

Vlaamse overheid



Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Welzijn en Gezondheid
Koning Albert II-laan 35, bus 31,
1030 BRUSSEL
Tel. 02 553 33 79 – Fax 02 553 34 35
E-mail: inspectie@wvg.vlaanderen.be

Terugblik 2008

**Bevindingen van een jaar audits in Vlaamse
algemene ziekenhuizen**

Brussel, augustus 2009

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING	3
I OVERZICHT	4
1.1. ZIEKENHUIZEN.....	4
1.2. SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM	4
1.3. DUUR VAN DE AUDIT	5
1.4. NABESPREKING VAN HET AUDITVERSLAG.....	6
1.5. GEAUDITEERDE DIENSTEN EN FUNCTIES.....	7
1.6. AUDITMETHODIEK	8
1.7. RESULTATEN VAN DE AUDITS.....	8
1.8. KLANTENBEVRAGING	9
2 BESPREKING VAN GESELECTEERDE THEMA'S IN 2008	11
2.1 KWALITEITSBELEID	11
2.2 INZET VAN MENSEN.....	13
2.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	18
2.4 VEILIGE ZORG	19
2.5 MEDICATIEBELEID	20
2.6 STERILISATIE	24
2.7 FIXATIEBELEID	25
2.8 ZORG VOOR PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN.....	25
2.9 ZORG VOOR GERIATRISCHE PATIËNTEN.....	28
2.10 KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS	30
2.11 BORSTVOEDINGSBELEID.....	33
2.12 KLACHTENMANAGEMENT	34
2.13 BELEID ROND ETHISCHE VRAAGSTUKKEN.....	35
2.14 COMMUNICATIE MET PATIËNTEN	35
2.15 INFORMATISERING.....	36
3 SLOT	38

Inleiding

Met deze terugblik willen we een zicht geven op de bevindingen van de audits door het Team Algemene Ziekenhuizen van het Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin tijdens het jaar 2008.

Bij de start van de tweede auditcyclus, in 2007, werd het auditproces nog explicieter gericht op kwaliteit van zorg en op patiëntveiligheid. Speciale aandacht gaat hierbij naar een aantal specifieke thema's: risicomanagement, medicatiedistributie, sterilisatie, fixatie/isolatiebeleid en de opvang van kinderen.

In 2008, het tweede jaar van de tweede auditcyclus in de Vlaamse algemene ziekenhuizen, werden dertien ziekenhuizen bezocht door het auditteam van Inspectie WVG. De doorlichting resulteerde in dertien auditverslagen¹ met daarin een verzameling van vaststellingen, o.a. sterke punten en al dan niet wettelijk verplicht te verbeteren elementen.

In 2008 werden opnieuw vorderingen gemaakt in de richting van een gedifferentieerde auditmethodiek. Voor het merendeel van de diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's werden zelfevaluatie-instrumenten ontwikkeld, de zogenaamde "spiegels". Ziekenhuizen kunnen hiermee, tijdens het voortraject van hun audit, zelf op zoek gaan naar sterke en zwakke punten in hun organisatie van zorg. Op deze manier kan de audit door de zorginstelling meer gestructureerd voorbereid worden en worden de ziekenhuizen meer aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit. De antwoorden geven daarnaast aan de auditoren een beeld van de stand van zaken in de instellingen. Zo kan er vooraf een risico-inschatting gemaakt worden en kan er tijdens de audit gerichter en dieper ingegaan worden op bestaande of vermoede knelpunten of risico's. Op deze manier wil Inspectie WVG evolueren naar een meer gelaagd en gefaseerd toezicht in de sector van de algemene ziekenhuizen.

Om een beter zicht te krijgen op de ervaringen van onze gesprekspartners tijdens een audit, werd in 2008 geopteerd voor een gesystematiseerde klantenbevraging door een extern bureau. Op deze manier hopen we objectieve relevante gegevens te bekomen over de tevredenheid betreffende het auditproces. Deze opmerkingen zetten ons aan tot verbeteracties en de resultaten van deze acties zullen geëvalueerd kunnen worden in een volgende bevraging.

In 2008 werd getracht om de communicatie tijdens het auditproces te verbeteren. Er werd toelichting over het auditproces gegeven tijdens de eerste auditdag. Daarnaast werd er getracht om meer aandacht te hebben voor de specifieke situatie van elk ziekenhuis en deze dan ook zo precies mogelijk te beschrijven in het verslag. Er werd verder gekozen voor meer interactie met het publiek tijdens de presentatie van het verslag.

We ervaren dat onze audits meestal in een constructieve en aangename sfeer verlopen. In de ziekenhuiswereld bestaat al veel kennis en expertise op het vlak van kwaliteitsbeleid. De algemene ziekenhuizen willen werk maken van verbetertrajecten op het gebied van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.

We hopen als auditteam ons steentje bij te dragen in dit proces van voortdurende verbetering.

¹ In het auditverslag worden ook de resultaten weergegeven van de bevindingen van IVA Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid, namelijk **ziekenhuishygiëne**, **infectieziektepreventie** en **medisch milieukundige aspecten**. Deze onderwerpen worden niet besproken in dit jaarverslag. In voorliggende tekst worden enkel vaststellingen van het Inspectie WVG WVG teruggekoppeld.

I Overzicht

1.1. Ziekenhuizen

In 2008 werden dertien ziekenhuizen gevisiteerd, waaronder twee categorale² en elf algemene ziekenhuizen. Van deze elf algemene ziekenhuizen was er één universitair ziekenhuis. De grootte van de ziekenhuizen varieerde sterk. Het kleinste ziekenhuis beschikte over 63 bedden, terwijl het grootste ziekenhuis 822 bedden binnen haar muren had staan. Tien ziekenhuizen waren actief op één enkele campus, twee telden elk twee campussen terwijl één ziekenhuis activiteiten ontplooid op zes campussen.

Ziekenhuizen die in 2008 doorgelicht werden (chronologisch):

Naam ziekenhuis	Aantal ziekenhuisbedden
Mariaziekenhuis Noord-Limburg (Overpelt)	318
AZ Jan Portaels (Vilvoorde)	432
AZ St.-Lucas Brugge (Assebroek)	415
AZ Damiaan (Oostende)	523
OLV van Lourdesziekenhuis (Waregem)	268
St.-Franciscusziekenhuis (Heusden-Zolder)	229
Heilig Hartziekenhuis (Lier)	521
AZ Nikolaas (St.-Niklaas)	822
Provinciaal zorgcentrum Lemberge (Merelbeke)	63
Ziekenhuis Inkendaal K.I. (Vlezenbeek)	178
UZ Brussel (Jette)	709
AZ Diest (Diest)	211
St.-Dimpna (Geel)	295

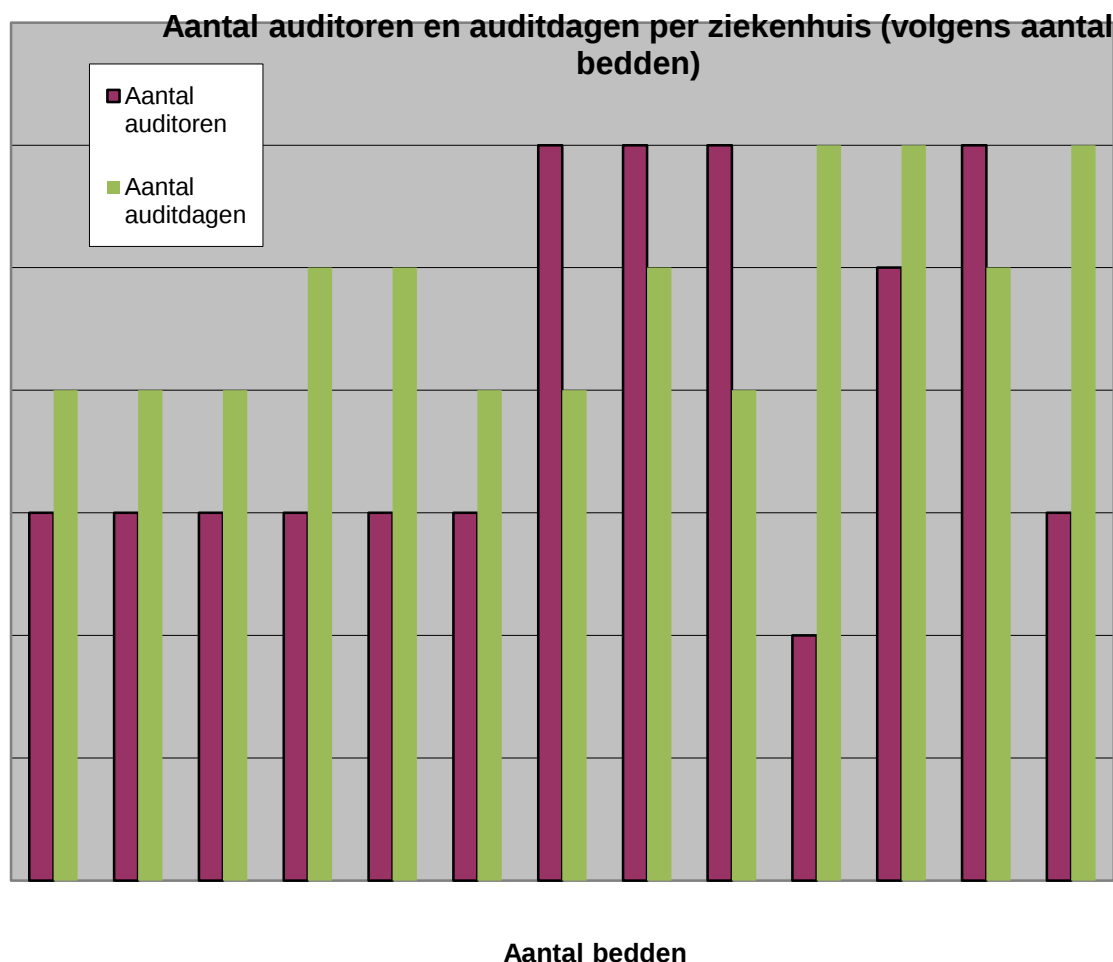
1.2. Samenstelling van het auditteam

Het auditteam voor de algemene ziekenhuizen bestaat uit zes personen (5,6 VTE) en is multidisciplinair samengesteld. De meerderheid van de auditoren hebben een diploma en ervaring binnen de gezondheidszorg (drie artsen, twee verpleegkundigen). Het team wordt ondersteund door een coördinerende teamverantwoordelijke en een administratieve kracht in Brussel.

In het najaar van 2008 introduceerde het inspectieteam de parallelle audits door gesplitste teams. Na een eerste experiment in mei werd dit vervolgens in september, oktober en december verder uitgetest. Afhankelijk van de complexiteit (vnl. al dan niet duidelijk afgebakende specialisatie, aantal bedden en aantal campussen) van de te inspecteren zorgvoorzieningen, werd zo, tijdens de vier genoemde maanden, telkens in twee ziekenhuizen simultaan geïnspecteerd door een deelteam.

² Een categoriaal ziekenhuis is een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, dat uitsluitend beschikt over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H), diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T) of diensten geriatrie (kenletter G).

Het aantal auditoren betrokken bij een audit varieerde van twee tot zes (figuur 1). In de categorale ziekenhuizen gingen drie auditoren ter plaatse. De andere ziekenhuizen werden doorgelicht door een team van twee tot zes auditoren.



Figuur 1:

Aantal auditdagen en auditoren in de ziekenhuizen tijdens de audits in 2008, gerangschikt volgens het aantal erkende bedden

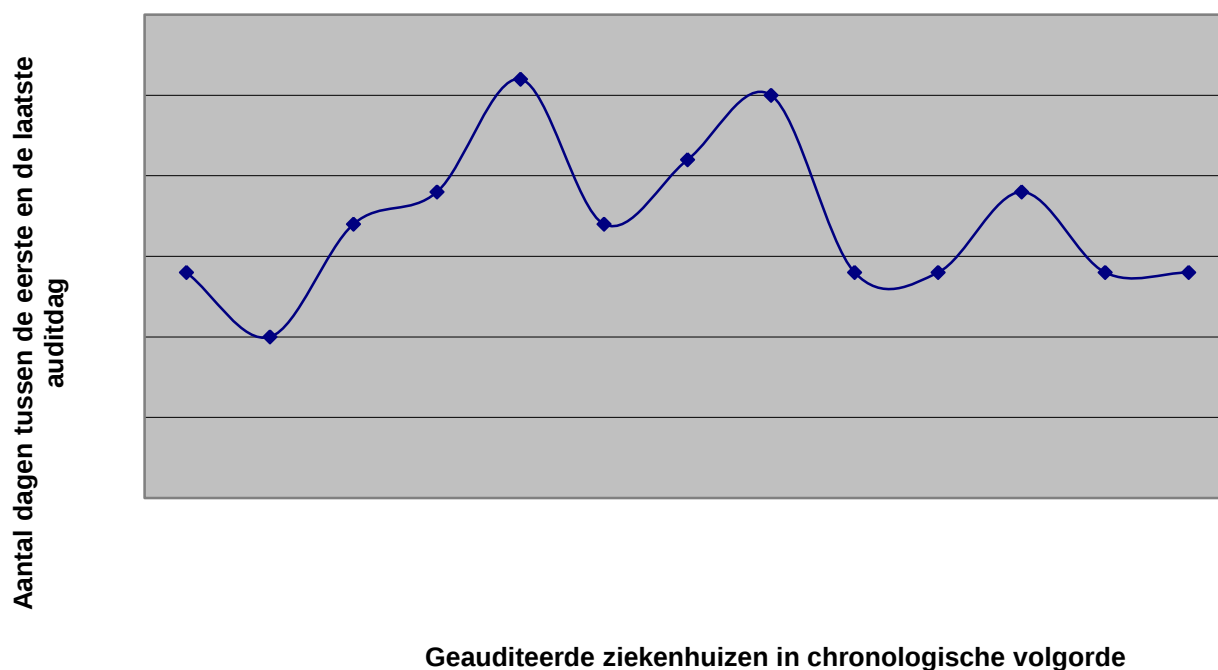
1.3. Duur van de audit

In 2008 waren de auditoren gemiddeld 4,8 dagen aanwezig in het ziekenhuis, wat overeenkomt met gemiddeld 19,2 uren interviewtijd. Tussentijdse werken de auditoren buiten de ziekenhuismuren verder aan de audit. Elke interviewdag vraagt immers een dag voorbereiding en een dag verslaggeving.

In een categoriaal ziekenhuis kwamen de auditoren 4 dagen ter plaatse. In de algemene ziekenhuizen bepaalde de grootte van het ziekenhuis (aantal bedden en aantal campussen) en het aantal beschikbare auditoren het aantal dagen dat ze besteedden aan de audit op het terrein. Zoals weergegeven in figuur 1 lag het aantal auditdagen in 2008 tussen de 4 en de 6 dagen.

De eerste dagen worden besteed aan interviews en rondgang op de afdelingen. Tijdens de voorlaatste auditdag stelt het team in het ziekenhuis het voorlopige verslag samen. Op de laatste auditdag wordt het voorlopig auditverslag gepresenteerd in het ziekenhuis.

Voor een ziekenhuis verliep er tussen de eerste en de laatste dag van de audit gemiddeld 17,2 dagen (zie Figuur 2). De kortste tijdsspanne voor een audit duurde 10 dagen, terwijl de langste auditperiode 26 dagen besloeg.



Figuur 2: Aantal dagen tussen de eerste en de laatste auditdag in 2008

1.4. Nabespreking van het auditverslag

Tijdens en dadelijk na de presentatie van het voorlopige auditverslag in het ziekenhuis kunnen de aanwezigen ter plaatse al mondeling reageren en discussiëren met de auditoren over de inhoud van dit verslag.

Vervolgens kan het ziekenhuis binnen de 25 kalenderdagen schriftelijk reageren op het auditverslag. In 2008 maakten de dertien ziekenhuizen allen een reactienota op het voorlopige verslag.

