

Terugblik

Bevindingen van de audits in 33 Vlaamse ziekenhuizen van 2010 tot 2012

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Overzicht.....	4
2.1	Ziekenhuizen.....	4
2.2	Doorgelichte entiteiten	6
2.3	Klantentevredenheid	7
3	Bespreking van geselecteerde thema's.....	9
3.1	Kwaliteitsbeleid	9
3.1.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	9
3.1.2	Conclusie	11
3.2	Samenwerking tussen zorgverleners en afstemming van de zorg	12
3.2.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	12
3.2.2	Conclusie	14
3.3	Medicatiebeleid	15
3.3.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	15
3.3.2	Conclusie	17
3.4	Sterilisatie.....	18
3.4.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	18
3.4.2	Conclusie	20
3.5	Vrijheidsbeperkende maatregelen	21
3.5.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	21
3.5.2	Conclusie	23
3.6	Zorg voor chirurgische patiënten	24
3.6.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	24
3.6.2	Conclusie	27
3.7	Zorg voor geriatrische patiënten	29
3.7.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	29
3.7.2	Conclusie	31
3.8	Zorg voor kritieke patiënten	32
3.8.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	32
3.8.2	Conclusie	37
3.9	Zorg voor kinderen	38
3.9.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	38
3.9.2	Conclusie	40
3.10	Zorg voor psychiatrische patiënten	41
3.10.1	Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen	41
3.10.2	Conclusie	45
4	Slot.....	46

1 Inleiding

Zorginspectie is een autonoom agentschap dat ingebed is binnen het beleidsdomein “Welzijn, Volksgezondheid en Gezin” van de Vlaamse overheid. Zorginspectie is bevoegd voor het inspecteren van voorzieningen die binnen de verschillende sectoren van welzijn en gezondheid zorg verlenen aan de bevolking in Vlaanderen. Ook het toezicht op de 66 Vlaamse ziekenhuizen valt binnen de taken van Zorginspectie. Algemene ziekenhuizen omvatten de categorale ziekenhuizen (10) die uit revalidatiediensten al dan niet samen met geriatrieafdelingen bestaan, de acute ziekenhuizen (52) en de universitaire ziekenhuizen (4). De rapporten van de inspecties in de psychiatrische ziekenhuizen worden niet in deze Terugblik opgenomen.

Dit document blikt terug op de verslagen van de inspecties die, van januari 2010 tot en met juni 2012, door Zorginspectie bij 33 ziekenhuizen (precies de helft van het totale aantal) uitgevoerd werden in het kader van de vijfjaarlijkse erkenning van deze voorzieningen. Deze inspecties volgden een specifieke auditmethodiek met controle op normen en regelgeving, naast aandacht voor aspecten van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Deze doorlichtingen resulteerden in een auditverslag per ziekenhuis. Alle 33 auditverslagen werden voor deze Terugblik geanalyseerd en dan gesynthetiseerd tot volgend overzicht, waarbij de belangrijkste bevindingen beschreven en gekaderd worden.

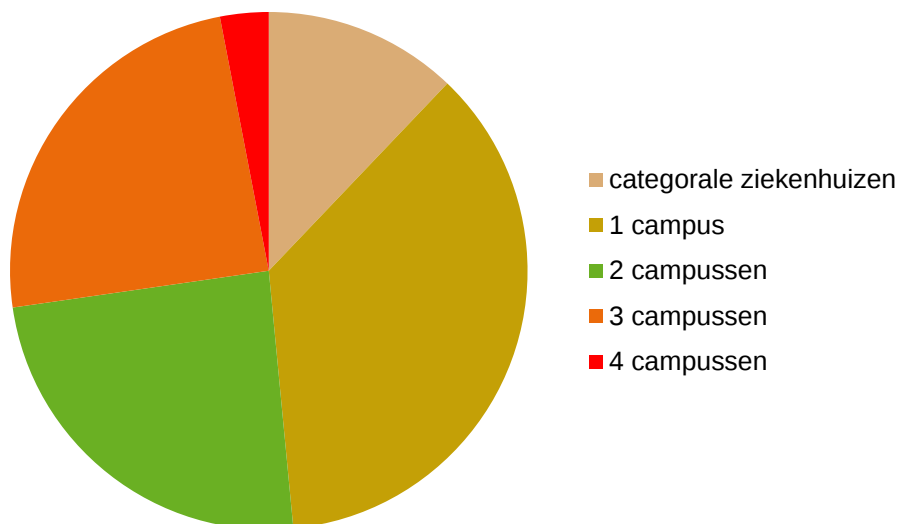
Zorginspectie wil met de Terugblik een, weliswaar onvolledig, beeld schetsen van de aangeboden zorg in het Vlaamse ziekenhuislandschap gedurende de voorbije drie jaren. Deze reflectie op basis van de auditrapporten moet ook gezien worden als bijdrage tot het verbeterbeleid binnen de gezondheidssector. We hopen in die optiek dat de Terugblik nuttige elementen aanreikt aan de vele actoren met verantwoordelijkheid voor de ziekenhuizen in onze regio.

2 Overzicht

2.1 Ziekenhuizen

In deze Terugblik presenteren we de resultaten van 2,5 jaar toezicht op Vlaamse algemene ziekenhuizen. Naast audits hebben we de voorbije jaren ook aangekondigde en niet aangekondigde inspecties uitgevoerd. Deze inspecties kunnen plaatsvinden naar aanleiding van de erkenning van een nieuwe afdeling (13 keer), maar ook naar aanleiding van een klacht of een vermoeden van een gebrek aan kwaliteit van zorg (bv. controle van een nachtelijke permanentie, controle van de kwaliteit van zorg op een sluitende campus...). Omdat het om zeer diverse inspectie-inhoudten gaat, laten we deze inspecties in deze Terugblik verder buiten beschouwing.

In de voorbije 2,5 jaar kregen 33 ziekenhuizen een audit, of dus bijna 1 ziekenhuis op 2. De groep van geauditeerde ziekenhuizen bestond uit 4 categorale, 28 algemene ziekenhuizen en 1 universitair ziekenhuis. Van die 28 ziekenhuizen waren er 12 die maar op 1 campus ziekenhuisactiviteiten ontwikkelden (al dan niet met poliklinieken op afstand, maar deze entiteiten worden niet erkend als ziekenhuisactiviteit), 8 ziekenhuizen bestonden uit 2 campussen, 8 uit 3 en 1 telde 4 campussen op het moment van de audit.



Qua omvang verschilden de ziekenhuizen onderling ook sterk van elkaar. Het kleinste bezochte ziekenhuis had 122 bedden, het grootste 1809. In totaal werden 5 ziekenhuizen bezocht met meer dan 1000 bedden, 7 met een beddenaantal tussen de 500 en de 1000, 14 met meer dan 200 en minder dan 500 bedden en 7 met minder dan 200 bedden.

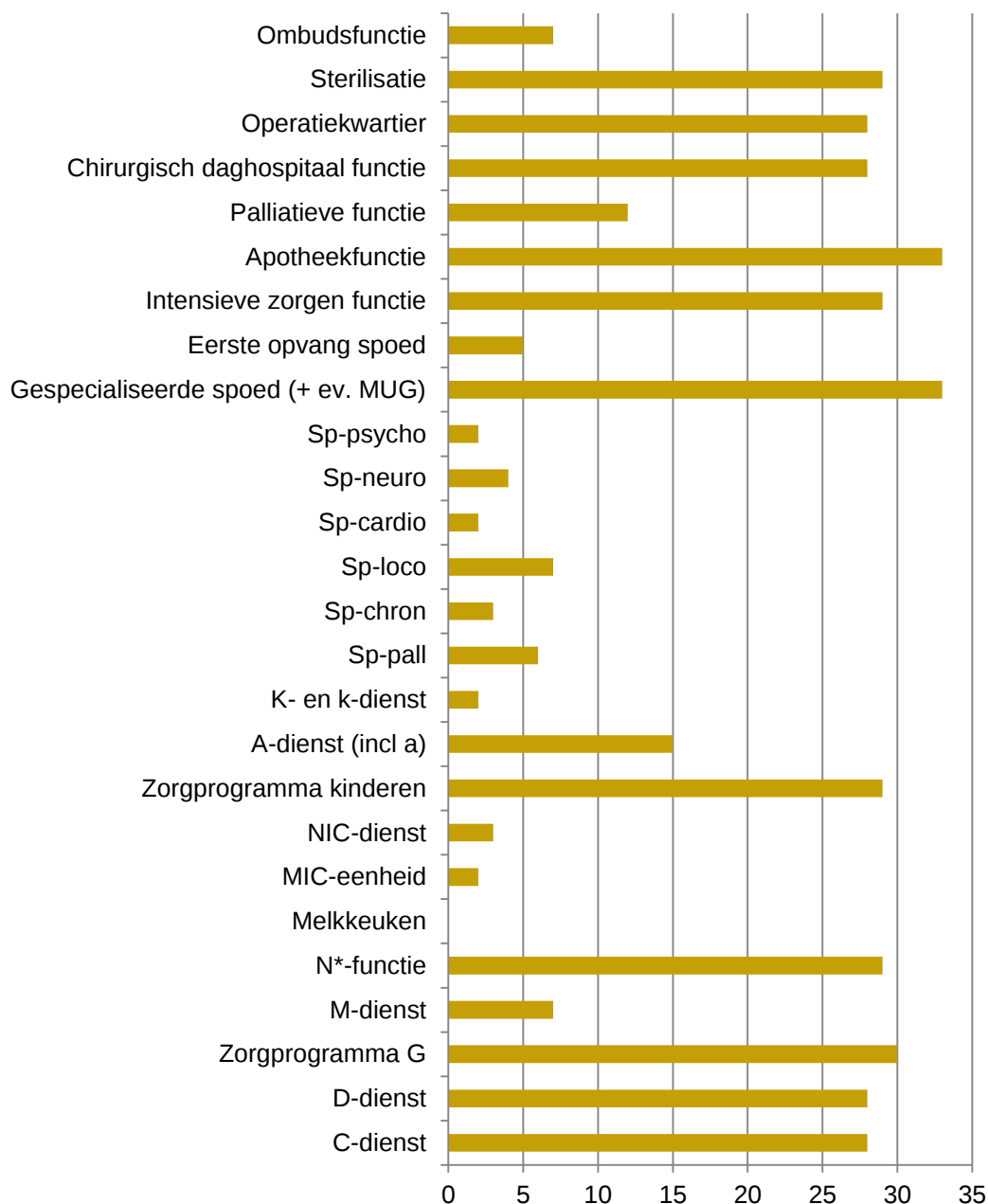
In onderstaande tabel geven we weer welke ziekenhuizen bezocht werden (chronologisch), hoeveel bedden ze tellen, hoeveel campussen, hoeveel auditoren betrokken waren en hoelang de audit duurde.

