

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 Brussel

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

www.departementwvg.be

www.zorginspectie.be

Beleidsrapport

Toezicht op het zorgtraject voor de
internistische patiënt in de algemene
ziekenhuizen in 2015

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/2016/3241/155

Uitgave

Juli 2016

Inhoud

1	Inleiding	6
2	Managementsamenvatting	7
3	Toezichtmodel	9
3.1	Conceptuele lijnen	9
3.2	Eisenkader	10
3.3	Inspectiemethodiek	11
3.3.1	Continuïteit van het model: wat werd behouden uit de vorige inspectieronde?	11
3.3.2	Verbeterpunten vanuit het chirurgisch traject: waar gebeurden aanpassingen?	13
3.3.2.1	Knipperlichten – inhoud check 2	13
3.3.2.2	Verslaggeving	14
3.4	Definitie rode en oranje knipperlichten	16
3.5	Handhaving	20
3.6	Communicatie met en betrokkenheid van de sector	21
4	Voornaamste vaststellingen over het internistisch zorgtraject	23
4.1	Algemene cijfers	23
4.1.1	Over de bezochte ziekenhuizen en campussen	23
4.1.2	Over de reactienota's	25
4.2	Personeel	25
4.2.1	Personeel op de intensieve zorgeenheden	25
4.2.1.1	Medisch personeel op de intensieve zorgeenheden	26
4.2.1.2	Verpleegkundig personeel op de intensieve zorgeenheden	28
4.2.1.3	Beschikbaarheid van een kinesitherapeut voor de intensieve zorgeenheden	30
4.2.1.4	Beschikbaarheid van personeel voor psychosociale ondersteuning op de intensieve zorgeenheden	30
4.2.2	Personeel op de spoedgevallendiensten	32
4.2.2.1	Medische permanentie op de spoedgevallendiensten	33
4.2.2.2	Verpleegkundige permanentie op de spoedgevallendiensten	34
4.2.2.3	Bestaffing van de triagefunctie op de spoedgevallendiensten	36
4.2.2.4	Beschikbaarheid van een pediater en een psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst	37
4.3	Veilige zorg	37
4.3.1	Medicatiebeleid	37
4.3.1.1	Bewaring van hoogrisicomedicatie (HRM)	38

4.3.1.2	Zicht door de apotheker op het medicatieschema van de patiënt	40
4.3.1.3	Medicatievoorschriften van de arts aan de apotheek	42
4.3.1.4	Medische orders over medicatietoediening van de arts aan de verpleegkundige	47
4.3.1.5	Gegevens op medicatie	48
4.3.2	Veiligheid van materiaal en infrastructuur	49
4.3.2.1	Preventief onderhoud en controle van materiaal	49
4.3.2.2	Materiaal voor reanimaties bij patiënten die verblijven in het ziekenhuis ('interne MUG')	51
4.3.2.3	Beschikbaarheid van reanimatiemateriaal op spoedgevallendiensten en in MUG-wagens.....	52
4.3.2.4	Infrastructuur van de patiëntenkamers op de afdelingen voor intensieve zorgen.....	53
4.3.2.5	Infrastructuur van de afzonderingskamer op de spoedgevallendiensten	54
4.3.2.6	Veiligheid van de ramen op de afdelingen voor internistische patiënten	55
4.3.3	Expertise en kennis van personeel	55
4.3.3.1	Richtlijnen voor behandeling van intoxicaties op de spoedgevallendiensten	55
4.3.3.2	Basisopleiding reanimatietechnieken bij verpleegkundigen van het dagziekenhuis	57
4.3.3.3	Doorgedreven opleiding reanimatietechnieken bij medewerkers op de spoedgevallendiensten.....	57
4.4	Gestandaardiseerde zorg.....	58
4.4.1	Pijnbeleid	58
4.4.1.1	Het noteren van pijnscores in het patiëntendossier	58
4.4.1.2	Meetmethodes voor pijn.....	59
4.4.2	Patiëntidentificatie	61
4.4.3	Toezicht op de patiënt.....	62
4.4.3.1	Het dagelijks noteren van parameters in het patiëntendossier.....	62
4.4.3.2	Het noteren van cruciale gegevens in het patiëntendossier op de spoedgevallendienst	63
4.4.3.3	Het noteren van een code voor reanimatie in het dossier van patiënten op de afdelingen voor intensieve zorgen	63
4.4.3.4	Het gebruik van EWS, een systeem voor vroege herkenning van urgenties, op de afdelingen voor internistische patiënten	65
4.4.3.5	Het noteren van parameters in het patiëntendossier tijdens een bloedtransfusie.....	65
4.4.3.6	Registratie van afzonderingen.....	67
4.4.3.7	Het gebruik van een triagesysteem op de spoedgevallendiensten.....	68
4.5	Hygiëne.....	69
4.5.1	Handhygiëne.....	69
4.5.2	Vuile berging of spoelruimte	72

4.5.2.1	Beschikbaarheid van een wastafel met benodigdheden voor handhygiëne	72
4.5.2.2	Scheiding tussen rein en onrein materiaal	73
4.5.2.3	Beschikbaarheid van een bedpannenwasser	74
4.6	Communicatie.....	74
4.6.1	Communicatie tussen zorgverleners	74
4.6.1.1	Schriftelijke uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners op intensieve zorgeenheden.....	75
4.6.1.2	Interdisciplinair overleg op intensieve zorgeenheden	75
4.6.1.3	Beschikbare informatie in het patiëntendossier bij overdracht van patiënten van de afdelingen voor intensieve zorgen of spoedgevallendiensten naar een internistische verpleegafdeling	76
4.6.1.4	Notities in het patiëntendossier over het medisch toezicht op patiënten van internistische verpleegafdelingen.....	77
4.6.1.5	Notities in het patiëntendossier over de ontslagbeslissing door de arts na een dagopname ..	78
4.6.1.6	Ontslagbrief aan de huisarts na een (dag)opname	78
4.6.2	Geïnformeerde patiënten.....	80
4.6.2.1	Informatie aan patiënten over wachttijden op de spoedgevallendienst.....	80
4.6.2.2	Informatie aan patiënten	80
4.7	Frequentie rode en oranje knipperlichten	83
4.8	Algemene conclusies	89
5	Bibliografie.....	91

1 INLEIDING

Zorginspectie presenteert haar beleidsrapport over de tweede inspectieronde in de algemene ziekenhuizen aan de hand van nalevingstoezicht, de toezichtvorm waarop de inspectiefocus ligt binnen het nieuw toezichtmodel.

Na de inleiding en managementsamenvatting geven we een overzicht van de specifieke stappen en keuzes die gemaakt werden bij de ontwikkeling van dit zorgtraject.

Het meest uitgebreide hoofdstuk van het rapport (Voornaamste vaststellingen over het internistisch zorgtraject) biedt een beschrijving van enkele belangrijke topics en de resultaten ervan tijdens de inspecties. Dit deel ronden we af met een bespreking van de punten die aanleiding gaven tot een tweede inspectie ('check 2') en met 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 van de eisenkaders voor de verschillende onderdelen van het internistisch zorgtraject,
- de ziekenhuizen die zich kandidaat stelden voor een proefinspectie,
- alle medewerkers aan het communicatiemoment op 11 december 2014 waarop het nieuwe zorgtraject werd voorgesteld,
- de leden van de commissie Quality & Safety van Zorgnet-Icuro, waar we regelmatig feedback kregen en konden geven over bepaalde deelaspecten van de nieuwe inspectieaanpak,
- alle betrokkenen -en in het bijzonder de collega's van de afdeling Beleidsinformatie en Kennisbeheer- 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 betrokkenen bij de ontwikkeling van dit beleidsrapport.

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

We hopen dan ook dat dit rapport kan bijdragen tot verdere optimaliseringen inzake kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen.

2 MANAGEMENTSAMENVATTING

In de sector van de algemene ziekenhuizen is de laatste jaren ontegensprekelijk 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.

De Vlaamse overheid levert sinds vele jaren een bijdrage aan de kwaliteit van de zorg die vanuit de erkende voorzieningen aan de burgers geboden wordt. Op vlak van visie en beleid betreffende kwaliteit zitten we op hetzelfde spoor als internationale organisaties zoals de WHO, die “evidence based” richtlijnen en aandachtspunten naar voren schuiven die het monitoren, verbeteren en borgen van de zorgkwaliteit, met inbegrip van patiëntveiligheid, kunnen stimuleren. Door de toepassing van een aantal, soms eenvoudige, maatregelen kan de zorg immers zodanig georganiseerd worden, dat de risico's voor de patiënten gereduceerd worden.

In 2012 werd in overleg met de stakeholders gestart met de ontwikkeling van een nieuw toezichtmodel voor de algemene ziekenhuizen. Het nieuwe concept bestaat uit nalevingstoezicht voor alle ziekenhuizen en uit een systeemtoezicht voor die ziekenhuizen die niet instapten in een accreditatietraject. Binnen het nalevingstoezicht worden een aantal zorgtrajecten uitgelicht. Na de eerste inspectieronde over het chirurgisch zorgtraject (2013-2014), kwam in 2015 het internistisch zorgtraject aan de beurt. Binnen dit tweede zorgtraject was er specifieke aandacht voor o.a. medicatiedistributie, spoedgevallendiensten, intensieve zorgeenheden en internistische afdelingen. Daarnaast werden een aantal thema's uit het eerste zorgtraject hernomen.

De inspectievaststellingen werden geclusterd in 5 thema's: personeel, veilige omgeving, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. In dit rapport worden de belangrijkste vaststellingen over het internistisch zorgtraject samengevat en geduid.

Voor de meeste onderwerpen die hernomen werden uit het chirurgisch zorgtraject kon een duidelijke verbetering worden vastgesteld.

- Op het vlak van handhygiëne bleken nu aanzienlijk meer medewerkers aan de basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne (namelijk o.a. het vrijhouden van handen en voorarmen van sieraden en kledij) te voldoen.
- Het nochtans al hoge percentage patiënten dat een identificatiebandje droeg met voldoende gegevens, bleek tijdens deze inspectieronde nog gestegen te zijn.
- Het preventief onderhoud van medische toestellen bleek beter. Zo is bv. het percentage beademingstoestellen dat tijdig een preventief onderhoud had gekregen, gestegen tot bijna 100%.
- Het noteren van parameters in het patiëntendossier scoorde ook duidelijk beter. Hierbij sprong vooral de verbetering op bij het invullen van de gegevens tijdens een bloedtransfusie.

Daarnaast zijn we tijdens deze inspectieronde ook op een aantal verbeterpunten gestoten.

- In het medicatieproces is er bij verschillende processtappen nog verbetermarge. Zo is er nog niet vanuit elke apotheek zicht op alle medicatieschema's van alle patiënten. Verder bleek dat de medicatievoorschriften beter opgemaakt waren bij het gebruik van een elektronisch

voorschriftsysteem dan bij gebruik van papieren voorschriften. Voor de toediening van spuiten en infusen werden niet altijd schriftelijke medische orders teruggevonden en het noteren van een aantal basisgegevens op spuiten en infusen met medicatie is nog niet helemaal ingeburgerd. Slechts in driekwart van de gecontroleerde spuiten en infusen vonden we alle gegevens terug, terwijl dit bij pillen veel beter (96%) was.

- Op het vlak van pijnbeleid blijft er nog verbetermogelijkheid. Het (meermaals) noteren van pijnscores is nog niet op alle afdelingen dagelijkse routine en niet overal beschikt men over de nodige pijnmeetmethodes.
- De informatiedoorstroming bij de overgang van een patiënt van het ene zorgmilieu naar een ander blijft een aandachtspunt. Bij 10% van onze steekproef van recent ontslagen patiënten kon geen ontslagbrief, gericht aan een huisarts (of andere zorgverlener) worden teruggevonden.
- Het informeren van patiënten voor opname en bij ontslag blijft voor verbetering vatbaar: zo'n 20% van de bevroegde patiënten kon zich over een of meerdere bevroegde basisonderwerpen geen informatie herinneren.
- Op het vlak van de zorg voor patiënten met een psychische problematiek werden verschillende knelpunten gedetecteerd. Zo bleek 15% van de gespecialiseerde spoedgevallendiensten (steeds in ziekenhuizen zonder psychiatrische afdeling) niet 24/24u te beschikken over een oproepbare psychiater. 20% van de spoedgevallendiensten hadden geen afzonderingskamer op het moment van het bezoek, zodat men soms gebruik maakte van onveilige fixatietechnieken op een brancard. Bij drie kwart van de gecontroleerde afzonderingskamers werden opmerkingen gemaakt over de veiligheid (er was geen oproepsysteem, geen rookdetectie of er bestond een risico op automutilatie of zelfdoding). 2 spoedgevallendiensten gebruikten geen afzonderingsregister en in 72% van de gecontroleerde registers ontbraken gegevens.

Voor een aantal tekorten werden 'rode' en 'oranje knipperlichten' gedefinieerd. Het gaat om items die een groter risico vormen voor de patiëntveiligheid en waarvoor een snelle remediëring aangewezen en realiseerbaar is. Voor deze items werd een hercontrole (check 2) voorzien, dit was het geval in ongeveer 3 op 10 campussen. Vooral knelpunten op het vlak van het personeel op spoedgevallendiensten en intensieve zorgeenheden lagen aan de basis hiervan. Hoewel de bestaffing en vooral het opleidingsniveau van de medewerkers vaak beter scoorden dan de norm, merkten we dat verschillende ziekenhuizen er niet in slagen om de medische en/of verpleegkundige permanentie te verzekeren volgens de vooropgestelde kwaliteitseisen.

Een belangrijke vernieuwing ten opzichte van het chirurgisch zorgtraject bestaat uit het publiceren van alle inspectieverslagen op onze website www.zorginspectie.be. Dergelijke werkwijze bevordert de transparantie over inspectieresultaten en laat toe om de aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in onze ziekenhuizen te verlevendigen. Ziekenhuizen communiceren openlijker en actiever over hun toezichtresultaten en bijhorende verbeteracties.

Tenslotte werden enkele inspectieresultaten vergeleken met de cijfers van door de ziekenhuizen zelf gemeten kwaliteitsindicatoren (VIP²). Alhoewel deze cijfers niet volledig vergelijkbaar zijn, blijken ze in de lijn te liggen van onze resultaten.

Samengevat kunnen we stellen dat een gezamenlijke en herhaalde aandacht en aanpak lonend is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg: inspectieresultaten op onderwerpen die bij herhaling of vanuit verschillende actoren aan bod komen (Zorginspectie, FOD Volksgezondheid, VIP², accreditatieinstellingen...) blijken over verloop van tijd verder te verbeteren.

3 TOEZICHTMODEL

3.1 CONCEPTUELE LIJNEN

Voor een volledig overzicht van het concept van het nieuwe toezichtmodel, zoals het in de praktijk gebracht werd vanaf maart 2013, verwijzen we naar onze website. Daar is uitgebreide algemene informatie te vinden, samen met een concrete toelichting bij het zorgtraject van de chirurgische en dat van de internistische patiënt: <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Pages/AlgemeneZH.aspx>.

Hieronder geven we de grote conceptuele lijnen weer:

Het stimuleren, borgen, bewaken en transparant maken van kwaliteit in de sector van de algemene ziekenhuizen wordt vanuit verschillende invalshoeken en door verschillende partijen opgenomen. Er zijn eisenkaders (zie ook 3.2) die duidelijk maken aan welke kwaliteitsstandaarden de Vlaamse ziekenhuizen minimaal moeten voldoen. Accreditatie-organisaties lichten ziekenhuizen door, op een internationaal gevalideerde manier, en ondersteunen hen zo bij hun groei. Indicatoren (die binnen het VIP²-project¹ vrijwillig geregistreerd worden) objectiveren het resultaat van de geboden zorg en maken dit ook transparant: sinds midden 2015 zijn deze indicatorresultaten terug te vinden op de centrale website www.zorgkwaliteit.be.

Vanuit Zorginspectie trachten we een bijdrage te leveren aan deze brede kwaliteitsbeweging door het overheidstoezicht zo goed mogelijk af te stemmen op de ontwikkelingen in de sector van de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen en waar mogelijk de toezichtlast voor de ziekenhuizen te beperken. In deze optiek werkten we het huidige toezichtmodel uit, dat in grote lijnen bestaat uit 2 luiken: het systeemtoezicht als organisatiedoorlichting en het nalevingstoezicht als concrete toetsing van de zorgpraktijk.

Ziekenhuizen die zich vrijwillig laten accreditieren door de ziekenhuisbrede accreditatie-organisaties JCI (Joint Commission International, www.jointcommission.org) of NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, www.niaz.nl), worden vrijgesteld van het (eveneens organisatiebreed) systeemtoezicht vanuit Zorginspectie. Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben gekozen voor een accreditatietraject. In 2016 zal Zorginspectie starten met het systeemtoezicht in de 5 ziekenhuizen (4 categorale ziekenhuizen en 1 algemeen ziekenhuis) die er niet voor kozen in een accreditatietraject te stappen.

De focus van het toezicht van Zorginspectie in de algemene ziekenhuizen ligt sinds 2013 op nalevingstoezicht: een heel gerichte en concrete toets van de zorgpraktijk. Om via inspectie een realistisch zicht te krijgen op die dagelijkse zorg op de werkvloer, organiseert Zorginspectie haar nalevingstoezicht onaangekondigd.

Het nalevingstoezicht wordt toegepast op zorgtrajecten: het traject dat een (chirurgische, internistische, geriatrie, ...) patiënt kan volgen in een ziekenhuis. Bij het toezicht houden in functie van kwaliteit van zorg vindt de Vlaamse overheid het namelijk essentieel te vertrekken vanuit het perspectief en de zorgnoden van de patiënt. Via zorgtrajecten kunnen we bovendien risico's bij de overgang tussen zorgmomenten capteren.

De beslissing om zorgtrajecten te spreiden in de tijd werd mede gefaciliteerd door de beleidskeuze van de Vlaamse overheid om te opteren voor ziekenhuiserkenningen van onbepaalde duur. Door de inspecties per zorgtraject te concentreren in een beperkte tijdsperiode, verzamelt Zorginspectie recente, representatieve toezichtresultaten. Deze aanpak biedt ziekenhuizen daarenboven de mogelijkheid om gespreid verbeteracties

¹ VIP² staat voor Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals. Alle info hierrond is terug te vinden op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen>

n.a.v. de inspectie op te zetten. Zo krijgt Zorginspectie ook de kans om evoluties of verbeteringen aan te tonen binnen de inspectiecyclus van één zorgtraject én, door bepaalde topics in de tijd te herhalen, over zorgtrajecten heen.

Binnen het nalevingstoezicht focussen we op korte en gerichte inspectiebezoeken die transparant en uniform zijn. Bovendien wordt dit toezicht gedifferentieerd toegepast: alle ziekenhuizen krijgen een inspectiebezoek (check 1), enkel ziekenhuizen waar tijdens check 1 ernstige risico's vastgesteld werden, krijgen een bijkomend inspectiebezoek (check 2).

Na ieder inspectiebezoek ontvangt het ziekenhuis een verslag met de inspectieresultaten, waarmee het verder aan de slag kan. Daarnaast maakt Zorginspectie ook werk van een overkoepelend beleidsrapport per zorgtraject, waarin een globaal beeld wordt gegeven m.b.t. de inspectievaststellingen in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. De keuze voor gestandaardiseerde individuele inspectieverslagen faciliteert trouwens ook de opmaak van een beleidsrapport: zo is aggregatie van cijfers en steekproefvergroting mogelijk, synthese van inspectieresultaten, de opmaak van conclusies en het detecteren van tendensen voor het actuele Vlaamse ziekenhuislandschap.

Met dit nalevingstoezicht probeert Zorginspectie dus een bijdrage te leveren aan het kwaliteitsgebeuren in de ziekenhuissector door onaangekondigd bepaalde cruciale aspecten te controleren en dit achtereenvolgens voor verschillende zorgtrajecten te doen. De vaststellingen m.b.t. die essentiële kwaliteitselementen maakt Zorginspectie niet alleen over aan de ziekenhuizen, maar ook aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, dat instaat voor het opvolgen van de inspectieresultaten.

3.2 EISENKADER

Het internistisch zorgtraject ging van start met de opmaak van een nieuw eisenkader (doorheen 2013-2014), op initiatief van het Agentschap Zorg en Gezondheid, in samenwerking met de ziekenhuiskoepel, verschillende beroepsgroepen en Zorginspectie. Dit eisenkader bevat de juridisch geldende erkenningsnormen die wezenlijk zijn voor de kwaliteit van zorg, alsook een aantal richtlijnen en standaarden die internationaal gevalideerd zijn, gedragen zijn door de professionals en haalbaar zijn voor de ziekenhuizen (zoals expliciet gesteld in de omzendbrief van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van 25 januari 2012).

Het voorlopig eisenkader werd eind april 2014 gepubliceerd op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Na aanpassingen op basis van de opmerkingen uit enkele proefinspecties (augustus 2014) en feedback vanuit de sector, werd het definitief eisenkader in oktober 2014 online geplaatst². Het Agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor het verdere beheer van dit eisenkader.

Bij haar inspecties baseert Zorginspectie zich op dit eisenkader, waaruit een selectie werd gemaakt voor het toezicht ter plaatse. De eisen worden geselecteerd op basis van hun relatie met patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, en volgens de inspecteerbaarheid. Ze worden gegroepeerd in volgende thema's:

- personeel,
- veilige omgeving,
- gestandaardiseerde zorg,
- hygiëne,

² Het volledige eisenkader is terug te vinden op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/eisenkader-voor-de-internistische-pati%C3%ABnt>

- communicatie (zowel tussen zorgverleners onderling als naar patiënten).

Vermits transparantie een belangrijk uitgangspunt is van Zorginspectie, in alle sectoren van het welzijns- en gezondheidslandschap, gaven we t.a.v. alle ziekenhuizen duidelijk aan welke eisen aan bod komen.

Tijdens haar inspectieronde kreeg Zorginspectie positieve reacties op het eisenkader voor het internistisch zorgtraject, op verschillende vlakken:

- het eisenkader is in alle ziekenhuizen en op zowat alle diensten gekend,
- het bestaan van een eisenkader op zich (dus los van inspectie) wordt reeds als kwaliteitsbevorderend ervaren: ziekenhuizen zijn hiermee actief aan de slag gegaan,
- door de focus op de zorgpraktijk, worden meer ziekenhuismedewerkers aangesproken,
- door het opnemen van medische onderwerpen in het eisenkader voelen ziekenhuisartsen zich meer betrokken bij de inspecties en bij de eventuele verbetertrajecten,
- het afbakenen van het onderwerp én de input van experts en beroepsgroepen heeft een inhoudelijke verbreding en verdieping van de inspecties mogelijk gemaakt.

Bij de aankondiging van de publicatie van het eisenkader (door het Agentschap Zorg en Gezondheid) werd aangegeven dat het onderdeel m.b.t. desinfectie van flexibele endoscopen met lumen nog verder uitgeklaard diende te worden. Later werd met de sector afgesproken dat een aantal van deze eisen afzonderlijk zouden worden afgetoetst, na afronding van de eerste ronde ('check 1') van de inspecties van het internistisch zorgtraject. Op die manier werd het onderdeel m.b.t. desinfectie van flexibele endoscopen volledig losgekoppeld van de inspectieronde over het internistisch zorgtraject.

3.3 INSPECTIEMETHODIEK

De tweede inspectieronde binnen het nieuw toezichtmodel, het internistisch zorgtraject, startte in januari 2015. Zorginspectie concentreerde zich hierbij op het traject dat een internistische patiënt kan volgen in een ziekenhuis en op de daaraan gekoppelde risico's. Alle ziekenhuizen kregen binnen het jaar een inspectiebezoek ('check 1').

Binnen dit zorgtraject werden de verpleegafdelingen voor inwendige geneeskunde en het niet-chirurgisch dagziekenhuis aangedaan. Daarnaast werden ook een aantal diensten geïnspecteerd die ook door andere dan internistische patiënten bezocht worden. Het gaat om de spoeddiensten (erkend als 'gespecialiseerde spoedgevallen' of als 'eerste opvang voor spoedgevallen') en intensieve zorgeenheden. Tenslotte werd ook besloten om het medicatiebeleid tijdens dit zorgtraject te belichten door ook de ziekenhuisapotheek te bezoeken.

3.3.1 **Continuïteit van het model: wat werd behouden uit de vorige inspectieronde?**

Tijdens de eerste inspectieronde binnen dit toezichtmodel focuste Zorginspectie op het zorgtraject voor de chirurgische patiënt³.

Net als bij het chirurgisch zorgtraject, nam de inspectie ('check 1') van het nalevingstoezicht 1 dag per campus in beslag en gebeurde dit inspectiebezoek onaangekondigd. Er waren gewoonlijk minimum 2 inspecteurs aanwezig per campus (op campussen met een zeer beperkt aantal te inspecteren diensten slechts 1); op elke

³ Tussen maart 2013 en maart 2014 werden alle ziekenhuiscampussen met chirurgische activiteiten geïnspecteerd. De resultaten van het toezicht op het chirurgisch zorgtraject werden beschreven in een beleidsrapport, dat is terug te vinden op de website van Zorginspectie: http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Documents/beleidsrapport_chirurgisch_zorgtraject.pdf.

campus maakte een arts deel uit van het inspectieteam. Binnen elk inspectieteam werd telkens een contactpersoon voor de ziekenhuizen aangesteld, die zich bij aankomst in het ziekenhuis aanmeldde bij de verantwoordelijke voor de campus, meestal een directielid. Tijdens dit startgesprek kon de inspectie gekaderd worden, waarbij de inspecteur ook kon aangeven hoe de inspectiedag globaal zou verlopen. Tenslotte werden regelingen getroffen om op het einde van de dag een impressie te geven van het verloop van de inspectie en van de meest opvallende vaststellingen.

Ziekenhuizen met meerdere campussen met internistische activiteit werden meestal binnen een week volledig geïnspecteerd, maar soms werden de inspectiebezoeken over een iets langere periode gespreid.

Voorafgaand aan de inspectieronde werden de nodige maatregelen genomen om de overlast van een onverwacht bezoek tot een minimum te beperken. We informeerden de ziekenhuizen vooraf over welke documenten zij moesten kunnen tonen aan de inspecteurs (bv. personeelslijsten, aantal dossiers, medisch reglement, registraties van vormingen). Bij de start van elke inspectie werd aan de campusverantwoordelijke een document overhandigd met daarin een oplijsting van alle noodzakelijke elementen voor een vlot bezoek.

Het inspectie-instrument is zodanig ontworpen dat de inspecteurs een groot deel van het bezoek zelfstandig konden uitvoeren en zich maximaal flexibel konden opstellen, om zo de zorgprocessen zo min mogelijk te hinderen.

Bij het concreet afdoetsen van de eisen uit het eisenkader is het uiteraard essentieel om zoveel mogelijk objectieve vaststellingen te kunnen doen. De inspecteurs baseerden zich op observaties, dossierchecks, gesprekken met personeel en patiëntbevragingen. Bovendien hanteerde Zorginspectie ook volgende specifieke aspecten in haar werkmethode:

- de standaardisering van het inspectie-instrument zorgt voor een gelijke behandeling van de voorzieningen en voor vergelijkbaarheid van de resultaten,
- inspecteurs geven aan waarnaar ze precies op zoek zijn én koppelen hun vaststellingen systematisch terug naar de gesprekspartner: zo zorgen ze voor een bijkomende controle op de juistheid van de vaststellingen én creëren ze transparantie en feedback aan de ziekenhuismedewerkers,
- streefaantallen (bevraging/observatie/steekproef) zijn vooraf afgesproken en worden bewaakt.

Net zoals bij het eerste zorgtraject vond Zorginspectie het essentieel om in de verslaggeving aan de sector duidelijk aan te geven welke knelpunten met een ernstig risico voor patiëntveiligheid aanleiding geven tot bijkomend toezicht ter plaatse ('check 2'). Even belangrijk was het onmiddellijk informeren van elk individueel ziekenhuis over welke risico's werden vastgesteld op elke campus. Zoals voor het eerste zorgtraject werd een eventuele 'check 2' na een tussenperiode van minstens drie maanden (vanaf ontvangst van het definitief verslag van 'check 1') uitgevoerd. Indien tijdens 'check 2' blijkt dat een eerder vastgesteld risico blijft bestaan, onderneemt het Agentschap Zorg en Gezondheid verdere acties. Een vraag naar een nieuwe, derde, inspectie behoort hierbij tot de mogelijkheden. Door risico's en knipperlichten gestandaardiseerd en objectief vast te leggen, wordt een gelijke behandeling van ziekenhuizen gegarandeerd. Een overzicht van de knelpunten met een ernstig risico voor patiëntveiligheid is terug te vinden in hoofdstukken 3.4 (definitie rode en oranje knipperlichten) en 4.7 van dit rapport (frequentie rode en oranje knipperlichten).

Ziekenhuizen kregen de kans te reageren op het verslag door het bezorgen van een reactienota. Er werden 14 dagen reactiemogelijkheid voorzien voor het rechtzetten van eventuele fouten in het verslag. De inhoud van deze reactienota's werd maandelijks besproken tijdens een overleg tussen de artsen van Zorginspectie en een vertegenwoordiger van het Agentschap Zorg en Gezondheid. In consensus werd beslist of de elementen die

het ziekenhuis aanbracht, aanleiding gaven tot aanpassing van het inspectieverslag (zie ook hoofdstuk 4.1.2 Over de reactienota's).

3.3.2 Verbeterpunten vanuit het chirurgisch traject: waar gebeurden aanpassingen?

Bij de evaluatie van het eerste zorgtraject werden een aantal verbeterpunten vastgesteld, die werden meegenomen naar het internistisch zorgtraject. Het gaat voornamelijk om volgende aspecten:

- de triggers op basis waarvan een check 2 wordt ingepland (= knipperlichten) + de inhoud van deze bijkomende inspecties,
- de verslaggeving.

Bovendien werden bepaalde onderwerpen uit het chirurgisch zorgtraject hernomen in het internistisch traject, omwille van de inspectieresultaten. Het gaat met name om de onderwerpen handhygiëne, patiëntidentificatie, ontslagbrieven aan huisartsen, onderhoud van medisch materiaal, en het noteren van parameters en pijnscores in het patiëntendossier.

3.3.2.1 Knipperlichten – inhoud check 2

Bij het nadenken over de beste manier om 'check 1' versus 'check 2' vorm te geven, werden de bekommernissen, geuit door een of meerdere stakeholders, onder de loep genomen, nl. de vragen om:

- de voorspelbaarheid van check 2 te verlagen (zonder de principes m.b.t. transparantie te verloochenen). Indien er weinig onderwerpen aanleiding kunnen geven tot een check 2, zou een ziekenhuis zich alleen op die items kunnen concentreren, en tegelijk minder aandacht schenken aan andere eisen, die nooit aanleiding kunnen geven tot een check 2,
- de scope van check 2 uit te breiden. Indien alleen de items die aanleiding waren tot een check 2 opnieuw worden geïnspecteerd, bestaat de mogelijkheid dat (al dan niet gerelateerde) items die niet aan bod komen in die check 2, verslechteren of minder aandacht krijgen,
- de triggers voor check 2 evenwichtig te verdelen over het volledige zorgtraject. Op alle bezochte afdelingen en binnen alle thema's waarop gefocust wordt, moeten er onderwerpen aanwezig zijn die aanleiding kunnen geven tot een check 2.

Met onze aanpak voor het internistisch zorgtraject menen we hierop een antwoord te bieden.

- Het concept van 'rode knipperlichten' wordt behouden, met dezelfde definitie als in het chirurgisch zorgtraject, met name: het knelpunt op het vlak van kwaliteit van zorg is zo ernstig dat sowieso een check 2 volgt.
- Naast de rode worden ook 'oranje knipperlichten' gedefinieerd. Een oranje knipperlicht kan niet op zichzelf aanleiding geven tot check 2, maar wel in combinatie met andere oranje knipperlichten binnen hetzelfde thema.
- De rode en oranje knipperlichten worden verdeeld over alle thema's van het zorgtraject.
- Wanneer een check 2 wordt voorzien, wordt de scope van het inspectiebezoek verruimd:
 - ▶ ook andere knelpunten die tijdens check 1 waren vastgesteld (zonder een knipperlicht te zijn) kunnen worden meegenomen in dit extra inspectiebezoek
 - ▶ tijdens een check 2 kunnen eisen geïnspecteerd worden die niet in check 1 waren opgenomen, weliswaar afkomstig uit het eisenkader en gelinkt met de vastgestelde knipperlichten.

