

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 2007

**Bevindingen van de audits in Vlaamse
algemene ziekenhuizen**

Mei 2008

Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL	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. GEAUDITEERDE DIENSTEN EN FUNCTIES	6
1.5. AUDITMETHODIEK	6
1.6. RESULTATEN VAN DE AUDITS	7
1.7. NABESPREKING VAN HET AUDITVERSLAG	8
1.8. KLANTENBEVRAGING	9
2 THEMA'S IN 2007	10
2.1 KWALITEITSBELEID	10
2.2 INZET VAN MENSEN	10
2.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	10
2.4 VEILIGE ZORG	10
2.5 MEDICATIEBELEID	11
2.6 STERILISATIE	11
2.7 FIXATIEBELEID	11
2.8 KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS	11
2.9 BORSTVOEDINGSBELEID	12
2.10 BELEID ROND ETHISCHE VRAAGSTUKKEN	12
2.11 COMMUNICATIE MET PATIËNTEN	12
2.12 SAMENWERKING MET HUISARTSEN EN THUISZORG	12
2.13 RELATIES MET ANDERE ZIEKENHUIZEN	13
2.14 INFORMATISERING	13
3 BEVINDINGEN VAN DE AUDITS IN 2007	14
1.1 KWALITEITSBELEID	14
1.1.1 Kwaliteitsmanagementsysteem	14
1.1.2 Procedures	14
1.1.3 Zelfevaluatie	15
1.1.4 Kwaliteitshandboek	16
1.1.5 Conclusie	16
1.2 INZET VAN MENSEN	16
1.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	21
1.4 VEILIGE ZORG	22
1.5 MEDICATIEBELEID	23
1.6 STERILISATIE	26
1.7 FIXATIEBELEID	27
1.8 KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS	27
1.9 BORSTVOEDINGSBELEID	30
1.10 BELEID ROND ETHISCHE VRAAGSTUKKEN	30
1.11 COMMUNICATIE MET PATIËNTEN	31
1.12 SAMENWERKING MET HUISARTSEN EN THUISZORG	32
1.13 RELATIES MET ANDERE ZIEKENHUIZEN	33
1.14 INFORMATISERING	34
4 SLOT	36

Inleiding

In 2002 werd door de Vlaamse overheid in de algemene ziekenhuizen het visitatieproject opgestart, door audittechnieken toe te passen werd de inspectie gemoderniseerd. Elk ziekenhuis wordt zo in het kader van verlenging van erkenning om de vijf jaar bezocht door een auditteam. Met 2007 werd een zesde jaar van audits afgesloten. Begin 2007 waren de laatste twee ziekenhuizen van de eerste auditronde aan de beurt, waarna in het voorjaar werd gestart met een tweede auditcyclus in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Tijdens dat jaar werden dertien ziekenhuizen bezocht door het auditteam van IVA Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De doorlichting resulteerde in 13 auditverslagen¹ met daarin een verzameling van sterke punten en al dan niet wettelijk verplicht te verbeteren elementen.

Bij de start van de tweede auditcyclus werd de aandacht van het auditproces nog explicieter gericht op kwaliteit van zorg en op patiëntveiligheid. Speciale aandacht gaat hierbij naar een aantal specifieke thema's: risicomanagement inzake patiëntveiligheid, medicatiedistributie, sterilisatieproces, fixatiebeleid en kindvriendelijkheid.

In 2007 werd verder een eerste stap gezet in de richting van een gedifferentieerde auditmethodiek. Op basis van de analyse van de vooraf verzamelde informatie en van de zelfevaluatie opgemaakt door het ziekenhuis, kan tijdens de audit de aandacht meer gericht gaan naar aandachtspunten specifiek voor elk ziekenhuis.

Dit principe van zelfevaluatie werd via het nieuwe kwaliteitsdecreet in 2005 geïntroduceerd in de Vlaamse ziekenhuizen. In dit nieuwe decreet wordt de klemtoon meer gelegd op het meetbaar maken van de effecten van kwaliteitszorg en wordt de verantwoordelijkheid en de keuze van thema's bij de ziekenhuizen zelf gelegd. Op basis van een zelfevaluatie moeten de ziekenhuizen aantonen dat ze de vinger aan de pols houden, zwakke punten opsporen, projecten met als doel kwaliteitsverbetering opstarten en evalueren of doelstellingen werden bereikt.

Deze terugblik biedt zicht op de bevindingen van de audits die gebeurden in 2007 aan de hand van enkele grote thema's. Niet alleen de verbeterpunten in de ziekenhuizen kregen aandacht, maar ook sterke punten werden benadrukt.

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

I Overzicht

1.1. Ziekenhuizen

In 2007 werden 13 ziekenhuizen gevisiteerd, waaronder 5 categorale² ziekenhuizen en 8 algemene ziekenhuizen. Van deze acht algemene ziekenhuizen waren er twee universitaire ziekenhuizen. De grootte van de ziekenhuizen varieerde sterk. Het kleinste ziekenhuis beschikte over 24 bedden, terwijl het grootste ziekenhuis 1062 bedden binnen haar muren had staan.

Twee ziekenhuizen kregen in januari hun eerste auditbezoek. Met hen sloot de eerste auditcyclus af. Alle andere waren toe aan een tweede ronde van audit.

Ziekenhuizen die in 2007 doorgelicht werden:

Naam ziekenhuis	Aantal ziekenhuisbedden
Universitair Ziekenhuis, Gent	1062
AZ Sint-Lucas, Gent	816
Algemeen ziekenhuis Sint-Augustinus – Sint-Camillus, Wilrijk	610
Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem	573
Imeldaziekenhuis, Bonheiden	460
Sint-Elisabethziekenhuis, Turnhout	369
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart, Tienen	352
Sint-Rembertziekenhuis, Torhout	197
MS- en Neurologisch Revalidatiecentrum, Overpelt	120
Kliniek De Mick, Brasschaat	100
Revalidatiecentrum Ten Bos, Izegem	54
Verpleeginrichting De Dennen, Malle	38
Sint-Janshospitaal, Wervik	24

1.2. Samenstelling van het auditteam

Het aantal auditoren betrokken bij de audit varieerde van 3 tot 6 (zie figuur 1). In een categoriaal ziekenhuis gingen 3 tot 4 auditoren ter plaatse. De andere ziekenhuizen werden doorgelicht door een team van 4 tot 6 auditoren. Het relatief grote aantal auditoren in enkele

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).

ziekenhuizen heeft te maken met de inscholing van nieuwe auditoren.

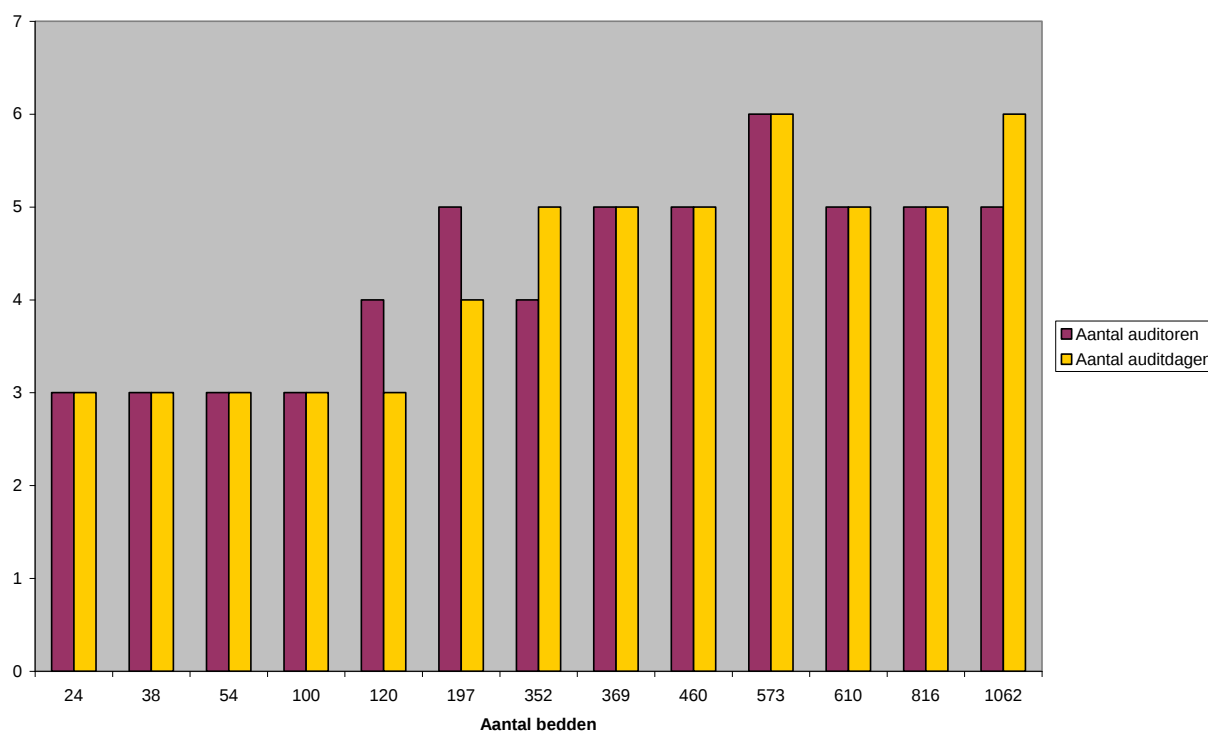
1.3. Duur van de audit

Gemiddeld waren de auditoren in 2007 4,3 dagen aanwezig in het ziekenhuis (2005: 5; 2006: 4,4).

In een categoriaal ziekenhuis bleven de auditoren 3 dagen ter plaatse. In de algemene ziekenhuizen bepaalde de grootte van het ziekenhuis (aantal bedden, aantal zware medisch-technische diensten en aantal campussen) het aantal dagen dat auditoren besteedden aan de audit ter plaatse. Zoals weergegeven in Figuur 1 lag het aantal auditdagen in 2007 tussen de 4 en de 6 dagen.

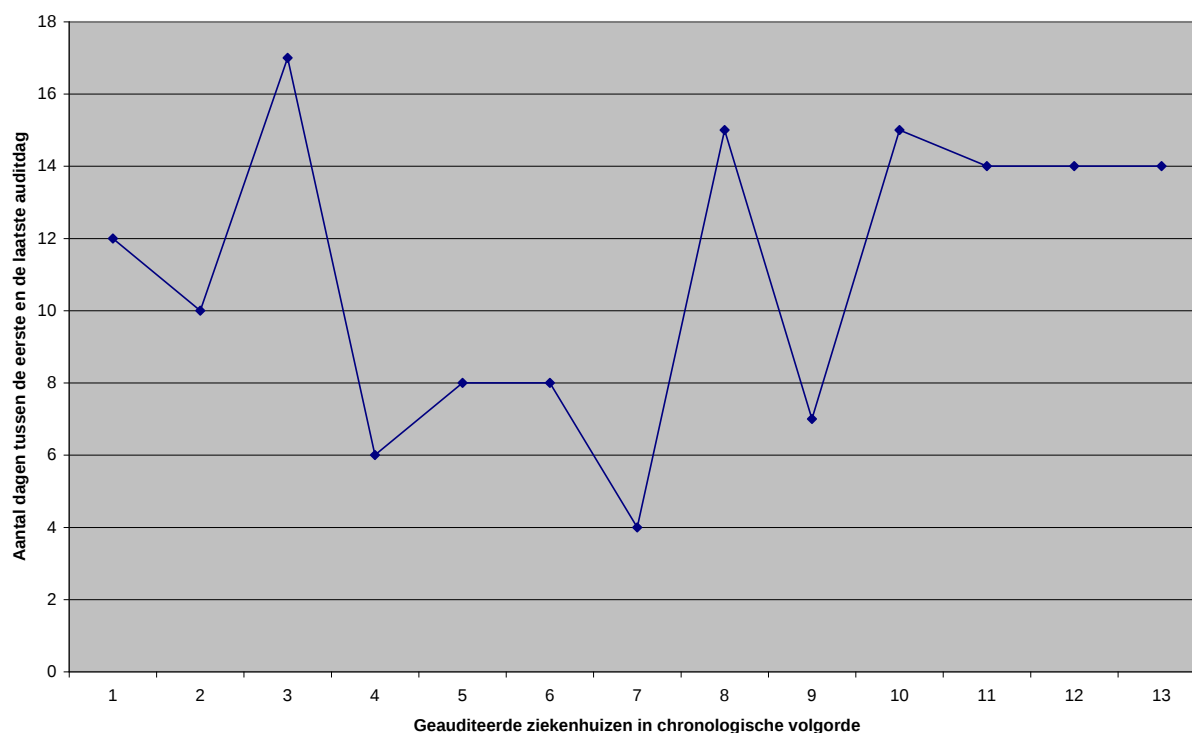
Tijdens de voorlaatste auditdag stelt het team in het ziekenhuis het verslag samen.

