

Terugblik 2009

Bevindingen van een jaar audits in
13 Vlaamse ziekenhuizen

Inhoud

1	Overzicht	5
1.1	Ziekenhuizen	5
1.2	Samenstelling van het auditteam	5
1.3	Duur van de audit	6
1.4	Nabespreking van het auditverslag	7
1.5	Geauditeerde diensten en functies	9
1.6	Auditmethodiek	10
1.7	Resultaten van de audits	11
1.8	Klantenbevraging	12
2	Bespreking van geselecteerde thema's in 2009	14
2.1	Kwaliteitsbeleid	14
2.2	Inzet van mensen	16
2.3	Samenwerking tussen zorgverleners	22
2.4	Veilige zorg	24
2.5	Medicatiebeleid	25
2.6	Sterilisatie	29
2.7	Vrijheidsbeperkende maatregelen	30
2.8	Zorg voor geriatrische patiënten	35
2.9	Kinderen in het ziekenhuis	36
2.10	Borstvoedingsbeleid	40
2.11	Zorg bij het levenseinde	41
2.12	Informatisering	44

Inleiding

Zorginspectie wil u met deze Terugblik een zicht geven op de bevindingen van de ziekenhuisaudits die in 2009 plaatsvonden.

Sinds de start van de tweede auditcyclus in de ziekenhuizen (2007) richtte Zorginspectie het auditproces nog explicieter op de evaluatie van de kwaliteit van zorg en op patiëntveiligheid. Een aantal thema's, zoals risicomanagement, medicatiedistributie of fixatie, kreeg daarbij specifiek aandacht

Zorginspectie werkte doorheen 2009 verder aan de verfijning van haar spiegels (zelfevaluatie-instrumenten voor ziekenhuizen). Ondertussen zijn er spiegels beschikbaar voor het merendeel van de diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's die het auditteam van Zorginspectie kan inspecteren. Deze spiegels hebben een dynamisch karakter en kunnen steeds verbeterd worden.

Spiegels bieden een dubbel voordeel:

- De antwoorden geven Zorginspectie een beeld van de stand van zaken in een ziekenhuis, en maken het mogelijk om vooraf een risico-inschatting te maken. Tijdens de audit kan Zorginspectie dan gerichter en dieper ingaan op bestaande of vermoede knelpunten en risico's, terwijl minder risicovolle onderwerpen eventueel sneller behandeld kunnen worden.

Zo wil Zorginspectie evolueren naar een meer gelaagd en gefaseerd toezicht in de ziekenhuissector.

- Spiegels geven ziekenhuizen de kans om zelf op zoek te gaan naar sterke en zwakkere punten in hun organisatie van zorg. Het ziekenhuis kan de audit gestructureerder voorbereiden, en wordt aangeproken op de eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit.

Zorginspectie wil ook haar eigen werking voortdurend optimaliseren. Daarom peilt een onafhankelijk onderzoeksbureau sinds 2008 naar de ervaringen van de gesprekspartners tijdens de ziekenhuisaudits. De informatie die zo verzameld werd, leidde en leidt nog steeds tot verbeteracties.

Zo leerden we dat onze communicatie vatbaar was voor verbetering. Dat was dan ook een belangrijk aandachtspunt doorheen 2009. Zorginspectie ondernam op vlak van communicatie naar ziekenhuizen toe onder meer deze acties:

- We ontwikkelden infofolders waarin we onze werking voorstellen.
- Op de eerste auditdag geven we nu uitleg over het auditproces, aan de hand van een PowerPoint voorstelling.
- Op de laatste auditdag presenteren we het voorlopige auditrapport en lichten we het hele parcours (inclusief mogelijkheden en beperkingen van de methodiek) toe aan een uitgebreid publiek. We vragen het ziekenhuismanagement om zoveel mogelijk actoren uit te nodigen. Tijdens deze presentatie moedigen we interactie met het publiek aan.
- We proberen voldoende aandacht te schenken aan de specifieke situatie in ieder ziekenhuis. Die context willen we ook zo goed mogelijk omschrijven in het auditrapport.

Verder in deze Terugblik vatten we de resultaten uit 2009 van dit klanttevredenheidsonderzoek samen.

Zorginspectie moderniseerde haar manier van auditeren en rapporteren in de loop van 2009. We brachten alles meer in overeenstemming met de geëvolueerde organisatiestructuur in ziekenhuizen. We kozen er ook voor om nog meer te focussen op zorg voor specifieke patiëntendoelgroepen. Dat toetsen we aan de hand van het zorgtraject dat een patiënt doorloopt. Vroegere auditrapporten beschreven de zorg veeleer vanuit afdelingen.

Sinds het laatste trimester van 2009 verloopt de opbouw van het auditrapport en van de verschillende hoofdstukken volgens resultaatsgebieden (EFQM-model) en specifieke patiëntendoelgroepen. Verder in deze Terugblik komt dit uitgebreid aan bod.

Zorginspectie auditeerde het afgelopen jaar 13 ziekenhuizen. Die audits resulteerden in 13 rapporten¹, met daarin een verzameling van vaststellingen. Naast deze 13 reguliere, vijfjaarlijkse audits, voerde Zorginspectie nog 15 specifieke ziekenhuisaudits uit. Die gebeurden omwille van een klacht, opvolging van verbeteracties of erkenning van nieuwe of uitgebreide diensten.

De ziekenhuiswereld heeft een grote expertise op vlak van kwaliteitsbeleid en maakt werk van verbetertrajecten op het gebied van kwaliteit van zorg. Steeds meer leidinggevenden, ook artsen, volgen vorming in verband met kwaliteit. Zorginspectie wil zelf eveneens een significante bijdrage leveren aan kwaliteitsbevordering in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Daarbij stellen we de patiënt centraal; patiëntveiligheid is dan ook een belangrijk aandachtspunt.

¹ Vaststellingen rond ziekenhuishygiëne en medisch-milieukundige aspecten staan eveneens in auditrapporten. Niet Zorginspectie, maar het agentschap Zorg en Gezondheid (Toezicht Volksgezondheid) staat hiervoor in. Deze Terugblik gaat dan ook niet verder in op deze twee onderwerpen.

1 Overzicht

Ziekenhuizen

Zorginspectie bezocht in 2009 13 ziekenhuizen (1 categoriaal² en 12 algemene) in het kader van een erkenningsaudit. We inspecteerden het afgelopen jaar geen universitaire ziekenhuizen.

De grootte van de ziekenhuizen varieerde sterk. Het kleinste ziekenhuis beschikte over 134 bedden, terwijl het grootste ziekenhuis 2169 bedden binnen zijn muren had staan. Zeven ziekenhuizen waren actief op één enkele campus, vijf ziekenhuizen telden twee of drie campussen terwijl één ziekenhuis activiteiten ontplooid op zeven campussen.

Gedurende vier maanden werd het auditteam opgesplitst. Afhankelijk van de complexiteit (hooggespecialiseerde zorg, aantal bedden en aantal campussen) van de te inspecteren ziekenhuizen, inspecteerde een deelteam zo telkens simultaan twee ziekenhuizen. Dat leidde in 2009 tot een doorlichting met een deelteam in acht ziekenhuizen.

Ziekenhuizen die Zorginspectie in 2009 auditeerde (chronologisch):

	Naam ziekenhuis	Aantal bedden	Aantal campi
Januari	Nationaal Multiple Sclerose Centrum, Melsbroek	134	1
Januari	Ziekenhuis Maas en Kempen ,Maaseik-Bree	213	2
Februari	AZ Vesalius, Tongeren	355	2
Februari	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven	287	1
Maart	Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen	883	3
April-mei	AZ Zusters van Barmhartigheid Ronse	348	1
April-mei	Heilig Hartziekenhuis, Mol	193	1
Juni	Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	814	3
September	AZ Sint-Augustinus Veurne	200	1
September	Regionaal ziekenhuis Sint-Maria, Halle	320	1
Oktober	ZiekenhuisNetwerk Antwerpen (ZNA)	2169	7
November	Jan Ypermanziekenhuis, Ieper	481	1
December	Sint-Jozefkliniek, Bornem-Willebroek	239	2

Samenstelling van het auditteam

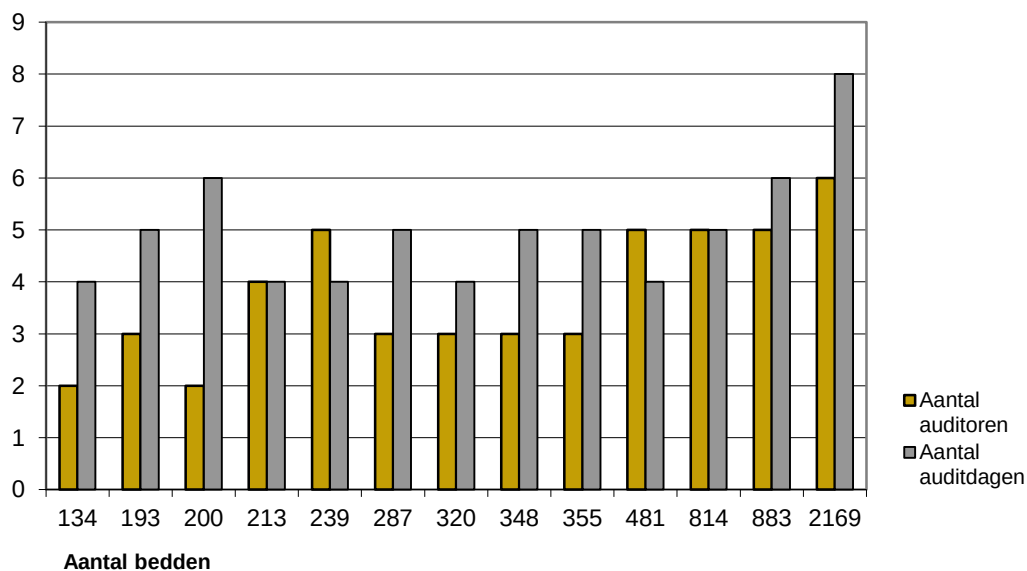
Zorginspectie beschikt voor ziekenhuisaudits over een multidisciplinair auditteam. Dat auditteam bestaat uit zes personen (gemiddeld 5,7 VTE in 2009). De auditoren hebben een diploma en/of ervaring binnen de gezondheidszorg. Zowel artsen als verpleegkundigen maken deel uit van de ploeg.

² Een categoriaal ziekenhuis is een ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008, dat uitsluitend beschikt over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H), diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T) of diensten geriatrie (kenletter G).

Een coördinerende teamverantwoordelijke en administratieve medewerkers ondersteunen het auditteam. Stafmedewerkers van Zorginspectie leveren op regelmatige basis een bijdrage op inhoudelijk vlak. Het team kan ook rekenen op de assistentie van de informatici van Zorginspectie.

Het aantal auditoren van Zorginspectie varieerde bij de audits in 2009 van twee (in 2 ziekenhuizen) tot zes (in één ziekenhuis). In de meeste ziekenhuizen waren drie auditoren (vooral bij gesplitste teams, zoals hoger vermeld) of vijf auditoren ter plaatse (het volledige team).

Behalve tijdens de maanden met audits in gesplitste teams en voor de audit van ZNA, werd telkens één auditor vrijgesteld voor andere inspectieopdrachten en/of vorming.



Figuur 1: Aantal auditdagen en auditoren in de ziekenhuizen tijdens de audits in 2009, gerangschikt volgens het aantal erkende bedden.

Duur van de audit

De grootte van de ziekenhuizen (aantal bedden, camp) bepaalt het aantal dagen dat auditoren binnen het ziekenhuis werken. Auditoren waren in 2009 gemiddeld 5 dagen aanwezig in het ziekenhuis. In elk ziekenhuis waren de auditoren minimaal 4 dagen ter plaatse. In 2008 waren dat 4,8 dagen.

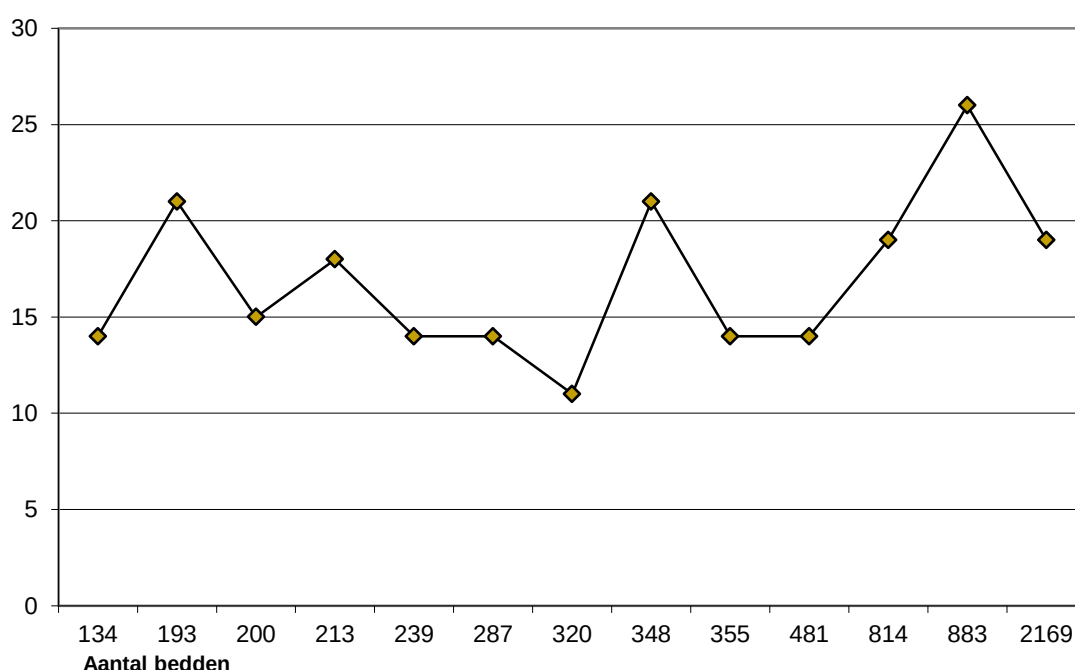
Ook buiten ziekenhuisdagen werken de auditoren verder aan de audit. Elke auditdag in het ziekenhuis, vraagt immers minstens een dag voorbereiding en een dag verslaggeving.

Zoals weergegeven in figuur 1 lag het aantal auditdagen in de ziekenhuizen in 2009 meestal tussen de 4 en de 6 dagen. In ZNA bedroeg het aantal auditdagen 8. Gemiddeld kwam dat overeen met 33,5 uren interviewtijd en rondgang op de afdelingen (de uren interviewtijd varieerden in 2009 tussen 12 en 84 uur).

Een audit ter plaatse volgt steeds hetzelfde stramien:

- De eerste auditdagen besteden de auditoren aan interviews, rondgang op de werkvloer en aan gesprekken met beleidsmensen.
- Tijdens de voorlaatste auditdag (verslagdag) stelt het auditteam in het ziekenhuis het voorlopige verslag samen. Voor de redactie van het ZNA-verslag was een extra verslagdag nodig.
- Op de laatste auditdag (presentatiedag) presenteren de auditoren het voorlopige auditverslag in het ziekenhuis.

Tussen eerste en laatste auditdag verliepen in 2009 gemiddeld 16,9 dagen. In 2008 waren dat er 17,2 (zie Figuur 2). De kortste tijdsspanne voor een audit duurde 11 dagen, terwijl de langste auditperiode 26 dagen besloeg.



Figuur 2: Aantal dagen tussen de eerste en de laatste auditdag in 2009. De 13 ziekenhuizen staan gerangschikt volgens het aantal bedden.

Nabespreking van het auditverslag

Zorginspectie stimuleert ziekenhuismanagers om een zo breed mogelijk publiek uit te nodigen op de presentatie van het voorlopige auditverslag. We suggereren om, naast directieleden, minstens ook stafleden en de geïnterviewde personeelsleden aanwezig te laten zijn. Tijdens de presentatie kunnen de aanwezigen ter plaatse al reageren en discussiëren met de auditoren over de inhoud van dit voorlopige verslag. Nadien kunnen presentatoren en sleutelfiguren van het ziekenhuis eventueel nader ingaan op elementen uit het verslag of feedback geven op het auditverloop.

- In 2009 presenteerde Zorginspectie het voorlopige rapport in 12 van de 13 geauditeerde ziekenhuizen. Met één ziekenhuis spraken we af om de presentatie te annuleren, omwille van de bijzondere context ter plaatse.

Eens Zorginspectie het voorlopige rapport bezorgt, heeft het ziekenhuis 25 kalenderdagen om schriftelijk te reageren op het auditrapport.

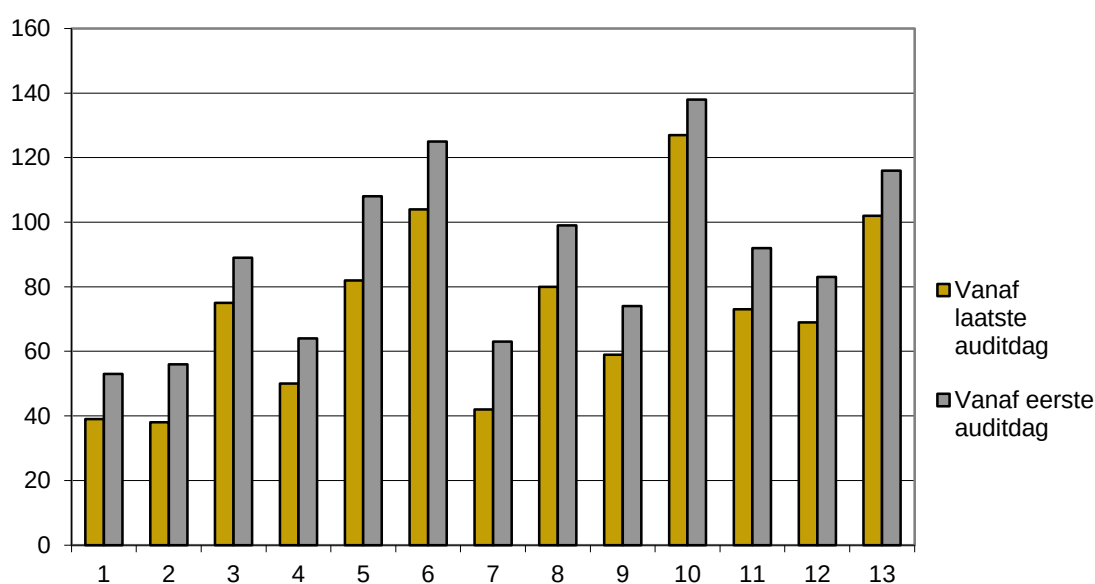
- Alle dertien ziekenhuizen bezorgden ons in 2009 een reactienota op het voorlopige verslag.

Tot slot voorzien we in de auditplanning een optioneel overlegmoment ('terugkomdag') met het ziekenhuis om de opmerkingen uit de reactienota te bespreken. Behalve de auditoren van Zorginspectie zijn tijdens dit overleg ook medewerkers van het agentschap Zorg en Gezondheid aanwezig. Zo kunnen ook de eventuele termijnen gekoppeld aan sommige non-conformiteiten (NC) of tekortkomingen (TK) (cf. definitie van NC en TK onder 1.7) aan bod komen. Op deze terugkomdag kan de delegatie van het ziekenhuis haar argumenten staven met eventueel bijkomende documentatie. De auditoren kunnen, indien nodig of nuttig, meer uitleg geven over de geformuleerde opmerkingen. Zo proberen we tot een consensus te komen.

