiding van 7 tot 31,03 patiënten per verpleegkundige).

In onderstaande figuur worden de resultaten verder toegelicht aan de hand van een boxplot², die de spreiding van de gevonden waarden per afdeling visualiseert.

Figuur 7.2: Patient/nurse ratio



Tabel 7.5: Verpleegkundige permanentie

Afdelingen in orde	
Verpleegkundige permanentie	162/165 (98%)
Overdag	165/165 (100%)
's Nachts	162/165 (98%)

Op 162 van de 165 afdelingen was de verpleegkundige permanentie in orde.

Op drie afdelingen (met respectievelijk 31, 31 en 32 opgestelde bedden) van drie campussen was de nachtelijke permanentie niet in orde omdat één verpleegkundige actief was voor meer dan 30 bedden.

Rood knipperlicht op campusniveau – Verpleegkundige permanentie	Aantal campussen met rood knipperlicht
Minstens één van de gecontroleerde shiften is niet in orde.	3/70

² De onderste lijn van de box komt overeen met het 25e percentiel: een vierde van de waardes ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75e percentiel: een vierde van de waardes ligt boven deze lijn. Dat betekent meteen dat 50% van de gevonden waardes binnen de box liggen. De mediaan (= 50e percentiel) wordt aangeduid door de horizontale lijn in de box. Het gemiddelde wordt aangeduid door een kruis, en ligt niet noodzakelijk in de box. De waarden die weergegeven worden door punten, liggen meer dan 1,5 keer de hoogte van de box boven of onder de box. De andere waarden die niet binnen de box vallen, bevinden zich op de verticale lijnen boven en onder de box.

7.2.3 Vaststellingen op de dienst Sp-psychogeriatric

Verpleegkundig personeel op de dienst Sp-psychogeriatric werd op 19 afdelingen, op 17 campussen van 17 ziekenhuizen gecontroleerd.

Tabel 7.6: VTE verpleegkundigen

Aantal opgestelde Sp-psychogeriatric bedden	479
Aantal bezette bedden	396,60
Aantal VTE verpleegkundigen	192,41
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per bezet bed	0,49
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per 30 bezette bedden	14,55
Aantal afdelingen met voldoende VTE verpleegkundigen	19/19 (100%)
Aantal campussen met voldoende VTE verpleegkundigen voor de dienst Sp-psychogeriatric	17/17 (100%)

Voor 479 Sp-psychogeriatric opgestelde bedden waren er 396,60 VTE verpleegkundigen. Gemiddeld zet een ziekenhuis 0,49 VTE verpleegkundigen in per bezet bed. Hierbij is er een sterk verschil tussen de afdelingen, met uitersten van 0,28 VTE verpleegkundigen per bezet bed tot 0,85 VTE verpleegkundigen per bezet bed.

Het eisenkader verwacht 8 VTE verpleegkundigen per 30 bezette bedden: tijdens de inspecties werd vastgesteld dat er gemiddeld 14,55 VTE verpleegkundigen werden ingezet.

Op geen enkele campus werd een tekort aan VTE verpleegkundigen vastgesteld.

Tabel 7.7: Patient/nurse ratio

Gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige (aantal patiënten / aantal verpleegkundigen)	
Tijdens de ochtendshift	6,97 (411/59)
Tijdens de ochtendshift op weekdays	6,97 (411/59)
Tijdens de avondshift	10,28 (411/40)
Tijdens de avondshift op weekdays	9,50 (361/38)
Tijdens de avondshift op weekenddagen	25 (50/2)
Tijdens de nachtshift	22,00 (396/18)
Tijdens de nachtshift op weekdays	21,63 (346/16)
Tijdens de nachtshift op weekenddagen	25 (50/2)

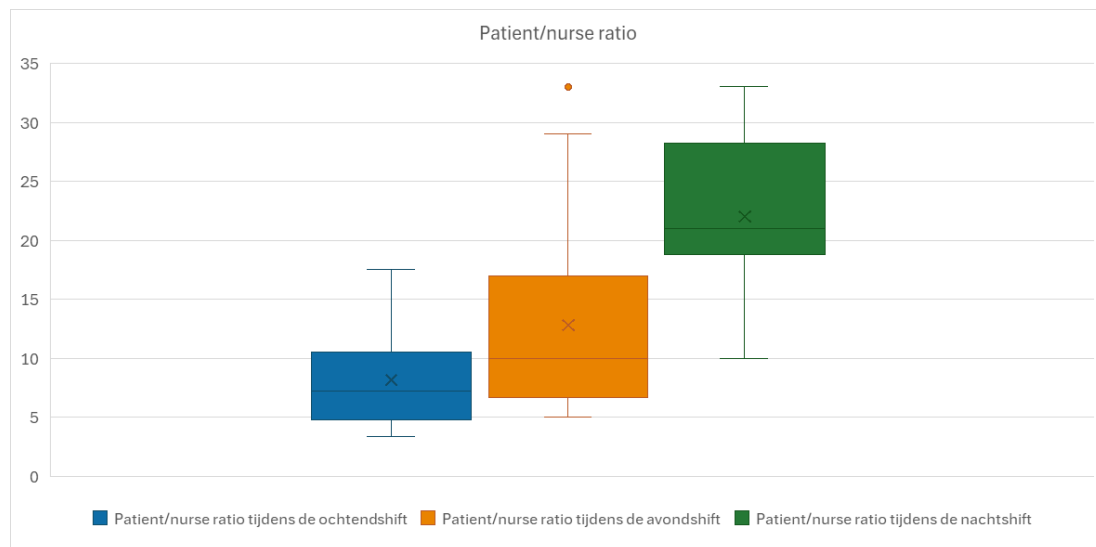
Gemiddeld bedraagt de patient/nurse ratio voor de ochtendshift 6,97 (met een spreiding van 3,33 tot 17,50 patiënten per verpleegkundige).

Voor de avondshift bedraagt dit 10,28 (met een spreiding van 5 tot 33 patiënten per verpleegkundige).

Voor de nachtshift bedraagt dit 22,00 (met een spreiding van 10 tot 33 patiënten per verpleegkundige).

In onderstaande figuur worden de resultaten verder toegelicht aan de hand van een boxplot³, die de spreiding van de individuele waarden per afdeling visualiseert.

Figuur 7.3: Patient/nurse ratio



Tabel 7.8: Verpleegkundige permanentie

Afdelingen in orde	
Verpleegkundige permanentie	17/19 (89%)
Overdag	18/19 (95%)
's Nachts	17/19 (89%)

Op zeventien van de negentien afdelingen was de verpleegkundige permanentie in orde. Op één afdeling was de permanentie overdag en tijdens de nacht niet in orde, hier was zowel overdag als tijdens de nacht één verpleegkundige actief voor 33 opgenomen patiënten. Op een andere campus was op één afdeling de nachtelijke permanentie niet in orde, deze werd waargenomen door een zorgkundige.

Rood knipperlicht op campusniveau – Verpleegkundige permanentie	Aantal campussen met rood knipperlicht
Minstens één van de gecontroleerde shiften is niet in orde.	2/17

³ De onderste lijn van de box komt overeen met het 25e percentiel: een vierde van de waardes ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75e percentiel: een vierde van de waardes ligt boven deze lijn. Dat betekent meteen dat 50% van de gevonden waardes binnen de box liggen. De mediaan (= 50e percentiel) wordt aangeduid door de horizontale lijn in de box. Het gemiddelde wordt aangeduid door een kruis, en ligt niet noodzakelijk in de box. De waarden die weergegeven worden door punten, liggen meer dan 1,5 keer de hoogte van de box boven of onder de box. De andere waarden die niet binnen de box vallen, bevinden zich op de verticale lijnen boven en onder de box.

7.2.4 Beschouwingen

Volgens het KCE-rapport 'Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen' [2] wordt op internationaal niveau algemeen aanvaard dat de patiëntveiligheid in ziekenhuizen niet kan worden gegarandeerd wanneer er meer dan acht patiënten per verpleegkundige zijn. In Belgische ziekenhuizen moeten verpleegkundigen echter gemiddeld 9,4 patiënten verzorgen. Volgens het rapport is de huidige situatie niet acceptabel, vooral omdat de intensiteit van de zorg de afgelopen tien jaar is toegenomen, waardoor de patiëntveiligheid (onder andere op de dienst geriatrie) niet gegarandeerd is. Volgens een nota van Zorgnet-Icuro (2024) is een safe staffing level belangrijk en blijft het nodig om in te zetten op de patient/caregiver ratio, inclusief de patient/nurse ratio. Op basis van de inspecties werd vastgesteld dat er een grote variatie in de patient/nurse ratio is. De grote spreiding roept vragen op over de werkdruk en veiligheid, een eventuele verwachting hieromtrent zou geconcretiseerd kunnen worden.

Uit de inspectievaststellingen blijkt dat gemiddeld 12,47 VTE verpleegkundigen per 24 opgestelde bedden worden ingezet terwijl de eis 9 VTE verpleegkundigen verwacht. Hieruit blijkt dat er meer VTE verpleegkundigen worden ingezet dan wettelijk vereist wordt op geriatrische afdelingen. Dit kan mogelijk gelinkt worden aan een toegenomen zorgzwaarte op de afdelingen geriatrie (o.a. door hogere turn-over, kortere opnameduur, acutere zorgvraag, complexere zorg). Daarnaast werd op de Sp-psychogeriatric afdelingen vastgesteld dat er gemiddeld 14,55 VTE verpleegkundigen per 30 bezette bedden werden ingezet terwijl het eisenkader 8 VTE verpleegkundigen verwacht. Op basis van deze resultaten lijkt het aangewezen om na te gaan of de norm nog voldoet aan de huidige zorgnoden.

Op vijf afdelingen werd vastgesteld dat de verpleegkundige permanentie niet voldeed aan de normen, wat aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.

8 THEMA VEILIGE ZORG

8.1 BEVEILIGING VAN DOSSIERGEGEVENS

8.1.1 Achtergrond

8.1.1.1 Gecontroleerde eis

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

De werknemer vergrendelt de PC zodra hij deze onbeheerd achterlaat.

8.1.1.2 Werkwijze

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

8.1.2 Vaststellingen

De beveiliging van de dossiergegevens werd op 245 afdelingen gecontroleerd.

Tabel 8.1: Beveiliging dossiergegevens

	Afdelingen met PC's in orde	Afdelingen met papieren dossiers / documenten in orde	Afdelingen met beveiliging van dossiergegevens in orde
Geriatrische afdeling	149/165 (90%)	137/165 (83%)	127/165 (77%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	18/19 (95%)	17/19 (89%)	16/19 (84%)
Geriatrisch dagziekenhuis	61/61 (100%)	60/61 (98%)	60/61 (98%)
Totaal	228/245 (93%)	214/245 (87%)	203/245 (83%)

Op 83% van de afdelingen waren de dossiergegevens niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers.

Hierbij waren de PC's voor 93% in orde en de papieren dossiers/documenten voor 87% in orde.

8.2 BEREIKBAAR OPROEPSYSTEEM OP DE PATIËNTENKAMER

8.2.1 Achtergrond

8.2.1.1 Gecontroleerde eisen

Elke patiëntenkamer beschikt minimaal over een bereikbaar beloproepsysteem.

8.2.1.2 Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen werd aan een aantal patiënten aanwezig in de kamers gevraagd of:

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

8.2.2 Vaststellingen

De bereikbaarheid van het oproepsysteem op de patiëntenkamer werd bij 1.652 patiënten gecontroleerd.

Tabel 8.2: Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer

Patiënten met bereikbaar oproepsysteem	
Geriatrische afdeling	1.434/1.517 (95%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	128/135 (95%)
Totaal	1.562/1.652 (95%)

95% van alle gecontroleerde patiënten hadden een bereikbaar oproepsysteem op de kamer.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer	Aantal campussen met oranje knipperlicht
	5/77*
Meer dan drie patiënten zonder bereikbaar oproepsysteem	

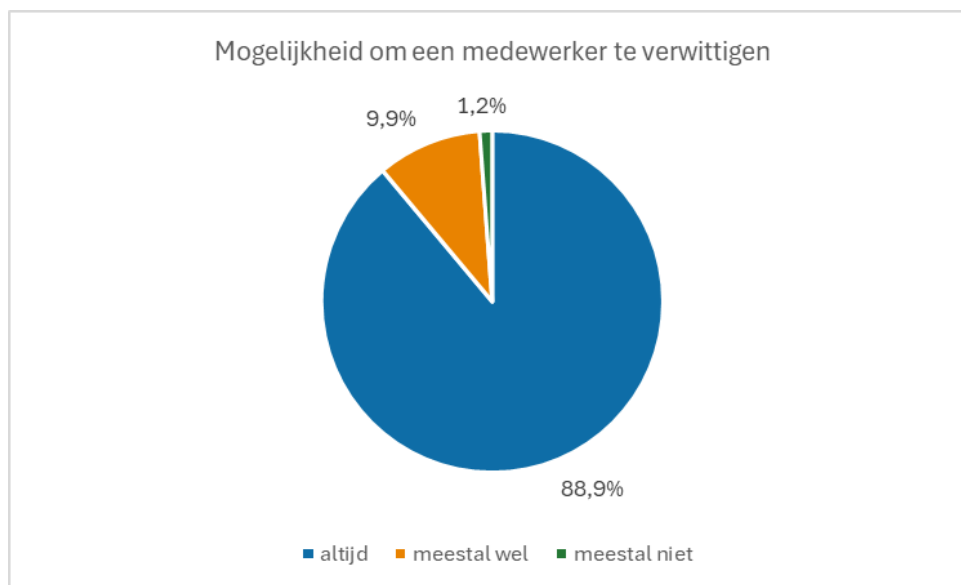
* Op drie campussen werd het oproepsysteem op de patiëntenkamer niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

8.2.3 Patiëntenbevraging

Er werden 920 patiënten bevraagd over het oproepen van een medewerker.

