

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens, Secretaris-generaal
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdelingen Zorginspectie

Depotnummer

D/2019/3241/317

Uitgave

December 2019

INHOUD

1.	Inleiding	6
2.	Managementsamenvatting	7
3.	Toezichtmodel	10
3.1	Conceptuele lijnen.....	10
3.2	Eisenkaders.....	11
3.3	Inspectiemethodiek.....	11
3.3.1	Inspectiebezoeken.....	11
3.3.2	Verschillen tussen de inspectierondes	12
3.3.3	Verslaggeving.....	13
3.4	Opvolging van inspectievaststellingen	14
3.4.1	Rode en oranje knipperlichten	14
3.4.2	Op te volgen door het Agentschap Zorg en Gezondheid	16
3.5	Communicatie met en betrokkenheid van de sector	17
4.	Algemene cijfers	18
5.	Thema personeel	19
5.1	Medische permanentie functie intensieve zorgen.....	19
5.1.1	Gecontroleerde eis	19
5.1.2	Herhalingsronde	20
5.1.3	Vorige inspectierondes	21
5.1.4	Overzicht inspectievaststellingen	21
5.2	Medische permanentie functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG.....	22
5.2.1	Gecontroleerde eis	22
5.2.2	Herhalingsronde	24
5.2.3	Vorige inspectierondes	24
5.2.4	Overzicht inspectievaststellingen	25
5.3	Verpleegkundige permanentie functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG	25
5.3.1	Gecontroleerde eis	25
5.3.2	Herhalingsronde	26
5.3.3	Vorige inspectierondes	26
5.3.4	Overzicht inspectievaststellingen	27
5.4	Oproepbare psychiater voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg	27
5.4.1	Gecontroleerde eis	27

1. INLEIDING

Hieronder vindt u het beleidsrapport van Zorginspectie over de herhalingsronde van het internistisch en het chirurgisch zorgtraject. Zoals bij de vorige inspectierondes, werden de algemene ziekenhuizen ook nu geïnspecteerd aan de hand van nalevingstoezicht, de toezichtvorm binnen het nieuwe toezichtmodel dat sinds 2013 wordt gehanteerd. Hierbij ligt de focus op het inspecteren van de dagelijkse zorgpraktijk.

Na de inleiding en managementsamenvatting geven we een overzicht van de specifieke stappen en keuzes die gemaakt werden bij de uitwerking van deze inspectieronde. Daarna volgen enkele algemene cijfers (hoofdstuk 4) en vijf hoofdstukken met de vaststellingen met betrekking tot de onderwerpen die geïnspecteerd werden. Deze werden gegroepeerd onder vijf thema's: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. Per onderwerp beschrijven we de gecontroleerde eis, de werkwijze en de vaststellingen tijdens de herhalingsronde.

Waar mogelijk maken we ook de vergelijking met de werkwijze en de vaststellingen tijdens de inspectieronde van het chirurgisch en/of die van het internistisch zorgtraject. Hierbij doen we echter geen uitspraken over de vraag of de betreffende praktijk verbeterd dan wel verslechterd is. De eventuele verschillen kunnen immers veroorzaakt worden door allerlei andere factoren, zoals verder uitgebreider wordt beschreven.

Hoofdstuk 10 geeft een overzicht van de belangrijke knelpunten die werden vastgesteld tijdens deze herhalingsronde en die aanleiding gaven tot een tweede inspectie ("check 2") of die zullen worden opgevolgd door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Het rapport eindigt met enkele algemene conclusies.

Dit beleidsrapport komt er dankzij het werk van vele tientallen personen en organisaties. Hierbij denken we vooral aan:

- de verschillende organisaties en deskundigen die betrokken waren bij de totstandkoming en actualisering van de eisenkaders voor het chirurgisch en internistisch zorgtraject;
- de Commissie Kwaliteit AZ van Zorgnet-Icuro, waar we regelmatig feedback krijgen en kunnen geven over bepaalde deelaspecten van de inspectieaanpak;
- alle betrokkenen – en in het bijzonder de collega's van de afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis – bij de ontwikkeling van een elektronisch datasysteem waarin alle gegevens werden verzameld en verwerkt tot verslagen, en waarmee de data werden aangeleverd voor dit beleidsrapport;
- alle andere betrokkenen bij het schrijven van dit beleidsrapport.

