



**Onze-Lieve-vrouwziekenhuis**

**Aalst**

**Februari – Maart 2011**

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden	3
1.2	Definities	4
1.3	Auditproces	4
1.4	Samenstelling van het auditteam	5
1.5	Auditplan	5
<b>2</b>	<b>Situering van de instelling</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Leiderschap</b>	<b>11</b>
3.1	Beleidsorganen	11
3.2	Organisatiestructuur	12
<b>4</b>	<b>Beleid en strategie</b>	<b>13</b>
4.1	Beleidscyclus	13
4.2	Lerende omgeving	13
4.3	Formele afspraken	16
<b>5</b>	<b>Middelen</b>	<b>17</b>
5.1	Infrastructuur	17
5.2	Patiëntendossier	18
<b>6</b>	<b>Medewerkers</b>	<b>20</b>
6.1	Personeelsbeleid	20
6.2	Artsen	21
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	22
6.4	Bestaffing	24
<b>7</b>	<b>Processen</b>	<b>26</b>
7.1	Organisatie van zorg	26
7.2	Procedurebeheer	27
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	28
7.4	Medicatie distributie	34
7.5	Sterilisatie- en desinfectieprocessen	39
7.6	Infectieziektenbeheersing	42
7.7	Legionellabeheersing	47
<b>8</b>	<b>Resultaten</b>	<b>51</b>
8.1	Toegankelijkheid	51
8.2	Patiëntgeoriënteerde zorg	51
8.3	Continuïteit van zorg	51
8.4	Samenwerking	52
8.5	Cijfers	53
<b>9</b>	<b>Zorg voor kinderen</b>	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>Zorg voor psychiatrische patiënten</b>	<b>60</b>
<b>11</b>	<b>Zorg voor chirurgische patiënten</b>	<b>65</b>
<b>12</b>	<b>Zorg voor kritieke patiënten</b>	<b>71</b>

<b>12.1</b>	<b>Spoedgevallen.....</b>	<b>71</b>
<b>12.2</b>	<b>Intensieve zorgen.....</b>	<b>76</b>
<b>13</b>	<b>Zorg voor geriatrische patiënten.....</b>	<b>84</b>

# 1 Inleiding

---

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

Een voorlopige versie van het auditverslag werd toegelicht en afgegeven op 07/03/2011.

Er werd een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren. Binnen deze periode heeft het ziekenhuis een reactienota overgemaakt aan Zorginspectie.

Het ziekenhuis maakte tenslotte gebruik van de mogelijkheid van een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota konden toegelicht worden. Deze slotbespreking ging door op dinsdag 09/05/2011, om 10 u in het Ellipsgebouw (Koning Albert II-laan 35 te 1030 Brussel), in het lokaal 00.01.

## 1.1 Toepassingsgebieden

### 1. Kwaliteit van zorg

- Toetsing van de federale erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.
- Tijdens de audit wordt een referentiekader gehanteerd dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

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

### 2. Infectieziektepreventie en medisch milieukundige aspecten: deze vaststellingen worden gedaan door het Toezicht Volksgezondheid.

<b>MILIEU EN GEZONDHEID</b>	
	<b>Toezicht op</b>
<b>Wetgeving</b>	- legionellabeheersing (nieuw Legionellabesluit)



<b>INFECTIEZIEKTEPREVENTIE</b>	
	<b>Toezicht op</b>
<b>Team voor Ziekenhuishygiëne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekenhuishygiëne (KB 26 april 2007):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;</li> <li>- isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;</li> <li>- surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen.</li> </ul> </li> <li>- Opzetten van een epidemiebeleid.</li> <li>- Opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- het bouwen of verbouwen;</li> <li>- de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;</li> <li>- de aankoop van materialen.</li> </ul> </li> <li>- Implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties.</li> <li>- Uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne.</li> <li>- Algemeen strategisch plan.</li> <li>- Jaarlijks beleidsplan.</li> <li>- Activiteitenverslag.</li> <li>- Verslag over de werking van het team.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Comité voor Ziekenhuishygiëne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenstelling van het comité en frequentie van vergaderen.</li> <li>- Controle op technieken van sterilisatie.</li> <li>- Antibioticumbeleid.</li> <li>- Uitwerken van richtlijnen voor en houden van toezicht op:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- de methoden van wassen en verdeling van linnen;</li> <li>- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;</li> <li>- het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval.</li> </ul> </li> </ul> <p>Opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en de risicodiensten.</p>
<b>Antibiotherapiebeleidsgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activiteiten, evaluatie, planning</li> </ul>
<b>Meldingsplicht infectieziekten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profylaxedecreet (5 april 1995) en uitvoeringsbesluiten</li> </ul>

## 1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

### *Algemene vaststellingen (AV)*

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

### *Sterke punten (SP)*

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

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

### **Aanbevelingen (Aanb)**

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

### **Non-conformiteiten (NC)**

Dit zijn de elementen die volgens het team niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen.

Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen deze non-conformiteiten te worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

### *Tekortkomingen (TK)*

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

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

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

### 1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor de volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, verpleegkundig beleid, ethisch beleid, kwaliteitsbeleid, risicomanagement, patiëntenrechten, centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie, dagziekenhuis, apotheek, centrale sterilisatie, materniteit – N\* – melkkeuken, zorgprogramma voor kinderen, zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, zorgprogramma voor oncologie en voor oncologische basiszorg, psychiatrische afdeling, palliatieve functie, palliatieve afdeling, revalidatieafdeling, gespecialiseerde spoedgevallen en MUG, intensieve zorgen en operatiekwartier – recovery. Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleid- en overlegorganen, procedures, interne reglementen en het kwaliteithandboek.

Op 10/02/2011 vond aan de hand van deze documentatie een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie (“pre-audit”).

De audit vond plaats op volgende data:

14/02/2011	Audit
18/02/2011	Audit
24/02/2011	Audit
03/03/2011	Opmaak verslag
07/03/2011	Presentatie verslag

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

Er werden 96 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 6 directieleden, 7 stafleden, 20 artsen waarvan 9 medische diensthoofden en 3 geneesheer-ziekenhuishygiënist en 1 epidemioloog, 59 verpleegkundigen waarvan 30 hoofdverpleegkundigen en 3 verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist, 2 apothekers, 1 psycholoog, 1 logopedist, 4 kinesitherapeuten, 3 ergotherapeuten, 1 diëtiste, 4 leden van het kwaliteitsteam, 1 HR-adviseur, 1 externe adviseur, 1 poetsvrouw, 2 hoofden van de technische dienst en 3 patiënten.

Volgende verpleegafdelingen werden tijdens de audit bezocht:



- Op campus Aalst: PAAZ (A0), geriatrie (A2), nefrologie-cardiologie, orthopedie (C1), materniteit (C2), algemene heelkunde (C4), neurologie (C7), geriatrie (D2), pediatrie (D6), oncologie-hematologie (T6), cardiologie (X2Noord), cardiologie-CCU (X2CCU), gemengd dagziekenhuis (X3Noord), oncologisch dagziekenhuis (X4Noord), gastro-enterologie (X3Zuid), nefrologie – coronaro (X4Zuid) en het dialyse-moedercentrum.
- Op campus Asse: PAAZ (VE1), geriatrie (VE2), pneumo-gastro (VE3), heelkunde (VE4), gastro-pneumo / internistisch-oncologisch dagziekenhuis (VE5), cardiologie (VE6), materniteit (VE7), intensieve zorgen (VE8), pediatrie (VE9), hartbewaking (VE10) en het gemengd dagziekenhuis (DK6).
- Op campus Ninove: Sp-chronisch en het gemengd dagziekenhuis.

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

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

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

## 1.4 Samenstelling van het auditteam

Tom Wylin	Hoofdauditor Zorginspectie
Michaëla Daelemans	Auditor Zorginspectie
Koenraad Fierens	Auditor Zorginspectie
Veerle Meeus	Auditor Zorginspectie
Nele Van Cauteren	Auditor Zorginspectie
Tania Vandommele	Auditor Zorginspectie
Sibylle De Tandt	Observator Zorginspectie
Kathleen De Ceulaer	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid
Inge Maes	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

Patricia Schapmans

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

Walli Van Doren

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

## 1.5 Auditplan

### Zorginspectie

Maandag 14/02/2011						
	Tom Wylin	Tania Vandommele	Nele Van Cauteren	Veerle Meeus	Koenraad Fierens	Michaëla Daelemaans
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')					
9:30 – 11:00	Zorg voor chirurgische patiënten	Zorg voor geriatrische patiënten	Medicatie-beleid	Zorg voor kinderen	Zorg voor geriatrische patiënten	Verpleegafdeling
11:00 – 13:00	: operatiekwartier, dag- en klassieke hospitalisatie	Verpleegafdelingen: fixatie en isolatie	CSA	Zorg voor psychiatrische patiënten	Zorg voor kritieke patiënten : intensieve zorg	Zorg voor psychiatrische patiënten
13:00 – 14:00	Middagmaal					
14:00 – 16:00	Overleg auditoren					

Vrijdag 18/02/2011 (campus Asse)						
	Tom Wylin	Tania Vandommele	Nele Van Cauteren (Aalst)	Veerle Meeus	Koenraad Fierens	Michaëla Daelemaans
9:00 – 11:00	Zorg voor chirurgische patiënten (OK, chirurgische dag- en klassieke hospitalisatie)	Verpleegafdeling	VTO	Zorg voor kinderen	Zorg voor kritieke patiënten : IZ	Verpleegafdeling
11:00 – 13:00		Zorg voor geriatrische patiënten : afdeling	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling	Zorg voor kritieke patiënten : spoed	Zorg voor psychiatrische patiënten
13:00 – 14:00	Middagmaal					
14:00 – 16:00	Overleg auditoren					

Donderdag 24/02/2011 (campus Aalst)						
	Tom Wylin	Tania Vandommele	Nele Van Cauteren	Veerle Meeus	Koenraad Fierens	Michaëla Daelemaans
9:00 – 11:00	Medisch beleid	Zorg voor geriatrische patiënten : afdeling	Dag-hospitaal	Personeel sbeleid	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling
11:00 – 13:00	Algemeen beleid	Verpleegafdeling	Lerende omgeving : kwaliteits	Verpleegafdeling	Zorg voor kritieke patiënten	Verpleegafdeling

			<b>-beleid en patiënt- veiligheid</b>		<b>: spoed</b>	
13:00 – 14:00	Middagmaal					
14:00 – 16:00	Overleg auditoren					

<b>Maandag 07/03/2011</b>	
<b>Presentatie van het voorlopig auditrapport in het ziekenhuis</b>	
9:00 – 10:30	Overleg auditoren
10:30 – 12:30	Presentatie van het voorlopige verslag
12:30 – 14:00	Mogelijkheid tot nabespreking

Agentschap Zorg en Gezondheid – Toezicht Volksgezondheid, team  
infectieziektebeheersing

<b>Maandag 14/02/2011</b>	
<b>Walli Van Doren, Katleen De Ceulaer, Inge Maes</b>	
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')
9:30 – 13:00	Rondgang op de verpleegafdelingen
13:00 – 14:00	Middagmaal
14:00 – 16:00	Gesprek met team ziekenhuishygiëne

Agentschap Zorg en Gezondheid - Toezicht Volksgezondheid, team  
milieugezondheidszorg

<b>Maandag 14/02/2011</b>	
	<b>Patricia Schapmans</b>
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')
9:30 – 10:30	Legionellabeheersplan: overleg met verantwoordelijke
10:30 – 13:00	Rondgang waterdistributiesysteem: verantwoordelijke beheersplan + technisch verantwoordelijke
13:00 – 14:00	Middagmaal

## **2 Situering van de instelling**

---

Naam	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis
Adres	Moorselbaan 164
Gemeente	9300 Aalst
Telefoon	053/ 72 41 11
Fax	053/ 72 45 86
Website	<b>www.olvz.be</b>
e-mail	<b>webmaster@olvz-aalst.be</b>
Erkenningsnummer	126

### ***Inrichtende macht***

Vzw Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis

### **College van bestuurders van de *Raad van Bestuur***

Mter. Paul Cooreman en dhr. Etienne Stallaert

### ***Directiecomité***

Algemeen directeur	Dhr. Luc Van den Bremt
Medisch directeur	Dr. Geert Vandenbroucke
Adjunct van de medisch directeur	Dhr. F. Staelens
Verpleegkundig directeur	Mevr. Huguette Mortier
Administratief-financieel directeur	Mevr. Geertrui Ryngaert
Personeelsdirecteur	Mevr. Myriam De Bruyn
Directeur technische dienst	Dhr. Louis De Coster
Directeur facilitaire diensten	Dhr. Filip Van Vaerenbergh
Directeur IT	Dhr. Steven Creve
Directeur beleid en juridische zaken	Dhr. Wim Vercruyssen

## *Achtergrond*

Momenteel heeft het ziekenhuis een erkenning voor:

	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>Sp-pall</b>	<b>Sp-chr</b>	<b>E</b>	<b>TOTAAL</b>
Aalst	238	245	61	21	30			27	622
Asse	50	52	24	15	30	6		15	192
Ninove							30		30
									844

- Ziekenhuisapotheek
- Functie palliatieve zorgen
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (Aalst/Asse)
- Functie medische urgentiegroep (Aalst, in associatie met het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis)
- Functie intensieve zorgen (Aalst: 15C+17D)
- Chirurgisch dagziekenhuis (Aalst/Asse/Ninove)
- Niet-chirurgisch dagziekenhuis (Aalst/Asse/Ninove)
- N\* (Aalst/Asse)
- Bloedbank (Aalst/Asse)
- Dienst radiotherapie (Aalst)
- Centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie (Aalst)
- Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (Aalst/Asse)
- Zorgprogramma voor kinderen (Aalst/Asse)
- Zorgprogramma cardiale pathologie A/B/P/E/T (Aalst) /A/P (Asse)
- Zorgprogramma voor oncologie (Aalst)
- Zorgprogramma oncologische basiszorg (Asse/Ninove)
- Gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (Aalst)
- Zorgprogramma reproductieve geneeskunde (Aalst, in associatie met Jan Palfijn Gent)
- Medisch-technische dienst beeldvorming met CT-scan (2 in Aalst, Asse en Ninove)
- Medisch-technische dienst beeldvorming met NMR (2 in Aalst)

## *Geschiedenis*

Op 29 september 1999 ondertekenden het AZ Heilig Hart Asse/Ninove en het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst een intentieverklaring tot fusie. Een eerste resultaat

hiervan was de ondersteuning van de consultaties en de behandelingen op de afdelingen cardiologie en gastro-enterologie van het AZ Heilig Hart Asse/Ninove door de equipes van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst.

In oktober 2000 werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen het O.L.Vrouwziekenhuis en de vzw Fusieziekenhuis Heilig Hart Asse/Ninove. Deze overeenkomst hield in dat 34 acute bedden van Ninove in maart 2001 werden overgebracht naar Aalst. Daardoor zette “Het Nieuw Ziekenhuis Ninove” zijn activiteit als acuut ziekenhuis stop en werd het herdoopt tot “Medisch Centrum Ninove” (vanaf 1 april 2001). Het centrum bestaat uit een polikliniek, een gemengd daghospitaal, een operatiekwartier met bijhorende sterilisatieafdeling, een low-care dialysecentrum en 30 hospitalisatiebedden voor revalidatie.

Op 31 december 2001 volgde dan de definitieve fusie tussen Asse/Ninove en Aalst.



## 3 Leiderschap

---

### 3.1 Beleidsorganen

- De Raad van Bestuur komt maandelijks samen en telt 10 stemgerechtigde en 7 toegevoegde, niet stemgerechtigde leden. Deze laatste zijn, naast de directeur beleid en juridische zaken die instaat voor het verslag, de algemeen en de medisch directeur, een vertegenwoordiger van het ZiekenhuisNetwerk van de KULeuven, twee afgevaardigden van de medische raad en een gemandateerde van het medisch beleidscollege.

Men heeft geen voorzitter, ondervoorzitter en penningmeester aangeduid, in de plaats hiervan is er een college van (eerst 3 en nu nog 2) bestuurders. Maandelijks is er een vergadering van het Bureau van de Raad van Bestuur, dit bestaat uit het college van deze 2 bestuurders en 3 directieleden.

Binnen de Raad van Bestuur zijn 5 commissies opgericht: de auditcommissie, de Commissie Balanced Score Card, de remuneratiecommissie, de commissie Pastoraal en Christelijke Inspiratie en de Financiële Opvolgingscommissie.

De samenstelling van de algemene vergadering is ongeveer gelijk aan die van de Raad van Bestuur. De algemene vergadering komt 2 keer per jaar bijeen.

We raden aan om de samenstelling en de werking van de Algemene Vergadering, de Raad van Bestuur en het Bureau door te lichten en desgewenst bij te sturen aan de hand van de principes van “Hospital Governance” (bv. voldoende vertegenwoordiging van alle stakeholders, nut van het bureau, nood aan bestuurders met ervaring in actueel ziekenhuismanagement of met andere specifieke vaardigheden...). **(Aanb)**

- Het directiecomité telt 9 leden. Daarnaast werkt men op de campus Asse met een campusverantwoordelijke (=directeur facilitaire diensten) en met een verpleegkundig zorgcoördinator (die geen lid is van het directiecomité, maar wel lid is van het zorgcomité). **(AV)**
- Het zorgcomité (stuurgroep) is na het directiecomité het belangrijkste overlegorgaan in het ziekenhuis. Het komt wekelijks bijeen onder leiding van de medisch directeur en is verantwoordelijk voor de zorgorganisatie, de zorgontwikkeling en het personeelsmanagement. Andere leden zijn de verpleegkundig directeur, de adjunct-medisch directeur, de 2 verpleegkundige diensthoofden en het adjunct verpleegkundige diensthoofd van het zorgdepartement, een staflid van het algemeen departement, de kwaliteitscoördinator en de zorgcoördinator van Asse. Hier wordt het dagelijks beleid opgevolgd en kan de integratie plaatsvinden van medische, verpleegkundige en paramedische aspecten. **(AV)**
- Op een niveau daar onmiddellijk onder vinden we het zorgdepartement (ook resonantiegroep), eveneens onder leiding van de medisch directeur, dat bestaat uit de verpleegkundig directeur, de leden van het medisch beleidscollege, het diensthoofd van het zorgdepartement (=de adjunct medisch directeur), het adjunct-

diensthooft van het zorgdepartement en de twee verpleegkundige diensthooften, 6 programmamanagers, 3 stafmedewerkers (dienstverantwoordelijke van de directiesecretariaten op de 3 campussen, de kwaliteitscoördinator en een staf lid van het algemeen departement, verantwoordelijk voor projecten) en het diensthooft van de apotheek. (AV)

- De betrokkenheid van artsen bij het algemeen en dagelijks beleid is in dit ziekenhuis opvallend. (SP) De reden voor dit succes is tweeledig: enerzijds hebben verschillende artsen (ruim 30) zich in de loop van de voorbije jaren bijgeschoold op het vlak van ziekenhuismanagement, anderzijds is de organisatiestructuur zo opgebouwd dat artsen op verschillende niveaus beslissings- of adviesbevoegdheid hebben. Zo weegt het medisch beleidscollege in belangrijke mate op het beleid doordat het een brug vormt tussen medisch directeur, medische raad en raad van bestuur, maakt de medisch directeur als adviserend lid deel uit van de raad van bestuur, samen met een vertegenwoordiger van het ZiekenhuisNetwerk Leuven, ligt de beslissingsbevoegdheid bij de bicefale aansturing steeds bij een arts (medisch directeur of programmadirecteur)...

Alhoewel deze wijze van organiseren grote voordelen biedt (medisch internationale uitstraling, opleidingscentrum, bijkomende infrastructuur voor de opleiding van artsen, uitgebreid aanbod van bijscholing voor artsen...), heeft ze ook een belangrijke schaduwzijde. De andere departementen (verpleegkundig, paramedisch, facilitair...) hebben onvoldoende (beleids)gewicht en slagkracht om zich op gelijkwaardige manier te ontwikkelen. (TK) Voor bepaalde aspecten die even belangrijk zijn voor de patiëntenzorg als de medisch klinische performantie, zoals kindvriendelijk beleid, borstvoedingsbeleid, patiëntveiligheid, medicatiedistributie, privacy, patiëntenrechten, dossiervorming..., is er in dit ziekenhuis onvoldoende aandacht en/of gebeurt de ontwikkeling trager t.o.v. de andere Vlaamse ziekenhuizen.

- De medisch directeur besteedt 90% van zijn tijd aan het hoofdgeneesheerschap. Daarnaast heeft hij nog een beperkte klinische activiteit als anesthesist. Hij wordt in zijn taken bijgestaan door een voltijdse (verpleegkundig) adjunct-medisch directeur en 5 VTE stafmedewerkers en administratief bedienden. (AV) Verder wordt hij beleidsmatig ondersteund door een medisch beleidscollege dat naast hemzelf uit 6 artsen bestaat, 4 door hemzelf aangeduid en 2 die door de medische raad gemandateerd zijn. Naargelang het onderwerp kunnen ad hoc specialisten uitgenodigd worden. (SP)
- De medische raad telt 15 leden. De huidige ploeg is actief sinds maart 2008, later dit jaar zijn er terug verkiezingen. De hoofdgeneesheer maakt geen deel uit van de medische raad, maar licht er wel regelmatig zijn beleid toe. (AV) De Financiële Commissie werd geïntegreerd in de Commissie Organisatie en Strategie die vier keer per jaar bijeenkomt. Beslissingen met betrekking tot investeringen worden genomen in twee commissies die allebei maandelijks samenkomen: de commissie niet-medische investeringen (met een samenstelling gelijk aan het directiecomité) en de paritaire budgetcommissie (voor medische investeringen, en paritair samengesteld uit leden van de directie en van de medische raad). (AV)

- De meeste disciplines zijn per dienst geassocieerd. De meeste diensten/associaties vergaderen maandelijks (stafraad). In de meeste gevallen zijn deze associaties campusoverschrijdend, maar er is weinig financiële solidariteit tussen de disciplines onderling. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis vertoont een levendig ethisch discours. Het lokaal ethisch comité kwam in 2010 18 keer bijeen, en behandelde naast 71 studies ook 16 ethische vragen. Realisaties van de laatste jaren omhelzen onder andere een advies betreffende het beleid van het ziekenhuis omtrent het levenseinde (ontwikkeld via een werkgroep met vertegenwoordigers van het ethisch comité en de raad van bestuur en met inspraak van het palliatief support team), een advies en bijhorende procedures betreffende zwangerschapsonderbreking, de ontwikkeling van een DNR-procedure voor de communicatie rond therapeutische beperkingen. **(SP)**  
Aanbeveling om adviezen breder te verspreiden. **(Aanb)**
- Daarnaast zijn er nog heel wat andere adviesorganen, commissies, comités en werkgroepen actief. Naast een aantal wettelijk geregelde (ondernemingsraad, MFC, MMC, CPBW...), gaat het ondermeer om:
  - de Bouw- en Masterplancommissie,
  - de Solidariteitscommissie,
  - de commissie rampenplan,
  - de Bibliotheekcommissie,
  - het Comité Patiëntveiligheid,
  - de Commissie Enterale en Parenterale Voeding,
  - de Commissie Communicatie en Informatica,
  - de Commissie Statuten,
  - de commissie beddenverdeling,
  - de Rapporteringscommissie Ombudsdienst,
  - de Werkgroep beleidsinformatie,
  - de Werkgroep Wondzorg,
  - de Werkgroep Ziekenhuispastoraal **(AV)**
- Er bestaat voor een aantal beleidsorganen een taakomschrijving (bv. algemene vergadering, raad van bestuur, zorgcomité...). Vaak gaat het om een overname van de wettelijke bepalingen, zonder veel aanpassing aan de lokale situatie en context, of is de beschrijving uitermate summier (bv. overleg geneesheren-diensthoofden) en de verschillende beschrijvingen zijn verspreid aanwezig (jaarverslag, statuten, algemene regeling...). Aangezien de organisatie een mengeling is van een klassieke structuur met een gekantelde structuur (zorgcomité, zorgprogramma's en projecten), met specifieke aanpassingen per campus (campuscoördinator Asse, zorgcoördinator Asse) is het belangrijk om de structuur beter te expliciteren zodat voor alle medewerkers en belanghebbenden duidelijk is hoe de verschillende organen zijn samengesteld, wat de taken zijn, de frequentie van vergaderen, de onderlinge samenhang... We bevelen aan om het managementsysteem beter te beschrijven en deze beschrijvingen ruim toegankelijk te maken. **(Aanb)**

## 3.2 Organisatiestructuur

- Het ziekenhuis heeft de klassieke departementale indeling deels verlaten ten gunste van een organisatie rond zogenaamde zorgprogramma's. Tegelijkertijd probeerde men te evolueren naar een "bicefale" aansturing, waarbij de leiding berust bij een duo. Dit principe wordt doorgetrokken tot op directieniveau, waar de algemeen directeur een duo vormt met de medisch directeur. Op niveau van de zorgprogramma's is er telkens een (medische) programmadirecteur en een (paramedische, meestal verpleegkundige) programmamanager. De meeste gewone heekkundige en inwendige diensten maken geen deel uit van een zorgprogramma, en worden op de klassieke manier aangestuurd (lijnhiërarchie met verpleegkundig directeur, een middenkader voor een cluster van afdelingen en hoofdverpleegkundigen per afdeling). Op medisch vlak wordt er onderscheid gemaakt in drie medische departementen: een heekkundig departement (met 10 diensten), een inwendig (met 14 diensten) en een medisch-technisch departement (met 8 diensten). Aan het hoofd van de eerste twee departementen staat een geneesheer-departementshoofd, per dienst is er een geneesheer-diensthofd. Daarnaast zijn er (medische) programmadirecteurs die de leiding hebben over een zorgprogramma en clusterartsen per afdeling. (AV)

Onder andere door deze mix van organisatiestructuren is het organogram op de werkvloer onvoldoende duidelijk. Oude en nieuwe benamingen worden door elkaar gebruikt, medische aansturing is niet steeds duidelijk. Bepaalde verantwoordelijkheden uit het organogram worden in de praktijk door anderen opgenomen. De functie clusterarts ontbreekt in het organogram maar de benaming wordt op de werkvloer gebruikt. (TK)

- De geneesheren-diensthofden kwamen in 2010 4 keer samen. Deze vergaderingen dienen vooral om informatie top-down te verspreiden. De communicatie in de andere richting gebeurt vooral via individueel overleg met de medisch directeur naar aanleiding van de jaarlijkse strategische bespreking in aanwezigheid van een delegatie van de raad van bestuur, de medische raad en het directiecomité. (AV)

## 4      **Beleid en strategie**

---

### 4.1    **Beleidscyclus**

- Missie, visie en waarden werden in 2008 herwerkt en in 2010 geactualiseerd vanuit de directie, raad van bestuur, medische raad en daarna top-down verspreid naar de medische disciplines en diverse geledingen binnen het zorgdepartement. Op medisch vlak werd deze missie en visie in 2010 bv. samen met de beleidsbevraging rondgestuurd naar de medische diensthoofden met de vraag of de dienst zich kon vinden in de gewijzigde visie. (AV)

- De medische diensten krijgen jaarlijks een aantal cijfergegevens teruggekoppeld over de werking van hun dienst. In de toekomst wil men deze cijfers opnemen in een balanced score card en die op meer regelmatige basis terugkoppelen. In 2005-2006 en 2010 verspreide de medisch directeur een vragenlijst teneinde een meer uitgebreide bevraging te doen. Er werd gepeild naar tekorten in het medisch zorgaanbod, subspecialisering, de evolutie voor de komende jaren, investeringen, kwaliteitsbeheersing, de ziekenhuisinfrastructuur, sterktes en zwaktes van het ziekenhuis...

Nadat de teruggekoppelde gegevens binnen de dienst besproken zijn volgt een bespreking door de medisch directeur met een afvaardiging van de raad van bestuur en de medisch raad met het betrokken diensthoofd, waarbij het gevoerde beleid van het voorbije jaar aan bod komt en het gewenste beleid vanwege de dienst en vanwege het ziekenhuis aan elkaar afgetoetst wordt. Finaal volgt een bespreking op het niveau van het directiecomité en de raad van bestuur waarbij het beleid wordt vastgelegd voor het komende jaar. (AV)

Bij dit beleidsproces gaat er te weinig aandacht naar de beleidsmatige noden, wensen, behoeften en verlangens van de zorgverleners en naar de afstemming van dit beleid met de ondersteunende diensten. Op verpleegkundig en paramedisch vlak is er bv. alleen een beperkte inbreng via de programmamanagers die bij de bespreking op dienstniveau aanwezig zijn. Diensten die geen programmamanager hebben, blijven bij dit proces buiten beschouwing.

Uit de personeelsbevraging en uit de gesprekken tijdens de audit bleken verpleegkundigen op sommige afdelingen/diensten niet op de hoogte te zijn van mogelijke beleidsopties die een directe weerslag op hun werking konden hebben. (TK)

- Het jaarverslag van de instelling (2009) bestaat voor een groot deel uit cijfermateriaal, zoals dat ook naar de diensten wordt teruggekoppeld (MKG / MZG, activiteitscijfers), zonder bespreking. Een bespreking van de realisaties van het voorbije jaar is beperkt en gaat over de bibliotheekwerking, de apotheek, de werking van het comité ziekenhuishygiëne, de raad van bestuur, de algemene regeling, de opening van de nieuwbouw, de groei van het medisch aanbod (nieuw in dienst getreden artsen), de nieuwe huisstijl, de informatisering, de netwerking in binnen- en buitenland, een koninklijk bezoek en de medische referentiecentra.

Behalve dit laatste ontbreekt iedere bespreking van de medische activiteit en voor de realisaties van de andere departementen is er onvoldoende aandacht. Er worden geen kwaliteitsindicatoren besproken in dit jaarverslag. **(TK)**

Er wordt eveneens een jaarverslag van de ziekenhuisgroepering met Dendermonde en Ronse opgesteld, waarin verslag wordt gebracht van de historiek van de groepering, de medische aangelegenheden, de niet-medische en ondersteunende diensten, de erkenningsgegevens van de 3 ziekenhuizen en hun activiteitscijfers. **(AV)** Ook hier komt het verpleegkundig, paramedisch en kwaliteitsgebeuren quasi niet aan bod. **(TK)**

Van de medische diensten en zorgprogramma's bestaan de jaarverslagen uit de bundeling van financiële, MKG- en activiteitsgegevens, die gebruikt worden voor het jaarlijks strategisch overleg. **(AV)**

## 4.2 Lerende omgeving

### Beleid en strategie

- Kwaliteitsbeleid is onvoldoende organisatiebeleid. **(TK)**
  - Kwaliteit en verbetercultuur wordt niet vernoemd in de missie en visie van het ziekenhuis.
  - Kwaliteitsbeleid wordt vaak te eng geïnterpreteerd (als innovatie) en spitst zich toe op de topklinische zorg.
  - Kwaliteitsbeleid / verbetercultuur is onvoldoende gelinkt met de strategische doelstellingen en niet geïntegreerd in de beleidscyclus.
  - Er is geen ziekenhuisbreed kader waarbinnen kwaliteit de nodige aandacht en gedragenheid krijgt. Nu zijn de kwaliteitsinitiatieven nog te veel losstaande en individuele verbeteracties.
  - Sommige projecten worden hierdoor niet opgestart of onvoldoende tot een einde gebracht. Een aantal doelstellingen uit het verleden werden niet structureel opgevolgd of waren eerder vrijblijvend van aard (o.a. de imagoverbeteringen voor de huisartsen), andere doelstellingen hadden niet steeds een gerichte timing of duidelijk tijdspad (waardoor ze laat van start gingen).
  - Er is op afdelingsniveau onvoldoende een verbetercultuur zichtbaar. Men houdt onvoldoende cijfers bij, of men bekijkt de beschikbare cijfers onvoldoende. Op een aantal afdelingen zijn er geen verbeterprojecten lopende, zijn er geen jaarverslagen of beleidsplannen. Sommige knelpunten zijn al lang (soms jaren) gekend en worden niet opgelost ... Sommige kwaliteitsinitiatieven zijn goed geconcipieerd en hebben geleid tot tastbare verbeteringen in de zorg (bv. patiënteneducatie en predialyse, procedureboek oncologie). **(SP)**
- In verschillende overleg- en bestuursorganen wordt er gewerkt aan kwaliteit. Daarvan zijn de belangrijkste: **(AV)**
  - het zorgcomité (stuurgroep & resonantiegroep). De stuurgroep en resonantiegroep hebben verschillende samenstellingen. Zo is de stuurgroep voornamelijk samengesteld uit directie en leidinggevend en doet voorstellen tot het initiëren van nieuwe zorgprogramma's en

geeft sturing. De resonantiegroep (o.a. apotheker, team kwaliteit...) heeft geen taken op vlak van sturing en beleid. Zij waakt vooral over de dagelijkse operationele beleidsvoering voor alles wat betreft zorg en rapporteert adviezen en aanbevelingen m.b.t. de zorg aan het directiecomité.

- Het medisch beleidscollege waakt, samen met de medische raad, o.a. over het aanbod en de kwaliteit van de verstrekte geneeskundige zorgen, stimuleert en initieert onderzoek en nieuwe ontwikkelingen en adviseert over de introductie van nieuwe technieken en technologie.
- De kwaliteitscoördinator en het team Kwaliteit en Patiëntveiligheid verrichten ziekenhuisbrede taken rond kwaliteitsverbetering in de zorg. Zij rapporteren aan de algemeen en medisch directeur.
- Het Comité patiëntveiligheid voor de opvolging en analyse van de incidenten.
- Centraal voor het ziekenhuis is in 2008 een auditcomité opgericht, met hierin vertegenwoordiging van de directie en de raad van bestuur. Dit auditcomité bekijkt een aantal risico's op ziekenhuisniveau en doet voorstellen naar verder onderzoek en analyse.
- Ziekenhuisbreed wordt ook gebruik gemaakt van een proces-engineer, die zich toelegt op het analyseren van processen (risico-analyses en LEAN-principes).

Het team kwaliteit en patiëntveiligheid heeft onvoldoende inbreng in het beleid en sturing van het ziekenhuis. **(TK)** Momenteel heeft het team kwaliteit enkel een taak naar informatieoverdracht. Deze informatiedoorstroming verloopt niet steeds optimaal. Het team kwaliteit ondervindt een tekort aan gedragenheid vanuit het beleid. Het team kwaliteit zou ook qua samenstelling meer slag- en draagkracht hebben, indien alle medewerkers (gelinkt met kwaliteit en risico-analyse) formeel en gestructureerd samengebracht worden, zoals de verpleegkundig directeur, de projectmanagers, de proces-engineer... **(Aanb)**

- Binnen het ziekenhuis is reeds in 2001 gekozen voor een Balanced Score Card als kwaliteitsmanagement systeem. **(AV)** Ongeveer 10 jaar later is de BSC nog onvoldoende geïntegreerd en toegepast in de organisatie. De oorspronkelijke visie en filosofie van de BSC om de strategie en de doelstellingen binnen de instelling mee vorm te geven (op de verschillende niveaus) en de nagestreefde resultaten te objectiveren, is gedeeltelijk verlaten. De Balanced Score Card wordt momenteel hoofdzakelijk gezien als instrument om boordtabellen aan te maken. **(AV)**  
Binnen de BSC zijn de modules m.b.t. activiteitengegevens, financiële gegevens en MKG-gegevens reeds uitgewerkt en de resultaten van o.a. patiënttevredenheid en absenteïsme werden ook recent opgenomen.  
We bevelen aan de module m.b.t. klinische performantie (verder) uit te werken en als volwaardig beleids- en sturingsinstrument vorm te geven en te bewaken. **(Aanb)**  
We bevelen aan om het kwaliteitssysteem uit te schrijven met inbegrip van verantwoordelijkheden, taken, visie... **(Aanb)**

- Bij de introductie van de nieuwe organisatiestructuur (2007-2008) heeft projectwerking een prominente plaats gekregen binnen het organogram. Er is een structuur van projectmanagement uitgewerkt. **(SP)** In een jaarlijkse cyclus van ‘aanvraag’ tot ‘in uitvoering’, worden ziekenhuisbrede projecten opgestart en opgevolgd. De opvolging van de verschillende projecten gebeurt via het directiecomité. Voor elk project dat goedgekeurd is, worden een projectsponsor (directielid) en projectleider (projectmanager) aangesteld. Projectleiders hebben een specifieke opleiding ‘projectmanagement’ (incl. projectmethodiek) gekregen en rapporteren op afgesproken tijdstippen volgens afgesproken richtlijnen. Hiervoor zijn binnen sharepoint verschillende sjablonen voorzien.
- Binnen de stuurgroep van het zorgdepartement is begin 2010 een SWOT-analyse uitgevoerd, die als basis gediend heeft voor het uitschrijven van het jaaractieplan en doelstellingen 2010-2012 van het Zorgcomité. Deze doelstellingen worden geconcretiseerd via werkgroepen die samengesteld zijn uit programmamanagers, diensthoofden en hoofdverpleegkundigen. **(AV)**
- Keuzes en beslissingen inzake kwaliteit kunnen op de 3 niveaus genomen worden: **(AV)**
  - Centraal niveau (top): organiseren van kwaliteits14-daagse, uitrollen van projecten die aan bod komen tijdens deze kwaliteits14-daagse (bv. incidentmeldingssysteem, procesanalyses, EWS, skillslab reanimatietechnieken...).
  - Mesoniveau (midden): elke programmamanager of diensthoofd kan binnen zijn cluster van diensten keuzes maken en beslissingen nemen (bv. protocol valpreventie binnen geriatrische diensten, borstvoedingsprotocol, kindvriendelijk ziekenhuis, jaaractieplannen binnen de cardiologische afdelingen...).
  - Decentraal niveau (down): elke hoofdverpleegkundige kan, in overleg met zijn diensthoofd of programmamanager, kwaliteitsprojecten opstarten (bv. zorgpad hartfalen, verbeteracties vanuit de decentrale meldcommissies...).
- Sinds 2010 werd een ziekenhuisbreed elektronisch incidentensysteem geïnstalleerd. Nog niet alle afdelingen werken met het meldsysteem. Opleidingsdagen rond het thema worden momenteel georganiseerd, waarbij dieper wordt ingegaan op het systeem en het opstarten (in 2011) van decentrale meldcommissies en het analyseren van incidenten (o.a. Prisma). Zolang het systeem nog niet volledig geïmplementeerd is, blijft het FONA-systeem bestaan. Het managen van verbetermaatregelen zal enerzijds lokaal op afdelingsniveau gebeuren, waar de decentrale meldcommissies verbetermaatregelen kunnen voorstellen en uitwerken binnen de eigen afdeling (specifieke opleidingen zullen in 2011 ook worden georganiseerd). Om ziekenhuisbrede tendensen met betrekking tot risicovolle zorg te kunnen ontdekken en naar aanleiding hiervan gerichte verbeteracties te kunnen implementeren, zullen er in de toekomst specifieke werkgroepen opgestart worden (bv. rond vallen, medicatie...). **(AV)**  
Er is een charter ‘veilig melden van (bijna) incidenten’ uitgewerkt en een folder ‘veilig melden’. **(SP)**  
Feedback over de incidentmeldingen zal in de toekomst (in 2011) gebeuren aan de



verschillende decentrale meldcommissies op afdelingsniveau, het comité patiëntveiligheid, het zorgcomité, het directiecomité, de medische raad, de ondernemingsraad, de raad van bestuur en eventuele ziekenhuisbrede werkgroepen (bv. agressie, medicatie, vallen).

Voor deze verschillende doelgroepen zullen rapporten worden ontwikkeld (het systeem voorziet dat bv. afdelingen zelf deze rapporten automatisch kunnen genereren). **(AV)**

Een aantal voorbeelden van verbeteracties zijn o.a. preoperatieve vragenlijst voor kinderen, early warning system... **(SP)**

## Processen

- Risico's in de zorg worden opgespoord via verschillende kanalen **(AV)**:
  - in kaart brengen van processen (bv.: slaaplabo, transfer van een patiënt van IZ naar verpleegafdeling, van een dagopname...) en dit met behulp van observaties, dossieranalyse, interviews, enz.
  - uitschrijven van procedures, staande orders, werkinstructies (met hierin aandacht voor risico's en patiëntveiligheid o.a. procedureboek oncologie)
  - meldingen van incidenten en analyse van incidenten (in de toekomst decentraal + centraal tendensen genereren)
  - door klachten
  - door SWOT-analyses op afdelingen (bv. cardiologie, geriatrie)
  - kwaliteitskringen op afdelingsniveau (bv. kinderafdeling)
  - interdisciplinaire en dienstoverschrijdende werkgroepen
  - op sommige afdelingen gebeuren interne audits over procesflow en werkorganisatie (bv. neurologie C7). **(SP)**

Eén van de projecten die in 2011 zullen opgestart worden, zijn safety-rounds, waarbij leidinggevend en/of projectbegeleiders van één afdeling op een andere afdeling gaan kijken hoe veilig de zorg daar wel/niet verloopt. Hieruit kunnen zowel verbeterpunten gedistilleerd worden voor de ontvangende (geauditeerde) afdeling als voor de auditerende zorgverlener. **(AV)**

- Binnen het kwaliteitsdecreet werden de voorbije jaren een aantal doelstellingen uitgewerkt: **(AV)**
  - de periodieke evaluatie van de klinische performantie: organisatie van de diabetesregeling in het ziekenhuis, multidisciplinair benaderen van de osteoporose-problematiek en een zorgpad voor chronische nierinsufficiëntie en predialyse begeleiding.
  - de periodieke evaluatie van de operationele performantie : uitwerken van de bestelprocedure.
  - de periodieke evaluatie door de gebruikers: tevredenheidsonderzoek over de maaltijden en een imago-onderzoek bij de huisartsen uit de regio.

- de periodieke evaluatie door de medewerkers: registratie van het absentieïsme in het ziekenhuis en een bevraging van de organisatiecultuur en de tevredenheid bij de medewerkers.
- Op het vlak van de klinische performantie gebeurt er weliswaar een bespreking van een aantal klinische en andere indicatoren (o.a. feedback van de klinische performantie-indicatoren van de Vlaamse overheid en SWOTs o.b.v. de strategische besprekingen met elke medische discipline), maar is er geen alomvattende sterkte-zwakke analyse van alle aspecten van de klinische zorg binnen het ziekenhuis. **(Aanb)** De link tussen de gekozen klinische verbeterdoelstellingen binnen het kwaliteitshandboek en de gevoerde SWOTs is niet duidelijk.
- We bevelen aan om ook de artsen specifiek te bevragen naar noden en behoeften binnen het domein van de zelfevaluatie door de medewerkers. **(Aanb)**
- Sinds 2008 heeft men gekozen om de algemene patiëntenbevraging, zoals die al sinds 1996 bestond, te herwerken en in samenwerking met een externe firma te organiseren om benchmarking met andere ziekenhuizen mogelijk te maken. Men is momenteel bezig de teruggekoppelde informatie via OLV connect (intranet) aan alle afdelingen (op maat) te bezorgen. **(AV)** Momenteel is er geen gestructureerde opvolging van de verbeteracties op afdelingsniveau die volgen uit de algemene patiëntenbevragingen. **(TK)**

## Resultaten

- Op dit moment worden een aantal feedbackrapporten gefinaliseerd voor verpleegafdelingen én medische disciplines. Deze maandelijkse rapporten geven vooral een overzicht van activiteitengegevens, maar naar de toekomst moeten deze rapporten aangevuld worden met verbruik van steriel en niet-steriel materiaal, verbruik linnen, enz. Op die manier is het de bedoeling om alle leidinggevend en artsen te informeren en te sensibiliseren. **(AV)**
- Rond nieuwe initiatieven en projecten worden (vaak ziekenhuisbreed) specifieke opleidingen voorzien, o.a. specifieke opleiding projectmanagement, voor het melden en analyseren van incidenten worden specifieke opleidingen georganiseerd per afdeling, decentrale meldcommissies starten op onder supervisie en begeleiding van het team kwaliteit en patiëntveiligheid, voor optimalisatie van processen zijn specifieke opleidingen procesmapping en procesanalyse gegeven, er is een introductie mindmapping en een opleiding leidinggeven met als doel de communicatie ten aanzien van hun team en de teamwerking te bevorderen... **(SP)**
- Verschillende diensten hebben een eigen kwaliteitscoördinator (o.a. labo en de medische beeldvorming. Men wil dit ook voor radiotherapie en nucleaire geneeskunde invoeren). De kwaliteitscoördinator is betrokken om het overzicht van deze initiatieven te bewaken en methodologisch ondersteuning te geven.

