

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 2006

**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 RESULTATEN VAN DE AUDITS	6
2 THEMA'S IN 2006	7
2.1 KWALITEITSBELEID	7
2.2 INZET VAN MENSEN	8
2.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	8
2.4 VEILIGE ZORG	8
2.5 MEDICATIEBELEID	8
2.6 KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS	9
2.7 COMMUNICATIE MET PATIËNTEN	9
2.8 SAMENWERKING MET HUISARTSEN	9
2.9 BELEID ROND ETHISCHE VRAAGSTUKKEN	9
2.10 INFORMATISERING	10
3 BEVINDINGEN VAN DE AUDITS IN 2006	11
3.1 KWALITEITSBELEID	11
3.1.1 Procedures	11
3.1.2 Zelfevaluatie	12
3.2 INZET VAN MENSEN	13
3.3 SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	16
3.4 VEILIGE ZORG	17
3.5 MEDICATIEBELEID	18
3.6 KINDEREN IN HET ZIEKENHUIS	19
3.7 COMMUNICATIE MET PATIËNTEN	21
3.8 SAMENWERKING MET HUISARTSEN	22
3.9 BELEID ROND ETHISCHE VRAAGSTUKKEN	22
3.10 INFORMATISERING	23
4 SLOT	25

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. Eind 2006 hadden alle Vlaamse ziekenhuizen, met uitzondering van twee, een dergelijke audit achter de rug.

Met 2006 werd een vijfde jaar en een eerste cyclus van audits afgesloten. Tijdens dat jaar werden zeventien ziekenhuizen bezocht door het auditteam. De doorlichting resulteerde in 17 auditverslagen¹ met daarin een verzameling van sterke punten en (al dan niet wettelijk verplichte) verbeterpunten.

Het auditteam maakte tot 1 april 2006 deel uit van de Afdeling Verzorgingsvoorzieningen. Vanaf die datum zagen twee agentschappen het licht, volgens de principes van Beter Bestuurlijk Beleid van de Vlaamse overheid. Het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin staat in voor de inspecties. Het Intern Verzelfstandigd Agentschap Zorg en Gezondheid op haar beurt staat in voor de (verlengingen van de) erkenningen op basis van de auditverslagen, doet de opvolging van de verbeterpunten, en bepaalt eventuele termijnen waarbinnen de verbeteringen moeten gerealiseerd worden.

Deze hervormingen hadden onrechtstreeks een grote impact op het auditgebeuren. De samenstelling van het auditteam kende grote veranderingen, enkele ervaren auditoren namen ontslag, en er werden nieuwe collega's aangeworven en opgeleid. Tevens werd het team tijdelijk versterkt door auditoren uit de sector welzijn. Een aantal opdrachten kreeg hierdoor minder aandacht, waaronder de klantenbevraging en het samenstellen van een jaarverslag voor 2006.

In 2006 werd het referentiekader aan de koepelorganisaties van de sector voorgelegd. Hierna werd het gepubliceerd op de website van het IVA Zorg en Gezondheid. Dit referentiekader beschrijft de verschillende aandachtspunten die tijdens de audits worden bekeken door de auditoren. De wettelijke normen vormden hierbij het uitgangspunt, maar 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.

Dit jaarverslag biedt zicht op de bevindingen van de audits die gebeurden in 2006 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 het Toezicht Volksgezondheid (de vroegere gezondheidsinspectie, nu deel uitmakend van het IVA Zorg en Gezondheid), namelijk **infectieziektepreventie** en **medisch milieukundige aspecten**. Deze laatste behoren niet tot het onderwerp van dit jaarverslag. In voorliggend jaarverslag worden enkel de resultaten teruggekoppeld van de vroegere Afdeling Verzorgingsvoorzieningen / het huidige IVA Inspectie WVG – Afdeling Welzijn en Gezondheid – Team Algemene Ziekenhuizen.

I Overzicht

I.1 Ziekenhuizen

In 2006 werden 17 ziekenhuizen gevisiteerd, waaronder 4 categorale² ziekenhuizen en 13 algemene ziekenhuizen. In het voorjaar werden 10 ziekenhuizen bezocht, na de zomervakantie 7. In 2006 werden geen universitaire ziekenhuizen doorgelicht.

De grootte van de ziekenhuizen varieerde sterk. Het kleinste ziekenhuis beschikte over 44 bedden, terwijl het grootste ziekenhuis 583 bedden binnen haar muren had staan.

Ziekenhuizen die in 2006 doorgelicht werden:

Naam ziekenhuis	Aantal ziekenhuisbedden
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis, Aalst	583
Jan Palfijn, Antwerpen	556
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten, Mechelen - Duffel	534
Sint-Blasius, Dendermonde	441
Elisabeth Ziekenhuis – Heilig Hartkliniek, Eeklo - Sijsele	430
Gezondheidszorg Oostkust, Knokke-Heist	311
AZ Sint Elisabeth, Zottegem	304
AZ Sint-Jozef, Turnhout	296
Stedelijk Ziekenhuis, Roeselare	270
Sint-Andriesziekenhuis, Tielt	266
AZ Heilige Familie, Reet	177
Sint-Vincentiusziekenhuis, Deinze	170
Algemeen Ziekenhuis Lokeren	166
Koningin Elisabeth Instituut, Oostduinkerke	165
Hof ter Schelde, Antwerpen	152
Verpleegtehuis Godtsvelde, Kortemark	60
Joods Geriatriisch Centrum, Antwerpen	44

I.2 Samenstelling van het auditteam

Het aantal auditoren betrokken bij een audit schommelde tussen 3 en 5 (zie figuur 1). In de ziekenhuizen die in het begin van het jaar werden doorgelicht bestond het team uit 3 auditoren (2 artsen en 1 verpleegkundige).

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 steeg naar het einde van het jaar toe. Dit komt enerzijds doordat het team tijdelijk versterkt werd met twee auditoren met ervaring in de welzijnssector. Anderzijds werden nieuwe medewerkers aangetrokken en opgeleid, zij bezochten aanvankelijk een beperkt aantal diensten en waren op andere diensten als observator ingeschakeld.