Tabel 1: Overzicht van geauditeerde ziekenhuizen en enkele eigenschappen

Periode	Ziekenhuis	Bedden	Campus- sen	Audito- ren	Audit dagen
Januari 2010	AZ St.-Maarten Mechelen	694	3	5	5
Februari 2010	AZ St.-Jan Brugge	1240	3	6	5
Maart 2010	De Mick Brasschaat	122	1	3	4
Maart 2010	BZIO Oostende	125	1	3	4
April 2010	AZ Monica Deurne	477	2	6	4
Mei 2010	AZ Oudenaarde	235	1	3	5
Mei 2010	AZ St.-Jozef Malle	230	1	3	5
Juni 2010	UZ Leuven	1809	3	6	6
September 2010	AZ Maria Middelaes Gent	554	2	6	4
Oktober 2010	AZ St.-Elisabeth Herentals	243	1	6	4
November 2010	GZA Ziekenhuizen Wilrijk	1032	3	6	4
December 2010	Jessa Ziekenhuis Hasselt	1003	3	6	5
Januari 2011	AZ Groeninge Kortijk	1066	4	6	5
Februari 2011	O.L.V.-ziekenhuis Aalst	844	3	6	5
Maart 2011	Jan Palfijn Gent	526	2	6	4
April 2011	AZ Turnhout	665	2	5	3
Mei 2011	Sint-Jozefkliniek Izegem	217	1	3	4
Mei 2011	AZ Klina Brasschaat	435	2	3	4
Juni 2011	Algemeen Stedelijk ZH Aalst	583	3	6	3
September 2011	St.-Elisabeth Zottegem	334	1	6	3
Oktober 2011	St.-Vincentius Deinze	170	1	3	3
Oktober 2011	St.-Trudo St.-Truiden	310	2	3	3
November 2011	Alma Eeklo	451	2	5	3
December 2011	Stedelijk ZH Roeselare	330	1	4	3
Januari 2012	St.-Andries Torhout	266	1	3	3
Februari 2012	KEI Oosduinkerke	165	1	2	3
Februari 2012	AZ Oostkust Knokke	334	2	5	3
Maart 2012	RevArte Edegem	194	1	2	3
Maart 2012	AZ Heilige Familie Rumst	207	1	4	4
April 2012	Imeldaziekenhuis Bonheiden	502	1	4	3
Mei 2012	AZ Lokeren	170	1	2	4
Mei 2012	St.-Rembertziekenhuis Torhout	197	1	3	4
Juni 2012	AZ St.-Blasius Dendermonde	441	3	5	3

2.2 Doorgelichte entiteiten

In onderstaande grafiek stellen we het aantal bezochte diensten, functies en zorgprogramma's voor. De schaalgrootte van deze entiteiten kan erg uiteenlopen: sommige hiervan zijn op meerdere afdelingen gelokaliseerd, al dan niet op verschillende campussen.



Hieruit blijkt dat een aantal onderdelen van een ziekenhuis quasi in alle 33 ziekenhuizen aan bod kwamen. Andere kwamen een tijdlang aan bod, maar werden daarna verlaten. Redenen hiervoor zijn divers, o.a. wegens goed overleg met de koepelorganisaties, omdat er relatief weinig knelpunten werden vastgesteld, omwille van een andere beleidsfocus,...

Vanaf oktober 2009 hanteerde Zorginspectie een gewijzigde (transversale) auditmethodiek (zie terugblik 2009) in de sector van de algemene ziekenhuizen. In deze terugblik worden de resultaten opgenomen van alle afgeronde klantenbevragingen m.b.t. de audits sinds oktober 2009.

- Uiteraard werden deze resultaten meegenomen bij de ontwikkeling van het nieuwe toezichtmodel dat Zorginspectie vanaf 2013 hanteert.

- Hoe vaker een woord werd gebruikt in het antwoord op de vraag “kunt u aangeven wat momenteel de sterkste punten zijn van Zorginspectie?”, des te groter is het lettertype waarin het wordt weergegeven:



- Hetzelfde geldt voor de antwoorden op de vraag “zijn er zaken die u gestoord hebben in de samenwerking met Zorginspectie?”:



De resultaten van de klantenbevestigingen doorheen de jaren zijn terug te vinden op www.zorginspectie.be (Onder “Organisatie”; “Onze principes”).

3 Bespreking van geselecteerde thema's

3.1 Kwaliteitsbeleid

Met het kwaliteitsdecreet wil de overheid de voorzieningen ertoe aanzetten om de eigen kwaliteit van zorg voortdurend te bewaken en te optimaliseren. De auditoren gaan na hoe het ziekenhuis invulling geeft aan deze wettelijke verplichting.

3.1.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.1.1.1 Algemeen

Het thema kwaliteitsbeleid werd tijdens de audits steeds ruimer ingevuld en ging de laatste jaren over in het 'breder' thema lerende omgeving waarin ook het veiligheids- of risicomanagement een plaats kreeg.

Veel aandacht blijft gaan naar het procesmatige aspect van kwaliteit. Kwaliteit is geen alleenstaand item, maar is de verantwoordelijkheid van iedereen die werkt in het ziekenhuis. Hoe kwaliteit vorm krijgt binnen en tussen alle niveaus, is een belangrijk aspect tijdens de audit. Zo wordt de effectieve integratie van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis meer zichtbaar en krijgt men een vollediger beeld van hoe het ziekenhuis de kwaliteit van zorg stimuleert.

3.1.1.2 Vaststellingen

De meeste ziekenhuizen hebben kwaliteit en het voortdurend verbeteren een plaats gegeven binnen hun algemene ziekenhuisbeleid. Hiervoor werden heel uiteenlopende systemen gebruikt en structuren opgezet.

Toch werden vaststellingen gemaakt die aantonen dat het deelnemen aan kwaliteit door alle zorgverleners en op alle niveaus evenals de integratie van het kwaliteitsbeleid nog kan verbeteren. Ook de opvolging en sturing van verbeteracties verloopt niet steeds even gestructureerd. De meest opvallende vaststellingen worden hieronder meegegeven.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Kwaliteitsmanagementsmodel en structuren.		
<i>Het gekozen kwaliteitsmanagementmodel wordt vertaald naar de eigen werking. Het</i>	- Het kwaliteitsbeleid is sterk geïntegreerd in het algemene ziekenhuisbeleid. - Er wordt gekozen voor stuurgroepen en comités waar kwaliteitsthema's besproken en	10 10

<i>managementmodel geeft vorm en structuur aan het kwaliteitsbeleid binnen het ziekenhuis.</i> <i>Ziekenhuizen organiseren hun overleg- en werkingstructuur zodanig dat hun kwaliteitsbeleid optimaal kan renderen.</i>	aangestuurd worden, hierbij is de directie betrokken. - Er is onvoldoende sturing van het kwaliteitsbeleid. Kwaliteit is onvoldoende een gespreksonderwerp op het beleidsniveau. - Artsen zijn onvoldoende betrokken bij het kwaliteitsbeleid. - Het ziekenhuis is actief bezig met het behalen van een accreditatie of heeft de keuze tot accreditatie gemaakt. - In het ziekenhuis gebeuren interne audits en/of heerst een positieve leercultuur.	5 11 12 13
Zelfevaluaties <i>Binnen de 4 domeinen (klinisch, operationeel, medewerkers en patiënten) moeten de ziekenhuizen verbeterpunten selecteren en één of meerdere verbeteracties op touw zetten. Binnen de 5 jaar moet een verbetering kunnen aangetoond worden. De gemotiveerde verbeterkeuzes zijn gebaseerd op een gegevensverzameling en een analyse. Voor de klinische performantie dient de keuze van het verbeterproject op basis van een sterktezwakteanalyse te gebeuren. De 4 domeinen en de verschillende processtappen van gegevensverzameling, analyse en gemotiveerde keuze tot verbeteracties dienen neergeschreven te worden (kwaliteitshandboek).</i>	- Er werd de laatste jaren geen gestructureerde aandacht gegeven aan het kwaliteitsbeleid, hierdoor is het proces van continue verbetering onvoldoende aanwezig en de patiëntveiligheid onvoldoende gegarandeerd. - Er is geen sterktezwakteanalyse of ze behandelt een te beperkt deel van de klinische zorg. - Het kwaliteitshandboek is onvolledig/de verschillende stappen zijn onvoldoende beschreven. - De verbeterdoelstellingen zijn onvoldoende smart (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden) geformuleerd. - Men heeft geen volledig zicht op de kwaliteitsinitiatieven en/of verbeteracties. - De kwaliteit van zorg wordt zichtbaar gemaakt a.d.h.v. indicatoren, boordtabellen, ... en dienen als basis voor verbeteracties.	1 19 10 10 15 17
Incidentenmeldingssysteem <i>Binnen het veiligheids- of risicomanagement wordt o.a. gekeken naar het incidentenmeldingssysteem. Dit is een systeem (al dan niet elektronisch) dat toelaat om incidenten of bijna-incidenten te melden vanuit de werkvloer en doorheen het gehele ziekenhuis. Deze meldingen dienen geanalyseerd te worden en dienen de basis te zijn voor de opstart van verbeteracties binnen het ziekenhuis.</i>	- De implementatie van een (nieuw) incidentensysteem is gebeurd of bevindt zich in een opstartfase. - Het anonieme karakter van het meldingssysteem is onvoldoende gewaarborgd en/of de blame-free cultuur is onvoldoende ingeburgerd. - Het zwaartepunt van de meldingen bevindt zich te veel in het verpleegkundig departement. De inbreng van de artsen dient verhoogd te worden. - Er is in het ziekenhuis een stuurgroep en/of commissie patiëntveiligheid op beleidsniveau opgericht wat de opvolging, sturing van de verbeteracties ten goede komt. - Het ziekenhuis dient werk te maken van de oprichting van een stuurgroep. - De terugkoppeling van de meldingen kent ruimte tot verbetering: • de terugkoppeling gebeurt	29 6 5 24 3 16

	niet/onvoldoende op maat van de afdelingen en is onvoldoende bruikbaar voor verbeteracties en/of • het ziekenhuis beschikt niet over een globaal feedbackrapport waaruit blijkt dat gestructureerde analyses en opvolging van verbeteracties tot resultaat geleid hebben.	
--	--	--

3.1.2 Conclusie

De basis voor een sterk kwaliteitsbeleid en voor patiëntveiligheid wordt gelegd door de integratie van het kwaliteitsbeleid in het organisatiebeleid.

Steeds meer ziekenhuizen willen hun kwaliteit van zorg meer zichtbaar en objectiever maken om op basis hiervan gerichte verbeteracties te kunnen opstarten. Zorginspectie waardeert deze positieve evolutie.

3.2 Samenwerking tussen zorgverleners en afstemming van de zorg

In een ziekenhuis moeten heel wat mensen samenwerken. Niet alleen binnen de eigen beroepsgroep moet men samenwerken, maar ook buiten de grenzen van het eigen specialisme is (multidisciplinaire) samenwerking een vereiste. Verpleegkundigen, zorgkundigen, artsen, paramedici, managers, kortom alle betrokken actoren staan immers samen in voor het welzijn van de patiënt.

De auditoren van Zorginspectie gaan na hoe het ziekenhuis deze samenwerking organiseert en hoe communicatie tussen de zorgverleners verloopt.