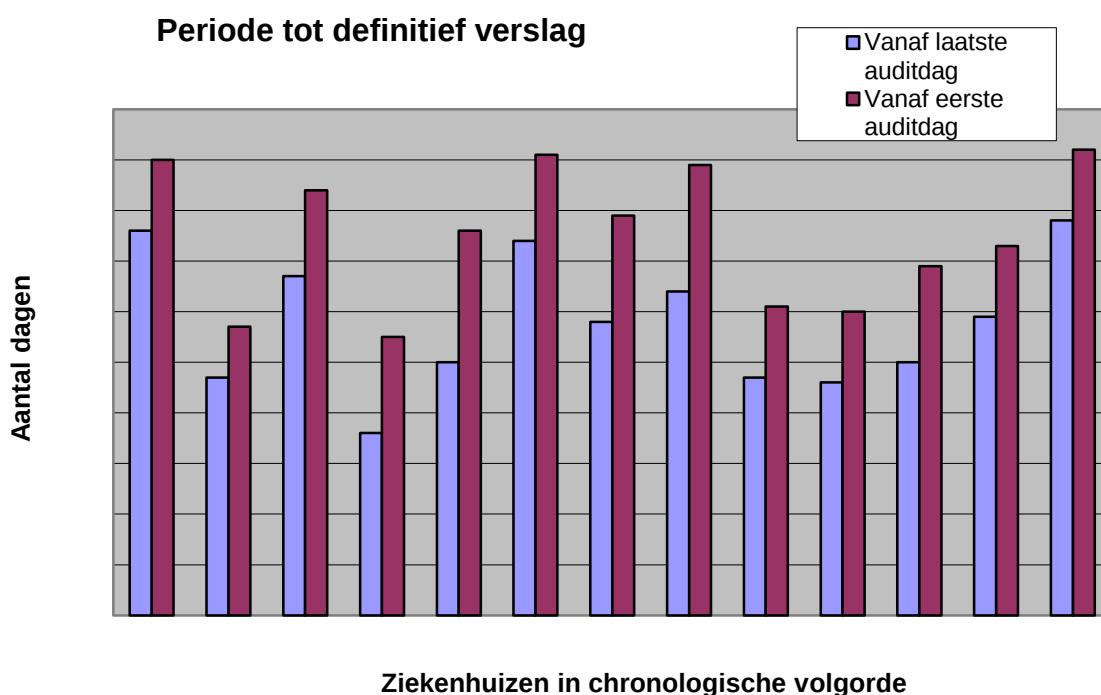
Daarna is er in de planning een optioneel overlegmoment (terugkomdag) voorzien om de argumenten van de reactienota mondeling te verduidelijken in Brussel. Vier van de dertien ziekenhuizen maakten gebruik van deze mogelijkheid tot verder overleg. Andere ziekenhuizen zagen af van deze mogelijkheid wegens het beperkte aantal opmerkingen, waarvoor telefonisch, per mail en/of schriftelijk een overeenkomst kon bereikt worden.

Tijdens de terugkomdag wordt de reactienota besproken en wordt er getracht om tot een consensus te komen over de inhoud van het auditverslag. Behalve de auditoren van Inspectie WVG zijn tijdens dit

overleg ook collega's (met inbegrip van de dossierbehandelaar) van het IVA Zorg en Gezondheid aanwezig, zodat ook de eventuele termijnen die gesteld werden aan sommige non-conformiteiten (NC) of tekortkomingen (TK) (cfr. definitie van NC en TK onder 1.7) op dit overleg aan bod kunnen komen.

Na dit overlegmoment wordt het voorlopige verslag aangepast tot een definitief verslag.

Uit Figuur 3 blijkt dat de kortste volledige audit (periode van de eerste auditdag tot het afwerken van het definitieve verslag) 55 dagen bedroeg. De langste audit nam 92 dagen in beslag. In 2008 duurde een volledige audit gemiddeld 75 dagen. Voor een deel zijn de verschillen te verklaren door de zomervakantie, voor een deel ook doordat de afsluitende overlegvergadering werd uitgesteld.



Figuur 3: Periode (in dagen) tussen eerste of de laatste auditdag en het definitieve verslag

1.5. Geauditeerde diensten en functies

Tijdens een audit worden een aantal erkende hospitalisatiediensten, functies en zorgprogramma's doorgelicht. In functie van tijd, relevantie en risico-inschatting worden, grotendeels op voorhand, de diensten geselecteerd die zullen worden bezocht.

Beleidsmatige aspecten komen in de audit van ieder ziekenhuis aan bod. Een evaluatie van het algemene beleid, het medische beleid, het verpleegkundige beleid en het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis maken steeds deel uit van een audit.

Ook de werkvloer krijgt in elk ziekenhuis ruim de aandacht. In die zin worden ook altijd een aantal verpleegafdelingen, de apotheek en het sterilisatieproces doorgelicht. In algemene ziekenhuizen worden verder altijd een aantal kritieke diensten zoals operatiekwartier, intensieve zorgen en spoedgevallen bezocht.

1.6. Auditmethodiek

In 2006 werd het referentiekader gepubliceerd op de website van IVA Zorg en Gezondheid. Dit referentiekader beschrijft de verschillende aandachtspunten die tijdens de audits worden bekeken door de auditoren. Niet enkel de wettelijke normen vormden hierbij het uitgangspunt. Deze werden aangevuld met elementen die belangrijk werden bevonden voor de kwaliteit van zorg. De inspiratie hiervoor werd gehaald uit wetenschappelijke literatuur, internationale richtlijnen of tijdens opleidingen door experts in het Vlaamse zorglandschap.

Bij de start van de tweede auditcyclus kregen een aantal belangrijke onderwerpen meer expliciete aandacht. Binnen kwaliteit van zorg als belangrijkste invalshoek van de audit, wordt er tijdens de tweede ronde ook systematisch en gericht aandacht besteed aan patiëntveiligheid en risicomanagement, aan medicatiedistributie, aan sterilisatie, aan het kindvriendelijk beleid (rechten van kinderen en hun ouders in een ziekenhuis) en aan het fixatie- en isolatiebeleid.

In 2007 werd een eerste stap genomen naar een gedifferentieerde auditmethodiek. In 2008 werd deze methodiek verder verfijnd en ontwikkelde het team verschillende zelfevaluatie-instrumenten, ook spiegels genoemd. Voor de meeste diensten en functies beschikte het team eind 2008 over een dergelijke spiegel. Deze instrumenten worden regelmatig geëvalueerd en aangepast. De spiegels zijn beschikbaar onder elektronische vorm en worden ruim vóór de eigenlijke audit per mail aan de ziekenhuizen bezorgd. Op deze manier wordt de informatie meer gestructureerd en gericht opgevraagd en vormt zo de belangrijkste component voor de risico-analyse en de voorbereiding van de auditgesprekken. Bovendien zijn op deze manier de gespreksonderwerpen vooraf gekend en kan het ziekenhuis zich efficiënter voorbereiden. Ziekenhuizen gaan hiermee zelf op zoek gaan naar sterke en zwakke punten in hun organisatie van zorg.

Door de risico-analyse kan tijdens de audit gefocust worden op de specifieke aandachtspunten van elk ziekenhuis. De differentiatie in de auditmethodiek maakt inzoomen op risico's binnen het zorgproces mogelijk.

1.7. Resultaten van de audits

De auditoren oefenen toezicht uit op de toepassing van de bepalingen uit de wet op de ziekenhuizen en haar uitvoeringsbesluiten, evenals op het Vlaams kwaliteitsdecreet voor de ziekenhuizen. Dit betekent dat alle aspecten uit deze wetgeving aan bod kunnen komen tijdens een audit. Het niet voldoen aan de wettelijke bepalingen leidt tot het formuleren van **non-conformiteiten** (NC). Verder kijken de auditoren ook naar andere aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg, maar waarvoor ze zich niet kunnen baseren op wettelijke erkenningsnormen. Deze worden in het auditverslag geformuleerd als **tekortkomingen** (TK).

Tenslotte worden door de auditoren ook aanbevelingen gedaan. Deze **aanbevelingen** (AB) zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering, maar worden door de auditoren meegegeven ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

In de auditverslagen is er niet alleen aandacht voor verbeterpunten, maar worden een aantal **sterke punten** (SP) van het ziekenhuis benadrukt. Sterke punten zijn aspecten in het ziekenhuis die uitblinken binnen de ziekenhuisorganisatie. Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een sterk punt aanzien.

Op het einde van de audit wordt een voorlopig auditverslag opgemaakt met daarin een opsomming van de verschillende non-conformiteiten, tekortkomingen, aanbevelingen en sterke punten die werden vastgesteld. In het auditverslag worden de vaststellingen onderverdeeld in beleidsaangelegenheden en bemerkingen per

afdeling, functie en zorgprogramma. Dit voorlopige auditverslag wordt op de laatste auditdag gepresenteerd en afgegeven in het ziekenhuis. Na de mogelijkheid tot reactie van het ziekenhuis en, indien gewenst, na een bijkomend overleg te Brussel met het auditteam van Inspectie WVG en de dossierbehandelaar van IVA Zorg en Gezondheid, wordt het voorlopige rapport aangepast tot een definitief auditverslag.

Voor de meeste non-conformiteiten en tekortkomingen dient het ziekenhuis deze verbeterpunten aan te pakken binnen de nieuwe erkenningsperiode van vijf jaar. Voor sommige punten in het auditverslag wordt een kortere termijn opgelegd waarbinnen de ziekenhuizen moeten voldoen aan deze opmerkingen. Deze termijnen en de opvolging ervan gebeurt door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Na de audits in 2008 verkregen alle dertien ziekenhuizen een verlenging van hun erkenning voor vijf jaar.

1.8. Klantenbevraging

Sinds enkele jaren worden de algemene ziekenhuizen na elke audit bevraagd: door een evaluatieformulier in te vullen kon het ziekenhuis haar bevindingen m.b.t. de audit kenbaar maken. Onder meer op basis van de resultaten van deze bevraging wordt het auditconcept continu geoptimaliseerd.

In 2008 sloot het team algemene ziekenhuizen zich aan bij het initiatief van het agentschap Inspectie om klantenbevragingen door een gespecialiseerd en onafhankelijk onderzoeksbureau te laten uitvoeren. Tijdens een startvergadering overlegde het team algemene ziekenhuizen rond een aantal essentiële thema's met het marktonderzoeksbureau Significant:

- ✓ doelstellingen van de klantenbevraging
 - op een gestructureerde en objectieve manier peilen naar de bevindingen van de ziekenhuizen m.b.t. een beperkt, maar relevant aantal thema's
 - actief de mening van de ziekenhuizen vragen
 - evaluatiemomenten en analyse van resultaten voorzien
 - resultaten van de bevraging aanwenden voor het optimaliseren van de inspectie- en auditmethodiek
- ✓ wijze van bevraging van de ziekenhuizen
 - via een online in te vullen vragenlijst
 - de verschillende gesprekspartners tijdens het inspectiebezoek of de audit via e-mail uitnodigen om de vragenlijst in te vullen
 - de uitnodiging tot deelname aan de bevraging versturen vanuit het onafhankelijk bureau zodat anonimiteit is gegarandeerd
- ✓ vragenlijst zelf
 - de bestaande vragenlijst m.b.t. audit uitbreiden én een aangepaste vragenlijst voorzien m.b.t. inspectiebezoeken (bv. opvolging van audit, klachtenonderzoek,...)
 - waaier van aspecten:
 - de voorbereiding (informatiekanalen, inspraak, tijdsinvestering,...)
 - het verloop van een bezoek (tijdsduur en tijdsbelasting, selectie van gesprekspartners en bezochte diensten, presentatie van het rapport,...)
 - het gedrag, de competentie en de vak kennis van de inspecteur(s)
 - de verslaggeving (duidelijkheid, correctheid, relevantie,...)
 - de eventuele reactienota van het ziekenhuis en nabespreking met het auditteam
 - de kwaliteit van de ondersteunende dienst in Brussel
 - in welke mate de inspectie of audit ertoe bijgedragen heeft de kwaliteit van de eigen werking te verbeteren

- de resultaten van de inspectie of audit (bekendmaking van verslag, correctieve of preventieve acties,...)
- sterke punten van het auditteam versus stoorfactoren in de samenwerking.

Alle personeelsleden van ziekenhuizen die in 2008 via audit of inspectie in contact kwamen met het team algemene ziekenhuizen, ontvingen een e-mail (met nadien eventueel nog een herinneringsmail) waarin ze werden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen (tijdsbesteding ongeveer 15 minuten). Negentien ziekenhuizen werden uitgenodigd voor de bevraging, waarvan er dertien meewerkten (responsgraad op ziekenhuisniveau van 68%). Gemiddeld twintig personen per ziekenhuis kregen een uitnodiging om een lijst in te vullen. Gemiddeld negen personen vulden de lijst in.

De totale responsgraad doorheen 2008 bedroeg 30%, een stuk lager dan de respons die de andere inspectieteams van het agentschap behaalden. Significant stelt dat deze lagere respons vooreerst te wijten is aan het feit dat er binnen de ziekenhuissector meer contactpersonen per instelling worden bevroegd, die slechts een deel van de audit meemaken. Bovendien neemt een audittraject veel meer tijd in beslag, waardoor de bevraging pas enkele maanden na de audit kon plaatsvinden. Volgens het onderzoeksbureau is deze responsgraad goed te noemen.

Vermits het team algemene ziekenhuizen al jarenlang bezig is met het geleidelijk maar continu verbeteren van de kwaliteit van het auditconcept, werd niet gewacht op de resultaten van de klantenbevraging om ook doorheen 2008 een aantal verbeterinitiatieven te implementeren:

- ✓ het duidelijk en vooraf informeren van de ziekenhuizen m.b.t. de praktische aspecten van de audit (worden opgelijst in de zogenaamde “logistieke fiche”)
- ✓ het verbeteren van de informatie naar de ziekenhuizen toe rond het audittraject
 - PowerPoint-presentatie tijdens de eerste auditdag met meer verduidelijking m.b.t. het verloop van het audittraject
 - bij de start van het presentatiemoment (laatste auditdag) extra toelichting rond het natraject van de audit
- ✓ het verhogen van de kwaliteit van het auditverslag
 - meer algemene vaststellingen opnemen zodat de context beter belicht wordt
 - beter filteren van de opmerkingen in functie van hun relevantie
- ✓ het optimaliseren van het presentatiemoment
 - expliciete openheid vanuit het team voor de aanwezigheid van alle gesprekspartners van de audit
 - meer mogelijkheid bieden tot interactie
 - ook de sterke punten van het ziekenhuis aan bod laten komen.

De eerste jaarlijkse resultaten van de externe klantenbevraging waren beschikbaar eind 2008.

Communicatie blijkt een belangrijk verbeterpunt te zijn: informatie over het doel en het verloop van de audit kunnen beter. Deze eerste terugkoppeling gaf aan dat de verbeteracties die al door het team werden opgezet, in de goede richting gingen. De bespreking van de resultaten gaf aanleiding tot het ondernemen van verdere concrete acties, maar deze vormen niet het onderwerp van een terugblik 2008.

2 Bespreking van geselecteerde thema's in 2008

Om het geheel overzichtelijk en beknopt weer te geven in dit jaarverslag, werden de belangrijkste opmerkingen gebundeld onder grote thema's.

2.1 Kwaliteitsbeleid

Met het kwaliteitsdecreet wil de overheid de voorzieningen responsabiliseren om de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis voortdurend te bewaken en te optimaliseren. De auditoren verifiëren hoe het ziekenhuis invulling geeft aan deze wettelijke verplichting.

Met de invoering van het kwaliteitsdecreet kwam er vanuit de overheid specifiek aandacht voor de manier waarop de Vlaamse ziekenhuizen de kwaliteit van de zorg trachten te garanderen en te verbeteren. Door het auditteam wordt hierover een apart evaluatierapport geschreven dat door de ziekenhuizen bekend moet gemaakt worden aan alle medewerkers, patiënten en verwijzers.

Tien ziekenhuizen hadden geen procedure voor de verspreiding van dit evaluatierapport. Slechts drie ziekenhuizen hadden een (wettelijk verplichte) procedure opgemaakt (bij twee hiervan werden wel nog opmerkingen geformuleerd over de ingebouwde drempels in de procedure).

Missie, visie en handboek

De meeste instellingen geven hun kwaliteitsbeleid vorm door een missie en een visie uit te werken, door doelstellingen voor op te stellen en een strategie uit te werken. Deze onderwerpen maken deel uit van hun kwaliteitshandboek en worden in nagenoeg alle instellingen formeel uitgedrukt en bekrachtigd door het management van de voorziening. Het kwaliteitsbeleid wordt zo door de hoogste leiding geautoriseerd.

Er werden vijf opmerkingen gemaakt over een onvolledig handboek (bv. : niet beschikken over een volledig handboek of een handboek dat enkel bestaat uit losse documenten, bepaalde gedeelten werden onvoldoende uitgewerkt of ontbraken in het handboek, ...). Eén opmerking werd geformuleerd over onvoldoende betrokkenheid door de hoogste leiding.

In heel wat instellingen was het handboek gemakkelijk consulteerbaar voor alle medewerkers. Als communicatiemiddel op zich wordt het minder aangewend. Hiervoor worden in de meeste ziekenhuizen tijdschriften, posters, kwaliteitsnieuwsbrieven en andere communicatie-initiatieven uitgewerkt. In vijf ziekenhuizen werd een opmerking gemaakt over het up to date houden van het kwaliteitshandboek. Kwaliteitshandboeken dienen levende documenten te zijn die op gepaste tijde geconsulteerd en aangepast worden.