1.3 Duur van de audit

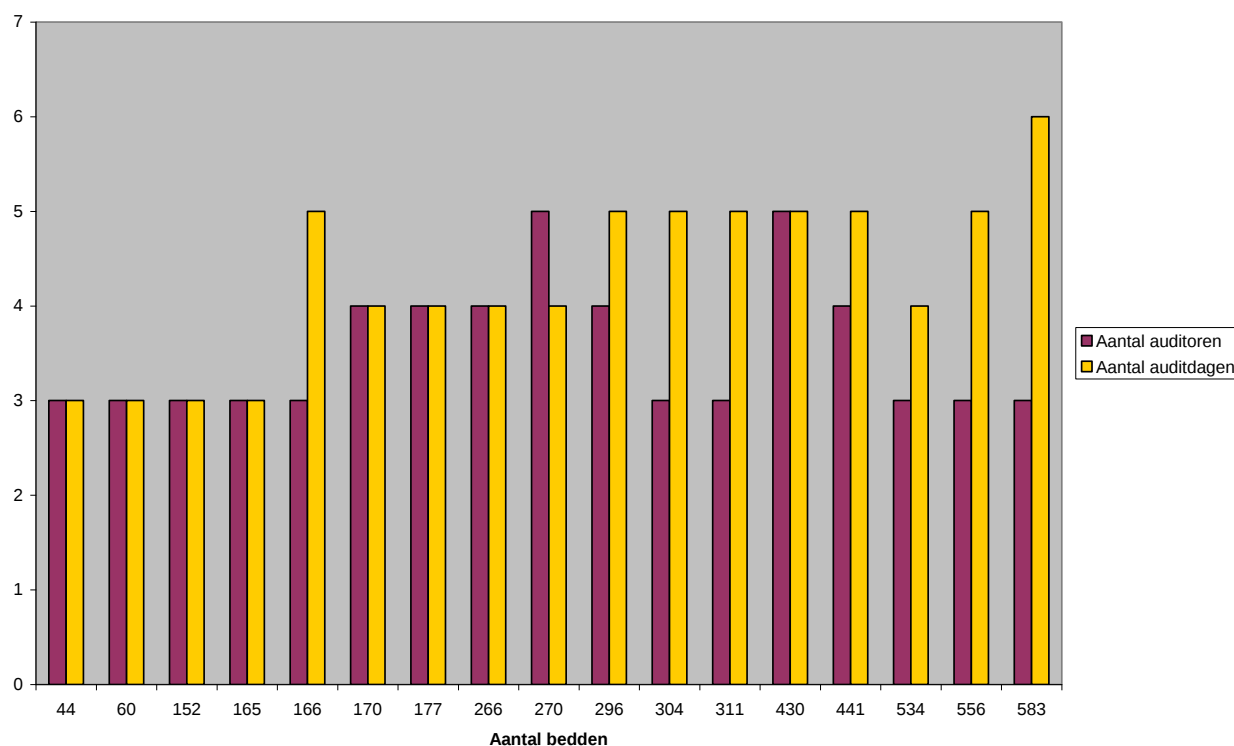
Gemiddeld waren de auditoren 4,4 dagen aanwezig in het ziekenhuis.

In een categoriaal ziekenhuis bleven de auditoren 3 dagen ter plaatse.

In de algemene ziekenhuizen was het aantal auditdagen afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis (aantal bedden, aantal zware medisch-technische diensten en aantal campussen). Zoals weergegeven in figuur 1, was dit 4 of 5 dagen.

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

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



Figuur 1: Aantal auditdagen en auditoren in de ziekenhuizen tijdens de audits in 2006, gerangschikt volgens het aantal erkende bedden

Fout! Ongeldige koppeling.

Figuur 2: Aantal dagen tussen de eerste en de laatste auditdag in 2006

Voor een ziekenhuis verliep er tussen de eerste auditdag en de laatste dag van de audit waar het voorlopig auditverslag wordt gepresenteerd, gemiddeld 12,5 dagen (zie figuur 2).

1.4 Geauditeerde diensten en functies

Tijdens een audit worden de door de overheid 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 maakt 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 Resultaten van de audits

Als resultaat van de audit verkregen alle 17 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.

2 Thema's in 2006

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 deze wettelijke bepalingen leidt tot het formuleren van **non-conformiteiten**.

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**.

Tenslotte worden door de auditoren ook aanbevelingen gedaan. Deze **aanbevelingen** 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** 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 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.

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 2006 frequent aan bod kwamen in de auditverslagen.

2.1 Kwaliteitsbeleid

Vanaf 1 januari 2005 werd via het nieuwe kwaliteitsdecreet het principe van **zelfevaluatie** geïntroduceerd in de Vlaamse ziekenhuizen. Het oude kwaliteitsdecreet verplichtte de Vlaamse ziekenhuizen om op gestructureerde wijze te werken aan een aantal kwaliteitsthema's, zoals de tevredenheid van de patiënt, de distributie van geneesmiddelen en het aantal ziekenhuisinfecties. In het 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. In dit kader werd naast het auditverslag door de auditoren ook een evaluatierapport van de zelfevaluatie opgesteld. Hierin wordt een evaluatie gegeven over het kwaliteitsbeleid dat wordt gevoerd in het desbetreffende ziekenhuis. Er wordt met andere woorden gekeken naar de inspanningen die het ziekenhuis levert om de kwaliteit in het ziekenhuis te garanderen en te verbeteren.

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 intussen verder waren uitgewerkt.

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 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.

2.7 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.

2.8 Samenwerking met huisartsen

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.

2.9 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.

2.10 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 verbeterpunten in dit proces.

3 Bevindingen van de audits in 2006

3.1 Kwaliteitsbeleid

Opdrachtsverklaring, missie en visie

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. De Vlaamse overheid verwacht in eerste instantie dat de ziekenhuizen een kwaliteitsbeleid voeren en dat ze hun intenties met betrekking tot kwaliteit en de wegen daar naartoe, formeel uitdrukken in een verklaring van het management.

Eén ziekenhuis had geen eigen missie en visie (non-conformiteit), in tegenstelling tot een ander waar dit een sterk punt was. Missie en doelstellingen waren nog niet (voldoende) uitgewerkt in 3 andere ziekenhuizen. Dit maakt het voeren van een doelgericht kwaliteitsbeleid moeilijk, aangezien het niet helemaal duidelijk is in welke richting er moet gewerkt worden en hoe de krachten gebundeld kunnen worden om gemeenschappelijke doelen te bereiken.

Verankering van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis

Het kwaliteitsbeleid moet vervolgens door iedereen in het ziekenhuis gekend zijn en aldus geïntegreerd zijn in de organisatie. Enkele instellingen (2) slaagden daar zeer goed in door alle departementen te betrekken bij het kwaliteitsbeleid, door continu te streven naar een optimalisatie van zorgprocessen en het tevreden stellen van klanten in te bouwen in de organisatiecultuur. In één instelling was het kwaliteitsbeleid in geen enkel opzicht geïntegreerd in het organisatiebeleid (non-conformiteit), bij 3 andere ziekenhuizen werd dit als onvoldoende beoordeeld.

Betrokkenheid van artsen bij kwaliteit

De grootste uitdaging waar de meeste ziekenhuizen momenteel voor staan, is de artsen te betrekken in het kwaliteitsbeleid. Vaak is de betrokkenheid van artsen beperkt en worden er vanuit het medisch departement weinig initiatieven opgestart. In negen ziekenhuizen werd hierover een opmerking geformuleerd. Niettegenstaande de klinische processen het centrale gebeuren zijn binnen het ziekenhuis, vormt de implementatie van kwaliteitssystemen die het medisch handelen kwalitatief evalueren en bijsturen nog een grote uitdaging voor de toekomst. Slechts door de verbetercyclus ook in het medisch handelen te hanteren, kan op een gestructureerde wijze kwaliteitsverbetering worden bekomen.