- Zowel door het werken met oranje knipperlichten als door het uitbreiden van check 2 wordt de voorspelbaarheid van dit bijkomend inspectiebezoek gereduceerd.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van de resultaten uit check 1 (+ uit check 2, indien van toepassing). In het kader van zijn handhavingbeleid legt dit agentschap deze vaststellingen ook naast andere gegevens m.b.t. het ziekenhuis. Wanneer uit dit alles blijkt dat een extra check ter plaatse aangewezen is, dan kan men aan Zorginspectie vragen een bijkomend inspectiebezoek af te leggen. Tijdens dit (aangekondigd) bezoek (= check 3) kan dieper worden ingegaan op de eerder vastgestelde tekorten en risico's (door ook het kwaliteitsmanagementsysteem te bekijken), maar kan ook worden ingezoomd op andere knelpunten die het Agentschap Zorg en Gezondheid detecteerde (bv. in de opvolging van een vorig zorgtraject).

Tijdens het communicatiemoment dat de effectieve inspecties vooraf ging, werd aangegeven welke aspecten worden meegenomen in check 1, welke topics als rode en oranje knipperlichten werden gedefinieerd en welke bijkomende inspectievragen in check 2 kunnen worden afgetoetst. Deze info was verder permanent op de Zorginspectie-website terug te vinden.

3.3.2.2 Verslaggeving

3.3.2.2.1 Opbouw

Zorginspectie groepeerde in dit traject de vaststellingen in het verslag per inhoudelijk thema en niet per dienst. Hieronder de 5 thema's die werden gedefinieerd, met telkens de aspecten waarop daarbinnen werd ingezoomd:

- Personeel:
 - ▶ bestaffing
 - ▶ kwalificaties
 - ▶ permanenties
 - ▶ vorming
- Veilige omgeving:
 - ▶ onderhoud en controle van medisch materiaal
 - ▶ medicatieveiligheid
 - ▶ zorg voor kinderen
 - ▶ infrastructuur (bv. veiligheid ramen)
 - ▶ reanimatie
- Gestandaardiseerde zorg:
 - ▶ triage op spoed
 - ▶ DNR (Do Not Reanimate)
 - ▶ pijnbeleid
 - ▶ bloedtransfusie
 - ▶ patiëntidentificatie
 - ▶ parameters in dossier

- Hygiëne:
 - ▶ handhygiëne
 - ▶ infrastructuur (bv. wastafels)

- Communicatie
 - ▶ communicatie tussen zorgverleners:
 - > zaalrondes
 - > medische coördinatie
 - > ontslagbrief aan huisarts
 - > multidisciplinair overleg
 - > overdracht tussen diensten
 - ▶ informatie aan patiënten (vóór opname en bij ontslag).

3.3.2.2.2 Leesbaarheid

Over de inspectievaststellingen van het chirurgisch zorgtraject werd zowel een verslag opgemaakt per campus als een overzichtsrapport op ziekenhuisniveau. Dit overzichtsrapport werd door diverse stakeholders als verwarrend ervaren, daarom werd besloten om de verslaggeving voor het internistisch zorgtraject te vereenvoudigen.

Bij de inspectieronde over het internistisch zorgtraject maakte Zorginspectie enkel een verslag op per campus, dat bedoeld was voor verschillende belanghebbenden: het ziekenhuis zelf, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de burger.

Kenmerken van deze campusverslagen:

- gestandaardiseerd en uniform verslagsjabloon,
- objectieve en inhoudelijk relevante vaststellingen,
- toevoeging van welke werkwijze werd gehanteerd om tot die vaststellingen te komen,
- een samenvatting per thema, met daarbij ook expliciete opsomming van de risico's per campus,
- de uitdrukkelijke vermelding of al dan niet een bijkomend inspectiebezoek (check 2) werd gepland en welke knipperlichten aanleiding gaven tot deze check 2.

3.3.2.2.3 Transparantie

Inspectieverslagen kunnen, conform het decreet op de openbaarheid van bestuur, opgevraagd worden door elkeen die dit wenst. Dit principe wordt aangeduid met de term 'passieve openbaarheid'. Dit in tegenstelling tot 'actieve openbaarheid', waarbij inspectieverslagen door Zorginspectie zelf gepubliceerd worden, bv. op de eigen website.

Van bij de lancering van het nieuw toezichtmodel werd met de ziekenhuissector een traject naar actieve openbaarheid afgesproken, waarbij in een eerste fase (met name bij de inspecties van het chirurgisch zorgtraject) ziekenhuizen werden gestimuleerd om het inspectieverslag zélf openbaar te maken en Zorginspectie bij het tweede zorgtraject effectief zou overgaan tot actieve openbaarheid van de inspectieverslagen. Begin 2014 verklaarden de koepelorganisatie van de Vlaamse ziekenhuizen zich akkoord met de overgang naar actieve openbaarheid vanaf het internistische zorgtraject.

Bij de publicatie van de campusrapporten op de website van Zorginspectie werden volgende principes vooropgesteld:

- de definitieve verslagen publiceren we gegroepeerd, na de maandelijkse bespreking van de reactienota's,
- de website bevat een goede duiding ten behoeve van de lezer,
- de reactienota zelf wordt niet op de Zorginspectie-website gepubliceerd.

In de duiding op de website brengt Zorginspectie het ruimere verhaal m.b.t. de inspecties, door o.m. ook mee te geven dat een ziekenhuis steeds de mogelijkheid heeft om te reageren op een ontwerpverslag, dat het de bedoeling is dat ziekenhuizen na de inspecties concreet aan de slag gaan met de vaststellingen uit de inspectieverslagen,... Op de individuele ziekenhuiswebsites kunnen burgers vervolgens alles terugvinden wat het ziekenhuis verder wil meedelen m.b.t. de inspecties (bv. hun reactienota, de verbetertrajecten die opgestart werden naar aanleiding van de laatste inspectie...). Op de website van Zorginspectie is een rechtstreekse link voorzien naar de startpagina's van de websites van alle ziekenhuizen.

Door middel van een aantal zorgvuldigheidsmaatregelen zorgt Zorginspectie er voor dat de verslagen een openbaarheidstoets doorstaan:

- vooraf gecommuniceerd eisenkader,
- op voorhand duidelijkheid over welke thema's/eisen geïnspecteerd worden,
- uniformiteit en objectiviteit,
- nadruk op concrete vaststellingen (naleving),
- elektronisch verslagsjabloon: uniformiteit qua stijl en inhoud,
- vaststellingen worden gestaafd,
- leeswijzer met werkwijze en doel,
- geen persoonsgegevens in de verslagen,
- reactiemogelijkheid voorzien,
- mogelijkheid op eigen website het inspectieverslag te kaderen en te duiden.

Vanaf 7 mei 2015 werd een eerste groep van verslagen op de website van Zorginspectie gepubliceerd, en nadien regelmatig verder aangevuld met nieuwe verslagen, zowel over check 1 als over check 2.

3.4 DEFINITIE RODE EN ORANJE KNIPPERLICHTEN

Per thema werden knelpunten gedefinieerd die een ernstig risico voor patiëntveiligheid inhouden, m.a.w. 'rode en oranje knipperlichten'.

- Een rood knipperlicht is een knelpunt met een ernstig risico voor de patiëntveiligheid dat onmiddellijk aanleiding geeft tot een check 2.
- Een oranje knipperlicht is een ernstig risico m.b.t. patiëntveiligheid dat niet op zichzelf aanleiding geeft tot een check 2. Twee (of meer) oranje knipperlichten binnen eenzelfde thema geven wel aanleiding tot een check 2.

Rode knipperlichten

- De medische permanentie op de intensieve zorgeenheid is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:
 - ▶ de permanentiearts is onvoldoende gekwalificeerd;
 - ▶ de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u;
 - ▶ er is geen intensivist consulteerbaar;
 - ▶ een ASO doet permanentie terwijl er geen oproepbare intensivist is;
 - ▶ er is cumulatie met de MUG-permanentie;
 - ▶ er is cumulatie met de permanentie anesthesie voor dringende ingrepen;
 - ▶ er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis;
 - ▶ er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen.

- Op de campus is voor een of meerdere intensieve zorgeenheden geen intensivist binnen de 15 minuten na oproeping beschikbaar.

- In een intensieve zorgeenheid zijn geen 2 verpleegkundigen continu aanwezig voor de basispermanentie.

- Op een niet-intensieve zorgeenheid is minstens 1 beademde patiënt aanwezig, zonder dat hierbij een bestaafing is voorzien zoals voor een intensieve zorgeenheid.

- De medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / MUG is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:
 - ▶ de permanentiearts is onvoldoende gekwalificeerd;
 - ▶ de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u;
 - ▶ er is cumulatie van de permanentie voor gespecialiseerde spoedgevallendienst met de MUG-permanentie zonder een extra spoedarts;
 - ▶ er is cumulatie met de permanentie anesthesie voor dringende ingrepen;
 - ▶ er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis;
 - ▶ er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen;
 - ▶ de spoedarts was tijdens de inspectie niet binnen de 15 minuten na oproeping beschikbaar.

- De verpleegkundige permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst / MUG is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:
 - ▶ er zijn gedurende 24u niet steeds minstens 2 verpleegkundigen aangeduid voor spoed;
 - ▶ er is niet steeds een verpleegkundige met BBT aanwezig gedurende 24u;
 - ▶ verpleegkundigen die instaan voor de basispermanentie van spoed worden buiten spoed ingezet en zijn daarbij niet steeds onmiddellijk beschikbaar voor spoed;
 - ▶ er is geen extra verpleegkundige aangeduid voor MUG;
 - ▶ de MUG-verpleegkundige heeft geen BBT.

- De medische permanentie voor de eerste opvang voor spoedgevallen (EOS) is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:
 - ▶ de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u;
 - ▶ er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen.
- Op een eerste opvang voor spoedgevallen is geen permanentiearts beschikbaar binnen de 15 minuten na oproeping.
- De verpleegkundige permanentie voor eerste opvang voor spoedgevallen (EOS) is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:
 - ▶ er is niet steeds voor 24u een verpleegkundige aangeduid voor EOS;
 - ▶ de verpleegkundige die instaat voor de basispermanentie van EOS wordt ook voor andere taken ingezet en is daarbij niet steeds onmiddellijk beschikbaar voor EOS.
- Op de eerste opvang voor spoedgevallen is geen verpleegkundige beschikbaar binnen de 15 minuten na oproeping.

Oranje knipperlichten

- Het aantal aanwezige verpleegkundigen op een intensieve zorgeenheid is onvoldoende in functie van het aantal aanwezige patiënten (patient nurse ratio); de verhouding tussen het aantal patiënten en het aantal verpleegkundigen is groter dan 4.
- Eén of meerdere intensieve zorgeenheden hebben geen inscholingsplan voor nieuwe medewerkers.
- De gespecialiseerde spoedgevallendienst heeft geen inscholingsplan voor nieuwe medewerkers.

Thema veilige zorg

Rood knipperlicht

- De aanwezigheid van een of meerdere beademingstoestellen op een eenheid voor intensieve zorgen, een gespecialiseerde spoedgevallendienst of eerste opvang voor spoedgevallen (EOS) waarvan het laatste onderhoud meer dan een jaar geleden is.

Oranje knipperlichten

- Er werden meer dan 4 geneesmiddelen aangetroffen zonder enige van de gecontroleerde gegevens:
 - ▶ voor medicatie per os en ampullen werden de naam van het geneesmiddel, de dosisaanduiding of concentratie en de vervaldatum gecontroleerd,
 - ▶ voor klaargemaakte spuiten en infusen met toegevoegde medicatie werden de naam geneesmiddel, de dosisaanduiding of concentratie, de bereidingsdatum of toedieningsdatum of houdbaarheidsdatum en de naam van de patiënt gecontroleerd.
- Er werden meer dan 5 vervallen geneesmiddelen aangetroffen.

- Er is meer dan 1 afdeling met onvoldoende veiligheidsmaatregelen (aparte bewaring of specifieke labeling) bij de bewaring van de 3 gecontroleerde sterk geconcentreerde elektrolyten (kaliumchloride, natriumchloride, calciumchloride).
- Er werd vastgesteld dat meer dan 20% van de gecontroleerde parenterale geneesmiddelen door verpleegkundigen werden toegediend zonder een aantoonbaar medisch order.
- Een specifieke reanimatiekar voor urgenties in het ziekenhuis (interne MUG) ontbreekt op de campus.
- Niet al het gecontroleerde materiaal voor kinderen is aanwezig op de gespecialiseerde spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen (een bloeddrukmeter met aangepaste manchetten voor kinderen, infuusmateriaal voor kinderen, een defibrillator met kinderinstellingen, intubatiemateriaal voor kinderen).
- De eerste opvang voor spoedgevallen is onvoldoende herkenbaar en/of toegankelijk.
- Niet al het gecontroleerde materiaal is aanwezig op de eerste opvang voor spoedgevallen (een monitor, een defibrillator, een ECG-toestel, een beademingstoestel, een aspiratietoestel, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, een draagbare zuurstofbron).
- Niet al het gecontroleerde materiaal is aanwezig in de MUG-wagen (een bloeddrukmeter, een defibrillator, een pulsoxymeter, een spuitpomp, een glucosemeter, een aspiratietoestel, intubatiemateriaal voor volwassenen, intubatiemateriaal voor kinderen, een beademingsballon, een zuurstofbron).

Thema gestandaardiseerde zorg

Rood knipperlicht

- Er werd een patiënt aangetroffen met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager of er werd op een eenheid voor intensieve zorgen een patiënt zonder identificatiebandje aangetroffen.

Oranje knipperlichten

- Het ontbreken of niet hanteren van een triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst.
- Het ontbreken van pijnmetingen in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen.
- Het ontbreken van alle 3 de gecontroleerde parameters (pols, bloeddruk, temperatuur) in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen.
- Het ontbreken van alle 3 de gecontroleerde parameters (pols, bloeddruk, temperatuur) tijdens (na de start van) een bloedtransfusie in meer dan 1 patiëntendossier.

Thema hygiëne

Rood knipperlicht

- De gecontroleerde richtlijnen (handen en voorarmen zonder ringen en armbanden, geen polshorloges, korte, zuivere nagels, korte mouwen) inzake handhygiëne worden niet toegepast door meer dan 25% van de gecontroleerde medewerkers.

Thema communicatie

Rood knipperlicht

- Het ontbreken van een ontslagbrief in meer dan 50% van de gecontroleerde dossiers van patiënten die minstens de vorige werkdag op ontslag gingen.

Oranje knipperlichten

- In meer dan 20% van de gecontroleerde patiëntendossiers werd geen enkele notitie over het dagelijks medisch toezicht aangetroffen.
- Meer dan 1 dossier (medisch-verpleegkundig luik) van een patiënt op een intensieve zorgeenheid is niet aanwezig of niet toegankelijk.
- In meer dan 1 patiëntendossier ontbreken alle gecontroleerde gegevens in de schriftelijke communicatie bij transfer tussen afdelingen.
- Voor meer dan 1 patiënt op een intensieve zorgeenheid is de medisch coördinator/eindverantwoordelijke niet eenduidig genoteerd.
- Meer dan 10% van de bevraagde patiënten kregen bij ontslag geen informatie over de gecontroleerde elementen (pijn, vervolgspraak, contactgegevens, medicatieschema).

In hoofdstuk 4.7 van dit rapport is de frequentie van voorkomen terug te vinden van de rode en oranje knipperlichten tijdens de inspecties van het internistisch zorgtraject.

3.5 HANDHAVING

Net zoals bij inspecteren, is het uiteindelijke doel van handhaving het bevorderen van kwaliteitsverbetering.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor het dossierbeheer en voor het gevolg dat wordt gegeven aan de vaststellingen die door Zorginspectie worden aangereikt. Uit sommige inspectievaststellingen komen ernstige knelpunten naar boven. Dat zijn signalen dat er iets moet gebeuren, in eerste instantie door het ziekenhuis zelf, dat zijn eigen verantwoordelijkheid moet opnemen en de nodige verbeteracties opstarten. De overheid wil zich niet mengen in de manier waarop het ziekenhuis deze verbetertrajecten aanpakt, maar vindt het wel essentieel dat het ziekenhuis aantoont dat het knelpunt binnen een aanvaardbare termijn is weggewerkt.

Wanneer tijdens check 2 blijkt dat een rood knipperlicht, of meer dan 1 oranje knipperlicht binnen hetzelfde thema, blijft bestaan, dan start de actieve opvolging van dit knelpunt. Op basis van het inspectierapport oordeelt het Agentschap Zorg en Gezondheid per voorziening of er al dan niet een actieve opvolging van de

verbeterpunten nodig is. In deze beoordeling wordt onderscheid gemaakt tussen kritische en niet-kritische tekortkomingen voor de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg.

In het dossierbeheer neemt het Agentschap Zorg en Gezondheid ook de andere infobronnen mee waarover de administratie beschikt, zoals VIP²-indicatoren (het merendeel voorlopig enkel op vrijwillige basis geregistreerd), klachten, eventuele accreditatieverslagen...

3.6 COMMUNICATIE MET EN BETROKKENHEID VAN DE SECTOR

Ook bij dit tweede zorgtraject werd continu gezocht naar afstemming en draagvlak. Een gedragen methodiek is immers cruciaal: de kans is veel groter dat ziekenhuizen aan de slag gaan met vaststellingen vanuit inspectiebezoeken wanneer ze de relevantie daarvan inzien en ze zich kunnen vinden in de manier waarop de inspecties worden aangepakt.

Vanuit zijn bevoegdheid om een nieuw eisenkader op te maken, betrok het Agentschap Zorg en Gezondheid de ziekenhuiskoepel Zorgnet-icuro en ook een heel aantal beroepsgroepen/verenigingen per onderdeel:

- Internistische dienst en het internistisch dagziekenhuis:
 - ▶ Vereniging Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO)
 - ▶ Belgische Beroepsvereniging Longartsen
 - ▶ Vlaamse Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Kaderpersoneel (VBVK)
- Gespecialiseerde spoedgevallendienst en eerste opvang voor spoedgevallen:
 - ▶ Vlaamse Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Kaderpersoneel (VBVK)
 - ▶ Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallen (VVVS)
 - ▶ Werkgroep intensieve Zorg en Spoedgevallenzorg van het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)
 - ▶ The Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP)
- Intensieve zorgen:
 - ▶ Vlaamse Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Kaderpersoneel (VBVK)
 - ▶ Vlaamse Vereniging Intensieve Zorgen Verpleegkundigen (VVIZV)
 - ▶ Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen (BBIZ)
- Ziekenhuisapotheek:
 - ▶ Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA)
 - ▶ Werkgroep hoofdapothekers Vlaams ZiekenhuisNetwerk
- Desinfectie van flexibele endoscopen met lumen:
 - ▶ Vlaamse Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Kaderpersoneel (VBVK)
 - ▶ Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA)
 - ▶ “Werkgroep Ziekenhuishygiëne” van het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)
 - ▶ Vereniging Sterilisatie in het Ziekenhuis (VSZ)
 - ▶ Belgische Vereniging van Endoscopieverpleegkundigen (AIEVV)
 - ▶ Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie.

Aan hen werd gevraagd om enerzijds uit de vele juridisch geldende erkenningsnormen diegene te selecteren die wezenlijk zijn voor de kwaliteit, en anderzijds aanvullende criteria te formuleren waar de normen onvoldoende een weergave zijn van wat nu redelijkerwijze kan verwacht worden van een standaardpraktijk. Deze aanvullende criteria zijn bij voorkeur gebaseerd op (vaak internationaal) gevalideerde standaarden en richtlijnen die door de meerderheid van de zorgverstrekkers en ziekenhuizen als valide worden beschouwd en als haalbaar worden aanvaard.

Net zoals bij het eerste zorgtraject, werd ook ditmaal gezocht naar mogelijke synergieën met andere partners die kwaliteit van zorg nastreven (bv. de patiëntveiligheidscontracten van de FOD Volksgezondheid, het indicatorenproject VIP² en belangrijke topics van accreditatie-organisaties).

In augustus 2014 vonden proefinspecties plaats op 4 campussen van 3 ziekenhuizen. Ziekenhuizen konden zich kandidaat stellen voor deze praktijktoets van het inspectie-instrument. De ervaringen van de inspecteurs, gecombineerd met de feedback van de proefziekenhuizen, leverden gegevens op voor een uitgebreide evaluatie van de geselecteerde eisen, de inspectiemethodiek en het verslag. Op basis van deze evaluatie kon het model verder verfijnd worden.

Onaangekondigde inspecties impliceren geenszins dat de sector onvoorbereid zou zijn. Vooraleer het internistisch zorgtraject van start ging, organiseerde Zorginspectie op 11 december 2014 een communicatiemoment waarop de sector werd geïnformeerd over inspectieconcept en -methodiek. Bovendien werd concreet ingegaan op de openbaarheid van de inspectieverslagen over het internistisch zorgtraject en de mogelijke persaandacht hiervoor. Tijdens dit communicatiemoment namen niet enkel vertegenwoordigers van Zorginspectie en het Agentschap Zorg en Gezondheid het woord, maar er werden ook andere sprekers uitgenodigd: een journaliste van een Vlaamse krant, een directielid van een ziekenhuis waar zich een ernstig incident in de zorg voordeed en een expert inzake het installeren van een veiligheidscultuur in een organisatie.

Alle informatie die tijdens het communicatiemoment werd gegeven, is terug te vinden op de website van Zorginspectie. Deze webpagina werd systematisch uitgebreid met actuele informatie en met antwoorden op vragen vanuit de ziekenhuizen of vanuit de koepelorganisatie van de ziekenhuizen.

In de loop van 2015 was er regelmatig overleg met de commissie Quality & Safety (georganiseerd door Zorgnet-Icuro). Via deze commissie werden knelpunten doorgegeven en besproken en werden ziekenhuizen ook geïnformeerd over kleine wijzigingen (bv. aan het verslagsjabloon).

4 VOORNAAMSTE VASTSTELLINGEN OVER HET INTERNISTISCH ZORGTRAJECT

4.1 ALGEMENE CIJFERS

4.1.1 Over de bezochte ziekenhuizen en campussen

Tussen 12 januari 2015 en 7 januari 2016 bezocht Zorginspectie alle campussen met internistische activiteit van de Vlaamse ziekenhuizen (inclusief UZ Brussel te Jette) via een onaangekondigd bezoek (check 1 binnen het nalevingstoezicht op het internistisch zorgtraject). Er werden in totaal 85 campussen van 55 ziekenhuizen geïnspecteerd. Hierbij werden o.a. alle spoedgevallendiensten (zowel erkend als gespecialiseerde spoedgevallendiensten of als eerste opvang voor spoedgevallen), alle erkende functies voor intensieve zorgen en alle ziekenhuisapotheken bezocht.

Er werden 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten bezocht, waarbij op 52 campussen in totaal 60 MUG-wagens gecontroleerd werden. Verder werden er 4 diensten voor eerste opvang van spoedgevallen (EOS) bezocht. Op 66 campussen werden in totaal 98 intensieve zorgeenheden bezocht (sommige campussen hebben meerdere dergelijke eenheden), 82 internistische of gemengde dagziekenhuizen werden bezocht op 76 campussen (waarvan 1 dagziekenhuis was gesloten op de dag van bezoek en slechts partieel kon beoordeeld worden), en 158 verpleegafdelingen met internistische bedden (waarvan 23 gemengd heelkundig-internistische afdelingen) verspreid over 73 campussen.

Op 81 campussen werden er dossiers gecontroleerd van patiënten die een transfusie van bloed of een bloedproduct kregen toegediend.

Ziekenhuizen		55	
Campussen	85	Apotheken	70
		Gespecialiseerde spoedgevallendiensten:	65
		MUG-wagens:	60
		Eerste opvang voor spoedgevallen:	4
		Intensieve zorgeenheden	98
		Dagziekenhuizen	82
Verpleegafdelingen	158		

Tabel 1: Overzicht van het aantal bezochte ziekenhuizen, campussen en afdelingen

Op internistische afdelingen en daghospitelen hebben we meer dan 300 patiënten bevroegd over de informatie die ze kregen voor opname en bij ontslag. Op de spoedgevallendienst gingen we na of de patiënten informatie hadden gekregen betreffende de wachttijd.

Onderwerp	Aantal bevroegde patiënten
Informatie voor opname	334
Informatie bij ontslag	383
Informatie over wachttijden op de spoedgevallendienst	256

Tabel 2: Overzicht van aantallen bevroegde patiënten per onderwerp

Van in totaal 2057 medische toestellen (beademingstoestellen, infuuspompen, ECG-toestellen en defibrillatoren) gingen we na wanneer ze het laatste preventieve onderhoud kregen.

Soort toestel (en lokalisatie)	Aantal gecontroleerde toestellen
Beademingstoestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	680
Infuuspompen (internistisch dagziekenhuis, intensieve zorgeenheden, EOS...)	876
ECG-toestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	171
Defibrillatorstoestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	330

Tabel 3: Overzicht van het aantal gecontroleerde toestellen, per type toestel en plaats van controle

Er werden ongeveer 6000 verschillende patiëntendossiers ingekeken. De gecontroleerde elementen verschilden per steekproef:

- op intensieve zorgeenheden: de toegankelijkheid van de medische en verpleegkundige dossiergedeeltes, notities over het multidisciplinair overleg, de aanduiding van een medisch coördinator, verslagen van consulten, DNR-codes, pijnmetingen, medische orders,
- op internistische afdelingen: transferegegevens bij transfer vanuit intensieve zorgen of spoed, vitale parameters, pijnmetingen, medische orders, medisch toezicht,
- op het internistisch dagziekenhuis: medische orders,
- op spoedgevallendiensten (gespecialiseerd en eerste opvang): pijnmetingen, aanmeldingsklacht, allergie, identificatie van de behandelende arts,
- in dossiers van ontslagen patiënten: de ontslagbrieven voor verwijzers, toezicht tijdens bloedtransfusie, de ontslagbeslissing na een dagopname.

Onderwerp	Aantal gecontroleerde dossiers
Toegankelijkheid van het dossier op intensieve zorgen	852
Aanwezigheid van DNR-code op intensieve zorgen	706
Aantal dossiers gecontroleerd op spoed	519
Aantal dossiers gecontroleerd op de internistische afdelingen op de aanwezigheid van pijnmetingen	840
Aantal dossiers gecontroleerd op de internistische afdelingen op medisch toezicht	1353
Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van een ontslagbrief	1620 (786 voor gehospitaliseerde en 834 voor dagpatiënten)
Aanwezigheid van informatie over en parameters tijdens een transfusie	724

Tabel 4: Overzicht van aantallen gecontroleerde dossiers voor enkele onderwerpen

4.1.2 Over de reactienota's

Van de 55 ziekenhuizen stuurden er 25 een reactienota in, betreffende 28 campusverslagen. Na de bespreking werd van 21 ziekenhuizen (in totaal 24 verslagen) het verslag geheel of gedeeltelijk aangepast op basis van de reactienota. Regelmatig gaf de bespreking van de reactienota's aanleiding tot algemene communicatie naar de sector. Verduidelijkingen over het eisenkader werden dan gepubliceerd op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid, verdere uitleg bij de wijze van inspecteren kwam terecht op de website van Zorginspectie.

4.2 PERSONEEL

4.2.1 Personeel op de intensieve zorgeenheden

Intensieve zorgeenheden, met een hoger aantal en gespecialiseerde zorgverstrekkers, zijn de meest aangewezen plaats voor de opvang van patiënten met een intensieve zorgbehoefte. Het ontbreekt evenwel aan een goede definitie van dit type patiënt. Sommige definities proberen groepen van "high care" en "medium care" patiënten te onderscheiden, die dan elk op aangepaste eenheden (met een verschillende grootte en personeelsbezetting) zouden moeten verzorgd worden.

Ook in de Belgische wetgeving is er geen eenduidige definitie terug te vinden voor een "intensief zorgprofiel"; er wordt dan ook niet bepaald welke patiënten op een intensieve zorgeenheid mogen of moeten verzorgd worden, en welke eventueel op andere specifieke eenheden. We denken dan vooral aan eenheden die in de praktijk aangeduid worden als medium care (MC), stroke unit (voor patiënten met een beroerte), coronary care unit (voor patiënten met hartproblemen). De vraag naar normen voor dergelijke eenheden bestaat al lang, maar normen hiervoor bestaan pas sinds 2014 en dan enkel voor eenheden bestemd voor patiënten met een beroerte.

De wetgeving maakt bovendien een onderscheid tussen 'bedden van intensieve aard' waarvan een ziekenhuis er minstens 3 moet hebben om ook een gespecialiseerde spoedgevallendienst te kunnen uitbaten (zonder te specificeren waaraan deze bedden moeten voldoen) en een 'functie voor intensieve zorgen', bestaande uit 1 of

meerdere eenheden van minstens 6 bedden⁴. Een en ander betekent dat in België patiënten met een intensieve zorgbehoefte ook buiten een erkende intensieve zorgeneenheid kunnen worden opgenomen.

We vonden het belangrijk om alle eenheden te inspecteren waar patiënten met een intensief zorgprofiel worden opgenomen, los van het feit of deze eenheid of alle bedden die in de eenheid staan opgesteld erkend zijn als intensieve zorgen-bedden. Daarom hanteerden we onderstaande criteria om te bepalen welke eenheden we zouden inspecteren volgens het eisenkader voor intensieve zorgen:

- alle eenheden waar erkende intensieve zorgbedden voorkomen,
- alle eenheden zonder erkende intensieve zorgbedden, die door het ziekenhuis aangeduid werden in de onlinebevraging als 'high care' of 'intensive care'-eenheden,
- indien de erkende intensieve zorgbedden niet architectonisch gescheiden waren van andere (niet-intensieve) bedden, werd de personeelsequipe en de bestaffing berekend op basis van alle bedden van deze gemengde eenheid,
- indien er wel een architectonische scheiding was, en slechts één personeelsequipe instond voor beide subeenheden, moest aangetoond worden dat een voldoende aantal van de personeelsequipe permanent toegewezen werd aan de subeenheid met de intensieve bedden.

Eenheden zonder erkende intensieve zorgbedden, maar voorbestemd voor patiënten met een intensiever zorgprofiel ('medium care'), werden normaal gezien beoordeeld volgens de eisen van een gewone internistische afdeling. Als er evenwel op een dergelijke eenheid minstens 1 beademde patiënt werd aangetroffen, werd nagegaan of de personeelsequipe en de bestaffing op het moment van het bezoek voldeed aan de eisen voor een intensieve zorgeneenheid, omdat er geen twijfel over bestaat dat een beademde patiënt een hoog intensief zorgprofiel heeft.

4.2.1.1 Medisch personeel op de intensieve zorgeneheden

Achtergrond

In het eisenkader wordt een aspect overgenomen uit de Nederlandse 'Richtlijn Intensive Care' (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, Nederlandse Internisten Vereniging, 2015). Deze richtlijn wijst op het belang om de behandeling op een intensieve zorgeneenheid te laten coördineren door een intensivist, d.w.z. een arts die erkend is voor het toedienen van zorgen aan kritieke patiënten, en dit op basis van een specifieke ervaring en/of opleiding.

Op de vraag of een intensivist 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 op een intensieve zorgeneenheid moet aanwezig zijn, concludeert de Nederlandse richtlijn dat een effect aannemelijk is, en het grootst zou zijn bij patiënten met een zeer hoog zorgprofiel. Daarnaast concludeert ze ook dat het aannemelijk is dat bij aanwezigheid overdag de extra aanwezigheid 's nachts van intensivisten geen bijkomend effect heeft op de opnameduur en de sterfte. De richtlijn wijst wel op het belang van de beschikbaarheid van intensivisten 's nachts indien arts-assistenten worden ingeschakeld.