Nagenoeg alle instellingen blijven opteren voor de aanstelling van een kwaliteitscoördinator. Deze persoon wordt belast met de coördinatie van het kwaliteitsbeleid. Duidelijkheid over dit takenpakket en de beschikbare tijd om rond kwaliteit te werken wordt in een aantal ziekenhuizen onvoldoende uitgewerkt. In een aantal instellingen wordt de job van kwaliteitscoördinator gecombineerd met andere taakinvullingen (o.a. ombudspersoon, middenkader, stafid, zorgcoördinator geriatrie,...). Hoewel een combinatie van functies vele voordelen heeft, werd het bewaken van een volwaardige invulling van kwaliteitscoördinator in een aantal ziekenhuizen, als opmerking neergeschreven.

De vertaling, de implementatie en de uitvoering van het kwaliteitsbeleid, moet uitgevoerd worden op alle niveaus van de voorziening. Alle medewerkers dienen betrokken te worden bij het vorm geven van dit kwaliteitsbeleid: zowel het verzorgend personeel, de artsen als de andere medewerkers van het ziekenhuis.

Er wordt veel belang gehecht aan het feit of het ziekenhuis erin slaagt om het kwaliteitsbeleid te integreren binnen de organisatie. Vijf instellingen slaagden daar nog onvoldoende in maar enkele instellingen doen dit

zeer goed. Zo werd in één ziekenhuis bv. gewerkt met incentives om de betrokkenheid van de artsen te verhogen.

Waar de integratie in de organisatie onvoldoende tot stand kwam, was kwaliteit een aangelegenheid van een beperkt aantal mensen. In dergelijke instellingen werd ook vaker gezien dat artsen onvoldoende betrokken waren bij het kwaliteitsbeleid (in totaal vijf opmerkingen over nagenoeg geen betrokkenheid van de artsen).

Om vooropgestelde kwaliteitsdoelstellingen te bereiken worden in het ziekenhuis structuren (vb. werkgroepen of comités) opgericht en worden bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteitszorg toegewezen. In de meeste ziekenhuizen werd een overkoepelende kwaliteitstuurgroep opgericht die richting en structuur geeft aan het kwaliteitsbeleid en de basis vormt en ondersteuning biedt voor het ontwikkelen van nieuwe kwaliteitsinitiatieven.

Procedures

Binnen het kwaliteitsbeleid wordt ook nagekeken hoe de instelling omgaat met procedures. In zeven instellingen vertoonden de procedures onvoldoende uniformiteit of was er geen sluitend beheersysteem. Procedures verschilden er per discipline (soms zelfs binnen eenzelfde discipline); er werd weinig gebruik gemaakt van staande orders en er was geen efficiënt systeem rond de versiedatum van de documenten.

In heel wat instellingen is het niet duidelijk op welke wijze de kwaliteitsprojecten en procedures opgevolgd worden in hun praktijkuitvoering. Deze instellingen dienen meer aandacht te besteden aan de kennis over en de correcte toepassing van de verschillende procedures bij haar medewerkers. Drie keer werd hierover een opmerking geformuleerd en aanbevolen om de kennis en het correcte gebruik van deze procedures op regelmatige tijdstippen te evalueren.

Zelfevaluatie

Zoals eerder vermeld moeten de ziekenhuizen vanaf 1 januari 2005 door middel van een zelfevaluatie aantonen hoe processen, structuren en resultaten in het ziekenhuis bewaakt, beheerst en voortdurend verbeterd worden. Op basis van een zelfevaluatie dienen zij binnen vier domeinen (klinische performantie, operationele performantie, medewerkertevredenheid en gebruikerstevredenheid) op verantwoorde wijze verbeterpunten te selecteren en hiervoor één of meerdere acties op touw te zetten. Binnen de termijn van vijf jaar moeten zij kunnen aantonen dat een verbetering gerealiseerd werd. Binnen het domein klinische performantie dient de keuze gemaakt te worden op basis van een sterkte-zwakke analyse.

In zeven ziekenhuizen ontbrak de sterkte-zwakke analyse van de klinische performantie. Eén ziekenhuis had een zeer uitgebreide en omvattende klinische sterkte-zwakke analyse opgemaakt. De rest van de ziekenhuizen diende, ondanks de degelijke analyses, nog ruimer te gaan in hun gegevensverzameling. Hier werd vastgesteld dat de sterkte-zwakke analyse over een te beperkt gedeelte van de klinische zorg handelde of dat iedere medische discipline een eigen sterkte-zwakke analyse had uitgevoerd zonder enige integratie van de gegevens.

Sommige ziekenhuizen staan sterk op het vlak van gegevensverzameling. Er wordt een massa aan registratiegegevens verzameld en men meet verschillende indicatoren waardoor het ziekenhuis een objectief zicht krijgt op zijn performantie. Een aantal ziekenhuizen verwerkt al een aantal van deze indicatoren in hun jaarverslagen: deze worden opgevolgd en teruggekoppeld naar de betreffende afdelingen.

Bij de keuze van verbeterpunten werd er door het auditteam ook gekeken naar de link met het kwaliteitsbeleid dat gevoerd werd in het verleden (in kader van het vorig kwaliteitsdecreet). Vier keer ontbrak de evaluatie van dit beleid in het kwaliteitshandboek. Eveneens vier keer was het verband te summier weergegeven of werden vastgestelde knelpunten niet verder opgevolgd. Dit bemoeilijkt de beoordeling van de gemaakte keuzes (bv. de keuze voor het al dan niet verder zetten van een thema).

Het grootste probleem (dertien tekortkomingen) situeert zich echter, eens de verbeterpunten geselecteerd zijn, bij de vertaling van elementen uit de zelfevaluatie naar verbeterdoelstellingen. Die doelstellingen worden in zeer veel gevallen veel te vaag omschreven (bv. "we willen een hogere

tevredenheid bij de patiënt, we willen een zorgpad implementeren, we willen betere scores, ...”). Telkens hebben we instellingen gewezen op het belang van het “SMART” formuleren van dergelijke doelstellingen (SMART = specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, relevant, tijdsgebonden). Zonder het formuleren van doelstellingen naar meetbare cijfers, het bepalen van een relevant en aanvaardbaar streefdoel dat moet behaald worden en het uitwerken van een tijdsgebonden plan met verbeteracties is het immers zeer moeilijk om na vijf jaar verbetering aan te tonen.

Ook liep het verschillende keren fout bij de keuze van doelstellingen: soms hielden die geen verbetering in, maar een borging van kwaliteit, soms hadden de doelstellingen enkel betrekking op één of meerdere stappen in het actieplan, maar niet op het einddoel of knelpunt. Ook metingen op zich worden niet beschouwd als verbeterdoelstellingen, maar zijn een middel om het verbetertraject zichtbaar te maken.

Spijtig genoeg bleken een aantal ziekenhuizen binnen bepaalde domeinen nog niets ondernomen te hebben: driemaal was dit het geval voor het domein “evaluatie door de medewerker”, één keer voor het domein “evaluatie door de gebruiker” en eveneens één keer voor het domein “operationele performantie”. Aangezien er maar één jaar meer rest om verbeteringen aan te tonen, dienen deze instellingen hier prioriteit aan te geven. (drie keer was de zelfevaluatie te beperkt voor het domein van de medewerkers en driemaal voor het domein van de gebruikers).

Conclusie

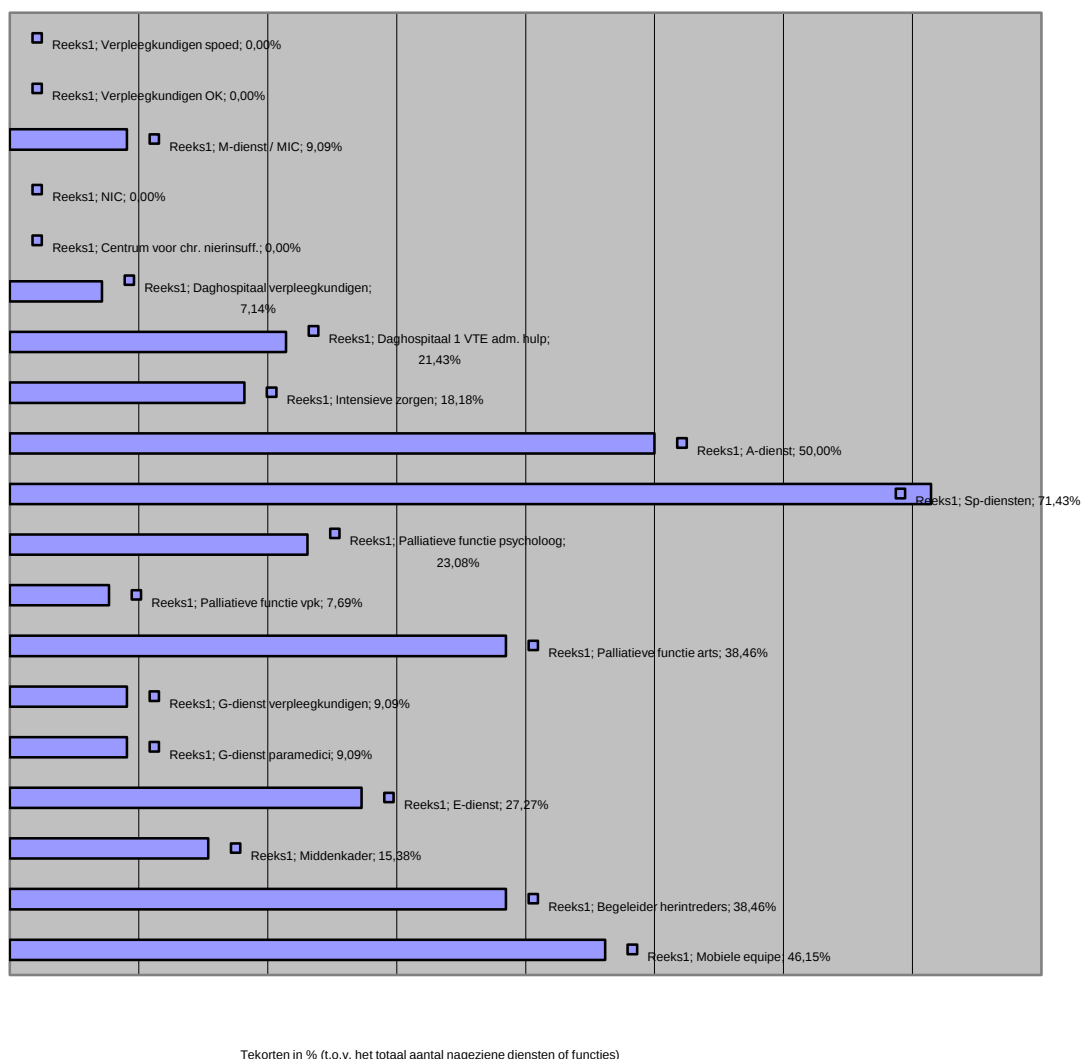
In de meeste ziekenhuizen wordt heel wat aandacht besteed aan kwaliteitsvolle zorgverlening. Vele verschillende kwaliteitsprojecten en innoverende projecten worden uitgewerkt op verschillende niveaus, tussen verschillende disciplines en met verschillende medewerkers binnen het ziekenhuis.

Algemeen konden we vaststellen dat de meeste ziekenhuizen het nieuwe kwaliteitsdecreet positief onthaalden en als een leidraad gebruikten om de kwaliteitsvisie verder te ontwikkelen en te implementeren binnen het algemene beleid van hun instelling.

2.2 Inzet van mensen

Het verstrekken van een kwaliteitsvolle zorg vraagt de inzet van voldoende personeel. In de eerste plaats wordt gecontroleerd of het ziekenhuis voldoet aan de (erkenning-)normen betreffende personeel. Tevens werd geverifieerd of de mensen de vereiste kwalificaties en vorming bezaten voor de functie die ze bekleedden. Daarnaast wordt nagegaan of de inzet van de medewerkers ook in verhouding stond tot de activiteiten in het ziekenhuis, er wordt m.a.w. nagekeken of de werklast voor het personeel niet te hoog ligt.

In Figuur 4 wordt weergegeven hoeveel personeelstekorten er op basis van de wettelijke normen werden vastgesteld in de bezochte ziekenhuizen. Het niet voldoen aan de vereiste permanenties werd ook bij de personeelstekorten gerekend (zie Figuur 5).

**Figuur 4:**

% diensten en functies met een personeelstekort, met aantal diensten met een personeelstekort tov totaal aantal bezochte diensten.

Van de elf bezochte kinderafdelingen, was er in vier ziekenhuizen op de kinderafdeling een tekort aan psychosociale begeleiding en in twee een tekort aan spelbegeleiding. Verder werd er op één bezochte kinderafdeling een probleem vastgesteld voor de 24-uurspermanentie door een pediatriesch verpleegkundige binnen het zorgprogramma voor kinderen. In één ziekenhuis was er ook een tekort aan pediaters.

Zes op de elf ziekenhuizen waren niet in orde qua permanenties op de materniteit, het verloskwartier en de neonatale eenheid. Daar werden, voor verloskwartier, kraamafdeling en N* samen, meestal slechts twee vroedvrouwen of pediatrische verpleegkundigen ingezet i.p.v. de vereiste drie. Hoewel er maar eenmaal een normatief personeelstekort werd vastgesteld, werd er op basis van werklust en de combinatie van vele taken tweemaal een tekortkoming geformuleerd over een relatief personeelstekort.

In zeven op de elf bezochte neonatale afdelingen (N*) werd opgemerkt dat niet alle personeel over voldoende expertise beschikte (6 VTE pediatrische verpleegkundigen of vroedvrouwen met bijzondere ervaring in de neonatologie).

Op de twee van de elf bezochte functies intensieve zorgen werd een tekort aan verpleegkundig personeel vastgesteld. Vijf opmerkingen werden geformuleerd over de verpleegkundige permanentie. De minimumbestaffing was ofwel onvoldoende (3), ofwel diende één van de verpleegkundigen op een andere dienst te gaan helpen (2), waardoor er tijdelijk een onderbestaffing was. Er waren zeven opmerkingen over een tekort aan specifieke opleiding, meestal in verband met het behalen of behouden van de Bijzondere beroepstitel. In vier ziekenhuizen werd een probleem met de medische permanentie opgemerkt voor de functie Intensieve Zorgen. De permanentieartsen cumuleerden in die gevallen deze taak met andere georganiseerde activiteiten in het ziekenhuis.

Op de functie gespecialiseerde spoedgevallen (twaalf bezochte afdelingen) waren er heel wat opmerkingen over de permanentie van artsen. In één ziekenhuis werd de medische permanentie als sterk punt geformuleerd; in drie ziekenhuizen gaf de permanentie aanleiding tot een non-conformiteit. Het knelpunt was meestal dat bij een MUG-oproep de medische permanentie niet gegarandeerd was. Eénmaal werd vastgesteld dat een GSO (geneesheer specialist in opleiding) met minder dan twee jaar ervaring werd ingezet in de medische permanentie.

In één ziekenhuis werd een tekortkoming genoteerd over de beschikbaarheid van een aantal specialismen waarop de urgentiearts beroep moet kunnen doen.

De normatieve verpleegkundige bestaffing was op alle spoedafdelingen in orde, maar tweemaal werd een relatief personeelstekort vastgesteld door de veelheid van taken die de verpleegkundigen moesten uitvoeren.

In één ziekenhuis werd vastgesteld dat een spoedverpleegkundige 's nachts systematisch werd ingezet op andere diensten, waardoor niet voldaan werd aan de minimumpermanentie.

Op de meeste spoedafdelingen wordt zeer veel aandacht besteed aan vorming. Daarbij gaat het zowel over het geven van opleidingen, intern en extern, als over het volgen van specifieke bijscholing, o.a. in functie van het behalen of behoud van de bijzondere beroepstitel. Liefst negen keer werd voor vorming een sterk punt vermeld in de auditverslagen van 2008. In drie ziekenhuizen scoorde de spoedafdeling een tekortkoming omwille van onvoldoende uren vorming of omwille van de afwezigheid van een degelijk inscholingsprogramma.

In de veertien bezochte (chirurgische) daghospitalen werd slechts éénmaal een tekort aan verpleegkundigen vastgesteld. In drie ziekenhuizen was er geen administratieve ondersteuning voorzien tijdens de openingsuren van het daghospitaal.