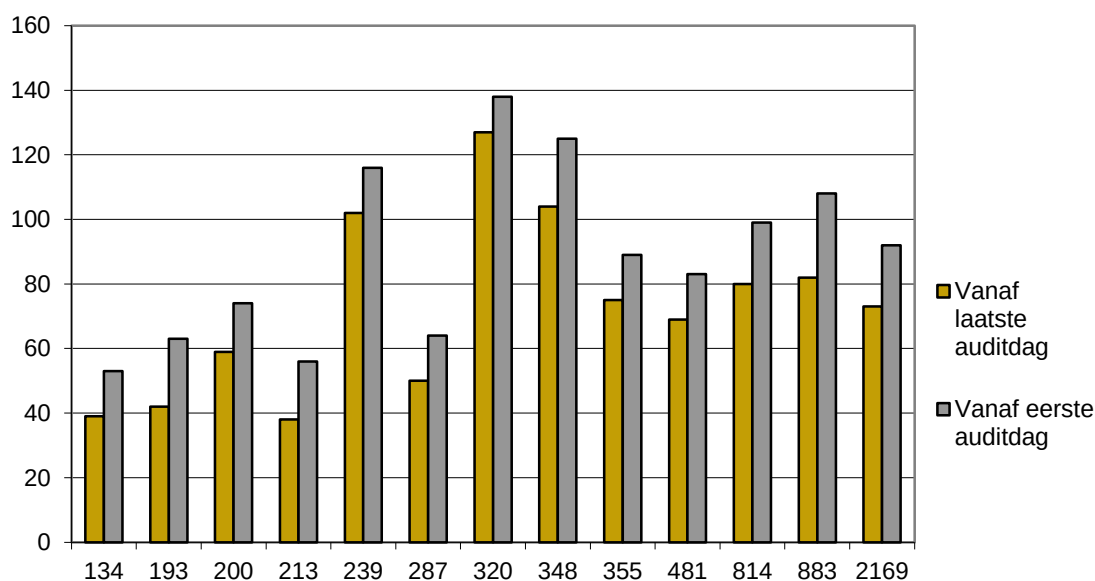
Na afloop van de terugkomdag past Zorginspectie het voorlopige auditrapport aan tot definitief auditrapport. Het agentschap Zorg en Gezondheid maakt notulen op van het overleg en bepaalt de definitieve termijnen.

- 12 van de 13 ziekenhuizen opteerden voor een terugkomdag. Eén (categoraal) ziekenhuis zag af van deze mogelijkheid, want voor het beperkte aantal opmerkingen van dit ziekenhuis kon telefonisch, per mail en/of schriftelijk een overeenkomst worden bereikt.

Uit Figuur 3 en 4 blijkt dat de kortste periode tussen de eerste auditdag en het afwerken van het definitieve verslag 53 dagen bedroeg. De langste periode nam 138 dagen in beslag. In 2009 was de gemiddelde duur 89 dagen (75 in 2008). Voor een deel zijn de verschillen te verklaren door de zomervakantie, voor een deel ook doordat de terugkomdag werd uitgesteld. Het aantal bedden had geen invloed op de totale duur van de audit.



Figuur 3: Periode (in dagen) tussen eerste / laatste auditdag en het definitieve verslag (2009) in chronologische volgorde.



Figuur 4: Periode (in dagen) tussen eerste / laatste auditdag en het definitieve verslag (2009) volgens stijgend aantal bedden.

Geauditeerde diensten en functies

De auditoren baseren zich voor hun vaststellingen in het auditrapport op informatie uit geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften of registratiegegevens).

Tijdens een audit lichten de auditoren een aantal erkende hospitalisatiediensten, functies en zorgprogramma's door. In functie van tijd, relevantie en risico-inschatting selecteren de auditoren de diensten die bezocht zullen worden. Dat gebeurt grotendeels op voorhand. Deze werkwijze zorgt ervoor dat niet steeds alle diensten in elk ziekenhuis bezocht worden en dat, afhankelijk van de analyse vooraf, niet noodzakelijk dezelfde diensten en functies in alle ziekenhuizen aan bod komen. Dat betekent ook meteen dat het cijfermateriaal en de bespreking van de resultaten in dit jaarverslag dus met de nodige reserves gelezen moeten worden.

Beleidsmatige aspecten kwamen tijdens iedere audit aan bod. Een evaluatie van het algemene beleid, het medische beleid, het verpleegkundige beleid en het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis maken steeds deel uit van een audit.

Ook de werkvloer kreeg in elk ziekenhuis ruim de aandacht. In die zin lichten de auditoren ook altijd een aantal verpleegafdelingen, de apotheek en het sterilisatieproces door. In algemene ziekenhuizen bezochten de auditoren verder steeds een aantal kritieke diensten zoals operatiekwartier, intensieve zorgen en spoedgevallen.

Auditmethodiek

Op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid staat sinds 2006 het referentiekader voor ziekenhuizen.

Dat referentiekader beschrijft de verschillende aandachtspunten die de auditoren tijdens de audits kunnen bekijken. Het referentiekader bestaat niet alleen uit wettelijke normen, maar ook uit evidence based elementen die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Daarvoor haalde de overheid inspiratie uit wetenschappelijke literatuur, internationale richtlijnen, adviezen van beroepsverenigingen of opleidingen en congressen.

Bij de start van de huidige (tweede) auditcyclus in 2007, kregen een aantal onderwerpen meer expliciete aandacht. Binnen kwaliteit van zorg als belangrijkste invalshoek van de audit, besteedt Zorginspectie tijdens de tweede ronde ook systematisch en gericht aandacht aan patiëntveiligheid en risicomanagement, aan medicatiedistributie, aan sterilisatie, aan het kindvriendelijk beleid (rechten van kinderen en hun ouders in een ziekenhuis) en aan het fixatie- en isolatiebeleid.

In 2007 zetten we dus een eerste stap naar een meer gedifferentieerde auditmethodiek. De jaren die daarop volgden werkten we deze methodiek verder uit. Zo ontwikkelden de auditoren verschillende spiegels (zelfevaluatie-instrumenten). Zorginspectie harmoniseerde de spiegels zo veel mogelijk op vlak van lay-out en structuur. Dat spiegels een uniform sjabloon volgen, vereenvoudigt het invullen voor de ziekenhuismedewerkers, bevordert de transparantie en de duidelijkheid van de gevraagde informatie en maakt de bekomen gegevens overzichtelijker voor de auditoren. Zorginspectie evalueert en past de spiegels ook aan, wanneer nodig.

Zorginspectie bezorgt de spiegels ruim voor de eigenlijke audit per e-mail aan de ziekenhuizen. De antwoorden van de ziekenhuizen in deze spiegels vormen de belangrijkste component voor de risicoanalyse en de voorbereiding van de audit. Deze risicoanalyse zorgt ervoor dat auditoren zich kunnen focussen op de specifieke aandachtspunten van ieder ziekenhuis. De differentiatie in de auditmethodiek maakt inzoomen op risico's binnen zorgprocessen van een specifiek ziekenhuis mogelijk.

De spiegels bieden de ziekenhuizen het voordeel dat ze zich efficiënter kunnen voorbereiden, en dat de mogelijke gespreksonderwerpen vooraf gekend zijn. Ziekenhuizen kunnen met de spiegels zelf op zoek gaan naar sterke en zwakke punten in hun organisatie van zorg. Deze oefening brengt weliswaar heel wat werk met zich mee, maar is een belangrijk onderdeel van het auditconcept en de cyclus van kwaliteitsverbetering. De spiegels worden achteraf ook positief geëvalueerd door de betrokkenen.

Het transversale auditverslag beschrijft in het eerste deel de ziekenhuisbrede zorgaspecten. Zo brengen we leiderschap, beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten in kaart. Daarna gaan we dieper in op zorgtrajecten voor specifieke patiëntengroepen. De zorg voor moeder en kind en voor psychiatrische, chirurgische, kritieke en geriatrie patiënten komen achtereenvolgens aan bod. De zorg bij het levenseinde bespreken we steeds in een afzonderlijk hoofdstuk. Voor ieder zorgtraject is te lezen hoe het ziekenhuis de aspecten beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten invult voor deze doelgroep.

Bij de verdere aanpassingen aan de spiegels hielden de auditoren rekening met deze vernieuwde manier van verslaggeving.

Resultaten van de audits

De belangrijkste evolutie tijdens het voorbije jaar is wellicht de kanteling in de wijze van rapporteren over de audit.

Zorginspectie verrichte sinds de start van het jaar heel wat denkwerk om de verslaggeving te optimaliseren, zodat die meer in lijn zou zijn met de manier waarop ziekenhuizen tegenwoordig georganiseerd zijn. De schaalgrootte van het fusieziekenhuis ZNA maakte de 'traditionele' manier van verslaggeving ontoereikend, en bespoedigde dus de invoering van transversale rapportering.

De traditionele verticale opbouw van het auditrapport, volgens departementen en met opsommingen per soort opmerking werd dus verlaten ten gunste van een modernere rapportering. In deze vernieuwde wijze van verslaggeving, bespreken we eerst de ziekenhuisbrede onderwerpen, en beschrijven we daarna de meer specifieke zorgtrajecten voor bepaalde subpopulaties.

Zowel ZNA als Zorginspectie evalueerden deze methode positief, wat betekende dat de verslagen geschreven na de audit van ZNA ook dit stramen volgden.

Zorginspectie houdt toezicht op het Vlaamse kwaliteitsdecreet voor de ziekenhuizen en op de toepassing van de bepalingen uit de wet op de ziekenhuizen en haar uitvoeringsbesluiten. Alle aspecten uit deze wetgeving kunnen dus aan bod komen tijdens de audit. In de praktijk toetst Zorginspectie een (onderbouwde) selectie van wettelijke normen en bijkomende onderwerpen.

- Niet voldoen aan wettelijke bepalingen, leidt tot non-conformiteiten (NC) in het auditrapport.
- Zorginspectie kijkt ook naar andere aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg, maar die niet gebaseerd zijn op wettelijke erkenningsnormen. Niet voldoen aan deze aspecten, leidt tot tekortkomingen (TK) in het rapport.
- Tot slot geven de auditoren ook aanbevelingen (Aanb) mee. Die zijn niet dwingend of gebonden aan normering, maar worden meegegeven als suggestie ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

In de auditverslagen is er niet alleen aandacht voor verbeterpunten, maar worden een aantal sterke punten (SP) van het ziekenhuis benadrukt. Sterke punten zijn o.a. aspecten waarin het ziekenhuis uitblinkt in vergelijking met andere Vlaamse ziekenhuizen. Ze kunnen ook vermeld worden voor bijzondere verwezenlijkingen van diensten of functies binnen de eigen zorginstelling. Het minimaal voldoen aan de normen aanziet Zorginspectie niet als een sterk punt.

De auditverslagen van 2009 schenken meer aandacht aan de specifieke context van het ziekenhuis. Aan de hand van algemene vaststellingen (AV) plaatsen de auditoren de geformuleerde opmerkingen in het juiste perspectief. Externe lezers krijgen zo ook verduidelijking over de plaatselijke situatie.

Het ziekenhuis moet de meeste non-conformiteiten en tekortkomingen aanpakken binnen de nieuwe erkenningsperiode van 5 jaar. Voor bepaalde verbeterpunten legt de overheid het ziekenhuis een kortere termijn op. Bepalen van termijnen en opvolgen van de verbeterpunten gebeurt door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Na de audits in 2009 verkregen alle dertien ziekenhuizen een verlenging van hun erkenning voor vijf jaar.

Klantenbevraging

1.1.1 Resultaten 2008

Sinds 2008 organiseert Zorginspectie een klanttevredenheidsenquête in de geauditeerde ziekenhuizen. Een onafhankelijk onderzoeksbureau voert deze (e-mail)enquête uit.

Eind 2008 leerde Zorginspectie uit de enquêteresultaten dat verbetering op communicatievlak wenselijk was. Informatie over het doel en het verloop van de audit kon beter.

Zorginspectie voerde daarom een aantal verbeteracties door:

- In een 'logistieke fiche' ging Zorginspectie de ziekenhuizen duidelijk en vooraf informeren over praktische aspecten van de audit.
- Zorginspectie ging aan de hand van een PowerPointpresentatie op de eerste auditdag en extra toelichting op de laatste auditdag, werken aan verbeterde informatie over het audittraject.
- We verhoogden de kwaliteit van het auditrapport, door meer aandacht te schenken aan de specifieke context van het ziekenhuis en door opmerkingen te filteren op basis van relevantie.
- Zorginspectie stimuleert het ziekenhuismanagement om alle gesprekspartners aanwezig te laten zijn op de presentatie op de laatste auditdag. Tijdens deze presentatie, streven we ook naar meer interactie en laten we ook de sterke punten van het ziekenhuis aan bod komen.

De meest opvallende verbeteractie naar ziekenhuizen toe, was misschien wel de ontwikkeling van informatiefolders. Uit de enquête bleek immers dat ziekenhuizen niet altijd goed wisten wat de bedoeling van de spiegels was, en hoe ze die best invulden. Om daaraan tegemoet te komen, maakte Zorginspectie een folder over haar werking op: de folder schetst de grote lijnen van de auditmethodiek, en zoomt in op de spiegels. Ziekenhuizen ontvangen deze folder samen met de aankondigingsbrief van de audit.

Een tweede folder komt tegemoet aan andere knelpunten uit de tevredenheidsenquête en geven de auditoren af aan hun gesprekspartners. Uit de enquête bleek immers dat de bevoegdheden van Zorginspectie niet altijd voldoende gekend waren. Daarnaast bleek men soms onrealistische verwachtingen te koesteren ten opzichte van Zorginspectie, of had men weinig zicht op het totale audittraject, en op de focus en de beperkingen ervan.

1.1.2 Resultaten 2009 (januari t.e.m. september)

Ook doorheen 2009 organiseerde Zorginspectie een klanttevredenheidsenquête.

De invoering van de nieuwe, transversale auditmethodiek in oktober 2009, maakte dat enquêteresultaten vanaf oktober 2009 niet zomaar vergeleken konden worden met eerdere resultaten. Daarom bespreken we nu de resultaten tot en met september 2009.

De totale responsgraad van de ziekenhuizen bedroeg doorheen 2009 35%. Dat betekent een lichte stijging ten opzichte van 2008, toen de respons 30% bedroeg. Bij enquêtes na afloop van inspecties in andere sectoren, lag de respons wat hoger (gemiddeld 49%). De lagere (maar nog steeds goede) respons bij de ziekenhuizen, is te wijten aan het feit dat een ziekenhuisaudit langer duurt dan veel andere inspecties, waardoor de enquête ook pas later afgenomen wordt. Daarnaast zijn er tijdens een ziekenhuisaudit ook veel meer

gesprekspartners dan tijdens andere soorten inspecties. Die gesprekspartners maken bovendien slechts een deel van de audit mee.

Uit de enquêteresultaten van 2009, bleek bovendien dat de algemene tevredenheid over de audit en de tevredenheid over alle afzonderlijke aspecten (informatie, verslag, auditoren) erop vooruit gegaan zijn.

Verder toonden de resultaten van de klantenbevraging januari-september 2009 een positieve evolutie:

- de algemene tevredenheid m.b.t. de audit is gestegen; ook de tevredenheid m.b.t. alle afzonderlijke aspecten (informatie, auditoren, verslag) is gestegen;
- de verwachtingen van de ziekenhuizen blijken beter dan vorig jaar overeen te komen met de wijze waarop de audit in de realiteit verliep;
- men is, meer dan in 2008, tevreden over het auditrapport (zowel over de snelheid van het verkrijgen van het verslag, als over duidelijkheid en stroken met de vastgestelde feiten). Wel merken we dat men niet altijd van mening is dat het rapport een correct beeld geeft van het ziekenhuis. Binnen andere geïnspecteerde sectoren lijkt men deze mening meer toegedaan. Een verklaring hiervoor is allicht de auditfocus op knelpunten in het ziekenhuis;
- de tevredenheid m.b.t. de vakkennis en de werkwijze van de auditoren en de informatie die ter beschikking is, is het meest gestegen.

De verbeteracties die Zorginspectie doorvoerde op basis van de resultaten uit 2008, hebben dus blijkbaar vruchten afgeworpen.

2 Bespreking van geselecteerde thema's in 2009

We bundelden de belangrijkste opmerkingen in 12 hoofdstukken, om deze Terugblik overzichtelijk te houden.

2.1 Kwaliteitsbeleid

Met het kwaliteitsdecreet wil de overheid de voorzieningen ertoe aanzetten om de eigen kwaliteit van zorg voortdurend te bewaken en te optimaliseren. De auditoren gaan na hoe het ziekenhuis invulling geeft aan deze wettelijke verplichting.

2009 was een scharnierjaar: het auditteam herwerkte de manier van auditeren en verslag geven grondig. Het thema 'kwaliteitsbeleid' werd omgevormd naar het thema 'lerende omgeving', wat ruimer gaat. Kwaliteitsvol werken gaat binnen een ziekenhuis immers verder dan enkel de wettelijk verplichte verbeterprojecten.

Door het verruimen van de scope kregen volgende thema's een meer prominente plaats binnen het audittraject:

- De cultuur binnen een ziekenhuis is een belangrijke indicator om kwaliteitsvol werken te stimuleren en te integreren binnen een ziekenhuis. Een veilige en open cultuur met een goede samenwerking tussen alle zorgverleners en directie heeft een positieve invloed op de 'lerende omgeving'. Het stimuleren van een alertheid tot voortdurend verbeteren bij alle medewerkers moet een blijvend aandachtspunt zijn binnen ziekenhuizen. 7 ziekenhuizen hielden cultuurmetingen.
- Binnen het thema 'lerende omgeving' bevragen we het veiligheids- of risicomanagement afzonderlijk. Patiëntveiligheid staat daarbij voorop. Een doorgedreven opsporing van risico's en knelpunten binnen de organisatie geeft een objectief zicht op de noodzakelijke verbeterprojecten. Eén kanaal van risico-opsporing is het systeem van incidentenmelding. De meeste ziekenhuizen zijn in 2009 een incidentenmeldingsysteem aan het uitwerken (en/of implementeren). Door meldingen te stimuleren vanuit de werkvloer, wordt iedere zorgverlener aangesproken op zijn/haar betrokkenheid en verantwoordelijkheid.
- Nog meer aandacht gaat nu naar het procesmatige aspect van kwaliteit. Kwaliteit is geen alleenstaand issue, maar is de verantwoordelijkheid van iedereen werkzaam binnen het ziekenhuis. Hoe kwaliteit vorm krijgt binnen en tussen al deze niveaus, is een item dat aan belang wint bij de audit. Zo wordt de effectieve integratie van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis meer zichtbaar en krijgt men een vollediger beeld.