3.1.1 Procedures

Binnen het kwaliteitsbeleid wordt ook nagekeken hoe de instelling omgaat met procedures. Zoals eerder gezegd wordt nagegaan of de dienstspectifieke zorgprocessen worden vertaald naar een gestandaardiseerd beleid. In 3 instellingen was er geen uniformiteit tussen de zorgprocedures binnen een bepaalde discipline. Vaak werd aanbevolen om de kennis en het correcte gebruik van deze procedures op regelmatige tijdstippen te evalueren.

Telkens werd ook de **procedure voor het opstellen van procedures** onder de loep genomen. In 6 ziekenhuizen waren hieromtrent opmerkingen (4 non-conformiteiten wegens afwezig, 2 tekortkomingen wegens te vaag). Ook de **procedure voor de bekendmaking van het evaluatierapport** over het gevoerde kwaliteitsbeleid is een verplichte procedure. In 6

ziekenhuizen bleek dergelijke procedure te ontbreken. Vaak zijn ziekenhuizen terughoudend om dit evaluatierapport actief bekend te maken aan alle medewerkers en gebruikers omdat ze het verwarren met het (veel omvangrijker) auditrapport. Het evaluatierapport focust alleen op het kwaliteitsbeleid en probeert dit in een meer toegankelijke vorm te presenteren.

3.1.2 Zelfevaluatie

Zoals eerder vermeld dienen de ziekenhuizen vanaf 1 januari 2005 door middel van een zelfevaluatie aan te tonen hoe processen, structuren en resultaten in het ziekenhuis bewaakt, beheerst en voortdurend worden verbeterd. Eén maal om de vijf jaar wordt deze zelfevaluatie door de auditoren geëvalueerd en wordt een evaluatierapport opgemaakt. Aangezien de zelfevaluatie pas vanaf 2006 werd opgestart, konden de ziekenhuizen nog geen resultaten voorleggen. Resultaten worden pas verwacht nadat de ziekenhuizen een cyclus van 5 jaar hebben doorlopen. Dan moeten ziekenhuizen kunnen aantonen dat ze realistische en relevante **verbetermogelijkheden** hebben gekozen én dat een **verbetering** werd gerealiseerd. In 2006 werd ervan uitgegaan dat de ziekenhuizen beschikten over voldoende gegevens om een zelfevaluatie uit te voeren en op basis daarvan binnen elk van de **vier domeinen** (klinische en operationele prestatie, evaluatie door de gebruikers en medewerkers) gemotiveerde keuzes gemaakt te hebben inzake verbeterpunten die ze de komende jaren wensen aan te pakken. In één ziekenhuis moest men nog starten met het verzamelen van gegevens.

Binnen het domein klinische prestatie dient men voor de keuze van verbeterprojecten te vertrekken van een **sterkte-zwakte analyse van de klinische prestatie**. Een enkele keer had men een uitgebreide analyse gemaakt van de urgentiegeneeskunde, daar werd dan ook aanbevolen in de toekomst deze analyse breder op te vatten. Drie maal werd dergelijke analyse in het geheel niet uitgevoerd, 4 keer was de analyse te beperkt en gaf ze geen goed beeld van de klinische prestatie (enkel een analyse van een aantal indicatoren).

Na de keuze van de verbeterpunten per domein, dient men per punt een aantal **verbeterdoelstellingen** te formuleren. Het probleem dat de auditoren over de domeinen heen vaststelden, was dat dergelijke doelstellingen onvoldoende **SMART** (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden) werden geformuleerd. Tien ziekenhuizen werden er door de auditoren dan ook op gewezen dat de 5 stappen³ uit het kwaliteitsdecreet moeten doorlopen worden binnen de 5 jaar. Het niet-SMART formuleren van doelstellingen maakt het moeilijk om verbeteringen aan te tonen en om daaraan een concreet stappenplan met tijdspad te koppelen.

In het verleden werden in de ziekenhuizen heel wat metingen verricht, maar daar vloeiden niet altijd de nodige verbeteringen uit voort. In 6 ziekenhuizen werd aanbevolen om de validiteit en de betrouwbaarheid van de **indicatoren** in het oog te houden. Een kwaliteitsindicator moet

³ In de zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert;
- 2° hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

immers een mogelijke aanwijzing zijn voor de kwaliteit van zorg. De keuze van indicatoren is dus zeer belangrijk, opdat ze als knipperlicht zouden kunnen fungeren.

3.2 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 met de activiteiten in het ziekenhuis of met andere woorden wordt er nagekeken of de **werklust** voor het personeel niet te hoog ligt.

- Problemen doen zich vaak voor bij de bestaffing van de **palliatieve functie**. Vooral de medische invulling van de palliatieve equipe werd zeer frequent als een tekort omschreven. Ook de psychologische invulling voldeed vaak niet aan de normen. Qua verpleegkundigen stelden zich veel minder problemen. Dergelijke tekorten zijn er vaak de oorzaak van dat de palliatieve cultuur maar moeilijk doordringt tot bij het artsencorps en/of dat de palliatieve functie onvoldoende verankering vindt op beleidsniveau. Zonder volwaardige participatie van artsen is de ontwikkeling en implementatie van palliatieve zorgprocedures inzake pijnbeleid haast onmogelijk. Vaak zien we in dergelijke gevallen ook dat de palliatieve functie pas na akkoord van de arts mag worden ingeschakeld of dat heel wat diensten of disciplines (zo goed als) nooit beroep doen op de palliatieve functie.
- Even frequent werden er problemen opgemerkt met de ergotherapeutische en logopedische invulling op de **geriatrische afdelingen**. Voldoende **paramedische omkadering** is nochtans op dergelijke afdelingen van groot belang bij het voldoende stimuleren en revalideren van bejaarden vanaf de eerste dag van opname. Het is immers duidelijk aangetoond dat een aangepaste zorg vanaf de eerste dag de morbiditeit en mortaliteit doet afnemen bij geriatrische patiënten.
- Daarnaast zijn er in meer dan de helft van de bezochte ziekenhuizen opmerkingen geformuleerd over de bestaffing van de **mobiele equipe**. Deze is hetzij onderbemand, hetzij niet meer mobiel genoeg, hetzij helemaal afwezig. 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.
- Vervolgens zijn er op **middenkaderniveau** ook regelmatig tekorten vastgesteld. De ziekenhuizen dienen te voorzien in een exclusieve functie voor de begeleiding van (her)intreders. In een paar ziekenhuizen werd deze functie voorzien, maar niet voltijds zoals de norm stelt. In een aantal ziekenhuizen, en vooral dan in de kleinere categorale ziekenhuizen, ontbrak deze functie vaak helemaal.
- Verontrustend is het probleem qua **permanenties** op de **materniteit**, het verloskwartier en de neonatale eenheid. Op iedere afdeling materniteit dient er een 24uurs permanentie te bestaan van vroedvrouwen, los van de permanentie aan vroedvrouwen voor het verloskwartier.

