



Auditverslag

Stedelijk Ziekenhuis Roeselare

Roeselare

December 2011

Aangepast verslag

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Definities	4
1.3	Auditproces	5
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	6
1.5	Auditplan	7
2	Situering van de instelling	9
3	Leiderschap.....	12
3.1	Beleidsorganen	12
3.2	Organisatiestructuur	13
4	Beleid en strategie	15
4.1	Beleidscyclus	15
4.2	Kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid (lerende omgeving)	16
4.3	Formele afspraken	18
5	Middelen	19
5.1	Infrastructuur.....	19
5.2	Procedurebeheer	20
5.3	Patiëntendossier	20
6	Medewerkers	23
6.1	Personeelsbeleid	23
6.2	Artsen.....	25
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	26
6.4	Bestaffing	27
7	Processen	28
7.1	Organisatie van zorg.....	28
7.2	Medicatiedistributie	29
7.3	Sterilisatie- en desinfectieprocessen	32
7.4	Vrijheidsbeperkende maatregelen.....	34
7.5	Infectieziektenbeheersing	38
8	Resultaten.....	42
8.1	Toegankelijkheid.....	42
8.2	Patiëntgeoriënteerde zorg	42
8.3	Continuïteit van zorg.....	43
8.4	Samenwerking	44
8.5	Cijfers.....	44
9	Zorg voor kinderen en neonati	47
10	Zorg voor psychiatrische patiënten.....	52
11	Zorg voor chirurgische patiënten	56
12	Zorg voor kritieke patiënten	61
12.1	Spoedgevallen	61
12.2	Intensieve zorgen	66
13	Zorg voor geriatrische patiënten.....	74

1 Inleiding

In het auditverslag bespreken we vooreerst de ziekenhuisbrede aspecten, vervolgens bespreken we de resultaten van de audit van enkele specifieke zorgtrajecten.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport via een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Facultatief boden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, konden toegelicht worden. Deze slotbespreking was gepland op maandag 27/02/2012, om 10 u in het Ellipsgebouw (Koning Albert II-laan 35 te 1030 Brussel), in het lokaal 00.01. Aangezien er weinig toelichting nodig bleek omtrent de punten die door het ziekenhuis werden aangehaald in de reactienota, werd na telefonisch overleg beslist om van deze slotbespreking af te zien.

1.1 Toepassingsgebieden

1. De vaststellingen betreffende de kwaliteit van zorg worden gedaan door het Agentschap Zorginspectie. Hierbij gebeurt een:

- Toetsing van de federale erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

Tijdens de audit wordt een referentiekader gehanteerd dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Referentiekader-audit-algemene-ziekenhuizen/>

2. De vaststellingen betreffende infectieziektepreventie en medisch milieukundige aspecten worden gedaan door het Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid.

INFECTIEZIEKTEPREVENTIE	
	Toezicht op
Team voor Ziekenhuishygiëne	<ul style="list-style-type: none">- Ziekenhuishygiëne (KB 26 april 2007):<ul style="list-style-type: none">- Ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met:<ul style="list-style-type: none">- standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;- isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;- surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen.- Opzetten van een epidemiebeleid.- Opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals:

	<ul style="list-style-type: none"> - het bouwen of verbouwen; - de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier; - de aankoop van materialen. - Implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties. - Uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne. - Algemeen strategisch plan. - Jaarlijks beleidsplan. - Activiteitenverslag. - Verslag over de werking van het team.
Comité voor Ziekenhuishygiëne	<ul style="list-style-type: none"> - Samenstelling van het comité en frequentie van vergaderen. - Controle op technieken van sterilisatie. - Antibioticumbeleid. - Uitwerken van richtlijnen voor en houden van toezicht op: <ul style="list-style-type: none"> - de methoden van wassen en verdeling van linnen; - de hygiëne bij de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken; - het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval. - Opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en de risicodiensten.
Antibiotherapiebeleidsgroep	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten, evaluatie, planning
Meldingsplicht infectieziekten	<ul style="list-style-type: none"> - Profylaxedecreet (5 april 1995) en uitvoeringsbesluiten

1.2 Definitie

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief of positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie, bv. om de context te schetsen.

Sterke punten (SP)

Dit zijn punten die de auditoren als een meerwaarde voor het ziekenhuis beschouwen.

Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een meerwaarde aanzien.

Aanbevelingen (Aanb)

De aanbevelingen zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Non-conformiteiten (NC)

Dit zijn de elementen die volgens het team niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de

interpretatie ervan, moeten deze non-conformiteiten worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, voor sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Als er geen termijn aan gekoppeld werd, moet de non-conformiteit weggewerkt worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld.

Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor de volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, verpleegkundig beleid, kwaliteitsbeleid en lerende omgeving, infectieziekten, dagziekenhuis, apotheek, centrale sterilisatie, materniteit – N*, zorgprogramma voor kinderen, zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, zorgprogramma voor oncologische basiszorg, palliatieve functie, gespecialiseerde spoedgevallen, intensieve zorgen en operatiekwartier – recovery.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleid- en overlegorganen, jaarverslagen, cijfergegevens, procedures, interne reglementen en het kwaliteitshandboek.

Op 1/12/2011 vond aan de hand van deze zelfevaluaties een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie ("pre-audit").

De audit vond plaats op de volgende data:

5/12/2011	Audit
9/12/2011	Audit
16/12/2011	Opmaak verslag

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase bekomen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige auditverslagen, het zorgstrategisch plan, de teruggekoppelde klinische performantieindicatoren, de website van het ziekenhuis...

Er werden 34 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 3 directieleden, 3 verpleegkundigen-departementshoofden, 10 artsen waarvan 9 medische diensthoofden, 1 arts- en 1 verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, 24 verpleegkundigen waarvan 14 hoofdverpleegkundigen, 1 apotheker, 1 kwaliteitscoördinator en 3 patiënten.

Volgende verpleegafdelingen werden tijdens de audit bezocht:

Inwendige – Oncologie (A1), Algemene Heelkunde – Urologie (A3), gemengde heelkundige afdeling (B2), Psychiatrie (C1), Oncologisch dagziekenhuis (C1), Geriatrie (C2), Inwendige – neurologie (B1-F1), Neonatologie op de Materniteit (MAT), Orthopedie (X1), Pediatrie (X3), Daghospitaal (B3), Pijnkliniek (B4), Intensieve zorgen (ICU), Hartbewaking (CCU), Operatiekwartier (OK), sterilisatieafdeling (CSA) en de spoedgevallendienst (SO).

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

In het eerste deel van het verslag staan ziekenhuisbrede zorgaspecten beschreven. Zo worden leiderschap, beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten binnen het ziekenhuis in kaart gebracht.

Daarna wordt er dieper ingegaan op zorgtrajecten voor specifieke patiëntengroepen. De zorg voor kinderen en neonati, psychiatrische, chirurgische, kritieke en geriatrische patiënten komt achtereenvolgens aan bod. Bij elk zorgtraject wordt, na een korte situering (d.i. neutrale informatie als algemene vaststelling), beschreven hoe de aspecten beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten ingevuld worden voor deze doelgroep.

1.4 Samenstelling van het auditteam

Tom Wylin	Hoofdauditor Zorginspectie
Michaëla Daelemans	Auditor Zorginspectie
Koenraad Fierens	Auditor Zorginspectie
Veerle Meeus	Auditor Zorginspectie
Evelyn Vandermeersch	Observator Zorginspectie
Caroline Broucke	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid
Hanna Masson	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

1.5 Auditplan

Zorginspectie

Maandag 5/12/2011				
	Tom Wylin	Daelemans Michaëla	Koenraad Fierens	Veerle Meeus
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')			
9:30 – 11:30	Zorg voor chirurgische patiënten: operatiekwartier en CSA	Zorg voor psychiatrische patiënten	Zorg voor kritieke patiënten: intensieve zorgen	Zorg voor kinderen / N*
11:30 – 13:00	Zorg voor chirurgische patiënten: dagziekenhuis	Apotheek / Medicatie-distributie	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling
13:00 – 14:00	Middagmaal			
14:00 – 16:00	Overleg auditoren			

Vrijdag 9/12/2011				
	Tom Wylin	Michaëla Daelemans	Koenraad Fierens	Veerle Meeus
9:00 - 11:00	Algemeen en medisch beleid (elk 1 uur)	Lerende omgeving: kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid	Zorg voor kritieke patiënten: spoed en MUG	Aspecten van verpleegkundig en VTO-beleid
11:00 – 13:00	Verpleegafdeling heelkunde	Zorg voor oncologische patiënten: dagziekenhuis en verpleegafdeling	Verpleegafdeling interne	Zorg voor geriatrische patiënten
13:00 – 14:00	Middagmaal			
14:00 – 16:00	Overleg auditoren			

Agentschap Zorg en Gezondheid – Toezicht Volksgezondheid, team infectieziektenbeheersing

Maandag 05/12/2011	
Caroline Broucke en Hanna Masson	
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')
9:30 – 13:00	Rondgang op de verpleegafdelingen
13:00 – 14:00	Middagmaal
14:00 – 16:00	Gesprek met het team ziekenhuishygiëne

Vrijdag 16/12/2011: Redactie van het verslag te Brussel

2 Situering van de instelling

Naam	Stedelijk Ziekenhuis Roeselare
Adres	Brugsesteenweg 90
Gemeente	8800 Roeselare
Telefoon	051/ 23 61 11
Fax	051/ 23 66 87
Website	www.srz.be
e-mail	szr@szr.be
Erkenningsnummer	002

Inrichtende macht

OCMW Roeselare (overeenkomstig art. 218 van het decreet van 19 december 2008 betreffende de organisatie van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn)

Gasthuisstraat 10

8800 Roeselare

Voorzitter van het Beheerscomité

Dhr. Geert Depondt

Directiecomité

Algemeen directeur	Dhr. Peter Fontaine
Hoofdgeneesheer	Dr. Philippe Debucquoy
Verpleegkundig en paramedisch directeur	Dhr. Dany Vanhaelewyn
Financieel-administratief directeur	Dhr. Bart De Bock
Facilitair directeur	Dhr. Herman Annaert
Directeur personeel en organisatie	Dhr. Wouter Benoit
Departementshoofd beleidsinformatie	Dhr. Kristof Baetens

Achtergrond

Momenteel heeft het ziekenhuis vanwege de Vlaamse overheid een erkenning voor volgende diensten, functies, zorgprogramma's, medisch-technische diensten en associaties:

C	D	E	G	M	A	Sp-chron	TOTAAL
95	77	21	24	23	30	60	330 bedden

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie ziekenhuisbloedbank
- Functie lokale neonatale zorg
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie medische urgentiegroep
- Functie chirurgische daghospitalisatie
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- Functie voor intensieve zorg (12 C + 6 D-bedden)
- Functie palliatieve zorg
- Zorgprogramma cardiale pathologie A en P
- Zorgprogramma voor oncologie
- Zorgprogramma voor kinderen
- Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
- Medisch-technische dienst medische beeldvorming met CT-scan
- Medisch-technische dienst medische beeldvorming met NMR-scan

- Associatie tussen het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen en de Sint-Jozefskliniek te Izegem met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van de functie mobiele urgentiegroep via alternerende werking (associatie erkend van 1/7/2008 t.e.m. 30/06/2013); met erkenning van de functie mobiele urgentiegroep in het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare van 01/01/2007 t.e.m. 31/12/2011.
- Associatie "NMR SZR – SJI" tussen het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en de Sint-Jozefskliniek te Izegem met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van een dienst medische beeldvorming waarin een magnetische resonantie tomograaf staat opgesteld (associatie erkend van 15/12/2008 t.e.m. 31/12/2011); met erkenning van de dienst medische beeldvorming waarin een magnetische resonantie tomograaf staat opgesteld in het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare van 15/12/2007 t.e.m. 31/12/2011.
- Associatie "Netwerk Oncologie in West-Vlaanderen" tussen het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, de Sint-Jozefskliniek te Izegem en het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (associatie erkend van 15/02/2009 t.e.m. 30/06/2013); met erkenning van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker in het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, campus Wilgenstraat van 15/02/2009 t.e.m. 30/06/2013.

Geschiedenis

Met het eerste openbaar gasthuis in Roeselare, dat volgens een oude kroniek in 1245 zou gesticht zijn onder de naam Sint-Jansgasthuis (met 5 bedden), heeft het huidige Stedelijk Ziekenhuis maar weinig te maken. De eigen geschiedenis gaat terug op een godshuis dat in 1827 met private giften werd opgericht, maar waarvan het bestuur al in 1832 in handen kwam van de Roeselaarse Commissie der Burgerlijke Godshuizen. Deze Commissies werden in 1925 samengevoegd met de Burelen van Weldadigheid ter vorming van de Commissies van Openbare Onderstand (C.O.O.), die zelf, met uitbreiding van de sociale dienstverlening van

behoeftigen naar alle burgers, in 1976 opgingen in de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).

Rond 1860 bleek het Godshuis-Hospitaal te klein en waren er ook grote herstellingswerken nodig. Na een langdurige polemieek werd ervoor gekozen een nieuw Godshuis-Hospitaal met boerderij te bouwen aan de Brugsesteenweg. De opening vond plaats in 1881.

Grosso modo kunnen we spreken van 5 grote bouwfases. Een eerste fase duurde van 1877 tot 1881, met de bouw van een klein hospitaal (twee ziekenvleugels met telkens 10 bedden, 1 voor mannen en 1 voor vrouwen), centraal een gebouw met de hoofdingang dat als woning moest dienen voor de (leken)zusters en rechts een groter gebouw met 1 verdieping voor de behoeftige bejaarden. De verbindingsgang tussen inkom en hospitaal werd later verbreed en komt overeen met de huidige vleugel F, de gebouwen van het godshuis worden tegenwoordig door het OCMW gebruikt (vleugels D en E).

Een tweede fase situeert zich tussen 1936 en 1939. Het kleine ziekenhuis kreeg 2 tot 3 bijkomende verdiepingen (huidige B-vleugel), ook het godshuis werd uitgebreid en alle gebouwen werden aangesloten op het elektriciteitsnet.

Tussen 1963 en 1970 werd het ziekenhuis uitgebreid met een nieuwe vleugel voor hospitalisatie (A-vleugel) en een technisch blok (T-vleugel), waarin de fysiotherapie en het operatiekwartier onderdak vonden.

Begin 1978 opende een nieuw mortuarium de deuren op de plaats waar het eerste mortuarium ooit gestaan had en in 1981 werd de C-vleugel in gebruik genomen.

Tenslotte werd in 2010 – 2011 het blok X aangebouwd aan de C-vleugel. Hierin moeten verschillende diensten komen (psychiatrische afdeling, pediatrie, Sp-revalidatie, CSA, uitbreiding OK) terwijl een deel zal dienen als wisselafdeling om de rest van het ziekenhuis te kunnen renoveren.

Eerst wil men de materniteit en het verloskwartier renoveren. Dit ziekenhuisonderdeel ontwikkelde zich min of meer los van de rest. In 1920 opende het Bureel van Weldadigheid op de hoek Gasthuisstraat – Handelsstraat een moederhuis in een houten barak (daarvoor was er alleen kraamzorg aan huis). Dit gebouw bleek al snel te klein en ongeschikt zodat in 1932 op dezelfde plaats een materniteit geopend werd. Afgezien van een consultatiegebouwtje uit 1947 en een vleugel uit 1964-68 met nieuwe arbeids- en verloskamers, een neonatologiekamer, een onderzoekskamer en 12 eenpersoonskamers, bleef het oorspronkelijke gebouw bijna ongewijzigd tot op heden. Rond de eeuwwisseling werd het geheel via een overdekte gang met de rest van het ziekenhuis verbonden.

Andere ziekenhuizen in de omgeving zijn het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen (campussen Wilgenstraat en Westlaan), de Sint-Jozefskliniek te Izegem, het categoriaal ziekenhuis Ten Bos te Izegem (waarvan de bedden vanaf 1 januari 2012 deel zullen uitmaken van de Sint-Jozefskliniek), het Sint-Rembertziekenhuis te Torhout en het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt.

3 Leiderschap

3.1 Beleidsorganen

- Het Beheerscomité (BC) komt 2 keer per maand samen en telt 7 beraadslagende leden (allen OCMW-raadsleden), 5 raadgevende leden (5 directieleden) en 3 deskundigen (de OCMW-secretaris, de OCMW-ontvanger en de directeur personeel en organisatie van het OCMW). Slechts enkele van de beraadslagende leden en deskundigen beschikken over kennis en ervaring inzake modern ziekenhuismanagement. Best wordt gezocht hoe meer leden met dergelijke expertise in dit beleidsorgaan kunnen geïntroduceerd worden. **(Aanb)**
- Het directiecomité (DC) vergadert wekelijks en bestaat uit 7 vaste leden. Het diensthoofd apotheek wordt enkele keren per jaar uitgenodigd (2 keer in 2011). Voor 2009 bestond er geen apart directiecomité voor het ziekenhuis, maar was dit verweven met het bestuur van het OCMW. Ook de scheiding tussen OCMW-diensten en ziekenhuisdiensten was niet duidelijk. Na een externe audit en sedert de laatste bestuurswissel is er voor geopteerd het ziekenhuis meer autonoom te laten functioneren en slechts enkele diensten samen met het OCMW als “shared service” te organiseren. Sindsdien is duidelijk een nieuwe dynamiek ontstaan. **(AV)**
- De medische raad wordt om de 3 jaar verkozen en telt 9 leden. De hoofdgeneesheer (en voormalig voorzitter van de medische raad) maakt geen deel uit van de medische raad, maar licht er wel regelmatig zijn beleid toe. **(AV)**
- Qua overleg tussen beheerscomité en directiecomité en/of medische raad is er een Bureau (voorzitter BC, algemeen directeur en hoofdgeneesheer) en een Bureau+ (leden van het bureau en de voorzitter van de medische raad). Om de twee weken is er een bijeenkomst, de ene keer van het bureau, de andere keer van het bureau+. Voor het overleg rond de financiële kwesties is er een aparte financiële commissie die 1 à 2 keer per jaar samenkomt. **(AV)**
- In 2011 was er onvoldoende overleg binnen het medisch departement. **(TK)** De medische diensthoofden en departementshoofden kwamen nog niet samen. Vanaf 2012 is er maandelijks een bijeenkomst van de medische en verpleegkundige departementshoofden voorzien. Wekelijks wil men ook een departementsvergadering laten doorgaan, waarbij de hoofdgeneesheer telkens met 1 medisch departementshoofd een overleg houdt. Op het niveau van de diensten plant men om de 2 maanden een overlegvergadering van het medisch departementshoofd met de stafleden van zijn dienst. Tenslotte is er 2 à 3 keer per jaar een ziekenhuismanagementsmeeting gepland, waarop artsen, directie en middenkaders verwacht worden. Voorlopig wil de hoofdgeneesheer al deze overlegvergaderingen bijwonen en begeleiden, totdat de departementshoofden en diensthoofden beter met hun taak vertrouwd zijn. **(AV)**
- Binnen het verpleegkundig departement was het diensthoofdenoverleg het belangrijkste overlegorgaan. Er waren 4 bijeenkomsten per jaar. In afwachting van de invoering van de nieuwe organisatiestructuur op andere afdelingen heeft men dit diensthoofdenoverleg vervangen door een kleine wekelijkse vergadering met hoofdverpleegkundigen voor de bespreking van operationele punten en enkele grotere vergaderingen voor meer strategische en projectmatige onderwerpen. **(AV)**
- Er zijn geen functieomschrijvingen van de verschillende beleids- en overlegorganen. Men verwijst naar de studie van een extern consultingbureau. Deze studie bevat een beschrijving van de toestand op het moment van de studie en een opsomming van mogelijke en/of gewenste wijzigingen. Het ziekenhuis voegde er aan toe dat de aanbevelingen intussen uitgevoerd werden. Aangezien sommige punten zeer

voorwaardelijk werden geformuleerd en andere dwingender, is het echter onduidelijk wat wel en wat niet uitgevoerd werd. We bevelen daarom aan om functieomschrijvingen van de verschillende beleidsorganen op te stellen, met aandacht voor de eigen situatie (bv. oprichtingsdatum en huidige samenstelling), de taken en bevoegdheden en dit geheel aan te vullen met de werking (aantal vergaderingen, data), de onderlinge samenhang en de communicatielijnen (aanspreekpunt, wie vertegenwoordigt wie, wijze van verslaggeving en verspreiding). Dit alles kan dan als uitleg dienen bij en gelinkt worden aan het organogram van de instelling. **(Aanb)**

- De stuurgroep kwaliteitszorg bestaat uit directieleden, de verpleegkundige middenkaders, de arts-voorzitter van het comité patiëntveiligheid, de verpleegkundig ziekenhuishygiënist en de kwaliteitscoördinator. De stuurgroep vergadert 7 maal per jaar. Het comité patiëntveiligheid bestaat uit de leden van de stuurgroep kwaliteitszorg, aangevuld met 4 artsen en 6 verpleegkundigen. Het comité komt 4 maal per jaar samen. **(AV)**
- Naast de hierboven genoemde beleidsorganen zijn er nog heel wat andere adviesorganen, commissies, comités en werkgroepen actief. Op instellingsniveau gaat het om: **(AV)**
 - Het lokale Ethisch Comité
 - Het Basisoverlegcomité met werknemers- en werkgeversafgevaardigden
 - Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk
 - Het Medisch Farmaceutisch Comité, het Comité Medisch Materiaal, het Antibioticacomité en het Transfusiecomité
 - Het Comité Ziekenhuishygiëne en het Team Ziekenhuishygiëne
 - De Comités rond incident- en crisismanagement rampen (coördinatiecomité, permanent comité en werkgroep)
 - De associatiecomités voor het Netwerk Oncologie in West-Vlaanderen, voor de MUG-functie en voor de NMR.
 - Daarnaast zijn er nog comités en werkgroepen per departement.

3.2 Organisatiestructuur

- De algemeen directeur is in dienst sinds 1 september 2009. Hij is verantwoordelijk voor het leiden en coachen van het directiecomité, voor de communicatie met het beheerscomité en de medische raad, neemt deel aan de wettelijke comités en is de eindverantwoordelijke voor een aantal stafdiensten (beleidsinformatie, kwaliteit, ziekenhuishygiëne, directiesecretariaat en de ombudsfunctie). De directeur is verpleegkundige van opleiding, volgde ziekenhuiswetenschappen en behaalde een Master in Business Administration aan de Vlerick Leuven Gent Management School. Voor zijn komst was hij een tijdlang directeur 'Strategie en Beleidsinformatie' in een ander ziekenhuis. **(AV)**
- In de voorbije twee jaar is veel aandacht gegaan naar het opstellen van een nieuwe algemene regeling, nieuwe financiële regelingen voor de medische disciplines en voor de medisch-technische diensten, het centraliseren van de inschrijvingen en de inning van de honoraria en het volwaardig invullen van de beleidsorganen (nieuwe directiefuncties), dit in goede verstandhouding met en met steun van het beheerscomité. **(AV)**
- De hoofdgeneesheer wordt telkens aangesteld voor een periode van 6 jaar. De huidige hoofdgeneesheer is in dienst sinds april 2011. Daarvoor was hij voorzitter van de medische raad. Op het moment van de audit is hij aangesteld voor 2 dagen per week, vanaf 2012 komt daar een derde dag bij. De hoofdgeneesheer behaalde een master in het beleid van de gezondheidszorg en ziekenhuismanagement. Hij heeft een duidelijke visie

over hoe het medisch beleid op een betere manier kan georganiseerd worden in dit ziekenhuis. **(AV)**

- Binnen het medisch departement is een veranderingsoperatie aan de gang. Men wil de klassieke departementale organisatie (hoofdgeneesheer – medische diensthoofden) wijzigen door toevoeging van een extra niveau (medische departementshoofden) en (op lange termijn) komen tot een medisch-verpleegkundige aansturing op de verschillende niveaus.

Men wil komen tot 7 medische departementen, 22 medische diensten en 4 operationele diensten (operatiekwartier, dagcentrum, spoedopname en MUG en intensieve geneeskunde). In het verleden bleek het moeilijk om medische diensthoofdenvergaderingen te organiseren. Dit bleek vooral een kanaal om informatie door te geven vanuit de directie, terwijl er minder bottom-up doorstroming was. Door te vergaderen met een beperktere groep medische departementshoofden wil men meer tot tweerichtingsverkeer komen.

De 7 medische departementshoofden zijn in dat opzicht te vergelijken met de leden van het verpleegkundig middenkader (hier departementshoofden verpleging genoemd), met wie ze nauw zullen moeten samenwerken.

In september 2011 zijn er voorlopig medische departementshoofden aangeduid. Na de jaarwisseling moeten zij vervangen worden door verkozen artsen. De kandidaten mogen geen lid zijn van de medische raad. Op die manier wil men er voor zorgen dat deze nieuwe beleidsstructuur geen taken van de medische raad gaat overnemen.

Op afdelingsniveau wil men de leiding in handen geven van een duo van hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd. Dit is al doorgevoerd voor het OK, de kritieke diensten en spoed. Recent heeft men een reorganisatie van de verpleegafdelingen doorgevoerd. Waar vroeger heelkundige en internistische patiënten op zowat alle afdelingen terecht konden komen, heeft men nu iedere afdeling toegewezen aan één of meerdere disciplines. Dit moet de organisatie van de zorg (aansturing, procedures, artsenronde...) vereenvoudigen. **(AV)**

- Het verpleegkundig en paramedisch departement wordt aangestuurd door de verpleegkundig en paramedisch directeur. Hij wordt bijgestaan door 3 verpleegkundige middenkaders (3VTE) (diensthoofden) en een verpleegkundig ziekenhuishygiënist (1 VTE). De 3 verpleegkundige diensthoofden staan allen in lijnfunctie en hebben daarnaast een aantal gedelegeerde eindverantwoordelijkheden als stafmedewerker. **(AV)** Diëtisten (4 VTE) worden volgens het organogram aangestuurd vanuit het verpleegkundig en paramedisch departement, maar er is geen systematisch overleg met de verpleegkundige directie. Er is geen diensthoofd of verantwoordelijke aangesteld voor de diëtisten. **(TK)**
- Uit het organogram valt de medisch-verpleegkundige aansturing van de kritieke diensten, spoed en OK niet op te maken. Ook de opnameverpleegkundigen (3 VTE) ontbreken. Psychologen (5,30 VTE) worden rechtstreeks aangestuurd door de directeur. Dit is niet correct weergegeven in het verpleegkundig organogram. **(Aanb)**

4 **Beleid en strategie**

4.1 **Beleidscyclus**

- Missie en visie werden in 2010 opgesteld na een bottom-up bevraging onder begeleiding van een externe firma. Dit resulteerde in een algemene SWOT van het ziekenhuis en van daaruit werden de 6 strategische prioriteiten en de 14 strategische projecten gedestilleerd. Ieder project wordt toegewezen aan een projectsponsor, die een team moet samenstellen om het project verder uit te werken. In de stuurgroep kwaliteit, die maandelijks bijeenkomt, worden de projecten opgevolgd.
Men heeft de missie samengevat in drie kernwoorden: "Samen, Toonaangevend en Persoonlijk" . **(AV)**
- Op de meeste diensten zijn er goede SWOT's opgesteld met bepaling van korte en lange termijn doelstellingen. **(SP)** Deze werden vaak enkel verpleegkundig uitgevoerd, wat een gemiste kans is. **(Aanb)**
- Op instellingsniveau wordt al sedert eind 2009 een beleidsnota opgesteld (beleidsnota 2010, 2011 en 2012), waarbij men vertrekt van voorlopige cijfers en een extrapolatie maakt voor de rest van het jaar. Men denkt er aan om dit aan te vullen met een echt jaarverslag waarin dan de definitieve cijfers zouden verwerkt worden. Deze beleidsnota, die samen met het investeringsbeleid het beleidsplan van de instelling vormt, geeft een overzicht van de algemene en medische activiteiten. **(AV)** Verpleegkundige aspecten ontbreken hierin alsook een verpleegkundig jaarverslag. **(NC)**
- Tot op heden stelden de meeste diensten en afdelingen geen jaarverslag op. **(TK)** Ook voor diensten en commissies waarvoor dit verplicht is, werd geen jaarlijkse kwalitatieve toetsing van de activiteiten uitgevoerd (bv. zorgprogramma voor kinderen, zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, zorgprogramma oncologie, zorgprogramma cardiale pathologie, de N*-functie en de materniteit, de functie intensieve zorgen, de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, de functie chirurgische daghospitalisatie, de functie niet-chirurgische daghospitalisatie, de dienst medische beeldvorming, het comité medisch materiaal, de antibioticatherapiebeleidsgroep, het medisch farmaceutisch comité, het team ziekenhuishygiëne, ethisch comité...). **(NC)** Alleen de ombudsfunctie beschikt over een jaarverslag.
Vanaf dit jaar moeten de medische diensthoofden een beleidsplan opstellen, dat in feite een combinatie zal zijn van een jaarverslag en beleidsplan. Hiervoor heeft de hoofdgeneesheer een sjabloon aangereikt. Dit sjabloon is zeer alomvattend (voorstelling medische dienst, evolutie medische activiteit met operationele performantie, klinische performantie, performantie kwaliteit van zorg en marktpositie, om te eindigen met de beleidsdoelstellingen). Voor de concrete uitwerking wordt ondersteuning voorzien. **(AV)**

Er worden slechts beperkt beleidsgegevens van uit het centrale niveau teruggekoppeld naar de afdelingen. Het gebrek aan goed cijfermateriaal maakt het moeilijk om de eigen werking op objectieve wijze te evalueren en bij te sturen, of om SMART-doelstellingen te formuleren en op te volgen. **(TK)**
- Het ziekenhuis participeert sinds een jaar aan het MINOZ-project van de Vlerick Management School. MINOZ staat voor Management, Integratie, Navorsing en Opleiding in Ziekenhuizen. Dit onderzoekscentrum werd opgericht in 1997. Het voorbije jaar werd het onthaalgebeuren grondig geanalyseerd en werd in groep gezocht naar oplossingen voor de knelpunten die daarbij naar boven kwamen. Dit jaar loopt een project over de ziekenhuisapotheek. **(SP)**

4.2 Kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid (lerende omgeving)

- Er zijn verschillende kanalen langs waar men zicht krijgt op de kwaliteit van zorg: **(AV)**
 - Verschillende klinische performantie-indicatoren (KPI) worden opgevolgd (Navigator, patient safety indicatoren van FOD, indicatoren teruggekoppeld door de Vlaamse overheid).
 - VIM-meldingen worden geanalyseerd.
 - Adviezen worden geformuleerd o.b.v. klachtmeldingen.
 - Vanuit MKG worden dossiers van patiënten met een laag risico die overlijden, besproken met de behandelende arts.
 - Het gebruik van de OK-checklist werd opgevolgd door directe observatie en door implementatiemetingen in oktober-november 2011.
 - Er gebeurt een jaarlijkse externe audit omtrent decubitus.
 - Patiënten- en medewerkerstevredenheidsmetingen, enquêtes bij huisartsen.