- Het ziekenhuis beschikt over een ISO 15189 voor het labo en een ESF-award voor de HR-activiteiten. **(SP)** Nucleaire, radiotherapie en medische beeldvorming streven momenteel ook een ISO-label na. Het ziekenhuis wil een JCI-accreditatie behalen. **(AV)**

### 4.3 Formele afspraken

- Er zijn geen afspraken met het operatiekwartier vastgelegd die garanderen dat patiënten in daghospitalisatie voorrang krijgen op patiënten in klassieke hospitalisatie. **(NC)** Met het zorgprogramma voor kinderen bestaat er geen overeenkomst die bepaalt dat kinderen in daghospitalisatie voorrang krijgen bij de planning van operatieve ingrepen op kinderen in gewone hospitalisatie en dat kinderen voorrang krijgen op volwassenen. **(NC)**
- De algemene regeling dateert van 26/11/1992, met wijzigingen overeenkomstig de adviezen van de medische raad van 4/5/2004, 12/12/2006, 23/01/2007, 22/05/2007, 14/06/2010 en de beslissingen van de Raad van Bestuur van 26/08/2004, 25/01/2007, 22/02/2007, 28/06/2007 en 24/06/2010. Het medisch reglement maakt deel uit van de algemene rechtsregeling. De financiële regeling dateert van 26/02/2008 en is geldig van 1/1/2009 tot en met 31/12/2018. **(AV)**
- Het medische reglement werd op dienstniveau enkel uitgewerkt op spoed en het operatiekwartier. **(AV)** Het medische reglement wordt best voor alle diensten specifiek verder uitgewerkt door de medische diensthoofden, zoals voorzien werd in het medisch reglement (+sjabloon). Hierin kunnen bv. afspraken vermeld worden betreffende zaalrondes en interprofessioneel overleg. **(Aanb)**
- Het operatiekwartier beschikt niet over een campusoverschrijdend huishoudelijk reglement, de bestaande documenten zijn zeer summier en vaag. Het reglement van inwendige orde dateert van 1/1/2002 en is aan actualisering toe. **(Aanb)**
- Er bestaat geen suïcidepreventieplan op ziekenhuisniveau. **(TK)** Er is enkel secundaire preventie op basis van een nazorgtraject voor suïcidepogers **(IPEO)**.
- Niet van alle verpleegkundige en medische dienstvergaderingen worden vergaderverslagen opgemaakt (bv. 4 dienstvergaderingen in 2010 op C4, maar slechts één verslag voor dat jaar). **(TK)**

## 5 Middelen

---

### 5.1 Infrastructuur

- Qua brandveiligheid beschikt het O.L.Vrouwziekenhuis
  - voor de campus in Aalst over een verslag van de brandweer van 22/11/2010 en een attest van de burgemeester van 29/11/2010;
  - voor de campus in Asse over een verslag van de brandweer van 13/08/2010 en een attest van de burgemeester zonder datering;
  - voor de campus in Ninove over een verslag van de brandweer van 17/05/2010 en een attest van de burgemeester van 26/08/2010. (AV)
  
- Het ziekenhuis exploiteert een PET-scanner die niet erkend is. (NC)
  
- Sinds 2004 heeft men de campus Aalst grondig gerenoveerd en uitgebreid, in overeenstemming met het op 18 december 1997 goedgekeurde zorgstrategische plan. De nieuwbouw bevat een nieuwe centrale inkomhal die vanuit de ondergrondse parkeergarage (voor ongeveer 700 wagens) vlot te bereiken is. Aan de ene kant is er een vleugel voor poliklinische activiteiten, een dagkliniek en een verpleegafdeling cardiologie en CCU. Aan de andere kant van de inkomhal kregen de diensten fysiotherapie, nucleaire geneeskunde, nierdialyse en cathlab een onderkomen, terwijl het operatiekwartier en de keuken eveneens sterk werden uitgebreid. Het restaurant maakt deel uit van het nieuwe geheel, net als enkele winkeltjes en een cafetaria. Door de verbouwing heeft men er voor gezorgd dat er een betere scheiding kwam tussen het traject van de ambulante patiënten en dat van de gehospitaliseerden en dat onderzoeken dicht bij de verpleegafdelingen kunnen doorgaan. (SP)  
Oudere afdelingen vormen een schril contrast met de nieuwe. Volgende tekorten werden opgemerkt: (TK)
  - Sommige afdelingen zijn de laatste 30 jaar niet meer gerenoveerd en zijn slecht onderhouden.
  - Sommige afdelingen zijn niet afgestemd op de doelgroep (G, PAAZ).
  - De sanitaire cel van meerpersoonskamers is niet rolstoeltoegankelijk. Het toilet bevindt zich achter een schuifdeur.
  - Er is geen oproepsysteem voorzien aan de wastafels.
  - Er is een gebrek aan gespreksruimtes en aan bergruimtes, waardoor vuil en proper materiaal niet gescheiden wordt.
  - Op de afdeling C4 is er een ernstig tekort aan bergruimte, dit houdt risico's in naar de veiligheid voor patiënten. De propere linnenkamer is tevens ontspannings-/vergaderlokaal van het personeel waarin zich een personeelstoilet bevindt. Vuil linnen wordt in een onafgewerkte technische ruimte opgeslagen. Een ander technisch lokaal wordt als berghok voor materieel gebruikt. Aan dit lokaal hangt een mededeling van een jaar geleden dat omwille van brandveiligheid het lokaal moet vrijgemaakt worden, dit gebeurde nog steeds niet. De douche voor

patiënten is gelegen in een onderzoekskamer die ook dienst doet als bergruimte, wanneer patiënten willen douchen moet men eerst het materiaal verplaatsen. De verpleegpost is overvol en onoverzichtelijk.

- Op verschillende afdelingen werden volle losse zuurstofflessen gevonden. (NC)
- Sommige dienstliften zijn erg krap, een patiënt in bed kan er amper mee vervoerd worden.
- Op kamers ondervinden veel patiënten last van tocht.

De campus Asse is sterk verouderd. (TK) Op 21/01/2005 werd een beperkt zorgstrategisch plan goedgekeurd met betrekking tot de dringende brandveiligheidswerken. Volgende tekorten werden vastgesteld: (TK)

- op alle afdelingen is er gebrek aan bergruimte en aan technische ruimten (vuile en propere utility's, ruimte voor het onderhoud)
- er zijn geen bureaus voor de hoofdverpleegkundigen
- de patiëntenkamers zijn te klein en te slecht ingedeeld om aan de huidige verwachtingen van privacy en comfort te kunnen voldoen (1 niet rolstoeltoegankelijk toilet in meerpersoonskamers, lavabo in de kamer, alle kasten naast het bed van eenzelfde patiënt, geen plaats voor een derde stoel op de driepersoonskamers).
- Sommige tweepersoonskamers worden als driepersoonskamers gebruikt.
- Er werden schimmels gezien ten gevolge van lekkende afvoerbuizen, openliggende koker met elektriciteitsleidingen, de vloeren en muren vertonen grote barsten, ook in het operatiekwartier...

De verpleegafdeling VE5 heeft geen badkamer. Patiëntenkamers hebben een wastafel en toilet. De gemeenschappelijke badkamer is in ombouw tot een dokterslokaal. Een vroegere douche zal geherinstalleerd worden.

- Badkamers zijn niet steeds rolstoeltoegankelijk.
- Er is geen oproepsysteem voorzien aan de wastafels.
- Op sommige afdelingen waar verwarde patiënten verblijven zijn er onvoldoende mogelijkheden inzake toegangscontrole. Zo is er op de verpleegafdeling een lift en een deur naar een trappenhal.
- De dagkliniek oncologie is een driepersoonskamer waarin 5 zetels werden geplaatst. Deze kamer is erg ongezellig en men beschikt er niet over comfortabele zetels voor de oncologische patiënten die er chemotherapie krijgen. Er is onvoldoende mogelijkheid om de privacy te waarborgen.

Voorlopig lopen onderhandelingen met de federale en Vlaamse overheid over welke weg men het best kan bewandelen. Tot op heden was het zo dat het gebouw geen eigendom was van de vzw en voor minder dan 20 jaar in erfpacht was gegeven. Hierrond heeft men met de eigenaar een overeenkomst bereikt zodat men het gebouw binnenkort helemaal kan verwerven. (AV)

- De campus in Ninove heeft een herconditionering achter de rug die geslaagd te noemen is. Het dagziekenhuis en operatiekwartier en de Sp-afdeling maken een gezellige indruk. De gangen op de verpleegafdeling nodigen de mensen uit om er rond te lopen en ervaringen uit te wisselen op de verschillende zitplaatsen. Kine en

ergo lokalen liggen in een zijgang van de afdeling, nabij het bureau van de artsen en de paramedici. (SP)

- De aankoop en het periodiek onderhoud van toestellen wordt centraal opgevolgd door de materiaalverantwoordelijke binnen het middenkader. (AV)  
Niet alle medisch materiaal (bv. bloeddrukmeters) wordt periodiek gecontroleerd en onderhouden. (TK) Voor sommige materialen wordt de technische dienst enkel bij defecten op vraag van de hoofdverpleegkundige ingeschakeld. Sommige hoofdverpleegkundigen vragen op systematische basis een controle van het materiaal op hun afdeling aan. (AV)
- Men streeft in het kader van patiëntveiligheid uniformiteit van apparatuur na. (AV)  
Zo schakelt men geleidelijk aan (bij nieuwe aankopen) over op eenzelfde merk monitors voor de dienst cardio / CCU. Er is echter geen afstemming binnen het ziekenhuis tussen alle kritieke diensten. (Aanb)

## 5.2 Patiëntendossier

- Het patiëntendossier bestaat uit verschillende delen die onvoldoende geïntegreerd zijn. (TK) Men maakt voor eenzelfde patiënt zowel gebruik van elektronische gegevens als van papieren documenten.
  - Binnen het O.L.Vrouwziekenhuis beschikt men over een elektronische resultatenviewer, het CMD.
  - De meeste artsen gebruiken een papieren medisch dossier.  
Sommige medische disciplines werken met een eigen elektronische applicatie (DMD = dienst medisch dossier). Zo gebruiken de pneumologen QDreport en de gastro-enterologen Medar.
  - Verpleegkundigen noteren in een papieren zorgdossier.
  - Fysiotherapeuten, kinesitherapeuten en ergotherapeuten gebruiken de elektronische applicatie Revapro. Andere artsen en verpleegkundigen hebben meestal geen toegang tot de gegevens in deze applicatie.  
Ergotherapeuten schrijven vaak een bijkomend verslag in het papieren verpleegdossier. Kinesitherapeuten schrijven niets of weinig (bv. op geriatrie en op de Sp-dienst) in het verpleegdossier.
  - Logopedisten houden van iedere patiënt een verslag bij in QD-report.  
Waar zij dit nodig vinden schrijven zij een verslag of tips in in het verpleegdossier (bv. i.v.m. dysfagie). Soms maken zij ook een verslag voor de aanvragende arts. Voor de rest gebeurt de informatieoverdracht aan zorgverleners of patiënten mondeling.
  - De andere disciplines, zoals de psychologen en de sociale dienst hebben elk een eigen papieren dossier dat niet op de afdeling waar de opgenomen patiënt verblijft, wordt bewaard.
    - Psychologen schrijven soms een verslag in het verpleegkundig dossier.
    - Sociale dienst noteert niet in het verpleegdossier. Er is enkel een mondelinge briefing. Soms noteert de verpleegkundige dit achteraf in het dossier.
  - Medicatiefiches worden apart op papier genoteerd.

Op sommige afdelingen maakt men gebruik van een multidisciplinair patiëntendossier: **(SP)**

- Op de psychiatrische afdelingen wordt door alle disciplines gebruik gemaakt van het elektronisch dossier Psydos.
- Op één gastro-enterologische verpleegafdeling (X3Z) gebruiken alle disciplines, artsen, verpleegkundigen, psycholoog en sociaal verpleegkundige, een zelfde elektronisch zorgendossier, Medar.
- Op geriatrie werkt men met een multidisciplinair samengesteld papieren zorgendossier. Medische gegevens staan in het verpleegkundig dossier en het medische dossier is daarnaast ook volledig ter beschikking. In het verpleegdossier is er verder ruimte voor de ergotherapeut, logopedist, sociaal verpleegkundige en kinesist om hun observaties te noteren.
- Op de dialyse-eenheid campus Aalst werkt men met een elektronisch patiëntendossier (geïntegreerd medisch – verpleegkundig) dat zowel op de decentrale verpleegpost als aan bed van de patiënt geraadpleegd kan worden. Parameters worden automatisch ingelezen. Afwijkende waarden worden gevisualiseerd (rood blokje). De voortgang van de dialyse is duidelijk zichtbaar. Daarnaast beschikt men over een programma dat een aantal relevante parameters en resultaten bundelt (vooraf opgestelde sjablonen, linken met bv. labo) in het kader van opvolging.
- Op spoed is er een medisch-verpleegkundig papieren dossier.

In de toekomst wil men overgaan tot de ingebruikname van één geïntegreerd multidisciplinair elektronisch patiëntendossier, een klinisch werkstation (KWS). **(AV)**

- Niet alle personeel is voldoende opgeleid om efficiënt gebruik te maken van de elektronisch beschikbare patiëntengegevens. **(TK)**
  - Sommige (hoofd)verpleegkundigen hebben onvoldoende kennis over het gebruik van CMD en hebben op die manier geen toegang tot de elektronisch beschikbare patiëntengegevens.
  - Op PAAZ zijn niet alle medewerkers op de hoogte van de mogelijkheid om CMD en Psydos te koppelen en zo de opname- en ontslagbrieven te importeren in Psydos, waardoor dit niet steeds gebeurt.
- Huisartsen kunnen inloggen via Hermes en zo de laboresultaten, de resultaten van medische beeldvorming en de ontslagbrieven van hun patiënten consulteren. **(AV)**

## 6 Medewerkers

---

### 6.1 Personeelsbeleid

- Er zijn op moment van de audit 1974 mensen actief binnen het zorgdepartement van het ziekenhuis. Hiervan zijn er 1063 (54 %) verpleegkundigen, waarvan 720 bachelors. 55% van de verpleegkundigen werkt deeltijds. (AV)
- Momenteel zijn er voor alle functies functieomschrijvingen en competentieprofielen uitgewerkt, met aandacht voor differentiatie (functiegebonden: hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, zorgkundige, paramedische functies, spelbegeleiding...) . (SP) We bevelen aan om deze in tweede instantie voldoende te differentiëren naar de afdelingsspecifieke functies die opgenomen worden. (Aanb)
- Functioneringsgesprekken gaan meestal niet door. (TK) Op sommige afdelingen gebeurde dit vroeger wel, maar is dit wegens de hoge werkdruk stilgevallen. Momenteel is er een project gestart om functioneringsgesprekken tweemaal per jaar door te laten gaan. Hoofdverpleegkundigen krijgen opleiding over het voeren van functioneringsgesprekken en functiekaarten worden ontwikkeld. O.a. op basis van de vooropgestelde resultaatgebieden zal het functioneren besproken worden. (AV)
- Men beschikt over een procedure disfunctioneren. Deze is uitgewerkt in een stroomdiagram. (AV)
- Er werd er een systeem “klokkenluider” geïnstalleerd om mistoestanden aan te klagen. (AV)
- Exitgesprekken gaan door aan de hand van een standaard vragenlijst en worden gevoerd met de medewerkers die ingaan op de uitnodiging. In 2010 waren er dat 32 van de 95 binnen het zorgdepartement. (AV)
- Gezien de leeftijdscurve binnen het verpleegkundig departement (43% van de werknemers maakt aanspraak op ADV dagen; 17% maakt deels of volledig gebruik van de premie), is een leeftijdsbewust personeelsbeleid erg belangrijk om te anticiperen op de grote uitstroombeweging en het verlies van expertise om de continuïteit en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te kunnen waarborgen. (AV)
- Men neemt tal van initiatieven om verpleegkundigen / zorgkundigen optimaal te ondersteunen in de uitoefening van hun taak. (SP)
  - Op sommige afdelingen werd een audit en begeleiding georganiseerd om de organisatie van diensten te optimaliseren. We bevelen aan dit uit te breiden naar afdelingen met gekende knelpunten in de teamwerking en dit proactief op te starten. (Aanb)



- Er is aandacht voor ergonomie onder de vorm van bijscholing, werkgroep, aankoop van hulpmiddelen (actieve en passieve tilliften, glides, bedmotors ...). Op de geriatrische afdeling VE 2 op campus Asse start eerstdaags een project waarbij, naast opleiding, ook individuele begeleiding bij herintreden na rugklachten wordt voorzien.
  - Er is een aanbod voor personeelsleden na een emotionele gebeurtenis (individueel en groepsbegeleiding of debriefing). Dit aanbod is onvoldoende gekend op de werkvloer of niet toegankelijk. In 2010 werd 23 maal hierop beroep gedaan.
  - Tijdens de nachtdiensten worden er extra nachtverpleegkundigen en -zorgkundigen ingezet ter ondersteuning van de nachtverpleegkundigen op de afdelingen.
  - Een systeem van buizenpost werd geïnstalleerd voor bloedstalen en medicatie.
- Er werd in 2006 een arbeidstevredenheidsenquête (DELTA) afgenomen bij alle medewerkers. Hieruit bleek o.a. communicatie met de directie (openheid over beslissingen) een knelpunt te zijn. De resultaten werden door de verpleegkundige diensthoofden met de betrokken hoofdverpleegkundigen besproken en per afdeling werd er een werkvergadering gepland.  
Door een externe firma gebeurde er in 2008 een personeelsbevraging in het kader van “organisatie-identificatie en betrokkenheid van personeel en de impact op de perceptie van organisatie-identiteit”. De resultaten toonden aan dat verpleegkundigen en paramedici zich doorgaans als groep minder betrokken voelden bij het ziekenhuis, maar dat er een grote variatie binnen deze groepen is. Een gebrek aan jobsatisfactie bleek een belangrijke verklarende factor te zijn waarom bepaalde groepen personeel zich niet betrokken voelen. (AV)
  - Hoofdverpleegkundigen worden meer en meer gezien als managers van hun afdeling.
    - Er gingen tal van opleidingen door i.v.m. managementvaardigheden (operationeel leidinggeven, personeelsevaluatiesysteem, voeren van functioneringsgesprekken, team & selfempowerment)
    - Beleidsinfo wordt beperkt periodiek teruggekoppeld onder de vorm van een tabel en grafieken (o.a. maandelijks standaardverslag en driemaandelijks verslag met activiteitencijfers en personeelsgegevens). Gegevens inzake kwaliteitsparameters worden eveneens beperkt teruggekoppeld (decubitus, patiëntentevredenheid, gegevens ziekenhuishygiëne). Op vraag kunnen gegevens opgevraagd worden (bv. vorming). In de praktijk gebeurt dit zelden.  
In de praktijk wordt dit ondermijnd doordat hoofdverpleegkundigen soms mee in de zorg moeten staan en onvoldoende inspraak hebben in het beleid. (AV)
  - Per afdeling werd er in het verleden een minimale bestaffing bepaald. (AV) Hierbij wordt rekening gehouden met het opleidingsniveau. Er wordt eveneens rekening gehouden met piekmomenten in de zorg (bv. extra nachtdiensten, extra dagdiensten...).

De basisbestaffing is niet steeds meer in overeenstemming met het activiteitsniveau en de werkbelasting.

- Er wordt momenteel geen meetinstrument gehanteerd om de zorgzwaarte te objectiveren. Patiëntenprofiel en turnover worden niet steeds meegenomen in de berekening van de minimumbezetting.
- In totaal dienen ziekenhuisbreed 7184 ADV dagen toegekend te worden. Dit komt overeen met 33,6 VTE) ADV dagen worden niet structureel meeberekend in de minimumbezetting. Het aantal dagen is heel verschillend per afdeling. Op sommige afdelingen kan dit oplopen tot meer dan 400 ADV dagen per jaar (402 op IZ D3 en 407 op OK) dagen. Een zevental afdelingen moeten meer dan 200 dagen per jaar inpassen in de werkorganisatie.
- Er staan op moment van de audit in totaal 45685 overuren genoteerd (= 29 VTE). Het aantal per afdeling schommelt sterk: sommige afdelingen noteren geen enkel overuur, terwijl dit voor andere afdelingen sterk oploopt (4282 overuren op spoed = 2,7 VTE, 3686 overuren op de dialyse-eenheid = 2,3 VTE, 2588 overuren op C5 = 1,6 VTE)
- Van de referentieverpleegkundigen wordt verwacht dat ze hun taken tijdens hun shiften uitvoeren. Tijdens de momenten dat ze specifieke taken uitvoeren, zijn ze niet beschikbaar in de eigenlijke patiëntenzorg, wat extra werkdruk geeft voor collega's. Personeelstekort op de verpleegafdelingen, gecombineerd met de cumulatie van taken maakt het risico groter dat er keuzes gemaakt moeten worden, met een kwaliteitsdaling tot gevolg.
- Op sommige diensten zorgen extra taken buiten de afdeling voor een extra werkbelasting. Zo staan de verpleegkundigen van de afdeling cardiologie in voor de wondzorg bij cardiale patiënten op het dagziekenhuis. Wekelijks dienen ze hiervoor de afdeling gedurende twee uur te verlaten, wat een belasting is voor het personeel dat achterblijft op de afdeling.
- Er is onvoldoende aandacht voor taakuitzuivering.
  - Binnen het project CIPT werd onderzocht wat binnen het ziekenhuis de impact zou kunnen zijn van het centraal organiseren van het patiëntentransport en het elektronisch doorgeven van de opdrachten. (SP) Men zou hierdoor van 43% naar 15% van de tijdsbesteding bij verpleegkundigen kunnen evolueren. Dit werd nog niet geïmplementeerd.
  - Binnen het zorgdepartement worden er momenteel 16 VTE logistieke medewerkers ingezet. In totaal zijn er 1,18 VTE administratieve krachten op de afdelingen aanwezig. Op heel wat afdelingen worden niet zorggerelateerde taken nog door verpleegkundigen uitgevoerd (maaltijden opdienen, administratie...).
  - In de weekends en vakantieperiodes worden er jobstudenten ingezet in de zorg (7,7 VTE in 2010). Tweede- en derdejaars studenten verpleging voeren hierbij verpleegkundige technieken uit die ze tijdens de opleiding aangeleerd hebben (bv. spuitjes zetten, bloeddruk nemen...). (NC) Aangezien zij nog geen diploma verpleegkunde hebben, dienen ze

ingezet te worden als zorgkundigen en dient men aandacht te hebben voor taakoverschrijding.

- Er is aandacht voor differentiatie op de werkvloer. **(AV)**
  - Er zijn op specifieke diensten gespecialiseerde verpleegkundigen tewerkgesteld. Men streeft hierbij naar een hoog percentage binnen de afdelingen (IZ, spoed, geriatrie). **(SP)** Er worden veel mogelijkheden geboden om een BBT / BBB te behalen en behouden (opleiding tot het behalen, permanente vorming in het kader van behouden van de titel en een premie die wordt toegekend)
  - Men werkt met referentieverpleegkundigen (bv. ziekenhuishygiëne, geriatrie...). Zij werken hoofdzakelijk afdelingsgebonden. Voor sommige referentieverpleegkundigen is er een functiekaart uitgewerkt, maar niet alle referentieverpleegkundigen zijn hiervan op de hoogte. Het takenpakket niet steeds duidelijk (bv. referentieverpleegkundige geriatrie). Referentieverpleegkundigen zijn voor deze taken niet vrijgesteld van hun zorgtaken. **(Aanb)** We bevelen eveneens aan (gezien de verwachtingen inzake doorgeven van informatie en opleiden van collega's) om hen de nodige opleiding inzake didactische vaardigheden te bieden. **(Aanb)**
  - Momenteel werkt men met 7 “verpleegkundige specialisten” binnen het ziekenhuis en 6 verpleegkundige consulenten. (bv. hartfalen, stoma, diabetes, oncologie). **(SP)** Deze verpleegkundigen werken afdelingsoverschrijdend en staan soms ook in voor patiënteneducatie.
  - Er is momenteel nog geen actieve screening op high potentials. Een begeleidingstraject voor high potentials wordt verder ontwikkeld.
  
- Op basis van het aantal bedden, dient men te beschikken over een mobiele equipe van 21,9 VTE, waarvan 15,3 VTE verpleegkundigen en 6,7 VTE zorgkundigen. De mobiele equipe bestaat uit 34,78 VTE, waarvan 27,98 VTE verpleegkundigen en 6,8 VTE zorgkundigen. De mobiele equipe wordt ingezet om structurele tekorten tijdelijk op te vangen (bv. op geriatrie VE 2 campus Asse) en ook voor “onmiddellijke vervanging” (ziekte, ongeplande afwezigheid). Beschikbaarheid blijkt op de werkvloer geen probleem te zijn.  
29 % van de mobiele equipe is momenteel op meer permanente wijze toegekend aan afdelingen wegens openstaande vacatures, verhoogde werkdruk of langdurige ziekte. Ook kritieke diensten kunnen beroep doen op de mobiele equipe (3 VTE). **(SP)**

## 6.2 Artsen

- In het ziekenhuis werken 324 artsen. Hiervan behoren er 248 tot het medisch kader, waarvan 53 senior-, toegevoegde of toegelaten artsen en 195 stafleden. Daarnaast zijn er 76 artsen in opleiding: 40 ASO's, 22 residenten (extra jaar na hun opleiding) en 14 klinische en wetenschappelijke fellows. **(AV)**

- Bepaalde medische disciplines (cardiologie en cardiochirurgie, neurologie en neurochirurgie) zijn uitgegroeid tot tertiair verwijscentrum of zelfs als referentiecentrum op Europees vlak. **(SP)**

Het ziekenhuis vervult een belangrijke rol in de opleiding van artsen en klinische wetenschappers. Zo worden er jaarlijks een 70 tot 90 wetenschappelijke studies uitgevoerd en gepubliceerd en zijn er van de 324 artsen er 76 in opleiding (40 als geneesheer-specialist in opleiding, 22 als resident (die een bijkomend jaar volgen na de opleiding tot specialist) en 14 als klinische of wetenschappelijke fellow (d.w.z. buitenlanders respectievelijk met of zonder klinische activiteit in het ziekenhuis).

In het ziekenhuis is daarom voorzien in bijkomende infrastructuur:

- Een TV-studio in het operatiekwartier voor het filmen van ingrepen en het doorsturen ervan naar een andere plaats in of buiten het ziekenhuis
- De oprichting van het O.L.V. Robotic Surgery Institute (ORSI), dit is een opleidingscentrum om te leren werken met een operatierobot waarbij er naast theoretische lessen ook praktische oefeningen zullen gegeven worden op weefsel en kadavers, in samenwerking met de Universiteit Gent.
- Er is een uitgebreide medische bibliotheek waar men naast standaardwerken ook papieren en elektronische tijdschriften kan raadplegen.

Er worden heel wat medische opleidingen georganiseerd:

- Het ziekenhuis organiseert voor huisartsen en specialisten heel wat medisch-wetenschappelijke bijscholingsavonden en seminaries en participeert aan het tele-bijscholingsprogramma Pentalfa van de K.U.Leuven.
- De maandelijkse stafraden bestaan voor een groot deel uit opleiding, waarbij klinisch interessante gevallen worden voorgesteld, de vooruitgang van lopende studies, feedback van gevolgde opleidingen, congressen en seminaries...

### **6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)**

#### **Situering**

- Er werd gesproken met de verpleegkundig directeur en een HR-adviseur. Op de verschillende afdelingen was vorming een aandachtspunt.

#### **Beleid en strategie**

- Binnen het ziekenhuis wordt vorming, training en opleiding niet toevertrouwd aan een specifieke cel. Momenteel wordt de visie en strategie vooral bepaald door het HR-departement en is een belangrijke rol ook weggelegd voor de directeur verpleging, ook andere spelers nemen hier ad hoc taken in op (o.a. de begeleiders herintreders).

Er is geen duidelijke taakafbakening tussen de 2 departementen. We bevelen aan om de samenwerking en taakafbakening formeel uit te werken naar taakomschrijving, verantwoordelijkheden en formele overlegmomenten. Het zou eveneens een meerwaarde kunnen zijn om de aansturing nog meer multidisciplinair te laten verlopen en ook mensen van de werkvloer hierbij te betrekken. **(Aanb)** De samenwerking tussen de 2 departementen verloopt vlot. Zo worden budgetten verdeeld zodat opleidingen alle slaagkansen krijgen en is er eensgezindheid over de visie en strategie. **(SP)**

De volledige administratieve verwerking (inschrijving, betalingsopdracht, opvolgen attesten, opvolgen dossiers Bijzondere Beroepstitel en Bijzondere Beroepstitel Bekwaming) gebeurt op het directiesecretariaat. **(AV)**

- Er is de laatste jaren heel wat gebeurd rond opleiding, vorming en training van medewerkers binnen het ziekenhuis, heel wat projecten werden opgestart/uitgewerkt met de bedoeling het werkklimaat binnen het ziekenhuis te optimaliseren. Veel van deze projecten zijn tot stand gekomen door een intensieve samenwerking tussen verschillende departementen (o.a. inscholingsdagen, uitwerken werkboekje, opzetten meter en peterwerking, mentorendag, verschillende specifieke artikels in het personeelstijdschrift, team- en individuele coaching... ). **(SP)**
- Op verschillende afdelingen krijgt opleiding (in samenwerking met de artsen) een prominente plaats (zowel naar frequentie als naar inhoud) binnen het beleid en de organisatie van deze afdelingen (bv.: oncologie, cardiologie, geriatrie, spoed...). **(SP)** Vaak worden deze opleidingen ook opengesteld voor verpleegkundigen van buiten het ziekenhuis.
- Momenteel worden alle gevolgde opleidingen, vormingen en bijscholingen bijgehouden in een database op het directiesecretariaat. **(AV)** Een jaarverslag wordt tot op heden niet opgemaakt en ziekenhuisbreed teruggekoppeld. Gegevens worden momenteel niet op maat teruggekoppeld naar de afdelingen. **(TK)** Hoofdverpleegkundigen kunnen deze gegevens wel opvragen, maar doen dit niet. **(AV)**  
Het ziekenhuis beschikt wel over jaarverslagen (2008 en 2009) van de begeleidingsverpleegkundigen met een beschrijving van verwezenlijkingen en ondernomen acties evenals doelstellingen voor het volgende jaar.
- Er wordt een duidelijk systeem gehanteerd voor de registratie van interne vormingen. **(SP)** Elke dienstvergadering bestaat uit 2 luiken: een organisatorisch en een opleidingsonderdeel. De uren opleiding en de deelnemers worden bijgehouden en doorgegeven aan het directiesecretariaat welke de verwerking van de gegevens doet (o.a. onkostenvergoeding...).
- Er is momenteel geen reglement met vormingsafspraken en modaliteiten rond tussenkomst bij vorming.  
Een beleidsnota VTO is in ontwerp en wordt in de loop van 2011 verder uitgewerkt in samenwerking met HR.  
We bevelen aan om dit beleid volledig en transparant uit te schrijven en hierbij o.a. aandacht te hebben voor afspraken rond registratie, opvolging van het aantal

gevolgde uren, melden van intern georganiseerde vormingen, voorwaarden en afspraken behalen BBT, vergoedingen... (**Aanb**)

- Het ziekenhuis faciliteert het behalen en behouden van de BBT (uren en financieel). Het ziekenhuis heeft een sterke samenwerking met de KAHO waardoor heel wat interne opleidingen in aanmerking komen voor het behoud van de BBT. (**SP**) Het ziekenhuis was voorloper in het betalen van een premie bij het behalen en behoud van een BBT.
- Er wordt een streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar, het aantal uren werd vastgelegd in de individuele functiekaarten. Deze functiekaarten zijn recent opgemaakt (eind 2010). Hoeveel medewerkers de norm behaald hebben, zal eind 2011 voor handen zijn (een jaar na het bepalen van de streefnorm). (**AV**)
- Sommige personeelsleden volgen erg weinig vorming (PAAZ, neurologie, cardiologie, IZ, geriatrie). (**TK**)
- Niet alle verpleegkundigen die chemotherapie toedienen hebben een bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie of hebben minstens 5 jaar ervaring met verzorging van oncologische patiënten (bv. afdeling VE5 campus Asse). (**NC**) Er is verder niet op alle oncologische afdelingen voldoende aandacht voor continue vorming van het personeel i.v.m. oncologie (voornamelijk personeel zonder BBT). Niet alle verpleegkundigen die patiënten met oncologische aandoeningen verzorgen hebben een opleiding in palliatieve zorgen gevolgd. (**TK**)

## **Middelen**

- Er is geen exact ziekenhuisbreed vormingsbudget bepaald. Vorming wordt wel structureel meegerekend in de begroting. Het afgelopen jaar werd het budget voor HR verdubbeld. (**AV**)  
We bevelen aan om na te gaan welke voordelen een decentraal beheer van het budget kan bieden (garantie en spreiding van opleidingsmogelijkheden voor iedereen / balans tussen langdurige en kortere permanente vorming...). (**Aanb**)
- De beschikbare infrastructuur voor vorming en opleiding binnen het nieuwbouw ziekenhuis is optimaal voorzien. Voldoende ruime vergaderzalen voorzien van de nodige ICT-technisch en audio-visueel materiaal. Een skillslab voor het aanleren van vaardigheden van reanimatietechnieken, wordt voorzien dit jaar en ook e-learning pakketten zullen meer deel gaan uitmaken van het vormingsaanbod. Momenteel beschikt men over het e-learning pakket 'de evaluatiecyclus'. (**SP**)

## **Medewerkers**

- Momenteel wordt de taak van de begeleiders herintreders ingevuld door 2 halftijdse functies (voor de andere helft van hun functie staan zij nog in de zorg). De functie wordt eerstdaags aangevuld met een bijkomende 0,3 VTE. (**AV**)

- Sinds kort werd op alle afdelingen het principe van meter en peter geïntroduceerd. Elke afdeling beschikt over 2 specifiek opgeleide meters en/of peters voor de inscholing van nieuwe medewerkers. **(SP)**

## Processen

- Het inscholen van nieuwe medewerkers verloopt gestructureerd: **(SP)**
  - Het inscholingsbeleid is sterk uitgewerkt. Zo beschikt men over een werkboekje nieuwe medewerker opgedeeld in 6 rubrieken (algemeen, technisch verpleegkundige prestaties, afdelingsspecifieke vaardigheden, competenties, tips meter/peter, eigen bemerkingen, inscholingsdagen). Dit werkboekje is gelinkt aan de meter/peter werking en de tussentijdse evaluatiemomenten door de hoofdverpleegkundige.
  - Er zijn 5 inscholingsdagen voorzien binnen het eerste werkjaar. Herintreders kunnen hier ook gebruik van maken. Voor artsen (ASO's artsen-stagiairs) is er een aparte inscholing voorzien.
  - Er is recent gestart met een focusgroep met 'de intreders' en een focusgroep met de meters en peters. Deze focusgroepen evalueren mede het beleid rond inscholing en het inscholingsprogramma.
  - Er werd een olijsting gemaakt rond de inscholingsplannen op afdelingsniveau. Niet alle afdelingen (OK, spoed, IZ...) hebben een afdelingsspecifiek inscholingsplan opgemaakt. **(TK)** Sommige inscholingsplannen zijn heel omvattend en zeer gestructureerd opgemaakt. **(SP)** Een aantal afdelingen stellen deze inscholingsplannen ook open voor verpleegkundigen van buiten het ziekenhuis (o.a. cardiologie). **(AV)**
  - Het ziekenhuis voorziet in allerlei stagemogelijkheden: studentenstages, sociale stage, trajectstage...
- Het interne aanbod is behoeftegestuurd opgemaakt. **(SP)** Informatie wordt langs verschillende kanalen vergaard o.a. vanuit de planningsgesprekken met hoofdverpleegkundigen, en op hun beurt de planningsgesprekken van de hoofdverpleegkundigen met hun medewerkers, vanuit de resonantiegroep en de HR-cel.  
Het externe aanbod is tot op heden minder gestuurd en wordt vooral bepaald door het aanbod dat het ziekenhuis zelf toegestuurd krijgt. **(AV)** Het aanbod wordt ad valvas op een aantal strategische plaatsen doorheen het ziekenhuis geafficheerd, wat elektronisch naar de medewerkers verstuurd kan worden, gebeurt via het intranet.  
Er is binnen het ziekenhuis mogelijkheid tot vorming op maat. De verschillende team- en individuele coachings zijn hiervan een voorbeeld. Er werd recent een coachingsbeleid uitgewerkt (o.a. visie, wanneer extern...). **(SP)**
- Rond nieuwe initiatieven en projecten worden (vaak ziekenhuisbreed) specifieke opleidingen voorzien, bv.: **(SP)**
  - projectmanagers, die ziekenhuisbrede projecten begeleiden, hebben een specifieke opleiding projectmanagement gekregen,

- voor het melden en analyseren van incidenten worden specifieke opleidingen georganiseerd per afdeling; decentrale meldcommissies starten op onder supervisie en begeleiding van het team kwaliteit en patiëntveiligheid,
  - voor optimalisatie van processen zijn specifieke opleidingen procesmapping en procesanalyse gegeven door de procesengineer van het ziekenhuis,
  - introductie mindmapping,
  - opleiding leidinggevenden met als doel de communicatie ten aanzien van hun team en de teamwerking te bevorderen.
- Bij de reorganisatie van afdelingen wordt een specifiek bijscholingstraject uitgeschreven. Het meest recente betrof de reorganisatie en herlocatie van de G-bedden in Asse. De opleidingen gaan door in de dienstvergaderingen en behandelen thema's als specifieke computerprogramma's en specifieke pathologieën. **(AV/SP)**

#### 6.4 Bestaffing

- Er is een normatief personeelstekort:
  - Een tekort van 0,4 VTE voor de interne liaison geriatrie
  - een tekort van 0,83 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog op campus Aalst.
  - een tekort van 0,25 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog op campus Asse.
  - Een tekort van 1,35 VTE verpleegkundige bachelors en administratieve ondersteuning op het dagziekenhuis te Asse.
  - Een tekort van 0,69 VTE verpleegkundige bachelors en administratieve ondersteuning op het dagziekenhuis te Ninove.
- Niet alle vereiste disciplines zijn opgenomen binnen de interne liaison geriatrie. **(NC)** Er zijn geen psycholoog, diëtiste en logopedist op campus Aalst en op campus Asse binnen het team.
- Op sommige afdelingen is er een hoge werkdruk t.o.v. de bestaffing: **(TK)**
  - Op verschillende afdelingen springen de hoofdverpleegkundigen bij in de zorg (dagziekenhuis, spoed, IZ, VE4...). Op de afdeling neurologie C7 doet de hoofdverpleegkundige regelmatig shifts in het weekend en 's nachts.
  - Er zijn voorbeelden van annulatie van geplande vorming wegens onderbestaffing.
  - Op verschillende afdelingen wordt de mobiele equipe gedurende langere perioden ingeschakeld wegens structurele tekorten.
  - Verpleegkundigen moeten soms extra taken opnemen buiten de afdelingstaken (bv. hulp bij bronchoscopieën).
- Op de meeste afdelingen is er tijdens de nacht een bestaffing van 2 personeelsleden voorzien. **(SP)**





### 7.1 Organisatie van zorg

- De opvang van kritieke patiënten is niet optimaal georganiseerd. Hierdoor is er geen garantie dat kritieke patiënten steeds de meest optimale zorg (effectief, tijdig, efficiënt, aangepast, veilig) krijgt. **(TK)**
  - Er is geen afstemming tussen alle artsen die kritieke patiënten verzorgen. Er zijn geen opname- en ontslagcriteria voor IZ en midcare.
  - Er is een gebrek aan bedcapaciteit voor de opvang van kritieke patiënten.
  - Er zijn doorstromingsproblemen van spoed naar IZ, evenals van spoed en IZ naar de verpleegafdelingen. Hierdoor ontstaan lange wachttijden op spoed, opname van high care patiënten op recovery, spoed en midcare-afdelingen, sneller ontslag van patiënten met een kritiek profiel naar de afdelingen.
  - Er is geen formele procedure overbezetting van de kritieke diensten.
  - Een opnamestop wordt niet in de praktijk gebracht in Aalst.
  - Er is geen afstemming met het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis van Aalst over de doorverwijzing van kritieke patiënten bij overbezetting of opnamestop.
  
- Men kiest binnen het ziekenhuis voor patiënttoewijzing. Dit is niet op alle afdelingen doorgedreven en sterk wisselend per afdeling. Op de werkvloer zien we vaak kantverpleging, waarbij 1 verpleegkundige samen met zorgkundigen en studenten instaat voor de zorg van de toegewezen patiënten. **(AV)** Zaalrondes gebeuren met de hoofdverpleegkundigen i.p.v. met de verantwoordelijke verpleegkundige. **(Aanb)**
  
- Men hanteert geen minimale nurse to patiënt ratio 's. Verpleegkundigen krijgen in het systeem van patiënttoewijzing gemiddeld de verantwoordelijkheid over een 10-tal patiënten toegewezen. Op sommige afdelingen loopt dit op tot 15 patiënten die onder de verantwoordelijkheid van een verpleegkundige vallen. **(AV)**
  
- Zorgplanning gebeurt niet steeds nauwgezet en de uitgevoerde handelingen worden niet steeds genoteerd. **(TK)**
  - Op sommige afdelingen gebeurt er geen zorgplanning en worden uitgevoerde zorgen niet genoteerd in het dossier. **(NC)**
  - Op andere afdelingen gebeurt zorgplanning wisselend. Uit gesprek blijkt dat de mate waarin dit gebeurt, afhankelijk is van de werkdruk. Er werden tijdens de audit dossiers ingekeken waar er gedurende een aantal opeenvolgende dagen geen zorgplanning gebeurd was en / of uitgevoerde zorgen niet achterhaald konden worden.
  - Zorgplanning gebeurt niet steeds dagelijks. Op sommige afdelingen gebeurt dit voor een hele week.
  - Katheterzorg wordt niet steeds gepland en / of uitgevoerd. Bij nazicht van dossiers blijkt dat het herprikken van perifere katheters en het vervangen

van infuusleidingen niet (steeds) gepland wordt, niettegenstaande de geldende richtlijn.

Zorgplanning is een belangrijk gegeven in de continuïteit van zorgverlening. Het is aangewezen om de zorg per dag, op de kamer en in overleg met de patiënt te plannen. Dit maakt het mogelijk om zelfzorg en betrokkenheid in het eigen genezingsproces te stimuleren. Afspraken tussen patiënt en zorgverlener, gebaseerd op verpleegkundige observaties, worden in het patiëntendossier weergegeven in de vorm van geplande zorg voor de dag nadien. Dit is de basis waarop de (collega) verpleegkundige zich zal baseren om, daags nadien, deze afspraken na te komen.

- Niet op alle verpleegafdelingen is er (jaarlijks) een gestructureerd systematisch overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige over de organisatie van de zorg. Problemen worden er enkel ad hoc of informeel besproken. **(TK)**
  
- Op sommige afdelingen is de organisatie van zaalrondes goed geregeld. **(SP)**  
Enkele voorbeelden hiervan zijn neurologie C7 campus Aalst, waar elke voormiddag een zaalronde gedaan wordt door één van de vier neurologen. Er is hiervoor een wekelijkse beurtrol. Ook de pneumologen op afdeling VE5 campus Asse werken met een wekelijkse beurtrol voor de zaalrondes. Hier wordt elke voormiddag, 6 dagen/week, getoerd door arts en hoofdverpleegkundige samen. Op de afdeling algemene chirurgie C4 zijn er duidelijke afspraken gemaakt en is er tweemaal per week een zaalronde met alle stafleden en de hoofdverpleegkundige samen.  
Op sommige afdelingen of met andere medische disciplines zijn er geen afspraken over het tijdstip van de zaalrondes en/of doen de artsen de zaalrondes alleen, zonder verpleegkundigen. **(TK)** Op de afdeling X3Z gebeuren de zaalrondes door een ASO en een verpleegkundige, er zijn geen afspraken over het tijdstip van de zaalrondes met de 3 verschillende ASO 's. De behandelende artsen (een 10-tal) komen regelmatig pas 's avonds bij hun patiënten langs. Op deze momenten is er wegens een lagere bestaffing geen tijd voor gestructureerde informatie-overdracht. Op sommige afdelingen streeft men al jaren naar vaste uren voor zaalrondes maar slaagt men daar in de praktijk nog steeds niet in.
  