3.2.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.2.1.1 *Algemeen*

Een efficiënte samenwerking vereist een vlotte uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgverleners. Meer en meer ziekenhuizen zijn gestart met de implementatie van een elektronisch patiëntendossier of zetten de eerste stappen ter verkenning. Ziekenhuizen verwachten veel heil van de elektronische dossiervorming voor het oplossen van tal van bestaande communicatie- en verslagproblemen.

Een eerste belangrijke plaats van samenwerking tussen medisch, verpleegkundig, paramedisch en andere departementen situeert zich op het niveau van de directie. Een duidelijk op elkaar afgestemde structurering van deze verschillende departementen is hierbij noodzakelijk.

3.2.1.2 *Vaststellingen*

Op het niveau van de afdelingen zag Zorginspectie enkele mooie voorbeelden van samenwerking: formalisering van zorgprocessen in multidisciplinaire klinische paden, interdisciplinaire forums (zorgcomités, overlegvergaderingen, zorgoverleg,...), algemeen uitgebouwd multidisciplinair ontslagmanagement.

Toch ondervond de meerderheid van de ziekenhuizen moeite om multidisciplinariteit in de praktijk uit te bouwen of werd opgemerkt dat waar multidisciplinaire overlegstructuren bestonden, deze niet op alle afdelingen of voor alle patiënten optimaal functioneerden.

De meest voorkomende verbeterpunten zowel op beleidsvlak als in de dagdagelijkse praktijk worden hieronder samengevat.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Zaalrondes <i>Patiënten dienen een dagelijks bezoek te krijgen van een arts.</i>	- Niet alle patiënten krijgen een dagelijks bezoek van een arts.	2

<i>Zaalrondes zijn essentieel voor een goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners en de patiënt en voor een optimale organisatie van de zorg. Er dienen duidelijke afspraken te zijn over wanneer en met wie (hoofdverpleegkundige, verantwoordelijke verpleegkundige, andere disciplines) artsen toeren. Er dient in het patiëntendossier een weerslag terug te vinden te zijn van de communicatie (o.a. wijzigingen in therapiebeleid) tijdens deze zaalrondes.</i>	- Er zijn onvoldoende afspraken m.b.t. de zaalrondes en/of de afspraken worden niet steeds nageleefd (o.a. artsen toeren laat en/of toeren alleen) wat de kans op misverstanden, fouten en onvolledigheden in het patiëntendossier verhoogt.	19
Multidisciplinaire werking <i>Zorginspectie verwacht dat een multidisciplinaire werking onder meer inhoudt dat</i> • <i>multidisciplinaire patiëntenbesprekingen gehouden worden,</i> • <i>multidisciplinair op evidentie gebaseerde zorgpaden/ zorgprocessen/ klinische paden worden uitgewerkt</i> • <i>zaalrondes multidisciplinair worden aangepakt</i> • <i>multidisciplinair aan beleidsplannen en jaarverslagen wordt gewerkt.</i>	- De multidisciplinaire overlegstructuren en samenwerkingen zijn niet of nog onvoldoende ziekenhuisbreed (op alle afdelingen/diensten) geïmplementeerd.	29
Het patiëntendossier <i>Het patiëntendossier moet de verzamelplaats zijn van alle informatie over de patiënt, de therapie, de gemaakte afspraken, ...</i> <i>Zorginspectie toetst het patiëntendossier af op o.a.</i> • <i>versnippering van informatie</i> • <i>toegankelijkheid van de informatie</i> • <i>volledigheid van de informatie.</i>	- De informatie is versnipperd. Een gedeelte wordt elektronisch opgeslagen en/of op papier bewaard (al dan niet op verschillende plaatsen, in verschillende mappen, op verschillende diensten). - Niet alle betrokken zorgverleners hebben toegang tot de noodzakelijke informatie nodig om de zorgtaken naar behoren te kunnen uitvoeren. - Niet alle dossiers zijn volledig ingevuld (o.a. ontbreken info zaalrondes, onderzoeken, anamnese, verslagen van de diverse disciplines,...).	33 33 26

3.2.2 Conclusie

Samenwerking tussen al de betrokken zorgverleners vraagt heel wat doordachte afspraken en de nodige organisatorische en structurele ondersteuning.

Afstemming van de zorg voor alle patiënten vereist een betrokkenheid van elke zorgverlener, zowel in de praktische zorgverlening als in de zorgvuldige verzameling en de vlotte beschikbaarheid van de noodzakelijke patiënteninformatie.

3.3 Medicatiebeleid

Onder het thema medicatiebeleid wordt het gehele medicatieproces bekeken, vanaf het voorschrijven van medicatie tot de toediening van medicatie aan patiënten. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is het medicatiebeleid een proces met ruime verbetermogelijkheden op gebied van vermijdbare fouten. Naast het aspect patiëntveiligheid heeft de medicatiedistributie ook belangrijke gevolgen op financieel en organisatorisch vlak binnen een ziekenhuis.

3.3.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.3.1.1 Algemeen

Medicatiedistributie is een complex proces waar zowat alle zorgverleners, artsen en directie in betrokken zijn. Afspraken maken en veranderingen invoeren dient daarom met de nodige slagkracht en opvolging te gebeuren. Het is belangrijk dat de apotheker hierbij voldoende inspraak geniet binnen het ziekenhuisbeleid. In de helft van de ziekenhuizen kan dit nog verbeterd worden. Ook op het vlak van de patiëntveiligheid (o.a. medicatie-incidenten, ...) is het nodig de apotheker te betrekken in de daarvoor voorziene overlegstructuren.

3.3.1.2 Vaststellingen

In heel wat ziekenhuizen gaat er extra aandacht naar kwaliteitsverbetering in de medicatiedistributie en lopen heel wat projecten, interne audits en toetsingsmomenten om enerzijds de risico's te kennen en anderzijds om deze aan te pakken. Vaak is ook de apotheker lid van de cel kwaliteit en patiëntveiligheid, waar o.a. de medicatie-incidenten besproken worden.

Verscheidene ziekenhuizen zijn gestart met de verkenning en/of implementatie van een elektronisch geneesmiddelenvoorschrift. Dergelijk voorschrift kan, mits de nodige voorwaarden, heel wat van de bestaande risico's in het medicatieproces oplossen (o.a. minder overschrijffouten, beter medicatieoverzicht, betere autorisatie,...).

Er worden in de meeste ziekenhuizen projecten klinische farmacie uitgevoerd of opgestart. Op de afdelingen waar deze projecten lopen, wordt meestal een grote meerwaarde vastgesteld. Deze wisselwerking tussen de apothekers en artsen van deze diensten waarbij de medicatie nader onderzocht en besproken wordt, is een positieve evolutie die vanuit Zorginspectie alleen maar toegejuicht kan worden.

Toch is er nog ruimte voor verbetering zowel op beleidsvlak als in de dagdagelijkse praktijk. We vatten de voornaamste aandachtspunten hieronder samen.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Voorschrijven medicatie <i>Medicatie voorschrijven is een medische handeling. De arts is verantwoordelijk voor de medicatietherapie en deze verantwoordelijkheid mag niet gedelegeerd worden aan verpleegkundigen.</i> <i>Geneesmiddelen mogen enkel afgeleverd worden op basis van een voorschrift. Doordat sommige afdelingen werken met afdelingsvoorraden, wordt medicatie bij opstart uit de voorraadkast gehaald en pas dan via een voorschrift, dat eigenlijk een naschrift is, vanuit de apotheek aangeleverd. De apotheker kan hierdoor geen controle meer uitoefenen op fouten in het voorschrift, aangezien de medicatie al werd toegediend.</i>	- Medicatie wordt niet steeds door een arts voorgeschreven. - Validatie gebeurt niet steeds door een arts of gebeurt laattijdig. - Afdelingen werken met naschriften voor de opstart van de medicatie.	6 13 23
Medicatieschema <i>Voor iedere patiënt dient een medicatieschema te worden opgesteld. De arts dient dit schema te controleren en te ondertekenen. Elke aanpassing hieraan dient opnieuw gecontroleerd en ondertekend te worden.</i>	- Er wordt niet volledig voldaan aan deze voorwaarden van goed medisch toezicht op het medicatieschema.	25
Infrastructuur <i>De medicatiedistributie dient binnen de apotheek in optimale omstandigheden te kunnen plaatsvinden (aantal m², voldoende berging, overzicht behouden op distributie, administratieve ruimte, LAF-kast, sas,...).</i>	- Er werden infrastructurele tekorten vastgesteld in de apotheek.	24
Verdovende medicatie <i>Verdovende medicatie mag enkel afgeleverd worden o.b.v. een oorspronkelijk, geïndividualiseerd, eigenhandig geschreven, gedagtekend en ondertekend voorschrift van de arts. Dit houdt in dat vooraf een controle mogelijk is door de apotheker en dat de juiste verdovende medicatie wordt</i>	- Er wordt narcotica afgeleverd zonder rechtsgeldig voorschrift.	9

<i>toegediend aan de patiënt.</i>		
<i>De narcotische stock op de afdelingen moet sluitend zijn.</i>	- De stock van de narcotica op afdelingsniveau klopte niet.	13
Bewaring van geneesmiddelen		
<i>De medicatiekoelkasten op afdelingsniveau bewaren de medicatie steeds op de juiste temperatuur.</i>	- De temperatuurscontrole van de koelkasten is niet sluitend op afdelingsniveau en/of de kennis van de procedure is onvoldoende gekend op afdelingsniveau.	24
<i>De geneesmiddelen op de afdeling moeten binnen hun houdbaarheidsdatum vallen.</i>	- De controle van vervaldatum is niet sluitend op afdelingsniveau.	18
Cytostatica		
<i><u>Voorschrift:</u> bij het voorschrift cytostatica wordt uniformiteit en automatisatie aanbevolen omwille van de automatische controle van dosering, gewicht patiënt, enz.</i>	- Men maakt geen gebruik van een uniform voorschrift.	13
<i><u>Bereiding:</u> de bereiding dient te gebeuren door de apotheker zelf of onder rechtstreeks toezicht van de apotheker.</i>	- De bereiding van de cytostatica gebeurt niet steeds onder rechtstreeks toezicht van een apotheker	8
<i><u>Infrastructuur cytostatica:</u> De cytostaticabereiding gebeurt in een cytostaticalokaal in een (geattesteerde) LAF-kast. Het lokaal dient voorzien te zijn van een sas.</i>	- Het cytostaticalokaal beschikt niet over een sas.	6
<i><u>Extravasatiekit:</u> een extravasatiekit dient snel ter beschikking te zijn, en dient de juiste inhoud, aantallen en niet vervallen geneesmiddelen te garanderen.</i>	- Er zijn onvoldoende extravasatiekits ter beschikking	5
	- De extravasatiekits zijn niet verzegeld en/of de controle op inhoud, volledigheid en vervaldatum kan niet gegarandeerd worden.	8

3.3.2 Conclusie

Voorschrijven, bewaren, controleren en toedienen van medicatie gebeurt dagelijks ontelbare keren in een ziekenhuis. In dit proces zijn veel zorgverleners betrokken. Iedereen volgens dezelfde afspraken en principes van patiëntveiligheid laten werken vraagt heel wat inspanningen vanuit de apothekers, maar ook vanuit de ziekenhuisleiding.