Aansturing

Vijf ziekenhuizen kozen voor een bestaand kwaliteitsmanagementsmodel (EFQM, Kwadrant) dat vertaald werd naar de eigen werking. Elf ziekenhuizen werken met een kwaliteitscoördinator. Eén ziekenhuis werkt bewust niet met een kwaliteitscoördinator, maar stelt het comité kwaliteit voor als belangrijkste motor binnen het kwaliteitsbeleid.

Elf ziekenhuizen reorganiseerden het afgelopen jaar hun structuur en organisatie om aan kwaliteitsbeleid te doen. Er is een duidelijke evolutie naar een kwaliteitsstructuur die meer geïntegreerd zit in het organisatiebeleid, maar waarbij ook beroep gedaan wordt op expertise van de werkvloer (zoals apotheker, referentieverpleegkundigen, ...). Ziekenhuizen kiezen voor stuurgroepen en/of comités waar meerdere kwaliteitsthema's besproken en aangestuurd worden, zodat een globaal overzicht ontstaat en links tussen thema's versterkend kunnen werken.

Zelfevaluaties en verbeterprojecten

Sinds 1 januari 2005 moeten ziekenhuizen aan de hand van een zelfevaluatie aantonen hoe processen, structuren en resultaten in het ziekenhuis bewaakt, beheerst en voortdurend verbeterd worden. Binnen 4 domeinen (klinische performantie, operationele performantie, medewerkerstevredenheid en gebruikerstevredenheid) moeten ze op verantwoorde wijze verbeterpunten selecteren en één of meerdere acties op touw te zetten. Binnen een termijn van vijf jaar moet het ziekenhuis kunnen aantonen dat een verbetering gerealiseerd werd. Voor het domein klinische performantie, moet de keuze gemaakt worden op basis van een sterkte-zwakteanalyse.

In elf ziekenhuizen ontbrak deze sterkte-zwakteanalyse. Deze ziekenhuizen dienden, ondanks een aantal degelijke analyses, nog ruimer te gaan in hun gegevensverzameling. Meestal stelde Zorginspectie vast dat de sterkte-zwakteanalyse over een te beperkt deel van de klinische zorg handelde.

In elf gevallen maakte Zorginspectie de opmerking dat het kwaliteitshandboek onvolledig was. Niet alle stappen uit de regelgeving waren dus degelijk uitgewerkt. Vaak ontbrak de gegevensverzameling waarop een analyse en een gemotiveerde keuze naar verbeterdoelstellingen moest gebeuren.

In één ziekenhuis ontbrak zelfs de volledige zelfevaluatie. In heel wat gevallen was niet duidelijk welke knelpunten het ziekenhuis voor elk domein had opgelijst, hoe het daartoe gekomen was en waarop men zich voor de uiteindelijke selectie gebaseerd had. De motivatie waarom de respectieve knelpunten gekozen waren, ontbrak bij elf ziekenhuizen. Bij één ziekenhuis merkte Zorginspectie op dat het te laat gestart was met de uitwerking van de zelfevaluaties en verbeteracties, waardoor de termijn van 5 jaar in het gedrang kwam.

In 9 ziekenhuizen waren de geselecteerde doelstellingen ook niet steeds SMART (specifiek-meetbaar-acceptabel-realistisch-tijdsgebonden) geformuleerd. Het is echter belangrijk om doelstellingen zo specifiek en meetbaar mogelijk te omschrijven. Zo kan het ziekenhuis er, aan de hand van specifieke acties en een daaraan gekoppelde timing, gericht naartoe werken. Metingen op zich mogen niet als verbeterdoelstellingen genoemd worden, maar maken deel uit van een actieplan.

Nagenoeg alle ziekenhuizen beschikken over kwaliteits- en verbeterprojecten buiten de projecten in het kwaliteitshandboek. Kwaliteit is bijna overal ruimer opgevat dan het kwaliteitsdecreet voorschrijft. Bij vijf ziekenhuizen stelden we dit overduidelijk vast.

In vier ziekenhuizen had men geen volledig zicht op alle kwaliteitsinitiatieven. Een onvolledig zicht kan leiden tot onnodig en dubbel werk. Eén ziekenhuis was sterk in het opvolgen van alle verbeterprojecten.

Binnen de evaluatie door de medewerkers maakte Zorginspectie acht keer de opmerking dat de gekozen werkwijze (bv. opvolgen ziekteverzuim) geen weerspiegeling is van de totale groep medewerkers (zowel artsen, verpleegkundigen, ...) en vaak slechts een fractie weergeeft van hun verwachtingen. Het is belangrijk om bij de keuze van een evaluatiesysteem rekening te houden met een zo getrouw mogelijke weergave van verwachtingen, noden en waarden binnen de gehele groep van medewerkers. Eén ziekenhuis betrok de artsen helemaal niet bij de medewerkerstevredenheid. Twee ziekenhuizen startten geen verbeteracties op op basis van de bekomen resultaten.

Binnen de evaluatie door de patiënten maakte Zorginspectie drie maal de opmerking dat de gekozen werkwijze geen weerspiegeling was van de gehele patiëntengroep.

Controle op de praktijk 'uitvoering van richtlijnen en procedures' omschreven we in vijf ziekenhuizen als een tekort.

Vier ziekenhuizen waren sterk in het beheersen en meten van kwaliteitsindicatoren. Eigen aan deze werkwijze is de kritische reflectie en het zoveel mogelijk inbouwen van kwaliteitsindicatoren in de respectievelijke kwaliteitsprocessen, -projecten en -trajecten. Deze ziekenhuizen hebben vaak plannen om via prestatie-indicatoren hun kwaliteit van zorg meer zichtbaar en opvolgbaar te maken. Eén ziekenhuis creëerde daarvoor zelfs een specifieke functie (arts 'risk manager'). Vier ziekenhuizen maakten reeds gebruik van een balanced score card (opgevolgde indicatoren die het managementsbeleid sturen), of bouwden dit uit.

Risicomanagement / incidentenmeldingen

Twaalf ziekenhuizen werkten in 2009 een nieuw incidentenmeldingssysteem uit. De meeste ziekenhuizen hadden voordien enkele proefprojecten lopen of konden het systeem reeds volledig implementeren binnen hun organisatie. Eén ziekenhuis was sterk in het betrekken van de melder bij de incidentanalyse, en is een voorloper op het vlak van patiëntveiligheidssystemen.

Tien keer weerhield Zorginspectie als opmerking dat het zwaartepunt van het kwaliteitsbeleid en het incidentenmeldingssysteem (patiëntveiligheid) zich te veel binnen het verpleegkundig departement situeerde. We bevalen aan om de betrokkenheid van de arts te verhogen. Eén ziekenhuis kreeg de opmerking de betrokkenheid van de gehele werkvloer, zowel van artsen als van verpleegkundigen, te verhogen.

De invoering van het incidentenmeldingssysteem gaf in nagenoeg alle ziekenhuizen aanleiding tot oprichting van een stuurgroep en/of commissie patiëntveiligheid op beleidsniveau, wat de opvolging en sturing van de eventuele verbeteracties ten goede komt. Eén ziekenhuis kreeg de opmerking dat de stuurgroep te weinig samenkwam om het beleid optimaal te kunnen sturen. In een ander ziekenhuis bleek het kwaliteitsbeleid nog teveel een zaak voor de kwaliteitscoördinator alleen te zijn.

Zes keer gaf Zorginspectie een opmerking over de terugkoppeling (feedbackrapport) van de meldingen. Reden daarvoor was dat de terugkoppeling voornamelijk bestond uit een statistische verwerking van de gegevens naar de afdelingen en dat gestructureerde analyses en verbeteracties niet systematisch werden georganiseerd. Indien het ziekenhuis verbeteracties opstartte, werden deze niet steeds bijgehouden en gelinkt aan de desbetreffende incidenten, wat een volledige opvolging/feedback bemoeilijkte.

2.2 Inzet van mensen

Kwaliteitsvolle zorg verstrekken vraagt de inzet van voldoende personeel, zowel naar aantal als naar kwalificaties en competenties.

Zorginspectie controleerde of diensten binnen het ziekenhuis voldeden aan de (erkennings)normen over personeel en aan de normen over medische en verpleegkundige permanenties.

De auditoren gingen na of het personeel de werklast op de afdelingen als hoog ervoer. Op basis van argumenten die wezen op een hoge werklast, kon het auditteam een opmerking maken over relatieve personeelstekorten. Volgende argumenten speelden daarbij o.a. een rol: aantal patiënten, zorgzwaarte, aantal (extra) taken, aantal overuren, aantal verlofdagen die men niet kan opnemen, aantal ADV³-dagen die moeten toegekend worden en niet verrekend worden in de minimumbestaffing, vorming die geweigerd wordt omwille van bestaffingsproblemen.

³ ADV: arbeidsduurverkorting

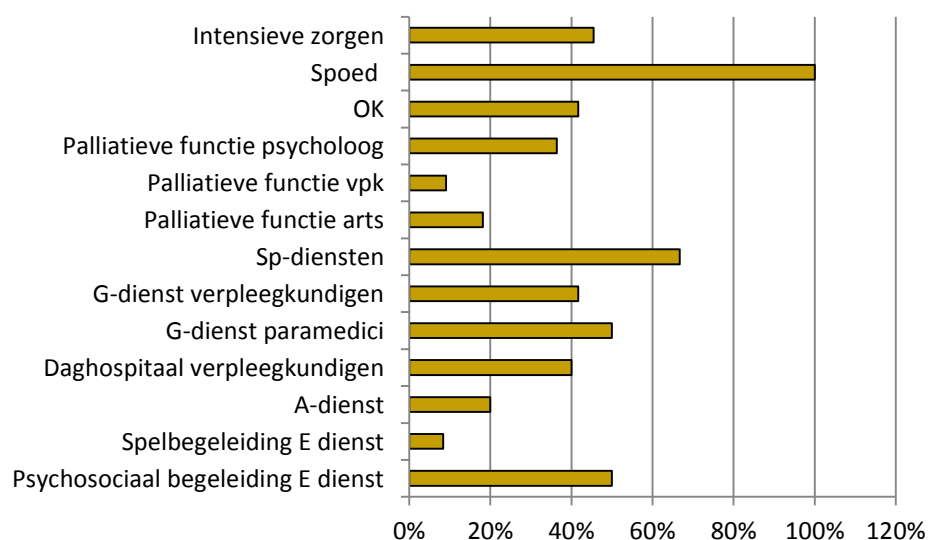
Zorginspectie bekeek ook de inzet en aansturing van paramedici. In tien van de dertien bezochte ziekenhuizen stuurde de verpleegkundig directeur de paramedici aan. Vaak was de functie benoemd als verpleegkundig – paramedisch directeur of als directeur patiëntenzorg. Eén ziekenhuis gebruikte een duale aansturing vanuit het medische en het verpleegkundige departement. In één ziekenhuis met focus op revalidatie, gebeurde de aansturing rechtstreeks vanuit de medische verantwoordelijke voor de fysiotherapie. Eenmaal ontbrak duidelijke aansturing en gaf het organogram (dat een aansturing rechtstreeks door de algemene directeur weergaf) geen juist beeld van de realiteit. Drie ziekenhuizen schakelden paramedici op zelfstandige basis in, wat de integratie in de organisatie en de continuïteit in de zorgverlening soms bemoeilijkte.

Zorginspectie onderzocht of de inzet van medewerkers op de afdelingen aangepast was aan de activiteiten en de zorgnood van de patiënten die op de afdeling verbleven. De auditoren gingen na welke objectieve criteria het ziekenhuis hanteerde voor de toewijzing van personeel (doelgroep en zorgzwaarte van patiënten, turnover, aantal verpleegkundige handelingen, dalen en pieken in de organisatie van de zorg,...).

Vier van de dertien ziekenhuizen gebruikten een transparant meetinstrument om de optimale inzet van personeel te bewaken waarbij zowel de inzet en de werklast van het personeel als de actuele zorggraad van de patiënt objectief in kaart werd gebracht.

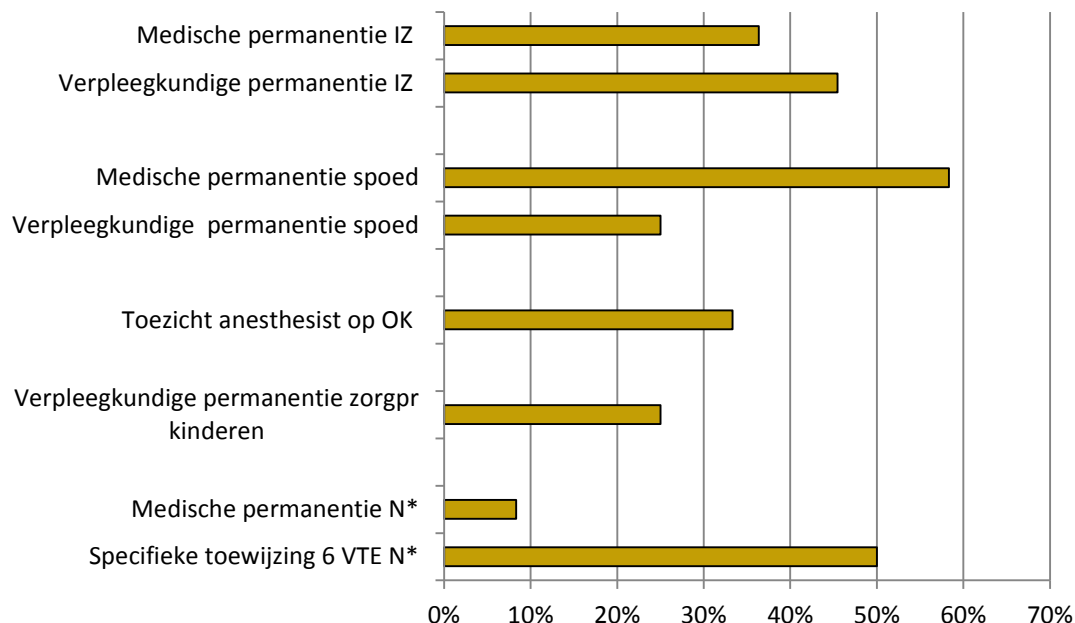
Vijf van de dertien ziekenhuizen hadden te weinig personeel in hun mobiele equipe. Een mobiele equipe kan ingezet worden op diensten en functies die tijdelijk een verhoogde werkdruk hebben of ter vervanging van verpleegkundigen en verzorgenden bij ziekte of vorming.

In figuur 5 geven we weer in hoeveel van de bezochte ziekenhuizen er problemen waren i.v.m. personeelsinzet. De auditoren baseerden zich op zowel normatieve en kwalitatieve personeelstekorten als op relatieve personeelstekorten (op basis van activiteiten en objectieve parameters die een beeld geven van de werklast). Meer nuancering kan worden teruggevonden in de tekst onder de figuren, die per dienst aan de hand van cijfers een beeld schetst van de specifieke tekorten.



Figuur 5: % ziekenhuizen met een personeelstekort per dienst (audits 2009)

Specifieke problemen i.v.m. verpleegkundige en medische permanenties worden weergegeven in 6.



Figuur 6: Aantal tekorten m.b.t. permanenties

Op vijf eenheden voor intensieve zorgen (verspreid over vier ziekenhuizen van de in totaal elf bezochte ziekenhuizen met functie intensieve zorgen) stelde Zorginspectie een normatief tekort aan verpleegkundig personeel vast. Dat betekende dat de vereiste verpleegkundige permanentie⁴ in deze ziekenhuizen niet gegarandeerd was. Er was één opmerking over een tekort aan personeel met een bijzondere beroepstitel in de intensieve zorgen. Naast het normatieve personeelstekort, formuleerden we twee maal een opmerking i.v.m. een relatief verpleegkundig personeelstekort op basis van een zeer hoge werklust.

In vier ziekenhuizen merkten de auditoren een probleem met de medische permanentie op voor de functie intensieve zorgen. De permanentieartsen cumuleerden in die gevallen deze taak met andere georganiseerde activiteiten in het ziekenhuis of het ziekenhuis schakelde artsen in die niet aan de wettelijke normen hiervoor voldeden.

Tienmaal gaven we een opmerking over de permanentie van artsen op de functie gespecialiseerde spoedgevallen (vijftien bezochte spoedgevallendiensten). Het knelpunt bestond er meestal uit dat bij een MUG-oproep de medische permanentie niet gegarandeerd was. Eenmaal maakten we een opmerking over het gebrek aan recuperatiemogelijkheden na een wachtdienst van 24 uur.

In drie ziekenhuizen werd een opmerking geschreven over de beschikbaarheid van specialismen waarop de urgentiearts beroep moet kunnen doen. Eenmaal was er geen wachtdienst voor de psychiater; een andere keer kwam de pediater (bijna) nooit patiënten zien op spoedgevallen.

⁴ Een permanentie van 24 u. op 24 u. wordt verzekerd door tenminste 2 verpleegkundigen per volledige schijf van zes bedden, waarvan minstens 1 houder is van de bijzondere beroepstitel. Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden, dient het aantal verpleegkundigen, verhoudingsgewijs ten opzichte van het aantal bedden, aangepast te worden. Bovendien dient het verpleegkundig team aangepast te worden naargelang van de activiteiten van de functie. (Art 18 van KB 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden.)

In alle ziekenhuizen, en meer bepaald op veertien van de vijftien bezochte spoedgevallendiensten, was er een probleem met de verpleegkundige bestaffing. De normatieve verpleegkundige bestaffing was op vijf spoedafdelingen onvoldoende. Daarnaast stelden we negenmaal een personeelstekort vast op basis van het activiteitencijfer en door de veelheid van taken die de verpleegkundigen moesten uitvoeren. Vier spoedgevallendiensten voldeden niet aan de verpleegkundige minimumpermanentie⁵.

In geen enkel operatiekwartier stelde Zorginspectie normatieve verpleegkundige personeelstekorten vast. In vijf operatiekwartieren beschreven we op basis van werklust een relatief personeelstekort. Vier maal maakten we de opmerking dat, door een onvoldoende beschikbaarheid van anesthesisten, patiënten onder narcose in de operatiezaal verbleven zonder direct toezicht van een anesthesist. Dat betekent een risico voor de patiënt en druist in tegen het "good practice"-advies van de beroepsvereniging van anesthesisten.

De tekorten binnen de functie palliatieve zorgen (de werking van elf functies werd nagegaan) waren zeer divers. Zorginspectie stelde vooral tekorten vast met betrekking tot de beschikbaarheid van de psycholoog (viermaal). Daarnaast beschreven de auditoren er tweemaal een tekort aan medische inbreng (palliatieve arts). Minder (één maal) situeerde het tekort zich op niveau van de verpleegkundige inbreng. In één ziekenhuis was er globaal onvoldoende bestaffing, waarbij er voor de drie vereiste leden een tekort was.

Op beide bezochte palliatieve eenheden stelde Zorginspectie een personeelsprobleem vast. Eenmaal ging het om een normatief tekort. De andere keer lag een tekort aan specifieke opleiding aan de basis van de opmerking.

Op twee van de acht bezochte revalidatieafdelingen (Sp) stelden de auditoren een normatief tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden vast. Vijfmaal noteerden de auditoren een relatief personeelstekort. Opvallend voor Sp-diensten was een onderkwalificatie van het personeel. Zes afdelingen telden te weinig gegradueerde verpleegkundigen in verhouding tot het aantal gebrevetteerde verpleegkundigen en/of te weinig verpleegkundigen t.o.v. het aantal verzorgenden.