- Op sommige afdelingen is er een zeer goede afstemming van de zorg tussen de verschillende betrokken disciplines. **(SP)**
  - Op de afdeling neurologie C7 is er een wekelijkse patiëntenbespreking met alle neurologen, verpleegkundigen, sociale dienst, fysiotherapeut, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist en psycholoog.
  - Op de afdeling VE5 campus Asse gebeuren slecht nieuws gesprekken bv. door pneumologen en verpleegkundigen samen. Hiervan wordt een uitgebreid verslag genoteerd in het patiëntendossier.
  - Twee keer per maand worden alle oncologische patiënten besproken met alle betrokken disciplines op de oncologische afdelingen (VE5 campus Asse, X3Z campus Aalst). Hiervan werd verslaggeving teruggevonden in het patiëntendossier.
  - Op cardiologie komt de diëtiste dagelijks langs in het kader van voedingsadviezen.

- Op de afdeling nefrologie is de psychologe wekelijks op het multidisciplinaire patiëntenbespreking (nefrostaff).

Niet op alle afdelingen is de zorg voor patiënten voldoende multidisciplinair afgestemd met alle betrokken disciplines. **(TK)**

- Op sommige afdelingen gaan er geen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen door (bv. afdeling VE5 cardiologie op campus Asse en de afdeling cardiologie op campus Aalst).
  - Verantwoordelijke verpleegkundigen (in het kader van patiënttoewijzing) zijn niet steeds betrokken bij de multidisciplinaire besprekingen (bv. nefrologie). **(Aanb)**
  - Binnen de geriatische interne liaisonwerking en de afdeling geriatrie A2 campus Aalst en VE 2 campus Asse is er geen psycholoog betrokken bij de zorg voor geriatische patiënten (geen consulten). Op geen enkele geriatische afdeling is er een psycholoog aanwezig op de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.
  - Multidisciplinaire werking binnen het zorgprogramma voor geriatrie is niet optimaal ondersteund doordat de verschillende disciplines (kinesist, diëtiste, logopediste) geen deel uitmaken van het geriatische team op de afdeling.
  - Op sommige verpleegafdelingen (bv. de afdeling neurorevalidatie C7, VE 5) zijn kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog geen deel van het verzorgend team, zij hebben er geen vast toegewezen aantal uren voor de afdeling, maar hebben er een consultfunctie op vraag van artsen en verpleegkundigen. Zij nemen er niet deel aan patiëntenbesprekingen.
  - Op sommige afdelingen komen tot drie verschillende kinesitherapeuten patiënten behandelen. Zij nemen er niet deel aan patiëntenbesprekingen. Sommige kinesitherapeuten komen pas 's avonds patiënten behandelen, als er wegens een lagere bestaafing geen tijd kan vrijgemaakt worden voor informatie-overdracht. Kinesitherapeuten schrijven geen rapportage in het patiëntendossier dat zich op de afdeling bevindt.
  - Soms is de beslissing tot DNR niet besproken in team. In één gecontroleerd patiëntendossier was er in het medische dossier een DNR code 2 genoteerd, deze was besproken met de familie, terwijl dit niet in het verpleegkundig dossier vermeld stond en de verpleging hiervan niets wist. In een ander dossier was een code 1 genoteerd. Deze was niet besproken met patiënt of familie.
- De medische eindverantwoordelijkheid is niet steeds eenduidig vastgelegd. Op sommige verpleegkundige briefingbladen staat als behandelende arts het medisch diensthoofd genoteerd, terwijl in realiteit een andere arts instaat voor de behandeling. **(Aanb)**
  - De palliatieve eenheid situeert zich op campus Asse. De organisatie van deze zorg kent knelpunten omwille van de huidige infrastructuur en organisatie. **(TK)** Wat oorspronkelijk een tijdelijke situatie zou zijn (vergunning renovatie van huis Stas), is een setting die ondertussen zeven jaar bestaat.
    - De eenheid is geen herkenbare entiteit, geen functioneel geheel. **(AV)** De kamers van de palliatieve eenheid liggen verspreid over twee afdelingen (2

kamers op short stay en 2 kamers op geriatrie). De living bereikt men via een dwarse gang, voorbij de liften en is gelegen naast een druk bezocht cafetaria. Er is een duidelijk temperatuursverschil (tocht) op de weg hiernaartoe. Er is geen aparte badkamer, geen eigen gesprekslokaal.

- De privacy en de rust van de patiënten kan niet gewaarborgd worden. De kamers liggen op een gang waar zeer veel passage is (short stay) en vlakbij de doorgang naar de liften. Op de kamerdeuren zijn posters aangebracht om aan te duiden dat het om een “palliatieve kamer” gaat.
- Voor 6 bedden dient men te beschikken over 9 VTE verpleegkundigen, waarvan 2/3 bachelors in de verpleging en 66% dient te beschikken over een BBT in de palliatieve zorg. Het team bestaat momenteel (wegens twee personeelsleden in zwangerschapsverlof) uit 8,59 VTE verpleegkundigen (een normatief tekort van 0,41 VTE) (NC) en 0,5 VTE psycholoog. (SP). Het normatieve tekort zou vanaf 1 maart opgelost moeten zijn wanneer het team uitgebreid wordt met 1 VTE. (AV)
- Slechts 3 verpleegkundigen (waarvan 1 in zwangerschapsverlof) hebben een Banaba palliatieve zorgen (momenteel 2/11 verpleegkundigen, wat overeenkomt met 1,8 VTE = 21%). (NC)
- Vanuit deze equipe wordt er geen nachtdienst voorzien tijdens de weekdays. (TK) Enkel op vrijdag, zaterdag en zondag is er 1 verpleegkundige met nachtdienst voor 6 patiënten. De zorg voor de palliatieve patiënten is tijdens de andere nachten toevertrouwd aan een verpleegkundige van short stay (2 patiënten) en de verpleegkundige van geriatrie (4 patiënten). Beide afdelingen hebben, gezien hun (vroegere) activiteiten, wel enige ervaring in de opvang van palliatieve patiënten.

## 7.2 Procedurebeheer

- Binnen bepaalde disciplines is er overeenstemming tussen de artsen (bv. cardiologie, geriatrie, nefrologie) over wat de behandelwijze is bij een bepaalde pathologie. (SP)
- De DNR-codes 0, I, II en III werden in een advies van de medische raad en het ethisch comité omschreven. Er werd geadviseerd om alle patiënten een behandelingscode toe te kennen.
  - Op enkele afdelingen (bv. G) wordt aan elke patiënt een DNR-code toegekend, op de meeste afdelingen wordt enkel een behandelbeperving genoteerd. (AV)
  - Er is geen gestandaardiseerd therapiebepervingsblad of DNR-codeblad in het OLV-ziekenhuis in gebruik, er zijn verschillende methodes gangbaar om DNR-codes te noteren. (TK)
    - Op sommige afdelingen wordt een specifieke DNR-fiche gebruikt in het zorgendossier.
    - Op andere afdelingen wordt de DNR-code genoteerd in de verpleegkundige anamnese. Er is geen aanduiding of er al of niet overleg is geweest met de patiënt of familie. (TK)

- Elders maakt men gebruik van kleine roze briefjes die in het verpleegdossier geniet worden.
- Tussen de afdelingen waar men systematisch een code toekent, zijn er grote verschillen:
  - Op de afdeling VE 2 te Asse wordt het DNR formulier gebruikt. Enkel bij overduidelijke medische redenen is dit een beslissing van de arts. Meestal wordt de beslissing in team besproken en gedocumenteerd in het verslag van de multidisciplinaire patiëntenbespreking. Er is steeds een gesprek met de familie. Dit wordt in het dossier genoteerd. **(SP)**
  - Op A2 is er niet steeds overleg met de patiënt of de familie (enkel overleg vanaf een DNR code 3). **(TK)**
  - Op de afdeling nefro wordt DNR steeds besproken (artsen – hoofdverpleegkundige) en de aanzet komt vaak vanuit het verpleegkundige team.
- Op de Sp-afdeling te Ninove wordt een DNR-formulier gebruikt vanaf code 1 maar wordt er pas vanaf code 2 een overleg gedaan met de patiënt of de familie. Van dit overleg is meestal niets terug te vinden op de DNR fiche. **(TK)**
- Op de afdeling cardiologie wordt er enkel bij de geriatrie patiënten (op naam van de geriater) steeds een DNR code toegekend. **(AV)**
- Soms is de beslissing tot DNR niet besproken in team. In één dossier was er in het medische dossier een DNR code 2 te vinden, besproken met de familie, terwijl dit niet in het verpleegkundig dossier vermeld stond en de verpleging er niets vanaf wist.

### 7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

#### Fixatie

##### **Situering**

- Men beschikt in het O.L.Vrouwziekenhuis te Aalst over een ziekenhuisbrede procedure fixatie, opgemaakt door de werkgroep fixatie (laatste update december 2010) en een folder fixeren.
- Er werden tijdens de audit 13 fixatiedossiers ingekeken tijdens de rondgang op verschillende afdelingen.

##### **Beleid en strategie**

- Binnen het ziekenhuis is er een verantwoordelijke (lid van het middenkader en zorgmanager geriatrie) aangesteld voor fixatie. **(SP)**

- Er is geen duidelijke visie op fixatie uitgewerkt. **(TK)** De procedure geeft beperkt een fixatiearme visie weer (enkel om de veiligheid van de patiënt te vrijwaren, kortdurend en verhoogd toezicht) bij de algemene principes.
  - Er zijn geen duidelijke indicaties en tegenindicaties uitgeschreven.
  - De betrokkenheid die van de arts gevraagd wordt, is niet duidelijk omschreven (“in extreme situaties, nadien om bevestiging vragen, voorschrift sederende medicatie”). Men werkt dit best verder gedetailleerd uit (handeling met medische verantwoordelijkheid, beslissingsbekwaamheid berust op een klinisch oordeel van de arts, handtekening arts bij de start, bedside overleg met de arts, wanneer arts verwittigen tijdens de maatregel ...).
  - Er is aandacht voor alternatieven waarbij een aantal voorbeelden worden geschetst, maar dit kan verder uitgewerkt worden.
  - Er is beperkt aandacht voor onderliggende oorzaken voor probleemgedrag.
  - Toegestane maatregelen zijn niet opgesomd.
  - Verhoogd toezicht tijdens de maatregel is beperkt uitgeschreven (om het uur) maar de items zijn niet uitgeschreven. Het specifieke volgblad dat op geriatrie in Asse gebruikt wordt, staat niet vermeld in de procedure.
  - Evaluatie dient elke shift te gebeuren, bij voorkeur tijdens de patiëntenbriefing. **(SP)** Wat de inhoud van de evaluatie dient te zijn, is niet uitgewerkt (bv. beoordeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, gevolgen van fixatie en indicatie voor fixatie)
  - Op spoed Asse is een eigen procedure ontwikkeld.
  
- Er zijn initiatieven en materialen voorhanden die een fixatiearm beleid ondersteunen of die aandacht voor fixatie binnen het ziekenhuis aangeven. **(AV)**
  - Bij het aangekochte materiaal is er aandacht voor een fixatie arm beleid (bedden met een lage stand, bedsponden in twee delen, bladderscan).
  - Valincidenten worden geregistreerd. Een zorgpad vallen is uitgewerkt, maar wordt in praktijk niet als dusdanig toegepast. **(TK)**
  - De richtlijn delier werd uitgewerkt, maar is nog niet geïmplementeerd.
  - Momenteel kunnen de afdelingen niet beveiligd worden in het kader van wegloupedrag. Men is de mogelijkheden van een elektronisch detectiesysteem voor patiënten met wegloupedrag aan het onderzoeken.
  
- We bevelen aan om te onderzoeken welke bijkomende initiatieven een fixatiearm beleid nog extra kunnen ondersteunen. **(Aanb)**
  - Infrastructurele aanpassingen die een fixatiearm beleid ondersteunen zijn, vooral in het kader van de nieuwbouw mogelijk (bv. doorloopmogelijkheden voor onrustige en verwarde patiënten, duidelijke aanduiding van de lokalen, scheiden en duidelijk aangeven van rust- en activiteitsruimtes, (automatische) verlichting, gebruik van kleuren, contrastrijke omgeving, ruime kamers, binnentuin...)
  - Een duidelijk opnamebeleid voor patiënten met dementie, met aangepaste therapie voor deze doelgroep.
  - Jaarlijkse / continue vorming van alle medewerkers over fixatie, breed gekaderd: risico's fixatie, technische aspecten, procedure, onderliggende

oorzaken van verwardheid en /of agressie, alternatieven (bv. aan de hand van casussen), omgaan met probleemgedrag...

- Vroegtijdige opsporing van delier aan de hand van een objectieve score
- Systematische screening van patiënten op valrisico, gevolgd door een vaevaluatie zoals uitgewerkt binnen het zorgpad vallen.
- Toezicht op de naleving van de uitgewerkte richtlijnen.

## Middelen

- Men werkt met fixatiemateriaal per afdeling. Op sommige afdelingen (Asse) werkt men met fixatiesets. Er is zeer veel materiaal aanwezig op sommige afdelingen. Zweedse gordels zijn niet steeds in verschillende maten beschikbaar. Soms is er slechts één maat (medium) aanwezig. **(TK)** De verantwoordelijkheid over de volledigheid en de intactheid van de sets is niet op alle afdelingen toegewezen aan een materiaalverantwoordelijke. **(Aanb)**
- Er is niet voor alle gebruikte materialen een gebruiksaanwijzing voorhanden. Enkel voor de Zweedse gordel worden in de procedure een beperkt aantal technische aandachtspunten opgesomd, maar dit is ontoereikend. Er wordt in de praktijk en in de procedure onvoldoende aandacht geschonken aan het veilig toepassen van de maatregel **(TK)** (lendengordel alleen, niet steeds minimum driepuntsfixatie bij Zweedse gordel diagonaal, geen gordels in verschillende maten, gebruik bedhekkens, geen 30° positionering ter voorkomen van slikpneumonie en verstikking).
- Materialen zijn niet gelinkt aan indicaties en tegenindicaties. **(TK)** Dit vormt een risico op het gebruik van verkeerde materialen in bepaalde situaties. We bevelen aan om minstens voor alle materialen tegenindicaties te bepalen. Bij voorkeur vermeldt een handleiding, naast de technische instructies, ook aandachtspunten inzake veiligheid, aandachtspunten voor toezicht, risico's ...
- Niet alle materialen / handelingen die een vrijheidsbeperking inhouden worden beschouwd als fixatie. **(TK)** Op sommige afdelingen worden voorzettafels en bedsponden niet steeds aangegeven als fixatie, maar ervaren als alternatief of als middel ter preventie van vallen. Men maakt gebruik van medicamenteuze therapie bij verwardheid. Chemische fixatie wordt niet steeds als dwangmaatregel ervaren omdat dit "op medisch voorschrift is". Het wordt wel genoteerd op het medicatieschema. **(AV)**

## Medewerkers

- Kennis en cultuurwijziging zijn belangrijke aspecten bij het toepassen van een fixatiemark beleid. In 2009 was er een 22 uur omvattende opleiding over agressie en fixatietechnieken voor alle medewerkers op de campus Asse en in 2010 was er een theoretische opleiding van 1 uur i.v.m. met agressie (2 uur voor de medewerkers van spoed en PAAZ). **(SP)** Mede doordat het gebrek aan kennis door het personeel zelf aangegeven wordt als knelpunt, bevelen we aan om jaarlijks opleiding te



voorzien voor alle zorgverstrekkers die betrokken worden bij fixatie van patiënten (artsen, ASO's, (nacht)verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici...). Deze bijscholingen worden best zeer breed opgevat: juiste toepassing van de materialen, toepassen van alternatieven, onderliggende oorzaken, aanpak van probleemgedrag (zoals bv. onrust, verwardheid en agressie...), valprotocol, delirium... (**Aanb**)

## Processen

- De procedure fixatie is niet steeds gekend of wordt niet steeds gevolgd. Op de afdelingen werden volgende verbeterpunten opgemerkt: (**TK**)
  - Bij nazicht van dossiers en uit gesprek bleek valpreventie een frequent voorkomende reden voor fixatie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking de kans op vallen niet automatisch doet dalen en dat de kans op ernstige letsels groter is bij valincidenten met fixatie. Verder moet men de noodzaak van fixatie bij deze indicatie afwegen tegen de nadelen (gezondheidsrisico's) van fixatie (o.a. immobilisatie).
  - In 8/11 ingekeken dossiers waren geen alternatieven voorgesteld of genoteerd. (**TK**) In alle dossiers op geriatrie Asse was dit wel gebeurd. (**SP**)
  - De beslissing tot fixatie gebeurt niet steeds in overleg. (**TK**) In praktijk is het vaak de verpleegkundige die de maatregel initieel instelt. In het dossier is niet steeds terug te vinden of de arts bij de maatregel betrokken was (geen handtekening) Enkel op geriatrie campus Asse was deze betrokkenheid steeds duidelijk genoteerd. (**SP**)
  - Fixatie wordt niet steeds besproken op de briefing en zelfs niet steeds op het multidisciplinair overleg; soms wordt het wel besproken, maar wordt er niets over genoteerd (bv. op C7).
  - Beslissing tot fixatie gebeurt niet steeds in overleg met de patiënt en familie (6/11 dossiers) (**TK**). Soms wordt de beslissing na de start "meegedeeld". Overleg met de familie was slechts eenmaal gedocumenteerd in het dossier, de andere keren was dit enkel aangevinkt.
  - Evaluatie wordt meestal dagelijks aangevinkt (in 7/11 dossiers), maar is niet steeds gedocumenteerd. In één van de ingekeken dossiers bleek duidelijk dat de maatregel niet effectief geëvalueerd was. De patiënt was gefixeerd omwille van onrust en het uittrekken van sondes (met lendengordel en onrusthekkens). Na tweemaal opnieuw uittrekken van de sonde tijdens de fixatie was de maatregel geen enkele keer aangepast. Dit voorbeeld illustreert duidelijk de nood aan specifieke indicaties en evaluatie.
  - De frequentie van het toezicht gebeurt niet zoals beschreven in de procedure (om 60 minuten). Men gaat "af en toe binnen" of gaat binnen volgens de patiëntentoeeren die 's nachts gepland zijn (meestal 3 toeren per nacht). Verhoogd toezicht kan aan de hand van het dossier niet aangetoond worden. In 9/11 dossiers kon er geen verhoogd toezicht worden aangetoond. Bij nazicht bleek er vaak nauwelijks of geen enkele observatie i.v.m. de fixatie neergeschreven te zijn (soms geen enkele observatie gedurende verschillende dagen).

- Op een aantal afdelingen werd opgemerkt dat er weinig gefixeerd werd, dat er een tolerante houding van het personeel is t.o.v. afwijkend gedrag en aandacht voor (beperkte) alternatieven. **(SP)**
  - Op sommige afdelingen merken we op dat patiënten losgemaakt worden op moment dat bezoek aanwezig is of wanneer de toestand dit toelaat (wordt niet steeds genoteerd in het dossier).
  - Niettegenstaande het frequent fixeren op VE 2 campus Asse is er aandacht voor alternatieven (veilige omgeving, tolerantie voor doolgedrag, verhoogd toezicht in nabijheid van verpleegpost, aanwezigheid familie, ROT). **(SP)** Fixatie en de alternatieven worden steeds genoteerd op een speciaal formulier en worden besproken in team. Maatregelen worden aangepast wanneer nodig en gedocumenteerd in het dossier. Er is aandacht voor onderliggende oorzaken (bv. dagelijkse score van CAM schaal).
  
- Op sommige afdelingen wordt er frequent gefixeerd **(TK)**.
  - Fixatie gebeurt soms op vraag van de familie.
  - Op de afdeling VE 2 geriatrie campus Asse schat men dat er gemiddeld 7/28 patiënten gefixeerd worden. Exacte cijfers zijn niet gekend. Men beschikt over veel materiaal op de afdeling.
  - Op de eenheden voor IZ worden beademde patiënten systematisch gefixeerd tot na weaning. Meestal gaat het om tweepuntsfixatie ter preventie van autoextubatie. Delirium is een indicatie voor driepunts- of vijfpuntsfixatie. Er is geen verhoogd toezicht voorzien. Er wordt geen specifiek formulier gebruikt in geval van fixatie en men vult de voorziene “fixatiestrook” van het verpleegkundige dossier niet steeds in. De beslissing is verpleegkundig en een arts wordt niet steeds gewaarschuwd van de maatregel.
  - Op sommige afdelingen fixeert men soms patiënten omdat de bedhekkens uit twee delen bestaan en men dit niet als “veilig” ervaart.
  - Op PAAZ in Asse wordt naast fixatie in de isolatiekamer ook fixatie op een éénpersoonskamer toegepast. De meest voorkomende redenen zijn valrisico, verwarde, dementerende, agressieve patiënten, of bij risico op het uittrekken van infusen. Er wordt geen specifieke fiche gebruikt en er zijn onvoldoende notities hierover in het dossier Psydos. Er is wel dagelijks een evaluatie van de maatregel.
  
- Het correct gebruik van fixatiemiddelen is een aandachtspunt. Door onvoldoende aandacht voor de risico's die verbonden zijn aan het toepassen van fixatiemaatregelen, kan de patiëntveiligheid onvoldoende gegarandeerd worden. **(TK)**
  - In de praktijk worden lendengordels gebruikt zonder extra fixatiepunten. Het gebruik van een lendengordel zonder bijkomende fixatiepunten houdt een reëel risico in op verhangen wanneer niet voldaan wordt aan een verhoogd / continu toezicht. Men stelt dat dit de bewegingsvrijheid van de patiënt minder belemmert. Ook in de procedure wordt gradueel opbouwen van de maatregel vermeld (met enkel lendengordel). Hierdoor is er tevens meer kans op bevrijden waardoor, vooral in combinatie met onrusthekkens in hoogstand de kans op ernstige letsels bij vallen vergroot. In de procedure wordt “alleen lendengordel” toegelaten. Bij voorkeur wordt er minimum een

driepuntsfixatie gebruikt waarbij de enkelband en polsband diagonaal worden aangebracht. **(Aanb)**

- Men maakt niet steeds gebruik van aangepast materiaal zoals een driehoek-lendengordel om onderuitschuiven in een zetel te vermijden.
- Bedhekkens worden gebruikt bij onrustige patiënten en niet steeds genoteerd als fixatiemaatregel. Door het gebrek aan verhoogd toezicht vergroot de kans op beklemming tussen de bedsponden met risico op verstikking en op ernstige letsels bij vallen wanneer de patiënt over de bedsponden kruipt.
- Bij gefixeerde patiënten werd bij nazicht soms onvoldoende aandacht gegeven aan de mobiliteit van de patiënt zoals de procedure vooropstelt (losmaken, rondlopen, inschakelen kinesist).

## **Resultaten**

- Momenteel worden fixatiemaatregelen nog niet systematisch geregistreerd (aantal, reden, tijdstip, duur...). We bevelen aan om deze items op alle afdelingen te registreren en jaarlijks te analyseren om het beleid bij te sturen met gerichte verbeteracties. **(Aanb)**

## **Afzondering als dwangmaatregel (isolatie)**

### **Situering**

- Binnen het ziekenhuis bestaat er voor de PAAZ een afzonderingsprotocol dat betrekking heeft op het afzonderen van patiënten als dwangmaatregel. Er is niet duidelijk vermeld of dit ook op spoed van toepassing is. **(TK)**
- Er is een afzonderingskamer op elke PAAZ en op de spoedgevallendienst te Asse. De afzonderingskamers werden op al deze afdelingen bekeken.
- Er werden tijdens de audit 2 afzonderingsregistraties en 2 afzonderingsdossiers ingekeken.

### **Beleid en strategie**

- De procedure is degelijk uitgewerkt met beperkte indicaties, een duidelijke betrokkenheid van de arts, een uitgeschreven verhoogd toezicht. **(SP)**  
Verbetermogelijkheden situeren zich vooral op vlak van de beperkte duur van de maatregel en de evaluatie van de maatregel. Deze zijn niet uitgeschreven. **(TK)**
- Er is voor spoed geen uitgeschreven procedure voor vrijheidsbeperkende maatregelen **(NC)**

- We bevelen aan om de registratiegegevens i.v.m. afzondering uit te breiden en te gebruiken voor de evaluatie van het gevoerde afzonderingsbeleid (bv. tijdstip van afzondering, evaluatie van noodzaak fixatie...). **(Aanb)**

## **Middelen**

- De isolatiekamer op spoed campus Asse beantwoordt niet aan de normen inzake veiligheid **(NC)** en comfort **(TK)**. Het bed is niet verankerd (een gewoon ziekenhuisbed), men gebruikt geen brand- en scheurvrij linnen en er zijn talloze harde en/of scherpe delen die kunnen losgetrokken worden en gebruikt voor agressie tegen zichzelf of tegen derden. **(NC)** Met gesloten deur kan men niet de hele kamer zien vlak voor het betreden van de kamer, waardoor de veiligheid van het personeel niet kan gegarandeerd worden. **(NC)** Er is geen sanitair in de buurt; er is geen direct daglicht. **(TK)**
- Op de spoedgevallendienst op de campus Aalst beschikt men niet over een isolatiekamer voor psychiatrische urgenties. **(NC)** Dit is wel voorzien in de verbouwingen. In afwachting wordt er soms een patiënt geïsoleerd in een gewone behandelkamer. Deze ruimten zijn niet geschikt voor afzondering van een patiënt omdat deze niet voldoen aan de normen inzake veiligheid van patiënt en personeel. **(NC)**
- In de afzonderingskamers op campus Aalst werden volgende knelpunten vastgesteld i.v.m. infrastructuur: **(TK)**
  - Men maakt geen gebruik van scheurvrij en brandwerend linnen. **(NC)**
  - Er is geen afkoeling tijdens de zomermaanden.
  - Bij de isolatiekamer is geen douche voorzien.
  - Door het kijkgat in de deur heeft het personeel geen volledig beeld van de kamer net voor het binnengaan van de kamer.

## **Medewerkers**

- Medewerkers van spoed kregen tal van bijscholingen rond het omgaan met agressie. **(SP)**

## **Processen**

- In november 2010 werd een afzonderingsprotocol voor PAAZ opgemaakt. Hierin zijn alle aspecten duidelijk omschreven (beslissingsverantwoordelijkheid, toezicht, registratie). **(SP)** Uit de steekproef van de isolatiefiches bleek: **(TK)**
  - Dat er op campus Aalst niet steeds notities werden gemaakt met de vooropgestelde frequentie van toezicht.
  - Er is uit de notities niet op te maken of observaties gebeurden via het camera-toezicht of in de isolatiekamer. In de procedure stelt men elk uur

- o een contact bij de patiënt in de isolatiekamer voorop, en om het half uur via de camera.
  - o Er wordt niet steeds een reden van fixatie en techniek van fixatie genoteerd.
  - o In de zorgnotities worden onvoldoende specifieke gegevens genoteerd (bv. temperatuur en vochttoediening bij psychose).
- Op PAAZ worden de isolaties geregistreerd via het patiëntendossier Psydos®. Zolang een isolatie loopt staat er op het dienstoverzicht een sleutel voor de patiënt zodat men snel kan zien welke patiënten er geïsoleerd zijn. Zowel bij het starten van een isolatie als bij het stoppen van de maatregel moeten een aantal administratieve gegevens verplicht ingevoerd worden. **(SP)**
- Op de campus Asse gebeuren naast de afzonderingen, ook fixaties op eenpersoonskamers van de PAAZ. Van deze fixaties worden geen specifieke observaties genoteerd in Psydos. **(TK)**
- Er is geen procedure uitgeschreven voor afzondering op spoed. **(NC)**
- In de isolatieruimte op spoed Asse wordt de patiënt vaak gefixeerd omdat de kamer onveilig is. **(TK)** Deze kamer wordt ook gebruikt om bv. een besmettelijke patiënt te isoleren of als gewone onderzoeksbox bij drukte.
- Op spoedgevallen Asse worden niet alle noodzakelijke en verplichte gegevens op het registratieformulier genoteerd. **(NC)** De isolaties zijn niet genummerd per jaar. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden pas geregistreerd sinds december 2010. Fixatie en isolaties worden samen geregistreerd. Er konden geen afzonderlijke cijfers bekomen worden tijdens de audit.
- Afzonderingen op de dienst spoedgevallen campus Aalst worden niet geregistreerd. **(NC)** Bij gebrek aan een isolatiekamer zondert men patiënten af in een gewone behandelbox.

## Resultaten

- In 2010 gebeurden er op PAAZ Aalst 42 afzonderingen (wat overeenkomt met 7,5% van de patiënten). 14 % van de isolaties gaan gepaard met fixatie. **(AV)** De gemiddelde isolatieduur was er 51 uur.
- In 2010 gebeurden er op PAAZ Asse 27 afzonderingen (wat overeenkomt met 7,6% van de patiënten). 33 % van de isolaties gaan gepaard met fixatie. **(AV)** De gemiddelde isolatieduur was er 15,8 uur.

## 7.4 Medicatiedistributie

### Situering

- Er zijn twee apotheken binnen het O.L.Vrouwziekenhuis Aalst, één op de campus Aalst en één op de campus Asse. De campus Ninove wordt dagelijks bevoorrad vanuit Asse voor wat betreft de medicatie van de Sp-dienst. Het dagziekenhuis, de consultaties en het operatiekwartier worden twee keer in de week bevoorrad vanuit de apotheek te Aalst. De apotheek levert geen geneesmiddelen aan andere instellingen.  
Enkel de apotheek van campus Aalst werd bezocht.
- De apotheek te Aalst is geopend tijdens de weekdays van 8u00 tot 18u00 en op zaterdag van 9u00 tot 13u00. De apotheek te Asse is geopend tijdens de weekdays van 8u00 tot 17u00. Buiten de openingsuren is er een apotheker van wacht aangesteld binnen de apotheek te Aalst en te Asse.
- Er wordt dit (voor)jaar gestart met de bouw van een nieuwe apotheek te Aalst.
- Medicatie werd niet enkel met de apothekers besproken, maar was ook een aandachtspunt op de verschillende verpleegafdelingen.

### Beleid en strategie

- De apotheek beschikt over een duidelijk organogram en taakverdeling. **(SP)** Er is geopteerd voor een hoofdapotheeker en een adjunct-apotheeker en enkele specifieke verantwoordelijken (o.a. bestellen, voorraad, IT). De verschillende taken (o.a. bereidingen, medisch materiaal, klinische aspecten...) worden geclusterd en worden ook aangestuurd door een verantwoordelijke. Er is een titularis-apotheeker aangesteld voor de dagelijkse organisatie van de apotheek te Asse, De functiekaarten (passend binnen de personeelsevaluatiecyclus) voor apothekers zijn er al, voor de andere medewerkers worden ze momenteel uitgewerkt. **(AV)**
- De apotheek heeft onvoldoende slagkracht en impact op het ziekenhuisbeleid: **(NC)**
  - Het diensthoofd van de apotheek is geen lid van het directiecomité. **(AV)**
  - Het diensthoofd-apotheek zetelt sinds een jaar in de resonantiegroep van het zorgcomité (niet in de stuurgroep). De resonantiegroep heeft vooral taken naar praktische uitwerking van beleidsbeslissingen en heeft geen impact op het algemeen beleid van het ziekenhuis.
  - Volgens de rapportagelijsten heeft de hoofdapotheeker als rechtstreeks aanspreekpunt de adjunct-medisch directeur en in tweede lijn de medisch directeur. De overlegmomenten zijn niet systematisch en structureel ingepland, ook verslaggeving gebeurt niet. Vaak gaan deze overlegmomenten ad hoc door bij problemen. Het is belangrijk te voorzien in een formeel, gesystemiseerd en gestructureerd overlegorgaan met de medisch directeur (en/of zijn adjunct) waarbij de klinische aspecten van medicatie binnen het ziekenhuis ten gronde kunnen besproken worden.

- De hoofdapotheeker heeft geen overlegmomenten met de algemeen directeur/directie van het ziekenhuis. Een afdoend communicatie- en overlegkanaal met de directie dient geïnstalleerd te worden. In 2010 werd de apotheek maximaal 1 à 2 keer betrokken in een directiecomité voor een welomlijnd probleem.
- De apotheek beschikt niet over een beleidsplan. We bevelen aan het beleid vanuit apotheek, de strategieën en visies hieraan gekoppeld eventueel aangevuld met een globale SWOT-analyse neer te schrijven zodat doelgerichte acties uitgewerkt kunnen worden. Het jaarverslag kan op zijn beurt een terugkoppeling zijn over de realisaties of stand van zaken geven van de geformuleerde doelstellingen. **(Aanb)**
- We bevelen aan de overlegmomenten met de apotheek meer te formaliseren en te systematiseren (o.a. verslaggeving). **(Aanb)**
- De apotheek heeft geen volledig zicht op het medicatieschema van de patiënt. **(TK)** Met de invoering van het elektronisch patiëntendossier zal dit verholpen kunnen worden.
- We bevelen aan om ziekenhuisbreed een analyse en/of stand van zaken op te maken van de geneesmiddelendistributie op de verschillende afdelingen/diensten en dit van voorschrijven tot toediening. Een goed inzicht in de verschillende processen (verschillend van afdeling tot afdeling) kan gerichte acties en verbetertrajecten aansturen. **(Aanb)** Momenteel heeft men enkel een duidelijk zicht op de medicatietrajecten op de afdelingen waar klinische farmacie uitgeoefend wordt. **(AV)**
- Binnen het ziekenhuis wordt aan klinische farmacie gedaan.**(SP)** Sinds 2006 gebeurt dit voor oncologie met een duidelijke positieve impact op de verschillende afdelingen, artsen, verpleegkundigen en voor apotheek. Er werd vooral gefocused op o.a. ontslagmedicatie, correcte medicatiebevragingen en andere geneesmiddelen gerelateerde problemen en de hierbij horende uitwerking van tools. Ook op geriatrie werd klinische farmacie opgestart maar na een klein jaar terug stopgezet. Hier was de evaluatie minder positief vanuit het artsenkorps en werd geopteerd om de investeringen vanuit apotheek te verleggen naar een nieuwe afdeling (pneumologie).  
De apotheek is vragende partij om bij de uitrol van ziekenhuisbrede zorgprogramma's na te gaan waar en hoe klinische farmacie een meerwaarde kan bieden. Contacten werden reeds gelegd met de kwaliteitscoördinator. **(AV)**  
De apotheek maakt deel uit van het project diabetes voetkliniek. Een wekelijkse multidisciplinaire zaalronde van artsen, verpleegkundigen en apotheker is een van de werkingsaspecten. **(SP)**
- CSA staat onder toezicht van de apotheek en beschikt over een kwaliteitshandboek. **(AV)**

## Middelen

- De apotheek te Aalst is veel te klein (**NC**) en is verdeeld over 2 verdiepingen. De oppervlakte voldoet niet voor een kwaliteitsvolle werking en organisatie van de medicatiebedeling in het ziekenhuis:
  - de ruimtes zijn niet functioneel, te klein en overvol gestapeld.
  - de gangen binnen de apotheek worden benut als opslagplaatsen.
  - de gang buiten de apotheek wordt tijdens de openingsuren van de apotheek gebruikt als opslagplaats van medicatie (s'avonds worden deze rekken medicatie wel binnen de apotheek geplaatst).
  - de ruimte voor de magistrale bereidingen wordt gedeeld met 2 bureauruimtes.
  - de ruimte voor de bereiding van de anti-septica wordt eveneens gebruikt als pauzeerruimte en koffie/eetruimte voor het personeel en naargelang de noodzaak voor allerlei andere taken.
  - overal staan kartonnen dozen en materiaal op de grond, op bureaus, op de kasten.
 Ook de apotheek van Asse is te klein voor een kwaliteitsvolle werking en organisatie van de medicatiebedeling.  
 De nieuwbouw van de apotheek te Aalst start dit jaar. (**AV**)
- Er staan elektronische kasten opgesteld op de ontwaakzaal, CCU en IZ te Aalst. Zowel in Aalst als in Asse is er een centrale spoedkast. (**AV**)
- De apotheek van Aalst beschikt over 2 LAF-kasten met sas voor de bereiding van chemo en 2 kasten voor steriele bereidingen eveneens met sas. (**AV**)

## Processen

- Men werkt met een combinatie van decentrale geneesmiddelenvoorraden en individuele aflevering op de verschillende campi. (**AV**)  
 Naast de individuele geneesmiddelenbevoorrading op basis van individuele voorschriften, werkt men ook met herbevoorrading van dienstvoorraden op basis van medicatienaschriften. Dit is toegestaan in bepaalde (nood)situaties, maar in de praktijk gaat het om een (te) groot aandeel van de medicatie die op deze wijze wordt toegediend (20%), hetgeen aangeeft dat er niet steeds sprake is van een noodsituatie. (**TK**) Men moet er strenger op toezien dat deze werkwijze enkel in specifieke omstandigheden aangewend wordt.
- Er werden blanco voorschriften, vooraf afgetekend en afgestempeld door de artsen teruggevonden. (**NC**)
- Volgende risico's in de medicatiedistributie werden tijdens de audit opgemerkt: (**TK**)
  - Op sommige afdelingen werd vastgesteld dat medicatie-orders van artsen aan verpleegkundigen soms mondeling gebeuren, zonder notities van een arts in het dossier en zonder controle door een arts van het door verpleegkundigen opgemaakte (papieren of elektronisch) medicatieschema (C4, kinderafdelingen, N\*, T6 (onco),CCU, dialyse, cardio-nefro...).



- Patiënten hebben thuismedicatie op de kamer en nemen dit zelf in. Op de anamnese staat welke thuismedicatie ze nemen maar een medisch order ontbreekt evenals informatie over hoeveelheden, tijdstippen,.... Er is onvoldoende zicht op het al dan niet nemen van thuismedicatie.
- Kinderen opgenomen op de dagkliniek te Asse krijgen Dormicum® als premedicatie. In het dossier is nergens een voorschrift of verwijzing naar een stand order terug te vinden. (NC)
- Op het medisch orderblad in het dossier van een kindje geboren op 29 januari en opgenomen op N\* was geen enkele handtekening van een arts terug te vinden bij de voorgeschreven medicatie (audit op 25/2). (NC)
- Er wordt niet op alle afdelingen een stockcontrole gedaan van de verdovende medicatie. Waar er wel een stock omschreven was, klopte deze niet. Er bevond zich meer en/of minder medicatie in de stock en/of andere medicatie dan op papier aangegeven (bv. orthopedie Aalst, cardiologie Aalst).
- De voorschriften voor de verdovende medicatie waren niet steeds getekend door de arts (5/5 gecontroleerde voorschriften op A2 campus Aalst).
- Op de afdeling cardiologie Aalst werd de verdovende medicatie op moment van de audit niet achter slot bewaard (ondanks de aanwezigheid van een cijferslot), of bevonden zich allerhande papieren en spullen (o.a. snoep) in de voorraadkast waaruit kon opgemaakt worden dat men de kast niet alleen voor medicatie gebruikt (oneigenlijk gebruik waardoor de sociale controle wegvalt en niemand nog kan achterhalen wie op welke momenten de kast geopend heeft).
- Er werd vervallen medicatie teruggevonden (T6: meerdere dozen Somatostatine, Exp 9/2010, VE5 insuline Exp 4/2010 op naam van een overleden patiënt).
- Op flacons van medicatie met beperkte houdbaarheidsdatum staat niet steeds een openingsdatum vermeld (bv. waterige oplossing van chloorhexidine® op VE cardiologie, D2, cardiologie Aalst, cardiologie-nefrologie Aalst en op G2 campus Asse).
- Er zijn geen uniforme afspraken over hoe toediening / geen inname van medicatie wordt genoteerd in het zorgendossier (inname is soms schuin streepje of paraaf, niet toegediende medicatie wordt soms omcirkeld). Op een kinderafdeling waren de medicatiedruppels die om 14u en 20u op 13/2 moesten worden toegediend, in een dossier niet afgetekend. Het was niet te achterhalen of deze druppels gegeven werden en door wie (verpleegkundige, ouders). Op de G te Asse was Seretide® niet afgetekend.
- De reden waarom medicatie niet toegediend wordt niet omschreven in het dossier. (T6, VE2...).
- Op het medicatieschema is bij “zo nodig” medicatie niet steeds het minimum aantal uren tussen twee dosissen weergegeven (CCU).
- Op sommige afdelingen (PAAZ, VE5, C4) wordt medicatie voor 24u klaargezet door de nachtverpleegkundige.
- Op de klaargezette medicatie(potjes) staat geen naam van de patiënt genoteerd, enkel de kamernummer en kant (deur of raam).