⁴ Daarnaast bestaat ook een indeling op basis van punten, waarbij het ziekenhuis punten krijgt op basis van de gemiddelde (periodiek gemeten) zorgzwaarte van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, onafhankelijk van in welke type erkend bed ze worden opgenomen. Op basis van dit puntensysteem worden de ziekenhuizen dan in verschillende klassen ingedeeld. Hiervan hangt dan af hoeveel bedden van intensieve aard er gefinancierd worden en in welke mate. Deze financieringsmethodiek laat alleen toe vast te stellen dat er een continuüm is gaande van ziekenhuizen waarin bijna uitsluitend patiënten worden opgenomen met een laag intensief zorgprofiel tot ziekenhuizen met een uitgesproken aandeel van patiënten met een zeer intensief zorgprofiel.

In België kunnen bepaalde specialisten (bv. anesthesisten, internisten, pediaters) erkend worden als houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg na een voltijdse stage van ten minste 2 jaar. Voor artsen-specialisten die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde volstaat een stage van 1 jaar in de intensieve zorg. De stagemeeesters en stagediensten zijn onderworpen aan erkenningscriteria⁵.

In België mogen wettelijk gezien artsen met verschillende specialismen op een intensieve zorgeneenheid werken en er de 24-uurspermanentie verzekeren. Via het eisenkader wordt daar nu ook de verplichte beschikbaarheid van een intensivist overdag aan toegevoegd en, indien een arts-assistent instaat voor de permanentie, de beschikbaarheid van een intensivist, zowel overdag als 's nachts.

Werkwijze

De medische permanentie voor de intensieve zorgeneenheden werd gecontroleerd voor de week voorafgaand aan de inspectiedag. Op basis van deze nominatieve wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of er artsen-specialisten in opleiding (ASO's) op de wachtlijst stonden en in het hoeveelste jaar van opleiding deze waren (minstens derdejaars is vereist). Indien er ASO's op de lijst stonden, werd nagegaan of op hetzelfde moment een intensivist oproepbaar was. Eveneens werd, op de campussen waar ASO's ingeschakeld waren in het wachtsysteem, in het medisch reglement (of gelijkwaardige overeenkomsten) nagegaan of de tijd bepaald is waarbinnen de intensivist van achterwacht ter plaatse moet komen.

Indien er ook artsen-'niet-intensivisten' op de wachtlijst stonden, werd gevraagd naar de wachtlijst van consulteerbare intensivisten. Op basis van de wachtlijsten gingen we na of artsen die de medische permanentie vervullen voor de afdeling intensieve zorgen, deze wachtdienst niet cumuleerden met de wacht van anesthesisten die oproepbaar zijn bij nood aan een dringende anesthesie in het operatiekwartier of met de wacht voor de (eventueel aanwezige) MUG-functie. Tenslotte werd op basis van de wachtlijsten nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur in het ziekenhuis aanwezig waren voor het vervullen van een permanentie.

De beschikbaarheid van een intensivist overdag werd nagegaan op de intensieve zorgeneenheden zelf. Indien de dienstdoende intensivist niet aanwezig was op de intensieve zorgeneenheid, dan werd deze opgebeld met de vraag onmiddellijk naar de eenheid te komen. Er werd nagegaan of deze intensivist binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Op 66 van de 85 bezochte campussen werden 1 of meerdere intensieve zorgeneenheden (98 eenheden in totaal) gecontroleerd.

Op 1 campus (met 1 intensieve zorgeneenheid) voldeed de medische permanentie niet, omdat werd vastgesteld dat artsen er soms meer dan 24 uur van permanentie waren. Dit werd beschouwd als een rood knipperlicht en gaf er aanleiding tot een check 2.

Op 8 eenheden waren ASO's ingeschakeld in de permanentie. Slechts voor 4 eenheden was de tijdspanne vastgelegd waarbinnen een intensivist aanwezig moest kunnen zijn wanneer een ASO hem ter hulp riep. Op 3 eenheden ging het om een tijdsinterval van 15 minuten, op 1 eenheid om een half uur.

Voor wat betreft de beschikbaarheid van een intensivist overdag waren er 2 van de 98 gecontroleerde eenheden (2%) niet in orde, hetgeen aanleiding was tot een check 2 in 2 verschillende ziekenhuizen. Op 1

⁵ MB van 5 oktober 1995 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de intensieve zorg.

eenheid was er geen intensivist beschikbaar, op de andere campus duurde het veel langer dan een kwartier eer de intensivist op de eenheid aanwezig was.

Conclusie

Op alle campussen met intensieve zorgeenheden was er een medische permanentie van voldoende gekwalificeerde artsen. Slechts in 1 geval bleek eenzelfde arts meer dan 24 uur de permanentie in het ziekenhuis op te nemen. Omdat oververmoeidheid de kwaliteit van zorg negatief kan beïnvloeden, en permanenties van meer dan 24 uur niet meer toegelaten zijn, werd dit als voldoende reden beschouwd voor een check 2.

Het niet formeel vastgelegd hebben van een tijdspanne waarbinnen een intensivist aanwezig moet kunnen zijn wanneer een ASO hulp vraagt, betekent niet automatisch dat hieromtrent geen afspraken zouden bestaan of garanties geboden worden door de intensivisten. Dit gaf geen aanleiding tot een check 2.

Op 2 campussen was er geen intensivist tijdig beschikbaar overdag. Ook hier gaat het dus om zeldzame casussen. Op 1 campus was geen aanwezigheid van een intensivist voorzien.

4.2.1.2 Verpleegkundig personeel op de intensieve zorgeenheden

Achtergrond

In vergelijking met de verpleegkundige bestaafingsnormen (regelgeving en evidence based) in het buitenland (bv. Scandinavische landen, Angelsaksische wereld, Nederland) zijn de Belgische normen vrij laag. Zo stelt de Nederlandse richtlijn dat een verpleegkundige op een intensieve zorgeenheid overdag maximaal 1,5 patiënten en 's nachts maximaal 2 patiënten mag verzorgen, daarnaast is er ook sprake van gewone verpleegkundigen en zorgassistenten.

In Vlaanderen gelden volgende normen:

1. Een intensieve zorgeenheid moet minimaal 6 patiënten kunnen opnemen en er moet er een basispermanentie zijn van twee verpleegkundigen.
2. De bestaafing van de dienst moet aangepast worden aan het aantal patiënten dat er verblijft. Deze zogenaamde patient/nurse ratio werd in het eisenkader vastgelegd op 3/1, waarvan minstens de helft van het aantal verpleegkundigen beschikt over de bijzondere beroepstitel (BBT) in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg.
3. Tenslotte moet de grootte van de equipe aangepast zijn aan de omvang van de dienst. Volgende verhouding dient steeds gerespecteerd te zijn: per 6 geëxploiteerde intensieve zorgbedden moeten er minstens 12 VTE verpleegkundigen ter beschikking zijn, waarvan minstens 6 VTE met een BBT in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg.

Werkwijze

Op iedere intensieve zorgeenheid moesten steeds minstens 2 verpleegkundigen aanwezig zijn (basispermanentie). Wanneer de basispermanentie niet in orde was, werd dit als een ernstig risico beschouwd en werd een rood knipperlicht toegekend.

Om de verhouding 'aantal patiënten' t.o.v. 'aantal verpleegkundigen' te bepalen werd op de dag van de inspectie geteld hoeveel patiënten waren opgenomen en hoeveel verpleegkundigen er op dat moment op de eenheid werkten. Van deze verpleegkundigen werd ook nagegaan wie over een BBT beschikte.

De gehanteerde norm voor de verhouding aanwezige intensieve zorgpatiënten / verpleegkundigen bedraagt 3/1 (er werd afgerond zoals in het eisenkader geëxpliciteerd is: dit betekent dat voor 7 patiënten 2

verpleegkundigen nog volstaan, voor 8, 9 en 10 patiënten dienen minstens 3 verpleegkundigen te worden ingezet, enz..., waarbij minstens de helft van het aantal ingezette verpleegkundigen over een BBT diende te beschikken⁶).

Tenslotte werd de omvang en samenstelling van de equipe bepaald door op elke eenheid de lijst op te vragen van de vaste equipe van verpleegkundigen met vermelding van hun eventueel bijkomende kwalificaties.

Het aantal bedden in exploitatie op de eenheid (= maximaal aantal bedden waarin patiënten kunnen worden opgenomen) werd bevestigd en gecontroleerd. Meestal was dit het aantal opgestelde bedden, behalve in volgende situatie: bij tijdelijke sluiting van bedden (bv. sommige periodes van het jaar worden een aantal bedden uit gebruik genomen, permanente reanimatiebox, extra wisselruimte) moest dit geobjectieerd worden door een formeel schriftelijk bewijs. Het aantal geëxploiteerde bedden werd dan verhoudingsgewijs aangepast.

Vaststellingen

Op 66 van de 85 bezochte campussen werden 1 of meerdere intensieve zorgeenheden (98 eenheden in totaal) gecontroleerd.

- Op alle 98 eenheden waren minstens 2 verpleegkundigen aanwezig.
- Alle 98 eenheden voldeden aan de eis om minstens 1 verpleegkundige per 3 patiënten in te zetten, waarbij de helft van het aantal verpleegkundigen moet beschikken over een BBT.

Bij de controle van de omvang van de personeelsequipe, troffen we 1 ziekenhuis aan met 2 architectonisch gescheiden intensieve zorgeenheden, waarbij 1 personeelsequipe werd ingezet voor beide diensten samen. Alhoewel in het verslag geen cijfers per eenheid konden gegeven worden, bleken er ruim voldoende verpleegkundigen (met en zonder BBT) te zijn voor de twee eenheden samen. Voor de eenvoud beschouwen we deze beide eenheden als in orde.

Op 8 eenheden (8%) bleek de personeelsequipe in totaal over onvoldoende verpleegkundigen te beschikken (2 verpleegkundigen per bed). Desalniettemin hadden deze 8 eenheden wel voldoende verpleegkundigen met een BBT ten opzichte van het aantal geëxploiteerde bedden (1 verpleegkundige met BBT per bed).

Tenslotte kunnen we nog meegeven dat op 36 van de 66 campussen het aantal geëxploiteerde bedden overeenstemde met het aantal erkende. Op 13 campussen werden meer bedden geëxploiteerd dan erkend (deels omwille van onze keuze om ook niet-erkende eenheden te bezoeken die als high care eenheden aangemeld werden), op 17 minder (o.a. ten gevolge van het doorrekenen van tijdelijk niet-geëxploiteerde bedden).

Conclusie

Er werd geen enkel (rood of oranje) knipperlicht opgemerkt over de verpleegkundige bestaffing op intensieve zorgeenheden.

Acht eenheden bleken geen voldoende grote equipe te hebben om hun eenheid adequaat te kunnen bestafferen bij een continue volledige bezetting van alle geëxploiteerde intensieve bedden. Het is opvallend dat op alle eenheden, zelfs op die 8, voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen (met een bijzondere beroepstitel in de urgente en intensieve zorgen) deel uitmaakten van het verpleegkundig team.

Eenheden waar jaar in jaar uit alle bedden bezet zijn door patiënten zijn echter een uitzondering: de meeste eenheden kennen seizoensgebonden fluctuaties (bv. minder patiënten tijdens de zomervakantie), en zetten in

⁶ Of op basis van de overgangsmatregelen in de desbetreffende wetgeving gelijkgesteld is aan iemand met een BBT.

rustige periodes minder personeel in, zonder expliciet een aantal bedden op non-actief te zetten (waardoor we dit niet in mindering konden brengen). Onder meer om die reden werd aan het totaal VTE geen knipperlicht verbonden.

4.2.1.3 Beschikbaarheid van een kinesitherapeut voor de intensieve zorgeenheden

Achtergrond

De erkenningsnormen van de functie voor intensieve zorgen (K.B. van 27 april 1998, art. 19) bepalen dat de intensieve zorgeenheden een beroep moeten kunnen doen op een kinesist. De SCCM-richtlijn (Society of Critical Care Medicine, 2001) stelt dat kinesitherapie zo snel als mogelijk moet ingezet worden, omdat onderzoek aantoonde dat hierdoor de (co)morbiditeit en verblijfsduur verminderen.

In het eisenkader werd daarom een bijkomende eis opgenomen die de beschikbaarheid van de kinesist voor intensieve zorgeenheden nader omschrijft: een kinesist moet op werkdagen overdag beschikbaar zijn en in het weekend een halve dag oproepbaar zijn. Hiertoe moet er voor het personeel een wachtlijst beschikbaar en consulteerbaar zijn.

Werkwijze

De wachtlijst van kinesisten werd op iedere intensieve zorgeenheid opgevraagd. Deze wachtlijst werd voor 7 aaneensluitende dagen (dag van inspectie inbegrepen, met de voorbije of de komende 6 dagen) gecheckt. Deze wachtlijst hoefde niet nominatief te zijn. Het kon ook gaan om een of meerdere telefoonnummers waarmee een kinesist kon bereikt worden. Dit werd dan door de inspecteur gecontroleerd door het nummer te bellen en verder informatie in te winnen over de manier waarop de wacht georganiseerd was.

Op gewone werkdagen moest er een kinesist oproepbaar zijn gedurende de volledige werkdag (bv. van 9 tot 16u). Op weekenddagen en feestdagen moet de kinesist een halve dag oproepbaar zijn (bv. van 9 tot 12u). Ten gevolge van feestdagen tijdens de week, kan het zijn dat in bepaalde ziekenhuizen minder dan 5 werkdagen gecontroleerd werden en meer dan 2 weekenddagen.

Vaststellingen

In totaal werden 480 werkdagen en 210 weekend- of feestdagen gecontroleerd op 98 intensieve zorgeenheden. Er werd geen enkel probleem vastgesteld met betrekking tot de beschikbaarheid van kinesisten.

4.2.1.4 Beschikbaarheid van personeel voor psychosociale ondersteuning op de intensieve zorgeenheden

Achtergrond

In het eisenkader werd een eis opgenomen over de permanente beschikbaarheid van een psycholoog en/of maatschappelijk werker voor noodgevallen. Omdat deze eis nieuw was (en er geen financiering bestaat voor een dergelijke permanentie), werd besloten om -zonder enige vorm van beoordeling- na te gaan in welke mate ziekenhuizen al dan niet een aanbod hebben ten aanzien van hun intensieve zorgeenheden inzake psychologische ondersteuning.

Werkwijze

Op analoge wijze als bij de beschikbaarheid van een kinesitherapeut werd nagegaan of er een permanentie was van personen die konden instaan voor psychologische ondersteuning.

Hierbij werd nagegaan of er personeel beschikbaar was, hetzij overdag, hetzij 's nachts en of er zo een 24-uurspermanentie werd gerealiseerd op week- en op weekenddagen. Er werd ook in detail nagegaan wie er kon

opgeroepen worden: een psycholoog, maatschappelijk werker, of andere medewerkers. Ook het inschakelen van een psychiater werd als een volwaardige oplossing aanvaard.

Vaststellingen

Eerst geven we de cijfers over de 24-uurspermanentie gedurende een volledige 7-dagenweek.

Aantal gecontroleerde intensieve zorgeenheden	98
Aantal eenheden met 24-uurs permanentie 7d/7	55
Aantal met 24-uurspermanentie, 7d/7 door psycholoog of maatschappelijk werker	36
Aantal met 24-uurspermanentie, 7d/7 maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker	19

Tabel 5: Aantal intensieve zorgeenheden met een 24-uurspermanentie voor psychologische ondersteuning

Wanneer we de cijfers uitsplitsen voor week- en weekenddagen en de opsplitsing maken tussen overdag en 's nachts, geeft dit volgend beeld:

Permanentie op weekdagen:

Aantal gecontroleerde intensieve zorgeenheden	98
Aantal eenheden met 24-uurs permanentie op weekdagen	56
Aantal eenheden met 24-uurspermanentie door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	37
Aantal eenheden met 24-uurspermanentie maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	19
Aantal eenheden met permanentie overdag op weekdagen	98
Aantal eenheden met permanentie overdag door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	98
Aantal eenheden met permanentie overdag, maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	0
Aantal eenheden met permanentie 's nachts op weekdagen	56
Aantal eenheden met permanentie 's nachts door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	37
Aantal eenheden met permanentie 's nachts, maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekdagen	19

Tabel 6: Aantal intensieve zorgeenheden met een permanentie voor psychologische ondersteuning op weekdagen, uitgesplitst volgens 24-uurspermanentie, permanentie overdag en 's nachts

Permanentie op weekend- en feestdagen:

Aantal gecontroleerde intensieve zorgeenheden	98
Aantal eenheden met 24-uurs permanentie op weekend dagen	60
Aantal eenheden met 24-uurspermanentie door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	41
Aantal eenheden met 24-uurspermanentie maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	19
Aantal eenheden met permanentie overdag op weekend dagen	65
Aantal eenheden met permanentie overdag door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	52
Aantal eenheden met permanentie overdag, maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	13
Aantal eenheden met permanentie 's nachts op weekend dagen	60
Aantal eenheden met permanentie 's nachts door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	41
Aantal eenheden met permanentie 's nachts, maar niet steeds door psycholoog of maatschappelijk werker op weekenddagen	19

Tabel 7: Aantal intensieve zorgeenheden met een permanentie voor psychologische ondersteuning op weekend- en feestdagen, uitgesplitst volgens 24-uurspermanentie, permanentie overdag en 's nachts

Conclusie

56% van de intensieve zorgeenheden in de Vlaamse algemene ziekenhuizen slaagt er in om een 24-uurspermanentie te voorzien voor psychologische ondersteuning. Hiervoor staat in iets minder dan 2/3 van de gevallen een psycholoog of een maatschappelijk werker in.

Tijdens de weekdays is er in alle eenheden overdag een permanentie voorzien door een psycholoog of een maatschappelijk werker, terwijl dit tijdens het weekend overdag slechts in 65/98 eenheden het geval is. We stellen hierbij vast dat de nachtpermanentie minstens even goed verzekerd is in het weekend (60/98) als tijdens de week (56/98).

Voor bijna een vijfde van de Vlaamse intensieve zorgeenheden blijkt er een permanentie te bestaan voor psychologische ondersteuning van patiënten en hun naasten die niet ingevuld wordt door psychiaters, psychologen of maatschappelijk werkers. Blijkbaar zijn er in de ziekenhuizen heel wat mensen met een andere kwalificatie beschikbaar die in staat geacht worden om deze ondersteuning te bieden. Anderzijds kunnen we ons ook afvragen of alle psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers automatisch in staat zijn of zich in staat voelen om op een adequate ondersteuning te bieden in omstandigheden die eigen zijn aan een intensieve zorgeenheid. Beide elementen lijken belangrijk te zijn bij een evaluatie van het huidige eisenkader.

4.2.2 Personeel op de spoedgevallendiensten

In België wordt er qua erkenningsnormen onderscheid gemaakt tussen twee soorten spoedgevallendiensten: enerzijds de 'gespecialiseerde spoedgevallendiensten' en anderzijds de 'eerste opvang voor spoedgevallen' (EOS). Daarbij was het de bedoeling de meest ernstige pathologie naar gespecialiseerde spoedgevallendiensten te oriënteren, en de EOS voor te behouden voor lichtere pathologie. Een belangrijk verschil tussen beide diensten situeert zich op het vlak van de medische en verpleegkundige permanenties

waarbij er hogere eisen gesteld worden qua aantallen, opleidingsniveau en expertise voor de gespecialiseerde spoedgevallendiensten. Diensten voor eerste opvang van spoedgevallen komen bovendien niet in aanmerking om een MUG-dienst uit te baten en zijn niet ingeschakeld in het systeem van dringende medische hulpverlening (beter gekend als de '100-dienst').

In de praktijk is dit onderscheid weinig bekend, zowel bij de bevolking als bij de verwijzende artsen. Het feit dat alle spoedgevallendiensten met de naam 'spoed' mogen aangeduid worden en er in Vlaanderen slechts 4 diensten voor eerste opvang van spoedgevallen bestaan, draagt hier wellicht in belangrijke mate toe bij.

4.2.2.1 Medische permanentie op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

In de literatuur zijn er aanwijzingen dat een aantal outcome-indicatoren slechter scoren indien onvoldoende gespecialiseerde zorgverleners aanwezig zijn op een spoedgevallendienst.

In de ACEP-standpunten (American College of Emergency Physicians, 2014) wordt gesteld dat de bestaffing van een spoeddienst, zowel medisch als verpleegkundig, op een flexibele manier moet ingevuld worden door specifiek opgeleid personeel. De workload is op deze dienst erg variabel, dus moet de bestaffing niet gebaseerd zijn op een gemiddelde werkbelasting, maar moet vanaf een minimale personeelsnorm een systeem geïmplementeerd worden dat toelaat om dit team op elk moment snel te versterken met competente zorgverleners.

In de Belgische wetgeving en het eisenkader vertaalt zich dat in de permanentie van 1 arts. Indien er ook een MUG-functie actief is, moet er een tweede permanentiearts voorzien worden, zodat minstens 1 arts op elk moment met de MUG kan uitrukken.

Gezien de potentieel ernstige gevolgen bij een tekort aan gespecialiseerde zorgverleners op spoed, werden deze minimale normen strikt gecontroleerd en werd er bij inbreuk een rood knipperlicht aan verbonden.

Werkwijze

Op de **gespecialiseerde spoedgevallendiensten** werd volgende werkwijze gehanteerd.

De nominatieve wachtlijsten van artsen voor spoed, intensieve zorgeenheden en MUG (indien aanwezig op de campus) werden opgevraagd en gecontroleerd voor de meest recente week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of er artsen-specialisten in opleiding (ASO's) op de lijst stonden en in het hoeveelste jaar van opleiding deze waren. Indien er eerste- of tweedejaars ASO's op de lijst stonden, werden deze niet aanvaard als permanentieartsen.

Door vergelijking van de verschillende wachtlijsten werd nagegaan of artsen die de medische permanentie vervulden voor de spoedgevallendienst, deze wachtdienst niet cumuleerden met de wacht voor intensieve zorgen, met de wacht voor de (eventueel aanwezige) MUG-functie of met de wacht voor dringende anesthesie. Indien de wacht wel met de MUG-functie werd gecumuleerd, werd nagegaan of er een andere oproepbare spoedarts aangeduid was, deze moest dan binnen de 15 minuten ter plaatse kunnen zijn. Op basis van de wachtlijsten werd ook nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur binnen de ziekenhuismuren aanwezig waren in het kader van een wachtdienst.

Daarnaast werd nagegaan of een permanentiearts na een oproep binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Op de **eerste opvang voor spoedgevallen** werd volgende werkwijze gehanteerd.

Ook hier werd door middel van een permanentielijst nagegaan of er steeds een arts aangeduid was voor de permanentie van de dienst. Door vergelijking van de verschillende wachtlijsten werd nagegaan of artsen die de medische permanentie vervulden, deze wachtdienst niet cumuleerden met de wacht voor intensieve zorgen of met de wacht voor dringende anesthesie. Op basis van de wachtlijsten werd ook nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur binnen de ziekenhuismuren aanwezig waren in het kader van een wachtdienst.

Daarnaast werd nagegaan of een permanentiearts na een oproep binnen de 15 minuten aanwezig kon zijn.

Vaststellingen

Voor de **gespecialiseerde spoedgevallendiensten** werden de volgende vaststellingen gedaan.

Er werden 65 diensten gecontroleerd. Bij controle van de permanentielijsten werden in 4 diensten problemen vastgesteld. Het ging om in totaal 25 (5%) van de 463 gecontroleerde dagen. In 1 dienst bleek de permanentiearts op 4 dagen een permanentie van meer dan 24 uur te vervullen. In 3 andere diensten werd op de 7 gecontroleerde dagen de spoedpermanentie gecumuleerd met de MUG-permanentie en bleek er geen tweede arts te zijn aangeduid om de spoedpermanentie over te nemen bij een MUG-oproep.

Bij controle van de beschikbaarheid van de spoedarts op de spoedgevallendienst werd in een vijfde dienst een probleem vastgesteld: er bleek op het moment van de inspectie geen spoedarts binnen de 15 minuten beschikbaar te zijn. In de andere 64 diensten was een spoedarts steeds tijdig op de spoed aanwezig.

De 5 diensten waar de permanentie niet in orde was, kregen hierdoor een 'rood knipperlicht' en dus automatisch een check 2.

In de 4 diensten voor **eerste opvang van spoedgevallen** werden geen problemen vastgesteld, noch wat betreft de nominatieve aanduiding van een permanentiearts, noch wat betreft de beschikbaarheid bij aanmelding.

Conclusie

In 93% van de Vlaamse spoedgevallendiensten kon worden aangetoond dat op alle gecontroleerde dagen de medische permanentie van hun dienst verzekerd was met voldoende gekwalificeerde spoedartsen en kon worden vastgesteld dat de permanentieartsen op de dienst aanwezig waren of binnen de 15 minuten ter plaatse konden komen.

4.2.2.2 Verpleegkundige permanentie op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

Voor verpleegkundigen verschillen de normen sterker tussen de twee types spoedgevallendiensten. Bij een **gespecialiseerde spoedgevallendienst** moeten er minstens 2 verpleegkundigen permanent beschikbaar zijn, waarvan minstens 1 houder is van de bijzondere beroepstitel (BBT) voor intensieve zorg en spoedgevallenzorg. Indien de dienst daarenboven instaat voor de MUG-functie, moet er een permanentie zijn van een derde verpleegkundige, die ook houder is van de BBT.

Op een **eerste opvang voor spoedgevallen** moet er permanent iemand aangeduid zijn en onmiddellijk beschikbaar zijn om zich naar de spoedgevallendienst te begeven. Gezien de potentieel ernstige gevolgen bij een tekort aan gespecialiseerde zorgverleners op spoed, werden ook deze minimale normen strikt gecontroleerd en werd er bij inbreuk een rood knipperlicht aan verbonden.

Werkwijze

Er werd op de **gespecialiseerde spoedgevallendienst** voor een aaneensluitende tijdspanne van minstens 4 dagen, met inbegrip van minstens 2 weekenddagen, nagegaan op de werklijsten of de vereiste permanentie 24/24u verzekerd werd. Hierbij werd rekening gehouden of er op die momenten een MUG-functie actief was of niet. Er werd voor alle dagen niet alleen nagegaan of er voldoende verpleegkundigen aanwezig waren, maar ook of deze steeds onmiddellijk beschikbaar waren (geen cumulatie met activiteiten die niet onmiddellijk konden onderbroken worden) en of ze de juiste kwalificaties hadden.

Op de **eerste opvang voor spoedgevallen** werd op analoge wijze de werklijst gecontroleerd en werd bovendien nagegaan of de verpleegkundige bij aanmelding van de inspecteur op de spoedgevallendienst binnen de 15 minuten na de eerste oproep aanwezig was op de dienst.

Vaststellingen

Er werden 65 **gespecialiseerde spoedgevallendiensten** gecontroleerd. In 54 diensten werd ook de MUG-permanentie gecontroleerd⁷. Er werden in totaal 264 dagen gecontroleerd, waarvan 38 dagen (14%) niet in orde waren. In 53 diensten (82%) werden geen tekorten vastgesteld. De 12 diensten waar de permanentie niet in orde was, kregen hiervoor een rood knipperlicht en dus een check 2. Het betrof:

- 5 diensten (8%) waar er te weinig verpleegkundigen waren om de basispermanenties te vervullen,
- 6 diensten met een tekort aan verpleegkundigen met een BBT op 1 of meerdere dagen,
- 3 diensten waar de verpleegkundigen die van permanentie waren zich niet onmiddellijk konden vrijmaken indien er zich een patiënt aanbood op spoed, en dit gedurende 1 of meerdere gecontroleerde dagen.

Hierbij was er 1 spoedgevallendienst waar we moesten vaststellen dat er zowel onvoldoende verpleegkundigen waren voor de benodigde permanenties, als onvoldoende verpleegkundigen met een BBT, evenals verpleegkundigen die zich niet onmiddellijk konden vrijmaken.

Wanneer we de knelpunten op deze diensten nader bekijken, dan zien we dat het niet gaat over eenmalige tekorten, maar wel over structurele problemen. Het ging, op één uitzondering na, steeds om meerdere dagen waarop de permanentie niet in orde bleek, bij de helft bleek het om alle 4 de gecontroleerde dagen te gaan.

In de 4 diensten voor **eerste opvang van spoedgevallen** werden geen tekorten vastgesteld, noch op het vlak van de permanentielijsten, noch op het vlak van de beschikbaarheid van de verpleegkundigen.

Conclusie

In ongeveer 1/5 van de gecontroleerde gespecialiseerde spoedgevallendiensten werd een probleem aangetroffen op het vlak van de verpleegkundige permanentie. Dit onderwerp zorgde voor het grootste aantal rode knipperlichten (12) tijdens deze inspectieronde.

Enkele ziekenhuizen maken gebruik van een zogenaamd cascadesysteem: dit houdt in principe in dat er 2 verpleegkundigen worden voorzien voor de spoedgevallendienst, maar dat er bij vertrek van 1 van hen (met een ambulance of MUG) er een derde verpleegkundige wordt opgeroepen. Het kan dan gaan om een verpleegkundige van een andere dienst (bv. intensieve zorgen, verpleegafdeling...) of om een flexibel inzetbare verpleegkundige. Vaak kan er weinig garantie gegeven worden dat alle personen die via een dergelijk cascadesysteem ter plaatse komen, zich voldoende snel kunnen vrijmaken om naar de spoed te gaan, of voldoende vertrouwd zijn met de pathologie en de werking van een spoedgevallendienst. Verder kunnen

⁷ Dit aantal is hoger dan het aantal door Vlaanderen erkende MUG-functies. Wanneer 2 of meer ziekenhuizen afwisselend 1 MUG bemannen, werd de inspectie dusdanig gepland dat op het moment van inspectie de MUG aanwezig was en de permanentie van die week ook kon gecontroleerd worden.

hierdoor problemen ontstaan met permanenties op andere plaatsen in het ziekenhuis of met het onderling doorgeven van patiëntgebonden informatie. Daarom werd deze werkwijze alleen aanvaard indien de personen die eventueel opgeroepen werden deel uitmaakten van de spoedequipe en geen taken vervulden die niet onmiddellijk gestaakt konden worden.

4.2.2.3 Bestaffing van de triagefunctie op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

In onderzoeken rond triage (Richtlijn Triage op de Spoedeisende Hulp, 2008) komen een aantal voordelen van een gestandaardiseerd triagesysteem naar boven, zoals:

- de onmiddellijke beoordeling van patiënten en de reductie van mogelijk schadelijke vertraging,
- het prioriteren van zorg op wetenschappelijk gefundeerde gronden,
- betere controle van de patiëntenstroom,
- overdracht van patiënten naar een geschikte behandelruimte,
- het tijdig starten van diagnostisch onderzoek,
- reductie van angst, bezorgdheid en frustratie.

Deze voordelen zijn gelinkt aan de kwaliteit van de geboden zorg en leiden tot betere uitkomsten voor de patiënten.

De implementatie van triage op spoeddiensten kadert ook in het meer efficiënt gebruik van middelen in de gezondheidszorg. Men evolueert van aanbodgerichte zorg via zorg op vraag naar zorg op maat.

Werkwijze

Er werd op de dienst gespecialiseerde spoedgevallen nagegaan of op de dag van de inspectie iemand was aangesteld voor de triage, of deze voldoende beschikbaar was (geen cumulatie met MUG, 100 of taken buiten spoed) en of dit personeelslid voldeed aan alle vereiste kwalificaties (voor een verpleegkundige: houder zijn van een bijzondere beroepstitel (BBT) intensieve zorgen en spoedgevallenzorg, samen met minstens 1 jaar ervaring op spoed; voor een arts: een kwalificatie hebben die toelaat de permanentie op spoed te vervullen).