Men merkt dat in ziekenhuizen waar de directie en leiding achter de afspraken staan, de naleving vlotter verloopt.

3.4 Sterilisatie

Het sterilisatieproces is, net zoals de medicatiedistributie, één van de risicodragende processen in een ziekenhuis. De dienst centrale sterilisatie (CSA) staat in voor de kwaliteit van desinfectie en sterilisatie van medisch materiaal. Deze kwaliteit kan slechts gegarandeerd worden bij het naleven van strikte procedures en afspraken en bij een afstemming van de operatieplanning met de organisatie van de dienst centrale sterilisatie (o.a. sterilisatietijden, voldoende materiaal, ...).

3.4.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.4.1.1 Algemeen

Er zijn verschillende belangrijke partners betrokken bij het sterilisatieproces. De hoofdapotheker als eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van het sterilisatiegebeuren, de medewerkers van de CSA die instaan voor het uitvoeren van de sterilisaties, de hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor het toezicht op duidelijke afspraken tussen artsen en de CSA, de zorgverleners binnen het operatiekwartier die het gehele organisatorische proces van nabij meemaken en het comité voor ziekenhuishygiëne voor inbreng van expertise. Deze partners dienen allen het beleid en de afspraken vorm te geven en na te leven.

3.4.1.2 Vaststellingen

De centrale sterilisatieafdelingen binnen de ziekenhuizen zijn steeds vaker vragende partij tot meer duidelijke afspraken en procedures, wat positief te noemen is.

Toch zijn er nog verbetermogelijkheden, niet alleen in de dagelijkse praktijk maar ook op beleidsvlak. Hieronder zijn de belangrijkste aandachtspunten terug te vinden.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Eindverantwoordelijkheid hoofdapotheker <i>Als eindverantwoordelijke van het sterilisatiegebeuren dient de hoofdapotheker (of collega-apotheker) betrokken te zijn bij de sterilisatieactiviteiten. Deze betrokkenheid omvat structureel overleg met de betrokken partners, het samen opmaken/valideren van procedures en het verdedigen van de belangen van de CSA binnen het ziekenhuis.</i>	- De betrokkenheid van de (hoofd)apotheker is onvoldoende. Dit uit zich o.a. door te weinig (overkoepelende) overlegstructuren, te weinig afspraken over verantwoordelijkheden,	13

Desinfectie van materiaal <i>In de ziekenhuizen kunnen ook op plaatsen buiten de CSA materialen (gesteriliseerd en/of gedesinfecteerd worden.</i> <i>Om ook dit proces zo kwalitatief mogelijk te maken, zijn ook hier procedures en duidelijke afspraken onontbeerlijk. Allereerst dient men een goed zicht te hebben over waar, door wie en hoe de (sterilisatie/) desinfectie plaatsvindt.</i> <i>Het gebruik van onderdompelsystemen met open en/of halfopen systemen geven onvoldoende garanties op een kwaliteitsvol proces.</i>	- Er is onvoldoende zicht op het (sterilisatieproces/) desinfectieproces en/of er zijn onvoldoende sluitende procedures. - Er werden open en/of halfopen onderdompelsystemen gebruikt.	26 13
Infrastructuur <i>De CSA moet een strikte scheiding hebben tussen de onreine, de reine en de steriele zone.</i> <i>De autoclaven (= sterilisatoren) dienen jaarlijks gevalideerd te worden.</i>	- Er is geen strikte scheiding tussen de drie verschillende zones. - Er is geen jaarlijkse validatie van de autoclaven.	15 18

3.4.2 Conclusie

Risico's ontstaan vooral wanneer op andere plaatsen dan de centrale sterilisatieafdelingen gesteriliseerd en gedesinfecteerd wordt.

Vanuit de verschillende CSA's van de ziekenhuizen heeft men meestal een goed overzicht van de bestaande knelpunten en risico's en worden verbetermaatregelen getroffen.

De Vlaamse overheid stimuleert verbeteracties door middel van overleg met de beroepsgroepen.

3.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn er om de patiënt te beschermen. Toch kunnen deze handelingen ongewenst schade toebrengen. Daarom, en vanuit een respect voor de rechten van de patiënt, pleit Zorginspectie voor een fixatiearm beleid. Daaronder verstaan wij onder meer het kiezen voor de minst ingrijpende maatregel en het zo kort mogelijk houden van de maatregel. Kennis en cultuurvorming spelen hier een belangrijke rol in.

Zorginspectie ging tijdens de audits op zoek naar de visie van het ziekenhuis over vrijheidsbeperkende maatregelen en hoe dat beleid in de praktijk werd gebracht. Fixatie was ook steeds een aandachtspunt bij bezoeken aan verpleegafdelingen.

3.5.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.5.1.1 *Algemeen*

Fixatie is een maatschappelijk geladen onderwerp, waarvoor de ziekenhuiswereld ook steeds meer aandacht heeft.

Een ziekenhuisbrede visie op fixatie is onontbeerlijk. Daarbij hoort er zowel aandacht te gaan naar het vermijden van fixatie als naar het juist en veilig toepassen van een eventuele maatregel. Steun vanuit de directie is belangrijk om structurele maatregelen voldoende prioriteit en gedragenheid te geven. Daarbij denken we dan bijvoorbeeld aan een aangepaste infrastructuur, vorming, bestaffing tijdens de nacht, zorgpaden, ...

In één ziekenhuis werd fixatie niet als afzonderlijk onderwerp beschreven in het auditrapport. We konden vaststellen dat elk van de 32 andere ziekenhuizen over een visie beschikte en een procedure had uitgeschreven. In elf ziekenhuizen gebeurde dat door een werkgroep, die in zeven gevallen multidisciplinair samengesteld was. In de meerderheid van de ziekenhuizen was de visie op fixatie ziekenhuisbreed van toepassing. Een aantal keer maakte de visie ook zorg op maat mogelijk, omdat verschillende patiëntengroepen duidelijk in rekening gebracht werden (denk bijvoorbeeld aan kinderen of aan psychiatrische patiënten).

3.5.1.2 *Vaststellingen*

De ziekenhuissector beseft ten volle dat vrijheidsbeperkende maatregelen een grote impact kunnen hebben op het individu. We bespraken hoger reeds dat ieder ziekenhuis over procedures beschikt.

Toch is er nog ruimte voor verbetering in de dagelijkse praktijk. We vatten de voornaamste aandachtspunten hieronder samen.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Procedure voor fixatie <i>De procedure wordt ziekenhuisbreed opgesteld en toegepast, en dekt de verschillende patiëntengroepen. Gezien de kwetsbaarheid van sommige groepen, moeten er immers duidelijke richtlijnen zijn.</i> <i>De toegestane fixatiemiddelen die het ziekenhuis gebruikt moeten opgesomd worden in een lijst met een link naar (tegen)indicaties, gebruiksaanwijzingen en aandachtspunten.</i>	- Er zijn meerdere, niet op elkaar afgestemde procedures in gebruik of versies zijn campusgebonden zonder overkoepelende visie. - De procedure dekt niet iedere patiëntengroep. - De procedure is in de praktijk onvoldoende gekend of wordt onvolledig toegepast. - In de praktijk worden meer of andere middelen gebruikt dan voorzien in de procedure (bv. door gebruik van voorzettafels of bedsponden). - Richtlijnen voor gebruik van (bepaalde) materialen ontbreken of zijn vaag geformuleerd of onvolledig.	13 13 33 20 17
Vorming over fixatie <i>Zorgverstrekkers betrokken bij fixatie moeten jaarlijks bijscholing volgen.</i>	- Er vindt geen vorming over fixatie plaats, of de vorming is niet verplicht en/of richt zich niet op alle betrokken medewerkers.	23
Beslissing tot en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Fixatie houdt een medische verantwoordelijkheid in. De arts moet dus betrokken zijn bij de beslissing en evaluatie van de maatregel.</i> <i>Vanuit de optiek van een goede kwaliteit van zorg bespreekt men maatregelen multidisciplinair.</i> <i>Fixatie en mogelijke alternatieven worden besproken met de patiënt (of zijn vertegenwoordiger, of in geval van gebrek hieraan of bij conflicten de zorgbeoefenaar).</i>	- Artsen zijn onvoldoende betrokken (worden enkel op de hoogte gesteld). - Maatregelen worden niet multidisciplinair besproken. - Overleg met de patiënt (of vertegenwoordiger) beperkt zich tot het meedelen van de maatregel, en houdt dus niet het vragen van toestemming na meedelen van informatie in.	23 23 20
Indicaties voor fixatie <i>Indicaties om over te gaan tot fixatie moeten patiënt-gerelateerd zijn en beperkt tot 'gevaar voor zichzelf of anderen' of 'de nood aan het voortzetten van een levensnoodzakelijke behandeling'.</i>	- Men hanteert ook andere indicaties om over te gaan tot fixatie, zoals wegloupedrag, roepen, storend gedrag, vallen, onrust of agitatie.	24

3.6 Zorg voor chirurgische patiënten

In ons land bestaat zo goed als geen geactualiseerde wetgeving betreffende de hoogrisico-omgeving die een operatiekwartier is. Dit geldt nog meer voor algemene ziekenhuizen dan voor universitaire. In de praktijk zijn het vooral internationale richtlijnen (bv. van het Amerikaanse Centers for Disease Control en van de World Health Organization) die ziekenhuizen en Zorginspectie voor ogen houden en waardoor ze kunnen inspelen op nieuwe ontwikkelingen in deze snel evoluerende sector.

Tegenwoordig beschouwen experts het correcte gebruik van een “safe surgery checklist” als een absolute must. Omdat de WHO vaststelde dat er wereldwijd veel patiënten schade leden tijdens een operatieve ingreep, heeft men gezocht naar een manier om deze schade zoveel mogelijk te voorkomen. Het overlopen van een lijst met een aantal aandachtspunten of een aantal cruciale momenten bleek een eenvoudig maar doeltreffend hulpmiddel hierbij. Belangrijk hierbij is dat het instrument eenvoudig is in gebruik, weinig tijd vraagt en een aantal essentiële punten bevat die kunnen bijdragen aan de patiëntveiligheid.

Voor kinderen geldt nog meer dan voor volwassenen dat een operatieve ingreep een stresserende ervaring is. Kinderen komen in een niet-vertrouwde omgeving terecht, worden gescheiden van hun ouders en krijgen te maken met volwassenen die pijn lijden of postoperatief allerlei reacties vertonen (verwardheid, roepen) die zij niet gemakkelijk kunnen plaatsen. Verschillende initiatieven ontstonden om kinderen beter te beschermen in het ziekenhuismilieu (Europees charter rechten van het Kind, werkgroep kindvriendelijk ziekenhuis...). In België vonden deze initiatieven een wettelijke vertaling in het “Zorgprogramma voor kinderen”. Dit KB bepaalt o.a. dat minstens een ouder steeds bij het kind moet kunnen blijven zolang het bewust is, dat kinderen gescheiden moeten worden van het gebeuren bij volwassen patiënten en dat er een voor kinderen aangepast pijnbeleid moet gevoerd worden.