Hiernaast dient men nog te voorzien in een permanentie voor de neonatale afdeling (ook N*-eenheid genoemd).

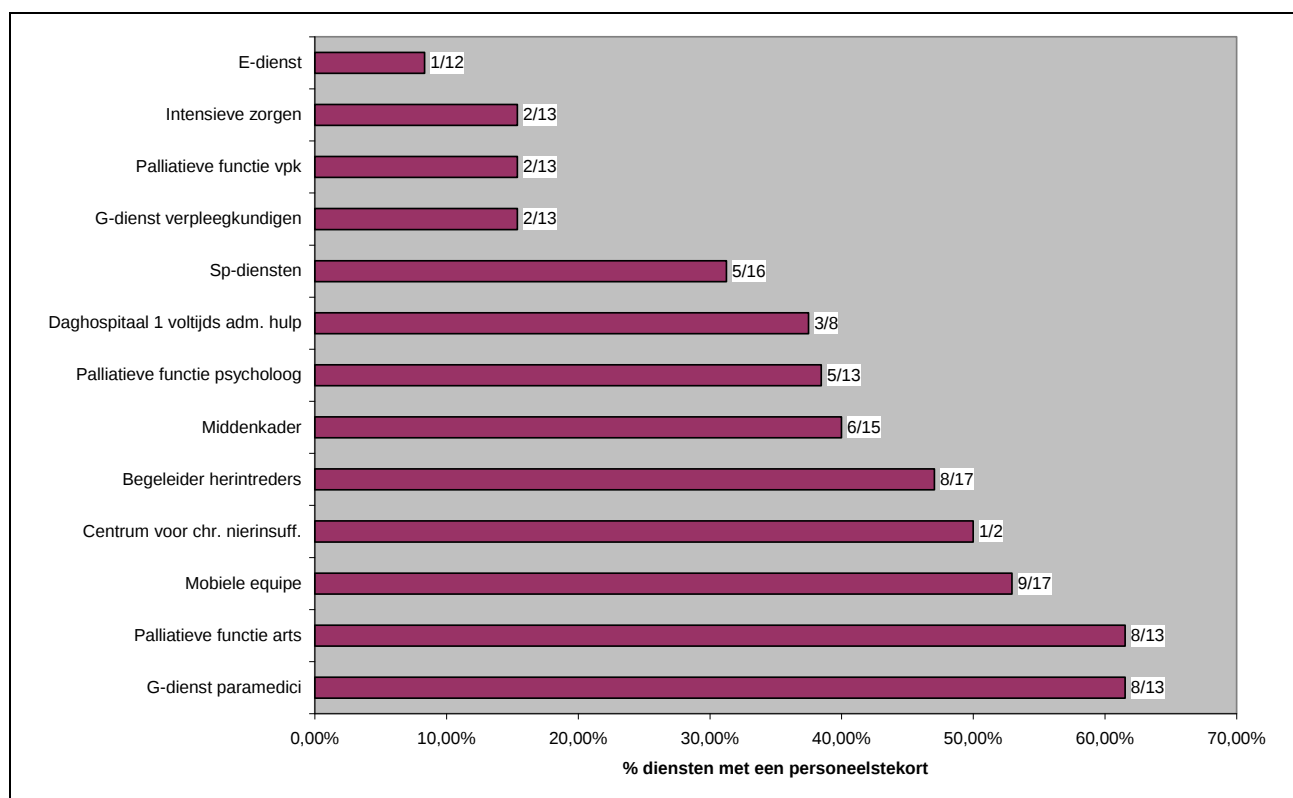
In een groot aantal ziekenhuizen (70%) werden deze permanenties onvoldoende ingevuld.

- Acht 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 **N*-eenheid**. 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.
- Op de functie **intensieve zorgen** werd in 2 ziekenhuizen een tekort aan verpleegkundig personeel vastgesteld (0,75 VTE en 3 VTE). In één van deze 2 en in nog 3 andere ziekenhuizen werden opmerkingen geformuleerd over de verpleegkundige permanentie 's nachts of in het weekend. Meestal waren er onvoldoende verpleegkundigen aanwezig op de dienst intensieve, of hadden er onvoldoende personeelsleden de bijzondere beroepstitel.
- Op de **Sp-diensten** (diensten voor revalidatie) werd in 5 ziekenhuizen een tekort aan verpleegkundigen en/of verzorgenden vastgesteld. Opvallend voor deze dienst was verder een onderkwalificatie van het verpleegkundig personeel (4 ziekenhuizen). Er waren in verhouding te veel gebrevetteerde verpleegkundigen en te weinig gegradueerde verpleegkundigen.
- Op het **chirurgisch daghospitaal** werd drie maal opgemerkt dat er geen **administratieve ondersteuning** voorzien was tijdens de openingsuren van het daghospitaal.
- In één van de twee bezochte **centra voor behandeling van chronische nierinsufficiëntie** werd een tekort aan verpleegkundigen en technici (2,5 VTE) vastgesteld.

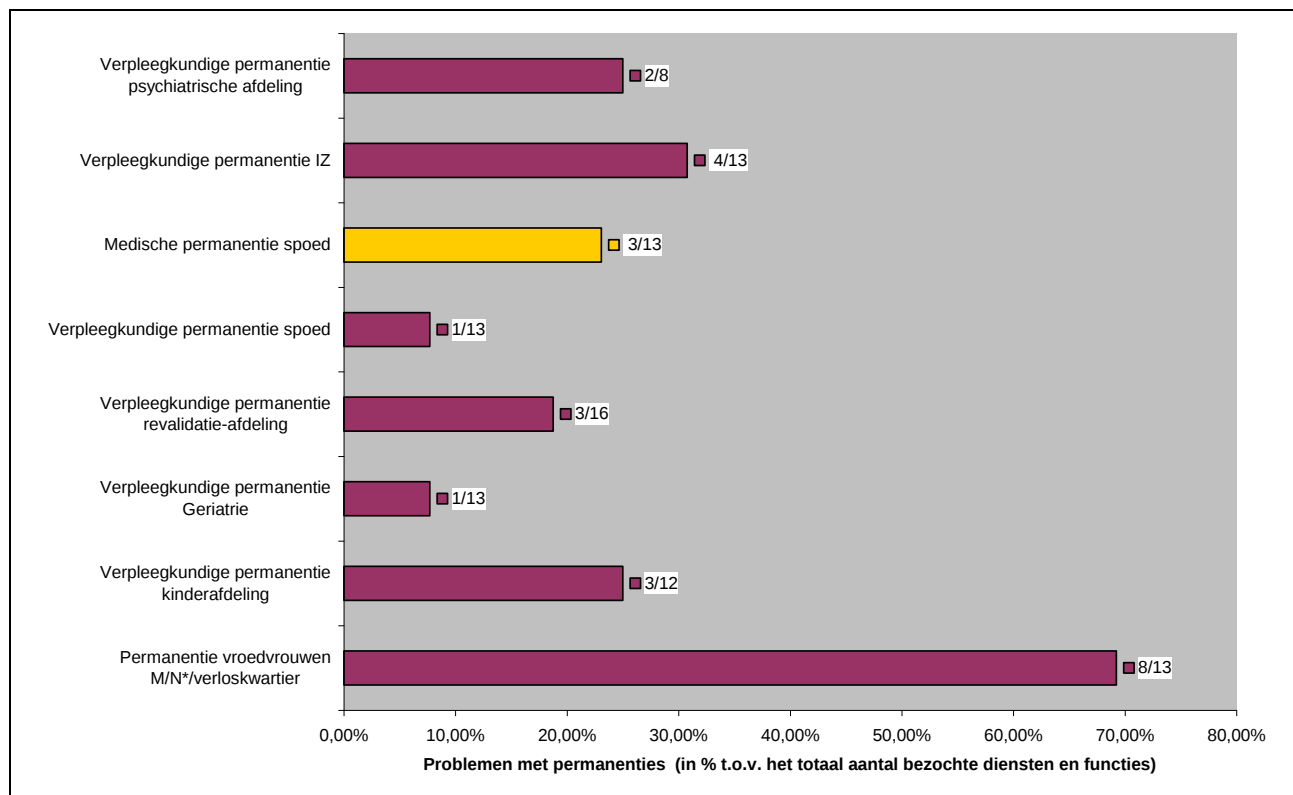
Een structureel probleem dat door de ziekenhuizen tijdens inspectie steeds weer wordt aangekaart inzake personeelsbestaffing is die van een structurele onderfinanciering van het budget voor personeel t.o.v. de wettelijke personeelsnormen. Vooral de kleinere ziekenhuizen kampen vaak met dit probleem van onderfinanciering van het personeelsbudget.