- 818 van de 920 (88,9%) patiënten gaven aan altijd een medewerker te kunnen oproepen.
- 91 van de 920 (9,9%) patiënten gaven aan meestal wel een medewerker te kunnen oproepen.
- 11 van de 920 (1,2%) patiënten gaven aan meestal geen medewerker te kunnen oproepen.

Figuur 8.1: Patiëntenbevraging: mogelijkheid om een medewerker te verwittigen via het oproepsysteem



Er werden 920 patiënten bevraagd over het op tijd geholpen te worden.

- 457 van de 920 (49,7%) patiënten gaven aan altijd op tijd geholpen te worden.
- 383 van de 920 (41,6%) patiënten gaven aan meestal op tijd geholpen te worden.
- 76 van de 920 (8,3%) patiënten gaven aan meestal niet op tijd geholpen te worden.
- 4 van de 920 (0,4%) patiënten gaven aan nooit op tijd geholpen te worden.

Figuur 8.2: Patiëntenbevraging: op tijd geholpen door een medewerker na oproep



8.2.4 Beschouwingen

Op vijf campussen gaf de controle van het bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamers aanleiding tot een oranje knipperlicht. Hierbij was voornamelijk het probleem dat het oproepsysteem niet bereikbaar was voor niet-mobiele patiënten. Geriatrische patiënten zijn vaak minder mobiel en sterk hulpbehoevend. Wanneer het oproepsysteem niet bereikbaar is voor de patiënt, kunnen deze ofwel geen hulp inroepen ofwel kunnen deze mogelijks zelf proberen op te staan om hulp te zoeken waardoor er risicovol gedrag (met kans op valincidenten) ontstaat. Daarom is het belangrijk om ervoor te zorgen dat het oproepsysteem altijd binnen handbereik is.

8.3 OPROEPSYSTEEM IN ANDERE LOKALEN DAN PATIËNTENKAMERS

8.3.1 Achtergrond

8.3.1.1 Gecontroleerde eis

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

8.3.1.2 Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen werden een aantal ruimtes gecontroleerd op aanwezigheid van een doeltreffend oproepsysteem. Indien lokalen voor meerdere doeleinden of door meerdere afdelingen werden gebruikt, werden ze slechts één keer beoordeeld (bv. eetkamer die ook als ergotherapie ruimte gebruikt wordt).

8.3.2 Vaststellingen

De aanwezigheid van een oproepsysteem werd in 687 lokalen gecontroleerd.

Tabel 8.3: Oproepsysteem in andere lokalen

Lokalen met oproepsysteem	
Eetkamer/zitkamer	93/105 (89%)
Toilet op de gang	118/150 (79%)
Ergotherapie ruimte	34/55 (62%)
Kinesitherapie ruimte	84/118 (71%)
Gesprekslokaal	58/113 (51%)
Gemeenschappelijke badkamer	145/146 (99%)
Totaal	532/687 (77%)

77% van alle gecontroleerde lokalen hadden een oproepsysteem.

8.4 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE

8.4.1 Achtergrond

8.4.1.1 Gecontroleerde eis

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

8.4.1.2 Werkwijze

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

8.4.2 Vaststellingen

1.039 patiëntenkamers/zorgverleners werden gecontroleerd op de aanwezigheid van een oproepsysteem voor reanimatie.

Tabel 8.4: Oproepsysteem voor reanimatie

Patiëntenkamers/zorgverleners met oproepsysteem voor reanimatie	
Geriatrische afdeling	783/807 (97%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	84/90 (93%)
Geriatrisch dagziekenhuis	141/142 (99%)
Totaal	1.008/1.039 (97%)

97% van de gecontroleerde patiëntenkamers/zorgverleners hadden een oproepsysteem voor reanimatie.

Rood knipperlicht op campusniveau – Oproepsysteem reanimatie	Aantal campussen met rood knipperlicht
Minstens één van de verwachte oproepsystemen voor reanimatie is niet aanwezig	16/78*

* Op twee campussen werd het oproepsysteem voor reanimatie niet gecontroleerd omdat er geen geriatrisch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

8.4.3 Beschouwingen

Wetenschappelijke studies wijzen uit dat het belangrijk is om in geval van hartstilstand zo vlug mogelijk te starten met reanimatie om de overlevingskans te verhogen [3]. Elke mogelijke vertraging tijdens de reanimatie kan een negatieve invloed hebben op de outcome van overleving en/of complicaties. Vandaar het belang dat de zorgverlener bij levensbedreigende situaties in de directe omgeving van de patiënt alarm kan slaan en de interne MUG kan oproepen, terwijl hij constant toezicht kan houden op de patiënt en de reanimatie onmiddellijk kan opstarten.

97% van de gecontroleerde patiëntenkamers/zorgverleners hadden een oproepsysteem voor reanimatie. Tijdens het cardiaal zorgtraject, waar deze eis ook werd gecontroleerd, bedroeg dit 92%. Dit is een hoger percentage maar op campusniveau blijft het aantal keer dat het knipperlicht voorkomt ongeveer hetzelfde (23% tijdens het cardiaal zorgtraject versus 21% tijdens het geriatrisch zorgtraject).

Verschillende ziekenhuizen gingen er tijdens het cardiaal zorgtraject vanuit dat de aanwezigheid van een assistentiekноп op de kamer, waarmee collega's van de afdeling worden opgeroepen maar niet het interne MUG-team, voldeed aan de eis. Na dit traject werd de eis verduidelijkt en opgenomen in het generiek eisenkader. Aan de eis werd toegevoegd dat de interne MUG in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt rechtstreeks moet kunnen opgeroepen worden terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. Ook tijdens dit traject werd op meerdere afdelingen aangegeven dat de assistentiekноп wordt gebruikt in plaats van rechtstreeks de interne MUG op te roepen. Bij gebruik van de assistentiekноп bestaat een reëel risico dat kostbare tijd verloren gaat. Naar aanleiding van vragen van ziekenhuizen hieromtrent werd hierover duiding gegeven via een FAQ (gepubliceerd op de website van het Departement Zorg).

Tijdens het cardiaal zorgtraject was het niet altijd duidelijk welke zorgverleners een dergelijk oproepsysteem moesten dragen. Daarom werd specifiek aan de eis ook toegevoegd dat elke zorgverstreker dergelijk oproepsysteem op zak moet hebben (wanneer er geen oproepsysteem aan bed is).

Tijdens deze inspectieronde in het kader van het geriatrisch zorgtraject behaalde ruim een vijfde van de campussen voor dit onderwerp een rood knipperlicht. Op deze campussen werd altijd gewerkt met draagbare telefoontoestellen op zak van de zorgverstreker of met vaste telefoontoestellen aan bed van de patiënt. Tijdens inspectie werd vastgesteld dat één of meerdere medewerkers de draagbare telefoontoestellen niet op zak hadden: omdat er een tekort was aan telefoontoestellen, omdat de zorgverlener deze vergeten was, omdat de telefoon aan het opladen was ... Bij gebruik van vaste telefoontoestellen was deze soms niet ingeplugd. Het gebruik van reanimatieknoppen aan bed van de patiënt is mogelijk meer sluitend.

8.5 BEVEILIGING RAMEN

8.5.1 Achtergrond

8.5.1.1 Gecontroleerde eis

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

8.5.1.2 Werkwijze

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

8.5.2 Vaststellingen

In 1.287 ruimtes werd gecontroleerd of de ramen beveiligd waren.

Tabel 8.5: Beveiligde ramen

Ruimtes met beveiligde ramen	
Geriatrische afdeling	1.044/1.069 (98%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	97/97 (100%)
Geriatrisch dagziekenhuis	121/121 (100%)
Totaal	1.262/1.287 (98%)

In 98% van de gecontroleerde ruimtes waren de ramen beveiligd.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Beveiligde ramen	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan één ruimte met een onbeveiligd raam	5/73*

* Op vijf campussen werden de ramen niet gecontroleerd omdat de afdelingen zich op de gelijkvloerse verdieping bevonden. Op twee campussen werden de ramen niet gecontroleerd omdat er geen geriatrisch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdeling waren.

8.5.3 Beschouwingen

Volgens de multidisciplinaire richtlijn suïcidepreventie bij ouderen [4] vormen ouderen een belangrijke risicogroep voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten en voor het overlijden door suïcide. Er wordt vermeld dat zorginstellingen voldoende maatregelen moeten treffen om middelen tot zelfdoding zo ontoegankelijk mogelijk te maken. Hierbij moet ook gedacht worden aan infrastructurele maatregelen zoals het beveiligen van ramen.

Ramen op afdelingen waar ouderen verblijven moeten daarnaast ook beveiligd worden vanwege het verhoogde risico op accidentele val door o.a. acute verwardheid en cognitieve stoornissen.

Tijdens dit zorgtraject waren 98% van alle ruimtes in orde. Dit is een hoger resultaat ten opzichte het internistisch zorgtraject waar 89% van de ruimtes in orde waren.

8.6 ORIËNTATIE

8.6.1 Achtergrond

8.6.1.1 Gecontroleerde eis

Ter ondersteuning van de tijdsoriëntatie is er minimaal in elke kamer en in de gemeenschappelijke lokalen een duidelijke aanduiding van de datum en de tijd.

8.6.1.1 Werkwijze

Op de geriatrie en Sp-geriatrie afdelingen en op het geriatrie dagziekenhuis werden een aantal patiëntenkamers gecontroleerd op aanwezigheid van een aanduiding van de datum en de tijd.

8.6.2 Vaststellingen

De aanduiding van de correcte datum en tijd werd in 1.080 patiëntenkamers gecontroleerd.

Tabel 8.6: Aanduiding van datum en tijd in patiëntenkamer

	Kamers met tijdsaanduiding	Kamers met aanduiding van datum	Kamers met datum en tijd
Geriatrische afdeling	732/830 (88%)	784/830 (94%)	715/830 (86%)
Sp-geriatrie afdeling	86/100 (86%)	96/100 (96%)	83/100 (83%)
Geriatrisch dagziekenhuis	117/150 (78%)	138/150 (92%)	113/150 (75%)
Totaal	935/1.080 (87%)	1.018/1.080 (94%)	911/1.080 (84%)

In 84% van de gecontroleerde patiëntenkamers was zowel datum als tijd correct aangeduid.

8.7 MAATREGELEN WEGLOOPGEDRAG

8.7.1 Achtergrond

8.7.1.1 Gecontroleerde eis

De architecturale en functionele organisatie van de dienst moet van die aard zijn dat de patiënt in de dienst een maximale bewegingsvrijheid heeft maar dat hij de dienst niet zonder toezicht kan verlaten.

Deze maatregelen tegen wegloupedrag staan beschreven in een procedure of in het kwaliteitshandboek.

8.7.1.2 Werkwijze

Op de geriatrieche en Sp-psychogeriatrische afdelingen en op het geriatrieche dagziekenhuis werd nagevraagd of er maatregelen tegen wegloupedrag werden toegepast.

8.7.2 Vaststellingen

De maatregelen tegen wegloupedrag werden op 245 afdelingen gecontroleerd.

Tabel 8.7: Maatregelen wegloupedrag

	Afdelingen met maatregelen tegen wegloupedrag	Afdelingen met maatregelen tegen wegloupedrag die op elk moment en voor iedere opgenomen patiënt toegepast kunnen worden
Geriatrische afdeling	160/165 (97%)	111/165 (67%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	19/19 (100%)	19/19 (100%)
Geriatrisch dagziekenhuis	48/61 (79%)	40/61 (66%)
Totaal	227/245 (93%)	170/245 (69%)

Op 93% van de gecontroleerde afdelingen waren er maatregelen tegen wegloupedrag. Het totaal voor de afdelingen was 97% ten opzichte van 79% voor het geriatrieche dagziekenhuis. Wat betreft de maatregelen die op elk moment en voor iedere opgenomen patiënt op de afdeling kunnen toegepast worden, scoorden de Sp-psychogeriatrische afdelingen (100%) beduidend beter dan de geriatrieche afdelingen (67%) en het geriatrieche dagziekenhuis (66%).

Tabel 8.8: Toegepaste maatregelen

	Geriatrische afdeling	Sp-psychogeriatrische afdeling	Geriatrisch dagziekenhuis	Totaal
Afdeling is afgesloten met code/badge	107	19	21	147
Er zijn dwaaldetectiebandjes aanwezig op de afdeling	29	1	4	34
Er zijn patiëntenkamers met een halve deur	29	0	3	32
Er zijn vaste of mobiele dwaaldetectiesystemen	7	0	0	7
Patiënten met dwaalgedrag worden opgenomen op een gesloten afdeling	7	0	0	7
Er is permanent toezicht op de patiënten	0	0	19	19

8.8 GEVAARLIJKE PRODUCTEN

8.8.1 Achtergrond

8.8.1.1 Gecontroleerde eis

Elke afdeling beschikt over een lijst van de gevaarlijke producten die daar bewaard worden. Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden. Daartoe worden de nodige maatregelen getroffen, door afsluiten van lokaal of van kast.

8.8.1.2 Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen en op het geriatriesch dagziekenhuis werd nagevraagd of er reinigingsmiddelen/poetsproducten en/of poetskarren bewaard worden op de afdeling. Op deze locatie(s) werd gecontroleerd of deze producten met een gevarensymbool beveiligd waren voor patiënten.