Op de laatste auditdag wordt het voorlopig auditverslag gepresenteerd in het ziekenhuis.



Figuur 1: Aantal auditdagen en auditoren in de ziekenhuizen tijdens de audits in 2007, gerangschikt volgens het aantal erkende bedden

Voor een ziekenhuis verliep er tussen de eerste en de laatste dag van de audit met de presentatie van het voorlopig auditverslag, gemiddeld 11 dagen (zie Figuur 2).



Figuur 2: Aantal dagen tussen de eerste en de laatste auditdag in 2007

1.4. Geauditeerde diensten en functies

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

Beleidsmatige aspecten komen in de audit van ieder ziekenhuis aan bod. Zo maken het algemeen beleid van het ziekenhuis, het medisch beleid, het verpleegkundig beleid en het kwaliteitsbeleid deel uit van iedere audit.

Ook de werkvloer krijgt in elk ziekenhuis ruim de aandacht. Zo worden steeds een aantal verpleegafdelingen en de apotheek doorgelicht. In algemene ziekenhuizen worden verder altijd de kritieke diensten, operatiekwartier, intensieve zorgen en spoedgevallen bezocht. Er bestaat een grote variatie in het soort diensten waarover een ziekenhuis beschikt, vandaar de grote variatie in de bezochte diensten.

1.5. 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. Aangezien tijdens de audits bleek dat niet alle ziekenhuizen even goed op de hoogte waren van

dit referentiekader, werd de link naar de website in 2007 mee opgenomen in de eerste aankondigingsbrief van een audit.

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 **medicatie distributie**, aan **sterilisatie**, aan het **kindvriendelijk beleid** (rechten van kinderen en hun ouders in een ziekenhuis) en aan het **fixatiebeleid**.

In overleg met de **beroepsvereniging van ziekenhuisapothekers** werden twee aandachtsthema's, nl. medicatie distributie en sterilisatie, inhoudelijk uitgediept. Met behulp van de expertise van deze **peers** werden de risicofactoren in het proces van medicatie distributie en bij het sterilisatiegebeuren verhelderd. Het resultaat van deze constructieve overlegronde was een olijsting van cruciale vragen die naar risico's peilen in deze processen.

In 2007 werd verder een eerste stap genomen naar een **gedifferentieerde auditmethodiek**. De informatie die bij ziekenhuizen opgevraagd werd in aanloop naar een audit werd meer gestructureerd en gericht opgevraagd. Voorbeelden hiervan zijn een risico-analyse van de medicatie distributie, het fixatiebeleid, het borstvoedingsbeleid, beleid inzake kindvriendelijkheid, ... Ook op afdelings- en dienstniveau werd op een meer gestructureerde manier informatie opgevraagd in aanloop naar de audit. Enerzijds werd deze informatie door de auditoren gebruikt ter voorbereiding van de auditgesprekken. Anderzijds werden op deze manier de gespreksonderwerpen aan de gesprekspartners vooraf ter voorbereiding meegedeeld. Op basis van de analyse van de vooraf verzamelde informatie en van de zelfevaluatie opgemaakt door het ziekenhuis, kan tijdens de audit de aandacht meer gericht gaan naar aandachtspunten specifiek voor elk ziekenhuis. Zo waren er in alle ziekenhuizen accentverschillen, en betekende dit een eerste stap naar een differentiatie in de auditmethodiek.

1.6. 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** (Aanb) zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering, maar worden door de auditoren meegegeven ter verbetering van de kwaliteit van zorg. In de auditverslagen worden bovendien ook de **sterke punten** (SP) van het ziekenhuis benadrukt. Dit zijn aspecten in het ziekenhuis die de auditoren als uitblinkers beschouwen. 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 voorlopig auditverslag wordt op de laatste auditdag gepresenteerd in het ziekenhuis.

Na de mogelijkheid tot reactie van het ziekenhuis, en indien gewenst een bijkomend overleg met het auditteam, wordt het voorlopig rapport aangepast tot een definitief auditverslag.

Voor sommige punten in het auditverslag wordt een termijn opgelegd waarbinnen de ziekenhuizen moeten voldoen aan deze opmerkingen. Deze termijnen en de opvolging ervan gebeurt door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Als resultaat van de audit verkregen alle 13 ziekenhuizen een **verlenging** van hun **erkenning**.

Nagenoeg alle ziekenhuizen kregen een verlenging van de erkenning voor vijf jaar, één ziekenhuis kreeg een verlenging voor 2,5 jaar.

1.7. Nabespreking van het auditverslag

Na de presentatie van het voorlopig auditverslag in het ziekenhuis is er een eerste mogelijkheid tot mondeling overleg met de auditoren over de inhoud van het verslag.

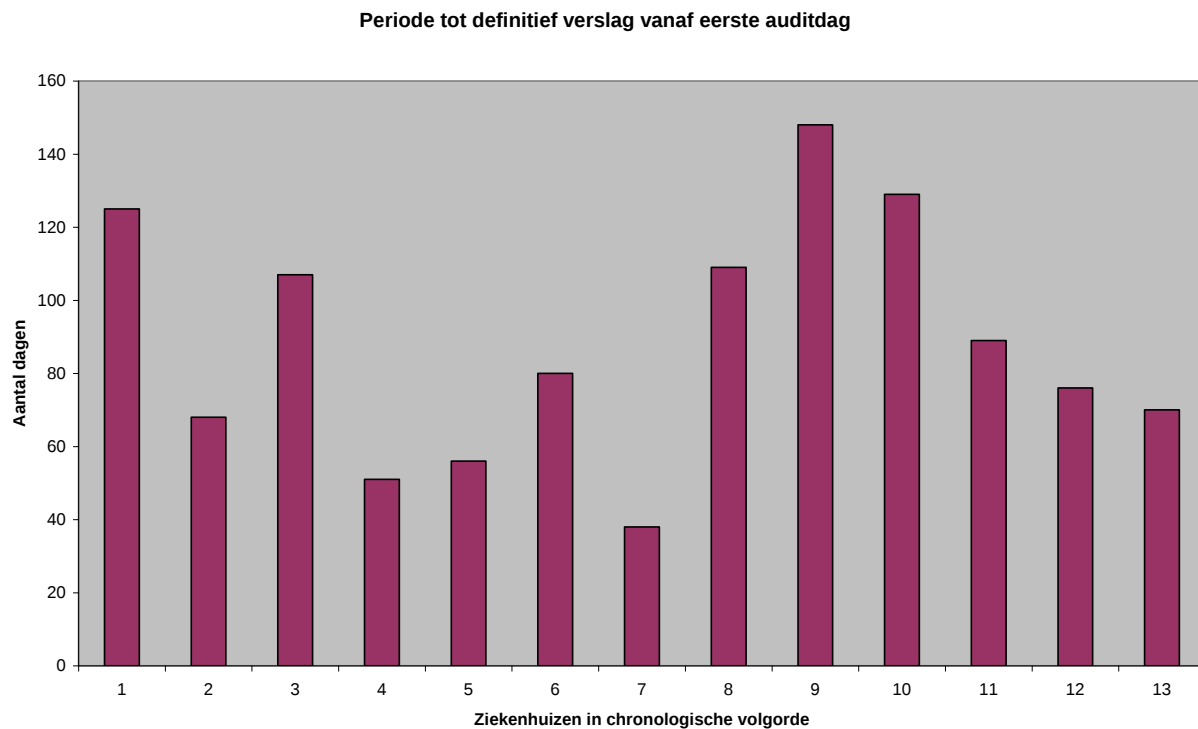
Hiernaast heeft elk ziekenhuis de mogelijkheid om binnen de 25 kalenderdagen d.m.v. een schriftelijke **reactienota** te reageren op het auditverslag. Tien van de dertien ziekenhuizen reageerden met een reactienota op het voorlopig verslag.

Verder is er in de planning een **overlegmoment** voorzien om hierna de argumenten van de reactienota mondeling te verduidelijken. Zeven van de dertien ziekenhuizen maakten gebruik van deze mogelijkheid tot verder overleg. Tijdens deze bespreking van de reactienota wordt getracht om tot een consensus te komen over de inhoud van het auditverslag. Naast de auditoren van IVA Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, zijn tijdens dit overlegmoment ook de collega's van IVA Zorg en Gezondheid aanwezig, zodat ook de eventuele termijnen die gesteld werden aan sommige non-conformiteiten of tekortkomingen op dit overleg aan bod kunnen komen.

Na dit overlegmoment wordt het voorlopig verslag aangepast tot een **definitief verslag**.

Uit Figuur 3 blijkt dat bij enkele ziekenhuizen het volledige traject, van eerste auditdag tot definitief verslag, meer dan 3 maanden in beslag nam (met een maximum van 148 dagen), terwijl dat voor een ander ziekenhuis amper 38 dagen duurde. Voor een deel is dat te verklaren door de zomervakantie, voor een deel ook doordat de afsluitende overlegvergadering soms verschillende keren werd uitgesteld. Een korte duur betekent dat een ziekenhuis afziet van een finaal overlegmoment wegens geen of een beperkt aantal opmerkingen, waarvoor telefonisch en/of schriftelijk een overeenkomst kan bereikt worden.

Gemiddeld duurde de periode tussen de eerste auditdag tot het definitief verslag 88 dagen.



Figuur 3: Periode (in dagen) tussen eerste auditdag en het definitief verslag

1.8. Klantenbevraging

Een anonieme **schriftelijke bevraging** werd na afloop van de audit naar alle in 2007 bezochte ziekenhuizen verstuurd. Zes van de dertien ziekenhuizen vulden een enquêteformulier in.

Naast deze anonieme schriftelijke bevraging werden enkele **focusinterviews** afgenomen bij ziekenhuizen waarvan de auditoren de indruk hadden dat het auditverslag 'hard' was aangekomen.

Op deze manier verkregen we, schriftelijk of mondeling, van 8 van de 13 (62%) ziekenhuizen feedback.

De informatie uit deze klantenbevraging heeft ons geholpen om de **communicatie** omtrent de auditmethodiek en het auditproces te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn de vermelding van het referentiekader in de aankondigingsbrief van een audit, het interactiever maken van de presentatie van het auditverslag, en het beter kaderen van de opmerkingen in het verslag tijdens de presentatie.

2 Thema's in 2007

Om het geheel overzichtelijk en beknopt weer te geven in dit jaarverslag, werden de belangrijkste opmerkingen gebundeld onder grote thema's. Hieronder wordt het overzicht gegeven van de thema's die in 2007 frequent aan bod kwamen in de auditverslagen.

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.

De aandacht ging dit jaar voornamelijk naar de manier waarop het ziekenhuis de werking rond de 4 kwaliteitsdomeinen, **klinische** en **operationele performantie, evaluatie door de gebruikers en medewerkers**, had opgestart en hoe deze verder zouden worden uitgewerkt de komende 5 jaar.

2.2 Inzet van mensen

De auditoren kijken na of het ziekenhuis voldoet aan de wettelijk normen inzake de inzet van personeel. Er wordt nagegaan of er **voldoende personeel** wordt ingezet met de gepaste **opleiding**.

Bovendien wordt gekeken hoe het ziekenhuis omgaat met haar personeel. In het kader van het nieuwe kwaliteitsdecreet (domein evaluatie door de medewerkers) moet het ziekenhuis immers de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van de medewerkers inventariseren en op basis hiervan verbetermogelijkheden zoeken.