3.6.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.6.1.1 Algemeen

Van de 33 bezochte ziekenhuizen waren er 29 die heelkundige activiteiten ontwikkelden op minstens 1 campus. Deze 29 ziekenhuizen beschikken samen over 60 operatiekwartieren, waarvan er 53 bezocht werden. Daarnaast werden er 43 van de 52 dagziekenhuizen waar heelkundige patiënten in daghospitalisatie worden opgenomen bezocht en 51 gewone heelkundige hospitalisatieafdelingen.

3.6.1.2 Vaststellingen

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Beleid <i>In een operatiekwartier moeten een aantal afspraken (bv. overleg-structuren, openingstijden OK...) vastgelegd worden in een reglement van inwendige orde (RIO). Vaak bevat dit reglement ook de hygiënische richtlijnen (omkleedprocedure, toegangsbepalingen). Indien er meerdere operatiekwartieren zijn, verwachten we een overkoepeld RIO of verregaande afstemming tussen de RIO's.</i>	- Het RIO was goed samengesteld of beschreef alle aspecten van de werking, en, indien van toepassing, was uniform over de campusgrenzen heen. - Het RIO was verouderd, of er ontbraken allerhande aspecten (bv. geen afspraken met de CSA, geen criteria voor het toewijzen van zalen aan chirurgen, geen afspraken met het zorgprogramma voor kinderen, geen beschrijving van de wachtdienst...)	11 8
Middelen <i>Om de zorg zo veilig mogelijk te organiseren, verwachten we dat ziekenhuizen de inrichting van hun operatiekwartieren zoveel mogelijk uniformiseren: uniforme anesthesietoestellen en monitoringapparatuur.</i> <i>De inrichting en architectuur van de operatiekwartieren is liefst optimaal aangepast aan het doel: beveiliging van de toegang tegen onbevoegden, scheiding tussen propere en vuile zones, toezicht op de patiënt in de onthaalruimte, voldoende bergruimte, geen schade aan vloer en muren...</i> <i>Al het biotechnisch materiaal moet regelmatig gecontroleerd en onderhouden worden. Hiertoe sluit het ziekenhuis vaak onderhoudscontracten af met externe firma's of beschikt men over een eigen ploeg van specifiek opgeleid personeel.</i>	- Sterke mate van uniformisering van apparatuur in het OK. - Nood aan meer uniformiteit (qua instrumentensets, qua anesthesietoestellen...) of sterk verouderde apparatuur. - Tekorten m.b.t. de staat van het operatiekwartier (vaak tekort aan bergruimte waardoor materiaal op allerlei plaatsen moet gestockeerd worden, wat het beheer moeilijker maakt). - Goede inrichting en architectuur van OK. - Onderhoud en nazicht van biotechnisch materiaal was goed geregeld, bv. door een eigen biotechnische dienst met aparte oproepbare wacht, dankzij een doorgedreven elektronisch opvolgsysteem.	7 7 11 5 5

Medewerkers <i>De beroepsgroep van anesthesisten vindt het belangrijk dat één anesthesist niet meer dan 1 patiënt tegelijkertijd onder narcose heeft.</i> <i>In een operatiekwartier zijn er veel logistieke en administratieve taken. Om zoveel mogelijk verpleegkundigen met patiëntenzorg te laten bezig zijn, is logistieke en administratieve ondersteuning belangrijk.</i> <i>In een operatiekwartier maakt men tegenwoordig regelmatig gebruik van ioniserende straling. Het is daarom belangrijk dat medewerkers die in contact komen met deze straling bewust zijn van de gevaren en kennis hebben van de manieren om de straling voor henzelf en de patiënt zoveel mogelijk te beperken.</i>	- Tekort aan anesthesisten om er steeds voor te zorgen dat 1 anesthesist maar 1 patiënt per keer onder narcose volgt. - Geen enkele logistieke ondersteuning. - Geen administratieve ondersteuning. - Bijna alle medewerkers hebben een opleiding radioprotectie.	8 8 11 6
Pre-operatief onderzoek <i>Een algemene narcose is en blijft een risicovol proces. Om het risico tot een minimum te beperken is het van belang om, zo mogelijk, op voorhand informatie te hebben (over vroegere ingrepen, eventuele aandoeningen en in welke mate deze onder controle zijn...), zo nodig bijkomende onderzoeken te laten uitvoeren en deze gegevens te beoordelen.</i>	- Het pre-operatieve traject is goed uitgewerkt, in overleg met de huisartsen (bv. d.m.v. een standaardmapje met informatie voor de patiënt en zijn huisarts, een systeem om zicht te krijgen op de thuismedicatie, het organiseren van pre-operatieve consultaties in het ziekenhuis...). - In een aantal gevallen liep dit proces niet goed. We merkten op dat ingrepen ook doorgingen als de pre-operatieve onderzoeken ontbraken, dat patiënten geopereerd werden zonder ooit onderzocht geweest te zijn door een arts, verpleegkundigen die moesten oordelen of patiënten alle noodzakelijke onderzoeken gekregen hadden en desnoods moesten instaan voor de uitvoering van bijkomende onderzoeken, onderzoeken die niet snel konden teruggevonden worden...	6 4
Uniformiteit zorgproces <i>Er wordt nagegaan of artsen binnen eenzelfde discipline voor eenzelfde ingreep op dezelfde manier werken. Wanneer artsen onderling verschillende procedures</i>	- Artsen hanteren onderling verschillende procedures voor eenzelfde type ingreep. - Sterk uitgewerkte zorgprocedures (met gestandaardiseerde informatie op voorhand, gelijke wijze van ingrijpen, standaarden van	12 5

<i>hanteren, is er kans dat er verwarring ontstaat tussen twee gelijkaardige procedures en zich fouten voordoen.</i>	nazorg).	
OK-planning <i>Een correcte planning is belangrijk: hiervan hangt het moment af vanaf wanneer de patiënt moet nuchter blijven, het opnameuur, de beschikbaarheid van het bed, de beschikbaarheid van de instrumenten, de verdeling van het personeel over de zalen en de ontwaakruimte, de beschikbaarheid van personeel voor patiëntentransport, wanneer het eerste bezoek kan komen...</i>	- Duidelijke tekorten in het plannings- en opvolgingsproces. - Er wordt een goede planning afgeleverd waaraan men zich houdt: geen zalen die dagelijks veel langer open zijn dan voorzien, een elektronisch plannings- en opvolgsysteem, werking met gespreide opnames van patiënten waardoor bedden in het daghospitaal meermaals konden gebruikt worden per dag, weinig late ingrepen bij daghospitalisaties waardoor er geen patiënten moesten opgenomen worden omdat ze te laat geopereerd werden....	12 8
Preventie van fouten met de “safe surgery checklist” <i>Experts beschouwen het correcte gebruik van een “safe surgery checklist” als een absolute must.</i>	- Veralgemeend gebruik van de checklist, studies om zo de meest geschikte checklijst te vinden of goed werkend controlesysteem. - Ondermaatse toepassing van de lijst, afwezigheid van een systeem... of geen uitspraken mogelijk wegens opstartfase of proefperiode (beperkt aantal zalen, beperkt aantal disciplines).	8 10
Kindvriendelijkheid <i>Het zorgprogramma voor kinderen bepaalt o.a. dat minstens een ouder steeds bij het kind moet kunnen blijven zolang het bewust is, dat kinderen gescheiden moeten worden van het gebeuren bij volwassen patiënten en dat er een voor kinderen aangepast pijnbeleid moet gevoerd worden.</i>	- Het scheiden van kinderen en volwassen patiënten in de Vlaamse operatiekwartieren vergt belangrijke aanpassingen aan de infrastructuur (aparte onthaalruimte, aparte ontwaakkamer...) en is daardoor een knelpunt dat bijna overal terugkeert. - Knelpunten m.b.t. begeleiding door ouders: soms worden ouders niet toegelaten tot op het moment van inductie, soms ook niet in de ontwaakruimte (voor en/of na de ingreep).	27 20

3.6.2 Conclusie

De meeste Vlaamse ziekenhuizen beschikken over een modern operatiekwartier en worden bevolkt door voldoende en competent personeel. Dit neemt niet weg dat het operatiekwartier een hoog-risicogebied is in het ziekenhuis: er zijn heel veel patiëntenbewegingen, patiënten hebben een

gedaald bewustzijn en bevinden zich in een niet-vertrouwde omgeving en er worden medische handelingen gesteld die niet zonder risico's zijn. Om deze risico's tot een minimum te beperken, worden er allerhande voorzorgen genomen en gebeuren er nu dag in dag uit talrijke controles. Hierdoor blijft tot op heden het aantal grote fouten gelukkig zeer beperkt.

Toch kunnen er nog stappen genomen worden om het gehele proces nog veiliger te maken. Een oppuntstelling van het pre-operatief gebeuren, een correcte en tijdige planning van de ingrepen, het uniformiseren van materiaal en procedures en tenslotte het standaard inbouwen van een time-out moment waarbij alle aandacht even gaat naar de controle van een aantal cruciale aspecten, zijn de elementen waar nog het meest aan kan gewerkt worden op dit moment.

Voor de kinderen zien we in alle ziekenhuizen acties om de principes van kindvriendelijkheid in het operatiekwartier te verwezenlijken. Doordat hiervoor vaak belangrijke infrastructuurwijzigingen nodig zijn, laat een positief resultaat op ziekenhuisniveau (dus voor alle operatiekwartieren samen) iets langer op zich wachten.

3.7 Zorg voor geriatrische patiënten

Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aandeel van de specifieke gezondheidsproblematiek van oudere mensen in onze samenleving gestaag toe. De geriatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen kampen meestal met hoge bezettingsgraden. De overheid besteedt veel aandacht aan de adequate opvang van deze kwetsbare patiëntenpopulatie.

De kwaliteit van de zorg op de geriatrische verpleegafdelingen en het functioneren van de interne liaison op de andere afdelingen waar geriatrische patiënten verblijven, was de focus van Zorginspectie i.v.m. het zorgprogramma voor geriatrische patiënten.

3.7.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.7.1.1 Algemeen

Wanneer ouderen worden opgenomen in het ziekenhuis, bestaat er een groot risico op het ontwikkelen van één of meerdere complicaties en kan er zelfs sprake zijn van overlijden. Zo kan een bejaarde patiënt na een relatief eenvoudige ingreep complicaties krijgen die kunnen variëren van ondervoeding, uitdroging, incontinentie en decubitus tot hart- en longproblemen en delirium. Daarnaast bestaat er een groot risico dat ze hun zelfstandigheid verliezen.

Deze cascade van mogelijke complicaties kan binnen enkele dagen optreden, maar kan door verpleegkundigen voorkomen worden door preventieve zorg en het tijdig signaleren van deze complicaties. Deze preventieve zorg is helaas nog niet gestandaardiseerd in de ziekenhuizen, hoewel op vrijwel alle verpleegafdelingen ouderen zijn opgenomen met een hoog risico op complicaties.