Vaststellingen

In 3 (5%) van de 65 spoedgevallendiensten werd niet aan triage gedaan. Daarnaast waren er nog 3 andere diensten waar het personeel dat instond voor de triage niet voldeed aan de criteria:

- In 1 dienst cumuleerde de verpleegkundige die instond voor de triage deze taken met een permanentie voor MUG of 100-oproepen of andere taken buiten de spoedgevallendienst. Daarenboven had deze verpleegkundige geen BBT.
- In 2 andere diensten voldeden de verpleegkundigen die instonden voor de triage ook niet aan de kwalificatievereisten:
 - ▶ in 1 dienst had de verpleegkundige geen BBT
 - ▶ in de andere dienst had de verpleegkundige geen jaar ervaring op spoed.

Tenslotte werden er 4 diensten opgemerkt waar een arts instond voor de triage, op 1 van deze diensten gebeurde dat samen met een verpleegkundige.

Conclusie

De overgrote meerderheid van de spoeddiensten (90%) kon aantonen dat ze een triagesysteem gebruikten waarbij voldoende gekwalificeerd personeel werd ingezet.

4.2.2.4 Beschikbaarheid van een pediater en een psychiater op de gespecialiseerde spoedgevallendienst

Achtergrond

Naast de opvang door een equipe die gespecialiseerd is in spoedgevallen, is het belangrijk om specialisten ter beschikking te hebben voor specifieke patiëntendoelgroepen zoals kinderen en personen met een psychiatrische problematiek.

Werkwijze

Via een controle van permanentielijsten werd nagegaan of een pediater en een psychiater oproepbaar waren voor een dringend consult op de gespecialiseerde spoedgevallendienst op de dag van inspectie. Er werd tevens nagegaan of de tijdspanne waarbinnen deze specialisten ter plaatse moeten kunnen zijn, schriftelijk was vastgelegd in een voor de artsen bindend document (bv. in een medisch reglement of een door de medische raad goedgekeurd document).

Vaststellingen

In 100% van de 65 gecontroleerde spoedgevallendiensten was aantoonbaar dat een pediater 24/24u kon opgeroepen worden. De tijdspanne waarbinnen de pediater naar spoed moest kunnen komen, was slechts in ongeveer de helft van de gevallen (32) formeel en eenduidig vastgelegd.

Op 55 (85%) spoedgevallendiensten was een psychiater 24/24u oproepbaar. Ook hier was maar in ongeveer de helft van de gevallen (27) eenduidig vastgelegd binnen welke tijdspanne deze specialist naar spoed moest komen.

Conclusie

Alle Vlaamse gespecialiseerde spoedgevallendiensten hebben een permanentie van een oproepbare pediater, ook ziekenhuizen die niet beschikken over een pediatrie afdeling.

Anders is het gesteld voor de opvang van psychiatrische urgenties: tijdens deze inspectieronde werden 10 gespecialiseerde spoedgevallendiensten gedetecteerd die niet steeds een psychiater konden oproepen. Bij nader onderzoek blijkt het in alle gevallen te gaan om ziekenhuizen die niet over een erkende psychiatrische afdeling beschikken; dit is exact de helft van het aantal ziekenhuizen in Vlaanderen zonder eigen psychiatrische afdeling (of PAAZ, wat staat voor 'Psychiatrische Afdeling in Algemene Ziekenhuizen').

Ziekenhuizen zonder PAAZ die over een permanentie van psychiaters beschikken, realiseren deze met eigen psychiaters, of hebben hiervoor een samenwerking met een psychiatrisch ziekenhuis. Niet alle ziekenhuizen die hiervoor vragende partij zijn, slagen er in een samenwerking op te zetten met de nabije psychiatrische ziekenhuizen; er bestaat geen enkele verplichting voor psychiatrische ziekenhuizen mee te werken aan permanenties voor psychiatrische urgenties op spoedgevallendiensten. Dit heeft als gevolg dat op (minstens) 15% van de Vlaamse spoedgevallendiensten geen garantie kan geboden worden dat een patiënt met acute psychiatrische problemen door een psychiater onderzocht kan worden.

Bijkomende initiatieven om dit knelpunt op te lossen, lijken aangewezen.

4.3 VEILIGE ZORG

4.3.1 Medicatiebeleid

Er gebeurde al zeer veel wetenschappelijk onderzoek naar risico's verbonden aan het gebruik van medicatie. Men kan aantonen dat er binnen het medicatiebeleid heel wat incidenten voorkomen met soms ernstige schade voor patiënten. Veel van deze fouten zijn bovendien vermijdbaar.

Ook accrediteringsorganisaties namen medicatieveiligheid op in hun auditnormen.

Globaal gezien kunnen de medicatierisico's onderverdeeld worden in drie groepen:

- hoogrisicomedicatie of HRM (bv. look-alikes, sterk geconcentreerde elektrolytenoplossingen...),
- risicopatiënten (bv. polymedicatie bij de geriatrische of intensieve patiënt...),
- risico's in het farmaceutisch zorgproces (bv. overschrijffouten bij medicatieschema, medicatievoorschrift zonder validatie door arts...).

Tijdens de inspectie werd aandacht besteed aan elk van deze drie deelgebieden. We benadrukten door de inspectie tevens dat zowel apotheker, arts als verpleegkundige hun verantwoordelijkheden hebben binnen het medicatiegebeuren.

4.3.1.1 Bewaring van hoogrisicomedicatie (HRM)

Achtergrond

Het Institute for Safe Medication Practices (ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings, 2016) ontwikkelde richtlijnen voor het veilig gebruiken en bewaren van HoogRisicoMedicatie (HRM). Deze werden benut bij het uitschrijven van de betreffende eisen in het eisenkader voor de internistische patiënt.

De inspectie ging na hoe een aantal aspecten van de veiligheid in verband met HRM gewaarborgd werden door de ziekenhuizen. Hiertoe werd enerzijds de procedure over het beleid betreffende HRM opgevraagd en beoordeeld, anderzijds werd op afdelingsniveau gecontroleerd hoe bepaalde HRM in de praktijk bewaard werd.

HRM is ook een item dat voorkomt in de contracten patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid.

Werkwijze

Tijdens het bezoek aan de ziekenhuisapothek werd de procedure HRM opgevraagd. Er werd nagekeken of de procedure een opsomming bevatte van look-alikes en sound-alikes, en of er ook instructies voor labeling, opslag en toediening werden vermeld.

Als de ziekenhuisapothek op een andere campus gesitueerd was, gebeurde de bevraging daar, maar werden de resultaten wel degelijk weergegeven in het verslag van de campus waar de HRM werd toegediend.

Op de internistische verpleegafdelingen, intensieve zorgeenheden, spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen, werd de bewaring van een aantal sterk geconcentreerde elektrolyten (KCl, NaCl, CaCl₂) gecontroleerd.

Voor deze geneesmiddelen werd nagegaan of er specifieke labeling en/of opslag werden toegepast. Indien een HRM niet aanwezig was op de dienst, werd dit ook als een veilige praktijk beschouwd.

Vaststellingen

Procedure HRM

Dit aspect werd op 84 campussen gecontroleerd.

Op 82 (98%) van de gecontroleerde campussen was er een procedure over of een lijst met hoogrisicomedicatie beschikbaar. De twee campussen waar de procedure 'ontbrak' werden door dezelfde apotheek bevoorraad. Bovendien was de procedure er al wel uitgeschreven, maar was ze nog niet door alle betrokken partijen gevalideerd.

Van de 82 gecontroleerde procedures waren er 71 (87%) die zowel look-alikes en sound-alikes beschrijven, als instructies bevatten voor labeling, opslag en/of toediening.

Er konden geen specifieke tendensen qua ontbrekende elementen afgeleid worden, zoals blijkt uit onderstaande cijfers:

Aantal gecontroleerde campussen	84
Aantal met een procedure of een lijst van HRM	82
Aantal met een procedure HRM die de 3 gecontroleerde elementen bevat	71
Aantal met een lijst die look-alikes bevat	76
Aantal met een lijst die sound-alikes bevat	76
Aantal met richtlijnen in verband met labeling, opslag en toediening	80

Tabel 8: Aantal campussen met een procedure over HRM, inclusief detail over de ontbrekende elementen

Bewaring HRM

Op 74 campussen (deel uitmakend van 55 ziekenhuizen) werd de bewaring van 3 sterk geconcentreerde elektrolyten (KCl, NaCl, CaCl₂) nagekeken. In een aantal ziekenhuizen was er discussie over de keuze van CaCl₂ als hoogrisicomedicijn.

Er werden in totaal 325 afdelingen gecontroleerd, op 258 (79%) afdelingen werden de 3 gecontroleerde HRM op conforme wijze bewaard.

In de onderstaande tabellen betekent de term ‘op conforme wijze’ dat het medicijn ofwel apart bewaard werd op alle bezochte afdelingen, en/of specifiek gelabeld was, ofwel dat het medicijn niet op de afdeling te vinden was (waardoor er ook geen risico was op accidenteel gebruik van het medicijn op de afdeling).

	Aantal campussen (74 gecontroleerd)
Sterk geconcentreerd KCl wordt op conforme wijze bewaard	63 (85%)
Sterk geconcentreerd NaCl wordt op conforme wijze bewaard	60 (81%)
Sterk geconcentreerd CaCl ₂ wordt op conforme wijze bewaard	51 (69%)
Sterk geconcentreerd KCl EN NaCl worden op conforme wijze bewaard	57 (77%)
Sterk geconcentreerd KCl EN CaCl ₂ worden op conforme wijze bewaard	49 (66%)
Sterk geconcentreerd NaCl EN CaCl ₂ worden op conforme wijze bewaard	46 (62%)
Sterk geconcentreerd KCl EN NaCl EN CaCl ₂ worden op conforme wijze bewaard	46 (62%)

Tabel 9: Aantal en percentage campussen met correcte bewaring van HRM. Cijfers per HRM apart en per combinatie

We hebben ook de cijfers geanalyseerd op ziekenhuisniveau. De motivatie hiervoor is dat wanneer 1 ziekenhuisapothek medicatie levert aan meerdere ziekenhuiscampussen, het beleid vanuit deze apothek bepalend is voor alle campussen waaraan geleverd wordt. Wanneer het beleid in 1 ziekenhuisapothek nog niet op punt staat, dan zou dit aldus het resultaat op campusniveau kunnen vertekenen. De percentages weken maximaal 2% af van die van de campussen, zodat we deze cijfers niet apart weergeven.

Wanneer we de cijfers per type afdeling bekijken, dan zien we dat de cijfers voor de internistische afdelingen het best waren. Op 87% van de afdelingen werden de 3 sterk geconcentreerde elektrolyten op conforme wijze bewaard, op de intensieve zorgeenheden was dit 74%, en op de spoeddiensten (gespecialiseerd en eerste opvang samen) 71%.

Conclusie

Bijna alle campussen hadden een **procedure** betreffende hoogrisicomedicatie, al moest die verder aangevuld worden in 13% van de gevallen. We merkten dat het bepalen van hoogrisicomedicatie voor de apotheken een relatief nieuw gegeven was, en dat elk daar nog een weg in te gaan had. Soms was bv. de procedure al ontwikkeld, maar gaf men aan dat nog niet alle maatregelen die in de procedure beschreven stonden al in alle diensten of op alle campussen waren doorgevoerd.

Wanneer we kijken naar de **bewaring** van HRM per dienst, dan valt in de cijfers op dat de internistische verpleegafdelingen op het vlak van bewaring van de 3 gecontroleerde elektrolytenoplossingen het best scoorden. Dat hoeft niet te verwonderen: het goede resultaat is vooral te verklaren door de afwezigheid van deze elektrolytenoplossingen, hetgeen als conform beoordeeld werd. Op de intensieve zorgeenheden en spoedgevallendiensten worden deze elektrolytenoplossingen meer gebruikt waardoor die vaker in de afdelingsvoorraad zit. Op deze diensten scoorde de bewaring slechter.

In een aantal ziekenhuizen was er in de loop van het inspectietraject kritiek op onze beslissing om sterk geconcentreerd **CaCl₂ als hoogrisicomedicijn** te beschouwen. Over de houding ten aanzien van dit elektrolyt is er inderdaad geen eenduidigheid: er circuleren veel lijsten met hoogrisicomedicatie en sommige lijsten bevatten CaCl₂, andere dan weer niet. Toch hebben we er voor gekozen om de inspectie onveranderd verder te zetten, om zo alle ziekenhuizen op een gelijke manier te kunnen beoordelen en om achteraf in staat te zijn om de invloed van deze keuze op basis van data in kaart te kunnen brengen.

Wanneer we de resultaten bekijken, dan zien we inderdaad dat het aantal campussen dat CaCl₂ op een conforme wijze bewaart 10 à 15% lager is ten aanzien van het aantal campussen dat KCl en/of NaCl op een conforme wijze bewaart.

Aan de bewaring van hoogrisicomedicatie was een oranje knipperlicht gekoppeld: dit knipperlicht werd toegekend indien op meer dan 1 afdeling de bewaring van de 3 elektrolyten niet conform was. Dit was 14 keer het geval. Indien we CaCl₂ niet hadden meegenomen bij onze controle, dan zou dit oranje knipperlicht maar 8 keer toegekend zijn. Om aanleiding te geven tot een check 2 moest er echter nog minstens 1 ander medicatiegebonden oranje knipperlicht geactiveerd worden: dit was slechts 1 keer het geval, maar hierbij speelde het al dan niet opnemen van CaCl₂ in de controle geen rol.

4.3.1.2 Zicht door de apotheker op het medicatieschema van de patiënt

Achtergrond

Een bijkomend en complementair nazicht van medicatieschema's door een apotheker kan bijdragen tot het verlagen van de risico's in de medicatiedistributie, bv. door het detecteren van (over)schrijffouten, verkeerde doseringen en medicatie-interacties.

Werkwijze

Aan de apotheker werd gevraagd of hij/zij zicht had op de actuele medicatieschema's van alle opgenomen patiënten. Hierbij werden de medicatieschema's van alle opgenomen patiënten en voor alle medicatie van eender welke afdeling op de campus geïncorporeerd.

Ter objectivering moest de apotheker in de apotheek medicatieschema's tonen van patiënten van een aantal verschillende afdelingen.

We scoorden 'onvolledig' indien er geen zicht was op alle medicatie en/of op alle patiënten.

Vaststellingen

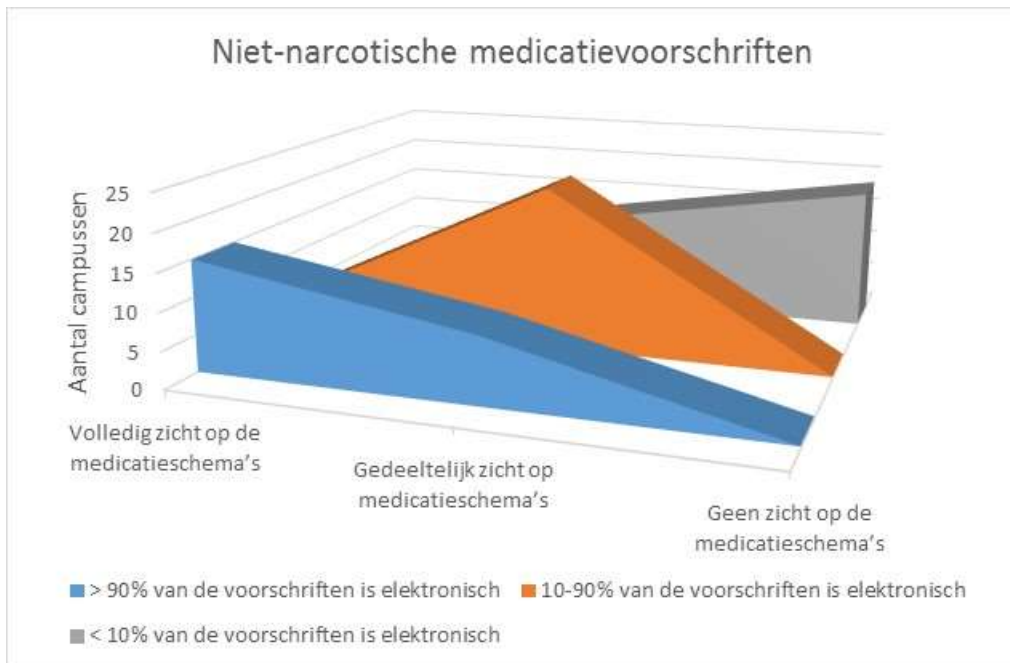
Op 20 (24%) van de 83 campussen is er vanuit de apotheek een zicht op alle medicatieschema's van alle patiënten. In iets meer dan de helft van de gevallen (44 of 53%) is er een partieel zicht, dit wil zeggen op een deel van de patiënten en hun medicatieschema's of op een deel van de medicatie of een combinatie van beide. Op 19 campussen (23%) is er helemaal geen zicht op de medicatieschema's van de daar opgenomen patiënten.

2 campussen werden uitgesloten voor dit onderwerp, om volgende redenen: op 1 campus werd het onderwerp door omstandigheden niet bevestigd, op de andere werd het als niet relevant beschouwd omdat de opnames erg kort waren en er zo goed als geen medicatie gebruikt werd.

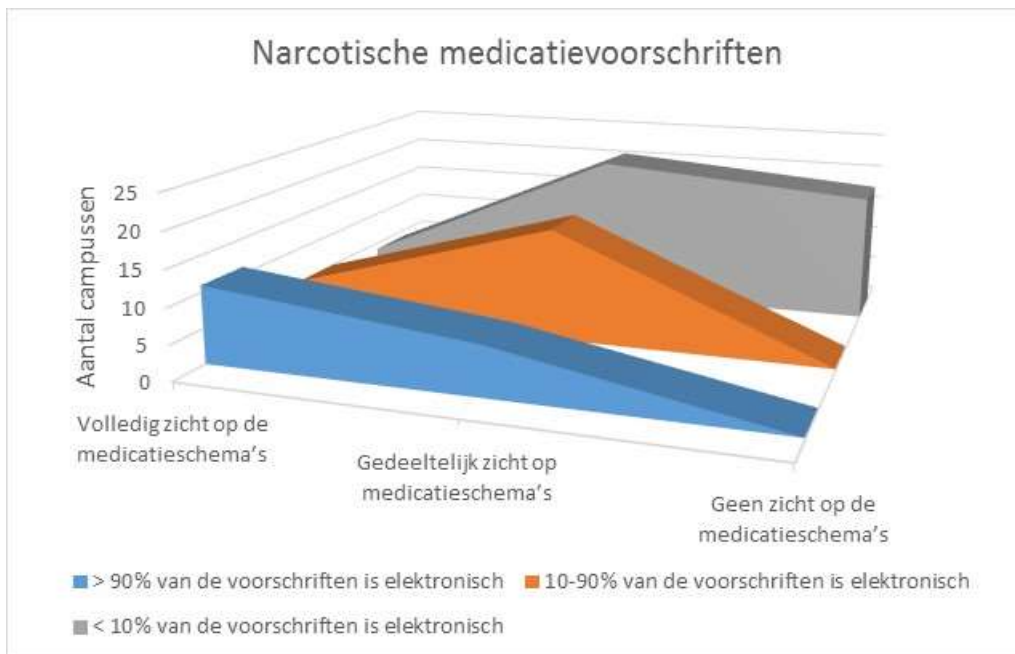
Conclusie

In heel wat ziekenhuizen moet voor de apothekers de toegang tot de medicatieschema's van opgenomen patiënten nog ingevoerd worden. Zo kan een extra nazicht door de apotheek tot een veilige medicatiedistributie en –toediening maximaal benut worden.

Wanneer we het zicht op de medicatieschema's per campus vergelijken met het al dan niet gebruiken van een elektronisch voorschrift voor zowel niet-narcotische als narcotische medicatie, dan komt naar voren dat er een significant beter zicht is op de medicatieschema's op campussen waar voorschriften meer op elektronische wijze gebeuren. Dit wijst er op dat informatisering van het voorschrijfproces hand in hand gaat met mogelijkheden om risico's in de medicatiedistributie te verminderen.



Figuur 1: Mate van zicht op medicatieschema's in relatie met de mate waarin elektronische voorschriften voor niet-narcotische medicatie gebruikt worden



Figuur 2: Mate van zicht op medicatieschema's in relatie met de mate waarin elektronische voorschriften voor narcotische medicatie gebruikt worden

4.3.1.3 Medicatievoorschriften van de arts aan de apotheek

Achtergrond

Fouten met medicatie maken een groot deel uit van de incidenten met, potentieel zeer ernstige, schade voor patiënten. Een belangrijke stap in het proces van de medicatietoediening betreft de opmaak van het juiste voorschrift voor het geneesmiddel.

Medicatievoorschriften moeten door een arts voorgeschreven worden en volledig zijn, d.w.z. minstens een aantal elementen bevatten waardoor identificatie en distributie van het geneesmiddel op eenduidige wijze kan gebeuren. Niet alleen vermindert dit het rechtstreekse risico op incidenten met de medicatie, maar het faciliteert ook de controlefunctie vanuit de apotheek.

Deze minimale gegevens die op het voorschrift moeten voorkomen, werden vastgelegd door de wetgever en opgenomen in het eisenkader. Het betreft:

- naam en voornaam van de patiënt,
- geboortedatum van de patiënt,
- details van het/de voorgeschreven geneesmiddel(en):
 - ▶ naam van het/de geneesmiddel(en) voluit
 - ▶ vorm van het/de geneesmiddel(en)
 - ▶ sterkte van het/de geneesmiddel(en)
 - ▶ dosis van het/de geneesmiddel(en)
 - ▶ frequentie van toediening van het/de geneesmiddel(en)
- stempel of volledige naam van de voorschrijvende arts,
- handtekening van de voorschrijvende arts,
- datum van het voorschrift.

De volledigheid van het medicatievoorschrift wordt als indicator ook opgevolgd binnen het VIP²-project. Hier wordt deze indicator beschreven als de eerste cruciale stap om een correcte geneesmiddeltoediening te garanderen.

We wilden tevens de hypothese toetsen of een elektronisch medicatievoorschrift meer garanties biedt op volledigheid van het voorschrift. Hiertoe hebben we bij de inspecties een onderscheid gemaakt tussen de elektronische en de handgeschreven voorschriften.

Tenslotte controleerden we de voorschriften voor narcotische medicatie op dezelfde wijze.

Werkwijze

Tijdens deze inspectie werd gefocust op voorschriften (bij voorkeur) afkomstig van internistische afdelingen, internistische dagziekenhuizen, intensieve zorgeenheden en spoed.

Er werden telkens 20 voorschriften (+ 10 voorschriften voor de narcotica) gecontroleerd die waren opgemaakt tijdens de laatste werkdag voorafgaand aan de inspectiedag. Het betrof steeds voorschriften van reeds afgeleverde medicatie.

Op elk voorschrift werd gecheckt of volgende elementen duidelijk en eenduidig aanwezig waren:

- identificatie van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntnummer),
- identificatie van de arts (naam, voornaam en handtekening (of elektronische validatie) of naam, RIZIV-nummer en handtekening (of elektronische validatie)),
- naam van het medicament,
- aanduiding van de sterkte van het medicament.

Op de narcotische voorschriften werd daarenboven gecontroleerd of ook de toedieningsvorm was aangegeven.

Bovendien probeerden we zicht te krijgen op het aandeel elektronische voorschriften per campus. Dit gebeurde op basis van een inschatting van de apotheker. Indien meer dan 90% van de voorschriften elektronisch waren, dan telden we de campus mee als zijnde 'volledig met elektronisch voorschrift'. Indien minder dan 10% van de voorschriften elektronisch waren, dan beschouwden we de campus als 'zonder elektronisch voorschrift'; alle andere campussen maakten dan deel uit van de categorie 'deels met elektronisch voorschrift'.

Vaststellingen

We geven eerst de resultaten weer betreffende de voorschriften voor niet-narcotische medicatie, daarna volgen op analoge wijze de resultaten voor de narcotische medicatie.

Niet-narcotische medicatie

Dit item werd gecontroleerd op alle campussen waarvoor gegevens vanuit de aanleverende apotheek konden verkregen worden. Zoals al hoger vermeld, werden voor 1 campus (achteraf) geen gegevens meer verzameld uit de aanleverende apotheek.

Tabel 10 geeft een overzicht van de resultaten per voorschrift, tabel 11 geeft de resultaten per campus.

Aantal gecontroleerde voorschriften	1645
Aantal voorschriften met alle gegevens	1482 (90%)
Aantal voorschriften met ontbrekende gegevens	163
Aantal voorschriften waarop de identificatie van de patiënt ontbrak of onvolledig was	2
Aantal voorschriften waarop de identificatie van de arts ontbrak of onvolledig was	153
Aantal voorschriften waarop de naam van het geneesmiddel ontbrak	1
Aantal voorschriften waarop de sterkte van het geneesmiddel ontbrak	8

Tabel 10: Resultaten betreffende de gegevens op voorschriften voor niet-narcotische medicatie

Aantal gecontroleerde campussen	84
Aantal campussen met alle gegevens op de voorschriften	47 (56%)
Aantal campussen met ontbrekende gegevens op de voorschriften	37
Aantal campussen waar de identificatie van de patiënt ontbrak of onvolledig was	2
Aantal campussen waar identificatie van de arts ontbrak of onvolledig was	32
Aantal campussen waar de naam van het geneesmiddel ontbrak	1
Aantal campussen waar de sterkte van het geneesmiddel ontbrak	6

Tabel 11: Resultaten volgens campus betreffende de gegevens op voorschriften voor niet-narcotische medicatie

Daarna gingen we na in welke mate de voorschriften op elektronische wijze de apotheek bereiken. Dit geeft volgend beeld.

Aantal gecontroleerde campussen	84
Aantal met volledig elektronisch voorschrift	24 (29%)
Aantal met deels elektronisch voorschrift	26 (31%)
Aantal zonder elektronisch voorschrift	34 (40%)

Tabel 12: Mate van het gebruik van elektronische voorschriften voor niet-narcotische medicatie

Wanneer we de voorschriften indelen volgens de 3 groepen van informatisering, dan zien we dat de resultaten significant beter zijn op de 24 campussen met verregaande informatisering, dan ten opzichte van de 34 campussen zonder of met een zeer beperkte mate van informatisering van de voorschriften.

Narcotische medicatie

Voorschriften voor narcotische medicatie werden op 82 campussen gecontroleerd.

Tabel 13 geeft een overzicht van de resultaten per campus, tabel 14 geeft de resultaten per voorschrift.

Aantal gecontroleerde voorschriften	819
Aantal voorschriften met alle gegevens	772 (94%)
Aantal voorschriften met ontbrekende gegevens	47
Aantal voorschriften waarop de identificatie van de patiënt ontbrak of onvolledig was	7
Aantal voorschriften waarop de identificatie van de arts ontbrak of onvolledig was	23
Aantal voorschriften waarop de naam van het geneesmiddel ontbrak	1
Aantal voorschriften waarop de sterkte van het geneesmiddel ontbrak	7
Aantal voorschriften waarop de vorm van het geneesmiddel ontbrak	12

Tabel 13: Resultaten betreffende de gegevens op voorschriften voor narcotische medicatie

Aantal gecontroleerde campussen	82
Aantal campussen met alle gegevens op de voorschriften	60 (73%)
Aantal campussen met ontbrekende gegevens op de voorschriften	22
Aantal campussen waar de identificatie van de patiënt ontbrak of onvolledig was	3
Aantal campussen waar identificatie van de arts ontbrak of onvolledig was	12
Aantal campussen waar de naam van het geneesmiddel ontbrak	1
Aantal campussen waar de sterkte van het geneesmiddel ontbrak	5
Aantal campussen waar de vorm van het geneesmiddel ontbrak	6

Tabel 14: Resultaten op campusniveau betreffende de gegevens op voorschriften voor narcotische medicatie

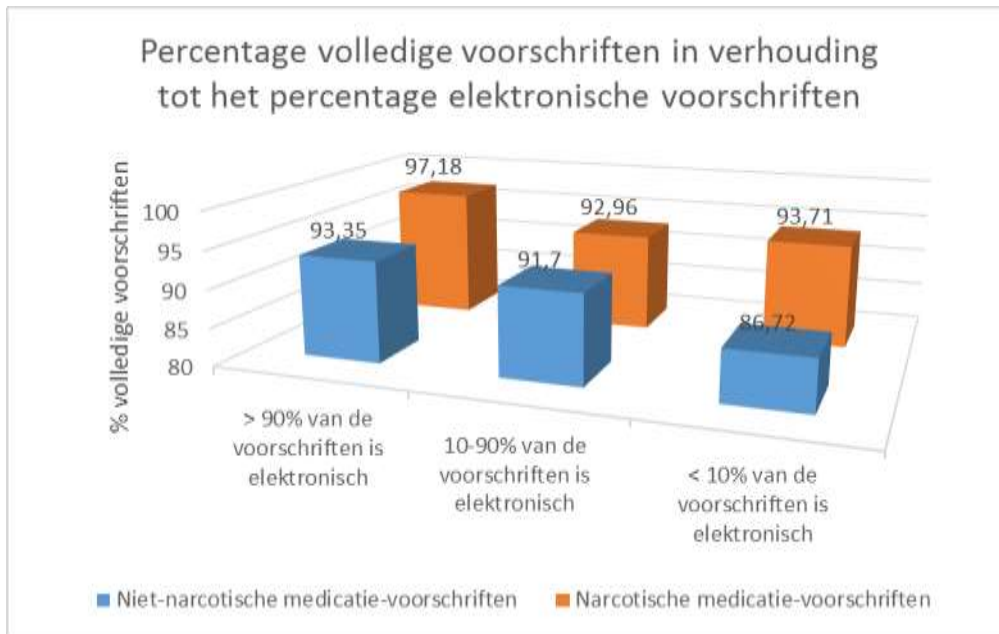
Daarna gingen we na in welke mate de voorschriften op elektronische wijze de apotheek bereiken. Dit geeft volgend beeld.

Aantal gecontroleerde campussen	82
Aantal met volledig elektronisch voorschrift	18 (22%)
Aantal met deels elektronisch voorschrift	21 (26%)
Aantal zonder elektronisch voorschrift	43 (52%)

Tabel 15: Mate van het gebruik van elektronische voorschriften voor narcotische medicatie

Wanneer we opnieuw de voorschriften indelen volgens de 3 groepen van informatisering, dan zien we -in tegenstelling tot de analyse betreffende gewone voorschriften- dat de resultaten niet significant verschillen op de 18 campussen met verregaande informatisering (> 90% van de voorschriften is elektronisch) ten opzichte van de 43 campussen zonder of met een zeer beperkte mate van informatisering van de voorschriften voor narcotische medicatie (d.w.z. < 10% is elektronisch).

Per mate van informatisering van de voorschriften geven we hieronder grafisch het percentage van voorschriften weer waarop alle gegevens werden gevonden.



Figuur 3: Relatie tussen de mate van informatisering van het voorschrift en het percentage volledige voorschriften

Conclusie

Het is opvallend dat het elektronisch voorschrift minder gebruikt wordt voor narcotische dan voor niet-narcotische medicatie. Een mogelijke verklaring is dat de wetgeving tot voor kort een handgeschreven voorschrift eiste voor narcotische medicatie.

Waar we, op basis van onze resultaten, voor gewone medicatie een significant voordeel zien bij het elektronisch voorschrijven, vinden we dit voordeel minder duidelijk terug bij het voorschrijven van narcotische medicatie. Dit kan misschien verklaard worden doordat de controle vanwege de apotheker en de overheid op (papier) voorschriften voor narcotische medicatie al jaren intensiever gebeurt.

Het tekort dat het meest frequent voorkomt, en dit bij beide soorten voorschriften, is de identificatie van de arts. Omdat aan verschillende voorwaarden moest voldaan zijn vooraleer de identificatie als correct werd beschouwd, omvat dit item zowel tekorten met beperkte risico's (bv. enkel RIZIV-nummer onvolledig of niet helemaal leesbaar) als tekorten met grotere risico's (bv. geen enkel gegeven waarmee de arts te identificeren was). Onze registraties laten echter deze verdere differentiatie niet toe.