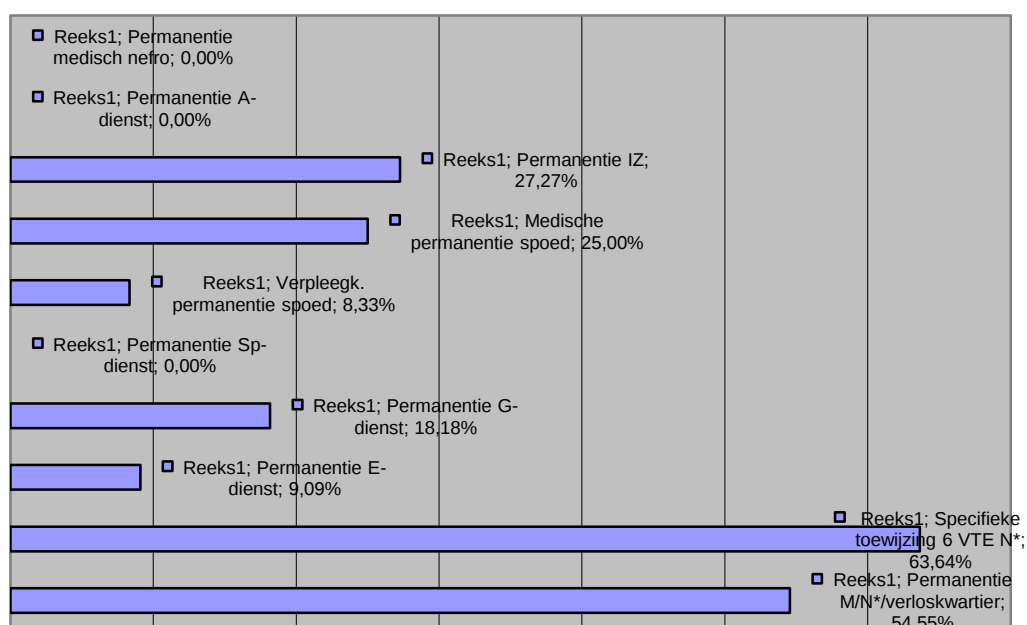
In geen enkel operatiekwartier werden normatieve verpleegkundige personeelstekorten vastgesteld.

In één ziekenhuis werd de grote expertise van het personeel van de afdelingen voor volwassen psychiatrische patiënten (PAAZ) als een sterk punt geformuleerd. In vier van de zeven bezochte afdelingen werd een personeelstekort vastgesteld.

De personeelstekorten op de elf bezochte geriatrische afdelingen (G) waren drie keer toe te schrijven aan een tekort aan paramedisch personeel en vier keer was er een tekort aan verpleegkundigen. Op twee geriatrische afdelingen werd bovendien vastgesteld dat er een probleem was met de 24-uurspermanentie van verpleegkundigen. Daarnaast is er een knelpunt in verband met de onderkwalificatie van personeel (zorgkundigen t.o.v. verpleegkundigen) en/of het ontbreken van de nodige opleiding en/of ervaring in het verzorgen van geriatrische patiënten. Bovendien werd vastgesteld dat soms niet-gekwalificeerd personeel (vrijwilligers, logistieke medewerkers) wordt ingezet in de zorg.

Op tien van de veertien bezochte revalidatieafdelingen (Sp) werd een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden vastgesteld. Opvallend voor deze dienst was een onderkwalificatie van het verpleegkundig personeel. Er waren te veel gebrevetteerde verpleegkundigen in verhouding met het aantal gegradueerde verpleegkundigen.

De tekorten binnen de functie palliatieve zorgen (dertien bezochte functies) waren zeer divers. Er werden vooral tekorten vastgesteld met betrekking tot de medische bestaffing (5) en de psycholoog (3), minder voor de verpleegkundigen (1).



Problemen met permanenties en specifieke toewijzing (in % t.o.v. het totaal aantal bezochte diensten en functies)

Figuur 5: Aantal tekorten m.b.t. permanenties

Zes op dertien ziekenhuizen hadden te weinig personeel in hun mobiele equipe. Deze equipe kan worden ingezet op diensten en functies die tijdelijk een verhoogde werkdruk hebben of ter vervanging van verpleegkundigen en verzorgenden bij ziekte of vorming.

De ziekenhuizen dienen mensen die hun loopbaan beginnen of mensen die na jaren onderbreking hun loopbaan opnieuw willen opnemen te begeleiden. Ondanks de financiering werd de functie van begeleiding van (her)intreders in zes van de dertien ziekenhuizen onvoldoende of niet ingevuld.

In twee ziekenhuizen was het verpleegkundige middenkader onderbestaft. Eén ziekenhuis voorzag niet in het aanstellen van een verpleegkundige supervisor tijdens de nacht en in het weekend.

Er werden twee opmerkingen gemaakt over privé-personeel dat door artsen wordt tewerkgesteld in een ziekenhuis (op de poliklinische diensten en in het operatiekwartier). In deze situaties had de

verpleegkundige directie, noch de hoofdverpleegkundige, toezicht op dit personeel (kwalificaties, uitvoering van verpleegkundige handelingen en permanente bijscholing).

In vijf ziekenhuizen evolueert de functie van hoofdverpleegkundige naar een managementopdracht. In dit kader werd er in voorzien in managementopleidingen en/of volgden hoofdverpleegkundigen de opleiding clinical leadership. Ze werden ondersteund in hun functie door de terugkoppeling van centraal geregistreerde gegevens zodat ze de werking van hun eigen dienst konden evalueren en bijsturen waar nodig (3). Tweemaal was het een aanbeveling om deze terugkoppeling gebruiksvriendelijker, systematischer en meer gestructureerd te laten verlopen.

De meeste ziekenhuizen streven in het kader van patiëntveiligheid naar een doorgedreven patiëntentoewijzing als verpleegmodel. Hierbij draagt de verpleegkundige de volledige verantwoordelijkheid over de zorg van de toegewezen patiënt. Wegens krappe personeelsbezettingen slagen ziekenhuizen er niet volledig in om dit toe te passen. Men werkt dan eerder volgens het principe van zoneverpleging/teamverpleging waarbij verpleegkundigen in kleine teams de verantwoordelijkheid over een aantal patiënten dragen, maar de hoofdverpleegkundige de arts op zijn zaalronde vergezelt. In zes ziekenhuizen werkt men deels nog met het principe van taakverpleging voor specifieke opdrachten zoals medicatietoediening en parameters.

In vijf ziekenhuizen werden studenten verpleging in opleiding tijdens de vakantieperiodes en de weekends ingezet waarbij ze verpleegkundige taken toegewezen krijgen (NC).

Bij de inzet van personeel kijken de auditoren niet enkel naar de wijze waarop het ziekenhuis medewerkers inzet en organiseert, maar ook naar de bekommernis voor deze medewerkers. In zeven ziekenhuizen werd ervoor geopteerd om een algemene (arbeid)tevredenheidmeting of een tevredenheidmeting met betrekking tot een bepaald onderwerp te organiseren bij de medewerkers. Andere kozen ervoor om bepaalde parameters, zoals absentieïsme, stressbeleving, personeelsverloop, enz. op te volgen, om zo een vinger aan de pols te houden betreffende medewerkertevredenheid. In twee ziekenhuizen waren nog geen acties ondernomen omtrent medewerkertevredenheid.

Peoplemanagement werd in vijf ziekenhuizen weerhouden als sterk punt waarbij er veel aandacht ging naar balans werk/privé, recrutering, taakuitzuivering, inscholingsbeleid, incentives.

Zes van de dertien ziekenhuizen gebruikte een transparant meetinstrument om de optimale inzet van personeel te garanderen waarbij zowel de werklast van het personeel als de actuele zorggraad van de patiënt objectief in kaart werd gebracht (SP).

Functioneringsgesprekken worden gezien als middel om mensen te ondersteunen, behoefte aan vorming te detecteren en actief aan loopbaanplanning te doen. In vijf ziekenhuizen slaagt men er niet in om systematisch functioneringsgesprekken te houden met alle werknemers.

In de auditverslagen wordt veel aandacht besteed aan vorming voor de medewerkers.

In vijf ziekenhuizen was het vormingsbeleid goed georganiseerd en gestructureerd. Dit kwam tot uiting in een behoeftegestuurd en ruim aanbod van vorming, een aangepast budget, duidelijke richtlijnen met betrekking tot goedkeuring en vergoeding van vormingsmomenten, een goed inscholingsprogramma ed. Drie maal werd aanbevolen om naast het algemene inscholingsprogramma ook te voorzien in een afdelingsspecifiek inscholingsdocument. Hierin kunnen de specifieke aangelegenheden en eigenschappen van de afdeling/dienst worden verwoord.

In drie ziekenhuizen werd gesteld dat er onvoldoende aandacht was voor permanente vorming. Dit ging van onvoldoende mogelijkheden, faciliteiten tot onvoldoende opvolging rond gevolgde vorming.

Opvallend was het ontbreken van een specifieke opleiding en permanente vorming voor het personeel dat instaat voor de bereiding van melk voor zuigelingen (drie van de vier bezochte melkkeukens).

Ook in 2008 besteedden de auditoren opnieuw aandacht aan de vorming op het gebied van stralingsprotectie. Vanaf september 2005 is het wettelijk verplicht om alle personeelsleden die in contact komen met röntgenstralen een vorming betreffende stralingsprotectie te laten volgen. In vijf ziekenhuizen hadden alle personeelsleden op het operatiekwartier deze vorming gevolgd of was het gepland om dit te bereiken, in vijf ziekenhuizen werd aanbevolen om alle personeelsleden de opleiding te laten volgen. In geen enkel ziekenhuis had niemand een opleiding gevolgd.

De vormingsmogelijkheden op het gebied van sterilisatie zijn eveneens een aandachtspunt tijdens de audit. In vier ziekenhuizen had slechts een beperkt aantal personeelsleden van de dienst sterilisatie een specifieke opleiding sterilisatie genoten en in twee ziekenhuizen had niemand een specifieke opleiding genoten, wat als een tekortkoming werd geformuleerd. Vier keer had (bijna) iedereen de opleiding gevolgd (SP).

In het kader van vorming moedigt het auditteam het werken met referentieverpleegkundigen³ aan. Zij kunnen op de afdelingen - als aanspreekpersoon binnen het team - de nodige richtlijnen en adviezen geven binnen hun expertisedomein. Daarnaast zijn er vier ziekenhuizen die evolueren naar het werken met expertverpleegkundigen, die (deels) vrijgesteld worden om in multidisciplinaire werkgroepen mee een ziekenhuisbreed beleid te ontwikkelen en protocollen opstellen. Soms (2) krijgen referentieverpleegkundigen hiervoor een loontoeslag.

2.3 Samenwerking tussen zorgverleners

In een ziekenhuis dienen heel wat mensen samen te werken. Niet alleen binnen de eigen beroepsgroep moet er (intradisciplinair) samengewerkt worden, maar ook buiten de grenzen van het eigen specialisme is (interdisciplinaire/pluridisciplinaire/multidisciplinaire) samenwerking een vereiste. Verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden, artsen, paramedici, managers, kortom alle betrokken actoren staan immers samen in voor het welzijn van de patiënt. Het auditteam kijkt na op welke manier deze samenwerking in het ziekenhuis georganiseerd wordt en hoe de communicatie tussen de zorgverleners verloopt.

In zes ziekenhuizen werd een tekort geformuleerd over de interprofessionele en multidisciplinaire werking op ziekenhuisniveau. In enkele gevallen was het medische departement anders gestructureerd dan het verpleegkundige, wat het overleg bemoeilijkte.

Er werd in tien van de elf algemene ziekenhuizen gesteld dat de medische activiteit onvoldoende gestructureerd was en te weinig geïntegreerd in de totale ziekenhuisactiviteit.

Onvoldoende formeel en systematisch overleg tussen hoofdgeneesheer en medische diensthoofden werd driemaal als non-conformiteit gequoteerd.

Niet op alle afdelingen was er een georganiseerd formeel overleg tussen verpleegkundigen, artsen, verzorgenden en paramedici. Mogelijke manieren die werden aanbevolen om dit te bevorderen waren: patiëntenbesprekingen op de dienst in aanwezigheid van de behandelende arts, opmaak van overdrachtsnota's en medische orders, ontwikkeling van procedures, standing orders en op evidentie gebaseerde zorgprocessen, organisatie van pluridisciplinaire zaalrondes.

Een goede multidisciplinaire samenwerking werd vaker teruggevonden op geriatrische afdelingen (G-bedden) en op revalidatie diensten (Sp-bedden). Deze diensten moeten wettelijk gezien beschikken over een gespecialiseerd multidisciplinair team. Ook buiten deze diensten werd regelmatig een sterke multidisciplinaire werking gezien, bv. voor de palliatieve functie, pediatrie, intensieve zorgen, materniteit.

³ De referentieverpleegkundige is een verpleegkundige met een specifieke, bijkomende opleiding in een welbepaald domein van de verpleging.

Betere structurering en/of uitbreiding van het bestaande overleg werd meer dan tien keer (tekortkomingen en aanbevelingen samen) voorgesteld.

Een opvallend fenomeen was dat er op vele afdelingen, in de meerderheid van de ziekenhuizen, problemen zijn met de organisatie van de zaalronden. Vaak wordt vastgesteld dat er ofwel geen afspraken hieromtrent zijn, of dat de bestaande afspraken niet worden gerespecteerd (meestal door de artsen).

De multidisciplinaire samenwerking kwam niet altijd tot uiting in het patiëntendossier. Er wordt verwacht dat de gemaakte afspraken worden opgenomen in het patiëntendossier, maar vaak vindt men geen neerslag van dit overleg in het dossier. De kwaliteit en conformiteit van de patiëntendossiers blijkt overigens in bijna alle ziekenhuizen een heikelpunt: talloze tekortkomingen en non-conformiteiten werden genoteerd omdat patiëntendossiers versnipperd, onvolledig of (deels) onbeschikbaar waren.

De onderlinge samenwerking tussen artsen van verschillende disciplines wordt eveneens belicht tijdens de audit. In steeds meer ziekenhuizen wordt het werken door artsen in (grote) associatieverbanden duidelijk gestimuleerd door het bestuur. Een goed georganiseerde samenwerking tussen artsen werd vijfmaal vastgesteld (SP) op de dienst pediatrie. Zo werd de dagelijkse medische toer in drie ziekenhuizen door alle pediaters samen afgelegd.

Een ander niveau van onderlinge afstemming en communicatie tussen de verschillende medische disciplines, is het bestaan van op elkaar afgestemde medische beleidsplannen. Voor de meeste ziekenhuizen is op dit vlak nog veel werk aan de winkel. Voor een paar ziekenhuizen ontbrak zelfs een medisch beleidsplan op ziekenhuisniveau.

2.4 Veilige zorg

Van ieder ziekenhuis wordt verwacht dat er aandacht is voor de veiligheid en meer specifiek de patiëntveiligheid. Ieder ziekenhuis moet ernaar streven om veilige zorg aan te bieden aan patiënten. Er wordt door de auditoren gekeken naar het risicomanagement, in het bijzonder het beleid van de ziekenhuizen om een maximale garantie te kunnen bieden dat de zorg of het zorgsysteem geen bijkomende schade veroorzaakt aan de zorgvrager.

Risicomanagement binnen een ziekenhuis wordt een steeds belangrijker thema. Ziekenhuizen sluiten zich aan bij het project van de federale overheid rond patiëntenveiligheid. Dit project houdt een aantal deelprojecten in (zoals een cultuurmeting binnen het eigen ziekenhuis, het oprichten van een stuurgroep patiëntenveiligheid, een incidentmeldingsysteem ontwikkelen, ...). Een degelijk en gedragen risicomanagement uitbouwen vraagt tijd. Niet ieder ziekenhuis staat al even ver. Soms moeten bepaalde opgezette systemen of methodieken herbekeken worden, willen ze aanslaan bij de medewerkers of willen ze gebruiksvriendelijk gegevens kunnen verwerken. Hoewel het voor de ziekenhuizen vaak een trial and error verhaal is, nemen alle ziekenhuizen initiatieven om hun risicomanagement vorm te geven.

Een risicomanagement kan maar ten volle renderen in een lerende omgeving. Hiermee wordt bedoeld dat ziekenhuizen moeten leren uit hun fouten en hun gedetecteerde risico's. Leren betekent zowel analyseren waar het fout gelopen is, detecteren waar de risico's zich bevinden in een bepaald zorgproces, als hierop acties ondernemen. Acties welke een verbetering inhouden in het zorgproces en zo het gedetecteerde risico beperken.

Een aantal ziekenhuizen beschikt al (of hadden dit recent opgestart) over een stuurgroep patiëntveiligheid (zes ziekenhuizen werden hiervoor sterk bevonden). Belangrijk hierbij is dat de verschillende actoren die zich bezighouden met veiligheid, risico's, klachten en verbeteringen van zorgprocessen worden samengebracht en dat op deze manier verbanden kunnen gelegd worden. Dit geeft een ruime kijk op het

gehele zorgproces en biedt heel wat kansen naar een ziekenhuisbrede benadering van patiëntenveiligheid. (Sommige ziekenhuizen kregen een opmerking over onvoldoende betrokkenheid van de artsen bij de incidentenmeldingen.)