2.3 Samenwerking tussen zorgverleners

In het ziekenhuis dienen heel wat mensen samen te werken. Niet alleen binnen de eigen beroepsgroep moet er samengewerkt worden, maar ook buiten de grenzen van het eigen beroep is samenwerking een must. Artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici enz. staan samen in voor het welzijn van de patiënt. Het auditteam kijkt na op welke manier deze **samenwerking** in het ziekenhuis tot stand komt en hoe de **communicatie** tussen de zorgverleners verloopt.

2.4 Veilige zorg

Ieder ziekenhuis dient ernaar te streven om veilige zorg aan te bieden aan patiënten. Er wordt gekeken naar het beleid van risicomanagement dat de ziekenhuizen voeren om een maximale garantie te kunnen bieden dat de zorg of het zorgsysteem geen bijkomende schade veroorzaakt aan de zorgvrager.

Hierbij wordt onder andere gekeken of het ziekenhuis fouten, ongevallen en bijna-ongevallen registreert (**FONA-registratie**) en hieraan verbeteringsacties of sensibiliseringscampagnes koppelt.

2.5 Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid is één van de kernprocessen in een ziekenhuis en vormt een belangrijk onderdeel in de totale diagnostische en therapeutische zorgverstrekking aan patiënten. Het krijgt dan ook de nodige aandacht van de auditoren. Het medicatiebeleid beperkt zich niet tot de apotheek, maar wordt ook belicht op alle afdelingen en functies in het ziekenhuis. Specifiek wordt de **geneesmiddelendistributie**, die bestaat uit de bevoorrading, het voorschrijven, het verstrekken van duidelijke informatie aan de patiënt, de voorbereiding, het klaarzetten, het toedienen en de registratie, bekeken.

2.6 Sterilisatie

Het sterilisatieproces is, net zoals de medicatiedistributie, één van de kernprocessen in een ziekenhuis. De dienst centrale sterilisatie staat in voor de kwaliteit van desinfectie en sterilisatie van medisch materiaal. De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het sterilisatiegebeuren is volgens de ziekenhuiswet de hoofdapotheker. Andere belangrijke partners voor een kwalitatief hoogstaand sterilisatieproces zijn de hoofdgeneesheer en het Comité voor Ziekenhuishygiëne van een ziekenhuis.

2.7 Fixatiebeleid

Het fixatiebeleid dient niet enkel **veiligheidsaspecten** voor ogen te houden, maar behelst ook ethische aspecten. Fixatie komt immers neer op een vrijheidsbeperking, en houdt bovendien risico's in op psychologische en zelfs lichamelijke schade.

2.8 Kinderen in het ziekenhuis

Kinderen vormen een specifieke en **kwetsbare patiëntengroep** binnen het ziekenhuis. Kinderen komen niet alleen terecht op de kinderafdelingen, maar ook bijvoorbeeld op de spoedgevallendienst en het operatiekwartier. Doorheen de audit van de verschillende diensten en functies wordt daarom nagegaan hoe men doorheen het ziekenhuis ingaat op de **specifieke noden** van kinderen.

In 2007 werden de bepalingen uit het **zorgprogramma** voor kinderen van kracht. Dit KB heeft heel wat kindvriendelijke principes wettelijk vastgelegd. De twee belangrijkste principes zijn dat ouders steeds bij het kind moeten kunnen blijven, en dat kinderen niet samen met volwassenen worden opgenomen.

2.9 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 UNICEF/**WHO** en het federaal borstvoedingscomité. Aandacht voor het borstvoedingsbeleid in ziekenhuizen draagt bij tot het verhogen van het aandeel moeders dat start met borstvoeding.

2.10 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(s). De patiënt heeft, in het licht van de patiëntenrechtenwet, immers recht op voldoende informatie. Daarnaast is het ook van belang dat er overleg is tussen de zorgverleners en dat zij onderlinge (taak)afspraken vastleggen en procedures naleven.

Tijdens de audits wordt dan ook de werking van het plaatselijk **ethisch comité** geëvalueerd. Er wordt ook gekeken naar het protocol dat gehanteerd wordt betreffende therapeutische restricties (vaak beter gekend als de **DNR**-codes) en de neerslag ervan in het patiëntendossier.

2.11 Communicatie met patiënten

In het kader van de wet op de **patiëntenrechten** wordt vanuit het auditteam veel aandacht besteed aan de informatie die wordt gegeven aan patiënten. Volgens deze wet heeft iedere patiënt het recht om **informatie** te ontvangen waardoor hij inzicht krijgt in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (diagnose, behandeling, enz.). De auditoren kijken na hoe het ziekenhuis deze verplichting vertaalt in de praktijk.

2.12 Samenwerking met huisartsen en thuiszorg

Gedurende een audit wordt aandacht besteed aan de **transmurale zorg**. Er wordt gekeken hoe de contacten verlopen met de huisartsen, rustoorden, rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorg enz. Specifiek wordt ook gekeken naar de inspanningen die ziekenhuizen leveren om de huisartsen te betrekken bij de behandeling van hun patiënten.

2.13 Relaties met andere ziekenhuizen

De auditoren kijken de (wettelijke) samenwerkingsakkoorden met andere ziekenhuizen na en stimuleren de ziekenhuizen tot een betere **samenwerking**. Een goede samenwerking kan tot uiting komen in een afgestemd doorverwijspatroon tussen ziekenhuizen, geregeld overleg tussen directies van ziekenhuizen enz.

2.14 Informatisering

Net zoals in alle sectoren worden ook in de ziekenhuizen processen geïnformatiseerd. Het auditteam gaat niet in op de technische kant van de informatisering, maar kijkt voornamelijk naar de voor- of nadelen voor de gebruikers.

3 Bevindingen van de audits in 2007

1.1 Kwaliteitsbeleid

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 dient gemaakt te worden aan alle medewerkers, patiënten en verwijzers.

Vier ziekenhuizen hadden nog geen (wettelijk verplichte) procedure hiervoor. Vaak werd dit evaluatierapport verward met het volledige auditrapport.

1.1.1 Kwaliteitmanagementsysteem

De meeste instellingen hebben hun intenties met betrekking tot kwaliteit en de wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management, onder de vorm van een **missie** en een **visie**. Deze werden meestal breed bekend gemaakt bij de medewerkers. In twee ziekenhuizen werd de actualisatie van missie en visie op basis van de zelfevaluatie als sterk benoemd.

Er wordt veel belang gehecht of het ziekenhuis erin slaagt om het **kwaliteitsbeleid** te **integreren** binnen de organisatie. Vijf instellingen slaagden door nog onvoldoende in, enkele instellingen daarentegen zeer goed. Zo werden alle departementen betrokken bij het kwaliteitsbeleid, door bv. op alle afdelingen te werken met operationele doelstellingen die gekoppeld zijn aan de strategische doelstellingen van het ziekenhuis. Kwaliteitsbeleid was bijvoorbeeld in een instelling ook opgenomen in de functieomschrijving van meerdere personeelsleden. In een ander ziekenhuis was het medisch departement gestart met medische beleidsplannen.

Om vooropgestelde kwaliteitsdoelstellingen te bereiken worden in het ziekenhuis **structuren** (vb. werkgroepen of comités) opgericht en worden **bevoegdheden** en **verantwoordelijkheden** inzake kwaliteitszorg toegewezen. In de meeste ziekenhuizen werd een overkoepelende kwaliteitsstuurgroep opgericht, die richting en structuur geeft aan het kwaliteitsbeleid en de basis vormt en ondersteuning biedt voor het ontwikkelen van nieuwe kwaliteitsinitiatieven. Aan vier ziekenhuizen werd aanbevolen om dergelijke stuurgroep en/of werkgroepen (her) op te richten of ze meer en/of andere bevoegdheden te geven.

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 6 opmerkingen).

1.1.2 Procedures

Binnen het kwaliteitsbeleid wordt ook nagekeken hoe de instelling omgaat met procedures. Zoals eerder gezegd wordt nagegaan of de dienstspecifieke zorgprocessen worden vertaald naar een **gestandaardiseerd** beleid. In 4 instellingen vertoonden de procedures onvoldoende uniformisatie: procedures verschilden er per discipline en soms binnen eenzelfde discipline.

Elf keer werd aanbevolen om de kennis en het correcte gebruik van deze procedures op regelmatige tijdstippen te evalueren. Een non-conformiteit wees op het naast elkaar bestaan van verschillende procedures met eenzelfde naam. De lijst met alle procedures was er nog maar recent samengesteld, als eerste stap naar een beter procedurebeheer. Er was één tekortkoming over het centrale beheer van procedures en hun consulteerbaarheid. Verder waren er nog twee aanbevelingen (o.a. over een elektronische zoekfunctie om het terugvinden van een bepaalde procedure te vergemakkelijken).

1.1.3 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 worden verbeterd. Op basis van een zelfevaluatie dienen zij binnen vier domeinen (**klinische performantie**, **operationele performantie**, **medewerkerstevredenheid** en **gebruikerstevredenheid**) op verantwoorde wijze **verbeterpunten** te selecteren en hiervoor een 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-zwakte analyse.

In 6 ziekenhuizen ontbrak de **sterkte-zwakte analyse** van de **klinische performantie**. In twee instellingen werd vastgesteld dat de sterkte-zwakte analyse over een te beperkt gedeelte van de klinische performantie handelde of dat iedere medische discipline een eigen sterkte-zwakte analyse had uitgevoerd zonder enige integratie. Heel wat ziekenhuizen hadden echter veel werk gemaakt van de zelfevaluatie en/of hadden bijvoorbeeld ook binnen andere domeinen een sterkte-zwakte analyse uitgevoerd.

Bij de keuze van verbeterpunten wordt er door het auditteam ook gekeken naar de **link** met het kwaliteitsbeleid dat gevoerd werd in het kader van het **orig kwaliteitsdecreet**. 7 keer ontbrak de evaluatie van dit beleid in het kwaliteitshandboek of was het te summier weergegeven, wat het moeilijk maakte om de gemaakte keuzes (bv de keuze voor het al dan niet verder zetten van een thema) te beoordelen.

Het grootste probleem (12 tekortkomingen!) echter situeert zich, 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”). 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 relevante en aanvaardbare norm die moet behaald worden en het uitwerken van een tijdsgebonden plan met verbeteracties is het immers zeer moeilijk om na 5 jaar een 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 de acties die men ging ondernemen (bv. het verhogen van de respons op de patiëntentevredenheidsenquête) en niet op de via de zelfevaluatie geïdentificeerde knelpunten (in dit voorbeeld (het gebrek aan) voldoende tevredenheid van de patiënt). Ook bij de **betrouwbaarheid** en/of **relevantie** van een aantal gemeten **parameters** werden soms bedenkingen geformuleerd (3 tekortkomingen).

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. Aangezien er maar twee jaar meer rest om verbeteringen aan te tonen, dienen deze instellingen hier prioriteit aan te geven.

1.1.4 Kwaliteitshandboek

Ook de kwaliteit en de verspreiding van de kwaliteitshandboeken, waarin het kwaliteitsbeleid van de instelling zijn neerslag moet vinden, verschilt van instelling tot instelling. Een instelling beschikte op het moment van de audit niet over een handboek, maar enkel over een aantal losse documenten, een ander had in allerijl een handboek samengesteld, en de haast weerspiegelde zich in de inhoud. Tweemaal werd dan ook aangegeven dat het **kwaliteitsbeleid**, en met name de zelfevaluatie, onvoldoende **gestalte** kreeg in het **handboek**. In 2 andere ziekenhuizen werd vastgesteld dat er in de realiteit heel wat meer kwaliteitsinitiatieven in de instelling bestonden dan in het kwaliteitshandboek waren weergegeven.

In heel wat instellingen was het handboek gemakkelijk consulteerbaar voor alle medewerkers en werd het gebruikt als communicatiemiddel.

1.1.5 Conclusie

Algemeen konden we vaststellen dat de meeste ziekenhuizen het nieuwe kwaliteitsdecreet positief onthaalden en gebruiken als hefboom om hun kwaliteitsbeleid in een hogere versnelling te brengen.