Zorginspectie bezocht in 2009 26 geriatrische afdelingen (G) in 12 ziekenhuizen. De personeelstekorten op 12 van de 26 afdelingen waren 11 keer toe te schrijven aan een tekort aan ergotherapeuten, logopedisten en psychologen. Een tekort aan verpleegkundigen (op dezelfde afdelingen) deed zich vier keer voor. Op één andere geriatrische afdeling stelde Zorginspectie enkel een tekort van verpleegkundigen vast.

Bovendien is er een knelpunt in verband met de kwalificatie van personeel (zorgkundigen t.o.v. verpleegkundigen) en/of het ontbreken van de nodige opleiding en/of ervaring in het verzorgen van geriatrische patiënten op zes afdelingen.

Een tekort aan geriateren binnen het zorgprogramma geriatrie kwam vier keer voor.

In de zes bezochte (chirurgische) daghospitalen stelden de auditoren tweemaal een normatief tekort aan verpleegkundigen vast. In twee ziekenhuizen maakte er geen pediatrisch verpleegkundige deel uit van de equipe van het daghospitaal, hoewel er ook kinderen werden opgenomen.⁶ In één ziekenhuis stelde Zorginspectie vast dat er geen pediater aanwezig was⁷ op de campus tijdens de momenten dat er kinderen opgenomen waren in het daghospitaal.

⁵ Een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen, waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel. Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst. (Art. 11 van KB 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg moet voldoen om te worden erkend.)

⁶ De functie "chirurgische daghospitalisatie" moet beschikken over een gegradueerd verpleegkundige in de pediatrie. (Art. 15 octies van KB 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.)

Eén ziekenhuis kende een personeelstekort op de afdeling voor volwassen psychiatrische patiënten (PAAZ). Een ander ziekenhuis had dan weer een medische onderbestaffing van de PAAZ.

Van de elf geauditeerde ziekenhuizen met kinderafdelingen, hadden zes ziekenhuizen een tekort aan psychosociale begeleiding. Eén ziekenhuis had een tekort aan spelbegeleiding. Psychosociale begeleiding van kinderen in een ziekenhuis is onder meer belangrijk voor het verminderen van angst en bij het voorbereiden van het kind op onderzoeken en ingrepen. Op deze manier kan het kind de ingrijpende gebeurtenis van een ziekenhuisopname sneller en beter verwerken. Verder stelden de auditoren in drie bezochte ziekenhuizen een probleem vast voor de 24-uurspermanentie door een pediatrische verpleegkundige binnen het zorgprogramma voor kinderen.

Drie op de twaalf ziekenhuizen met (een) afdeling(en) materniteit waren niet in orde qua permanenties op de materniteit, het verloskwartier en de neonatale eenheid (N*). Er werden, voor verloskwartier, kraamafdeling en N* samen, meestal slechts twee vroedvrouwen of pediatrische verpleegkundigen ingezet i.p.v. de vereiste drie. Tweemaal stelden we een normatief personeelstekort vast.

Eenmaal voldeed de medische permanentie niet omwille van cumulatie van wachtdiensten voor de MIC⁸ afdeling.

In zes op de veertien bezochte neonatale afdelingen was er geen prioritaire toewijzing van personeel aan de afdeling neonatologie. Deze equipe moet minstens bestaan uit 6 vroedvrouwen en/of pediatrisch verpleegkundigen in het bezit van een specifieke opleiding en/of bijzondere ervaring in de neonatologie.

Vaak namen het personeel van de materniteit en van het verloskwartier een beurtrol op, waardoor het personeel dat instond voor de zorg voor neonati niet steeds over de vereiste kwalificaties of voldoende expertise beschikte. Twee van de bezochte ziekenhuizen hadden geen bestendig toezicht op de N*-unit. Eén maal voldeed de medische permanentie niet doordat er een eerstejaars ASO⁹ werd ingeschakeld en zo de wettelijk verplichte vereisten¹⁰ niet gevolgd werden.

In het kader van taakuitzuivering en -herschikking ging Zorginspectie na of er voldoende logistieke en administratieve ondersteuning was en hoe zorgkundigen (en jobstudenten) werden ingezet.

Slechts vier ziekenhuizen hadden duidelijke aandacht voor taakuitzuivering. Dat ging hoofdzakelijk over de taakherschikking i.v.m. patiëntentransport, logistieke processen en

⁷ Indien er kinderen worden opgenomen, mag de functie slechts worden uitgevoerd indien er een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde werkelijk aanwezig op de vestigingsplaats is. (Art. 15 nonies van KB 25 november 1997)

⁸ De MIC-afdeling is een afdeling van een erkende dienst kraaminrichting (kenletter M). Deze afdeling is gericht op de intensieve observatie van hoog risicozwangerschappen. (Art. 7 van KB 20 augustus 1996 houdende vaststellingen van de normen waaraan een functie van regionale perinatale zorg moet voldoen om te worden erkend.)

⁹ ASO staat voor Arts-Specialist in Opleiding. De vroegere term was Geneesheer-Specialist in Opleiding (GSO).

¹⁰ De medische wachtdienst in de N*-afdeling kan waargenomen worden door een geneesheer-specialist in opleiding in de pediatrie voor zover deze tenminste twee jaar postgraduate opleiding heeft genoten, dat de eenheid waarin hij /zij de permanentie waarneemt, opgenomen is in het stageprogramma en dat hij / zij vertrouwd werd gemaakt met de nodige aspecten van dringende behandeling en reanimatie en dat een supervisor onmiddellijk oproepbaar is wanneer de ASO de permanentie waarneemt. (Art. 8 van KB 20 augustus 1996 houdende vaststellingen van de normen waaraan een functie van lokale neonatale zorg moet voldoen om te worden erkend.)

administratieve taken. De andere ziekenhuizen zetten verpleegkundigen nog systematisch in voor niet patiënt- of zorggerelateerde taken.

Vier ziekenhuizen zetten studenten verpleging in opleiding in als zorgkundigen tijdens de vakantieperiodes en de weekends, maar waarbij ze extra verpleegkundige taken toegewezen krijgen. Er was geen duidelijke taakomschrijving opgesteld voor zorgkundigen (vertaald naar de eigen zorginstelling), wat een probleem vormt naar taakoverschrijding. Meermaals formuleerde Zorginspectie de aanbeveling om taakafbakening voor zorgkundigen de nodige aandacht te geven.

Als aspect van de verpleegkundige werkomgeving nam Zorginspectie aandacht voor differentiatie en carrièreperspectieven (zowel hiërarchische als klinische ladder) voor verpleegkundigen onder de loep.

Een competentiegericht personeelsbeleid waarbij er voor elke functie een functieomschrijving en competentieprofiel uitgewerkt wordt, toonde een evolutie die in vier ziekenhuizen duidelijk aanwezig was.

Functioneringsgesprekken zien we als middel om mensen te ondersteunen, behoefte aan vorming te detecteren en actief aan loopbaanplanning te doen. Slechts twee ziekenhuizen slaagden erin om systematisch functioneringsgesprekken te houden met alle werknemers.

Nagenoeg alle ziekenhuizen werkten met gespecialiseerde verpleegkundigen¹¹ (spoed, IZ, geriatrie). Ook het werken met referentieverpleegkundigen¹² was aanwezig in tien van de dertien ziekenhuizen. Werken met expertverpleegkundigen¹³ zoals bv. borstverpleegkundige, pijnverpleegkundige of diabeteseducator, kwam in vijf ziekenhuizen naar voren als sterk punt. De ziekenhuizen stelden verpleegkundigen hiervoor (deels) vrij van gewone dienstactiviteiten.

De inzet van clinical nurses¹⁴ was minder prominent aanwezig en gaf slechts in één ziekenhuis aanleiding tot een sterk punt. Eén ziekenhuis had een oriëntatieprogramma uitgewerkt voor 'high potentials' (medewerkers met potentieel tot een leidinggevende functie).

In acht ziekenhuizen evolueerde de functie van hoofdverpleegkundige meer naar een managementopdracht. Men voorzag dan in managementopleidingen en/of gaf hoofdverpleegkundigen de mogelijkheid tot een opleiding in clinical leadership (in drie ziekenhuizen). Men ondersteunde hen in hun functie door de terugkoppeling van centraal geregistreerde gegevens, zodat ze de werking van de eigen dienst konden evalueren en bijsturen waar nodig. Tweemaal gaf Zorginspectie de aanbeveling om deze terugkoppeling gebruiksvriendelijker, systematischer en meer gestructureerd te laten verlopen. In twee ziekenhuizen betrok men hoofdverpleegkundigen systematisch bij het selectieproces van nieuwe medewerkers.

Twee ziekenhuizen zetten hoofdverpleegkundigen omwille van personeelstekorten mee in in de zorg.

De meeste ziekenhuizen streven in het kader van patiëntveiligheid naar geïntegreerde verpleging als verpleegmodel. Een doorgedreven patiënttoewijzing op alle afdelingen, waarbij de verpleegkundige de volledige verantwoordelijkheid over de zorg van de

¹¹ Een gespecialiseerde verpleegkundige is een verpleegkundige die in het bezit is van een bijzondere beroepstitel.

¹² Een referentieverpleegkundige is actief op afdelingsniveau en heeft specifieke expertise binnen een bepaald verpleegkundig gerelateerd domein van de zorg.

¹³ Expertverpleegkundigen of verpleegkundige consultants werken afdelingsoverschrijdend binnen de patiëntenzorg in functie van een specifieke expertise, vaak met een actiegerichte focus.

¹⁴ Een clinical nurse of verpleegkundig specialist werkt afdelingsoverschrijdend, voert ook wetenschappelijk onderzoek en staat binnen het eigen expertisedomein in voor opleiding.

toegewezen patiënt draagt, is wegens krappe personeelsbezettingen in geen enkel ziekenhuis een feit. Men werkt eerder volgens het principe van zoneverpleging / teamverpleging waarbij verpleegkundigen in kleine teams de verantwoordelijkheid over een aantal patiënten dragen, maar de hoofdverpleegkundige de arts op zijn zaalronde vergezelt. Op afdelingsniveau zijn er wel een aantal voorbeelden waar men erin slaagt om de patiëntentoe wijzing doorgedreven toe te passen.

Geen enkel ziekenhuis hanteert een maximale “nurse to patient ratio” (het vastleggen van een maximaal aantal patiënten dat wordt toevertrouwd aan de verantwoordelijkheid van een verpleegkundige, al dan niet in samenwerking met zorgkundigen).

De ziekenhuizen horen mensen die hun loopbaan beginnen of mensen die na jaren onderbreking hun loopbaan opnieuw willen opnemen, te begeleiden. Twee ziekenhuizen vullen de functie van begeleiding van (her)intreders onvoldoende of niet in. In zes ziekenhuizen gaf een sterk uitgewerkt inscholingsprogramma met – naast een algemeen traject – ook afdelingsspecifieke trajecten met stappenplan, aanleiding tot een sterk punt.

Zorginspectie maakte vier opmerkingen over privépersoneel dat door artsen wordt tewerkgesteld in een ziekenhuis (op de poliklinische diensten en in het operatiekwartier). In deze situaties had de verpleegkundige directie, noch de hoofdverpleegkundige, toezicht op dit personeel (kwalificaties, uitvoering van verpleegkundige handelingen en permanente bijscholing).

In vier ziekenhuizen formuleerde Zorginspectie een sterk punt over de gecontroleerde inzet van verpleegkundigen in vast nachtdienstverband. Door middel van periodes overdag werken, specifieke overlegstructuren, deelname aan dienstvergaderingen en overleg waakten deze ziekenhuizen over de integratie van deze doelgroep binnen de equipe, over het bijblijven met de afspraken op dienstniveau en binnen het ziekenhuis en op het gebied van nieuwe (verpleegtechnische) ontwikkelingen en technieken.

Peoplemanagement, waarbij er veel aandacht ging naar (onder meer) balans werk/privé, rekrutering, taakuitzuivering, inscholingsbeleid of incentives, weerhielden we in drie ziekenhuizen als sterk punt

De auditrapporten besteden veel aandacht aan permanente vorming voor de medewerkers. In twee ziekenhuizen was het vormingsbeleid goed georganiseerd en gestructureerd. Dat uitte zich onder andere in een behoeftegestuurd en ruim aanbod van vorming, een aangepast budget, duidelijke richtlijnen met betrekking tot goedkeuring en vergoeding van vormingsmomenten, opvolgen van een minimumnorm m.b.t. het jaarlijks te volgen uren. In één ziekenhuis was er een grote autonomie op afdelingsniveau waarbij de hoofdverpleegkundige op basis van de noden zelf het programma kon samenstellen en hierbij de nodige ondersteuning kreeg.

In tien ziekenhuizen stelde Zorginspectie dat er onvoldoende aandacht was voor permanente vorming. Dat ging van onvoldoende mogelijkheden, onvoldoende opvolging rond gevolgde vorming tot het weigeren van vormingen omwille van bestaffingsproblemen in vijf ziekenhuizen.

2.3 Samenwerking tussen zorgverleners

In een ziekenhuis moeten heel wat mensen samenwerken. Niet alleen binnen de eigen beroepsgroep moet men (intradisciplinair) samenwerken, maar ook buiten de grenzen van het eigen specialisme is (interdisciplinaire/pluridisciplinaire/multidisciplinaire) samenwerking een vereiste. Verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden, artsen, paramedici, managers, kortom alle betrokken actoren staan immers samen in voor het welzijn van de patiënt. De

auditoren van Zorginspectie kijken na hoe het ziekenhuis deze samenwerking organiseert en hoe de communicatie tussen de zorgverleners verloopt.

Een eerste belangrijke plaats van samenwerking tussen medisch, verpleegkundig, paramedisch en andere departementen kan zich situeren op het niveau van de directie. Een drietal keer drongen we aan op meer (formeel) overleg tussen bepaalde directieleden.

Op het niveau van de afdelingen zag Zorginspectie in 2009 enkele mooie voorbeelden van samenwerking: duale aansturing van alle afdelingen, formalisering van zorgprocessen in multidisciplinaire klinische paden (in 4 ziekenhuizen), interdisciplinaire forums ('dienstcomités', 'plateauvergaderingen', 'zorgoverleg'), algemeen uitgebouwd multidisciplinair ontslagmanagement. Toch ondervond de meerderheid van de ziekenhuizen moeite om multidisciplinariteit in de praktijk uit te bouwen. Zo stelden we in één ziekenhuis vast dat het medische departement haast los van het verpleegkundige departement werkte, terwijl we in vier ziekenhuizen expliciet wezen op een tekort aan interdisciplinaire werking op de afdelingen. Maar zelfs waar multidisciplinaire overlegstructuren bestonden, bleken die niet op alle afdelingen optimaal te functioneren.

Opvallend was dat de zaalrondes van de artsen regelmatig suboptimaal georganiseerd waren (6 tekortkomingen, 2 non-conformiteiten). Een paar keer stelde Zorginspectie vast dat er geen dagelijks bezoek van een arts aan de patiënt was. Goede afspraken tussen artsen en verpleegkundigen over de zaalronde zijn nochtans essentieel voor een goede communicatie en een optimale organisatie van de zorg. In de praktijk bezochten een aantal artsen hun patiënten 's avonds laat, wanneer er onvoldoende personeel op de afdeling was om hen te vergezellen. Wijzigingen in het therapiebeleid geeft men dan op allerlei manieren door (bv. enkel mondeling, of via kladbriefjes) en zijn niet steeds terug te vinden in het patiëntendossier, wat de kans op misverstanden en fouten vergroot.

Om een multidisciplinaire werking te stimuleren beval Zorginspectie regelmatig aan om patiëntenbesprekingen op de dienst in aanwezigheid van de behandelende arts te organiseren, geschreven overdrachtsnota's te gebruiken, medische orders, procedures, en standing orders te ontwikkelen, op evidentie gebaseerde zorgprocessen (zorgpaden, klinische paden) op te stellen, en om pluridisciplinaire zaalrondes in te richten. Ook het opstellen en bespreken van beleidsplannen en jaarverslagen vormen een goed moment om verschillende disciplines rond de tafel te krijgen. Waar multidisciplinaire overlegstructuren bestaan, merken we dat dergelijke jaarverslagen gewoonlijk multidisciplinair opgesteld worden.

Een belangrijk instrument om de samenwerking en de communicatie te ondersteunen, is het patiëntendossier. Dat zou idealiter de centrale verzamelplaats moeten zijn van alle informatie over de patiënt, de therapie, de gemaakte afspraken...

Spijtig genoeg stelden we in alle ziekenhuizen vast dat het patiëntendossier versnipperd is, wat het bijzonder moeilijk maakt om alle informatie snel terug te vinden. Geleidelijke digitalisering verklaart deze versnippering deels: sommige disciplines werken met een (deels) digitaal dossier, terwijl andere er nog een papieren versie op na houden. Vaak werken kinesisten, logopedisten, psychologen, diëtisten en andere paramedici elk met een eigen dossier, dat voor andere zorgverleners niet toegankelijk is. Enkele keren stelden we vast dat de medische dossiers niet steeds beschikbaar waren, omdat de dossiers maandenlang op de dienst bleven liggen waar de patiënt het laatst geweest was, of omdat de dossiers in een aparte ruimte bewaard werden in het ziekenhuis of zelfs buiten het ziekenhuis.

De patiëntendossiers zijn vaak niet alleen versnipperd, maar ook slecht ingevuld. Verschillende keren merkte Zorginspectie blanco dossiers op, ook van patiënten die al meer dan 24 uur in het ziekenhuis verbleven.

2.4 Veilige zorg

Zorginspectie kijkt naar het risicomanagement, en in het bijzonder naar het beleid van de ziekenhuizen om een maximale garantie te kunnen bieden dat de zorg of het zorgsysteem geen bijkomende schade veroorzaakt aan de zorgvrager. Een evidente verwachting van de patiënt, maar de realiteit blijkt soms anders: tijdens het ziekenhuisverblijf kunnen ongevallen, fouten, doorligwonden, verwikkelingen, infecties,... het normale zorgproces doorkruisen, al dan niet met ernstige gevolgen.

Risicomanagement binnen het ziekenhuis wint alsmaar aan belang. Ziekenhuizen sluiten zich aan bij het project van de federale overheid rond patiëntenveiligheid. Dat project houdt een aantal deelpromen in (zoals een cultuurmeting binnen het eigen ziekenhuis, het oprichten van een stuurgroep patiëntenveiligheid, een incidentmeldingsysteem ontwikkelen,...). Een degelijk en gedragen risicomanagement uitbouwen vraagt tijd. Niet ieder ziekenhuis staat al even ver. Soms moeten bepaalde opgezette systemen of methodieken herbekeken worden, willen ze aanslaan bij de medewerkers of willen ze gebruiksvriendelijk gegevens kunnen verwerken. Hoewel het voor de ziekenhuizen vaak een 'trial and error'-verhaal is, nemen alle ziekenhuizen initiatieven om hun risicomanagement vorm te geven.

Risicomanagement kan maar ten volle renderen in een lerende omgeving. Daarmee bedoelen we dat ziekenhuizen moeten leren uit hun fouten en hun gedetecteerde risico's. Leren betekent analyseren waar het (bijna) fout gelopen is om zo te detecteren waar de risico's zich bevinden in een bepaald zorgproces. Eens zover moet men dan verbeteracties ondernemen om het risico te beperken.