- Op PAAZ en C4 behoort medicatiedistributie tot taakverpleging. Op sommige afdelingen is medicatiebedeling naargelang de bestaffing deel van patiëntentoewijzing of taakverpleging.
- Op PAAZ zijn er twee medicatiefiches in gebruik, één in het patiëntendossier en een andere die wordt overgeschreven en in een map zit die gebruikt wordt voor de medicatiebedeling.
- Niet alle verpleegafdelingen beschikken over medicatiekarren (bv. C4).
- Er werden in de afdelingsvoorraden verknipte blisters teruggevonden waardoor de controle op vervaldatum niet meer mogelijk was. (Sotalex®) (op G2 campus Asse); cardio Aalst, C4)
- Er werden (3 verschillende soorten) pillen uit verpakking gezien in de klaargezette medicatie (C4), waardoor controle voor toediening eveneens niet meer mogelijk is.
- Er zijn op IZ twee identieke reanimatiekarren die dagelijks gecontroleerd worden. Deze karren waren niet verzegeld zodat men geen volledige garantie heeft dat de inhoud volledig en onaangetast is. (**Aanb**)
- Temperatuur van de koelkast en de kamertemperatuur waar de medicatie bewaard wordt, worden automatisch geregistreerd. Er is een alarm wanneer de grenswaarden overschreden worden. De procedure is niet gekend (bv. grenswaarden temperatuur). Er zijn geen uniforme richtlijnen i.v.m. de medicatie die zich in de koelkast bevindt wanneer de grenswaarden overschreden worden. Daarnaast zijn er nog verschillende koelkasten waarvan de temperatuur niet gemeten wordt.
- KCl wordt bewaard in de afdelingsvoorraad (80 flacons op de geriatrische afdeling A2 op campus Aalst).
- Er is geen aandacht voor de risico's van look alike en sound alike (bv. NaCl, KCl 20 Meq en 40 Meq stonden op IZ vlak naast elkaar).
- Volgende troeven in de medicatiedistributie werden opgemerkt (**SP**):
  - Op sommige afdelingen (bv. neuro C7, VE5) is medicatiebedeling onderdeel van patiëntentoewijzing.
  - De meeste verpleegafdelingen hebben medicatieverdeelkarren. Hiervan wordt op sommige afdelingen gebruik gemaakt om medicatie niet meer vooraf klaar te zetten.  
Op de kinderafdeling campus Aalst wordt KCl bewaard achter slot in de onderzoekskamer.
  - Op verschillende afdelingen wordt de medicatie niet op voorhand klaargezet maar genomen op moment van de toediening (bv.: kinderafdeling, oncologische afdeling T6, G, IZ...).
  - Alle medicatie, inclusief narcotica, wordt op IZ bewaard in Vanaskasten.
  - De stockcontrole voor narcotische medicatie is sluitend op A2 campus Aalst / VE 2 Asse en cardiologie Asse.
  - Op geriatrie is er een dagelijkse validatie van het medicatieschema door de artsen.
  - Controle van de vervaldatum gebeurt door de apotheek. Er werd tijdens de audit geen vervallen medicatie opgemerkt op A2, VE 2 en cardiologie Asse.
- Op het vlak van cytostaticabeleid werden volgende vaststellingen gedaan:

- Niet alle verpleegkundigen die chemotherapie toedienen hebben een bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie of hebben minstens 5 jaar ervaring met verzorging van oncologische patiënten (bv. afdeling VE5 campus Asse, T6, dagziekenhuis oncologie). **(NC)**
  - Er is heel wat aandacht voor continue vorming van het personeel i.v.m. oncologie. Deze vormingen worden heel regelmatig gehouden en zijn aanvaard voor het behoud van de BBT. Deze vormingen zijn in samenwerking met het KAHO en worden eveneens opengesteld voor verpleegkundigen van buiten het ziekenhuis. **(SP)** Voor personeelsleden zonder BBT is er onvoldoende aandacht voor vorming i.v.m. oncologie. **(TK)**
  - Het ziekenhuis werkt met 5 soorten cytostatica voorschriften, deze worden elektronisch opgemaakt maar bevatten geen ingebouwde controles op fouten. **(TK)** We bevelen aan om elektronische chemotherapievoorschriften te uniformiseren, te voorzien van ingebouwde controles en deze ziekenhuisbreed in te voeren. **(Aanb)**
  - De bereiding van de chemotherapie gebeurt door de assistenten niet onder rechtstreeks toezicht van een apotheker. **(NC)** Er is wel een controle voor en na de bereiding die wel mede door de apotheker gebeurt. **(AV)**
  - Men werkt momenteel in open systeem (wel naaldloos). De apotheek heeft besloten om over te schakelen op een gesloten systeem, hetgeen veiliger is. **(SP)**
  - Chemotherapie wordt toegediend op verschillende locaties: o.a. te Aalst op het dagziekenhuis oncologie, de afdeling onco/hemato, pneumologie, urologie en gastro-enterologie, te Asse op gastro-enterologie en het dagziekenhuis oncologie. **(AV)**
  - Men beschikt over 1 extravasatiekit te Aalst en 1 extravasatiekit te Asse. Verschillende afdelingen moeten deze kit delen. **(TK)** Elke afdeling waar chemotherapie wordt toegediend beschikt over een morskit. **(AV)** De extravasatiekit is niet verzegeld, waardoor men niet te allen tijde zeker kan zijn van de noodzakelijke samenstelling. **(TK)** De apotheek staat in voor het beheer van de extravasatiekit en de aanvulling ervan bij gebruik. **(AV)**
  - Er gebeuren jaarlijks 2 à 3 extravasaties binnen het gehele ziekenhuis. **(AV)**
  - Er is een heel uitgebreid en degelijk procedureboek chemotherapie opgemaakt (toepassingen, procedures, informatie...) **(SP)**
  - Binnen het dagziekenhuis oncologie zijn er duidelijke afspraken en voorrangsbepalingen met het labo. Er is een speciaal kokersysteem voor het transport van bloed en een speciaal kokersysteem voor transport van chemo. **(SP)**
  - Bij ontslag wordt steeds gepolst (via een lijst) of de gekozen thuisverpleegkundige over de nodige vakbekwaamheid beschikt (o.a. spoeltechnieken pomp...). Indien de gekozen thuisverpleegkundige niet op de lijst staat wordt deze uitgenodigd op het dagziekenhuis om de nodige technieken aan te leren. **(SP)**
- Men beschikt over een procedure voor controle van de vervaldata van medicatie, er worden lijsten getrokken door de apotheek en gevraagd aan de hoofdverpleegkundige om deze medicatie te gaan controleren. In sommige

gevallen zal de apotheek zelf de medicatie op de afdelingen gaan controleren op basis van deze lijsten. (AV) Dit systeem is niet sluitend: op sommige afdelingen werd vervallen medicatie aangetroffen. (TK)

- Er is nog geen gevalideerde en formele procedure rond temperatuursregistratie en -controle van koelkasten op verpleegafdelingen. (TK) Deze procedure wordt eerstdaags besproken. Men opteert binnen het ziekenhuis voor een centraal monitoringsysteem. Momenteel is er op de afdelingen een lokaal alarmsysteem voorzien op de koelkasten. (AV)
- De apotheek beschikt niet over een specifiek informatiekanaal naar de afdelingen. (Aanb) Specifieke medicatiegerelateerde problemen worden nu via mail gemeld aan alle afdelingen.

De apotheek zit wel in het zorgdepartement (resonantiegroep) waar ook de zorgmanagers aanwezig zijn, via deze weg kan ook medicatiegerelateerde communicatie gebeuren. (AV) Op de afdelingen waar klinische farmacie werkzaam is, is er een formele en systematische communicatie mogelijk. (SP)

- Incidenten worden binnen de apotheek niet geregistreerd en geanalyseerd. (TK) De apotheek kan wel voorbeelden aanhalen van verbeteracties die doorgevoerd werden naar aanleiding van (bijna) incidenten. (SP) De apotheek zal betrokken worden bij het nieuw incidentenmeldingsysteem van het ziekenhuis (comité patiëntveiligheid, specifieke werkgroepen). (AV)
- Rond antibiotica werden volgende vaststellingen gemaakt: (AV)
  - Er wordt een jaarlijks activiteitenrapport opgemaakt van de antibioticatherapiebeleidsgroep (ABTBG).
  - Het antibioticaformularium wordt jaarlijks geëvalueerd en indien nodig gereviseerd.
  - Het formularium is verspreid onder alle artsen en is via intranet beschikbaar.
  - Het is op elk moment mogelijk om advies te verkrijgen in verband met antibioticagebruik.
  - Voor alle antibiotica is een voorschrift nodig. Dit wordt dagelijks opgevolgd.
  - De resistentieprofielen worden jaarlijks geanalyseerd per dienst/afdeling. Enkel in speciale situaties wordt feedback gegeven aan de diensten.
  - Verkeerd gebruik of misbruik van antibiotica wordt opgevolgd door de ABTBG, die contact opneemt met de betrokken dienst en/of voorschrijvende arts.
- Er is geen systematische jaarlijkse analyse van het geneesmiddelenverbruik per geneesmiddelenklasse, per discipline en per arts. Voor antibiotica worden deze analyses per arts evenmin uitgevoerd, wel per afdeling. (NC)

## Resultaten

- Er werd een externe audit gehouden in 2009 met focus op optimalisatiemogelijkheden voor werking en organisatie van apotheek. Een aantal verbeter suggesties werden weerhouden en toegepast. Het organogram en de bijhorende duidelijkere werkverdeling is er gekomen op basis van deze externe audit. **(SP)**
- Het ziekenhuis beschikt over een ziekenhuisformularium. Er wordt naar schatting 15% specialiteiten afgeleverd buiten het ziekenhuisformularium. **(AV)** Er bestaat een lijst van medisch materiaal waarbinnen aangekocht wordt. **(AV)**
- 50 % van de aangekochte medicatie wordt in unit dose aangekocht. Het overige deel wordt zoveel mogelijk herverpakt met de eigen herverpakkingsmachine te Aalst. Er zijn geen cijfers van het totaal aantal percentage aan geneesmiddelen welke als unit dose bedeed wordt vanuit apotheek. **(AV)** Er is een nieuw herverpakkingsmachine aangekocht (met grotere capaciteit). **(SP)** Er wordt nagegaan of de herverpakkingstaken niet extern uitbesteed kunnen worden. **(AV)**

## 7.5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen

### Situering

- Er zijn drie sterilisatieafdelingen (1 op elke campus). De CSA van Aalst is iedere werkdag open van 6u00 tot 22u00 en heeft wachtdiensten. Asse is van dinsdag tot donderdag open van 8u00 tot 18u00 en maandag en vrijdag van 8u00 tot 20u00. Ninove is open tijdens de werkdagen van 7u30 tot 15u30. Enkel Ninove is in de weekends gesloten.
- Er werd gesproken met de apotheker verantwoordelijk voor sterilisatie en de hoofdverpleegkundige van de CSA te Aalst. Te Ninove werd er gesproken met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, die ook verantwoordelijk is voor de sterilisatieafdeling en het dagziekenhuis.
- De CSA te Aalst en te Ninove werden bezocht. Sterilisatie was een aandachtspunt tijdens het bezoek aan de operatiekwartieren.

### Beleid en strategie

- De CSA beschikt over een kwaliteitshandboek voor de sterilisatieactiviteiten over de drie campi. **(SP)**
- Uit gesprek met de directie van het ziekenhuis blijkt dat men pistes onderzoekt om de sterilisatieactiviteiten uit te besteden. De apotheker, verantwoordelijk voor de CSA, en de hoofdverantwoordelijken van de CSA's waren op het moment van de audit niet betrokken bij deze plannen. In de periode tussen de audit en het finaal overleg werd er een projectteam samengesteld met de verantwoordelijke apotheker aan het hoofd en ondermeer de hoofdverantwoordelijken van de CSA's als leden, zodat hun kennis en expertise ter zake maximaal benut kunnen worden. **(AV)**

- De CSA te Aalst beschikt over een aanzet tot beleidsplan. Een grondig onderbouwd beleidsplan met inbegrip van strategische doelstellingen en visie is aangewezen maar enkel mogelijk indien de CSA over voldoende beleidsinformatie beschikt (o.a. voorzien budget...) en er een duidelijke toekomstvisie is. **(Aanb)**
- Het overleg binnen en tussen de verschillende sterilisatieafdelingen gebeurt niet structureel en systematisch: **(TK)**
  - Er is onvoldoende gestructureerd overleg met OK, CSA en apotheek en dit op alle campi. Recent werd in Aalst de overlegmomenten met OK op een meer structurele wijze ingepland.
  - Het is belangrijk dat alle partijen hier op een voldoende wijze vertegenwoordigd zijn en dit overlegmoment de nodige gedragen beslissingen kan treffen (het overleg mag niet beperkt worden tot een gesprek met enkel de hoofdverpleegkundige OK en de verantwoordelijke CSA).
  - Het overleg tussen de apotheek en de drie CSA-verantwoordelijken dient formeel en systematisch geïnstalleerd te worden met voldoende aandacht voor de kleinere campi. In de nabije toekomst wil men dit realiseren.
  - Een gestructureerd overleg met ziekenhuishygiëne gaat wel door te Asse en niet te Aalst en te Ninove. We bevelen aan dit overleg ziekenhuisbreed in te voeren.
  - Het op geregelde tijdstippen samenbrengen van de verschillende partners over de campi heen kan een meerwaarde betekenen. **(Aanb)**
- Er is geen jaarlijkse validatie van de autoclaven. **(TK)** De hernieuwing van de validatie wordt jaarlijks aangevraagd vanuit de CSA's maar niet weerhouden. Enkel bij ingebruikname worden autoclaven gevalideerd. Sommige autoclaven zijn al 8 jaar of langer niet meer gevalideerd. Een formele validatie is de meest noodzakelijke eerste stap voor een onberispelijk sterilisatieproces.
- Zowel in het operatiekwartier van Aalst als van Asse wordt er chirurgisch materiaal gedesinfecteerd door middel van glutaraaldehyde. Er kan geen garantie geboden worden dat het materiaal hierdoor op voldoende wijze gedesinfecteerd wordt. Het proces zelf houdt meerdere risico's in ten aanzien van patiënten en personeel: **(NC)**
  - Er wordt geen logboek bijgehouden van de materialen die op deze wijze gedesinfecteerd worden, noch van de frequentie. Men registreert enkel het resultaat van een teststrook.
  - Er is geen zicht op de reiniging van de apparatuur.
  - Er is geen controle op de onderdompelingstijden.
  - Er is geen toezicht op het proces door de apotheker.
  - Er is geen tracering van het materiaal tot op het niveau van de patiënt.
  - Uit het logboek blijkt dat het product regelmatig langer gebruikt wordt dan voorgeschreven.
  - Op de campus Aalst is er voorzien in een afzuiging, maar deze werkt niet continu. In het lokaal waar de glutaraaldehyde staat opgesteld, is het product duidelijk ruikbaar. Andere bakken staan gewoon in de gang van het operatiekwartier. In Asse is er geen aangepaste ventilatie voorzien.

- De bakken in Asse staan opgesteld op een los karretje midden in een rommelig lokaal dat behalve als berging voor het operatiekwartier ook gebruikt wordt door het labo anatomopathologie. Er is geen aanduiding van de gevaarlijke producten, de bakken worden aan het oog onttrokken door inpakmateriaal. De voorraadflessen staan los op de grond, vlak naast de ingang.  
Ook in Aalst wijst niets op de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen in de berging of in de gang waar de dompelpakketten staan opgesteld.
- Zowel te Aalst als te Asse worden oftalmologische instrumenten buiten de CSA op het operatiekwartier gesteriliseerd. Te Aalst gebeurt dit met een Melag®-eendeursautoclaaf in een vuile utility recht tegenover zaal 12. Te Asse gebeurt dit met een Lisa®-eendeursautoclaaf in een rommelige ruimte, waarlangs vuil materiaal van het OK naar de CSA wordt afgevoerd. De sterilisatie gebeurt in beide gevallen niet op onberispelijke wijze. (NC)
  - Het materiaal wordt enkel manueel gereinigd, wasmachines zijn er niet. Te Asse werd een klein ultrasoontoestel leeg in de gang nabij de botbank aangetroffen. Dit apparaat wordt duidelijk niet gebruikt. Een manuele reiniging moet als inferieur beschouwd worden t.a.v. een gecontroleerde machinale en thermische reiniging.
  - Voor het personeel die de instrumenten behandelt, zijn geen beschermerschorten of spatbrillen beschikbaar.
  - Het water waarmee de reiniging gebeurt, is gewoon leidingwater zonder verdere behandeling.
  - De sterilisatie van dit materiaal wordt uitgevoerd door personeel van het operatiekwartier. Dit personeel volgt niet op regelmatige basis bijscholing over sterilisatie en het is onduidelijk hoe het gesteld is met hun kennis van de geldende procedures en het toezicht daarop.
  - Er is geen propere en geen reine zone. Proper en vuil materiaal staan door elkaar. De ruimten waarin gewerkt wordt moet als vuil beschouwd worden.
  - De autoclaaf is niet gevalideerd door een externe firma.
- De apotheek heeft maar gedeeltelijk zicht op de desinfectie van endoscopen. (TK)  
Zowel de rigide als de flexibele endoscopen komen op verschillende diensten terecht doorheen het ziekenhuis (CSA, OK urologie, OK anesthesie, consultatie gastro-entero, pneumologie). Het beleid hier rond is verschillend van campus tot campus. Op de ORL endoscopen heeft men helemaal geen zicht. Het is belangrijk ziekenhuisbreed en campusoverschrijdend te bepalen volgens welke procedure (hoe, waar en door wie) de desinfectie van de verschillende endoscopen op een onberispelijke wijze kan en moet gebeuren.
- Voor leeninstrumenten en materiaal in consignatie zijn er verschillende richtlijnen opgesteld per campi. Zo wordt het leeninstrumentarium te Aalst eerst gereinigd en gedesinfecteerd en dan pas gesteriliseerd. In Asse wordt het instrumentarium onmiddellijk gesteriliseerd. Bovendien is het niet duidelijk welke status deze

richtlijnen hebben. Sommige versies zijn formeel goedgekeurd, andere hebben geen status. Het is belangrijk om over uniforme richtlijnen te beschikken. **(TK)**

## **Middelen**

- De CSA te Aalst bevindt zich in dezelfde gang als de apotheek. De CSA beschikt over 3 strikt gescheiden zones. De laatste renovatie dateert van 2010. De autoclaven zijn buiten hun ingebruikname nog nooit gevalideerd. **(TK)** Wel voert men wekelijks een vacuümlekttest uit, dagelijks een Bowie en Dicktest, en chemische en fysische controles gebeuren bij elke cyclus. **(AV)** De CSA te Aalst wordt te klein voor het aantal te verwerken instrumenten. Er is geen mogelijkheid tot temperatuursregeling, waardoor het soms heel warm en ook vochtig kan worden in de CSA. **(Aanb)**
- De CSA op campus Ninove bevindt zich centraal in het operatiekwartier. De laatste renovatie dateert van 2008, sindsdien beschikt de CSA over twee van elkaar gescheiden zones: een vuile en een reine-steriele zone. De steriele sets worden nabij de twee zalen opgeborgen. **(AV)**  
De (enige) autoclaaf is erg verouderd en werd sedert zijn ingebruikname nog nooit gevalideerd. **(TK)** Wel voert men wekelijks een vacuümlekttest uit, dagelijks een Bowie en Dicktest, en chemische en fysische controles gebeuren bij elke cyclus. Boven de wasmachine is de vroegere doorgang van de vuile naar de propere zone open gelaten. Best maakt men deze opening toe om de scheiding helemaal door te voeren. Op die manier kunnen aërosols tegengehouden worden wanneer men handmatig aan het reinigen is. **(Aanb)**
- Op alle campussen is er sprake van een tekort aan materiaal om toe te laten dat het materiaal tussen twee ingrepen grondig wordt gesteriliseerd. **(NC)** Op de campus Aalst gaat het om oftalmologisch materiaal dat omwille van tijdsdruk meermaals per dag handmatig gewassen en gesteriliseerd wordt. Op de campus Asse gaat het om, naast oftalmologische materiaal om materiaal van algemene heelkunde (galblaasoperaties). Op de campus Ninove zijn er soms problemen om voldoende materiaal te hebben voor de MKA-ingrepen en operaties van plastische heelkunde.
- Nagenoeg alle instrumenten zijn eigendom van het ziekenhuis. **(SP)** Een deel van het instrumentarium op de campus Asse is privé-eigendom van de chirurgen (urologie). Het privé-materiaal is verouderd en kan niet op grondige wijze gesteriliseerd worden. **(NC)**
- Binnen het ziekenhuis (campus Aalst) wordt nog gebruik gemaakt van ethyleenoxyde voor de hersterilisatie van wegwerpmateriaal (enkel voor dure instrumenten waarvan de expiratedatum overschreden is) . **(TK)** Momenteel loopt deze sterilisatiemethode op zijn einde. De laatste gasflessen worden opgebruikt. **(AV)**

## **Medewerkers**



- De CSA te Aalst werkt momenteel onder de eigen vastgestelde minimumbezetting. **(TK)** Werkdruk en het aantal personeelsleden dient in evenwicht gehouden te worden. Aanvraag tot uitbreiding van het personeelsaantal wordt best gestaafd met objectieve cijfergegevens en berekeningen.  
Het aantal operaties stijgt (wegens in gebruikname van nieuwe zalen) en de operatietijden lopen sterk uit, waardoor heel wat materiaal binnen de huidige openingsuren van de CSA niet tijdig weggewerkt kan worden. Men denkt eraan een nachtdienst in te voeren binnen de CSA. Het personeel van de CSA heeft nog geen uitbreiding gekend sinds de in gebruikname van de nieuwe zalen.
- Op de campus Asse staan medewerkers van het operatiekwartier in voor de reiniging en sterilisatie van oftalmologisch materiaal.  
Op de campus Aalst staan logistiek medewerkers in voor de reiniging en sterilisatie van oftalmologisch materiaal.  
Niet alle personeelsleden welke instaan voor sterilisatieactiviteiten (binnen de 3 CSA's , binnen OK en op de afdelingen) hebben een specifieke opleiding rond sterilisatie genoten. **(TK)**

## Processen

- De centrale sterilisatie beschikt niet over een traceersysteem. **(TK)** Het ziekenhuis dient te voorzien in een systeem dat het mogelijk maakt de instrumenten te allen tijde te kunnen traceren. Dergelijk systeem maakt het eveneens mogelijk om objectieve cijfergegevens van sterilisatieactiviteiten te produceren. We bevelen aan om het traceersysteem indien mogelijk te laten communiceren met het OK-planningsysteem. **(Aanb)**
- De CSA heeft wel zicht op de OK-planning maar geen inspraak. **(TK)** De OK-planning is niet steeds automatisch vertaalbaar en bruikbaar voor de CSA. Zo zijn de vele operatie-afkortingen niet steeds duidelijk voor de CSA evenals de hieraan gekoppelde set instrumenten. We bevelen aan, in afwachting van een elektronisch (traceer – OK)planningsysteem na te gaan hoe de organisatie beter op elkaar kan afgesteld worden (afkortingenlijst, koppeling juiste sets...). **(Aanb)**
- Er worden heel wat knelpunten vastgesteld bij de opslag van de steriele sets op het OK. Gescheurde sets komen geregeld voor. **(TK)** Dit betekent extra werk en kosten voor het ziekenhuis. Momenteel wil men veranderingen in het opbergsysteem invoeren (o.a. mand in mand systeem...).

## Resultaten

- We bevelen aan om meer cijfergegevens te genereren zodat men gericht hierop het beleid kan afstellen. **(Aanb)**

## 7.6 Infectieziektenbeheersing

### Beleid en strategie

- Het team ziekenhuishygiëne (TZHH) bestaat uit drie verpleegkundig ziekenhuishygiënist (2,4 VTE) en twee geneesheren ziekenhuishygiënist (0,83 VTE). Daarnaast kan het team beroep doen op een arts epidemioloog (0,42 VTE). Van de officiële overlegmomenten van het team worden verslagen bijgehouden. (AV)
- We raden aan om voor de verpleegkundig ziekenhuishygiënist een functieomschrijving op te stellen zodat een zekere taakuitzuivering mogelijk wordt. De bestaande functiekaarten omvatten meer algemene competenties, geen functiegebonden competenties. (Aanb)
- Het comité ziekenhuishygiëne (CZHH), onder voorzitterschap van een geneesheer ziekenhuishygiënist, kwam in 2010 4x samen. (AV)
- Het TZHH is vertegenwoordigd in verschillende werkgroepen. In 2009 kwam de werkgroep ontsmettingsmiddelen 1x samen, de groep preventie Legionella-pneumonie 12x, de werkgroep preventie urineweginfecties 1x, en het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal 2x. De tijdelijke werkgroep influenza kwam 3x samen in 2009. (AV)
- De antibioticatherapiebeleidsgroep (ABTBG) bestaat uit een multidisciplinair team onder voorzitterschap van de arts ziekenhuishygiënist. In 2009 kwam de ABTBG 4x samen. (AV)
- De verpleegkundig ziekenhuishygiënist hebben allemaal een opleiding ziekenhuishygiëne gevolgd. Twee verpleegkundig ziekenhuishygiënist zijn steeds aanwezig in Aalst, één verpleegkundig ziekenhuishygiënist werkt in Asse. We raden aan om een organogram te maken van het TZHH zodat het voor de werkvloer duidelijk is wie aanspreekpunt is voor welke subspecialisatie of afdeling. (Aanb)
- Er waren in 2009 telkens vertegenwoordigers van het TZHH aanwezig op het regionaal platform ziekenhuishygiëne dat 3x samenkwam. (AV)
- Andere voorbeelden van samenwerkingsverbanden inzake ziekenhuishygiëne zijn: een samenwerkingsproject met verpleegkundigen in Bulgarije, Federaal Platform Ziekenhuishygiëne (FPZ), Belgian Infection Control Society (BICS) en het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV). (AV)
- Er zijn 75 referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne in het ziekenhuis. Op elke verpleegafdeling is minstens één referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne aanwezig. Een referentieverpleegkundige is een gemotiveerde contactpersoon op de werkvloer die correcte informatie doorgeeft aan collega's,

een correcte evaluatie van de noden realiseert met rapportage aan het team ziekenhuishygiëne en de collega's motiveert. De referentieverpleegkundigen ondersteunen het TZHH en voeren de ziekenhuisbrede compliancemetingen uit in het kader van de nationale campagne handhygiëne. (AV)

- We raden aan om een specifieke functieomschrijving op te stellen voor alle referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. (Aanb)
- Het CZHH besprak en keurde in 2009 volgende verslagen goed: algemeen strategisch plan 2009-2013, het jaarlijks beleidsplan 2010, het jaarlijks activiteitenverslag 2009 en het jaarlijks werkingsverslag 2009. (AV) Doelstellingen in de beleidsplannen moeten SMART geformuleerd worden om een objectieve evaluatie mogelijk te maken. (TK)
- De budgetten en kostenramingen werden niet besproken en goedgekeurd in het CZHH. (NC)
- Er is een oplijsting van de genomen beslissingen inzake ziekenhuishygiëne. De vorm van het register laat niet toe om bv. op trefwoord te zoeken zonder alle verslagen te moeten doornemen. (TK)

Het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid nam op 9 juli 2008 onderstaand standpunt in ten aanzien van het bij KB opgelegde 'register van beslissingen' (KB 26 april 2007 en KB 19 juni 2007 art 13°1).

Een dergelijk register omvat bijvoorbeeld onderstaande gegevens:

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

Dit register is een bondige en overzichtelijke samenvatting van de genomen beslissingen tijdens de vergaderingen van het comité. Het register kan m.a.w. gemaakt worden aan de hand van de verslagen van het comité. Dit register kan enerzijds een hulp zijn voor de opvolging van de genomen beslissingen en anderzijds voor de rapportage in het jaarlijks activiteitenverslag ziekenhuishygiëne (zie punt C 1.3 van het sjabloon).

Voor toelichting bij het KB van 26 april 2007 en het KB van 19 juni 2007 art 13.1° wordt ook verwezen naar de omzendbrief van 19/07/2007 van de FOD Volksgezondheid aan de ziekenhuizen. Dit standpunt kan ten allen tijde worden aangepast door het agentschap Zorg en Gezondheid.

- Het ziekenhuis deed mee aan de Nationale Campagne Handhygiëne van de voorbije jaren. (AV)
- Volgende ziekenhuisinfecties worden geregistreerd aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen: MRSA,

Clostridium difficile, ziekenhuisbrede septicemieën, pneumonieën en bacteriëmieën op intensieve zorgen en CCU campus Aalst, multiresistente Enterobacteriaceae. Resultaten van de registraties worden systematisch geanalyseerd en gecommuniceerd naar het TZHH, CZHH en de betrokkenen. **(AV)**

- Het TZHH wordt niet systematisch betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van (ver)bouw(ings)werken. Enkel als er problemen verwacht worden, zal het TZHH gecontacteerd worden. Het opvolgen van de hygiëne-aspecten bij bouwen en verbouwen is een wettelijke taak van het TZHH, die systematisch moet opgenomen worden. **(NC)**  
We raden aan om de bevoegdheden van het TZHH bij bouw- en verbouwingswerken te formaliseren. Bv. bevoegdheid om werken stop te zetten als de ziekenhuishygiëne in het gedrang komt bij negatieve adviezen of slechte opvolging van adviezen. **(Aanb)**

## Middelen

- Er is zowel op de campus in Asse als op de niet-gerenoveerde campus te Aalst een algemeen tekort aan opslagruimte om de scheiding tussen vuil en proper aan te houden. Tijdens de rondgang op de twee campi werd vuil materiaal opgemerkt in protere opbergruimten, en werd zuiver materiaal in de vuile utility gestockeerd. **(TK)**
- De kamers in de niet-gerenoveerde blok van campus Aalst zijn in zeer slechte staat: bv. afschilferende verf op de muren, loshangende panelen aan hoofdeinden. Het is onmogelijk om een optimale hygiëne te bekomen in deze kamers. Ook al worden deze kamers in de toekomst gerenoveerd, het is belangrijk om op korte termijn maatregelen te nemen om een optimale hygiëne te kunnen garanderen. **(NC)**
- Door het gebrek aan ruimte op de oudere afdelingen is het voor patiënten niet steeds mogelijk te douchen. Er zijn geen douches op deze patiëntenkamers. Op één afdeling staat de enige douche voor de patiënten in een behandelkamer, waardoor hij niet steeds gebruiksklaar is. Het is niet duidelijk of deze ruimte na elke behandeling nog beschouwd kan worden als een hygiënisch protere ruimte waar patiënten kunnen douchen. Op andere afdelingen wordt de doucheruimte gebruikt voor de jassen van het personeel. **(AV)**
- Het is aan te raden om ziekenhuisbreed het elektronisch verpleegkundig dossier te introduceren in het kader van infectieziektepreventie en een kwaliteitsvolle zorgverlening. **(Aanb)**
- De procedure voor meldingsplichtige infectieziekten werd aan de nieuwe wetgeving aangepast. De opvolging van de meldingen gebeurt door de klinisch bioloog en wordt ook bijgehouden in GLIMS. **(AV)**

## Medewerkers

- De referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne krijgen allemaal een specifieke externe opleiding door het NVKVV of door de Vlaamse beroepsvereniging voor verpleegkundig kaderpersoneel (VBVK). Daarnaast zijn er 4x per jaar vergaderingen met de referentieverpleegkundigen waarbij vorming gecombineerd wordt met overleg en briefing. Deze overlegmomenten worden door de bevroagde referentieverpleegkundigen als positief ervaren. **(SP)**
- De referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne zorgen ervoor dat hun collega's op de verpleegafdelingen geïnformeerd worden over ziekenhuishygiëne, geven soms opleidingen handhygiëne, en checken de implementatie van de procedures ziekenhuishygiëne. **(AV)**
- Er worden systematisch opleidingen ziekenhuishygiëne georganiseerd voor verpleegkundigen en artsen. Andere beroepsgroepen en vrijwilligers worden echter niet uitgenodigd of betrokken. **(TK)**
- Een deel van het onderhoudspersoneel wordt tewerkgesteld door het ziekenhuis, een ander deel door Cleaning Masters. Geen van beide groepen krijgt opleidingen over ziekenhuishygiëne. **(TK)**

## **Processen**

- Het CZHH houdt geen toezicht op het coördineren van het toewijzen van volgende opdrachten **(NC)**
  - Noch het TZHH, noch het CZHH houden toezicht op de sterilisatieprocessen, hoewel er nog steeds gewerkt wordt met glutaaraldehyde en ethyleenoxide. Er is ook geen systeem van traceerbaarheid. Het is een wettelijke taak van het CZHH om het toewijzen van de opdrachten in verband met de controle op sterilisatietechnieken te coördineren.
  - Er is toezicht op het externe wasprocedé: er is een document aanwezig dat aantoont dat er een bacteriologische controle is op het externe wasprocedé. Er is geen toezicht op het interne wasprocedé. Ook de bacteriologische controle op het intern wasprocedé gebeurt niet.
  - Er is geen toezicht op het proces van verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval.
- Er is het voorbije jaar door het TZHH of CZHH toezicht geweest op de hygiëne bij de bereiding en distributie van voeding. Er werden ons 3 verslagen van deze vergaderingen bezorgd. **(AV)**
- Er zijn procedures die de indicaties beschrijven voor het dragen van handschoenen, dragen van een masker, dragen van een schort en het dragen van een beschermbril. **(AV)**
- De lay-out van de procedures inzake ziekenhuishygiëne is nog niet eenduidig. Ook al worden de procedures door het TZHH intern opgevolgd, raden we aan de lay-out

voor alle procedures gelijk te maken om een consequente opvolging te kunnen garanderen en de duidelijkheid naar de werkvloer te bevorderen. **(Aanb)**

### Handhygiëne

- Zowel op campus Aalst als op campus Assen werden medewerkers gezien met lange mouwen en/of ringen en/of polshorloges, en dit bij verschillende beroepsgroepen. **(TK)**
- In het medisch reglement werd een expliciet verbod opgenomen voor het dragen van juwelen aan handen en armen. **(SP)** De controle op dit verbod verloopt in de praktijk zeer moeilijk. Het is aan de directie en hoofdgeneesheer om stappen te ondernemen om de strikte toepassing van de procedure handhygiëne ook te garanderen bij de artsen. Hierbij zijn het dragen van korte mouwen en het volledig vrijhouden van de handen en voorarmen, alsook het gebruik van handalcohol essentieel. **(TK)** We raden daarom sterk aan om ook voor de artsen arbeidskleding met korte mouwen aan te kopen via het ziekenhuis. **(Aanb)**
- Om handhygiëne nog beter te implementeren op de werkvloer raden we aan om de spoelruimten en keukens te voorzien van vloeibare zeep, wegwerphanddoekjes en reminders voor handhygiëne. De alcoholdispensers zijn wel aanwezig in elke ruimte. **(Aanb)**
- De alcoholdispensers hangen in de patiëntenkamers aan de muur en aan het bed. De flacons aan het bed hangen echter niet ideaal want ze worden er regelmatig “afgereden” volgens de verpleegkundigen. We raden aan om de aandacht te vestigen op de flacons die tegen de muur bevestigd werden omdat ze soms tegen de blikrichting hangen. Bv. door er pijlen boven te hangen zoals een referentieverpleegkundige op campus Aalst uit eigen initiatief implementeerde op haar afdeling. **(Aanb)**
- We raden aan om ook op de patiëntenkamers handschoenen te voorzien, niet enkel op de verzorgingskarren. **(Aanb)**
- Wegwerphanddoekjes moeten steeds in de daarvoor bestemde houders geplaatst worden. Tijdens de rondgang werd opgemerkt dat wegwerphanddoekjes soms op de lavabo worden gelegd, waar ze nat kunnen worden en dus niet zuiver bewaard kunnen worden. **(TK)**
- Er wordt ook dit jaar deelgenomen aan de nationale campagne handhygiëne. Ondanks dat verpleegkundigen info gekregen hebben rond de focus van de campagne, en de aanwezigheid van posters op alle afdelingen, was het voor een aantal aangesproken verpleegkundigen niet duidelijk wat de campagne dit jaar inhoudt. Omdat de focus ligt op het betrekken van patiënten lijkt het ons nuttig dat alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van de inhoud van de campagne zodat ze ook de patiënten kunnen informeren en sensibiliseren. **(Aanb)**

- We raden aan om in de toiletten van patiëntenkamers en in de bezoekerstoiletten de nodige reminders voor handhygiëne te hangen. **(Aanb)**

### MRSA

- Bij alle patiënten die opgenomen worden, kan elektronisch gecheckt worden of ze gekende MRSA-patiënten zijn zodat onmiddellijk de nodige maatregelen genomen kunnen worden. Er wordt systematisch een mail gestuurd naar de betrokkenen. Bij geplande opnames kunnen de administratieve medewerkers niet checken of de patiënt gekende MRSA-patiënt is. Hierdoor bestaat het risico dat een MRSA-patiënt toch op een meerpersoonskamer terecht komt vooraleer zijn status gekend is. We raden aan om een systeem te voorzien waardoor ook geplande opnames onmiddellijk getagd worden als er isolatiemaatregelen nodig zijn. **(Aanb)**
- Bij positieve MRSA-stalen wordt er telefonisch contact opgenomen met de afdeling. Er wordt een mail verstuurd naar de afdeling, de behandelende arts en het TZHH. In de praktijk gebeurt dit niet altijd vlekkeloos. Er wordt niet altijd telefonisch verwittigd, er wordt niet steeds consequent mail gecheckt op de verpleegafdelingen en het LotusNotes systeem valt soms uit waardoor er zeer laat ontdekt wordt dat een patiënt positief is. **(TK)**
- Er is een brochure beschikbaar met informatie over MRSA voor patiënten en bezoekers. **(AV)**
- Op elke bezochte verpleegafdeling was een MRSA-mapje aanwezig met daarin alle documenten, stickers, folders. **(AV)**
- Het gebruik van het transferdocument dat aanwezig is in het MRSA-kaftje, is zeer afhankelijk van afdeling tot afdeling. Soms wordt het document ingevuld door de artsen, soms door verpleegkundigen, soms wordt het helemaal niet gebruikt. Het is ook niet duidelijk wie allemaal verwittigd wordt van het ontslag van een MRSA-patiënt: sommige diensten verwittigen enkel de behandelende arts of de instelling via het medisch verslag, sommige verpleegkundigen maken een eigen verslag met daarin info over de dekolonisatiestadia voor thuisverpleegkundigen. We raden aan deze procedure gelijk te stemmen. **(Aanb)**
- Bij isolatiepatiënten wordt op de kamerdeur een infofiche gehangen voor medewerkers en bezoekers. Er zijn gestandaardiseerde documenten voorzien per soort isolatie. Op de afdelingen worden in de praktijk enkel de fiches voor contactisolatie gebruikt bij MRSA-patiënten, ongeacht of het effectief om contactisolatie of om een andere vorm van isolatie gaat. Dit kan tot misverstanden leiden als er toch een masker moet opgezet worden. **(TK)**
- In Asse lag een MRSA-patiënt op een meerpersoonskamer omdat op de verpleegafdelingen geen éénpersoonskamer beschikbaar was. De isolatiekaart was bevestigd aan het bed van de besmette patiënt in plaats van aan de kamerdeur, terwijl de maatregelen van toepassing zijn bij het betreden van de kamer, en niet vanaf het bed van de patiënt. **(TK)**

- De MRSA-kar, met daarop de nodige isolatiematerialen, stond op alle bezochte afdelingen klaar. **(AV)** Door plaatsgebrek werd het zuivere materiaal soms in de vuile utility geplaatst. **(TK)**
- Plateaus van MRSA-patiënten worden systematisch bovenop de etenskar geplaatst (= conform richtlijnen campus Asse), aangezien de binnenkant van de kar niet dagelijks gereinigd en ontsmet wordt. Het eetmateriaal zou in de kar moeten geplaatst worden en in de vaatwasmachine dagelijks een thermische desinfectie ondergaan. Indien het dagelijks thermisch desinfecteren van de etenskar technisch onmogelijk is binnen campus Asse is dit inderdaad een beter alternatief. **(Aanb)**
- We stellen ons de vraag waarom besmet materiaal van een MRSA-patiënt op sommige afdelingen in een gele zak gestopt wordt die nadien bespoten wordt met alcohol, wat niet overeenkomt met de interne procedure MRSA, en ook totaal overbodig is. **(TK)**

## Resultaten

- Alle ondervraagde verpleegkundigen vonden vlot de procedures in verband met ziekenhuishygiëne. De link is duidelijk en de procedures staan gebundeld. **(AV)**
- We raden aan om alle hygiëneprocedures eenzelfde lay-out te geven, met een aanmaak- en revisiedatum. **(Aanb)**
- De referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne nemen persoonlijke initiatieven op de werkvloer om de handhygiëne te bevorderen Bv. het opmaken van pijlen om de aandacht te vestigen op de flesjes handalcohol, aangepaste powerpointvoorstellingen voor de eigen dienst **(SP)**
- Van de referentieverpleegkundigen wordt verwacht dat ze hun taken voor ziekenhuishygiëne tijdens hun shiften uitvoeren. Tijdens de momenten dat ze specifieke taken voor ziekenhuishygiëne uitvoeren (bv. compliancemetingen) zijn ze niet beschikbaar in de eigenlijke patiëntenzorg, wat extra werkdruk geeft voor collega's. Sommige verpleegkundigen voeren tot vijf verschillende bijkomende taken uit naast een full time job als verpleegkundige. Personeelstekort op de verpleegafdelingen, gecombineerd met de cumulatie van taken maakt het risico groter dat er keuzes gemaakt moeten worden met een kwaliteitsdaling tot gevolg. We raden sterk aan om deze problematiek ernstig te evalueren en bij te sturen. **(Aanb)**
- De liquide handalcohol wordt in de eigen apotheek bereid. De gegevens betreffende het verbruik van handalcohol zijn gekend. Ze worden aan de hand van grafieken op de verpleegeenheden bekend gemaakt. **(AV)**
- De resultaten van de metingen inzake MRSA worden maandelijks geanalyseerd. Vroeger stuurde men maandelijks alle analyses door, maar op vraag van de



verpleegafdelingen stuurt de epidemiologe nu enkel bij afwijkende resultaten grafieken door. Deze worden dan ook besproken met de betrokken afdeling. (AV)

- Er werd door de verpleegkundig ziekenhuishygiëniste een poster gemaakt voor elke verpleegafdeling waarin het verbruik van handalcohol grafisch wordt voorgesteld over de jaren heen. (AV)
- Er bestaat een procedure voor het gebruik van glucosemeters bij MRSA-patiënten in een isolatiekamer. Deze procedure beschrijft hoe één verpleegkundige in zeer korte tijd een bloedstaal moet opvangen in de isolatiekamer om deze nadien buiten de kamer in het geactiveerde apparaat te plaatsen. (AV) Ondanks deze procedure raden we sterk aan om meerdere glucometers aan te kopen zodat een eenvoudigere manier van werken mogelijk wordt. (Aanb)

## 7.7 Legionellabeheersing

### Campus Aalst – Algemeen

- In het kader van het Besluit van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009 betreffende initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan (B.S.16.09.2009), werden er in oktober 2008 twee patiënten gemeld met een nosocomiale legionellose, gelinkt aan het O.L.Vrouwziekenhuis Campus Aalst. In februari 2009 werd een derde patiënt gemeld die eveneens mogelijk gelinkt werd met het ziekenhuis. In het kader van het Besluit van de Vlaamse Regering van 9 februari 2007 betreffende de preventie van de veteranenziekte op publiek toegankelijke plaatsen (B.S. 4 mei 2007) en de toezichtbevoegdheid van het Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Toezicht Volksgezondheid werd er vastgesteld dat de Campus Aalst niet voldeed aan het Legionellabesluit. Het beheersplan was zeer beperkt en onvoldoende onderbouwd om een legionella veilige situatie te kunnen garanderen. Bij de inventarisatie van het sanitaire waterleidingnet werd vastgesteld dat de talrijke gebreken van de installatie een reëel legionellarisico vormden en het uitvoeren van corrigerende en preventiemaatregelen samen met een nauwlettende opvolging van de problematiek cruciaal waren. Het ziekenhuis heeft de voorbij jaren verschillende infrastructurele en structurele aanpassingen uitgevoerd om het legionellarisico te beheersen. (AV) Om de stand van zaken te communiceren en te evalueren werd er een “Commissie legionella-preventie” opgericht. Op het maandelijks overleg zijn o.a. vertegenwoordigers van de technische dienst, het comité ziekenhuishygiëne en een extern adviesbureau voor legionellabeheersing aanwezig. (SP)
- Het beheersplan Campus Aalst - Oudbouw dateert van december 2010. (AV)
  - De technische omschrijving van de sanitaire installaties is zeer beperkt en bevat enkel een globale beschrijving van het systeem, o.a. een principeschema van de koudwaterinstallatie, een overzichtlijst van het voedingsprincipe van het warmwaterproductienet. Voor een gedetailleerde beschrijving wordt er verwezen

naar de digitale inventarisatie “as-built plannen”. De eigenheid per circuit/toevoerstation wordt hierbij niet gedefinieerd. Het transport van het water moet per blok/toevoerstation meer gespecificeerd worden: gebruikte materialen, graad van isolatie, debiet, expansievaten, aanvoerleiding naar andere niet systemen (noodleiding, reservoir brandblussysteem, koeltorens...), aantal deelcircuits, principeschema's, chloordoseerinstallatie, automatische spuikeurven... **(TK)**

- De risicoanalyse omvat voornamelijk een evaluatie van structurele tekortkomen zoals te lange of dode leidingen, wanverbindingen... maar een evaluatie van de risico's verbonden aan weinig gebruikte tappunten, het aerosolvormend vermogen van de tappunten... werden niet beoordeeld. **(TK)**

Er moet rekening gehouden worden met alle leidingonderdelen die op het warm- en/of koud watercircuit zijn aangesloten. De risico's verbonden aan de vulleiding naar het reservoir van het brandblussysteem, de aanvoerleiding voor het suppletiewater naar de koeltorens, de noodleiding naar de nieuwbouw werden niet geëvalueerd. **(TK)**

- Het beheersplan is niet aangepast aan de verschillende belangrijke wijzigingen met impact op het sanitair waterleidingnet. De uitvoering van ettelijke structurele en infrastructurele aanpassingen heeft vermoedelijk een belangrijk effect op de eerder uitgevoerde risico-evaluatie. De impact van deze ingrepen werd niet meer geëvalueerd. **(NC)**

Tijdens het auditbezoek werd meegedeeld dat de maandelijkse temperatuurscontroles fungeren als temperatuuraudit. Deze periodieke metingen worden uitgevoerd op locaties die op basis van de sanitaire plannen als meest relevante plaatsen worden gedefinieerd. **(AV)**

Om een volledig beeld te krijgen van het temperatuursverloop bevelen wij aan om de temperatuursaudit systematisch te verfijnen door op regelmatige basis bijkomende metingen uit te voeren zodat het sanitair systeem volledig in kaart wordt gebracht en verborgen temperatuursafwijkingen opgespoord worden.

**(Aanb)**

De beheersmaatregelen zijn onvoldoende specifiek. **(TK)**

Om de continuïteit van de beheersmaatregelen te bewaren is het noodzakelijke dat alle beheersmaatregelen duidelijk worden weergegeven (een omschrijving de frequentie, plaats van uitvoering met aanduiding van de verantwoordelijke uitvoerder(s)).