De kwaliteit van het leven tijdens de laatste levensfase zo goed mogelijk te behouden, verbeteren en hoogbejaarden zo lang en zo zelfstandig mogelijk, liefst thuis, te laten functioneren is het voornaamste doel van het geriatrisch zorgprogramma.

3.7.1.2 Vaststellingen

We konden vaststellen dat quasi alle ziekenhuizen waarin we dit topic onder de loep namen (30 van de 33 ziekenhuizen) beschikken over een uitgeschreven geriatrisch zorgconcept: hoe het ziekenhuis streeft naar een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon. Het omzetten van dit geriatrisch zorgconcept in de praktijk en alle 75-plussers een aangepaste geriatrische zorg aanbieden is nog niet in alle ziekenhuizen gerealiseerd. Hieronder worden de meest relevante vaststellingen weergegeven.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Geriatrisch zorgconcept <i>Het zorgconcept moet breed opgesteld zijn en ook toepasbaar zijn op de niet-geriatrische afdelingen.</i>	- Het zorgconcept is uitgeschreven. - Het zorgconcept is onvoldoende bekend gemaakt aan de patiënt en zijn familie/ medewerkers in het ziekenhuis/ verwijzers.	20 19
Screening 75-plussers <i>Om alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten te bereiken, is een goede screening nodig. Dit gebeurt best met een gevalideerd instrument.</i>	- De screening van 75-plussers is ontoereikend (niet op alle afdelingen, geen screening in het weekend, geen gevalideerd screenings-instrument,...).	26
Opnamecriteria <i>Geriatrische patiënten komen vaak terecht op afdelingen waar ze niet de juiste specifieke verzorging (multidisciplinaire aanpak, aangepaste revalidatie, expertise personeel) krijgen. De opnamecriteria moeten voldoende specifiek omschreven zijn.</i>	- De opnamecriteria werden niet geëxpliceerd of waren onvoldoende specifiek.	12
Psychologisch klimaat <i>De optimale organisatie van het psychologische klimaat op afdelingen met geriatrische patiënten is belangrijk om het welzijn, de autonomie en de revalidatie van de patiënt te bevorderen.</i>	- De organisatie van het psychologische klimaat is onvoldoende. Volgende elementen werden niet (voldoende) gegarandeerd: • patiënten worden gestimuleerd om in groep activiteiten te ontplooiën zoals gezamenlijke oefensessies, kinesitherapie, maaltijden, socioculturele of ergotherapeutische bezigheden • patiënten dragen dagkledij • activiteiten van het dagelijkse leven worden in stand gehouden of ontwikkeld.	25
Weglooptgedrag <i>In het kader van revalidatiemogelijkheden is infrastructurele ondersteuning noodzakelijk voor deze doelgroep. De afdelingen beveiligen tegen wegloupedrag is daar een voorbeeld van.</i>	- De geriatrieafdelingen zijn beveiligd tegen wegloupedrag.	13

3.7.2 Conclusie

Ziekenhuizen besteden steeds meer aandacht aan het belang van de zelfredzaamheid en het voorkomen van complicaties die verbonden zijn aan een ziekenhuisopname. Toch slagen slechts weinig ziekenhuizen erin hun geriatrisch zorgconcept bekend te maken aan de medewerkers, de patiënt en zijn familie. Ook op het vlak van het psychologische klimaat op de geriatrieafdelingen van de ziekenhuizen is er heel wat verbeterpotentieel.

3.8 Zorg voor kritieke patiënten

Onder de kritieke diensten wordt tijdens de audit verstaan: de functie intensieve zorgen enerzijds en de functies gespecialiseerde spoedgevallen en medische urgentie groep (MUG) anderzijds.

Op een IZ-eenheid kunnen kritieke patiënten opgenomen worden met zowel heelkundige (postoperatief, traumatisch) als inwendige pathologie. Op deze afdelingen worden doorgaans patiënten opgenomen met complexe en/of levensbedreigende aandoeningen. Het gaat om een zeer kwetsbare subpopulatie die een hooggespecialiseerde zorg vereist, zowel wat betreft de infrastructuur (architectuur, apparatuur) als op vlak van personele omkadering (kwalificaties, bestaafingsnormen). De multidisciplinaire benadering van de patiënten komt bij de behandeling eveneens sterk op de voorgrond.

3.8.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

Van de 33 doorgelichte ziekenhuizen in de beschouwde periode, beschikten er 26 over een functie voor intensieve zorgen. De schaal van de functie vertoont grote verschillen, de kleinste functie had zes erkende bedden terwijl de grootste over 106 intensieve bedden beschikte. De functie wordt soms uitgebaat op verschillende campen en/of in verschillende eenheden op eenzelfde site. Er werden in de beschouwde tijdsspanne 25 intensieve functies geïnspecteerd, verdeeld over 41 intensieve eenheden.

28 ziekenhuizen hadden een functie gespecialiseerde spoed, die in 9 gevallen op meerdere campussen werd uitgebaat. In 22 ziekenhuizen was een MUG-functie aan de spoedgevallendienst verbonden. Er werden 34 spoedafdelingen geïnspecteerd in de periode januari 2010 – juni 2012.

3.8.1.1 Algemeen

Het team van gespecialiseerde zorgverstrekkers vormt de belangrijkste troef op de kritieke diensten. Kenmerkend is onder meer het aanbod van medische en verpleegkundige bestaafing en permanentie, minimaal opgelegd door wettelijke normen. In heel wat ziekenhuizen knelt hier het schoentje door het gebrek aan voldoende beschikbare medewerkers en artsen. Gelukkig werd op quasi alle bezochte kritieke diensten een grote beroepsernst en inzet voor de job opgemerkt bij het personeel. Onder meer evidence based projecten, hoge kwalificaties en de initiatieven voor een specifiek vormingsaanbod waren daarvan getuige.

In deze context heeft men baat bij een sterk gestructureerde werking en op dat vlak bestaat zeker nog verbetermogelijkheid.

Meestal is er wel aandacht voor de noodzakelijke multidisciplinaire werking, hoewel deze in de praktijk soms nog te formeel of onvoldoende wordt ingevuld.

Hieronder volgt een selectie van enkele opvallende vaststellingen uit de auditrapporten.

3.8.1.2 Vaststellingen

Gespecialiseerde spoedgevallen en MUG-functie

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Gestructureerde werking <i>Om snel en accuraat te reageren op complexe en onduidelijke situaties, moet de werking op een gestructureerde wijze georganiseerd worden, onder andere met behulp van dienstspecifieke jaarverslagen en beleidsplannen. Triage van patiënten waarbij prioriteiten gelegd worden in functie van ernst zijn daarbij cruciaal.</i>	- Aanwezigheid van een uitgeschreven protocol voor triage, gebaseerd op een gevalideerd systeem. - Diensts specifiek beleidsplan aanwezig. - Diensts specifiek jaarverslag aanwezig.	13 15 26
Medische bestaffing <i>Onder volwaardige medische bestaffing verstaan we een vaste equipe van specifiek opgeleide spoed- en MUG-artsen die instaan voor de permanentie op spoed. Op sommige diensten worden hiernaast ook verschillende specialisten van het ziekenhuis ingezet, wat wettelijk toegestaan is.</i>	- Volwaardige medische bestaffing. - Tekort aan spoedartsen. - Eerste- of tweedejaars ASO (artsen specialisten in opleiding) worden ingezet voor de permanentie op spoed, wat niet overeenstemt met de wettelijke vereisten. - Omwille van de beperkte groep artsen die (kan) ingezet worden op voor de permanentie op spoed en MUG, zijn artsen soms langer dan 24 uur na elkaar van wacht. - Door cumulatie van de permanentie voor spoed en MUG en het ontbreken van duidelijke afspraken, kon niet gegarandeerd worden dat er een spoedarts binnen de 15 minuten na uitruk van de MUG op de spoed aanwezig was. - Het medische diensthoofd van spoed had nog andere activiteiten binnen het ziekenhuis, waardoor	18 6 10 9 14 6

	zijn vereiste aanwezigheid van 50% van de tijd niet gewaarborgd kon worden.	
Verpleegkundige bestaffing <i>Gespecialiseerde verpleegkundigen moeten instaan voor de noodzakelijke hooggespecialiseerde patiëntenzorg.</i> <i>Het behalen van een bijzondere beroepstitel (BBT) in de intensieve en urgente zorg is wettelijk bepaald.</i> <i>Om een BBT te behouden, moet men per vier jaar 60 uur vorming volgen.</i>	- Er was een normatief verpleegkundig personeelstekort. 8 - De vereiste verpleegkundige permanentie kon niet systematisch gewaarborgd worden. 12 - De werklast werd verhoogd door extra, niet spoed-gebonden activiteiten. 14 - Aanwezigheid van logistieke en/of administratieve ondersteuning, bijdragend tot verlaging werklast van de verpleegkundigen door taakuitzuivering. 17 - Volwaardig opgeleide (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Hier hadden (bijna) alle verpleegkundigen een BBT, wat meer is dan de vereiste 60%. 16 - Gevolgde vorming geformuleerd als sterk punt. 12 - Geen zicht op de gevolgde vorming of onvoldoende vorming. 5	
Gestructureerde samenwerking (afspraken, overleg) <i>Het is belangrijk dat spoedartsen beroep kunnen doen op de expertise van alle andere medische disciplines en dat organisatorisch de samenwerking duidelijk uitgewerkt is in een intern of medisch reglement en inhoudelijk vastgelegd is medische protocols.</i>	- Er was onvoldoende gestructureerd overleg tussen de spoedartsen en de specialisten binnen het ziekenhuis of er waren geen of een beperkt aantal medische protocols. 19 - Overleg met de diensten waarmee men nauw samenwerkt (bv. OK, IZ, onthaal, medische beeldvorming, labo, ...) ging niet of enkel ad hoc door. 22	

<i>De globale organisatie van de functie wordt best formeel gevat in een gedetailleerd Reglement van Inwendige Orde (RIO) dat opname- en ontslagcriteria bevat.</i>	- De procedure overbezetting was niet uitgewerkt of werd niet door alle artsen gevolgd. - Er was geen RIO of geen medisch reglement voor spoed uitgewerkt.	7 10
Wachttijden <i>Lange wachttijden zijn een vaak terugkerend knelpunt in patiëntentevredenheidsonderzoeken.</i>	- Wachttijden op spoed liepen op.	18
Opvang bij crisis <i>Op kritieke diensten wordt men vaak geconfronteerd met psychisch ingrijpende crisissituaties. Het ziekenhuis moet hiervoor een adequate opvang voorzien, zowel voor de familie als voor de zorgverstrekkers.</i>	- Voor het personeel op spoed was er een actief aanbod voor de opvang na traumatische gebeurtenissen. - Men kan niet steeds beroep doen op voldoende professionele ondersteuning.	9 15
Valideren van medische orders <i>Medische orders, met inbegrip van medicatievoorschriften, moeten door een arts ondertekend worden.</i>	- Men werkt met mondelinge medische orders die achteraf niet door de arts worden ondertekend.	7
Opvang psychiatrische patiënten <i>De opvang van patiënten met psychiatrische aandoeningen verdient specifieke aandacht.</i>	- De spoedarts kon geen beroep doen op een psychiater. - Er waren geen psychiatrische zorg-procedures (medische protocols voor de meest voorkomende psychiatrische urgenties) en/of inschatting van gebeurde niet steeds aan de hand van een gevalideerd instrument of door specifiek opgeleid personeel. - Er was geen vorming over psychiatrische urgenties doorgestaan of de vorming was erg beperkt (bv. alleen "omgaan met agressie").	14 11 12