Onze cijfers vergelijken met die van VIP² is niet eenvoudig. De meetmethodes tonen een aantal verschillen:

- Zo beoordeelden wij voorschriften en VIP² voorschriftlijnen. Wanneer op een papieren voorschrift bv. enkel de dosis van 1 van de 5 medicijnen ontbrak, dan telden wij dat als 1 voorschrift met een tekort, terwijl VIP² 4 correcte voorschriftlijnen telde en 1 met een tekort.
- De identificatie van de arts werd op een andere manier beoordeeld: naast de aanwezigheid van de volledige naam en voornaam van de arts keurde VIP² ook de stempel van de arts goed. Dit laatste laat meer toe dan onze tweede mogelijkheid, namelijk de aanwezigheid van een volledige familienaam in combinatie met een volledig leesbaar RIZIV-nummer.
- Ook werden binnen VIP² veel meer voorschriften per campus gecontroleerd (nl. alle voorschriften van 1 dag of een minimum van 750 voorschriftlijnen).

Binnen VIP² werden er in 2015 29815 voorschriftlijnen gecontroleerd, waarvan er 22100 (74,1%) als volledig correct werden beoordeeld. Van de 21505 elektronische voorschriftlijnen waren er 17913 (83,3%) in orde, van

de 8310 papieren voorschriftlijnen 4187 (50,4%). We merken hier eenzelfde tendens als bij onze gegevens, namelijk dat het elektronisch voorschrift meer garanties biedt op volledigheid dan een handgeschreven voorschrift.

4.3.1.4 Medische orders over medicatietoediening van de arts aan de verpleegkundige

Achtergrond

Medicatie mag wettelijk niet toegediend worden aan patiënten zonder een geldig medisch order van een arts. Een medisch order kan zowel schriftelijk als mondeling gegeven worden. Volgens het eisenkader moet de arts een mondeling order zo snel mogelijk schriftelijk bevestigen, zodat er een controle gebeurt. Er is immers een grotere kans op fouten bij mondeling doorgegeven medische orders.

Vanuit patiëntveiligheidsoogpunt werd dan ook nagegaan of er schriftelijke medische orders aanwezig waren.

Werkwijze

Op intensieve zorgeenheden, internistische afdelingen en dagziekenhuizen werd nagegaan of de medische orders voor medicatie via infusen of spuiten konden aangetoond worden.

Er werden verschillende mogelijkheden aanvaard als schriftelijk medisch order:

- door de arts ondertekende, elektronisch gevalideerde of zelf geschreven medicatieschema's,
- door de arts ondertekende of elektronisch gevalideerde medische orders (bv. in dossier, toerboek, transferrnota...),
- een door de arts ondertekende verwijzing in het patiëntendossier naar een stand order.

Gecontroleerde medicatie werd beschouwd als 'zonder medisch order' indien er geen order gevonden werd of indien het order niet door de arts ondertekend werd.

Vaststellingen

In totaal controleerden we de medicatieorders voor infusen en spuiten met medicatie op 156 internistische afdelingen, 74 internistische dagziekenhuizen en 98 intensieve zorgeenheden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal orders die aanwezig en afwezig waren ten opzichte van het aantal verwachte orders, en dit per type afdeling en voor alle afdelingen samen.

Aantal medicijnen waarvoor het medisch order gecontroleerd werd	3806
Aantal met aantoonbaar medisch order	3508 (92%)
Aantal zonder aantoonbaar medisch order	298 (8%)

Tabel 16: Resultaten betreffende het voorkomen van medische orders

Aantal bezochte afdelingen	328
Aantal waarvan voor alle gecontroleerde medicijnen de orders aantoonbaar waren	254 (77%)

Tabel 17: Resultaten op campusniveau betreffende het voorkomen van medische orders

Indien op een campus meer dan 20% van de orders ontbrak, gaf dit aanleiding tot een oranje knipperlicht. Dit oranje knipperlicht kwam slechts 1 keer voor in combinatie met een ander oranje knipperlicht, hetgeen aanleiding gaf tot een check 2.

Conclusie

Voor meer dan 90% van de gecontroleerde medicatie werd een schriftelijk medisch order teruggevonden.

4.3.1.5 Gegevens op medicatie

Achtergrond

Om fouten bij medicatietoediening te vermijden, is het belangrijk om de medicatie die toegediend wordt te kunnen identificeren en deze gegevens te kunnen vergelijken met wat voorgeschreven is.

Werkwijze

Op 85 campussen werden de gegevens op medicatie geïnspecteerd. Op intensieve zorgeenheden, internistische afdelingen, internistische dagziekenhuizen en spoeddiensten (evt. EOS) werd telkens gezocht naar infusen, spuiten en perorale medicijnen in vaste vorm (comprimés, smelttabletten, gelulen..., hier verder benoemd als 'pillen') die konden gecontroleerd worden.

Vaststellingen

Er werden in totaal 6477 medicamenten gecontroleerd, bij 5705 (88%) werden alle gecontroleerde gegevens teruggevonden. De cijfers verschillen voor infusen, spuiten en pillen.

Infusen

Op 80 campussen werd minstens 1 infuus bekeken. In totaal werden 1547 infusen gecontroleerd. 1128 infusen (73%) bevatten alle elementen die werden nagekeken. Van 419 infusen ontbraken gegevens. Het ging om:

- datum (vervaldatum of aanmaakdatum): 320 keer,
- dosis van het toegevoegd medicijn: 57 keer,
- naam van het toegevoegd medicijn: 27 keer,
- identificatiegegevens van de patiënt: 205 keer.

Op 8 infusen (0,5%) werd geen enkel van de gecontroleerde gegevens teruggevonden. Dit kwam voor op 5 (6%) campussen.

Sputen

Op 70 campussen werd minstens 1 spuit met medicatie bekeken. In totaal werden 773 spuiten gecontroleerd. 579 spuiten (75%) bevatten alle elementen die werden nagekeken. Van 194 spuiten ontbraken gegevens. Het ging om:

- datum (vervaldatum of aanmaakdatum): 132 keer,
- dosis van het toegevoegd medicijn: 11 keer,
- naam van het toegevoegd medicijn: 3 keer,
- identificatiegegevens van de patiënt: 129 keer.

Op 1 spuit (0,1%) werd geen enkel van de gecontroleerde gegevens teruggevonden. Dit kwam voor op 1 (1%) campus.

Pillen

Op 85 campussen werd minstens 1 pil gecontroleerd. In totaal werden 4157 pillen gecontroleerd. 3998 pillen (96%) bevatten alle elementen die werden nagekeken. Van 159 pillen ontbraken gegevens. Het ging om:

- vervaldatum (afwezig of onleesbaar): 150 keer,
- dosis van het medicijn: 93 keer,
- naam van het medicijn: 97 keer.

Op 77 pillen (2%) werd geen enkel van de gecontroleerde gegevens teruggevonden. Dit kwam voor op 32 (38%) campussen.

Indien de vervaldatum aanwezig en leesbaar was, werd ook gecontroleerd of de medicatie niet vervallen was. Er werden 4007 pillen gecontroleerd, 3941 (98%) hadden een vervaldatum die niet overschreden was.

Conclusie

Het noteren van verschillende gegevens op infusen en spuiten met medicatie is nog niet veralgemeend in de Vlaamse ziekenhuizen. In ongeveer 3/4 van de gevallen vonden we alle elementen terug die we zochten. Voor de pillen zijn de cijfers veel beter, omdat deze gegevens normaliter door de fabrikant op de verpakking worden gezet. Echter, door het verknippen van blisters of uithalen van pillen kunnen deze gegevens deels of volledig verloren gaan, waardoor volledige identificatie (en controle bij toediening) van de medicatie niet meer mogelijk is.

Om de medicatieveiligheid te verhogen, is het nodig om alle gegevens te noteren zodat op elk moment controle mogelijk is.

4.3.2 Veiligheid van materiaal en infrastructuur

4.3.2.1 Preventief onderhoud en controle van materiaal

Achtergrond

Op basis van internationale aanbevelingen vraagt het eisenkader een periodiek onderhoud voor een aantal belangrijke, overal gebruikte toestellen. Het gaat onder andere om beademingstoestellen, infuuspompen, defibrillatortoestellen en ECG-toestellen.

Beademingstoestellen, defibrillatoren en ECG-toestellen dienen minstens jaarlijks een preventieve technische controle te krijgen, infuuspompen minstens om de 24 maanden.

Tijdens het chirurgisch zorgtraject bleek dat veel ziekenhuizen nog werk moesten maken van een opvolgingssysteem om zo te kunnen garanderen dat al hun toestellen tijdig onderhouden werden.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden, op de spoedgevallendienst of eerste opvang voor spoedgevallen en op het internistisch dagziekenhuis werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen, o.a. beademingstoestellen, infuuspompen, ECG-toestellen en defibrillatoren. Nieuwe toestellen hebben aanvankelijk nog geen onderhoud nodig, op voorwaarde dat de datum van installatie/ingebruikname kan aangetoond worden.

Wanneer onderhoudsattesten van toestellen de dag zelf niet aantoonbaar waren, dan kreeg het ziekenhuis de mogelijkheid om de documenten binnen de 24u na te sturen.

Het preventief onderhoud werd als niet in orde beoordeeld als de termijn voor het laatste onderhoud meer dan een maand overschreden was (met name meer dan 13 maanden geleden, of 25 maanden voor infuuspompen).

Vaststellingen

Van in totaal 2057 medische toestellen (beademingstoestellen, infuuspompen, ECG-toestellen en defibrillatoren) gingen we na wanneer ze het laatste preventief onderhoud kregen. In totaal waren 1915 (93%) toestellen tijdig onderhouden.

Soort toestel (en lokalisatie)	Aantal gecontroleerde toestellen	Aantal toestellen in orde
Beademingstoestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	680	675
Infuuspompen (internistisch dagziekenhuis, intensieve zorgeenheden, EOS)	876	802
ECG-toestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	171	130
Defibrillatorstoestellen (intensieve zorgeenheden, spoed/EOS)	330	308
TOTAAL aantal toestellen	2057	1915

Tabel 18: Overzicht van het aantal gecontroleerde toestellen, per type toestel en plaats van controle

675 (99%) van de 680 gecontroleerde beademingstoestellen bleken tijdig onderhouden. Het onderhoud van 3 toestellen gebeurde te lang geleden; van 2 toestellen kon geen onderhoud aangetoond worden.

308 (93%) van de 330 gecontroleerde defibrillatoren bleken tijdig onderhouden. Het onderhoud van 15 toestellen gebeurde te lang geleden; van 7 toestellen kon geen onderhoud aangetoond worden.

802 (92%) van de 876 gecontroleerde infuuspompen bleken tijdig onderhouden. Het onderhoud van 29 (3%) pompen gebeurde te lang geleden; van 45 (5%) toestellen kon geen onderhoud aangetoond worden.

130 (76%) van de 171 gecontroleerde ECG-toestellen bleken tijdig onderhouden. Het onderhoud van 8 (5%) toestellen gebeurde te lang geleden; van 33 (19%) toestellen kon geen onderhoud aangetoond worden.

Er werd op 3 campussen (2 ziekenhuizen) een rood knipperlicht geformuleerd over het niet tijdig onderhouden van beademingstoestellen.

Op 55 van de 85 campussen waren alle gecontroleerde toestellen in orde.

Conclusie

Tijdens deze tweede inspectieronde lijken de vaststellingen over het periodiek onderhoud van medisch materiaal beter te scoren dan tijdens het chirurgisch traject (93% van de toestellen tijdig onderhouden t.o.v. 73% van de toestellen). Echter, tijdens beide zorgtrajecten werden niet allemaal dezelfde toestellen gecontroleerd.

Wanneer we meer specifiek de vaststellingen over dezelfde soorten toestellen met elkaar vergelijken, dan zien we:

	% toestellen in orde 1ste traject	% toestellen in orde 2de traject
Beademingstoestellen	89%	99%
Defibrillatoren	70%	93%

Tabel 19: Vergelijking tussen het percentage toestellen dat in orde was tijdens het chirurgische (1ste) en het internistisch (2de) zorgtraject

Wat kan meegespeeld hebben in de huidige betere resultaten, zijn de soepeler grenswaarden die gehanteerd werden tijdens het internistisch zorgtraject. Tijdens het chirurgisch zorgtraject was de onderhoudstermijn voor anesthesietoestellen in het eisenkader vastgelegd op 6 maanden, voor de defibrillatoren op 12 maanden. Deze termijn werd bovendien strikt gecontroleerd tijdens de inspecties. In het tweede traject werd in het eisenkader een onderhoudstermijn van 12 maanden voor deze beide toestellen vastgelegd, en werd tijdens de

inspecties een meer realistische termijn van 13 maanden gehanteerd (afspraken voor het onderhoud worden immers vaak om praktische redenen (bv. groeperen van verschillende toestellen van eenzelfde firma) enkele dagen of weken voor of na de termijn van 12 maanden gepland waardoor het laatste onderhoud ook bij een goede opvolging door het ziekenhuis iets meer dan 12 maand geleden kan gebeurd zijn).

Daarnaast lijken de ziekenhuizen de laatste jaren vooral meer te investeren in preventief onderhoud en controle van materiaal en in de opvolgingssystemen hiervan, waardoor er betere garanties zijn dat toestellen tijdig onderhouden worden.

4.3.2.2 Materiaal voor reanimaties bij patiënten die verblijven in het ziekenhuis ('interne MUG')

Achtergrond

Als zich binnen het ziekenhuis een acute levensbedreigende situatie voordoet, kan een snelle professionele tussenkomst de outcome voor de patiënt sterk verbeteren. Hiervoor is o.a. een goed werkend noodoproepsysteem nodig, naast beschikbare specifiek opgeleide zorgverleners en een klaarstaande set materiaal voor reanimaties. Het is precies dit laatste item, binnen de sector vaak 'interne reakar' genoemd, waarop we focusten tijdens de inspecties.

Omwille van de noodzakelijke snelheid waarmee de interventie moet kunnen gebeuren, vraagt het eisenkader op elke campus minstens 1 vlot transporteerbare set reanimatiemateriaal voor urgenties binnen het ziekenhuis.

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. Er werd nagegaan of deze verzegeld was en of er minstens een maandelijkse controle op de inhoud van de kar kon aangetoond worden.

Vaststellingen

Op 85 campussen werden interne reakarren gecontroleerd. Op 1 campus was er geen apart materiaal beschikbaar voor reanimaties op de campus (er was wel materiaal aanwezig, maar enkel voor gebruik op de eerste opvang voor spoedgevallen).

Op sommige campussen was er meer dan 1 reakar in gebruik. Ook deze bijkomende karren moeten aan de vereisten voldoen, waardoor in totaal 90 karren voor interne reanimatie gecheckt werden.

80 van de 90 karren (89%) waren voor beide gecontroleerde aspecten in orde.

4 van de 90 karren voor interne reanimatie waren niet correct verzegeld.

Bij 7 van de 90 karren kon niet worden aangetoond dat de laatste controle van de inhoud in de maand voor de inspectie was gebeurd.

Conclusie

Op het moment van een interventie voor een reanimatieoproep binnen het ziekenhuis moet het personeel de zekerheid hebben dat ze met het nodige materiaal onmiddellijk kunnen uitrukken om de patiënt in acute nood professioneel te kunnen helpen. Voor iets meer dan 10% van de gecontroleerde reakarren kon dit niet sluitend gegarandeerd worden.

4.3.2.3 Beschikbaarheid van reanimatiemateriaal op spoedgevallendiensten en in MUG-wagens

Achtergrond

Het contact tussen een patiënt met een acute medische problematiek en een zorgverlener vindt meestal plaats op de spoedgevallendienst of, indien de acute situatie zich buiten het ziekenhuis voordoet, op het moment een ziekenwagen bij de patiënt aankomt.

De afwezigheid, of het niet in orde zijn, van essentieel materiaal kan op dergelijke momenten een belangrijk tijdverlies veroorzaken en een risico vormen op het niet optimaal kunnen verlenen van de aangepaste spoedhulp. Dit kan het verschil betekenen tussen leven en dood, of leiden tot vermijdbare blijvende letsels.

Daarom vonden we het belangrijk om zowel op spoedgevallendiensten als in MUG-wagens een vooraf bepaalde selectie van essentieel materiaal te controleren, zowel voor volwassenen als voor kinderen.

Werkwijze

Op de diensten voor eerste opvang van spoedgevallen gingen we na of de dienst goed herkenbaar en toegankelijk (bv. voor bedlegerige patiënten) was. Daarnaast gingen we na of volgend materiaal voor volwassenen aanwezig was:

- monitor,
- defibrillator,
- ECG-toestel,
- beademingstoestel,
- elektrisch aspiratietoestel,
- perfusiemateriaal (naalden, leidingen, infuusvloeistof),
- materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van volwassenen (laryngoscoop + endotracheale tubes maat 6 t.e.m. 9),
- draagbare zuurstofvoorraad.

Op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten en diensten voor eerste opvang van spoedgevallen werd nagegaan of volgend materiaal aanwezig was, specifiek voor kinderen:

- aangepaste manchetten voor de bloeddrukmeter,
- specifiek infuusmateriaal (kleine infuusnaalden maat 'gauche 21' of hoger),
- defibrillator met kinderinstellingen,
- materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van kinderen (endotracheale tube maat 2 t.e.m. 6 + klein laryngoscoopblad).

Wanneer bepaald materiaal, specifiek voor kinderen (en het ging dan vooral om materiaal voor zeer kleine kinderen) ontbrak op de spoedgevallendienst, maar elders in het ziekenhuis beschikbaar was (bv. op de materniteit of neonatologie), dan werd nagegaan of dit binnen het kwartier ter plaatse beschikbaar kon zijn.

Indien de MUG-wagen aanwezig en aangemeld was tijdens het inspectiebezoek, werd gevraagd om het onderstaande materiaal te tonen. Indien er meerdere MUG-wagens waren, werd in de verschillende wagens gecontroleerd of het volgende materiaal telkens aanwezig was:

- defibrillator,
- pulsoxymeter,
- bloeddrukmeter,
- draagbare zuurstofvoorraad,

- beademingsballon,
- spuitpomp,
- glucosemeter,
- elektrisch aspiratietoestel,
- materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van volwassenen (laryngoscoop + endotracheale tubes maat 6 t.e.m. 9),
- materiaal nodig voor een doorgedreven reanimatie van kinderen (endotracheale tube maat 2 t.e.m. 6 + klein laryngoscoopblad).

Indien de MUG aangemeld was, werd tevens nagegaan of de medicatiekoffer(s) en koffer(s) met intubatiemateriaal verzegeld waren.

Vaststellingen

Al het gecontroleerde materiaal voor de opvang van volwassenen patiënten was op de 4 diensten voor eerste opvang van spoedgevallen aanwezig. Deze 4 diensten bleken ook goed herkenbaar en toegankelijk te zijn.

Op 2 van de 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten en 1 van de 4 diensten voor eerste opvang van spoedgevallen ontbrak een deel van het vereiste materiaal voor kinderen. Op 1 gespecialiseerde spoedgevallendienst ontbrak een defibrillator met instellingen voor kinderen, op de andere 2 spoeddiensten ontbraken bepaalde maten van intubatietubes.

In totaal werden op 52 campussen 60 MUG-wagens nagekeken. Hiermee hebben we alle Vlaamse MUG-wagens gecontroleerd. 1 wagen was na een vorige uitruk nog niet aangemeld op het moment van de inspectie, zodat daar wel de aanwezigheid van het materiaal al kon beoordeeld worden, maar niet de verzegeling.

- In 55 (91,7%) wagens (47 campussen) werd al het gezochte materiaal teruggevonden, in 5 wagens op 5 verschillende campussen ontbraken bepaalde items. Het ging hierbij telkens om intubatiemateriaal: 2 keer ontbraken 1 of meerdere maten van endotracheale tubes voor volwassenen, 3 keer voor kinderen.
- In 59 wagens werd de verzegeling gecontroleerd, in 9 wagens (15%) waren niet alle gecontroleerde koffers verzegeld. In totaal werden 210 koffers gecontroleerd, hiervan waren er 189 (90%) verzegeld.

Conclusie

We kunnen besluiten dat, globaal gezien, de Vlaamse spoedgevallendiensten en MUG-wagens al het essentiële materiaal aan boord hebben. De vastgestelde tekorten op het vlak van materiaal betroffen zeer specifiek intubatiemateriaal (een zeer grote maat voor volwassenen en een zeer kleine maat voor prematuren-pasgeborenen); vaak werd dit tekort nog dezelfde dag verholpen.

Op vlak van verzegeling van MUG-koffers bleek wel nog verbeterpotentieel te zijn: in 15% van de wagens kon geen volledige garantie geboden worden dat het materiaal volledig was.

4.3.2.4 Infrastructuur van de patiëntenkamers op de afdelingen voor intensieve zorgen

Achtergrond

Het is belangrijk dat er bij de inrichting van patiëntenkamers op intensieve zorgeenheden voldoende aandacht is voor de oriëntatie in tijd. Er bestaan verschillende mogelijkheden om deze oriëntatie te bevorderen: een klok, een kalender en (natuurlijke) daglichtinval.

Vanuit veiligheidsoogpunt dienen de patiëntenkamers voldoende mogelijkheden te bieden voor visueel toezicht op de patiënt.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden werden de patiëntenposities beoordeeld op maatregelen betreffende de oriëntatie in de tijd (bv. klok, daglicht, kalender...) en op visueel toezicht (rechtstreeks of via camera).

Vaststellingen

Er werden in totaal 1032 patiëntenposities bekeken. 1022 (99%) werden als in orde beoordeeld op het vlak van oriëntatie in tijd, bij 997 (97%) was er voldoende mogelijkheid voor visueel toezicht op de patiënt.

Conclusie

De infrastructuur van de kamers op de intensieve zorgeenheden bleek nagenoeg altijd te voldoen qua mogelijkheden tot visueel toezicht en oriëntatie in tijd.

4.3.2.5 Infrastructuur van de afzonderingskamer op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

Een afzonderingsmaatregel mag enkel als veiligheidsmaatregel genomen worden bij een 'reëel gevaar voor zichzelf of voor anderen'. De afzonderingskamer dient de veiligheidsmaatregel te ondersteunen en de infrastructuur ervan dient de veiligheid van de patiënt tijdens het verblijf maximaal te garanderen. Hierbij dient er aandacht te zijn voor:

- het risico op automutilatie en zelfdoding (verankerd bed, risico op verhangings, scherpe hoeken, ...),
- de aanwezigheid van een oproepsysteem voor de patiënt (dat ook bereikbaar is in geval van fixatie),
- de toezichtmogelijkheden door de medewerkers tijdens het verblijf (cameratoezicht, kijkgat of raam in de deur),
- de brandveiligheid.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of er minstens één afzonderingskamer was en of deze veilig was (veiligheid inzake automutilatie en verhangingsrisico, ook voor gefixeerde patiënten bereikbaar beloproepsysteem, mogelijkheid tot visueel toezicht, aanwezigheid rookdetectie).

Vaststellingen

Er werden 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten bezocht; 13 spoedgevallendiensten hadden geen afzonderingskamer op het moment van het bezoek.

Er werden 54 afzonderingskamers gecontroleerd: op 50 spoedgevallendiensten was er één afzonderingskamer, 2 spoedgevallendiensten beschikten over twee afzonderingskamers.

De infrastructuur van 13 afzonderingskamers werd als veilig beoordeeld, 41 (76%) werden als onveilig gescoord.

Als we kijken naar de infrastructurele redenen om als onveilig te beoordelen, dan zien we dat er:

- bij 16 afzonderingskamers een risico op automutilatie of verhangings was,
- bij 33 afzonderingskamers geen oproepsysteem was of een oproepsysteem dat niet bereikbaar was voor een gefixeerde patiënt,
- bij 6 afzonderingskamers geen systeem voor rookdetectie was.

In alle afzonderingskamers was visueel toezicht op de patiënt mogelijk.

In de helft van de spoedgevallendiensten zonder afzonderingskamer werden extra opmerkingen gemaakt over onveilige situaties waarbij patiënten in een onderzoekskamer gefixeerd worden op een bed of een brancard die hiervoor niet ontworpen is.

Conclusie

In 76% van de afzonderingskamers op de spoedgevallendiensten zijn er knelpunten op het vlak van patiëntveiligheid.

Op de spoedgevallendiensten die niet beschikken over een afzonderingskamer zijn er eveneens patiëntveiligheidsrisico's, omdat men er soms overgaat tot het fixeren van patiënten op bedden of brancards die hiervoor niet geschikt zijn.

4.3.2.6 Veiligheid van de ramen op de afdelingen voor internistische patiënten

Achtergrond

Uit studies over zelfdodingspogingen en effectieve zelfdodingen in algemene ziekenhuizen blijkt dat bijna 1 op de tien zelfdodingen in België gebeuren in een zorginstelling en dat de meeste zelfdodingen gebeuren door te springen uit een raam of van een gebouw (Schalenbourg C, 2011).

Een van de manieren om zelfdoding te voorkomen bestaat uit het beperken van de toegang tot manieren om zelfdoding te plegen. Het verhinderen van de toegang tot een middel zorgt hetzij voor een vertraging (die vaak voldoende groot is om de crisissituatie te overbruggen, of om hulp te starten), hetzij voor een verschuiving naar minder fatale methodes.

Gezien de specifieke situatie is het dus belangrijk om in ziekenhuizen algemene preventieve maatregelen te treffen, waaronder het beveiligen van ramen, om te voorkomen dat patiënten via het raam zelfdoding zouden kunnen plegen.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis en de internistische afdelingen werd telkens in een 5-tal ruimtes gecontroleerd of de ramen door een patiënt niet volledig geopend konden worden, ter preventie van zelfdoding of accidentele val door het raam. Hierbij werden naast patiëntenkamers ook gangen of andere voor patiënten toegankelijke ruimtes bekeken. Op gelijkvloerse verdiepingen werden de ramen niet gecontroleerd.

Vaststellingen

Er werden op 157 afdelingen en 75 dagziekenhuizen in totaal 1363 ruimtes gecontroleerd. Hiervan waren er 1210 (89%) in orde. Op 47 (55,3%) campussen waren alle ruimtes in orde. Op de andere 38 campussen waren er tussen de 1 en de 21 ruimtes niet in orde.

4.3.3 Expertise en kennis van personeel

4.3.3.1 Richtlijnen voor behandeling van intoxicaties op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

Uit het activiteitenverslag van het antigifcentrum (Antigifcentrum, 2015) blijkt dat 3-6% van de urgenties op de spoedgevallendiensten te wijten zijn aan intoxicaties en dat 5% van de brandwonden door chemische producten veroorzaakt wordt. Verder kunnen we lezen wat de meest voorkomende intoxicaties in België zijn: zowel bij kinderen als bij volwassenen zijn geneesmiddelen (+/-50%) en huishoudproducten de meest frequente oorzaken van ongevallen, gevolgd door fyto-sanitaire producten (pesticiden, biociden, meststoffen), cosmetica, planten en paddenstoelen, en voeding. De vier categorieën van geneesmiddelen die aanleiding

geven tot het grootste aantal oproepen zijn de geneesmiddelen voor het centrale zenuwstelsel, pijnstillers/koortswerende producten (analgetica), geneesmiddelen voor uitwendig gebruik en geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

Antidota worden bij de behandeling van intoxicaties erg zelden gebruikt. De behandeling van de meeste intoxicaties is louter symptomatisch, slechts 2% van de intoxicaties wordt behandeld met antidota.

Toegang tot antidota is meestal geen knelpunt in ons land. De uitzondering hierop vormen de antidota die in België om commerciële redenen niet geregistreerd zijn als geneesmiddel en die bij aankoop dus geïmporteerd moeten worden uit de buurlanden. Gezien het belang hiervan werd gekozen om de beschikbaarheid van biperideen-ampullen (Akineton®) na te gaan.

Werkwijze

Op de spoedgevallendienst / EOS werd nagegaan of er schriftelijke richtlijnen waren betreffende een aantal intoxicaties (intoxicatie met benzodiazepines, met anticoagulantia, met paracetamol, met methanol of ethyleenglycol).

De richtlijnen moeten niet door het ziekenhuis zelf ontwikkeld zijn. Bij het beoordelen van richtlijnen werden ook als voldoende goedgekeurd: naslagwerken die ter plaatse beschikbaar zijn, richtlijnen waarop vermeld staat dat er moet gebeld worden naar antigifcentrum en expliciete verwijzingen naar een specifieke website.

Daarnaast werd nagegaan of actieve kool en biperideen-ampullen (Akineton®) beschikbaar waren. Lepticur® (tropatepine) werd als alternatief goedgekeurd voor Akineton®. Indien deze niet aanwezig waren op de spoedgevallendienst maar wel in het ziekenhuis, werd bekeken of deze snel beschikbaar waren voor de spoedgevallendienst (bv. uit de noodkast in de apotheek).

Vaststellingen

De schriftelijke richtlijnen over intoxicaties en de antidota werden bevraagd op 69 spoeddiensten, waarvan 4 EOS.

Bij meer dan drie kwart van deze diensten (nl. 54 of 78%) waren alle bevraagde richtlijnen aanwezig, bij een klein kwart van de spoeddiensten (22%) ontbraken één of meerdere richtlijnen.

De richtlijn over intoxicatie met benzodiazepines ontbrak 10 keer, de richtlijn over intoxicatie met methanol ontbrak 10 keer, de richtlijn over intoxicatie met anticoagulantia ontbrak 12 keer, de richtlijn over intoxicatie met paracetamol ontbrak 6 keer.

Actieve kool bleek op alle spoeddiensten beschikbaar te zijn. Biperideen (of een gelijkwaardig alternatief) was niet aanwezig op 8 spoeddiensten (12%).

Bij 49 (71%) van de spoeddiensten waren alle gecontroleerde richtlijnen voor intoxicaties en de beide gecontroleerde antidota aanwezig.

Conclusie

Nog niet alle spoeddiensten hebben uitgeschreven richtlijnen voor de behandeling van vaak voorkomende intoxicaties, elders ontbraken soms antidota.

4.3.3.2 Basisopleiding reanimatietechnieken bij verpleegkundigen van het dagziekenhuis

Achtergrond

De recentste ERC-guideline (European Resuscitation Council Guidelines, 2015) stellen dat alle gezondheidsmedewerkers een basisopleiding reanimatietechnieken (BLS = Basic Life Support) dienen te volgen en dat deze opleiding regelmatig herhaald dient te worden.

Werkwijze

Op het dagziekenhuis werd bij de verpleegkundigen (langer dan 2 jaar op het dagziekenhuis tewerkgesteld en in die periode niet langdurig afwezig) gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie konden aantonen in de voorbije 2 jaar.

Vaststellingen

Van 901 verpleegkundigen tewerkgesteld op een dagziekenhuis werd de datum van de laatste vorming rond basisbeginselen in de reanimatie opgevraagd. Voor 750 (83%) van deze verpleegkundigen kon men aantonen dat zij de voorbije 2 jaar dergelijke vorming hadden gevolgd.

Op 49 van de 76 gecontroleerde campussen (64%) hadden alle gecontroleerde verpleegkundigen de voorbije 2 jaar een vorming rond de basisbeginselen in de reanimatie gevolgd.

Conclusie

Meer dan 80% van de gecontroleerde verpleegkundigen kon aantonen dat zij de voorbije 2 jaar een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie had gevolgd. Op ongeveer 2/3 van de campussen hadden alle gecontroleerde verpleegkundigen de voorbije 2 jaar een BLS-opleiding gevolgd.

4.3.3.3 Doorgedreven opleiding reanimatietechnieken bij medewerkers op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

De ERC-Guidelines (European Resuscitation Council Guidelines, 2015) stellen dat gezondheidsmedewerkers van spoedgevallendiensten, die regelmatig geconfronteerd worden met patiënten in levensbedreigende situaties, een doorgedreven opleiding reanimatietechnieken (ALS = Advanced Life Support) dienen te volgen. Deze opleiding dient regelmatig herhaald te worden.

Werkwijze

Hetzij op de functie eerste opvang voor spoedgevallen, hetzij op de gespecialiseerde spoed werd gecontroleerd of de verpleegkundigen en de permanentieartsen van de spoedgevallendienst, die langer dan 1 jaar werkzaam waren op een spoedgevallendienst, een jaarlijkse doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) gevolgd hebben.