In 2008 werd de aandacht door het auditteam gelegd op de incidentenmelding. In de auditverslagen werd hiervoor voornamelijk de benaming FONA gebruikt (fouten, ongevallen en near accidents). Er is binnen de sector een verschuiving merkbaar naar het begrip “incidenten”, ondermeer omdat het concept “fout” een negatieve bijklank heeft. Het is immers niet de bedoeling om met dergelijke meldsystemen schuldigen te zoeken, maar om risico's op te sporen en deze weg te werken. Deze evolutie is ook te merken in de auditverslaggeving.

Het invoeren van een systeem rond incidentenmelding wordt vaak gezien als één van de eerste stappen in het gehele risicomangement. In tien ziekenhuizen was er geen systematische incidentenmelding. Dit betekent dat niet alle afdelingen en departementen deelnemen aan de incidentenmelding ofwel dat niet alle incidenten gemeld werden (maar bv. enkel de valincidenten).

Het auditteam beval driemaal aan om de gegevens uit de incidentenmelding samen te analyseren met de gegevens uit de patiëntentevredenheidmeting en de klachtenregistratie.

De zorgprocessen op ziekenhuis- en dienstniveau vertalen naar een gestandaardiseerd beleid (uniforme regels, richtlijnen, behandelingsprotocollen, procedures enz.) kadert ook binnen het streven naar veilige zorg. Een aantal ziekenhuizen was daar in belangrijke mate in geslaagd. Aan vijf ziekenhuizen werd gevraagd om te streven naar een beter beheer van de zorgprocedures binnen de instelling (autorisatie van procedures, voorzien van een versiedatum en verantwoordelijke, regelmatige actualisatie, en een meer efficiënte vorm van centrale supervisie).

Veilige (medische en verpleegkundige) zorg, met een minimum aan onverantwoorde variatie en gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten, vormt het uiteindelijke doel en is een wettelijke vereiste. In twee ziekenhuizen werd daarom een opmerking geformuleerd omdat zorgprocedures onvoldoende uniform waren. Sommige procedures verschillen per disciplines en soms binnen één discipline, zonder duidelijke klinische redenen.

In het kader van risicomangement werd in alle dertien ziekenhuizen aangeraden om het medicatiedistributiesysteem te herzien. Een aantal ziekenhuizen hadden een degelijke risicoanalyse opgesteld en verbeteracties gerealiseerd, maar nog lang niet alle risico's had men daarmee kunnen opvangen.

2.5 Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van het ziekenhuis komt ruim aan bod tijdens de audit. Niet alleen wordt de ziekenhuisapotheek bezocht, ook op de verschillende diensten en functies wordt het medicatiebeleid belicht. Voornamelijk het proces van medicatiedistributie wordt in het ziekenhuis onder de loep genomen. Dit proces wordt bekeken vanaf het voorschrijven van medicatie tot de toediening van medicatie aan patiënten.

In 2008 werd in alle dertien ziekenhuizen de functie ziekenhuisapotheek bezocht.

In veel ziekenhuizen gaat er extra aandacht naar kwaliteitsverbetering in de medicatiedistributie. In nagenoeg alle apotheken werden sterke punten geformuleerd over projecten i.v.m. kwaliteit van het medicatiebeleid. Voorbeelden hiervan zijn:

- opmaak van sterktezwakte analyse (SWOT) van de processen in de apotheek en van risicoanalyses van de geneesmiddelendistributie, definiëring van knelpunten en doelstellingen,

- ISO-certifiëring van de apotheek,
- interne audits van de apotheek,
- continue kwaliteitsmetingen van medicatieschema 's en van de medicatiedistributie,
- projecten van klinische farmacie, waarbij een apotheker op de verpleegafdelingen betrokken is bij het bijsturen van het medicatiebeleid van patiënten, of waar extra toezicht op de thuismedicatie gebeurt, of waar extra aandacht gaat naar informatie over medicatie,
- tal van acties over het vermijden van medicatiefouten.

Tijdens de audits werden in alle ziekenhuizen ook tal van verbeterpunten geformuleerd in het medicatiebeleid. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is medicatiebeleid een proces met ruime verbetermogelijkheden op het gebied van vermijdbare fouten.

Zo wordt in heel wat ziekenhuizen de aanbeveling geformuleerd om in de apotheek incidenten m.b.t. medicatie te registreren, om van hieruit verbetermogelijkheden te genereren.

Om in ziekenhuizen veranderingen te kunnen doorvoeren in een complex proces zoals medicatiebeleid dient er voldoende ondersteuning en gedragenheid te zijn van ziekenhuisdirecties. Betrokkenheid van de apotheek bij het ziekenhuisbeleid is hierbij een cruciale factor. In vier ziekenhuizen werd een tekortkoming vastgesteld betreffende onvoldoende betrokkenheid van de apotheek op het ziekenhuisbeleidsniveau. In drie ziekenhuizen werd hierover een aanbeveling geformuleerd. In één ziekenhuis werd onvoldoende overleg opgemerkt tussen de apotheek en het medisch departement. In een ander ziekenhuis werd de grote betrokkenheid van de apotheek bij het beleid van het ziekenhuis, waarbij de hoofdapotheker lid is van het managementcomité, dan weer als een sterk punt geformuleerd.

Voorschrift

In twaalf van de dertien bezochte ziekenhuizen werd vastgesteld dat medicatie niet steeds door een arts wordt voorgeschreven. Deze medische handeling wordt regelmatig aan verpleegkundigen overgelaten; in één ziekenhuis was deze werkwijze zelfs officieel opgenomen in de procedure voor medicatiedistributie. In enkele ziekenhuizen werd opgemerkt dat ook verdovende medicatie wordt voorgeschreven door verpleegkundigen.

Het voorschrijven van medicatie is een medische handeling, m.a.w. het is de arts die verantwoordelijk is voor de medicatietherapie en deze verantwoordelijkheid mag niet gedelegeerd worden aan verpleegkundigen (aangezien verpleegkundigen farmacologisch niet zijn opgeleid).

In zes ziekenhuizen werd vastgesteld dat voor het opstarten van een behandeling medicatie uit de afdelingsvoorraad wordt gehaald en niet rechtstreeks door de apotheek wordt afgeleverd. De afdelingen beschikten over een zeer uitgebreide stock van medicatie. Medicatie die al werd toegediend aan de patiënt, wordt achteraf in de apotheek besteld, om aldus de medicatiestock op de afdeling weer aan te vullen. Het medicatievoorschrift is dan eigenlijk een naschrift. De apotheker kan hierdoor geen controle meer uitoefenen op fouten in het voorschrift (bv. overdosis), wat nochtans zijn wettelijke verantwoordelijkheid is. In drie ziekenhuizen werd de observatie dat er niet werd gewerkt met naschriften en enkel met voorschriften, geformuleerd als een sterk punt.

De apotheek kan zijn rol van toezicht op het voorschrift maar ten volle (bv. interactie, overdosering) waarmaken indien men in de apotheek zicht heeft op alle medicatie die een patiënt neemt. In drie ziekenhuizen werd het feit dat de apotheek via het elektronisch medicatiebeheersysteem zicht heeft op het volledig medicatieschema van de patiënt geformuleerd als een sterk punt.

Medicatie mag volgens de ziekenhuiswetgeving voor maximaal vijf dagen worden afgeleverd door de apotheek. In zes ziekenhuizen werd opgemerkt dat aflevering gebeurde voor zeven dagen of meer, vooral voor de afdelingen met zorg voor chronische patiënten.

Distributie

In het verslag werd meer en meer geëvolueerd naar het aanstippen van de voornaamste risico's op fouten in de medicatiedistributie van het ziekenhuis.

De voornaamste risico's die werden opgemerkt zijn:

- Het overschrijven van medicatieopdrachten door verpleegkundigen in het verpleegkundig dossier (risico op overschrijffouten).
- Medicatieopdrachten van artsen aan verpleegkundigen die enkel mondeling worden gegeven, zonder schriftelijke notities in het dossier (risico op misverstanden).
- Het ontbreken van een sluitende controle op de medicatie die de patiënt thuis al nam (risico op interacties met nieuw voorgeschreven medicatie, overdosering door voorschrijven van gelijkaardige medicatie, risico op het onderbreken of niet opnieuw opstarten van tijdelijk gestopte medicatie).
- De versnippering van medische opdrachten m.b.t. medicatie op meerdere plaatsen in het dossier (risico op verlies van informatie).
- Het vooraf (voor 24u) klaarzetten van medicatie die dan al uit de verpakking werd gehaald. (Wanneer medicatiestrips worden versneden en medicatie uit de verpakking wordt gehaald, kan het medicament niet worden geïdentificeerd en is de vervaldatum niet meer te achterhalen. Op deze manier is controle niet meer mogelijk.)
- Bewaren van medicatie zonder verpakking, bv. halve tabletten uit blister (controle en identificatie niet meer mogelijk).
- Het vooraf optrekken van medicatie in een spuit (waardoor controle net voor toediening niet meer mogelijk is, en mogelijke problemen qua farmacologische stabiliteit).
- Medicatiebakjes waarin medicatie vooraf wordt klaar gezet zonder patiëntenidentificatie, met enkel een kamernummer (risico op toediening van medicatie aan de verkeerde patiënt).
- Bewaring van medicatie zonder toezicht (risico op toegang door onbevoegden).
- Het ronddelen van de medicatie op de maaltijdplateaus, soms zelfs zonder vermelding van naam of kamernummer (risico op toediening van medicatie aan de verkeerde patiënt of onvoldoende controle op inname).
- Het ontbreken van eenheidsverpakking voor alle medicatie.
- Het bewaren van KCl-ampullen in afdelingsvoorraden (internationale richtlijnen stellen dat deze medicatie als hoogrisicovol dient beschouwd te worden, met specifieke veiligheidsmaatregelen betreffende bewaring en distributie).

Afspraken i.v.m. het medicatiedistributiesysteem moeten beschreven staan in procedures of in een inwendig reglement. In zes instellingen waren er geen of te weinig schriftelijke richtlijnen hierover aanwezig.

Na het afleveren van de medicatie moet deze op de gepaste manier worden bewaard. Gezien de bewaringsvoorwaarden voor geneesmiddelen belangrijk zijn, vragen de auditoren om de temperatuur in de koelkasten op de afdeling waar geneesmiddelen worden opgeslagen, regelmatig te controleren. In negen ziekenhuizen werden opmerkingen geformuleerd over de temperatuursbewaking. Er wordt gevraagd om te voorzien in een geïkt systeem van temperatuurmeting en een protocol voor systematische temperatuurscontrole, gekoppeld aan de kennis van het personeel over de stappen die het moet

ondernemen indien kritische waarden worden gemeten.

In acht ziekenhuizen werden opmerkingen geformuleerd over het ontbreken van een sluitende controle op vervallen medicatie.

Cytostatica

Het voorschrift voor chemotherapie krijgt specifieke aandacht van de auditoren. In zes ziekenhuizen zijn verschillende soorten chemotherapievoorschriften in omloop en maakt men geen gebruik van een uniform voorschrift. Dit werd als tekortkoming geformuleerd omdat dit fouten in de hand kan werken. Eénmaal werd de opmerking gemaakt dat cytostatica voorgeschreven worden door GSO's (= geneesheer specialist in opleiding), soms zelfs eerstejaars. Bij het voorschrift voor chemotherapie wordt automatisering aanbevolen omwille van de automatische controle voor bijvoorbeeld dosering, gewicht van patiënt enz.

De bereiding van chemotherapeutica dient te gebeuren door de apotheker zelf, of door assistenten onder rechtstreeks toezicht van de apotheker. In één ziekenhuis werd opgemerkt dat alle cytostatica door de apothekers zelf bereid werd (geformuleerd als sterk punt). Vier keer bleek dat apotheekassistenten of verpleegkundigen chemotherapiebereidingen maakten zonder voldoende rechtstreeks toezicht van de apotheker en één keer werd vastgesteld dat chemotherapie niet in de ziekenhuisapothek werd bereid maar in de polikliniek.

In tal van ziekenhuizen werd de aanbeveling geformuleerd om regelmatig opleidingen te voorzien voor apotheekassistenten over de bereiding van cytostatica, en voor verpleegkundigen over de toediening van cytostatica. In één ziekenhuis werd gezien dat het handboek met richtlijnen voor chemotherapie en extravasatie op intranet staat, wat als een sterk punt werd geformuleerd.

Verdovende medicatie

Er werden ook opmerkingen geformuleerd over het voorschrift voor narcotische analgetica. Verdovende medicatie mag volgens de wetgeving door de apotheek enkel worden afgeleverd op basis van een eigen oorspronkelijk, geïndividualiseerd, eigenhandig geschreven, gedagtekend en ondertekend voorschrift. In vier ziekenhuizen werden narcotica afgeleverd op basis van een verzamelstaat met daarop de narcotische analgetica voor verschillende patiënten of op basis van een gewoon voorschrift. Met betrekking tot de narcotische analgetica werd in zes ziekenhuizen tevens een tekortkoming gesteld over de stockcontrole, op afdelingsniveau of in de apotheek zelf. Er werd gevraagd om een uniform en sluitend systeem te ontwikkelen zodat de stock van verdovende medicatie regelmatig kan worden gecontroleerd.

Dossier

Een belangrijk punt binnen het proces van geneesmiddelendistributie is de neerslag van het medicatiebeleid in het patiëntendossier. Voor iedere patiënt dient in het patiëntendossier een medicatieschema opgesteld te worden. Dit is meestal een taak die door verpleegkundigen wordt uitgevoerd. Vanuit het streven naar een goede kwaliteit van zorg wordt verwacht dat de behandelende arts voor medicatietoediening een duidelijke opdracht geeft, het medicatieschema controleert en met een schriftelijke notitie aangeeft dat het schema is nagezien of dat het werd gewijzigd (bv. het stopzetten van medicatie). Wanneer een patiënt thuismedicatie op de kamer bewaart en inneemt zonder toezicht van het verpleegkundig personeel, dient de behandelende arts hiervoor een medisch order in het patiëntendossier te vermelden. Geen enkel van de dertien bezochte ziekenhuizen voldeed volledig aan deze voorwaarden van een goed medisch toezicht op het medicatiebeleid.

De verpleegkundige die medicatie toedient aan een patiënt dient dit te noteren in het patiëntendossier. In één ziekenhuis paraferen verpleegkundigen enkel bij controle van de medicatie en niet bij toediening. Ook wanneer voorgeschreven medicatie niet wordt toegediend, moet dit genoteerd worden met de reden van niet-inname. Hierover werd zeven maal een tekortkoming geformuleerd.

2.6 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. De eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van het sterilisatiegebeuren is volgens de ziekenhuiswet de hoofdapotheker. Andere belangrijke partners voor een kwalitatief hoogstaand sterilisatieproces zijn de hoofdgeneesheer, de zorgverleners binnen het operatiekwartier (OK) en het Comité voor Ziekenhuishygiëne van een ziekenhuis.

Elf ziekenhuizen beschikten over een centrale sterilisatie afdeling, die allemaal door het auditteam werden bezocht. Twee keer was de betrokkenheid van de apotheek bij de sterilisatie onvoldoende. Twee keer werd een opmerking geformuleerd over de betrokkenheid en samenwerking tussen OK en CSA en één tekort werd vastgesteld voor de samenwerking met het comité ziekenhuishygiëne. Tweemaal werd een sterk punt geformuleerd over de constructieve communicatie en mogelijkheid tot ingrijpen op de OK-planning vanuit de CSA.

Daarmee samenhangend werden opmerkingen geformuleerd over de centralisatie van de sterilisatieactiviteiten. Immers, hoe meer deze activiteit verspreid is, hoe moeilijker om voldoende overzicht te houden en een zorgvuldige sterilisatie te kunnen garanderen. Zes keer werd hierover een non-conformiteit geformuleerd. Vier keer werd vastgesteld dat onderdompelsystemen met open en/of halfopen systemen (o.a. met glutaraaldehyde) gebruikt werden, terwijl enkel gesloten systemen volledige garantie kunnen bieden op een kwaliteitsvol proces. Bovendien houden (half)open systemen gezondheidsrisico's in voor het personeel.

Er was ook aandacht voor de architectuur van de sterilisatieafdeling. Een goede scheiding tussen onreine, reine en steriele zone wordt immers van belang geacht om steriel materiaal te kunnen afleveren en bewaren. Drie maal werd de zonering als zeer goed beoordeeld, zes keer als onvoldoende.