Hoewel men over heel wat klinische performantie indicatoren beschikt, worden deze nog onvoldoende als sturingsinstrument gebruikt voor de kwaliteit van zorg. **(TK)**

- De analyse gebeurt voornamelijk door de cel beleidsinformatie en de indicatoren worden besproken op de stuurgroep kwaliteit, maar de zorgverstrekkers, artsen en verpleegkundigen, zijn nog onvoldoende betrokken bij de klinisch-inhoudelijke analyse van de indicatoren.
 - Registratiegegevens i.v.m. kwaliteit van zorg worden niet (systematisch) naar de diensten terug gekoppeld (bv. Navigator op ICU, medewerkerstevredenheid PAAZ...). Sommige diensten registeren zelf een aantal gegevens bij gebrek aan terugkoppeling.
 - Van een aantal zorgprocessen worden onvoldoende registratiegegevens bijgehouden (bv. fixatie, afzondering in isolatiekamer, IPEO...).
- Er zijn heel wat verbeterprojecten lopende binnen de 4 domeinen van het kwaliteitsdecreet. **(SP)**

Klinische performantie:

 - Malnutritie: komt al uit vorig handboek, maar de doelstellingen waren nog niet bereikt.
 - Valpreventie: uitwerken van een valpreventiebeleid, omdat de helft van de meldingen in VIM over vallen gaat (project: "Stap op een veilige manier door ons ziekenhuis").
 - VAP: federaal project ter invoering van zorgbundel VAP (met compliance metingen).

Operationele performantie:

- Opera: planningssoftware om operatietijd zo efficiënt mogelijk te benutten.
- Lean management.
- Opnameverpleegkundige: goede voorbereiding van de opname zodat de opname zelf vlotter gaat.
- CPD-VE: softwarepakket op de afdelingen om alle informatie over de patiënt te bundelen.
- Zorgpad COPD: gestandaardiseerd proces, om de zorg te optimaliseren.
- Klinisch pad geplande sectio: gestandaardiseerd proces, om de zorg te optimaliseren.
- Patient safety checklist: invoer in OK in het kader van patiëntveiligheid.
- Medicatiekarren: medicatie niet meer klaarzetten, maar op basis van het elektronisch medicatieschema uit de kar halen.

Evaluatie door de gebruiker:

- Tevredenheid patiënten,
 - Een klassieke algemene continuë bevraging bij ontslag van patiënten.
 - Deltabevragingen van patiënten gebeurden in 2008, 2009 en 2010. De volgende is gepland in het najaar 2012. Verbetering van de informatie voor patiënten werd aangepakt (bv. op het vlak van zaalrondes en financieel).

- Daarnaast zijn er enquêtes bij specifieke doelgroepen: Joint en Shoulder Care, pijnkliniek, rugschool, kinderen op kinderafdeling, COPD-patiënten, oncorevalidatiepatiënten.
 - Tevredenheid van huisartsen werd bevraagd in 2006, 2008 en 2010. Verbetering werd doorgevoerd op het vlak van ontslaginformatie.
- Evaluatie door de medewerker:
 - Deltabevragingen van het personeel gebeurden in 2006, 2008 en 2010. Een nieuw personeelsstatuut werd opgemaakt, de communicatie van directie naar personeel werd verbeterd, infrastructuur wordt vernieuwd.
 - Patiëntveiligheidscultuurmetingen gebeurden in 2008 en 2011.
 - Personeelsdienst volgt daarnaast een aantal items op zoals exitgesprekken, ziekteverzuim...
- De opvolging van de verschillende kwaliteitsprojecten verloopt onvoldoende gestructureerd (volgens PDCA-cyclus). **(TK)**
 - Er is geen kwaliteitshandboek of ander document dat een overzicht biedt op de lopende projecten met hun doelstellingen, de huidige stand van zaken, de geboekte resultaten, de analyses, de (aangepakte) knelpunten, de geplande acties.
 - Men heeft geen overzicht op papier van alle werkgroepen, projectgroepen, comités en teams (en hun samenstelling) die bezig zijn met de verschillende kwaliteitsprojecten.
 - Centraal heeft men onvoldoende zicht op alle projecten die lopen in het ziekenhuis. Zo blijken er op de werkvloer bevragingen van specifieke patiëntengroepen te gebeuren waar de kwaliteitscoördinator en stuurgroep kwaliteit geen zicht op hebben.
 - Er is onvoldoende systematiek in de aanpak van knelpunten uit de verschillende tevredenheidsmetingen. Er is bv. geen overzicht van de doelstellingen die op afdelingsniveau werden geformuleerd. Opvolging door de stuurgroep gebeurt niet voor alle projecten systematisch.
- Met de beleidsnota 2011 werd een start gemaakt met jaarlijkse beleidscyclussen, waarbij kwaliteitsbeleid integraal deel uitmaakt van het strategisch beleid. Deze nieuwe beleidsoptie is nog grotendeels in planningsfase en werd nog niet helemaal vertaald naar concrete verbetertrajecten. **(AV)**
 - Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn opgenomen in de strategische doelstellingen. **(SP)** Voor de strategische doelstellingen zijn projectfiches in opmaak. Hierin zijn nog geen actieplannen uitgewerkt. De projectgroepen zijn nog niet actief. **(AV)**
 - Kwaliteit werd in 2011 systematisch als agendapunt besproken op de vergaderingen van het directiecomité. **(SP)**
 - Er werd gekozen voor een NIAZ-accreditatietraject. In 2012 plant men de nulmeting uit te voeren. **(AV)**
 - We bevelen aan om kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid ook systematisch te agenderen op de vergaderingen van de andere beleidsorganen, zoals bv. het beheerscomité, de departementshoofdenvergaderingen, de hoofdverpleegkundigenvergaderingen, de werkvergaderingen op dienstniveau. **(Aanb)**
 - Op dienstniveau zijn beleidscyclussen nog niet ingeburgerd. **(TK)** Eén van de strategische doelstellingen is het ziekenhuisbreed implementeren van een beleidscyclus. Nog niet alle leidinggevenden (hoofverpleegkundigen en medische diensthoofden) hebben voldoende kennis om beleidsplannen te kunnen opmaken. Er werd een basissjabloon opgemaakt voor (medische) beleidsplannen. **(AV)** We bevelen aan om hierin meer plaats te voorzien voor verbeterprojecten, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. **(Aanb)** Een 10-tal medische diensthoofden volgden in 2010 een managementopleiding. Een aantal afdelingen voerde in 2010 een SWOT uit en heeft o.b.v. deze analyse een aantal verbetertrajecten opgezet met verbeterresultaat voor de zorg. **(SP)**

- Sinds 2009 is een VIM-systeem operationeel. **(AV)**
 - Terugkoppeling van de meldingen gebeurde voor 2010 met een jaaroverzicht. Individuele feedback aan de melder is op dit moment nog niet haalbaar. Men wil dit in 2012 introduceren m.b.v. nieuwe software.
 - In 2010 werden 467 meldingen gedaan, waarvan 51% valincidenten, 19% decubitus, 8% medicatiefouten, 2% agressie en 0,5% nosocomiale infecties.
 - Sinds 2010 gebeurt een analyse van incidenten, de analyse verschilt naargelang de ernstgraad. Veel voorkomende incidenten worden geanalyseerd via de PRISMA-methode, ernstige incidenten d.m.v. de SIRE-methode. Uit de analyses volgden een aantal verbeterprojecten (valpreventie, etikettering van high risk medicatie, compartiment controle in de VANASkast op spoed). **(SP)**
- Tijdens de rondgang op de afdelingen bleek dat niet alle (ernstige) incidenten gemeld worden. Nog niet alle medewerkers kennen het VIM-systeem voldoende of zijn zich bewust van wat als incident kan begrepen worden. **(TK)** We bevelen aan om nog meer aandacht te besteden aan de communicatie over wat men kan leren uit analyses van incidenten. Advies om een specifieke vorming voor artsen te organiseren over incidenten. **(Aanb)**

4.3 Formele afspraken

- De algemene regeling en het reglement voor de centrale inning dateren van 24/12/2010, net als de financiële regeling van de medisch-technische diensten. De financiële regeling van de klinische diensten werd op 09/02/2011 gefinaliseerd. Het medisch reglement is afgewerkt en moet nog goedgekeurd worden door de medische raad en het beheerscomité. **(AV)**
 - Op het operatiekwartier beschikt men over een hygiënisch reglement van 05/12/2005 (met wijzigingen op 15/12/2009, 09/03/2010, 10/08/2010 en 21/12/2010) en over een reglement van inwendige orde van 23 mei 2011 (goedgekeurd op het directiecomité van 13/06/2011). Verder is er ook een reglement dat de toegang van externe personen regelt. Het hygiënisch reglement is sterk uitgewerkt en bevat ook richtlijnen over het technisch onderhoud van de verschillende apparaten (frequentie, door wie uitgevoerd). **(SP)**
- Op ICU en spoed zijn een aantal reglementen uitgewerkt maar nog niet geautoriseerd door de bevoegde organen. **(AV)**
- De samenwerking tussen het zorgprogramma voor kinderen en de eigen functie voor intensieve zorgen is niet geformaliseerd. **(Aanb)**

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Qua brandveiligheid beschikt het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare niet over een verslag van de brandweer en een attest van de burgemeester die minder dan vijf jaar oud zijn. Het verslag van de brandweer dateert van 26/06/2006, het attest van de burgemeester van 27/06/2006. Voor de nieuwe vleugel (X-blok) beschikt men over een verslag van de brandweer van 06/09/2011 evenals over een gunstig attest van de burgemeester van 06/09/2011, maar deze documenten hebben enkel betrekking op de verdiepingen waarop de Sp-dienst gehuisvest is en tellen niet voor de andere verdiepingen. **(NC)**
- Infrastructureel stammen een aantal vleugels uit de jaren 30 van de vorige eeuw (M, B, D en E), andere uit de jaren 70 (vleugels A en T), terwijl vleugel C in 1982 in gebruik genomen werd. Later werd nog een "tijdelijke" containerbouw toegevoegd aan de C-vleugel waarin het oncologisch dagziekenhuis werd ondergebracht.

Tegelijkertijd kende het ziekenhuis de laatste jaren een sterke groei. Zo steeg het aantal patiënten die beroep deden op het ziekenhuis de voorbije vijf jaar met 33% (terwijl de ligduur daalde met 14%), werden 60 Sp-bedden van het ziekenhuis Godtsvelde uit Kortemark overgenomen en steeg het aantal verantwoorde bedden tot 356. Dit alles zorgde ervoor dat de infrastructuur niet alleen te klein geworden was, maar dat ook de indeling en schikking van de gebouwen voor de nodige problemen en beperkingen zorgde.

Met federale en eigen middelen werd een blok X opgericht (= 11000 m²), palend aan blok C. Dit blok bevat een nieuwe psychiatrische afdeling, op de eerste verdieping een nieuwe revalidatieruimte (905 m²), een afdeling orthopedie (Joint-Care) en op de twee verdiepingen daarboven de 60 Sp-bedden. Tenslotte zullen op de derde verdieping nog twee extra OK-zalen en een nieuwe CSA ingericht worden, terwijl een nieuwe pediatrie-afdeling intussen al in dienst genomen werd.

Men wil nu de rest van de afdelingen renoveren en een aantal infrastructurale problemen oplossen. Hiervoor wil men in een eerste fase een nieuwe vleugel Z West bouwen met een ondergrondse parking op de plaats van de huidige bezoekersparking en in een tweede fase een nieuwe vleugel Z Oost op de plaats van de huidige B-vleugel. **(AV)**

- De inrichting van de nieuwe verpleegafdeling in blok X is goed doordacht. **(SP)**
De kamers zijn ruim en beschikken allemaal over een rail voor een plafondtillift en over een sanitaire cel met inloepdouche. De lavabo's zijn naadloos ingewerkt in het tafelblad en onder dit blad is een open ruimte zodat ook rolstoelpatiënten zich aan de lavabo kunnen wassen. Spiegels komen op de afdeling orthopedie tamelijk laag en zijn op de Sp-dienst kantelbaar, zodat rolstoelgebruikers een loodrecht spiegelbeeld krijgen. Een revalidatieruimte bevindt zich op de afdeling orthopedie, terwijl de Sp-afdelingen aansluiten op de grote dienst revalidatie en beschikken over een eetzaal-bibliotheek die, dankzij de hoog-laag-keuken, ook dienst kan doen als ergotherapielokaal. Ook de infrastructuur van de kinderafdeling is goed aangepast aan de doelgroep.
- De rest van de gebouwen en de omgeving vertonen een aantal infrastructurale tekortkomingen: **(TK)**
 - De verpleegposten zijn erg beperkt qua werkruimte (bv. amper ruimte voor medicatiebereiding en overleg).
 - Er is een gebrek aan gespreksruimtes (op het oncologisch dagziekenhuis gaan gesprekken door in de dienstkeuken, op de afdeling algemene heelkunde is er geen lokaal om uitleg te geven over stoma's).
 - Niet alle hoofdverpleegkundigen beschikken over een eigen bureelruimte.

- De spoedgevallendienst voldoet qua lokalen en inrichting niet aan de normen. **(NC)**
 - De spiegels in de sanitaire cellen zijn niet aangepast aan zittende patiënten.
 - Er is nood aan meer bergruimte in het OK en de CSA. In de toekomst zal de nood alleen toenemen (uitbreiding disciplines, subspecialisatie, meer technische ondersteuning bij operaties, digitale zalen, zalen met vaste beeldvormingsapparatuur, robotisatie...).
 - Deuren van utility's en plaatsen waarin poetsproducten worden opgeslagen, worden niet steeds afgesloten. Dit vormt een risico op accidentele inname van schadelijke stoffen (bv. door kinderen, verwarde personen).
 - De neonatologieafdeling is zeer klein. Rooming-in of toegang in bed is niet mogelijk. Er is onvoldoende plaats voor bezoekers: er staan geen stoelen en als alle couveuzes bezet zijn, kunnen de ouders niet tegelijkertijd op bezoek komen.
 - Er is onvoldoende toegangscontrole. Sommige beveiligde deuren blijven openstaan en andere deuren hebben geen beveiliging.
- Men streeft in het kader van patiëntveiligheid uniformiteit van inrichting en apparatuur na. **(SP)** Zo zijn de kasten in de zalen van het operatiekwartier gelijk ingedeeld, en zijn de verzorgingskarren op de verpleegafdelingen gelijk samengesteld. Ook het werken met custom packs kadert in deze tendens naar uniformisering. Anderzijds werkt men met verschillende merken en types anesthesietoestellen en monitors. Hier moet men afwegen in welke mate men verder wil uniformiseren in het belang van de patiëntveiligheid, versus hoeveel diversiteit men wil of moet behouden in het kader van de opleiding van artsen. **(Aanb)**
 - Voor de meeste toestellen gebeurt controle en onderhoud d.m.v. een onderhoudscontract. Voor al het andere materiaal staat de biotechnische dienst in voor herstellingen en systematisch onderhoud. De biotechnische dienst heeft een wachtdienst. De hoofdverpleegkundigen hebben zicht op het onderhoud van het medisch materiaal via het intranet. **(SP)**

5.2 Procedurebeheer

- Alle procedures zijn terug te vinden op het intranet. **(AV)** In de praktijk bleek niet iedereen even vertrouwd met het systeem. Er is nood aan bijkomende vorming hieromtrent. **(TK)**
- Er is nog geen systeem voor controle van de praktijkuitoefening van de verschillende procedures, richtlijnen, processen, werkwijzen,... **(Aanb)**. Opstart van nieuwe procedures gaat niet steeds gepaard met opleiding. **(Aanb)**

5.3 Patiëntendossier

- Er werden 22 verpleegkundige en 10 medische dossiers ingekeken. Daarnaast werden ook 4 per-operatieve documenten bekeken. **(AV)**
- Men maakt voor eenzelfde patiënt zowel gebruik van elektronische gegevens als van papieren documenten. **(AV)**
Het patiëntendossier bestaat uit verschillende delen die onvoldoende geïntegreerd zijn. Op deze manier kan onvoldoende gegarandeerd worden dat alle relevante gegevens steeds beschikbaar zijn voor alle zorgverleners (diagnose, gewenst beleid, aandachtspunten, evolutie bij de verschillende zorgverleners...). **(TK)** Op de verpleegafdelingen werden betreffende het dossier volgende vaststellingen gedaan tijdens de audit:

- Men beschikt over een elektronisch medisch dossier (Meddos) dat door alle artsen gebruikt wordt. De gegevens in dit dossier zijn niet helemaal toegankelijk, zodat verpleegkundigen niet steeds de meest noodzakelijke gegevens kunnen verzamelen om de zorg optimaal te organiseren (bv. diagnose).
- De meeste artsen gebruiken daarnaast nog een papieren medisch dossier voor hun dagdagelijkse notities. In deze gevallen hebben verpleegkundigen vaak zicht op medische patiëntengegevens.
- Sommige consulterende artsen (bv. op de eenheden voor intensieve zorgen) schrijven op het papieren dossier en niet in het elektronische. Andere consulterende artsen biefen mondeling, telefonisch of per mail hun collega intensivist, die dan iets noteert in het patiëntendossier. Na de zaalronde schrijven de behandelende artsen hun medische opdrachten op het verpleegdossier en hun andere bevindingen in Meddos.
- Verpleegkundigen noteren in een papieren zorgdossier. Het verpleegkundig dossier bevat op de meeste verpleegafdelingen geen medische gegevens (bv. anamnese).
- Op sommige afdelingen noteren verpleegkundigen een samenvatting in de elektronische applicatie (bv. oncologisch dagziekenhuis).
- Op sommige afdelingen is er een elektronisch multidisciplinair dossier (G, PAAZ) in gebruik. **(SP)**
- Psychologen, palliatief coördinator, sociale dienst, paramedici (kinesisten, diëtisten...) gebruiken elk hun eigen (soms elektronisch) dossier dat meestal niet gelinkt is met de elektronische dossiers van de andere disciplines. De sociale dienst en de kinderpsycholoog maken op de afdeling pediatrie notities in Meddos. Op het patiëntendossier wordt soms enkel aangeduid of de bewuste medewerker is langsgeweest. Verpleegkundigen hebben meestal geen zicht op de notities van de andere disciplines.
- Verslagen van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen gebeuren soms door elke discipline apart in het eigen dossier. Sommige artsen noteren na een multidisciplinaire patiëntenbespreking iets in Meddos, waardoor dit niet raadpleegbaar is voor de medewerkers. De verslagen van de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en de medicatieschema's zijn niet opgenomen in het individuele dossier van de patiënten op geriatrie.
- Medicatieschema's zijn op de meeste verpleegafdelingen opgenomen in het papieren verpleegkundig dossier.
- Er wordt een elektronisch centraal patiëntendossier (CPD) gebruikt waar o.a. de ontslagbrief voor de huisarts wordt in opgesteld. Resultaten van onderzoeken bevinden zich in het CPD. Verpleegkundigen kunnen dit raadplegen.
- Artsen schrijven aanvragen voor onderzoeken op een apart aanvraagformulier en noteren dit niet (afdeling B2) op het patiëntendossier. De hoofdverpleegkundige schrijft de opdracht over op het zorgdossier en deze wordt niet nagekeken of gevalideerd door een arts.
- Verpleegkundigen maken gebruik van een apart briefingblad.

In de toekomst wil men overgaan tot de ingebruikname van een geïntegreerd multidisciplinair elektronisch patiëntendossier. **(AV)**

- Het patiëntendossier is niet steeds nauwkeurig ingevuld. **(TK)**
 - Een aantal items (blad 3) van het verpleegkundig zorgdossier van een patiënt waren gedurende een hele week niet ingevuld (geriatrie).
 - Er wordt niet genoteerd in het dossier wanneer een patiënt in bad gaat (geriatrie).
 - De dossiers op spoed worden vaak onvolledig ingevuld, zoals blijkt uit verslaggeving en gesprekken.
 - Nazicht van enkele zorgdossiers op een verpleegafdeling toonde aan dat:
 - weinig tot niets genoteerd werd over de sociale toestand van de patiënten;

- aanvinkbare rubrieken vaak blanco blijven (anticoagulantia, allergie, diabetes) zodat men nooit weet of het betreffende onderwerp bevraagd werd;
 - uitgevoerde onderzoeken en handelingen niet steeds afgetekend worden door de verpleegkundige.
- Op de intensieve eenheden wordt gewerkt met specifiek aangepaste papieren verpleegkundige dossiers die gebaseerd zijn op het algemene zorgdossier dat in het ziekenhuis in gebruik is, maar die per IZ-eenheid onderling verschillen. We bevelen aan om binnen de intensieve zorgen functie te werken met een uniform aangepast dossier. **(Aanb)**
- Voor oncologische patiënten werd een specifiek verpleegkundig zorgdossier ontworpen dat gebruikt wordt op het oncologisch dagziekenhuis. Dit dossier is sterk uitgebouwd voor alle aspecten van de zorg (bv. chemotherapie, zelfbeeld, emotionele ondersteuning, patiëntenvoorlichting, gestructureerd verslag van het multidisciplinair overleg). **(SP)** We bevelen aan om dit verpleegdossier ook voor opgenomen oncologische patiënten te gebruiken. **(Aanb)**
- Ziekenhuisbreed zijn er afspraken inzake toegankelijkheid van patiëntengegevens in het elektronisch dossier. Elke actie wordt gelogd en wordt steekproefgewijs gecontroleerd door de hoofdgeneesheer. Bij ongeoorloofde toegang tot een dossier worden stappen ondernomen. **(AV)**
- Huisartsen zullen in de toekomst kunnen inloggen via CoZo (Collobratief Zorgplatform) (via de HUB Gent) en zo de labo- en anatomopathologieresultaten, de resultaten van medische beeldvorming en de ontslagbrieven van hun patiënten consulteren. **(AV)**

6 Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

- Er zijn op moment van de audit 472,68 VTE actief in het verpleegkundig departement van het ziekenhuis. Hiervan zijn er 34,03% verpleegkundige bachelors, 32,02% gediplomeerde verpleegkundigen kwalificatieniveau 5, 4,23% hoofdverpleegkundigen, 0,7% verpleegassistenten en 4,62% vroedvrouwen. **(AV)** 186 medewerkers maken aanspraak op ADV-dagen, 5 medewerkers hiervan kiezen voor de premie. **(AV)**
- Er zijn voor tal van algemene functies en voor een aantal specifieke functies (bv. referentieverpleegkundige geriatrie, ICT-verpleegkundige) functieomschrijvingen uitgewerkt. **(SP)** Voor een aantal functies is er geen functieomschrijving uitgewerkt (bv. begeleider (her)-intreders, opnameverpleegkundigen (3 VTE)). **(TK)** We bevelen aan om voldoende te differentiëren naar de afdelingsspecifieke functies die opgenomen worden. **(Aanb)**
- De procedure disfunctioneren is omschreven in het evaluatiereglement. **(AV)**
- Vanuit de regelgeving van een openbaar bestuur richt het ziekenhuis tweemaal functioneringsgesprekken in voor alle medewerkers. Ook met paramedici gaan er functioneringsgesprekken door. **(SP)** Terugkoppeling naar de directie is niet verplicht maar wordt wel geadviseerd.
Bij de start van de loopbaan gebeuren evaluatiegesprekken (na 3,6 en 9 maanden en na 1 jaar). Hiervan is terugkoppeling wel verplicht. **(AV)**
- Op het moment van de audit staan er binnen het verpleegkundig departement vacatures open voor 10 VTE (1 VTE verpleegkundige spoedopname, 1 VTE verpleegkundige intensieve zorgen, 1 VTE verpleegkundige nachtdienst, 1 VTE hoofdverpleegkundige OK en 6 VTE verpleegkundige OK). Sinds september 2011 zijn er drie buitenlandse verpleegkundigen in dienst. **(AV)**
- Door de dienst personeel en ontwikkeling (P&O) worden er exitgesprekken gevoerd. Zij beschikken over een algemeen verslag met conclusie. Op geregelde tijdstippen is er feedback naar de verpleegkundige directie en bespreking met mogelijke actiepunten. **(SP)**
- Op een aantal afdelingen is er een hoge werkdruk. **(AV)** Bepalende elementen zijn bv. het personeelstekort, de veelheid aan verschillende patiëntengroepen, de grote verscheidenheid aan artsen waarmee samengewerkt wordt en het gebrek aan doorgedreven taakuitzuivering.
 - Er wordt geen rekening gehouden met turnover en activiteitencijfers. Zorgzwaarte wordt op het moment van de audit niet geobjectiveerd. De bestaffing wordt slechts jaarlijks beleidsmatig besproken met de hoofdverpleegkundigen en er zijn geen structurele aanpassingen per afdeling op basis van zorgzwaarte of werkdruk. Er wordt beroep gedaan op interim krachten voor instrumenterende verpleegkundigen op het OK.
 - In 2010 werden er in totaal 17355,92 overuren genoteerd.
 - Hoofdverpleegkundigen zijn soms genoodzaakt mee in te staan voor de zorg.
- Op basis van het aantal bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 13,9 VTE, waarvan 9,7 VTE verpleegkundigen en 4,20 VTE zorgkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 5,75 VTE, waarvan 4,95 VTE verpleegkundigen en 0,8 VTE zorgkundigen. Er is een normatief tekort van 8,15 VTE personeel binnen de mobiele equipe. **(NC)** De mobiele equipe wordt binnen het ziekenhuis op twee verschillende

manieren ingevuld, namelijk een aparte ploeg medewerkers (5,75 VTE) die doorheen het ziekenhuis ingezet wordt waar de nood het hoogst is. Daarnaast is er op verschillende diensten en zeker bij de zeer specifieke diensten een soort interne mobiele equipe ontwikkeld, dit zijn mensen van de eigen equipe die flexibel worden ingezet. Binnen de dienstschema's zijn er X-dagen ingelast. Op die dag weet de medewerker dat hij moet komen werken, maar weet hij nog niet welke shift hij moet werken. Op die manier kan ingespeeld worden op de noden van de dienst voor het opvangen van ziekte, vervanging voor vorming... Deze manier van werken vermindert significant dienstroosterverstoringen. Deze mensen van de eigen equipe kunnen niet meegeteld worden als mobiele equipe.

- Er zijn 12,25 VTE afdelingsmedewerkers (logistiek medewerkers) en 6 VTE voor het centraal patiëntenvervoer. Binnen het verpleegkundig departement zijn er geen administratieve medewerkers toegekend. Er zijn er gedetacheerd vanuit het financieel-administratief departement o.a. op de spoedgevallendienst en materniteit. **(AV)**
- Door het werken met opnameverpleegkundigen (4,5 VTE) aan het onthaal voor de geplande opnames wordt de administratieve taak van de (hoofd)verpleegkundige bij opname van een patiënt verminderd. **(SP)**
Toch is er nog onvoldoende aandacht voor taakuitzuivering / taakverschuiving. **(TK)**
Ondanks heel wat maatregelen (inzet van afdelingsmedewerkers op de afdelingen en het centraal georganiseerd logistieke proces van bestellingen en aanvullen op de afdelingen, de werking met opnameverpleegkundigen, het herdefiniëren van werkprocessen in blok X) staan verpleegkundigen nog vaak in voor niet patiënt gerelateerde taken (maaltijd-bedeling, patiëntenvervoer, transport labo en apotheek).
- Hoofdverpleegkundigen zijn de coördinatoren van de zorgen en spelen een centrale rol in de informatiedoorstroming tussen disciplines. **(AV)** Er is nog onvoldoende ondersteuning om hoofdverpleegkundigen te begeleiden in hun managementstaken. **(TK)**
 - Beleidsgegevens worden niet systematisch en periodiek teruggekoppeld. Kwaliteitsparameters worden beperkt teruggekoppeld (bv. decubitus, valincidenten). We bevelen aan om systematisch gegevens terug te koppelen als input voor jaarverslagen en om de werking bij te sturen. We bevelen aan om bij de terugkoppeling van gegevens te werken vanuit een vraaggestuurde visie eerder dan uit een aanbodgestuurd verhaal. **(Aanb)**
 - Er zijn geen adjunct-hoofdverpleegkundigen.
 - Er gaan geen systematische intervisies voor hoofdverpleegkundigen door en er is geen specifieke inscholingshandleiding voor hoofdverpleegkundigen. **(Aanb)**
 - Hoofdverpleegkundigen beschikken niet op alle afdelingen over een eigen bureau.