Functie voor intensieve zorgen (IZ)

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Gestructureerde werking <i>Om te garanderen dat kritieke patiënten steeds de meest optimale zorg (effectief, tijdig, efficiënt, aangepast, veilig) krijgen, moet de werking van de functie IZ gestructureerd verlopen.</i>	- Onvoldoende (formele) gestructureerde werking van de functie IZ (bv. onduidelijke opname-, exclusie- en ontslagcriteria, geen afbakening van intensief zorgprofiel,...).	25
Medische bestaffing <i>De functie moet aangestuurd worden door een arts-specialist in de intensieve zorgen.</i> <i>De medische permanentie moet steeds verzekerd worden door een specialist die in het ziekenhuis beschikbaar is.</i> <i>Het is belangrijk dat de samenwerking tussen intensivisten en andere specialisten betrokken bij de behandeling op IZ duidelijk en formeel uitgewerkt is.</i>	- Ontbreken van een eenduidig medisch diensthoofd voor aansturing van het beleid van de functie, of het diensthoofd is onvoldoende beschikbaar voor de functie. - De medische permanentie was niet conform ingevuld of bood onvoldoende garanties voor veilige en kwalitatieve zorg. - Geen eensluidendheid met betrekking tot het medische beleid voor kritieke patiënten.	9 14 15
Verpleegkundige bestaffing <i>Per schijf van drie intensieve bedden moeten minstens twee verpleegkundigen in het bestaffingskader zitten. Op elk moment moet minstens één verpleegkundige per drie bedden aanwezig zijn op de dienst en hiervan moet minstens de helft beschikken over de bijzondere beroepstitel (BBT).</i> <i>Het ziekenhuis en de medewerkers moeten inspanningen leveren op vlak van specifieke permanente vorming en voor het behalen en behouden van een bijzondere beroepstitel in de intensieve en urgente zorgen.</i>	- Er werd een normatief verpleegkundig bestaffingsstekort vastgesteld. - Niet steeds kon de helft van de verpleegkundigen met een BBT opgesteld worden. - Sterk punt over opleiding en vorming. - Onvoldoende permanente vorming. - Knelpunt betreffende het dienstspecifieke inscholingstraject.	9 16 17 5 6
Multidisciplinariteit <i>Zorginspectie verdedigt de multidisciplinaire aanpak (medisch, paramedisch,</i>	- Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking, ofwel op vlak van patiëntenbesprekingen	30

3.9 Zorg voor kinderen

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Daarom besteedt Zorginspectie aandacht aan het welzijn van kinderen tijdens een opname in het ziekenhuis. Net als volwassenen hebben kinderen recht op goede medische en verpleegkundige zorg en een patiëntvriendelijke benadering.

Sinds 1999 staat in de ziekenhuiswetgeving dat elk ziekenhuis zijn beleid over opvang van kinderen moet uitschrijven in een protocol. Dat protocol kindvriendelijkheid moet beschrijven hoe men kinderen en hun ouders informeert, adviseert en psychologisch bijstaat, hoe men ouders betreft bij de zorg, hoe het comfort van kinderen wordt verbeterd, hoe men de veiligheid van kinderen waarborgt en hoe zorgverleners van verschillende diensten overleggen over kinderen. Het ziekenhuis moet het protocol niet enkel intern, maar ook aan kinderen en hun ouders, communiceren.

In 2007 ging in België de wetgeving i.v.m. het zorgprogramma voor kinderen van kracht (kinderen zijn volgens deze wet minderjarigen jonger dan 15 jaar). Deze wetgeving is inhoudelijk gebaseerd op de richtlijnen van het Handvest Kind en Ziekenhuis. Dat Handvest Kind en Ziekenhuis of het EACH-charter (European Association for Children in Hospital, www.each-for-sick-children.org) beschrijft de rechten van gehospitaliseerde kinderen en hun ouders. Europese patiëntenverenigingen stelden dit handvest samen met de WHO op, en baseerden zich daarbij op het VN-verdrag over de rechten van het kind.

3.9.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.9.1.1 Algemeen

In 29 ziekenhuizen ging Zorginspectie tijdens de audits op zoek naar het kindvriendelijk beleid en hoe dat beleid in de praktijk werd gebracht. Het kindvriendelijk beleid was ook steeds een aandachtspunt bij bezoeken aan verpleegafdelingen, operatiekwartiers, spoedgevallendiensten en afdelingen voor intensieve zorgen.

We konden vaststellen dat niet alle ziekenhuizen een globale visie hadden uitgewerkt en neergeschreven over een kindvriendelijke opvang doorheen het ziekenhuis. Daarnaast waren er ook een aantal ziekenhuizen die deze kindvriendelijke visie niet naar alle medewerkers, ouders en bezoekers voldoende communiceren en kenbaar maken.

3.9.1.2 Vaststellingen

Meer en meer groeit het besef van de nood aan specifieke aandacht voor kinderen in het ziekenhuis. We stelden tal van verbeteringen vast, maar merkten ook op dat er nog actiepunten zijn.

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Protocol Kindvriendelijk ziekenhuis <i>Het protocol wordt opgesteld op basis van het Handvest Kind en Ziekenhuis of het EACH-charter. Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep moeten er immers aan duidelijke voorwaarden worden voldaan.</i> <i>Het kindvriendelijk beleid moet toegepast worden op alle plaatsen in het ziekenhuis waar kinderen terecht komen.</i>	- Het protocol is gebaseerd op het Handvest Kind en Ziekenhuis of het EACH-charter. - Het protocol is te beperkt van inhoud en/of er ontbraken sommige diensten in de uitgeschreven visie.	17 15
Handvest Kindvriendelijk ziekenhuis <i>Het handvest Kind en Ziekenhuis beschrijft in 10 artikels welke voorwaarden in acht moeten genomen worden bij de opname van een kind in het ziekenhuis (http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/). Artikel 3 stelt dat aan ouders accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting naast het kind moet worden aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht.</i> <i>Artikel 2 stelt dat kinderen het recht hebben hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben.</i>	- Rooming-in is niet mogelijk op alle kamers (wegens plaatsgebrek/of gebrek aan comfort). - De kostprijs van rooming-in is gratis. - Ouders kunnen niet bij hun bewuste kind blijven: • tot en met inductie • tijdens het ontwaken in de recovery • bij onderzoeken of behandelingen.	5 3 25 13 11
Scheiding tussen kinderen en volwassenen <i>Kinderen mogen niet samen met volwassen patiënten in dezelfde ruimte behandeld of verzorgd worden.</i>	- Kinderen verblijven op een afdeling voor volwassenen. - Volwassenen verblijven op de kinderafdeling.	18 7
Communicatie <i>Communicatie m.b.t. de zorg voor kinderen tussen de betrokken zorgverleners moet op elkaar worden afgestemd en dient gestructureerd te verlopen.</i>	- Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen vinden niet, ad hoc of enkel bij probleemsituaties plaats.	16

Pijnprotocol		
<i>Ziekenhuizen moeten beschikken over een ziekenhuisbreed pijnprotocol voor kinderen.</i>	- Er is een pijnprotocol. - Het pijnprotocol is niet ziekenhuisbreed. - Er is geen aandacht voor preventie van pijn in het protocol.	18 12 11

3.9.2 Conclusie

Ondanks de inspanningen van de ziekenhuizen en de aandacht voor het feit dat kinderen anatomisch, fysiologisch en psycho-emotioneel fundamenteel verschillen van volwassenen, zijn er nog tal van aandachtspunten.

Opvallend is dat er in verschillende ziekenhuizen nog kinderen worden opgenomen op een hospitalisatieafdeling voor volwassenen en dat ouders niet bij hun kind kunnen blijven in het operatiekwartier tot bij inductie.

Het principe van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen voor kinderen is in weinig ziekenhuizen ingeburgerd.

3.10 Zorg voor psychiatrische patiënten

Psychiatrische patiënten in algemene ziekenhuizen vormen een kwetsbare patiëntenpopulatie. Binnen een algemeen ziekenhuis waar allerhande orgaanspecialisten complexe apparatuur gebruiken voor hun diagnostiek en behandeling, vormt de psychiatrie waar diagnose en therapie vooral op de interactie tussen patiënt en therapeut gebaseerd is, een uitzondering. Het herkennen van psychiatrische ziektebeelden en het omgaan met psychiatrische pathologie vergt een specifieke kennis en aanpak. Van het personeel op een PAAZ kan verwacht worden dat ze deze expertise bezitten, maar vaak wordt een psychiatrische patiënt op allerhande niet-psychiatrische afdelingen opgenomen.

In ziekenhuizen zonder psychiatrische afdeling is dit eerder regel dan uitzondering, maar ook in ziekenhuizen met een dergelijke afdeling zien we dit gebeuren. Dit heeft te maken met het feit dat de psychiatrische aandoening niet steeds te maken heeft met de reden van opname of dat de geestelijke aandoening gemaskeerd wordt door allerhande somatische klachten, of dat de patiënt, in afwachting van een plaats op een PAAZ of in een psychiatrisch ziekenhuis, wordt opgenomen op een gewone verpleegafdeling. Daarnaast kan een psychiatrische patiënt in een acute fase terecht komen op de spoedgevallendienst of op de eenheid voor intensieve zorgen.

Het is omwille van de hierboven beschreven spreiding van deze patiëntengroep van belang dat de leden van alle zorgequipes in een algemeen ziekenhuis enige kennis hebben over psychiatrische ziektebeelden om de pathologie te kunnen herkennen, maar ook om overweg te kunnen met specifieke symptomatologie, zoals agressie, suïcidegevaar... Vandaar dat de zorg voor psychiatrische patiënten niet alleen kan beoordeeld worden op een PAAZ of in een ziekenhuis met een PAAZ. De opvang van psychiatrische patiënten kwam daarom zowel in algemene ziekenhuizen met als zonder PAAZ aan bod, en was een aspect dat behalve op een eventuele PAAZ of psychiatrisch georiënteerde afdeling ook aan bod kwam op de spoedgevallendienst, op de eenheid voor intensieve zorgen en op verpleegafdelingen.

In 2 ziekenhuizen, met een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling (K- of k-bedden), werd ook de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren doorgeleefd.

3.10.1 Beschrijving van de praktijk in de ziekenhuizen

3.10.1.1 Algemeen

Zorg voor psychiatrische patiënten kwam de voorbije 3 jaar in 20 van de 29 bezochte acute ziekenhuizen aan bod. In de 4 categorale ziekenhuizen werd dit item niet besproken omdat psychiatrische patiënten niet tot de specifieke doelgroep behoren.