Een ander belangrijk element is de mate waarin het personeel dat instaat voor de sterilisatie opgeleid is. Vijf keer was het een tekort dat de personeelsleden geen specifieke opleiding hadden genoten; vijf keer werd aanbevolen om de opleiding voor alle personeelsleden te voorzien. Twee keer stelden we vast dat zowat iedereen een specifieke opleiding gevolgd had.

Het is van belang dat materiaal de volledige sterilisatiecyclus kan doorlopen en dat m.a.w. snelsterilisatie tot een minimum wordt herleid. Vier keer werd hier op een tekortkoming vastgesteld.

Ook hersterilisatie van materiaal voor eenmalig gebruik is een punt dat de aandacht trok; hier werd vier keer een opmerking geformuleerd.

De organisatie binnen de sterilisatie is een proces dat in procedures gestandaardiseerd kan worden, die door de apotheker mee dienen goedgekeurd te zijn. Vier keer werd een tekort geformuleerd over formele goedgekeurde en gestandaardiseerde procedures (meer als men ook de opmerkingen rond snelsterilisatie (4) en hersterilisatie (4) meetelt).

De validatie van de autoclaven moet jaarlijks gebeuren door een onafhankelijke firma. Door het auditteam werden hier vier non-conformiteiten vastgesteld (dit betekent dat enkel bij de initiële ingebruikname van de autoclaven een gevalideerd attest werd afgeleverd en er geen jaarlijks hernieuwd attest voorhanden is).

2.7 Fixatiebeleid

Het fixeren van patiënten is volgens de wetgeving een verpleegkundige handeling. Fixatie komt neer op een vrijheidsbeperking terwijl vrijheid een fundamenteel recht is. Terecht geven zorgverleners aan te balanceren op de grens van wat wettelijk toelaatbaar is. Bovendien is fixatie een handeling die zeker niet zonder gevaar is voor de patiënt en die – hoewel vaak toegepast om de patiënt te beschermen – soms meer schade kan toebrengen dan voorkomen. Het auditteam gaat dan ook op zoek naar welke visie er in het ziekenhuis voorop gezet wordt en hoe dit beleid in de praktijk gebracht wordt.

In drie ziekenhuizen was er geen uitgeschreven beleid op het gebied van fixatie. Zes ziekenhuizen beschikten over verschillende procedures zonder een overkoepelende ziekenhuisbrede visie. Eenmaal was er recent een procedure uitgeschreven, maar was deze nog niet geïmplementeerd.

Van alle ziekenhuizen die beschikten over een procedure op het gebied van fixatie kon gesteld worden dat deze in de praktijk onvoldoende was gekend en onvolledig werd toegepast.

Bij de meerderheid ontbrak in het dossier van de patiënt een degelijke verslaggeving over de fixatie (de motivatie, aard van de fixatie, melding van het startmoment en einduur, evaluaties van de maatregel en verhoogd toezicht tijdens de fixatie).

Inhoudelijk was er nagenoeg in alle ziekenhuizen ruimte voor verbetering. Vooral alternatieven in het kader van een fixatiearm beleid ontbraken of konden verder uitgewerkt worden. Daarnaast wordt nog te weinig aandacht besteed aan het overleg met de familie en patiënt.

Enkele keren werd fixatie toegepast om andere redenen dan de bescherming van de patiënt (vb. op vraag van familie, om hygiënische redenen zoals vb. smeren of wildplassen ...).

Vaak is de procedure beperkt tot het gebruik van de Zweedse gordel en/of worden niet alle gebruikte middelen als fixatie beschouwd (voorzettafel, trippelhoes, chemische fixatie ...). Richtlijnen betreffende het juiste gebruik ontbreken vaak waardoor de veiligheid van patiënten in het gedrang kan komen (verstikking, verhangen, fracturen...)

2.8 Zorg voor psychiatrische patiënten

Acht van de dertien ziekenhuizen die in 2008 werden bezocht, beschikken over een psychiatrische afdeling voor volwassen patiënten (PAAZ). Zeven daarvan werden bezocht.

Elf van de dertien bezochte ziekenhuizen hebben een dienst voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg die allemaal werden bezocht.

Twee van de dertien bezochte ziekenhuizen beschikken over een dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie die beiden werden bezocht.

Psychiatrische urgenties

Patiënten met een psychiatrische problematiek komen meestal n.a.v. een crisissituatie in een ziekenhuis terecht en een opname gebeurt vaak via de spoedgevallendienst. Het personeel van spoedgevallendiensten moet voldoende opgeleid zijn op het gebied van psychiatrische urgenties en moet beroep kunnen doen op een psychiater.

Op een spoedgevallendienst moet men op een veilige (zowel voor patiënten als voor personeel) en menswaardige manier kunnen omgaan met agressieve patiënten. Hiertoe dienen spoedgevallendiensten een veilige isolatiekamer te hebben, te beschikken over een procedure voor isolatie die de richtlijnen en afspraken beschrijft (o.a. qua dossiervorming en registratie) en personeel dat opgeleid is in het 'omgaan met agressie'.

In één ziekenhuis werd als knelpunt beschreven dat er geen permanentie van psychiaters was waar spoedartsen beroep op moeten kunnen doen bij psychiatrische urgenties.

In drie ziekenhuizen werd als sterk punt genoteerd dat er een agressieprotocol werd ontwikkeld en dat er bij de organisatie van de dienst veel aandacht was voor de veiligheid van het personeel. Drie maal hadden personeelsleden een intensieve cursus 'omgaan met agressie' gevolgd en werd dit geformuleerd als een sterk punt. Op twee spoeddiensten werd opgemerkt dat het personeel geen vorming had gekregen over psychiatrische urgenties en/of 'omgaan met agressie'. Eén maal werd aanbevolen om ook voor artsen een opleiding 'omgaan met agressie' te organiseren. Elders werd aanbevolen om de opleiding 'omgaan met agressie' jaarlijks te herhalen. In een ander ziekenhuis werd aanbevolen om psychologische opvang te voorzien voor personeelsleden na incidenten. Twee maal werd aanbevolen om een oproepsysteem te voorzien voor personeel in nood.

Twee spoeddiensten beschikten niet over een procedure voor isolatie en fixatie.

Voor acht van de elf bezochte spoeddiensten werden opmerkingen geformuleerd over de isolatiekamer. Er was in twee gevallen geen isolatiekamer voor opvang van patiënten met een acute psychiatrische pathologie. De isolatiekamer is in vier ziekenhuizen qua inrichting niet veilig voor patiënten (bv. verhangingsrisico, risico op automutilatie, onvoldoende toezichtsmogelijkheden) en/of personeel (bv. geen sas, te smalle toegangsdeur).

Tweemaal werd een probleem qua privacy vastgesteld voor patiënten in isolatie.

In twee ziekenhuizen werd vastgesteld dat patiënten omwille van de onveilige inrichting van de isolatiekamer steeds gefixeerd worden tijdens een isolatie. In één ziekenhuis gaat isolatie volgens de procedure steeds gepaard met fixatie.

In een ander ziekenhuis werd de isolatiekamer niet gebruikt omwille van onveiligheid voor patiënten en personeel. Patiënten werden er gefixeerd in een gewoon verpleeglokaal.

Verder werd tweemaal vastgesteld dat patiënten voor korte duur opgenomen worden in de isolatiekamer van de PAAZ, wat de werking van deze dienst doorkruist. In één ziekenhuis werd opgemerkt dat deze patiënten niet steeds door een arts werden onderzocht.

In vijf ziekenhuizen werden problemen opgemerkt i.v.m. de registraties van isolaties. Er was geen isolatieregister, ofwel werd het niet gebruikt, of het was onvolledig.

Vier maal werd aanbevolen om de registratiegegevens over de isolaties op spoed op te nemen in het jaarverslag en/of beleidsplan van de dienst. In een ander ziekenhuis werd als sterk punt opgemerkt dat op basis van de registratiegegevens over isolaties tal van verbeteracties voor dit zorgaspect werden opgezet.

Drie maal werd als sterk punt opgemerkt dat van elke patiënt die zich op de spoeddienst aanbiedt een verslag wordt verstuurd naar de huisarts. Elders werden de goede samenwerking met de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) in de omgeving (met psychiaters die zowel in AZ als PZ werken) en de vlotte doorverwijsmogelijkheden geprezen.

PAAZ

Er werden in drie ziekenhuizen sterke punten geformuleerd over het behandelaanbod voor psychiatrische patiënten: dit betrof het brede aanbod in zorgfaciliteiten, het uitgebreide therapeutische programma, of een gestructureerde liaisonpsychiatrie. In één ziekenhuis werd het ontbreken van een opnamebeleid met duidelijke opnamecriteria voor de PAAZ als een tekortkoming geformuleerd.

Tweemaal werd aanbevolen om gestructureerde behandelprogramma's te uit te werken.

Tweemaal werd de continuïteit van zorg als sterk geprezen, met een goed georganiseerde nazorg na ontslag. Tweemaal werd opgemerkt dat huisartsen niet enkel een ontslagbrief krijgen, maar ook een intakeverslag van hun patiënt.

In één ziekenhuis werd ECT (elektro convulsie therapie) toegepast, maar hiervoor was geen procedure uitgeschreven. Betreffende ECT bestaan internationale richtlijnen met voorwaarden voor een goede zorg.

Er werd vier maal een tekortkoming geformuleerd over het gebrek aan een zelfmoordpreventiebeleid op de PAAZ. Twee maal werd als een sterk punt opgemerkt dat er veel aandacht is voor suïcidemanagement en dat er een zorgtraject voor suïcidepogers werd uitgeschreven. Eénmaal werd aanbevolen om vorming te organiseren over suïcidepreventie.

In één ziekenhuis werd als sterk punt opgemerkt dat er voor verslavingsproblematiek gewerkt wordt met een behandelovereenkomst.

In zes van de zeven bezochte afdelingen werden opmerkingen gemaakt over infrastructuur. Er werden opmerkingen gemaakt betreffende de onveiligheid van de afdeling (ramen, elektrische bedrading), het gebrek aan ruimte, over de inrichting die aan renovatie toe was, de afwezigheid van een gemeenschappelijke eetzaal, over de isolatiekamer die onvoldoende veilig was en over het gebrek aan privacy voor patiënten door inkijk in de afdeling van buitenaf. Van één afdeling werden de grote leefruimte, het terras en een mooie ruimte voor bewegingstherapie geprezen.

Er werd verder zes maal aanbevolen om de PAAZ technisch te laten evalueren m.b.t. het suïciderisico (bv. deurklinken, douchestangen, kapstokken ...).

In één PAAZ werd een opmerking gemaakt over het feit dat alle patiënten in isolatie gefixeerd werden en gedwongen werden om incontinentiemateriaal te dragen. Elders werd de isolatieprocedure als onvoldoende inhoudelijk uitgewerkt beschouwd. In een ander ziekenhuis werd het isolatiearm beleid als een sterk punt vernoemd in het verslag.

In één ziekenhuis werd een tekort aan vorming vastgesteld bij de personeelsequipe van PAAZ betreffende agressiebeheersing, terwijl de uitgebreide aandacht en vorming op het gebied van agressiebeheersing elders als sterk punt werd gezien.

In twee van de bezochte afdelingen werd een opmerking gemaakt over het versnipperde patiëntendossier dat de multidisciplinaire samenwerking niet ondersteunde. In een andere PAAZ werden onvoldoende notities in het dossier teruggevonden over isolatie van patiënten.

In één PAAZ werd opgemerkt dat er minderjarigen (soms zelfs jonge kinderen) werden opgenomen. Kinderen mogen niet opgenomen worden op een afdeling voor volwassenen. Redenen hiervoor zijn de moeilijkheden bij verwijzing naar een dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie (beperkt aantal K-diensten, lange wachtlijsten, gehanteerde exclusiecriteria) of de plaatsing door een jeugdrechter als noodmaatregel.

Opvang van psychiatrische patiënten op niet-PAAZ afdelingen

In vijf ziekenhuizen werden problemen vastgesteld bij de zorg voor psychiatrische patiënten die op andere verpleegafdelingen worden opgenomen dan op de gespecialiseerde PAAZ. Dit komt voor bij overbezetting van de PAAZ maar ook in ziekenhuizen die niet beschikken over een PAAZ. Het personeel van deze niet-PAAZ-afdelingen was niet geschoold voor de opvang van psychiatrische patiënten (bv. 'omgaan met agressie', inschatting van suïciderisico) of de afdelingen waren qua inrichting onvoldoende veilig (bv. suïciderisico). Aan deze ziekenhuizen werd aanbevolen om een specifiek opnamebeleid te ontwikkelen voor psychiatrische patiënten en opnamecriteria vast te leggen voor opname op PAAZ- en op andere afdelingen, maar ook om de opnames buiten een PAAZ te concentreren op één architectonisch aangepaste afdeling en het personeel daar de nodige vorming te geven.

In één ziekenhuis werd opgemerkt dat kinderen met psychiatrische problematiek op de kinderafdeling werden opgenomen. Deze kinderafdeling was echter niet afgestemd op de zorg voor deze doelgroep, noch qua architectuur, noch qua zorgelijke, noch qua behandel mogelijkheden.

In één ziekenhuis evolueerde de visie van 'psychiatrische zorg op de PAAZ' naar een 'psychiatrisch aanbod in het AZ' en werden psychiatrische patiënten die opgenomen waren op een andere afdeling begeleid door verpleegkundigen van de PAAZ. Deze patiënten konden deelnemen aan het behandelprogramma van PAAZ. Patiënten met verhoogd risico werden er niet opgenomen op niet-PAAZ-afdelingen.

Dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie

In beide diensten wordt een non-fixatiebeleid toegepast, wat als een sterk punt werd geformuleerd.

In één ziekenhuis werd het project van outreaching, psychiatrische behandeling aan huis voor kinderen en jongeren, als een sterk punt geformuleerd. In het andere ziekenhuis werd de aanbeveling gedaan om mogelijkheden betreffende outreaching te onderzoeken.

In één dienst werd de architectuur van de nieuwe setting als een sterk punt geformuleerd. In de andere dienst werd de verouderde infrastructuur als een tekortkoming geformuleerd.

Eénmaal werd een medische onderbestaffing als tekortkoming opgemerkt.

De veiligheid van de time-outkamers voldeed niet in één dienst en dit werd als een non-conformiteit gecatalogeerd.

2.9 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 bezettingsgraden van de geriatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen zitten meestal rond de 100%. Er gaat veel aandacht naar de adequate opvang van deze kwetsbare patiëntenpopulatie. De betreffende regelgeving werd recent vernieuwd.

In 2008 inspecteerde het auditteam in alle elf bezochte ziekenhuizen (de twee categorale ziekenhuizen hadden er geen) het zorgprogramma voor geriatrie. Hierbij was er vooral aandacht voor de kwaliteit van de zorg op de geriatrische verpleegafdelingen en het functioneren van de interne liaison op de andere afdelingen waar geriatrische patiënten verblijven.

Eén categoriaal ziekenhuis telde een groot aantal patiënten met een geriatrisch profiel die geen aangepaste geriatrische zorg kregen. Hier werd geadviseerd om een ziekenhuisbreed beleid over de revalidatie van geriatrische patiënten uit te schrijven. In het andere categorale ziekenhuis werd het geriatrische zorgconcept van het nabijgelegen AZ doorgetrokken, wat als een sterk punt benoemd werd.

Werking & organisatie

In alle bezochte ziekenhuizen, behalve één, was het geriatrische zorgconcept voldoende tot zeer goed uitgeschreven. In vijf instellingen was dit concept onvoldoende ziekenhuisbreed bekendgemaakt en/of toegepast. Dit hield meestal verband met een suboptimaal functionerende interne liaison. Maar één keer was de interne liaison in een ziekenhuis zo sterk ontwikkeld dat dit als een sterk punt genoteerd werd in het auditverslag.

De ontoreikende screening van 75-plussers leidde tot het neerschrijven van drie non-conformiteiten. In drie gevallen waren opnamecriteria voor de geriatrie afdelingen afwezig of onvoldoende specifiek. Vaak worden geriatrische patiënten op andere verpleegafdelingen opgenomen waar ze geen specifieke verzorging (multidisciplinaire aanpak, aangepaste revalidatie, expertise personeel) krijgen.

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. Men bedoelt hiermee dat de patiënten gestimuleerd worden om in groep activiteiten te ontplooiën zoals gezamenlijke kine-oefensessies, maaltijden, socioculturele of ergotherapeutische bezigheden. Ook het dragen van dagkledij en het in stand houden of ontwikkelen van activiteiten van het dagelijkse leven kunnen in deze context gezien worden. Er werden in dit verband opvallende verschillen gevonden tussen de ziekenhuizen. Drie instellingen scoorden een sterk punt voor dit onderwerp, maar er waren ook twee tekortkomingen en in zes gevallen was de organisatie van het psychologische klimaat zodanig onvoldoende, dat dit als non-conformiteit beschreven werd.