Alle geauditeerde ziekenhuizen beschikten over een incidentmeldingsysteem. In twee ziekenhuizen kenden de medewerkers het systeem onvoldoende of bleef het systeem beperkt tot de registratie van incidenten en bijna-incidenten, maar gebeurde er geen globale analyse van wat gemeld werd (9 opmerkingen). 9 keer merkte Zorginspectie ook op dat het systeem quasi uitsluitend een verpleegkundige invalshoek had (valincidenten, decubitus), terwijl de medische invalshoek onderbelicht bleef (bv. medicatiefouten, medische fouten). Het uitblijven van het in voege treden van de 'no-fault wetgeving' (waarbij medische fouten zonder juridische procedure vergoed zouden kunnen worden), haalden ziekenhuizen vaak aan om medische incidenten niet of via andere kanalen te melden.

Dat betekent echter niet dat men de medische outcome niet onderzocht. Drie maal formuleerden we daarover een sterk punt. Anderzijds merkten we in zes ziekenhuizen op dat een structurele toetsing van de medische kwaliteit onbestaande was.

Een incidentenmeldingsysteem is natuurlijk maar één manier om risico's in het zorgproces te detecteren. Het auditteam wijst de ziekenhuizen er regelmatig op de bekomen gegevens samen te analyseren met de gegevens uit de patiëntentevredenheidmeting en de klachtenregistratie.

Een andere manier om risico's te beperken is het standaardiseren van zorgprocessen op ziekenhuis- en dienstniveau (uniforme regels, richtlijnen, behandelingsprotocollen, procedures...). In drie ziekenhuizen formuleerden we een opmerking omdat procedures voor eenzelfde zorgproces er verschilden van arts tot arts, zonder duidelijke klinische redenen. Onder invloed van wetenschappelijke literatuur en aanbevelingen van de WHO, maar zeker ook bespoedigd door het incident van patiëntenverwisseling, verwachtten we van de ziekenhuizen dat ze een patiëntidentificatiesysteem gebruiken en dat er in de operatiekwartieren een time-out procedure bestaat, waarbij in laatste instantie wordt nagegaan of het om de juiste patiënt gaat, de juiste ingreep en de juiste kant. In 2009 beschikte geen van de bezochte ziekenhuizen over een sluitend systeem om verkeerde (kant) ingrepen te voorkomen.

Zorginspectie raadde elk van de 13 ziekenhuizen aan om het medicatiedistributiesysteem te herzien in het kader van risicomanagement. Daarbij somden we een aantal in de

medicatie distributie vastgestelde risico's op waaraan men nog kon werken (cf. ook volgend hoofdstuk).

2.5 Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van het ziekenhuis kwam ruim aan bod tijdens de audits van het voorbije jaar. In 2009 bezochten we in alle dertien ziekenhuizen de functie ziekenhuisapotheek. Omdat twee ziekenhuizen over meerdere apotheken verspreid over een aantal van hun campussen beschikten, liep het totale aantal bezochte apotheken op tot 15.

Zorginspectie bezocht niet enkel de ziekenhuisapotheek zelf, ook op de verschillende diensten en functies werd het medicatiebeleid uitgebreid belicht. Daarbij nam Zorginspectie voornamelijk het proces van de medicatie distributie in het ziekenhuis onder de loep. Dat proces bekeek Zorginspectie vanaf het voorschrijven van medicatie tot aan de toediening van medicatie aan patiënten.

In heel wat ziekenhuizen ging er extra aandacht naar initiatieven voor kwaliteitsverbetering in de medicatie distributie. In nagenoeg alle apotheken formuleerden we sterke punten over projecten in verband met kwaliteit van het medicatiebeleid. Opvallend waren de verschillende evaluaties, toetsingen, audits en/of risicoanalyses die de apotheken uitvoerden om een duidelijk zicht te krijgen op de bestaande knelpunten en mogelijke verbeteracties in de medicatie distributie. Het kennen van de eigen risico's en het opstarten van acties over het vermijden van medicatiefouten omschreven we tien keer als sterke punt.

Andere vastgestelde kwaliteitsbevorderende acties waren:

- Het uitwerken van klinische farmacie, waarbij een apotheker op (een aantal) verpleegafdelingen mee betrokken is bij het bijsturen van het medicatiebeleid van patiënten (zoals extra toezicht, bevraging van de thuismedicatie, extra aandacht voor informatie over medicatie, ...). Dat beschouwden we als sterk punt in 4 ziekenhuizen.
- Een doorgedreven aanwezigheid van een apotheker binnen comités en werkgroepen in het ziekenhuis merkten we in 4 ziekenhuizen op.
- Een sterk opgevolgd antibioticabeleid omschreven we als positief in 4 ziekenhuizen.
- In 1 ziekenhuis werkte men met medicatieverantwoordelijken op elke verpleegafdeling. Het is intussen meermaals aangetoond dat fouten in de medicatie distributieketen frequent voorkomen in een ziekenhuismilieu en dat de potentiële gevolgen daarvan bovendien zeer ernstig kunnen zijn. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is medicatiebeleid een proces met ruime verbetermogelijkheden op gebied van vermijdbare fouten. Tijdens de audits formuleerde Zorginspectie in alle ziekenhuizen dan ook tal van verbeterpunten op dit vlak.

De verschillende ziekenhuizen werkten in het kader van patiëntveiligheid aan een incidentenmeldingssysteem. Incidenten met betrekking tot medicatie op de verpleegafdelingen werden meestal gemeld in het systeem, maar we stelden meermaals vast dat incidenten met betrekking tot medicatie binnen de apotheek niet gemeld en geregistreerd werden. Die meldingen maken het nochtans mogelijk om verbetermogelijkheden te genereren. Zorginspectie formuleerde in heel wat ziekenhuizen dan ook de aanbeveling om de apotheek te betrekken in het comité patiëntveiligheid waar alle incidenten besproken worden. Aangezien het merendeel van incidenten in het ziekenhuis vaak rechtstreeks of onrechtstreeks te maken hebben met medicatie, is de aanwezigheid van een apotheker vereist om een coherent verbetertraject te kunnen uitstippelen.

In drie ziekenhuizen bevond Zorginspectie de apotheek sterk in de cultuur van voortdurend verbeteren en in één ziekenhuis participeerde een apotheker aan het comité patiëntenveiligheid.

Om in ziekenhuizen veranderingen te kunnen doorvoeren in een complex proces zoals medicatiebeleid moet er voldoende ondersteuning en gedragenheid zijn van ziekenhuisdirecties. Betrokkenheid van de apotheek bij het ziekenhuisbeleid is daarbij een cruciale factor. In zeven ziekenhuizen maakte Zorginspectie de opmerking dat de apotheek op het ziekenhuisbeleidsniveau onvoldoende betrokken werd. Eén apotheek werd zelfs onvoldoende betrokken bij verbeterprojecten rond medicatie en geneesmiddelendistributie in het ziekenhuis. In twee ziekenhuizen formuleerden we de aanbeveling om betrokkenheid van de apotheek bij het beleid van het ziekenhuis te verhogen terwijl we die betrokkenheid in een ander ziekenhuis net als sterk punt omschreven.

Voorschrijven van medicatie

In zeven van de dertien bezochte ziekenhuizen stelde Zorginspectie vast dat medicatie niet steeds door een arts werd voorgeschreven. Deze nochtans medische handeling laat men regelmatig aan verpleegkundigen over. Bovendien worden de voorschriften die verpleegkundigen opmaakten niet steeds geautoriseerd en/of gesuperviseerd door een arts. In één ziekenhuis vond Zorginspectie zelfs stapels blanco voorschriften terug die vooraf ondertekend waren door de arts: daar gebeurde dus geen enkele vorm van controle op de ingevulde voorschriften. In zes ziekenhuizen kwamen ongetekende voorschriften binnen in de apotheek en werd de medicatie op basis daarvan geleverd.

Het is echter de arts die verantwoordelijk is voor de medicatietherapie en dus voor het voorschrijven. Deze verantwoordelijkheid mag niet gedelegeerd worden aan verpleegkundigen die daartoe niet opgeleid noch gemachtigd zijn. De apotheek mag enkel medicatie afleveren op basis van een volledig correct ingevuld en ondertekend medicatievoorschrift.

In zes ziekenhuizen stelden we vast dat, voor het opstarten van een behandeling, medicatie uit de afdelingsvoorraad werd gehaald en niet rechtstreeks door de apotheek werd afgeleverd. Sommige afdelingen beschikten over een zeer uitgebreide eigen stock van medicatie. Medicatie die men al toediende aan de patiënt, bestelde men achteraf in de apotheek om zo de medicatiestock op de afdeling weer aan te vullen. Het medicatievoorschrift was in die gevallen eigenlijk een medicatienaschrift. De apotheker kon zo geen controle meer uitoefenen op eventuele fouten in het voorschrift (bv. overdosis, interacties), wat nochtans zijn wettelijke verantwoordelijkheid is. In één ziekenhuis stelden we vast dat op één campus alle voorraadkasten op de verpleegafdelingen vervangen waren door elektronische medicatiekasten. De maximale traceerbaarheid die daardoor ontstond formuleerden we als sterk punt.

Medicatie mag volgens de ziekenhuiswetgeving voor maximaal vijf dagen worden afgeleverd door de apotheek. In drie ziekenhuizen stelden we echter vast dat aflevering gebeurde voor meer dan vijf dagen, vooral voor de afdelingen met zorg voor chronische patiënten.

Geneesmiddelendistributie

Geneesmiddelendistributie is het verdelen en toedienen van geneesmiddelen aan patiënten. In het auditrapport lijsten we steeds de voornaamste risico's op fouten, vastgesteld op de verschillende verpleegafdelingen en diensten, op.

Voornaamste risico's (buiten de, apart besproken, opmerkingen rond voorschrift en notities in het patiëntendossier):

- Het overschrijven van medicatieopdrachten door verpleegkundigen in het verpleegkundig dossier (risico op overschrijffouten).
- Medicatieopdrachten van artsen aan verpleegkundigen die enkel mondeling worden doorgegeven, zonder schriftelijke notities in het dossier (risico op misverstanden).
- Het ontbreken van een sluitende controle op medicatie die de patiënt thuis al nam (risico op interacties met nieuw voorgeschreven medicatie, overdosering door voorschrijven van gelijkaardige medicatie, risico op het onderbreken of niet opnieuw opstarten van tijdelijk gestopte medicatie).
- Het bewaren en beheren van thuismedicatie overlaten aan de patiënten zelf (onvoldoende controle op inname).
- Versnippering van medische opdrachten m.b.t. medicatie op meerdere plaatsen in het dossier (risico op verlies van informatie).
- Het vooraf (voor 24 uur) klaarzetten van medicatie die dan al uit de verpakking werd gehaald. (Wanneer medicatiestrips worden versneden en medicatie uit de verpakking wordt gehaald, kan het medicament niet worden geïdentificeerd en is de vervaldatum niet meer te achterhalen. Op deze manier is controle niet meer mogelijk.)
- Bewaren van medicatie zonder verpakking, bv. halve tabletten, tabletten uit blister (controle en identificatie zijn niet meer mogelijk).
- Het vooraf optrekken van medicatie in spuit (waardoor controle net voor toediening niet meer mogelijk is; mogelijke problemen qua farmacologische stabiliteit).
- Medicatiebakjes waarin medicatie vooraf wordt klaargezet zonder patiëntenidentificatie, soms met enkel een kamernummer (risico op toediening van medicatie aan de verkeerde patiënt).
- Het bewaren van KCl-ampullen in afdelingsvoorraden (internationale richtlijnen stellen dat deze medicatie als hoogrisicovol dient beschouwd te worden, met specifieke veiligheidsmaatregelen betreffende bewaring en distributie)

Afspraken i.v.m. het medicatiedistributiesysteem moeten beschreven staan in procedures of in een inwendig reglement. In vijf instellingen stelde Zorginspectie vast dat er te weinig schriftelijke richtlijnen en/of procedures aanwezig waren.

Na het afleveren van de medicatie moet die op de gepaste manier worden bewaard. Gezien de bewaringsvoorwaarden voor geneesmiddelen belangrijk zijn, is het belangrijk om de temperatuur in de koelkasten op de afdeling waar geneesmiddelen worden opgeslagen regelmatig te controleren (in één ziekenhuis weerhielden we de hoge omgevingstemperatuur als opmerking).

In acht ziekenhuizen formuleerden we opmerkingen over de temperatuursbewaking. We vroegen om te voorzien in een geïkt systeem van temperatuurmeting en een protocol voor systematische temperatuurscontrole, gekoppeld aan de kennis van het personeel over de stappen die het moet ondernemen indien kritische waarden worden gemeten. In zes ziekenhuizen formuleerden we opmerkingen over het ontbreken van een sluitende controle op vervallen medicatie.

Cytostatica

De auditoren van Zorginspectie schonken specifieke aandacht aan het voorschrift voor chemotherapie. In vijf ziekenhuizen waren verschillende soorten chemotherapievoorschriften in omloop en maakte men geen gebruik van een uniform voorschrift, of was dit uniforme voorschrift nog niet ten volle geïmplementeerd. Omdat dit fouten in de hand kan werken, zagen we dat als een tekortkoming. Bij het voorschrift voor chemotherapie bevelen we automatisering aan omwille van de automatische controle voor bijvoorbeeld dosering, gewicht van patiënt, enz. In één ziekenhuis stelden we vast dat chemotherapievoorschriften onvolledig waren en een aantal essentiële parameters (gewicht, lengte) niet werden ingevuld.

De bereiding van chemotherapeutica moet gebeuren door de apotheker zelf, of door apothek-assistenten onder rechtstreeks toezicht van de apotheker. In één ziekenhuis merkten we op dat alle cytostatica door de apothekers zelf bereid werden, wat we dan ook als sterk punt omschreven.

In drie ziekenhuizen bleek dat de apothekassistenten chemotherapiebereidingen maakten zonder (voldoende) rechtstreeks toezicht van de apotheker.

Eén ziekenhuis werkte een volledig klinisch pad chemotherapie uit wat als sterk punt werd geformuleerd in het verslag.

Vijf ziekenhuizen hadden te kampen met infrastructurele knelpunten, waarbij het ontbreken van een sas voor de bereidingsruimte van de cytostatica het voornaamste euvel was.

Verdovende medicatie

Zorginspectie formuleerde doorheen 2009 ook opmerkingen over het voorschrift voor narcotische analgetica. Verdovende medicatie mag de apothek enkel afleveren op basis van een oorspronkelijk, geïndividualiseerd, eigenhandig geschreven, gedagtekend en ondertekend voorschrift.

In drie ziekenhuizen leverde de apothek narcotica af zonder dergelijk voorschrift, maar wel op basis van een verzamelstaat met daarop de narcotische analgetica voor verschillende patiënten. In twee ziekenhuizen maakten verpleegkundigen deze verzamelstaten zonder supervisie van artsen op.

Dossier

Een belangrijk punt binnen het geneesmiddelendistributieproces is de neerslag van het medicatiebeleid in het patiëntendossier. Voor iedere patiënt moet een medicatieschema opgesteld worden in het patiëntendossier. Meestel voeren verpleegkundigen die taak uit.

Vanuit het streven naar een goede kwaliteit van zorg verwachten we dat de behandelende arts een duidelijke opdracht geeft voor medicatietoediening, het medicatieschema controleert en met een schriftelijke notitie aangeeft dat het schema is nagezien of dat het werd gewijzigd (bv. stopzetten van medicatie).

Wanneer een patiënt thuismedicatie op de kamer bewaart en inneemt zonder toezicht van het verpleegkundig personeel, dan moet de behandelende arts daarvoor een medisch order in het patiëntendossier vermelden.

Geen van de dertien bezochte ziekenhuizen voldeed volledig aan deze voorwaarden van een goed medisch toezicht op het medicatiebeleid.

2.6 Sterilisatie

Het sterilisatieproces is, net zoals de medicatiedistributie, één van de risicodragende processen in een ziekenhuis. De dienst centrale sterilisatie (CSA) staat in voor de kwaliteit van desinfectie en sterilisatie van medisch materiaal.

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het sterilisatiegebeuren ligt volgens de ziekenhuiswet bij de hoofdapotheker. Andere belangrijke partners voor een kwalitatief hoogstaand sterilisatieproces zijn de hoofdgeneesheer, de zorgverleners binnen het operatiekwartier (OK) en het comité voor ziekenhuishygiëne (CZH) van een ziekenhuis.

Twaalf ziekenhuizen beschikten over één of meerdere centrale sterilisatieafdelingen. Zorginspectie bezocht minstens één CSA per ziekenhuis. Eén ziekenhuis besteedde haar sterilisatieactiviteiten uit aan een externe firma.

Acht keer was de betrokkenheid van de apotheker bij de sterilisatie onvoldoende. Die betrokkenheid omvat o.a. een structureel overlegmoment, het samen opmaken van verschillende werkprocedures en het verdedigen van het belang van een goed werkende CSA binnen het ziekenhuis.

Eén keer formuleerden we een opmerking over de geringe betrokkenheid en samenwerking tussen OK en CSA, waarbij vooral gemaakte afspraken niet nageleefd werden en vijf tekorten werden vastgesteld voor het ontbreken van inspraak in de operatieplanning door de CSA. Als de CSA geen inspraak heeft in de operatieplanning, kan dat tot problemen leiden bij een normale afhandeling van de verschillende sterilisatiecycli (groter risico op snelsterilisatie en onderbreken van cycli).

Zorginspectie stelde twee tekorten vast voor de samenwerking van de CSA met het comité voor ziekenhuishygiëne. Eenmaal formuleerden we een sterk punt over de constructieve onderlinge communicatie tussen de verschillende betrokken partijen in geformaliseerde overlegmomenten. Eén maal bevelen we in een ziekenhuis met meerdere CSA's aan om een overkoepelende overlegstructuur op te starten.

In heel wat ziekenhuizen werd ook buiten de CSA materiaal gereinigd, gedesinfecteerd en/of gesteriliseerd. De CSA (met inbegrip van de verantwoordelijke apotheker voor sterilisatie) had daarbij onvoldoende zicht, zowel op het volledige verloop van deze activiteiten als op de kwaliteit van het eindproduct. Vaak bestonden er geen procedures voor alle verschillende activiteiten en methodes op al deze locaties.

Zes keer maakte Zorginspectie een opmerking over onvoldoende zicht op decentrale sterilisatieactiviteiten en over het tekort aan volledig sluitende procedures daaromtrent.

Specifiek voor de desinfectie van endoscopen maakten we acht maal een opmerking over het onvoldoende tot helemaal geen zicht hebben op deze decentrale werkwijzen. Eén ziekenhuis kreeg een sterk punt voor de samenwerking van CSA met het comité voor ziekenhuishygiëne en voor de gezamenlijke controle op de desinfectie van endoscopen.

Vijf keer stelden we vast dat onderdompelsystemen met open en/of halfopen systemen (o.a. glutaraaldehyde) gebruikt werden, terwijl enkel gesloten systemen volledige garantie kunnen bieden op een kwaliteitsvol proces. Bovendien houden (half)open systemen gezondheidsrisico's in voor het personeel.