Een schematisch overzicht van alle vastgestelde risicoplaatsen voor legionellagroei en -verspreiding gekoppeld aan infrastructurele en/of beheersmaatregelen ontbreekt. **(TK)**

Niet alle uitgevoerde preventiemaatregelen zijn in het beheersplan opgenomen.

De automatische spuikeurven op de verst verwijderde tappunten, de dagelijkse opvolging van het comité ziekenhuishygiëne van de data out-prints van de via het gebouwenbeheer-systeem automatisch gelogde vertrek- en retourtemperaturen, de mondeling afgesproken procedures bij het in gebruik nemen van de noodleiding, de te volgen procedure thermische desinfectie, temperatuursafwijking en overschrijding drempelwaarden... werden niet in het beheersplan opgenomen. In het logboek werkjaar 2010-2011 wordt dit soms kort aangehaald maar een duidelijke omschrijving van alle preventiemaatregelen in het beheersplan is essentieel. **(TK)**

- Als correctieve maatregelen wordt er uitsluitend een beschrijving gegeven van alle maatregelen uitgevoerd in het kader van de legionellaproblematiek 2008-2009. Procedures over de te nemen stappen bij het vaststellen van risicosituaties werden niet opgenomen. **(NC)**
- Op basis van een inventarisatie van de sanitaire leidingen werd er een tabel met staalnameplaatsen voor analyses voor *Legionella pneumophila* opgesteld. Een duidelijke planning voor de staalnamefrequentie werd hierbij niet geformuleerd.

We bevelen aan om een overzichtelijk staalnameplan op te stellen zodat de volledige sanitaire installatie van het ziekenhuis systematisch gecontroleerd wordt op de aanwezigheid van Legionellabacteriën. **(Aanb.)**

Per blok wordt er een vage opsomming gemaakt van een groot aantal structurele gebreken in het sanitair systeem.

Door de uitgebreidheid van de aanpassingen is het onduidelijk welke gebreken er al zijn weggewerkt en welke risico's nog aanwezig zijn. **(AV)**

Structurele maatregelen die niet zijn uitgevoerd moeten ondervangen worden door andere beheersmaatregelen. Een duidelijk overzicht van alle uitgevoerde en nog uit te voeren structurele aanpassingen is hiervoor noodzakelijk.

In het beheersplan werden er geen maatregelen gespecificeerd om de (nog) niet uitgevoerde structurele maatregelen te ondervangen. **(TK)**

Er werden geen preventiemaatregelen voor de tandheelkundige units opgenomen in het beheersplan. **(NC)**

Het legionellarisico van deze units moet worden geëvalueerd. Afhankelijk van het geanalyseerde risico moeten de minimaal uit te voeren maatregelen zoals vermeld in de wetgeving, worden aangevuld met bijkomende maatregelen. Als bewijs van uitvoering moet dit in het register worden opgenomen.

- De nieuwbouw van O.L.Vrouwziekenhuis Campus Aalst werd medio 2009 in gebruik genomen. **(AV)**  
Het Legionellabesluit stelt dat men voor een nieuwe inrichting een beheersplan moet opstellen vóór de eerste ingebruikname.  
Op het ogenblik van de audit (14/02/2011) werd er door een extern adviesbureau een legionellabeheersplan voor de nieuwbouw afgeleverd. Het is onduidelijk in welke mate de beheersmaatregelen al geïmplementeerd werden. **(NC)**  
Het recent afgeleverde beheersplan werd inhoudelijk niet geauditeerd maar de bemerkingen over het beheersplan van de oudbouw kunnen eveneens van toepassing zijn voor de nieuwbouw.

## Campus Aalst – Koeltorens

- O.L.Vrouwziekenhuis Campus Aalst beschikt over 2 verschillende koeltorensystemen. Eén systeem op de nieuwbouw (dak Blok W) en één koelsysteem bevindt zich op de oudbouw (dak Blok H) van de campus te Aalst. **(AV)**

### Koeltoren Oudbouw (Blok H)

- Voor het koeltorensysteem van de oudbouw is er een beperkt beheersplan aanwezig. De analyses voor *Legionella pneumophila* worden uitgevoerd door een erkend laboratorium in de periode vastgelegd in het Legionellabesluit. **(AV)**
- Het beheersplan voldoet niet aan het Legionellabesluit van 9 februari 2007. **(NC)**  
De technische gegevens van de koeltoreninstallatie zijn minimaal. **(TK)**  
Een grondige risico-inventarisatie van de koeltorens- en suppletiesystemen op maat van de inrichting uitgevoerd, is niet beschikbaar. **(NC)**  
In een risicoanalyse moeten alle mogelijke risicofactoren voor legionellagroei en – verspreiding worden geëvalueerd: watertemperatuur, koppelingen met andere systemen, verblijftijd, stilstand langer dan 5 dagen, stagnatie, vervuiling, biofilmvorming, sedimentvorming aerosol,... vanaf de toelevering van het suppletiewater in stromingsrichting in alle verschillende componenten van het koeltorensysteem.  
Preventieve maatregelen zijn onvoldoende specifiek geformuleerd. **(NC)**

Op basis van de geanalyseerde risico's moeten er voor de weerhouden risicopunten voor legionellagroei en –verspreiding preventieve maatregelen worden uitgevoerd. Deze maatregelen moeten met vermelding van frequentie, periode, eventueel plaats van uitvoering met aanduiding van de verantwoordelijk uitvoerder(s) worden vastgelegd in het beheersplan.

- Een bewijs van uitvoering (register) van de preventiemaatregelen is niet beschikbaar. **(NC)**  
De uitvoering van vastgelegde preventieve maatregelen moet in een register genoteerd worden, zodat kan worden aangetoond dat alle noodzakelijke preventiemaatregelen uitgevoerd worden.

### **Koeltoren Nieuwbouw (Blok W)**

- Voor het koeltorensysteem van de nieuwbouw werd een uitgebreide risicoanalyse uitgevoerd en een gedetailleerd beheersplan opgesteld. De waterbehandeling van het systeem wordt maandelijks gecontroleerd door een externe waterbehandelingscontractor. De analyses voor *Legionella pneumophila* worden uitgevoerd door een erkend laboratorium. **(AV)**
- De koeltoren van de nieuwbouw werd ingedeeld in de onderafdeling III: koeltoren die niet met oppervlaktewater werkt.  
Uit het beheersplan blijkt dat het suppletiewater voor de koeltoren bestaat uit gebufferd hemelwater, aangevuld met stadswater.  
Koeltorens die niet met oppervlaktewater werken zijn koeltorens waarbij het aangevoerde water voldoet aan de bacteriologische vereisten voor drinkwater.  
Op basis van het aangewende vulwater valt de koeltoren onder de onderafdeling “koeltorens die gebruikmaken van oppervlaktewater”. **(NC)**
- Omwille van de incorrecte categorie indeling worden de verplichte controlemaatregelen niet conform het legionellabesluit uitgevoerd. **(NC)**  
De wettelijk verplichte staalnamefrequentie voor *Legionella spp.* wordt in een foutieve periode uitgevoerd. **(NC)**  
Jaarlijks moeten er in de periode van 1 juni tot 15 oktober minstens 2 stalen genomen worden. Een eerste staal moet worden genomen ten laatste vóór 15 juli en het tweede staal in het midden van de resterende periode tot 15 oktober.  
De temperatuur van het oppervlaktewater dat naar de koeltoren geleid wordt, moet continu opgevolgd worden. **(NC)**  
De drempelwaarden voor *legionella spp.* vastgelegd in het beheersplan zijn niet van toepassing voor het type koeltoren. **(NC)**
- Een bewijs van uitvoering (register) van de preventiemaatregelen is niet beschikbaar. **(NC)**  
De uitvoering van vastgelegde preventieve maatregelen moeten in een register genoteerd worden, zodat kan worden aangetoond dat alle noodzakelijke preventiemaatregelen uitgevoerd worden.

### **Campus Asse**

- Campus Asse werd niet ter plaatse geauditeerd. De opgesomde tekortkomingen en non-conformiteiten zijn uitsluitend van toepassing op het inhoudelijk aspect van het aangeleverde beheersplan en documentatie. Het bouwtechnische en bedrijfstechnische aspect werd niet geauditeerd.

- Het beheersplan van Campus Asse dateert van 2004. Een herziening of een aanpassing in functie van het nieuwe Legionellabesluit van 9 februari 2007 werd sindsdien niet meer uitgevoerd. **(NC)**
- Uit recent uitgevoerde temperatuursmetingen blijkt dat de standaardbeheersmaatregel niet wordt nageleefd. **(NC)** Om de groei van legionellakiemen te verhinderen of deze bacterie af te doden moet de temperatuur van het water buiten het interval 25°C à 55°C gehouden worden. Deze temperatuurbeheersing is de standaardmaatregel en moet steeds uitgevoerd worden. Er worden geen preventiemaatregelen gespecificeerd om het niet (kunnen) naleven van de temperatuurbeheersing te ondervangen. **(TK)**
- Het beheersplan bevat geen beheersmaatregelen om de risico's op legionellagroei en –verspreiding te beheersen. **(NC)**  
Om de continuïteit van de beheersmaatregelen te bewaren is het noodzakelijk dat alle beheersmaatregelen duidelijk worden weergegeven.  
Voor alle risicoplaatsen voor legionellagroei en -verspreiding moeten er infrastructurele en/of beheersmaatregelen worden gekoppeld met een duidelijke omschrijving van frequentie, plaats van uitvoering met aanduiding van de verantwoordelijke uitvoerder(s).
- Er werden geen preventiemaatregelen voor de tandheelkundige units opgenomen in het beheersplan. Het legionellarisico van deze units moet worden geëvalueerd. Afhankelijk van het geanalyseerde risico moeten de minimaal uit te voeren maatregelen vermeld in de wetgeving worden aangevuld met bijkomende maatregelen. Als bewijs van uitvoering moet dit in het register worden opgenomen. **(NC)**
- Een staalnameplan met aanduiding van frequentie en staalnameplaatsen voor de analyses voor *Legionella pneumophila* werd niet in het beheersplan opgenomen. **(NC)**  
De monsternames voor *Legionella pneumophila* worden in eigen beheer genomen.  
Een procedure voor staalname en transport van de watermonsters is niet beschikbaar. **(NC)**  
Volgens het legionellabesluit moeten de staalnames voor *Legionella pneumophila* worden uitgevoerd volgens een erkende methode op de plaatsen en met de frequentie die aangegeven zijn in het beheersplan.

## Campus Ninove

- Campus Ninove werd niet ter plaatse geauditeerd. De opgesomde tekortkomingen en non-conformiteiten zijn uitsluitend van toepassing op het inhoudelijk aspect van het aangeleverde beheersplan en documentatie. Het bouwtechnische en bedrijfstechnische aspect werd niet geauditeerd.
- Het beheersplan van Campus Ninove dateert van 2004. Een herziening of een aanpassing in functie van het nieuwe Legionellabesluit van 9 februari 2007 werd sindsdien niet meer uitgevoerd. **(NC)**
- Het beheersplan bevat geen beheersmaatregelen om de risico's op legionellagroei en –verspreiding te beheersen. **(NC)**  
Om de continuïteit van de beheersmaatregelen te bewaren is het noodzakelijke dat alle beheersmaatregelen duidelijk worden weergegeven.  
Voor alle risicoplaatsen voor legionellagroei en -verspreiding moeten er

infrastructurele en/of beheersmaatregelen worden gekoppeld met een duidelijke omschrijving van frequentie, plaats van uitvoering met aanduiding van de verantwoordelijke uitvoerder(s).

- Een staalnameplan met aanduiding van frequentie en staalnameplaatsen voor de analyses voor *Legionella pneumophila* werd niet in het beheersplan opgenomen. (NC)

Volgens het Legionellabesluit moeten de staalnames voor *Legionella pneumophila* worden uitgevoerd volgens een erkende methode op de plaatsen en met de frequentie die aangegeven zijn in het beheersplan.

## 8 Resultaten

---

### 8.1 Toegankelijkheid

- Ereloossupplementen kunnen gevraagd worden in éénpersoonskamers door zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde artsen. Deze supplementen zijn maximaal 150%. Niet-geconventioneerde artsen kunnen op de ambulante prestaties maximaal 100% ereloossupplementen vragen. (AV)
- Voor rooming-in wordt 5,10 euro per dag gevraagd. (AV)

### 8.2 Patiëntgeoriënteerde zorg

- Op sommige afdelingen is er veel aandacht voor patiëntgeoriënteerde zorg:
  - Dialysepatienten hebben een ID kaart waarop alle persoonlijke gegevens geregistreerd worden (wordt bij aankomst ingelezen in de elektronische weegschaal en nadien in het dialysetoestel). Men werkt met een geautomatiseerd elektronisch medisch voorschrift voor de dialyse aan de hand van deze gegevens en de vooraf ingegeven orders. Op die manier worden menselijke fouten (berekening, overschrijffouten ..) tot een minimum herleid. Los van het goed georganiseerde back up systeem (vierdubbel op twee verschillende locaties) worden alle gegevens i.v.m. de drie laatste dialyses bewaard op de persoonlijke ID kaart van de patiënt waardoor het risico op verlies van gegevens geminimaliseerd wordt.
  - Er zijn tal van informatiebrochures aanwezig voor patiënten op de afdelingen geriatrie (vallen, veilig schoeisel, delier, fixeren, informatie over nutsvoorzieningen en diensten).
  - Op een aantal afdelingen worden educatiesessies georganiseerd (bv. info(educatie)sessies in verband met valpreventie op geriatrie).
  - Op de dialyse eenheid is er 1,5 VTE vrijgesteld voor patiënteneducatie (therapietrouw, kwaliteit van leven, alarmsignalen...). Tijdens de dialyse staan er bedside schermen ter beschikking van de patiënt die enerzijds het comfort verhogen (aangenaam of zinvol de tijd doorbrengen: televisie, internet, mails...), maar anderzijds ook de communicatie verhogen (bv. vertaalprogramma's voor anderstaligen). De mogelijkheid om samen met de patiënt het patiëntendossier in te kijken wordt momenteel nog niet benut. (Aanb)
  - De expertverpleegkundige op de dienst cardiologie verzorgt individuele educatie voor patiënten op de afdelingen en op de consultatie.
  - In een patiëntendossier werd een uitgebreid verslag teruggevonden van een gesprek van de pneumologen over de prognose bij een patiënt met COPD. Hieruit bleek dat er omstandig overlegd werd met de patiënt i.v.m. niet-behandelbeslissingen.

Er is daarnaast nog ruimte voor verbetering inzake zorg op maat. (TK)

- Op verschillende afdelingen is de psycholoog onvoldoende betrokken in de zorg. Zo waren tijdens de audit op neurorevalidatie een 10-tal patiënten opgenomen met een (acuut) zwaar functieverlies. Bij geen enkele van deze patiënten was een psycholoog betrokken in de zorg. Deze patiënten maken nochtans een rouwproces door, en sommigen van hen ervaren hierover zelfs depressieve gevoelens. Ook voor de familie van deze patiënten is psychologische bijstand geen overbodige luxe.
- Er wordt in het O.L.V.-ziekenhuis een standaard ontslaguur gehanteerd om 14u.
- Niet alle verpleegafdelingen beschikken over een eigen specifieke onthaalbrochure.
- Niet alle DNR-beslissingen worden door de arts met de patiënt en/of zijn familie besproken. Op sommige afdelingen (bv. A2) stelt men pas vanaf DNR 3 te overleggen met patiënt of familie.
- De informatie die op de website wordt gegeven, is niet steeds up to date en correct (bv. gerieters, psychiaters).

### 8.3 Continuïteit van zorg

- Op campus Asse is er 's nachts één inslapende arts, namelijk de spoedarts. Deze bemant de spoed en treedt op bij reanimaties in het ziekenhuis. Er is geen poortwacht voorzien en er is geen inslapende arts voor de intensieve patiënten. **(TK)**
- Het patiëntendossier is niet steeds volledig en nauwkeurig ingevuld: **(NC)**
  - Sommige patiëntendossiers op chirurgische afdelingen bevatten geen notities over het ziekteverloop, de toegediende zorgen, zorgplanning... Er werd vastgesteld dat het O.L.V.-standaardblad voor verpleegkundige zorgen en rapportage op sommige afdelingen niet gebruikt wordt. Zo wordt op C4 niet systematisch genoteerd over hygiënische zorgen, voedingsinname, wisselhouding of psychologische observaties. Men beperkt er zich tot gestructureerde notities over parameters, wondzorg en medicatie; daarnaast worden specifieke bemerkingen over andere aspecten genoteerd op een observatieblad.
  - Zorgplanning en aftekenen van de uitgevoerde zorgen gebeurt niet steeds. In meerdere dossiers was de zorgplanning en de uitgevoerde zorgen gedurende een aantal dagen niet genoteerd.
  - Kinderen opgenomen op de dagkliniek te Asse krijgen Dormicum® als premedicatie. In het dossier is nergens een medisch order of verwijzing naar een stand order terug te vinden.
  - Verslaggeving van patiëntenbesprekingen ontbreekt regelmatig in patiënten dossiers.
  - Op 10 van de 16 ingekeken anamneseformulieren ontbraken er gegevens (allergie, thuismedicatie, GRP scores bij 75-plussers, gegevens over voedingstoestand en stratifyscore op geriatrie).
  - Sommige medische dossiers bevatten enkel notities van ASO 's. Hierbij is de supervisie door de behandelende arts niet af te leiden uit de nota's.



- Kinesitherapeuten noteren meestal niet in het patiëntendossier op de verpleegafdeling.
- Sociale dienst noteert vaak niet in het zorgendossier op de afdeling.
- Bij een geriatrische patiënt op VE5 die een ergotherapeutische behandeling kreeg, werd hierover niets genoteerd in het patiëntendossier. Enkel de anamnese door de ergotherapeut was genoteerd.
- In 8 dossiers van patiënten met een positieve GRP-score was er geen advies van het geriatrisch liaisonteam terug te vinden in het verpleegkundig of medisch dossier.
- Diëtisten passen indien nodig menu 's aan voor patiënten of geven dieetadvies aan patiënten. Zij noteren hierover niet steeds in het patiëntendossier.
- Niet van alle interventies/gesprekken die gebeuren door de verpleegkundige van het oncologisch support team worden notities gemaakt in het patiëntendossier.
- In geen enkel ingekeken dossier van gefixeerde patiënten waren de gegevens inzake fixatiemaatregelen volledig (start maatregel, reden, verhoogd toezicht, evaluatie).
- In meerdere patiëntendossiers worden correcties aangetroffen met Tippex®.

Sommige artsen (bv. pneumologie, urgentieartsen, cardiologie, geriatrie, nefrologie...) noteren dagelijks zeer uitgebreid in het medisch dossier over de ziekte-evolutie en de planning van de zorg voor patiënten. (SP)

- Verpleegkundigen hebben niet steeds zicht op toegediende zorgen door andere disciplines (bv. behandeling en evolutie kinesitherapie, advies diëtiste, advies interne liaison geriatrie). (TK)

## 8.4 Samenwerking

- Er niet steeds voldoende overleg tussen de verschillende medische disciplines die bij een specifieke patiëntendoelgroep zijn betrokken. (TK) Er is bv. geen gestructureerd overleg tussen de verschillende artsen die kritieke patiënten behandelen, tussen de psychiaters en de kinder- en jeugdpsychiaters over KOPP, tussen de psychiaters en de geriateren over de opvang van geriatrische patiënten met psychiatrische pathologie, tussen de geriateren en de neurologen i.v.m. de diagnostiek van dementie.
- Op sommige afdelingen is er onvoldoende aandacht voor beleidsmatig overleg tussen artsen en verpleegkundigen (o.a. cardiologie, IZ/CCU, orthopedie). (TK)
- Het ziekenhuis bouwt aan een intensieve samenwerking met het AZ Sint-Blasius van Dendermonde en het AZ Zusters van Barmhartigheid te Ronse. Drijfveren hiervoor zijn de nood aan schaalgrootte om bepaalde activiteiten goed te kunnen

ontwikkelen en de wens tot meer subspecialisatie in de verschillende disciplines. Men ziet binnen de groepering een aantal mogelijke synergieën: waar het O.L.Vrouwziekenhuis sterk staat qua cardiologie en cardiochirurgie, is het AZ Sint-Blasius meer gespecialiseerd in heekunde en niet-invasieve technieken in algemene en in vaatheelkunde, terwijl het AZ Zusters van Barmhartigheid veel expertise in huis heeft op het vlak van ouderenzorg en revalidatie.

Qua zorg bestaat er op dit moment een samenwerking op het vlak van de cardiologie – cardiochirurgie, nucleaire geneeskunde en PET, de radiotherapie / oncologie / borstkliniek, neus-, keel- en oorziekten, pathologische ontleedkunde, klinische biologie, hematologie en de medisch beeldvorming. Op het vlak van de meer ondersteunende diensten gaat het om ICT, aankoop en logistiek, apotheek, vorming en het uitwisselen van gegevens. Waar men in de zorg de keuze laat tussen een tweeledige of drieledige samenwerking, opteert men voor de ondersteunende diensten voor een volledige integratie. (AV)

- Met een 30-tal woonzorgcentra uit de buurt zijn er akkoorden afgesloten met betrekking tot het verwijzingsbeleid en de zorgafstemming. (AV)
- Met de huisartsen uit de streek is er regelmatig formeel overleg via de commissie communicatie. Daarnaast is er 1 keer per jaar een informeel overleg over de middag met enkele huisartsen, zowel met goede als met slechte verwijzers. Andere gelegenheden om deze beroepsgroep te ontmoeten zijn er op de talrijke symposia en via de kring van geneeskundigen, waarvan de neuroloog de voorzitter geworden is. (AV)
- In 2006 ging er een tevredenheidsenquête door bij de huisartsen. De resultaten werden per discipline teruggekoppeld. (SP)
- 10 jaar na de fusie is de campusoverschrijdende afstemming nog niet helemaal gerealiseerd (OK, IZ, psychiatrie, N\*, spoed...). (TK)

## 8.5 Cijfers

- Ten opzichte van de 808 erkende bedden (exclusief Sp-bedden) telt het ziekenhuis op 1/7/2010 824 verantwoorde bedden, als volgt verdeeld: (AV)

A	C	D	E	G	M	Totaal
60	290	290	33	112	39	824

- De bezettingsgraad van het ziekenhuis (exclusief de Sp-diensten) bedroeg in 2009 78,08%, als volgt verdeeld: (AV)

C	D	E	M	G	A	IZ	Totaal
68,52	85,20	51,04	65,93	101,75	79,50	81,04	78,08

De bezetting van de afdeling Sp-chronisch (Ninove) bedroeg 95,10%, van de afdeling Sp-palliatief (Asse) 87,81%.

- In 2009 realiseerde het ziekenhuis 33925 klassieke opnames (exclusief neonatologie) en 30067 dagopnames. (AV)

## 9 Zorg voor kinderen

---

### Situering

- Op de campus Aalst worden gehospitaliseerde kinderen opgenomen op de kinderafdeling D6 (of op N\* met 8 plaatsen voor neonati). Daghospitalisaties gebeuren op de kinderdagkliniek die deel uitmaakt van de kinderafdeling. Op de campus Asse is ook een kinderafdeling VE9 met een kinderdagziekenhuis. Daarnaast is er op deze campus een neonatologieafdeling met 6 plaatsen.
- Er werd gesproken met de programmadirecteur en een kinderarts, de programmamanager Moeder en Kind, hoofdverpleegkundigen/hoofdvroedvrouwen en verpleegkundigen van de kinderafdeling/kinderdagziekenhuis/N\*.
- Naast het bezoek aan de 2 kinderafdelingen / kinderdagklinieken en de 2 neonatologie-eenheden, was zorg voor kinderen ook een aandachtspunt bij de audit van de operatiekwartieren, de eenheden voor kritieke patiënten, de spoedgevallendiensten, en de verpleegafdelingen op de verschillende campussen.
- Er werden 9 dossiers ingekeken.

### Beleid en strategie

- Hoewel er heel wat campusoverschrijdend is uitgewerkt (bv. procedure i.v.m. kindermishandeling, protocol kindvriendelijkheid, verpleegkundig dossier,...) verloopt de praktische organisatie (bv. wachtlijst kinderartsen, organisatie van zaalrondes en patiëntenbespreking, gebruik van verzorgblad,...) van beide kinderafdelingen en kinderdagklinieken autonoom. (AV)
- Het protocol ter bevordering van de kindvriendelijkheid in het O.L.Vrouwziekenhuis werd in september 2005 een eerste maal uitgewerkt en goedgekeurd. In 2009 werd de Werkgroep Kindgericht Ziekenhuis samengesteld. (AV)
- De zorgorganisatie voor kinderen voldoet niet aan de normen van het zorgprogramma of aan het handvest Kind en Ziekenhuis:
  - Ouders kunnen in praktijk niet steeds bij hun bewuste kind blijven en dit recht wordt nergens (noch brochure, noch website) kenbaar gemaakt: (NC)
    - Op de campussen Aalst en Asse kunnen ouders niet aanwezig zijn bij het kind gedurende de inductie of bij het ontwaken na een operatie.
  - Kinderen zijn niet auditief en visueel gescheiden van de gebeuren bij volwassen patiënten tijdens alle zorgtrajecten. (NC)

- Op beide campus voorkomt de organisatie in de operatiekamer en de onderzoeks- en behandelkamers geen auditieve of visuele confrontatie van kinderen met volwassenen.
    - Er zijn geen afzonderlijke ruimten voor kinderen in de ontwaakzaal.
    - Er is geen aparte kinderbox op de spoedgevallendienst van Asse en de posities zijn er enkel door middel van gordijnen van elkaar gescheiden. Op dit moment (verbouwingen) is er te Aalst nog geen aparte box voor kinderen en is er een gebrek aan plaats, waardoor er ook geen scheiding van volwassenen mogelijk is.
  - De infrastructuur is onvoldoende afgestemd op de doelgroep: **(TK)**
    - Op IZ en spoed zijn er onvoldoende kindgeoriënteerde aanpassingen.
- In 2010 werden er op de intensieve zorgeneenheid van de campus Aalst 8 kinderen opgenomen. Op de campus Asse werden er geen kinderen opgenomen op de intensieve zorgenafdeling. **(AV)** Afspraken over de organisatie van de zorg voor kinderen op kritieke diensten worden best geformaliseerd. **(Aanb)**  
Er zijn samenwerkingsovereenkomsten tussen het zorgprogramma voor kinderen met een functie intensieve zorgen (UZ Gent en UZ Brussel). In totaal werden er in 2010 20 kinderen verwezen. **(AV)**
- Via de informatiebrochures van de kinderafdelingen krijgen ouders naast informatie over veiligheid ook o.a. informatie over ouderparticipatie en de mogelijkheid om bij hun kind te overnachten. Rooming-in is op alle kamers van de kinderafdelingen mogelijk. De prijzen voor rooming-in zijn beperkt. **(SP)**
- Men beschikt over een beleidsplan zorgprogramma voor kinderen en een beleidsplan zorgprogramma gynaecologie en verloskunde, telkens met een SWOT-analyse. De analyse werd opgesteld door de voormalige hoofdverpleegkundigen van beide campussen, de programmamanager Moeder en Kind en de programmadirecteur. De SWOT-analyses werden op dienstvergaderingen voorgesteld, feedback werd gegeven. In de toekomst wil men een SWOT-analyse opmaken met de verpleegkundigen van de kinderafdelingen. **(SP)**  
Aanbeveling om naast een beleidsplan met doelstellingen ook een jaarverslag met kritische terugblik op te stellen waarin zowel positieve als negatieve opmerkingen aan bod kunnen komen, die de basis vormen voor een verder beleid van permanente verbetering. **(Aanb)**
- De kinderdagziekenhuizen beschikken over eenzelfde huishoudelijk reglement, dezelfde opnamecriteria en dezelfde pre-operatieve vragenlijst. **(SP)**  
In het huishoudelijk reglement van het operatiekwartier of van de kinderdagziekenhuizen staat nergens vermeld dat in het operatieprogramma kinderen voorrang hebben op volwassenen en daghospitalisatiepatiënten op gehospitaliseerde patiënten. **(NC)**
- De opname en ontslagcriteria voor N\* werden uitgeschreven in de richtlijnen neonatologie en materniteit. **(AV)** Er zijn verschillen in opnamecriteria en

ontslagcriteria tussen beide campi. Zo worden bijvoorbeeld op de campus te Aalst alle kinderen geboren na een keizersnede 's nachts opgenomen op N\*. (TK)

## Middelen

- De kinderdagkliniek en de kinderafdeling D6 van de campus Aalst bevinden zich op de 6<sup>de</sup> verdieping. De kinderafdeling beschikt over 12 eenpersoonskamers (5 babyboxen) en 7 tweepersoonskamers. In de kinderdagkliniek zijn 6 bedden opgesteld. Bij overbezetting van de kinderdagkliniek kan men een bijkomende kamer in gebruik nemen met 2 bedden of een kamer van de kinderafdeling. (AV)  
De architectuur van de kinderdagkliniek en de kinderafdeling is onveilig, verouderd en het geheel maakt een sombere indruk: (TK)
  - Er is geen enkele toegangscontrole van de kinderdagkliniek en kinderafdeling. Kinderen kunnen eenvoudig de afdeling verlaten. (NC)
  - De melkkeuken is niet afgesloten. (NC)
  - In een tweepersoonskamer worden soms 3 kinderen opgenomen.
  - De speelzaal is te klein (geen 25 m<sup>2</sup>) (NC) en er hangt een overvolle, drukke sfeer. Een lavabo is aanwezig. Er wordt niet samen gegeten. (AV)
  - De afdeling beschikt niet over een bedpannenspoeler. (NC)
  - Er is een gebrek aan bergruimte. In de spoelruimte wordt proper materiaal gestockeerd.
  - De douches op de gang van de kinderafdeling (voor grotere kinderen of ouders bij rooming-in) zijn buiten gebruik wegens gevaar voor besmetting met legionella. Ze worden gebruikt als opslagruimte. Ouders kunnen zich douchen in de douches bij de centrale kleedkamers van het personeel.
  - In de tweepersoonskamers bevindt de wc zich in de kamer. De privacy kan niet gegarandeerd worden.
  - Een kar met onderhoudsproducten stond onbewaakt op de gang.
- Bloednames en andere onderzoeken worden uitgevoerd in een apart onderzoeklokaal waardoor pijnlijke ervaringen losgekoppeld worden van het verblijf in een ziekenhuiskamer. (SP)
- De kinderafdeling (VE 9) inclusief de kinderdagkliniek van de campus Asse beschikt over 11 kamers. Er zijn 14 bedden voor de kinderafdeling, 1 bed voor polysomnografie en 1 kamer met 4 bedden voor de dagkliniek.  
Volgende tekortkomingen werden vastgesteld: (TK)
  - De speelzaal is te klein en bij overbezetting worden er kinderen in opgenomen. (NC)
  - De toegang tot de melkkeuken is niet afgesloten. (NC)
  - De utility is niet afgesloten.
  - De tweepersoonskamers zijn te klein om rooming-in op comfortabele en veilige wijze toe te laten.
  - Door een gebrek aan bergruime wordt de badkamer als opslagplaats gebruikt.
  - Om de tocht tegen te houden worden opgerolde lakens op de vensterbanken gelegd. (NC)

- De spiegels in de badkamers zijn niet bruikbaar voor rolstoelpatiënten.
- Een poetskar met onderhoudsproducten staat zonder toezicht op de gang.
- Er werd een gehospitaliseerd kind gezien zonder identificatiearmbandje. **(NC)**
- Men beschikt op beide campussen over een fotomap om kinderen voor te bereiden op een heelkundige ingreep, over informatiefolders i.v.m. hygiëne, de speelkamer, voedingsadvies, raadgevingen na specifieke ingrepen. **(AV)**
- Op de N\* afdeling van de campus te Asse werden volgende infrastructurele problemen vastgesteld:
  - de eenheid is niet afgesloten. **(NC)**
  - er is een gebrek aan privacy voor het geven van borstvoeding, skin to skin contact... **(TK)**
  - men beschikt niet over een comfortabele zetel voor het geven van borstvoeding. **(TK)**
  - de omgevingstemperatuur wordt niet opgevolgd **(NC)** en men kan de omgevingstemperatuur onvoldoende regelen. **(TK)**
- De N\* afdeling van de campus te Aalst vertoonde volgende problemen:
  - de eenheid is niet afgesloten **(NC)**
  - de eenheid is niet toegankelijk voor een moeder in bed. **(TK)**
  - de medicatie (bv. KCl) is niet veilig opgeborgen. **(TK)**
  - de medicatie voor reanimatie is niet afgesloten waardoor men niet op elk moment zeker kan zijn over de juiste en volledige inhoud. **(TK)**
  - de ruimte is beperkt.
  - er is weinig privacy voor het geven van borstvoeding of skin to skin contact. **(TK)**

## **Medewerkers**

- Men beschikt in het OLV ziekenhuis over 8 voltijds pediaters met verschillende subspecialisaties, waaronder ook een neonatoloog. Vijf pediaters zijn werkzaam op de campus Aalst, drie op de campus te Asse. Voor beide campussen is er een aparte wachtdienst. **(AV)**
  - De personeelsequipe van de kinderafdeling D6 en van de kinderdagkliniek van de campus Aalst is één equipe en bestaat op het moment van de audit uit **(AV)**
    - 10 VTE pediatrische verpleegkundigen waaronder 1 VTE hoofdverpleegkundige
    - 0,75 VTE verpleegkundige bachelors
    - 1,25 VTE gediplomeerde verpleegkundigen
    - 3 VTE verzorgend personeel
    - 0,75 VTE spelbegeleiding
    - 0,5 VTE psycho-sociale begeleiding
    - 0,5 VTE logistieke medewerker
- Men kan beroep doen op een kinesitherapeut en een sociaal verpleegkundige. **(AV)**

- De personeelsequipe van de kinderafdeling VE 9 en de kinderdagkliniek van de campus Asse bestaat uit: **(AV)**
  - 0,75 VTE plaatsvervangende hoofdverpleegkundige
  - 6,25 VTE pediatrische verpleegkundigen
  - 0,5 VTE verpleegkundige bachelor
  - 1,4 VTE zorgkundigen
  - 0,5 VTE spelbegeleiding
  - 0,9 VTE logistieke medewerker

Men kan beroep doen op een kinesitherapeut en een sociaal verpleegkundige. Men beschikt op het moment van de audit niet over 0,5 VTE psychosociale begeleiding. **(NC)** De kinderverzorgster die instaat voor de spelbegeleiding werkt ook als zorgkundige en wordt niet specifiek vrijgesteld voor de spelbegeleiding. **(NC)**

- De equipe voor N\* van de campus te Aalst bestaat uit:
  - 2,4 VTE pediatrische verpleegkundigen
  - 2,3 VTE verpleegkundige bachelors
  - 1,25 VTE gediplomeerde verpleegkundigen

allen met een bijkomende opleiding of ervaring in de neonatologie.

Normatief moeten er 6 VTE verpleegkundige bachelors in de pediatrie of vroedvrouwen zijn, met bijzondere ervaring in de neonatologie. **(NC)**

De equipe voor N\* van de campus Asse bestaat uit 12,54 VTE vroedvrouwen, allen met een bijkomende opleiding of ervaring in de neonatologie.

Er is geen specifieke toewijzing van 6 VTE vroedvrouwen aan N\*. **(NC)**

- Na ingrijpende gebeurtenissen (bv. zwangerschapsonderbreking, mors in utero) kunnen medewerkers van de materniteiten, verloskamers en neonatologieafdelingen beroep doen op een psycholoog. **(SP)**

## Processen

- Niet alle kinderen die opgenomen worden voor een dagingreep worden voor ontslag gezien door een arts. **(NC)**  
In het kinderdagkliniek van campus Aalst wordt ongeveer 7% van de kinderen voor ontslag niet gezien door de behandelende arts. Op de campus te Asse worden ook niet alle kinderen gezien voor hun ontslag door de behandelende arts. Men beschikt op beide campussen over een pre-operatieve vragenlijst voor kinderen (een verbeterproject dat voortkomt na de opstart van de decentrale meldcommissie). **(SP)**
- Uit gesprek en verslaggeving blijkt dat er een gebrek is aan informatie over anesthesie bij de ouders. **(TK)** Er is vooraf geen gesprek met een anesthesist.
- Er is een protocol pijnbehandeling op de kinderafdeling met inbegrip van richtlijnen postoperatieve pijnbehandeling bij kinderen. Hiernaast beschikt men over een procedure Meopa-kalinox® equimolair mengsel 50% N2O/O2.



Aanbeveling om de keuze van pijnmeting en het noteren van observaties in het dossier te implementeren in het protocol. **(Aanb)** Op de dienst spoedgevallen werd een eigen pijnprotocol voor kinderen ontwikkeld. Dit gebeurde niet in overleg met de dienst pediatrie. **(TK)**

- Er wordt ziekenhuisbreed onvoldoende aandacht gegeven aan het borstvoedingsbeleid. Op OK is er geen tijd voor skin-to-skin contact na een keizersnede en men slaagt er niet altijd in het kind binnen het eerste uur aan te leggen bij de moeder. Alle kinderen worden na een sectio op N\* gelegd en de N\* is niet toegankelijk met een bed. Op de N\* is de infrastructuur niet afgesteld op het geven van borstvoeding (comfortabele zetels, privacy). **(TK)**
- Er zijn verschillende formele overlegmomenten. **(AV)**
  - Naast de Werkgroep Kindergericht Ziekenhuis (3 à 4 / jaar overleg) is er maandelijks beleidsmatig overleg tussen de programmadirecteur en de programmamanager, indien nodig in aanwezigheid van andere kinderartsen en hoofdverpleegkundigen.
  - Wekelijks is er overleg tussen de programmamanager en de hoofdverpleegkundigen van de kinderafdelingen.
  - De programmadirecteur en de hoofdverpleegkundige van de campus Aalst trachten maandelijks te overleggen.
  - De artsen van de campus Aalst overleggen 2 keer per jaar beleidsmatig en 1 keer om de twee maanden is er campusoverschrijdend overleg met alle kinderartsen.
  - 4 keer per jaar is er een dienstvergadering van de verpleegkundigen.
  - De dagelijkse zaaltoer gebeurt op de campus te Aalst bij alle kinderen door één kinderarts samen met de assistent en de hoofdverpleegkundige of dagverantwoordelijke. Dagelijks is er een patiëntenbespreking waarop alle artsen van de campus Aalst, de assistent kindergeneeskunde en de hoofdverpleegkundige aanwezig zijn.  
Op de campus Asse worden de kinderen verdeeld voor de zaaltoer over de 3 kinderartsen. De assistent gaat langs bij alle kinderen. Dagelijks is er patiëntenbespreking met alle artsen, de assistent en de hoofdverpleegkundige. **(AV)** Aanbeveling om de patiëntenbespreking uit te breiden met de toegewezen verpleegkundigen/zorgkundige, de spelbegeleiding, de psychosociale begeleiding en de sociaal verpleegkundige. **(Aanb)**
  - SPE-cijfers worden besproken met de gynaecologen en vroedvrouwen. Kinderartsen zijn hier niet bij betrokken. **(TK)**
  - Er is geen gestructureerd overleg met niet-pediateren die kinderen opnemen. **(TK)**

## Resultaten

- Er werden in 2010 3325 kinderen gehospitaliseerd in het O.L.Vrouwziekenhuis. Op de campus Aalst waren dit er 2394, op de campus Asse 931. Hiervan werden 3301 kinderen op de kinderafdelingen opgenomen en werden er in Aalst 22 kinderen gehospitaliseerd op een verpleegafdeling voor volwassenen. In Asse waren dit er 2. (AV)
- Er waren in 2010 1497 daghospitalisaties van kinderen, hiervan waren er 1152 dagopnames te Aalst en 345 te Asse. Op het dagziekenhuis te Ninove worden geen kinderen opgenomen.  
Van de 1152 dagopnames van kinderen te Aalst waren er 1048 chirurgische ingrepen. Van de 345 dagopnames te Asse waren er 323 opnames waar het om een chirurgische ingreep ging. In Aalst waren er 15 onvoorziene overnachtingen, in Asse waren dit er in 2010 4. (AV)
- In 2010 werden er op de spoedgevallen van de campus Aalst 796 kinderen gezien, op de campus Asse 238. (AV)
- In 2010 werden er op de intensieve dienst van de campus Aalst 8 kinderen opgenomen. Op de campus Asse werden er geen kinderen opgenomen op de intensieve afdeling. (AV)
- In 2010 waren er in Aalst 277 opnames op N\*, in Asse waren dit er 78. Het perinatale sterftecijfer bedroeg in 2010 in Aalst 6 en in Asse 2. (AV)
- In 2010 verbleef in Aalst en Asse bij 95% (schatting) van de kinderen opgenomen op een kinderafdeling een ouder. De prijs voor rooming-in bedraagt voor een overnachting 5,10€ inclusief ontbijt. Maaltijden zijn niet verplicht. (AV)
- Cijfers van het aantal kinderen die in het OK tot bij inductie en bij het ontwaken door hun ouders begeleid worden zijn niet beschikbaar, men schat dit op het OK op 0 à 5%. (AV)

## 10 Zorg voor psychiatrische patiënten

---

### Situering

- Het O.L.Vrouwziekenhuis beschikt over twee psychiatrische afdelingen met elk 30 bedden, op de campi van Aalst en Asse. Daarnaast is er liaisonpsychiatrie, zijn er consultaties en worden (ook ambulante) ECT 's uitgevoerd.
- Op de campus Asse is er een sterk uitgebouwd ambulant aanbod van kinder- en jeugdpsychiatrie. In februari 2011 start men ook met consultaties op de campus Aalst.
- Er werd gesproken met de programmamanager psychiatrie, de hoofdverpleegkundigen van beide PAAZ, met het medisch diensthoofd en met drie psychiaters. De beide afdelingen werden bezocht. Zorg voor psychiatrische patiënten was een aandachtspunt bij het bezoek aan de niet-psychiatrische verpleegafdelingen en tijdens het bezoek aan IZ en spoed.
- Er werden 2 patiëntendossiers en 2 isolatiefiches ingekeken.

### Beleid en strategie

- Sinds twee jaar is er een gemeenschappelijke leiding voor beide psychiatrische afdelingen waarbij gezocht wordt naar afstemming. Er werd een halftijds programmamanager aangesteld voor psychiatrie. Er is een nieuw medisch diensthoofd sinds januari 2011. Er werd uitgaand van de missie en visie van het ziekenhuis een gemeenschappelijke missie en visie uitgeschreven voor beide psychiatrische afdelingen. (AV)  
Aan de hand van een bevraging van alle personeelsleden werd een sterkte-zwakte analyse opgemaakt van beide psychiatrische afdelingen. (SP)  
De dienst psychiatrie beschikt niet over een jaarverslag, beleidsplan of jaardoelstellingen. Er gebeurt geen analyse van de beschikbare registratiegegevens (bv. i.v.m. afzondering) als verbeterinstrument voor de kwaliteit van zorg. (TK)
- Er zijn verschillende overlegstructuren inzake afstemming van het zorgbeleid voor psychiatrische patiënten: (AV)
  - Wekelijks is er overleg tussen de programmamanager, de hoofdverpleegkundigen en het medisch diensthoofd.
  - Om de twee maand komen de psychiaters campusoverschrijdend samen.
  - Wekelijks is er overleg tussen de psychiaters op afdelingsniveau.
  - Enkele malen per jaar overleggen alle betrokken zorgdisciplines per afdeling. Hieraan nemen geen artsen deel. (TK)

- Twee maal per jaar is er overleg tussen PAAZ en de dienst spoedgevallen op de campus Aalst. Dit wordt binnenkort campusoverschrijdend georganiseerd.
- Er is geen ziekenhuisbreed beleid uitgewerkt voor de zorg voor psychiatrische patiënten (opname- en exclusiecriteria voor niet-PAAZ afdelingen, liaisonpsychiatrie, samenwerking over specifieke patiëntengroepen, afspraken met IZ). **(TK)**
- Er is geen gestructureerd overleg of afstemming tussen de dienst voor volwassenenpsychiatrie en de dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie. **(TK)** De programmamanager psychiatrie is niet verantwoordelijk voor de aansturing van het (ambulante) zorgaanbod van kinder- en jeugdpsychiatrie. **(Aanb)**

## **Middelen**

- Op de psychiatrische afdelingen wordt door alle betrokken zorgverleners eenzelfde multidisciplinair elektronisch patiëntendossier gebruikt, Psydos. **(SP)** Ook de registraties van afzonderingen gebeurt in het Psydosdossier, waardoor de cijfergegevens automatisch gegeneerd kunnen worden. **(AV)**  
Opname- en ontslagbrieven worden niet in Psydos gemaakt, maar in Mediweb. Hoewel men deze applicaties kan koppelen en de brieven kan importeren in Psydos, kennen niet alle medewerkers deze mogelijkheid en gebeurt dit niet steeds. **(TK)**
- Volgende knelpunten werden vastgesteld i.v.m. de infrastructuur van de psychiatrische afdeling op campus Aalst: **(TK)**
  - Men beschikt niet over een eetzaal waar patiënten gezamenlijk kunnen eten. **(NC)** Patiënten eten steeds op de kamer.
  - De zitruimte is te klein. Er is een tafel met 6 stoelen en er zijn 5 zetels.
  - Er is onvoldoende bescherming van de privacy van patiënten die zich bevinden op het terras. Tijdens de winter doet dit terras dienst als rookruimte. Er is volledige inblik van buitenaf door personeel dat bouwwerkzaamheden uitvoert.
  - Een aantal patiëntenkamers zijn erg somber (door gebrek aan daglicht en kleurkeuze). In andere patiëntenkamers is er last van omgevingslawaai.
- Volgende knelpunten werden vastgesteld i.v.m. de infrastructuur van de psychiatrische afdeling op campus Asse: **(TK)**
  - Hoewel de afdeling over meerdere terrassen beschikt, worden deze omwille van veiligheidsredenen niet gebruikt. Advies om deze zo in te richten dat patiënten er gebruik van kunnen maken.
  - Toezicht op patiënten wordt bemoeilijkt door de aanwezigheid van een lift en traphal op de afdeling.