In de toekomst wil men meer aandacht besteden aan de managementopdracht van de hoofdverpleegkundigen. Recent is men gestart met de aanwerving van hoofdverpleegkundigen via een extern assessmentbureau. De jaarlijkse tweedaagse vorming die in het teken staat van een actueel managementthema gaat in 2012 over leiderschap. In de toekomst gaat men hoofdverpleegkundigen betrekken bij de aanwerving van verpleegkundigen. **(AV)**

- Kinesisten werken in het ziekenhuis zowel in loondienst als op zelfstandige basis (afdeling geriatrie). **(AV)**
- Er wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen. **(AV)** Zij komen sporadisch één of een paar dagen overdag werken. Voor deze dagen is er geen gestructureerd programma voorzien. **(TK)**
- Men doet beroep op 3 vrijwilligers op het oncologisch dagziekenhuis en één vrijwilliger op de Sp-dienst. **(AV)**
- Er is niet voor alle medewerkers een gestructureerd beleid uitgewerkt voor opvang van medewerkers na een traumatische gebeurtenis. **(TK)** Ondersteuning kan gegeven worden door de pastoraal medewerker voor de eerste opvang na traumatiserende gebeurtenissen,

indien nodig is ook één van de psychiaters beschikbaar voor debriefing. Men heeft geen zicht op hoe vaak er beroep gedaan wordt op deze ondersteuning. **(Aanb)** Het is niet duidelijk of dit aanbod door iedereen gekend is. We bevelen aan om medewerkers extra te informeren over dit aanbod en de instap erg laagdrempelig te maken. We bevelen aan om na te gaan of er nood is aan systematische intervisie voor bepaalde groepen (hoofdverpleegkundigen, spoed, IZ, PAAZ...). **(Aanb)**
Voor de medewerkers van de oncologieafdeling komt er 4/jaar een externe psycholoog langs voor ondersteuning. **(SP)**

- Er is aandacht voor differentiatie op de werkvloer en men voert een leeftijdsbewust personeelsbeleid. **(AV)**
 - Men werkt met referentieverpleegkundigen. Zij werken hoofdzakelijk afdelingsgebonden, maar zijn voor deze taken niet vrijgesteld van hun zorgtaken. **(Aanb)**
 - Momenteel werkt men beperkt met “verpleegkundige specialisten” binnen het ziekenhuis (bv. ICT).
 - Zowel bij studenten als bij medewerkers is er een actieve screening op high potentials. We bevelen aan om een specifiek begeleidingstraject uit te werken. **(Aanb)**

6.2 Artsen

- In het ziekenhuis werken 80 artsen, waarvan 1 toegelaten geneesheer en 1 apotheker-klinisch bioloog. Er is al lange tijd een vacature voor een geriater. Er worden verschillende ASO's opgeleid. De hoofdgeneesheer heeft sinds kort zicht op de contracten die de stagemeesters met hen afsluiten. Daarnaast begeleidt men ook huisartsen in opleiding en derde- en vijfdejaarsstudenten geneeskunde. **(AV)**
- Vroeger gebeurde de aanwerving van nieuwe artsen op initiatief van de diensten zelf en werd er meestal met een gesloten procedure gewerkt. Nu kan het initiatief zowel van de diensten als van de medische raad of de directie komen. De procedure wordt gewoonlijk voor iedereen opengesteld, met publicatie van de vacature in verschillende periodieken. Uitzonderlijk kan er geopteerd worden voor een gesloten procedure om zo tijd te winnen. De selectie gebeurt niet langer door de dienst alleen, maar verloopt via een paritair samengestelde selectiecommissie (directie/beheer/artsen aangeduid door de medische raad). **(AV)**
- De hoofdgeneesheer heeft geen zicht op alle opleidingen die door de artsen van het ziekenhuis gevolgd worden. Spontaan wordt dit tot op heden nog maar zelden gemeld. Dit item is nu opgenomen in het sjabloon voor het beleidsplan dat door iedere discipline moet opgesteld worden. We bevelen aan dit ook tot vast onderwerp te maken van de wekelijkse departementsgesprekken die na de jaarwisseling van start gaan. **(Aanb)**
- De meeste artsen werken in een associatie. **(AV)**
- Er worden 4 keer per jaar externe opleidingsavonden voor huisartsen georganiseerd. Sinds een klein jaar heeft men de verantwoordelijkheid voor deze vormingsavonden aan een ziekenhuisarts toegewezen. Men trekt betere sprekers aan en kiest belangwekkende onderwerpen. Ook de omkadering wordt beter verzorgd om zo de relatie met de huisartsen te verbeteren. **(AV)**
- Met de lokale huisartsenkringen is er regelmatig overleg. Er zijn afspraken gemaakt rond de pre-operatieve onderzoeken en de ontslagbrieven. Daarnaast is er overleg binnen het informaticaproject van de federale overheid. **(AV)**

6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

Beleid en strategie

- Het vormingsreglement werd uitgestippeld door een werkgroep permanente vorming. **(AV)** De visie en strategie inzake vorming is niet uitgeschreven. **(TK)** Een ziekenhuisbreed vormingsbeleid is één van de strategische doelstellingen die in 2012 zal uitgewerkt worden.
- Er is geen jaarverslag en beleidsplan VTO. **(Aanb)**

Middelen

- Het vormingsbudget is niet vastgelegd. **(AV)** We bevelen aan om na te gaan welke voordelen een (de)centraal beheer van het budget kan bieden (garantie en spreiding van opleidingsmogelijkheden voor iedereen / balans tussen langdurige en kortere permanente vorming...). **(Aanb)**
- Er werden tijdens de audit veel mogelijkheden tot langdurende opleidingen (bv. brugopleidingen, behalen BBT...) opgemerkt. **(SP)**

Medewerkers

- De werkgroep permanente vorming is samengesteld uit de vormingsverantwoordelijke, een aantal hoofdverpleegkundigen, een aantal medewerkers van de werkvloer en de diensthoofden. De vormingscel stippelt een programma uit voor de interne vormingen. Daarnaast kan elke medewerker externe vorming aanvragen. Dit wordt goedgekeurd door de werkgroep. Er wordt nagezien of de opleiding past binnen de organisatie en/of persoonlijke behoeften. **(AV)**
- Aan artsen die diensthoofd of departementshoofd worden, wordt vanuit het ziekenhuis de mogelijkheid geboden om een opleiding managementsvaardigheden te volgen. **(SP)**
- Niet alle verpleegkundigen die chemotherapie toedienen hebben hiervoor specifieke expertise (BBT of bijzondere beroepservaring). **(NC)** Nieuwe verpleegkundigen op de afdeling oncologie krijgen op de afdeling een inscholingsprogramma. Na enkele maanden werken onder toezicht van een collega, nemen zij alle taken zelfstandig op. Er is geen minimaal vormingspakket voorzien vooraleer verpleegkundigen chemotherapie mogen toedienen.
- Momenteel wordt de taak van de begeleiders herintreders ingevuld door 3 verschillende personen (1,3 VTE) met elk een specifiek deelaspect (algemeen, kritische diensten, OK). Zij zijn daarnaast nog actief op de werkvloer, wat de voeling met het werkveld en de nodige expertise versterkt. **(SP)**
- Op afdelingen werd het principe van meter en peter geïntroduceerd voor de opvang van nieuwe medewerkers. Vaak wordt deze taak opgenomen door de stagementoren voor de studenten. Op een aantal afdelingen wordt niet met het principe van meter en peter gewerkt. **(Aanb)**

Processen

- Er is niet op alle diensten op regelmatige basis vorming over reanimatietechnieken (bv. dagziekenhuis). **(NC)**

- Er wordt geen algemeen streefdoel gehanteerd voor het aantal uur vorming per jaar. Het aantal gevolgde uren vorming wordt centraal opgevolgd. De recuperatie van de vorming wordt ingebracht in de verloffiche. Op deze manier heeft ook de hoofdverpleegkundige zicht op het totaal aantal uren gevolgde vorming op zijn dienst. **(AV)**
Sommige medewerkers kunnen geen of zeer weinig (<5u) uren vorming aantonen. **(TK)**
Zo blijkt uit de registratiegegevens omtrent vorming dat sommige verpleegkundigen een minimaal aantal uur vorming volgden in 2010. **(TK)** Er wordt gemiddeld per jaar per medewerker 10 à 13u vorming gevolgd. **(AV)**
- Vorming is een onderwerp tijdens de functioneringsgesprekken. **(AV)**
- Het algemeen inscholingsaanbod bestaat uit vormingmomenten met introductie in het procedureboek, uitleg over basisprincipes ziekenhuishygiëne, medicatiebeheer, informatica binnen het ziekenhuis, het bevoorradingsstelsel, het patiëntendossier en het dienstroostersysteem. **(AV)**
- Er zijn niet voor alle diensten dienstspecifieke inscholingsprogramma's uitgewerkt. **(TK)**
Voor een aantal afdelingen gebeurde dit wel. **(SP)**
- Er is geen specifiek inscholingstraject voor nieuwe hoofdverpleegkundigen en voor nieuwe artsen. **(Aanb)** Wel ontvangen artsen bij hun intrede een individuele regeling en de verschillende reglementen (algemeen reglement, financiële regeling, medisch reglement, reglement centrale inning, reglement externen in het operatiekwartier, richtlijnen rond hygiëne, reglement van inwendige orde operatiekwartier...).
- Er is een intern vormingsaanbod voor oncologieverpleegkundigen van 8u specifieke vorming per jaar. **(SP)**

Resultaten

- In 2010 werd voor 2750 uren interne vorming en 7142 uren externe vorming toegekend binnen het verpleegkundig departement. De kost van de gevolgde bijscholingen in 2010 kwam op 57 288 euro. **(AV)**

6.4 Bestaffing

- Er is een normatief personeelstekort van 8,15 VTE personeel binnen de mobiele equipe en van 1,25 VTE verpleegkundigen op ICU. **(NC)**
- De vereiste medische permanentie kan niet gegarandeerd worden op de spoedgevallendienst en functie mobiele urgentiegroep. **(NC)** Wanneer de MUG uitrukt, wordt de arts van intensieve zorgen verwittigd om de permanentie tijdelijk over te nemen, maar hij wordt niet binnen de 15 minuten afgelost door de thuiswacht. Deze wacht wordt slechts uitzonderlijk opgeroepen, als de wacht van IZ tijdens de MUG-uitruk bezet is (bv. reanimatie of OK-activiteit) en er op spoed niet kan gewacht worden tot de MUG-arts terug is van zijn interventie.

7 Processen

7.1 Organisatie van zorg

- Men tracht binnen het ziekenhuis het zorgmodel 'geïntegreerde verpleegkunde' in de praktijk te brengen. Men geeft aan dat dit door de hoge turn over en bestaffingsproblemen niet op alle diensten realiseerbaar is en men op een aantal diensten een mengvorm tussen taak- en geïntegreerde verpleging geïntroduceerd heeft. Op de chronische afdelingen wordt er naar gestreefd om de integrerende verpleging als zorgmodel te blijven hanteren. **(AV)**
- Het medisch-verpleegkundig (-paramedisch) overleg is maar beperkt aanwezig op de meeste afdelingen, en beperkt zich meestal tot de toernummers. **(TK)**
 - De meeste medische diensthoofden nemen geen deel aan de teamvergaderingen en werkgroepen.
 - Op de meeste afdelingen is er geen (jaarlijks) gestructureerd en systematisch overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige over de organisatie van de zorg. Problemen worden er enkel ad hoc of informeel besproken.
 - Overleg van medici met psychologen en paramedici gebeurt zelden. Meestal verloopt de informatieuitwisseling via verslaggeving of via de hoofdverpleegkundigen.
 - Op sommige afdelingen zijn er geen formele afspraken over de organisatie van zaalrondes of worden gemaakte afspraken niet gerespecteerd. Enkele artsen toeren zeer laat in de avond, wanneer de verantwoordelijke verpleegkundigen al naar huis zijn. Dit bemoeilijkt een goede overdracht van gegevens en de organisatie van de zorg. **(TK)** Aanbeveling om multidisciplinaire zaalrondes te organiseren met duidelijke afspraken. **(Aanb)**
- Op andere afdelingen is de organisatie van zaalrondes zeer goed geregeld. **(SP)**
 - Er gelden duidelijke afspraken betreffende de zaalrondes op ICU. Men streeft hierbij naar een multidisciplinaire aanpak en een volledige doorgave van relevante informatie. De overdracht, 's morgens en 's avonds, van de patiënten voor de anesthesist van intensieve wachtpost op ICU gebeurt tijdens een zaalronde in aanwezigheid van de verantwoordelijke verpleegkundige. Er zijn dagelijkse zaalrondes met de verwijzende chirurgen. De ziekenhuishygiënist komt dagelijks voor een bespreking met de intensivist en de hoofdverpleegkundige.
 - Op CCU/SCU toeren de pneumologen dagelijks alle patiënten. Daarna gaat meestal nog een zaalronde door met de specialist van de betreffende discipline.
- Op sommige afdelingen waarbij de zorg voor de patiëntendoelgroep een sterke multidisciplinaire aanpak vereist, is de zorg niet steeds optimaal georganiseerd. **(TK)**
 - Binnen het zorgprogramma geriatrie is er geen IL-functie opgestart. Er wordt dus momenteel quasi geen gevolg gegeven aan een positieve GRP score. Voor de geriatrische patiënten die niet op de geriatrieafdeling zijn opgenomen is er geen multidisciplinair overleg.
 - Het dossier ondersteunt momenteel de multidisciplinaire werking op geriatrie niet. Gegevens zijn versnipperd aanwezig (in verschillende papieren en elektronische systemen) en laat geen vlotte informatieuitwisseling toe.
 - Op CCU/SCU en ICU gebeuren geen systematische multidisciplinaire (medisch, verpleegkundig, paramedisch) patiëntenbesprekingen. Met verpleegkundigen en paramedici wordt apart gebriefd. We bevelen aan om voor alle kritieke patiënten op gestructureerde wijze multidisciplinaire patiëntenbesprekingen te organiseren, met een gezamenlijke insteek van de

diverse zorgverstrekkers, en de verslaggeving in het patiëntendossier consequent te verzorgen. **(Aanb)**

Voor sommige patiëntengroepen is er een zeer goede afstemming van de zorg tussen de verschillende betrokken disciplines. **(SP)**

- Op het oncologisch dagziekenhuis is er een dagelijkse patiëntenbespreking (voor sommige disciplines wekelijks) met de oncologen, de hoofdverpleegkundige, de sociale dienst, de psycholoog, de palliatief coördinator en de diëtist.
- Op de helft van de MOC 's is de huisarts van de patiënt aanwezig. Het tijdstip van de vergaderingen, tijdens een broodjeslunch, werd in overleg met de huisartsen gekozen.
- Enkele zorgprocessen zijn multidisciplinair uitgewerkt. Zo is er Joint Care® voor totale heup- en totale knieprothese, Shoulder care® en Spine care®. Daarnaast is er een klinisch pad geplande sectio en een zorgpad COPD.
- Op CCU/SCU kunnen CVA-patiënten de eerste 24u opgevangen worden door de pneumologen, hierbij ondersteund door een zorgpad (stroke protocol).
- Op het oncologisch dagziekenhuis gebruikt men een opvolgboekje om dagdagelijkse communicatie met patiënt, familie en eerstelijnszorg te ondersteunen. Dit boekje wordt ook verder gebruikt bij een opname, waarbij men er de vervolgspraken in noteert en informatie doorgeeft aan het dagziekenhuis. Daarnaast wordt over elk contact van de patiënt op het dagziekenhuis een brief naar de huisarts gestuurd.

7.2 Medicatiedistributie

Situering

- De apotheek bevoorraadt enkel het ziekenhuis. In 2011 werd gestopt met de aflevering aan rusthuizen.
- De hoofdapotheeker nam in november 2010 ontslag, sindsdien werd een hoofdapotheeker ad interim aangesteld. Er is een vacature voor een hoofdapotheeker.
- Medicatiedistributie werd niet enkel in de apotheek besproken, maar was een aandachtspunt op meerdere verpleegafdelingen en diensten.
- Er werd ter controle een steekproef van 20 voorschriften voor verdovende medicatie genomen (van 4 verschillende afdelingen A1, C1, Sp en F1, elk 5 voorschriften).

Beleid en strategie

- De apotheek is onvoldoende structureel betrokken bij het beleidsniveau van het ziekenhuis. **(TK)** Naast de wettelijke comités is er geen formeel overleg tussen apotheek en directieniveau. Maandelijks zijn er gesprekken tussen de hoofdapotheeker en de hoofdgeneesheer en de directie verpleging. De hoofdapotheeker werd in 2011 twee keer uitgenodigd op het directiecomité. **(AV)**
- Het voorbije jaar gebeurde een opwaardering van de werking van de wettelijke comités, het medisch farmaceutisch comité, het comité voor medische materialen en de antibioticabeleidsgroep. Zo werd een RIO opgemaakt, werd de aanwezigheid van de leden opgedreven, is de inhoud van de vergaderingen verbreed van een voornamelijk financiële invalshoek naar kwaliteit in zorg en zijn vergaderverslagen en -agenda's online toegankelijk voor iedereen. **(SP)**

- De apotheek is vertegenwoordigd in tal van zorginhoudelijke comités. Voorbeelden hiervan zijn de deelname aan het nutritieteam, het comité pijnmanagement, de werkgroep oncologie, het comité wondzorg, comité IT. **(SP)**
- Er zijn meerdere interne overlegmomenten in de apotheek. Er is wekelijks à tweewekelijks overleg tussen de verschillende inhoudelijke deelgroepen van personeelsleden (apothekers, distributie, zorglogistiek, administratie, bereidingen) . **(SP)**
- De apotheek heeft een jaarverslag voor 2009, **(AV)** voor 2010 werd dit niet opgemaakt. **(TK)**

Middelen

- De apotheek beschikt over 442 m². In 2009 gebeurde een renovatie. **(AV)** De apotheek kampt met een gebrek aan ruimte. De oppervlakte is voornamelijk krap op het vlak van opslag en qua bureelruimte voor de administratief medewerkers. **(TK)**
- Elektronische medicatiekasten staan opgesteld op spoed, IZ en OK. **(AV)** Op de spoedgevallendienst heeft deze kast 'compartment control' wat het foutenrisico reduceert. **(SP)**

Medewerkers

- De personeelsequipe voor apotheek bestaat uit 19,95 VTE: 4,35 VTE apothekers, 6,00 VTE apotheek-assistenten, 5,35 VTE logistiek assistenten en 4,25 VTE administratieve ondersteuning. **(AV)**
- Er is veel aandacht voor vorming. Om de 2 maanden wordt interne vorming voor apotheekmedewerkers georganiseerd (learning@lunch). **(SP)**

Processen

- Verschillende systemen van medicatiedistributie zijn van toepassing in het ziekenhuis. **(AV)**
 - 8 van de 12 verpleegafdelingen zijn overgestapt naar een elektronisch medicatievoorschrift. Medicatie wordt vanuit de apotheek individueel enkel afgeleverd na validatie van het voorschrift door de arts en een apotheker. **(SP)**
 - 4 afdelingen zullen de overstap naar een elektronisch voorschrift maken in 2012-2013. Deze afdelingen gebruiken een gemengd distributiesysteem, enerzijds o.b.v. naschriften na gebruik van geneesmiddelen uit een spoedkast, **(TK)** anderzijds o.b.v. individuele voorschriften.
 - De diensten die werken met elektronische medicatiekasten, IZ, spoed en OK, werken met een systeem van naschriften.
 - Medicatievoorschriften gebeuren op ICU door de artsen zelf door ingave in een eigen (Access) elektronisch systeem dat niet gelinkt is met het ziekenhuissysteem. Op CCU/SCU is het medicatievoorschrift op papier. **(AV)**
- Volgende troeven in de medicatiedistributie werden tijdens de audit opgemerkt: **(SP)**
 - Medicatieschema's worden elektronisch opgesteld o.b.v. de elektronische medicatievoorschriften.
 - Medicatiebedeling gebeurt steeds met het elektronisch medicatieschema (m.b.v. pc op medicatiekar) voorhanden.
 - Alle medicatie die op naam wordt afgeleverd, wordt vanuit de apotheek in individuele zakjes aan de afdelingen geleverd. Hierop staan naam van de patiënt, barcode en vervaldatum vermeld.

- Risicomedicatie wordt met een fluogele sticker gemerkt. Hiertoe wordt soms overgegaan na VIM-meldingen. Voorbeelden zijn KCI, Diflucan® en Ciprofloxacine.
- Er is een beveiligingssysteem op de kinderafdeling om IV-medicatie en aërosolmedicatie niet te verwisselen.
- De afdelingsvoorraad medicatie wordt om de 3 maanden gecontroleerd door de apotheek.

Volgende risico's in de medicatiedistributie werden opgemerkt: **(TK)**

- Medicatie-opdrachten van artsen aan verpleegkundigen gebeuren op verschillende afdelingen voornamelijk mondeling. Verpleegkundigen noteren deze mondelinge opdrachten in het verpleegdossier. Medicatie-opdrachten worden meermaals overgeschreven (bv. van verwijfsbrief naar dossier, of van toerboek naar dossier).
Deze notities worden niet systematisch door de voorschrijvende artsen gecontroleerd.
Voor één patiënt werd opgemerkt dat een medicatie-opdracht (bij onrust Zyprexa) op de kaft van het patiëntendossier was genoteerd (zonder datum of paraaf van de arts).
 - Wanneer het gaat over medicatie die in voorraad is in de afdelingsstock kunnen verpleegkundigen wijzigingen in het elektronisch medicatieschema aanbrengen, zonder validatie of schriftelijk voorschrift van de behandelende arts.
 - In de afdelingsvoorraad van de kinderafdeling werden ampulles KCI opgemerkt zonder waarschuwingsetikettering.
 - Op alle afdelingen wordt medicatie klaargezet voor 24u. De medicatie wordt hierbij in potjes klaargezet, deze potjes bevatten geen enkele identificatie. De potjes worden bewaard in een schuif van de medicatiekar waarop enkel een kamernummer en bednummer genoteerd staat.
 - Op sommige afdelingen behoort medicatiebedeling tot taakverpleging en is het geen onderdeel van patiëntentoewijzing.
 - Het gebruik van Tippex® in (afgeprinte) medicatieschema's werd gezien.
 - De notities in het patiëntendossier zijn soms in tegenspraak met de notities in het medicatieschema. Er werd bv. opgemerkt dat bij de observaties door een verpleegkundige genoteerd werd 'patiënt weigert aërosol', terwijl in het medicatieschema genoteerd was dat de aërosol werd gegeven.
 - De reden voor het niet geven van medicatie is niet steeds terug te vinden in het zorgdossier.
 - Bij medicatie 'zo nodig te geven' is niet steeds een minimaal tijdsinterval vermeld tussen 2 innames.
 - Medicatie wordt soms onbeheerd achtergelaten. Op een patiëntenkamer werd in een medicatiepotje een halve comprimé uit blister bewaard, terwijl de patiënt op onderzoek was. Op een andere afdeling werd de medicatie voor een patiënt met isolatiemaatregelen in een potje op het tafeltje met materiaal in de gang aangetroffen.
- Momenteel loopt er een project rond klinische farmacie binnen het ziekenhuis met bevraging van thuismedicatie voor de geplande ingrepen op orthopedie. Daarnaast is er een gezamenlijk project van de ziekenhuizen in de regio en de eerstelijnszorg om thuismedicatie in een speciaal ontworpen zakje mee te geven in geval van een ziekenhuisopname. **(SP)**
 - Er is een overschakeling bezig naar temperatuurscontrole door continuë temperatuursregistratie met alarm bij grensoverschrijding voor alle koelkasten waarin medicatie wordt bewaard. Op dit ogenblik is dit reeds doorgevoerd in de apotheek, ICU en spoedopname. Een aantal koelkasten (bv. OK) zijn nog aangesloten op dataloggers die om de 2 maanden worden uitgelezen. Een ander deel (op afdelingen) dient manueel opgevolgd te worden d.m.v. een thermometer. Op een afdeling werd een koelkast gezien zonder temperatuursbewaking. **(AV)** Deze laatste manieren van temperatuurscontrole zijn

onvoldoende sluitend: medicatie kan langdurig te warm of te koud bewaard zijn, zonder dat dit opgemerkt wordt of zonder dat de apotheek hiervan op de hoogte gebracht wordt. **(TK)**

- Volgende vaststellingen werden gedaan i.v.m. cytostatica: **(SP)**
 - Alle cytostatica worden bereid in de apotheek (ook blaasspoelingen).
 - Per cytostaticumschema is er een gestandaardiseerd (papieren) voorschrift opgemaakt.
 - Apotheek-assistenten doen voorbereidingen, waarbij er meerdere controles door apothekers zijn ingebouwd, nadien controleert de apotheker de voorbereiding.
 - Bereidingen gebeuren door duo's, een assistent en een apotheker of 2 assistenten. In het laatste geval is de apotheker niet aanwezig in de bereidingsruimte. **(AV)**
 - Apotheek-assistenten die instaan voor de chemobereidingen, volgen specifieke opleidingen.
 - Elke bereiding wordt opnieuw gecontroleerd door een apotheker.
 - Toediening van chemotherapeutica werd gecentraliseerd op het oncologisch dagziekenhuis en op een oncologische verpleegafdeling.
- Volgende vaststellingen werden gedaan i.v.m. de voorschriften voor verdovende medicatie:
 - Alle voorschriften worden door de artsen schriftelijk, individueel op naam opgemaakt, voluit geschreven en ondertekend. **(AV)**
 - Op alle bezochte diensten bleek dat er een sluitende controle is van de stock van narcotica. **(SP)**
 - Bij 7/20 gecontroleerde voorschriften ontbrak een datum. **(NC)**
 - Bij 2/20 gecontroleerde voorschriften ontbrak de naam van de voorschrijvende arts (wel een handtekening, maar geen stempel). **(NC)**

Resultaten

- 80% van de geneesmiddelen wordt in unitdose afgeleverd. Er gebeurt in het ziekenhuis geen herverpakking van geneesmiddelen. **(AV)**
- 95% van de medicatie wordt afgeleverd o.b.v. door de arts gevalideerde voorschriften. **(SP)**
- Er wordt een analyse van het geneesmiddelenverbruik per geneesmiddelenklasse, per dienst en per arts opgemaakt. Deze gegevens met eventuele benchmark worden regelmatig op het medisch farmaceutisch comité besproken. Analyse en bespreking gebeurt systematisch voor de verschillende klassen (bv. pijnmedicatie). Maandelijks wordt het verbruik van reserve-antibiotica besproken. **(SP)**
- Incidenten binnen de apotheek worden geregistreerd (FONA), evenals incidenten die met de geneesmiddeldistributie te maken hebben (VIM). Gerichte verbeteracties worden opgestart. **(SP)**

7.3 Sterilisatie- en desinfectieprocessen

Situering

- Er is een sterilisatieafdeling, die iedere werkdag open is van 6u tot 21u30 en op zaterdag van 15 tot 19 uur.

- Er werd gesproken met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, met de verantwoordelijke en enkele medewerkers van de CSA.