1.2 Inzet van mensen

Het verstrekken van een kwaliteitsvolle zorg vraagt de inzet van het nodige personeel. In de eerste plaats wordt gecontroleerd of het ziekenhuis voldoet aan de **erkenningnormen** inzake personeel. Daarnaast wordt nagegaan of de inzet van medewerkers ook in verhouding staat tot de activiteiten in het ziekenhuis, er wordt m.a.w. nagekeken of de **werklast** voor het personeel niet te hoog ligt.

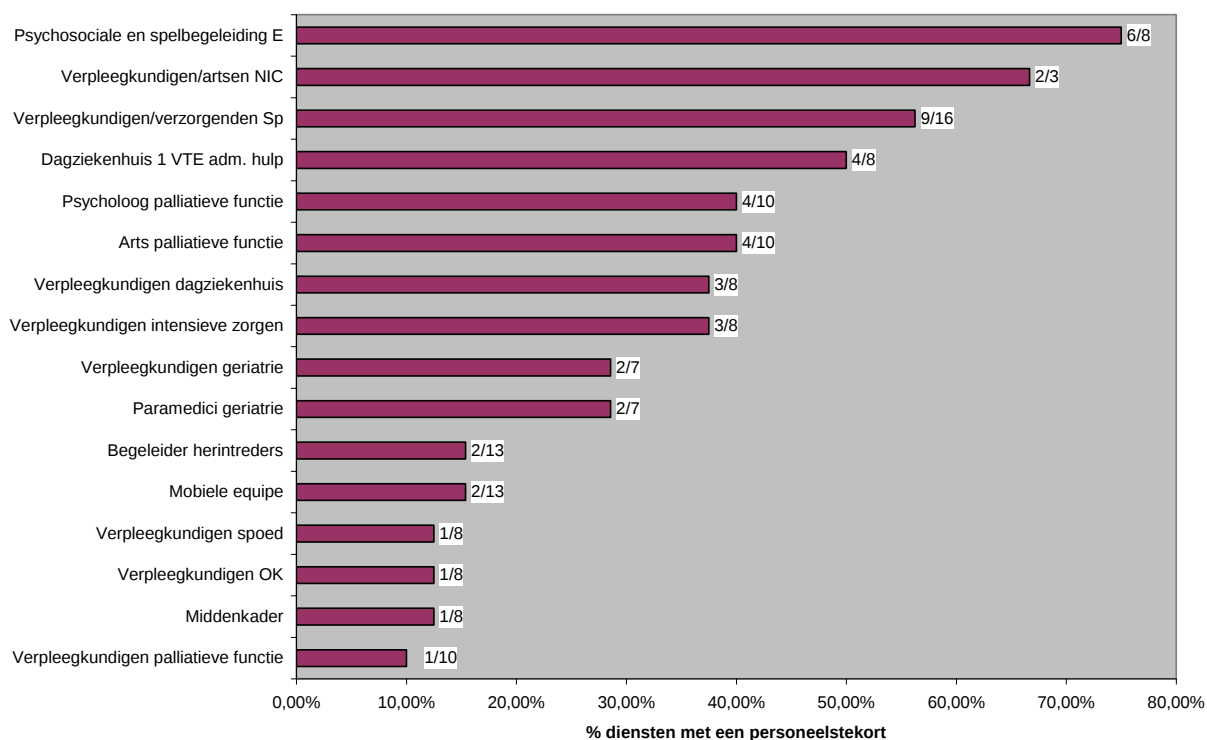
In Figuur 4 wordt weergegeven hoeveel **personeelstekorten** er op basis van de wettelijke normen werden vastgesteld in de bezochte ziekenhuizen. Het niet voldoen aan de vereiste permanenties werd ook bij de personeelstekorten gerekend (zie Figuur 5).

- De tekorten binnen de functie **palliatieve zorgen** waren zeer divers. Er werden zowel tekorten vastgesteld met betrekking tot de medische, de psychologische als de verpleegkundige bestaffing.
- In 5 ziekenhuizen was er op de **kinderafdeling** (E) een tekort aan psychosociale begeleiding, in 2 aan spelbegeleiding. Verder werd er op één van de acht bezochte kinderafdelingen een probleem vastgesteld omtrent de 24-uurspermanentie door een pediatrisch verpleegkundige.

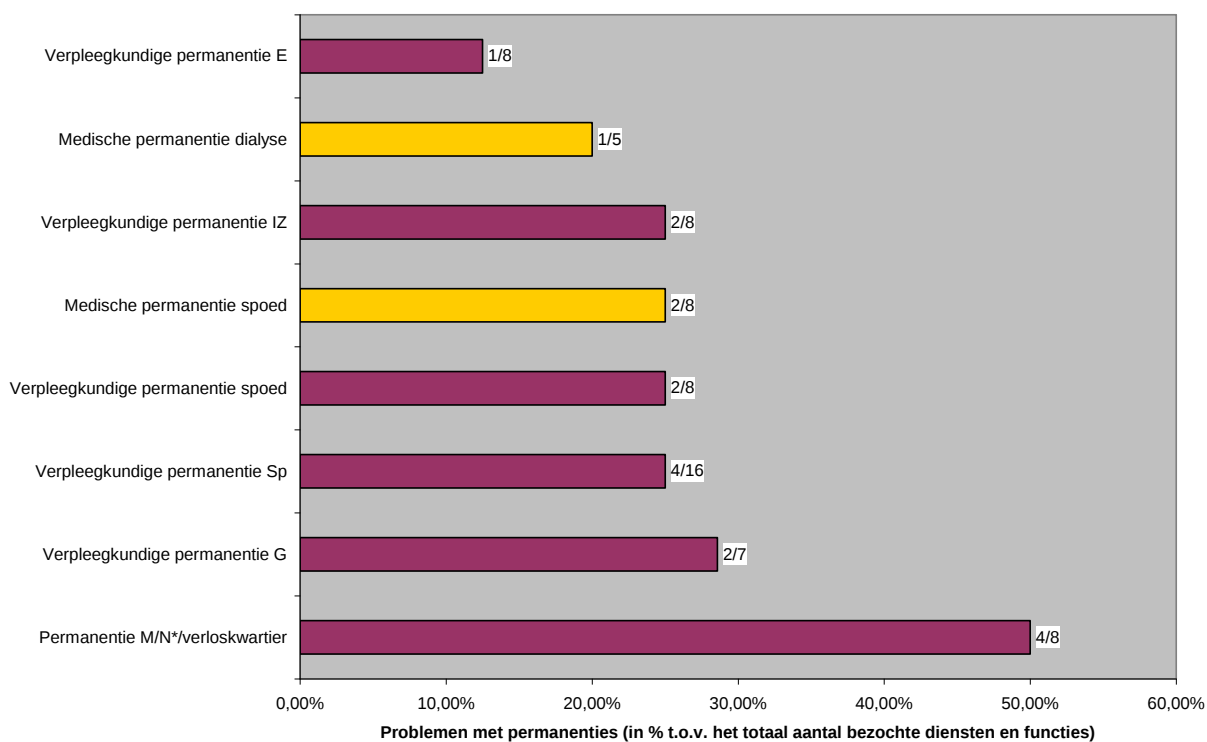
- Twee ziekenhuizen konden niet aantonen dat het equivalent van 6 gegradueerde pediatrische verpleegkundigen of vroedvrouwen met bijzondere ervaring in de neonatologie prioritair was toegewezen aan de **neonatale eenheid** (ook N*-eenheid genoemd). Dit wordt gevraagd met het oog op de verzorging en het bestendig toezicht op de verblijvende pasgeborenen op de N*-eenheid. Deze 6 VTE moeten instaan voor de permanentie vanaf het moment dat er één baby is opgenomen.
- Verontrustend is het probleem qua **permanenties** op de **materniteit**, het verloskwartier en de neonatale eenheid. Op iedere kraamafdeling dient er een 24-uurspermanentie te zijn van vroedvrouwen, los van de permanentie aan vroedvrouwen voor het verloskwartier. Hiernaast dient men nog te voorzien in een permanentie voor de neonatale afdeling (N*), indien er een baby is opgenomen. In de helft van de bezochte kraamafdelingen werden deze permanenties onvoldoende ingevuld, daar werden, voor verloskwartier, kraamafdeling en N* samen, slechts twee vroedvrouwen/pediatrisch verpleegkundigen ingezet i.p.v. de vereiste drie.
- In 2 van de 3 bezochte NIC-diensten (**neonatale afdeling voor intensieve zorgen**) was er een tekort aan personeel, de ene keer was er een verpleegkundig personeelstekort, de andere keer een tekort aan artsen.
- Daarnaast was er een probleem met de medische permanentie op een MIC. Een geneesheer-specialist in opleiding met minder dan twee jaar ervaring werd er ingeschakeld in de medische permanentie, dit is in de figuur niet weergegeven.
- Op 9 van de 16 bezochte **revalidatie-afdelingen** (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. Op 4 revalidatie-afdelingen werd bovendien vastgesteld dat er een probleem was met de 24-uurspermanentie van verpleegkundigen. Op sommige momenten van de week was geen verpleegkundige aanwezig op de afdeling, enkel verzorgenden of verpleeg-assistenten.
- De personeelstekorten op de 7 bezochte **geriatrische afdelingen** (G) waren twee keer toe te wijzen aan een tekort aan paramedisch personeel en meer bepaald een tekort aan ergotherapeuten. Evenveel keer was er een tekort aan verpleegkundigen. Op 2 geriatrische afdelingen werd bovendien vastgesteld dat er een probleem was met de 24-uurspermanentie van verpleegkundigen. Op sommige momenten van de week was geen verpleegkundige aanwezig op de afdeling, enkel verzorgenden of verpleeg-assistenten.
- Op de 3 van de 8 bezochte functies **intensieve zorgen** werd een tekort aan verpleegkundig personeel vastgesteld. Twee opmerkingen werden geformuleerd over de verpleegkundige permanentie 's nachts. Deze permanentie was ofwel onderbestaft, ofwel diende één van de verpleegkundigen op een andere dienst te gaan helpen. In één ziekenhuis ging het over een medium care waar erkende IZ-bedden stonden opgesteld, en waar zowel de bestaffing als de permanentie niet voldeed.
- De opmerkingen inzake het personeel op de functie gespecialiseerde **spoedgevallen** hadden te maken met de permanentie van artsen en verpleegkundigen. Bij de artsen was

het probleem twee maal dat de permanentie op spoed werd gecombineerd met een andere permanentie (vb. consultaties). Twee maal werd vastgesteld dat spoedverpleegkundigen 's nachts systematisch werden ingezet op andere diensten, waardoor niet voldaan werd aan de minimumpermanentie.

- Op het **chirurgisch daghospitaal** werd drie maal een tekort aan verpleegkundigen vastgesteld. In 4 ziekenhuizen was er ook geen administratieve ondersteuning (de norm stelt IVTE voorop) voorzien tijdens de openingsuren van het daghospitaal.
- Twee ziekenhuizen hadden te weinig personeel opgenomen in hun **mobiele equipe**. Deze equipe, die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid, kan onder meer 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 krijgen een budget voor het begeleiden van mensen die hun loopbaan beginnen of voor mensen die na jaren onderbreking hun loopbaan opnieuw willen opnemen, de zogenaamde (her)intreders. Ondanks de financiering werd de functie van **begeleiding van (her)intreders** in 2 ziekenhuizen onvoldoende of niet ingevuld.
- In één ziekenhuis was het verpleegkundig **middenkader** onderbestaft.
- In één van de vijf bezochte **dialysecentra** werd een probleem vastgesteld met de medische permanentie. Zo was er b.v. op zaterdag slechts één arts beschikbaar voor het medisch toezicht op de dialysepatiënten die in behandeling waren in het moedercentrum en terzelfdertijd in meerdere nevencentra (CAD).



Figuur 4: % diensten en functies met een personeelstekort, met aantal diensten met een personeelstekort tov totaal aantal bezochte diensten.



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

Naast de opmerkingen inzake personeelstekorten, werden twee opmerkingen gemaakt over **privé-personeel** dat door artsen wordt tewerkgesteld in een ziekenhuis. Meestal gebeurt dit op de poliklinische diensten en het operatiekwartier. In 1 ziekenhuis had noch de verpleegkundige directie noch de hoofdverpleegkundige enig toezicht op dit personeel. Wettelijk gezien moet de directeur verpleging echter controle kunnen uitoefenen op de kwalificaties van deze personeelsleden, de uitvoering van verpleegkundige handelingen en de permanente bijscholing.