Op campus Asse heeft de PAAZ een grote eetzaal en leefruimte, de afdeling is huiselijk ingericht en men beschikt er over veel ruimte. **(SP)**

- In de afzonderingskamers op campus Aalst werden volgende knelpunten vastgesteld i.v.m. infrastructuur: **(TK)**
  - Men maakt geen gebruik van scheurvrij en brandwerend linnen. **(NC)**
  - Er is geen afkoeling tijdens de zomermaanden.
  - Bij de isolatiekamer is geen douche voorzien.
  - Door het kijkgat in de deur heeft het personeel geen volledig beeld van de kamer net voor het binnengaan van de kamer.
  
- Er is onvoldoende aandacht voor de veiligheid van patiënten op de PAAZ. **(TK)** Zo werd tijdens de rondgang op de afdeling in Aalst opgemerkt dat tijdens de middagpauze van het onderhoudspersoneel de kar met onderhoudsproducten werd achtergelaten op de gang, evenals de boenmachine en een laddertje.  
We bevelen aan om de inrichting van de psychiatrische afdelingen specifiek te screenen op veiligheid. Zo zijn er risico's inzake verhangen (bv. douche). **(Aanb)**

## **Medewerkers**

- Er zijn in het O.L.Vrouwziekenhuis 6 psychiaters werkzaam en 3 kinder- en jeugdpsychiaters. Er is daarnaast een ASO kinder- en jeugdpsychiatrie. **(AV)**
  
- De personeelsequipe van de PAAZ te Aalst bestaat uit: **(AV)**
  - 12,2 VTE psychiatrisch verpleegkundigen (waarvan 7,4 bachelors)
  - 1,75 VTE ziekenhuisverpleegkundigen
  - 2 VTE psycholoog
  - 2 VTE ergotherapeut
  - 0,5 VTE bewegingstherapeut
  - 0,5 VTE verzorgend personeel
  - 0,5 VTE sociaal verpleegkundigen
  - 0,5 VTE administratief personeel
  
- De personeelsequipe van de PAAZ te Asse bestaat uit: **(AV)**
  - 7,8 VTE psychiatrisch verpleegkundigen (waarvan 3,6 bachelors)
  - 4,4 VTE ziekenhuisverpleegkundigen
  - 1 VTE psycholoog
  - 1,8 VTE ergotherapeut
  - 0,5 VTE bewegingstherapeut
  - 1,6 VTE verzorgend personeel
  - 0,4 VTE sociaal verpleegkundigen
  - 1 VTE opvoedkundige
  - 1,2 VTE administratief personeel
  
- De nachtpermanentie van elke PAAZ bestaat uit 2 personeelsleden, waarvan soms één zorgkundige. **(AV)**
  
- Sommige personeelsleden volgen erg weinig vorming: op de PAAZ-afdeling Aalst zijn er 10 personeelsleden die 0 tot 1,5u volgden in 2010, op PAAZ Asse zijn er 5

personeelsleden die 2u of minder volgden in 2010. **(TK)** Verpleegkundigen van campus Asse worden aangemoedigd om een opleiding counseling te volgen. **(AV)**

- Opvang van personeelsleden na een incident gebeurt door debriefing binnen het team, dit is weinig gestructureerd en eerder informeel. Hoewel er op papier ook de mogelijkheid bestaat tot opvang door een externe psycholoog, blijkt dit in praktijk niet steeds mogelijk. **(TK)**
- We bevelen aan om voor alle personeel van psychiatrie intervisie te voorzien, vanuit het oogpunt zorg voor zorgenden. **(Aanb)**

## **Processen**

- We bevelen aan een ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid uit te werken. **(Aanb)**  
Op PAAZ en spoed hanteert men een nazorgtraject voor suïcidepogers d.m.v. IPEO.
- In november 2010 werd een afzonderingsprotocol voor PAAZ opgemaakt. Hierin zijn alle aspecten duidelijk omschreven (beslissingsverantwoordelijkheid, toezicht, registratie). **(SP)** Uit de steekproef van de isolatiefiches bleek: **(TK)**
  - Dat er op campus Aalst niet steeds notities werden gemaakt met de vooropgestelde frequentie van toezicht.
  - Er is uit de notities niet op te maken of observaties gebeurden via het camera-toezicht of in de isolatiekamer. In de procedure stelt men elk uur een contact bij de patiënt in de isolatiekamer voorop, en om het half uur via de camera.
  - Er wordt niet steeds een reden van fixatie en techniek van fixatie genoteerd.
  - In de zorgnotities worden onvoldoende specifieke gegevens genoteerd (bv. temperatuur en vochttoediening bij psychose).
- Afzonderingen op de dienst spoedgevallen worden niet geregistreerd. **(NC)** Er is geen procedure uitgeschreven voor afzondering op spoed. De isolatiekamer voldoet niet aan de vereisten qua veiligheid. **(TK)**
- Op de campus Asse gebeuren naast de afzonderingen, ook fixaties op eenpersoonskamers. Van deze fixaties worden geen specifieke observaties genoteerd in Psydos. **(TK)**
- Er is een werkinstructie ECT opgemaakt voor verpleegkundigen. Hierin is onvoldoende duidelijk beschreven wat de specifieke taken van de psychiater, de psychiatrisch verpleegkundigen, de anesthesist en de OK-verpleegkundigen zijn bij ECT. **(TK)**
- Op de psychiatrische afdelingen worden principes van patiëntgeoriënteerde zorg toegepast, dit blijkt o.a. uit: **(SP)**

- De positieve communicatiestijl in de vernieuwde onthaalbrochure van PAAZ Aalst.
- Het concept van individuele begeleiders op campus Asse.
- Op campus Asse is er specifieke aandacht voor de partner en kinderen van patiënten, dit wordt opgenomen door de gezinsbegeleidster.
- De persoonlijke behandel doelstellingen die genoteerd zijn in het patiëntendossier.
- Er wordt een scoreblad gebruikt bij ontwenning ter preventie van delier. Hiermee wil men het standaard gebruik van benzodiazepines beperken.

Volgende verbeterpunten op het vlak van patiëntgeoriënteerde zorg werden opgemerkt: **(TK)**

- Er bestaat geen apart, gestructureerd zorgaanbod voor partner en kinderen van opgenomen patiënten (KOPP) op campus Aalst. De zorg voor naastbetrokkenen maakt deel uit van het takenpakket van de psychologen.
  - Buiten de georganiseerde activiteiten zijn er weinig ontspanningsmogelijkheden voor opgenomen patiënten. Zo zijn de therapieruimtes (bv. de sportzaal) enkel onder begeleiding toegankelijk, en niet tijdens het weekend. Er is op de afdeling draadloos internet beschikbaar, maar er is geen computer voorzien voor patiënten. Patiënten kunnen hiervan enkel gebruik maken m.b.v. hun eigen pc.
  - De weekendregeling is voorzien van zaterdag 14u tot zondag 19u30. Er wordt een standaard ontslaguur gehanteerd om 14 uur. In de praktijk worden de uren flexibel gehanteerd wanneer de patiënt hierom verzoekt. We raden aan om te communiceren dat hierrond discussie mogelijk is, zodat ook minder mondige mensen desgewenst van een aangepaste regeling zouden kunnen genieten. **(Aanb)**
- Psychiatrische patiënten opgenomen op niet-psychiatrische afdelingen van het O.L.V.-ziekenhuis krijgen onvoldoende een kwaliteitsvolle zorg: **(TK)**
    - Het personeel op deze afdelingen kreeg geen specifieke opleiding en heeft onvoldoende kennis over psychiatrische aandoeningen (bv. inschatten van suïciderisico, observaties i.v.m. psychologische toestand, psychiatrische anamnese).
    - Patiënten krijgen er geen multidisciplinaire behandeling. Er gebeuren geen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Een psycholoog of liaisonpsychiater wordt niet systematisch betrokken bij de zorg. Patiënten kunnen geen beroep doen op het uitgebreide therapie-aanbod zoals patiënten opgenomen op psychiatrische afdelingen.
    - Op sommige afdelingen werd tijdens de audit gemeld dat psychiatrische liaisonconsulten lang op zich laten wachten. Het komt voor dat een patiënt op ontslag gaat zonder de psychiater gezien te hebben.
    - Sommige patiënten krijgen geen begeleiding door een psycholoog of psychiater.

Best wordt er de komende jaren onderzocht hoe groot de zorgvraag is en hoe daaraan beantwoord kan worden (bv. met meer vorming, teamondersteuning, meer interne liaison...). **(Aanb)**

## Resultaten

- In 2009 waren er: **(AV)**
  - In de PAAZ Aalst 560 opnames, was de bezettingsgraad er 86% en de gemiddelde ligduur 15 dagen.
  - In de PAAZ Asse 355 opnames, was de bezettingsgraad er 73% en de gemiddelde ligduur 20 dagen.
  - 347 liaisonconsulten door psychiaters op campus Aalst en 96 op campus Asse.

In het eerste semester van 2009 werden een 4000-tal patiënten met een psychiatrische (hoofd- of neven-) diagnose opgenomen op een niet-psychiatrische afdeling in het O.L.Vrouwziekenhuis.

- Er werden in 2010 op campus Aalst 86 ECT-behandelingen uitgevoerd, bij 12 patiënten. **(AV)**
- Uit de registratiegegevens van 2009 over afzonderingen blijkt dat er in de PAAZ op campus Aalst 42 afzonderingen gebeurden in de isolatiekamer (7,5% van de opnames), waarvan 6 (14%) met fixatie, de gemiddelde duur van een afzondering was 51u, In de PAAZ van Asse waren er datzelfde jaar 27 afzonderingen (7,6%), waarvan 9 (33%) met fixatie, de gemiddelde duur van een afzondering was 15,8u. **(AV)**

We bevelen aan om de registratiegegevens i.v.m. afzondering uit te breiden en te gebruiken voor de evaluatie van het gevoerde afzonderingsbeleid (bv. tijdstip van afzondering, evaluatie van noodzaak fixatie...). **(Aanb)**



## 11 Zorg voor chirurgische patiënten

---

### Situering

- Het O.L.Vrouwziekenhuis voert op alle campi chirurgische activiteiten uit.
  - Op de campus Aalst bestaat het operatiekwartier uit twee delen: het nieuwe gedeelte telt 10 zalen (en een recovery met 9 posities), het oude 7 zalen (en een recovery met 15 posities).
  - Op de campus Asse zijn er 4 operatiezalen. De recovery bestaat uit 6 plaatsen.
  - Het operatiekwartier op campus Ninove heeft 2 zalen, de recovery heeft 7 posities.
- Chirurgische patiënten in daghospitalisatie komen terecht op verschillende dagziekenhuizen. Nergens beschikt men over een exclusief chirurgisch daghospitaal. In Aalst is er een gemengd daghospitaal X3Noord, met 31 bedden. In Asse is er een gemengd chirurgisch, internistisch en geriatrisch daghospitaal (Dagkliniek 6, met 15 bedden en 6 zetels). In Ninove gaat het om een gemengd chirurgisch-internistisch daghospitaal (met 6 zetels en 16 bedden). Kinderen worden alleen in Aalst en Asse opgenomen: zowel te Aalst als te Asse is er een pediatriesch daghospitaal op de kinderafdeling (respectievelijk D6 en VE09).
- Tijdens de audit werden volgende chirurgische afdelingen bezocht:
  - op de campus Aalst: operatiekwartier + recovery, gemengd dagziekenhuis X3Noord, orthopedie (C1), algemene heelkunde (C4),
  - op de campus Asse: operatiekwartier + recovery, gemengd dagziekenhuis, algemene heelkunde (VE4)
  - op de campus Ninove: operatiekwartier + recovery, gemengd dagziekenhuis
- Er werd gesproken met de programmadirecteur en de programmamanager te Aalst, het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van het OK te Asse en met de hoofdverpleegkundige van het OK, de CSA en het daghospitaal te Ninove. Op de dagziekenhuizen van Aalst en Asse en op de verpleegafdelingen werd er gesproken met de hoofdverpleegkundigen.  
Er werden 20 dossiers ingekeken.
- De pediatrische dagziekenhuizen worden besproken in het hoofdstuk zorg voor kinderen.

### Beleid en strategie

- Qua reglement van inwendige orde bestaan er verschillende documenten. (AV) Zo kregen wij:
  - Te Aalst, het “Reglement van inwendige orde operatiekwartier”, daterend van 1/1/2001,

- Eveneens te Aalst, de “Richtlijn werking operatiekwartier O.L.Vrouwziekenhuis campus Aalst”, van januari 2011.
- Te Asse, een document met als titel “Werking operatiekwartier.

Het “Reglement van inwendige orde operatiekwartier” is verouderd. **(TK)** Inmiddels werd het operatiekwartier uitgebreid en zijn er meer ingangen dan beschreven in dit reglement. Sterilisatie op het operatiekwartier moet volgens het reglement beperkt zijn tot “snelsterilisatie van een instrument dat onsteriel geworden is door een verkeerde manipulatie (bv. laten vallen) én wanneer geen ander identiek steriel instrument voorradig is.”. In de realiteit wordt er naast snelsterilisatie gedesinfecteerd met glutaraaldehyde 2% in open systemen en worden heel wat oftalmologische sets volledig binnen het operatiekwartier gehersteriliseerd. Verder dient het reglement nog aangepast te worden aan de wettelijke vereisten van het zorgprogramma voor kinderen (toelaten van minstens een ouder bij het bewuste kind).

De “Richtlijn werking operatiekwartier O.L.Vrouwziekenhuis campus Aalst” is in feite het huishoudelijke reglement. Door het gebrek aan datering of de bepaling vanaf welke datum deze richtlijn in werking treedt, mist het (rechts)geldigheid. **(TK)** Daarnaast is het geheel zeer summier en blijft het op veel punten bijzonder vaag en onduidelijk, waardoor men de regels op velerlei manieren kan interpreteren. **(TK)**

- De verschillende bestuursorganen, hun functie en samenstelling en hun onderlinge samenhang zijn niet omschreven. Er wordt in de richtlijn verwezen naar verschillende functies en organen. Sommige van de gebruikte benamingen komen niet overeen met de officiële benamingen zoals bepaald in het algemeen en medisch reglement (bv. commissie operatiezaal versus OK-commissie, hoofdgeneesheer versus medisch directeur, voorzitter van het departement heilkunde versus geneesheer-departementshoofd) of blijken niet nader omschreven te zijn (coördinator). Tijdens het gesprek blijken benamingen door elkaar gebruikt te worden, wat het geheel niet eenvoudiger maakt.
- Afspraken met de CSA zijn niet vastgelegd (transport, beschikbaarheid materiaal, wie verantwoordelijk is voor wat, regeling van het wettelijk toezicht vanuit de apotheek, inspraak in het operatieprogramma, ...).
- De organisatie van de bestaafing van de zalen is niet omschreven.
- De organisatie van de wachtdienst is niet omschreven.
- Afspraken met het chirurgisch daghospitaal met betrekking tot de voorrangregeling van de dagingrepen ontbreken. **(NC)**
- Afspraken met het zorgprogramma voor kinderen ontbreken met betrekking tot het toelaten van ouders bij het bewuste kind en met betrekking tot de voorrangregeling van de dagingrepen bij kinderen op ingrepen bij gehospitaliseerde kinderen, en de voorrang van gehospitaliseerde kinderen op volwassen patiënten. **(NC)**
- Criteria voor het toewijzen van zaaltijd aan disciplines of chirurgen ontbreken, waardoor men ruimte laat voor discussie.

- Duidelijke afspraken over het plannen van ingrepen (uniforme wijze waarop, al dan niet toelaten van overboeking, toekennen van standaardtijden per ingreep door chirurg zelf of via OK-commissie in combinatie met de chirurg...) ontbreken.
- Men garandeert niet dat er een zaal vrijgehouden wordt voor urgenties (“na 18u00 wordt er steeds naar gestreefd één van de beschikbare zalen vrij te houden voor urgenties”).
- Alhoewel men spreekt over het progressief sluiten van zalen vanaf 18u00, zijn er geen afspraken vastgelegd over welke zalen op welke dagen kunnen langer openblijven en hoe deze eventuele bijkomende tijd wordt toegewezen.
- Er wordt niet verwezen naar geldende procedures, op welke wijze deze tot stand komen, up-to-date gehouden worden en hoe de controle op de toepassing geschiedt. Specifieke veiligheidsprocedures (bv. time-out, patiëntidentificatie, het iProva-systeem... kunnen apart opgenomen worden in het reglement. **(Aanb)**
- Er wordt gesproken over sancties, maar het is onduidelijk welke sancties er kunnen genomen worden, in welke omstandigheden welke sancties wordt toegekend, hoe de procedure precies verloopt... **(Aanb)**

In Asse is het document “Werking operatiekwartier” nog in ontwikkeling, maar het is ontwerp is grotendeels gebaseerd op de richtlijn werking operatiekwartier O.L.Vrouwziekenhuis campus Aalst en vertoont dus dezelfde onvolkomenheden. We bevelen aan één overkoepelend huishoudelijk reglement op te stellen voor de operatiekwartieren, met campusoverschrijdende beleidsorganen. Zo is het ook eenvoudiger om een campusoverschrijdende werking te ontwikkelen. **(Aanb)**

- De recovery op campus Aalst bleef in 2009 9 keer open als er geen plaats meer was op intensieve zorgen. Het operatiekwartier wordt hiervan pas laattijdig op de hoogte gebracht. Dan moet men in allerijl personeel zoeken om de nacht te overbruggen en mensen 's morgens vroeger laten opkomen. **(TK)**
- Sommige disciplines werken met gespreide opnames, andere dan weer niet of nauwelijks. Uit de cijfergegevens blijkt dat quasi alle patiënten te Aalst en te Asse 's morgens rond 8 uur worden opgenomen. Het gebeurt dat patiënten 's morgens nuchter opgenomen worden en pas laat in de namiddag geopereerd worden. **(TK)** Ook komen regelmatig onverwachte overnachtingen voor ten gevolge van een slechte planning van de ingrepen. **(TK)**
- Er zijn twee OK-commissies: een voor Aalst en Ninove en een voor Asse. Deze komen ad hoc samen. Het laatste jaar waren er frequenter bijeenkomsten in het kader van de ontwikkeling van de richtlijn werking operatiekwartier O.L.Vrouwziekenhuis campus Aalst / Asse. De operatiecommissie staat ondermeer in voor de toewijzing van operatietijd aan de verschillende disciplines. **(AV)** Gezien de vele knelpunten raden we aan te komen tot een vaste en hogere vergaderfrequentie van beide commissies. Hierbij kan men het huishoudelijk reglement verder uitwerken, het planningsprobleem aanpakken en de time-out

procedure uitwerken en implementeren. **(Aanb)**

We zien dat de campusoverschrijdende werking momenteel nog beperkt is (overleg functiekaarten, overleg huishoudelijk reglement). **(TK)**

- Sectio's gaan door in het operatiekwartier, zowel in Aalst als in Asse. **(AV)**
- Operaties bij kinderen gebeuren zowel te Aalst als te Asse en dit op alle dagen van de week. Los van de architectonische en infrastructurele beperkingen (zie middelen) geldt algemeen dat ouders niet bij hun kind mogen blijven tot bij inductie, en ook niet bij hun kind mogen zijn vanaf het ontwaken op de recovery. **(NC)** Enkel voor kinderen van personeelsleden en kinderen met een handicap maakt men soms een uitzondering.
- Er is een ziekenhuisbreed postoperatief pijnbeleid ontwikkeld, zowel voor kinderen als voor volwassenen, en dit beleid is vertaald in duidelijk flow-charts. **(SP)** Ook het gebruik van pijnscores is ingeburgerd. Het werken met standaard protocols betekent een vereenvoudiging waarbij sneller kan ingespeeld worden op de individuele pijn, wat de patiënt ten goede komt.

## **Middelen**

- Het operatiekwartier op de campus Aalst werd bezocht in een fase tussen twee verbouwingen. Een nieuw gedeelte met ondermeer tien zalen, een onthaal, een recovery en een grote centrale berging is in gebruik genomen. Het oude gedeelte dat ook een tiental zalen telde, een onthaal en een recovery moet nog verbouwd worden. **(AV)**  
Over het concept van het nieuwe gedeelte is duidelijk goed nagedacht: **(SP)** men heeft in de architectuur een scheiding voorzien tussen zalen met een hoge patiënten turn-over (ingrepen onder lokale anesthesie) en de zalen waar grotere ingrepen doorgaan onder algemene anesthesie en waar hogere eisen gesteld worden qua steriliteit (cardiochirurgie, algemene heilkunde, neurochirurgie). Zalen 12 tot 16 zijn via een aparte gang te bereiken en liggen nabij de nieuwe ingang (die uitgaat op het daghospitaal): hier gaan ingrepen door van oogheilkunde, neus-keel-oren, mond-kaak-aangezichtschirurgie, niersteenverbruizing...). Voor oogheilkunde is op de grens van het operatiekwartier met het naastgelegen daghospitaal X3Noord een zaaltje voorzien met 7 zetels waar de patiënten voorbereid worden (indruppeling) en na de ingreep wat kunnen rusten en nazorg krijgen. Het onthaal sluit om 15u30. Wanneer er daarna nog patiënten komen, is er geen toezicht meer en de posities in het onthaal zijn ook niet voorzien van een oproepsysteem. **(TK)**  
De recovery telt 9 posities die allemaal van elkaar gescheiden kunnen worden door middel van gordijntjes.  
De nieuwe zalen 7 tot 11 liggen langs een andere gang waar minder personenverkeer is, en zijn allemaal enkel te bereiken via een sasruimte (1 per zaal) of via de scrubruimte (1 per 2 zalen). Enkele zalen zijn specifiek ingericht voor een welbepaalde discipline: de zalen 7 en 8 zijn voorbehouden voor cardiochirurgie en vaatheilkunde, de zalen 9 tot 11 zijn meer gericht op laparoscopie en robotheilkunde. De zalen zijn zeer ruim en uitgerust met de modernste technieken. De operaties kunnen via de operatielampen en camera's aan

de wand gefilmd worden en doorgestuurd worden naar buiten het operatiekwartier voor educatieve doeleinden. Zo vermijdt men dat bezoekers het operatiekwartier moeten betreden om de beelden te bekijken, zoals vroeger het geval was. (SP)

De onthaalruimte van het oude gedeelte moet nog verbouwd worden. Nu is deze ruimte met 6 posities wat klein. De uitgang van de kleedkamers komt er in uit en bezoekers kleden zich ter plaatse om, waardoor de patiënten weinig privacy hebben. Ondanks het feit dat er na 18u00 niemand meer aanwezig is in de onthaalbalie en er ook geen ander toezicht is, beschikken patiënten niet over een oproepsysteem. (TK) Tenslotte kunnen kinderen niet auditief en visueel afgezonderd worden van het gebeuren bij volwassenen. (NC)

- Op de campus Asse ligt de onthaalruimte naast de onthaalbalie, maar het kleine en eerder hoog geplaatste raam laat geen continu toezicht toe. Toch beschikken de patiënten er niet over een oproepsysteem. (TK)  
Verder in de gang liggen de 4 operatiezalen, 2 aan elke zijde. De 4 scrubruimten zijn ontmanteld en doen tegenwoordig dienst als bergruimte. Handen kan men desnoods wassen aan lavabo's in de gang, voor de rest rubt men met handalcohol. De operatiezalen betreedt men via de schuifdeuren, langwaar de patiënten worden binnengebracht. Deze deuren kunnen niet automatisch openen, zodat er een groot risico is dat men de handen accidenteel bevuilt bij het betreden van de zalen. (TK)  
Verder blijven deuren tijdens de ingreep vaak (gedeeltelijk) openstaan, hetgeen een groot gevaar oplevert voor contaminatie en air-born infecties. (TK)  
Ondanks het gebruik van de scrubruimten als berging blijft er een groot gebrek aan bergruimte bestaan: materiaal staat her en der in de gangen en tussen de twee operatiezalen. In de oorspronkelijke bergruimten staat steriel materiaal tussen gewoon verbruiksmateriaal, ook elders werd steriel materiaal gezien op plaatsen waar er een groot risico bestond op beschadiging van de verpakking en de sterilisatie. (TK)  
Er wordt gebruik gemaakt van losse kartonnen afvalzakken in de operatiezalen. Ook werden her en der kartonnen dozen opgemerkt. Het gebruik van papier of karton zorgt voor onnodige stofproductie en dient vermeden te worden. (TK)  
Het hele operatiekwartier is toe aan een grondige renovatie: verf schilfert op verschillende plaatsen van de muren, de vloerbedekking vertoont verschillende defecten. (NC)
- Aansluitend aan het operatiekwartier is er een ruimte langs waar het vuil materiaal wordt afgevoerd naar de CSA en waar ook proper materiaal staat. Hierdoor is een goede reiniging niet mogelijk. (NC) Het geheel maakt bovendien een erg rommelige indruk.
- Op de campus Ninove is het operatiekwartier gerenoveerd. De twee zalen zijn quasi identiek ingericht en bevatten modern materiaal. Tussen de twee zalen is er een bergruimte, daarnaast wordt nog wat materiaal in de zalen opgeslagen. De recovery is verhoudingsgewijs zeer ruim, alle posities beschikken over de nodige apparatuur voor monitoring en over medische gassen. De posities worden van elkaar gescheiden door middel van gordijnen. Op deze campus worden geen kinderen geopereerd. (AV)

- Wanneer een patiënt geopereerd wordt, worden er verschillende volgbladen gebruikt, die voor een deel identiek zijn. Zo is er een peroperatief blad, dat een preoperatieve vragenlijst bevat. Er bestaat echter een ander blad met een preoperatieve vragenlijst, maar daarop kunnen de anesthesisten de peroperatieve parameters niet noteren. Daarnaast zijn er de verpleegdossiers die op de afdelingen gebruikt worden, waarop zich voor een deel weer dezelfde informatie bevindt. Deze overvloed van gelijkaardige documenten houdt een risico in op fouten. **(TK)** We raden aan om in overleg met de chirurgen en anesthesisten een uniform en eenvoudig document te ontwikkelen dat pre-, per- en postoperatief kan gebruikt worden. **(Aanb)**
  
- Het dagziekenhuis X3Noord op campus Aalst is nieuw en heeft een aantal troeven: **(SP)**
  - De kamers zijn modern ingericht en bevatten allemaal een kluisje.
  - Er is een ruime verpleegpost. Inschrijvingen gebeuren in voldoende discretie aan een balie.
  - Men beschikt over buizenpost.
  - Kluisjes voor de personeelsleden staan opgesteld in de keuken.
  - Het dagziekenhuis ligt vlak bij het operatiekwartier.
  
- Het dagziekenhuis op campus Asse vertoont een aantal gebreken: **(TK)**
  - Het dagziekenhuis vormt geen aanwijsbare entiteit en is vormt geen volledige verpleegafdeling. **(NC)** Halverwege de gang behoren de kamers bij een andere afdeling. Het dagziekenhuis bestaat enkel uit vijf driepersoonskamer, een kamer met 2 bedden en enkele zetels (geriatrisch dagziekenhuis) en een verpleegpostje.
  - Er is geen wachtzaal. Mensen moeten wachten op de overloop.
  - Er is geen vuile utility: de karren met vuil linnen en vuilbakken moeten 's avonds gestockeerd worden in de verpleegpost en worden 's morgens op de overloop geplaatst, voor de wachtende patiënten.
  - De lockers met persoonlijk materiaal staan op de overloop.
  - De afdeling heeft geen bedpannenwasser. **(NC)** Men gaat de bedpannen uitgieten en wassen op de nabijgelegen afdeling “intensieve zorgen”.
  - Er is geen bureau voor de hoofdverpleegkundige
  - Er groeien zwammen op de afvoerbuï in het hokje waar de poetsdienst haar kar opslaat.
  - Er zijn alleen driepersoonskamers.
  - Men kampt met een gebrek aan bedden voor de dagpatiënten.
  - Er is geen enkele bergruimte: 's avonds worden vuilkarren en verzorgingskarren in het verpleegpostje gezet, overdag staat alles op de overloop en in de gangen.
  
- Het dagziekenhuis op de campus Ninove werd gerenoveerd. Er zijn 16 bedden en 6 zetels. De kamers beschikken over al het noodzakelijk comfort. **(SP)**

## Medewerkers

- Op de campus Aalst zijn er 24 anesthesisten en 2 assistenten. Op de campus Asse zijn er 5 anesthesisten actief, op de campus Ninove 1. Alhoewel er geen campusoverschrijdende associatie bestaat, werken de anesthesisten campusoverschrijdend wanneer nodig (verlofperiodes, ziekte). De medisch directeur is ook diensthoofd anesthesie, hij wordt bijgestaan door een fulltime programmadirecteur. **(AV)**  
De chirurgen zijn gegroepeerd per discipline. Een aantal artsen werken op verschillende campussen. **(SP)**
- Naast de hoofdverpleegkundigen (2 VTE) en adjunct-hoofdverpleegkundigen (2 VTE) zijn er voor het OK op campus Aalst 40,45 VTE verpleegkundige bachelors, 21,00 VTE gediplomeerde verpleegkundigen en 6,6 VTE perfusionisten. Voor de recovery is er een aparte hoofdverpleegkundige (1 VTE) die tevens programmamanager is, 1 adjunct-hoofdverpleegkundige (1 VTE), 10,3 VTE verpleegkundige bachelors en 1,6 VTE gediplomeerde verpleegkundigen. De logistieke ondersteuning gebeurt door een groep van 6,10 VTE, waarvan 3,7 VTE zorgkundige. 6 personen staan in voor de administratie. Tenslotte zijn er 1,8 technici werkzaam. 's Nachts en in het weekend zijn er steeds 8 verpleegkundigen oproepbaar. **(AV)**  
Op de campus Asse bestaat de equipe van het OK uit 1 VTE hoofdverpleegkundige, 7,58 VTE verpleegkundige bachelors (waarvan 2,08 VTE voor de recovery) en 6,50 VTE gediplomeerde verpleegkundigen (waarvan 0,50 VTE voor recovery). Er is 1,3 VTE logistieke ondersteuning en 0,75 VTE administratieve ondersteuning.  
Op de campus Ninove is er 1 hoofdverpleegkundige voor het operatiekwartier, recovery, CSA en dagziekenhuis (0,80 VTE). De equipe voor het OK bestaat verder uit 4,75 VTE verpleegkundige bachelors.
- Een beperkt aantal medewerkers hebben een opleiding radioprotectie gevolgd (alleen cardiochirurgie-verpleegkundigen). We bevelen aan dat alle medewerkers die met straling in contact kunnen komen, een dergelijke opleiding zouden gevolgd hebben. **(TK)**
- Men beschikt niet over een dienstspecifiek inscholingsprogramma en een stappenplan voor het operatiekwartier. **(TK)** Wel heeft men een informatiemap waarin een en ander is samengebracht en werkt men met mentoren. **(AV)**
- De equipe van het gemengd daghospitaal X3Noord op de campus Aalst bestaat uit: **(AV)**
  - 0,8 VTE hoofdverpleegkundige
  - 9,73 VTE verpleegkundige bachelors
  - 1,55 VTE logistieke ondersteuning (zorgkundigen)
- Op de campus Asse is er geen aparte equipe voor het dagziekenhuis. **(NC)** De hoofdverpleegkundige staat ook aan het hoofd van de verpleegafdeling “intensieve zorgen”. Voor het gemengd daghospitaal 6 op de campus Asse zijn er aldus:
  - 0,5 VTE hoofdverpleegkundige
  - 1,9 VTE verpleegkundige bachelors

- 1 VTE gediplomeerde verpleegkundigen

Voor 3793 patiënten (en exclusief het geriatriesch daghospitaal) heeft men nood aan 4,75 VTE verpleegkundige bachelors en administratieve ondersteuning tijdens de openingsuren. Er is een normatief tekort van 1,35 VTE verpleegkundige bachelors en administratieve ondersteuning. (NC)

- Op de campus Ninove bestaat de equipe van het daghospitaal uit (naast 0,4 VTE hoofdverpleegkundige):
  - 2,4 VTE verpleegkundige bachelors
  - 0,9 VTE gediplomeerde verpleegkundigen

Voor 3512 patiënten heeft men nood aan 5,39 VTE, waarvan 4,39 verpleegkundige bachelors. Er is een normatief tekort van 0,69 VTE verpleegkundige bachelors en administratieve ondersteuning. (NC)

## Processen

- Net als 5 jaar geleden tijdens de audit werd opgemerkt blijft de planning van ingrepen te Aalst voor problemen zorgen: bijna dagelijks loopt het programma uit, en dit niet enkel ten gevolge van urgenties of semi-urgenties (in 2009 waren er nog 413 ontslagen tussen 22 en 24 uur, 95 na middernacht). (TK) Dit heeft zijn weerslag op de werking van het hele ziekenhuis (late transfers naar afdelingen, laattijdige dagingrepen met onvoorziene overnachting tot gevolg, lange wachttijden tussen opname en tijdstip van ingreep...). Men beschikt niet over standaardtijden per ingreep en per chirurg, waardoor het zowel voor de artsen als voor de hoofdverpleegkundigen bijna onmogelijk is om een juiste inschatting te maken van de duur van de ingediende operatieprogramma's. (TK) Duidelijke en afdwingbare regels rond planning, overboeking, inplannen van urgenties en semi-urgenties... zullen nodig zijn om het planningsproces strikter te laten verlopen.
- Op de campus Asse heeft men via Lotus Notes een beter zicht op de ingrepen van de artsen. Dit laat toe de operatielijst tijdig klaar te maken en te verspreiden, zodat problemen (bv. CSA, dagziekenhuis) nog kunnen worden opgemerkt en gecorrigeerd. (AV)
- In geen van de drie operatiekwartieren werkt men met een checklist om na te gaan of een ingreep op een veilige manier kan starten, zoals vooropgesteld door de WHO. (TK) Belangrijke items hierbij zijn controle van de identiteit van de patiënt, controle van de te opereren plaats, controle of al het nodige materiaal beschikbaar is en functioneert, en een time-out moment voor de start van de ingreep waarbij de checklist overlopen wordt. Dit betekent niet dat er momenteel geen controles gebeuren. Er wordt gewerkt met een identificatiearmbandje bij alle patiënten, en met een kruis of pijl op het te opereren lichaamsdeel. Op verschillende momenten (bij ontvangst op het OK en bij aankomst in de zaal), door de chirurg en/of door de anesthesist en/of door de omloopverpleegkundige, wordt de patiënt naar zijn naam en naar de ingreep en kant gevraagd. Dergelijk systeem, met gepremediceerde patiënten, is echter onvoldoende sluitend.



- Logistieke processen kunnen in de operatiekwartieren nog beter uitgewerkt worden. **(Aanb)** Men werkt al op verschillende plaatsen met een First-in-First-out systeem, met scanning van barcodes (vooral voor verbruiksmaterialen). We bevelen ook aan om het werken met custom packs gevoelig uit te breiden. Zo werken bv. op de campus Asse alleen de cardiologen met een dergelijk systeem voor het plaatsen van pace-makers. Hiervoor is verdere uniformisering binnen en tussen de disciplines noodzakelijk. **(Aanb)**
- Voor de narcotische medicatie werken de anesthesisten met gepersonaliseerde medicatiekoffers. Dit laat een sluitend stockbeheer toe. **(SP)**
- De temperatuur van verschillende koelkasten met medicatie op het operatiekwartier wordt niet opgevolgd (Aalst, Asse). Zo kan men niet garanderen dat medicatie op de juiste manier bewaard wordt. **(TK)**
- Voor het onderhoud van het materiaal in het operatiekwartier heeft men op de campus Aalst 2 technisch medewerkers die voor een deel het onderhoud uitvoeren of de opvolging op zich nemen van het materiaal dat onder onderhoudscontracten valt. **(SP)**
- Niet alle patiënten van het dagziekenhuis worden door een arts gezien voor ontslag (bv. orthopedie). **(NC)**

## Resultaten

- De operatiekwartieren beschikken niet over een goed uitgewerkt jaarverslag. Enkel het jaarrapport 2009 van de ontwaakzaal van het O.L.Vrouwziekenhuis kon worden voorgelegd, maar dit rapport geeft maar een partieel zicht op de ingrepen die werden uitgevoerd (namelijk exclusief de patiënten die niet op de ontwaakruimte kwamen, voornamelijk pijnkliniek en ambulante chirurgie). Volgens die cijfers werden er in 2009 15292 patiënten in Aalst behandeld. **(AV)** Op de campus Asse had men geen zicht op de activiteitscijfers. Deze moest men zelf opvragen en ten gevolge van de afwezigheid van een personeelslid was dit tijdelijk niet mogelijk. **(TK)**
- Op het dagziekenhuis te Aalst beschikt men over informatiefolders over de meest voorkomende pathologieën en ingrepen. **(SP)**
- Op het dagziekenhuis X3Noord werden in de voorbije 12 maanden 8446 patiënten opgenomen, waarvan 2953 voor een chirurgische ingreep. **(AV)**
- Op het dagziekenhuis te Asse werden er 3793 patiënten opgenomen. **(AV)**
- Op het dagziekenhuis op de campus Ninove werden in 2009 3512 patiënten opgenomen, en gingen er 3815 chirurgische ingrepen door (ambulant + daghospitalisatie). **(AV)**

## 12 Zorg voor kritieke patiënten

---

### 12.1 Spoedgevallen

#### Situering

- Het O.L.Vrouwziekenhuis Aalst heeft een gespecialiseerde spoedgevallendienst op twee campi, Aalst en Asse.
- Op campus Aalst is er een erkende MUG-functie, die uitgbaat wordt in samenwerking met het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis van Aalst, met wissel om de twee weken. Er is geen eigen ziekenwagen binnen het 100-systeem. Secundaire transporten zijn uitbesteed aan een ambulancebedrijf en een helikopteroperator.
- De interne MUG-oproepen worden, per campus, beantwoord door personeel van de respectieve spoedgevallendienst.

#### Beleid en strategie

- De gespecialiseerde spoedgevallen van het O.L.Vrouwziekenhuis hebben een uitgeschreven visie die ambitieus is (willen veel beter zijn dan het gemiddelde) en breed opgevat (bv. wetenschappelijk actief, lesopdrachten ook extra muros, humanitaire opdrachten, hyperbare therapie, opleiding van verschillende echelons, ...). Ze kiezen bewust voor de inzet van adequate middelen en bestaffing om dit te kunnen realiseren. **(SP)**
- De gespecialiseerde spoed beschikt niet over een jaarverslag of een beleidsplan. Ook andere formele evaluaties om het beleid te helpen sturen ontbreken of worden onvoldoende benut (bv. SWOT-analyse, systematische opvolging van kwaliteitsindicatoren, interne of externe audits...). **(TK)**
- Sinds september 2010 wordt actief gewerkt aan de integratie van beide spoeddiensten, campus Asse en campus Aalst. **(SP)** Zo werd het patiëntendossier campusoverschrijdend en multidisciplinair opgemaakt, met een medisch en een verpleegkundig luik.
  - Op medisch vlak is de fusie tussen beide spoedgevallendiensten ver gevorderd. De werking is sterk gestructureerd. **(SP)**
    - De urgentieartsen vormen één associatie die campusoverschrijdend georganiseerd is.
    - Spoedartsen vergaderen maandelijks met verslaggeving.
    - Protocols van samenwerking (criteria voor doorverwijzing, terreinafbakening...) worden opgemaakt via de Stuurgroep

spoedgevallen. Deze interdisciplinaire stuurgroep komt maandelijks samen. De hoofdgeneesheer wordt steeds uitgenodigd. De verslagen worden voorgelegd op de vergaderingen van de medische raad.

- Er bestaat geen gestructureerd campusoverschrijdend overleg op verpleegkundig vlak. **(TK)**
  - Tussen de hoofdverpleegkundigen bestaat informeel overleg, meestal ad hoc besprekingen als er zich een concreet probleem aandient.
  - Elke spoedafdeling werkt met een eigen procedureboek.
  - De hoofdverpleegkundige van spoed Asse heeft zelf een procedure voor fixatie opgesteld.
- Drie maal per jaar gaat er een dienstvergadering door op campus Asse met de spoedartsen en de verpleegkundigen. **(AV)**

Op spoed Aalst is er veertiendaags medisch-verpleegkundig dienstoverleg met verslaggeving. De spoedartsen vergaderen om de twee weken en nodigen de hoofdverpleegkundige uit die actief participeert. **(SP)**
- Met IZ en OK bestaat voornamelijk informeel overleg, bij het opduiken van een bepaald probleem. We bevelen aan om met de andere diensten die kritieke patiënten opnemen een gestructureerd overlegplatform te organiseren. **(Aanb)**

## **Middelen**

### CAMPUS ASSE

- De infrastructuur beantwoordt niet volledig aan de vereisten van het zorgprogramma voor kinderen. **(NC)** Er is geen specifieke kindebox. Kinderen worden niet steeds visueel en auditief gescheiden van het volwassen gebeuren. De posities zijn gescheiden door gordijnen, die niet steeds (volledig) gesloten worden. Men heeft enkele kindvriendelijke decoraties aangebracht in een onderzoeksbbox en in de hechtingszaal.

Er is een aparte kar met pediatrisch materiaal. **(AV)**
- Er zijn heel wat verbetermogelijkheden op vlak van architectuur en infrastructuur: **(TK)**
  - Er is onvoldoende aandacht voor veiligheid. De toegang is overdag niet sluitend beveiligd waardoor onbevoegden kunnen binnenkomen. Er worden regelmatig agressie-incidenten gemeld. Er zijn geen specifieke bijkomende hulpmiddelen voorzien bij agressie.
  - Er is geen specifieke decontaminatieruimte. Indien de nood zich aandient, wordt een gewone douche gebruikt die zich bevindt in een onderzoeksbbox. Het spoelwater loopt weg in de afloop.
  - De wachtruimte is te klein, zeker op piekmomenten.
  - Er is geen aparte gespreksruimte.
  - Er is geen ontspanningsruimte/keuken voor het personeel.