In de auditverslagen wordt ook aandacht besteed aan **vorming** (smogelijkheden) voor de medewerkers. In vier ziekenhuizen was het vormingsbeleid goed georganiseerd en gestructureerd. Dit kwam tot uiting in een behoeftegestuurd en ruim aanbod van vorming, een goed inscholingsprogramma, duidelijke richtlijnen met betrekking tot goedkeuring en vergoeding van vormingsmomenten, enz. In het kader van vorming moedigt het auditteam het werken met referentieverpleegkundigen⁴ aan. Veel ziekenhuizen werken reeds met **referentieverpleegkundigen**.

⁴ De referentieverpleegkundige is een verpleegkundige met een specifieke, bijkomende opleiding in een welbepaald domein van de verpleging.



Figuur 3: % diensten en functies met een personeelstekort, met aantal diensten met een personeelstekort tov totaal aantal bezochte diensten.



Figuur 4: Aantal tekorten m.b.t. permanenties

3.3 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 12 ziekenhuizen werd een tekort geformuleerd over de **interprofessionele 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. In een (categoraal) ziekenhuis was er dagelijks een multidisciplinaire bespreking van de nieuw opgenomen patiënten, en een maximale participatie van artsen in het hele ziekenhuisgebeuren.

Over het algemeen zijn **multidisciplinaire overlegmomenten** nog onvoldoende aanwezig: 9 keer werd dit als een tekort aangegeven. Een goede multidisciplinaire samenwerking vonden we voornamelijk terug op de geriatrie diensten. Deze diensten zijn wettelijk verplicht om te beschikken over een gespecialiseerd multidisciplinair team dat is samengesteld uit geriater, verpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen of maatschappelijk assistenten, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, ontslagmanager en diëtist. In 2 ziekenhuizen werd de multidisciplinaire werking als een sterk punt geformuleerd, 3 maal werd als non-conformiteit opgemerkt dat niet alle patiënten wekelijks besproken werden. Ook op veel revalidatiediensten is het multidisciplinair overleg goed ingeburgerd (6 sterke punten).

Een element dat multidisciplinair overleg kan faciliteren is het opstellen van een (multidisciplinair) **jaarverslag**, liefst met een daaraan gekoppeld beleidsplan. Voor een aantal diensten en functies, waaronder de materniteit, is dergelijk jaarverslag verplicht. Tweemaal ontbrak dit verslag volkomen, één keer gaf dit jaarverslag alleen een bundeling van cijfers, zonder analyse ervan. 10 keer werd aanbevolen dit instrument, dat in min of meerdere mate aanwezig was, verder uit te breiden naar alle afdelingen en/of verder uit te werken. In twee ziekenhuizen beschikten alle afdelingen al over een jaarverslag.

Dat ziekenhuizen zelf ook veel belang hechten aan een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers, blijkt uit het toenemende succes (7 sterke punten) van de **klinische paden**⁵. Vooral op de dienst materniteit werden klinische paden (postpartumzorgen bij vaginale bevallingen en keizersneden) ontwikkeld. In twee ziekenhuizen werd dit als een sterk punt geformuleerd, 4 keer werd de invoering van zo'n klinisch pad 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.

⁵ 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).

Ook op andere diensten werden klinische paden ontwikkeld, zoals voor diabetes, CVA en dwarslesie, bij knieprothese, enz. Ziekenhuizen doen hier een grote inspanning om de werking van de verschillende zorgverstrekkers op elkaar af te stemmen en patiëntgericht te werken. De auditoren merkten wel in enkele ziekenhuizen op dat om een klinisch pad te ontwerpen de samenwerking tussen de disciplines en zorgverstrekkers een belangrijke voorwaarde is. Zo werden in twee ziekenhuis vastgesteld dat niet alle artsen binnen eenzelfde discipline het klinisch pad in dezelfde mate toepasten. In één ziekenhuis had men de pogingen om een klinisch pad te ontwikkelen gestaakt ondermeer wegens de tegenvallende inzet van de medische staf.

De **samenwerking tussen artsen** en de verschillende disciplines onderling wordt eveneens belicht tijdens de audit. In 3 ziekenhuizen werkten de artsen in (grote) associatieverbanden. Dit zijn samenwerkingsverbanden onder geneesheren-specialisten met betrekking tot verdeling van inkomsten en uitgaven. Deze samenwerking werd twee maal als sterk punt geformuleerd. Goede financiële afspraken tussen collega's blijken vaak de basis voor een goede samenwerking.

Niet in alle ziekenhuizen is er onderlinge afstemming en communicatie binnen het **medisch departement**. In de kleinere ziekenhuizen ontbrak 3 keer een medische raad en twee maal werden zelfs de taken van de hoofdgeneesheer niet ingevuld. In een ander ziekenhuis bleek het medisch departement dan weer goed gestructureerd en waren er regelmatig overlegvergaderingen, en werd dit als een sterk punt in het verslag genoteerd. In één ziekenhuis had men nog maar recent dergelijke structuur ingevoerd en had men al één keer vergaderd, er werd aanbevolen dit in de toekomst te bestendigen en regelmatig te doen.

Een goed georganiseerde samenwerking tussen artsen werd 5 maal vastgesteld op de dienst pediatrie. Zo werd de dagelijkse medische toer door alle pediaters samen afgelegd.