Acht ziekenhuizen kregen een pluim voor hun ontslagmanagement/externe liaison omdat zij de continuïteit van de zorgen garanderen na ontslag van de patiënt.

Binnen enkele geriatrische zorgprogramma's werden interessante projecten uitgewerkt, zoals valpreventie en voeding/malnutritie.

Er werden drie non-conformiteiten geformuleerd i.v.m. het patiëntendossier. Het was in deze gevallen versnipperd of onvolledig (bv. ontbreken pluridisciplinaire zorgplanning, geen neerslag evolutie toestand patiënt, geen notities van paramedische bevindingen, elektronische dossierdelen gescheiden van papieren documenten, ...) waardoor delen van de noodzakelijke informatie niet beschikbaar waren.

Personeel

In zes ziekenhuizen werd de goede interne werking van de geriatrische dienst beoordeeld als een sterk punt. Hier droegen o.a. volgende elementen aan bij: goede structurering met taakverdeling, specifieke vorming, multidisciplinair overleg, communicatie, organisatie interne liaison, organisatie groepsactiviteiten voor de patiënten en betrokkenheid van thuiszorg (incl. huisarts).

Het ontbreken van een functiebeschrijving van de geriatrische referentieverpleegkundigen gaf aanleiding tot twee tekortkomingen.

Architectuur

Drie ziekenhuizen scoorden een sterk punt voor hun geslaagde renovatie of de gezellige huiselijke aankleding van hun geriatrische afdeling. Voor één ziekenhuis was de povere huiselijkheid aanleiding tot een tekortkoming.

Bij verschillende ziekenhuizen waren de nodige lokalen afwezig op de afdeling of werden ze beoordeeld als onvoldoende: kinezaal, dagzaal/eetzaal, aangepast sanitair, ergotherapielokaal, beveiliging tegen wegllopen of kwetsuren, gesprekslokaal. Op één geriatrische afdeling waren geen rustmogelijkheden voorzien op de gang.

Er werden voor verschillende ziekenhuizen ook aanbevelingen geformuleerd om meer en betere specifieke informatiebrochures te ontwikkelen en ook om, door middel van registratie van een aantal indicatoren, een beter zicht te krijgen op de werking van de interne liaison.

2.10 Kinderen in het ziekenhuis

In 2007 werd het zorgprogramma voor kinderen van kracht, dat heel wat kindvriendelijke principes wettelijk vastgelegde. De twee belangrijkste bepalingen zijn dat tijdens een verblijf in het ziekenhuis, minstens één van beide ouders steeds bij het (bewuste) kind moeten kunnen blijven en dat kinderen niet samen met volwassenen mogen worden opgenomen of behandeld (de wetgeving spreekt van auditieve en visuele scheiding). Deze principes bleken in geen enkel van de elf bezochte algemene ziekenhuizen al volledig in de praktijk te worden toegepast, maar er bestonden onderling grote verschillen tussen ziekenhuizen die al zeer veel gerealiseerd hadden en andere die nog een lange weg moeten afleggen.

Verder dient ieder ziekenhuis over een protocol te beschikken dat de hoofdlijnen bepaalt voor de opvang van de opgenomen of ambulant verzorgde kinderen in het ziekenhuis. Dit protocol beschrijft het kindvriendelijk beleid en heeft betrekking op allerhande initiatieven die in het ziekenhuis genomen worden om het contact van het kind met het ziekenhuis zo vlot mogelijk te laten verlopen. Het heeft o.a. betrekking op het geven van advies aan kind of ouders, initiatieven die ouders betrekken bij de zorg van het kind, comfort voor het kind en de veiligheid van het kind.

De meeste algemene ziekenhuizen die dit jaar bezocht werden, bleken niet in orde voor wat betreft het protocol kindvriendelijkheid. In twee gevallen was het kindvriendelijk beleid niet of onvolledig neergeschreven in een protocol. Soms waren er slechts een beperkt aantal losse documenten en folders. In één ziekenhuis was het protocol niet in overeenstemming met de vereisten van het zorgprogramma. In één ziekenhuis waren de protocollen verschillend per campus. In drie ziekenhuizen werd het bestaande protocol niet consequent toegepast. In zeven ziekenhuizen werd vastgesteld dat hun protocol niet ziekenhuisbreed werd gecommuniceerd (meestal beperkt tot de kinderafdeling) en/of was het onvoldoende bekend gemaakt aan de ouders.

Het kindvriendelijke beleid of protocol moet vervolgens een vertaling vinden in de dagdagelijkse werking van het ziekenhuis. Dit wordt door de auditoren op verschillende afdelingen en functies nagegaan, naast de kinderafdeling ook op de spoedgevallendienst, het operatiekwartier, de dienst intensieve zorgen en het daghospitaal. In zes ziekenhuizen werd vastgesteld dat kinderen en volwassenen samen opgenomen werden, meestal op verpleegafdelingen voor volwassenen.

Spoedgevallendienst

In alle bezochte spoedgevallendiensten behalve één is er een specifieke kinderbox of minstens een voor kinderen voorziene en aanpasbare observatiebox. Twee ziekenhuizen kregen een vermelding als sterk punt voor hun kindvriendelijke infrastructuur. Eén keer werd opgemerkt dat deze specifieke opvangplaats alleen door gordijnen van de andere posities voor volwassenen werd gescheiden, waardoor een auditieve scheiding van volwassen patiënten niet mogelijk was.

Een procedure voor het beleid bij vermoeden van kindermishandeling ontbrak of was onvolledig op vier diensten. Dit onderwerp werd echter niet steeds expliciet nagekeken.

In één ziekenhuis kwamen de pediaters slechts zelden naar de spoedgevallendienst om kinderen te onderzoeken of te behandelen.

Intensieve zorgen

In zes van de bezochte ziekenhuizen werden kinderen opgenomen op de eenheid intensieve zorgen. Eén van de vereisten van het zorgprogramma is dat er in een dergelijk geval een geschreven overeenkomst bestaat tussen de functie intensieve zorgen en het zorgprogramma voor kinderen. In drie ziekenhuizen beschikte men nog niet over dergelijke geschreven overeenkomst. In één ziekenhuis was deze overeenkomst onvolledig.

In één ziekenhuis werden opmerkingen geformuleerd betreffende de scheiding kinderen - volwassenen en de onmogelijkheid van continue aanwezigheid van de ouders.

Op één IZ-afdeling werd begeleiding voor bezoekende kinderen door een coach als sterk punt gezien. In een ander ziekenhuis kreeg de IZ-afdeling een positieve bespreking van haar kindvriendelijke initiatieven (kinderen worden steeds opgenomen in een box, waardoor visuele en auditieve scheiding gegarandeerd wordt; het medisch beleid wordt in samenspraak met de pediatr bepaald; er wordt steeds een kinderpsycholoog bijgevraagd die het kind samen met de verantwoordelijke verpleegkundige begeleidt; de verantwoordelijke verpleegkundige van de dienst pediatrie blijft mee instaan voor het begeleiden van de ouders; ouders hebben de mogelijkheid om 24u/24u bij het kind te blijven; kinderen die op bezoek komen bij ouders of grootouders worden mee opgevangen door een verpleegkundige van het palliatief support team, die zich specialiseerde in het begeleiden van kinderen).

In twee ziekenhuizen was er een aanbeveling om in de onthaalbrochure specifiek aandacht te besteden aan de opvang van zowel patiëntjes als bezoekende kinderen.

Operatiekwartier:

In 2008 werd één ziekenhuis gezien waar het operatiekwartier volledig voldeed aan de vereisten van het zorgprogramma. Hier werden de aparte kindvriendelijke ontvangstruimte en recovery vermeld alsook de permanente mogelijkheid tot aanwezigheid van een ouder bij het bewuste kind, behoudens medische contra-indicatie.

De frequentste problemen deden zich in de overige operatiekwartieren voor op het vlak van de (auditieve en/of visuele) scheiding tussen kinderen en volwassenen (10) en op vlak van de begeleiding door ouders (7). Kinderen werden binnen dezelfde infrastructuur en op dezelfde dagen als volwassenen geopereerd. Om een auditieve en visuele afscheiding te realiseren moet men beschikken over voldoende afsluitbare kinderboxen; meestal werden slechts gordijntjes aangetroffen. Deze staan vaak open om redenen van toezicht wat naast het gebrek aan visuele scheiding tussen kind en volwassenen ook een inbreuk is op de privacy van andere patiënten (indien een ouder bij het kind aanwezig is). Idealiter worden de posities voor kinderen op een kindvriendelijke manier ingericht; dit was quasi nergens het geval. Het aantal posities voor kinderen was vaak onvoldoende om er alle kinderen in op te kunnen vangen, temeer omdat ingrepen met kinderen dikwijls gegroepeerd worden (bv. NKO = specialisme voor neus, keel en oren). Sommige plaatsen voor kinderen waren zo beperkt van oppervlakte, dat ouders niet bij het kind konden zitten.

Qua aanwezigheid van ouders bij hun kind werd in zeven ziekenhuizen een non-conformiteit gesteld: soms werden ouders niet toegelaten op de ontwaakafdeling, vaker mochten zij niet bij hun kind blijven tot op het moment van inductie (begin van de narcose).

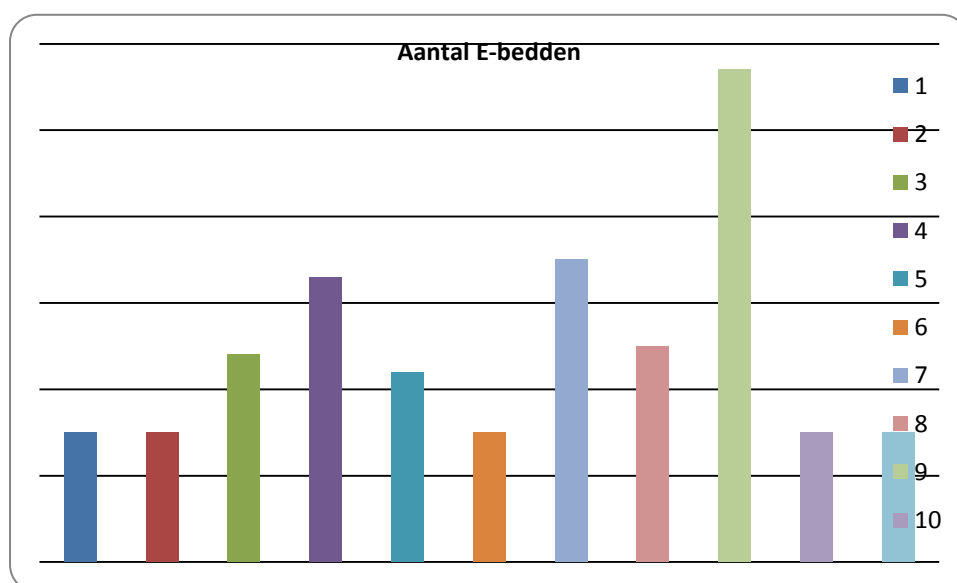
Er werd één keer een tekort beschreven over de voorrang die kinderen dienen te hebben in de operatieplanning. Deze bepaling was niet opgenomen in het reglement van inwendige orde.

Daghospitalisatie

In negen ziekenhuizen werd het dagziekenhuis bezocht. In de meeste ziekenhuizen worden kinderen voor dagopname zowel op de kinderafdeling als op het chirurgische of gemengde dagziekenhuis opgenomen. Dit laatste gebeurt vaak enkel in periodes van grote drukte op de kinderafdeling. In drie ziekenhuizen beschikte men over een apart pediatrisch dagziekenhuis. In één ziekenhuis was geen pediater aanwezig op de campus waar kinderen opgenomen waren. Hier was ook geen geformaliseerd samenwerkingsverband met het zorgprogramma voor kinderen.

Kinderafdeling

Het gros van de kinderen wordt in de ziekenhuizen opgenomen op de afdeling pediatrie (E-bedden). In de elf algemene ziekenhuizen die in 2008 bezocht werden, stonden tussen 15 en 57 bedden (in de kinderafdeling opgesteld (zie Figuur 56). De bezettingsgraad is meestal laag. In een aantal gevallen worden minder bedden uitgebaat dan voorzien en soms ligt het aantal verantwoorde bedden ruim onder het aantal erkende.



Figuur 6: Aantal E-bedden per ziekenhuis in chronologische volgorde (2008)

Er waren vele mooie voorbeelden van een kindvriendelijke inrichting (bv. volledige inrichting volgens een thema, aparte speelruimte en speciaal spelmateriaal, aandacht voor comfort van inslapende ouders). Dit leidde tot vijf sterke punten in de verslagen.

In zeven ziekenhuizen werden onderzoeken zoals bloedafnames en insputtingen uitgevoerd in een aparte ruimte. Kinderen gingen hierdoor hun ziekenhuiskamer minder associëren met pijnlijke momenten.

Een andere vereiste van het zorgprogramma betreft het uitwerken van een specifiek pijnbeleid. Vijf maal werd hieromtrent een verbeterpunt aangeduid in het auditrapport.

Van groot belang voor kinderen is de continue aanwezigheid van minstens één van de ouders tijdens een verblijf in het ziekenhuis, de zogenaamde rooming-in of overnachtingsmogelijkheid voor ouders. Vooral in ziekenhuizen met een oudere infrastructuur werd deze evolutie niet steeds gevolgd door de noodzakelijke

aanpassingen aan architectuur en infrastructuur. In twee ziekenhuizen had men grote inspanningen gedaan om rooming-in steeds mogelijk te maken. In vier andere ziekenhuizen was rooming-in niet steeds mogelijk of kon dit niet in optimale omstandigheden gebeuren (bv. te weinig ruimte en/of privacy voor ouders, geen aangepast sanitair op de kamers, kostprijs, ...).

Kinderen moeten gescheiden van de volwassen patiënten opgenomen en verzorgd worden. In meer dan de helft van de bezochte ziekenhuizen komen kinderen ook wel eens terecht op gewone verpleegafdelingen, of worden ze onvoldoende afgescheiden van het volwassen gebeuren op de kritieke diensten of het dagziekenhuis. In twee ziekenhuizen werd zelfs een non-conformiteit opgemaakt omdat volwassen patiënten werden opgenomen op de kinderafdeling.

Op twee diensten werd een tekort vastgesteld met betrekking tot de beveiliging van de toegang. Deze diensten konden niet adequaat afgesloten worden om te verhinderen dat kinderen zouden weglopen.

Een ander punt waaraan veel aandacht werd besteed tijdens de audit was het informeren van zowel de kinderen als de ouders over het ziekenhuisverblijf. In twee ziekenhuizen werd dit als een sterk punt geformuleerd. Zo waren er bijvoorbeeld aparte informatiebrochures voor de kinderen en de ouders opgemaakt of was er een aangepaste website voor de kinderen. Eén ziekenhuis scoorde op dit vlak zo slecht dat er een non-conformiteit geformuleerd werd.

Een goede opvang van kinderen betekent ook dat er aandacht besteed wordt zowel aan spel en educatie als aan de psychologische omkadering. Daarom moet in ieder ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen een speelruimte aanwezig zijn en moet deze overdag steeds toegankelijk zijn. Voorts moet er voorzien zijn in spelbegeleiding en in psychosociale opvang. In één ziekenhuis was de educatieve-/speelruimte ondermaats. In vijf ziekenhuizen was er een tekort aan of onvoldoende vrijstelling voor psychosociale begeleiding of voor spelbegeleiding. In één ziekenhuis werd een sterk punt geformuleerd m.b.t. psychosociale begeleiding. In één ziekenhuis beschikte het zorgprogramma voor kinderen niet over het vereiste aantal (3VTE) pediaters.

Op het vlak van multidisciplinaire samenwerking en multidisciplinaire patiëntbespreking werden nogal wat verbeterpunten blootgelegd. De onderlinge samenwerking tussen pediaters is zeer wisselend. Twee ziekenhuizen werden hierover met een tekortkoming geconfronteerd, terwijl de goede samenwerking (o.a. gezamenlijke zaalrondes) viermaal een sterk punt opleverde in andere ziekenhuizen.

Gebrek aan multidisciplinaire patiëntbesprekingen leidde in vier bezochte diensten tot een tekortkoming, terwijl voor onvoldoende multidisciplinaire werking tweemaal een tekortkoming in het verslag kwam.

2.11 Borstvoedingsbeleid

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat borstvoeding grote voordelen biedt voor de gezondheid van moeder en kind. Er wordt tijdens de audit nagegaan of kraamafdelingen voldoende aandacht besteden aan het borstvoedingsbeleid en of de inhoud van dit beleid in overeenstemming is met de internationale richtlijnen van WHO en UNICEF en het federaal borstvoedingscomité. Aandacht voor het borstvoedingsbeleid in ziekenhuizen draagt bij tot het verhogen van het aantal moeders dat borstvoeding geeft.