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. Medewerkerstevredenheid is één van de domeinen van het nieuwe kwaliteitsdecreet. De ziekenhuizen zijn verplicht om op zoek te gaan naar kwaliteitsverbetering inzake de **tevredenheid** van de **medewerkers**. In acht ziekenhuizen werd ervoor geopteerd om een algemene (arbeids)tevredenheidsmeting of een tevredenheidsmeting met betrekking tot een bepaald onderwerp te organiseren bij de medewerkers. Eén ziekenhuis koos ervoor om bepaalde parameters, zoals absentieïsme, ziekteverzuim, personeelsverloop, enz. op te volgen, om zo een vinger aan de pols te houden inzake medewerkerstevredenheid. In 4 ziekenhuizen diende het domein evaluatie door de medewerker uit het kwaliteitsdecreet nog uitgewerkt worden.

In de auditverslagen wordt veel aandacht besteed aan **vorming** (smogelijkheden) voor de medewerkers. In acht ziekenhuizen was het vormingsbeleid goed georganiseerd en gestructureerd. Dit kwam tot uiting in een behoeftegestuurd en ruim aanbod van vorming, 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 2007 richtten de auditoren zich opnieuw specifiek tot de vorming inzake **stralingsprotectie**. Vanaf september 2005 is het namelijk wettelijk verplicht om alle personeelsleden die in contact komen met röntgenstralen een vorming inzake stralingsprotectie te laten volgen. In 3 ziekenhuizen hadden zowat alle personeelsleden op het operatiekwartier deze vorming gevolgd, slechts in 2 ziekenhuizen had niemand een opleiding gevolgd.

De vormingsmogelijkheden inzake **sterilisatie** zijn eveneens een aandachtspunt tijdens de audit. In 5 ziekenhuizen hadden slechts een beperkt aantal personeelsleden van de dienst sterilisatie een specifieke opleiding sterilisatie genoten, wat als een tekortkoming werd geformuleerd, één keer had bijna iedereen de opleiding gevolgd (sterk punt). 2 maal werd aanbevolen om ook aan het personeel dat buiten de openingsuren van de CSA instond voor de sterilisatie ook een dergelijke opleiding aan te bieden.

In het kader van vorming moedigt het auditteam het werken met **referentie-verpleegkundigen**³ aan. Veel ziekenhuizen werken reeds met referentieverpleegkundigen, sommige hebben er zeer veel (3 sterke punten).

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

1.3 Samenwerking tussen zorgverleners

De behandeling van een patiënt vereist de tussenkomst van verschillende zorgverstrekkers (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici enz.). Een goede samenwerking tussen deze zorgverstrekkers is essentieel om een patiëntgerichte en kwaliteitsvolle zorgverlening te realiseren.

In 10 ziekenhuizen werd een tekort geformuleerd over de **interprofessionele en multidisciplinaire werking** op ziekenhuisniveau. Niet op alle afdelingen was er een georganiseerd formeel overleg tussen geneesheren, verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici. Mogelijke manieren die werden aanbevolen door de auditoren om dit te bewerkstelligen 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.

Een goede multidisciplinaire samenwerking vonden we vaker terug op de geriatrische en revalidatie diensten (Sp). Deze diensten zijn wettelijk verplicht om te beschikken over een gespecialiseerd multidisciplinair team. Drie maal werd echter een normovertreding geformuleerd omdat niet alle patiënten wekelijks op de **multidisciplinaire vergaderingen** werden besproken. Ook buiten deze diensten werd regelmatig een sterke multidisciplinaire werking gezien, zowel op heelkundige als internistische diensten, de palliatieve functie, pediatrie, intensieve zorgen (met een speciale nutritiezaalronde en een aparte infectieziektenzaalronde). Verbeteringen aan de werking of uitbreiding van het bestaande overleg werd een tiental keren (tekortkomingen en aanbevelingen samen) voorgesteld.

De multidisciplinaire samenwerking kwam niet altijd tot uiting in het **patiëntendossier**. Er wordt verwacht dat de gemaakte afspraken worden opgenomen in het patiëntendossier. Vijf maal werd dit als tekort vastgesteld.

Dat ziekenhuizen zelf ook veel belang hechten aan een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers, blijkt uit het toenemende succes van de **klinische paden**⁴. Vooral op de dienst materniteit werden klinische paden (postpartum zorgen bij vaginale bevallingen en keizersneden) ontwikkeld. In vier ziekenhuizen werd dit als een sterk punt geformuleerd, in drie werd dit aanbevolen. De zorgprocessen op materniteit, zoals het verloop van de postpartumperiode na een normale vaginale bevalling, liggen in grote lijnen vast. Deze voorspelbaarheid maakt het mogelijk om de organisatie van de zorg vooraf uit te tekenen op een geformaliseerde wijze, of met andere woorden een klinisch pad uit te werken.

Ook op andere diensten werden klinische paden ontwikkeld, zoals voor opname van een geriatrische patiënt (2 sterke punten), voor de opname van een palliatieve patiënt (1 sterk punt), voor diabetes, voor borstcarcinoom,... Ziekenhuizen doen hier een grote inspanning om de werking van de verschillende zorgverstrekkers op elkaar af te stemmen en patiëntgericht te werken. In twee ziekenhuizen was men hierin bijzonder sterk geslaagd: naast (met een cijfer van 14 en 38) klinische paden waren ook heel wat zorgprocessen uitgeschreven en van staande orders voorzien. De auditoren merkten wel in enkele ziekenhuizen op dat om een klinisch pad te ontwerpen de samenwerking tussen de disciplines en zorgverstrekkers een belangrijke

⁴ Een klinisch pad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te plannen en op te volgen" (Sermeus et al, 2002; Vanhaecht et al, 2002).

voorwaarde is. Zo werden in één ziekenhuizen klinische paden voornamelijk vanuit een verpleegkundige invalshoek ontwikkeld, zonder een medisch luik.

De onderlinge **samenwerking** tussen **artsen** van verschillende disciplines wordt eveneens belicht tijdens de audit. In één ziekenhuis werd het werken door artsen in (grote) associatieverbanden duidelijk gestimuleerd door het bestuur, daar was een algemeen associatieakkoord in gebruik.

Een andere manier om de onderlinge afstemming en communicatie tussen de verschillende medische disciplines te evalueren, is door te kijken naar het bestaan van medische beleidsplannen en hun onderlinge afstemming. In 1 ziekenhuis was dit zeer sterk het geval, in 4 andere ziekenhuizen ontbraken nog heel wat beleidsplannen of waren ze niet op elkaar afgestemd.

Een goed georganiseerde samenwerking tussen artsen werd 3 maal vastgesteld op de dienst pediatrie. Zo werd de dagelijkse medische toer er door alle pediaters samen afgelegd.

1.4 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**, met name 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.

FONA-registratie (het registreren van fouten, ongevallen en bijna-ongevallen) is één van de belangrijke onderdelen van een beleid inzake risicomanagement in het ziekenhuis.

In drie ziekenhuizen was er een goed werkend systeem van FONA-meldingen aanwezig, met veel meldingen, een analyse ervan en daaraan gekoppelde verbeteracties. In 5 ziekenhuizen was er geen systematische FONA-registratie, hoewel dit binnen het verpleegkundig departement wettelijk verplicht is. Vier andere ziekenhuizen hadden wel een FONA-registratie, maar deze beperkte zich tot het verpleegkundige of paramedische departement of betrof maar een beperkte registratie (valincidenten, medicatiefouten). Artsen waren soms niet op de hoogte van het bestaan van dergelijk systeem. Vanuit het auditteam werd aanbevolen om in alle departementen een FONA-registratie op te starten die alle incidenten omvat en om aan de hand van deze registratie sensibiliseringscampagnes en verbeteracties op te starten. Bovendien bevelen we aan (10 keer) de gegevens uit de FONA-registratie te analyseren samen met de gegevens uit de patiëntentevredenheidsmeting 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. Twee ziekenhuizen waren daar in belangrijke mate in geslaagd. Eén van deze twee had een aparte coördinator standaarden aangesteld. Aan 5 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 of andere vorm van centrale supervisie).

Veilige (medische en verpleegkundige) zorg, met een minimum aan onverantwoorde variatie en gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten, vormt hierbij het uiteindelijke

doel en is een wettelijke vereiste. In 3 ziekenhuizen werd daarom een non-conformiteit geformuleerd omdat zorgprocedures per afdeling en soms ook per arts verschilden, zonder duidelijke klinische redenen, en het beheer van deze procedures te wensen overliet.

In het kader van risicomanagement werd in alle 13 ziekenhuizen aangeraden om het **medicatie distributiesysteem** te herzien. Vijf ziekenhuizen hadden een degelijke risicoanalyse opgesteld en verbeteracties gerealiseerd, maar nog lang niet alle risico's had men daarmee kunnen opvangen.

1.5 Medicatiebeleid

In 2007 werden 13 functies ziekenhuisapotheek bezocht, waaronder 1 geneesmiddelen depot.

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 medicatie distributie** wordt in het ziekenhuis onder de loep genomen. Dit proces wordt bekeken vanaf het voorschrijven van medicatie tot de toediening van medicatie aan patiënten.

Vijf ziekenhuizen hadden een grondige **risico-analyse** gemaakt van het medicatie distributieproces, wat als sterk punt werd opgemerkt. In een tiental ziekenhuizen werd opgemerkt dat medicatie voor 24u klaargezet en soms reeds uit de verpakking gehaald wordt waardoor controle door de verpleegkundige vóór toediening niet meer mogelijk is. Wanneer medicatiestrips worden versneden en medicatie uit de blister wordt gehaald, kan het medicament niet worden geïdentificeerd en is de vervaldatum niet meer te achterhalen. In het verslag werd meer en meer geëvolueerd naar het aanstippen van de voornaamste risico's op fouten in de medicatie distributie van het ziekenhuis.

De voornaamste risico's zijn hierbij:

- De apotheek die geen zicht heeft op het volledige medicatieschema van de patiënt;
- Het ontbreken van een sluitende controle op de thuismedicatie;
- Het grote aandeel 'naschriften' (medicatie wordt pas besteld bij de apotheek na inname door de patiënt), waardoor de apotheek geen controle meer kan uitoefenen op de voorgeschreven medicatie;
- Het ontbreken van de identificatie van de voorschrijvende arts;
- Het overschrijven van medicatie-opdrachten door verpleegkundigen in het verpleegkundig dossier (risico op overschrijffouten);
- De versnippering van medische opdrachten m.b.t. medicatie op meerdere plaatsen in het dossier;
- Onvoldoende toezicht door artsen op de medicatieschema's die gebruikt worden bij de bedeling;

- Het vooraf klaarzetten van medicatie die soms reeds uit de verpakking werd gehaald. Zelfs injecteerbare medicatie wordt soms vooraf opgetrokken voor 24u, waardoor controle niet meer mogelijk is bij toediening;
- Medicatiebakjes waarin medicatie vooraf wordt klaar gezet zonder patiëntenidentificatie, met enkel een kamernummer;
- Het ronddelen van de medicatie op de maaltijdplateaus (soms zelfs door niet bevoegd personeel);
- Het ontbreken van unitdoseverpakking voor alle medicatie;
- Het opsparen van gedeelde tabletten voor een volgende toediening.

Met het oog op foutenvermindering adviseerde het auditteam om **unitdoseverpakkingen** voor alle medicatie, een **elektronisch voorschrift** gelinkt aan het elektronisch **patiëntendossier** en met een aantal **procescontroles** en een sluitend controlesysteem te overwegen. Een volledige medicatiebedeling binnen de patiëntentoewijzing, waarbij medicatie niet meer voor 24u wordt klaargezet maar wordt bedeed aan bed, kan tevens positief bijdragen aan een foutenvermindering.

Informatisering van de medicatiedistributie biedt heel wat voordelen. In één ziekenhuis was men zover geëvolueerd dat men erin slaagde voor maximaal 24 uur medicatie af te leveren aan alle verpleegafdelingen. In twee andere ziekenhuizen had men ook een verregaande mate van informatisering bereikt.