Vaststellingen

Van in totaal 2406 medewerkers van een spoedgevallendienst, artsen en verpleegkundigen, werd de datum van de laatst gevolgde doorgedreven opleiding in reanimatie opgevraagd. Voor 1799 (75%) van deze medewerkers kon men aantonen dat zij het voorbije jaar dergelijke opleiding hadden gevolgd.

Er werden 1863 verpleegkundigen gecontroleerd, waarvan er 1498 (80%) konden aantonen dat ze het voorbije jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie hadden gevolgd.

Op 24 van de 69 campussen (35%) hadden alle gecontroleerde verpleegkundigen het voorbije jaar een ALS-opleiding gevolgd.

Er werden 543 artsen gecontroleerd, waarvan er 301 (55%) konden aantonen dat ze het voorbije jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie hadden gevolgd.

Op 14 van de 69 campussen (20%) hadden alle gecontroleerde artsen het voorbije jaar een ALS-opleiding gevolgd.

Conclusie

Er is een groot verschil tussen de resultaten voor artsen en verpleegkundigen: iets meer dan de helft van de gecontroleerde artsen kon aantonen dat ze het voorbije jaar een doorgedreven opleiding in reanimatie hadden gevolgd, t.o.v. 80% van de verpleegkundigen.

De centrale registratie van gevolgde opleidingen voor artsen staat in de meeste ziekenhuizen nog in haar kinderschoenen, terwijl dit registratiesysteem voor verpleegkundigen reeds jaren op punt staat. Het is uit onze cijfers niet af te leiden in hoeverre deze onderregistratie bij de artsen het cijfer heeft beïnvloed, dan wel of artsen minder strikt de European Resuscitation Council Guidelines opvolgen.

4.4 GESTANDAARDISEERDE ZORG

4.4.1 Pijnbeleid

Twee derde van de patiënten in ziekenhuizen ervaart pijn. Pijn is een van de meest voorkomende redenen voor een bezoek aan de spoedgevallendienst, 50 à 80 % van de patiënten die zich aanmelden op de dienst spoedgevallen heeft matige tot ernstige pijn.

Pijn is een belangrijk element voor diagnosestelling, voor het opvolgen van de evolutie van een aandoening en voor de evaluatie van de resultaten van de ingestelde behandeling. Pijn kan daarnaast ook een eerste teken zijn van de achteruitgang van de toestand van de patiënt.

Een efficiënt pijnbeleid verhoogt niet enkel het comfort van patiënten, het voorkomt ook complicaties, het bevordert het herstel en kan de duur van de ziekenhuisopname verkorten. Slecht behandelde acute pijn kan uitgroeien tot chronische pijn.

4.4.1.1 Het noteren van pijnscores in het patiëntendossier

Achtergrond

Registratie van pijnscores maakt het o.a. mogelijk om de patiënt te monitoren, het effect van pijnbehandeling vast te stellen en de behandeling zo nodig aan te passen.

De basis van het verminderen van pijn is de vroege herkenning ervan. Het niet regelmatig meten van pijn is een van de belangrijkste redenen voor inadequate pijnbehandeling.

Werkwijze

Op de internistische afdelingen en de intensieve zorgeenheden werden in een steekproef van patiëntendossiers verschillende dagen nagekeken op de aanwezigheid van het aantal pijnscores per dag. Het regelmatig meten van pijn werd tijdens deze inspectieronde gedefinieerd als minstens 2 pijnmetingen per dag.

Indien in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen geen enkele pijnmeting werd aangetroffen, werd een oranje knipperlicht toegekend.

Vaststellingen

Er werden in totaal 1510 patiëntendossiers gecontroleerd op het aantal pijnscores, waarvan 840 (56%) dossiers op internistische verpleegafdelingen en 670 (44%) dossiers op intensieve zorgeenheden.

Er werden in totaal 2525 dagen gecontroleerd op het aantal pijnscores, waarvan 1591 (63%) dagen op internistische verpleegafdelingen en 934 (37%) dagen op intensieve zorgeenheden.

In totaal werden op 2069 (82%) dagen 2 of meer pijnmetingen genoteerd in het dossier, op 261 (10%) dagen was er slechts 1 pijnmeting genoteerd in het dossier, op 195 (8%) dagen was er geen pijnmeting genoteerd in het dossier.

Op 3 campussen gaf het ontbreken van pijnmetingen in het dossier, in combinatie met een ander oranje knipperlicht, aanleiding tot een check 2.

Wanneer we de specifieke cijfers voor de verschillende afdelingen apart bekijken, zien we dat:

- op intensieve zorgeenheden op 823 (88%) dagen van de 934 gecontroleerde dagen 2 of meer pijnmetingen werden genoteerd in het dossier, op 33 (4%) dagen slechts 1 pijnmeting was genoteerd in het dossier en op 78 (8%) dagen geen pijnmeting werd genoteerd in het dossier,
- op de internistische verpleegafdelingen op 1246 (78%) dagen van de 1591 gecontroleerde dagen 2 of meer pijnmetingen werden genoteerd in het dossier, op 228 (14%) dagen slechts 1 pijnmeting genoteerd was in het dossier en op 117 (7%) dagen geen pijnmeting werd genoteerd in het dossier.

Conclusie

Net zoals we tijdens het chirurgisch zorgtraject konden vaststellen, gebeurt het noteren van pijnscores in patiëntendossiers niet zo consequent als het noteren van parameters. Terwijl op de internistische verpleegafdelingen in 97% van de dossiers de 3 gecontroleerde parameters in de patiëntendossiers werden teruggevonden, zijn er slechts bij 78% van de gecontroleerde dagen 2 of meer pijnmetingen genoteerd.

Wanneer het regelmatig meten van pijn gedefinieerd zou zijn als minstens één pijnmeting per dag, dan zien we dat op 92% van de dagen 1 of meer pijnmetingen genoteerd werden.

Op de chirurgische verpleegafdelingen bleek dat in 88% van de patiëntendossiers minstens twee pijnscores genoteerd waren op de dag na de ingreep. Tijdens het chirurgisch zorgtraject bleef de steekproef echter beperkt tot de controle van pijnmetingen op de dag na de ingreep. De eerste dag na een chirurgische ingreep is er extra veel aandacht voor pijn bij de patiënt. We hebben geen zicht op het noteren van pijnscores tijdens het verder verloop van de opname na een chirurgische ingreep.

Onze resultaten bevatten geen aanwijzingen voor grote verschillen tussen chirurgische en internistische verpleegafdelingen in het noteren van pijnscores.

Er blijft nog ruime verbetermogelijkheid op het vlak van pijnbeleid.

4.4.1.2 Meetmethodes voor pijn

Achtergrond

Pijnschalen geven zicht op de manier waarop de patiënt de pijnintensiteit beleeft. Op basis van de pijnscore wordt de behandeling bepaald. Voor diverse patiëntenpopulaties (bv. baby's, maar ook oudere patiënten met dementie) dienen verschillende pijnschalen gehanteerd te worden.

Werkwijze

Door bevraging van het personeel werd op de spoedgevallendienst, EOS en intensieve zorgen nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.

Op de spoedgevallendiensten en EOS werd daarnaast ook nagegaan of er een specifieke meetmethode gebruikt wordt voor pijn bij kinderen (er werden specifieke methodes bevraagd voor baby's, peuters en oudere kinderen).

Vaststellingen

Specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten

Een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten werd bevraagd op 167 afdelingen (98 intensieve zorgeenheden, 4 EOS en 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten). 113 (68%) afdelingen beschikten over een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten, 54 (32%) afdelingen hadden deze specifieke pijnmeetmethode niet.

Op enkele afdelingen werd vastgesteld dat deze meetmethode aanwezig was op ziekenhuisniveau, maar dat ze nog niet geïmplementeerd was op de afdeling of niet gekend was door het personeel.

Als we specifieker kijken naar de verschillende diensten, dan lijkt de meetmethode frequenter te ontbreken op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten dan op intensieve zorgeenheden:

- op 30 (46%) van de 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten ontbrak de specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten,
- op 23 (24%) van de 98 gecontroleerde intensieve zorgeenheden ontbrak de specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten,
- op 1 (25%) van de 4 gecontroleerde EOS ontbrak de specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten.

Specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen

Een specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen van verschillende leeftijdscategorieën werd bevraagd op 4 EOS en 65 gespecialiseerde spoedgevallendiensten.

Op de 4 EOS was de meetmethode voor de 3 leeftijdscategorieën aanwezig (100%). Op 50 (77%) van de gecontroleerde gespecialiseerde spoedgevallendiensten was de meetmethode voor de 3 leeftijdscategorieën aanwezig.

Op 15 (23%) diensten ontbrak een meetmethode voor één of meerdere leeftijdscategorieën:

- 15 keer ontbrak een meetmethode voor baby's,
- 9 keer ontbrak een meetmethode voor kleuters,
- 2 keer ontbrak een meetmethode voor oudere kinderen.

Conclusie

Hoewel pijnbeleid de laatste jaren meer aandacht krijgt, beschikken nog niet alle afdelingen over de nodige pijnmeetmethodes voor de gecontroleerde specifieke patiëntendoelgroepen.

Op de spoedgevallendiensten bleek een specifieke meetmethode voor pijn bij kinderen vaker aanwezig dan een specifieke meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten. De meetmethode voor pijn bij niet-communicatieve patiënten ontbrak vaker op de gespecialiseerde spoedgevallendienst dan op de intensieve zorgeenheden.

4.4.2 Patiëntidentificatie

Achtergrond

Het correct identificeren van patiënten is essentieel om de juiste patiënt de juiste diagnose en zorg te kunnen geven. Vergissingen met betrekking tot de identiteit van de patiënt kunnen ernstige gevolgen met zich meebrengen, zowel in de diagnostische als in de behandelingsfase. In het bijzonder voor gesedeerde of gedesoriënteerde patiënten vormt het ontbreken van goede identificatieprocedures een groot risico.

In 2007 vaardigde de WHO richtlijnen uit voor patiëntidentificatie (World Health Organization, 2007). De richtlijnen bevatten de aanbeveling om patiënten ten minste aan de hand van 2 verschillende parameters (bv. naam + voornaam en geboortedatum of naam + voornaam en uniek nummer) te identificeren, en om dit bij elke medische en verpleegkundige handeling te doen.

Om een correcte patientenidentificatie te kunnen garanderen, is het dragen van een identificatiebandje essentieel. Dit identificatiebandje (ID-bandje) moet de zorgverlener in staat stellen om de identiteit van de patiënt te kunnen verifiëren aan de hand van minstens twee valide parameters nl.:

- de naam én voornaam van de patiënt, aangevuld met de geboortedatum of,
- de naam én voornaam van de patiënt, aangevuld met het dossiernummer.

Het kamernummer of de locatie van de patiënt mag niet voor identificatie gebruikt worden.

Tijdens het toezicht op het chirurgisch zorgtraject bleken er, zowel op het vlak van de procedures als op de verschillende aspecten van toepassing, goede basisvoorwaarden voor identificatie aanwezig te zijn. Gezien het groot belang van patiëntidentificatie voor patiëntveiligheid werd dit onderwerp hernomen tijdens het internistisch zorgtraject. Omdat op intensieve zorgeenheden vaak patiënten met verminderd bewustzijn verblijven, werd een rood knipperlicht gekoppeld aan het aantreffen van een patiënt zonder identificatiebandje op een dergelijke eenheid.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden, op de spoedgevallendienst en op het internistisch dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd: draagt de patiënt een armbandje, zijn de identificatiegegevens volledig en correct?

Vaststellingen

We controleerden tijdens het internistisch traject in totaal 1547 patiënten op het dragen van een identificatiebandje. 1526 (98,6%) van de gecontroleerde patiënten droeg een armbandje met alle identificatiegegevens, 15 van hen (1%) droegen geen armbandje, 6 (0,4%) patiënten droegen een armbandje met onvolledige gegevens.

Wanneer we de gegevens op de verschillende afdelingen afzonderlijk bekijken, zien we dat:

- op het dagziekenhuis alle 492 gecontroleerde patiënten een armbandje droegen met alle identificatiegegevens (100% in orde),
- op de spoedgevallendiensten 343 van de 349 gecontroleerde patiënten een armbandje droegen met alle identificatiegegevens (98% in orde); 6 patiënten droegen er geen armbandje,
- op de intensieve zorgeenheden 691 van de 706 gecontroleerde patiënten een armbandje droegen met alle identificatiegegevens (98% in orde); 9 patiënten droegen geen armbandje, 6 patiënten hadden een armbandje met onvolledige gegevens.

Op 6 campussen werd een rood knipperlicht toegekend omwille van het aantreffen van één of meerdere patiënten zonder een armbandje op een intensieve zorgenheid.

Conclusie

De vaststellingen over het dragen van een identificatiebandje tonen aan dat de toepassing verbeterd is t.o.v. het vorig zorgtraject. Tijdens het chirurgisch zorgtraject droeg 95% van de gecontroleerde patiënten een armbandje met volledige identificatiegegevens, terwijl 3% geen armbandje droeg en 2% een armbandje met onvolledige gegevens. Tijdens het internistisch zorgtraject werd 99% van de gecontroleerde patiënten als in orde gescoord. Dit is een statistisch significante verbetering (χ^2 -test: $p < 0,01$).

In 2014 werden tijdens audits door VIP² 25632 patiënten op verschillende afdelingen gecontroleerd op het dragen van een identificatiebandje, 23517 (91,7%) patiënten droegen een correct en volledig bandje. Er werden daarbij 915 patiënten op intensieve zorgenheden gecontroleerd, waarvan 840 (91,8%) een correct en volledig bandje droegen.

4.4.3 Toezicht op de patiënt

4.4.3.1 Het dagelijks noteren van parameters in het patiëntendossier

Achtergrond

Het opvolgen van de gezondheidstoestand van patiënten gebeurt onder meer door het controleren van een aantal basisparameters, zoals hartfrequentie, bloeddruk en temperatuur. Niet enkel het herstel van de patiënt kan zo geobserveerd worden, maar nog belangrijker is het tijdig opmerken van de achteruitgang van de gezondheidstoestand van een patiënt. Voorafgaand aan een plotse verslechtering van de gezondheidstoestand zoals bv. een hartaanval, is bij patiënten vaak een verandering in hun vitale functies te zien. Als deze veranderingen tijdig worden gesignaleerd en behandeld, is een complicatie te voorkomen of zal deze minder ernstig verlopen (zie ook hoofdstuk 4.4.3.4: Het gebruik van EWS, een systeem voor vroege herkenning van urgenties, op de afdelingen voor internistische patiënten).

Werkwijze

Op de internistische afdelingen werden patiëntendossiers nagekeken op de aanwezigheid van de parameters hartfrequentie, bloeddruk en temperatuur. Deze elementen werden over meerdere opnamedagen beoordeeld.

Vaststellingen

Er werden 837 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten die opgenomen waren op een internistische verpleegafdeling. Er werden in totaal 1594 opnamedagen bekeken in de patiëntendossiers. Op 1549 (97%) van de gecontroleerde dagen waren alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd, voor 45 (3%) dagen ontbraken één of meerdere parameters, voor 6 (0,4%) opnamedagen werd geen enkele van de gecontroleerde parameters teruggevonden in het patiëntendossier.

Conclusie

Deze vaststellingen lijken beter te scoren dan de vaststellingen die gebeurden tijdens het chirurgisch traject waar bleek dat in 93% van de patiëntendossiers de dag na de ingreep alle drie de gecontroleerde parameters genoteerd waren. Aangezien toen niet exact dezelfde methodologie gebruikt werd, is een statistisch gefundeerde uitspraak over deze tendens echter niet mogelijk.

4.4.3.2 Het noteren van cruciale gegevens in het patiëntendossier op de spoedgevallendienst

Achtergrond

Het noteren van cruciale informatie in het patiëntendossier is de basis voor een goede kwaliteit van zorg, het dossier is onder meer een belangrijk communicatiemiddel tussen de betrokken zorgverleners. Bij de dossiercontroles op de spoedgevallendiensten werden een aantal basisgegevens nagegaan.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten werden dossiers bekeken van patiënten die reeds door een arts gezien werden. Er werd nagegaan of de aanmeldingsklacht terug te vinden was, of er notities waren over pijn en of er informatie werd genoteerd over het al of niet gekend zijn van een allergie. Tenslotte werd nagegaan of de naam van de behandelende arts terug te vinden was.

Wanneer in het patiëntendossier over 1 of meer van deze onderwerpen niets genoteerd stond, dan werden deze dossiers als onvoldoende beoordeeld. Het is immers belangrijk dat deze cruciale informatie (het al of niet hebben van allergie en pijn) ook voor andere zorgverleners beschikbaar is. Verder is het bij blanco velden niet eenduidig of de informatie niet bevraagd werd of dat het antwoord op de vraag neen was.

Vaststellingen

Er werden in totaal 519 patiëntendossiers gecontroleerd. In 303 dossiers (58%) werden alle vier de gecontroleerde onderwerpen teruggevonden. In 216 (42%) dossiers ontbraken één of meerdere gecontroleerde onderwerpen: in 2 (0,4%) dossiers ontbrak de aanmeldingsklacht, in 162 (31%) dossiers was er niets genoteerd over allergie, in 103 (20%) dossiers was er niets genoteerd i.v.m. pijn en in 15 (3%) dossiers werd de naam van de behandelende arts niet teruggevonden.

Conclusie

Er is nog veel verbetermogelijkheid op het vlak van het systematisch en zorgvuldig noteren van essentiële informatie in patiëntendossiers op de spoedgevallendiensten.

Op verschillende spoedgevallendiensten bleek dat bv. het bevragen van pijn onderdeel was van het gebruikte triagesysteem. Dit onderwerp werd dan wel bij alle patiënten bevraagd, maar niet steeds genoteerd in het patiëntendossier.

Het gebruik van een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier op de spoedgevallendiensten zou idealerwijs de volledigheid van het patiëntendossier moeten ondersteunen.

4.4.3.3 Het noteren van een code voor reanimatie in het dossier van patiënten op de afdelingen voor intensieve zorgen

Achtergrond

Klassiek dient het opstellen van een DNR (Do Not Reanimate)- of reanimatiecode overwogen te worden bij alle patiënten met een beperkte prognose of bij alle patiënten in een toestand van onvoorstelbaar en progressief lichamelijk lijden. Er moeten afwegingen gemaakt worden tussen uitgebreide therapie en het comfort van de patiënt, waarbij het noteren van codes omtrent het beperken van therapie steeds een betere patiëntenzorg als einddoel heeft. Eén van de doelen van het opstellen van een DNR-code is het tegengaan van therapeutische hardnekkigheid. Er is sprake van zulke therapeutische hardnekkigheid in geval van een medisch nutteloze, een zinloze of een disproportionele interventie.

Sinds de patiëntenrechtenwet (2002) is de arts wettelijk verplicht om de patiënt bij de beleidskeuzes te betrekken. Het opstellen van een DNR-code kan daarom slechts na overleg met de patiënt of zijn

vertegenwoordiger. Van de arts wordt verwacht dat hij met de andere zorgverstrekkers uit het zorgteam overlegt alvorens hij een DNR-code instelt. Eens een beslissing genomen wordt, dient deze genoteerd te worden in het patiëntendossier. Ook de argumenten waarop de beslissing gevestigd is, moeten genoteerd worden in het dossier.

In het eisenkader voor het internistisch zorgtraject werd bepaald dat er voor elke patiënt op een afdeling voor intensieve zorgen een DNR-code in het dossier is genoteerd, ook als er geen therapier restrictie is (DNR-code = 0). Wanneer er sprake is van een therapier restrictie (DNR \neq 0) moet in het dossier ook genoteerd worden dat de arts de DNR-code heeft besproken met de patiënt en/of familie en met het team. Verder moet er een bondige weergave zijn van de inhoud van het gesprek waarin minstens de wensen van de gesprekspartners en het resultaat van het gesprek genoteerd worden.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden werden dossiers van patiënten, die minstens 24u op de eenheid waren opgenomen, nagekeken op de aanwezigheid van een DNR-code. Wanneer er geen therapier restricties zijn (DNR-code = 0), dan zijn er volgens het eisenkader geen vereisten i.v.m. overleg met patiënt, familie of team. Als er therapier restrictie was ingesteld, werd nagegaan of er een melding was van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger, en of er een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek terug te vinden was.

Vaststellingen

Er werden in totaal 706 dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van een DNR-code. In 629 (89%) dossiers was een DNR-code genoteerd, in 579 (82%) dossiers was alle gecontroleerde informatie aanwezig. In 77 (11%) dossiers ontbrak een DNR-code.

In 50 (7%) dossiers was de DNR-code genoteerd maar ontbrak één of meerdere van de gecontroleerde bijkomende informatie:

- in 37 (5%) dossiers was niet genoteerd of er een bespreking was met de medewerkers van het zorgteam over therapier restrictie,
- in 24 (3%) dossiers was niet genoteerd of er een gesprek was met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger over therapier restrictie,
- in 36 (5%) dossiers was er geen notitie terug te vinden over de inhoud van het gesprek met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger over therapier restrictie.

Conclusie

Voor de overgrote meerderheid van de patiënten die verblijven op een intensieve zorgeenheid was een DNR-code in het dossier vermeld.

In de dossiers van patiënten zonder therapier restrictie werd alleen gecontroleerd of een 'code 0' in het dossier te vinden was, terwijl in de dossiers van patiënten met een therapier restrictie bijkomende gegevens werden gezocht over de bespreking van de toegekende code. De manier waarop we onze gegevens verzameld hebben, laat niet toe het onderscheid te maken tussen deze twee groepen van patiënten. Een groot deel van de 579 dossiers waarin alle gecontroleerde informatie aanwezig was, gaat dus over dossiers waarin alleen een code 0 moest aangetroffen worden. Dit globale cijfer geeft een positiever beeld dan wanneer we aparte cijfers zouden verzameld hebben over de dossiers van patiënten met en zonder een therapier restrictie.

4.4.3.4 Het gebruik van EWS, een systeem voor vroege herkenning van urgenties, op de afdelingen voor internistische patiënten

Achtergrond

Voorafgaand aan een plotse verslechtering van de gezondheidstoestand zoals bv. een hartaanval, is bij patiënten vaak een verandering in hun vitale functies te zien. Als deze veranderingen tijdig worden gesignaleerd en behandeld, is een complicatie te voorkomen of zal deze minder ernstig verlopen. De medische en verpleegkundige staf van een ziekenhuis reageert niet altijd tijdig op veranderingen in de vitale functies omdat ze niet worden opgemerkt, de ernst ervan wordt onderschat, de kennis ontbreekt om hier adequaat op te reageren of vanwege organisatorische problemen.

Een Early Warning Score (EWS)-systeem is een gestructureerd scoresysteem dat gekoppeld is aan een algoritme met de bedoeling te helpen in het vroegtijdig detecteren van patiënten die ernstig ziek zijn of ernstig ziek kunnen worden. Een EWS-scoresysteem is gelinkt aan gradaties van urgentie qua medisch toezicht.

Aangezien we er vooraf reeds van op de hoogte waren dat het invoeren van EWS in vele ziekenhuizen nog maar in de beginfase stond, werd ervoor geopteerd om dit onderwerp wel te bevragen en zo extra onder de aandacht te brengen, maar werd in het verslag geen beoordeling genoteerd bij de vaststellingen: de vaststellingen over dit onderwerp worden dus eerder als een nulmeting beschouwd.

Werkwijze

Op elke campus met verblijfsafdelingen werd bevestigd of een Early Warning Score-systeem was ingevoerd. Indien er een EWS bestond, werd nagevraagd welke parameters hiervoor moeten gecontroleerd worden en vanaf welke score een arts moet gecontacteerd worden. Vervolgens werd bevestigd op hoeveel afdelingen EWS al was geïmplementeerd.

Alle verblijfsafdelingen werden meegerekend, uitgezonderd de palliatieve en de kinderpsychiatrische afdelingen, en alle dagziekenhuizen behalve het psychiatrisch dagziekenhuis. Het operatiekwartier en het verloskwartier werden niet als verblijfsafdeling meegeteld.

Vaststellingen

Het onderwerp EWS werd op 85 campussen bevestigd. Op 50 (59%) campussen was EWS reeds ingevoerd, terwijl op 35 (41%) campussen EWS nog niet ingevoerd was op de werkvloer. Wanneer EWS was ingevoerd, kon steeds aangetoond worden welke parameters werden opgevolgd en vanaf welke score een arts moet gecontacteerd worden.

EWS is, op de campussen waar het systeem al werd ingevoerd, vaak nog niet op alle verblijfsafdelingen geïmplementeerd. Onze gegevens wijzen er op dat het op die campussen met EWS op iets meer dan de helft van de verblijfsafdelingen wordt gebruikt, nl. op 365 (51%) van de 715.

Conclusie

Tijdens de inspecties van het internistisch zorgtraject bleek dat EWS op bijna 6 van de 10 campussen is ingevoerd, en dat de implementatie op die campussen op de helft van de afdelingen is doorgevoerd.

4.4.3.5 Het noteren van parameters in het patiëntendossier tijdens een bloedtransfusie

Achtergrond

Het toedienen van bloed of bloedproducten is niet zonder risico's. De ergste transfusiereacties zijn te verwachten wanneer een verkeerd bloedproduct wordt toegediend, of wanneer een bloedproduct aan een verkeerde patiënt wordt toegediend. Vandaar dat een transfusie steeds gepaard gaat met een uitgebreid

administratief proces dat toelaat een aantal controles uit te voeren. Dit proces begint bij het voorschrift (juiste patiënt, type bloedproduct, verantwoording van de transfusie), loopt verder via de keuze en aflevering van het geschikte bloedproduct, en eindigt met de toediening zelf.

In dit beleidsrapport rapporteren we over enkele aspecten op het einde van dit proces, met name het toedieningsmoment. Het moet duidelijk zijn wie de transfusie uitvoert, want deze persoon moet instaan voor een aantal controles. De vitale parameters die bij bloedtransfusie moeten vastgelegd zijn (temperatuur, pols en bloeddruk) moeten ook na de bloedtransfusie gecontroleerd worden. De patiënt moet in het bijzonder gedurende de eerste 5 à 10 minuten van de transfusie intensief worden geobserveerd, omdat ernstige transfusiereacties meestal kort na het begin van de transfusie tot uiting komen. Om te weten wanneer deze parameters werden gemeten, is het nodig om deze te situeren ten opzichte van de transfusie, daarom moeten ook begin- en eindtijdstip genoteerd worden.

Tijdens het toezicht op het chirurgisch zorgtraject bleek dat de cijfers over het invullen van gegevens bij bloedtransfusies minder goed waren dan het noteren van de postoperatieve parameters in het patiëntendossier. Om deze reden werd de dossiersteekproef over dit thema tijdens het internistisch zorgtraject nagenoeg identiek herhaald.

Werkwijze

Op elke campus werden 10 dossiers opgevraagd van patiënten die recent een transfusie van bloed of een bloedproduct gekregen hadden. De dossiers werden gecontroleerd op de aanwezigheid van:

- tijdstip van begin en einde transfusie,
- toediener,
- parameters (bloeddruk, pols en temperatuur) vóór toediening, tijdens toediening en na toediening.

Tijdens het chirurgisch zorgtraject werd daarnaast ook nog het type bloedproduct gecontroleerd. Omdat dit item tijdens het vorig traject goed in orde bleek te zijn, werd dit tijdens het internistisch traject niet hernomen.

Vaststellingen

Er werden 724 dossiers gecontroleerd van patiënten die recent een transfusie kregen tijdens hun opname. In 579 (80%) dossiers werd alle gezochte informatie teruggevonden; in 145 (20%) dossiers ontbraken één of meerdere gegevens:

- in 14 (2%) dossiers ontbrak het startuur van de transfusie,
- in 78 (11%) dossiers ontbrak het einduur van de transfusie,
- in 8 (1%) dossiers ontbrak de toediener van de transfusie,
- in 23 (3%) dossiers ontbraken de parameters vóór de start van de transfusie,
- in 47 (6%) dossiers ontbraken de parameters tijdens de transfusie,
- in 54 (7%) dossiers ontbraken de parameters na de transfusie.

In 28 dossiers ontbraken alle parameters tijdens de transfusie.

Conclusie

Tijdens het chirurgisch zorgtraject bleek dat in 59% van de gecontroleerde dossiers van patiënten die een transfusie kregen tijdens hun opname één of meerdere gezochte gegevens ontbraken. Twee jaar later zijn de cijfers tijdens de dossiersteekproeven tijdens het internistisch zorgtraject veel beter: het aantal dossiers dat volledig in orde was, is verdubbeld.

Hieruit blijkt dat de verbeteracties over de verpleegkundige notities in het patiëntendossier tijdens een bloedtransfusie, die ziekenhuizen hebben opgezet, op korte tijd tot goede resultaten hebben geleid.

4.4.3.6 Registratie van afzonderingen

Achtergrond

Verschillende studies en getuigenissen wijzen er op dat een afzonderingsmaatregel door de patiënt als traumatiserend kan worden ervaren en risico's inhoudt voor de patiënt. Deze vrijheidsberoving is alleen te verantwoorden indien ze bijdraagt tot het vrijwaren van zijn fysieke en psychische integriteit. Aangezien het om een therapeutische maatregel gaat, ligt de verantwoordelijkheid om een afzonderingsmaatregel in te stellen bij de behandelende arts.

De omzendbrief van minister Weckx (02.10.1990) bepaalt dat iedere afzonderingsmaatregel verplicht genoteerd moet worden in een specifiek afzonderingsregister. Dit register moet tenminste volgende gegevens bevatten:

- naam van de patiënt,
- leeftijd,
- geslacht,
- opnamedatum,
- nummer van de afzondering (per jaar),
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel,
- naam en handtekening van de arts onder wiens verantwoordelijkheid de maatregel moet getroffen worden,
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige,
- reden en indicatie van de maatregel (waaruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat),
- eventuele medicatie,
- follow-up gegevens.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendiensten werd het register opgevraagd en nagegaan of volgende cruciale gegevens terug te vinden waren:

- naam en voornaam van de patiënt, de leeftijd (of geboortedatum),
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel,
- naam of handtekening van de arts onder wiens verantwoordelijkheid de maatregel moet getroffen worden,
- naam of handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige,
- reden voor de maatregel.

Vaststellingen

Er werden 65 spoedgevallendiensten bezocht. Op 13 hiervan was er geen afzonderingskamer op het moment van het bezoek. In 3 gevallen was dit een tijdelijk fenomeen (verbouwingswerken) en beschikte men over een afzonderingskamer in de periode vóór de inspectie. In principe hadden we aldus op 55 campussen registers moeten kunnen inkijken, maar op 2 (3,6%) campussen ontbrak dit register.

Op 38 (72%) van de 53 campussen waar er een register kon gecontroleerd worden, werd in het register minstens 1 formulier aangetroffen waarin informatie ontbrak. In totaal werden 417 formulieren onderzocht. In 171 (41%) formulieren ontbrak minstens 1 gezocht element.

Aantal keer dat een element ontbrak:

- naam en voornaam van de patiënt, de leeftijd (of geboortedatum):	1
- datum en uur van ingang van de maatregel:	44
- datum en uur van de opheffing van de maatregel:	131
- naam of handtekening van de verantwoordelijke arts:	31
- naam of handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige:	41
- reden voor de maatregel:	35

Conclusie

Alhoewel het afzonderingsregister verplicht is, en als verantwoording moet dienen waarom een patiënt van zijn vrijheid werd beroofd, blijkt niet op alle diensten met een afzonderingskamer een register in gebruik te zijn.

Waar het register wel in gebruik is, wordt het vaak onvolledig ingevuld: op 38 van de 53 campussen bleken elementen in de formulieren te ontbreken. In circa 1/3 van de gevallen blijkt het te gaan om de einddatum of het tijdstip waarop de maatregel beëindigd werd, maar (behalve de identificatie van de patiënt) blijken ook andere elementen in ongeveer 1 op de 10 gevallen te ontbreken.