8.8.2 Vaststellingen

Op 245 afdelingen werd de bewaring van gevaarlijke producten gecontroleerd.

Tabel 8.9: Bewaring gevaarlijke producten

Afdelingen met veilige bewaring	
Geriatrische afdeling	88/165 (53%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	17/19 (89%)
Geriatrisch dagziekenhuis	48/61 (79%)
Totaal	153/245 (62%)

In 62% van de gecontroleerde afdelingen werden de gevaarlijke producten veilig bewaard voor patiënten. De Sp-psychogeriatrische afdelingen (89%) en het geriatriesch dagziekenhuis (79%) scoorden beduidend beter dan de geriatrische afdelingen (53%).

8.9 HOOGRISICOMEDICATIE

8.9.1 Achtergrond

8.9.1.1 Gecontroleerde eisen

De ziekenhuisapotheker maakt samen met het medisch farmaceutisch comité een procedure op over de veilige omgang met hoog risico medicatie. Deze procedure bevat minstens:

- > Oplijsting van de hoogrisicomedicatie
- > Het gebruik van een waarschuwingssysteem bv. via labeling
- > Veilige manier van opslag, voorschrijven, bereiden, toedienen
- > Beperking van concentraties en volumes (op elke afdelingen moet duidelijk zijn welke hoeveelheden en concentraties mogen bewaard worden)
- > Toegangsbevoegdheden
- > Opleiden van zorgverleners om op een veilige manier om te gaan met hoogrisicomedicatie
- > Snel informatiebereik over alle aspecten van de hoogrisicomedicatie voor de medewerkers.

Het ziekenhuis bepaalt welke medicatie als hoog-risico omschreven wordt en heeft een procedure hoe men hier op een veilige manier mee omgaat.

Hoogrisicomedicatie omvat minimaal:

- Geconcentreerde elektrolyten (bv. KCl)
- Heparine
- Insuline
- Cytostatica
- Narcotica
- Adrenerge middelen
- Neuromusculaire inhibitoren

Deze procedure is gekend door de zorgverleners en wordt nageleefd.

8.9.1.2 Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd nagegaan of er specifieke labeling was van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline in de afdelings- en de patiëntenvoorraad.

8.9.2 Vaststellingen

Op 245 afdelingen werd de specifieke labeling van geconcentreerde kaliumchloride en insuline gecontroleerd.

Tabel 8.10: Labeling hoogrisicomedicatie

Afdelingen met labeling hoogrisicomedicatie	
Geriatrische afdeling	125/165 (76%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	15/19 (79%)
Geriatrisch dagziekenhuis	59/61 (97%)
Totaal	199/245 (81%)

Op 81% van de gecontroleerde afdelingen waren geconcentreerde kaliumchloride en insuline specifiek gelabeld.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Labeling hoogrisicomedicatie	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Minstens één afdeling waar geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline niet specifiek gelabeld is	29/78*

* Op twee campussen werd de labeling van hoogrisicomedicatie niet gecontroleerd omdat er geen geriatrisch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

8.9.3 Beschouwingen

De hoogrisicomedicatie vermeld in het eisenkader is gebaseerd op de lijst van het Institute for Safe Medication Practices [5]. Het ziekenhuis moet op basis van het eisenkader een lijst opmaken, die verder kan aangevuld worden met andere, ziekenhuisspecifieke hoogrisicomedicatie.

Het eisenkader vermeldt dat de procedure over hoogrisicomedicatie minstens "het gebruik van een waarschuwingssysteem (bv. labeling)" en "een veilige manier van opslag, voorschrijven, bereiden, toedienen" moet bevatten.

Oorspronkelijk hanteerde Zorginspectie (voor insuline en geconcentreerde KCl) dezelfde werkwijze als tijdens het internistisch zorgtraject. Hierbij werd gecontroleerd of er een specifieke labeling was op de medicatie zelf of door aanduiding op de opslagplaats (gecontroleerd op alle plaatsen waar deze medicatie werd bewaard: zowel in de afdelingsvoorraad als in de klaargezette medicatie). Sinds de inspecties van het internistisch zorgtraject is er een evolutie naar het gebruik van een elektronisch medicatievoorschrift en bedsidescanning bij het toedienen van medicatie. Zorginspectie heeft daarom besloten haar inspectiemethodiek rond hoogrisicomedicatie bij te sturen. In dit traject werd de controle dan ook beperkt tot het nagaan of de medicatie veilig werd opgeslagen als hoogrisicomedicatie (ofwel is het duidelijk dat het hoogrisicomedicatie is op de medicatie zelf of op de bewaarplaats) en dit alleen in de patiënten- en afdelingsvoorraad (en niet meer in de klaargezette medicatie).

Bij toediening van hoogrisicomedicatie kan een controle gebeuren o.a. door middel van bedsidescanning of kan een waarschuwing in het elektronisch medicatievoorschrift worden gegeven. Deze aspecten werden tijdens dit traject niet beoordeeld gezien de klaargezette medicatie niet werd gecontroleerd.

Vanuit de Vereniging van Ziekenhuisapothekers kwam de bedenking dat ziekenhuizen zelf zouden moeten kunnen kiezen voor bepaalde acties in verband met hoogrisicomedicatie op basis van een risicoanalyse. Volgens deze beroepsvereniging zou het al dan niet labelen een weloverwogen keuze kunnen zijn. Men zou ook andere acties kunnen nemen om risico's bij hoogrisicomedicatie maximaal te beperken. Er kan overwogen worden om een eventuele aanpassing of verfijning van het eisenkader te bespreken met de Vereniging van Ziekenhuisapothekers.

Op 97% van de geriatrie dagziekenhuizen en op 76% van de afdelingen werd de hoogrisicomedicatie (insuline en geconcentreerde KCl) specifiek gelabeld of was ze niet aanwezig. Omwille van een verschillende inspectiemethodiek kunnen de resultaten niet vergeleken worden met de resultaten van het internistisch zorgtraject.

8.10 MEDISCH ORDER MEDICATIETOEDIENING

8.10.1 Achtergrond

8.10.1.1 Gecontroleerde eis

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat

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

2° de voorgeschreven medische orders en behandelingen (gevalideerd /getekend door de arts), met name de staande orders, medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen

3° het verpleegplan met de verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en verpleegkundige interventies en de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen

4° de observatienota's, evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen met registratie van de parameters volgens medische noodzaak met op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting van:

- hartfrequentie
- bloeddruk
- temperatuur
- pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling) en

indien van toepassing

- bewustzijn
- respiratoire aandachtspunten
- saturatiemeting
- gewicht
- voedingsstatus.

5° de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren (minimaal paramedische therapie en evolutie)

6° alle elementen ter voorbereiding op het ontslag van de patiënt

7° verpleegkundige ontslagbrief.

8.10.1.2 Werkwijze

Op de geriatrie en Sp-psychogeriatrische afdelingen en op het geriatrie dagziekenhuis werd gezocht naar het medisch order (naam van het geneesmiddel, sterkte, dosis per toediening en toedieningsfrequentie) voor toediening van infusen met toegevoegde medicatie en inspuitsbare medicatie (subcutaan, intraveneus, intramusculair). Door een arts ondertekende medicatieschema's, door een arts elektronisch ingevoerde of gevalideerde medicatie(schema's) en door een arts ondertekende medische orders werden goedgekeurd. Staande orders met verwijzing ernaar in het patiëntendossier, ondertekend door een arts, werden ook goedgekeurd als medisch order.

8.10.2 Vaststellingen

Er werden 1.534 medische orders gecontroleerd op volledigheid en validatie door de arts.

Tabel 8.11: Medisch order

Volledige en gevalideerde medische orders	
Geriatrische afdeling	1.379/1.389 (99%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	83/83 (100%)
Geriatrisch dagziekenhuis	57/62 (92%)
Totaal	1.519/1.534 (99%)

99% van de gecontroleerde medische orders (voor toediening van infusen met toegevoegde medicatie en inspuitable medicatie) waren volledig en gevalideerd door de arts.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Medisch order medicatietoediening	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde toegediende geneesmiddelen zonder ondertekend en volledig medisch order	0/78*

* Op twee campussen werden de medische orders voor medicatietoediening niet gecontroleerd omdat er geen geriatrisch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

8.10.3 Beschouwingen

Subcutane, intraveneuze en intramusculaire medicatie (behalve vaccins) mogen niet toegediend worden aan patiënten zonder een geldig medisch order van een arts. Tijdens het huidige zorgtraject waren 99% van alle medische orders in orde. Dit is een hoger percentage ten opzichte van het internistisch zorgtraject waar 92% van de medische orders in orde waren.

8.11 REDEN NIET TOEDIENEN MEDICATIE

8.11.1 Achtergrond

8.11.1.1 Gecontroleerde eis

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

8.11.1.2 Werkwijze

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

8.11.2 Vaststellingen

Er werd voor 2.041 niet toegediende geneesmiddelen nagekeken of de reden van niet toedienen werd vermeld.

Tabel 8.12: Reden niet toedienen medicatie

Niet toegediende geneesmiddelen met reden voor niet toedienen	
Geriatrische afdeling	1.483/1.800 (82%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	157/241 (65%)
Totaal	1.640/2.041 (80%)

Bij 80% van de gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen was een reden vermeld voor het niet toedienen. Op de Sp-psychogeriatrische afdelingen werd de reden bij 35% van de niet toegediende geneesmiddelen niet vermeld. Op de geriatrische afdelingen werd dit bij 18% niet genoteerd in het dossier.

8.12 BEWARING MEDICATIE

8.12.1 Achtergrond

8.12.1.1 Gecontroleerde eis

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

8.12.1.2 Werkwijze

Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen en op het geriatrisch dagziekenhuis werd gecontroleerd of de medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten en bezoekers.

8.12.2 Vaststellingen

Op 245 afdelingen werd de bewaring van medicatie gecontroleerd.

Tabel 8.13: Veilige bewaring van medicatie

Afdelingen met veilige bewaring medicatie	
Geriatrische afdeling	126/165 (76%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	16/19 (84%)
Geriatrisch dagziekenhuis	58/61 (95%)
Totaal	200/245 (82%)

Op 82% van de gecontroleerde afdelingen werd de medicatievoorraad veilig bewaard voor patiënten en bezoekers.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Bewaring medicatie	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Minstens één afdeling waar medicatie niet veilig bewaard wordt	29/78*

* Op twee campussen werd de bewaring van de medicatie niet gecontroleerd omdat er geen geriatrisch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

8.12.3 Beschouwingen

Door het verhoogd risico op verwarring bij ouderen is het belangrijk om medicatie veilig te bewaren om accidentele inname te voorkomen. Op meer dan een derde van de campussen werd medicatie op minstens één afdeling niet veilig bewaard. De vaststellingen die aanleiding gaven tot deze inbreuk waren uiteenlopend: afdelingsvoorraad was toegankelijk voor patiënten en bezoekers, onbewaakte niet-afgesloten medicatiekar op de gang of medicatie boven op de medicatiekar.

9 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

9.1 PATIËNTIDENTIFICATIE

9.1.1 Achtergrond

9.1.1.1 Gecontroleerde eisen

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

De persoonsgebonden parameters worden vergeleken met de gegevens van de identificatieband (polsbandje) die aan de patiënt aangebracht werd.

9.1.1.2 Werkwijze

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

9.1.2 Vaststellingen

Het identificatiebandje werd bij 1.861 patiënten gecontroleerd.

Tabel 9.1: Patiëntidentificatie

Patiënten met volledig en correct identificatiebandje	
Geriatrische afdeling	1.532/1.542 (99%)
Sp-geriatrie afdeling	186/190 (98%)
Geriatrisch dagziekenhuis	129/129 (100%)
Totaal	1.847/1.861 (99%)

99% van alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.

In totaal waren er dertien patiënten zonder bandje (tien patiënten op de geriatrie afdelingen en drie patiënten op de Sp-geriatrie afdelingen) en één patiënt met een bandje met onvolledige gegevens (op de Sp-geriatrie afdeling).

Rood knipperlicht op campusniveau – Patiëntidentificatie	Aantal campussen met rood knipperlicht
Minstens één patiënt zonder identificatiebandje of met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkomen met de identiteit van de drager	11/78*

* Op twee campussen werd de patiëntidentificatie niet gecontroleerd omdat er geen geriatrie dagziekenhuis, geen geriatrie en geen Sp-geriatrie afdelingen waren.

9.1.3 Beschouwingen

Het correct identificeren van patiënten is essentieel om de juiste patiënt de juiste diagnose en zorg te kunnen geven. Vergissingen met betrekking tot de identiteit van de patiënt kunnen ernstige gevolgen met zich meebrengen, zowel in de diagnostische als in de behandelingsfase. In het bijzonder voor patiënten met verwardheid en patiënten met cognitieve stoornissen vormt het ontbreken van goede identificatieprocedures een groot risico. Om een correcte patiëntenidentificatie te kunnen garanderen, is het dragen van een identificatiebandje essentieel.

Niettegenstaande dat 99% van alle patiënten een correct en volledig identificatiebandje hadden, werd op elf campussen een rood knipperlicht vastgesteld. Om een correcte patiëntenidentificatie te kunnen garanderen, is het dragen van een identificatiebandje essentieel. Daarom werd een rood knipperlicht gedefinieerd van zodra er minstens één patiënt werd aangetroffen zonder identificatiebandje of met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkomen met de identiteit van de drager.