Van de 20 ziekenhuizen waarin de zorg voor psychiatrische patiënten onderzocht werd, waren er 14 met een PAAZ en 6 zonder. De ene k-dienst (20 plaatsen daghospitalisatie) bevond zich in een ziekenhuis waar ook een erkende PAAZ was. De andere K-dienst (40 bedden voor dag- en nachthospitalisatie) maakte deel uit van een ziekenhuis zonder erkende PAAZ, dat echter wel een aanbod had voor volwassenen via samenwerking met een psychiatrisch ziekenhuis van dezelfde inrichtende macht. In 1 ziekenhuis werden oudere psychiatrische patiënten niet op hun psychiatrische afdelingen opgenomen maar op twee geriatrie verpleegeenheden. In een ander ziekenhuis had

men naast een PAAZ met 30 A-bedden ook een dienst Sp-psychogeriatric, waar oudere psychiatrische patiënten met een meer chronische pathologie preferentieel werden opgenomen.

Bij de bezoeken werden 24 psychiatrische afdelingen bezocht, 5 gewone afdelingen waar psychiatrische patiënten bij voorkeur werden opgenomen (bij gebrek aan een PAAZ), de afdeling Sp-psychogeriatric, de 2 geriatische afdelingen, terwijl ook op IZ, spoed en op heelkundige en internistische afdelingen de zorg voor psychiatrische patiënten in alle 20 bezochte ziekenhuizen werd onderzocht.

3.10.1.2 Vaststellingen

Topic	Voorbeelden van vaststellingen	Aantal keer vastgesteld
Beleid <i>Er wordt verwacht dat een ziekenhuis haar beleid ten aanzien van psychiatrische patiënten expliciteert, bv. in een visienota of in een beleidsplan, waarbij men zich niet beperkt tot de zorg op 1 afdeling, maar dit beleid (hospitalisatie, poliklinische zorg, liaisonpsychiatrie...) ziekenhuisbreed uitwerkt. Ook wordt verwacht dat men beschrijft hoe men de kwaliteit van zorg wenst te meten en te volgen.</i>	- Het beleid was ziekenhuisbreed sterk uitgewerkt (goede differentiatie van de verschillende afdelingen, ziekenhuisbrede visie, goede structurering...). - Het beleid was te beperkt (eigen afdeling, geen afstemming met andere campussen, te weinig overleg, geen opname- en exclusiecriteria uitgewerkt...). - Het ziekenhuis had te weinig aandacht voor de kwaliteit van de geleverde zorg. - De kwaliteit van zorg (evidence based werking, kwaliteits-evaluatie) werd als sterk punt beoordeeld.	6 10 3 3
Middelen <i>Om de zorg zo veilig mogelijk te organiseren, verwachten we dat ziekenhuizen de afdeling voor psychiatrische patiënten veilig inricht (nagaan of de infrastructuur niet kan gebruikt worden om suïcide te plegen). Verder is het op een PAAZ van belang om genoeg therapieruimten te hebben, om bureel en gespreksruimten te hebben en ruimten waar de patiënten zich kunnen</i>	- Tekorten op vlak van infrastructuur. - Advies om de afdeling technisch te screenen op mogelijke risico's m.b.t. suïcide.	11 10

<i>ontspannen. In dat opzicht beveelt de wet een tuin of terras sterk aan.</i> <i>Naast inrichting speelt ook het dossier een belangrijke rol. Doordat een psychiatrische patiënt nood heeft aan een multidisciplinair team voor diagnose en behandeling, is het belangrijk om over een geïntegreerd dossier te beschikken, waarin alle zorgverleners kunnen schrijven.</i>	- Het dossier werd als ontoereikend beschouwd om de zorg te ondersteunen. De informatie over de patiënt bleek versnipperd te zijn over verschillende dossiers (per betrokken discipline) waarbij de ene zorgverlener geen zicht had op de notities van de ander. - Het gebruikte (elektronisch) dossier werd positief beoordeeld.	11 5
Medewerkers <i>Een afdeling moet voldoende personeel hebben om diagnostiek en behandeling te kunnen aanbieden.</i> <i>Vorming van het personeel op spoed, IZ, afdelingen en de PAAZ is een belangrijke topic wil men mensen vertrouwd laten worden met psychiatrische aandoeningen en symptomen.</i> <i>'s Nachts moet er op een psychiatrische afdeling een permanentie zijn van 2 personeelsleden. Dat is belangrijk omdat men bij hevige ontladingen met 2 moet zijn om de betrokken patiënt te overmeesteren, in bedwang te</i>	- Op beide kinderpsychiatrische diensten werd een relatief tekort gezien aan kinderpsychiaters. - Onderbestaffing qua psychologen. - Onderbestaffing qua therapeutisch personeel. - Onderkwalificatie op Sp-psychogeriatric (te weinig verpleegkundigen versus zorgkundigen). - Tekort aan vorming, hetzij op de PAAZ, hetzij van het personeel op de afdelingen en spoed. - Veel vorming of grote kansen om specifieke opleidingen te volgen. - Ontoereikende permanentie (1 persoon, geen tweede beschikbaar). - Mogelijkheid om een psychiater op te roepen (naar spoed) ontbrak, of in de plaats van een psychiater konden alleen 1ste- en 2de – jaars geneesheren-	2 1 1 1 10 3 2 4

houden en naar de afzonderingskamer te brengen. Daarnaast werd ook gekeken naar de permanentie van psychiaters en psychologen (beschikbaarheid voor spoed).	- specialisten in opleiding opgeroepen worden. - Tekort qua beschikbaarheid van psychologen. - Sterk punt op vlak van beschikbaarheid van psychologen (dagelijks patiëntencontact).	2 1
Therapie-aanbod <i>Op een PAAZ treft men een veelheid aan ziektebeelden aan. Sommige aandoeningen, zoals depressie en middelenmisbruik, zijn relatief frequent. Het is belangrijk dat men op een PAAZ een voldoende gedifferentieerd aanbod aan therapieën aanbiedt, om zo alle patiënten te bereiken.</i>	- Ruim therapieaanbod voor psychiatrische patiënten in het ziekenhuis (ongeacht de plaats waar patiënten werden opgenomen). - Gebrek aan therapieaanbod voor psychiatrische patiënten in het ziekenhuis (ongeacht de plaats waar ze werden opgenomen). - Ruim aanbod op de PAAZ, maar een gebrek aan aanbod op gewone afdelingen. - Uitgebreid therapieaanbod op psychiatrisch georiënteerde afdeling. - Onvoldoende therapieaanbod op psychiatrisch georiënteerde afdelingen.	6 7 4 1 7
Patiëntgeoriënteerde zorg <i>Om een patiënt bij zijn eigen genezingsproces te betrekken, is het belangrijk om de zorg zo patiëntgeoriënteerd mogelijk aan te bieden. Hieronder verstaat men het voorzien van informatie over de aandoening en de therapieën, psychoeducatie, het betrekken van familie bij de opname, de participatie van ouders op k-diensten, individualiseren van de behandeling en het opstellen van een individueel therapieplan.</i>	- Veel aandacht naar het betrekken van de patiënt bij zijn eigen therapie. - Informatie is onvoldoende of versnipperd.	9 2

Suïcidepreventiebeleid <i>Suïcide is een groot probleem in Vlaanderen. Daarom werden ziekenhuizen gestimuleerd om een suïcidepreventiebeleid uit te werken, liefst in samenwerking met externe partners. Hiertoe gebruiken vele ziekenhuizen het IPEO-instrument. De IPEO-vragenlijst I wordt gebruikt voor screening van suïcidepogers op spoed, IPEO-II wordt dan meer gebruikt tijdens een opname en voor de organisatie van de nazorg.</i>	- Het suïcidepreventiebeleid is niet ziekenhuisbreed uitgewerkt (bv. enkel op PAAZ, niet op spoed, wel op de ene maar niet op de andere campus), of is helemaal niet uitgewerkt. - Goed ontwikkelde initiatieven inzake suïcidepreventie (klinisch pad, met daarin alle nodige acties, instrument met verschillende niveaus om ernst suïciderecidief in te schatten).	10 4
---	--	--------------------

3.10.2 Conclusie

In heel wat Vlaamse ziekenhuizen is er een aanbod voor psychiatrische patiënten. We kunnen stellen dat op het vlak van de opvang van deze patiëntengroep er in Vlaanderen nog heel wat verbetermogelijkheden zijn. Aan de andere kant zijn er ook mooie voorbeelden voorhanden van hoe de zorg kan georganiseerd worden. Een multidisciplinaire equipe, die borg staat voor een multidisciplinaire aanpak, ondersteund door middel van een multidisciplinair elektronisch dossier, met een voldoende groot therapieaanbod en vertrekkend vanuit de principes van patiëntgeoriënteerde zorg, zijn elementen die kunnen leiden tot een kwalitatief hoogstaande zorg. Meting van de geleverde kwaliteit van zorg kan meer interne en onderlinge evaluatie mogelijk maken en zo een hefboom vormen voor continue verbetering.

4 Slot

Deze reflectie op de inspecties in 33 Vlaamse ziekenhuizen toont dat de verwachtingen op vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid nog niet helemaal zijn ingelost. In alle ziekenhuizen is men zich tegenwoordig wel bewust van het belang van kwalitatieve zorg en gestaag nemen initiatieven in die zin toe. Ook andere actoren voeden deze stroming, denken we maar aan projecten van de ziekenhuiskoepels, de aandacht voor accreditering en de beleidsvisie van de Vlaamse overheid. De inspecties kunnen beschouwd worden als een aanvullend hulpmiddel om verbeterpunten bloot te leggen en kaderen in die zin ook in de brede verbetercyclus die voor elk ziekenhuis aanwezig is.

De auditverslagen geven geen volledig beeld van de werking van de ziekenhuizen, onder andere omdat de inspectieonderwerpen geselecteerd werden op basis van een voorafgaande risicoanalyse door het auditteam. De auditoren focusten vooral op patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, waarbij ze actief op zoek gingen naar verbeterpunten en in de auditverslagen minder de normale goede werking binnen de voorzieningen beschreven. Door deze methodiek te hanteren, werd een onevenwichtig beeld geschetst van de ziekenhuizen, overhellend naar eerder negatieve aspecten. Bovendien, niet alle afdelingen werden steeds in elk ziekenhuis bezocht en binnen bepaalde diensten werden niet steeds alle aspecten bekeken of bevraagd, zodat er verschillen ontstonden tussen de onderlinge rapporten. Door het samenbrengen van de bevindingen van de audits in een groot aantal ziekenhuizen, kan men in deze Terugblik toch enkele globale conclusies terugvinden en worden bepaalde tendensen zichtbaar gemaakt.

Deze Terugblik hoort bij de afsluiting van de tweede auditcyclus die Zorginspectie aanbood aan alle Vlaamse ziekenhuizen in het kader van hun vijfjaarlijkse erkenning. Ondertussen is Zorginspectie van start gegaan met een nieuw toezichtmodel, aangepast aan de actuele noden en behoeften binnen de sector.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Kristel Gevaert
Administrateur-generaal
Zorginspectie Koning Albert II-laan 35, bus 31
1030 Brussel

Depotnummer

D/2012/3241/249