De audits hadden ook aandacht voor de architectuur van de sterilisatieafdeling. Een goede scheiding tussen onreine, reine en steriele zone is van belang om steriel materiaal te kunnen afleveren en bewaren. Twee maal beoordeelden we de zonering als zeer goed, acht keer als onvoldoende.

Een ander belangrijk element is de mate waarin het personeel dat instaat voor de sterilisatie een specifieke opleiding genoot. Acht keer stelden we vast dat slechts een gering aantal personeelsleden die instaan voor sterilisatieactiviteiten een specifieke opleiding achter de rug hadden. Eenmaal bleek dat niemand van de gehele CSA-personeelsequipe specifiek opgeleid was. Twee keer stelden we vast dat het ziekenhuis sterk investeerde in hoog gekwalificeerd personeel en/of specifieke opleidingen op dit vlak.

De meeste bezochte ziekenhuizen beschikten over onvoldoende systemen voor het traceren van gesteriliseerde instrumenten. Een traceerbaarheid tot op niveau van de set (opmerkingen bij vier ziekenhuizen) en tot op niveau van de patiënt (opmerkingen bij acht ziekenhuizen) is echter onmisbaar binnen een kwaliteitsvolle sterilisatie. Slechts één ziekenhuis achtten we sterk in zijn opgezette systeem rond traceerbaarheid van de gesteriliseerde instrumenten.

Het is van belang dat materiaal de volledige sterilisatiecyclus kan doorlopen en dat snelsterilisatie dus tot een minimum wordt herleid. Eenmaal noteerden we daaromtrent een sterk punt in het verslag. Het ziekenhuis was erin geslaagd alle snelsterilisatieprogramma's te bannen. Vier keer formuleerden we hierover tekortkomingen.

Ook de hersterilisatie van materialen voor eenmalig gebruik trok de aandacht. Vier ziekenhuizen kregen hier opmerkingen over. Zowel bij snelsterilisatie als bij hersterilisatie van materiaal voor eenmalig gebruik is het essentieel te kunnen beschikken over goed uitgewerkte procedures die deze sterilisatiepraktijken in goede banen leiden. De acht ziekenhuizen met een opmerking over snelsterilisatie en hersterilisatie van wegwerpmateriaal kregen de opdracht dergelijke procedures uit te werken of bestaande procedures bij te sturen.

Vier ziekenhuizen bleken sterk in het uitwerken van algemene richtlijnen of procedures. Eén ziekenhuis beschikte zelfs over een kwaliteitshandboek voor de sterilisatieactiviteiten.

In twee ziekenhuizen stelden we vast dat er voor bepaalde disciplines een tekort aan materiaal was. Twee ziekenhuizen leverden grote inspanningen om de bestaande tekorten weg te werken.

De validatie van de autoclaven moet jaarlijks door een onafhankelijke firma gebeuren. Zorginspectie stelde echter acht keer vast dat een validatie niet jaarlijks hernieuwd werd of dat men niet op de hoogte was van het al dan niet valideren.

Tien van de twaalf ziekenhuizen met een sterilisatieafdeling voerden geen helixtest uit. Een helixtest is belangrijk omdat deze de volledige steriliteit van holle (medische) instrumenten nagaat.

2.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Fixatie en isolatie (waarmee afzondering als dwangmaatregel wordt bedoeld) houden een vrijheidsbeperking in, terwijl vrijheid net een fundamenteel (mensen)recht is. Bovendien zijn fixatie en isolatie handelingen die niet zonder gevaar zijn voor de patiënt en die – hoewel vaak toegepast om de patiënt te beschermen – soms meer schade toebrengen dan voorkomen.

Isolatie in het kader van infectiepreventie wordt in dit hoofdstuk niet besproken.

Standpunt van Zorginspectie

Vanuit respect voor de rechten van de patiënt en vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid is een fixatiearm beleid in een ziekenhuis een na te streven doelstelling. Om dat te bereiken, zijn er een aantal basisprincipes waaraan voldaan moet worden.

Een duidelijke ziekenhuisbrede visie die een fixatiearm beleid vooropstelt en waarbij de directie het beleid ondersteunt, is onontbeerlijk. Enkel zo zullen structurele maatregelen die een fixatiearm beleid ondersteunen (bv. infrastructurale maatregelen, vorming, bestaffing tijdens de nacht,...), voldoende prioriteit krijgen.

Een preventief beleid kan fixatie vermijden (vb. valpreventie, vroegtijdige detectie en zorgpad delirium, aandacht voor polyfarmacie, tolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag,...).

Het aantal soorten fixatiemiddelen die het ziekenhuis gebruikt, wordt best beperkt. Men stelt hiervan een lijst samen, met gebruiksaanwijzingen en aandachtspunten. Best linkt men deze fixatiemiddelen aan indicaties en tegenindicaties (bv. best geen Zweedse gordel bij een onrustige patiënt omdat dit de onrust nog kan doen toenemen). Voorafgaand aan, of minstens gelijktijdig met, het fixeren zoekt men naar onderliggende oorzaken. De behandeling hiervan start zo vroeg mogelijk. Mogelijke alternatieven bespreekt men in team en met de patiënt en familie. Fixatie mag enkel wanneer alle alternatieven falen. De indicaties om over te gaan tot fixatie zijn steeds patiëntgerelateerd en beperkt tot 'gevaar voor zichzelf of anderen' en 'de nood van het voortzetten van een levensnoodzakelijke behandeling'.

Men kiest steeds de (minst ingrijpende) maatregel volgens de ernst van de situatie, zonder af te wijken van veiligheidsvoorschriften. Fixatie moet zo kort mogelijk gehouden worden en moet daarom minstens elke shift geëvalueerd worden, bij voorkeur in team.

Tijdens de fixatie is verhoogd toezicht door een verpleegkundige noodzakelijk. Een degelijke registratie over reden, middel, duur, evaluatie en bespreking met patiënt en familie in het patiëntendossier is noodzakelijk. Ook de observaties tijdens het verhoogd toezicht moeten genoteerd worden in het dossier.

Kennis en cultuurvorming zijn belangrijke aspecten bij het toepassen van een fixatiearm beleid. Belangrijk hierbij is dat alle zorgverstrekkers die betrokken worden bij fixatie van patiënten (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, ...) regelmatig bijscholing krijgen op het gebied van fixatie. Deze bijscholingen worden best zeer breed opgevat: juiste toepassing van technieken en het gebruik van de materialen, toepassen van alternatieven, onderliggende oorzaken, aanpak van probleemgedrag (zoals bv. onrust, verwardheid en agressie...), valprotocol, delirium, ...

Tenslotte is het, in het kader van kwaliteitsbewaking, aangewezen om een aantal indicatoren op te volgen (bv. aantal, startmoment, duur, reden, middel, letsels ten gevolge van fixatie, ...), deze gegevens jaarlijks te analyseren en verbeteracties op te starten waar nodig.

Bespreking van de bevindingen tijdens de audits van 2009

Het auditteam ging tijdens de audits op zoek naar de visie van het ziekenhuis over vrijheidsberovende maatregelen en hoe beleid in de praktijk gebracht werd. Fixatie is een aandachtspunt bij het bezoek aan alle verpleegafdelingen. Isolatiekamers bekijken de auditoren van Zorginspectie op de dienst spoedgevallen en op psychiatrische afdelingen

Vijf van de dertien bezochte ziekenhuizen beschikten over één of meerdere PAAZ. In totaal bezochten de auditoren zeven psychiatrische afdelingen, één EPSI¹⁵ en één TEPSI¹⁶. In de dertien ziekenhuizen bezochten de auditoren in totaal vijftien spoedgevallendiensten.

¹⁵ EPSI staat voor eenheid voor psychiatrische spoedinterventies.

¹⁶ TEPSI staat voor toxicomanie – crisiseenheid.

Fixatiebeleid

Twee van de dertien bezochte ziekenhuizen hadden een ziekenhuisbrede visie op fixatie uitgeschreven. In twee ziekenhuizen was er een werkgroep fixatie opgericht.

Alle ziekenhuizen beschikten over één of meerdere procedures die verband hielden met fixatie, waarbij er in de meeste ziekenhuizen verschillende procedures aanwezig waren zonder een overkoepelende ziekenhuisbrede visie. In drie ziekenhuizen omvatte(n) de procedure(s) niet alle patiëntengroepen.

Meermaals beperkte de procedure zich tot het gebruik van de Zweedse gordel en/of werden niet alle in de praktijk gebruikte middelen als fixatie beschouwd (bv. voorzettafel, bedhekkens, medicatie als chemische fixatie, ...).

Er waren geen verantwoordelijken aangesteld voor het beheer (reiniging en controle) van het materiaal.

Vier ziekenhuizen gebruikten meer materialen op de werkvloer dan toegelaten was volgens de procedure(s).

In de meeste ziekenhuizen waren geen duidelijke gebruiksaanwijzingen voor de materialen uitgeschreven waardoor veilig gebruik van materialen onvoldoende gegarandeerd kon worden (risico op bv. verstikking, verhangings, fracturen, ...).

Vaak ontbraken de richtlijnen of waren ze te vaag geformuleerd (bv. "strak genoeg aanspannen").

In geen enkel ziekenhuis had vorming over de fixatiematerialen en hoe die correct moesten gebruikt worden plaatsgevonden.

In één ziekenhuis bood het intranet een overzicht van de gebruikte materialen, uitgewerkt met foto's, gebruiksaanwijzingen, voor- en nadelen en aandachtspunten bij gebruik. Daarbij linkte men de materialen telkens aan de juiste indicaties en tegenindicaties.

Bij alle ziekenhuizen die beschikten over een procedure over fixatie kunnen we stellen dat die in de praktijk onvoldoende gekend was en onvolledig toegepast werd.

Slechts in vijf van de dertien ziekenhuizen had vorming over fixatie plaatsgevonden. In de meeste gevallen beperkten deze – vaak niet verplichte – vormingsessies zich tot een kleine groep van medewerkers (meestal verpleegkundige stafmedewerkers, hoofdverpleegkundigen en/of nachtverpleegkundigen). In geen enkel ziekenhuis waren er beroepsgroepen buiten verpleegkundigen betrokken bij de vorming, terwijl deze in praktijk wel mee verantwoordelijk (bv. artsen) of betrokken (bv. verzorgenden, paramedici) waren bij de toepassing van fixatie.

Het fixeren van patiënten is volgens de wetgeving een verpleegkundige B1-handeling¹⁷. Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de correcte uitvoering van de maatregel. Daarnaast is er ook een medische verantwoordelijkheid, aangezien fixeren deel uitmaakt van de behandeling van patiënten. Vanuit de optiek van een goede kwaliteit van zorg moeten fixatiemaatregelen dan ook multidisciplinair besproken worden.

In zes ziekenhuizen beperkte de betrokkenheid van de artsen zich tot het 'op de hoogte gesteld worden door de verpleegkundige na het instellen van de maatregel'. In geen enkel bezocht ziekenhuis overlegde men multidisciplinair voorafgaand aan of ter evaluatie van de maatregel. Nochtans stelden sommige procedures dit voorop.

¹⁷ Een B1-handeling is een technische verpleegkundige verstrekking die door beoefenaars van de verpleegkunde mag worden verricht en waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is.

In drie ziekenhuizen beschreef men valpreventie in de procedure als mogelijke indicatie voor fixatie. In nagenoeg alle ziekenhuizen was valpreventie in de praktijk een indicatie voor fixatie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat vrijheidsbeperking de kans op vallen niet automatisch doet dalen en dat de kans op ernstige letsels groter is bij valincidenten met gefixeerde patiënten.

In vier ziekenhuizen fixeerde men op de intensieve afdeling frequent om ongeplande auto-extubatie¹⁸ te voorkomen.

Ook in combinatie met isolatie kwam fixatie vaak voor (soms tot 50% van de geïsoleerde patiënten op een PAAZ-afdeling en alle geïsoleerde patiënten op spoedgevallen) in de bezochte ziekenhuizen.

Enkele keren paste men fixatie toe om andere redenen dan de bescherming van de patiënt (bv. onrust, agitatie, storend gedrag). In één ziekenhuis hanteerde men niet-patiëntgerelateerde indicaties om over te gaan tot fixatie (bv. op vraag van de familie).

Alternatieven in het kader van een fixatiearm beleid beschreven slechts drie ziekenhuizen in de procedure. Geen enkel ziekenhuis liet vorming over alternatieven voor fixatie doorgaan. In alle ziekenhuizen kende de werkvloer de alternatieve initiatieven onvoldoende en ondersteunde de infrastructuur een fixatiearm beleid niet (bv. doorlooptmogelijkheid, elektronische alarmen, rooming-in mogelijkheid, ...). In één ziekenhuis beschikte een afdeling wel over een bewegingsmelder om weglööpgedrag te detecteren.

Alle ziekenhuizen schonken onvoldoende aandacht aan het opsporen van onderliggende oorzaken van de situaties die aanleiding geven tot fixatie (bv. vallen, onrust, agitatie, agressie...). Multidisciplinaire bespreking van deze onderliggende oorzaken ontbrak. Er had ook geen vorming plaatsgevonden voor de verschillende disciplines.

De meerderheid van de ziekenhuizen hadden te weinig aandacht voor het veilig toepassen van de 'minst ingrijpende maatregel, aangepast aan de ernst van de situatie'.

In zeven van de dertien ziekenhuizen werd er op de werkvloer een eenpuntsfixatie d.m.v. een lendengordel toegepast. Dat gebeurde vaak in combinatie met opstaande bedhekkens. Het gebruik van een lendengordel zonder bijkomende fixatiepunten houdt een risico in op verhangen. Er is bij gebruik van een lendengordel zonder bijkomende fixatiepunten ook meer kans op bevrijden, waarbij in combinatie met onrusthekkens in hoogstand het risico op letsels bij val vergroot.

Alle ziekenhuizen schonken onvoldoende aandacht aan het beperkt in de tijd toepassen van fixatiemaatregelen. In tien van de dertien ziekenhuizen ontbrak een systematische evaluatie van de fixatiemaatregel, ondanks de bestaande richtlijnen die dit vooropstelden in vier ziekenhuizen.

Daarnaast besteedden de ziekenhuizen te weinig aandacht aan het overleg met de patiënt en zijn familie. Slechts in twee ziekenhuizen besprak men de maatregel met patiënt of familie.

Gezien de veiligheidsrisico's van fixatiemaatregelen, is het verhoogde toezicht tijdens de fixatie cruciaal. Dit verhoogde toezicht tijdens fixatie bleek in alle ziekenhuizen ontoereikend. Vaak stonden geen richtlijnen voor verhoogd toezicht opgenomen in de procedure (wie controleert wat, wanneer en hoe?) of werden de bestaande richtlijnen niet gevolgd.

Bij de meerderheid van de gecontroleerde patiëntendossiers ontbrak een degelijke verslaggeving over de fixatie (de motivatie, aard van de fixatie, melding van het startmoment

¹⁸ Auto-extubatie vindt plaats wanneer een beademde patiënt de endotracheale tube zelf vroegtijdig verwijdert, waardoor de behandeling (hier beademing) ongepland (en ongewenst) onderbroken wordt.

en einduur, evaluaties van de maatregel en observaties tijdens het, eventueel verhoogde, toezicht tijdens de fixatie).

Geen enkel ziekenhuis organiseerde een registratie op het gebied van fixatie met het oog op analyse en verbetermogelijkheden.

Isolatie (afzondering als dwangmaatregel)

In acht van de dertien ziekenhuizen waren er één of meerdere procedures betreffende isolatie aanwezig. In twee ziekenhuizen dekte de procedure niet alle doelgroepen.

In vijf ziekenhuizen was de procedure onvolledig (indicaties, betrokkenheid arts, toezicht, ... ontbraken). Eenmaal stelde men de indicaties te breed en hadden die niet steeds te maken met de veiligheid van de patiënt of de medewerker (verbale agressie, storend gedrag, verwardheid, potomanie,...). In vijf ziekenhuizen volgde men de bestaande procedure niet steeds (indicatie, autorisatie arts, registratie, toezicht, evaluatie,...).

Op twee PAAZ-afdelingen en op de eenheden van een kinderpsychiatrische dienst in één ziekenhuis konden we positief vaststellen dat men een isolatiearm beleid voerde met hierop aangepaste indicatiestelling. Op één PAAZ was bv. suïcidaliteit geen criterium voor isolatie, in tegenstelling tot andere ziekenhuizen.

Op de eenheden van de kinderpsychiatrische dienst in een ziekenhuis organiseerde men een registratie van alle isolaties met het oog op een jaarlijkse analyse. Men volgde er verschillende indicatoren op (duur van de isolatie, reden, kans op isolatie per eenheid, opvolging van de procedure i.v.m. het verwittigen van de psychiater en het op de hoogte brengen van de ouders, fixatie tijdens isolatie, medicatie tijdens isolatie). Knelpunten werden opgevolgd en verbeteracties opgestart.

Isolatie van de patiënt houdt zeer duidelijk een medische verantwoordelijkheid in. Die wordt in een Vlaamse ministeriële omzendbrief¹⁹ sterk benadrukt. In zeven ziekenhuizen was de arts onvoldoende betrokken. Dit uitte zich in het niet ter plaatse komen op het moment dat de patiënt geïsoleerd werd, het niet in consult gevraagd worden van een psychiater op spoed, het ontbreken van de autorisatie van de arts op registratieformulieren en het ontbreken van medische gegevens betreffende de isolatiemaatregel in het dossier van de patiënt.

Het wettelijk verplichte isolatieregister ontbrak op vier afdelingen die hierover moeten beschikken. Op zeven afdelingen die wel over een register beschikken, vulde men dit niet steeds of onvolledig in. Vooral gegevens rond begin- en einduur ontbraken vaak, waardoor men geen zicht had op de duur van de isolaties. Verder ontbraken o.a. ook de handtekening van de verantwoordelijke arts en van de verpleegkundigen, de reden van isolatie, de evaluatie en de toegediende medicatie.

Observaties op het gebied van toezicht tijdens isolatie ontbraken op zeven van de bezochte afdelingen.

Op acht afdelingen combineerde men isolatie vaak met fixatie. Op vier spoedgevallendiensten fixeerde men alle geïsoleerde patiënten. Op één spoedgevallendienst en op drie psychiatrische afdelingen gebeurde dat in meer dan de helft van de situaties. Vaak had dat te maken met een isolatiecel die de veiligheid van patiënten en/of personeel niet kon garanderen. Andere keren was dit eerder een kwestie van cultuur.

Op één afdeling bleken isolaties soms langdurig toegepast te worden (langer dan een week).

¹⁹ Omzendbrief Vlaams minister Weckx dd 24/10/1990: Afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Drie spoedgevallendiensten en drie psychiatrische eenheden hadden geen isolatiecel. Dat is nochtans wettelijk verplicht. Op die afdelingen gebruikte men gewone patiëntenkamers die niet voldeden aan de veiligheidsvereisten van een isolatiecel.

Architectonisch moet een isolatiecel, zowel op spoedgevallen en als op de PAAZ-afdelingen, aan een aantal vereisten voldoen op het gebied van veiligheid van de patiënt (bv. suïciderisico, automutilatie, brandveiligheid, ...), maar ook op vlak van privacy en comfort. Daarnaast is de veiligheid van het personeel belangrijk.