Het distributiesysteem moet volgens de normen beschreven staan in een inwendig **reglement**. Dit reglement regelt de bewaking, beoordeling en bijkomende opleiding van het betrokken personeel en het opsporen en rapporteren van medicatiefouten. In 3 instellingen was er geen reglement aanwezig en in één instelling bevatte het reglement niet alle bestaande werkwijzen.

De auditoren kijken ook na hoe het contact tussen de ziekenhuisapotheker(s) en de verpleegeenheden verloopt. In twee ziekenhuizen waren projecten rond **klinische farmacie** lopende. Daartegenover staat dat de apotheek in één ziekenhuis op geen enkel manier zicht had op de pathologie van de patiënt of zijn volledig medicatieschema. In 7 instellingen waren er problemen met de controle op de **vervaldata** van medicatie.

Een ander punt dat veel opmerkingen opleverde was de **aflevering** van medicatie. Dit dient te gebeuren op basis van een voorschrift op naam en voor maximaal 5 dagen behandeling. De medicatie wordt dan op de afdeling bewaard op naam van de patiënt. In categorale ziekenhuizen slaagt men er in 80% van de gevallen niet in om medicatie voor minder dan 5 dagen af te leveren. In 6 ziekenhuizen werd vastgesteld dat voor het opstarten van een behandeling medicatie uit de afdelingskast wordt gehaald. De afdelingen beschikten over een zeer uitgebreide stock van medicatie. Het voorschrift is dan eigenlijk een **naschrift**, waarbij medicatie wordt besteld die reeds werd toegediend aan de patiënt om aldus de medicatiestock op de afdeling weer aan te vullen. Hierdoor kan de apotheker geen controle meer uitoefenen op fouten in het voorschrift, wat nochtans zijn wettelijke verantwoordelijkheid is.

Met betrekking tot de voorschriften van medicatie in het algemeen werd in 8 ziekenhuizen vastgesteld dat **voorschriften** niet altijd ondertekend werden door de behandelend arts of dat een ondertekend medisch order ontbrak. 6 keer werd vastgesteld dat verpleegkundigen het

medicatieschema wijzigden zonder dat daarop nog enig toezicht gebeurde, en tweemaal kon vastgesteld worden dat de verpleegkundigen de voorschriften opstelden.

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 12 van de 13 ziekenhuizen werd gevraagd om te voorzien in thermometers en een protocol voor systematische **temperatuurscontrole**, gekoppeld aan de stappen die het personeel moet ondernemen met de medicatie, indien kritische waarden worden gemeten. Vaak was de procedure van recente datum en onvoldoende gekend door het personeel, of voorzag de procedure alleen maar in het verwittigen van de technische dienst.

Het voorschrift voor **chemotherapie** krijgt specifieke aandacht van de auditoren. In vier ziekenhuizen was het chemotherapievoorschrift niet uniform opgesteld. Dit werd als tekort geformuleerd omdat dit fouten in de hand kan werken. Bij het **voorschrift** voor chemotherapie wordt automatisering aanbevolen (één keer een sterk punt) omwille van de automatische controle voor bijvoorbeeld dosage, gewicht van patiënt enz. In 5 ziekenhuizen werd nog manueel chemotherapie voorgeschreven, wat gevaren inhoudt van schrijffouten, onleesbaarheid en rekenfouten. De **bereiding** van chemotherapeutica dient te gebeuren door de apotheker zelf, of door assistenten onder rechtstreeks toezicht van de apotheker. Vier keer blijkt dat assistenten chemotherapiebereidingen maakten zonder rechtstreeks toezicht van de apotheker, en één keer werd zelfs vastgesteld dat chemotherapie niet door de ziekenhuisapothek werd afgeleverd (voor blaasinstillaties).

Er werden ook opmerkingen geformuleerd over het voorschrift voor **narcotische analgetica**. Verdovende medicatie mag door de apotheek enkel worden afgeleverd op basis van een eigen oorspronkelijk, geïndividualiseerd, eigenhandig geschreven, gedagtekend en ondertekend **voorschrift**. In 4 ziekenhuizen werden narcotica afgeleverd op basis van een verzamelstaat met daarop de narcotische analgetica voor verschillende patiënten of op basis van een gewoon voorschrift. Eén keer werden correcties met Tippex® op een dergelijk voorschrift aangetroffen. Met betrekking tot de narcotische analgetica werd in 9 ziekenhuizen tevens een tekort gesteld over de **controle** van de **stock**. Er werd gevraagd om een uniform en sluitend systeem te ontwikkelen zodat de stock van verdovende medicatie regelmatig wordt gecontroleerd.

Een laatste punt binnen de geneesmiddelendistributie is de weerslag van medicatie in het **patiëntendossier**. Voor iedere patiënt wordt een medicatieschema opgesteld. Vanuit het auditteam wordt verwacht dat de behandelende arts dit schema controleert en met een schriftelijke notitie aangeeft dat het schema is nagezien of gewijzigd. Wanneer een patiënt **thuismedicatie** op de kamer bewaart en inneemt zonder toezicht van het verpleegkundig personeel, dient de behandelend geneesheer hiervoor bovendien een medisch order in het patiëntendossier te vermelden. Vier ziekenhuizen voldeden hier niet aan.

De verpleegkundige dient in het patiëntendossier voor toediening van de medicatie te paraferen onmiddellijk na toediening van de medicatie. Zeven maal werd hierover een non-conformiteit geformuleerd door de auditoren. Soms paraferen verpleegkundigen enkel bij controle van de medicatie en niet bij toediening.

Andere opmerkingen m.b.t. de apotheek waren:

- 2 NC over de organisatie van de wachtdienst
- 4 TK, 1 SP, 1 AB over de oppervlakte of ruimte van de apotheek
- 1 NC, 2 TK en 3 AB over FONA-registratie door apotheek
- 2 NC, 3 TK en 1 SP over de analyse van het geneesmiddelenverbruik (TK= wel analyse, maar niet per arts)
- 4 AB om apotheker uit te nodigen op ethisch comité
- 3 NC over betrokkenheid apotheker op directieniveau (waarvan 2 keer in een categoriaal waar geen directiecomité was), 4 SP, 3 keer AB

1.6 Sterilisatie

Het sterilisatieproces is, net zoals de medicatiedistributie, één van de **kernprocessen** in een ziekenhuis en cruciaal voor het waarborgen van een goede kwaliteit van zorg. De dienst centrale sterilisatie staat in voor de kwaliteit van desinfectie en sterilisatie van medisch materiaal.

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het sterilisatiegebeuren is volgens de ziekenhuiswet de hoofdapotheker. Andere belangrijke partners voor een kwalitatief hoogstaand sterilisatieproces zijn de hoofdgeneesheer en het Comité voor Ziekenhuishygiëne van een ziekenhuis. Zes keer was de **betrokkenheid** van de **apotheek** bij de sterilisatie onvoldoende, 4 keer had de apotheker onvoldoende zicht op het volledige sterilisatiegebeuren, 1 keer werd een sterk punt geformuleerd over betrokkenheid van de apotheek bij sterilisatie.

Daarmee samenhangend werden opmerkingen geformuleerd over de **centralisatie** van de **sterilisatieactiviteiten**. Immers, hoe meer deze activiteit verspreid is, hoe moeilijker voor de apotheker om voldoende zicht te houden en een zorgvuldige sterilisatie te kunnen garanderen. 7 keer werd daarom een non-conformiteit geformuleerd, naast 1 tekortkoming.

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, 2 keer onvoldoende (TK) en 2 keer slecht (NC).

Een ander belangrijk element is de mate waarin het personeel dat instaat voor de sterilisatie opgeleid is. 5 keer vonden we het een tekort dat de personeelsleden geen **specifieke opleiding** hadden genoten, 1 keer werd aanbevolen om de opleiding voor alle personeelsleden te voorzien i.p.v. voor enkele, 1 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. 1 maal hadden we hieromtrent een sterk punt, 1 keer een tekortkoming.

Ook **hersterilisatie** van materiaal voor eenmalig gebruik is een punt dat de aandacht trok (1 TK, 1 NC).

De organisatie binnen de sterilisatie is een proces dat gemakkelijk in procedures kan gestandaardiseerd worden, die uiteraard door de apotheker mee dienen goedgekeurd te zijn. 1 keer hadden we een tekort over het procedurebeheer, 1 keer een sterk punt met betrekking tot het eigen kwaliteitshandboek. Twee sterilisatie-afdelingen hadden een ISO-certificaat (SP).

1.7 Fixatiebeleid

Het fixeren van patiënten is volgens de wetgeving een verpleegkundige handeling. Fixatie komt echter 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 blijkt fixatie een handeling te zijn die zeker niet zonder **gevaar** is voor de patiënt en die – alhoewel toegepast om de patiënt te beschermen – soms meer schade toebrengt dan voorkomt. Het auditteam gaat dan ook op zoek naar welk **beleid** er in het ziekenhuis voorop gezet wordt en hoe dit beleid in de **praktijk** gebracht wordt.

Slechts één enkele keer werd het fixatiebeleid als sterk punt opgemerkt: niet alleen verschillende soorten fixatie, maar ook allerlei soorten alternatieven waren uitgewerkt in 11 standaarden, die allemaal rijkelijk met beeldmateriaal geïllustreerd waren. Voorwaarden tot fixatie, een beslissingsboom, momenten van herevaluatie en wijze waarop het toezicht op de patiënt moest gebeuren waren eveneens sterk uitgewerkt. In de 12 andere ziekenhuizen kwam het fixatiebeleid bij de tekortkomingen terecht. Een kleiner ziekenhuis opteerde ervoor om niet te fixeren en alleen het toezicht te verhogen, maar de informatie in de onthaalbrochure was daar niet mee in overeenstemming. In een aantal andere ziekenhuizen zag het beleid er vrij goed uit, maar bleek dit beleid in de praktijk niet toegepast te worden zoals beschreven. Een paar keer kwam dat doordat het beleid nog maar recent was vastgelegd en er nog geen vorming rond gegeven was. Enkele keren was een beleid nog in ontwerp of in een testfase (3 keer). In twee ziekenhuizen ontbrak een uniform beleid inzake het omgaan met agressieve of verwarde patiënten.

1.8 Kinderen in het ziekenhuis

In 2007 werden de bepalingen uit het **zorgprogramma** voor kinderen van kracht. Dit KB heeft heel wat kindvriendelijke principes wettelijk vastgelegd. De twee belangrijkste principes zijn dat tijdens een verblijf in het ziekenhuis, minstens één van beide **ouders steeds bij** het (bewust) **kind** moeten kunnen blijven, en dat kinderen **niet samen met volwassenen** worden **opgenomen** (de wetgeving spreekt van auditieve en visuele scheiding).

Deze principes bleken in geen enkel van de acht algemene ziekenhuizen al volledig in de praktijk gerealiseerd.

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 allerlei 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. Uiteraard dient dit protocol nu in overeenstemming te zijn met de vereisten van het zorgprogramma.

Geen enkel van de acht algemene ziekenhuizen die dit jaar bezocht werden, bleek in orde voor wat betreft het protocol. Ofwel was het kindvriendelijk beleid niet neergeschreven in een protocol (2) maar waren er slechts een beperkt aantal losse documenten en folders. Ofwel handelde het protocol enkel over de kinderafdeling (3) en/of was het onvoldoende bekend gemaakt (4, waarbij het één keer niet eens gekend bleek op de kinderafdeling zelf), en/of was het niet in overeenstemming met de vereisten van het zorgprogramma (2).

Het kindvriendelijk 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, zoals de spoedgevallendienst, het operatiekwartier, de dienst intensieve zorgen en het daghospitaal. In één ziekenhuis waren er op de kinderafdeling wel inspanningen geleverd, maar bleek er op ziekenhuisniveau van een kindvriendelijk beleid geen sprake.

Spoedgevallendienst

Meer en meer is een specifieke **kinderbox** (of een ouder-kind kamer) op spoed de regel. 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.