Beleid en strategie

- In de nieuwe X-vleugel is een nieuwe CSA voorzien. Deze moet in februari 2012 open gaan. Een deel van de apparatuur, waaronder wasmachines en autoclaven, zullen hierbij vernieuwd worden. **(AV)**
- Met de hoofdapotheker is er wekelijks een overleg. Daarnaast komt de apotheker af en toe langs op de CSA. **(AV)**
Dagelijks is er tussen 14 en 15 uur overleg met het operatiekwartier betreffende het programma van de volgende (werk)dag. Bij problemen om materiaal tijdig steriel te krijgen, wordt het OK-programma aangepast (circa 1 keer per week). **(SP)**
- Er wordt niet aan hersterilisatie van wegwerpmateriaal gedaan. Snelsterilisatie wordt enkel onder strikte voorwaarden toegestaan (valinstrumenten). Hierop gebeurt controle. **(SP)**
- Op het (machinale) desinfectieproces van de scopen die op de endoscopie-afdeling gebruik worden, heeft men zicht. **(AV)** Op de reiniging en desinfectie van andere scopen (bv. consultaties urologie en NKO) heeft men geen enkel zicht. **(TK)**
- De CSA moet soms ook kleine verbruikgoederen steriliseren (zoals latex tubes, windels, boortjes van MKA, pipetjes, handdoeken...), hetgeen veel tijd vergt (dagelijks ongeveer een uur) en weinig kosten-efficiënt is. Best wordt gezocht naar alternatieven die minder arbeidsintensief zijn, en waardoor de CSA-medewerkers zich op hun hoofdtak kunnen concentreren. **(Aanb)**

Middelen

- Infrastructureel zijn er enkele verbetermogelijkheden, **(TK)** die zullen opgelost worden bij de inhuizing in de nieuwe CSA.
 - De vuile zone van de CSA is beperkt qua oppervlakte en bestaat uit een zone voor handmatig wassen en 1 automatisch ultrasoonbad.
 - Gezien de hoeveelheid aan materiaal is uitbreiding van de capaciteit van de wasstraat aangewezen. Dit tekort wordt opgevangen met losstaande ultrasoonapparaten.
 - In de vuile zone staat een Steris-toestel voor de desinfectie van een flexibele cystoscoop.
 - Een van de wasmachines heeft een speciaal programma voor sterk vervuilde instrumenten. Gezien het grote aandeel van prothesechirurgie in dit ziekenhuis is dit bijkomende programma zeker te verantwoorden. Er zijn regelmatig problemen met de wateraanvoer, waardoor de machines regelmatig stilvallen.
 - De reine zone is niet ergonomisch ingericht.
 - De steriele berging bevindt zich op het operatiekwartier. De bergruimte is ingericht met rolkasten en iedere set heeft een plaatsnummer. Via overzichtslijsten kan men gemakkelijk iedere set terugvinden. **(AV)**
- Er is geen jaarlijkse validatie van de autoclaven. **(TK)** Een formele validatie is de meest noodzakelijke eerste stap voor een onberispelijk sterilisatieproces. Men plant wel een validatie bij de ingebruikname van de nieuwe autoclaven op de nieuwe CSA.

Medewerkers

- De equipe van de CSA telt 9,15 VTE en bestaat uit:

- 1 hoofdverpleegkundige (1,00 VTE)
- 1 verpleegkundige bachelor (0,75 VTE)
- 1 vroedvrouw (0,80 VTE)
- 4 gediplomeerde verpleegkundigen kwalificatieniveau 5 (3,05 VTE)
- 1 verzorgende (0,80 VTE)
- 3 sanitair helpster (2,00 VTE)
- 1 logistiek assistente (0,75 VTE) **(AV)**

7 personen (alle gediplomeerde verpleegkundigen, de logistiek assistente en 2 van de 3 sanitair helpsters, samen goed voor 5,30 VTE) hebben de cursus tot sterilisatiedeskundige gevolgd. **(SP)** Het is belangrijk dat ook de hoofdverpleegkundige, de verantwoordelijke apotheker en de andere medewerkers deze opleiding zouden volgen. **(Aanb)**

- 's Nachts en in het weekend staan de medewerkers van het operatiekwartier uitzonderlijk in voor de reiniging en sterilisatie van de instrumenten (enkel bepaalde sets). Gezien de toenemende complexiteit van het werk (toename sets, traceersysteem) dient men te evalueren of het opportuun is om dit systeem naar de toekomst toe aan te houden. **(Aanb)**

Processen

- De centrale sterilisatie beschikt over een traceersysteem. Het systeem, waarin naar schatting ruim 75% van de instrumenten zijn opgenomen, laat toe de instrumenten te traceren tot op patiënteniveau, mits de eindgebruikers een deel van het etiket in het patiëntendossier zouden kleven. Dit gebeurt nu in beperkte mate. Met oog op patiëntveiligheid (terugroepen instrumenten, opsporen patiënten bij problemen) is het belangrijk tot op patiënteniveau te kunnen traceren. **(Aanb)**
- Men beschikt over digitale foto's die weergeven hoe (circa 90% van) de sets zijn samengesteld. Deze foto's worden opgeroepen aan de inpaktafels in de reine zone, hetgeen het voor alle betrokkenen gemakkelijker maakt om sets samen te stellen. **(SP)** In de toekomst wil men nog meer illustraties aanleggen van frequent gebruikt leeninstrumentarium.

7.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

7.4.1 Fixatie

Situering

- Men beschikt in het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare over een ziekenhuisbrede procedure "fixatie".
- Er werden tijdens de audit 4 dossiers van gefixeerde patiënten ingekeken tijdens de rondgang op verschillende afdelingen .

Beleid en strategie

- De procedure bevat richtlijnen en is geen protocol, **(Aanb)** d.w.z. dat er van de richtlijnen kan afgeweken worden. Er is een procedure i.v.m. het onderhoud van fixatiemateriaal en een procedure gebruik fixatiegordels. Richtlijnen zijn beschikbaar via het intranet.
- Er zijn geen gegevens over fixatie die geregistreerd worden en gebruikt worden voor analyse en verbeterprojecten. **(TK)**

- De registratie en opvolging van valincidenten bij gefixeerde patiënten (totaal en volgens ernstklasse van verwondingen) zit niet vervat in de algemene opvolging van valincidenten (VIM). **(Aanb)**
- De procedure is op een aantal vlakken degelijk uitgewerkt. **(SP)**
 - Er zijn duidelijke basisprincipes en het belang van herevalueren en zorgvuldig noteren in het dossier wordt benadrukt.
 - Er is aandacht voor het veilig toepassen van de maatregel (bv. richtlijnen bij gebruik van de lendengordel en polsbanden, aangepaste fixatiegordel voor gebruik in zetel en verhoogd toezicht).
 - Er is aandacht voor onderliggende oorzaken voor probleemgedrag en alternatieven.

Verbeterpunten zijn **(TK)** :

- Indicaties dienen strikter omschreven te worden. Er worden nu verkeerde indicaties gehanteerd om fixatie in te stellen (bv. valrisico, dementie...). Tegenindicaties werden niet uitgeschreven. We bevelen aan om ook medische tegenindicaties op te sommen.
 - Fysieke fixatie is, naast een B1 handeling, ook een handeling met medische verantwoordelijkheid (maakt deel uit van de therapie). Men werkt de vereiste betrokkenheid van de arts best gedetailleerd uit (handtekening arts bij de start, bedside overleg met de arts, verwittigen van de arts bij verergeren onrust...).
 - Verhoogd toezicht tijdens de maatregel is onvoldoende duidelijk uitgeschreven (nu wordt dit te vaag omschreven als “regelmatig”, de toestand van de patiënt...).
 - Na het beëindigen van de maatregel volgt best een evaluatie met de betrokkenen en de familie. **(Aanb)**
 - Het gebruik van een apart formulier voor verhoogd toezicht.
 - Patiënten kunnen op spoed in eender welke onderzoeks- of behandelkamer gefixeerd worden. Deze werkwijze garandeert onvoldoende een adequaat toezicht en respect voor de privacy.
- Hoewel een fixatiearm beleid nagestreefd wordt, wordt op bepaalde afdelingen frequent gefixeerd (geriatrie, spoedgevallen...). We bevelen aan om te onderzoeken welke bijkomende initiatieven een fixatiearm beleid nog extra kunnen ondersteunen. **(Aanb)**
 - Infrastructurele aanpassingen die een fixatiearm beleid ondersteunen zijn, vooral in het kader van (ver)nieuwbouw mogelijk (bv. doorlooptmogelijkheden voor onrustige en verwarde patiënten, duidelijke aanduiding van de lokalen, scheiden en duidelijk aangeven van rust en activiteitsruimtes, (automatische) verlichting, gebruik van kleuren, contrastrijke omgeving, ruime kamers, binnentuin...).
 - Een duidelijk opnamebeleid voor patiënten met dementie, cognitieve stoornissen en weglooptgedrag, met aangepaste therapie voor deze doelgroep en afstemming tussen de dienst neurologie en geriatrie. Op de afdeling B1-F1 (inwendige-neurologie) werd opgemerkt dat patiënten gefixeerd worden omdat de afdeling (open) niet geschikt is.
 - Regelmatig (bv. jaarlijks) / continue vorming van alle medewerkers over fixatie, breed gekaderd.
 - Een multidisciplinair uitgewerkte multifactoriële valevaluatie bij patiënten met een valrisico en het opvolgen in welke mate de items uit het actieplan opgevolgd worden.

Middelen

- Men werkt met fixatiesets per afdeling. Deze sets zijn aanpasbaar aan de grootte van de patiënt. Sommige afdelingen beschikken over meer sets dan anderen. Naast de sets is er nog

reservemateriaal aanwezig. Een inventaris van al het materiaal werd opgesteld door het verpleegkundig diensthoofd. **(AV)**

- Op de geriatrieafdeling wordt het propere fixatiemateriaal bewaard in de vuile utility. **(TK)**
- Niet voor alle gebruikte fixatiemiddelen is er een gebruikshandleiding voorzien (bv. rekgordel). **(TK)** We bevelen aan om deze te linken aan specifieke indicaties en tegenindicaties. **(Aanb)**
- Men beschikt over een brochure fixatiearme zorg. In de onthaalbrochure van de afdeling geriatrie wordt vermeld dat er gestreefd wordt om zo weinig mogelijk te fixeren. **(SP)**

Medewerkers

- Kennis en cultuurwijziging zijn belangrijke aspecten bij het toepassen van een fixatie arm beleid. Recent ging er een opleiding (theorie en praktijk) door i.v.m. fixatie. Artsen waren niet aanwezig. **(TK)** Fixatie is geen onderdeel van het inscholingstraject. Belangrijk is dat alle zorgverstrekkers die betrokken worden bij fixatie van patiënten (artsen, ASO's, (nacht)verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici...) minstens jaarlijks bijscholing krijgen inzake fixatie.
Deze bijscholingen worden best zeer breed opgevat: juiste toepassing van de materialen, toepassen van alternatieven (bv. aan de hand van casussen), onderliggende oorzaken, aanpak van probleemgedrag (zoals bv. onrust, verwardheid en agressie...), valprotocol, delirium. **(Aanb)**

Processen

- De procedure fixatie wordt niet steeds gevolgd. **(TK)**
 - In de ingekeken dossiers waren geen alternatieven voorgesteld of genoteerd.
 - Hoewel in de procedure vermeld staat dat patiëntenoverdracht een geschikt moment is om de noodzaak tot verdere fixatie te beoordelen, wordt dit niet besproken op de wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking op geriatrie.
 - Het dossier laat niet toe een duidelijk tijdsschema te noteren (verhoogd toezicht om de x minuten), en er worden geen specifiek te controleren items aangeduid. Uit een dossier van een gefixeerde patiënt (overdag: voorzettafel en tijdens de nacht 3-puntsfixatie) bleek er enkel 1 keer per dag en 1 keer tijdens de nacht toezicht te zijn. De term verhoogd toezicht is niet gekend bij al de verpleegkundigen.
 - Valpreventie is een vaak voorkomende reden voor fixatie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking de kans op vallen niet automatisch doet dalen en dat de kans op ernstige letsels groter is bij valincidenten met fixatie. Verder moet men de noodzaak van fixatie bij deze indicatie afwegen tegen de nadelen (gezondheidsrisico's) van fixatie (o.a. immobilisatie).
 - Niet alle materialen / handelingen die een vrijheidsbeperking inhouden worden beschouwd als fixatie. Voorzettafels en bedsponden worden op sommige afdelingen gebruikt maar worden niet steeds aangegeven als fixatie, terwijl ze wel een vrijheidsbeperking inhouden.
- Het correct gebruik van fixatiemiddelen is een aandachtspunt. Door onvoldoende aandacht voor de risico's die verbonden zijn aan het toepassen van fixatiemaatregelen, kan de patiëntveiligheid onvoldoende gegarandeerd worden. **(TK)** Bedhekkens worden gebruikt bij onrustige patiënten en niet steeds genoteerd als fixatie maatregel. Door het gebrek aan verhoogd toezicht vergroot de kans op beklemming tussen de bedsponden met risico op verstikking en op ernstige letsels bij vallen wanneer de patiënt over de bedsponden kruipt. De bedden worden niet steeds in laagstand gezet.

- Op ICU wordt veel belang gehecht aan de consequente toepassing van een fixatiearm beleid. **(SP)** Men bekijkt eerst alle mogelijke alternatieven en de maatregel wordt vaak geëvalueerd om te bekijken of er werkelijk nog steeds een noodzaak tot fixatie is. Zo worden beademde patiënten bijna nooit gefixeerd. Indien toch moet gefixeerd worden, volgt men de ziekenhuisbrede procedure. Men voorziet opleiding over fixatie voor de medewerkers.
De invulmodule betreffende beschermingsmaatregelen van het patiëntendossier is achterhaald en reflecteert niet de moderne opvattingen over fixatie die in de praktijk worden toegepast. **(Aanb)**

7.4.2 Afzondering als dwangmaatregel

- Er is een 'gedragscode voor isolatie in een afzonderingskamer op PAAZ' (25/1/2006) uitgeschreven. Deze gedragscode is toe aan evaluatie en actualisatie (bv. het UCLA-scoresysteem is aan een update toe).
De procedure kent volgende verbeterpunten: **(TK)**
 - De techniek van isolatie is weinig omschreven.
 - De indicaties voor bijkomende fixatie zijn niet beschreven.
 - Er zijn geen gebruiksaanwijzingen voor het aanleggen van fixatiemateriaal.
 - In de procedure wordt toezicht tijdens isolatie minstens om het uur vooropgesteld, maar er is niet gespecificeerd waaruit dit toezicht dient te bestaan (bewustzijn, vochttoediening, T°).
- Men beschikt over een "gedragscode voor isolatie in een afzonderingskamer", bestemd voor de verpleegkundigen van spoed. Deze procedure vertoont een aantal knelpunten: **(TK)**
 - Er is geen overleg met de familie voorzien.
 - In de procedure wordt bij isolatie een drie- of vijfpuntfixatie voorgeschreven, zonder specifieke indicatie voor de fixatie.
 - In de procedure wordt toezicht minstens om het half uur vooropgesteld, maar er is niet gespecificeerd of dit in de box of via cameratoezicht dient te gebeuren. Men beschrijft ook geen items die moeten geobserveerd worden.
- Het isolatieregister voldoet niet aan de vereisten. Isolatiefiches worden als losse bladen in een map bewaard. Op de isolatiefiches zijn geen notities terug te vinden over fixatiemaatregelen, medicatietoediening, de regelmatige evaluatie van de maatregel en het verhoogd toezicht. Deze gegevens worden op een andere fiche genoteerd die in het papieren verpleegkundig dossier bewaard wordt. In deze zorgnotities worden onvoldoende specifieke gegevens genoteerd over het toezicht (bv. bewustzijn, temperatuur en vochttoediening). **(TK)**
- Uit de registratiegegevens van 2010 over afzonderingen blijkt dat er in de PAAZ 64 afzonderingen gebeurden in de isolatiekamer (9% van de opnames). De gemiddelde duur van een afzondering was 49,4 uur. **(AV)** Er worden geen cijfers bijgehouden over het aandeel fixaties tijdens isolatie. **(TK)**
We bevelen aan om de registratiegegevens i.v.m. afzondering uit te breiden en te gebruiken voor de evaluatie van het gevoerde afzonderingsbeleid (bv. tijdstip van afzondering, evaluatie van noodzaak fixatie...). **(Aanb)**
- Zowel in 2010 als in 2011 werd geen enkele patiënt op spoed geïsoleerd. Het afzonderingsboek (isolatieregister) werd dan ook niet ingekeken.
Men verkiest principieel niet te isoleren op spoed. Men opteert in geval van agressie ofwel voor een isolatie op de PAAZ, ofwel voor een fixatie op spoed. Zulke noodzaak tot ingrijpen zou zich ongeveer tweemaandelijks voordoen (schatting bij gebrek aan registraties). Men roept in deze gevallen steeds een psychiater bij in consult. **(AV)**
Deze fixaties gebeuren volgens verklaring in een gewone onderzoeksbox. **(TK)** Tijdens de

rondgang werd vastgesteld dat het fixatiemateriaal klaar voor gebruik op het bed in de isolatiekamer lag.

- De isolatiecel op spoed is een zijkamer van de garage en wordt nooit gebruikt voor isolatie. **(AV)**
Volgende knelpunten inzake infrastructuur werden in de isolatiecel opgemerkt: **(TK)**
 - Verschillende scherpe en harde items kunnen losgetrokken of afgebroken worden van het plafond. Hiermee kan een geïsoleerde patiënt zichzelf of derden kwetsen.
 - Fixatiemateriaal ligt gebruiksklaar op het bed.
 - Er is geen brand- en scheurvrij linnen.
 - Er is geen sanitair voorzien bij de isolatiecel.
 - Er is geen rechtstreeks daglicht.
 - De isolatiecel beschikt niet over een sas.

7.5 Infectieziektenbeheersing

Beleid en strategie

- Het team ziekenhuishygiëne (TZHH) bestaat uit 1 verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en 1 arts-ziekenhuishygiënist. Ze wijden respectievelijk 1 VTE en ½ VTE aan hun taak als ziekenhuishygiënist. Voor beide functies is een functieomschrijving aanwezig. **(AV)**
- Het TZHH komt geregeld samen. Hiervan wordt er slechts bij belangrijke zaken een verslag gemaakt. **(AV)** We raden aan om van elk formeel teamoverleg een schriftelijke weerslag te maken. Dit verslag kan later aangewend worden in het jaarlijks werkingsverslag van het TZHH. **(Aanb)**
- Er is een actieve deelname door het TZHH aan het regionaal platform ZHH West-Vlaanderen. **(AV)**
- Het Comité Ziekenhuishygiëne (CZH) kwam in 2010 4x samen. **(AV)** Het KB van 26 april 2007 geeft een opsomming welke personen er minimaal in het CZH moeten vertegenwoordigd zijn. Zo dienen er o.a. een microbioloog en 3 verpleegkundigen, werkzaam in het ziekenhuis, in het CZH te zetelen, deze ontbreken nu. **(NC)** De opkomst van de leden van het CZH is soms aan de lage kant; vaak gaat het om dezelfde afwezigen. Eventueel kan dit euvel aangepakt worden door het op voorhand vastleggen van vaste tijdstippen voor deze bijeenkomsten of kan er eventueel gezocht worden naar vervangers. **(Aanb)**
- Het CZH besprak en keurde in 2010 de volgende documenten goed: het algemeen strategisch plan ZHH voor 5 jaar, het jaarlijkse beleidsplan ZHH, het jaarlijkse werkingsverslag van het TZHH en het jaarlijkse activiteitenverslag ZHH. **(AV)** Deze verslagen zijn echter summier en niet performant opgesteld. Er wordt verwacht dat er een meer gedetailleerde jaarplanning met SMART geformuleerde doelstellingen voor het lopende jaar wordt gemaakt, teneinde op het einde van het jaar een gedegen evaluatie in het activiteitenverslag te kunnen maken. **(TK)**
- Er is geen register met beslissingen van het CZH aanwezig. **(NC)**
Dit register is een bondige en overzichtelijke samenvatting van de genomen beslissingen tijdens de vergaderingen van het CZH.
Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid nam op 9 juli 2008 onderstaand standpunt in ten aanzien van het door het KB opgelegde 'register van beslissingen' (KB 26 april 2007 en KB 19 juni 2007 art. 13°1). Dit standpunt kan op elk moment aangepast worden door het agentschap Zorg en Gezondheid. Een dergelijk register omvat bijvoorbeeld onderstaande gegevens: **(Aanb)**

Datum comité	Thema	Beslissing	Verwijzing (bv. naar procedure, verslag,...)

- Het ziekenhuis deed mee aan de Nationale Campagne Handhygiëne van de voorbije jaren **(AV)**
- Sinds enkele jaren (2004) werkt het ziekenhuis met referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne (ZHH) op elke afdeling. **(AV)**
Volgens het KB van 26 april 2007 is een referentieverpleegkundige ZHH een gemotiveerde contactpersoon op niveau van de verpleegeenheid die correcte informatie zal doorgeven aan zijn/haar collega's, een correcte evaluatie van de noden zal realiseren met rapportage aan het team voor ziekenhuishygiëne en de collega's zal motiveren. De referentieverpleegkundige ZHH wordt hierbij ondersteund door de hoofdverpleegkundigen en het TZHH. Zo wordt de referentieverpleegkundige bijgeschoold door het team en wordt er regelmatig overlegd met het team.
Wij stellen vast dat de referentieverpleegkundigen ZHH geen basisopleiding hebben gekregen en dat de referentieverpleegkundigen ZHH slechts 1x/ jaar samenkomen. We raden aan dat het TZHH samen met de directie nadenken over de toekomst van de referentieverpleegkundigen ZHH en de daaraan gekoppelde consequenties. **(Aanb)**
- De antibioticatherapiebeleidsgroep (ABTBG) bestaat uit een multidisciplinair team en komt 6x per jaar samen. **(AV)**
- Er wordt jaarlijks een activiteitenrapport voor BAPCOC opgemaakt. **(AV)**
- De ABTBG analyseert jaarlijks de consumptiecijfers voor antibiotica per specialiteit en maandelijks per voorschrijver. De artsen worden maandelijks door de verantwoordelijke van de apotheek via mail op de hoogte gehouden van hun consumptiecijfer en evolutie in AB-verbruik. **(SP)**
- In het ziekenhuis gebeurt de registraties van volgende ziekenhuisinfecties: MRSA, *Clostridium difficile* en septicemieën over het ganse ziekenhuis. **(AV)** Na maandenlange voorbereiding is er door het TZHH begin oktober gestart met een 3 maand durend project betreffende post-operatieve wondinfecties. Hierbij krijgt het TZHH de ondersteuning van de hoofdgeneesheer en het diensthoofd anesthesie. Dit project werd aangevat om na te gaan waar er eventueel knel- en verbeterpunten zijn op het vlak van hygiëne. **(SP)**

Middelen

- De procedures van ZHH zijn terug te vinden op intranet. Alle procedures ZHH zijn uniform opgesteld en voorzien van een opmaak- en revisiedatum. **(AV)**
- Het TZHH wordt soms vergeten bij de voorbereiding en uitvoering van nieuwbouw- en verbouwingswerken. **(AV)** We adviseren om het TZHH nauw te betrekken bij de nieuwbouw en verbouwingen. **(Aanb)** Het TZH houdt momenteel een lijst bij van de vragen en de daaraan gekoppelde adviezen i.v.m. nieuwbouw en verbouwingen. **(SP)**
- Er is een procedure bouwen en verbouwen aanwezig, maar deze dateert van 2004. **(TK)** We raden aan om deze procedure te herzien en hierbij op te nemen dat het TZHH de

bevoegdheid heeft om werken (tijdig) stil te leggen indien de preventieve maatregelen niet gerespecteerd worden of onvoldoende blijken te zijn. **(Aanb)**

- De procedure voor meldingsplichtige infectieziekten werd aan de nieuwe wetgeving aangepast. **(AV)** Sommige ziekten zijn reeds bij een vermoeden meldingsplichtig of worden radiologisch, anatomo-pathologisch... vastgesteld. We raden aan dit ook in de procedure op te nemen zodat deze ziekten ook tijdig gemeld worden. **(Aanb)**
- Het AB-formularium wordt elektronisch ter beschikking gesteld aan alle artsen. **(AV)**

Medewerkers

- Jaarlijks worden er bijscholingen i.v.m. ziekenhuishygiëne, verspreid over verschillende tijdstippen, gegeven. Deze zijn verplicht voor de verpleegkundigen. De lijsten van de niet-aanwezigen worden aan de directie doorgegeven. Wat er hiermee gebeurt, is niet gekend bij het TZHH. **(AV)** We raden aan om de bijscholing met betrekking tot het item handhygiëne te implementeren bij alle beroepsgroepen en eventueel een verplichtend karakter te geven. **(Aanb)**
- Het TZHH neemt regelmatig deel aan de dienstvergaderingen op de afdelingen. Belangrijke mededelingen van ziekenhuishygiëne worden hierop meegedeeld. **(AV)**
- Recent is er door het TZHH een degelijk onderbouwde brochure opgemaakt waarin het belang van ziekenhuishygiëne wordt geschetst, specifiek voor artsen. Deze bundel wordt persoonlijk afgegeven door het TZHH aan nieuwe artsen, dokter-assistenten en stagiairs. **(SP)**

Processen

Handhygiëne

- Tijdens de audit werden er op de rondgang op 1 afdeling 1 werknemer gezien met lange mouwen onder de werkkledij. Om een correcte handhygiëne te kunnen uitvoeren, moeten de handen en de voorarmen vrij zijn. De strikte naleving van de procedure handhygiëne is voor het TZHH een belangrijk aandachtspunt. Aan de directie, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement vragen we om samen met het TZHH blijvend stappen te ondernemen naar de strikte toepassing van deze procedure. **(TK)** Vanuit het CZH zijn er al initiatieven naar de artsen genomen. Zo zijn de mouwen van de artsenschorten, die eigendom van het ziekenhuis zijn, aangepast. **(SP)** Er zijn echter artsen die ook eigen schorten dragen en deze zijn niet aangepast. De directie en de hoofdgeneesheer kunnen het TZHH hierin ook ondersteunen door in het algemeen medisch reglement voor de artsen de naleving i.v.m. richtlijnen ZHH op te nemen. **(Aanb)**
- Er is een procedure handhygiëne aanwezig in het ziekenhuis. **(AV)** We raden aan om de beschrijving van de techniek van handen wassen en ontsmetten te ondersteunen met pictogrammen. Daarnaast adviseren we om bij de opsomming van indicaties van handhygiëne een goed onderscheid te maken tussen sociale indicaties en deze die gerelateerd zijn aan patiëntenzorg. **(Aanb)** In de procedure is het vrijblijvend voor de zorgverstrekker wat er dient te gebeuren na het uittrekken van de handschoenen: handen wassen of ontsmetten. Nochtans bestaan er hierover duidelijke richtlijnen. **(TK)**
- Alle patiëntenkamers zijn voorzien van alcoholgel. Op de gang van de verpleegafdelingen zijn telkens 3 punten op de gang waar handschoenen in verschillende afmetingen voorhanden zijn. **(AV)**

- In de spoelruimte, keuken, verpleegpost zijn volgende zaken aanwezig: alcoholgel, vloeibare zeep, wegwerphanddoeken. **(AV)** Om een correcte handhygiëne nog beter te implementeren en ziekenhuisbreed te maken, raden wij aan om reminders op strategische punten op te hangen b.v. ook in bezoekers- en personeelstoiletten. **(Aanb)**

MRSA

- Er bestaat een herkenningssysteem bij opname van ex-MRSA patiënten. Via het Infohos-systeem wordt duidelijk gemaakt dat het om een ex-isolatiepatiënt gaat. **(AV)**
- Bij een MRSA-positieve patiënt wordt standaard in het verpleegdossier een duidelijk dekolonisatieschema toegevoegd. Het dossier wordt ook aan de buitenkant voorzien van een gele sticker. **(SP)**
- Onlangs is men op initiatief van het TZHH gestart met, bij geplande opnames, reeds tijdens de preconsultatie bij de afgesproken doelgroepen te screenen op MRSA. Aan de hand van een vaste vragenlijst voor de opnamedienst wordt de patiënt al dan niet doorgestuurd voor screening. Bij een positief resultaat wordt de patiënt via de huisarts op de hoogte gebracht en wordt er in het thuismilieu gestart met het decontaminatieschema. **(SP)**
- Bij isolatiepatiënten wordt aan de kamerdeur een geel briefje opgehangen dat bezoekers zich moeten wenden aan de verpleegpost. **(TK)** In de richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van MRSA in Belgische ziekenhuizen (GOSPIZ) staat dat er een infofiche met de te nemen voorzorgsmaatregelen duidelijk zichtbaar moet zijn vooraleer iemand de kamer betreedt. Eenieder, zowel personeelslid of bezoeker heeft er belang bij te weten welke maatregelen er dienen genomen te worden.
- Er is een informatiefolder over MRSA voor patiënt en bezoeker in het ziekenhuis aanwezig. **(AV)**
- Er is een transfer- en ontslagdocument in het ziekenhuis aanwezig. **(AV)** Het transferdocument is uitgewerkt i.s.m. een ambulancedienst (met wie het ziekenhuis een contract heeft). Op het document dient het type van isolatie aangekruist te worden. Naast type isolatie staat vermeld welke maatregelen er dienen genomen te worden. **(SP)** Er dient nagegaan te worden welke andere vervoersdiensten voor het ziekenhuis werken zodat men ernaar kan streven ook deze te laten werken met het transferdocument en zodat ook zij de correcte maatregelen toepassen. **(Aanb)**

Resultaten

- Er zijn documenten aanwezig die de bacteriologische controles van het extern wasprocédé aantonen. **(AV)** Er zijn geen documenten van bacteriologische controles aanwezig van het intern wasgebeuren. **(TK)**
- Tijdens de rondgang op de geauditeerde afdelingen konden de aangesproken verpleegkundigen de procedures van ziekenhuishygiëne vlot terug vinden op het intranet. Er is ook een zoekfunctie aanwezig. **(AV)**
- Tijdens de Nationale Campagne voor handhygiëne gebeuren er door het TZHH controles op het correct toepassen van handhygiëne a.h.v. 5 indicaties. Feedback hiervan wordt duidelijk naar voor gebracht (per dienst, per indicatie, nulmeting, nameting, per beroepsgroep, grafiek...) en werd in de dienstvergaderingen gegeven. **(SP)**

8 Resultaten

8.1 Toegankelijkheid

- Ereloonsupplementen kunnen gevraagd worden in éénpersoonkamers. Met uitzondering van 8 artsen (2 neurochirurgen, 2 orthopedisten, 2 algemeen chirurgen en 2 stomatologen) die 110% vragen, bedraagt dit supplement gewoonlijk maximaal 100%. De plastisch chirurg hanteert vaste tarieven die zijn vastgelegd op basis van een lijst die door de medische raad is goedgekeurd. Enkel voor éénpersoonkamers worden kamersupplementen gevraagd. Deze variëren volgens afdeling en soort kamer (21, 29, 34 euro op C-, D- en G- afdelingen, en 18, 42 (luxekamer) en 54 (salonkamer) op de materniteit). Op de kinderafdeling worden nooit kamersupplementen aangerekend (wel ereloonsupplementen). **(AV)**
- Voor rooming-in wordt, zowel op de gewone afdelingen als de materniteit en de kinderafdeling, 13 euro per dag gevraagd, exclusief maaltijden. Deze kunnen apart genomen worden. Het ontbijt krijgt men dan op de kamer aangeboden, voor de andere maaltijden kan men in het restaurant terecht. **(AV)**
- Bij financiële moeilijkheden worden er diverse mogelijkheden geboden om de ziekenhuisfactuur te kunnen betalen. Dankzij de nauwe band met het OCMW kan men mensen gemakkelijk naar de juiste dienst en persoon doorsturen. Dit wordt actief gecommuniceerd via de opnamebrochures. **(AV)**

8.2 Patiëntgeoriënteerde zorg

- Men probeert de zorg te organiseren in overeenstemming met de eigen missie en visie (samen, toonaangevend en persoonlijk). In de praktijk vertaalt zich dat ondermeer in: **(AV)**
 - Verschillende samenwerkingsvormen met andere ziekenhuizen. Naast de formele samenwerkingsverbanden en associaties is er ook informele samenwerking. Zo kon men al enkele keren een arts aanwerven samen met de Sint-Jozefskliniek (bv. plastische chirurgie). Op die manier probeert men alle medische disciplines in het ziekenhuis aan te bieden, terwijl men voor meer gespecialiseerde zorg verwijst naar een aantal andere ziekenhuizen.
 - Toonaangevend wil men zijn binnen de gewone zorg. Hiertoe heeft men eind 2010, begin 2011 een begin gemaakt door de afdelingen toe te wijzen aan telkens een beperkt aantal disciplines. Dit maakt het eenvoudiger om afspraken te maken betreffende het toeren, en laat toe een zekere expertise op te bouwen per afdeling. Anderzijds wordt er sinds 1999 gewerkt met geïntegreerde zorgtrajecten. Zo zijn er nu 4 zorgketens: Joint Care, Shoulder Care, Spine Care en het Zorgtraject COPD. Het werken met Joint Care, waarbij alle patiënten die een ingreep aan heup of knie moeten ondergaan voorafgaandelijk deelnemen aan infosessies, in groep opgenomen worden en in groep revalideren, en gestandaardiseerde zorg en nazorg krijgen aangeboden, heeft het ziekenhuis een sterke reputatie bezorgd. Uiteraard wil men proberen hierin toonaangevend te blijven. Voor ambulante patiënten werden er multidisciplinaire behandelketens ontwikkeld. Momenteel gaat het om obesitaszorg, het astmaschooltje en “Aan tafel”, d.i. een begeleidingstraject voor kinderen met voedingsproblemen. **(SP)**
 - Terzelfdertijd wil men qua bejegening warm en persoonlijk overkomen bij de patiënten. Dit aspect wordt opgevolgd via verschillende tevredenheidsmetingen bij patiënten en huisartsen. Op de materniteit wil men naast een “Baby Friendly” ook een “Mother Friendly Hospital” zijn. Het persoonlijke slaat

anderzijds ook op de persoonlijke ontwikkeling en continue vorming van de medewerkers.