Zeven van de acht isolatiekamers op de spoedgevallendiensten en drie van de vier isolatiekamers op psychiatrische afdelingen voldeden niet voor de opvang van patiënten met acute psychiatrische problematiek.

Tien maal kon de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd worden. Er was bv. geen verankerd bed, men maakte geen gebruik van brandvrij en scheurvrij linnen, de matras was niet brandvrij, ... In zes gevallen was er geen sas voorzien.

In vier situaties kon de veiligheid van het personeel niet gegarandeerd worden doordat er onvoldoende toezichtmogelijkheden waren vlak voor het betreden van de kamer of doordat de deur te smal was.

Meestal was het comfort voor de patiënt ontoereikend. Vaak was er geen sanitair voorzien in de buurt van de kamer, was er geen daglicht en had de patiënt geen zicht op een klok. De privacy van de patiënt kon niet steeds gegarandeerd worden doordat ongecontroleerde inkijk mogelijk was.

2.8 Zorg voor geriatrische patiënten

Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aandeel van de specifieke gezondheidsproblematiek van oudere mensen in onze samenleving gestaag toe. De geriatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen kampen meestal met hoge bezettingsgraden. De overheid besteedt veel aandacht aan de adequate opvang van deze kwetsbare patiëntenpopulatie. De regelgeving over de zorg voor geriatrische patiënten werd recent vernieuwd.

De kwaliteit van de zorg op de geriatrische verpleegafdelingen en het functioneren van de interne liaison op de andere afdelingen waar geriatrische patiënten verblijven, bleef in 2009 de focus van Zorginspectie i.v.m. het zorgprogramma voor geriatrische patiënten.

Het Nationaal Multiple Sclerose Centrum in Melsbroek had geen zorgprogramma voor geriatrie; in de andere 12 bezochte ziekenhuizen namen we dit zorgprogramma onder de loep.

Werking & organisatie

Het geriatrische zorgconcept was in 5 ziekenhuizen voldoende tot zeer goed uitgeschreven. In vier instellingen was dit concept onvoldoende ziekenhuisbreed bekendgemaakt en/of toegepast. Dat hield meestal (4 keer) verband met een suboptimaal functionerende interne liaison.

De ontoereikende screening van 75-plussers (niet op alle afdelingen, geen screening in het weekend,...) vermeldde we 9 keer in de auditrapporten.

In drie gevallen waren opnamecriteria voor de geriatrie afdelingen afwezig of onvoldoende specifiek. Vaak nemen ziekenhuizen geriatrische patiënten op andere verpleegafdelingen op, waar ze geen specifieke verzorging (multidisciplinaire aanpak, aangepaste revalidatie, expertise personeel) krijgen. Vier keer gaven we het advies om te registreren in welke mate de adviezen van de interne liaison opgevolgd worden.

De optimale organisatie van het psychologische klimaat op afdelingen met geriatrische patiënten is belangrijk om het welzijn, de autonomie en de revalidatie van de patiënt te bevorderen. Men bedoelt daarmee dat de patiënten gestimuleerd worden om in groep activiteiten te ontplooiën zoals gezamenlijke oefensessies kinesitherapie, maaltijden, socioculturele of ergotherapeutische bezigheden. Ook het dragen van dagkledij en het in stand houden of ontwikkelen van activiteiten van het dagelijkse leven kunnen in deze context gezien worden.

In de 12 ziekenhuizen omschreven we de organisatie van het psychologische klimaat als onvoldoende. Het gaat dan van niet overtuigd zijn van het belang van stimuleren van patiënten tot het dragen van dagkledij en van het gezamenlijk eten, over weinig respectvolle omgang met patiënten, geen tijd hebben voor, onvoldoende aandacht hebben voor, ...

Zes ziekenhuizen kregen een pluim voor hun ontslagmanagement omdat zij de continuïteit van de zorgen garanderen na ontslag van de patiënt (vb. maandelijks zorgoverleg i.f.v. ontslag met multidisciplinair team). Twee maal haalden we de opvolging na ontslag aan als verbeterpunt.

Binnen enkele geriatrische zorgprogramma's werden interessante projecten uitgewerkt, zoals valpreventie, voeding/malnutritie en dementie.

Drie maal beschreven we een verbeterpunt over het ontbreken van de pluridisciplinaire zorgplanning en het niet terugvinden van de evolutie van de toestand van de patiënt. Notities van kinesisten ontbreken vaak in het patiëntendossier. In één ziekenhuis gebeurt de zorgplanning op de kamer en in overleg met de patiënt, wat het mogelijk maakt om de zelfzorg en betrokkenheid van de patiënt in het eigen genezingsproces te stimuleren.

Het ontbreken van een functiebeschrijving van de geriatrische referentieverpleegkundigen gaf aanleiding tot drie verbeterpunten. Eenmaal stelden we vast dat niet alle afdelingen over geriatrische referentieverpleegkundigen beschikken.

Architectuur

Twee ziekenhuizen scoorden een sterk punt voor hun geslaagde renovatie of de gezellige huiselijke aankleding van hun geriatrische afdeling. Voor negen ziekenhuizen formuleerden we verbeterpunten i.v.m. architectuur: povere huiselijkheid, ontbreken van rustmogelijkheden op de gang, ontbreken van of onvoldoende nodige lokalen op de afdeling: kinesitherapiezaal, dagzaal/eetzaal, aangepast sanitair, ergotherapielokaal, gesprekslokaal.

In 5 ziekenhuizen formuleerden we een knelpunt i.v.m. de beveiliging tegen wegloupedrag (bv. noodtrappen niet beveiligd), drie keer schreven we hier iets lovends over.

2.9 Kinderen in het ziekenhuis

De rechten van gehospitaliseerde kinderen en hun ouders werden in 1998 neergeschreven in het Handvest Kind en Ziekenhuis of het EACH-charter (European Association for Children in Hospital, www.each-for-sick-children.org). Europese patiëntenverenigingen stelden dit handvest samen met de WHO op, en baseerden zich daarbij op het VN-verdrag over de rechten van het kind.

Het handvest Kind en Ziekenhuis beschrijft in 10 artikels welke voorwaarden in acht moeten genomen worden bij de opname van een kind in het ziekenhuis (<http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/>).

1. Kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben thuis, in dagbehandeling of poliklinisch kan worden verleend.
2. Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben.
3. Ouders wordt accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting naast het kind aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht.
4. Kinderen en ouders hebben recht op informatie. De informatie wordt aangepast aan leeftijd en bevattingvermogen van het kind.
5. Kinderen en ouders hebben recht op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen.
6. Kinderen worden in het ziekenhuis gehuisvest en verzorgd samen met kinderen in dezelfde leeftijds- en/of ontwikkelingsfase.
7. Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie. Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende en veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die berekend is op kinderen van alle leeftijdscategorieën.
8. Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid. Het beschikt over de kennis en de ervaring die nodig zijn om ook aan de emotionele eisen van het kind en het gezin tegemoet te komen.
9. Kinderen hebben recht op verzorging en behandeling door zoveel mogelijk dezelfde personen, die onderling optimaal samenwerken.
10. Kinderen hebben het recht met tact en begrip te worden benaderd en behandeld. Hun privacy wordt te allen tijde gerespecteerd.

Sinds 1999 staat in de ziekenhuiswetgeving dat elk ziekenhuis zijn beleid over opvang van kinderen moet uitschrijven in een protocol. Dat protocol kindvriendelijkheid moet beschrijven hoe men kinderen en hun ouders informeert, adviseert en psychologisch bijstaat, hoe men ouders betreft bij de zorg, hoe het comfort van kinderen wordt verbeterd, hoe men de veiligheid van kinderen waarborgt en hoe zorgverleners van verschillende diensten overleggen over kinderen. Het ziekenhuis moet het protocol niet enkel intern, maar ook aan kinderen en hun ouders, communiceren.

In 2007 ging in België de wetgeving i.v.m. het zorgprogramma voor kinderen van kracht (kinderen zijn volgens deze wet minderjarigen jonger dan 15 jaar). Deze wetgeving is inhoudelijk gebaseerd op de richtlijnen van het Handvest Kind en Ziekenhuis. Zo legde de overheid recent dus heel wat kindvriendelijke principes wettelijk vast.

De wet voorziet ondermeer dat:

- Tijdens een verblijf van een kind in het ziekenhuis minstens één van beide ouders steeds bij het (bewuste) kind moet kunnen blijven, ook tijdens onderzoeken en behandelingen.

Ouders moeten dag en nacht op de kamer van hun kind kunnen blijven (mogelijkheid tot rooming-in). De bezoeken voor ouders kunnen met andere woorden niet beperkt worden.

- Kinderen mogen niet samen met volwassen patiënten in dezelfde ruimte behandeld of verzorgd worden (de wetgeving spreekt van auditieve en visuele scheiding tussen volwassen patiënten en opgenomen kinderen).
- Er moet 24u/24u een pediatrisch verpleegkundige aanwezig zijn voor de opvang van kinderen. Voor urgenties moet er een oproepbare kinderarts zijn die permanent bereikbaar is. Dagingrepen mogen slechts gebeuren indien er tijdens de ingreep een kinderarts aanwezig is op de campus.
- De kinderafdeling heeft een speelruimte (minstens 25m²) met speelgoed. Voor spelbegeleiding is een halftijds personeelslid aanwezig.
- Er is een halftijds personeelslid voor psychosociale begeleiding van kinderen en ouders.

De voorbije jaren besteedde Zorginspectie heel wat aandacht aan de zorg voor kinderen in Vlaamse ziekenhuizen. Zorginspectie toetste de opvang van kinderen tijdens de audits aan de wetgeving en aan de richtlijnen van het Handvest Kind en Ziekenhuis.

In 2009 lichtten we de zorg voor kinderen in 12 van de 13 bezochte ziekenhuizen door. Eén van de in 2009 geauditeerde ziekenhuizen, het Nationaal Multiple Sclerose Centrum in Melsbroek, neemt geen kinderen op. Eén van de 12 bezochte algemene ziekenhuizen heeft geen kinderafdeling, maar kinderen worden er wel opgenomen voor dagingrepen.

Terwijl kindvriendelijke opvang op de pediatrische afdelingen al jaren een dagdagelijkse praktijk is, situeerden de knelpunten op het gebied van kindvriendelijke opvang zich vooral op andere diensten van het ziekenhuis.

Niet alle ziekenhuizen hadden een globale visie over een kindvriendelijke opvang doorheen het ziekenhuis uitgewerkt en neergeschreven. Wel bleek één ziekenhuis deze kindvriendelijke visie naar alle medewerkers te communiceren en deze goed kenbaar te maken naar ouders en bezoekers, bv. door het ophangen van de richtlijnen in de kinderafdeling. In vier ziekenhuizen merkten we de erg kindvriendelijke opvang van specifieke afdelingen op. Eén ziekenhuis maakte gebruik van Kiwanispopjes om de kindvriendelijkheid doorheen het ziekenhuis te vertalen en zichtbaar te maken. In één ziekenhuis waardeerden we het aparte kinderziekenhuis.

We feliciteerden drie ziekenhuizen met hun zeer goed uitgewerkt protocol kindvriendelijkheid dat de kindvriendelijke opvang doorheen het ziekenhuis beschreef en dat gebaseerd was op de richtlijnen van het Handvest Kind en Ziekenhuis. In 8 ziekenhuizen formuleerden we opmerkingen over het protocol kindvriendelijkheid. Eén ziekenhuis was dit document nog aan het ontwikkelen. Elders was het protocol te beperkt van inhoud en/of ontbraken sommige diensten in de uitgeschreven visie. Zo merkten we 5 keer op dat de kindvriendelijke opvang van kinderen op de dienst spoedgevallen onvoldoende was gerealiseerd, één maal ontbrak het operatiekwartier in het kindvriendelijk beleid en een andere maal de dienst intensieve zorgen.

In drie ziekenhuizen stelden we vast dat de kindvriendelijke visie onvoldoende verspreid en gekend was binnen het gehele ziekenhuis. Vier keer noteerden we dat men zijn kindvriendelijke visie nog onvoldoende meedeelde aan kinderen en ouders.

In 11 van de 12 ziekenhuizen merkten we problemen op over de mogelijkheden van ouders om steeds bij hun bewuste kind te blijven. In al deze ziekenhuizen was er een belemmering tijdens het zorgtraject bij chirurgische ingrepen bij kinderen. Ouders konden in 10 van deze

ziekenhuizen niet altijd bij hun kind blijven tot het onder narcose was in de operatiekamer. Sommige ziekenhuizen lieten dit nooit toe, elders enkel op aandringen van de ouders. In andere ziekenhuizen bestond de mogelijkheid wel, maar deelde men dat niet mee aan de ouders. Soms kon het op de ene campus van het ziekenhuis wel en op de andere niet.

Aanwezigheid van ouders tot bij inductie schommelde in het OK van deze ziekenhuizen tussen 1% en 20% van de geopereerde kinderen, maar niet overal had men zicht op dit aandeel. In één ziekenhuis begeleidde 99% van de ouders hun kinderen tot bij narcose in het operatiekwartier. In 7 ziekenhuizen merkten we op dat ouders niet bij hun kind mochten aanwezig zijn tijdens het ontwaken na een ingreep. Daarnaast stelden we ook één keer vast dat ouders niet steeds bij hun kind mochten blijven tijdens onderzoeken of behandelingen op de dienst spoedgevallen.

Ook op het gebied van overnachtingsmogelijkheden van ouders bij hun kinderen tijdens een ziekenhuisopname formuleerden we opmerkingen. In 10 van de 12 ziekenhuizen was rooming-in in principe steeds mogelijk. In twee ziekenhuizen was rooming-in bovendien gratis. In andere ziekenhuizen varieerde de prijs tussen 5 en 30 EUR per nacht. Soms waren de maaltijden inbegrepen in de prijs, elders konden ouders optioneel kiezen voor maaltijden.

In twee ziekenhuizen was rooming-in niet op alle kamers van de kinderafdeling mogelijk omdat de kamers te klein waren. In andere ziekenhuizen kon rooming-in op alle kamers, maar waren de omstandigheden niet ideaal wegens plaatsgebrek of gebrek aan comfort (bv. geen toilet op de kamer of onvoldoende mogelijkheid voor de ouders om te douchen). Rooming-in percentages verschilden erg tussen ziekenhuizen, van meer dan 90% van de kinderen waarbij een ouder 's nachts blijft overnachten, tot minder dan de helft van de kinderen.

In alle 12 ziekenhuizen formuleerden we opmerkingen over de scheiding van zorgtrajecten tussen kinderen en volwassen patiënten. Geen van de ziekenhuizen slaagde er in om tijdens het volledige zorgtraject een totale scheiding (auditief en visueel) door te voeren tussen kinderen en volwassenen. In twee ziekenhuizen merkten we aparte kindertrajecten op, in een operatiekwartier en in een chirurgisch dagziekenhuis. In 9 ziekenhuizen slaagde men er niet in om volwassen patiënten en kinderen van elkaar te scheiden tijdens de patiëntenstromen in het operatiekwartier. Kinderen en volwassenen verbleven daar in dezelfde ruimte voor en/of na de operatie, of ze waren slechts door een gordijn van elkaar gescheiden. In 9 ziekenhuizen noteerden we dat men er kinderen soms opnam op verpleegafdelingen voor volwassenen, soms zelfs op eenzelfde kamer. In 6 ziekenhuizen stelden we ook vast dat volwassen patiënten op de kinderafdelingen opgenomen werden.

In 9 ziekenhuizen merkten we problemen op m.b.t. de inzet van zorgverleners bij de zorg voor kinderen. In drie ziekenhuizen gebeurden chirurgische dagingrepen op een campus waar geen pediatr er aanwezig was. In drie ziekenhuizen was er niet steeds een 24-uursaanwezigheid van een pediatrisch verpleegkundige. In drie ziekenhuizen kon de spoedarts op de dienst spoedgevallen niet altijd beroep doen op een kinderarts. Vier ziekenhuizen voorzagen geen personeel voor psychosociale opvang van kinderen en hun ouders tijdens een ziekenhuisopname. In één ziekenhuis merkten we op dat niet al het personeel van de kinderafdeling voldoende vorming had gevolgd over zorg voor kinderen.

Tijdens de audits schonk Zorginspectie ook aandacht aan de speelmogelijkheden voor kinderen. Vier ziekenhuizen hadden een heel mooie speelzaal, één ziekenhuis beschikte zelfs over een snoezelruimte en computerhoek. Eén ziekenhuis had ook nog een dakterras voor buitenspel, terwijl een ander ziekenhuis een speeltuin had bij het kinderziekenhuis. In vijf ziekenhuizen waren er problemen qua speelmogelijkheden: men had er geen of een te kleine speelzaal, de speelzaal werd te weinig gebruikt of was slechts beperkt toegankelijk tijdens de dag voor spel. Terwijl twee ziekenhuizen veel vrijwilligers inzetten voor spelbegeleiding en deze maximaal was uitgewerkt, merkten we in een ander ziekenhuis op dat er geen personeel voorzien was voor spelbegeleiding en was er elders te weinig spelbegeleiding.

In 7 ziekenhuizen merkten we lovenswaardige initiatieven op m.b.t. het informeren van ouders en kinderen. In sommige ziekenhuizen was er veel informatie voor ouders over tal van onderwerpen. Andere ziekenhuizen hadden specifieke folders ontwikkeld voor kinderen, die soms zelfs beschikbaar waren via de website. We stelden wel vast dat de folders waarover een ziekenhuis beschikt soms slechts door een beperkt aantal diensten worden gebruikt.

Tijdens de audits kreeg ook de samenwerking tussen zorgverleners bij de zorg voor kinderen aandacht. In 7 ziekenhuizen stelden we vast dat communicatie om de zorg voor kinderen met de betrokken zorgverleners af te stemmen, onvoldoende gestructureerd verliep. Er vonden geen gestructureerde multidisciplinaire patiëntenbesprekingen met alle betrokkenen plaats. Communicatie verliep er eerder informeel, gebeurde in te beperkte groep of multidisciplinaire besprekingen werden slechts ad hoc georganiseerd bij probleemsituaties.

Eén keer merkten we op dat de diensten waar kinderen terechtkomen, jaarlijks rond tafel zaten om het kindvriendelijk beleid verder af te stemmen. Elders was er een zeer goede samenwerking tussen het brandwondencentrum en de kinderafdeling, voor de zorg van kinderen met brandwonden. In één ziekenhuis stelden we dat er onvoldoende samenwerking was tussen de kinderartsen van het ziekenhuis en de dienst spoedgevallen om de zorg voor kinderen op spoed kwaliteitsvol te organiseren.

2.10 Borstvoedingsbeleid

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat borstvoeding grote voordelen biedt voor de gezondheid van moeder en kind. Tijdens de audit gaat Zorginspectie na of kraamafdelingen voldoende aandacht besteden aan het borstvoedingsbeleid en of de inhoud van dit beleid in overeenstemming is met de internationale richtlijnen van de WHO, UNICEF en het federale borstvoedingscomité. Aandacht voor het borstvoedingsbeleid in ziekenhuizen draagt bij tot het verhogen van het aantal moeders dat borstvoeding geeft.