Binnen het **verpleegkundig departement** werd 7 keer een tekort vastgesteld aan dienstvergaderingen, meestal qua frequentie, een enkele keer naar inhoud.

3.4 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) wordt vaak als eerste genoemd wanneer we spreken over risicomanagement in het ziekenhuis.

In de loop van 2006 is er een tendens merkbaar waarbij steeds meer belang gehecht wordt aan deze FONA-registratie.

In 2 ziekenhuizen ontbrak een dergelijke registratie, hoewel dit binnen het verpleegkundig departement wettelijk verplicht is. Een eerste keer werd dit als tekortkoming geclassificeerd (omdat het ziekenhuis reeds gestart was en de uitvoeringsmodaliteiten aan het onderzoeken was), een andere keer als non-conformiteit.

Veel vaker bestond wel een registratie van een beperkt aantal aspecten (meestal valincidenten en decubitus, minder vaak verzekeringsgerelateerde incidenten, medicatiefouten, prikaccidenten, infecties, fouten bij cytostatica), maar ontbrak een echte systematiek,

Slechts 2 keer werd aanbevolen de registratie breder op te vatten, 4 keer werd het ontbreken van voldoende systematiek in de registratie of het beperkt aantal types van fouten die

geregistreerd werden als non-conformiteit gezien, de 9 andere keren werd een tekortkoming geformuleerd.

Vanuit het auditteam werd aanbevolen om een FONA-registratie op te starten in alle departementen die alle incidenten omvat en om aan de hand van deze registratie sensibiliseringscampagnes en verbeteracties op te starten. Ook wordt aanbevolen de gegevens die men via de FONA-registratie bekomt te analyseren samen met de gegevens uit klachten en uit patiëntentevredenheidsmetingen. Immers, vaak komen ook via die kanalen problemen aan het licht die een structurele aanpak vereisen en die bijdragen aan de patiëntveiligheid.

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

Aan 10 ziekenhuizen werd aanbevolen om het systeem van medicatiedistributie te evalueren vanuit het standpunt van risicomanagement. In één ziekenhuis werd de geïnformatiseerde medicatiedistributie opgemerkt als een sterk punt.

Vaak wordt medicatie **voor 24u klaargezet** en soms reeds **uit de verpakking gehaald** waardoor controle door de verpleegkundige vóór toediening niet meer mogelijk is. Wanneer **medicatiestrips** worden **versneden** en medicatie uit de blister wordt gehaald, kan het geneesmiddel niet meer worden geïdentificeerd en is de vervaldatum niet meer te achterhalen. In acht ziekenhuizen werd dit als non-conformiteit geformuleerd.

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 een elektronisch systeem voor medicatiedistributie aan het testen. Bij de distributie en bereiding van geneesmiddelen werden systemen ingebouwd om vergissingen bij het voorschrijven zoveel mogelijk op te vangen. Tevens was het mogelijk om de verpleegkundige die de medicatie klaarzet en diegene die ze toedient, te identificeren. In 4 ziekenhuizen werd het voordeel van de integratie van een "intelligente werkbalk" in het geïnformatiseerd geneesmiddelenvoorschrift benadrukt door de auditoren. Hierbij werd gedacht aan gemakkelijk te raadplegen achtergrondinformatie bij de voorgeschreven medicatie, knipperlichten voor geneesmiddeleninteracties, koppeling met labo-resultaten in het kader van nevenwerkingen, enz.

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 1 instelling was er geen reglement aanwezig en in één instelling was het reglement onvoldoende uitwerkt.

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. In de

categorale ziekenhuizen wordt bijna steeds medicatie voor een langere periode afgeleverd. De medicatie wordt dan op de afdeling bewaard op naam van de patiënt. In 8 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.

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 10 ziekenhuizen werd gevraagd om te voorzien in thermometers en een protocol voor systematische temperatuurscontrole. Indien kritische waarden worden gemeten, moet het personeel weten welke stappen er moeten ondernomen worden i.v.m. de koelkast en de daarin aanwezige medicatie.

Met betrekking tot het voorschrijven van medicatie werd in 8 ziekenhuizen onder meer vastgesteld dat **voorschriften** en/of medische orders niet altijd ondertekend werden door de behandelende **arts** of dat handtekeningen zelfs werden nagemaakt.

Een belangrijk aspect 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.

Verpleegkundigen gaven niet steeds (10 ziekenhuizen) met een handtekening aan wanneer zij medicatie aan de patiënt hadden toegediend. Ook een verantwoording waarom sommige medicatie niet was toegediend, was niet steeds terug te vinden.

Het **voorschrift** voor **chemotherapie** krijgt specifieke aandacht van de auditoren. Bij het voorschrift voor chemotherapie werd 7 keer uniformisering en/of automatisering aanbevolen omwille van de automatische controle voor bijvoorbeeld dosage, gewicht van patiënt enz. Eénmaal werd een opmerking over het voorschrift voor chemotherapie als tekortkoming geformuleerd, in een ander ziekenhuis bleek het een sterk punt.

Met betrekking tot de narcotische analgetica werd in 8 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.

Medicatie voorschrijven gebeurt best op een verantwoorde wijze. Daarom is het belangrijk dat de apotheker jaarlijks een **analyse** van het **medicatieverbruik** uitvoert, ondermeer per arts. Deze resultaten worden dan best op een zo begrijpelijk mogelijke wijze teruggekoppeld aan de individuele artsen. In 5 ziekenhuizen gebeurde dergelijke analyse in het geheel niet, in 6 gebeurde de analyse niet tot op het niveau van de individuele arts. Slechts 1 keer werd in dit verband een sterk punt geformuleerd.

3.6 Kinderen in het ziekenhuis

Met uitzondering van de 4 categorale ziekenhuizen werden in alle ziekenhuizen kinderen opgenomen. Nochtans had 1 van deze 13 ziekenhuizen geen kinderafdeling (non-conformiteit).

Volgens de ziekenhuiswetgeving dient ieder ziekenhuis een protocol uit te werken dat de hoofdlijnen bepaalt voor de opvang van de opgenomen of ambulant verzorgde kinderen in het ziekenhuis. Het protocol heeft betrekking op o.a. 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.

In één ziekenhuis troffen we een goed uitgewerkt **protocol** en een **ziekenhuisbreed kindvriendelijk beleid** aan. Zeven ziekenhuizen (t.o.v. 6 in 2005) bleken niet over een protocol te beschikken, terwijl in 2 andere dit protocol nog verder ziekenhuisbreed moest uitgewerkt worden (1 tekortkoming, 1 aanbeveling), of dat niet overal gewerkt werd zoals in het protocol beschreven (1 tekortkoming).

Het algemeen 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.

De auditoren vragen verder om specifiek aandacht te hebben voor de problematiek van kindermishandeling. In 1 ziekenhuis (2005: 4, 2006: 2) werd gevraagd om een **procedure** uit te werken die de omgang met het **vermoeden** van **kindermishandeling** formaliseert. Wanneer een ziekenhuismedewerker een vermoeden heeft van kindermishandeling, moet duidelijk zijn welke stappen er dienen te worden ondernomen. In 3 ziekenhuizen was er een goede procedure aanwezig.

Het koninklijk besluit van 13 juli 2006 legde de normen vast waaraan een **zorgprogramma** voor **kinderen** moet voldoen om te worden erkend. De meeste van deze normen gelden vanaf 1 januari 2007 en beschrijven nader hoe de opvang van kinderen moet gebeuren. Van groot belang hierbij is de visuele en auditieve scheiding tussen pediatrie en volwassen patiënten, wat zijn impact heeft op de werking op verschillende afdelingen (bv. radiologie). Daarnaast is ook de verplichting ingevoerd dat minstens één van de ouders steeds bij zijn/haar (bewust) kind moet kunnen blijven, dit wil zeggen tijdens onderzoeken en behandelingen, maar ook in het operatiekwartier tot bij inductie en vanaf het ontwaken. Met deze nieuwe normen in het vooruitzicht werd in 2006 al scherper gekeken naar knelpunten die zich bij de invoering van deze nieuwe normering zou kunnen stellen op verschillende plaatsen in het ziekenhuis, zoals de spoedgevallendienst, het operatiekwartier, de dienst intensieve zorgen en het daghospitaal.

Spoedgevallendienst

Twee ziekenhuizen hadden een specifieke kinderbox op spoed, wat als een sterk punt werd gezien. In drie andere ziekenhuizen werd aangeraden om dergelijke kindvriendelijke box te voorzien.

Van een dienst spoedgevallen wordt tevens verwacht dat ze kunnen inspelen op pediatrie urgenties. Wanneer een kind toekomt op spoed, moet er met andere woorden voldoende kennis en het nodige materiaal aanwezig zijn opdat men kan inspelen op de specificiteit van het kind. In twee ziekenhuizen werd vastgesteld dat het personeel geen specifieke vorming had genoten voor het omgaan met pediatrie urgenties.

Intensieve zorgen

In één ziekenhuis werd aanbevolen om een kamer specifiek in te richten voor de opvang en behandeling van kinderen.

Operatiekwartier

Ook op het operatiekwartier dient men de nodige aandacht te besteden aan kindvriendelijkheid. Dit levert in vele ziekenhuizen nog problemen op.

In zeven ziekenhuizen was er geen specifieke opvangplaats voor kinderen in de ontwaakkamer. Dit werd als een tekort of aanbeveling geformuleerd. In één ziekenhuis zagen we dan wel posities die aangepast waren aan de leefwereld van kinderen, wat als sterk punt werd benoemd. De ouders mochten in een ziekenhuis aanwezig zijn bij de inductie en het ontwaken van hun kind. Dit werd aanbevolen in vier ziekenhuizen.

Daghospitaal

Indien er geen daghospitaal voor kinderen is in het ziekenhuis, worden deze kinderen bij voorkeur opgenomen op de dienst pediatrie. Dit was in 5 ziekenhuizen het geval en werd als een aanbeveling geformuleerd in 1 ziekenhuis.

In één ziekenhuis werden ook volwassenen opgenomen op de kinderafdeling en in een ander werden kinderen in daghospitalisatie opgenomen in een afdeling voor volwassenen, hieromtrent werd telkens een non-conformiteit geformuleerd.

Kinderafdeling

Het gros van de kinderen wordt opgenomen op de kinderafdeling. Op nogal wat plaatsen is de inrichting verouderd en voldoet ze niet meer aan moderne eisen inzake comfort en privacy (bv. m.b.t. rooming-in); 6 keer werden er hieromtrent tekorten geformuleerd. Slechts één keer was de inrichting duidelijk beter dan gemiddeld. De opvang van kinderen gebeurt niet alleen door de artsen en verpleegkundigen, ook de spelbegeleidster en de psychosociale begeleiding spelen een belangrijke rol. Daartegenover staat echter dat in 3 ziekenhuizen het aandeel aan spelbegeleiding en psychosociale ondersteuning beneden de norm was. We bevalen vier keer aan dat deze personen hun bevindingen zouden noteren in het patiëntendossier.

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

Op 3 diensten werd een tekort vastgesteld met betrekking tot de beveiliging van de dienst. Deze diensten konden niet afgesloten worden om te verhinderen dat kinderen zouden weglopen.

Een laatste punt waaraan veel aandacht werd besteed door het auditteam, was het informeren van zowel de kinderen als de ouders over het ziekenhuisverblijf. In 3 ziekenhuizen werd dit als een sterk punt geformuleerd. Zo waren er bijvoorbeeld aparte informatiebrochures voor de kinderen en de ouders opgemaakt, slechts één keer moesten wij nog aanbevelen een informatiebrochure te ontwikkelen.

3.7 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 **onthaalsbrochures** 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 (20) en het aantal aanbevelingen (36) met betrekking tot het informatieaanbod.

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

- Op een dienst heerkunde was er een uitgebreid informatieaanbod, zowel mondeling als schriftelijk, passend in een totaalprogramma voor knieprotheses.
- In een ander ziekenhuis beschikte de palliatieve functie over een boekje voor kinderen met als thema het overlijden van één van de ouders.
- Binnen een zorgprogramma voor oncologie heeft men vaak een zeer groot aanbod aan informatie. Deze wordt soms per patiënt samengebracht in een overzichtelijke map.

De tekortkomingen van de auditoren gingen over:

- Te weinig specifieke folders per aandoening met oog op de nazorg in een chirurgisch daghospitaal (3x).
- Onjuiste of gebrekkige informatie met betrekking tot de ombudsfunctie.
- Onjuiste communicatie over de bereikbaarheid van de palliatieve functie.

De aanbevelingen van de auditoren richtten zich vaak tot specifieke diensten:

- Meestal wordt aangeraden een informatiebrochure op te stellen.
- Aan een psychiatrische dienst werd aangeraden om aan de patiënten een individueel overzicht te geven van het therapieschema (2x).
- Aan een paar materniteiten werd aanbevolen de onthaalbrochure uit te breiden met informatie over het borstvoedingsbeleid.

3.8 Samenwerking met huisartsen

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

In twee ziekenhuizen werd aanbevolen om de samenwerking met de huisartsen te bevorderen door het actualiseren of opvolgen van gemaakte **afspraken**, of door een bestaand **overleg** verder te formaliseren.

In een categoriaal ziekenhuis werd de huisarts steeds uitgenodigd op de eerste teambespreking. We bevelen daar aan de huisarts ook uit te nodigen op de teamvergadering bij de bespreking van het ontslag van de patiënt.

Ondanks de vele inspanningen die 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.

3.9 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 geen enkel van de 4 bezochte categorale ziekenhuizen was zo'n lokaal ethisch comité aanwezig. Eén ziekenhuis deed voor ethische problemen wel een beroep op het ethisch comité van een ander ziekenhuis. Rond activiteitsgraad en bekendheid in het ziekenhuis werd in de andere ziekenhuizen drie keer een tekortkoming geformuleerd. In één ziekenhuis was het comité nog maar recent opgericht en totaal onbekend in het ziekenhuis, in een ander was het maar 2 keer bijeengekomen in het voorbije jaar, en ook in het derde ziekenhuis was de activiteit zeer laag en had men een permanent tekort aan leden.

4 keer werd aanbevolen 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 immers quasi uitsluitend uit het bespreken van studies.

Tweemaal werd een sterk punt geformuleerd: een eerste keer met betrekking tot het bestaan van een extra ethische commissie, wat het ethisch discours in het betreffende ziekenhuis sterk had aangezwengeld, een andere keer met betrekking tot het groot aantal verpleegkundigen in het comité.

Dergelijke ethische comités werken onder andere een advies uit over therapeutische coderingen. Eenmaal werd als tekort vastgesteld dat er geen protocol bestond over **therapeutische codering**, en andere keer dat er wel een protocol bestond en specifieke formulieren, maar dat dit protocol niet gevolgd werd en de formulieren niet gebruikt werden. 6 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, maar dat de neerslag van deze afspraken niet (snel genoeg) in het dossier kan teruggevonden worden. Een keer werd aanbevolen om een DNR-protocol te gebruiken. Een andere keer werd aangeraden om het bestaande formulier door alle artsen te laten gebruiken. Twee keer werd gevraagd om meer duidelijkheid te scheppen over het overleg met de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger met betrekking tot de ingestelde therapeutische beperkingen.

3.10 Informatisering

In de gezondheidszorg neemt, net als in andere sectoren, het belang van informatie- en communicatietechnologie (ICT) toe. Ook vanuit het auditteam wordt getracht hierop in te spelen. In eerste instantie werd aan vier ziekenhuizen aanbevolen om een strategisch informatieplan op te maken. Informatisering vraagt immers een aanzienlijke investering van het ziekenhuis. Het is dan ook van groot belang dat de implementatie van de diverse systemen op een gestructureerde en gecoördineerde wijze verlopen, onder meer om problemen van incompatibiliteit te voorkomen.

De informatisering heeft vaak betrekking op de implementatie en het gebruik van een **elektronisch patiëntendossier**. Drie ziekenhuizen hadden een goed elektronisch medisch dossier. 2 ziekenhuizen hadden een elektronisch verpleegkundig dossier, maar maakten daar onvoldoende gebruik van. Regelmatig werd een papieren versie afgedrukt waarop dan in de praktijk verder gewerkt werd. In twee andere ziekenhuizen werd het elektronisch dossier nog niet op alle afdelingen gebruikt. Voor het elektronisch verpleegkundig dossier werd aan 2 ziekenhuizen aangeraden om bij de ontwikkeling ervan advies in te winnen bij de federale

overheid (Telematicacommissie) die op dat moment werkte aan de wettelijke herziening van het verpleegkundig dossier.

Het operatiekwartier en de dienst sterilisatie zijn twee diensten waar de toepassing van ICT een belangrijke meerwaarde kan betekenen. In het operatiekwartier wordt door het auditteam de nadruk gelegd op een **geïnformatiseerd planningssysteem**. Het gebruik van dergelijk systeem moet ertoe leiden dat operaties beter en objectiever kunnen gepland worden. Hierdoor kan bijvoorbeeld het (laattijdig) uitstellen van operaties worden vermeden, kunnen de operatiezalen optimaal worden gebruikt, kunnen overuren van de verpleegkundigen worden voorkomen enz. In 10 ziekenhuizen werd aanbevolen om de informatisering van het planningsproces op te starten of verder uit te werken. Een bijkomend voordeel van informatisering binnen het operatiekwartier betreft de registratie van relevante operatieparameters (vb. aantal ongeplande heringrepen, aantal opgelopen letsels tijdens de ingreep, ...) die ook geautomatiseerd kan worden. Door verwerking van de resultaten kunnen de operatieactiviteiten worden opgevolgd en bijgestuurd waar nodig.

Op de dienst sterilisatie kan met behulp van aangepaste software het **sterilisatieproces** in kaart worden gebracht. Het in kaart brengen van processen, het kunnen traceren van de instrumenten enz. betekent een objectieve kwaliteitscontrole. De omzet en opvolging van de sterilisatie kan snel zichtbaar worden gemaakt. Aan vier ziekenhuizen werd geadviseerd om uit te kijken naar dergelijk geïnformatiseerd systeem.

Binnen de werking van een apotheek is de afwezigheid van informatica ondenkbaar geworden. Het **elektronisch voorschrift** is daarentegen nog heel wat minder evident. Vooral voor cytostaticavoorschriften werd een paar maal aangeraden om een elektronisch voorschrift te gebruiken met ingebouwde controlemechanismen.

De implementatie van allerlei softwareprogramma's maakt het mogelijk om gegevens te verzamelen over het ziekenhuis. Net zoals in het operatiekwartier wordt voor de spoedgevallendienst, de dienst intensieve zorgen, de hospitalisatieafdelingen enz. aangeraden om gegevens (aantal heropnames, verpleegdagen, verbruik van materiaal, personeelsgegevens, activiteiten enz.) informaticatechnisch te registreren en terug te koppelen aan de zorgverleners. Er wordt op gewezen dat deze gegevens behoeftegestuurd en op een duidelijke wijze moeten worden aangeleverd en dat overleg tussen de zorgverleners en de dienst informatica hierbij essentieel is.

4 Slot

In 2006 werden 17 ziekenhuizen onderworpen aan een audit door het auditteam van de Vlaamse overheid. Niet enkel de ziekenhuiswetgeving werd gecontroleerd, er werd ook nagegaan hoe de ziekenhuizen de kwaliteit van zorg trachtten te garanderen en verbeteren.

Het invoegen 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.

In de ziekenhuizen werden een hoop sterke punten vastgesteld. Verschillende ziekenhuizen waren voortrekker op een bepaald gebied, zoals onder meer medicatiedistributie, infectieziektepreventie, informatisering, enz. en kunnen als voorbeeld gelden voor andere ziekenhuizen.

Daarnaast werden er in de auditverslagen heel wat verbeterpunten geformuleerd, al dan niet op basis van wetgeving. Verbeterpunten waren er over tal van onderwerpen, belangrijke aandachtsthema's. Thema's in 2006 waren kwaliteitsbeleid, personeelsbestaffing, vorming, samenwerking tussen zorgverleners, en met huisartsen, aandacht voor veilige zorg, medicatiebeleid, kinderen in het ziekenhuis, communicatie met patiënten en het beleid rond het levenseinde.

Eind 2006 werd een eerste auditcyclus van vijf jaar afgerond. Als besluit kunnen we stellen dat het auditconcept, dat in 2002 werd geïntroduceerd, ondertussen met succes wordt toegepast. De voorbije vijf jaar was een continu leerproces voor alle betrokkenen. De auditmethodiek werd continu bijgesteld en de aandachtsvelden evolueerden mee naargelang hun maatschappelijk belang.