De missie is nog van recente datum en het is te vroeg om een oordeel te vellen over de realisatie ervan. Strategische doelstellingen zijn vastgelegd en strategische prioriteiten zijn gedefinieerd, maar voor de rest staat alles nog in zijn kinderschoenen (bv. het vormingsbeleid moet nog uitgetekend worden, het basisaanbod moet nog nader gedefinieerd worden...). Wel merken we dat de missie goed verspreid is in het ziekenhuis en gekend is bij de medewerkers.

- Op sommige afdelingen is er veel aandacht voor patiëntgeoriënteerde zorg: **(SP)**
 - Er is een breed en holistisch zorgaanbod voor oncologische patiënten. Naast een jaarlijks programma van onco-revalidatie, is er een gespreksgroep 'vermoeidheid bij kanker', is er wekelijks schoonheidsverzorging op het oncologisch dagziekenhuis en heeft men een specifiek sportproject 'Rekanto'.
 - Er lopen in het ziekenhuis tal van tevredenheidsbevragingen bij specifieke patiëntendoelgroepen.
 - Op de kritieke afdeling zijn kinderen welkom, hiervoor wordt specifieke begeleiding voorzien.
- Er is aandacht voor het informeren van patiënten en familie **(SP)**:
 - Op het oncologisch dagziekenhuis gebruikt men een opvolgboekje om dagdagelijkse communicatie met patiënt, familie en eerstelijnszorg te ondersteunen. Dit boekje wordt ook verder gebruikt bij een opname, waarbij men er de vervolgspraken in noteert en informatie doorgeeft aan het dagziekenhuis.

8.3 Continuïteit van zorg

- (Hoofd)verpleegkundigen zijn de coördinator van de zorgen en spelen een centrale rol in de informatiedoorstroming tussen disciplines. **(AV)** Verpleegkundigen hebben echter niet steeds zicht op de toegediende zorgen door andere disciplines. **(TK)**
 - Zo hebben verpleegkundigen geen toegang tot notities over behandeling en evolutie kinesitherapie, tot het verslag van een consult door diëtisten, het verslag van gesprekken door psycholoog en sociale dienst. Deze notities staan in verschillende dossiers waartoe verpleegkundigen geen toegang hebben. Deze informatie wordt enkel mondeling doorgegeven aan de hoofdverpleegkundigen, deze info wordt niet genoteerd in het verpleegdossier. Diëtisten versturen de gegevens van een consult soms per mail of printen dit voor de verpleegkundigen.
 - Bij opname van een oncologische patiënt op de verpleegafdeling wordt het verpleegdossier van het oncologisch dagziekenhuis niet geraadpleegd.
- Een aantal oncologen hebben voor hun patiënten een 24-uurs telefonische bereikbaarheid opgezet. **(SP)** We bevelen aan om te onderzoeken hoe dit aanbod kan uitgebreid worden voor alle oncologische patiënten. **(Aanb)**
- Voor kritieke patiënten bestaat het risico dat de informatieoverdracht onvolledig gebeurt: **(TK)**
 - Op CCU/SCU is er geen overdracht tussen de behandelende arts en de inslapende permanentieartsen.
 - Op ICU zijn er consulterende artsen die hun bevindingen niet in het patiëntendossier noteren.

8.4 Samenwerking

- Het ziekenhuis heeft ervoor gekozen om een kwalitatief sterk basisaanbod aan te bieden. Voor meer gespecialiseerde zorg wordt met verschillende ziekenhuizen samengewerkt.
 - Met het H.-Hartziekenhuis werd een alliantie afgesloten (2009-2016), waarbinnen er al samenwerking is voor radiotherapie, hartcatheterisatie, cardiochirurgie en slaaplabo, en waarbij wordt onderzocht hoe de samenwerking verder kan worden uitgebouwd.
 - Er zijn drie associaties, een voor de MUG, een voor het zorgprogramma oncologie (Netwerk Oncologie West-Vlaanderen) en een voor de NMR. Er wordt verwezen naar het PET-centrum (AZ Groeninge – H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen – AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV).
 - Er is een samenwerkingsverband met de dienst palliatieve zorgen van het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen (campus Westlaan). Qua palliatieve zorg bestaat er daarnaast met het Netwerk Palliatieve Zorg De Mantel een samenwerkingsovereenkomst.
 - Voor pediatrie wordt samengewerkt met het UZ Gent. Voor de verwijzing van neonati wordt samengewerkt met de NIC-diensten van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, het UZ Gent en het UZ Leuven.
 - Voor chronische pijn wordt verwezen naar het referentiecentrum in het UZ Gent.
 - Met de categorale ziekenhuizen Ten Bos in Izegem en het Koningin Elisabeth Instituut te Oostduinkerke wordt eveneens samengewerkt.
 - Binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt bestaan er samenwerkingsovereenkomsten met verschillende RVT's.
 - Er wordt regelmatig overleg gepleegd met de huisartsenkring Houtland en de Bond van huisartsen Roeselare – Izegem – Tielt. **(AV)**
- Binnen het Netwerk Oncologie in West-Vlaanderen, een associatie van 4 ziekenhuizen in de regio, worden de MOC 's voor gynaecologie en urologie gezamenlijk met de 4 ziekenhuizen georganiseerd, afwisselend op locatie in één van de 4 ziekenhuizen. Op deze manier wordt d.m.v. peer review een kwaliteitscontrole ingevoerd. **(SP)**
- Het ziekenhuis werd door de FIFA erkend als Center of Excellence voor de behandeling van voetballers. **(SP)**

8.5 Cijfers

- Ten opzichte van de 330 erkende bedden telt het ziekenhuis op 1/7/2011 347,19 verantwoorde bedden, als volgt verdeeld: **(AV)**

C	D	E	G	M	A	Sp	Dagz.	Oneigenl.	Totaal
179		13	31	21	30	60	12,44	0,75	347,19

- De bezettingsgraad van het ziekenhuis bedroeg in 2010 84,44%, als volgt verdeeld: **(AV)**

C	D	E	G	M	A	Sp	IZ	Totaal
101,60	78,68	46,12	85,28	57,16	97,13	90,39	84,28	84,44

De gemiddelde ligduur daalde tot 5,7 dagen (exclusief Sp-dienst). Inclusief de Sp-dienst bedroeg de ligduur 7,1 dagen. **(AV)**

- In 2010 realiseerde het ziekenhuis 13733 klassieke opnames (exclusief neonatologie) (+1,30%, 78372 ligdagen exclusief de Sp-dienst, 98317 inclusief) en 20024 dagopnames (+9,12%). Er waren 962 bevallingen (972 geboorten). Over de laatste 5 jaar zijn het aantal klassieke opnames (exclusief Sp-dienst) gestegen met 19,34% en het aantal dagopnames met 49,27%. **(AV)**

- De hiernavolgende kwaliteitsindicatoren met betrekking tot de periode 2000-2006 werden door het agentschap Zorg en Gezondheid teruggekoppeld naar het ziekenhuis en besproken.
 - Ziekenhuissterfte voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar: het ziekenhuis bevindt zich telkens in het eerste of tweede kwadrant. De trend in Vlaanderen is dalend met stabilisering op het einde, die van het ziekenhuis is stabiel, met een daling voor het laatste jaar.
 - Ziekenhuissterfte na chirurgische ingreep met laag sterfterisico leeftijdsgroep 45-64 jaar: absoluut aantal telkens 0, behalve in 2005 (1). Hiermee piekte het ziekenhuis in het derde kwadrant.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met een medische APR-DRG met laag sterfterisico leeftijdsgroep 45-64 jaar: Met uitzondering van het jaar 2004 (piek door 3 sterftegevallen) is de trend dalend, net als voor Vlaanderen.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met een medische APR-DRG met matig sterfterisico leeftijdsgroep 45-64 jaar: De trend is dalend, net als in Vlaanderen, met uitzondering van 2003 en 2004, waarbij het ziekenhuis peikt door respectievelijk 4 en 5 sterftegevallen.
 - Ziekenhuissterfte binnen 24 uur na ongeplande opname: geen abnormale afwijkingen t.o.v. de gemiddelden.
 - Ziekenhuissterfte binnen 24 uur na geplande opname: Het ziekenhuis volgt de licht dalende trend van Vlaanderen en blijft onder het gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte bij pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis: Voor 3 van de 7 jaren bevint het ziekenhuis zich in de twee hoogste kwadranten. Het ziekenhuis heeft een dossierstudie uitgevoerd en merkt op dat het hier telkens ging om vruchtafdrijvingen, waarbij de baby in de baarmoeder gestorven was.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met pneumonie die niet in het ziekenhuis is ontstaan: In 2 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het Vlaamse gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR-DRG met matig sterfterisico: In 2 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het gemiddelde (telkens 1 patiënt).
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR-DRG met hoog sterfterisico: In 3 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR-DRG met extreem sterfterisico: In 5 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met medische APR-DRG met hoog sterfterisico: In 2 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met medische APR-DRG met extreem sterfterisico: In 3 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het gemiddelde.
 - Percentage autopsies bij pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis: De cijfers laten veronderstellen dat er geen autopsies bij pasgeborenen zouden gebeurd zijn, hetgeen niet klopt. Het ziekenhuis vermoedt dat het hier om een verkeerde registratie gaat.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met CVA voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar: In 1 van de 7 jaren is de sterfte hoger dan het Vlaamse gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met CVA voor de leeftijdsgroep 65-79 jaar: In geen enkel jaar is de sterfte hoger dan het Vlaamse gemiddelde.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met acuut myocardinfarct voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar: Het ziekenhuis geeft deze indicator niet aan als op te volgen of te onderzoeken, niettegenstaande er soms pieken te zien zijn in de cijfers: in 2000 (3/9 patiënten), 2002 (1/11 patiënten) en in 2006 (1/14 patiënten) waardoor men boven de mediaan uitkomt. Verder onderzoek van de betreffende dossiers lijkt aangewezen.
 - Ziekenhuissterfte van patiënten met acuut myocardinfarct voor de leeftijdsgroep 65-79 jaar: De sterfte ligt jaar na jaar hoger dan het Vlaamse gemiddelde. Dit werd niet verder onderzocht.
 - Ongeplande heropname binnen de 7 dagen na ontslag: In 1 van de 7 jaren liggen de heropnames boven het Vlaamse gemiddelde. De trend volgt de licht stijgende trend van Vlaanderen, behalve in het laatste jaar.

- Relatief aandeel keizersneden in het totaal aantal bevallingen: het ziekenhuis scoort telkens in het tweede of derde kwartiel. De trend volgt die van Vlaanderen.
- Gemiddelde verblijfsduur na niet-gecompliceerde vaginale bevalling: het ziekenhuis volgt de dalende trend in Vlaanderen.
- Gemiddelde verblijfsduur na hysterectomie voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar in laagste twee klassen van ziekte-ernst: Het ziekenhuis volgt de dalende trend in Vlaanderen, waarbij het ziekenhuis sneller daalt dan de rest van Vlaanderen.
- Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na CVA voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar: De laatste 4 jaren blijft het ziekenhuis onder het Vlaamse gemiddelde.
- Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na CVA voor de leeftijdsgroep 65-79 jaar: Het ziekenhuis blijft voor 5 van de 7 jaren onder het Vlaamse gemiddelde.
- Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na acuut myocardinfarct voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar: Het ziekenhuis scoort in 4 van de 7 jaren boven het gemiddelde.
- Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na heupfractuur: Met uitzondering van 1 jaar beduidend lager in vergelijking met andere ziekenhuizen.
- Aandeel cataractoperaties in daghospitalisatie voor de leeftijdsgroep 65-79 jaar in de laagste twee klassen van ziekte-ernst: het ziekenhuis volgt de trend van Vlaanderen.
- Aandeel varicectomies in daghospitalisatie voor de leeftijdsgroep 25-64 jaar: Het ziekenhuis volgt de Vlaamse trend.
- Aandeel patiënten met arthroscopie van de knie in dagbehandeling: Hier scoort het ziekenhuis 3 keer onder het gemiddelde, waarvan de 2 recentste jaren.
- Aandeel patiënten die een ingreep ingevolge een liesbreuk ondergaat in dagbehandeling: Het ziekenhuis scoort hier sterk onder het gemiddelde gedurende 3 jaar (bv. 10% in 2006 t.o.v. 27%).
- Aandeel patiënten met tonsillectomie of/en adenoïdectomie in dagbehandeling: Het ziekenhuis scoort ruim boven het gemiddelde.
- Aandeel vrouwelijke patiënten met heelkundige sterilisatie in dagbehandeling: Het ziekenhuis scoort voor 5 van de 7 jaren onder het gemiddelde, het meest recentste jaar zat het ziekenhuis (86%) boven het gemiddelde (81%).

Niettegenstaande een aantal indicatoren de aandacht trekken, heeft het ziekenhuis hieromtrent geen grondige studie gedaan (alleen dossierstudie voor het sterftcijfer bij pasgeborenen en het percentage autopsies). **(TK)**

Verdere dossieranalyse betreffende de sterftcijfers bij heelkundige patiënten (met laag, hoog en extreem risico) en bij niet-heelkundige patiënten (hoog en extreem risico) is aangewezen, aangezien deze cijfers regelmatig boven het gemiddelde komen.

Ook een analyse waarom het sterftcijfer na een acuut myocardinfarct jaar na jaar hoger is dan het gemiddelde, is noodzakelijk.

Tenslotte zijn er een aantal indicatoren waarrond waakzaamheid geboden is en die verdere opvolging verdienen. Het gaat om het sterftcijfer bij pasgeborenen, het percentage autopsies bij pasgeborenen, de gemiddelde ligduur na acuut myocardinfarct, en de substitutiegraad voor arthroscopie, liesbreukoperatie en sterilisatie.

9 Zorg voor kinderen en neonati

Situering

- Kinderen in klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie worden opgenomen op de kinderafdeling (of N* voor neonati).
- Er werd tijdens de audit gesproken met het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor kinderen, met de hoofdvroedvrouw, verantwoordelijk voor de organisatie van N*, en met een verpleegkundige van N*.
- Naast het bezoek aan de kinderafdeling en de neonatologie-eenheid was zorg voor kinderen ook een aandachtspunt bij de audit van het operatiekwartier en de spoedgevallendienst, de functie intensieve zorgen en de verpleegafdelingen. Er werden 2 dossiers op de kinderafdeling en 1 dossier op N* ingekeken.

Beleid en strategie

- Het ziekenhuisbrede protocol kindvriendelijk ziekenhuis (10-puntenplan) werd in oktober 2006 uitgewerkt op basis van het Charter van het gehospitaliseerde kind van de European Association for Children in Hospital. Dit protocol werd in februari 2011 herzien en aangepast, de volgende herziening is gepland in februari 2012. **(AV)**
Er is geen systematisch overleg met de afdelingen en diensten in het ziekenhuis waar kinderen terechtkomen (bv. spoedgevallendienst); er is enkel ad hoc overleg n.a.v. knelpunten. **(TK)**
- De zorgorganisatie voor kinderen voldoet niet helemaal aan de normen van het zorgprogramma: **(NC)**
 - Ouders kunnen in praktijk niet steeds bij hun bewuste kind blijven. Op OK worden ouders meestal niet toegelaten tot bij inductie.
 - Het zorgtraject voor kinderen verloopt niet volledig gescheiden van het zorgtraject van volwassen patiënten. Er werden in 2010 10 kinderen opgenomen voor hospitalisatie op volwassenafdelingen.
- Ouders, kinderen en medewerkers worden onvoldoende ingelicht over de kindvriendelijke zorg in het ziekenhuis. **(TK)**
 - In de onthaalbrochure of op de website wordt niet vermeld dat één van de ouders steeds bij het (bewuste) kind mag blijven. Uit gesprek blijkt dat enkel op vraag van de ouders zij bij hun kind kunnen blijven in de operatiekamer tot inductie. De verpleegkundigen van de kinderafdeling raden ouders af om bij hun kind te blijven tot inductie.
 - Zo staat op de website vermeld dat ouders op bezoek kunnen bij hun kind op de kinderafdeling van 7u30 tot 19u30, terwijl dit in de praktijk onbeperkt is.
- Overlegstructuren m.b.t. zorg voor kinderen: **(SP)**
 - Tijdens de week is er dagelijks patiëntenoverleg tussen alle kinderartsen gevolgd door een kort beleidsmatig overleg.
 - Elke vrijdag is er multidisciplinair patiëntenoverleg met de kinderartsen, hoofdverpleegkundige, sociale dienst, spelbegeleiding en kinderpsycholoog. Op vraag kan de kinesitherapeut aanwezig zijn.
 - Jaarlijks is er een 'grote' vergadering pediatrie en een 'grote' vergadering Materniteit en Neonatologie. SPE-gegevens, casusbespreking en bijscholing reanimatie komen hier onder andere aan bod. Wegens de verhuis is de 'grote' vergadering pediatrie in 2011 niet doorgegaan.

- Tweemaandelijks is er overleg tussen de gynaecologen en kinderartsen (+ assistent en stagiairs) met casusbespreking.
- Drie keer per jaar is er dienstvergadering voor de verpleegkundigen, eventueel met bijscholing. De data voor 2012 werden vastgelegd.
- De dienst beschikt niet over een multidisciplinair handboek zoals bedoeld in het KB betreffende het zorgprogramma voor kinderen. **(NC)**

Middelen

- Op de kinderafdeling werden volgende vaststellingen m.b.t. infrastructuur gedaan:
 - De ruime kinderafdeling is sinds oktober 2012 gelegen op de derde verdieping van de nieuwe X-blok. **(SP)**
 - De speelzaal is ruim en heeft veel daglicht. Regelmatig wordt er samen gegeten. **(SP)**
 - De dagzaal waar kinderen voor dagopnames worden opgenomen beschikt op het moment van de audit nog niet over gordijnen. Deze zijn voorzien maar nog niet geleverd. Hierdoor kan er weinig privacy geboden worden.
 - Aan de deuren van de kamers zijn nog geen herkenbare figuren aangebracht voor de kinderen. **(Aanb)**
 - De toegangsdeur naar de kinderafdeling, voorzien van een slot met cijfercode en bel (voor 7u en na 19u), stond bij de aanvang van de audit open. **(TK)**
 - De deuren naar de utility en bergruimten met o.a. poetsproducten zijn niet afgesloten. **(TK)**
 - Het reanimatiemateriaal is afgedekt maar niet afgesloten. **(TK)**
- De N* afdeling beschikt over 12 posities. Op het moment van de audit was er één kind opgenomen op de N*-afdeling. **(AV)** Op de neonatale afdeling werden volgende infrastructurale knelpunten opgemerkt: **(TK)**
 - Rooming-in is niet mogelijk (dag en nacht rooming-in van moeder en baby is volgens de richtlijnen van WHO één van de 10 vuistregels van een goed borstvoedingsbeleid).
 - De afdeling is niet toegankelijk met een bed.
 - De ruimte is erg beperkt. Er is onvoldoende plaats om alle ouders tegelijkertijd te ontvangen. Er zijn geen stoelen voorzien voor de bezoekers. Enkel in de ruimte voor borstvoeding staan 2 relaxzetels.
 - Er is onvoldoende privacy, de bedjes staan dicht op elkaar. Ook voor moeders die borstvoeding geven zijn de mogelijkheden beperkt.
 - Er is lawaaihinder door het luchtverversingssysteem.
 - Het reanimatiemateriaal is niet afgesloten.
- Het patiëntendossier bestaat uit verschillende delen die onvoldoende geïntegreerd zijn: **(TK)**
 - Er is een papieren verpleegkundig dossier met medicatieschema's.
 - Er is een papieren medisch dossier. Verpleegkundigen kunnen dit raadplegen.
 - Er is een elektronisch centraal patiëntendossier (CPD) waar o.a. de ontslagbrief voor de huisarts wordt in opgesteld.
 - Resultaten van onderzoeken bevinden zich in het CPD. Verpleegkundigen kunnen dit raadplegen.
 - De sociale dienst en kinderpsycholoog maken notities in Meddos. Verpleegkundigen kunnen dit niet raadplegen.
 - Verpleegkundigen maken gebruik van een briefingblad.
- Men beschikt over tal van folders voor de ouders en over fotoboeken voor de kinderen. Men maakt gebruik van een tevredenheidsenquête voor de ouders en één voor de kinderen. Ouders krijgen een uitgebreide papieren ontslagbrief. **(SP)**

Medewerkers

- Men beschikt over 4 voltijdse pediaters. **(AV)** Er is één pediater in opleiding (2^{de} jaars) en er zijn dokter-stagiairs. Zij worden ingeschakeld in de permanenties (kinderafdeling, spoedgevallen, materniteit, N*) met telkens een pediater van achterwacht.
- De personeelsequipe van de kinderafdeling bestaat uit: **(AV)**
 - 9 VTE pediatische verpleegkundigen,
 - 0,5 VTE gegradueerde verpleegkundigen,
 - 1 VTE gediplomeerde verpleegkundigen,
 - 0,5 VTE afdelingsmedewerker (logistieke ondersteuning)
 - 0,5 VTE spelbegeleider
 - 0,5 VTE sociaal assistent
 - 0,2 VTE kinderpsycholoog

Er is een zomer- en winterbestaffing.

Bij langdurige afwezigheid van de spelbegeleidster wordt zij niet vervangen. Het spellokaal blijft dan gesloten. **(NC)**

De equipe doet geen beroep op de mobiele equipe daar er geen pediatische verpleegkundigen deel uitmaken van de mobiele equipe. **(AV)**

- De equipe voor N* bestaat uit 5,84 VTE vroedvrouwen en/of pediatische verpleegkundigen. Er is een tekort van 0,16 VTE. **(NC)** Ieder ziekenhuis dat beschikt over een N*-eenheid moet ten minste beschikken over het voltijds equivalent van 6 gegradueerde pediatische verplegers of gegradueerde pediatische verpleegsters en/of vroedvrouwen, met bijzondere ervaring in de neonatologie.
- Er zijn twee pediatische verpleegkundigen in het team van ICU die preferentieel toegewezen worden aan het opgenomen kind. **(SP)**

Processen

- Er is een basis pijnprotocol voor de kinderafdeling, een pijnprotocol PACU, een pijnprotocol dagcentrum en pijnprotocol spoedopname uitgewerkt voor kinderen. Deze protocols werden opgesteld in overleg met de pijnverpleegkundige en de kinderaanesthetist. Zij gaven bijscholing aan alle verpleegkundigen van de kinderafdeling. Elk kind met een pijnpomp opgenomen voor een dagbehandeling wordt na de ingreep bezocht door de kinderaanesthetist. **(SP)** Bij nazicht van 2 dossiers werden geen notities i.v.m. pijn (VAS schalen) teruggevonden. **(TK)**
- Er is een ziekenhuisbrede procedure bij vermoeden van kindermishandeling. **(AV)** De beschikbare procedure bevat geen praktische en concrete afspraken (bijroepen pediater, telefoonnummers, wat melden in dossier, afspraken met verschillende diensten...). Er werd ook geen vorming gegeven daaromtrent. **(TK)**
- De kinderafdeling beschikt niet over een specifieke inscholingshandleiding. **(TK)**
- In juni 2011 had de verplichte bijscholing reanimatie plaats. Deze werd gegeven door de pediaters. Pediaters, pediatische verpleegkundigen en vroedvrouwen van de neonatologieafdeling volgden in Brugge een NLS-cursus. **(AV)**
- Het borstvoedingsbeleid is nog niet volledig in overeenstemming met de tien vuistregels van de WHO.
 - Men slaagt er niet in om na een sectio binnen het eerste uur de eerste borstvoeding te geven.
 - Voeden van de prematuren op de neonatologie-afdeling gebeurt niet op vraag van het kind maar op vaste tijdstippen.

- Het beleid inzake opvang van kinderen op spoed is op vele punten goed uitgewerkt. **(AV)**
 - Men beschikt over een mooie aparte kinderbox (kinderstudio), waar kinderen zo mogelijk direct geïnstalleerd worden waardoor ze niet in de wachtzaal moeten blijven. Dit garandeert ook een scheiding (auditief en visueel) van het volwassen gebeuren.
 - Er is aandacht voor opleiding rond pediatrie urgenties (bv. de laatste interne opleiding was in mei/juni 2011; materiaal voor pediatrie ALS-training werd aangekocht...).
 - Er is een uitgeschreven protocol voor de opvang van kinderen op spoed.
 - Er is een specifieke procedure voor pijnbestrijding bij kinderen.
 - Ouders kunnen steeds bij hun kind blijven.
 - Er zijn geen specifieke zorgprocedures voor urgenties bij kinderen uitgewerkt. **(TK)**

- Kinderen met ernstige pathologie, zeker de zeer jonge, worden door de dienst pediatrie meestal snel doorverwezen naar het UZ Gent of naar het AZ St.-Jan te Brugge. Op de eenheid CCU/SCU worden nooit kinderen opgenomen. In 2010 werden 14 kinderen opgenomen op de eenheid ICU, in 2011 waren er dat 5 tot op het moment van de audit. **(AV)** Hieromtrent werden geen belangrijke knelpunten vastgesteld.
 - Pediaters worden betrokken bij de behandeling, als consulent. Er is steeds een oproepbare pediater van wacht.
 - Er is een goede samenwerking met de verpleegeenheid pediatrie.
 - Tweemaal daags is er een gezamenlijke zaalronde met pediater en intensivist indien een kind is opgenomen.
 - Rooming-in is steeds (24u/24) mogelijk.
 - Alle kamers zijn afsluitbare individuele boxen zodat de kinderen visueel en auditief afgescheiden kunnen worden van het gebeuren bij volwassen patiënten.
 - Men beschikt over aangepaste beademingsapparatuur en een kar met pediatrie materiaal.
 - Er zijn twee pediatrie verpleegkundigen in het team die preferentieel toegewezen worden aan het opgenomen kind.
 - Er is geen formele overeenkomst tussen het zorgprogramma en de eigen ICU.