In één ziekenhuis werd ieder kind dat zich op spoed aanbood (ook) door een pediater gezien, ook al was het naar een andere specialist verwezen (SP). Dit in tegenstelling tot een ander ziekenhuis, waar kinderen niet steeds op de spoed werden onderzocht, maar naar de polikliniek doorgestuurd werden, zonder begeleiding van personeel (TK).

Intensieve zorgen

In 5 van de bezochte ziekenhuizen werden kinderen opgenomen op de eenheid intensieve zorgen. Een van de vereisten van het zorgprogramma is dat er in zo'n geval een geschreven **overeenkomst** bestaat tussen de functie intensieve zorgen en het zorgprogramma voor kinderen, waarin garanties kunnen gevraagd worden dat op een eenheid intensieve zorgen aan de vereisten van het zorgprogramma voldaan wordt, naast andere afspraken. Twee ziekenhuizen beschikten nog niet over dergelijke geschreven overeenkomst.

In de 3 andere ziekenhuizen werden vooral opmerkingen geformuleerd betreffende de **scheiding kinderen - volwassenen** (1) en de continue **aanwezigheid** van de **ouders**. In één ziekenhuis werd bv. aan de ouders gevraagd zich te verwijderen wanneer een onderzoek/behandeling plaatsvond, en in geen van de 3 van de ziekenhuizen was rooming-in door ouders mogelijk. Gebrek aan ruimte werd het vaakst als reden hiervoor opgegeven.

Operatiekwartier

In 2007 werd geen enkel operatiekwartier bezocht dat volledig voldeed aan de vereisten van het zorgprogramma.

De grootste problemen doen zich voor op het vlak van de (auditieve en visuele) **scheiding** tussen **kinderen** en **volwassenen** en **begeleiding** door **ouders**. 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. Idealerweise worden die op een kindvriendelijke manier ingericht. Slechts in één ziekenhuis waren dergelijke boxen aanwezig, zowel in de ontvangstruimte als in de ontwaakruimte. Deze waren echter te beperkt in aantal om er alle kinderen in op te kunnen vangen en waren bovendien zo beperkt van oppervlakte, dat ouders meestal verkozen de deuren open te laten. Meestal kwamen kinderen in het operatiekwartier tussen volwassenen te liggen, enkel afgescheiden door een gordijn.

Qua aanwezigheid van ouders werd in 6 van de 8 ziekenhuizen een non-conformiteit gesteld: soms werden ouders niet toegelaten op de ontwaakafdeling (3), vaker mochten zij niet bij hun kind blijven tot op het moment van inductie (4). In één ziekenhuis werd een sterk punt geformuleerd omdat er een wachtzaal aan het operatiekwartier verbonden was met een kindvriendelijke inrichting.

Daghospitalisatie

In de meeste (6) ziekenhuizen worden kinderen voor daghospitalisatie zowel op de kinderafdeling als op het chirurgisch dagziekenhuis opgenomen. Dit laatste gebeurt vaak enkel in periodes van grote drukte op de kinderafdeling.

In één ziekenhuis werd vastgesteld dat **kinderen samen met volwassenen** werden **opgenomen** in tweepersoonskamers op het chirurgisch dagziekenhuis, hetgeen niet toegelaten is. Op een ander chirurgisch dagziekenhuis werden soms tot drie kinderen samen opgenomen in een zogenaamde reservekamer zonder buitenlicht.

Kinderafdeling

Het gros van de kinderen wordt opgenomen op de afdeling pediatrie.

Ook hier waren enkele mooie voorbeelden van een kindvriendelijke inrichting (bv. volledige inrichting volgens een thema, aparte speelruimte voor bezoekers met supervisie enz.).

In 4 ziekenhuizen werden onderzoeken zoals bloedafnames en inspuitingen uitgevoerd in een aparte ruimte. Kinderen gingen hierdoor hun ziekenhuiskamer minder associëren met pijnlijke momenten. Een nieuwe vereiste van het zorgprogramma betreft het uitwerken van een specifiek **pijnbeleid**. Tweemaal werd hieromtrent een sterk punt geformuleerd, 2 keer een non-conformiteit.

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. In 3 ziekenhuizen had men grote inspanningen gedaan om rooming-in mogelijk te maken (bv. financieel). In een drietal andere ziekenhuizen was rooming-in niet steeds mogelijk of kon dit niet in optimale omstandigheden gebeuren (3) (te weinig ruimte en privacy voor ouders, zeer kleine plooibedjes, geen aangepast sanitair op de kamers,...). Gezien de problemen vooral samenhangen met de architectuur en inrichting van de kinderafdeling, is het meestal wachten op verbouwingen om deze non-conformiteiten en tekortkomingen uit de wereld te helpen.

Op één dienst werd een tekort vastgesteld met betrekking tot de **beveiliging** van de dienst. Deze dienst kon niet afgesloten worden om te verhinderen dat kinderen zouden weglopen.

Een ander punt waaraan veel aandacht werd besteed door het auditteam, was het **informer**en van zowel de **kinderen** als de **ouders** over het ziekenhuisverblijf. In 2 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 aparte website voor de kinderen.

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 speelruimte niet steeds toegankelijk omdat ze regelmatig dienst deed als vergaderzaal. In 5 ziekenhuizen was er een tekort aan psychosociale begeleiding, in 2 aan spelbegeleiding. In één ziekenhuis werd een sterk punt geformuleerd m.b.t. psychosociale begeleiding en spelbegeleiding. Bovendien beschikte men er op deze kinderafdeling supplementair over een orthopedagoge en namen alle betrokkenen deel aan de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

Maar ondanks alle kindvriendelijke aanpassingen wil een kind niets liever dan thuis zijn en zo nodig daar verzorgd worden. In één ziekenhuis (met een specifieke patiëntenpopulatie) was daarvoor een sterke **transmurale werking** uitgebouwd, die veel lof kreeg toegezwaaid.

1.9 Borstvoedingsbeleid

Het uitwerken van een goed borstvoedingsbeleid, in overeenstemming met de **tien vuistregels** van de **Wereldgezondheidsorganisatie**, draagt bij tot het verhogen van het percentage moeders dat borstvoeding start.

In 3 van de 8 ziekenhuizen met een materniteit werden sterke punten geformuleerd omtrent het borstvoedingsbeleid. Er was een duidelijk uitgeschreven beleid, er was vorming gegeven, lactatiedeskundigen waren er aan de slag... Hier en daar bleek ook het percentage borstvoeding aanzienlijk gestegen te zijn. In één ziekenhuis werd aanbevolen om iemand een specifieke opleiding te laten volgen, waarna men het beleid meer gefundeerd zou kunnen uitwerken. In de vier overige ziekenhuizen werd een tekortkoming geformuleerd over het borstvoedingsbeleid. Eén maal was het beleid recent voor ons bezoek uitgewerkt, maar had het personeel nog geen vorming gekregen, waardoor het beleid in de praktijk nog niet werd toegepast. In een ander geval bleek het gevoerde beleid niet helemaal in overeenstemming met de 10 vuistregels. In twee andere ziekenhuizen was er nog geen specifiek beleid ontwikkeld of goedgekeurd.

1.10 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(s). De patiënt heeft, in het licht van de patiëntenrechtenwet, immers 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 besproken en al dan niet goedgekeurd, naast algemene ethische vraagstukken en dilemma's.

In één categoriaal ziekenhuis was de samenwerking met het ethisch comité in de praktijk onbestaande (1 non-conformiteit). Eénmaal werd een tekortkoming geformuleerd omdat de activiteit van de ethische commissie zeer beperkt was. In zes andere ziekenhuizen werd aanbevolen om het ethisch comité bekender te maken op de werkvloer, met als doel meer vragen van daaruit te krijgen. De activiteit van die ethische comités bestond soms quasi uitsluitend uit het bespreken van studies. Driemaal werd een sterk punt geformuleerd: twee keer met betrekking tot het bestaan van een extra ethische commissie, naast de commissie die studies beoordeelt, een andere keer met betrekking tot een specifieke werkgroep "verpleegkundige ethiek". Deze initiatieven hadden telkens het ethisch discours in het betreffende ziekenhuis sterk aangezwengeld.

Ethische comités werken onder andere een advies uit over therapeutische coderingen. Tweemaal werd als tekort vastgesteld dat er geen beleid uitgewerkt was rond **therapeutische coderingen**, een andere keer dat er wel een protocol bestond en specifieke formulieren, maar dat deze formulieren niet door iedereen gebruikt werden. Een keer werd het als tekort gezien dat er geen plaats voorzien was op het formulier om iets weer te geven aangaand het overleg met de patiënt, zijn wettelijke vertegenwoordiger of familieleden. Vier keer werd aanbevolen ook een code 0 (geen therapeutische restricties) te voorzien en het formulier voor alle patiënten in te vullen. Op die manier kan er, bij spoedeisende situaties, nooit twijfel bestaan of er een therapeutische beperking werd afgesproken.

1.11 Communicatie met patiënten

Vanuit het auditteam wordt veel aandacht besteed aan de informatie die wordt gegeven aan patiënten. Een **correcte informatie** kan immers misverstanden vermijden of in bepaalde gevallen zelfs fouten voorkomen. Aangezien de auditoren niet 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.

Dat zowel voor de ziekenhuizen als voor de auditoren het informeren van patiënten en hun familie een belangrijk punt is, blijkt uit het aantal sterke punten (29) en het aantal aanbevelingen (38) met betrekking tot het informatieaanbod.

Sterke punten werden gesteld doorheen het ganse ziekenhuis. Enkele voorbeelden:

- Eén ombudsfunctie koppelde regelmatig de doorgevoerde verbeteringen terug via de algemene onthaalbrochure van het ziekenhuis.
- Binnen de zorgprogramma's oncologie beschikt men vaak over heel wat informatiebrochures m.b.t. de verschillende chemotherapiekuren en hun bijwerkingen (en wat men daartegen kan doen) naast informatie over beschikbare comfortbehandelingen (pruikenadvies, pedicure, maquillage, wellness...).

- Op een materniteit waren informatiebrochures in meerdere talen aanwezig (Arabisch, Turks...), aangepast aan de patiëntenpopulatie.
- Ook op de spoedgevallendienst werden patiënten op adequate wijze geïnformeerd. Omdat er een groot aandeel aan Franstalige patiënten bestond, had men de infobrochure ook vertaald.
- Op een dienst neonatale intensieve zorg was er een uitgebreid gamma aan informatiebrochures betreffende opname, ontslag en borstvoeding.
- Op een chirurgisch dagziekenhuis en op een afdeling spoed had men soms veel brochures met nazorgtips over frequente pathologieën.

De aanbevelingen van de auditoren richtten zich vaak tot dezelfde diensten. Enkele voorbeelden:

- In sommige ziekenhuizen beschikten sommige afdelingen over zeer goede onthaalbrochures. Daar werd aangeraden deze als voorbeeld te nemen voor die afdelingen die nog niet over een dergelijke brochure beschikten.
- Aan de palliatieve functie werd een paar keer aanbevolen om een eigen informatiefolder te ontwikkelen en langs deze hun visie op palliatieve zorg aan een breed publiek bekend te maken.

De tekortkomingen hadden o.a. te maken met verkeerde informatie in brochures (bv. bezoekmogelijkheden op een eenheid intensieve zorgen die voor kinderen in de praktijk ruimer waren dan in de brochure stond). Voor het grootste deel hadden tekortkomingen echter te maken met de ombudsfunctie die onvoldoende bekend werd gemaakt in de onthaalbrochure (geen weergave van de openingsuren, eigen e-mail,...). Deze opmerkingen hingen samen met een wijziging in de wetgeving.

1.12 Samenwerking met huisartsen en thuiszorg

De auditoren gaan na op welke manier het ziekenhuis contacten legt met de huisartsen.

In een groot deel van de ziekenhuizen werd aanbevolen om de samenwerking met de huisartsen te bevorderen door een **geformaliseerd overleg** op te richten.