4.4.3.7 Het gebruik van een triagesysteem op de spoedgevallendiensten

Achtergrond

De richtlijn 'Triage op de spoedeisende hulp' (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, 2008) beveelt aan alle patiënten die zich op een spoedgevallendienst aanmelden systematisch te triëren. Hierbij wordt een urgentieclassificatie bepaald en wordt naargelang deze classificatie bepaald binnen welke maximaal toegestane wachttijd de patiënt verder behandeld zou moeten worden. Het triagesysteem zelf moet daarbij voldoen aan een aantal minimale eisen, waaronder betrouwbaarheid, effectiviteit, validiteit en hanteerbaarheid.

Werkwijze

Op de gespecialiseerde spoedgevallendienst werd nagegaan of er een gestandaardiseerd triagesysteem in gebruik was. Dit triageprotocol werd beoordeeld op het gebruik van specifieke criteria, prioritering gekoppeld aan een tijd waarbinnen de patiënt door een arts moet gezien worden en het hanteren van een pijnmeting.

Vaststellingen

Op 57 (88%) van de 65 bezochte gespecialiseerde spoedgevallendiensten was voor triage een gestandaardiseerd systeem in gebruik.

Conclusie

Op 8 spoedgevallendiensten werd voor triage geen gestandaardiseerd triagesysteem gebruikt. 3 keer gaf dit aanleiding tot een check 2 in combinatie met een ander oranje knipperlicht.

In 1 geval hanteerde men wel een dergelijk systeem, maar 'alleen op rustige momenten', hetgeen ingaat tegen de fundamentele bedoeling van deze werkwijze, namelijk het behandelen van de patiënt in functie van de klinische noodzaak. Op enkele andere spoedgevallendiensten hanteerde men wel steeds een triagemethodiek, maar was dit gebaseerd op ervaring en niet op een onderzocht en gevalideerd systeem. Het nog niet beschikbaar zijn van ICT-ondersteuning werd een enkele keer vermeld als vertragende factor om over te schakelen naar een gevalideerd systeem.

4.5 HYGIËNE

4.5.1 Handhygiëne

Achtergrond

Een groot deel van de zorggerelateerde infecties zijn te voorkomen door middel van goede handhygiëne, wat inhoudt dat de handen op de juiste momenten en op de juiste manier gereinigd worden. Goede handhygiëne vormt een van de belangrijke pijlers van het WHO Patient Safety-programma. Richtlijnen, zowel voor de handhygiëne zelf (World Health Organization, 2009) als voor het implementeren van de richtlijnen (World Health Organization, 2009) werden, samen met een aantal hulpmiddelen, uitgevaardigd. Ons land zette deze internationale richtlijnen in 2009 om in een nationale richtlijn (Hoge Gezondheidsraad, 2009).

Uiteraard moeten eerst de basisvoorwaarden voor een goede hygiëne aanwezig zijn vooraleer verdere acties (kennis van het resistentieprofiel, opleiding van zorgverleners, incidentmeldingsystemen, patiëntbetrokkenheid,...) kunnen gestart worden. De basisvereisten voor een goede handhygiëne zijn:

- het vrij houden van handen en voorarmen van juwelen en andere sieraden,
- het niet dragen van horloges aan de pols,
- het niet dragen van gel- of kunstnagels,
- het niet dragen van nagellak,
- het vrij houden van de voorarmen door het hebben van korte mouwen, zowel aan dienstkleedij als aan burgerkleedij die onder de dienstkleedij gedragen wordt,
- het kort houden van de nagels,
- het schoon houden van de nagels.

Uit de resultaten over handhygiëne tijdens het toezicht op het chirurgisch zorgtraject bleek dat verpleegkundigen de richtlijnen i.v.m. de basisvereisten voor handhygiëne zeer goed opvolgden. De naleving van deze richtlijnen door artsen en de categorie andere medewerkers was lang niet zo goed. In deze laatste groep worden medewerkers opgenomen waarvan de functie niet gespecificeerd kon worden, evenals studenten, paramedici, poets-, logistiek en technisch personeel.

Ondanks het wetenschappelijk bewijs dat handhygiëne essentieel is ter preventie van de transmissie van ziektekiemen, blijkt het moeilijk om deze principes op een sluitende manier te implementeren in de dagelijkse praktijk. Specifiek wat betreft de *compliance* van handhygiëne in België blijkt deze steeds toe te nemen tijdens een campagne, maar daarna opnieuw een terugval te tonen. Hieruit kunnen we concluderen dat het herhaaldelijk motiveren en sensibiliseren van zorgprofessionals essentieel is, maar op zich onvoldoende om een permanente gedragswijziging te bewerkstelligen. Blijvende aandacht voor handhygiëne vanuit de ziekenhuizen én de overheid is daarom essentieel.

Vanuit deze invalshoek werd besloten om tijdens het internistisch zorgtraject het thema handhygiëne te hernemen en hierbij extra aandacht te besteden aan de artsen binnen het ziekenhuis.

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen persoonlijke handhygiëne werd bij medewerkers nagegaan voor volgende aspecten:

- handen en voorarmen zonder ringen en armbanden,
- geen polshorloges,
- korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels),

- korte mouwen, zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.

De vaststellingen werden opgesplitst in drie groepen: verpleegkundigen, artsen en anderen. We controleerden iedere zorgverstreker (arts, verpleegkundige, verpleeghulp, paramedicus, ...) evenals iedere andere professional die op een verpleegafdeling contact heeft met de patiënt of zijn directe omgeving. Hierbij hanteerden we de definitie van 'directe omgeving' die VIP² overnam van de Nationale Campagne voor Handhygiëne, nl. het bedlinnen, het meubilair en de voorwerpen op de patiëntenkamer of lokalen (met deurklinken) waarin patiënten vertoeven.

De steekproefgrootte werd voor verpleegkundigen en anderen op 3 per afdeling gekozen, bij de categorie artsen werd een maximaal aantal observaties gedaan. Uit het chirurgisch zorgtraject bleek namelijk dat het totaal aantal observaties van artsen veel lager was dan dat bij de andere groepen.

Vaststellingen

Er werden in totaal 3195 medewerkers geobserveerd, waarvan 1482 verpleegkundigen, 862 artsen en 851 medewerkers van de categorie 'andere'.

Bij 95% van de gecontroleerde medewerkers werd vastgesteld dat zij de richtlijnen voor de gecontroleerde items naleefden. Bij minder dan 5% (4,6 %) van de medewerkers werd een inbreuk op de toepassing van de richtlijn vastgesteld. Niet naleven van de procedure werd vastgesteld bij minder dan 1% van de geobserveerde verpleegkundigen, bij 9% van de geobserveerde artsen en bij 7% van de categorie anderen. Verpleegkundigen scoren significant beter dan beide andere categorieën (χ^2 -test: $p < 0,01$). De verschillen tussen artsen en andere medewerkers zijn niet significant.

Type medewerkers	Totaal aantal		Aantal in orde		Aantal niet in orde	
Verpleegkundigen	3195	1482	3047 (95%)	1470	148 (5%)	12
Artsen		862		783		79
Andere medewerkers		851		794		57

Tabel 20: Overzicht van de resultaten betreffende handhygiëne

Vervolgens bekeken we het soort inbreuk dat werd vastgesteld. Het dragen van kledij waardoor de voorarmen bedekt waren, bleek het meest frequent voor te komen, terwijl het dragen van polshorloges of van andere juwelen en sieraden aan de handen en/of voorarmen ongeveer even vaak werd gezien. Het niet hebben van korte, zuivere nagels kwam veel minder voor.

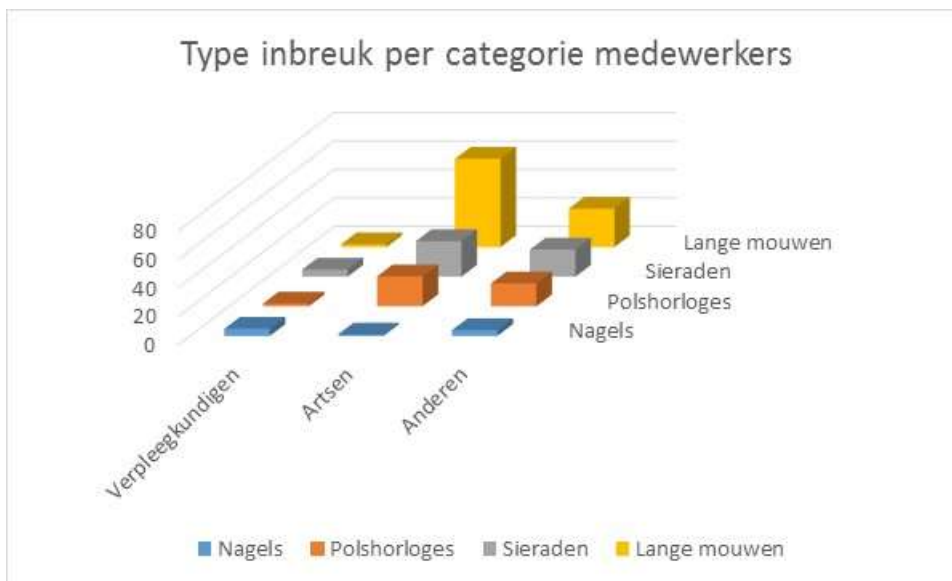
Type inbreuk	Totaal aantal	
Lange mouwen	148	71
Polshorloge		39
Nagels		10
Sieraden		49

Tabel 21: Aantal inbreuken volgens type

Wanneer we beide cijfers combineren, zien we per beroepscategorie een overzicht van het aantal inbreuken tegen de handhygiëneregels per type inbreuk. Hieruit blijkt dat het type inbreuk dat het meest voorkomt, verschilt volgens de beroepscategorie. Bij artsen en de categorie 'andere' gaat het over het dragen van lange mouwen, terwijl bij verpleegkundigen het dragen van sieraden en juwelen aan de handen en/of voorarmen en het hebben van lange en/of vuile nagels het meest voorkomen.

Type inbreuk	Verpleegkundigen	Artsen	Andere medewerkers
Lange mouwen	2	42	27
Polshorloges	2	21	16
Nagels	5	1	4
Sieraden	5	25	19
Totaal aantal met inbreuk	15	79	57

Tabel 22: Aantal inbreuken tegen de basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne, per type inbreuk en per medewerkerscategorie



Figuur 4: Grafische weergave van type inbreuk per categorie

Conclusie

T.o.v. de vaststellingen tijdens het chirurgisch zorgtraject is de toepassing van de basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne tijdens het internistisch zorgtraject verbeterd. In 2013 werden bij 8,9% van de medewerkers inbreuken vastgesteld t.o.v. 4,6% in 2015. Dit is een significante verbetering (χ^2 -test: $p < 0,01$). Er blijkt voor elk van de 3 categorieën medewerkers een significante verbetering.

Categorie medewerkers	Chirurgisch zorgtraject		Internistisch zorgtraject	
	Totaal aantal	Aantal in orde	Totaal aantal	Aantal in orde
Verpleegkundigen	1371	1338 (98%)	1482	1470 (99%)
Artsen	649	521 (80%)	862	783 (91%)
Andere medewerkers	960	857 (89%)	851	794 (93%)

Tabel 23: Evolutie handhygiëne 2013-2015

De verschillen in de observaties tussen beide zorgtrajecten kunnen beïnvloed zijn door meerdere factoren.

- Tijdens het internistisch zorgtraject werd op andere afdelingen (bv. spoed en intensieve zorgeenheden) geobserveerd dan tijdens het chirurgisch zorgtraject (bv. operatiekwartier en sterilisatieafdeling). Bij de artsen werden daardoor ook andere specialisten geobserveerd.

- Tijdens het tweede zorgtraject werden meer artsen (ongeveer 200 artsen meer dan tijdens het eerste traject) geobserveerd.
- De definitie van zorgverstreker of professional die op een verpleegafdeling contact heeft met de patiënt of zijn directe omgeving werd strikter omschreven.

Niettegenstaande de beïnvloedende factoren lijkt de aanhoudende aandacht voor handhygiëne toch jaar na jaar meer resultaat te boeken.

In 2014 werden tijdens audits door VIP² in totaal 27308 medewerkers gecontroleerd op de toepassing van de basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne, bij 23505 (86,1%) medewerkers werd vastgesteld dat ze de richtlijnen correct toepasten. De voornaamste inbreuken en hun voorkomen per categorie medewerkers zijn in onderstaande tabel terug te vinden.

Groep	Aantal gecontroleerd	Percentage in orde	Voornaamste inbreuken
Artsen	3472	81,7%	Polshorloge (9%), ring (8%)
Paramedici	1535	88,5%	Lange nagels (6,5%)
Verzorgenden	16493	89,9%	Lange nagels (8%)
Andere	5808	77,3%	Lange nagels (14%), ring (6%), polshorloge (3,5%)

Tabel 24: VIP³-cijfers van 2014 betreffende de indicator handhygiëne

Tijdens onze inspecties op de spoedgevallendiensten werden ambulanciers onder de categorie ‘andere’ gescoord. Hiertoe behoorden soms ook ambulanciers van externe firma’s die instaan voor patiëntenvervoer. Wanneer een zorgverlener (arts, verpleegkundige, ambulancier,...) echter een patiënt binnen brengt in het ziekenhuis, is het niet opportuun om na te gaan of deze persoon op dat moment al dan niet lange mouwen draagt: de specifieke context (zorgverlening buiten het ziekenhuis) vereist soms specifieke kledij. Wel is het ook voor al deze personen van belang om geen ringen, polshorloges, bandjes,... aan handen en voorarmen te dragen. Indien dergelijke personen vervolgens verder aan de slag gaan op een ziekenhuisafdeling, zijn korte mouwen logischerwijze wel vereist.

Sommige ziekenhuizen gaven aan dat zij niet verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor het niet toepassen van richtlijnen inzake handhygiëne door personeel dat niet in dienstverband is. Zorginspectie bekijkt handhygiëne vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid. Vandaar dat de criteria m.b.t. handhygiëne gelden voor iedere zorgverstreker en iedere professional die op een verpleegafdeling contact heeft met de patiënt of zijn directe omgeving. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die binnen haar muren wordt geleverd. Tevens behoort het tot de verantwoordelijkheid van de voorziening om te kiezen op welke manier het de richtlijnen m.b.t. handhygiëne laat naleven door personeel dat niet in dienstverband is.

4.5.2 Vuile berging of spoelruimte

4.5.2.1 Beschikbaarheid van een wastafel met benodigheden voor handhygiëne

Achtergrond

De meeste zorggerelateerde infecties zijn te voorkomen door middel van goede handhygiëne. Dat wil zeggen dat de handen op de juiste momenten en op de juiste manier gereinigd worden. Om dit mogelijk te maken, moet ook de infrastructuur aanwezig zijn om de handen op een correcte wijze te kunnen reinigen, nl.:

- wastafels in de nabijheid van plaatsen waar handen bevuild worden,

- vloeibare zeep,
- zeepdispensers waarin geen zeepresten achterblijven (bv. geen hervulbare reservoirs, geen hergebruik van leidingen,...),
- papieren wegwerphanddoekjes.

Tijdens de inspecties van het chirurgisch zorgtraject werden in totaal 1428 wastafels gecontroleerd op hun infrastructurele kenmerken. Bij 1359 (95%) van de gecontroleerde wastafels waren de 3 gecontroleerde elementen aanwezig. Opvallend was dat er meermaals (27 keer) geen wastafel te vinden was in de onreine berging. Het is nochtans belangrijk om handen na manipulatie van bevuild materiaal (bedpannen, afvalzakken, afvalcontainers...) met zeep te kunnen wassen vooraleer de ruimte te verlaten.

Daarom werd besloten om tijdens de inspecties van het internistisch zorgtraject de aandacht te focussen op de wastafels in de vuile berging.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden, in het internistisch dagziekenhuis en op de bezochte internistische verpleegafdelingen werd gecontroleerd of er minstens 1 wastafel voorzien was in de vuile berging en, indien aanwezig, of de infrastructuur voor het reinigen van de handen voldeed qua aanwezigheid van:

- vloeibare zeep,
- vloeibare zeep in een verpakking die telkens weggeworpen wordt bij verversing,
- papieren handdoekjes.

Vaststellingen

Van de 385 bergingen die werden gecontroleerd op de aanwezigheid van een wastafel, was er in 328 gevallen (85,2%) een wastafel voorhanden met alle benodigdheden voor het reinigen van de handen. Op 52 campussen (61,2%) waren alle bergingen in orde.

In 14 (3,6%) bergingen was er geen wastafel; in 43 (11,2%) was een wastafel beschikbaar, maar ontbrak minstens 1 van de 3 gecontroleerde elementen.

Conclusie

Het niet correct kunnen reinigen van handen in een vuile berging werd een eerste keer opgemerkt bij analyse van de cijfergegevens uit het chirurgisch zorgtraject. Dit blijkt zich te bevestigen tijdens het internistisch zorgtraject. In 15% van de bezochte vuile bergingen was een correcte reiniging van de handen niet mogelijk door het ontbreken van een wastafel met alle benodigdheden.

4.5.2.2 Scheiding tussen rein en onrein materiaal

Achtergrond

Het verhinderen van contact tussen vuile, of onreine of potentieel besmette goederen enerzijds en propere, reine (in het bijzonder steriele) goederen anderzijds, is een belangrijke hygiënische basismaatregel.

Dit algemeen principe werd ook in de ziekenhuiswetgeving opgenomen, met name het scheiden van goederen die nog bij een patiënt moeten gebruikt worden versus goederen die al bij of in de onmiddellijke omgeving van een patiënt gebruikt werden.

Werkwijze

Bij de inspecties werd nagegaan of in bergingen bestemd voor ‘vuil’ materiaal geen materiaal was opgeslagen dat als rein beschouwd werd. In de praktijk werd nagegaan of er geen steriel materiaal, proper linnen of verpleegkarren met verzorgingsmateriaal te vinden waren in vuile bergingen.

Vaststellingen

Er werden in totaal 334 bergingen gecontroleerd, hiervan waren er 316 (94,6%) in orde. Op 71 (83,5%) van de 85 campussen waren alle bergingen in orde.

4.5.2.3 Beschikbaarheid van een bedpannenwasser

Achtergrond

Herbruikbare bedpannen houden een risico in op overdracht van micro-organismen van de ene persoon naar de andere. Daarom is het belangrijk om gebruikte bedpannen grondig te reinigen en te desinfecteren. Het gebruik van geautomatiseerde toestellen om bedpannen te desinfecteren wordt aanbevolen boven een manuele reiniging (Hoge Gezondheidsraad, 2014). Op die manier zijn er betere garanties dat de omstandigheden (voldoende lang wassen op een voldoende hoge temperatuur) bereikt worden om een voldoende hoge desinfectie te bekomen.

Om er voor te zorgen dat bedpannen snel gedesinfecteerd worden zonder over een grote afstand te moeten getransporteerd worden, is het belangrijk om op iedere afdeling een (geautomatiseerde) bedpannenspoeler te voorzien.

Werkwijze

Er werd op iedere bezochte internistische afdeling, het internistisch dagziekenhuis en de intensieve zorgeneheden nagegaan of er minstens 1 bedpannenspoeler aanwezig was. Indien de afdeling zelf niet beschikte over een bedpannenspoeler, maar die van een aangrenzende afdeling gebruikte, werd dit goedgekeurd.

Vaststellingen

Er werden 336 afdelingen gecontroleerd op de aanwezigheid van een bedpannenspoeler, 323 (96%) werden als in orde beschouwd. Op 73 van de 85 campussen (85,9%) waren alle bezochte afdelingen in orde. Op de 157 internistische verpleegafdelingen was er steeds een bedpannenspoeler voorhanden. Slechts 1 intensieve zorgeneheid beschikte niet over een automatische bedpannenspoeler. Een bedpannenspoeler was het vaakst niet voorhanden voor het internistisch dagziekenhuis (12 keer op 81 dagziekenhuizen, of 14,8%).

Conclusie

Automatische bedpannenspoelers ontbreken het vaakst op internistische dagziekenhuizen. Op een aantal van dergelijke dagziekenhuizen gaf men aan slechts zelden of nooit een bedpan nodig te hebben.

4.6 COMMUNICATIE

4.6.1 Communicatie tussen zorgverleners

De dynamische omgeving waarin zorgteams moeten presteren, wordt gekenmerkt door een grote complexiteit en een hoge werkdruk wat een invloed kan hebben op het zorgproces van de patiënt. Dit geldt vooral in de context van acute situaties, die zich vaak voordoen op een intensieve zorgafdeling, waarbij snelle beslissingen genomen moeten worden.

Goede communicatie zorgt voor goede opvolging van data van de patiënt, en zo voor een betere coördinatie van de zorg voor de patiënt.

4.6.1.1 Schriftelijke uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners op intensieve zorgeenheden

Achtergrond

Naast mondeling doorgeven van informatie tussen de verschillende teamleden, is het op een zorgafdeling met kritieke patiënten van belang om die informatie te delen met de rest van het team. Een efficiënt patiëntendossier is daarbij een belangrijke hulpmiddel. Elk teamlid kan hierin snel relevante informatie zoeken of toevoegen. Het goed beheren van patiëntendossiers draagt bij tot een goede samenwerking en communicatie tussen teamleden. Zo zorgt een heldere, eenduidige informatieoverdracht voor een verhoogde kwaliteit van zorg.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden werd nagegaan of:

- van de aanwezige patiënten zowel het medisch als verpleegkundig luik van de dossiers aanwezig en toegankelijk waren,
- een medisch eindverantwoordelijke / coördinator was aangeduid voor elke patiënt,
- indien er een consult door een arts gebeurde, hiervan een verslag in het dossier terug te vinden was.

Vaststellingen

Op de 98 bezochte intensieve zorgeenheden werden in totaal 852 dossiers gecontroleerd op hun toegankelijkheid van het medisch luik door verpleegkundigen en van het verpleegkundig luik door artsen. Op 4 (4%) eenheden (van 3 verschillende ziekenhuizen) waren in totaal 21 (2%) dossiers niet volledig toegankelijk.

Voor wat betreft de aanduiding van de medisch coördinator werden 783 dossiers gecontroleerd. In slechts 4 (0,5%) gevallen was de coördinator niet duidelijk terug te vinden. Het ging om 2 (2%) eenheden in 2 verschillende ziekenhuizen. Bij 1 van deze ziekenhuizen gaf dit, in combinatie met het oranje knipperlicht betreffende de toegankelijkheid van het dossier, aanleiding tot een check 2.

Bij het bezoek aan 91 eenheden werd van 646 medische consulten gecontroleerd of hierover een verslag in het patiëntendossier terug te vinden was. Op 81 (89%) eenheden was van alle gecontroleerde consulten een verslag terug te vinden. Op de 10 andere eenheden ontbraken in totaal 21 (3%) verslagen.

Conclusie

Op 96% van de eenheden hebben artsen en verpleegkundigen zicht op elkaars notities in het patiëntendossier.

Op de eenheden lijkt er voor de medewerkers zelden onduidelijkheid te zijn over wie de medische coördinator is van een patiënt.

We zien ook dat de informatie van medische consulten eerder uitzonderlijk niet terug te vinden is in het dossier.

Het moet echter een aandachtspunt blijven om op een intensieve zorgeenheid de informatie steeds zo snel mogelijk toegankelijk te maken voor andere zorgverleners.

4.6.1.2 Interdisciplinair overleg op intensieve zorgeenheden

Achtergrond

Effectief interdisciplinair teamwerk zorgt ervoor dat alle expertise van de betrokken medewerkers gebundeld wordt om tot een gedeeld zorgplan te komen voor de patiënt.

Het is dus in het belang van de kwaliteit van zorg de monodisciplinaire rondes te beperken, en meer gebruik te maken van interdisciplinaire overdrachten.

Werkwijze

Op de intensieve zorgeenheden werd nagegaan of in de patiëntendossiers van patiënten die minstens 1 week op de eenheid verbleven, minstens 1 keer per week een verslag aanwezig was van een multidisciplinair overleg (MDO).

Vaststellingen

Op 79 eenheden waren patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden.

In totaal werden er 275 dossiers gecontroleerd van patiënten die een week of langer opgenomen waren: daarvan waren er 193 (70%) volledig in orde.

Op 46 eenheden (58%) was bij alle gecontroleerde patiënten een voldoende aantal MDO's aantoonbaar. Wanneer we de cijfers bekijken per campus, dan waren op 28 van de 55 campussen (51%) bij alle gecontroleerde patiënten op alle gecontroleerde eenheden voldoende MDO's aantoonbaar.

Conclusie

Multidisciplinaire besprekingen zijn nog onvoldoende aantoonbaar. Bij de patiëntengroep die langer dan 1 week op een intensieve zorgeenheid verblijft, kon dergelijk overleg in 7/10 gevallen worden aangetoond. Hieruit mag niet de conclusie getrokken worden dat er bij 3/10 patiënten geen MDO plaatsvindt. Vaak gaf men aan dat er wel een overleg was doorgegaan, maar kon dit ofwel niet schriftelijk worden aangetoond, ofwel kon op basis van de notities niet worden besloten dat meerdere disciplines aan dit overleg hadden deelgenomen.

4.6.1.3 Beschikbare informatie in het patiëntendossier bij overdracht van patiënten van de afdelingen voor intensieve zorgen of spoedgevallendiensten naar een internistische verpleegafdeling

Achtergrond

Een goede communicatie tussen zorgverleners is noodzakelijk om alle essentiële informatie over de patiënt voor een volgende zorgverlener vlot beschikbaar te maken.

De overgang van een spoedgevallendienst of van een intensieve zorgeenheid naar een verpleegafdeling is in dat opzicht een risicomoment. Het is dan van belang dat zorginformatie op een gestructureerde wijze wordt doorgegeven aan de verpleegkundigen op de verpleegafdeling die moeten instaan voor de vervolgzorg.

Werkwijze

We keken na of, vanuit de spoedgevallendienst of intensieve zorgeenheid, informatie werd meegegeven over een drietal essentiële onderwerpen:

- diagnose (of vermoedelijke diagnose),
- reeds opgestarte behandeling (bv. een medicatieschema),
- reeds toegediende of nog toe te dienen verpleegkundige zorgen (bv. gemeten parameters).

Hierbij werd apart nagegaan of de patiënt van een spoedgevallendienst dan wel van een intensieve zorgeenheid afkomstig was, om eventuele verschillen tussen beide te kunnen detecteren.

Vaststellingen

In totaal werden 1250 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten getransfereerd vanuit de spoedgevallendienst of een intensieve zorgeenheid. 1186 (94,9%) dossiers bevatten alle gecontroleerde elementen.

Van deze 1250 patiënten was de overgrote meerderheid (1026 of 82,1%) via de spoedgevallendienst opgenomen. Bij patiënten afkomstig van een spoedgevallendienst ontbrak transferinformatie 58 (5,7%) keer. Bij 224 patiënten afkomstig van intensieve zorg was de transferinformatie 6 (2,7%) keer onvolledig. Dit verschil is echter niet significant.

Er werden op 71 campussen dossiers gecontroleerd van getransfereerde patiënten. Op 48 campussen (68%) waren alle gezochte gegevens aanwezig in alle gecontroleerde dossiers.

Conclusie

De schriftelijke overdrachtgegevens bij transfer van een spoedgevallendienst of intensieve zorg naar een verpleegafdeling bleken meestal volledig te zijn.

4.6.1.4 Notities in het patiëntendossier over het medisch toezicht op patiënten van internistische verpleegafdelingen

Achtergrond

De ziekenhuiswet bepaalt: “Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen”.

Zowel voor het chirurgisch als voor het internistisch zorgtraject vonden we dit item belangrijk om te behouden. Aangezien op ieder moment moet duidelijk zijn welke zorgen een patiënt gekregen heeft, werd in het eisenkader hieraan toegevoegd dat van dit bezoek neerslag moet terug te vinden zijn in het patiëntendossier.

Werkwijze

Op de bezochte internistische verpleegafdelingen werden patiëntendossiers ingekeken. Notities over de het bezoek aan de patiënt door de arts werden nagegaan voor maximaal 3 wekdagen.

Vaststellingen

Op 157 afdelingen werden 1353 dossiers gecontroleerd. In 1068 (79%) van de dossiers was er op alle gecontroleerde dagen een notitie over de zaalronde door de arts terug te vinden. In 48 (3,5%) dossiers was er op geen enkele gecontroleerde weekdag een notitie terug te vinden.

Op 3174 (88%) van de 3623 gecontroleerde dagen waren er notities over de zaalronde terug te vinden.

Conclusie

Op 12% van de gecontroleerde dagen ontbraken notities over het ziekenbezoek door een arts. Twee mogelijke verklaringen zijn:

- dat er geen bezoek aan de patiënt werd gebracht (bv. omdat de arts niet op de afdeling kwam of niet naar de patiënt ging, of de patiënt niet aanwezig was),
- of dat er wel een bezoek van de arts aan de patiënt plaatsvond, maar waarover niets in het dossier werd genoteerd.

In het kader van zorgcontinuïteit en een goede communicatie tussen zorgverleners is het belangrijk alle zorghandelingen en –beslissingen (ook de beslissing om niets aan het beleid te veranderen) nauwgezet in het patiëntendossier weer te geven.

4.6.1.5 Notities in het patiëntendossier over de ontslagbeslissing door de arts na een dagopname

Achtergrond

In het eisenkader voor de internistische patiënt in daghospitalisatie wordt in het patiëntendossier een formele ontslagbeslissing van de arts geëist, naar analogie met het eisenkader voor de chirurgische patiënt in daghospitalisatie.

Werkwijze

In dossiers van patiënten die uit het dagziekenhuis ontslagen werden, werd nagegaan of er een ontslagbeslissing van de arts was neergeschreven. Ook algemene staande orders die voor het gehele dagziekenhuis of voor een type onderzoek of behandeling gelden, werden goedgekeurd.

Vaststellingen

In totaal werden 764 dossiers gecontroleerd. In 424 (55,5%) was een ontslagbeslissing terug te vinden.

Conclusie

In bijna de helft van de gecontroleerde patiëntendossiers kon niet aangetoond worden dat een arts akkoord ging met het ontslag van de patiënt na een dagopname. De redenen hiervoor konden niet afgeleid worden uit onze vaststellingen, maar het lijkt duidelijk dat rond dit onderwerp initiatieven voor verder onderzoek en verbetering kunnen genomen worden.

4.6.1.6 Ontslagbrief aan de huisarts na een (dag)opname

Achtergrond

De overgang van het ziekenhuis naar het thuismilieu is een belangrijke stap in het zorgproces. Het risico bestaat dat cruciale informatie niet doorstroomt naar de zorgverleners in het thuismilieu van de patiënt. Een van de belangrijke zorgactoren in het thuismilieu is de huisarts, en het belangrijkste communicatiemiddel tussen specialist en huisarts is de ontslagbrief.

Vaak formuleren huisartsen(kringen) opmerkingen over het niet of pas laattijdig beschikbaar zijn van ontslagbrieven van ziekenhuisspecialisten, maar ook over de onvolledige informatie hierin. In die gevallen zijn de huisartsen niet voldoende of niet tijdig op de hoogte van de zorg die zij zouden moeten leveren aan de betrokken patiënt, waardoor er een mogelijkheid bestaat dat de geleverde zorg niet voldoende kwalitatief is.

Werkwijze

Uit een lijst van 100 recent ontslagen internistische patiënten werd een steekproef van 20 dossiers gecontroleerd (zo mogelijk 10 dossiers van patiënten die minstens 1 keer in het ziekenhuis overnacht hadden en 10 dossiers van patiënten met een daghospitalisatie). Er werd gelet op een zo groot mogelijke mix van behandelende artsen en disciplines. We gingen na of deze dossiers een ontslagbrief bevatten, en of in de ontslagbrief informatie werd vermeld over:

- opnameverloop (bv. beschrijving van de behandeling, het verloop van de hospitalisatie, de uitgevoerde onderzoeken),
- conclusie van de opname (bv. vereiste nazorg of te volgen beleid),
- medicatie (bv. al dan niet noodzaak van aanpassingen, opstarten of stoppen van medicatie, niets nodig, of medicatieschema).