We willen ook de geïnspecteerde ziekenhuizen bedanken voor de constructieve sfeer waarin de inspecties konden verlopen.

We hopen dat dit rapport kan bijdragen tot verdere verfijning op vlak van kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen.

2. MANAGEMENTSAMENVATTING

Toezichtmodel

In de sector van de algemene ziekenhuizen is de laatste jaren een zeer grote aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De (koepel van) ziekenhuizen, de beroepsgroepen, de patiëntenverenigingen en de Vlaamse overheid werken nauw samen – ieder vanuit hun eigen positie en verantwoordelijkheid – om die kwaliteit van de zorg te stimuleren, te bewaken, te borgen en transparant te maken.

Het toezicht door de Vlaamse overheid (namelijk door Zorginspectie) vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers: de ontwikkeling en publicatie van een set kwaliteits-indicatoren (in het VIP²-project) enerzijds en ziekenhuisbrede accreditaties (door JCI of NIAZ) anderzijds.

Het toezichtmodel bestaat sinds 2013 uit nalevingstoezicht voor alle ziekenhuizen en uit een systeemtoezicht voor ziekenhuizen die niet instapten in een accreditatietraject. Binnen het nalevingstoezicht worden een aantal zorgtrajecten belicht. Na de inspectierondes over het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016) kwam in 2018-2019 het cardiaal zorgtraject aan de beurt.

Telkens wordt via onaangekondigde inspecties, met de focus op de dagdagelijkse praktijk, nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Na afronding van elke inspectieronde wordt een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de inspectievaststellingen (<https://www.departementwvg.be/zorginspectie/cijfers-en-rapporten>).

Herhalingsronde chirurgisch en internistisch zorgtraject

In 2018-2019 werden een aantal onderwerpen uit het chirurgisch en het internistisch zorgtraject hernomen tijdens een herhalingsronde. Zorginspectie wilde hiermee de aandacht voor kwaliteit binnen beide trajecten hoog houden en zo bijdragen aan het consolideren van het kwaliteitsniveau van de zorg.

Dit beleidsrapport beschrijft de vaststellingen op basis van deze herhalingsronde, en plaatst ze waar mogelijk naast de vaststellingen uit de eerdere inspectierondes. De inspectievaststellingen werden geclusterd in 5 thema's: personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie.

De eisenkaders van het chirurgisch en het internistisch zorgtraject vormden de basis voor de herhalingsronde. De onderwerpen die hernomen werden tijdens deze inspectieronde werden om verschillende redenen geselecteerd:

- op basis van de sectorbrede knelpunten uit de twee eerdere inspectierondes, die beschreven staan in de beleidsrapporten
- omdat we weten dat de compliance voor sommige onderwerpen daalt als de aandacht ervoor daalt
- omdat bij sommige onderwerpen het risico voor patiëntveiligheid aanzienlijk is niettegenstaande de goede resultaten tijdens eerdere rondes.

Tussen begin juli 2018 en eind juni 2019 werden 55 campussen geïnspecteerd (1 per ziekenhuis, aangevuld met een aantal campussen van ziekenhuizen die hun accreditatie pas na 2018 planden). Daarbij werden telkens o.a. de spoedafdeling, de afdeling(en) voor intensieve zorgen en het operatiekwartier bezocht, evenals een aantal internistische en chirurgische verpleegafdelingen.

Een belangrijke opmerking is dat de methodiek van de drie inspectierondes grotendeels, maar niet volledig, vergelijkbaar is. Dit heeft te maken met meerdere factoren op verschillende niveaus, zoals:

- Er werden minder campussen bezocht.
- Er waren bij de inspectie van een aantal onderwerpen verschillen in de werkwijze in vergelijking met de vorige inspectierondes.
- Een aantal eisen uit de eisenkaders werden geactualiseerd tussen de verschillende inspectierondes in.
- De controles van de geselecteerde eisen gebeurden niet altijd op dezelfde afdelingen als bij de eerdere inspectierondes.

Aan de resultaten van de herhalingsronde werden, naar analogie met de twee eerdere rondes, ook "rode" en "oranje" knipperlichten verbonden. Het gaat om items die een groter risico vormen voor de patiëntveiligheid en waarvoor een snelle remediëring aangewezen en realiseerbaar is binnen een relatief kort tijdsbestek.