De Wereldgezondheidsorganisatie formuleert zijn richtlijnen voor een goed borstvoedingbeleid in 10 vuistregels:

Alle instellingen voor moeder- en kindzorg moeten er zorg voor dragen:

1. dat zij een beleid ten aanzien van borstvoeding op papier hebben, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers.
2. dat alle betrokken medewerkers de nodige opleiding en vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. dat alle zwangere vrouwen voorgelicht worden over de voordelen en de praktijk van de borstvoeding.
4. dat de baby onmiddellijk na de geboorte gedurende minimum een uur huid op huid met de moeder wordt gelegd.
5. dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby moeten aanleggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.
6. dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
7. dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven ('rooming-in').

8. dat borstvoeding op verzoek van het kind wordt nagestreefd.
9. dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen gegeven wordt.
10. dat er borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) gevormd kunnen worden en dat vrouwen bij het beëindigen van de zorg naar deze groepen verwezen worden.

Sinds 2005 beschikt de federale overheid over een actieplan voor betere informatieverstrekking over borstvoeding in materniteiten. Dat gebeurt via het label 'Baby Friendly Hospital Initiative' van UNICEF en de WHO.

In 2009 lichtten we het borstvoedingsbeleid in de 12 ziekenhuizen met een materniteit door. In zes ziekenhuizen voldeed het borstvoedingsbeleid niet aan de 10 vuistregels van het WHO. 6 keer slaagde men er niet in om na een sectio borstvoeding binnen het eerste uur aan te bieden (vuistregel 10). 3 keer stelden we het gebruik van fopspenen en tepelhoedjes vast (vuistregel 9). 3 keer was het borstvoedingsbeleid niet ziekenhuisbreed bekend, waarvan 2 keer op de kinderafdeling (vuistregel 1). 5 keer waren de gynaecologen en/of kinderartsen niet betrokken bij het opstellen van het borstvoedingsbeleid (vuistregel 1 en 2). Eén keer gaf men bijvoeding zonder medische indicatie (vuistregel 6) en 2 keer werden moeder en kind van elkaar gescheiden, op vraag van de moeder (vuistregel 7).

Geen enkel van de 12 ziekenhuizen met een materniteit beschikte over het 'Baby Friendly Hospital Initiative' label.

In 7 ziekenhuizen beschikte men over lactatieverpleegkundigen, in 4 ziekenhuizen over referentieverpleegkundigen borstvoeding. Overal ging aandacht naar de vorming van vroedvrouwen i.v.m. borstvoeding.

2.11 Zorg bij het levenseinde

Er bestaan in België wettelijke regelingen om mensen een zo waardig mogelijk levenseinde toelaten. Sinds 2002 beschikken we daarvoor over 3 wetten:

- de wet over de patiëntenrechten
- de wet over palliatieve zorg
- de wet over euthanasie

De wet op de patiëntenrechten voorziet o.a. in:

- Het recht van patiënten op informatie over de eigen gezondheidstoestand (resultaten van een onderzoek (diagnose), de verwachte evolutie, wat men zelf kan doen, de mogelijke behandelingen...) en over de voorgestelde behandeling (het doel, of ze dringend is, de duur, nevenwerkingen, risico's, de kosten, mogelijke alternatieven).
- Het fundamenteel recht van iedere patiënt dat hij/zij voor welke behandeling dan ook toestemming moet geven. De wet op de patiëntenrechten stelt dat de patiënt zijn toestemming moet verlenen voor elke medische tussenkomst van de arts, na eerst uitvoerig te zijn geïnformeerd. Diezelfde wet geeft aan de patiënt het recht om zijn toestemming voor een bepaalde tussenkomst te weigeren.

- Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Elke patiënt moet de best mogelijke dienstverstrekking ontvangen volgens zijn behoeften, in functie van de medische kennis en van de beschikbare technologie. Hieronder wordt ook verstaan het vermijden van therapeutische hardnekkigheid. De zorg met het oog op het voorkomen, behandelen en verzachten van lichamelijke en psychische pijn maakt integraal deel uit van de behandeling van de patiënt. Dat houdt dus het recht op een goede pijnstilling in.

Wanneer geen levensreddende handelingen meer mogelijk zijn, of wanneer de voortzetting van een behandeling de levenskwaliteit van een patiënt niet verbetert of zelfs vermindert, is het aangewezen om de behandeling stop te zetten of geen nieuwe behandeling meer op te starten. In dergelijke situaties zal de arts een DNR (do not resuscitate) of NTR (not to reanimate)-beslissing overwegen waarbij de behandeling wordt stopgezet of geen nieuwe meer wordt opgestart. Inhoudelijk staat de DNR-beslissing lijnrecht tegenover het begrip 'therapeutische verbeterheid', hetgeen inhoudt dat de arts alle beschikbare medische middelen gebruikt om de patiënt in leven te houden, ongeacht zijn toestand.

Om DNR-protocollen op de werkvloer eenvoudig en praktisch te kunnen toepassen, werkt men doorgaans met gestandaardiseerde 'therapiebeperkingsformulieren' of 'DNR-codebladen' die per patiënt worden ingevuld en aan zijn patiëntendossier toegevoegd worden. Naast de voordelen op het vlak van uniformiteit, dragen therapiebeperkingsformulieren bij tot een groter respect voor de vooraf door de patiënt uitgedrukte wil en wordt therapeutische verbeterheid zoveel mogelijk voorkomen.

De Federale Commissie Patiëntenrechten is van oordeel dat in alle ziekenhuizen grondig overleg moet plaatsvinden over het gebruik en de inhoud van therapiebeperkingsformulieren. Daarbij moeten zowel het ethisch comité als de verschillende zorgdisciplines betrokken worden. De Federale Commissie Patiëntenrechten meent verder dat het wenselijk is dat het ziekenhuis een voor alle diensten gemeenschappelijk formulier gebruikt en daarover voldoende toelichting en vorming aan het zorgpersoneel geeft. Ook de Orde van Geneesheren vindt dat men op alle plaatsen waar men courant met de DNR-problematiek te maken heeft, eenvormige DNR-afspraken zou moeten maken.

Hoewel een beslissing om de behandeling niet op te starten of stop te zetten de meerderheid van de overlijdens voorafgaat, bestaat daar geen specifieke wettelijke regeling over. Maar zowel de medische deontologie als de patiëntenrechtenwet stellen dat men geen dergelijke medische beslissing kan nemen of uitvoeren zonder de voorafgaande toestemming van de tijdig en degelijk geïnformeerde patiënt.

Volgens de wet op de palliatieve zorg heeft elke patiënt recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde. Het belangrijkste doel daarvan is de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.

Palliatieve zorg betekent niet enkel terminale zorg maar is veel ruimer. Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, Genève 2002) bevordert palliatieve zorg de levenskwaliteit van patiënten met een levensbedreigende ziekte en van hun familie door het vermijden en het bestrijden van lijden. Dat gebeurt door het vroegtijdig herkennen en behandelen van pijn en andere fysieke problemen, en het bespreken van psychosociale en spirituele noden.

Euthanasie kan alleen worden uitgevoerd als aan de volgende voorwaarden voldaan is:

- De patiënt is op het moment van het verzoek meerderjarig (of ontvoogd minderjarig).
- De patiënt is op het moment van het verzoek handelingsbekwaam.

- Het geschreven verzoek is vrijwillig, overwogen en herhaald.
- Het verzoek is niet tot stand gekomen als gevolg van externe druk.
- De patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze situatie.
- Het lichamelijke en/of psychische lijden is aanhoudend en ondraaglijk, en kan niet worden verzacht.
- De toestand van de patiënt is te wijten aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Zorg bij het levenseinde kwam de voorbije jaren tijdens de audits in elk ziekenhuis, in meer of mindere mate, aan bod.

In 2009 schonken we in alle 13 ziekenhuizen aandacht aan de zorg bij het levenseinde. In het najaar opteerden we er bij de overstap naar een meer geïntegreerde verslagvorm voor om dit onderwerp meer specifieke aandacht te geven en deze zorg geïntegreerd doorheen het ziekenhuis te bekijken. Sindsdien is in elk auditverslag een apart hoofdstuk gewijd aan de zorg bij het levenseinde.

In 5 ziekenhuizen formuleerden we in het auditverslag opmerkingen omtrent het DNR-beleid. Eén ziekenhuis paste niet overal dezelfde procedure voor therapeutische beperkingen toe. In een ander ziekenhuis gebruikte men DNR-formulieren, maar was er geen uitgeschreven procedure. We merkten hier op dat het gevoerde beleid erg verschilde tussen afdelingen en dat er geen overleg met de patiënt, de familie en de huisarts over DNR-beslissingen plaatsvond. Twee ziekenhuizen hadden een uitgeschreven DNR-beleid met codes omtrent beperkte therapie en hadden DNR-formulieren in gebruik, maar men paste er de procedures onvoldoende toe. In twee ziekenhuizen waren sommige artsen gekant tegen het gebruik van zo'n code. Sommige artsen weigerden dit zorgaspect te bespreken met verpleegkundigen, patiënt en familie.

In 8 ziekenhuizen formuleerden we knelpunten over de palliatieve zorgcultuur. Nog niet alle patiënten konden er steeds beroep doen op de palliatieve zorg waar ze nood aan hebben. Redenen hiervoor waren velerlei: palliatieve zorg is er onvoldoende gestructureerd en uitgebouwd, men doet onvoldoende beroep op de palliatieve teams, er is onvoldoende medische inbreng met palliatieve expertise, palliatieve teams worden te laat ingeroepen, er is volgens de procedure toestemming nodig van de behandelende arts vooraleer men palliatief advies kan inwinnen en sommige artsen staan weigerachtig tegenover palliatieve zorgen, palliatieve zorg is nog te veel terminale zorg of stervensbegeleiding en sommige artsen hebben moeite met communicatie over diagnose en prognose en blijven steken in therapeutische hardnekkigheid.

In 5 ziekenhuizen stelden we vast dat de palliatieve equipes onvoldoende bestaaf waren. Volgens de ziekenhuiswetgeving moet een ziekenhuis een palliatief team hebben met een halftijds psycholoog, een halftijds verpleegkundige en een halftijds arts (voor een ziekenhuis tot 500 bedden, grotere ziekenhuizen moeten in verhouding meer bestaaf voorzien). Eén ziekenhuis stelde niemand specifiek vrij qua tijdsbesteding voor het palliatief team. 3 ziekenhuizen hadden problemen met de bestaaf van een psycholoog in het palliatief team, er was geen psycholoog voorzien of er was onvoldoende VTE voorzien. In 2 ziekenhuizen was er onvoldoende tijdsbesteding van een arts in de palliatieve equipe, waardoor bv. geen arts aanwezig was tijdens de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen van palliatieve patiënten.

In 8 ziekenhuizen zagen we dat men, in overleg met het ethisch comité, werk had gemaakt van het uitschrijven van een ziekenhuisbreed beleid rond euthanasie. Er werden visienota's uitgeschreven en/of heldere procedures uitgewerkt, soms met een stappenplan en een

toedieningprocedure. Eén ziekenhuis ontwikkelde een brochure om dit beleid te verduidelijken naar de eigen artsen en de huisartsen, terwijl een ander ziekenhuis een infobrochure over euthanasie voor patiënten en hun familie had samengesteld.

Twee ziekenhuizen voorzagen in opvang en debriefing voor de zorgverleners na een euthanasieprocedure.

Aan 7 ziekenhuizen gaven we het advies om een ziekenhuisbrede visietekst op te stellen over de zorgaspecten bij het levenseinde waarin zowel pijnbeleid, palliatieve zorgen, palliatieve sedatie, therapeutische restricties, therapeutische hardnekkigheid als euthanasie aan bod komen.

Eén ziekenhuis kreeg een sterk punt voor de uitgeschreven visietekst over de zorgaspecten bij het levenseinde.

2.12 Informatisering

In de gezondheidszorg neemt het belang van informatie- en communicatietechnologie (ICT) toe. Informatica is steeds meer een onontbeerlijk element bij de ondersteuning van zorgprocessen, in de in- en externe communicatie, bij vorming... Twee maal wezen we op de noodzaak van een inhaalbeweging, terwijl in een ander ziekenhuis de digitalisering in de zorg zeer ver was doorgevoerd (met onder andere een quasi papierloos operatiekwartier).

Voor de externe communicatie speelt de website van het ziekenhuis een primordiale rol. Actuele en duidelijke informatie moet de bezoeker gidsen door het ziekenhuis en een opname helpen voorbereiden. Verschillende (onthaal)brochures zijn op websites terug te vinden. Steeds vaker zien we links naar specifieke deelsites van bepaalde diensten. Voor huisartsen is de website soms de toegangspoort waarlangs zij elektronisch afspraken kunnen maken, (preoperatieve) formulieren kunnen downloaden, of via een beveiligde toegang de dossiers of resultaten van onderzoeken van hun opgenomen patiënten (mits hun toestemming) kunnen raadplegen.

Ook de interne communicatie verloopt steeds meer elektronisch. Men kan elektronisch verslagen van overlegorganen inkijken, medewerkers communiceren met elkaar via mail. Een performant ziekenhuisbreed ICT-platform is daarvoor noodzakelijk, op alle afdelingen moeten voldoende werkstations zijn, en iedere medewerker moet toegang hebben.

Software kan een aantal processen ondersteunen en vergemakkelijken. Men mag echter geen onrealistische verwachtingen hebben. Informatica ziet men vaak als de oplossing voor een aantal tekorten. Als processen vooraf echter niet geoptimaliseerd worden, dan duiken dezelfde (of nieuwe) problemen op bij de invoering van het elektronisch systeem.

Het valt op dat heel wat ziekenhuizen het voorbije jaar software aangekocht hebben voor de registratie van veiligheidsincidenten of bijna-incidenten, meestal met een ingebouwd classificatiesysteem. Het blijft belangrijk de medewerkers te sensibiliseren om dergelijke systemen te gebruiken en om aandacht te hebben voor de mogelijkheid om anoniem te melden, voor de eenvoud van het melden zelf en – na analyse – regelmatige feedback aan alle medewerkers over de gemelde incidenten en de ondernomen acties.

De meeste ziekenhuizen werken met een of andere vorm van elektronisch patiëntendossier (medisch, verpleegkundig of paramedisch, soms op alle afdelingen, soms op enkele). Vaak hanteert men daarnaast nog andere papieren of elektronische dossiersystemen. De vraag naar een alomvattend elektronisch systeem, dat zowel het medisch als verpleegkundig als paramedisch luik bevat en dat op alle afdelingen (inclusief operatiekwartier, intensieve en spoedgevallendienst) kan geïmplementeerd worden en met performante links naar

administratie, apotheek, sterilisatie en facturatie, bleef in alle dertien de bezochte ziekenhuizen bestaan.

Het operatiekwartier is een omgeving waarin het correct plannen van ingrepen de performantie kan doen toenemen. In zes van de twaalf ziekenhuizen met chirurgische activiteiten gebeurde de planning nog zonder elektronische ondersteuning. Dat ging meestal gepaard met een gebrek aan registratiegegevens (bv. operatietijden per chirurg en per ingreep), problemen van enerzijds overboeking en het uitlopen van het operatieprogramma, anderzijds momenten met leegstaande zalen. Bovendien bleek de informatiedoorstroming naar de verpleegafdelingen beperkt (geen info over de patiëntenbewegingen in het operatiekwartier, lange wachttijden voor de patiënten tussen klaar zijn voor de operatie en vertrek naar het operatiekwartier), evenals naar de centrale sterilisatieafdeling (welke instrumenten op welk moment nodig, met het risico dat niet steeds alle materiaal op tijd kan gesteriliseerd worden tegen de volgende ingreep).

Van deze zes ziekenhuizen testten twee een elektronisch plannings- en opvolgingssysteem uit. In de andere vier ziekenhuizen had een elektronisch plannings- en opvolgingssysteem duidelijk een aantal voordelen opgeleverd, maar toch bleken daarmee niet alle problemen opgelost. Immers, waar men overboeking bleef toestaan, waren er regelmatig problemen met lang uitlopende operatieprogramma's. Ook het (nog) niet beschikken over voldoende objectieve registratiegegevens over operatietijden, zorgde in een eerste fase nog voor inschattingsfouten. Wel had men een veel beter zicht op de geplande operaties per chirurg, afwezigheden, ... en had men op de sterilisatie ook een beter zicht op het programma, waardoor men beter kon inspelen op mogelijke problemen. Een ander pluspunt is de reductie van het telefoonverkeer, omdat de afdelingen live zicht hebben op de vorderingen in het operatieprogramma.

Ook op intensieve zorgen afdelingen wordt informatica belangrijk om de gezondheidstoestand van de patiënt op te volgen. Slechts in 2 van de 12 bezochte instellingen werkte men nog met een volledig papieren patiëntendossier. In de tien andere werkte men meestal met een combinatie van een papieren en elektronisch systeem (8x), soms al quasi uitsluitend elektronisch (2x). Dat vergt natuurlijk investeringen in hardware: apparatuur die de parameters elektronisch en automatisch naar het dossier doorstuurt, voldoende werkstations voor alle zorgverleners om dossiers te kunnen aanvullen (4 aanbevelingen), betrouwbare en beveiligde servers,...

Besluit

In 2009 lichtte Zorginspectie dertien ziekenhuizen door aan de hand van een auditmethodiek. We gingen niet alleen na of deze zorginstellingen voldeden aan de normen en regelgeving van de federale en Vlaamse overheid, maar evalueerden ook hoe ze de kwaliteit van zorg trachten te garanderen en te verbeteren. De doorlichting resulteerde voor alle 13 ziekenhuizen in een verlenging van hun erkenning.

Elk ziekenhuis kreeg een auditverslag met tal van verbeterpunten voor de organisatie van de zorg. Ook innovatieve projecten en uitstekende zorgorganisatie kregen een plaats in het verslag en werden geformuleerd als sterke punten. Vanaf november 2009 wijzigden we de opbouw van de auditverslagen fundamenteel. Deze vernieuwde manier van verslaggeving bekijkt het ziekenhuis eerder op een transversale manier, met aspecten die zich horizontaal

doorheen de instelling situeren en besteedt daarnaast aandacht aan het zorgtraject van specifieke patiëntenpopulaties.

Het voorbije jaar verfijnden we de gedifferentieerde auditmethodiek verder. We stelden vast dat niet ieder ziekenhuis even sterk scoort op dezelfde deelgebieden binnen de zorg. We ontwikkelden spiegels (zelfevaluatie-instrumenten) voor alle diensten en functies die kunnen geïnspecteerd worden. De ziekenhuizen gingen daarmee, tijdens het voortraject van hun audit, zelf op zoek naar sterke en zwakke punten in hun organisatie van zorg. Op basis van een risicoanalyse van de bekomen informatie kan Zorginspectie tijdens de audit focussen op de specifieke aandachtspunten van elk ziekenhuis en inzoomen op risico's binnen het zorgproces. Ook dit jaar was patiëntveiligheid een belangrijke invalshoek tijdens de audits.

Zorginspectie wil met haar ziekenhuisaudits een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Uit het klantenonderzoek bij de geauditeerde ziekenhuizen blijkt dat we daarin slagen.