- De hoofdverpleegkundige beschikt niet over een eigen bureau op de afdeling.
- De isolatiekamer voldoet niet qua veiligheid **(NC)** en comfort **(TK)** Er is geen sanitair in de buurt; er staat een gewoon ziekenhuisbed, zonder brand- en scheurvrij linnen; er is geen zicht naar buiten; niet heel de kamer is zichtbaar met gesloten deur; er zijn talloze harde en/of scherpe delen die kunnen losgetrokken worden en gebruikt voor agressie tegen zichzelf of tegen derden.
- Men beschikt op dienst over apparatuur om bloedanalyses uit te voeren. Zo kan men snel essentiële laboresultaten bekomen buiten de normale werkuren. **(SP)**

### CAMPUS AALST

- De spoedgevallendienst wordt volledig verbouwd. De eerste fase is afgerond en kan geslaagd genoemd worden. De tweede fase van de verbouwing is in uitvoering en kan een antwoord bieden op de huidige tekorten qua architectuur en infrastructuur, zoals een kindvriendelijke box, een triagelokaal en een isolatiekamer. Naast een nachthospitaal met 11 bedden, plant men een intensieve eenheid met 6 posities.  
Men verwacht met fase twee klaar te zijn tegen juni 2011. **(AV)**
- Er is geen isolatiekamer voor psychiatrische urgenties die voldoet aan de normen. **(NC)** Er wordt soms een patiënt geïsoleerd in een gewone behandelkamer.
- De eenheid biedt veel te weinig plaats, waardoor comfort, privacy en veiligheid niet gegarandeerd kunnen worden. **(NC)** Het personeel moet in bijzonder moeilijke omstandigheden werken. Op moment van inspectie, werden tientallen wachtende patiënten verspreid op de dienst aangetroffen die al dan niet getriëerd waren. Ze bevonden zich op brancards, bedden en zetels in de gang, in de wachtzaal of met meerderen samen in individuele boxen, in afwachting van behandeling en/of onderzoeken. Materiaal staat verspreid op de gangen, soms tussen de patiëntenposities.
- De reanimatiekar is versleten. Ze wordt verzegeld met plakband, wat geen sluitend systeem is. We bevelen aan om bij eventuele vervanging van de reakar af te stemmen met IZ om uniformiteit na te streven. **(Aanb)**
- Er is op dienst een lift exclusief voor spoed die rechtstreeks toegang geeft tot de dienst voor medische beeldvorming. **(SP)**

### **Medewerkers**

- De urgentiedienst wenst het niveau van zorgen over beide campi gelijk te schakelen. De medische permanentie wordt door dezelfde equipe verzorgd. Men streeft naar een verpleegkundige bestaffing die identiek is qua opleidingsniveau op beide campi. **(AV)**

- De ploeg artsen telt 14 koppen en is samengesteld uit 11 urgentieartsen en 3 acutisten. Ze worden op beide campussen ingezet. Voor nieuwe aanwervingen opteert men voor specialisten in de urgentiegeneeskunde. Alle spoedartsen hebben een contract met het ziekenhuis en werken volgens een uurloon. De arbeidsvoorwaarden zijn flexibel genoeg om alternatieve activiteiten te ontplooiën die in verband staan met hun functie en met de ambities van de dienst (lesopdrachten, humanitaire missies, wetenschappelijk onderzoek, bijscholingen...). **(SP)**
- Er is geen uitgewerkt specifiek inscholingsprogramma voor spoed. We bevelen aan om dit campusoverschrijdend te ontwikkelen. **(Aanb)**

### CAMPUS ASSE

- Er is een permanentie van minstens één inhuizige urgentiearts. Deze behandelt patiënten die op spoed binnenkomen en kan uitrukken voor interne MUG-oproepen. Hij gaat tijdens de wachtdienst niet ter plekke bij andere problemen in het beddenhuis; daarvoor dient men terug te vallen op een oproepbare specialist van een andere discipline die al dan niet naar het ziekenhuis komt. Op deze manier is niet steeds snel een arts aanwezig bij een opgenomen patiënt in geval van problemen buiten een reanimatie. **(TK)**
- Vaak werkt men met twee verpleegkundigen op de dienst. Er is administratieve ondersteuning op weekdays. Er is een perceptie van hoge werkdruk voor de verpleegkundigen, vooral op piekmomenten. Hiervoor werden een aantal argumenten genoteerd (bv. hoofdverpleegkundige draait veel mee in de zorg, slechts drie functioneringsgesprekken in 2010, aantal taken buiten de eenheid of niet verpleegkundig, interne MUG). De mobiele equipe kan niet ingezet worden omdat ze niet specifiek gevormd zijn. Anderzijds duiden een aantal elementen op voldoende personeel (bv. geen overuren, geen vorming geweigerd). We bevelen aan om de workload gedetailleerd in kaart te brengen en de bestaffing desgevallend aan te passen aan de reële noden. **(Aanb)**

### CAMPUS AALST

- De medische permanentie wordt steeds verzekerd door minimum 2 spoedartsen-stafleden, ook tijdens de weken dat er geen MUG-dienst is. Het activiteitsniveau is hoog en wordt mee gevoed door frequente oproepen voor urgenties buitenshuis met de helikopter of met de ziekenwagen. **(AV)**
- Men stelt, week en weekend, steeds dezelfde aantallen verpleegkundigen op (6/6/3). Op weekdays komt daar overdag nog de hoofdverpleegkundige en/of de adjunct-hoofdverpleegkundige bij. Bij de ingebruikname van de nieuwbouw in juni 2011 wil men de bestaffing opdrijven tot 6/6/4. Men dient bij de uitbreiding van het aantal behandelboxen, nachthospitaal en zeker de zes intensieve bedden de bestaffing proportioneel aan te passen. Het is aangewezen om tijdig te starten met de recrutering. Alle verpleegkundigen beschikken over een BBT of zijn hiervoor in opleiding.

**(SP)**

Van 8u30 tot 21u30 is er 1 VTE administratieve ondersteuning.

- In overleg met Human Resources werden vragenlijsten ontwikkeld voor een zesmaandelijks evaluatie van en door de urgentieartsen. Dit document is een vragenlijst die gehanteerd wordt voor het bijsturen van kandidaat-staf lid urgentieartsen. Er bestaat ook een evaluatieformulier voor de stagiairs geneeskunde en de ASO's. Met de artsen gaan functioneringsgesprekken door. Er wordt op vaste tijdstippen gebruik gemaakt van het ziekenhuisbrede evaluatieformulier 'Verpleegkundige'. Vanaf januari 2011 startte een nieuwe evaluatiecyclus met telkens drie gesprekken op basis van een competentie-managementmodel. De hoofdverpleegkundige en de adjunct werden hiervoor opgeleid. **(SP)**
- Er is veel aandacht voor permanente vorming. Alle medewerkers overschrijden het vooropgestelde streefdoel van aantal opleidingsuren. Er is een substantiële input van de artsen voor het vormingsaanbod. **(SP)**
- In 2011 wil men met een externe partner een geautomatiseerd skill-lab opstarten voor de vormingen over reanimatie. **(AV)**

### **Processen**

- De urgentiearts ziet alle patiënten en kan beslissen over het verdere beleid, ook als de patiënt naar een bepaalde discipline werd verwezen. **(AV)**

### CAMPUS ASSE

- Triage gebeurt door een spoedverpleegkundige, die niet steeds over een BBT of een specifieke opleiding beschikt. **(TK)** De triagemethode is geen gestandaardiseerde of gevalideerde versie, maar werd lokaal ontwikkeld en doet beroep op de expertise van de medewerker. We adviseren om te bekijken of de invoering van (en de opleiding voor) een gestandaardiseerd triagemodel voordelen zou kunnen bieden. **(Aanb)**
- Op campus Asse is er 's nachts één inslapende arts, namelijk de spoedarts. Deze bemant de spoed en treedt op bij reanimaties in het ziekenhuis. Er is geen poortwachter voorzien en er is geen inslapende arts voor de intensieve patiënten. **(TK)**
- Patiënten dienen, wegens doorstroomproblemen, regelmatig langer te verblijven op spoed, na de diagnose en opstart van de behandeling (de week voor de audit waren er zo 10 ongeplande overnachtingen op spoed). **(TK)** Vooral door de onbeschikbaarheid van G-bedden moeten patiënten soms een weekend overbruggen in een spoedbed. Op spoed Asse wordt niet gebufferd voor kritieke patiënten, ook niet als IZ geen bed beschikbaar heeft. In geval van nood organiseert men een transfer naar campus Aalst.

- Het ziekenhuisbrede protocol voor kindvriendelijk beleid is gekend op spoed. Niet elk kind wordt op spoed gezien door een pediater. De urgentiearts beslist of er al dan niet een kinderarts wordt bijgeroepen. Pediaters zijn niet steeds beschikbaar in het ziekenhuis en zullen soms vragen om het kind te verplaatsen, bv. naar hun externe consultatie. **(TK)** Overdag is er meestal wel een ouderejaars ASO pediatrie aanwezig in het ziekenhuis.  
Kinderen krijgen na afloop van hun verblijf een “diploma”.  
Men hanteert geen specifiek pijnprotocol voor kinderen. **(TK)** Dit kan door de urgentiearts aangepakt worden of aan de pediater gevraagd, per individuele casus.  
Men gebruikt een procedure voor vermoeden van kindermishandeling. **(AV)**  
Er ging recent geen vorming door betreffende pediatrie urgenties. **(TK)**
- Vrijheidsbeperkende maatregelen worden geregistreerd sinds december 2010. Fixatie en isolaties worden samen geregistreerd. Er konden geen afzonderlijke cijfers bekomen worden tijdens de audit. In de isolatieruimte wordt de patiënt vaak gefixeerd omdat de kamer onveilig is. Deze kamer wordt ook gebruikt om bv. een besmettelijke patiënt te isoleren of als gewone onderzoeksbox bij drukte. **(TK)**
- Familieleden worden bij kritieke situaties opgevangen door het team zelf. Men doet geen beroep op een psycholoog. **(Aanb)**
- Men gebruikt hiervoor een uitgebreide geriatrische anamnese (5 pagina’s) die meestal door de familie wordt ingevuld.  
Interne liaison komt als ze gevraagd worden en dat is bij ongeveer 5% van de 75-plussers. **(AV)**  
Er zijn geen opnamecriteria voor geriatrische patiënten gekend op spoed. **(TK)**

### CAMPUS AALST

- Triage gebeurt door een dispatcher-verpleegkundige samen met een urgentiearts. **(SP)** Men gebruikt een eigen niet-gestandaardiseerde methode, gebaseerd op de expertise van degene die de triage doet. **(TK)**  
Bij gebrek aan triagelokaal, doet men beroep op een gewone behandelbox, die echter vaak bezet is. Er gebeuren uit noodzaak triages in de gang. Er is totaal geen privacy vermits onderzoeken en anamnese in gemeenschappelijke plaatsen doorgaan. **(TK)**
- Dagelijks dient spoed als buffer te fungeren; sommige patiënten verblijven meerdere dagen op spoed en worden daar behandeld, soms door de specialisten naar wie ze verwezen werden na triage. De belangrijkste oorzaak lijkt doorstroming naar de afdelingen te zijn. Specialisten zijn vlot beschikbaar, maar er is frequent een tekort aan vrije bedden, vooral voor cardiologie en geriatrie. Op het moment van de inspectie waren meer dan 30 patiënten aanwezig, terwijl er maar 11 posities voorzien zijn. **(TK)**
- Men beschikt over een intern werkdocument “Opvang kinderen” dat gedetailleerd beschrijft wat de voorwaarden en werkwijzen zijn als een kind wordt opgevangen op de spoedafdeling van campus Aalst. **(SP)** We bevelen aan om dit document campusoverschrijdend te bespreken en te verfijnen tot een

multidisciplinair (medisch-verpleegkundig) en interdisciplinair (pediatrie-spoed) consensusdocument. De definitieve versie wordt best goedgekeurd door het directiecomité en de medische raad om voldoende autoriteit te garanderen. **(Aanb)** Een aantal verpleegkundigen volgden in de voorbije jaren de module pediatrie-urgenties (PICU) van de BanaBA-opleiding. **(SP)**

Men gebruikt een procedure (flowchart) bij een vermoeden van kindermishandeling.

Kinderen krijgen vaak voorrang zodat de wachttijden beperkt blijven. Men geeft een dapperheidsdiploma en er is een cadeautjesmand.

Niet elk kind wordt op spoed gezien door een pediater. De urgentiearts beslist of er al dan niet een kinderarts wordt bijgeroepen. Indien de pediater geroepen wordt, komt die steeds ter plaatse om het kind te onderzoeken. **(AV)**

- Afzonderingen op de dienst spoedgevallen worden niet geregistreerd. **(NC)** Men moet bij gebrek aan isolatiekamer patiënten soms afzonderen in een gewone behandelbox. Vaak tracht men de patiënt te verwijzen naar de PAAZ voor een isolatie op die afdeling  
Er is geen uitgeschreven procedure voor vrijheidsbeperkende maatregelen **(TK)** (die is in opmaak en zal in voege treden na ingebruikname van de nieuwbouw).
- Eind 2010 ging voor de medewerkers een training door in verband met aanpak van agressie, georganiseerd door het ziekenhuisteam “veiligheid en preventie” samen met een externe firma. ’s Nachts is er een waker van Cobelguard aanwezig in het ziekenhuis. De toegang is sterk beveiligd en men beschikt over camerabewaking en een noodknop. **(SP)**
- Er wordt geen uitgeschreven beleid voor de opvang van geriatrische patiënten gebruikt. Alle 75-plussers worden gescreend op geriatrisch risicoprofiel. Men vraagt aan de familie om het GRP (5 pagina’s!) in te vullen. Een verpleegkundige beoordeelt de score, maar de medewerkers hebben geen zicht op de eventuele gevolgen van een positieve score. IL komt nooit naar spoed. Een geriater is steeds oproepbaar en komt indien nodig overdag naar spoed om een patiënt te zien. **(TK, Aanb)**
- Er is één zorgpad (CO-intoxicatie) in gebruik. **(AV)**

## **Resultaten**

### CAMPUS ASSE

- Jaar na jaar ziet men een toename van de activiteiten.  
Activiteitencijfers voor 2010:
  - 4199 opnames
  - 8916 ambulante patiënten

Het aantal interne MUG-oproepen is niet gekend.



- Op weekdays ziet men tot 60 patiënten per dag. Gemiddeld dient men 43% van de patiënten op te nemen. Men kampt soms met zeer lange wachttijden, tot zes uur. **(TK)** Op weekdays, vooral op maandag en vrijdag, kan het bijzonder druk zijn, terwijl er steeds één urgentiearts aanwezig is om de patiënten te zien. Men wijt dit, naast de relatief krappe bestaffing in functie van de werklust, vooral aan oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst (bv. mineure pathologie of als sluipteg voor opname van thuis of van rusthuizen). De hoge bedbezetting van de verpleegafdelingen (vooral G) verstoort eveneens de doorstroming van op spoed. Een positieve kentering werd gemerkt op vlak van beschikbaarheid van specialisten, die nu meestal vrij rap hun patiënten komen zien als ze er bij geroepen worden.  
Men dient deze problematiek gedetailleerd te documenteren zodat de oorzaken kunnen zichtbaar gemaakt worden en verbeteracties ontwikkeld op basis van objectiveerbare argumenten.
- Tot 40% van de patiënten is Franstalig. De medewerkers kregen de kans om een cursus Frans te volgen. **(SP)** We bevelen aan om ook schriftelijke documentatie te voorzien in het Frans (bv. infofolders, onthaalbrochure). **(Aanb)**

### CAMPUS AALST

- In 2010 waren er 10471 opnames en 12637 patiënten die ambulantly verzorgd werden.  
Men rukte dat jaar 755 keer uit met de externe MUG en 133 maal werd een interne reanimatieoproep beantwoord.  
48 mensen stierven op spoed in 2010.

## **12.2 Intensieve zorgen**

### **Situering**

- Het O.L.Vrouwziekenhuis beschikt over 32 erkende bedden voor de functie intensieve zorgen, alle op campus Aalst. Deze staan op twee eenheden opgesteld:
  - 24 bedden staan opgesteld op de IZ-eenheid
  - Op de CCU staan er 12 bedden, waarvan er 8 tot 12, afhankelijk van de bron, aangeduid worden als IZ-bedden.
- Kritieke patiënten worden daarnaast ook opgenomen op volgende afdelingen in het ziekenhuis:
  - Op campus Aalst in een midcare neurochirurgie (6 posities op de afdeling neurochirurgie en MKA) en in een stroke unit (10 bedden op een afdeling neurologie)
  - Op campus Asse in een IZ-eenheid (INZO met 6 bedden) en in een CCU (6 bedden op een eenheid cardiologie)
  - Recovery en spoed op campi Aalst en Asse

- Er werd tijdens de audit een bezoek gebracht aan spoed, IZ, CCU en stroke unit te Aalst. In Asse werd spoed, de IZ-eenheid en de CCU bezocht.

### **Beleid en strategie**

- Het beleid inzake zorg voor kritieke patiënten kent heel wat knelpunten. **(TK)** Uit gesprekken en uit registraties van wachttijden en activiteitscijfers (bv. ligduur, bezettingspercentages) blijkt een tekort aan bedcapaciteit voor de opvang van kritieke patiënten. De eenheden kampen met een hoge bedbezetting; regelmatig (op piekmomenten) zijn alle bedden ingenomen. Doorstromingsproblemen naar verpleegafdelingen kunnen het ontslag van een patiënt uit IZ vertragen.
  - Het medisch toezicht is niet sluitend. Op INZO Asse is niet steeds snel een specialist beschikbaar voor nazicht van kritieke patiënten. 's Nachts is er geen inslapende permanentie en overdag wordt de permanentie gecumuleerd met andere georganiseerde activiteiten in het ziekenhuis (operaties en consultaties).
  - Er zijn geen uitgeschreven opnamecriteria, geen exclusiecriteria, geen transfercriteria, geen ontslagcriteria. Er is geen duidelijke afbakening van het profiel van de intensieve patiënt. Door gebrek aan uitgeschreven opnamecriteria, kunnen opnames eerder arbitrair gebeuren en o.a. mee afhangen van hoeveel bedden ergens op een gegeven moment beschikbaar zijn.
  - Ook andere specialisten hebben het recht om patiënten op te nemen op INZO maar staan niet in voor de medisch continuïteit en de wachtdoende arts wordt niet gebriefd.
  - Patiënten worden soms opgenomen op een afdeling die niet specifiek op hun pathologie gericht is, enkel omdat daar een bed vrij is. De patiënt dient dan later verhuisd te worden, als een bed op de best afgestemde afdeling vrij komt.
  - Op campus Aalst worden alle neurologische patiënten opgenomen op de afdeling met stroke unit, ongeacht de ernst (ook haemodynamisch instabiele patiënten). Het enige exclusie criterium is intubatie. Indien patiënten geopereerd moeten worden, verhuizen ze naar IZ.
  - Op de CCU-eenheden kunnen ook beademde patiënten worden opgenomen, bv. wegens plaatsgebrek op een IZ-eenheid of voor opstart van therapie. Er bestaan, bij afwezigheid van duidelijke afspraken inzake terreinafbakening, interne discussies tussen medische disciplines over welke eenheden de opvang van beademde patiënten kunnen of moeten doen.
  - Er is geen formele procedure voor overbezetting, hoewel alle bedden voor de opvang van kritieke patiënten vaak vol liggen. Men start bij problemen een ad hoc overleg om de situatie op te lossen. Uit gesprekken blijkt dat dit kan leiden tot (telefonische) discussies, tijdverlies en frustratie bij medewerkers en artsen. Bedden kunnen bezet worden of blijven door patiënten met een mediumcare zorgprofiel, bv. als de verpleegeenheden vol liggen.

- Soms moeten geplande operaties worden uitgesteld of moeten recovery of spoed (soms >24u) bufferen wegens de onbeschikbaarheid van een IZ-bed. Chirurgen stellen niet graag operaties uit. Op IZ staat men zo onder druk om “de minst intensieve patiënt” sneller dan voorzien door te schuiven naar een verpleegafdeling, zonder dat daarvoor afgesproken ontslagcriteria gehanteerd worden.
- De samenwerking tussen de eenheden die kritieke patiënten behandelen is niet gestructureerd en er wordt weinig formeel afgestemd. Men werkt per eenheid volgens eigen gewoontes (bv. met andere procedures, met verschillende dossiers). Ook met OK en spoed zijn de contacten informeel en bestaan er geen schriftelijke afspraken voor samenwerking.
- De campusoverschrijdende werking met betrekking tot de opvang van intensieve patiënten is onvoldoende gerealiseerd. **(TK)** Er zijn wel enkele waardevolle losse initiatieven genomen.
  - Er bestaat geen structurele samenwerking tussen de eenheden voor intensieve zorgen van de twee campi.
  - Er zijn in de praktijk verschillende diensthoofden voor de functie intensieve zorgen. Elke eenheid voor de behandeling van kritieke patiënten heeft een eigen medisch diensthoofd, volgens de betreffende campus en discipline. **(NC)**
  - De artsen van de verschillende sites werken per campus, los van elkaar, en bespreken ad hoc een bepaalde casus als daar behoefte aan gevoeld wordt.
  - De hoofdverpleegkundigen hebben soms telefonisch contact met elkaar voor specifieke vragen of problemen. Er is geen andere samenwerking op verpleegkundig vlak.
  - De verpleegkundige dossiers van de beide IZ-eenheden zijn campusoverschrijdend op elkaar afgestemd, maar ze zijn niet identiek. De medische dossiers zijn totaal verschillend.
  - Men streeft sinds kort naar een campusoverschrijdend aankoopbeleid van uniforme apparatuur.
  - Er is vanuit CCU Asse geen overleg met IZ. **(TK)** Wel is er overleg met de dienst cardiologie in Aalst. Ook de uniformiteit die men nastreeft in de apparatuur voor monitoring van de kritieke patiënt wordt enkele afgestemd met de dienst cardiologie Aalst, niet met IZ.
- De dagelijkse werking en organisatie van de IZ-eenheden is onvoldoende gestructureerd. **(TK)**
  - Er is geen reglement van inwendige orde.
  - Men beschikt niet over een beleidsplan noch over een jaarverslag voor de functie IZ. Evenmin per campus/eenheid.
  - Een systematische monitoring van de kwaliteit van de zorg of structurele evaluatie van de werking (bv. SWOT-analyse) ontbreken. **(NC)**
- Er zijn geen formele samenwerkingsakkoorden met IZ-functies waarnaar patiënten worden verwezen (UZ Gent, UZ Leuven en UZ Brussel). **(Aanb)**

- Op campus Aalst is er een adequate overlegcultuur op de eenheid voor intensieve zorgen. **(SP)** Minstens elke maand is er een medisch-verpleegkundig overleg, om de zes weken komen de verpleegkundigen samen en de intensivisten vergaderen driewekelijks. Van al deze besprekingen wordt verslag opgemaakt.
- Op INZO van campus Asse is er enkel informeel medisch-verpleegkundig overleg, met name als de nood gevoeld wordt. Ook de anesthesisten komen enkel samen als er behoefte opduikt. Bij vaststelling van een probleemsituatie wordt deze ad hoc aangepakt. Er wordt van dit overleg ook nooit verslag opgemaakt, zodat eventuele afspraken kunnen vervagen, moeilijk communiceerbaar en niet afdwingbaar zijn. Met andere specialisten is er evenmin een gestructureerd medisch interdisciplinair overleg. **(Aanb)**  
Verpleegkundigen van het gemengde team vergaderen drie maal per jaar (met verslaggeving). **(AV)**
- Cardiologie Aalst, met inbegrip van CCU, deed in mei 2010 een uitgebreide SWOT-analyse. Deze evaluatie was de basis voor het opmaken van een visietekst en het uitwerken een jaaractieplan. **(SP)**  
Op verpleegkundig vlak bestaat er nauwelijks samenwerking tussen de CCU's van beide campi. Recent ontwikkelen zich initiatieven om beter met elkaar af te stemmen (bv. vorming). Het inscholingsprogramma is campusoverschrijdend voor heel cardiologie; maar er is geen specifiek inscholingsprogramma voor CCU Aalst. **(Aanb)**  
Er is onvoldoende gestructureerd multidisciplinair dienstoverleg op CCU. **(Aanb)**  
Tweemaandelijks is er een cardiaal clusteroverleg met de hoofdverpleegkundige en de verantwoordelijke cardioloog. Er wordt geen verslag gemaakt van dit overleg. Vier maal per jaar vergadert het team verpleegkundigen, met verslaggeving. Artsen (cardiologen) hebben hun maandelijks stafvergaderingen.

Ondanks de aandacht voor overleg binnen de dienst cardiologie, is er weinig beleidsmatig overleg tussen artsen en verpleegkundigen van CCU Asse.

- Binnen het overleg “klinische zorg” (verpleegkundige zorgmanager en hoofdverpleegkundigen cardiologie) zijn geen artsen vertegenwoordigd.
- Het campusoverschrijdende multidisciplinaire overleg “cardiologisch leadershipteam” gaat maandelijks door met de junior en senior programmamanagers, de hoofdverpleegkundigen cardiologie, verantwoordelijke revalidatie, expertverpleegkundige hartfalen, kinesist en ergotherapeut **(SP)**. Cardiologen worden telkens uitgenodigd, maar nemen niet deel. **(TK)**
- Beleidsmatig is er niet steeds overleg tussen de verantwoordelijke arts voor de afdeling en de hoofdverpleegkundige. **(TK)** Op vraag van deze laatste is er recent voor de afdeling cardiologie Asse clusteroverleg opgestart (clusterarts, hoofdverpleegkundige en ad hoc de programmamanager). **(SP)**
- Op het “bestuurscollege cardiologie “ is er beleidsmatig overleg van de cardiologen samen met de senior programmamanager (adjunct medisch directeur).

## Middelen

### CAMPUS AALST

- De IZ-eenheid telt 24 bedden, waarvan de helft staat opgesteld in zalen met telkens vier bedden, terwijl de overige 12 posities in individuele kamers staan. De afdeling werd in 1988 in gebruik genomen. Een nieuwbouw is gepland: de werken moeten starten in augustus 2011.  
Architectonisch beantwoordt de afdeling niet aan de huidige verwachtingen voor een IZ-eenheid **(TK)**:
  - Er is een gebrek aan bergruimte, waardoor materiaal en apparatuur in de gangen moet opgeslagen worden.
  - Verschillende posities hebben geen rechtstreeks daglicht.
  - De posities in de vierpersoonskamers zijn gescheiden door gordijnen, die meestal open staan om toezicht toe te laten van op de verpleegdesk. Deze opstelling biedt geen respect voor de privacy en is er een verhoogd risico op vlak van hygiëne (bv. transmissie van micro-organismen).
  - Een sluipweg (nooduitgang) via de technische ruimte wordt frequent gebruikt door personeel van het ziekenhuis om binnen te komen op de eenheid IZ. Deze toegang is ongecontroleerd en niet beveiligd zodat ook onbevoegden binnen kunnen. **(NC)** Daarnaast vormt deze situatie een risico op vlak van hygiëne.
- Het patiëntendossier van IZ is op papier en bestaat uit twee luiken. Het medische dossier wordt bewaard in de respectieve verpleegdesks, terwijl het verpleegkundige dossier bij de patiënt aan bed blijft, behalve tijdens de bezoeken. Verpleegkundigen hebben zicht op alle medische gegevens uit het patiëntendossier. Artsen schrijven notities en orders op een consultblad tijdens de zaalronde, dat dan toegevoegd wordt aan het medische dossier. De kinesist schrijft in het verpleegkundig dossier en ook logopedist en sociale dienst maken een verslag voor het dossier. Zo beschikken de medewerkers steeds over alle noodzakelijke gegevens betreffende de patiënt. **(SP)**
- Het papieren patiëntendossier van CCU Aalst is gelijk aan dat van CCU te Asse (cardiologisch dossier) en bevat een verpleegkundig en een medisch luik. Het dossier verschilt van hetgene dat gebruikt wordt op spoed en op IZ. **(AV)**
- Er zijn op IZ twee identieke reanimatiekarren die dagelijks gecontroleerd worden. Deze karren waren niet verzegeld zodat men geen volledige garantie heeft dat de inhoud volledig en onaangetast is. **(Aanb)**
- De erkenningstoestand van de CCU stemt niet overeen met de reëel opgestelde bedden. **(NC)** Er staan 12 bedden opgesteld, er zijn er maar 8 erkend.
- CCU beschikt over een nieuwe eenheid (2009) met moderne apparatuur, o.a. twee invasieve en twee niet-invasieve beademingstoestellen. Er zijn 12 individuele kamers die per zes bij een verpleegdesk horen. Twee sassen zijn voorzien voor telkens twee kamers. **(AV)**

Men heeft geen visueel toezicht op alle posities. De bestaande camerabewaking zou best uitgebreid worden tot alle posities waar geen rechtstreeks toezicht mogelijk is. **(Aanb)**

- Kinesisten hebben eigen nota's en schrijven meestal geen verslag in het patiëntendossier op CCU. De verpleegkundigen hebben geen duidelijk zicht op de evolutie van de revalidatie en moeten meestal vragen om mondeling gebriefd te worden door de kinesisten. **(Aanb)**

### CAMPUS ASSE

- De niet-erkende eenheid voor intensieve zorgen telt zes posities. Ze dateert van 2000 en kan een opfrisbeurt gebruiken. De apparatuur is wel uitgebreid en modern. **(AV)**

Architectonisch beantwoordt de afdeling niet volledig aan de vereisten die tegenwoordig aan een IZ-eenheid gesteld worden. **(TK)**

- Er is geen kamer met sas. MRSA-patiënten worden in een individuele box opgenomen als ze gedetecteerd zijn.
  - In de zaal met vier bedden zijn de posities enkel met gordijnen gescheiden. Dit vertegenwoordigt een risico op hygiënisch vlak en biedt geen privacy aan de patiënten.
  - De toegang is niet sluitend beveiligd tegen binnenkomen van onbevoegden (twee onbeveiligde deuren).
  - Er zijn twee posities zonder rechtstreeks daglicht.
  - Op de eenheid werd een open koker aangetroffen, boven een elektriciteitskast. Hierdoor was de inhoud blootgesteld (uitpuilende isolatie, bedrading, buizen, stof, ...).
  - Er is geen keuken of ontspanningsruimte voor het personeel.
  - De hoofdverpleegkundige deelt het bureau met de artsen.
  - De verpleegdesk is te hoog, zodat men zittend geen visueel toezicht kan houden op de posities van de patiënten.
- Er is geen geïntegreerd multidisciplinair dossier voor de patiënten op INZO. **(TK)** Het verpleegkundige dossier is deels identiek met dat van IZ Aalst, terwijl het medische luik verschilt. De sociale dienst heeft eigen verslaggeving, psychologen schrijven niet steeds in het patiëntendossier. Kinesisten schrijven niet in het patiëntendossier. Verpleegkundigen hebben geen zicht op tal van paramedische gegevens.
  - De afdeling CCU Asse ligt in het verlengde van de dienst cardiologie en valt onder de verantwoordelijkheid van de zelfde hoofdverpleegkundige. CCU beschikt over zes individuele boxen die rond de verpleegpost gelegen zijn. Alle boxen zijn voldoende ruim en laten een visueel toezicht toe. Men beschikt over eigen berguimtes, vuile utility, badkamer en ruime verpleegpost.

### **Medewerkers**

## CAMPUS AALST

- De medische behandeling op IZ wordt verzekerd door anesthesisten. Hiervan zijn er drie intensivisten, die de vaste stafleden zijn voor IZ op campus Aalst. **(AV)**
- De afdeling IZ heeft twee hoofdverpleegkundigen. **(NC)** Ze hebben elk hun takenpakket, maar deze werden niet uitgeschreven bv. onder vorm van een functiebeschrijving. Ze kunnen bij afwezigheid van hun homoloog diens taken overnemen.
- Er wordt op IZ belang gehecht aan de specifieke competentie van medewerkers. **(SP)** Er zijn 84 verpleegkundigen (69,94 VTE) die quasi allemaal een BBT hebben of gelijkgesteld zijn door ervaring. Bij nieuwe aanwervingen is het een vereiste dat de verpleegkundige en BBT heeft of snel wil behalen. Het ziekenhuis stimuleert het behalen en behouden van een BBT zowel qua werkuren als financieel. Drie zorgkundigen (2 VTE) ondersteunen de werking op logistiek vlak. Er is elke voormiddag op wekdagen een secretaresse (2 koppen, 1,3 VTE) die op de eenheid over een bureau beschikt en waarvan 1 medewerker ook logistiek kan bijspringen. Men stelt meer verpleegkundigen op dan de norm vereist, omdat er per verpleegdesk soms maar vier bedden staan en men elke desk met minstens twee verpleegkundigen bemant. **(AV)** De equipe heeft 2000 overuren en men dient rekening te houden met 2,15 ADV-dagen. De mobiele equipe die dagdagelijks inzetbaar is, is niet specifiek opgeleid voor een IZ-dienst. Men maakt gewag van een relatief personeelstekort. Het blijkt moeilijk om iedereen de gevraagde vakantie toe te kennen, vooral in de zomermaanden, en soms moet vorming geweigerd worden, steeds omwille van dreigend bestaffingstekort. Op basis van metingen van de zorgzwaarte op de afdeling werd de bestaffing door het management al verhoogd boven de wettelijke norm, maar men vindt onvoldoende kandidaten om de vacatures in te vullen.
- Men doet op IZ regelmatig beroep op de psycholoog van het PST of van het OST in geval van crisissituaties. **(SP)**
- Een aantal medewerkers volgen te weinig vorming, hoewel er een streefdoel is van minimum twee dagen vorming voor iedereen (bv. 19 medewerkers volgden <5u). **(TK)** Door te focussen op de BBT-opleidingen vallen een aantal (meestal oudere) verpleegkundigen door de mazen van het net. Men zou alle medewerkers moeten motiveren om voldoende relevante vorming te volgen, bij voorkeur met een realistisch streefdoel van aantal uren per jaar.
- Er werd recent voor IZ een specifiek inscholingsprogramma uitgewerkt met stappenplan en timing. Een evaluatie van de nieuwe medewerker is voorzien na zes maanden. **(AV)**
- In de CCU van Aalst baat men 12 bedden uit in plaats van de voorziene 10 omwille van de overbezettingsproblematiek. De bestaffing werd niet proportioneel verhoogd. **(NC)**

- Op cardiologie en CCU is er een uitgewerkt inscholingsplan met 2 weken dubbel lopen, 1 jaar inscholingstraject met een plan volgens tijdspad, coaching door opgeleide mentoren, een vast programma van opleidingen (5 halve dagen) die elke intreder op cardio, IZ en spoed moet volgen en ook vaste medewerkers kunnen volgen ter opfrissing.  
Na een periode kunnen medewerkers kiezen of ze op cardio blijven of naar CCU willen of de beide willen doen. Voor CCU is er een diepgaandere opleiding voorzien (hoofdzakelijk technieken). **(SP)**
- Patiënten op CCU worden behandeld door cardiologen. Twee cardiologen zijn voltijds bezig met CCU Aalst tijdens de weekdagen. De wachtdienst wordt volgens beurtrol opgenomen door alle cardiologen van de campus. Er is een campusoverschrijdende associatie van cardiologen, maar elke subgroep werkt exclusief op één site. **(AV)** De arts-clusterverantwoordelijke voor CCU doet 2x/w een zaalronde mee op IZ. **(SP)** Anderzijds toeren intensivisten niet mee op CCU. **(Aanb)**
- Er zijn 27 verpleegkundigen (23 VTE) in het team van CCU. Hiervan beschikken er 17 over de BBT. Er is geen logistieke of administratieve ondersteuning. **(AV)** Op CCU werden op moment van de audit 12 bedden gebruikt voor de opvang van kritieke patiënten.  
De bestaffing is berekend op 10 bedden.'s Nachts valt men zo terug op 3 verpleegkundigen, wat te weinig is rekening houdende met de intensieve zorgprofielen die in deze eenheid verzorgd worden. Bovendien begeleiden soms twee verpleegkundigen van de eenheid een kritieke patiënt naar een dringend onderzoek, bv. medische beeldvorming, waarbij één verpleegkundige op CCU achterblijft voor de overige 11 posities. **(NC)**

### CAMPUS ASSE

- Het medische diensthoofd van de eenheid INZO is tevens medisch diensthoofd van het OK. **(AV)**
- Er zijn op weekdagen twee vaste stafleden (anesthesisten) die alternerend de behandeling van de intensieve patiënten verzorgen. Naast de anesthesisten kunnen ook andere specialisten (bv. pneumoloog, gastro-enteroloog, cardioloog) patiënten opnemen en behandelen op INZO. **(AV)**  
Een specialist die bij een patiënt wordt geroepen kan niet steeds snel naar INZO komen. **(TK)** Internisten kunnen soms niet weg wegens andere activiteiten, anesthesisten kunnen bij een patiënt onder narcose zijn tijdens een oproep.
- Er is geen inslapende arts voor de eenheid intensieve zorgen. **(TK)** Enkel bij een reanimatie zal de inslapende urgentiearts van spoed naar INZO komen. Een anesthesist (in totaal zijn er 5 anesthesisten die participeren) is van oproepbare wacht en deze kan indien nodig naar de intensieve patiënt op campus Assé komen. Deze permanentie wordt gecumuleerd met de wachtdienst voor het operatiekwartier.



- Er is één hoofdverpleegkundige voor INZO en dagziekenhuis samen. (NC) Ze tracht ongeveer aan elke functie dezelfde tijd (0,5 VTE) te besteden, maar vertoef in de praktijk proportioneel meer in het dagziekenhuis. Er zijn geen adjunct-hoofdverpleegkundigen.
- Men kampt op INZO en dagziekenhuis structureel met een relatieve onderbestaffing. (TK)  
Naast chirurgische patiënten worden in het dagziekenhuis ook patiënten met inwendige ziekten en geriatrische patiënten opgenomen, die een arbeidsintensief zorgprofiel hebben. Op het dagziekenhuis is er een hoge werkdruk, zodat ook de hoofdverpleegkundige mee in de zorg moet helpen. De verpleegkundige teams van dagziekenhuis en INZO lopen in elkaar over (22 verpleegkundigen). Medewerkers van INZO gaan helpen in het dagziekenhuis als het daar drukker is. Logistiekers worden ingezet op beide afdelingen.  
Op INZO werkt men meestal, ook op weekdays, met een minimumbestaffing van 2 verpleegkundigen. Men heeft in relatie tot het vooropgestelde streefdoel voor personeel een tekort van 1 VTE op INZO en van 2 VTE op het dagziekenhuis. Deze streefdoelen dateren bovendien van 2008, terwijl sindsdien de activiteiten sterk zijn toegenomen.  
Er zijn 1014 overuren en 800 ADV-uren voor het gemeenschappelijke team. Vorming wordt niet geweigerd, maar noopt soms tot overuren bij de andere medewerkers.  
Men doet geen beroep op de mobiele equipe omdat deze onvoldoende specifiek is opgeleid voor IZ.
- Er gebeuren geen functioneringsgesprekken; men wil hiermee in maart 2011 te starten. Men hanteert specifieke functiekaarten voor (referentie)verpleegkundige, verzorgende, logistiek medewerker. (AV)
- Er is geen uitgeschreven dienstspecifiek inscholingsprogramma voor INZO. Aanbeveling om dit samen met IZ van campus Aalst op te maken. (Aanb) Het behalen en behouden van de BBT in urgente en intensieve zorgen wordt door het ziekenhuis gefaciliteerd (educatief verlof en financiële vergoeding). (SP)

## Processen

### CAMPUS AALST

- Men hecht veel belang aan een multidisciplinaire aanpak van de patiënt. (SP) Drie maal per dag gebeurt een zaalronde met de intensivist, de hoofdverpleegkundige of toegewezen verpleegkundige. De specialist die de nacht waarneemt neemt deel aan de ochtend- en de avondronde voor een overdracht aan bed. Kinesisten toeren 's morgens met de artsen. Twee maal per week sluiten de microbiologen aan bij de middagtoer. Nota's van de zaalrondes worden aan het medische dossier toegevoegd. De bevindingen van paramedici zijn terug te vinden in het dossier.
- Drie intensivisten zijn vast verbonden aan IZ. Ze hebben steeds de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënten, maar overleggen

met verwijzende specialisten die als consulent optreden. De anesthesisten die instaan voor de behandeling van patiënten op IZ, werken op eenvormige wijze. De permanentie tijdens nacht en weekend wordt door dezelfde equipe verzekerd. Zo is er een coherente aanpak voor de opgenomen pathologie en duidelijkheid voor de medewerkers, wat ook het risico op fouten en vergissingen vermindert. **(SP)** Er slaapt een tweede anesthesist in voor een eventuele urgente chirurgische activiteit. **(AV)**

- Er worden eerder zelden kinderen opgenomen op de IZ-eenheid van campus Aalst. Men raamt dat op de afdeling op een drietal per jaar. Het reële cijfer (uit registratie) is 8 opnames van kinderen in 2010. Hoewel een aantal kindvriendelijke initiatieven gerealiseerd zijn, bestaan er nog verbetermogelijkheden betreffende de opvang van kinderen op IZ.
  - Men beschikt niet over uitgeschreven opname- of exclusiecriteria. Er is geen schriftelijke overeenkomst met het zorgprogramma voor kinderen. Meestal wordt ad hoc beslist om “te intensieve” kinderen (er zijn geen duidelijke verwijscriteria neergeschreven) naar UZ Gent of UZ Leuven door te sturen. **(TK)**
  - Een pediater wordt steeds betrokken als consulent, de intensivist behoudt de eindverantwoordelijkheid voor het medische beleid van het kind. **(AV)**
  - Een viertal verpleegkundigen volgde de module rond pediatrie intensieve zorg. Zij zijn o.a verantwoordelijk voor de kinderkar met specifiek pediatrie materiaal. **(SP)**
  - Kinderen worden steeds opgenomen in een individuele kamer waar een zetel bijgezet wordt om rooming-in toe te laten. Een ouder kan 24u/24 bij het kind verblijven. **(AV)**
  - In de wachtzaal is een aangepast hoekje voorzien voor bezoekende kinderen. **(SP)**
  - Er is door het team zelf begeleiding voorzien voor bezoekende kinderen, eventueel met ondersteuning van het PST. **(SP)**

Op de andere afdelingen voor kritieke zorgen worden geen kinderen opgenomen.

- Het correct ondertekenen van medicatievoorschrift en -toediening ontbreekt soms op IZ. **(NC)** Medicatie wordt door de arts voorgeschreven op een orderblad, meestal ter gelegenheid van de zaalronde. De medicatieschema's worden vervolgens overgeschreven op een specifiek sjabloon. Beide documenten worden geraadpleegd bij toediening. **(AV)**
  - Niet alle artsen ondertekenen steeds de medicatievoorschriften (één inbreuk vastgesteld bij controle steekproef twee dossiers). Vooral in geval van wijzigingen en stopzetten van een behandeling ondertekent men niet steeds consequent (4 niet-getekende wijzigingen op orderblad/medicatieschema in twee willekeurig gecontroleerde dossiers).
  - Niet alle toegediende medicatie was afgetekend door een verpleegkundige. Van sommige medicatie in het schema kon niet met zekerheid geweten zijn of ze al dan niet was toegediend, evenmin door

wie eventuele toediening gebeurde (in twee dossiers werden ongetekende items gevonden na verstrijken van het toedieningsmoment).

- Op CCU werkt men met doorgedreven patiënten toewijzing (2 patiënten per verpleegkundige). **(SP)**
- Men doet moeite om op IZ een fixatiearm beleid te realiseren. Alternatieven worden bekeken en men investeert tijd in het rustig maken van de patiënt (bv. postoperatief) om fixatie te vermijden. De ziekenhuisbrede procedure, die ze vinden op het intranet, wordt gevolgd. Fixatie wordt genoteerd in de voorziene rubriek op het verpleegdossier (met CAM-schaal). Bijkomende informatie over de gefixeerde patiënt wordt opgeschreven in het verpleegjournaal, een roos blad voor observaties, dat toegevoegd wordt aan het dossier.  
Op CCU gebeuren een drietal fixaties (raming wegens geen registratie) per maand. De enige indicatie is agressie. Men zoekt steeds alternatieven om de patiënt rustig en georiënteerd te krijgen, zoals de hulp inroepen van familieleden. **(SP)**
- Er wordt niet beantwoord aan de vereisten van het zorgprogramma van de geriatrische patiënt. **(NC)** 75-plussers worden niet gescreend op hun geriatrisch risicoprofiel. De interne liaison komt nooit op IZ. Er zijn twee referentieverpleegkundigen, zonder duidelijk takenpakket.