Op verschillende niveaus in het ziekenhuis zien we dat moeite wordt gedaan voor een optimale **afstemming met de huisartsen**:

- Een ziekenhuis had een tijdschrift specifiek voor huisartsen uit de regio opgestart, had een aanspreekpersoon voor de huisartsen in het ziekenhuis aangeduid, en een aparte tevredenheidsenquête uitgevoerd.
- Vanuit het zorgprogramma oncologie en dialysecentra wordt vaak veel aandacht besteed aan de communicatie met de huisartsen en de thuiszorgdiensten, bv. met een communicatieboekje, een studiedag (twee sterke punten, één tekortkoming). 5 keer bevolen we aan na te gaan hoe de huisarts beter betrokken kon worden bij de multidisciplinaire oncologische consulten.

- Bij ontslag uit een geriatrie dienst werd de huisarts steeds uitgenodigd op het teamoverleg. Op een andere geriatrie dienst was er wekelijks een overleg met een thuiszorgdienst.
- Op twee chirurgische dagziekenhuizen was er een goede afstemming met de huisartsen over preoperatieve onderzoeken. Via de website konden ze bijvoorbeeld alle nodige documenten downloaden. Op een chirurgisch dagziekenhuis bleek die afstemming niet zo goed, en bleken de preoperatieve onderzoeken niet steeds goed uitgevoerd met alle gevolgen van dien.
- In een ziekenhuis was een huisarts lid van de medische raad.
- Via een beveiligd kanaal kon in een ziekenhuis de huisarts inzage hebben in het dossier van opgenomen patiënten, indien zij dit niet expliciet geweigerd hadden.

Ondanks de vele inspanningen die door de band werden geleverd voor een goed contact met de huisartsen, werd in twee ziekenhuizen vastgesteld dat niet altijd een **voorlopige ontslagbrief** voor de huisarts werd opgesteld bij ontslag uit het ziekenhuis. Dit is nochtans een wettelijke verplichting (NC).

1.13 Relaties met andere ziekenhuizen

Ziekenhuizen kunnen niet alle mogelijke zorgen aanbieden aan hun patiënten, waardoor samenwerking met andere ziekenhuizen zich opdringt in het kader van kwaliteitsvolle zorg.

Bij 9 ziekenhuizen werd vastgesteld dat ze intensief werkten aan de uitbouw van een ziekenhuisnetwerk binnen de provincie of zelfs binnen een brede regio. Aan 3 ziekenhuizen werd aanbevolen om meer constructief te gaan samenwerken met ziekenhuizen in de eigen regio of om **samenwerkingsverbanden** te actualiseren. Bij één van deze twee ziekenhuizen was een formeel **overleg** nochtans wekelijks voorzien, maar werd dit in de praktijk niet gerealiseerd.

De opmerkingen inzake samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen zijn veelal gerelateerd aan de wetgeving. In één ziekenhuis werd daarom een non-conformiteit geformuleerd omdat er geen overleg was tussen de neonatale intensieve zorgdienst en de verwijzende ziekenhuizen. Ook voor oncologische patiënten wordt nauw samengewerkt tussen ziekenhuizen die een erkenning hebben voor een zorgprogramma oncologie en ziekenhuizen met een erkenning voor oncologische basiszorg of een erkenning radiotherapie. Deze samenwerkingsverbanden resulteerden vaak in intensieve consulentschappen (2 sterke punten). Met het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet er nu ook een zogenaamde externe liaison actief zijn. Deze externe liaison bestaat uit een overleg tussen de geriatriedienst en allerhande diensten voor thuiszorg en residentiële opvang. Ook samenwerking met de geriatriediensten van andere ziekenhuizen is mogelijk. In één ziekenhuis was er een samenwerking tussen twee geriatriediensten uitgewerkt: zorgprocedures waren op elkaar afgestemd en maakten het voorwerp uit van een handig zakboekje. In één ziekenhuis met een centrum voor chronische nierinsufficiëntie werd aanbevolen om een overleg op te starten met de centra voor transplantatie waarnaar regelmatig verwezen werd.

1.14 Informatisering

In de gezondheidszorg neemt, net als in alle sectoren, 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,...

- Voor de externe communicatie speelt de **website** van het ziekenhuis een steeds belangrijker rol. Actuele en duidelijke informatie moet de bezoeker gidsen door het ziekenhuis, een eventuele opname mee helpen voorbereiden, informatie bieden over de aanwezige artsen, de momenten waarop ze consultaties doen, de wijze waarop afspraken kunnen gemaakt worden. Naar kinderen toe wordt soms een aparte aangepaste website ontwikkeld (1 sterk punt). Voor huisartsen is de website de toegangspoort waarlangs zij soms afspraken elektronisch kunnen maken, preoperatieve formulieren kunnen downloaden, of via een beveiligde toegang de dossiers van hun opgenomen patiënten (mits hun toestemming) kunnen raadplegen, radiografieën kunnen bekijken,... (twee sterke punten);
- Interne communicatie verloopt steeds meer op een elektronische wijze. Verslagen van allerhande overlegorganen kunnen ingezien worden, medewerkers communiceren op eenvoudige wijze met elkaar via **mail**.
- Een enkele keer werd een volledig **e-learning** programma gezien met betrekking tot het levenseinde en de ethische dilemma's die daarbij konden optreden. Men kon op eenvoudige wijze opvolgen wie welke modules van het programma al doorlopen had.
- Het **elektronisch** registreren van fouten, ongevallen en bijna-fouten heeft als voordeel dat anonimiseren automatisch kan gebeuren, dat er op eenvoudige wijze een opsplitsing in verschillende ernstcategorieën kan doorgevoerd worden, dat alle leden van een **FONA**-commissie snel over alle informatie beschikken, en dat naderhand snel een overzicht kan gemaakt worden van alle binnengekomen klachten volgens ernst, volgens afdeling, volgens type incident,... (1 sterk punt).
- Op ziekenhuisniveau laat het werken met een **elektronisch dossier** toe om ongeoorloofde toegang tot gegevens op te sporen (2 sterke punten). Wie zich ongeoorloofd toegang verschaft tot gegevens die onder het beroepsgeheim vallen, stelt zich bloot aan een sanctie.
- Vele operatiekwartieren (5 sterke punten) beschikten dit jaar al over een elektronisch **plannings** – en **opvolgingssysteem**, waarmee de patiëntenbewegingen konden gevolgd worden (ook buiten het operatiekwartier) en waarmee automatisch doorlooptijden konden gegenereerd worden. Deze gegevens dienden dan om op objectieve wijze operatietijd toe te wijzen. Dit wordt dan ook stevast aangeraden aan wie hierover nog niet beschikt.
- Ook de **processen** op de **CSA** worden meer en meer door informatica ondersteund. Het inpakken van sets kan bijvoorbeeld ondersteund worden door een fotomodule, wat de kans op verkeerd of onvolledig samengestelde sets kan verminderen (1 sterk punt, 1 aanbeveling). Het traceren van het gesteriliseerde materiaal tot op het niveau van de individuele patiënt door het inscannen van

barcodes is heel wat minder arbeidsintensief dan met een manuele registratie. Waar de informaticaondersteuning niet volgt, slaagt men er meestal niet in een goed traceersysteem op punt te zetten (I tekortkoming). Bovendien, wanneer men de CSA koppelt aan het elektronisch planningssysteem op het operatiekwartier, heeft men beter zicht op de geplande ingrepen en het benodigde materiaal. Op deze manier kan men ingrijpen wanneer de sterilisatiecapaciteit de operatieplanning onvoldoende kan volgen (I tekortkoming).

- Ook binnen de functie intensieve zorgen rukt de informatica op. Verschillende keren werd de aanwezigheid van een **werkstation per bed** gezien (4 sterke punten). Via informatisering kan men vanuit verschillende boxen bijvoorbeeld de **parameters** volgen van de toegewezen patiënten, of kan men gericht de patiënt en de familieleden informeren aan de hand van het elektronisch dossier. Een enkele keer kon men radiografieën elektronisch inlezen op de eenheid zelf, zodat de resultaten haast onmiddellijk beschikbaar waren (sterk punt). I keer werd als tekortkoming opgemerkt dat het dossier niet automatisch werd afgesloten na enige tijd, zodat onbevoegden zich er eventueel toegang konden toe verschaffen. Ook voor evaluatie van de werking van de eigen dienst komt de ICT van pas, omdat parameters die een idee over de kwaliteit van zorg kunnen geven zo op eenvoudige wijze uit de dossiers kunnen gehaald worden. Wanneer dit enkel via een manuele registratie mogelijk was, werd informatisering aanbevolen (I opmerking).
- Op de afdeling spoedgevallen wordt ook geïnformatiseerd in elektronica. Dit laat toe automatisch parameters te registreren in een elektronisch patiëntendossier, ook al werkt men met mobiele apparatuur (I sterk punt).
- Binnen de apotheek speelt informatica ook een grote rol. Het voorschrijfproces kent steeds vaker een elektronisch verloop. Hierbij kan het **elektronisch voorschrift** bijvoorbeeld een herverpakkingsmachine aansturen (sterk punt). Een elektronisch voorschrift voor cytostatica, liefst met ingebouwde controle blijven we ook verder aanbevelen (4 keer). Er bestaan intussen verschillende systemen van elektronische **voorraadkasten**. Deze helpen de voorraad op de afdelingen sterk te beperken, en zorgen voor een goede stockcontrole / controle op vervaldata. Dergelijke kasten komen ook steeds vaker voor in operatiekwartieren en op de spoedgevallenafdeling (3 sterke punten). Tot slot was men er in één ziekenhuisapotheek in geslaagd door verregaande informatisering tot een aflevering voor maximaal 24 uur te komen: een primeur. Informatica op zich is niet altijd de oplossing voor problemen.
- Bij de invoering van een elektronisch systeem op een afdeling bleek in één ziekenhuis dat verpleegkundigen medicatie voorschreven, waarna dit voorschrift zonder validatie kon doorgaan naar de apotheek (I non-conformiteit).

Slechts drie keer werd de uitbouw van de informatica te beperkt bevonden (I tekortkoming, 2 aanbevelingen). Hierdoor konden gegevens moeilijker teruggekoppeld worden naar de afdelingen, waardoor hoofdverpleegkundigen moeilijker als manager konden fungeren.

4 Slot

In 2007 werd gestart met een tweede auditcyclus in de Vlaamse algemene ziekenhuizen.

Dertien ziekenhuizen werden dit jaar onderworpen aan een audit door auditoren van IVA Inspectie. Niet enkel de ziekenhuiswetgeving werd gecontroleerd, er werd ook nagegaan hoe de ziekenhuizen de kwaliteit van zorg trachtten te garanderen en verbeteren. De doorlichting resulteerde voor alle 13 ziekenhuizen in een verlenging van hun erkenning.

Tijdens de tweede auditcyclus krijgen een aantal onderwerpen meer expliciete aandacht. Naast kwaliteit van zorg als belangrijkste invalshoek van de audit, is er extra aandacht voor patiëntveiligheid en risicomanagement, voor medicatiedistributie, sterilisatie, het kindvriendelijk beleid (rechten van kinderen en hun ouders in een ziekenhuis) en het fixatiebeleid.

Het in voege gaan van het nieuwe kwaliteitsdecreet met de zelfevaluatie, werd door vele ziekenhuizen gebruikt om het kwaliteitsbeleid een nieuw elan te geven. De ziekenhuizen bewaken al jaren hun kwaliteit van zorg, maar door het afschaffen van de verplichte thema's kregen de ziekenhuizen meer vrijheid en verantwoordelijkheid in de keuzes van hun verbeteracties. Eind 2009 moet ieder ziekenhuis kunnen aantonen dat binnen elk domein verbetering werd gerealiseerd.

Via het principe van de zelfevaluatie werd in 2007 verder een eerste stap gezet in de richting van een gedifferentieerde auditmethodiek. Op basis van de analyse van de vooraf verzamelde informatie en van de zelfevaluatie opgemaakt door het ziekenhuis, kan tijdens de audit de aandacht meer gericht gaan naar aandachtspunten specifiek voor elk ziekenhuis.

Als besluit kunnen we stellen dat het auditconcept, dat werd geïntroduceerd in 2002, ondertussen met succes wordt toegepast. De voorbije zes jaar was een continu leerproces voor alle betrokkenen. De auditmethodiek bleef het voorbije jaar een verdere evolutie kennen. Op basis van bevraging van ziekenhuizen kon ook de communicatie omtrent de audit verbeterd worden.