In alle algemene ziekenhuizen werd de materniteit bezocht. In acht van de elf ziekenhuizen werden sterke punten geformuleerd omtrent het borstvoedingsbeleid. Zeven keer ging het om een recent herwerkt beleid, met o.a. aandacht voor vorming, lactatiedeskundigen en borstvoedingswerkgroepen. Viermaal volgde de ganse groep medewerkers een 20 uur durende cursus lactatie. We merken op dat men heel creatief omgaat om borstvoeding eenduidig te promoten en op te volgen; vb. checklists, folders, video's,

overdrachtlijsten van M naar N*, borstvoedingsboekjes, individuele begeleiding, overleg met zelfstandige vroedvrouwen, ... Eén ziekenhuis stelde een borstvoedingbilan op waarmee moeders worden gedetecteerd die risico lopen om vroegtijdig te stoppen met borstvoeding.

Drie maal werd een tekortkoming geformuleerd over het borstvoedingsbeleid. Het ging telkens om het niet helemaal volgen van de tien vuistregels van de WHO (weglaten van fopspeen en moment van aanleggen na de geboorte). Ook het niet betrekken van de gynaecologen en pediaters bij het opstellen van het borstvoedingsbeleid werd als tekortkoming geformuleerd.

Zeven maal werden aanbevelingen geformuleerd. Vier maal ging deze aanbeveling over het laten ondertekenen van het borstvoedingsbeleid door alle medewerkers, gynaecologen en pediaters waardoor ze hun akkoord op papier geven i.v.m. de vooropgestelde richtlijnen. Driemaal werd aanbevolen om een registratie in te voeren van het aantal moeders dat start met borstvoeding en een follow up hiervan. (o.a. het aantal moeders dat stopt met borstvoeding voor het ontslag uit het ziekenhuis, het aantal moeders die stoppen voor de eerste drie maanden).

2.12 Klachtenmanagement

Gedurende een audit wordt aandacht besteed aan klachtenmanagement. Er wordt zowel ingegaan op de praktische invulling van de taak van de ombudspersoon als op het verloop van de klachtenprocedure.

Van de dertien ziekenhuizen zijn er drie met een voltijdse ombudspersoon in dienst en één ziekenhuis heeft twee halftijdse ombudspersonen (twee campussen). Zes ziekenhuizen hebben een ombudspersoon die daarnaast nog een bijkomende functie heeft. Drie van de zes ombudspersonen combineren hun taak met nog twee bijkomende functies.

Vier keer werd als sterk punt vermeld dat er zich een cultuur van proactief melden van te verwachten klachten ontwikkelt. Hierbij brengen medewerkers de ombudspersoon op de hoogte van confrontaties met ontevreden patiënten.

Negen keer werd een non-conformiteit geformuleerd i.v.m. de onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid van de ombudspersoon, meestal wegens te kort aanleunen bij, of effectief deel uitmaken van de directie. Vier keer werd er een opmerking gemaakt over het niet behandelen van anonieme klachten. Twee opmerkingen gingen over het niet vernietigen van persoonsgegevens na behandeling van de klacht en de opmaak van het jaarverslag.

De meest voorkomende tekortkoming (9) was het niet vermelden van een vervanger van de ombudspersoon indien zich bij een klacht een probleem zou stellen van persoonlijke betrokkenheid of bij ziekte en verlof van de ombudspersoon.

Zeven verbeterpunten gingen over de ontoereikende bereikbaarheid en/of toegankelijkheid van de ombudspersoon.

Zes keer werd aanbevolen om de termijn van de ontvangstmelding op te nemen in de klachtenprocedure.

Tien keer werd de aanbeveling gedaan om klachten die op de afdelingen werden opgelost te registreren en op te nemen in het jaarverslag omdat deze klachten ook waardevolle informatie kunnen bevatten over gebreken in de dienstverlening en mogelijke verbeterpunten kunnen aanleveren.

2.13 *Beleid rond ethische vraagstukken*

In ieder ziekenhuis moeten vaak moeilijke beslissingen genomen worden rond het levenseinde. Het is dan ook van belang dat dergelijke beslissingen na voldoende overleg genomen worden, niet in het minst met de betrokkene zelf of diens vertegenwoordiger. De patiënt heeft, in het licht van de wet op de patiëntenrechten, recht op voldoende informatie.

Een van de belangrijke elementen bij kwaliteitsvolle beslissingen betreffende het levenseinde is een goed werkend ethisch comité. Ieder ziekenhuis is wettelijk verplicht een plaatselijk ethisch comité op te richten. Daarin worden onder andere klinische studies, algemene ethische vraagstukken en dilemma's besproken.

Over de werking van het ethisch comité werd één sterk punt geformuleerd (samenstelling, activiteit, bekendheid, mogelijkheid tot snel advies). Vier keer bleek het comité weinig actief. Er werden nagenoeg geen onderwerpen behandeld of waren leden onvoldoende aanwezig op de vergaderingen. Twee keer werd aanbevolen het comité meer bekendheid te geven op de werkvloer om de drempel te verlagen en het doorstromen van vragen vanuit de verschillende disciplines te optimaliseren.

Er wordt verwacht dat ethische comités ook een rol spelen bij de op puntstelling van het beleid rond therapeutische coderingen ("DNR-beleid"). Over het beleid rond therapeutische codering werd tweemaal een sterk punt geformuleerd (beleid en formulieren waren uitgewerkt, code 0 (geen beperkingen van therapie), de status voor elke patiënt werd geëxpliciteerd).

Spijtig genoeg werden er vaker tekorten (9) gezien: drie tekorten omwille van het niet steeds invullen van de DNR-formulieren (ondermeer niet bij alle palliatieve en/of terminale patiënten), twee opmerkingen wegens het ontbreken van een specifiek formulier. Driemaal was er een gebrek aan uniformiteit van de formulieren over de verschillende campussen heen en één keer werd vastgesteld dat de codering niet steeds besproken werd binnen het behandelende team of met de familie. Vijf keer werd aanbevolen ook een code 0 te voorzien en het formulier voor alle patiënten in te vullen. Op die manier kan er, bij spoedeisende situaties, nooit twijfel bestaan of er al of niet een therapeutische beperking werd afgesproken.

2.14 *Communicatie met patiënten*

Correcte informatie aan patiënten kan misverstanden vermijden en fouten voorkomen. Studies wijzen uit dat voor sommige aandoeningen een grotere betrokkenheid leidt tot betere gezondheidsresultaten.

Aangezien de auditoren moeilijk kunnen nagaan welke informatie mondeling wordt gegeven aan de patiënten, wordt tijdens de audit voornamelijk gekeken naar de informatiebrochures, –folders en onthaalbrochures die ter beschikking worden gesteld van de patiënten.

Voor ziekenhuizen is het informeren van patiënten en hun familie een belangrijk punt. Dat blijkt uit het aantal sterke punten (27) met betrekking tot het informatieaanbod.

Binnen de zorgprogramma's oncologie beschikt men vaak (3 SP) over heel wat informatiebrochures m.b.t. de verschillende chemotherapiekuren en hun bijwerkingen (en wat men daartegen kan doen), naast informatie over beschikbare comfortbehandelingen.

De aanwezigheid van vertaalde infobrochures voor specifieke doelgroepen, samen met de aanwezigheid van tweetalige verpleegkundigen, werd eveneens als sterk punt weerhouden in een ziekenhuis. Vaker (10) werd aanbevolen om vertalingen van folders te voorzien (Frans, Turks...).

Op één spoedgevallendienst beschikte men over verschillende brochures betreffende vaak voorkomende pathologie, zodat de patiënt bij ontslag naar huis kon terugvallen op schriftelijke informatie.

Op een afdeling in een revalidatieziekenhuis werd de volledige zorgequipe voorgesteld via een informatiebord (met foto's en groot lettertype).

Op zes chirurgische dagziekenhuizen beschikte men over een onthaalmap waarin veel aandacht besteed werd aan het informeren van de patiënt over het zorgproces.

Onthaalbrochures, specifiek per afdeling, worden ook vaak als sterk punt aangehaald (geriatrie, neonatale intensive care, materniteit, pediatrie...) Zij laten toe een aantal specifieke aspecten van de afdeling in het licht te stellen (geriatisch concept, aanwezigheid ouders, bezoeken...), waardoor misverstanden vermeden worden. Aan de palliatieve functie werd driemaal aanbevolen om een eigen informatiefolder te ontwikkelen en zo hun visie op palliatieve zorg aan een breed publiek bekend te maken.

Naast de aanbeveling om brochures te ontwikkelen werd ook een achttal keer aangeraden de bestaande brochure te herwerken. Tekortkomingen (10) hadden o.a. te maken met achterhaalde informatie in brochures.

Voor de ombudsfunctie hadden de meeste tekortkomingen (3) en non-conformiteiten (3) te maken met de onvoldoende bekendmaking of verkeerde informatie over inzagerecht (enkel indirecte inzage) en aansprakelijkheid. Er werd ook meermaals een sterk punt geformuleerd. In één ziekenhuis bestond er een aparte infobrochures over de klachtenprocedure. In een ander ziekenhuis waren de klachtenprocedure en het huishoudelijk reglement als bijlage aan de onthaalbrochure toegevoegd. In nog een ander ziekenhuis was de informatie over de ombudsdienst op heel veel plaatsen in het ziekenhuis terug te vinden.

2.15 Informatisering

In de gezondheidszorg neemt het belang van informatie- en communicatietechnologie (ICT) toe. In de algemene ziekenhuizen is informatica steeds meer een onontbeerlijk element bij de ondersteuning van zorgprocessen, de interne en externe communicatie, vorming, ... Toch was de aanwezigheid van deze technologie maar twee keer goed voor een sterk punt, terwijl vier keer de informatica te weinig was uitgebouwd. Indien men bezig was met de installatie van een aantal systemen, komt dit aspect in onze verslagen minder aan bod omdat het nog niet ten volle kon beoordeeld worden.

Voor de externe communicatie speelt de website van het ziekenhuis een primordiale rol. Actuele en duidelijke informatie moet de bezoeker gidsen door het ziekenhuis en een opname helpen voorbereiden. Verschillende (onthaal)brochures zijn op websites terug te vinden. Steeds vaker zien we links naar specifieke deelsites van bepaalde diensten. Voor huisartsen is de website soms de toegangspoort waarlangs zij afspraken elektronisch kunnen maken, (preoperatieve) formulieren kunnen downloaden, of via een beveiligde toegang de dossiers of resultaten van onderzoeken van hun opgenomen patiënten (mits hun toestemming) kunnen raadplegen. Slechts één ziekenhuis beschikte nog niet over een eigen website, al bestond het webadres al.

Ook de interne communicatie verloopt steeds meer op een elektronische wijze. Verslagen van overlegorganen kunnen ingezien worden; medewerkers communiceren met elkaar via mail. Hiertoe is een performant ziekenhuisbreed ICT-platform noodzakelijk en dienen er op alle afdelingen voldoende werkstations en voor alle medewerkers toegang voorzien te worden.

Software kan een aantal processen ondersteunen en vergemakkelijken. Nochtans mag men geen onrealistische verwachtingen hebben. Informatica wordt vaak gezien als de oplossing voor een aantal tekorten. Als processen vooraf niet geoptimaliseerd worden, dan worden problemen overgenomen bij de

invoering van het elektronisch systeem of kunnen nieuwe problemen opduiken.

Een voorbeeld hiervan betreft het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen. Eén keer werd het systeem als sterk punt geformuleerd omwille van het lage aantal fouten en een beter stockbeheer. Drie keer werd een non-conformiteit genoteerd wegens het elektronisch voorschrijven van medicatie door verpleegkundigen en het niet valideren van deze voorschriften door artsen. Het elektronisch voorschrijven van cytostatica kan een meerwaarde betekenen. Twee keer werd een elektronisch voorschrift gezien met ingebouwde controles (sterk punt).

Het registreren van veiligheidsincidenten of bijna-incidenten verloopt beter via elektronische systemen wanneer er voldoende aandacht is besteed aan de mogelijkheid om anoniem te melden en wanneer het melden zelf eenvoudig en snel kan gebeuren (één aanbeveling, één sterk punt).

Binnen het kwaliteitsbeleid worden de procedures meer en meer elektronisch beheerd. Dergelijke werkwijze laat toe de meest recente versie van een procedure snel tot op de werkvloer te krijgen, of om gemakkelijk te zien welke procedures aan een herwerking toe zijn. De tekorten en aanbeveling gingen vooral over de zoekfunctie die niet gebruiksvriendelijk was.

De invoering van een elektronisch patiëntendossier is een huzarenwerk. Het grote knelpunt blijft het afwezig zijn van een goed werkend alomvattend systeem en het koppelen van verschillende los van elkaar ontwikkelde programma's. Bovendien dient men oog te hebben voor de bescherming van persoonsgegevens en beroepsgeheim. Zo blijkt dat dossiers soms zeer lang blijven openstaan na het aanloggen en hebben zorgverleners die niet betrokken zijn bij de zorg vaak toegang tot het patiëntendossier.

Het elektronisch plannen van afspraken en ingrepen/onderzoeken kan efficiëntiewinst betekenen. Naast de polikliniek is het operatiekwartier een omgeving waarin het correct plannen van ingrepen de performantie kan doen toenemen. Zes keer werd aanbevolen om een elektronisch planningssysteem aan te schaffen. Vier keer werd een tekort geformuleerd, omdat het systeem overboeking toeliet of omdat de planning te weinig gebeurde op basis van objectieve gegevens. Hierdoor liep het operatieprogramma systematisch uit. Er werd aanbevolen om het planningssysteem aan te vullen met een elektronisch opvolgingssysteem waarbij men niet alleen binnen het operatiekwartier maar ook op de afdelingen de patiëntenbewegingen kan volgen. Een dergelijk plannings- en opvolgingssysteem is ook nuttig voor de CSA, die hierdoor een goed zicht kan hebben op de vordering van het operatieschema en de nood aan materiaal. Binnen de CSA werd zeven keer aangeraden een tracteringssysteem uit te werken tot op het niveau van de patiënt. Zonder informatica is dit praktisch onmogelijk.

Ook op IZ-diensten wordt informatica belangrijk om de gezondheidstoestand van de patiënt op te volgen. Soms zijn meer werkstations in de boxen aanbevolen of bleek het aangekochte systeem niet aangepast aan de wensen of noden.

Een andere afdeling met veel patiëntenbewegingen is de spoedgevallendienst. Eén keer werd een sterk punt opgetekend omdat er een eigen programma aanwezig was dat toeliet alle bewegingen op spoed te volgen, gekoppeld aan een patiëntendossier. Zeven aanbevelingen gingen over het elektronisch registreren van een aantal kwaliteitsparameters.

3 Slot

In 2008 werden dertien ziekenhuizen onderworpen aan een audit door Inspectie WVG. Niet enkel de ziekenhuiswetgeving werd gecontroleerd, er werd ook nagegaan hoe de ziekenhuizen de kwaliteit van zorg trachten te garanderen en te verbeteren. De doorlichting resulteerde voor alle dertien ziekenhuizen in een verlenging van hun erkenning.

Het voorbije jaar werd de gedifferentieerde auditmethodiek verder verfijnd. Het team ontwikkelde zelfevaluatie-instrumenten, ook spiegels genoemd, voor het merendeel van de diensten. Ziekenhuizen kunnen hiermee, tijdens het voortraject van hun audit, zelf op zoek gaan naar sterke en zwakke punten in hun organisatie van zorg. Op basis van de risico-analyse van deze informatie kan tijdens de audit gefocust worden op de specifieke aandachtspunten van elk ziekenhuis en kan er ingezoomd worden op risico's binnen het zorgproces.

Ook dit jaar was patiëntveiligheid een belangrijke invalshoek tijdens de audits. In elk ziekenhuis werden de risico's in het medicatiedistributieproces onder de loep genomen, in het bijzonder de chemotherapiebereiding, het sterilisatieproces werd doorgelicht en kwetsbare patiëntengroepen, zoals kinderen, kritieke, geriatrische en psychiatrische patiënten, kregen extra aandacht.

Elk ziekenhuis kreeg een uitvoerig verslag met tal van verbeterpunten voor de organisatie van de zorg. Ook innovatieve projecten en uitstekende zorgorganisatie kregen een plaats in het verslag en werden geformuleerd als sterke punten.

Uit de klantenbevraging blijkt dat driekwart van de ziekenhuizen het verslag gebruikt voor correctieve en/of preventieve acties in het ziekenhuis, en 90% van de ziekenhuizen vindt dat de audits hielpen om de eigen werking te verbeteren.

Op deze manier levert de audit een bijdrage aan het continue verbeterproces dat in alle Vlaamse ziekenhuizen dagdagelijks aandacht krijgt.