Resultaten

- In 2010 werden 1155 kinderen gehospitaliseerd in Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, hiervan kwamen er 1134 op de kinderafdeling **(AV)** en 10 op een gewone verblijfsafdeling voor volwassenen terecht. De kinderafdeling had in 2010 een bezettingsgraad van 41,46%, de gemiddelde ligduur was 2,85 dagen.
- 1102 kinderen werden in 2011 voor een geplande dagingreep opgenomen. In 2010 kwamen 1807 kinderen naar de spoedgevallendienst en kwamen er 14 kinderen op IZ terecht. **(AV)**
- Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal kinderen die door hun ouders begeleid worden tot aan/in het OK. Ouders begeleiden bijna nooit hun kind tot bij inductie. Er zijn geen exacte gegevens over het aantal kinderen waarbij een ouder aanwezig is bij het ontwaken. **(TK)**
- In 2010 werden 94 neonati opgenomen op N*. De bezetting in 2011 bedroeg 50,55%. **(AV)**
- In 2010 verbleef naar schatting bij 80 à 90% van de kinderen opgenomen op de kinderafdeling een ouder. **(AV)**

10 Zorg voor psychiatrische patiënten

Situering

- Het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare heeft een psychiatrische afdeling met 34 bedden (30 erkende, 2 overflowbedden en 2 wachtbedden). Daarnaast is er liaisonpsychiatrie en zijn er consultaties.
- Er werd gesproken met de hoofdverpleegkundige van de PAAZ en met het medisch diensthoofd. Zorg voor psychiatrische patiënten was een aandachtspunt bij het bezoek aan de niet-psychiatrische verpleegafdelingen en tijdens het bezoek aan IZ en spoed.
- Half december zal de psychiatrische afdeling verhuizen naar een nieuwgebouwde afdeling op het gelijkvloers van blok X. De infrastructuur van de huidige afdeling werd om deze reden niet bekeken. De nieuwe afdeling in afwerkingsfase werd kort bezocht.
- Er werden 2 patiëntendossiers en een 10-tal isolatiefiches ingekeken.

Beleid en strategie

- De dienst psychiatrie heeft begin 2011 een SWOT opgemaakt. Tijdens de zomer 2011 werd een missie uitgeschreven (o.b.v. de krijtlijnen van de missie van het ziekenhuis). In de missie staan patiëntbetrokkenheid en behandeling op maat centraal. Bij deze strategische oefeningen was het ganse PAAZ-team betrokken. **(SP)** Een verdere vertaling van de missie naar een beleidsplan is nog niet gebeurd. Een jaarverslag 2010 werd niet opgemaakt. **(TK)**
- Binnen de dienst zijn er verschillende overlegstructuren: **(AV)**
 - Drie maal per week zijn er multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.
 - Maandelijks is er beleidsoverleg met alle disciplines en het verpleegkundig middenkader.
 - Maandelijks is er overleg tussen beide psychiaters.
 - Enkele malen per jaar zijn er werkvergaderingen van de niet-medische disciplines en jaarlijks is er een evaluatievergadering van alle disciplines samen.

Overleg met andere betrokkenen in het ziekenhuis gebeurt niet systematisch. Er is geen systematisch overleg van de leidinggevenden van de dienst psychiatrie met het beleidsniveau/de directie, noch is er gestructureerd overleg met de diensten IZ en spoedgevallen. **(TK)**

Middelen

- Het patiëntendossier is onvoldoende multidisciplinair geïntegreerd. **(TK)** Op de PAAZ wordt het elektronisch dossier Meddos gebruikt. Hierin maken alle niet-medische disciplines zorgnota's. De psychiaters gebruiken een papieren medisch dossier voor hun zorgnota's, het handschrift van deze notities is niet steeds leesbaar. Enkel intake- en ontslagbrieven worden door de psychiaters opgemaakt in Meddos. Daarnaast is er nog een beperkt papieren verpleegkundig dossier. Hierin zijn bv. de zorgnota's terug te vinden over afzonderingen.
- Het isolatieregister voldoet niet aan de vereisten. Isolatiefiches worden als losse bladen in een map bewaard. Op de isolatiefiches zijn geen notities terug te vinden over

fixatiemaatregelen, medicatietoediening, de regelmatige evaluatie van de maatregel en het verhoogd toezicht. Deze gegevens worden op een andere fiche genoteerd die in het papieren verpleegkundig dossier bewaard wordt. In deze zorgnotities worden onvoldoende specifieke gegevens genoteerd over het toezicht (bv. bewustzijn, temperatuur en vochttoediening bij psychose). **(TK)**

- In 2009 werd de PAAZ gerenoveerd. **(AV)**
Op de nieuwe afdeling werden een aantal infrastructuuraanpassingen i.f.v. veiligheid gedaan (geen verhangingsmogelijkheid aan kapstokken, douchekop, douchestang). **(SP)** Op een aantal plaatsen is er wel nog risico op verhangingsmogelijkheid (radiator in de badkamer, slot van de deur, handdoekrekje van de wastafel, haken voor bezoekersstoelen). **(Aanb)**

Medewerkers

- Er zijn in het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare 2 psychiaters werkzaam. **(AV)**
- De personeelsequipe van PAAZ bestaat uit: **(AV)**
 - 13 VTE psychiatisch verpleegkundige (waarvan 6,25 VTE A1 en 6,75 VTE A2)
 - 0,5 VTE ziekenhuisverpleegkundige
 - 0,75 VTE zorgkundige
 - 1,5 VTE psycholoog
 - 2 VTE ergotherapeut
 - 0,75 VTE maatschappelijk assistent.
- Verpleegkundigen van PAAZ staan in voor heel wat logistieke taken, zoals maaltijdbedeling, patiëntenvervoer, transport labo en apotheek... Er is heel wat ruimte voor taakuitvoering. **(TK)**
- De nachtpermanentie van de PAAZ bestaat uit 2 personeelsleden. De tweede verpleegkundige staat in voor hulp bij verzorging op een geriatrie afdeling en is ongeveer 2u per nacht niet aanwezig op PAAZ. **(AV)**
- De laatste vorming inzake 'omgaan met agressie' dateert van 2005. **(TK)** Onvoldoende opleidingsmogelijkheden kwamen als knelpunt naar voor in de medewerkersbevraging op PAAZ in 2010. **(AV)**
- Opvang van personeelsleden na een incident gebeurt enkel binnen het team. **(AV)** Er is geen gestructureerde opvang voorzien door personen die hiervoor specifiek zijn opgeleid. **(TK)** Uit de medewerkersbevraging in 2010 bleek dat personeel ervaart dat er onvoldoende opvang na een emotioneel ingrijpende gebeurtenis is. **(AV)**
- We bevelen aan om voor alle personeel van psychiatrie intervisie te voorzien, vanuit het oogpunt zorg voor zorgenden. **(Aanb)**
- Er is onvoldoende aandacht voor vorming betreffende psychiatrische urgenties. **(TK)** Men kan zich op spoed geen vorming over deze onderwerpen herinneren. De laatste opleiding over omgaan met agressie dateert van 2005. Er moet regelmatig (bv. jaarlijks) een opleiding "omgaan met agressie, agressiepreventie en afzonderingsbeleid" georganiseerd worden voor al het spoedpersoneel.

Processen

- Er is nog ruimte voor verbetering op het vlak van integratie van de zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek. **(TK)**
 - De interne liaisonfunctie is beperkt tot individuele psychiatrische consulten. Dit zou meer gestructureerd kunnen uitgebouwd worden (bv. uitbreiding tot een

- psychiatrisch liaisonteam, structureel aanbod voor specifieke patiëntendoelgroepen in het ziekenhuis).
- Opname- en ontslagcriteria voor PAAZ zijn erg algemeen en onvoldoende duidelijk omschreven. De verschillende disciplines hebben hierover niet steeds dezelfde visie (bv. al of niet opnemen van zorgbehoevende patiënten, somatische problemen, sociale opnames...).
 - Behandeldoelstellingen worden onvoldoende duidelijk omschreven (binnen het team en naar patiënten toe). In patiëntendossiers worden eerder vage omschrijvingen teruggevonden (tot rust komen, depressie behandelen...).
 - Er is geen gemeenschappelijke behandelvisie uitgeschreven voor de zorg op PAAZ. De verschillende teamleden werken vanuit verschillende therapeutische modellen en er is onderling onvoldoende afstemming en gelijkgezindheid hierrond. De verschillende therapeutische rollen zijn onvoldoende geëxpliciteerd.
 - Het elektronisch patiëntendossier faciliteert onvoldoende de multidisciplinaire samenwerking. Het dossier wordt niet ten volle ondersteunend gebruikt, bv. voor informatie-uitwisseling.
 - De patiëntenbesprekingen worden voornamelijk besteed aan informatie-uitwisseling tussen teamleden, er is te weinig tijd en aandacht voor het formuleren van behandeldoelstellingen en de afstemming van behandelaanpak.
 - Uit de medewerkersbevraging in 2010 kwamen volgende knelpunten naar voor: er is onduidelijkheid omtrent de doelstellingen van de afdeling, de taakverdeling is niet duidelijk, er zijn onvoldoende duidelijke werkprocedures, afspraken worden onvoldoende nageleefd, er wordt onvoldoende als team gewerkt, er is onvoldoende vertrouwen tussen de teamleden, conflicten worden niet uitgepraat, de sfeer op de afdeling wordt niet als positief ervaren, er is onvoldoende ruimte voor nieuwe ideeën, leidinggevend worden niet positief geëvalueerd.
- Men beschikt over een uitgeschreven opnamebeleid bij psychiatrische urgenties. Dit werd gezamenlijk ondertekend door de medische diensthoofden van spoed en van psychiatrie. Er is een samenwerking voor de medische permanentie psychiatrie tussen de twee psychiaters van het SZR en de drie collega's van het H.-Hartziekenhuis te Roeselare. De procedure stipuleert dat bij elke psychiatrische urgentie de patiënt door de spoedarts gezien wordt en dat vervolgens de psychiater moet opgeroepen worden die dan instaat voor de vervolgzorg. Bij suïcidepoging vult de spoedarts steeds het IPEO-document in, dat dan toegevoegd wordt aan het patiëntendossier en via Medibridge beschikbaar is voor de huisarts. De spoedverpleegkundige heeft geen inzage in het IPEO-verslag van de spoedarts. **(AV)**
 - Op ICU gaan patiënten met (onderliggende) psychische problematiek pas op ontslag na een consult door een psychiater. In de praktijk blijkt dat dit meestal al gebeurde bij de opname via spoed. **(AV)** Op de intensieve eenheden werd geen recente vorming georganiseerd betreffende psychische pathologie. **(Aanb)**
 - Op de psychiatrische afdeling worden principes van patiëntgeoriënteerde zorg toegepast, dit blijkt o.a. uit: **(SP)**
 - Patiënten krijgen een weekoverzicht met hun individueel behandelprogramma.
 - De gesprekken met de psychiaters zijn in het behandelingsprogramma voorzien. De patiënten en hun familie worden standaard bij het opnamegesprek betrokken.
 - Huisartsen worden geïnformeerd omtrent hun gehospitaliseerde patiënten via een opname- en een ontslagverslag.
 - Wekelijks organiseert men op PAAZ een afdelingsvergadering met de patiënten.
 - Er zijn wekelijkse infosessies over metabool syndroom.
 - Er is een KOPP-aanbod (Kinderen van Ouders met een Psychiatrische Problematiek) door een psycholoog met specifieke opleiding.

Hoewel men wil kiezen voor doorgedreven patiënttoewijzing (de case-manager in de missie), slaagt men hier niet volledig in. **(Aanb)**

- Er is een 'gedragscode voor isolatie in een afzonderingskamer op PAAZ' (25/1/2006) uitgeschreven. Deze gedragscode is toe aan evaluatie en actualisatie. De procedure kent volgende verbeterpunten: **(TK)**
 - De techniek van isolatie is weinig omschreven.
 - De indicaties voor bijkomende fixatie zijn niet beschreven.
 - Er zijn geen gebruiksaanwijzingen voor het aanleggen van fixatiemateriaal.
 - In de procedure wordt toezicht tijdens isolatie minstens om het uur vooropgesteld, maar er is niet gespecificeerd waaruit dit toezicht dient te bestaan (bewustzijn, vochttoediening, T°).
- Er is een zorgtraject voor suicidepogers d.m.v. IPEO. Op spoed wordt IPEO1 afgenomen door de spoedarts, waarna de huisarts automatisch een brief krijgt via Meddos. Bij opgenomen patiënten wordt IPEO2 afgenomen op de PAAZ. **(AV)**

Resultaten

- In 2010 waren er 709 opnames op de PAAZ, de bezettingsgraad was er 94,5% en de gemiddelde ligduur 14,6 dagen. Er werden vorig jaar 12 minderjarigen (16-18 jaar) opgenomen op de PAAZ. Er werden in 2010 96 patiënten met psychiatrische problematiek in hoofd- of nevendiagnose (cijfer uit MZG o.b.v. MDC 19, met exclusie van dementie) opgenomen op een niet-PAAZ. Er gebeurden 135 liaisonconsulten door psychiaters. **(AV)**
- Uit de registratiegegevens van 2010 over afzonderingen blijkt dat er in de PAAZ 64 afzonderingen gebeurden in de isolatiekamer (9% van de opnames). De gemiddelde duur van een afzondering was 49,4 uur. **(AV)** Er worden geen cijfers bijgehouden over het aandeel fixaties tijdens isolatie. **(TK)**
- De dienst psychiatrie beschikt over weinig registratiegegevens (er is geen specifieke bevraging van tevredenheid bij PAAZ-patiënten, men beschikt niet over de resultaten van de medewerkerstevredenheid op de afdeling, er zijn weinig activiteitsgegevens beschikbaar, er is geen zicht op de toepassing van het IPEO-zorgtraject). Er gebeurt geen analyse van de beschikbare registratiegegevens (bv. i.v.m. afzondering) als verbeterinstrument voor de kwaliteit van zorg. **(TK)**
We bevelen aan om de registratiegegevens i.v.m. afzondering uit te breiden en te gebruiken voor de evaluatie van het gevoerde afzonderingsbeleid (bv. tijdstip van afzondering, evaluatie van noodzaak fixatie...). **(Aanb)**
- Jaarlijks organiseert één van de psychiaters van het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare een cultureel evenement dat de psychiatrie op een positieve manier onder de aandacht moet brengen. In 2011 bestond het project uit een tentoonstelling, een theatervoorstelling en een muziekoptreden. **(SP)**

11 Zorg voor chirurgische patiënten

Situering

- Het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare heeft een operatiekwartier op de 2^{de} verdieping van de C- en B-vleugel met 8 zalen, 2 behandelkamers en een recovery. Deze laatste telt 12 posities, waarvan 1 positie met een schuifwand wat meer afgezonderd kan worden van de rest.
Op het moment van de audit waren er 4 zalen en 2 behandelkamers in gebruik, en 8 van de 12 posities op recovery, wegens het vernieuwen van de vloer en het aankoppelen van de twee nieuwe zalen in de X-vleugel.
- Chirurgische patiënten in daghospitalisatie komen terecht op het gemengd daghospitaal dat 23 plaatsen telt (19 bedden en 4 zetels) en zich momenteel op de tweede verdieping van de B-vleugel bevindt. Daarboven bevindt zich de pijnkliniek, met een 5-tal zetels en een eigen behandelruimte. Kinderen worden voor dagingrepen sinds kort uitsluitend op het pediatrisch daghospitaal op de nieuwe kinderafdeling opgenomen. Dit aspect wordt besproken in het hoofdstuk “zorg voor kinderen”.
- Tijdens de audit werden het operatiekwartier (+ recovery), het gemengd dagziekenhuis en de pijnkliniek, en de afdelingen algemene heelkunde – urologie (A3) en een gemengde heelkundige afdeling (B2) bezocht.
Er werd gesproken met het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundigen van het OK, met de verantwoordelijke van de CSA, met het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van het daghospitaal-pijnkliniek en met de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdelingen. Op verschillende plaatsen werden eveneens andere medewerkers en patiënten aangesproken.
Er werden 6 dossiers ingekeken.

Beleid en strategie

- In samenspraak met de huisartsen, de Sint-Jozefskliniek te Izegem, het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen en het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt zijn er preoperatieve mapjes ontwikkeld. Ze bevatten een vragenlijst voor de patiënt, een blad voor anamnese en klinisch onderzoek door de huisarts en een luik met algemene informatie en het informed consent. **(SP)** Op alle geziene mapjes was het type ingreep door de behandelende arts ingevuld.
Bij opname overlopen de verpleegkundigen met de patiënt de vragenlijst en gaan zij na of alle informatie goed begrepen is. Indien blijkt dat er toch onvoldoende mantelzorg thuis voorhanden is, kan zo nog tijdig een opname voorbereid worden.
Peroperatief maakt men voor de anesthesie gebruik van elektronische monitoring.
Postoperatief heeft men een fiche, verschillend voor gehospitaliseerde en dagpatiënten, waarop plaats is voor postoperatieve instructies voor de ontwaakzaal, medicatieverbruik en parameters tijdens het verblijf op de recovery, pijnscore (POKIS bij kinderen van 0 tot 4 jaar) en andere aandachtspunten. Alle geziene fiches waren postoperatief ondertekend door een anesthesist. **(AV)**
- Ouders mogen gewoonlijk niet bij hun kind blijven tot bij inductie, **(NC)** enkel voor personeelsleden en begeleiders van gehandicapten wordt hierop een uitzondering gemaakt. Sommige anesthesisten laten dit wel steeds toe als ouders er om vragen, maar ouders worden van de mogelijkheid om bij hun kind te blijven niet actief op de hoogte gebracht. **(NC)**
Anderzijds laat men ouders wel toe vanaf het ontwaken op de recovery. **(AV)**
- Er is een “OP-commissie” die om de 2 maanden bijeenkomt, ondermeer voor de toewijzing van de zalen en het toezicht op het gebruik van de perioperatieve checklist. Er

wordt telkens gewerkt met een effectief lid en een plaatsvervanger zodat iedereen steeds aanwezig of minstens vertegenwoordigd is. Daarnaast is er nog dagelijks overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundigen ("managementsteam"), en is er overleg met de CSA en met het dagziekenhuis over het operatieprogramma van de volgende dag. **(AV)**

- Patiënten worden verbed aan de ingang van het operatiekwartier. Het bed wordt daarna in de recovery geplaatst. Alhoewel er een voorbereidingsruimte is met drie posities, wordt hier hooguit een infuus geplaatst. Alle andere voorbereiding waarbij een anesthesist nodig is, gaat door in de zaal zelf. Op die manier verlaten de anesthesisten de zaal niet en blijven ze toezicht houden op een patiënt onder narcose. **(SP)**

- Binnen het operatiekwartier heeft men de processen zoveel mogelijk gestandaardiseerd en is het toezicht er op een gestructureerde wijze in de werking ingebouwd. **(SP)**
 - Er is een nieuw OK-reglement dat het organogram beschrijft, de wijze waarop ingrepen gepland kunnen worden, en volgens welke kwaliteitsrichtlijnen er moet gewerkt worden.
 - Daarnaast is er een apart hygiënisch reglement.
 - Het procedureboek is in alle zalen elektronisch beschikbaar.
 - Er wordt gewerkt met gestandaardiseerde namen voor de ingrepen en alle sets kregen een duidelijke naam en plaats in de steriele berging. Indien er meerdere sets zijn met eenzelfde naam, dan zijn deze identiek samengesteld.
 - Dagelijks worden de zalen en de anesthesieapparatuur opgestart aan de hand van een checklist (SCOMLADIT).
 - Verschillende karren voor specifieke interventies (intubatie bij kinderen, kar voor anesthesie op medische beeldvorming, reanimatiekar...) staan klaar in de gang. De inhoud ervan wordt regelmatig nagekeken aan de hand van checklists. Daarna wordt een hoes over iedere kar getrokken, zodat het materiaal niet weggenomen kan worden en voor iedereen duidelijk is dat de inhoud compleet is.
 - Voor een aantal operaties werkt men met standaardpakketten (custom packs) per type ingreep, momenteel zijn er 9 dergelijke packs ontwikkeld met afdek- en verbruiksmateriaal.
 - Er is een ziekenhuisbreed postoperatief pijnbeleid ontwikkeld, zowel voor volwassenen als voor kinderen, en dit beleid is vertaald in een duidelijke flow-chart.
 - Voor de planning van ingrepen wordt een strikt schema gevolgd. De individuele programma's moeten ten laatste om 14 uur beschikbaar zijn in het elektronisch planningsprogramma, zoniet wordt de zaaltijd ter beschikking gesteld van andere artsen. Bijkomende ingrepen, zowel dringende als semi-dringende, kunnen daarna alleen door de hoofdverpleegkundigen, na overleg met het medisch diensthoofd, aan het programma worden toegevoegd. Om 14u30 is er overleg met CSA omtrent de uitvoerbaarheid. Om 15 uur wordt het programma definitief en worden de afdelingen op de hoogte gebracht welke patiënt het eerst in het operatiekwartier verwacht wordt. Bij overboeking (maximaal 15 minuten) wordt met de chirurg afgesproken welke operatie desnoods zal uitgesteld worden als op de dag van de ingreep blijkt dat het programma effectief zal uitlopen.
 - Men werkt al sinds een jaar met een "perioperatieve checklist" op basis van de WHO-checklist maar aangepast aan de eigen situatie. Deze lijst maakt deel uit van de patiëntenmap en bestaat uit drie luiken (voor inductie, voor incisie en voor het verlaten van de zaal). Naast identificatie van de patiënt en controle op de juiste lichaamszijde is er aandacht voor de aanwezigheid en werking van de benodigde apparatuur, mogelijk bloedverlies, allergieën, antibioticaprofylaxis, labeling van stalen, tellen van de compressen...
Regelmatig doet men controles op het gebruik van de checklist. De laatste controles dateren van september en oktober 2011. **(SP)** Daaruit bleek dat geen enkele checklist volledig was ingevuld. Nu moeten zowel verpleegkundigen, anesthesisten als chirurgen ieder luik paragraferen. Dit gebeurt maar in de

helpt tot 70% van de gevallen. Ook de mondelinge communicatie bij het invullen van de lijst is nog onvoldoende. **(TK)** Een onvolledige toepassing van dergelijke checklisten kan voor een vals gevoel van veiligheid zorgen. We raden aan de checklist gebruiksvriendelijker te maken. **(Aanb)**

Middelen

- Het operatiekwartier bestond oorspronkelijk uit 8 zalen (7 gewone zalen en 1 zaal voor septische ingrepen). 3 zalen beschikken over laminaire airflow (LAF), de andere zalen over gewone luchtfiltering. Later werden tussen het huidige dagziekenhuis en dit operatiekwartier 2 behandelkamers ingericht, waarin kortdurende ingrepen (oftalmo, stomatologie, NKO...) worden gepland. Alle operatiezalen zijn uniform ingericht. **(AV)**
- Alhoewel men aandacht heeft voor uniformiteit qua werking en materiaal (bv. inhoud van de kasten), beschikt men over verschillende types anesthesietoestellen en monitoringsystemen. Men zal de afweging moeten maken tussen patiëntveiligheid enerzijds, waarbij het aangewezen is om tot één type te komen om zoveel mogelijk fouten te vermijden en tussen de opleidingsfunctie anderzijds, waarbij men artsen met verschillende types toestellen vertrouwd wenst te maken. **(Aanb)**
- Er zijn twee toegangen tot het operatiekwartier. Vanuit het dagziekenhuis kan men via de gang langs de behandelkamers tot aan de centrale hal, nabij de liften komen. Het gros van de patiënten komt via de liften of via de ingang aldaar. Kinderen kunnen niet auditief en visueel gescheiden worden van volwassenen. Op de recovery is er een schuifwand tussen de eerste positie en de rest van de zaal. Deze wand zorgt slechts deels voor een visuele afscherming, een auditieve afscherming is hiermee onmogelijk. **(NC)**
- Alhoewel het dagziekenhuis een aparte ingang heeft en over een kleine balie beschikt, gebeuren de inschrijvingen nu aan het centrale onthaal. Daar krijgen de patiënten in daghospitalisatie voorrang op de andere patiënten (aparte balie). **(AV)**
De pijnkliniek, een verdieping hoger, beschikt over een ruime zaal met aangepaste operatietafel. Een minpunt is de toegankelijkheid met bedden. **(TK)** Bij gebrek aan een voldoende grote lift, kan men hier geen bedden plaatsen of patiënten in bed van of naar de pijnkliniek brengen. Patiënten kunnen na een ingreep enkel plaats nemen in relaxzetels. De beperkte toegankelijkheid kan een risico inhouden bij complicaties (bv. reanimatie).

Medewerkers

- Er zijn 12 anesthesisten. Er zijn bijkomend 2 anesthesisten gerecruteerd. **(AV)**
- Naast de hoofdverpleegkundigen (2,00 VTE) zijn er voor het OK 11,00 VTE verpleegkundige bachelors, 1,55 VTE vroedvrouwen en 31,45 VTE gediplomeerde verpleegkundigen kwalificatieniveau 5. Gedurende 5 nachten per week is er logistieke ondersteuning. Er is geen administratieve ondersteuning. Bij technische problemen kan men beroep doen op de technische dienst van het ziekenhuis, die hiervoor een aparte biotechnische afdeling heeft met wachtdienst. Een van de verpleegkundigen staat specifiek in voor de begeleiding van nieuwe medewerkers. Voor de ontwaakruimte beschikt men over 8,80 VTE verpleegkundige bachelors en 0,75 VTE gediplomeerde verpleegkundigen kwalificatieniveau 5. 's Nachts en in het weekend zijn er steeds 3 verpleegkundigen van wacht. **(AV)**
- 25 medewerkers van het operatiekwartier (samen 21,65 VTE) hebben een opleiding gevolgd over radioprotectie. **(AV)**

- Er is een sluitend stockbeheer voor narcotica en prothesen. **(SP)** Medewerkers van de apotheek staan in voor het beheer van de prothesen op het operatiekwartier. Voor de narcotische anesthetica wordt er gewerkt met een koffertje per anesthesist en per dag. 's Avonds worden deze koffertjes aangevuld door een verpleegkundige op basis van de voorschriften van de anesthesisten.
- Binnen het operatiekwartier is er 2 keer per jaar een vorming over reanimatietechnieken. **(AV)** Daartegenover staat dat er de laatste 5 jaar maar 1 opleiding geweest is voor de medewerkers van het dagziekenhuis. **(TK)** Nieuwe medewerkers krijgen een opleiding tijdens de algemene inscholingsdagen. **(AV)**
- De equipe van het daghospitaal bestaat uit: **(AV)**
 - 13,05 VTE verpleegkundige bachelors
 - 1,50 VTE gediplomeerde verpleegkundigen kwalificatieniveau 5
 - 2,80 VTE logistieke ondersteuning

Voor 5393 chirurgische dagingrepen moet er een equipe zijn van minstens 6,74 VTE verpleegkundige bachelors.

Processen

- Dankzij de strikte werkwijze bij de planning van ingrepen slaagt men er vrij goed in de operaties te laten doorgaan tijdens de voorziene werkuren van het operatiekwartier. **(SP)** Desalniettemin vertaalt dit zich nog niet in een goede spreiding van de opnames. **(TK)** Nog te veel patiënten bieden zich 's morgens en 's middags aan bij de inschrijvingen, hetgeen de wachttijden voor de patiënten aan het onthaal kan doen oplopen. Dit kan dan op zijn beurt problemen geven bij de normale afhandeling van het operatieprogramma.
- Op basis van de automatische tijdsregistraties via het operatieopvolgprogramma (Opera®) verdeelt men de zalen over de chirurgen. **(AV)**
- Sectio's gaan zoveel mogelijk door in het operatiekwartier. Dringende sectio's gebeuren, omwille van de afstand tussen de materniteit en het operatiekwartier, in een aparte zaal op de materniteit. Hierbij gaan 1 of 2 verpleegkundigen van het operatiekwartier ter plaatse, samen met de anesthesist. Deze verpleegkundigen staan de gynaecoloog bij tijdens de ingreep en bieden ondersteuning aan de anesthesist terwijl een vroedvrouw als omloop functioneert. Deze werkwijze garandeert dus dat de verloskundige steeds wordt bijgestaan door personeel dat ervaring heeft met operatieve ingrepen. **(SP)**
- Voor verschillende soorten ingrepen (totale knieprothese, totale heupprothese, wervelzuilchirurgie) werkt men met een gestandaardiseerd traject, waarbij de patiënt pre-operatief infosessies in groep volgt, een preoperatief consult krijgt, dezelfde dag als collega-patiënten wordt opgenomen en geopereerd en verder in groep revalideert. Deze werkwijze zorgt er voor dat patiënten duidelijk beter geïnformeerd zijn over de ingreep en de anesthesie en brengt een stimulerende dynamiek op gang waardoor de patiënten sneller revalideren. **(SP)**
- Op het dagziekenhuis heeft men per arts en per ingreep een draaiboek gemaakt met de belangrijkste aandachtspunten. Dit werd gevalideerd door alle artsen. Dit helpt fouten voorkomen en is een handig hulpmiddel bij de inscholing van nieuwe medewerkers. **(SP)**

Resultaten

- Het hygiënisch reglement dateert van 05/12/2005 en werd verschillende keren gewijzigd en aangevuld, de laatste keer op 21/12/2010. Het OK-reglement dateert van 23 mei 2011. **(AV)**

- Men participeert op het operatiekwartier aan een multicentrisch kwaliteitsproject waarbij men bij prothesechirurgie opvolgt hoeveel infecties er optreden postoperatief. **(SP)**
- Er zijn twee folders uitgewerkt over anesthesie en kinderen. Op het dagziekenhuis beschikt men over verschillende rijk geïllustreerde brochures over de meest voorkomende ingrepen (arthroscopische rotator cuff hechting, artroscopische acromioplastie, laparoscopisch liesbreukherstel, schouderrevalidatie...). **(SP)**
- In 2010 waren er 5393 ingrepen in daghospitalisatie.. **(AV)**

12 Zorg voor kritieke patiënten

12.1 Spoedgevallen

Situering

- Het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare heeft een erkenning voor een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een functie mobiele urgentiegroep. De MUG wordt uitgebaat in samenwerking met het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen (campus Wilgenstraat) volgens een beurtrol per week. Daarnaast verzorgt de St.-Jozefskliniek te Izegem tijdens de kantooruren een bijkomende MUG-wagen.
- Er vertrekt vanuit de dienst spoedgevallen geen eigen ziekenwagen binnen het 100-systeem.
- De dienst spoedgevallen werd bezocht. Er werd gesproken met het medisch diensthoofd en een verpleegkundige die de hoofdverpleegkundige verving gedurende enkele dagen.