### CAMPUS ASSE

- Bij een interne MUG-oproep verlaat een verpleegkundige INZO, soms met eigen reakar, om het urgentieteam van spoed te helpen. Dit lijkt geen optimale situatie, vermits op dat moment de reeds krappe bezetting van 2 verminderd wordt tot één verpleegkundige op INZO. **(TK)**
- Het poetsen van de eenheid is niet optimaal geregeld. Het tijdstip voor de schoonmaak is niet vastgelegd en er is geen vaste schoonmaakster aangeduid die zich vertrouwd kan maken met de specificiteit van de eenheid. **(Aanb)**
- 75-plussers worden op INZO niet gescreend op geriatrisch zorgprofiel. **(NC)** De interne liaison geriatrie komt nooit naar de eenheid. De referentieverpleegkundige geriatrie is pas aangeduid en nog in opleiding. Men is niet op de hoogte van een specifiek takenpakket voor deze functie.
- Er wordt “geregeld” (geen exacte cijfers bij gebrek aan registratie) gefixeerd op INZO. Beademden worden systematisch gefixeerd tot na weaning. Meestal gaat het om tweepuntsfixatie ter preventie van autoextubatie. Delirium is een indicatie voor driepunts- of vijfpuntsfixatie.  
De medewerkers kunnen de ziekenhuisbrede fixatieprocedure vinden op het intranet.  
Er wordt soms, maar niet steeds, genoteerd in een summiere rubriek “fixatie” van het verpleegdossier. Bij nazicht van een dossier van een gefixeerde patiënt, werd vastgesteld dat er geen specifieke items noch tijdstippen waren voor verhoogd toezicht, dat op verschillende dagen niets genoteerd was, dat er geen gegevens

opgeschreven waren betreffende indicatie, evaluatie, bespreking met familieleden. **(TK)**

De arts wordt niet systematisch verwittigd bij fixatie van een patiënt. Hij stelt dat vast tijdens de zaalronde (2x/d).

- Op CCU Asse worden, naast de eigen patiënten ook de patiënten met telemetrie opgevolgd via de centrale monitoring. **(AV)** Er zijn 10 lijnen en de patiënten worden gecentreerd op de afdeling cardiologie. **(SP)**

## **Resultaten**

- Via Mediweb kunnen huisartsen de resultaten (labo, medische beeldvorming) van hun patiënten bekijken. **(AV)**

### CAMPUS AALST

- In 2010 werden 1997 patiënten opgenomen op de eenheid IZ. Het bezettingspercentage bedroeg gemiddeld 76,44%. Het sterftecijfer was 157. Op CCU bedroeg de bezetting 90 à 95%. Bezettingspercentages voor de stroke zijn niet apart beschikbaar, enkel een totaal voor deze afdeling (ook geen andere registratiegegevens bv aantal opnames of aantal overlijdens, zijn niet specifiek voor stroke beschikbaar). **(AV)**

### CAMPUS ASSE

- In 2010 werden 491 patiënten opgenomen op INZO. Het bezettingspercentage bedroeg gemiddeld 80%. Het sterftecijfer was 24. **(AV)**

## 13 Zorg voor geriatrische patiënten

---

### Situering

- Het zorgprogramma geriatrie binnen het O.L.Vrouwziekenhuis Aalst omvat de volgende deelaspecten:
  - Geriatrische consultaties worden enkel op afspraak georganiseerd. Het aantal consultaties is beperkt (minder dan 200 per jaar).
  - Er zijn momenteel 2 geriatrische dagziekenhuizen binnen het ziekenhuis (campus Aalst en campus Asse). Verwijzing gebeurt door de huisarts of een specialist. Er is een diagnostisch aanbod (40%) en een therapeutisch aanbod (60 %). In 2010 waren er in totaal 194 patiëntencontacten.
  - De dienst geriatrie beschikt in totaal over 85 erkende bedden geriatrie. Er staan 89 geriatrische bedden opgesteld, verdeeld over drie verpleegeenheden op twee campussen. De afdelingen geriatrie zijn acute afdelingen geriatrie. Op campus Aalst zijn er twee acute geriatrische verpleegeenheden. :
    - De verpleegeenheid geriatrie A2 en D2 zijn in elkaars verlengde gelegen en werken nauw samen. A2 telt 30 bedden; D2 telt 31 bedden.
    - Op campus Asse bevindt zich de afdeling acute geriatrie VE 2. Deze telt 28 bedden.

Geriatrische patiënten worden eveneens opgenomen op de Sp chronisch (gesitueerd op campus Ninove). Deze dienst telt 30 bedden en valt onder het toezicht van een geriater.

  - De interne liaison is actief sinds 2006 op nagenoeg alle afdelingen. Referentieverpleegkundigen zijn aangeduid op alle afdelingen.
  - De externe liaison is opgestart. Er zijn 3 ontslagmanagers (samen 2,3 VTE) aangeduid binnen het zorgprogramma. Zij hebben voor Aalst en Asse een campusgebonden werking. Daarnaast zijn er ook sociale verpleegkundigen actief binnen de werking van de interne liaison.
- Tijdens de audit werd er gesproken het medisch diensthoofd geriatrie op campus Aalst, 2 geriateren, de verpleegkundige coördinator van het zorgprogramma geriatrie, hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen van de verschillende geriatrieafdelingen, kinesisten, een IL verpleegkundige, een diëtiste, ergotherapeuten en de ontslagmanager op campus Aalst. Bij het bezoek aan hospitalisatieafdelingen, spoed en IZ was de opvang van geriatrische patiënten een aandachtspunt.

### Beleid en strategie

- Er is een beleidsplan geriatrie 2009-2013. Er zijn jaarverslagen voor deelgebieden (interne liaison en ontslagmanagement). (SP)

- Het organogram van het zorgprogramma geriatrie geeft niet de actuele situatie weer, maar geeft de richting weer die men verder wil uitgaan de komende jaren. **(AV)** Men werkt in praktijk niet met domeinverantwoordelijken zoals aangegeven op het organogram. De zorgpaden die vermeld worden zijn nog niet allemaal uitgewerkt en geïmplementeerd (bv. dementie). Het is met oog op een transparante werking belangrijk om daarnaast een organogram te voorzien dat de actuele situatie weergeeft. **(Aanb)**
- De visie op geriatrische zorg is weergegeven in het pluridisciplinaire geriatrisch handboek. Men kiest bewust (ook in het verleden al) voor een acute geriatriedienst. Het hoge aantal rechtstreekse opnames en de korte ligduur tonen dit ook aan. Men streeft naar een goede diagnosestelling en adequate behandeling in het kader van een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon na ontslag. **(AV)**
- De stuurgroep geriatrie bestaat uit de programmamanager, de programmadirecteur, geriater en hoofdverpleegkundigen. Vertegenwoordigers van interne en externe liaison en geriatrisch dagziekenhuis worden ad hoc uitgenodigd. Men komt 4 maal per jaar samen. **(AV)** Paramedici en psycholoog worden onvoldoende betrokken bij beleidsmatig overleg binnen het zorgprogramma geriatrie. **(TK)** Enkel met de ergotherapeuten is er een aantal keer per jaar campusoverschrijdend overleg met de programmamanager geriatrie en de hoofdverpleegkundigen van de geriatrische afdelingen. Tijdens deze overlegmomenten worden jaardoelstellingen geformuleerd en projecten opgevolgd (bv. ergotherapeutisch dossier). Verder zijn de ergotherapeuten vertegenwoordigd in allerhande werkgroepen waarbinnen pluridisciplinaire richtlijnen uitgewerkt worden (bv. valpreventie). **(SP)**
- De uniforme werking binnen de dienst geriatrie wordt bewaakt. **(SP)** De geriater werken campusoverschrijdend. Viermaal per jaar is er beleidsmatig overleg tussen de geriater. Hiervan is niet steeds verslaggeving zodat gemaakte afspraken soms onvoldoende kunnen opgevolgd worden. **(Aanb)** Wekelijks is er op campus Aalst patiëntgebonden overleg met alle geriater die in Aalst actief zijn (wachtoverdracht). In 2011 zal de werking van de verpleegteams op de afdelingen geëvalueerd worden door een intern proces-engineer om de werking beter op elkaar af te stemmen.
- De doelgroep van het zorgprogramma is niet volledig gedefinieerd in afstemming met andere disciplines en werd niet vertaald in objectieve opnamecriteria. **(TK)**
  - Op spoed zijn er geen duidelijke opnamecriteria uitgeschreven voor de geriatrische afdelingen. Impliciet zijn er wel een aantal geldende richtlijnen die grotendeels gerespecteerd worden. De afspraken worden best neergeschreven in een samenwerkingsovereenkomst zodat deze duidelijk zijn voor alle (spoed)artsen en assistenten en kunnen opgevolgd worden zodat onnodige transfers voor patiënten vermeden kunnen worden.
  - Er is geen differentiatie tussen de verschillende geriatrische afdelingen. Er zijn geen duidelijke opnamecriteria of een specifiek aangepaste afdeling voor dementerende bejaarden. **(Aanb)**
  - De doelgroep voor beide geriatrische dagziekenhuizen is niet duidelijk uitgeschreven. Er is een eigen informatiefolder voor patiënten, maar geen

folder voor verwijzers. Op de website is er beperkt informatie te vinden over het geriatisch dagziekenhuis. Uit gesprek blijkt dat de verwachtingen bij verwijzers en patiënten van het dagziekenhuis niet overeenstemmen met het huidige aanbod.

- Voor de Sp-chronisch zijn er duidelijke opnamecriteria uitgeschreven. Slechts 20% van de opnames op Sp-chronisch gebeuren vanuit de geriatische afdelingen. De noodzaak en mogelijkheid tot revalidatie wordt sterk bewaakt. **(SP)** Bij elke aanvraag dient de behandelende arts een daartoe bestemd formulier in te vullen. Elke patiënt wordt voor opname gezien door de verpleegkundige van de interne liaison en eventueel ook door de sociaal verpleegkundige en besproken met de geriater. Bij weigering wordt een mondelinge motivatie gegeven en engageert de sociale dienst zich om een alternatief te bieden voor de patiënt. **(SP)**
- Ziekenhuisbreed is er binnen het zorgprogramma geriatrie weinig samenwerking met andere medische disciplines. We bevelen aan om verdere mogelijkheden hiervoor te onderzoeken. **(Aanb)**
  - Pluridisciplinaire consultaties worden niet structureel georganiseerd.
  - Op het dagziekenhuis zijn geen structurele programma's uitgewerkt.
  - Naast de beperkte patiëntgebonden contacten (tweetal doorverwijzingen per jaar naar de PAAZ afdeling, een 15-tal psychiatrische consulten op de afdeling geriatrie per jaar en opstart psychologische begeleiding in de thuiszorg, is er geen structureel overleg tussen de geriatrie en psychiatrie aangaande de opvang van geriatische patiënten met psychiatrische pathologie.
  - Men kan geen beroep doen op een gerontopsychiater. Er is er een beperkte samenwerking met het PZ Lede en PZ Scheutbos wat doorverwijzing naar de afdeling gerontopsychiatrie betreft (2 tal per jaar).
  - Zowel gerieters als neurologen staan in voor de diagnostiek van dementie. Beiden werken verschillend (bv. inzet neuropsycholoog) en er is geen samenwerking.
- De bekendmaking van het zorgconcept gebeurde naar eigen medewerkers binnen het ziekenhuis (opleiding referentieverpleegkundigen, voorstelling op medische diensthooftvergadering, hoofdverpleegkundigenvergadering en dienstvergaderingen bij de opstart van de interne liaison...) en beperkt naar verwijzers (voorstelling van het zorgprogramma op de LOK, RVT's en SEL....). Bekendmaking aan de patiënten en hun familieleden gebeurde beperkt via de deelname aan openbedrijvendag (2009), het ophangen van posters en via een folder geriatisch dagziekenhuis. Recent werd het multidisciplinair handboek op het intranet geplaatst. We bevelen aan om meer op de gebruiker afgestemde informatie ter beschikking te stellen voor elke belanghebbende (ook niet internetgebruikers). **(Aanb)**
- Voor 2011 zijn er vier multidisciplinair uitgewerkte opleidingsavonden gepland voor verpleegkundigen van de geriatische afdelingen, de referentieverpleegkundigen en het personeel van de WZC waarmee men samenwerkt. **(SP)**

## Middelen

- De geriatrische afdelingen zijn qua inrichting niet steeds aangepast aan de doelgroep. Volgende infrastructurele tekortkomingen werden opgemerkt: **(TK)**
  - De verpleegeenheid op de campus Asse vormt geen functionele eenheid.
  - (NC)** Twee patiëntenkamers (een 2 – en een 3-persoonskamer) bevinden zich op de naastgelegen afdeling short stay. Dit laat geen efficiënt toezicht op deze patiënten toe. Daarenboven worden vier eenpersoonskamers op de afdeling geriatrie zelf ingenomen door de palliatieve eenheid.
  - Sommige meerpersoonskamers op VE 2 campus Asse en op A2 campus Aalst zijn erg klein en laten niet toe dat een bed buiten gereden wordt zonder de andere bedden te verplaatsen. Er is geen ruimte om voor elke patiënt een zetel te voorzien.
  - Bij gebrek aan beschikbare plaatsen, neemt men op D2 regelmatig patiënten op in de zitkamer, **(NC)** waardoor deze niet beschikbaar is voor andere patiënten. Op moment van de audit verbleven er reeds gedurende drie dagen 2 patiënten op deze kamer. De ruimte is niet geschikt als patiëntenkamer. Er is geen eigen sanitair (een WC stoel werd op moment van de audit gedeeld door 2 patiënten) en er is geen lavabo.
  - Mede door het afstaan van de eenpersoonskamers voor de palliatieve eenheid, zijn er op de afdeling geriatrie op campus Asse onvoldoende eenpersoonskamers ter beschikking voor het afzonderen van patiënten (besmetting / onrust). Ook op geriatrie A2 campus Aalst zijn er overwegend meerpersoonskamers en slechts een beperkte mogelijkheid tot afzonderen van patiënten (besmetting, onrust...).
  - Er is niet op alle kamers een oproepsysteem beschikbaar voor de patiënt die zich aan de lavabo bevindt.
  - Op D2 is er geen kinezaal op de afdeling, maar staan de toestellen opgesteld op een deel van de gang. Op A2 en VE 2 is er een kinezaal op de afdeling gelegen, maar deze is niet ruim genoeg voor groepstherapie. Op A2 beschikt men niet over een oefentraap. De ruimte wordt eveneens gebruikt als opslagplaats voor linnen bij gebrek aan berging. Om naar de ergotherapieruimte te gaan, moet men door de dienstkeuken.
  - Op D2 is er geen ergotherapielokaal. Men maakt gebruik van het lokaal op A2.
  - Op A2 zijn er geen toiletten vlak bij de oefenzaal.
  - De badkamer op D2 is niet aangepast aan de doelgroep. Er is geen hoog laag bad of aangepast bad. Op moment van de audit werd de badkamer gebruikt als berging.
  - In de berging op beide campi stonden onderhoudsproducten opgeslagen. Deze ruimte was niet op slot. Uit veiligheidsoverwegingen dienen deze buiten het bereik van patiënten opgeslagen te worden.
  - De aanduiding van de lokalen is niet aangepast aan de doelgroep (kleine, soms onduidelijke pictogrammen, geen aanduiding van dienstlokalen ...).



- De ligging van de afdelingen geriatrie op campus Aalst t.o.v. de locaties van frequent voorkomende onderzoeken (bv. gastroscopie) is niet optimaal (zeer ver van elkaar gelegen).

We bevelen aan om bij de plannen voor renovatie / nieuwbouw na te gaan welke infrastructurele ondersteuning noodzakelijk is voor de doelgroep (bv. aandacht voor extra (nacht)verlichting, doorlooptmogelijkheid voor onrustige patiënten, aanduiding lokalen en dagindeling, scheiding rust en activiteitsruimtes, werken met kleuren en contrasten, deels gesloten afdeling, ruimtes voor activatie en mogelijkheid tot groepstherapie, ruimtes voor aangepaste therapie voor cognitief zwakke patiënten... in het kader van revalidatiemogelijkheden vanaf dag 0, een fixatie arm beleid, valpreventie en ROT(Realiteits Oriëntatie Training)). **(Aanb)**

- De Sp-chronisch in Ninove is goed gerenoveerd. In de gangen zijn er meerdere zitplaatsen en de therapie- en gespreksruimten liggen in een zijgang van de afdeling. **(SP)** Een gemeenschappelijke eetzaal ontbreekt. **(NC)**

## Medewerkers

- Er zijn binnen het zorgprogramma vijf voltijdse geriater tewerkgesteld. Er is geen subspecialisatie binnen de groep van geriater. De geriater profileren zich sterk als zaalarts geriater en doen dagelijkse een uitgebreide zaalronde. Het medisch diensthoofd geriatrie is tevens medisch coördinator van het zorgprogramma geriatrie. Daarnaast nemen een aantal geriater nog andere taken op (medisch diensthoofd palliatieve zorgen, medisch toezicht Sp-chronisch). **(AV)**
- Er is een aparte wachtdienst voor geriatrie voorzien. **(SP)**
- De verpleegkundige coördinator van het zorgprogramma geriatrie is een lid van het middenkader en neemt ook de functie van zorgmanager op. **(AV)** Zij is in het bezit van de bijzondere beroepstitel gespecialiseerde verpleegkundige in de geriatrie en heeft praktijkervaring in de opvang van geriatrie patiënten. **(SP)**
- Voor de afdeling geriatrie A2 en D2 samen dient men voor het aantal opgestelde bedden (61) te beschikken over een team van 35,91 VTE. Men beschikt over 53,75 VTE. **(SP)**  
 Meer specifiek dient men te beschikken over 22,86 VTE verpleegkundigen, waarvan 10,16 VTE verpleegkundigen met BBT/ BBB in de geriatrie, 7,65 VTE verzorgend personeel en 3,38 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog. Men beschikt over 33,77 VTE verpleegkundigen, waarvan 24 VTE met BBT/ BBB, **(SP)** 15,43 VTE zorgkundigen en 2,55 VTE ergotherapeut.  
 Er is een normatief tekort van 0,83 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog. **(NC)**
- Voor de afdeling geriatrie VE2 op campus Asse dient men voor het aantal opgestelde bedden (28) te beschikken over een team van 16,45 VTE. Men beschikt over 22,5 VTE. Meer specifiek dient men te beschikken over 10,50 VTE verpleegkundigen, waarvan 4,67 VTE verpleegkundigen met BBT/ BBB in de geriatrie, 3,43 VTE verzorgend personeel en 1,55 VTE ergotherapeut, logopedist of

psycholoog. Men beschikt over 12,60 VTE verpleegkundigen, waarvan 4,64 VTE met BBT/ BBB, 7,60 VTE zorgkundigen en 1,3 VTE ergotherapeut. (AV) Er is een normatief tekort van 0,25 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog. (NC) Dit tekort wordt versterkt doordat één van de ergotherapeuten ook wordt ingezet voor de begeleiding van geriatrische patiënten op andere afdelingen (gehospitaliseerd op naam van de geriater).

Op VE 2 op campus Asse is er een relatief personeelstekort. (TK) Onderstaande argumenten tonen dit aan:

- De hoge turnover en het zware zorgprofiel van de aanwezige patiënten op deze acute geriatrie worden niet geobjectiveerd gebruikt om de minimumbestaffing te bepalen voor de afdeling. Er is geen meetinstrument voor zorgzwaarte.
- Er moeten maandelijks 27 ADV dagen toegekend worden. Dit wordt niet structureel meegerekend in de minimumbestaffing.
- Op moment van de audit waren er 800 overuren wat overeenkomt met een tekort van 0,5 VTE.
- De verspreide ligging van de kamers (lange gang en verspreid op twee afdelingen) zorgt er voor dat grote afstanden moeten afgelegd worden.
- Men ervaart de afwezigheid van een psycholoog als knelpunt. Gezien het belang dat men binnen het team hecht aan een goede begeleiding van patiënt en omgeving wordt dit momenteel volledig door het team op de afdeling opgenomen, wat een zware belasting is.
- Tijdens de week staat de verpleegkundige van geriatrie tijdens de nacht ook in voor de verzorging en het toezicht op de palliatieve patiënten (vier van de zes kamers). (NC)
- Omwille van ziekte en verloop binnen het team werd er in 2010 dagelijks minimum 5 uur beroep gedaan op de mobiele equipe (sinds september zelfs 11 uur per dag). Momenteel wordt nog één persoon structureel ingezet.
- Er werd in 2010 gedurende 99 dagen beroep gedaan op een jobstudent. Deze worden ingezet als zorgkundigen, maar voeren verpleegkundige taken uit die niet opgenomen zijn in de lijst van zorgkundige handelingen. (NC)
- Recent startte er vijf nieuwe medewerkers op de afdeling die gelijktijdig ingeschoold moeten worden. Het dubbel lopen kan niet steeds of slechts zeer kort aangeboden worden. Een campusoverschrijdende dienstspecifieke inscholingshandleiding is recent ontwikkeld, maar nog niet helemaal geïmplementeerd. (AV)
- Mede door de hoge werkdruk zoekt men naar manieren om de zorg sneller te laten verlopen en worden een aantal zorgen enkel in hoge nood of op uitdrukkelijke vraag uitgevoerd. Men slaagt er niet meer in om patiënten systematisch te baden (tenzij tijdens de 2 maanden dat er studenten op dienst zijn). Het aantrekken van dagkledij en het samen laten eten van de patiënten werd verlaten.

Niettegenstaande er al heel wat inspanningen gebeurden (extra aanwervingen, inzet mobiele equipe, extra bestaffing tijdens piekmomenten in de zorg, 2 nachtdiensten, aandacht voor ergonomie (geplande infosessies en begeleiding) ...) dient de

werklast nauwgezet in het oog gehouden te worden en de bestaffing aangepast te worden volgens de werkdruk.

- Referentieverpleegkundigen werden gekozen op basis van interesse en/of ervaring met de opvang van geriatrische patiënten. Ze kregen bij de opstart 32 uur opleiding. Het profiel van de referentieverpleegkundige geriatrie is uitgeschreven volgens 5 resultaatsgebieden (**SP**), maar is niet door alle referentieverpleegkundigen gekend. (**TK**) Hun taken zijn in de praktijk niet erg duidelijk (bv. afname van GRP score).  
Uit de taakomschrijving blijkt dat er voor referentieverpleegkundigen een ruime taak is voorzien in het uitdragen van de geriatrische cultuur en het opleiden van de eigen teamleden. Ze zijn hiervoor niet (deels) vrijgesteld (**TK**) en kregen geen vorming inzake didactische vaardigheden. (**Aanb**) Vorig jaar was er een eerste overleg tussen de referentieverpleegkundigen onderling, waarbij de geriateren ook aanwezig waren. Voor 2011 zijn er 3 data gepland. (**AV**)
- Er is binnen het zorgprogramma geriatrie voorzien in de functie van ontslagmanager. Deze taak wordt verdeeld over drie medewerkers, waarvan er twee over een opleiding ontslagmanager beschikken (**AV**)
- Normatief dient men voor de interne liaison minimaal te beschikken over een team van 4 voltijdse equivalenten (afhankelijk van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten) en dient het team samengesteld te zijn uit een verpleegkundige, een ergotherapeut, een logopediste, een diëtiste en een psycholoog. Men beschikt binnen het team op campus Aalst over 0,8 VTE verpleegkundige, 0,8 VTE ergotherapeut en 1 VTE sociaal verpleegkundige. Op campus Asse beschikt men over 0,8 VTE sociaal verpleegkundige en 0,2 VTE ergotherapeut (1 dag per week). Samen is dit een team van 3,6 VTE voor het hele ziekenhuis. Er is een normatief tekort van 0,4 VTE (**NC**)
- Er zijn geen psycholoog, diëtiste en logopedist opgenomen binnen het interne liaisonsteam op campus Aalst en binnen het interne liaisonsteam van campus Asse waardoor men niet kan garanderen dat alle opgenomen patiënten beroep kunnen doen op deze expertise. (**NC**)
- Op alle geriatrische afdelingen zijn er personeelsleden die onvoldoende bijscholing (22 met minder dan 6u per jaar) volgen in het kader van permanente vorming. (**TK**)

## Processen

- Er is een tekort aan G bedden. (**AV**) Er staan meer geriatrische bedden opgesteld dan de erkenningstoestand weergeeft. De zeer hoge bezettingsgraad toont dat de grootste opnamedruk op campus Asse ligt (121% bedbezetting). Ondanks de vier extra opgestelde bedden, de snelle turnover en hoge performantie van de dienst is men genoodzaakt om geriatrische patiënten op andere afdelingen op te nemen op naam van de geriater.

- Op moment van de audit waren er op campus Asse vijf patiënten voor geriatrie opgenomen op drie verspreide niet – geriatrie – afdelingen.
- Op spoed op de voorlopige hospitalisatie en in de open isoleercel die als kamer gebruikt werd, lagen zeven patiënten te wachten tot er een kamer vrijkwam op de afdeling geriatrie.

Men doet veel inspanningen om deze patiënten dezelfde zorg te geven als op de geriatrie afdeling (dagelijkse zaalronde van de geriater, opvolging door IL, ergotherapie) In praktijk blijkt dat de mogelijkheden beperkt zijn en is dit niet evident om te organiseren (bv. groepstherapie ergo ...).

- De infrastructuur en organisatie van het geriatrisch dagziekenhuis zijn niet aangepast aan de doelgroep. **(TK)** Het geriatrisch dagziekenhuis op campus Aalst is geïntegreerd in het gemengd dagziekenhuis en is 2 dagen per week geopend.
  - Het is geen herkenbare entiteit. In praktijk worden 4 willekeurige posities van het gemengde dagziekenhuis gebruikt om geriatrie patiënten te hospitaliseren. Geriatrie patiënten liggen soms met chirurgische patiënten op één kamer.
  - Er is geen apart verpleegkundig team aangeduid dat instaat voor de zorg voor deze patiënten. Niettegenstaande er drie referentieverpleegkundigen geriatrie met ervaring en opleiding in de geriatrie binnen het team werken, zijn deze niet steeds aan deze patiënten toegewezen.
  - Er is geen multidisciplinaire werking. Kinesist, psycholoog en diëtiste worden nooit betrokken bij de zorg. Er is geen screening op malnutritie (geen NRS score). De ergotherapeut wordt enkel beperkt ingeschakeld voor testen i.v.m. cognitieve stoornissen en valevaluatie. Er worden geen gestructureerde programma's aangeboden (dementie, vallen...).
  - Patiënten worden niet multidisciplinair besproken. Enkel patiënten met cognitieve problemen worden besproken door de geriater met de ergotherapeut. Voor patiënten met valproblematiek bv. zijn er geen multidisciplinaire besprekingen.
- Bij opname van patiënten op de G dienst wordt systematisch een geriatrie evaluatie afgenomen. Naast een medische en verpleegkundige anamnese, is er ook een ergotherapeutische anamnese (ADL en voedingsscreening) en een anamnese door de sociaal verpleegkundige. Deze dienen als basis voor de vroegtijdige ontslagplanning. **(SP)**
- Voor het screenen van 75-plussers op een geriatrisch zorgprofiel hanteert men het GRP meetinstrument (Geriatric risico profiel) . Men heeft geen toestemming van de behandelende arts nodig om het IL bij te vragen. Dit werd afgesproken op de diensthoofdenvergadering. **(AV)**  
 Binnen de huidige werking van de IL zijn nog verbetermogelijkheden: niet alle geriatrie patiënten krijgen aangepaste zorg (multidisciplinaire aanpak, activatie en functionele revalidatie vanaf dag 1). **(TK)**
  - Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatrisch profiel. **(NC)**
  - Het team is nog niet op alle afdelingen actief (afdeling oncologie en dagziekenhuis).

- Aangezien het team enkel uit een (sociaal) verpleegkundige en een ergotherapeut bestaat, moeten voor de andere disciplines personen bijgevraagd worden die verbonden zijn aan de afdeling waar de patiënt verblijft en vanuit de centrale pool. Dit maakt dan deel uit van het advies en wordt niet steeds opgevolgd.
  - Ondanks de info bij de opstart die gegeven werd op de dienstvergaderingen, is het concept van de liaisonfunctie niet steeds gekend op alle afdelingen.
    - De (referentie)verpleegkundigen op de afdelingen staan o.a. in voor de screening. Deze afspraak wordt niet steeds gevolgd en is niet door iedereen gekend. De IL verpleegkundige dient dan dagelijks langs te gaan op de afdelingen om zelf te screenen. Op de afdeling cardiologie – nefrologie worden bv. de cardiologische patiënten systematisch niet gescreend omwille van de korte verblijfsduur. Op IZ worden de patiënten niet gescreend.
    - Men is niet steeds op de hoogte van de doelstellingen. Zo denkt men op sommige afdelingen bv. dat het IL enkel patiëntencontacten heeft in functie van overname naar de geriatrie afdeling of in het kader van ontslagplanning.
    - Men weet niet steeds waarvoor de GRP score staat.
    - Men is niet op de hoogte dat er een advies geschreven wordt of weet niet waar men het kan terugvinden. In 8 dossiers was er bij patiënten met een positieve score geen advies terug te vinden in het verpleegkundig of medisch dossier.
    - Op sommige afdelingen is er geen mondeling overleg van de IL verpleegkundige met de hoofdverpleegkundige.
  - Niet alle behandelende artsen zijn overtuigd van de meerwaarde van het IL team en geven systematisch geen gevolg aan de adviezen. Uit cijfers blijkt dat er in 2010 op een aantal afdelingen weinig of geen patiënten gevolgd werden door de IL (geen op psychiatrie, de gemengde afdeling cardiologie- neurologie, opthalmologie en zeer weinig patiënten op endocrinologie, nefrologie, neurologie. Tijdens de audit werd vaak opgemerkt dat patiënten ofwel niet gescreend waren, ofwel gescreend waren, maar dat er geen advies was of dat het advies niet gevolgd werd.
- Op de geriatrie afdeling werkt men met patiënttoewijzing. Men bewaakt hierbij sterk dat patiënten maximaal aan dezelfde verpleegkundigen worden toegewezen in het kader van continuïteit, vertrouwensband met de patiënt en ROT en preventie van verwardheid. **(SP)**
  - De multidisciplinaire werking is belangrijk binnen de visie en men formuleerde er een beleidsdoelstelling rond. Er is op de geriatrie afdelingen een sterke cultuur van multidisciplinair werken. **(SP)**
    - Projectmatig (vallen, voeding) zijn paramedici betrokken bij de uitwerking van richtlijnen en zorgpaden.
    - De anamnese wordt multidisciplinair afgenomen (door arts, verpleegkundige, ergotherapeut en sociaal verpleegkundige). De behandelingsdoelstellingen staan summier genoteerd in het individueel dossier

van de patiënt (vooral bestemming na ontslag en vooropgestelde ontslagdatum). We bevelen aan om deze meer multidisciplinair en als een samenhangend geheel uit te schrijven (**Aanb**).

○ Het papieren dossier is multidisciplinair opgebouwd.

○ Patiënten op de verpleegafdelingen geriatrie te Aalst worden wekelijks multidisciplinair besproken. Alle betrokken disciplines (hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, kinesisten, logopediste, diëtiste, gerieters en sociaal verpleegkundige) zijn hierbij aanwezig.

Wekelijks is er, naast de multidisciplinaire patiëntenbespreking, een sociale vergadering waarbij de patiënten met een ernstige sociale problematiek of in het kader van ontslagvoorbereiding besproken worden. Hieraan nemen de gerieters, de sociaal verpleegkundige, de ontslagmanager en de hoofdverpleegkundige deel.

Dagelijks zijn er overdrachtmomenten, waarop naast de verplegende en verzorgende equipe de ergotherapeuten aanwezig zijn. Soms sluiten hier de kinesisten, de ontslagmanagers of de artsen bij aan.

○ Patiënten die gevolgd worden door de interne liaison te Aalst worden dagelijks besproken op het overleg van het liaisonsteam met de geriater. De referentieverpleegkundigen van de betrokken afdeling of de behandelende artsen worden hierbij niet betrokken. (**Aanb**)

○ Op campus Asse is er dagelijks een briefing waarbij de geriater, verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesist (3 x per week), ergotherapeut en de sociaal verpleegkundige aanwezig zijn. Dit moment wordt als leermoment opgevat doordat vaak uitleg wordt verstrekt inzake de pathologie om de gekozen therapie te kaderen. Dit verhoogt zeer sterk de betrokkenheid van de zorgequipe. (**SP**)

○ Er is een goede samenwerking tussen de ergotherapeut en de kinesist (transfers, infosessies vallen). De ergotherapeuten op campus Aalst plannen dagelijks een gezamenlijke “positioneringstoer”. Pictogrammen aan het hoofdeinde van het bed maken dat elk lid van het team dezelfde richtlijnen kan volgen. Op de campus Ninove werken kine en ergo goed samen.

○ De logopedisten op de afdelingen vervullen een consultfunctie. Zij zijn voldoende beschikbaar voor testen, behandeling van slikstoornissen en spraakstoornissen. Ze nemen deel aan multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en maken duidelijke verslaggeving op van testen en voor ontslagbrieven.

- Ondanks alle inspanningen van het team, wordt de multidisciplinaire werking niet ondersteund door de aanwezige infrastructuur en de beleidsmatige keuzes die gemaakt werden inzake de inzet van psychologen en paramedici binnen het zorgprogramma geriatrie. (**TK**)
  - Geriatrie patiënten kunnen onvoldoende beroep doen op de expertise van een psycholoog. (**NC**) Op de website van het ziekenhuis stelt men nochtans duidelijk: *“Samen met de hoge leeftijd neemt de frequentie van dementiële syndromen toe. Psychologische begeleiding van patiënt en omgeving zijn daarbij onmisbaar.”*

- Men vraagt op A2 en op VE 2 campus Asse geen psycholoog bij in consult. Op A2 is men niet overtuigd van de meerwaarde.
    - Cognitieve testen, depressieschalen worden afgenomen door de ergotherapeut (5tal per week per afdeling), wat een zware werkbelasting meebrengt (gemiddeld 5 per week per afdeling, naast de intakegesprekken en therapie). Hierdoor kan bv. de positioneringstoer niet dagelijks doorgaan.
    - Er is geen psycholoog aanwezig op multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. **(TK)**
    - Er is geen psycholoog binnen het team van de IL. **(NC)** Uit gesprek blijkt dat er in praktijk bij deze patiënten nooit een psycholoog wordt bijgevraagd, ook al is dit mogelijk.
      - In het handboek wordt de taakinvulling van de kinesisten op de afdelingen niet uitgewerkt. **(TK)** Kinesisten worden aangestuurd vanuit de fysiotherapiedienst. De (vaste) kinesist vervult een consultfunctie en is dagelijks in de voormiddag aanwezig voor het geven van individuele therapeutische sessies. Groepstherapie wordt niet aangeboden.
      - Er is geen logopedist binnen het team van de interne liaison. **(NC)** Zij kunnen enkel indien nodig bijgevraagd worden vanuit de afdelingen waar de patiënt verblijft.
      - Er is geen diëtiste binnen het team van de interne liaison. **(NC)**
      - De schriftelijke weergave van de gegeven therapie en de evolutie van de patiënt in het individuele patiëntendossier is, ondanks de ruimte die voorzien is, soms afwezig of slechts summier genoteerd (vooral tussentijdse observaties van logopediste, kinesist en sociale dienst).
- Gezien de doelgroep binnen het zorgprogramma geriatricie is het belangrijk dat alle zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt minstens affiniteit hebben met de specifieke geriatricie problemen en bij voorkeur ervaring / opleiding hebben met de opvang van geriatricie patiënten.
- De diëtisten zijn, ondanks het feit dat ze niet vast deel uitmaken van het team, organisatorisch verankerd binnen de geriatricie afdelingen. **(SP)** De programmamanager geriatricie is sinds 2009 verantwoordelijk en rechtstreekse leidinggevende van de hoofddiëtiste.
    - Er is er wekelijks beleidsmatig overleg tussen de hoofddiëtiste en de programmamanager.
    - Via het medisch begeleidingsteam krijgt men wetenschappelijke input vanuit alle betrokken disciplines en blijft men op de hoogte van nieuwe internationale ontwikkelingen (bv. cardio, nefro, onco, geriatricie, chirurgie, gastro...).
    - Het nutritieteam bespreekt de manier van aanpak van malnutritie, het invoeren van specifieke medische voedingen en de resultaten van het FOD-project rond ondervoeding.
    - Een multidisciplinaire werkgroep voeding werkte in 2006 de voedingsrichtlijn uit. Sinds 2009 neemt men deel aan het FOD project nutritieteam. Alle patiënten op geriatricie worden als risicopatiënten op ondervoeding beschouwd. Bij opname wordt de NRS score genoteerd. De diëtiste werkt de individuele voedingsschema's uit en volgt patiënten op. **(SP)**

- Bij het wijzigen van het menu voor de gehospitaliseerde patiënten is er overleg met de hoofdverpleegkundigen geriatrie (mogelijke en moeilijke producten in de menucyclus).
  - Een van de dietisten is gespecialiseerd in geriatrie en malnutritie. De diëtisten zijn dagelijks aanwezig op de afdelingen, hebben dagelijks patiëntencontacten in het kader van voedingsadvies en opvolging en nemen deel aan de wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.
  - Het individuele voedingsplan wordt opgenomen in het individueel patiëntendossier.
- Er is een valprotocol uitgewerkt, waarbij men ook algemene richtlijnen voor de niet-risicopatiënt hanteert en een multifactoriële evaluatie door verschillende disciplines (ergotherapeut, kinesist, verpleegkundige) beschrijft. **(AV)**
  - In praktijk gebeurt dit niet bij elke patiënt met een verhoogd valrisico, maar is de valevaluatie hoofdzakelijk beperkt tot een medische evaluatie. **(TK)** Dit medische luik werd niet benoemd in het valprotocol (o.a. medicatie dient bevraagd te worden door verpleegkundige of ergotherapeut, in de praktijk gebeurt dit door de arts). In drie dossiers van patiënten met een verhoogd valrisico op A2 (waarvan 1 dossier met uitdrukkelijke vraag van de huisarts voor valevaluatie) was er geen multifactoriële en multidisciplinaire evaluatie gebeurd (geen betrokkenheid van de ergotherapeut, kinesist, geen evaluatie zicht, spierkracht, evenwicht, mentale status ...) Er was in het ergotherapeutisch dossier geen enkele actie in verband met valpreventie (apart item) en geen enkel gesprek met de familie (educatiesessies of overlopen folder) aangeduid.
  - Men screent (niet steeds) momenteel op valrisico aan de hand van de stratify score. We bevelen aan om de screening op valrisico te herbekijken volgens de recente richtlijnen.
  - Tweewekelijks zijn er informatiesessies voor de patiënt en familie inzake valpreventie. **(SP)** Gezien de korte ligduur, heeft niet elke patiënt hier toegang toe. **(Aanb)**
- Er is recent een zorgpad delier uitgewerkt. Implementatie is voorzien in 2011. Het afnemen van de CAM schaal maakt structureel deel uit van de verpleegkundige zorgplanning op de verpleegafdelingen geriatrie. Bij patiënten met een gestoord bewustzijn wordt deze CAM schaal dagelijks ingevuld. **(AV)**
- Er is onvoldoende aandacht voor het optimaal organiseren van het psychosociale klimaat. **(TK)** Vroeger werd op campus Asse dagkledij gedragen en samen gegeten, maar dit werd verlaten omwille van de korte ligduur en onder druk vanuit de (familie van) patiënten. Tijdens de rondgang op campus Asse en uit gesprek bleek dat er een aantal patiënten verbleven waarbij de toestand van de patiënt geen bezwaar zou zijn en die desondanks in pyjama waren.
  - Samen eten wordt niet gestimuleerd. Op moment van de audit aten alle patiënten op beide campi op de kamer.



- Men slaagt er onvoldoende in om de patiënten dagkledij te laten dragen (geen enkele patiënt op moment van de audit op campus Aalst en één patiënt op campus Asse).
- Infrastructurele aanpassingen in het kader van ROT (duidelijke signalisatie van heel wat lokalen, scheiding van rust en actieve ruimtes, ... ) ontbreken **(Aanb)**

Op de campus Ninove dragen nagenoeg alle patiënten dagkledij. **(SP)**  
 Realiteit- en oriëntatietraining gebeurt 24/24 (aanspreken, klok en kalender op kamers...) en in therapiegroepen door de ergotherapeut (actualiteit, krant lezen op campus Asse, reminiscentie...). **(SP)**

- Voor patiënten met een zwakke cognitieve score (bv. dementerenden) is er geen structureel ingebouwde aangepaste therapie voorzien (Aanb) Momenteel volgt 1 personeelslid op campus Aalst een opleiding inzake dementie (eindwerk ROT). Daarna zou in een campusoverschrijdende werkgroep een beleid uitgeschreven worden.
- Ontslagvoorbereiding wordt van bij opname voorbereid. Er wordt aan de hand van de behandel doelstellingen een voorlopige ontslagdatum vooropgesteld. De ontslagbrief is multidisciplinair geïntegreerd opgebouwd en bevat alle noodzakelijke informatie om de continuïteit te verzekeren. De gegeven therapie en de status bij ontslag wordt kort geschetst. Waar nodig wordt uitgebreidere info gegeven. **(SP)**

Ruimte voor verbetering situeert zich op volgende gebieden:

- Thuisbezoeken ter voorbereiding van het ontslag gebeuren nagenoeg nooit.
- Probeerweekends gebeuren op campus Aalst nooit; op campus Asse zijn er een 5-tal per jaar.
- Zorgoverleg bij complexe thuiszorg werd het afgelopen jaar naar schatting op beide campi een drietal keer georganiseerd. Men hanteert geen criteria om de noodzaak te objectiveren. **(Aanb)**

Het percentage heropnames binnen de 3 maanden (exclusief de dagopnames) bedraagt op campus Aalst 12% en op campus Asse 11%. **(AV)**

## Resultaten

- In 2009 werden in totaal 9073 75-plussers opgenomen in het ziekenhuis. Hiervan werden 2249 patiënten (25%) opgenomen op geriatrie afdelingen (1570 patiënten op campus Aalst en 620 patiënten op campus Asse).
  - De gemiddelde bedbezetting op de geriatrie afdelingen was 101,75 % voor 2010.
- 90% van de opnames op de geriatrie afdelingen gebeuren via spoedopnames. Er waren nagenoeg geen overnames vanuit de interne liaisonwerking. **(AV)**
  - Voor de twee afdelingen samen op campus Aalst was de gemiddelde bedbezetting 95,7%. De gemiddelde ligduur bedroeg 11,74 dagen.

- Op campus Asse was de gemiddelde bedbezetting 121,9% (patiënten in 28 opgestelde bedden, cijfer berekend op 24 erkende bedden). De gemiddelde ligduur bedroeg 11,96 dagen.
- Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatrisch profiel. **(NC)** Exacte cijfers over het aantal gescreende patiënten en het aantal positieve scores zijn niet gekend op campus Aalst **(Aanb)**. Van de 6824 75 plussers op niet geriatrische afdelingen (1952 op campus Asse) waren er 771 patiënten die gevolgd werden door de interne liaison (138 patiënten met positieve score op campus Asse). Het aantal liaisonpatiënten wordt per afdeling geregistreerd. **(SP)**
  - 75 plussers op IZ worden initieel niet gescreend omdat men niet overtuigd is van de meerwaarde. Zij worden pas in latere instantie gescreend na transfer naar een hospitalisatie-eenheid. **(TK)**
  - De interne liaison is niet actief op de afdeling medische oncologie en het dagziekenhuis. Deze patiënten worden niet gescreend.
  - Patiënten op spoed worden slechts beperkt gescreend (enkel verwezen patiënten voor geriatrie).
- In 2010 waren er in het geriatrisch dagziekenhuis 252 consulten. Er worden hoofdzakelijk behandelingen uitgevoerd (60% van de patiëntencontacten). **(AV)**
- Aan de infokiosken op de afdelingen zijn heel wat folders beschikbaar over specifieke problematiek (doorligwonden, fixatie, vallen, hulpmiddelen...). De afdelingsbrochure is afgedrukt op A 4 formaat met een groter lettertype. **(SP)**

De inspecteurs,

Tom Wylin  
 Michaëla Daelemans  
 Koenraad Fierens  
 Veerle Meeus  
 Nele Van Cauteren  
 Tania Vandommele  
 Katleen De Ceulaer  
 Inge Maes  
 Patricia Schapmans  
 Walli Van Doren