Vaststellingen

Voor de meeste onderwerpen die hernomen werden uit het chirurgisch en internistisch zorgtraject kon worden vastgesteld dat de resultaten goed tot zeer goed zijn:

- 99% van de gecontroleerde defibrillatoren, 97% van de gecontroleerde monitoren en 96% van de gecontroleerde ECG-toestellen kreeg tijdig een preventief onderhoud.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen waren alle gecontroleerde parameters in de patiëntendossiers genoteerd.
- Op 98% van de gecontroleerde dagen werd minstens 1 pijnmeting gevonden. Op 93% van de dagen waren er minstens 2 pijnmetingen.
- 98% van de gecontroleerde medewerkers scoorde in orde op de gecontroleerde vereisten voor handhygiëne (alle verpleegkundigen, 98% van de artsen en 96% van de andere medewerkers).
- Voor de chirurgische patiënten werd in 92% van de gecontroleerde dossiers een ontslagbrief gevonden met alle gezochte gegevens. Voor de internistische patiënten was dat in 97% van de dossiers het geval.
- In 89% van de gecontroleerde dossiers op het operatiekwartier waren alle gecontroleerde preoperatieve gegevens vermeld.
- Op 89% van de gecontroleerde dagen was een psychiater 24/24 uur oproepbaar op de gespecialiseerde spoed.
- Op 85% van de gecontroleerde spuiten en infusen waren alle gecontroleerde gegevens vermeld.

Er werd verbetermogelijkheid vastgesteld met betrekking tot de opleiding over Advanced Life Support (ALS) bij de artsen die instaan voor de medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten. Deze opleiding was voor 3 op de 10 gecontroleerde artsen niet in orde.

Voor een aantal gecontroleerde aspecten waren de resultaten algemeen gezien goed tot zeer goed, maar werd – gezien het risico inzake patiëntveiligheid – het streefdoel van 100% strikt toegepast. Een tekort leidde dan ook telkens tot een rood knipperlicht:

- De medische permanentie voor de functie intensieve zorgen was voor 87% van de gecontroleerde weken in orde, maar was in 7 gevallen aanleiding tot een rood knipperlicht.
- De medische permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 87% van de gecontroleerde weken (en 96% van de gecontroleerde dagen) in orde, maar leidde in 7 gevallen tot een rood knipperlicht.

- 99% van de gecontroleerde patiënten op kritieke diensten droeg een identificatiebandje met alle nodige gegevens, maar op 7 campussen was er één patiënt op intensieve zorgen zonder identificatiebandje, wat telkens tot een rood knipperlicht leidde.
- Bij 98% van de gecontroleerde patiënten onder algemene narcose was op het moment van inspectie een anesthesist in de operatiezaal aanwezig; op 4 campussen was er minstens 1 patiënt waarbij dat niet het geval was, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.
- De verpleegkundige permanentie gespecialiseerde spoed en MUG was voor 98% van de gecontroleerde dagen in orde; op 2 campussen was er een probleem op minstens één van de gecontroleerde dagen, wat telkens aanleiding gaf tot een rood knipperlicht.

Opgvolging

Voor de rode knipperlichten werd een hercontrole (check 2) voorzien, ten vroegste 3 maanden na de eerste inspectie.

Op 67% van de bezochte campussen werd geen enkel knipperlicht vastgesteld. Op 18 campussen (33%) werden in totaal 27 rode knipperlichten geconstateerd en gebeurde een check 2. Tijdens check 2 werd op geen enkele campus nog een knipperlicht vastgesteld.

Naast de knipperlichten werden ook een aantal tekorten gedefinieerd die rechtstreeks door het Agentschap Zorg en Gezondheid worden opgevolgd en waarvoor niet onmiddellijk een vervolgininspectie is voorzien. Op 29 campussen (53%) werden in totaal 37 dergelijke knelpunten vastgesteld. Het vaakst voorkomende knelpunt was het ontbreken van ALS-attesten voor artsen die bij reanimatie betrokken zijn.

Alle inspectieverslagen werden gepubliceerd op onze website www.zorginspectie.be. Dit kan een bijdrage leveren aan de verhoogde aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen.

Zowel in de individuele inspectieverslagen per campus als in dit beleidsrapport komen de verbeterpunten duidelijk naar voren, wat gerichte verbeteracties op verschillende echelons kan faciliteren.