Beleid en strategie

- Het medisch diensthoofd van de functies spoedgevallen en MUG is ook werkzaam als anesthesist in het ziekenhuis. Daarnaast neemt zij ook deel aan de medische permanentie van ICU. Het medisch diensthoofd besteedt naar schatting slechts de helft van haar werktijd aan de activiteiten in de functie spoedgevallen en MUG. **(AV)**
- De dienst beschikt niet over een jaarverslag. Er werd in 2011 een SWOT-analyse opgemaakt. In 2011 werd, voor de eerste keer, een beleidsplan opgesteld dat nog te algemeen is om gebruikt te worden als operationeel document (werkinstrument) voor de dienst. Het bevat geen SMART-geformuleerde doelstellingen, de link met de dienstspecifieke SWOT is niet zichtbaar, er is geen concreet actieplan of timing uitgeschreven. **(TK)** Er wordt geen medisch jaarverslag opgemaakt voor de functies spoedgevallen en MUG met daarin een toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit. **(NC)**
- De overlegstructuren voor de dienst spoedgevallen zijn in de praktijk nog te beperkt, terwijl uit de SWOT-analyse en uit het beleidsplan de chaotische werking en de moeilijke communicatie tussen zorgverstrekkers duidelijk als knelpunten naar boven komen. **(TK)**
 - Er is geen gestructureerd overleg tussen spoed en de directie en/of medische raad (bv. spoedcommissie). Dit is voorzien vanaf 2012.
 - Er is geen betrokkenheid van spoed bij clusteroverleg betreffende de kritieke diensten.
 - Er zijn geen schriftelijke afspraken over hoe de spoedarts beroep kan doen op de andere specialisten. Overleg tussen spoed en andere ziekenhuisartsen werd dit jaar wel opgestart.
 - Er is geen gestructureerd overleg tussen alle spoedartsen onderling, maar er is wel een maandelijkse stafvergadering van de anesthesisten waar onderwerpen betreffende spoed aan bod komen. Eventuele problemen over de medische organisatie op spoed worden vaak ad hoc besproken en hiervan wordt geen verslaggeving gemaakt. Een structureel overleg is voorzien vanaf 2012.
 - Er is, behalve deels op de staf anesthesie, geen gestructureerd overleg tussen de dienst spoedopname en de diensten (labo, beeldvorming, OK, ICU, CCU) in het ziekenhuis waarmee men nauw samenwerkt.

- Er werd eind november 2011 een RIO opgesteld voor spoed **(AV)** dat nog niet werd geautoriseerd door de bevoegde organen en dat nog niet in voege is. **(Aanb)**
- Vier maal per jaar worden er verpleegkundige dienstvergaderingen georganiseerd. **(AV)**
- Er werd vastgesteld dat een aantal initiatieven genomen zijn om tegemoet te komen aan vastgestelde of aangevoelde knelpunten, vooral op vlak van het gebrek aan gestructureerde werking: **(AV)**
 - Men werkt met een aantal protocols (bv. pijn voor volwassenen en kinderen, COPD)
 - Er werden een aantal standing orders en zorgpaden uitgewerkt, maar deze zijn nog niet geautoriseerd en worden nog niet toegepast op het moment van de audit.
 - Er gaat maandelijks een (medisch-verpleegkundig) diensthoofdenoverleg door over de organisatie van spoed. Hier worden concrete voorstellen gedaan om de werking beter te structureren en om efficiënter te communiceren.
 - Er zijn besprekingen over het invoeren van een gestandaardiseerd triagesysteem (bv. Manchester).

Middelen

- De infrastructuur van de dienst spoedgevallen voldoet niet aan alle normen en is ontoereikend in verhouding tot het activiteitsniveau en de huidige verwachtingen inzake comfort en veiligheid. **(TK)** Volgende knelpunten werden opgemerkt:
 - De afdeling werd recent herschilderd maar de vochtproblemen, vastgesteld tijdens de vorige audit, werden niet structureel aangepakt.
 - Er zijn te weinig (3) gewone onderzoeksboxen die snel allemaal bezet zijn. Op het moment van de audit was een volwassen patiënt opgenomen in de kinderstudio, waren beide reanimatiekamers bezet en lag een patiënt in een hospitaalbed onbewaakt en zonder oproepsysteem in de gang.
 - Men beschikt niet over een afzonderlijke zaal voor kleine ingrepen en ook niet over een aparte gipszaal. **(NC)** Deze activiteiten laat men in elke box plaatsvinden, naargelang er plaats vrij is.
 - Het toezicht van het nachthospitaal is ondermaats. Er is geen visueel toezicht op de posities. Er is geen centrale monitoring en niet alle monitors geven een alarm op de DECT. De monitoring op de reamkamers is wel in orde en identiek aan deze op de ICU.
 - Het nachthospitaal telt 4 posities die van elkaar gescheiden zijn door gordijnen. Deze ruimte kan onvoldoende de privacy van patiënten garanderen.
 - Er is geen afzonderlijke ingang voor voetgangers. Iedereen moet bellen aan de garagepoort om langs die weg binnengelaten te worden.
 - De wachtzaal is te klein in verhouding tot het aantal mensen dat er plaats moet vinden. Er is geen visueel of auditief toezicht op de wachtzaal. Er is wel een oproepsysteem.
 - Er is geen aparte wachtzaal voor kinderen.
 - Er is geen isolatiekamer die voldoet op vlak van veiligheid en comfort. **(NC)**
 - Het gesprekslokaal is een ongezellige, onverwarmde ruimte die gelegen is in de garage en die ook gebruikt wordt voor stockage.
 - De decontaminatiedouche bevindt zich in de gespreksruimte (aan de wand). Op het moment van de audit was deze ruimte zeer koud. Er is geen afzonderlijk opvangsysteem voorzien voor de waterafvoer.
 - De toegang tot spoedgevallen vanuit het ziekenhuis stond wagenwijd open op het moment van de audit. De gang van spoed wordt gebruikt als doorgang (sluipweg) door het personeel.
- De isolatiecel is een zijkamer van de garage en wordt nooit gebruikt voor isolatie op spoed. **(AV)**

Volgende knelpunten inzake infrastructuur werden in de isolatiecel opgemerkt: **(TK)**

- Verschillende scherpe en harde items kunnen losgetrokken of afgebroken worden van het plafond. Hiermee kan een geïsoleerde patiënt zichzelf of derden kwetsen.
 - Het scherm waarop het cameratoezicht kan gevolgd worden, staat op de verpleegdesk die vaak onbemand is.
 - Fixatiemateriaal ligt gebruiksklaar op het bed.
 - Er is geen brand- en scheurvrij linnen.
 - Er is geen sanitair voorzien bij de isolatiecel.
 - Er is geen rechtstreeks daglicht.
 - De isolatiecel beschikt niet over een sas.
- Het onderhoud van de apparatuur is goed geregeld. **(SP)** De biotechnische dienst van het ziekenhuis volgt dit nauwgezet op. De meeste apparaten op spoed worden door de firma cyclisch nagekeken. Voor andere toestellen organiseert de biotechnische dienst zelf het periodieke onderhoud. De onderhoudsstatus van de apparatuur kan ook teruggevonden worden op intranet.
 - Men maakt op spoed gebruik van een papieren verpleegkundig dossier waar de spoedarts in schrijft. Er is daarnaast een elektronisch medisch dossier zonder inzagemogelijkheid voor de verpleegkundigen waarin zich de medische antecedenten bevinden. **(AV)** Uit verslaggeving blijkt dat het onvolledig of onnauwkeurig invullen van het patiëntendossier een weerkkerend knelpunt is. **(TK)**

Medewerkers

- Op de spoedgevallendienst zijn 12 artsen actief: 9 anesthesisten waarvan er 4 beschikken over een bijkomende beroepstitel urgentiegeneeskunde, twee hogerejaars ASO anesthesie en een huisarts met een brevet acute geneeskunde. De medische permanentie van de spoedgevallendienst wordt gecumuleerd met de medische permanentie van de MUG. Er is daarnaast op papier een oproepbare medische permanentie van artsen die binnen de 15 minuten naar de spoedgevallendienst kunnen komen bij uitruk van de MUG. **(AV)**
De concrete invulling van de medische permanentie voor de functie spoedgevallen garandeert niet dat kritieke patiënten steeds snel de juiste medische aandacht krijgen. **(NC)**
 - In de praktijk wordt de achterwacht bijna nooit opgeroepen, maar zal 's nachts de arts die de wacht voor de functie intensieve zorgen verzekert zich naar spoed begeven. Deze situatie kan soms meer dan een uur duren, waarbij de intensieve functie niet over een eigen permanentiearts beschikt.
 - Overdag wordt bij uitruk van de MUG ook meestal geen beroep gedaan op de oproepbare arts, maar vraagt men eerder de specialist van wacht bij de patiënt. Hier kan de wachttijd oplopen, afhankelijk van de discipline. Bij problemen kan men wel steeds bijstand vragen aan een anesthesist.
 - Een ASO neemt soms tijdelijk de permanentie op spoed over. Deze ASO heeft niet steeds de vereiste minimum twee jaren opleiding.
 - Nazicht van de wachtlijsten van oproepbare specialisten toont aan dat verschillende specialisten tot drie etmalen na elkaar van wacht zijn, terwijl ze overdag hun gewone activiteiten in het ziekenhuis uitvoeren.
- Men hecht veel belang aan hoog gekwalificeerde medewerkers. **(SP)**
Alle 21 (17,10 VTE) verpleegkundigen van spoed hebben een bachelorniveau. Hiervan beschikken 17 (15,10 VTE) verpleegkundigen over een BBT en zijn de 4 anderen gelijkgesteld door ervaring (2 VTE).
Tijdens de MUG-week worden steeds drie verpleegkundigen ingezet per shift (vroeg, laat, nacht). Overdag komt daar op weekdays nog de hoofdverpleegkundige bij. Tijdens de niet-MUG-week worden steeds twee verpleegkundigen per shift ingezet met tijdens de weekdays naast de hoofdverpleegkundige nog een tweede verpleegkundige in

dagdienst.

In het weekend werkt men met dezelfde bestaffing, maar zonder de hoofdverpleegkundige. **(AV)**

Er is administratieve ondersteuning voorzien tussen 8u30 en 12u45. Van 11u tot 21u kan spoed meestal beroep doen op een logistieke kracht.

Er zijn 879 overuren voor de spoedequipe.

Alle medewerkers volgen minstens 15u opleiding per jaar.

Er is een dienstspecifiek inscholingsprogramma met stappenplan.

- Er is ruimte voor taakuitzuivering op spoed: **(Aanb)**
 - Verpleegkundigen van spoed worden gebruikt voor consultaties op spoed (bv. katheterwissel, preoperatieve ECG's...) van specialisten.
 - Gipsconsultaties worden op spoed georganiseerd en hiervoor wordt een verpleegkundige supplementair opgesteld.
 - Verpleegkundigen moeten te veel administratieve taken vervullen (inschrijving, onthaal...) na de middag en in het weekend.
- Er is onvoldoende aandacht voor vorming betreffende psychiatrische urgenties. **(TK)** Men kan zich op spoed geen vorming over deze onderwerpen herinneren. De laatste opleiding over omgaan met agressie dateert van 2005. Er moet regelmatig (bv. jaarlijks) een opleiding "omgaan met agressie, agressiepreventie en afzonderingsbeleid" georganiseerd worden voor al het spoedpersoneel.

Processen

- De secretaresse in de voormiddag, of één van de spoedverpleegkundigen zelf gedurende de rest van de dag en de nacht, staan in voor het onthaal en de inschrijving van patiënten. De secretaresse licht steeds de verpleegkundige in na inschrijving. De urgentiegraad wordt door de verpleegkundige in eerste instantie op basis van de aanmeldingsklachten ingeschat. Vervolgens wordt de spoedarts gebriefd. **(AV)** De triagemethode steunt op de ervaring van verpleegkundigen en is niet wetenschappelijk onderbouwd. Er werd voor de medewerkers geen opleiding voorzien betreffende triage. Triage gebeurt onvoldoende op basis van objectieve parameters. Voor kinderen zijn geen specifieke parameters voor triage uitgewerkt. **(TK)**
- Men beschikt over een "gedragscode voor isolatie in een afzonderingskamer", bestemd voor de verpleegkundigen van spoed. Deze procedure vertoont een aantal knelpunten: **(TK)**
 - Er is geen overleg met de familie voorzien.
 - In de procedure wordt bij isolatie een drie- of vijfpuntfixatie voorgeschreven, zonder specifieke indicatie voor de fixatie.
 - In de procedure wordt toezicht minstens om het half uur vooropgesteld, maar er is niet gespecificeerd of dit in de box of via cameratoezicht dient te gebeuren. Men beschrijft ook geen items die moeten geobserveerd worden.
- Zowel in 2010 als in 2011 werd geen enkele patiënt op spoed geïsoleerd. Het afzonderingsboek (isolatieregister) werd dan ook niet ingekeken. Men verkiest principieel niet te isoleren op spoed. Men opteert in geval van agressie ofwel voor een isolatie op de PAAZ, ofwel voor een fixatie op spoed. Zulke noodzaak tot ingrijpen zou zich ongeveer tweemaandelijks voordoen (schatting bij gebrek aan registraties). Men roept in deze gevallen steeds een psychiater bij in consult. **(AV)** Deze fixaties zouden in een gewone onderzoeksbox gebeuren. Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat het fixatiemateriaal klaar voor gebruik op het bed in de isolatiekamer lag. **(TK)**
- Men beschikt over een uitgeschreven opnamebeleid bij psychiatrische urgenties. Dit werd gezamenlijk ondertekend door de medische diensthouders van spoed en van psychiatrie. Er is een samenwerking voor de medische permanentie psychiatrie tussen de twee

psychiaters van het SZR en de drie collega's van het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, campussen Wilgenstraat en Westlaan. De procedure stipuleert dat bij elke psychiatrische urgentie de patiënt door de spoedarts gezien wordt en dat vervolgens de psychiater moet opgeroepen worden die dan instaat voor de vervolgzorg. Bij suïcidepoging vult de spoedarts steeds het IPEO-document in, dat dan toegevoegd wordt aan het patiëntendossier en via Medibridge beschikbaar is voor de huisarts. De spoedverpleegkundige heeft geen inzage in het IPEO-verslag van de spoedarts. **(AV)**

- Er wordt geregeld een patiënt gefixeerd op spoed. Dit wordt niet geregistreerd, dus het aantal is onbekend. **(TK)**
Men stelt dat de ziekenhuisbrede fixatieprocedure gebruikt wordt, met steeds minimaal drie fixatiepunten.
Er is verbetermogelijkheid op vlak van vrijheidsbeperkende maatregelen: **(TK)**
 - Patiënten kunnen in eender welke onderzoeks- of behandelkamer gefixeerd worden. Deze werkwijze garandeert onvoldoende een adequaat toezicht en respect voor de privacy.
 - Er is geen bruikbare isolatiekamer op de afdeling.
 - Isolatiemateriaal ligt gebruiksklaar op het bed van de isolatiekamer.
 - Er is geen verhoogd toezicht voorzien voor een gefixeerde patiënt.
 - Er worden verkeerde indicaties gebruikt om een fixatie in te stellen (bv. dementie, valrisico...).
- Het beleid inzake opvang van kinderen op spoed is op vele punten correct uitgewerkt. **(AV)**
 - Men beschikt over een mooie aparte kinderbox (kinderstudio), waar kinderen zo mogelijk direct geïnstalleerd worden waardoor ze niet in de wachtzaal moeten blijven. Dit garandeert ook een scheiding (auditief en visueel) van het volwassen gebeuren.
 - Er is aandacht voor opleiding rond pediatrie urgenties (de laatste interne opleiding was in mei/juni 2011, en materiaal voor pediatrie ALS-training werd aangekocht...).
 - Er is een uitgeschreven protocol voor de opvang van kinderen op spoed.
 - Er is een specifieke procedure voor pijnbestrijding bij kinderen.
 - Ouders kunnen steeds bij hun kind blijven.
- Er is een ziekenhuisbrede procedure bij vermoeden van kindermishandeling. **(AV)** De beschikbare procedure bevat geen praktische en concrete afspraken (bijroepen pediater, telefoonnummers, wat melden in dossier, afspraken met verschillende diensten...). Er werd ook geen vorming gegeven daaromtrent. **(TK)**
- Alle 75-plussers worden door de spoedarts met het GRP-instrument gescreend op hun geriatrisch zorgprofiel. De opvang van geriatrische patiënten op spoed kent een aantal knelpunten. **(TK)**
 - Er is geen document over het beleid bij geriatrische patiënten op spoedgevallen.
 - Men kent geen referentieverpleegkundige geriatrie op spoed.
 - De interne liaison komt nooit op spoed.
 - De geriater wordt enkel geroepen in geval er een opname moet gebeuren op zijn naam.
- Bij een reanimatieoproep vanuit het beddenhuis (interne MUG), wordt deze beantwoord door een arts en een verpleegkundige van spoed. **(AV)**
- Medische orders worden door de artsen mondeling aan verpleegkundigen gegeven, die dit neerschrijven in het spoeddossier. Deze orders worden niet steeds snel gevalideerd door de artsen, waarbij de verpleegkundigen bij sommige voorschrijvers meermaals dienen aan te dringen op een handtekening. **(TK)**
- Opvang van familieleden bij kritieke situaties gebeurt meestal door een pastorale medewerkster, die bij afwezigheid vervangen wordt door een priester. We bevelen aan om

dit aanbod uit te breiden met andere professionele krachten zoals een psycholoog of een medewerker van de sociale dienst. **(Aanb)**

Resultaten

- Enkele activiteitencijfers voor het jaar 2010:
 - Er waren 13967 patiënten op spoed. Hiervan werden er 5355 gehospitaliseerd t.o.v. 8612 ambulante patiënten.
 - Er werden 1807 kinderen gezien op spoed.
 - Er gebeurden 328 MUG-ritten (gemiddeld ongeveer 1/dag).
 - Er waren in de eerste 11 maanden van 2011 46 interne MUG-oproepen.
 - Er waren geen isolaties op spoed.
- We bevelen aan om verder infobrochures te ontwikkelen over frequent voorkomende urgenties. **(Aanb)**

12.2 Intensieve zorgen

Situering

- Het SZ Roeselare heeft een erkenning voor een functie intensieve zorgen met 18 bedden. Momenteel worden er hiervan 14 uitgebaat.
 - Op de eenheid voor intensieve zorgen "ICU" worden negen bedden uitgebaat. Er zijn 10 boxen gebruiksklaar (steeds altemeerend een box met een bufferbed dat niet in gebruik is).
 - Vijf intensieve bedden staan opgesteld in een aparte eenheid "CCU/SCU".
- Er werd tijdens de audit in het kader van de opvang van kritieke patiënten een bezoek gebracht aan de functie gespecialiseerde spoedgevallen/MUG, aan de recovery, aan de eenheid CCU/SCU en aan de ICU-eenheid.

Beleid en strategie

- ICU en CCU/SCU beschikken elk over een eigen SWOT-analyse (maart 2011). Hieraan werd telkens een summier beleidsplan gekoppeld. **(AV)**
De beleidsplannen beschrijven globaal de huidige organisatie en geven indicaties voor de toekomstige werking. Er zijn geen duidelijke links met de SWOT of met een andere evaluatie van de werking. Er zijn geen SMART geformuleerde doelstellingen noch een concreet actieplan uitgewerkt in het beleidsplan. **(TK)**
Er is geen jaarverslag voor de functie noch voor de individuele eenheden. Er is geen weergave van een opvolging van indicatoren betreffende kwaliteit van zorg of van de klinische performantie. **(NC)** Er is wel follow up van projecten, zoals het VAP-project van de FOD Volksgezondheid.
We bevelen aan om een multidisciplinair geïntegreerd jaarverslag op te maken voor de globale functie IZ. In dezelfde beweging zou ook een coherent multidisciplinair beleidsplan kunnen opgemaakt worden, dat gelinkt is aan het jaarverslag. **(Aanb)**
- Men heeft aandacht voor een goed gestructureerde werking op de eenheid ICU. **(SP)**
 - Men beschikt over een huishoudelijk reglement.
 - Er is een uitgeschreven opname- en ontslagbeleid, met een onderscheid tussen geplande en niet-geplande opnames.
 - Er zijn opname- en ontslagcriteria gedefinieerd.
 - Er is een procedure voor overbezetting (ook op de dienst CCU/SCU). Deze procedure werd tijdens het medisch diensthoofdenoverleg gecommuniceerd met de verschillende diensten (OK en spoed).

- Men heeft een dienstspecifiek procedureboek opgesteld (ook op CCU/SCU).
- Er zijn systematische formele overlegmomenten tussen anesthesisten en verpleegkundigen onderling alsook tussen beide beroepsgroepen. Dit gebeurt ook op de dienst CCU/SCU.
- Er worden sinds dit jaar op de dienst zelf systematisch relevante data verzameld die een beeld geven van de werking.

Het gaat in bovenstaande voorbeelden om interne beleidsdocumenten die niet werden geautoriseerd door de bevoegde organen en die daarom onvoldoende slagkracht aan de verantwoordelijken (medisch diensthoofd, hoofdverpleegkundige) geven om de afspraken desgevallend af te dwingen. **(Aanb)**

- We adviseren om de bestaande documenten te integreren en eventueel te vervolledigen tot een coherent reglement van inwendige orde. **(Aanb)**
Men dient het RIO voor de functie IZ zo expliciet mogelijk uit te schrijven. Duidelijke afspraken tussen het IZ-management, behandelende artsen en de directie met betrekking tot de dagelijkse werking en de permanentie kunnen misverstanden vermijden en zullen de efficiënte werking begunstigen. Daarnaast worden best ook de afspraken met alle andere actoren waarmee men samenwerkt, hierin vermeld.
Het is aangewezen het comité voor ziekenhuishygiëne te betrekken bij de opmaak van het RIO.
Het RIO wordt best goedgekeurd door het directiecomité en door de medische raad, zodat het voldoende slagkracht krijgt.
Bijzondere aandacht kan o.a. besteed worden aan:
 - De opname- en exclusiecriteria
 - De definities van high-care en medium-care patiënt
 - De algemene organisatie van de (dagelijkse) werking, o.a. zaalrondes, medisch-verpleegkundig overleg...
 - De ontslag- en transferregeling
 - De procedure i.g.v. overbezetting (eventueel afkondigen van opnamestop)
 - De regeling van de medische en verpleegkundige permanentie
 - Afspraken met betrekking tot vorming
 - Afspraken met het OK, spoed en de andere afdelingen
 - De lijst met protocols, procedures, standing orders, klinische paden
 - De reinigingstechnieken van de dienst
 - De maatregelen die moeten worden getroffen i.g.v. besmettelijkheidsrisico van een patiënt
 - De modaliteiten voor personen- en goederenverkeer en -stockage op de dienst
 - De afspraken met betrekking tot opname of bezoek van kinderen

We bevelen aan om ook voor eventuele medium care units een RIO uit te schrijven en te laten goedkeuren door de bevoegde organen. **(Aanb)**

- De overkoepelende werking en de organisatorische afstemming tussen de beide IZ-eenheden zijn onvoldoende gestructureerd. Er is voor de functie intensieve zorgen geen eenvormige medische sturing en er bestaat soms op piekmomenten een capaciteitsprobleem voor de opvang van intensieve patiënten.
Het beleid betreffende zorg voor kritieke patiënten kent hierdoor een aantal knelpunten: **(TK)**
 - De functie intensieve zorgen heeft geen enig medisch diensthoofd. **(NC)** Er zijn afzonderlijke medisch diensthoofden voor de eenheid ICU en voor de eenheid CCU/SCU.
 - De functie intensieve zorgen wordt uitgebaat op twee verschillende afdelingen, waarbij ICU medisch wordt aangestuurd door anesthesisten/intensivisten, terwijl het beleid op CCU/SCU bepaald wordt door de internisten. De artsen vergaderen per discipline (anesthesisten en internisten apart).
 - De opnameprocedure voor CCU/SCU is erg vaag en sluit weinig pathologie uit. Ze verschilt van deze op ICU waarvoor wel gedetailleerde opnamecriteria werden gedefinieerd.

- Het aantal uitgebate intensieve bedden (14) komt niet overeen met het aantal erkende bedden (18).
- Een (sub)eenheid IZ moet minstens zes posities bevatten. Door CCU/SCU te reduceren tot vijf bedden beantwoordt men niet aan deze norm. **(NC)**
- Er is geen duidelijke afbakening van het profiel van de intensieve patiënt, zodat er verschillen in interpretatie bestaan tussen zorgverstrekkers over de eigenschappen van een intensieve dan wel een medium care zorgprofiel. Ook patiënten met een minder zwaar zorgprofiel worden opgenomen op ICU of blijven liggen op een intensieve eenheid waardoor een bed bezet gehouden wordt dat dient om een intensieve patiënt op te vangen.
- Men stelt dat CCU/SCU bedoeld is als midcare en geen beademde patiënten opvangt, maar dat blijkt niet duidelijk uit de geschreven afspraken. Bovendien kunnen ook niet-beademde patiënten met een intensief zorgprofiel (internistische pathologie) behandeld worden op deze afdeling zoals bevestigd werd tijdens de interviews. Intensieve patiënten kunnen volgens de overbezettingsprocedure opgenomen worden op CCU/SCU.
- Niet alle specialisten houden zich aan de afspraken voor opname en ontslag van patiënten in intensieve bedden. De verantwoordelijke medewerkers en artsen van de kritieke diensten komen hierdoor soms onder druk te staan en opnames kunnen eerder arbitrair gebeuren (o.a. afhankelijk van hoeveel bedden op een gegeven moment in een bepaalde eenheid beschikbaar zijn).
- Er is onvoldoende gestructureerd overleg tussen de artsen of de verpleegkundigen van de eenheden die de zorg voor kritieke patiënten in de intensieve bedden waarnemen. Men werkt op een verschillende manier (bv. procedures, patiëntendossier...) per eenheid. Er is geen duale aansturing van de functie IZ. Overleg is op het moment van de audit wel in opstart en leverde o.a. al resultaat op bij de gezamenlijke aankoop van monitoringapparatuur. Andere diensten die kritieke patiënten behandelen zijn nog niet in dit overleg betrokken; er is geen clusterplatform voor de "kritieke diensten".
- De intensivist neemt 1 à 2x/maand een bed op CCU/SCU omdat er geen ICU-bed beschikbaar is. Het omgekeerde gebeurt ook (bv. opname cardiale midcare pathologie op ICU).
- De medische permanentie voor ICU wordt verzekerd door een inslapende anesthesist. De medische permanentie van CCU/SCU wordt verzekerd door een oproepbare internist. In geval van acute verslechtering van de toestand van een patiënt (bv. reanimatie) wordt hier de spoedarts bijgehaald.
- De opnameprocedure laat expliciet een transfer van een patiënt naar spoed toe als tijdelijke oplossing bij capaciteitsproblemen.
- De samenwerking tussen de intensieve eenheden en andere diensten (bv. spoed, OK) die kritieke patiënten behandelen is onvoldoende gestructureerd en er wordt weinig formeel afgestemd. De anesthesisten hebben wel regelmatig stafvergaderingen waarbij de kritieke diensten op de agenda komen.
- Bezettingscijfers (>85%) en documenten suggereren dat er tijdens piekmomenten veel druk kan zijn op de intensieve bedden. Dit werd tijdens de gesprekken op de werkvloer beaamd. Als de intensieve bedden vol liggen moet voor een nieuwe casus onderhandeld worden tussen de artsen om te beslissen welke patiënten het minst intensief zijn zodat ze eventueel vroeger dan gepland kunnen ontslagen worden naar een andere afdeling. Zo kunnen patiënten met een te zwaar zorgprofiel op een verpleegafdeling terechtkomen wat de werkdruk sterk verhoogt voor de medewerkers, naast het eventuele risico voor patiëntveiligheid.
- Het gebeurt soms dat een chirurg een operatie moet uitstellen wegens onbeschikbaarheid van een intensief bed. Dat is ook zo voorzien in de overbezettingsprocedure en gebeurt naar schatting ongeveer 2x/maand. Dit kan leiden tot discussies tussen zorgverstrekkers. Sommige chirurgen weigeren een operatie uit te stellen.
- Er moet soms gebufferd worden op spoed of recovery, waarbij een overnachting niet formeel wordt uitgesloten (dan zou extra personeel moeten ingezet worden op die diensten).