Vaststellingen

Er werden 1620 dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van een ontslagbrief: 786 van patiënten die opgenomen waren op een hospitalisatieafdeling, 834 van patiënten uit dagziekenhuizen. In 1401 (86%) patiëntendossiers werd een ontslagbrief gevonden waarin alle gecontroleerde informatie aanwezig was.

Totaal aantal gecontroleerde dossiers:	1620	
- Hospitalisatie	786	
- Dagziekenhuis	834	
Aantal dossiers met ontslagbrief:	1472 (90,9%)	
- Hospitalisatie	734 (93,4%)	
- Dagziekenhuis	738 (88,5%)	
Aantal dossiers met een ontslagbrief met alle gecontroleerde informatie er in:	1401 (86,5%)	
- Hospitalisatie	707	
- Dagziekenhuis	694	
Aantal dossiers met een ontslagbrief, waarin elementen ontbreken:	71 (4,4%)	
- Hospitalisatie	27	
- Dagziekenhuis	44	
Aantal keer dat volgende elementen in de brief ontbraken:	Hospitalisatie	Dagziekenhuis
- Opnameverloop	8	8
- Besluit	5	8
- Ontslagmedicatie	17	35

Tabel 25: Resultaten betreffende de ontslagbrieven en de informatie daarin

Op 30 (35,3%) campussen ontbrak geen enkele ontslagbrief, op 54 (63,5%) campussen bevatte de ontslagbrief de 3 types informatie waarnaar gezocht werd.

Conclusie

Wanneer we deze cijfers vergelijken met die uit het chirurgisch zorgtraject, dan valt op dat er minder vaak een ontslagbrief voorhanden was (91% versus 97% in het chirurgisch zorgtraject). Dit kan te maken hebben met de manier waarop de steekproef genomen werd (ontslagbrief beschikbaar de dag na het ontslag, terwijl voor het chirurgisch zorgtraject pas na 1 werkweek gekeken werd), maar ook met het feit dat nu andere artsdisciplines werden gecontroleerd.

Anderzijds bevatten de internistische brieven veel vaker de gecontroleerde soorten informatie (95% versus 72% in het chirurgisch zorgtraject). Bij de ontbrekende informatie valt op dat informatie over de ontslagmedicatie het vaakst ontbreekt (3,5%). Dit aspect ontbrak beduidend minder dan in de chirurgische ontslagbrieven (20%).

Geen enkele keer werd een knipperlicht geformuleerd over tekorten in de ontslagbrieven. Het kwam dus nergens voor dat in meer dan de helft van de dossiers geen ontslagbrief aanwezig was (voor een bespreking en overzicht van de rode knipperlichten, zie hoofdstuk 4.7).

4.6.2 Geïnformeerde patiënten

4.6.2.1 Informatie aan patiënten over wachttijden op de spoedgevallendienst

Achtergrond

Mensen blijken een zekere wachttijd wel te aanvaarden, maar dit slechts tot op een zekere (subjectieve) hoogte. Eens die tijdspanne overschreden wordt, gaan ze zich ergeren, en, indien het wachten blijft duren, leidt dat soms zelfs tot verbale of fysieke agressie.

Proactief communiceren over hoelang men nog moet wachten en waarom anderen voor mogen, kan agressie voorkomen.

Werkwijze

Op spoedgevallendiensten werd aan patiënten in de wachtzaal of in een box, nadat ze al door een verpleegkundige of arts waren gezien, gevraagd of hen iets verteld was over hoe lang het nog ongeveer zou duren vooraleer een volgende stap in het spoedgebeuren zou plaatsvinden. Patiënten moesten niet in staat zijn om te zeggen binnen de hoeveel minuten er iets zou gebeuren. Ook indien ze wisten dat bv. “het nog lang zou duren”, werd dit aanvaard.

Vaststellingen

256 patiënten werden bevroegd over de informatie die zij hadden gekregen over de tijd die ze nog moesten wachten tot een volgende processtap zou gebeuren (bv. tot de arts zou komen, tot bloedresultaten bekend waren, tot gips aangelegd zou worden...). 174 (68%) van hen gaven aan hierover informatie te hebben gekregen.

Conclusie

Op een spoedgevallendienst zijn wachttijden niet altijd goed voorspelbaar en soms afhankelijk van de drukte op de dienst zelf of op diensten waarmee samengewerkt wordt. Dit neemt niet weg dat patiënten moeten kunnen geïnformeerd worden over wat de volgende te verwachten actie is, en hoelang daar ongeveer op zal moeten gewacht worden. 3/10 patiënten gaven aan hieromtrent geen informatie te hebben gekregen. Dit wijst op een belangrijk verbeterpotentieel.

4.6.2.2 Informatie aan patiënten

Achtergrond

Het informeren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en over eventuele ingrepen werd een algemene verplichting sinds de afkondiging van de patiëntenrechtenwet in 2002. Deze wet bepaalt dat de beroepsbeoefenaar, alvorens een behandeling te starten, hiertoe de vrije en geïnformeerde toestemming moet krijgen van de patiënt. Dit betekent dat de beroepsbeoefenaar de patiënt voldoende moet geïnformeerd hebben over de kenmerken van de tussenkomst.

Alleen wanneer het onmogelijk is om de patiënt of zijn vertegenwoordiger te informeren (bv. bij een spoedgeval) voert de beroepsbeoefenaar alle noodzakelijke behandelingen uit zonder te informeren en zonder toestemming, en noteert dit daarna in het patiëntendossier.

Werkwijze

Tijdens de inspectie probeerden we om het beleid rond informatiedoorstroming naar de patiënt op verschillende manieren in kaart te brengen, door de patiënten of hun vertegenwoordiger te bevragen over de informatie die zij zich herinnerden.

Op het internistisch dagziekenhuis werden patiënten bevraagd over de informatie die ze kregen vóór de (geplande) opname. In samenspraak met het Vlaams Patiëntenplatform werd bij de bevraging van de patiënt nagegaan of informatie ontvangen werd over:

- de geplande behandeling of de geplande onderzoeken (algemene beschrijving van wat er zou gebeuren),
- de eventuele voorbereiding (bv. al dan niet nuchter zijn),
- de vervoersmodaliteiten (wist men vooraf of men al dan niet zelf met de auto mocht rijden na het onderzoek of de behandeling),
- de herstelperiode (heeft men een idee of en hoe snel men na het onderzoek terug zijn normale activiteiten zal kunnen hervatten).

Hierbij werd ook nagegaan of patiënten deze informatie mondeling en/of schriftelijk hadden gekregen.

Op het internistisch dagziekenhuis, de internistische verpleegafdelingen en de spoedgevallendienst werden patiënten bevraagd over de informatie die ze kregen bij ontslag. Aan deze patiënten vroegen we of ze informatie gekregen hadden over:

- een vervolgspraak (weet u of een vervolgspraak nodig is of niet, onafhankelijk of dit bij de huisarts of bij de specialist gepland is),
- wat te doen indien er pijn optreedt na ontslag,
- contactgegevens (weet u wie u moet of kunt contacteren als u de indruk hebt dat er iets verkeerd loopt),
- het medicatieschema (heeft u een medicatieschema meegekregen).

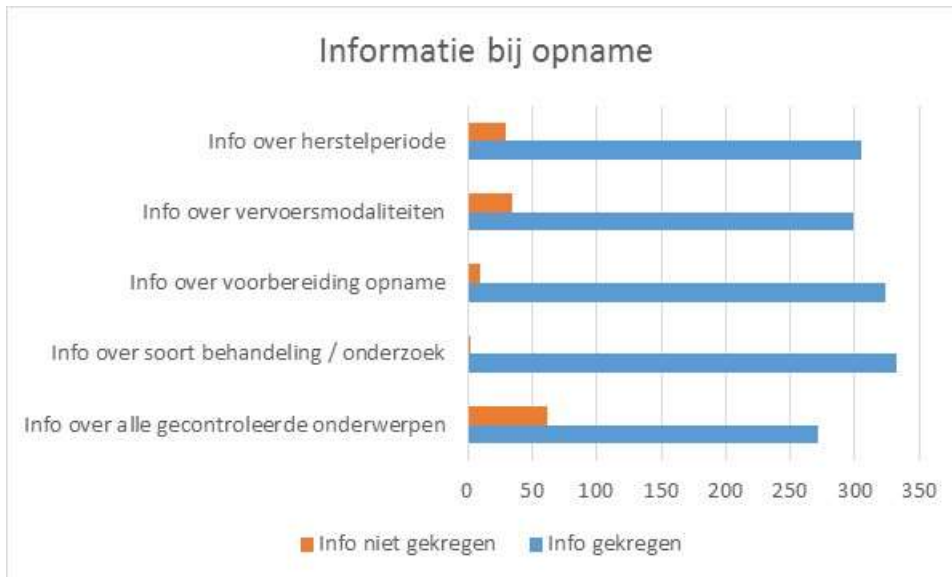
Hierbij werd eveneens nagegaan of patiënten deze informatie mondeling en/of schriftelijk hadden gekregen.

Vaststellingen

Aan 334 patiënten werden vragen gesteld over de opname-informatie zoals hierboven beschreven. 272 (81,4%) patiënten herinnerden zich informatie over al de onderwerpen die bevraagd werden. Bij de informatie die door de 62 andere patiënten niet herinnerd kon worden, ging het om info over:

- | | |
|---|------------|
| - het soort van behandeling of onderzoek: | 2 (0,6%) |
| - de eventuele voorbereiding van de opname: | 10 (3,0%) |
| - de vervoersmodaliteiten (voor of na het onderzoek): | 35 (10,5%) |
| - het herstel/de herstelperiode na de opname: | 29 (8,7%). |

1 patiënt kon zich niet herinneren informatie te hebben gekregen over één van deze 4 items.



Figuur 5: Aantal patiënten die zich bij opname informatie al dan niet konden herinneren

Qua manier van informeren gaven 236 (70,7%) patiënten aan zowel mondelinge als schriftelijke informatie te hebben gekregen. De overige 30% zijn als volgt verdeeld:

- enkel mondelinge informatie: 95 (28,4%)
- enkel schriftelijke informatie: 3 (0,9%)
- noch mondelinge, noch schriftelijke informatie: 0 (0%).

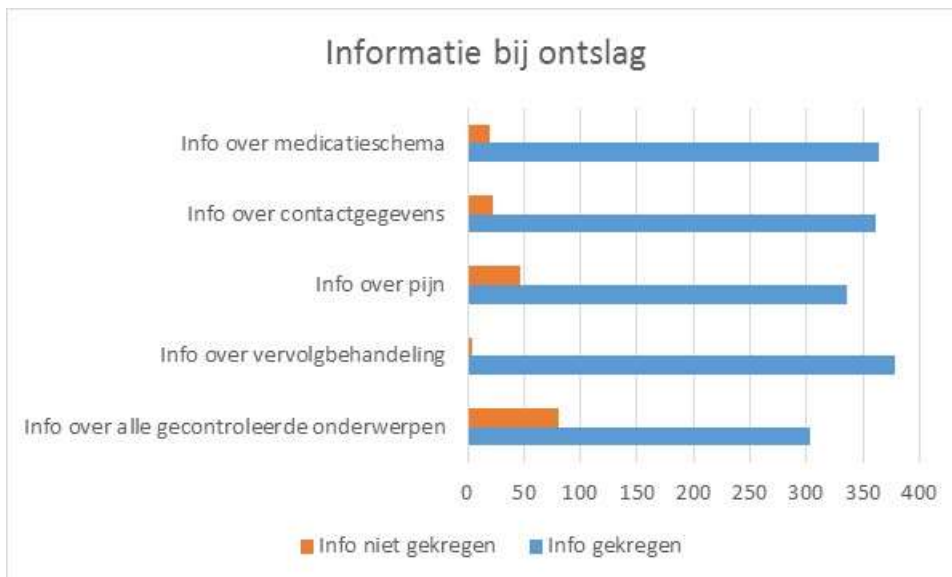
Omtrent de informatie op het moment van ontslag werden 383 patiënten bevraagd. 303 (79,1%) hiervan herinnerden zich informatie over alle gecontroleerde items. De 80 anderen herinnerden zich geen informatie over:

- vervolgspraak: 4 (1,0%)
- pijn: 47 (12,3%)
- contactgegevens: 22 (5,7%)
- medicatieschema: 19 (5,0%).

Qua manier van informeren gaven 348 (90,9%) patiënten aan zowel mondelinge als schriftelijke informatie te hebben gekregen. De overige 9,1% zijn als volgt verdeeld:

- enkel mondelinge informatie: 33 (8,6%)
- enkel schriftelijke informatie: 2 (0,5%)
- noch mondelinge, noch schriftelijke informatie: 0 (0%).

Hier kon iedereen zich herinneren over minstens 1 van de 4 gecontroleerde items informatie te hebben gekregen.



Figuur 6: Aantal patiënten die zich bij ontslag bepaalde informatie al dan niet konden herinneren

Conclusie

Wanneer we de cijfers vergelijken met de gegevens bekomen tijdens het chirurgisch zorgtraject, dan valt op dat de mate waarin patiënten geïnformeerd zijn, zowel voor opname als bij ontslag, hoger lijkt te zijn. Uiteraard is het zo dat een volledige vergelijking onmogelijk is: de items die toen bevroegd werden, stemmen niet exact overeen met die van nu. De enige items waarover patiënten zich vaker geen informatie kunnen herinneren, zijn:

- het vervoer (of ze wisten of ze al dan niet zelf met de wagen naar het ziekenhuis mochten komen),
- pijn.

Wat betreft de manier van informeren, valt op dat bij ontslag in 9 op de 10 gevallen zowel mondelinge als schriftelijke informatie aan de patiënt wordt meegegeven. Voor opname liggen deze cijfers lager, maar toch geven 7 op 10 patiënten aan op beide manieren geïnformeerd te zijn. Ook deze cijfers zijn aanzienlijk hoger dan bij de inspecties bij chirurgische patiënten. Toen gaf slechts 45% van hen aan schriftelijk te zijn geïnformeerd over de opname of bij ontslag. We zien hiervoor 2 mogelijke verklaringen: ofwel is het aanbod aan schriftelijke informatie toegenomen, ofwel verschaffen internisten hun patiënten meer schriftelijke informatie dan chirurgen. Onze inspecties laten echter niet toe deze hypothesen te onderbouwen.

4.7 FREQUENTIE RODE EN ORANJE KNIPPERLICHTEN

Zoals eerder al op verschillende plaatsen aan bod kwam, werden bij een aantal onderwerpen ‘rode’ en ‘oranje knipperlichten’ gedefinieerd.

Rode knipperlichten

Rode knipperlichten zijn aanduidingen voor situaties waarbij het risico op niet-kwaliteitsvolle zorg groot (en vermijdbaar) geacht wordt, en waarbij onmiddellijke actie mogelijk en vereist is. Dit impliceert ook dat, bij toekenning van rode knipperlichten, Zorginspectie hier automatisch een tweede inspectie (= check 2) aan koppelde, en dit na een remediëringsperiode van minstens 3 maanden. Deze periode werd altijd gerekend vanaf het moment waarop het definitief inspectieverslag aan het ziekenhuis toegezonden werd.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 14 types rode knipperlichten en hun frequentie van voorkomen.

Type rood knipperlicht	Aantal keer voorgekomen
<p>De medische permanentie op de intensieve zorgen is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de permanentiearts is onvoldoende gekwalificeerd, - de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u, - er is geen intensivist consulteerbaar, - een ASO doet permanentie terwijl er geen oproepbare intensivist is, - er is cumulatie met MUG-permanentie, - er is cumulatie met de permanentie anesthesie voor dringende ingrepen, - er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis, - er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen. 	1
<p>Op de campus is voor een of meerdere intensieve zorgeenheden geen intensivist binnen de 15 minuten na oproeping beschikbaar.</p>	2
<p>In een intensieve zorgeenheid zijn geen 2 verpleegkundigen continu aanwezig voor de basispermanentie.</p>	0
<p>Op een niet-intensieve zorgeenheid is minstens 1 beademde patiënt aanwezig, zonder dat hierbij een bestaffing is voorzien zoals voor een intensieve zorgeenheid.</p>	0
<p>De medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst (inclusief eventuele MUG-functie) is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de permanentiearts is onvoldoende gekwalificeerd, - de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u, - er is cumulatie van de permanentie voor gespecialiseerde spoedgevallendienst met de MUG-permanentie zonder een extra spoedarts, - er is cumulatie met de permanentie anesthesie voor dringende ingrepen, - er is een permanentie met meer dan 24u aanwezigheid in het ziekenhuis, - er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen, - de spoedarts was tijdens de inspectie niet beschikbaar binnen de 15 minuten na oproeping. 	5
<p>De verpleegkundige permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst (inclusief eventuele MUG-functie) is niet in orde, voor minstens één van volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - er zijn gedurende 24u niet steeds minstens 2 verpleegkundigen aangeduid voor spoed, - er is niet steeds een verpleegkundige met BBT aanwezig gedurende 24u, - verpleegkundigen die instaan voor de basispermanentie van spoed worden buiten spoed ingezet en zijn daarbij niet steeds onmiddellijk beschikbaar voor spoed, - er is geen extra verpleegkundige aangeduid voor MUG, - de MUG-verpleegkundige heeft geen BBT. 	12

De medische permanentie voor de eerste opvang voor spoedgevallen is niet in orde voor minstens één van volgende aspecten: <ul style="list-style-type: none"> - de permanentie is niet sluitend voor de volledige 24u, - er is geen nominatieve lijst van de artsen die in de praktijk de permanentie doen. 	0
Op een eerste opvang voor spoedgevallen is geen permanentiearts beschikbaar binnen de 15 minuten na oproeping.	0
De verpleegkundige permanentie voor de eerste opvang voor spoedgevallen is niet in orde voor minstens één van volgende aspecten: <ul style="list-style-type: none"> - er is niet steeds voor 24 u een verpleegkundige aangeduid, - de verpleegkundige die instaat voor de basispermanentie wordt ook voor andere taken ingezet en is daarbij niet steeds onmiddellijk beschikbaar voor de eerste opvang voor spoedgevallen. 	0
Op de eerste opvang voor spoedgevallen is geen verpleegkundige beschikbaar binnen de 15 minuten na oproeping.	0
De aanwezigheid van een of meerdere beademingstoestellen op een intensieve zorgeenheid, een gespecialiseerde spoedgevallendienst of eerste opvang voor spoedgevallen (EOS) waarvan het laatste onderhoud meer dan een jaar geleden is.	3
Er werd een patiënt aangetroffen met een identificatiebandje waarvan de gegevens niet overeenkwamen met de identiteit van de drager of er werd op een intensieve zorgeenheid een patiënt zonder identificatiebandje aangetroffen.	6
De gecontroleerde richtlijnen (handen en voorarmen zonder ringen en armbanden, geen polshorloges, korte, zuivere nagels, korte mouwen) inzake handhygiëne worden niet toegepast door meer dan 25% van de gecontroleerde medewerkers.	0
Het ontbreken van een ontslagbrief in meer dan de helft van de gecontroleerde dossiers van ontslagen patiënten.	0

Tabel 26: Overzicht van de rode knipperlichten en hun frequentie van voorkomen

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt, kwam in 8 van de 14 categorieën geen enkel rood knipperlicht voor. Tekorten op het vlak van de verpleegkundige permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst was het meest voorkomende rode knipperlicht. Hierbij willen we wel opmerken dat deze eis strenger werd gecontroleerd dan vroeger en dat er in feite binnen het rode knipperlicht grote verschillen zijn qua ernst: zo houdt een tekort aan verpleegkundigen op alle gecontroleerde dagen duidelijk een groter risico in dan het wel aanwezig zijn van voldoende verpleegkundigen, maar waarbij er op 1 van de 7 gecontroleerde dagen een verpleegkundige met een beroepstitel tekort was.

Een ander frequent voorkomend knipperlicht betrof de medische permanentie op de gespecialiseerde spoedgevallendienst. Dit kwam 5 keer voor, waarvan 2 keer in combinatie met het knipperlicht over de verpleegkundige permanentie.

Oranje knipperlichten

Een oranje knipperlicht is een ernstig risico m.b.t. patiëntveiligheid dat niet op zichzelf aanleiding geeft tot een check 2; twee (of meer) oranje knipperlichten binnen eenzelfde themagroep geven wel aanleiding tot een check 2.

Er werden 21 oranje knipperlichten gedefinieerd. Hierbij werd rekening gehouden met het aantal observaties (bv. een aantal knipperlichten konden pas voorkomen indien een minimaal aantal observaties konden gebeuren) en met de omvang van de ziekenhuizen (bv. door een aantal knipperlichten in percentages uit te drukken en niet in aantal observaties). In onderstaande tabel geven we per thema een overzicht van de oranje knipperlichten en hun frequentie van voorkomen.

Thema personeel

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
Het aantal aanwezige verpleegkundigen op een intensieve zorgeenheid is onvoldoende in functie van het aantal aanwezige patiënten (patient nurse ratio); de verhouding tussen het aantal patiënten en het aantal verpleegkundigen is groter dan 4.	0	0
Eén of meerdere intensieve zorgeenheden hebben geen inscholingsplan voor nieuwe medewerkers.	0	0
De gespecialiseerde spoedgevallendienst heeft geen inscholingsplan voor nieuwe medewerkers.	0	0

Thema veilige omgeving

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
Er werden meer dan 4 geneesmiddelen aangetroffen zonder enige van de gecontroleerde gegevens: <ul style="list-style-type: none">- voor medicatie per os en ampullen werden de naam van het geneesmiddel, de dosisaanduiding of concentratie en de vervaldatum gecontroleerd,- voor klaargemaakte spuiten en infusen met toegevoegde medicatie werden de naam geneesmiddel, de dosisaanduiding of concentratie, de bereidingsdatum of toedieningsdatum of houdbaarheidsdatum en de naam van de patiënt gecontroleerd.	6	0
Er werden meer dan 5 vervallen geneesmiddelen aangetroffen.	1	0
Er is meer dan 1 afdeling met onvoldoende veiligheidsmaatregelen (aparte bewaring of specifieke labeling) bij de bewaring van de 3 gecontroleerde	15	1

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
sterk geconcentreerde elektrolyten (kaliumchloride, natriumchloride, calciumchloride).		
Er werd vastgesteld dat meer dan 20% van de gecontroleerde parenterale geneesmiddelen door verpleegkundigen werden toegediend zonder een aantoonbaar medisch order.	7	1
Een specifieke reanimatiekar voor urgenties in het ziekenhuis (interne MUG) ontbreekt op de campus.	1	0
Niet al het gecontroleerde materiaal voor kinderen is aanwezig op de gespecialiseerde spoedgevallendienst of de eerste opvang voor spoedgevallen (een bloeddrukmeter met aangepaste manchetten voor kinderen, infuusmateriaal voor kinderen, een defibrillator met kinderinstellingen, intubatiemateriaal voor kinderen).	3	1
De eerste opvang voor spoedgevallen is onvoldoende herkenbaar en/of toegankelijk.	0	0
Niet al het gecontroleerde materiaal is aanwezig op de eerste opvang voor spoedgevallen (een monitor, een defibrillator, een ECG-toestel, een beademingstoestel, een aspiratietoestel, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, een draagbare zuurstofbron).	0	0
Niet al het gecontroleerde materiaal is aanwezig in de MUG-wagen (een bloeddrukmeter, een defibrillator, een pulsoxymeter, een spuitpomp, een glucosemeter, een aspiratietoestel, intubatiemateriaal voor volwassenen, intubatiemateriaal voor kinderen, een beademingsballon, een zuurstofbron).	5	1

Thema gestandaardiseerde zorg

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
Het ontbreken of niet hanteren van een triagesysteem op de gespecialiseerde spoedgevallendienst.	8	3
Het ontbreken van pijnmetingen in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen.	15	3
Het ontbreken van alle 3 de gecontroleerde parameters (pols, bloeddruk, temperatuur) in meer dan 10% van de gecontroleerde dagen.	0	0

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
Het ontbreken van alle 3 de gecontroleerde parameters (pols, bloeddruk, temperatuur) tijdens (na de start van) een bloedtransfusie in meer dan 1 patiëntendossier.	6	0

Thema communicatie

Type oranje knipperlicht	Aantal keer voorgekomen	Aantal keer aanleiding tot check 2
In meer dan 20% van de gecontroleerde patiëntendossiers werd geen enkele notitie over het dagelijks medisch toezicht aangetroffen.	3	0
Meer dan 1 dossier (medisch-verpleegkundig luik) van een patiënt op een intensieve zorgeenheid is niet aanwezig of niet toegankelijk.	3	1
In meer dan 1 patiëntendossier ontbreken alle gecontroleerde gegevens in de schriftelijke communicatie bij transfer tussen afdelingen.	1	0
Voor meer dan 1 patiënt op een intensieve zorgeenheid is de medisch coördinator/eindverantwoordelijke niet eenduidig genoteerd.	1	1
Meer dan 10% van de bevraagde patiënten kregen bij ontslag geen informatie over de gecontroleerde elementen (pijn, vervolgspraak, contactgegevens, medicatieschema).	0	0

Tabel 27: Oranje knipperlichten per thema en frequentie van voorkomen

De twee meest voorkomende oranje knipperlichten gaan over de bewaring van hoogrisicomedicatie op de afdelingen (15 keer) en het ontbreken van pijnmetingen (15 keer).

Op de bewaring van hoogrisicomedicatie en de rol van onze keuze om ook sterk geconcentreerd CaCl₂ als hoogrisicomedicijn te beschouwen, gingen we al uitvoering in bij de bespreking van dit onderwerp (zie hoofdstuk 4.3.1.1).

Wat betreft de pijnmetingen is de grens voor het knipperlicht gekozen op 10% van de gecontroleerde dagen zonder pijnbeoordeling. Minstens 1 pijnmeting per dag is belangrijk vanuit het diagnostisch (het optreden of verergeren van pijn kan wijzen op een complicatie) en therapeutisch (evaluatie van de behandeling) belang. Het eisenkader benadrukt immers het belang van een adequaat pijnbeleid (uitgewerkt beleid, staande orders, aangepaste pijnmeetmethodes...). Anderzijds stelt het eisenkader dat het patiëntendossier de parameter pijn moet bevatten volgens medische indicatie. Aangezien het ons logisch lijkt dat, om een adequaat beleid te kunnen toepassen op basis van staande orders, je over een pijninschatting moet kunnen beschikken, legden we voor het knipperlicht de afkapwaarde op minstens 1 pijnappreciatie per dag (dit kon een meting zijn, maar kon ook een beschrijving zijn).

Check 2

Bij 26 van de 85 (31%) bezochte campussen, behorend tot 21 van de 55 (38%) ziekenhuizen, werd tot een check 2 besloten.

Bij 25 van de 85 (29%) bezochte campussen (behorend tot 21 ziekenhuizen), werd tijdens check 1 minstens één rood knipperlicht toegekend. In totaal ging het om 29 rode knipperlichten. 1 campus had 3 rode knipperlichten, 2 campussen kregen 2 rode knipperlichten en 22 campussen kregen 1 rood knipperlicht.

In totaal gaven de vaststellingen 75 keer aanleiding tot een oranje knipperlicht. Slechts in 6 gevallen kwamen er 2 knipperlichten voor binnen eenzelfde themagroep en gaven deze aldus aanleiding tot een check 2. Dit was het geval op 4 van 85 campussen:

- op 3 campussen ging het om 2 oranje knipperlichten (2 keer binnen het thema gestandaardiseerde zorg, 1 keer binnen het thema communicatie),
- op 1 campus ging het om 6 oranje knipperlichten (4 binnen het thema veilige omgeving en 2 binnen het thema gestandaardiseerde zorg).

4.8 ALGEMENE CONCLUSIES

Zorginspectie checkte onaangekondigd en uniform, op basis van een uitgebreid eisenkader voor de internistische patiënt, de Vlaamse ziekenhuizen. Voor 2/3 van de campussen resulteerde dit in een geslaagde check 1. Voor de overige campussen leidden de vaststellingen tot een check 2 die inzoomde op het vastgestelde knelpunt dat het knipperlicht veroorzaakte.

Uit onze vaststellingen blijkt dat onderwerpen die bij herhaling of vanuit verschillende actoren aan bod komen over verloop van tijd verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn handhygiëne, patiëntidentificatie, preventief onderhoud van medische toestellen en het noteren van parameters tijdens bloedtransfusies.

Daarnaast blijven er belangrijke verbeterpunten bestaan, die liggen in het medicatieproces, rond pijnbeleid, op het vlak van communicatie en bij de zorg voor patiënten met een psychische problematiek.

In een minderheid van de campussen werden knelpunten opgemerkt die een groter risico vormen voor de patiëntveiligheid, daar werd een hercontrole (check 2) voorzien. Het ging daarbij in hoofdzaak om knelpunten op het vlak van permanenties voor spoedgevallendiensten en intensieve zorgeenheden.

Het publiceren van alle inspectieverslagen op onze website www.zorginspectie.be 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.

Dit kwaliteitsdenken is duidelijk ook een bekommernis voor de sector van de ziekenhuizen, waar de knowhow en het engagement binnen dit domein de laatste jaren spectaculair toenam. Vanuit verschillende invalshoeken en met complementaire methodologieën dragen verschillende instanties bij tot het bewaken van de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen:

- quasi alle ziekenhuizen laten hun kwaliteitsmanagementsysteem doorlichten door een ISQua-gecertificeerde accrediteringsorganisatie,
- er is een toenemende participatie aan het VIP²-project waarin de outcome voor de patiënten geobjectiveerd wordt,

- er was een constructieve deelname aan het tweede traject van het nieuwe toezichtmodel vanuit de Vlaamse overheid: het nalevingstoezicht voor de internistische patiënt.

Binnen dit kader wil Zorginspectie, in lijn met en complementair aan andere externe en interne kwaliteitsinitiatieven, via het nieuwe toezichtmodel samenwerken aan een kwaliteitsvolle veilige zorg voor de patiënten in de Vlaamse ziekenhuizen. De inspectieverslagen en dit beleidsrapport leveren hiertoe heel wat materiaal aan dat kan benut worden in de verbetercycli van de individuele voorzieningen, maar ook door beleidsmakers in de sector.

5 BIBLIOGRAFIE

- American College of Emergency Physicians. (2014). *New Guidelines Enhance Care Standards for Elderly Patients in the ED*. Opgehaald van ACEP Clinical Policies: www.acep.org
- Antigifcentrum. (2015). *Activiteitenverslag 2014*. Brussel: Militair Hospitaal Koningin Astrid. Opgeroepen op 2016, van www.antigifcentrum.be/sites/default/files/imce/Jaarverslag%20Antigifcentrum%202014.pdf
- European Resuscitation Council Guidelines. (2015, mei 10). *ERC Guidelines*. Opgehaald van <http://www.cprguidelines.eu/>
- Hoge Gezondheidsraad. (2009). *Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening. HGR nr. 8349*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Hoge Gezondheidsraad. (2014, april 9). *Aanbevelingen betreffende infectiebeheersing bij bouwen, verbouwen en technische werkzaamheden in zorginstellingen (nr. 8580). Consensusdocument 8: bedpanspoeler*. Opgehaald van http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19085808/Consensusdocument%208%3A%20de%20bedpanspoeler.pdf
- ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings*. (2016, mei 10). Opgehaald van Institute for Safe Medication Practices (ISMP): <https://www.ismp.org/tools/institutionalhighAlert.asp>
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen. (2008). *Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp*. Opgeroepen op mei 2016, van www.nvshv.nl
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, Nederlandse Internisten Vereniging. (2015). *Richtlijn Intensive Care*.
- Schalenbourg C, D. C. (2011). *Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis. Trainingsmodule voor verpleegkundigen (Quadri Committed Reserach nr. 2)*. Leuven.
- Society of Critical Care Medicine. (2001). *Critical care delivery: defining clinical roles and the best practice model. Crit Care Med, 2007-2019*.
- World Health Organization. (2007). *Patient identification*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Guide to implementation. A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care*. Genève: World Health Organization.