Tijdens het chirurgisch zorgtraject, het internistisch zorgtraject en de herhalingsronde hadden respectievelijk 95%, 99% en 99% van de patiënten een correct en volledig identificatiebandje.

9.2 INTERNE LIAISON

9.2.1 Achtergrond

9.2.1.1 Gecontroleerde eisen

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om minstens één van de hierna vermelde redenen:

- fragiliteit en beperkte homeostase
- actieve polypathologie
- atypische klinische beelden
- verstoorde farmacokinetica
- gevaar van functionele achteruitgang
- gevaar voor deficiënte voeding
- tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven
- psychosociale problemen.

Voor patiënten met een positieve screening wordt een pluridisciplinaire geriatrische evaluatie uitgevoerd. Die gebeurt aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en wordt uitgevoerd door minstens drie verschillende disciplines waaronder:

- > Een geriater.
- > Een verpleegkundige, bij voorkeur houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of een verpleegkundige met aantoonbare expertise. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.
- > Een kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist of psycholoog.

Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder in het ziekenhuis wordt door een teamlid van de verpleegeenheid waar de patiënt verblijft, uiterlijk de dag na de opname gescreend met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument om na te gaan of hij voldoet aan één van de hierboven vermelde criteria en of hij al dan niet in het zorgprogramma geriatrie moet worden opgenomen.

Deze patiënten en elke geriatrische patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie van het ziekenhuis verblijven, moeten een beroep kunnen doen op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van het team van de geriatrische interne liaison. Dit team komt ter ondersteuning en op verzoek van het team van één van die diensten om een preventief of interventief geriatrisch beleid op te stellen. In het patiëntendossier wordt genoteerd waarom wel of niet beroep wordt gedaan op het team.

Elke verpleegeenheid beschikt tijdens elke shift over verpleegkundigen die bekwaam zijn om de gehanteerde screeningschaal (ISAR, GRP, VIP ...) in te vullen en te beoordelen.

Een informatiewaarschuwing verschijnt in geval van positieve screening.

Het interne liaisonteam zal op basis van ervaring of op basis van een diepgaander assessment oordelen of de patiënt een geriatrisch profiel heeft. Indien op ervaring een geriatrisch profiel vermoed wordt, moet een comprehensive geriatric assessment worden uitgevoerd. Dit comprehensive geriatric assessment moet onder andere de cognitieve, nutritionele en mobiliteitsdomeinen ... exploreren, met voor elk domein minstens één gevalideerde schaal.

In geval door de screening wordt vastgesteld dat de patiënt een geriatrisch profiel heeft, geeft het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison aanbevelingen aan het zorgteam van de afdeling waar de patiënt verblijft of kan hij worden overgebracht naar de geriatrische dienst of wordt hij later teruggezien door het pluridisciplinair geriatrisch team in het geriatrisch dagziekenhuis, nadat het acute probleem waarvoor hij is opgenomen in een andere dienst is opgelost.

Voor de patiënten voor wie in de afgelopen week een tussenkomst van het interne liaisonteam plaatsvond, wordt:

- > binnen een week een teambespreking georganiseerd;
- > worden de bevindingen en aanbevelingen overgemaakt aan het zorgteam en de voor de betreffende hospitalisatie behandelende arts-specialist;
- > en worden ook aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van de huisarts teneinde een heropname na het ontslag van de patiënt te vermijden.

Het verslag van de teambespreking alsook de aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen.

9.2.1.2 Werkwijze

Er werd nagevraagd welk screeningsinstrument het ziekenhuis gebruikt voor het al dan niet inschakelen van het ILT. Er werden dossiers gecontroleerd van patiënten ouder dan 75 jaar die opgenomen waren op een niet-geriatrische afdeling (enkel patiënten die opgenomen waren op een C-, D- of A-afdeling werden in deze controle opgenomen). In deze dossiers werd gezocht naar een screening om na te gaan of de patiënt voldeed aan minstens één van de criteria voor opname in het geriatrisch zorgprogramma.

Als er een screening gebeurde, werd nagegaan of deze uiterlijk de dag na opname gebeurde.

Volgende elementen werden gecontroleerd in dossiers van patiënten met een positieve screening:

- > Er werd nagegaan of het ILT werd ingeschakeld.
- > Als het ILT niet werd ingeschakeld, werd hiervoor gezocht naar een motivatie/reden in het dossier.
- > Bij inschakeling/evaluatie van het ILT werd nagegaan of er een advies werd verleend. Als er geen advies werd verleend, werd nagekeken in het dossier of de patiënt al dan niet een geriatrisch profiel had.

9.2.2 Vaststellingen

Screeningsinstrument voor inschakelen ILT

De screening van oudere patiënten op niet-geriatrische afdelingen en de inzet van het ILT werd op 68 campussen gecontroleerd. Op twaalf campussen werd de interne liaison niet gecontroleerd omdat er geen C-, D- of A-afdelingen waren. 66 campussen gebruikten de GRP als screeningsinstrument (op vier campussen werd de GRP soms gecombineerd met een ander screeningsinstrument). Op één campus werd de VIP gebruikt en op één campus werd de Clinical Frailty Scale gebruikt.

De screening werd in 1.956 dossiers gecontroleerd.

Tabel 9.2: Screening voor opname in het zorgprogramma geriatric

Aantal	
Dossiers met screening	1.784 /1.956 (91%)
Screening uiterlijk dag na opname	1.632/1.784 (91%)
Met positieve screening	1.053/1.784 (59%)

In 91% van de gecontroleerde dossiers werd een screening gevonden. In deze dossiers gebeurde de screening meestal de dag na opname.

Inschakelen/evaluatie door ILT

Er werden 1.053 dossiers met positieve screening gecontroleerd op al dan niet inschakelen/evaluatie door ILT.

Tabel 9.3: Dossiers met positieve screening zonder inschakelen/evaluatie door ILT

Aantal	
Dossiers met positieve screening en zonder inschakeling/evaluatie ILT	382/1.053 (36%)
Met motivatie/reden	202/382 (53%)

In 36% van de gecontroleerde dossiers met een positieve screening werd het ILT niet ingeschakeld of gebeurde geen evaluatie door het ILT. In 53% van deze dossiers werd hiervoor een motivatie/reden in het dossier gevonden.

Tabel 9.4: Dossiers met positieve screening met inschakelen/evaluatie door ILT

Aantal	
Dossiers met positieve screening en met inschakelen/evaluatie door ILT	671/1.053 (64%)
met advies	622/671 (93%)
zonder advies en aantoonbaar dat de patiënt geen geriatrisch profiel heeft	35/671 (5%)
zonder advies en aantoonbaar dat de patiënt wel een geriatrisch profiel heeft	8/671 (1%)
zonder advies en zonder informatie betreffende het geriatrisch profiel	6/671 (1%)

In 64% van de gecontroleerde dossiers met een positieve screening werd het ILT ingeschakeld of gebeurde een evaluatie door het ILT.

In 98% van de gecontroleerde dossiers met een positieve screening en met inschakelen/evaluatie door ILT werd ofwel een advies gevonden (93%) ofwel kon aangetoond worden dat de patiënt geen geriatrisch profiel had (5%) en er geen advies verwacht werd.

9.2.3 Beschouwingen

Volgens het KCE-rapport 'Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams' [6] worden kwetsbare ouderen bij voorkeur opgenomen op een geriatrische afdeling, die ingesteld is op de 'geriatrische aanpak', waarbij men naast de medische problemen ook oog heeft voor mogelijke psychosociale en functionele problemen. Toch valt het niet te vermijden dat mensen met een duidelijk geriatrisch profiel ook op andere verpleegafdelingen worden opgenomen, en dit zal in de toekomst zeker niet minder het geval zijn. Volgens dit rapport is bijna de helft van de opnamedagen in niet-geriatrische afdelingen voor rekening van mensen ouder dan 75 jaar. Ook voor hen is een specifieke geriatrische aanpak nodig. In België opteerde de overheid voor de functie van de interne geriatrische liaison om aan dit probleem tegemoet te komen. Dit is een mobiel team met een specifieke geriatrische expertise dat een globaal geriatrisch assessment kan uitvoeren bij patiënten op niet-geriatrische diensten die na een screening geïdentificeerd werden als hoogrisicopatiënten. Op basis hiervan worden er aanbevelingen geformuleerd ter attentie van de arts en/of het verpleegkundige team van de dienst waar de patiënt gehospitaliseerd is.

Volgens de visietekst 'Ouderen vriendelijk ziekenhuis' van 2023 [7] moet het verblijf op de spoedgevallen-dienst afgestemd worden op de noden van de kwetsbare oudere. Ouderen presenteren zich met verschillende en atypische klachten. Achterliggend is vaak een combinatie aanwezig van psychosociale problemen, polyfarmacie, normale verouderingsprocessen met andere ziektebeelden, zowel van acute als chronische aard. Deze mix bemoeilijkt een snelle diagnosestelling op een spoedgevallendienst. De visietekst stelt dat het advies van het geriatrische ILT, startende reeds vanop spoed, de opname en/of continuïteit van zorg zal optimaliseren. Deze praktijk werd tijdens de inspectieronde niet beoordeeld maar eventuele verwachtingen hieromtrent kunnen worden besproken met alle relevante betrokkenen.

In 91% van de dossiers van patiënten ouder dan 75 jaar die opgenomen waren op een niet-geriatrische afdeling werd een screening gevonden. In ongeveer een derde van de dossiers met een positieve screening werd het ILT niet ingeschakeld, waarvan voor de helft van de dossiers een reden werd gevonden. Deze redenen waren uiteenlopend: de patiënt werd reeds opgevolgd door een multidisciplinair team (bv. door het oncologisch team of door het palliatief support team), de patiënt was reeds ontslagen vooraleer het ILT kon ingeschakeld worden, de medewerker ILT was afwezig of er was een tekort aan medewerkers voor ILT.

In 98% van de dossiers met een positieve screening en met inschakeling van het ILT werd ofwel een advies gevonden ofwel kon aangetoond worden dat de patiënt geen geriatrisch profiel had en er geen advies verwacht werd.

9.3 INFORMATIE OVER OUDERDOMSZWAKTE

9.3.1 Achtergrond

9.3.1.1 Gecontroleerde eis

Uit het patiëntendossier en zorgplan blijkt dat er aandacht is voor ouderdomszwakte (frailty) met informatie over de volgende risicofactoren:

- malnutritie
- valrisico
- slikproblematiek
- mate van zelfredzaamheid
- delirium
- polyfarmacie
- decubitus.

Daarnaast is er informatie over:

- (ouder)verwaarlozing
- (aan- of afwezigheid van) vroegtijdige zorgplanning
- vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger.

9.3.1.2 Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere weekdays voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een geriatrische of Sp-psychogeriatrische afdeling. In deze dossiers werd gezocht naar informatie over volgende risicofactoren:

- malnutritie
- valrisico
- slikproblematiek
- mate van zelfredzaamheid
- delirium
- decubitus.

9.3.2 Vaststellingen

In 2.066 dossiers werd gezocht naar informatie over risicofactoren.

Tabel 9.5: Informatie over risicofactoren

	Dossiers met informatie over alle risicofactoren	Dossiers met informatie over minstens vier van de zes risicofactoren
Geriatrische afdeling	1.264/1.816 (70%)	1.773/1.816 (98%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	186/250 (74%)	248/250 (99%)
Totaal	1.450/2.066 (70%)	2.021/2.066 (98%)

In 70% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over alle risicofactoren gevonden. Bijna alle (98%) dossiers bevatten informatie over minstens vier van de zes risicofactoren.

In tabel 9.6 worden de details gegeven van de gevonden informatie.

Tabel 9.6: Detail gecontroleerde risicofactoren

	Dossiers met informatie malnutritie	Dossiers met informatie valrisico	Dossiers met informatie slikproblematiek	Dossiers met informatie mate van zelfredzaamheid	Dossiers met informatie delirium	Dossiers met informatie decubitus
Geriatrische afdeling	1.630/1.816 (90%)	1.753/1.816 (97%)	1.497/1.816 (82%)	1.812/1.816 (99,8%)	1.715/1.816 (94%)	1.726/1.816 (95%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	219/250 (88%)	241/250 (96%)	216/250 (86%)	250/250 (100%)	248/250 (99%)	248/250 (99%)
Totaal	1.849/2.066 (89%)	1.994/2.066 (97%)	1.713/2.066 (83%)	2.062/2.066 (99,8%)	1.963/2.066 (95%)	1.974/2.066 (96%)

In de dossiers ontbrak vooral informatie over slikproblematiek (17%) of informatie over malnutritie (11%).

Oranje knipperlicht op campusniveau – Informatie over ouderdomszwakte	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende informatie over de gecontroleerde risicofactoren (minder dan vier van de zes)	2/77*

* Op drie campussen werden de informatie over ouderdomszwakte niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren

9.3.3 Beschouwingen

Het eisenkader verwacht aandacht voor o.a. volgende factoren: malnutritie, valrisico, slikproblematiek, mate van zelfredzaamheid, delirium en decubitus. In 70% van de dossiers werd informatie over al deze risicofactoren gevonden. Als er informatie ontbrak, was dit vooral informatie over slikproblematiek en/of informatie over malnutritie.

9.4 INFORMATIE OVER THUISMEDICATIE EN GEKENDE ALLERGIEËN

9.4.1 Achtergrond

9.4.1.1 Gecontroleerde eisen

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

- 1° medisch anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën
- 2° de resultaten van alle medisch-technische onderzoeken en adviezen van geconsulteerde artsen en paramedici
- 3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie
- 4° de ingestelde behandelingen en de evolutie van de aandoening
- 5° bij een chirurgische ingreep: het operatieprotocol en het anesthesieprotocol
- 6° de voorlopige en definitieve ontslagbrief
- 7° de notities waaruit de geïnformeerde toestemming van de patiënt blijkt voor iedere tussenkomst
- 8° indien van toepassing: het verslag van de autopsie

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

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat

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

2° de voorgeschreven medische orders en behandelingen (gevalideerd /getekend door de arts), met name de staande orders, medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen

3° het verpleegplan met de verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en verpleegkundige interventies en de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen

4° de observatienota's, evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen met registratie van de parameters volgens medische noodzaak met op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting van:

- hartfrequentie
- bloeddruk
- temperatuur
- pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling) en

indien van toepassing

- bewustzijn
- respiratoire aandachtspunten
- saturatiemeting
- gewicht
- voedingsstatus.

5° de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren (minimaal paramedische therapie en evolutie)

6° alle elementen ter voorbereiding op het ontslag van de patiënt;

7° verpleegkundige ontslagbrief

9.4.1.2 Werkwijze

In dossiers van patiënten die minstens één dag opgenomen waren op de geriatrische of Sp-psychogeriatrische afdelingen werd gezocht naar informatie over allergie en thuismedicatie.

9.4.2 Vaststellingen

In 1.976 dossiers werd gezocht naar informatie over thuismedicatie en allergieën.

Tabel 9.7: Informatie over thuismedicatie en gekende allergieën

	Dossiers met informatie over thuismedicatie	Dossiers met informatie over allergieën
Geriatrische afdeling	1.722/1.730 (99,5%)	1.598/1.730 (92%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	238/246 (97%)	231/246 (94%)
Totaal	1.960/1.976 (99%)	1.829/1.976 (93%)

Informatie over thuismedicatie en allergieën werd in respectievelijk 99% en 93% van alle gecontroleerde dossiers gevonden.

9.4.3 Beschouwingen

Een up-to-date en correct overzicht van de thuismedicatie bij opname vormt de basis voor een goede zorg tijdens het verblijf en bij het ontslag. Dit bevordert een ononderbroken zorgverlening en vermindert het risico op medicatiefouten. De registratie van allergieën in het dossier helpt voorkomen dat een patiënt verkeerdelijk een middel krijgt toegediend waarvoor de patiënt allergisch is.

In 99% van de dossiers werd informatie over thuismedicatie aangetroffen en in 93% werd informatie over allergieën gevonden.

Tijdens de inspecties werd enkel nagegaan of er informatie aanwezig was over thuismedicatie en allergieën. De juistheid van de gegevens en het feit of de gegevens recent waren, werd tijdens de inspecties niet gecontroleerd. Tijdens de controle van de dossiers werd opgemerkt dat een recente (her)bevraging tijdens de huidige opname niet altijd kon aangetoond worden. Gegevens werden vaak zonder herbevraging overgenomen uit vorige opnames. Nochtans zijn accurate en volledige gegevens van cruciaal belang om eventuele incidenten te voorkomen.

9.5 ZORGBEPERKING EN DNR

9.5.1 Achtergrond

9.5.1.1 Gecontroleerde eis

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

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

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

Indien de DNR-code groter is dan nul:

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

9.5.1.2 Werkwijze

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

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

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

9.5.2 Vaststellingen

1.706 dossiers werden gecontroleerd op informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.

Tabel 9.8: Informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring

Dossiers met informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	
Geriatrische afdeling	1.386/1.476 (94%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	196/230 (85%)
Totaal	1.582/1.706 (93%)

In 93% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring gevonden.

In de dossiers waar een DNR code gebruikt werd voor informatie over zorgbeperking, werden een aantal elementen gecontroleerd.

Tabel 9.9: Informatie over DNR code

Dossiers met DNR-code		Dossiers met DNR-code op opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier	Dossiers met DNR-code met datum getekend/ gevalideerd door de arts
Geriatrische afdeling	1.370/1.386 (99%)	1.347/1.370 (98%)	1.357/1.370 (99%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	195/196 (99%)	194/195 (99%)	195/195 (100%)
Totaal	1.565/1.582 (99%)	1.541/1.565 (98%)	1.552/1.565 (99%)

In bijna alle (99%) dossiers werd als informatie betreffende zorgbeperking een DNR-code gebruikt. De DNR-code had bijna altijd een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier en was ook nagenoeg altijd met datum getekend en gevalideerd door de arts.

1.111 dossiers met een DNR-code groter dan 0 werden gecontroleerd.

Tabel 9.10: Informatie in dossiers met DNR-code groter dan 0

In orde	
Dossiers met alle gezochte informatie	363/1.111 (33%)
Dossiers met melding van bespreking in team	741/1.111 (67%)
Dossiers met melding van bespreking met patiënt/familie	703/ 1.111 (63%)
Dossiers met bondige weergave van de inhoud van het gesprek met patiënt/familie	517/703 (74%)

33% van de gecontroleerde dossiers met een DNR-code groter dan 0 bevatten alle gezochte informatie. In 67% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat de DNR besproken was in team. In 63% van de gecontroleerde dossiers kon een bespreking met de patiënt/familie aangetoond worden, waarvan in 74% van deze dossiers een weergave van het gesprek te vinden was.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Zorgbeperking en DNR	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	11/77*

* Op drie campussen werd de informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

9.5.3 Beschouwingen

Volgens signalen van de Vlaamse Ouderenraad krijgt vroegtijdige zorgplanning in de praktijk niet altijd de nodige aandacht en wordt een DNR-code soms eenzijdig door de arts vastgelegd zonder overleg met de patiënt. Nochtans was er in 93% van de dossiers, van patiënten die minstens een week waren opgenomen, informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring in het dossier aanwezig, meestal onder de vorm van een DNR-code. Toch bleek dat slechts 33% van de dossiers met een DNR-code groter dan 0 alle verwachte elementen bevatte, zoals overleg in team, bespreking met de patiënt of familie, en een bondige samenvatting van het gesprek. In respectievelijk 66% en 63% van de dossiers kon een bespreking in team of met patiënt/familie worden aangetoond. Hieruit blijkt dat er te weinig aandacht is voor de bespreking met de patiënt/familie en dat er ruimte is voor verbetering betreffende openheid over vroegtijdige zorgplanning.

Er is enige weerstand vanuit het werkveld tegen het opnemen van de negatieve wilsverklaring en de wensen van elke opgenomen patiënt (en/of zijn vertegenwoordiger). Voor elke opgenomen patiënt (ongeacht de leeftijd of de reden van opname) moet volgens het generiek eisenkader informatie te vinden zijn in het dossier over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring. Een DNR-code is daarvoor een mogelijkheid, maar geen verplichting (een DNR-code is enkel verplicht op de dienst Intensieve Zorgen). Tijdens deze inspectieronde werd dit gecontroleerd op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen. Het lijkt aangewezen om de verwachtingen hieromtrent, in samenhang met de bestaande wetgeving, opnieuw te bekijken in overleg met de sector.

De eis stelt verder dat, als er een DNR-code aanwezig is, deze een opvallende en snel toegankelijke plaats heeft in het dossier, en met datum getekend/gevalideerd is door de arts. Ook deze elementen werden gecontroleerd tijdens deze inspectieronde. Indien de DNR-code groter is dan 0, verwacht Zorginspectie (conform de eis) een melding van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger en een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek).

9.6 PIJNSCORES

9.6.1 Achtergrond

9.6.1.1 Gecontroleerde eis

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat

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

2° de voorgeschreven medische orders en behandelingen (gevalideerd /getekend door de arts), met name de staande orders, medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen

3° het verpleegplan met de verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en verpleegkundige interventies en de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen

4° de observatienota's, evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen met registratie van de parameters volgens medische noodzaak met op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting van:

- hartfrequentie
- bloeddruk
- temperatuur
- pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling) en

indien van toepassing

- bewustzijn
- respiratoire aandachtspunten
- saturatiemeting
- gewicht
- voedingsstatus.

5° de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren (minimaal paramedische therapie en evolutie)

6° alle elementen ter voorbereiding op het ontslag van de patiënt

7° verpleegkundige ontslagbrief

9.6.1.2 Werkwijze

In dossiers van patiënten die werden opgenomen op een geriatrische afdeling van een acute campus (= geriatrische afdeling op een campus waar andere acute diensten (intensieve zorgen, operatiekwartier, spoed) aanwezig zijn), werd gezocht naar het aantal pijnscores per dag.

9.6.2 Vaststellingen

De pijnscores werden voor 1.701 dagen gecontroleerd in 1.646 dossiers op de geriatrische afdelingen.

Tabel 9.11: Pijnscores

In orde	
Dagen met pijnscore	1.664/1.701 (98%)
Dagen met één pijnscore	135/1.664 (8%)
Dagen met twee of meer pijnscores	1.529/1.664 (92%)

Op bijna alle (98%) gecontroleerde dagen werd minstens één pijnscore gevonden.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Pijnscores	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan 10% van de gecontroleerde dagen zonder pijnmetingen	2/66*

* Op veertien campussen werden de pijnscores niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische afdeling was of omdat de geriatrische afdeling niet gelegen was op een campus met andere acute diensten.

9.6.3 Beschouwingen

De registratie en opvolging van pijn is een belangrijk onderdeel van kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg. In totaal werd op 98% van de dagen minstens één pijnscore gevonden. Alhoewel de eis minimaal dagelijks verwacht, werd vaak gezien dat de pijnmetingen meerdere keren per dag gebeurden.

Tijdens het internistisch en cardiaal zorgtraject werd nagegaan in welke mate pijn systematisch werd geëvalueerd en werden respectievelijk in 92% en 99% van de dagen minstens één pijnscore gevonden. Ook tijdens de herhalingsronde werd voor 98% van de dagen minstens één pijnscore gevonden op de internistische afdelingen en intensieve zorgeenheden.

10 THEMA HYGIËNE

10.1 HANDHYGIËNE

10.1.1 Achtergrond

10.1.1.1 Gecontroleerde eis

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

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

10.1.1.2 Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen handhygiëne werd bij medewerkers van de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen en van het geriatriesch dagziekenhuis nagegaan voor volgende aspecten:

- handen en voorarmen zonder ringen en armbanden
- geen polshorloges
- korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels)
- korte mouwen waarbij minstens de helft van de voorarm vrij is, zowel van dienst- als van burgerkleedij die onder de dienstkleedij wordt gedragen.

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

10.1.2 Vaststellingen

De handhygiëne werd van 1.411 medewerkers gecontroleerd.

Tabel 10.1: Handhygiëne

Medewerkers in orde voor handhygiëne	
Verpleegkundigen/zorgkundigen	630/647 (97%)
Artsen	210/214 (98%)
Anderen	518/550 (94%)
Totaal	1.358/1.411 (96%)

Bij 96% van de gecontroleerde medewerkers werd vastgesteld dat de richtlijnen voor de gecontroleerde items werden nageleefd.

In tabel 10.2 worden de details gegeven van de items die niet nageleefd werden bij de medewerkers.

Tabel 10.2: Medewerkers niet in orde voor handhygiëne

	Met polshorloge	Met ring / armband	Met lange mouwen	Met nagels niet in orde
Verpleegkundigen/zorgkundigen	0/17 (0%)	1/17 (6%)	2/17 (12%)	14/17 (82%)
Artsen	1/4 (25%)	0/4 (0%)	3/4 (75%)	0/4 (0%)
Anderen*	6/32 (19%)	6/32 (19%)	3/32 (9%)	22/32 (69%)
Totaal*	7/53 (13%)	7/53 (13%)	8/53 (15%)	36/53 (68%)

* Bij sommige medewerkers werden meerdere items niet nageleefd waardoor de som van de percentages groter is dan 100%.

Het niet hebben van korte, zuivere nagels kwam het meest (68%) voor. Het dragen van polshorloges, ringen/armbanden en lange mouwen werden ongeveer even vaak gezien.

Rood knipperlicht op campusniveau – Handhygiëne	Aantal campussen met rood knipperlicht
	0/78*
Meer dan 20% van de medewerkers voldoen niet aan de eisen voor handhygiëne	

* Op twee campussen werd handhygiëne niet gecontroleerd omdat er geen geriatriesch dagziekenhuis, geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

10.1.3 Beschouwingen

Handhygiëne blijft een fundamenteel aandachtspunt binnen infectiepreventie en patiëntveiligheid. Voorafgaand aan de inspectieronde werd de eis in het eisenkader rond handhygiëne aangepast. Tot op dat moment gold de eis dat minstens de helft van de voorarm vrij moest zijn. De nieuwe eis stelt dat enkel korte mouwen toegestaan zijn voor een goede handhygiëne. Deze aanpassing gebeurde echter te kort voor de start van de eerste inspecties. Gezien aan voorzieningen tijd gegeven werd om zich te conformeren aan nieuwe eisen werd gekozen om de oude verwachting, nl. het minstens vrij zijn van de helft van de voorarm, te inspecteren.

De resultaten tonen aan dat bij 96% van de medewerkers de richtlijnen voor de gecontroleerde elementen werden nageleefd. Tijdens het chirurgisch zorgtraject, het internistisch zorgtraject en de herhalingsronde was dit bij respectievelijk bij 91%, 95% en 98% van de medewerkers in orde.

10.2 WASTAFEL IN DE VUILE BERGING

10.2.1 Achtergrond

10.2.1.1 Gecontroleerde eis

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

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

10.2.1.2 Werkwijze

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

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

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

10.2.2 Vaststellingen

In totaal werden er 243 vuile bergingen gecontroleerd.

Tabel 10.3: Vuile bergingen

Vuile bergingen in orde	
Handalcohol aanwezig en wastafel die voldoet aan de eis	166/243 (68%)

68% van de vuile bergingen voldeden aan de gecontroleerde verwachtingen.

In tabel 10.4 worden de details gegeven van de ontbrekende elementen in de vuile berging.

Tabel 10.4: Ontbrekende elementen in de vuile berging

Ontbrekende elementen	
Zonder handalcohol *	16/77 (21%)
Wastafel die niet voldoet aan de eis *	51/77 (66%)
Zonder vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir *	18/51 (35%)
Zonder papieren wegwerphanddoekjes *	6/51 (12%)
Zonder no-touch vuilbak *	33/51 (65%)
Zonder wastafel *	15/77 (19%)

* Bij sommige vuile bergingen/wastafels ontbraken meerdere elementen waardoor de som van de percentages groter is dan 100%.

Van de vuile bergingen die niet voldeden aan de gecontroleerde verwachtingen was er in 66% een wastafel maar voldeed deze niet aan de eis: het ontbreken van een no-touch vuilbak kwam het meest (65%) voor. Het ontbreken van handalcohol en/of een wastafel werd vastgesteld in telkens een vijfde van de vuile bergingen die niet voldeden aan de gecontroleerde verwachtingen.

10.2.3 Beschouwingen

Goede handhygiëne is in de zorgsector van essentieel belang. Handen vormen de belangrijkste overdrachtsweg van micro-organismen, daarom moeten handen op de juiste momenten en op de juiste manier gereinigd kunnen worden. Om dit mogelijk te maken, moet ook de nodige infrastructuur aanwezig zijn om de handen op een correcte wijze te kunnen reinigen.

Van de vuile bergingen voldeed 68% aan de verwachtingen.

11 THEMA COMMUNICATIE

11.1 PLURIDISCIPLINAIR OVERLEG

11.1.1 Achtergrond

11.1.1.1 Gecontroleerde eisen

Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te garanderen, dient er overeenkomstig eis 7.4 over elke patiënt minimaal wekelijks een teamoverleg binnen het pluridisciplinair (psycho)geriatrisch team georganiseerd te worden waarbij de fysische en psychische toestand geëvalueerd wordt en de therapie zonodig bijgesteld. Het dossier wordt geregeld aangevuld met een verslag dat de evolutie in de toestand van de patiënt weergeeft en dat die toestand vergelijkt met het programma en de timing van de behandeling zoals die bij de opname en naderhand werd opgesteld of aangepast. Het verslag van het teamoverleg over de patiënt wordt in zijn dossier opgenomen.

Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de aantoonbare kwalificaties:

- 1° minstens één voltijds arts specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden;
- 2° minstens twee verpleegkundigen, met inbegrip van de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma, houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of verpleegkundige met aantoonbare expertise in de geriatrie. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar;
- 3° maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde);
- 4° kinesitherapeut;
- 5° ergotherapeut;
- 6° logopedist;
- 7° diëtist;
- 8° klinisch psycholoog;
- 9° zorgkundige.

De medische organisatie van de Sp-psychogeriatric wordt toevertrouwd aan artsen-specialisten in de geriatrie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie of in de neurologie.

11.1.1.2 Werkwijze

Op de geriatriche en Sp-psychogeriatriche afdelingen werd in dossiers van patiënten die minstens één week opgenomen waren, gezocht naar de verslagen van het wekelijks pluridisciplinair overleg. Voor die verslagen werd gezocht naar de aantoonbare aanwezigheid van minstens drie disciplines. Daarnaast werd ook gekeken bij hoeveel van deze overlegmomenten de aanwezigheid van een verpleegkundige en een arts aantoonbaar was.

11.1.2 Vaststellingen

In 1.689 dossiers werd gezocht naar verslagen van pluridisciplinaire overlegmomenten.

Tabel 11.1: Wekelijkse verslagen van pluridisciplinaire overlegmomenten

	Dossiers met voldoende verslagen PDO	Dossiers met voldoende verslagen PDO met minimum drie disciplines aantoonbaar aanwezig
Geriatrische afdeling	1.340/1.460 (92%)	1.297/1.460 (89%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	183/229 (80%)	179/229 (78%)
Totaal	1.523/1.689 (90%)	1.476/1.689 (87%)

In 90% van alle gecontroleerde dossiers werden verslagen van de wekelijkse pluridisciplinaire overlegmomenten gevonden. De aanwezigheid van minstens drie disciplines kon in 87% van alle dossiers aangetoond worden.

In 1.689 dossiers werden 3.792 wekelijkse pluridisciplinaire overlegmomenten verwacht.

Tabel 11.2: Aantoonbare aanwezigheid van verpleegkundige en arts bij pluridisciplinaire overlegmomenten

	Weken met verslagen PDO	Weken met verslagen PDO met minimum drie disciplines aantoonbaar aanwezig	Weken met PDO's met een verpleegkundige aantoonbaar aanwezig	Weken met PDO's met een arts aantoonbaar aanwezig	Weken met PDO's met een geriater, (neuro) psychiater, of neuroloog aantoonbaar aanwezig
Geriatrische afdeling	2.683/2.820 (95%)	2.622/2.820 (93%)	2.619/2.820 (93%)	2.607/2.820 (92%)	2.476/2.820 (88%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	905/972 (93%)	900/972 (93%)	901/972 (93%)	899/972 (92%)	796/972 (82%)
Totaal	3.588/3.792 (95%)	3.522/3.792 (93%)	3.520/3.792 (93%)	3.506/3.792 (92%)	3.272/3.792 (86%)

Een verslag van het PDO werd in 95% van alle gecontroleerde weken gevonden. De aanwezigheid van minstens drie disciplines kon in 93% van de gecontroleerde weken aangetoond worden. In het overgrote deel was een arts en/of een verpleegkundige hierbij aanwezig.

Oranje knipperlicht op campusniveau – Pluridisciplinair overleg	Aantal campussen met oranje knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten of zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum drie disciplines	13/77*

* Op drie campussen werden de pluridisciplinaire overlegmomenten niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

11.1.3 Beschouwingen

Pluridisciplinair overleg zorgt ervoor dat alle expertise van de betrokken medewerkers gebundeld wordt, deze pluridisciplinaire aanpak is onderdeel van goede geriatrische zorg.

De aanwezigheid van minstens drie disciplines tijdens de wekelijkse pluridisciplinaire overlegmomenten kon in 87% van de dossiers aangetoond worden.

Voor 17% van de campussen leidde dit tot een oranje knipperlicht. Tijdens inspecties werd vastgesteld dat het wekelijkse pluridisciplinaire overleg soms geannuleerd werd bij afwezigheid van de arts. In sommige dossiers werden de deelnemende disciplines niet aangeduid.

11.2 ONTSLAGBRIEF

11.2.1 Achtergrond

11.2.1.1 Gecontroleerde eisen

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

- 1° medische anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën;
- 2° de resultaten van alle medisch-technische onderzoeken en adviezen van geconsulteerde artsen en paramedici;
- 3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie;
- 4° de ingestelde behandelingen en de evolutie van de aandoening.
- 5° bij een chirurgische ingreep: het operatieprotocol en het anesthesieprotocol;
- 6° de voorlopige en definitieve ontslagbrief;
- 7° de notities waaruit de geïnformeerde toestemming van de patiënt blijkt voor iedere tussenkomst;
- 8° indien van toepassing: het verslag van de autopsie.

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

Na de pluridisciplinaire geriatrische revalidatie (lees: opname) wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor de thuiszorg is vervat.

Bij ontslag wordt voorzien in:

- (1) een verslag met de evolutie van de patiënt
- (2) een opvolgplan voor thuiszorg
- (3) een medicatielijst
- (4) een opvolgplan voor niet medische zorgverleners die de patiënt aanduidt

De documenten (1), (2), (3) en (4) worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende huisarts, eventueel de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon.

De patiënt wordt toestemming gevraagd voor deze overmaking van informatie.

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

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

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

11.2.1.2 Werkwijze

Er werd centraal een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen na een opname op een geriatrische of Sp-psychogeriatrische afdeling. In deze dossiers werd gezocht naar een medische ontslagbrief.

De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- opvolgplan verdere thuiszorg / verpleegkundige zorgen
- medicatielijst of informatie over medicatiebeleid
- verloop hospitalisatie.

11.2.2 Vaststellingen

Er werden 1.600 dossiers gecontroleerd op aanwezigheid van een ontslagbrief.

Tabel 11.3: Ontslagbrief

	Dossiers met volledige ontslagbrief	Dossiers met onvolledige ontslagbrief	Dossiers zonder ontslagbrief
Geriatrische afdeling	1.301/1.360 (96%)	43/1.360 (3%)	16/1.360 (1%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	219/240 (91%)	12/240 (5%)	9/240 (4%)
Totaal	1.520/1.600 (95%)	55/1.600 (3%)	25/1.600 (2%)

In 98% van de gecontroleerde dossiers werd een ontslagbrief gevonden, hiervan was 95% volledig en 3% onvolledig.

In de onderstaande tabel wordt de gecontroleerde inhoud weergegeven.

Tabel 11.4: Inhoud ontslagbrief

	Ontslagbrieven met opvolgplan verdere thuiszorg/verpleegkundige zorgen	Ontslagbrieven met medicatielijst of informatie over medicatiebeleid	Ontslagbrieven met verloop hospitalisatie
Geriatrische afdeling	1.319/1.344 (98%)	1.337/1.344 (99%)	1.333/1.344 (99%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	223/231 (97%)	226/231 (98%)	231/231 (100%)
Totaal	1.542/1.575 (98%)	1.563/1.575 (99%)	1.564/1.575 (99%)

Nagenoeg alle gecontroleerde elementen werden gevonden in de ontslagbrieven.

Rood knipperlicht op campusniveau – Ontslagbrief	Aantal campussen met rood knipperlicht
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder ontslagbrief	1/77*

* Op drie campussen werd de ontslagbrief niet gecontroleerd omdat er geen geriatrische en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

11.2.3 Beschouwingen

De overgang van het ziekenhuis naar het thuismilieu is een belangrijke stap in het zorgproces. Het risico bestaat dat cruciale informatie niet doorstroomt naar de zorgverleners in het thuismilieu van de patiënt. Een ontslagbrief is van groot belang om de continuïteit en veiligheid van zorg te waarborgen. Bij ontslag uit het ziekenhuis is het essentieel de correcte ontslagmedicatie te vermelden in de ontslagbrief, om zo onbedoelde medicatiefouten te voorkomen. Daarnaast moet de ontslagbrief ook andere belangrijke informatie bevatten zoals het opvolgplan voor thuiszorg / verpleegkundige zorgen en een beschrijving van het verloop van de hospitalisatie, zodat de zorg na ontslag veilig en efficiënt kan worden voortgezet.

Volgens het KCE-rapport 'Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis' [8] blijkt dat de overgang van thuis naar het ziekenhuis of omgekeerd, vaak zorgt voor problemen zoals onderbrekingen van de behandeling, overdoseringen, ongewenste interacties tussen geneesmiddelen ... Men schat dat ongeveer één op vier gehospitaliseerde patiënten hiermee wordt geconfronteerd, vooral wanneer ze terug thuiskomen. Kwetsbare groepen zijn o.a. ouderen, patiënten met een psychiatrische aandoening en mensen die veel medicatie nemen. Daarnaast vindt de Vlaamse Ouderenraad dat de gegevensdeling tussen het ziekenhuis en ander zorgverleners een knelpunt is: "Wanneer een geriatrische patiënt na een ziekenhuisopname naar een woonzorgcentrum verhuist, kan belangrijke medische informatie verloren gaan waardoor de patiënt eens in het woonzorgcentrum niet de optimale of zelfs noodzakelijke zorg krijgt."

In 2% van de dossiers werd geen ontslagbrief gevonden. Indien er een ontslagbrief was dan was er in 2% van de dossiers geen opvolgplan voor verdere thuiszorg of voor de verpleegkundige zorgen, in 1% was er geen medicatielijst of informatie over het medicatiebeleid en in 1% was het verloop van de hospitalisatie niet vermeld.

Tijdens het geriatrisch en internistisch zorgtraject werd een ontslagbrief gezocht in de dossiers van gehospitaliseerde patiënten een dag na het ontslag. Tijdens het internistisch zorgtraject en de herhalingsronde was er in respectievelijk 7% en 5% van de dossiers geen ontslagbrief aanwezig.

11.3 MEDISCH TOEZICHT

11.3.1 Achtergrond

11.3.1.1 Gecontroleerde eisen

Op weekdays wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden.

In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal deze patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.

In de subacute diensten (G subacut, Sp-diensten) is er dagelijks medisch toezicht voor elke patiënt. Daartoe is er dagelijks overleg tussen de arts en de zorgequipe over de medische toestand. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. Patiënten die medische problemen stellen, worden elke dag onderzocht door de behandelende arts. Elke patiënt wordt minimaal één maal per week door de arts onderzocht.

Op elke dienst is een actuele lijst van de verantwoordelijke en behandelende arts en de permanentie. Van elk onderzoek van de patiënt, zowel op weekdays als in het weekend, is er steeds een weergave door de arts in het individuele patiëntendossier evenals van elke wijziging in de klinische toestand, de gevolgtrekkingen uit medisch-technische prestaties en de ingestelde behandeling.

Indien een andere arts dan de behandelende arts de patiënt bezoekt/onderzoekt, vermeldt deze arts alle bevindingen in het patiëntendossier en waar nodig (in geval van hoogdringendheid) licht hij de behandelende arts mondeling in.

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

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

11.3.1.2 Werkwijze

Op de geriatrie en Sp-psychogeriatrische afdelingen werd nagegaan of in dossiers, toegankelijk voor verpleegkundigen, notities te vinden waren over het dagelijks medisch toezicht op weekdagen.

11.3.2 Vaststellingen

Er werden 1.948 dossiers gecontroleerd op notities over het dagelijks medisch toezicht.

Tabel 11.5: Dossiers met notities medisch toezicht

	Dossiers met notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen	Dossiers zonder notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen
Geriatrische afdeling	1.530/1.702 (90%)	11/1.702 (1%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	131/246 (53%)	19/246 (8%)
Totaal	1.661/1.948 (85%)	30/1.948 (2%)

In 85% van de gecontroleerde dossiers werden notities over het medisch toezicht gevonden op alle gecontroleerde dagen. In 2% van de dossiers werd geen enkele notitie over het medisch toezicht gevonden op de gecontroleerde dagen.

Er werden 5.714 dagen gecontroleerd op notities over medisch toezicht.

Tabel 11.6: Dagen met notities over medisch toezicht

Dagen met notities over medisch toezicht	
Geriatrische afdeling	4.769/4.994 (95%)
Sp-psychogeriatrische afdeling	534/720 (74%)
Totaal	5.303/5.714 (93%)

Voor 93% van de gecontroleerde dagen werd een notitie gevonden, waarbij er een verschil is tussen de geriatrie afdelingen (95%) en de Sp-psychogeriatrische afdelingen (74%).

Oranje knipperlicht op campusniveau – Medisch toezicht	Aantal campussen met oranje knipperlicht
	3/77*
Meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder notities over het medisch toezicht	

* Op drie campussen werd het medisch toezicht niet gecontroleerd omdat er geen geriatrie en geen Sp-psychogeriatrische afdelingen waren.

11.3.3 Beschouwingen

Het dagelijks toezicht door de arts laat toe om wijzigingen in de gezondheidstoestand van de patiënt snel te identificeren en de zorg bij te sturen. Van elk medisch toezicht moet een neerslag te vinden zijn in het patiëntendossier. Dit is belangrijk voor alle patiënten, ook op de Sp-psychogeriatrische afdelingen en afdelingen in revalidatieziekenhuizen, waar er soms inhoudelijke argumenten werden geformuleerd tegen (de notities van) het dagelijkse toezicht van een arts omwille van de eerder chronische problematiek bij deze patiënten.

Bij drie campussen (twee revalidatieziekenhuizen en één algemeen ziekenhuis) gaf dit aanleiding tot een oranje knipperlicht. Op Sp-psychogeriatrische afdelingen ontbraken in 8% van de dossiers notities van medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen, terwijl dit voor de geriatrische afdelingen maar 1% was.

De resultaten tonen aan dat voor 93% van de dagen een notitie gevonden werd. Tijdens het internistisch zorgtraject was dit voor 88% van de dagen in orde.

11.4 INFORMATIE AAN PATIËNTEN

11.4.1 Achtergrond

11.4.1.1 Gecontroleerde eisen

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

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

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen. De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.

11.4.1.2 Werkwijze

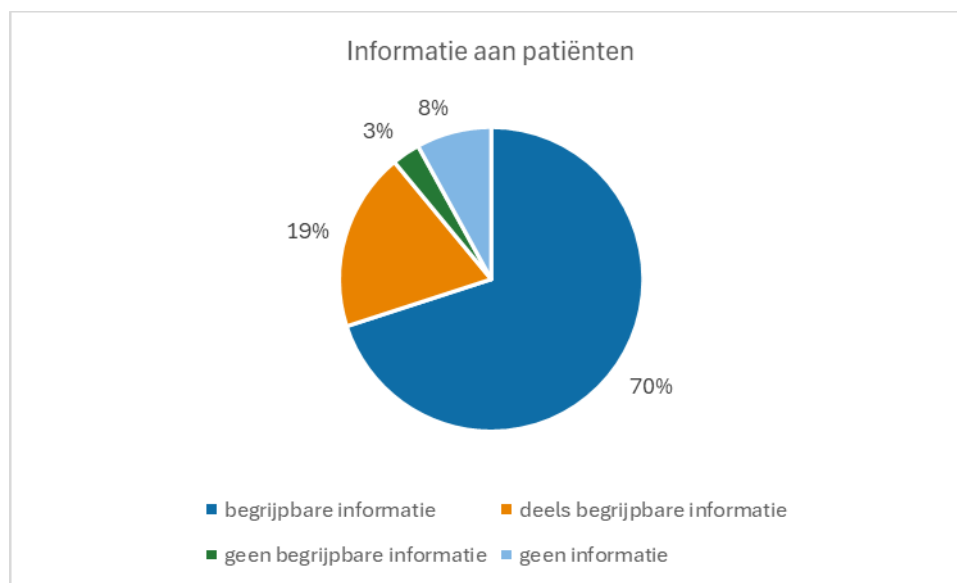
Op de geriatrische en Sp-psychogeriatrische afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze begrijpbare informatie gekregen hadden over hun diagnose/behandeling.

11.4.2 Patiëntenbevraging

Er werden 908 patiënten bevraagd over de ontvangen informatie over hun diagnose en/of behandeling.

- 637 van de 908 (70%) patiënten gaven aan begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling.
- 171 van de 908 (19%) patiënten gaven aan deels begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling.
- 30 van de 908 (3%) patiënten gaven aan geen begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling.
- 70 van de 908 (8%) patiënten gaven aan geen informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling.

Figuur 11.1: Patiëntenbevraging: informatie aan patiënten



11.4.3 Beschouwingen

Volgens de visietekst 'Ouderen vriendelijk ziekenhuis' [7] is er tijdens het verblijf angst voor het onbekende, nood aan duidelijke informatie zoals het verloop van de verdere opname, de onderzoeken die afgesproken werden, de tijdstippen van bepaalde onderzoeken of behandelingen ...

Daarnaast is het ook cruciaal om de mantelzorger te betrekken en te informeren.

11% van de bevraagde patiënten gaven aan geen begrijpbare of geen informatie te hebben gekregen over hun diagnose en/of behandeling. Het is belangrijk om in heldere, goed begrijpbare taal te communiceren en na te gaan of de patiënt de informatie begrijpt.

12 FREQUENTIE EN VASTSTELLINGEN BELANGRIJKE KNELPUNTEN

Zoals eerder al op verschillende plaatsen aan bod kwam, werden voor een aantal onderwerpen rode en oranje knipperlichten gedefinieerd. Rode en oranje knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg. In dit hoofdstuk worden de vastgestelde rode en oranje knipperlichten en de opvolging hiervan weergegeven.

12.1 RODE KNIPPERLICHTEN

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de vijf rode knipperlichten en hun frequentie van voorkomen. Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten die een risico inhouden op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg, en waarbij onmiddellijke actie mogelijk en vereist is. Dit impliceert ook dat, bij toekenning van rode knipperlichten, Zorginspectie hier automatisch een tweede inspectie (= check 2) aan koppelde, en dit na een remediëringsperiode van minstens drie maanden. Deze periode werd altijd gerekend vanaf het moment waarop het definitief inspectieverslag aan het ziekenhuis werd toegestuurd.

Tabel 12.1: Overzicht rode knipperlichten tijdens check 1 en check 2

	Aantal campussen met een rood knipperlicht tijdens check 1	Aantal campussen met een rood knipperlicht tijdens check 2
Thema personeel		
Verpleegkundige permanentie (Sp-psycho)geriatrieafdelingen: minstens één van de gecontroleerde shiften is niet in orde	4*	2
Thema veilige zorg		
Oproepsysteem voor reanimatie: minstens één van de verwachte oproepsystemen voor reanimatie is niet aanwezig	16	5
Thema gestandaardiseerde zorg		
Patiëntidentificatie: minstens één patiënt zonder identificatiebandje of met een onvolledig identificatiebandje of met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkomen met de identiteit van de drager	11	1
Thema hygiëne		
Handhygiëne: meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldoen niet aan de eisen voor handhygiëne	0	-
Thema communicatie		
Ontslagbrief: meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder ontslagbrief	1	0

* Op één campus werd zowel op de geriatrie afdeling als op de Sp-psychogeriatrische afdeling een inbreuk vastgesteld betreffende de verpleegkundige permanentie, dit resulteert uiteindelijk in één rood knipperlicht voor de campus.

Tijdens check 2 gebeurde een hercontrole van het vastgestelde rode knipperlicht op alle geriatrie afdelingen, Sp-psychogeriatrische afdelingen en geriatrie dagziekenhuizen van de desbetreffende campus. Dus niet enkel op de afdelingen waar het knipperlicht werd vastgesteld. Daarnaast werd dezelfde werkwijze gehanteerd met eenzelfde steekproefgrootte als tijdens check 1.

Tijdens check 1 en check 2 was meer dan de helft van de rode knipperlichten gerelateerd aan het oproepsysteem voor reanimatie.

Onderstaande tabel geeft de vaststellingen weer betreffende de rode knipperlichten tijdens check 2.

Tabel 12.2: Vaststellingen betreffende rode knipperlichten tijdens check 2

Check 2	
Thema personeel	
Verpleegkundige permanentie op (Sp-psycho)geriatrie afdelingen in orde	9/12 (75%)
Thema veilige zorg	
Oproepsysteem voor reanimatie in orde	205/214 (96%)
Thema gestandaardiseerde zorg	
Patiënten met een volledig en correct identificatiebandje	298/299 (99,7%)
Thema communicatie	
Dossiers met een ontslagbrief	20/20 (100%)

Tijdens de inspecties check 3 werd een risicogestuurde aanpak gehanteerd op maat van de specifieke situatie van het ziekenhuis, waarbij met betrekking tot deze knipperlichten rekening gehouden werd met eventuele klachten, informatie van de dossierbehandelaars en resultaten uit eerdere trajecten.

Zorginspectie bekeek de knipperlichten hierbij vanuit een breder perspectief. Het beleid betreffende de knipperlichten werd gecontroleerd op een aantal aspecten. De knipperlichten werden ook gecontroleerd op andere afdelingen dan de geriatrie afdelingen, Sp-psychogeriatrische afdelingen en het geriatrie dagziekenhuis. Daarnaast werden een aantal extra zaken bevraagd, waaronder de kennis bij zorgmedewerkers van het noodnummer voor het oproepsysteem reanimatie.

Tijdens deze inspecties check 3 werd een onderscheid gemaakt tussen structurele en niet-structurele verbeterpunten. De betrokken ziekenhuizen krijgen hiervoor extra opvolging door ELGEZ, dat eventueel wordt aangevuld met bijkomende inspectiebezoeken. De bewuste keuze voor een andere, niet-gestandaardiseerde inspectiemethodiek in check 3 heeft tot gevolg dat de inspectievaststellingen onderling niet vergelijkbaar zijn.

12.2 ORANJE KNIPPERLICHTEN

Een oranje knipperlicht is een ernstig knelpunt dat een risico inhoudt op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van de zorg maar op zichzelf niet voldoende is voor een check 2. Wanneer drie of meer oranje knipperlichten werden vastgesteld, volgde er wel een check 2. Daarnaast werd tijdens check 2 een oranje knipperlicht opnieuw gecontroleerd als er naast het oranje knipperlicht ook minstens één rood knipperlicht werd vastgesteld.

Binnen het geriatrie zorgtraject werden tien oranje knipperlichten gedefinieerd.

In tabel 12.3 wordt per thema een overzicht gegeven van de oranje knipperlichten, hun frequentie van voorkomen en het aantal keer dat de oranje knipperlichten opnieuw werden gecontroleerd tijdens een check 2 en check 3.

Tabel 12.3: Overzicht oranje knipperlichten tijdens check 1 en check 2 en gecontroleerd tijdens check 2 en check 3

	Aantal oranje knipperlichten tijdens check 1	Aantal gecontroleerd tijdens check 2	Aantal oranje knipperlichten tijdens check 2	Aantal gecontroleerd tijdens check 3
Thema veilige zorg				
Bereikbaar oproepsysteem voor patiënten: meer dan drie patiënten zonder bereikbaar oproepsysteem	5	3	0	-
Beveiliging ramen: meer dan één ruimte met een onbeveiligd raam	5	4	1	0
Hoogrisicomedicatie: minstens één afdeling waar geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline niet specifiek gelabeld is	29	15	5	0
Medisch order medicatietoediening: meer dan 20% van de gecontroleerde toegediende geneesmiddelen zonder ondertekend en volledig medisch order	0	-	-	-
Bewaring medicatie: minstens één afdeling waar medicatie niet veilig bewaard wordt	29	16	7	1
Thema gestandaardiseerde zorg				
Informatie over ouderdomszwakte: meer dan 10% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende informatie over de gecontroleerde risicofactoren (minder dan vier van de zes)	2	2	0	-
Zorgbeperking en DNR: meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	11	6	1	0
Pijnscores: meer dan 10% van de gecontroleerde dagen zonder pijnmetingen	2	2	0	-
Thema communicatie				
Pluridisciplinair overleg: meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers met onvoldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten of zonder aantoonbare aanwezigheid van minimum drie disciplines	13	8	2	0
Medisch toezicht: meer dan 20% van de gecontroleerde dossiers zonder notities over het medisch toezicht	3	1	0	-

Tijdens check 2 gebeurde een hercontrole van het vastgestelde oranje knipperlicht op alle geriatrische afdelingen, Sp-psychogeriatrische afdelingen en geriatrische dagziekenhuizen van de desbetreffende campus. Dus niet enkel op de afdelingen waar het knipperlicht werd vastgesteld. Daarnaast werd dezelfde werkwijze gehanteerd met eenzelfde steekproefgrootte als tijdens check 1.

Tijdens check 2 werden op 27 campussen 57 oranje knipperlichten opnieuw gecontroleerd. Er werden hierbij nooit drie of meer oranje knipperlichten op dezelfde campus vastgesteld.

Slechts één oranje knipperlicht (bewaring medicatie) werd opnieuw gecontroleerd tijdens check 3, omdat op de campus tijdens check 2 naast het oranje knipperlicht ook een rood knipperlicht werd vastgesteld.

Onderstaande tabel geeft de vaststellingen weer betreffende de oranje knipperlichten tijdens check 2.

Tabel 12.4: Vaststellingen betreffende oranje knipperlichten tijdens check 2

Check 2	
Thema veilige zorg	
Patiënten met een bereikbaar oproepsysteem	112/117 (96%)
Ruimtes met beveiligde ramen	97/100 (97%)
Afdelingen met specifieke labeling van hoogrisicomedicatie	56/61 (92%)
Afdelingen met veilige bewaring medicatie	59/69 (86%)
Thema gestandaardiseerde zorg	
Dossiers met informatie over minstens vier van de zes risicofactoren ouderdomszwakte	48/50 (96%)
Dossiers met informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	135/142 (95%)
Dossiers met pijnscores	40/40 (100%)
Thema communicatie	
Dossiers met verslagen van de wekelijkse pluridisciplinaire overlegmomenten (met aantoonbare aanwezigheid van minimum drie disciplines)	156/179 (87%)
Dossiers met medisch toezicht op minstens één van de gecontroleerde dagen	20/20 (100%)

12.3 OPVOLGING KNIPPERLICHTEN

Tijdens check 1 werden 56 ziekenhuizen bezocht. In totaal werden op 80 campussen 245 afdelingen bezocht:

- 165 geriatrische verblijfsafdelingen
- 19 Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen
- 61 geriatrische dagziekenhuizen

Tijdens check 1 werden op 20 campussen geen knipperlichten vastgesteld. Bij 32 campussen van de 60 campussen met knipperlichten leidden de vaststellingen tot een check 2, die inzoomde op de vastgestelde knipperlichten.

Bij 27 campussen werd tijdens check 1 minstens één rood knipperlicht toegekend. In totaal ging het om 32 rode knipperlichten: vier campussen kregen twee rode knipperlichten en 24 campussen kregen één rood knipperlicht. In totaal gaven de vaststellingen 99 keer aanleiding tot een oranje knipperlicht. Slechts in zeven gevallen kwamen er drie of meer oranje knipperlichten voor, waarvan drie keer in combinatie met een rood knipperlicht.

Tijdens check 2 werden 26 ziekenhuizen bezocht. In totaal werden op 32 campussen 114 afdelingen bezocht:

- 81 geriatrische verblijfsafdelingen
- 9 Sp-psychogeriatrische verblijfsafdelingen
- 24 geriatrische dagziekenhuizen

Tijdens check 2 werden op veertien campussen geen knipperlichten vastgesteld. Bij zeven campussen werd tijdens check 2 minstens één rood knipperlicht toegekend, wat aanleiding gaf tot een check 3. In totaal ging het om acht rode knipperlichten: één campus kreeg twee rode knipperlichten en zes campussen kregen één rood knipperlicht. In totaal gaven de vaststellingen zestien keer aanleiding tot een oranje knipperlicht. Geen enkele keer kwamen er drie of meer oranje knipperlichten voor.

ELGEZ staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen en volgt bijgevolg ook alle campussen op waar één of twee oranje knipperlichten werden vastgesteld.

13 ALGEMENE CONCLUSIES

Zorginspectie voerde onaangekondigd inspecties uit op basis van het generiek eisenkader en het eisenkader voor de geriatrische patiënt in alle ziekenhuizen met een erkenning voor het zorgprogramma geriatrie en/of een erkenning voor de dienst Sp-psychogeriatric. In totaal werden 80 ziekenhuiscampussen, verdeeld over 56 ziekenhuizen, gecontroleerd.

Tijdens check 1 werd op 20 campussen geen enkel knipperlicht vastgesteld. 32 van de 60 campussen hadden een rood en/of drie oranje knipperlichten en kregen daarom een check 2, die inzoomde op de vastgestelde knipperlichten.

Tijdens de inspectiebezoeken check 2 werden nooit drie of meer oranje knipperlichten op dezelfde campus vastgesteld. Op 7 campussen waren de rode knipperlichten niet weggewerkt, wat aanleiding gaf tot een check 3.

Hierna volgt een overzicht van de vaststellingen tijdens de inspectiebezoeken check 1.

➔ Geriatrische bedden

Tijdens de inspecties werd het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde geriatrische bedden in kaart gebracht (zie hoofdstuk 6 voor definities):

- Erkende bedden: 4.510.
- Geëxploiteerde bedden: 4.252 bedden, waarvan 94 niet-erkend. 352 erkende bedden worden niet-geëxploiteerd.
- Gesloten bedden: 398 bedden, waardoor er in totaal 3.854 geriatrische bedden opgesteld zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat veel erkende geriatrische bedden niet beschikbaar zijn. Het sluiten en/of niet-exploiteren van bedden omwille van personeelstekort gebeurt voornamelijk door een tekort aan verpleegkundigen.

➔ Thema PERSONEEL

Een aantal van de gecontroleerde aspecten was nagenoeg overal in orde:

- In alle ziekenhuizen, op één na, was er een geriater diensthoofd. Bij vrijwel alle ziekenhuizen was deze geriater met een volle dagtaak actief in het ziekenhuis.
- Er waren voldoende VTE verpleegkundigen beschikbaar voor de dienst (Sp-psycho)geriatric: gemiddeld 12,47 VTE verpleegkundigen per 24 opgestelde geriatrische bedden en 14,55 VTE verpleegkundigen per 30 bezette Sp-psychogeriatric bedden.

Binnen het thema personeel werd één rood knipperlicht gedefinieerd:

- Op vier campussen was de verpleegkundige permanentie tijdens één of meer shiften niet in orde.

Een geriater (met een beroepsactiviteit in het ziekenhuis van tien halve dagen per week) is gemiddeld verantwoordelijk voor 22,9 opgestelde geriatrische bedden, met een spreiding van 95 bedden en 9,67 bedden per geriater.

De gemiddelde patient/nurse ratio werd berekend tijdens de ochtend-, avond- en nachtshift op de afdelingen geriatrie:

- Ochtendshift: 6,43 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 2,75 tot 16).
- Avondshift: 8,41 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 3,5 tot 27,08).
- Nachtshift: 19,34 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 7 tot 31,03).

De gemiddelde patient/nurse ratio werd eveneens berekend op de afdelingen Sp-psychogeriatric:

- Ochtendshift: 6,97 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 3,33 tot 17,55).
- Avondshift: 10,28 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 5 tot 33).
- Nachtshift: 22,00 patiënten per verpleegkundige (met een spreiding van 10 tot 33).

→ Thema VEILIGE ZORG

Een aantal van de gecontroleerde aspecten waren bijna overal in orde:

- De medische orders waren nagenoeg steeds volledig en door een arts gevalideerd.
- De dossiergegevens waren op de meeste afdelingen niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers.
- Datum en tijd zijn in de meeste patiëntenkamers correct aangeduid.
- Redenen voor het niet toedienen van medicatie worden meestal vermeld.

Daarnaast bestaat rond een aantal elementen uit het eisenkader nog verbeterpotentieel:

- 77% van alle lokalen (andere lokalen dan patiëntenkamers) hadden een oproepsysteem.
- Op 69% van alle afdelingen kunnen er op elk moment en voor iedere opgenomen patiënt maatregelen tegen wegloupedrag toegepast worden.
- Op 62% van alle afdelingen werden de gevaarlijke producten veilig bewaard.

Vooraf werd één rood knipperlicht bepaald voor het thema veilige zorg:

- Op zestien campussen ontbrak minstens één oproepsysteem voor reanimatie.

Voor een aantal onderwerpen gaven de vaststellingen aanleiding tot oranje knipperlichten:

- Op vijf campussen hadden meer dan drie patiënten geen bereikbaar oproepsysteem.
- Op vijf campussen waren er onbeveiligde ramen in meerdere ruimtes.
- De specifieke labeling van geconcentreerde kaliumchloride en/of insuline was op 29 campussen op minstens één afdeling niet in orde.
- Op 29 campussen was er minstens één afdeling waar medicatie niet veilig bewaard werd.

→ Thema GESTANDAARDISEERDE ZORG

In bijna alle gecontroleerde dossiers waren onderstaande punten in orde:

- Screening voor opname in het zorgprogramma geriatrie bij patiënten ouder dan 75 jaar op niet-geriatrie afdelingen gebeurt vrijwel altijd.
- Bij positieve screening en met inschakelen/evaluatie door ILT werd in nagenoeg alle dossiers ofwel een advies gevonden ofwel kon aangetoond worden dat de patiënt geen geriatrie profiel had en er geen advies verwacht werd.
- Informatie over thuismedicatie en allergieën is meestal beschikbaar.

Daarnaast is er nog verbeterpotentieel wat betreft de inschakeling van het ILT:

- In 36% van de gecontroleerde dossiers met een positieve screening werd het ILT niet ingeschakeld of gebeurde geen evaluatie door het ILT. In 53% werd hiervoor een motivatie/reden in het dossier gevonden.

Voor het enige rode knipperlicht dat werd bepaald binnen het thema gestandaardiseerde zorg werd het volgende vastgesteld:

- Op elf campussen droeg minstens één patiënt een onvolledig, onjuist of geen identificatiebandje.

Voor een aantal onderwerpen gaven de tekorten aanleiding tot oranje knipperlichten:

- Op twee campussen was er in meer dan 10% van de dossiers onvoldoende informatie over de gecontroleerde risicofactoren.
- Op elf campussen was er in meer dan 20% van de dossiers geen informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.
- Op twee campussen was er voor meer dan 10% van de dagen geen pijnmeting.

➔ Thema HYGIËNE

Een aspect was nagenoeg overal in orde:

- Medewerkers volgden correct de richtlijnen voor handhygiëne.

Voor volgend element uit het eisenkader is er nog ruimte voor verbetering:

- 68% van de vuile bergingen voldeden aan de gecontroleerde verwachtingen.

➔ Thema COMMUNICATIE

Volgend rood knipperlicht werd vastgesteld:

- Op één campus ontbrak in meer dan 20% van de dossiers een ontslagbrief.

Daarnaast leidden de inspectievaststellingen tot volgende oranje knipperlichten:

- Op dertien campussen waren er in meer dan 20% van de dossiers onvoldoende verslagen van de pluridisciplinaire overlegmomenten of geen aantoonbare aanwezigheid van minimum drie disciplines.
- Op drie campussen ontbraken in meer dan 20% van de dossiers notities over het medisch toezicht.

14 REFERENTIES

- [1] Zorgnet-Icuro (2024). *Personeelsschaarste in de zorg*. Geraadpleegd via https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/publication/2024-03/Nota%20Personeelsschaarste%20in%20de%20zorg_0.pdf
- [2] Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2019). *KCE rapport 325A: Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen*. Geraadpleegd via <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/verpleegkundige-bestaffing-voor-een-veiliger-zorg-in-acute-ziekenhuizen>
Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 325A. DOI: [10.57598/R325AS](https://doi.org/10.57598/R325AS)
- [3] European Resuscitation Council (2021). *The ERC Guidelines 2021*. Geraadpleegd via <https://cprguidelines.eu/guidelines-2021>
- [4] Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (2019). *Suïcidepreventie bij ouderen*. Geraadpleegd via <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/richtlijnen>
- [5] *ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings*. (2018). Geraadpleegd via Institute for Safe Medication Practices (ISMP): <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>
- [6] Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2015). *KCE rapport 245AS: Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams*. Geraadpleegd via <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/globale-geriatrische-benadering-rol-van-de-interne-geriatrische-liaison-teams>
Deschodt Mieke, Claes Veerle, Van Grootven Bastiaan, Milisen Koen, Boland Benoit, Flamaing Johan, Denis Alain, Daue François, Mergaert Lut, Devos Carl, Mistiaen Patriek, Van den Heede Koen. Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 245A. DOI: [10.57598/R245AS](https://doi.org/10.57598/R245AS)
- [7] AZ Alma Eeklo, AZ Groeninge Kortrijk, Jessa ziekenhuis Hasselt, GZA, AZ St Jan Brugge, AZ Delta Roeselare, AZ Maria Middelaars Gent i.s.m. BVGG en Zorgnet-Icuro (2023). *Ouderen vriendelijk ziekenhuis*. Geraadpleegd via <https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/inline-files/202301%20Visietekst%20ouderenvriendelijk%20ziekenhuis.pdf>
- [8] Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2010). *KCE rapport 131A: Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis*. Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_131a_continu%C3%AFteit_van_de_medicamenteuze_behandeling_0.pdf
Spinewine Anne, Foulon Veerle, Claeys Coraline, De Lepeleire Jan, Chevalier Pierre, Desplenter Franciska, De Winter Sabrina, Dumont Christophe, Lacour Valérie, Simoens Steven, Dubois Cécile, Paulus Dominique. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 131A. DOI: [10.57598/R131A](https://doi.org/10.57598/R131A)