- Op de diensten circuleert een nieuwe visie voor de nabije toekomst: eind 2012 wenst men de beide kritieke zorgen eenheden samen te brengen op de derde verdieping. Men streeft er naar om dan 12 intensieve bedden uit te baten en te laten erkennen, gebaseerd op het berekend aantal verantwoorde bedden (11,5) volgens de (geregistreerde) activiteiten. De huidige ICU zou daarbij behouden blijven en de naastliggende ruimte die vrijkomt bij de verhuis van de CSA wenst men te benutten voor de inrichting van zes patiëntenkamers, waarvan drie intensieve bedden en drie bufferbedden. Een aantal faciliteiten (bv. utility, stock...) wil men gemeenschappelijk maken. Men zou dan willen werken met twee polyvalent inzetbare verpleegkundige equipes, zodat men de medewerkers kan inzetten op beide eenheden naargelang de werkdruk. Elke equipe is dan wel preferentieel toegewezen aan een bepaalde eenheid en zou elk over een eigen hoofdverpleegkundige beschikken. **(AV)**
Men dient de capaciteit aan intensieve bedden nauwlettend te bewaken, vooral met het oog op de uitbreiding van de ziekenhuisactiviteiten. Men voorziet o.a. een uitbreiding van het aanbod chirurgische activiteiten, waarvoor een adequate postoperatieve opvang moet worden voorzien.
Bij het uitwerken van de nieuwe visie dient men rekening te houden met de wettelijke vereisten. De functie IZ moet een autonome en architecturaal herkenbare eenheid vormen met voldoende bestaafing met de vereiste kwalificaties. Opsplitsing in subeenheden met minstens zes posities is toegestaan, waarbij de normen voor elke eenheid gelden. Er mag geen integratie zijn van de functie voor intensieve zorg met andere diensten, zoals medium care. Indien het ziekenhuis over dergelijke diensten beschikt, moeten deze zich situeren in een afzonderlijk geheel, zowel architectonisch, functioneel als organisatorisch.
- We adviseren om formele samenwerkingsakkoorden op te stellen met externe IZ-functies waarnaar patiënten worden verwezen (bv. UZ Gent, AZ St.-Jan Brugge-Oostende). **(Aanb)**

Middelen

- De architectuur en infrastructuur van de eenheden ICU en CCU/SCU voldoen grotendeels aan de normen en verwachtingen van een eenheid voor intensieve zorgen.
De eenheid ICU telt 10 individuele (ruime en heldere) kamers, waarvan er meestal 9 in gebruik zijn. Vier kamers kunnen bereikt worden via twee sassen.
Op de eenheid CCU/SCU, met een analoog architectonisch concept, zijn vijf kamers in gebruik. Een aantal patiëntenkamers kregen op deze eenheden een andere bestemming (bv. opslag, gespreksruimte...). **(AV)**
Aandachtspunten op vlak van infrastructuur zijn:
 - Wanden en vloeren hebben een afgeleefd aspect. De eenheden werden in de jaren 90 in gebruik genomen en kunnen een opfrisbeurt gebruiken. **(Aanb)**
 - Er is geen (rechtstreeks) visueel toezicht mogelijk op de posities vanop de verpleegdesk, vermits de lamellen van de ramen meestal gesloten zijn. Er is ook geen cameratoezicht. **(TK)**
 - De toegang tot de eenheden voor intensieve zorgen is niet sluitend beveiligd. Onbevoegden kunnen zonder veel hinder binnenkomen op de dienst. **(TK)**
- Op de afdelingen CCU/SCU en ICU werken de artsen over het algemeen met het elektronisch dossier Meddos (waartoe de verpleegkundigen geen toegang hebben). Sommige consulterende artsen schrijven op het papieren dossier en niet in het elektronische. Sommige consulterende artsen biefen mondeling, telefonisch of per mail hun collega intensivist, die dan iets noteert in het patiëntendossier. Na de zaalronde schrijven de behandelende artsen hun medische opdrachten op het verpleegdossier en hun andere bevindingen in Meddos.
De verpleegkundigen werken met een papieren dossier dat afdelingsspecifiek (verschillend op beide eenheden) is maar wel gebaseerd op hetgeen gebruikt wordt op de verpleegeenheden. Paramedici hebben hun eigen nota's waarop de verpleegkundigen niet steeds zicht hebben.

Het verdient aanbeveling om voor de functie intensieve zorgen te werken met een uniform geïntegreerd multidisciplinair patiëntendossier, zodat overlappings vermeden worden en alle informatie snel overzienbaar is. **(Aanb)**

Medicatievoorschriften gebeuren op ICU door de artsen zelf door ingave in een eigen (Access) elektronisch systeem dat niet gelinkt is met het ziekenhuissysteem. Op CCU/SCU is het medicatievoorschrift op papier.

- Men werkt met verschillende beademingstoestellen in het ziekenhuis. **(AV)**
We bevelen aan om de apparatuur zo veel mogelijk te uniformiseren en dit met de betrokken diensten af te stemmen (bv. ICU, OK, spoed, CCU/SCU) om het foutenrisico te reduceren. **(Aanb)** Recent werd al overlegd voor de aanschaf van nieuwe monitoring.
- Voor alle apparatuur op de intensieve eenheden is een systematisch onderhoudsprogramma in voege. **(SP)** Voor de beademingstoestellen en de monitors gebeurt het cyclisch nazicht door de respectieve firma's. Spuitpompen en defibrillators worden onderhouden door de eigen biotechnische dienst. De onderhoudscycli zijn voor het personeel zichtbaar via het intranet.

Medewerkers

- Op ICU wordt het medische beleid bepaald door de intensivisten/anesthesisten van het ziekenhuis. Andere specialisten dragen hun patiënt steeds over aan de anesthesist maar kunnen als consulterend arts betrokken blijven bij de behandeling.
Op CCU/SCU zijn de behandelende artsen vooral pneumologen en cardiologen. Andere internistische disciplines (bv. neurologen) kunnen hier ook patiënten opnemen. De eindverantwoordelijkheid wordt opgenomen door de pneumologen (intensivisten). **(AV)**
- De organisatie van de medische permanentie voor de intensieve bedden houdt risico's in voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid bij urgenties, omdat men geen garantie heeft dat in deze situaties steeds snel de meest geschikte arts beschikbaar is. **(TK)**
 - De medische permanentie voor ICU wordt waargenomen door de anesthesisten volgens een beurtrol. De medische permanentie van spoed en MUG wordt eveneens grotendeels gedragen door de anesthesisten (tweede lijst inslapende arts). Er bestaat een lijst van anesthesisten die oproepbaar zijn voor urgente activiteiten in het OK of voor de back-up van spoed, maar deze arts wordt in de praktijk bijna nooit geroepen. Bij uitruk van de spoedarts in geval van MUG-oproep, zal de inslapende permanentiearts voor IZ naar spoed gaan als zich daar een patiënt aandient. De functie IZ kan in zulke situatie geruime tijd (tot > 1u) zonder permanentiearts blijven.
 - Internisten (cardiologen, neurologen, pneumologen) hebben een oproepbare wachtdienst voor CCU/SCU. De overdracht gebeurt per mail. Bij een reanimatie op CCU/SCU moet de spoedarts geroepen worden.
 - Er gebeurt geen formele overdracht (wel soms ad hoc briefing) van kritieke patiënten op de CCU/SCU noch naar de anesthesist van intensieve wacht noch naar de spoedarts.
- De verpleegkundige equipe van ICU, met weglating van langdurig afwezig, bestaat (inclusief hoofdverpleegkundige) uit 16 bachelorverpleegkundigen (15 VTE), waarvan er 12 (11,25 VTE) over de BBT in de intensieve en urgente zorg beschikken (een aantal verpleegkundigen is daarnaast nog in opleiding) en 2 gediplomeerde verpleegkundigen (1,75 VTE). Men dient over minstens 18 VTE verpleegkundigen te beschikken voor een eenheid met 9 intensieve bedden, dus er is een tekort van 1,25 VTE verpleegkundigen. **(NC)**
De algemene waak van het ziekenhuis wordt gedurende ongeveer 12 nachten per maand structureel ingezet in de ICU-equipe en er worden overuren gemaakt om de bestaffing van alle shifts te kunnen verzekeren. Tijdens de verschillende shifts (vroeg, laat, nacht) staan telkens 3 verpleegkundigen opgesteld.

Men heeft voldoende BBT-houders om steeds minstens de helft van de verpleegkundigen met een BBT op te stellen.

Er is logistieke ondersteuning gedurende 4 uur per dag tijdens weekdays. Er is geen administratieve hulp. **(AV)**

- Op de afdeling CCU/SCU telt de equipe 11 bachelorverpleegkundigen (9,25 VTE) en 1 gediplomeerde verpleegkundige (0,5 VTE) die in brugopleiding is. Vier verpleegkundigen beschikken over de BBT, één is hiervoor in opleiding. 0,5 VTE verpleegkundige moet zich vrijmaken voor slaaplabo.
De bestaffing per shift is als volgt: 1 vroege, 1 late, 1 dag, 1 nacht. Tijdens weekdays komt er overdag de hoofdverpleegkundige bij.
De bestaffing is te krap **(TK)** en men kan spreken van een relatieve onderbestaffing in functie van de workload en het patiëntenprofiel. Het lijkt niet verantwoord om vijf ernstig zieke patiënten onder de hoede van slechts één verpleegkundige te plaatsen. Deze enige verpleegkundige beschikt bovendien niet steeds over een BBT. In de praktijk moet vaak een spoedverpleegkundige ter hulp geroepen worden op deze eenheid.
- Er is veel aandacht voor opleiding van de verpleegkundigen op ICU. **(SP)**
 - Er is een streefdoel voor het aantal uren vorming van 20u/medewerker, waarvan 16u externe en 4u interne vorming.
 - Het behalen van de BBT is een verplichting (binnen de drie jaar) voor de medewerkers op ICU. De kosten voor deze opleiding worden gedragen door het ziekenhuis, maar men moet wel overuren presteren gezien de krappe bestaffing. **(Aanb)**
- Er is voor de nieuwe verpleegkundigen op ICU een gestructureerd en goed begeleid inscholingsprogramma uitgewerkt. **(SP)** De twee intensieve eenheden, "CCU/SCU" en "ICU", gebruiken een verschillend inscholingsprogramma. We adviseren om één inscholingsprogramma uit te werken voor alle eenheden van de functie IZ, als onderdeel van een gemeenschappelijk globaal vormingsaanbod. **(Aanb)** In het verleden werden er reeds een aantal gemeenschappelijke vormingsmomenten georganiseerd.
- Op de intensieve zorgen doet men geen beroep op de mobiele equipe. **(AV)**

Processen

- Op ICU werkt men met volledig geïntegreerde verpleegzorg. Er is geen taakverpleegkunde. **(SP)**
Op de afdeling CCU/SCU wordt ook gewerkt met toewijzing van patiënten. Een taak die niet door de toegewezen verpleegkundige gebeurt, is de zaalronde van de behandelende arts die meestal doorgaat met de hoofdverpleegkundige. **(AV)**
- Op CCU/SCU en ICU gebeuren geen systematische multidisciplinaire (medisch, verpleegkundig, paramedisch) patiëntenbesprekingen. **(TK)** Op de dienst CCU/SCU gebeurt dit wel voor de stroke patiënten en de patiënten van het COPD zorgpad. Met verpleegkundigen en paramedici wordt, soms informeel, apart gebriefd. Sommige patiënten worden niet multidisciplinair besproken. Er is niet steeds een schriftelijke neerslag van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen in het patiëntendossier, meestal noteert de behandelende arts wel in Meddos.
We bevelen aan om voor alle kritieke patiënten op gestructureerde wijze multidisciplinaire patiëntenbesprekingen te organiseren, met een gezamenlijke insteek van de diverse zorgverstrekkers, en de verslaggeving in het patiëntendossier consequent te verzorgen. **(Aanb)**
- Er gelden duidelijke afspraken betreffende de zaalrondes op ICU. Men streeft hierbij naar een multidisciplinaire aanpak en een volledige doorgave van relevante informatie, maar dit wordt nog onvoldoende gerealiseerd. De overdracht, 's morgens en 's avonds, van de patiënten voor de anesthesist van intensieve wacht op ICU gebeurt tijdens een zaalronde

in aanwezigheid van de verantwoordelijke verpleegkundige. Er zijn dagelijkse zaalrondes met de verwijzende chirurgen. De ziekenhuishygiënist komt dagelijks voor een bespreking met de intensivist en de hoofdverpleegkundige.

Op CCU/CSU toeren de pneumologen dagelijks alle patiënten. Daarna gaat meestal nog een zaalronde door met de specialist van de betreffende discipline. **(AV)**

- Kinderen met ernstige pathologie, zeker de zeer jonge, worden door de dienst pediatrie meestal snel doorverwezen naar het UZ Gent of naar het AZ St.-Jan Brugge-Oostende, campus Sint-Jan te Brugge.
Op de eenheid CCU/SCU worden nooit kinderen opgenomen.
In 2010 werden 14 kinderen opgenomen op de eenheid ICU, in 2011 waren er dat 5 tot op het moment van de audit. **(AV)** Hieromtrent werden geen belangrijke knelpunten vastgesteld.
 - Pediaters worden betrokken bij de behandeling, als consulent. Er is steeds een oproepbare pediater van wacht.
 - Er is een goede samenwerking met de verpleegeenheid pediatrie.
 - Tweemaal daags is er een gezamenlijke zaalronde met pediater en intensivist indien een kind is opgenomen.
 - Rooming-in is steeds (24u/24) mogelijk.
 - Alle kamers zijn afsluitbare individuele boxen zodat de kinderen visueel en auditief afgescheiden kunnen worden van het gebeuren bij volwassenen.
 - Men beschikt over aangepaste beademingsapparatuur en een kar met pediatrisch materiaal.
 - Er zijn twee pediatrische verpleegkundigen in het team die preferentieel toegewezen worden aan het opgenomen kind.
- Er wordt niet volledig beantwoord aan de vereisten van het zorgprogramma van de geriatrische patiënt. **(NC)**
 - Op de afdeling CCU/SCU worden 75-plussers niet gescreend op geriatrisch zorgprofiel. Men gaat er van uit dat degenen die van spoed komen daar gescreend werden. De IL komt hier nooit, de geriater komt in consult als hij gevraagd wordt. Er is een referentieverpleegkundige geriatrie aangeduid.
 - Op ICU worden 75-plussers niet systematisch gescreend op hun geriatrisch zorgprofiel. De IL en de geriater komen niet op ICU. Er is een referentieverpleegkundige geriatrie aangeduid maar men heeft geen zicht op het takenpakket.
- Op ICU gaan patiënten met (onderliggende) psychische problematiek pas op ontslag na consult door een psychiater. In de praktijk blijkt dat dit meestal al gebeurd bij de opname via spoed, hetgeen het risico inhoudt dat er onvoldoende vervolgzorg gepland wordt. Op de intensieve eenheden werd recent geen vorming gevolgd betreffende psychische pathologieën. **(TK)**
- Op ICU wordt veel belang gehecht aan de consequente toepassing van een fixatiearm beleid. **(SP)** Men bekijkt eerst alle mogelijke alternatieven en de maatregel wordt vaak geëvalueerd om te bekijken of er werkelijk nog steeds een noodzaak tot fixatie is. Zo worden beademde patiënten bijna nooit gefixeerd. Indien toch moet gefixeerd worden, volgt men de ziekenhuisbrede procedure. Men voorziet opleiding over fixatie voor de medewerkers.
De invulmodule betreffende beschermingsmaatregelen in het patiëntendossier is achterhaald en reflecteert niet de moderne opvattingen over fixatie die in de praktijk worden toegepast. **(Aanb)**
- Op CCU/SCU worden CVA-patiënten opgevangen waarbij de behandeling ondersteund wordt door een zorgpad (stroke protocol). **(SP)**
- Op CCU/SCU worden 12 telemetrielijnen opgevolgd van patiënten die elders in het ziekenhuis opgenomen zijn. **(AV)**

Resultaten

- In 2010 werden 873 patiënten opgenomen op de eenheid ICU. Het gemiddelde bezettingscijfer was 80,37%. Het sterftcijfer was 53.
In 2010 werden 696 opnames geregistreerd op CCU/SCU. Het gemiddelde bezettingscijfer was 85%. Het sterftcijfer was 20. **(AV)**
- Er is geen actieve aanlevering op dienstniveau door het ziekenhuis van gegevens die het beleid op de intensieve eenheden kunnen ondersteunen. **(TK)** Men kan wel data opvragen aan het centrale niveau, maar de verkregen feedback is meestal te eenzijdig financieel geïnspireerd.
Op ICU registreert de hoofdverpleegkundige zelf heel wat relevante activiteitenparameters die kunnen gebruikt worden bij de sturing van de dienst. **(SP)**
- In de wachtzaal hangt een affiche met de expliciete boodschap dat kinderen onder de 12 jaar als bezoeker welkom zijn op ICU, zoals ook expliciet vermeld in de onthaalbrochure. Dezelfde houding wordt op CCU/SCU aangenomen. Men vraagt om in dat geval de (hoofd)verpleegkundige eerst te contacteren zodat specifieke begeleiding kan voorzien worden voor het kind. **(SP)**
- De CCU/SCU beschikt over een aantal goede informatiefolders voor patiënten en familieleden, waaronder een specifiek voor bezoekende kinderen. **(SP)**

13 Zorg voor geriatrische patiënten

Situering

- Het zorgprogramma geriatric binnen het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare omvat de volgende deelaspecten:
 - Het geriatrisch dagziekenhuis situeert zich aansluitend aan de afdeling geriatric en is elke werkdag open van 8u tot 17u. Men beschikt over 4 posities.
 - De afdeling geriatric (C2) beschikt in totaal over 24 erkende bedden.
 - De interne liaison is niet opgestart. Referentieverpleegkundigen zijn aangeduid op nagenoeg alle afdelingen.
 - De externe liaison is opgestart. Er is een ontslagmanager (0,5 VTE) aangeduid binnen het zorgprogramma.
 - Geriatriche consultaties worden georganiseerd op afspraak.
- Er werd gesproken met het medisch diensthoofd geriatric en de hoofdverpleegkundige van C2, die ook de verpleegkundig coördinator van het zorgprogramma is.
- Bij het bezoek aan andere afdelingen was de opvang van geriatriche patiënten een aandachtspunt.

Beleid en strategie

- De missie van het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare werd geconcretiseerd voor het zorgprogramma voor de geriatriche patiënt en de visie op geriatriche zorg werd uitgewerkt en neergeschreven in het geriatriche handboek. In de onthaalbrochure voor de patiënt en zijn familie komen aandachtspunten (pluridisciplinaire aanpak, activatie en functionele revalidatie vanaf dag 1...) aan bod. Standing orders werden recent opgesteld. **(AV)**
- De bekendmaking van het volledige zorgconcept gebeurde onvoldoende actief. **(TK)** De communicatie was beperkt tot:
 - Naar eigen medewerkers binnen het ziekenhuis gebeurt dit via intranet, via de referentieverpleegkundigen geriatric en i.v.m. het geriatriche dagziekenhuis via brieven aan de artsen.
 - Voor verwijzers werden brieven gestuurd naar huisartsen i.v.m. het geriatriche dagziekenhuis en staat er informatie op de website.
 - Bekendmaking aan de patiënten en hun familieleden gebeurt beperkt via folders (geriatriche dagziekenhuis).
 - Het multidisciplinair handboek is niet ter beschikking voor inzage.

We bevelen aan om het zorgconcept en de praktische uitwerking van de deelaspecten, inclusief de implementatie van de interne liaison, zo breed mogelijk bekend te maken. Men dient hierbij een breed publiek voor ogen te houden (alle medewerkers binnen het eigen ziekenhuis, verwijzers, externe partners, patiënten en familie).

Men maakt daarbij best gebruik van verschillende kanalen (bv. website, brochures voor patiënten en verwijzers, symposia, informatiesessies, overlegmomenten...). **(Aanb)**
- Op het moment van de audit wordt de interne geriatriche liaison opgestart in het ziekenhuis. **(AV)**
- Op vraag van het verpleegkundig diensthoofd werd er door de verpleegkundige equipe een SWOT-analyse opgesteld. Hieruit werden korte en lange termijndoelstellingen geformuleerd. **(AV)** Aanbeveling om dit meer geïntegreerd medisch-verpleegkundig aan te pakken. **(Aanb)**

Middelen

- Het dossier ondersteunt momenteel onvoldoende de multidisciplinaire werking. De patiëntgegevens zijn op verschillende plaatsen aanwezig, waarbij de ene zorgverlener niet steeds voldoende zicht heeft op de gegevens van de andere zorgverlener om de zorg optimaal te kunnen afstemmen. **(TK)**
 - Het medische luik is een apart elektronisch dossier. Verpleegkundigen hebben hierin geen toegang.
 - Verpleegkundigen werken met een papieren zorgdossier en het CPD-VE (medicatieschema, verslag van multidisciplinaire patiëntenbespreking). Dit bevat enkele medische gegevens.
 - Paramedici noteren in het elektronisch dossier en in het elektronisch verslag van de multidisciplinaire patiëntenbespreking.
 - Medicatieopdrachten worden tijdens de zaalronde door de hoofdverpleegkundige genoteerd op het briefingblad. Dit wordt nadien door de hoofdverpleegkundige overgebracht in het elektronisch medicatieschema en gevalideerd door de arts en apotheker.
 - Verpleegkundigen maken gebruik van briefingbladen.
 - De verslagen van de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en de medicatieschema's zijn niet opgenomen in het individuele dossier van de patiënt.
- Het patiëntendossier is niet steeds nauwkeurig ingevuld. **(TK)**
 - Een aantal items (blad 3) in een verpleegkundig zorgdossier waren gedurende een hele week niet ingevuld.
 - Er wordt niet genoteerd in het dossier wanneer een patiënt in bad gaat.
- De geriatrie afdeling heeft volgende architecturale tekortkomingen: **(TK)**
 - In de badkamers zijn de spiegels niet aangepast aan rolstoelpatiënten.
 - De functies van de verschillende lokalen worden niet op een uniforme wijze aangeduid.
 - Er zijn geen rustmogelijkheden voorzien op de gang. **(NC)**
 - In de nabijheid van de dagzaal zijn geen toiletten. **(NC)**
 - In een toilet van het geriatrisch dagziekenhuis is geen oproepsysteem voorzien.
 - Door verbouwingen (aangrenzende X-blok) is de muur van de badkamer niet afwasbaar, ondoordringbaar en niet gemakkelijk te ontsmetten en oogt de ruimte weinig huiselijk.
 - De ramen van de dagzaal zijn niet beveiligd.

We bevelen aan om na te gaan welke bijkomende infrastructurele ondersteuning noodzakelijk is voor de doelgroep (bv. aandacht voor belichting, doorloopmogelijkheid voor onrustige patiënten, aanduiding lokalen en dagindeling... in het kader van revalidatiemogelijkheden vanaf de eerste dag, een fixatiearm beleid, valpreventie en ROT (Realiteits Oriëntatie Training)). **(Aanb)**

Medewerkers

- Er is binnen het zorgprogramma 1 geriater tewerkgesteld (1 VTE). Er is een vacature voor een tweede geriater. Naast de geriater nemen ook 7 internisten (2 pneumologen, 2 cardiologen, 2 gastro-enterologen en 1 endocrinoloog) geriatrie patiënten op, op de afdeling C2. Deze 8 artsen vormen 1 associatie. **(AV)**
- Men beschikt momenteel niet over een team interne liaison. **(TK)** De interne liaison wordt geacht te bestaan uit 4 voltijdse equivalenten (afhankelijk van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten), meer bepaald een verpleegkundige, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een psycholoog.
- De afdeling C2 dient voor het aantal opgestelde bedden te beschikken over een team van 14,13 VTE. Men beschikt over 14,75 VTE. **(AV)**

Kwalitatief is er een personeelstekort van 1 VTE verpleegkundige die beschikt over een BBT/BBB. **(NC)** Men beschikt over 1 VTE logistiek medewerker. Men kan beroep doen op een psycholoog en de logopedist komt dagelijks langs op de afdeling. De kinesist werkt op zelfstandige basis.

Tijdens de nacht komt een verpleegkundige van de PAAZ-afdeling op 2 vaste momenten helpen en kan men beroep doen op de algemene waak. Er wordt vaak beroep gedaan op de mobiele equipe. De hoofdverpleegkundige is soms genoodzaakt mee te helpen in de zorg.

- Referentieverpleegkundigen werden gekozen op basis van hun interesse in geriatric. De functieomschrijving van de referentieverpleegkundige geriatric is uitgeschreven. **(AV)** Zij volgden nog geen opleiding in de geriatricische zorg **(NC)** en er was ook nog geen overleg met hen. **(TK)** Dit is gepland in 2012.
- De geriatricische afdeling beschikt over een informatiebundel/onthaalmap voor nieuwe medewerkers en studenten. **(AV)** Een specifiek inscholingsstappenplan is er niet en er wordt niet gewerkt met een peter/meter. **(TK)**

Processen

- Het zorgconcept voor de geriatricische patiënt is niet volledig gerealiseerd op de geriatricische afdeling. **(TK)**
 - Men slaagt er niet voldoende in om de patiënten dagkledij te laten dragen. Tussen de 30% en 70% van de patiënten draagt dagkledij. Men geeft aan dat dit aantal in de loop der tijd gedaald is.
 - 50% van de patiënten eet steeds hun maaltijd op de kamer. Enkel het middagmaal kan gezamenlijk gegeten worden in de dagzaal.
 - Baden is opgenomen in het weekprogramma van de ergotherapie. Zo worden er een drie- à viertal patiënten op woensdagvoormiddag gewassen in bad door de ergotherapeuten. **(SP)**
- Het zorgconcept voor de geriatricische patiënt is nog niet volledig gerealiseerd op de andere afdelingen. **(TK)**
 - Niet alle geriatricische patiënten krijgen aangepaste zorg (multidisciplinaire aanpak, activatie en functionele revalidatie vanaf dag 1).
 - Geriatricische patiënten opgenomen op een andere afdeling op naam van de geriater krijgen wel een multidisciplinaire aanpak maar er is geen multidisciplinair overleg.
 - Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatricisch profiel. Enkel op de spoedafdeling wordt er gescreend door de spoedarts. Indien de GRP-score positief is, is er geen verder advies of opvolging. Zo werd op de afdeling B1-F1 een dossier van een patiënt gezien met GRP-score 4 maar werden er nog geen verdere stappen ondernomen.
 - We bevelen aan om de werking van de IL stapsgewijs verder uit te werken en het belang en de werking inhoudelijk toe te lichten aan alle medewerkers van het ziekenhuis en aan bod te laten komen tijdens het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers. **(Aanb)**
 - Alle 75-plussers worden door de spoedarts met het GRP-instrument gescreend op hun geriatricisch zorgprofiel. De opvang van geriatricische patiënten op spoed kent een aantal knelpunten. **(TK)**
 - Er is geen document over het beleid bij geriatricische patiënten op spoedgevallen.
 - Men kent geen referentieverpleegkundige geriatric op spoed.
 - De geriater wordt enkel geroepen in geval er een opname moet gebeuren op zijn naam.
- Recent werd een project i.v.m. vallen opgestart. **(AV)**

Resultaten

- Er waren in 2010 in totaal 562 opnames op de geriatrische afdeling. De gemiddelde verblijfsduur is 12,79 dagen. **(AV)**
- Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatrisch risicoprofiel. **(NC)**
- In 2010 waren er in het geriatrisch dagziekenhuis 67 consulten. **(AV)**
- Op de afdelingen zijn een aantal folders beschikbaar over specifieke problematieken (valpreventie, fixatiearme zorg, tips bij voedingsbegeleiding...). **(AV)**
- Geriatrische proces- en resultaatsindicatoren (decubitus, vallen, MNA...) worden geregistreerd, **(AV)** maar niet geanalyseerd. **(TK)**

Brussel,

Tom Wylin, Hoofdauditor Zorginspectie

Michaëla Daelemans, Auditor Zorginspectie

Koenraad Fierens, Auditor Zorginspectie

Veerle Meeus, Auditor Zorginspectie

Evelyn Vandermeersch, Observator Zorginspectie

Caroline Broucke, Auditor Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht
Volksgezondheid

Hanna Masson, Auditor Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid