

Vlaamse overheid



**Agentschap Inspectie Welzijn,  
Volksgezondheid en Gezin  
Afdeling Welzijn en Gezondheid**  
Koning Albert II-laan 35, bus 31,  
1030 BRUSSEL  
Tel. 02 553 33 79 – Fax 02 553 34 35  
E-mail: [inspectie@wvg.vlaanderen.be](mailto:inspectie@wvg.vlaanderen.be)

**Auditverslag  
H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen  
Roeselare**

**Maart 2009**

# Inhoud

---

<i>Inhoud</i>	2
<b>1 Inleiding</b>	3
1.1. Toepassingsgebieden	3
1.2. Definities	3
1.3. Auditdata	4
1.4. Samenstelling van het auditteam	4
<b>2 Identificatie van de instelling</b>	5
<b>3 Algemeen beleid</b>	6
<b>4 Medisch beleid</b>	13
<b>5 Verpleegkundig beleid</b>	19
<b>6 Kwaliteitsbeleid</b>	22
<b>7 Audit van de verpleegafdelingen, diensten, functies en zorgprogramma's</b>	27
7.1 Verpleegafdelingen	27
7.2 Materniteit, verloskwartier, N* en melkkeuken	29
7.3 Zorgprogramma voor kinderen	35
7.4 Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt	40
7.5 PAAZ	43
7.6 Niet-chirurgische daghospitalisatie, zorgprogramma voor oncologie, oncologische basiszorg en gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker	45
7.7 Chirurgische daghospitalisatie	46
7.8 Palliatieve functie	47
7.9 Dienst Sp-palliatief	49
7.10 Gespecialiseerde spoedgevallenzorg	51
7.11 Intensieve zorgen	57
7.12 Operatiekwartier	62
7.13 Sterilisatie	65
7.14 Apotheek	67
7.15 Ombudsfunctie	73
<b>8 Milieu en hygiëne</b>	75
8.1 Legionellabeheersplan	75
<b>9 Infectieziektenpreventie</b>	77

# 1 Inleiding

---

In het auditverslag bespreken we eerst het algemeen beleid dat betrekking heeft op de globale werking van het ziekenhuis.

Daarna behandelen we achtereenvolgens het medisch en verpleegkundig beleid en het kwaliteitsbeleid.

Vervolgens bespreken we de resultaten van de specifieke audit van de hospitalisatiedienst.

Tenslotte worden de infectieziektepreventie en de medisch milieukundige aspecten besproken.

Een voorlopige versie van het auditverslag wordt voorgesteld en afgegeven op de laatste dag van de audit.

## 1.1. Toepassingsgebieden

1. Kwaliteit van zorg
  - toetsing van de federale erkenningsnormen;
  - evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.
2. Infectieziektepreventie en medisch milieukundige aspecten: deze vaststellingen worden gedaan door het Toezicht Volksgezondheid.

## 1.2. Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

### Algemene vaststellingen

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie.

### Sterke punten

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

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

Dit zijn de elementen die volgens het team niet conform de norm zijn. Hiervoor baseren de auditoren zich op de wetgeving. 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**

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 geven 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 het voorwerp uitmaken van een opvolging.

## **1.3. Auditdata**

De audit vond plaats op volgende data:

13 maart 2009	Audit
18 maart 2009	Audit
23 maart 2009	Audit
27 maart 2009	Opmaak verslag, deel 1
31 maart 2009	Opmaak verslag, deel 2
7 april 2009	Presentatie verslag

## **1.4. Samenstelling van het auditteam**

XXXX	Hoofdauditor IVA Inspectie WVG
XXXX	Auditor IVA Inspectie WVG
XXXX	Auditor IVA Inspectie WVG
XXXX	Auditor IVA Inspectie WVG
XXXX	Auditor IVA Inspectie WVG
XXXX	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid
XXXX	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

## 2 Identificatie van de instelling

---

Naam	H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen
Adres	Wilgenstraat 2
Gemeente	8800 Roeselare
Telefoon	051 23 71 11
Fax	051 23 70 60
Website	<a href="http://www.hhrm.be">www.hhrm.be</a>
e-mail	<a href="mailto:info@hhr.be">info@hhr.be</a>
Erkenningsnummer	117

### **Inrichtende macht**

vzw H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen  
Wilgenstraat 2  
8800 Roeselare

### **Voorzitter van de Raad van Bestuur**

XXXX

### **Directiecomité**

Algemeen directeur	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX
Directeur verpleging	XXXX
Economisch directeur	XXXX
Juridisch directeur	XXXX
Financieel-administratief directeur	XXXX
Directeur ICT, Veiligheid en Milieu	XXXX
Directeur techniek en exploitatie en facilitaire diensten	XXXX
Directeur personeels- en juridische zaken	XXXX

### 3 Algemeen beleid

---

#### Algemene vaststellingen

In de loop van de audit werd op basis van de eerste vaststellingen, gedaan op 18 maart 2009 op de campus Bruggestraat te Menen, op vraag van het Agentschap Zorg en Gezondheid een bijkomende inspectie uitgevoerd. Deze inspectie, met een ander team, ging door op 30 maart 2009. De bevindingen maken deel uit van een afzonderlijk verslag.

Op basis hiervan werd door het Agentschap Zorg en Gezondheid het voornemen geformuleerd om de erkenning in te trekken van alle erkende functies en zorgprogramma's geëxploiteerd op deze campus, alsook van de erkenning van deze site als ziekenhuis-campus. Omdat er daarenboven een reëel gevaar bestond voor de volksgezondheid en voor de veiligheid van de patiënten diende de uitbating van alle in het gebouw uitgevoerde ziekenhuisactiviteiten onmiddellijk beëindigd te worden, met dien verstande dat, wat de apotheek betreft, alle bereidingen (zowel steriele als niet steriele) en de bereiding van cytostatica in het gebouw binnen de week moesten worden stopgezet, en dat de exploitatie van de andere onderdelen van de apotheek binnen de twee maand moest worden stopgezet.

In het voorliggend verslag hebben de auditoren geprobeerd zoveel mogelijk rekening te houden met de nieuwe toestand. Enkel waar relevant (bv. apotheekwerking), kon het team niet anders dan verwijzen naar vaststellingen die op deze campus werden gedaan.

Rond de erkenning van het zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde (op de campus Westlaan) zijn momenteel juridische procedures lopende. Om in dit proces niet te interfereren werd ervoor geopteerd ook dit onderdeel van het ziekenhuis buiten de scope van de audit te houden.

- Het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen is erkend voor 883 bedden, als volgt verdeeld:

Campus	C	D	E	G	M	A	Sp-loco	Sp-neuro	Sp-pall	Totaal
Wilgenstraat	234	244	32		23					533
Westlaan				96		30	26	20	9	181
Rijselstraat	53	63	16	24	13					169
TOTAAL	287	307	48	120	36	30	26	20	9	883

- Het ziekenhuis is ontstaan uit opeenvolgende fusiebewegingen. Op 1 januari 1987 fuseerden te Roeselare het Maria's Rustoord in de Westlaan en het H.-Hartziekenhuis in de Wilgenstraat tot "H.-Hartziekenhuis Roeselare". Op 1 januari 1996 fuseerden te Menen de Sint-Joriskliniek in de Rijselstraat en het Medisch Instituut in de Bruggestraat tot "Algemeen Ziekenhuis Menen". Deze beide fusieziekenhuizen fuseerden uiteindelijk op 1 juli 2001 tot het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen. Voorafgaand aan 2001, werd het ziekenhuis AZ Menen geconfronteerd met een financiële crisis, ernstige infrastructurele problemen (vooral Campus Bruggestraat) én een sociale crisis. Het personeel en de artsen moesten diverse inleveringen doen om het ziekenhuis drijvende te houden. De fusie zelf ging gepaard met sociale onrust in Menen,

in het kader van de beslissing van het nieuwe fusieziekenhuis om op enkele weken tijd het gebouw in de Bruggestraat wegens de infrastructurele problemen grotendeels te verlaten en in samenspraak met de Vlaamse Gemeenschap enkel nog het dagziekenhuis, het operatiekwartier en de apotheek verder te exploiteren tot realisatie van het VIPA project in Campus Rijselstraat”.

- Door de groei van de activiteiten zijn de gebouwen te klein geworden. Aangezien de gebouwen in het centrum van beide steden liggen, is uitbreiding op de oorspronkelijke vestigingsplaatsen moeilijk.  
In Roeselare diende het laboratorium uit te wijken naar een gebouw op de Ardooisesteenweg (“Ardolab”), verhuisde directie en administratie naar een gebouw in de Schierveldestraat, het magazijn naar een loods in de Weststraat en werden allerhande huisjes in de buurt van het ziekenhuis gekocht of gehuurd voor diverse activiteiten (bv. cardiale revalidatie, MZG-registratie)..  
Er zijn al jarenlang plannen om in Oekene, nabij de snelweg E403, te starten met een nieuwbouw, ter vervanging van beide Roeselaarse campi. De aanvraag tot subsidiëring is lopende, sinds in 2008 het Regionaal Stedelijk Gebied en het Gewestelijk Ruimtelijk Uitvoeringsplan (GRUP) werden afgebakend.  
In Menen werden de plannen om de campus Rijselstraat te renoveren en uit te breiden, goedgekeurd, en na een aanslepende gemeentelijke procedure (rond de stedenbouwkundige vergunning en rond het verkrijgen van de toelating tot bezetting van het openbaar domein door de aannemer), gestart. Men is momenteel bezig de vleugels, daterend uit 1952, 1980 en 1982 te renoveren en binnenkort wenst men te starten met de bouw van een nieuwe vleugel. Hiervoor gebeurden onderhandelingen tot uitbreiding van de oppervlakte van de campus, maar nieuw aangekochte panden kwamen niet onmiddellijk vrij. Intussen trok men aan de overkant van de Rijselstraat, op de gronden van het Sint-Jorisklooster, al een nieuwbouw op waarin revalidatie, dialyseactiviteiten en (oogheelkundige) ingrepen onder lokale anesthesie doorgaan.
- In Roeselare bevindt zich nog een tweede ziekenhuis (Stedelijk Ziekenhuis met 330 bedden). De nieuwbouw in Oekene zal vlakbij de grens van Izegem liggen, alwaar er twee ziekenhuizen zijn (de Sint-Jozefkliniek Izegem met 217 bedden en het Revalidatiecentrum Ten Bos met 54 bedden).  
Nabij Menen bevindt zich het Sint-Janshospitaal te Wervik met 24 Sp-bedden; deze bedden maken deel uit van een associatie met het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman te Ieper (481 bedden). Een ander belangrijk ziekenhuis in de buurt is het AZ Groeninge te Kortrijk (1088 bedden).
- Menen is een stad met een kleine 35000 inwoners, die gekenmerkt wordt door een belangrijke sociale problematiek (kansarmoede, die een drempel vormt om beroep te doen op gezondheidszorg, en met de daaraan gekoppelde epidemiologie). De stad ligt op de grens met Halluin (Frankrijk). Het ziekenhuis ontvangt heel wat Franstalige patiënten. De MUG van Menen is, zoals gesteld werd door de federale overheid, noodzakelijk om binnen aanvaardbare termijnen belangrijke bevolkingsaantallen te kunnen bereiken. De MUG voert soms interventies uit over de grens.
- Het ziekenhuis heeft heel wat formele samenwerkingsverbanden, voornamelijk rond de pijnkliniek (7 partners), dialyse (5 partners), cardiologie (8 partners) en oncologie (5 partners). Voor de MUG wordt er samengewerkt met het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en de Sint-Jozefkliniek Izegem. Verder zijn er nog samenwerkingsakkoorden, o.a. rond

de PET-scan (AZ Sint-Jan Brugge en AZ Groeninge Kortrijk). Met de psychiatrische ziekenhuizen te Menen en te Pittem wordt op medisch vlak samengewerkt, met het O.L.V. van Vrede te Menen bestaat er verder nog een samenwerking op het vlak van ziekenhuishygiëne en apotheek.

### **Sterk punt**

- De medisch ethische commissie vertoont een duidelijke werking: er zijn tal van adviezen, een beperkte subgroep kan bij nood snel worden samengeroepen, een boek (“Zorg op maat van de mens”) werd uitgegeven, de therapeutische codering werd gedetailleerd uitgewerkt (5 codes), er is een stappenplan bij euthanasievragen...

### **Non-conformiteit**

- Er is in het ziekenhuis geen strikte scheiding van patiëntenstromen, ambulanten en gehospitaliseerden. De infrastructuur laat dit momenteel niet toe. Daarnaast kruisen ook bezoekers en gehospitaliseerden elkaar op veel plaatsen in het ziekenhuis (bv. centrale verbindingsgang campus Wilgenstraat).

### **Tekortkomingen**

- 8 jaar na de erkenning van de fusie is de fusie onvoldoende gerealiseerd. De ziekenhuiscampus te Menen lijkt eerder autonoom te functioneren t.a.v. de campussen te Roeselare. Voorbeelden hiervan zijn o.a.:
  - Officieel zijn er medische diensthoofden. Deze artsen werken bijna allemaal uitsluitend op de campussen in Roeselare en oefenen hun functie niet uit in Menen. Daar wordt gewerkt met “contactpersonen”, dit zijn officieuze diensthoofden te Menen met verstrekkende autonomie.
  - Er is een overkoepelende hoofdverpleegkundige aangesteld voor sterilisatie, maar in Menen kan hij bij gebrek aan enig personeelslid zijn verantwoordelijkheid niet uitoefenen. Het personeel dat daar instaat voor de sterilisatie is het onderhoudspersoneel, en dat valt zelfs niet onder het verpleegkundig departement.
  - Er zijn twee aparte dagziekenhuiscomités. In Menen doet dit comité ook dienst als OK-commissie, maar het medisch diensthoofd van het operatiekwartier was hierin de laatste 8 jaar niet steeds vertegenwoordigd, wel de lokale contactpersoon;
  - Psychiatrische patiënten die zich in Menen aanbieden worden gezien door consulenten uit het Psychiatrisch Centrum O.L.V. van Vrede. Er is geen overleg tussen hen en hun collega’s te Roeselare. Er zijn ook zo goed als geen verwijzingen vanuit Menen naar de A-dienst te Roeselare of omgekeerd.
  - De 2 apothekers te Menen draaiden tot zeer recent niet mee in de wachtdienst van de apothekers te Roeselare en vice versa. Substitutie van niet-formulariummedicatie wordt verschillend toegepast. Overleg tussen de twee groepen van apothekers was er tot op heden amper, pas in 2009 werd gemeenschappelijk overleg opgestart. Door de sluiting van de campus Bruggestraat worden de apotheekactiviteiten



nu geconcentreerd in Roeselare (met behoud van een beperkte basisactiviteit op de campus Rijselstraat), waarbij een rotatiesysteem voorzien wordt tussen alle apothekers waarbij minstens 1 apotheker in Menen aanwezig zal zijn en waarbij een volledig gezamenlijke wacht zal worden uitgewerkt.

- De betrokkenheid van personeelsleden uit Menen bij het comité Riskmanagement is duidelijk minder groot.
  - Slechts 1 keer per jaar is er overleg tussen de 2 materniteiten. Het borstvoedingsbeleid is in de praktijk sterk verschillend.
- Momenteel is de apotheek onvoldoende betrokken bij het beleid van het ziekenhuis, wat een invloed heeft op de werking van de apotheek. Zo loopt men soms achter de feiten aanloopt of heeft men geen inspraak gekregen bij het nemen van bepaalde beslissingen. Het is belangrijk om een systeem uit te werken waardoor de apotheek rechtstreeks en voldoende betrokken wordt bij het beleid.
  - Het fixatiebeleid staat nog niet op punt.  
Een visie op fixatie is uitgeschreven, maar deze visietekst kan op sommige punten nog verder worden uitgewerkt. Zo ontbreekt om te beginnen een grondige uitwerking van indicaties en contra-indicaties: verschillende items (bv. wegloupedrag) zijn weinig of niet uitgewerkt, of zijn in feite pseudo-indicaties (bv. valpreventie).  
Los daarvan bestaat er een procedure “fixatie van de geesteszieke”, die werd uitgewerkt door en enkel van tel is voor de spoedgevallendienst in de Wilgenstraat en de A-dienst. Deze procedure, die enkel voorziet in een 5-puntsfixatie, al dan niet samen met chemische fixatie, blijkt in de praktijk niet te worden toegepast. Immers, “de mogelijkheid tot afzonderen bestaat op spoedgevallen, maar wordt zelden gebruikt. Er wordt meer geopteerd om de patiënt te sederen en op te volgen in een ziekenhuisbed dan in de afzonderingskamer”.  
Artsen blijken in de praktijk nog een te beperkte rol op te nemen bij fixatie en isolatie: ze komen vaak niet eens ter plaatse, maar worden (al dan niet achteraf) telefonisch op de hoogte gebracht. Isolatieregisters bevatten vaak geen autorisatie door een arts en worden vaak onvoldoende ingevuld (geen einddatum of einduur, beperkte observatiegegevens, reden voor isolatie is niet steeds te achterhalen...).
- Verder blijkt dat in het ziekenhuis:
- Chemische fixatie en voorzettafels niet beschouwd worden als fixatie;
  - Wordt gefixeerd met een bedgordel, of enkel beide polsen (i.p.v. minimum een 3puntsfixatie), wat een risico inhoudt;
  - Richtlijnen i.v.m. het juiste gebruik van fixatiemiddelen in de procedure zijn opgenomen, maar dat vorming hieromtrent nog niet werd georganiseerd;
  - Alternatieven voor fixatie in de procedure beschreven worden maar dat deze niet gekend zijn op de afdelingen en ondermeer daardoor niet worden toegepast. Op het patiëntendossier is er geen plaats om te noteren welke alternatieven/risico's met de familie besproken werden;
  - Evaluatiemomenten dagelijks zouden moeten gebeuren, terwijl nazicht van een dossier liet zien dat er in 12 dagen geen enkele evaluatie was gebeurd;
  - De nochtans duidelijk uitgeschreven richtlijnen voor verhoogd toezicht tijdens de fixatie (minimaal 1x/uur, items van observatie...) niet worden toegepast;
  - Isolaties vaak lang duren (een vijftal duurden een week).

Er is desalniettemin al heel wat werk geleverd op het vlak van de visie op isolatie en fixatie. Voor de implementatie van deze visie wordt voorzien in een aantal bijscholingen,

maar op het moment van de audit bleek de implementatie van de richtlijnen en de correcte toepassing ervan, nog onvoldoende.

- Op alle afdelingen werd een groot tekort aan bergruimte vastgesteld: materiaal wordt er opgeslagen in allerhande hiervoor ongeschikte ruimten (badkamers, publieke traphallen). Vaak wordt vuil en proper materiaal samen opgeslagen.
- Op dit moment is het zorgendossier erg versnipperd en onoverzichtelijk. Alle disciplines (met uitzondering van ORL en oftalmologie) beschikken over een ziekenhuisbreed elektronisch medisch dossier, maar sommige artsen werken daarnaast toch nog met een papieren dossier. Verpleegkundigen hebben een papieren dossier. De andere zorgverstrekkers (kinesitherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten...) noteren vaak in een eigen dossier dat op de verpleegafdeling niet voorhanden is. Het zorgendossier dient multidisciplinair opgevat te worden. Verslagen van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen dienen hierin ook verwerkt te worden, bij voorkeur op een speciaal hiervoor voorzien document.
- Het medicatiedistributiesysteem dient herzien te worden in het kader van risicomanagement. De voornaamste risico's op fouten in de medicatiedistributie in dit ziekenhuis zijn:
  - Blanco voorschriften worden vooraf ondertekend en afgestempeld door de artsen;
  - De flow chart van de medicatiedistributieprocedure voorziet in aflevering van medicatie via e-mail;
  - De medicatie wordt voor 24 uur klaargezet;
  - Er werden halve pillen teruggevonden in de klaargezette medicatie, wat de identificatie onmogelijk maakt bij toediening;
  - Medicatieschema's worden niet steeds geautoriseerd door de arts;
  - Niet toegediende medicatie wordt omcirkeld, de reden waarom de medicatie niet werd toegediend wordt niet vermeld;
  - Medicatie werd in koelkasten aangetroffen samen met voedingsmiddelen (wijnflessen, patiëntenmaaltijden) en lege bloedzakken;
  - Er is nog geen volledige uniformiteit inzake chemotherapievoorschriften en -schema's.
  - Medicatieorders zijn niet steeds getekend.
  - De narcotische stockkaarten worden als naschriften gebruikt. Bovendien worden ze soms maar ingevuld na het opbruiken van de stock;
  - Er bestaat geen sluitend systeem van stockcontrole voor de narcotische analgetica. Op meerdere plaatsen strookte de stock niet met de vooropgestelde voorraad (15 ampullen Dipidolor® theoretische stock versus 10 ampullen effectief aanwezig, 1 klever Durogesic® versus 2 in stock, 8 ampullen morfine® versus 4 in stock). De voorschriften van deze narcotische medicatie waren daarenboven geen van allen afgetekend door de arts.
  - Vooraf getekende voorschriften worden bij ontslag opgesteld door verpleegkundigen, waarbij soms medicatie gesubstitueerd wordt.
  - Thuismedicatie bevindt zich soms bij de patiënt op de kamer waarbij de patiënt zelf instaat voor de inname. Hiervoor ontbreken de medische orders;
  - De temperatuur van sommige koelkasten waarin men medicatie bewaart, wordt manueel wekelijks geregistreerd op de afdelingen. Er bestaat geen procedure bij afwijkende temperaturen die beschrijft wat er met de medicatie dient te

gebeuren. Tijdens de audit bleek er op een dag een waarde van 12°C afgelezen te zijn. De reden hiervoor was dat de koelkast niet meer aanstond, maar men kon niet achterhalen sinds wanneer. Men heeft de koelkast aangezet en de medicatie verder gebruikt.

- Bij controle van afdelingsvoorraden werden er medicatie en verzorgingsproducten teruggevonden die vervallen waren (Flammazine® vervallen 1/2008, Confosept 10/2007...). In samenspraak met de apotheek dient men een betere procedure te ontwikkelen die bepaalt wie en wanneer de controle op vervaldata uitvoert;
  - In de koelkast werden twee – nagenoeg lege – tubes Flammazine® aangetroffen die bewaard werden na gebruik bij een patiënt. Daarenboven bleek er geen nieuwe tube aanwezig te zijn, terwijl dit volgens de verpleegkundige toch deel uitmaakt van de afdelingsvoorraad;
  - Er zijn op sommige afdelingen maar 2 momenten van medicatietoediening: een voor de medicatie van 8u-12u -14u en een voor die van 16u -18u- 20u. Bij deze bedeling wordt alle medicatie reeds afgetekend als toegediend;
  - Aftekening van toegediende medicatie gebeurt niet steeds, en gebeurt niet steeds met initialen, waardoor de toediening niet traceerbaar is;
  - Op de recipiënten waarin de klaargezette medicatie bewaard wordt, is er een schema aangebracht van de te nemen medicatie. Wijzigingen moeten manueel worden overgeschreven, wat de kans op fouten vergroot;
  - Er zijn ampullen KCl aanwezig in de afdelingsvoorraad.
  - Resten van medicatie worden na gebruik bewaard voor een volgende toediening (Perfusalgan® en Amukin®) waarbij de niet steriel rubberen stop opnieuw geperforeerd wordt. In het geval van Perfusalgan was dit met een insteekpunt van een burette (Menen). Er zijn geen richtlijnen van de apotheek en van het comité ziekenhuishygiëne hieromtrent.
  - Medicatie wordt na ontslag van de patiënt bewaard op dienst wanneer het gaat om patiënten die regelmatig worden opgenomen. Er zijn hierover geen afspraken met de apotheek (Menen);
  - Het toedienen van de medicatie is geen onderdeel van de patiënttoewijzing. Hierdoor gebeurt het dat verpleegkundigen medicatie toedienen aan patiënten waarvoor ze niet verantwoordelijk zijn en waarbij ze geen zicht hebben op de actuele toestand (Menen);
  - Op moment van de audit werden resten van medicatie die bewaard werden voor een volgende toediening teruggevonden in het bakje van een verkeerde patiënt. Het ging om Dalacin® (Roeselare);
  - Medicatie voor IV toediening wordt vooraf opgetrokken in een spuit: Heparine® en Dalacin® (Roeselare), Adrenaline (Menen);
  - Bij “medicatie zo nodig” ontbreekt vaak de dosis, de maximaal cumulatieve dosis en het minimum tijdsinterval;
  - Start en stopdatum ontbreken op het medicatieschema.
- Tijdens de audit werden verschillende zorgverleners gezien die nog horloges en juwelen droegen, hoewel het beleid rond handhygiëne dit niet toelaat. Het blijft belangrijk de toepassing van richtlijnen inzake handhygiëne consequent op te volgen.
  - De architectuur is sterk verouderd en voldoet niet meer aan de huidige normen inzake comfort.

- Vrijwilligers dragen geen persoonsidentificatie, wel een verpleegschort. Dit kan voor verwarring zorgen.

### **Aanbevelingen**

- Het opstellen en uitwerken van jaarverslagen en beleidsplannen per dienst, functie en zorgprogramma, die multidisciplinair worden geëvalueerd, gebeurt in dit ziekenhuis nog in zeer beperkte mate.  
Deze momenten van kritische terugblik, waarin zowel positieve als negatieve opmerkingen aan bod kunnen komen, kunnen de basis vormen voor een verder beleid van permanente verbetering.
- Het terugkoppelen van beleidsinformatie naar de afdelingen is nog beperkt, en niet steeds aangepast aan de behoeften. Om de hoofdverpleegkundigen beter te ondersteunen in hun managementfunctie bevelen wij aan om dit verder uit te werken.

## 4 Medisch beleid

---

### Algemene vaststellingen

- De hoofdgeneesheer is voor onbepaalde duur aangesteld sinds 1 januari 2008 voor 6 halve dagen per week.
- De hoofdgeneesheer wordt bijgestaan door een voltijdse arts-stafmedewerker die zich toelegt op kwaliteit, gezondheidsinformatie en erkenningen. Hij beschikt ook over administratieve ondersteuning van het directiesecretariaat, zoals de andere directieleden.
- De hoofdgeneesheer neemt als adviserend lid deel aan de gehele vergaderingen van de raad van bestuur.
- De 13 leden van de medische raad werden verkozen in 2007. De medische raad vergaderde 12 maal in 2008, met verslaggeving. Ze maakten ook een jaarverslag van hun werking. De hoofdgeneesheer wordt soms uitgenodigd, afhankelijk van de agendapunten. Alle artsen-stafleden hebben toegang tot de verslagen.
- Er zit geen vertegenwoordiger van de medische raad in de vergaderingen van de raad van bestuur, maar maandelijks worden hun adviezen wel toegelicht.
- Er zijn 162 artsen-stafleden werkzaam in het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, naast 29 toegelaten artsen en 22 GSO's. De medische disciplines zijn in de praktijk niet gegroepeerd in clusters. Men werkt in een klassiek departementaal systeem. Er is jaarlijks een algemene vergadering. De hoofdgeneesheer vergadert 2 maal per jaar met alle diensthoofden.
- De financiële commissie vergaderde 1x in 2008. Er is daarnaast geen afzonderlijk POC.
- De hoofdgeneesheer is een halve dag per week fysiek aanwezig op campus Menen en beschikt daar over een bureau.

### Sterke punten

- De poliklinische activiteit in Roeselare is nagenoeg volledig geïntegreerd in de ziekenhuiswerking, waardoor de artsen-stafleden quasi geen privé-consultaties buiten de sites houden en dus gedurende zeer veel tijd beschikbaar zijn binnen het ziekenhuis. Hun werking kan zo ook optimaal georganiseerd en gecoördineerd worden door de hoofdgeneesheer, de diensthoofden en de medische raad.
- Maandelijks vergadert het bureau van de hoofdgeneesheer met het oog op een betere werking van het medische departement. In deze denktank zetelen naast de hoofdgeneesheer en de algemene directeur ook de diensthoofden van de grote diensten, de contactpersonen uit Menen en de voorzitter van de medische raad. Er is verslaggeving van deze vergaderingen.

- Voor verschillende disciplines wordt een hoge professionaliteit nagestreefd. Het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen heeft voor enkele speerpuntactiviteiten een sterke reputatie en oefent een supraregionale aantrekkingskracht uit (o.a. voor neurochirurgie, cardiologie-cardiochirurgie, oncologie). Het ziekenhuis is een teachinghospital dat de opleiding van vele GSO's kan verzekeren. Verschillende artsen zijn bedrijvig op wetenschappelijk vlak of houden zich bezig met vorming. Men kan een degelijke lijst met publicaties, voordrachten en deelname aan congressen voorleggen.
- De hoofdgeneesheer en enkele medische diensthoofden volgden een erkende opleiding in ziekenhuismanagement.
- De medische raad is actief bezig met het beleid. Niet alleen behandelden ze in 2008 meer dan 100 onderwerpen en leverden ze heel wat adviezen aan de raad van bestuur, maar ze nemen, zoals de hoofdgeneesheer, ook deel aan verschillende comités die zich bezighouden met de verbetering van de organisatie van het ziekenhuis en de kwaliteit van de medische zorg (Risk Management, klachtencommissie...).
- Associatievorming wordt sterk aangemoedigd door het beleid (DC, RvB, MR). Nieuw aan te werven artsen dienen zich te verbinden aan de bestaande associatie van de betreffende discipline. Er is financiële solidariteit door pooling.
- Men beschikt over een uitstekend protocol voor therapeutische codering.

### **Non-conformiteit**

- Medicatie wordt voorgeschreven door verpleegkundigen op vooraf ondertekende en afgestempelde voorschriften. Daarnaast werd vastgesteld dat medicatie soms door verpleegkundigen wordt toegediend zonder geldig medisch order. Sommige artsen geven mondelinge orders, die achteraf niet geautoriseerd worden. Indien verpleegkundigen het voorschrift overschrijven o.v.v. een medicatieschema in het verpleegdossier, moet ook dit schema door een arts gevalideerd worden eer de medicatie mag toegediend worden aan de patiënt. Het voorschrijven van medicatie is een medische handeling. Voor courante medicatie kan een staand order opgesteld worden (bv. hoofdpijn, koorts...).
- Er werd voorafgaand aan de audit software aangekocht voor geneesmiddelenvoorschrift en distributie (met login), maar dit moet nog geïmplementeerd worden.

### **Tekortkomingen**

- De integratie van het medische departement tussen de twee campussen in Roeselare en die in Menen is onvoldoende gerealiseerd. Voor verschillende disciplines is de samenwerking tussen Menen en Roeselare nog pover of onbestaande. Toch zijn reeds inspanningen geleverd. Zo
  - wordt de dienst radiologie wordt ingevuld door de radiologen van de campussen te Roeselare in een beurtrol, naast de continue aanwezigheid van een vaste radioloog op de campus Rijselstraat;

- werd een fulltime uroloog van de campus Rijselstraat opgenomen in de groep chirurgie van de site Roeselare;
  - zijn 5 van de 6 internisten van de campus Rijselstraat opgenomen in de groep van de dienst Interne site Roeselare, met pooling van de honoraria;
  - is 1 van 2 orthopedisten van de campus Rijselstraat opgenomen in de groep chirurgie site Roeselare, met pooling van alle honoraria. Eén orthopedist site Roeselare is reeds parttime werkzaam in de site Menen, en vanaf sept 09 wordt dit uitgebreid naar 4 orthopedisten van de site Roeselare;
  - werken 4 stafleden anesthesie van de site Roeselare zowel op de campus Rijselstraat als op de campussen te Roeselare, en vervullen samen zodoende een FTE te Menen.
- Vele procedures verschillen binnen eenzelfde specialisme per arts.
    - Binnen chirurgie zijn er verschillen zowel qua materiaal als qua voorbereiding van de patiënt en post-operatief beleid voor eenzelfde ingreep.
    - Er is geen overeenstemming tussen de artsen onderling over wat de behandelwijze is bij een bepaalde pathologie. Patiënten worden soms gezien door één arts van een bepaalde discipline die alle patiënten toert, waarbij hij / zij de therapie bijstuurt waar nodig. Later diezelfde dag komt de eigen (behandelende arts) nog eens langs, die dan opnieuw wijzigingen aanbrengt in de behandeling.

In een ziekenhuis moet de medische activiteit zo georganiseerd worden dat ze in optimale voorwaarden kan geschieden. Dit houdt ondermeer in dat de nodige onderlinge afspraken gemaakt worden om zorgprocessen zoveel mogelijk te uniformiseren, met oog op een zo laag mogelijk risico op fouten bij de behandeling en verzorging. Dit weliswaar met respect voor de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, waarbij de arts omwille van patiëntgebonden redenen in individuele gevallen van de gemaakte afspraken kan afwijken.

- De tijd die de hoofdgeneesheer aan zijn functie kan besteden, is te beperkt voor een ziekenhuis van deze grootte. Men plant wel om vanaf 1/5/2011 de functie tot een fulltime uit te breiden.
- Er is was in 2008 slechts twee maal formeel overleg tussen de hoofdgeneesheer en de apotheek.
- De medische activiteit is nog onvoldoende gestructureerd en te weinig geïntegreerd in de totale ziekenhuisactiviteit:
  - Aspecifieke structurering van het medische departement met diensthoofden te Roeselare en contactpersonen te Menen, al dan niet campusoverschrijdende of afwezige samenwerkingsverbanden binnen disciplines;
  - Het medische departement (vertikaal) is niet gesynchroniseerd met het zorgdepartement (clusterlogica/"polen");
  - Er zijn al op heel wat, maar nog niet op alle diensten medische jaarverslagen. Deze kunnen inhoudelijk nog beter uitgewerkt worden: soms bevatten ze geen cijfers, soms enkel cijfers en tabellen zonder analyse of bespreking;
  - Er bestaat geen gedetailleerd medisch beleidsplan op ziekenhuisniveau. Strategische, op elkaar afgestemde beleidsplannen van de verschillende disciplines ontbreken, wat de ontwikkeling van een gefundeerde toekomstvisie bemoeilijkt;

- Onvoldoende (deelname aan) multidisciplinaire vergaderingen en patiëntenbesprekingen. Het voorkomen ervan is sterk afhankelijk van de dienst en/of de campus;
- Verschillende disciplines, soms ook binnen een discipline, werken met aparte medische dossiers, deels op papier, deels elektronisch. Er zijn ook verschillen qua medische dossiers tussen de verschillende campussen;
- Er zijn onvoldoende afspraken op de verpleegafdelingen betreffende zaalrondes of sommige artsen houden zich niet aan de afspraken;
- Onvoldoende gestructureerd overleg binnen het medische departement (bv. povere samenwerking van sommige disciplines) en met de andere departementen.
- Het wantrouwen en de vooroordelen tussen de collega's uit de voormalige fusieziekenhuizen is binnen vele disciplines nog groot.
- Er wordt erg weinig gebruik gemaakt van staande orders en gevalideerde medische procedures;
- Het geriatrische beleid is nog te weinig ziekenhuisbreed doorgevoerd;
- Onvoldoende harmonisering van zorgprocedures binnen medische disciplines.

De medische functie ("cure") is onvoldoende geïntegreerd met de zorg- en hotelfunctie ("care") van het ziekenhuis. Het is uitermate belangrijk dat alle artsen in hun werking deel uit maken van de ziekenhuisorganisatie als één geheel. Het oude denkbeeld van een ziekenhuis als facilitair bedrijf, waar artsen hun patiënten konden behandelen en laten verzorgen, dient te worden vermeden.

- Er is onvoldoende gestructureerde toetsing van de medische kwaliteit van de kritieke diensten. Op sommige diensten gebeuren er wel registraties, maar is de hoofdgeneesheer hiervan onvoldoende op de hoogte of wordt er weinig met de gegevens gedaan.
- Het medische reglement dient per dienst specifiek verder te worden uitgewerkt door de medische diensthoofden. Hierin kunnen bv. afspraken opgenomen worden betreffende zaalrondes en inter-professioneel overleg. In het maken van dergelijke afspraken is een gestructureerd overleg onontbeerlijk en dient een zekere flexibiliteit en discipline aan de dag te worden gelegd door de artsen.
- Er werd geen specifiek psychiatrisch opnamebeleid ontwikkeld voor volwassenen op ziekenhuisniveau.  
Heel wat psychiatrische patiënten komen op de afdelingen interne en heelkunde terecht waar zij geen specifieke psychiatrische zorg krijgen (geen psychiatrisch verpleegkundigen, geen vorming van de zorgequipe rond agressie, suicide, frequente ziektebeelden, geen architecturale aanpassingen - isolatiekamer, geen uitgewerkte zorgprogramma's, wisselende ondersteuning van psychologen, ergotherapeuten en kinesisten...).
- Het uitwerken van het opnamebeleid voor volwassen psychiatrische patiënten is dan ook nodig. Het lijkt hierbij aangewezen dat alle disciplines die bij de zorg van dergelijke patiënten betrokken worden en alle kanalen langs waar deze patiënten zich aanbieden vanuit een gemeenschappelijke visie tot concrete afspraken bij opname zouden komen.
- Het opnameprofiel van de geriatrische patiënten is onvoldoende afgelijnd. Men dient voor de betrokken verpleegafdelingen patiëntgerelateerde opnamecriteria en exclusiecriteria te beschrijven, deze op elkaar af te stemmen en intern en extern te communiceren naar verwijzers.



- Artsen zijn nog onvoldoende betrokken bij het beleid van incidentmeldingen. Enerzijds zijn er nagenoeg geen meldingen door artsen, anderzijds zijn de artsen nog te weinig betrokken bij de analyses van incidenten.

### **Aanbevelingen**

- Sinds dit jaar is 52% van de artsen-stafleden van H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen gedeconventioneerd (ter vgl. Belgische gemiddelde is ongeveer 25%). Advies om de financiële toegankelijkheid blijvend te bewaken.
- We bevelen aan om voor alle medische diensthoofden een opleiding betreffende management, kwaliteit, communicatie en het omgaan met klachten te organiseren. Wil men een daadwerkelijke betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van het artsenkorps bekomen voor de organisatie en beleid van de zorgverlening, dan dient de participatie van de artsen aan het inhoudelijke management van het ziekenhuis te worden geïntensifieerd. We bevelen in dit kader aan om een bijkomend aantal artsen te stimuleren om een opleiding ziekenhuismanagement te volgen. Het lijkt ook zinvol dat de hoofdgeneesheer een volledig zicht verwerft op de permanente vorming van de artsen. Zo kan objectiever gestimuleerd en bijgestuurd worden waar nodig.
- De hoofdgeneesheer heeft geen zicht op het aantal en de functie van de personeelsleden die privé door artsen tewerkgesteld worden in het ziekenhuis en evenmin op de plaats waar ze werken (consultaties, OK). Het gaat zowel om administratief als om zorgverlenend personeel. De geplande invoering van het contract “werken met derden” is een gelegenheid om orde te scheppen in deze situatie.
- Aanbeveling om meer gestructureerd overleg te organiseren tussen de hoofdgeneesheer en alle geneesheren-diensthoofden. In 2008 werd dit 2 maal georganiseerd. Dit lijkt ons belangrijk om het beleid binnen de verschillende disciplines optimaal op elkaar af te stemmen. Er wordt een medisch investeringsplan opgemaakt voor één jaar. We bevelen aan een geïntegreerd medisch investeringsplan op te stellen met een tijdshorizon van minstens drie jaar.
- Gezien de actuele schaarste van goed opgeleide specialisten op de arbeidsmarkt is het aantrekken van bijkomende artsen geen sinecure. Voor de campus in Menen staan 2 vacatures (neuroloog, cardioloog) voor artsenspecialisten al meer dan 6 maanden open. Samenwerking in organisatorisch en financieel associatieverband met solidariteit tussen de verschillende specialiteiten, een competitief afdrachtenregime en de mogelijkheid tot persoonlijke professionele ontwikkeling en carrière, zijn troeven die de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis voor nieuwe artsen verhogen. Het bevordert eveneens de onderlinge afstemming en de integratie in de ziekenhuisorganisatie als één geheel. Aanbeveling om dit voor het ganse fusieziekenhuis verder uit te breiden.

- Het gestructureerde overlegplatform tussen het ziekenhuis en de huisartsen vergaderde vorig jaar één keer. Gezien de inhoud van de notulen kan men zich de vraag stellen of deze lage frequentie tegemoetkomt aan de noden. Verschillende vragen en verzuchtingen die hierin geformuleerd werden nopen toch tot een regelmatige evaluatie en een nieuwe stand van zaken. De gemaakte afspraken zouden best ook formeel worden neergeschreven, bv. onder vorm van een afsprakennota.

## 5 Verpleegkundig beleid

---

### Algemene vaststellingen

- De verpleegkundig directeur is directeur van het zorg- en paramedisch departement. Tot het middenkader behoren dienstoversten en stafmedewerkers. Het zorgdepartement is ingedeeld in een aantal clusters (o.a. zorgprogramma's, medisch technische diensten, dienst patiëntenbegeleiding en onthaal) die door de dienstoversten worden geleid.
- De verpleegkundige directeur is samen met de algemeen directeur en met de dagelijks verantwoordelijke van het Woon- en zorgcentrum Westerlinde verantwoordelijk voor de organisatie, uitwerking en opvolging van de reglementering van het Woon- en zorgcentrum.
- Naast de referentieverpleegkundigen (bv. geriatrie, hef en til) die op de verpleegafdeling hun ondersteuning aanbieden, zijn er ook verpleegkundige experts (bv. pijn, diabetes, borstkliniek) en clinical nurse specialisten (bv. urologie, neurochirurgie, wondzorg, decubitus en valpreventie) die overkoepelend voor alle verpleegafdelingen werken en hiervoor tijd krijgen vrijgesteld.

### Sterke punten

- Verpleegkundigen in vast nachtdienstverband moeten per jaar 2 dagen (1 week/3 jaar) dagdienst presteren. De verpleegkundige formuleert op een gestandaardiseerd formulier voor deze dagen doelstellingen in overleg met de hoofdverpleegkundige. Om de twee jaar is er een verplicht overlegmoment, waar het accent vooral ligt op doorgeven van informatie. De nachtverpleegkundigen zijn tevens aanwezig op de dienstvergaderingen.
- Naast het verpleegkundig jaarverslag is er een verpleegkundig-paramedisch beleidsplan 2009 opgesteld volgens het EFQM-model. Doelstellingen met tijdsindicatie werden duidelijk omschreven.
- Om beter na te gaan hoe de zorg binnen een afdeling georganiseerd wordt, heeft de stafmedewerker Zorg observatiemomenten ingelast op alle diensten. De observatieverslagen vormen de basis om een nieuwe dagindeling voor te stellen met als doel een efficiëntere inzet van middelen en het aanbieden van goede zorg te bewerkstelligen. Zo wordt een constant verbeteringsproces op gang gebracht.
- Om een eenduidige werking te bevorderen maakt men gebruik van een groot aantal gestandaardiseerde documenten (VTO, doelstellingen nachtverpleegkundigen, verslag van audit...).
- De integratie binnen het verpleegkundige -, paramedisch departement is aanwezig, er is duidelijk één structuur met daarin verschillende clusters.

## Non-conformiteiten

- Er is op het moment van de audit een normatief personeelstekort:
  - Palliatieve eenheid: tekort van 0,65 VTE verpleegkundigen
  - Geriatrie: G1: tekort van 0,5 VTE paramedici  
G2: tekort van 0,9 VTE paramedici  
G3: tekort van 0,5 VTE paramedici
  - Spoedgevallen Menen : tekort van 4,3 VTE
  - Pediatrie (0,5 VTE spelbegeleiding in Menen en 0,2 VTE psychosociale begeleiding in Roeselare)
- Het hoofd van het verpleegkundig departement is volgens de norm rechtstreeks verantwoordelijk voor de organisatie en de coördinatie van de verpleegkundige verzorging voor alle diensten van het H.-Hartziekenhuis te Roeselare en te Menen. In het ziekenhuis werken er echter een aantal privé-verpleegkundigen (in het operatiekwartier en op de poliklinieken). Deze verpleegkundigen vallen momenteel enkel en volledig onder de verantwoordelijkheid van de arts die hen in dienst heeft. De verpleegkundig directeur heeft geen zicht op hun diploma's, functioneringsgesprekken en gevolgde vorming. De brief opgesteld door de directie om geneesheren erop te wijzen dat enkel verpleegkundigen verpleegkundige activiteiten (technisch verpleegkundige prestaties en medisch toevertrouwde handelingen) mogen uitvoeren en dat de verantwoordelijkheid en eventuele aansprakelijkheid bij de artsen ligt, kan de verpleegkundig directeur niet ontslaan van zijn verantwoordelijkheid .
- Er wordt niet op alle afdelingen consequent aan zorgplanning gedaan. Het is aangewezen om de zorg op de kamer en in overleg met de patiënt te plannen. Zorgplanning is een belangrijk gegeven in de continuïteit van zorgverlening. Zorgplanning in overleg met de patiënt 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.

## Tekortkomingen

- De positie van de paramedici binnen de organisatie is onvoldoende duidelijk. Op sommige diensten geeft de hoofdverpleegkundige leiding aan de paramedici (conform het functieprofiel van de hoofdverpleegkundige), op andere diensten (o.a. revalidatie) is er een diensthoofd kine met de leiding over de paramedici. Functioneringsgesprekken worden gevoerd door het diensthoofd kine. Van dit diensthoofd is er geen functieprofiel opgemaakt. Minimaal dient de hiërarchische weg inzake communicatie top-down en bottom-up duidelijk te worden weergegeven.
- Er zijn veel informele contacten tussen de verpleegkundige directie en de hoofdgeneesheer ondermeer via allerhande vergaderingen, maar geen gestructureerde formele contacten tussen beiden met verslag. Kunnen terugvallen op een verslag kan de opvolging van gemaakte afspraken (bv. i.v.m. zaalrondes) ten goede komen.
- Volgende functies dienen nog correct opgenomen te worden in het organogram:
  - Begeleider(s) (her)intreders

- Coördinator vrijwilligers
  - Team Zorgondersteuning
  - Verpleegkundigen polikliniek
- Niet op alle hospitalisatie afdelingen zijn er afspraken in verband met zaalrondes of worden de gemaakte afspraken niet steeds gerespecteerd. Op sommige afdelingen (bv. D4, C-dienst Menen) toeren artsen op allerhande momenten van de dag (bv. soms tot 21u00). Goede afspraken omtrent zaalrondes die haalbaar zijn voor alle partijen, zouden de verpleegkundigen kunnen toelaten om de zorg voor de patiënt optimaler te plannen.
  - Uit gesprekken en uit de vormingslijsten per afdeling blijkt dat het vormingsbeleid ontoereikend is. Volgens een eigen opgelegde norm moet elke verpleegkundige, zorgkundige en paramedici verplicht jaarlijks gemiddeld 8u bijscholing volgen. Tijdens de audit werd vastgesteld dat deze norm op heel wat afdelingen niet bereikt wordt. De hoofdverpleegkundigen kunnen opvragen hoeveel vorming hun medewerkers gevolgd hebben, maar dit gebeurt nu nog zelden. Onder andere daardoor worden personeelsleden die minder dan 8 uur vorming volgen, hierop niet aangesproken. Verder kan men regelmatig de geplande vorming niet volgen door een gebrek aan personeel op de dienst en zijn het vaak dezelfde verpleegkundigen die opleiding volgen. Enkel bij de permanente vorming die nodig is om een BBT te behouden, krijgen de personeelsleden actief terugkoppeling van het aantal uren gevolgde vorming. We bevelen aan breder gebruik te maken van individuele vormingsfiches om een duidelijk overzicht te houden op de reeds gevolgde vorming. Verder dienen ook de hoofdverpleegkundigen voldoende zicht te hebben op de vorming van hun medewerkers.
  - Niet op elke afdeling slaagt men erin om jaarlijks met alle medewerkers een functioneringsgesprek te houden. Men dient voor elke dienst functieomschrijvingen op te stellen en te werken met competentieprofielen met duidelijke doelstellingen en objectieve criteria, met aandacht voor functiedifferentiatie. Dit kan een basis zijn voor de functioneringsgesprekken.

## **Aanbevelingen**

- We bevelen aan om regelmatig te controleren of de bestaande procedures correct worden uitgevoerd.
- Er wordt geadviseerd om op alle afdelingen frequenter afdelingsvergaderingen te houden (op de meeste afdelingen 1, wat vooropgesteld staat in het functieprofiel van de hoofdverpleegkundig), teneinde een adequate communicatie tussen verplegend en verzorgend personeel, hoofdverpleegkundigen en middenkader toe te laten. Tevens advies om na te gaan of informatie top-down alle medewerkers bereikt.
- Aanbeveling om een procedure voor disfunctionerende medewerkers op te stellen.
- Aanbeveling om in het kader van HRM een globale medewerkersbevraging uit te voeren.
- Aanbeveling om na te gaan of het voor alle hoofdverpleegkundigen duidelijk is wat een zorgkundige mag doen, wanneer en hoe. Dit in het kader van het ABC van de technische verpleegkundige prestaties.

## 6 Kwaliteitsbeleid

---

### Algemene vaststellingen

- Het kwaliteitsbeleid krijgt binnen het ziekenhuis structuur door de kwaliteitscoördinator en de stuurgroep QS en het comité Risk management, beide overleggroepen met vertegenwoordiging van directie. De kwaliteitscoördinator is tevens coördinator van de erkenningen en van het iVIM (veiligheidsincidentmeldingssysteem). De kwaliteitscoördinator is arts van opleiding wat de communicatie met en tussen artsen omtrent kwaliteitsprojecten kan faciliteren.
- De voorbereiding, organisatie en praktische uitwerking van ideeën en plannen gebeurt in eerste instantie door de kwaliteitscoördinator en een stafmedewerker van de directeur verpleging (binnenkort start een nieuwe stafmedewerker (van de verpleegkundig-directeur) voor de verdere uitbouw en opvolging van het elektronisch meldingsysteem en het elektronisch voorschrift). Deze samenwerking verloopt vlot. Het takenpakket en de tijdsbesteding worden zowel door de coördinator als door de stafmedewerker als positief ervaren.
- Er werd gekozen voor volgende verbeterprojecten:
  - De klinische performantie:
    - Project decubitus
    - Project reductie van het volume radiografisch contrastmiddel op CT zonder kwaliteitsverlies.
    - Project pre-activatie van het cathlab
  - De operationele performantie:
    - Project temperatuursregistratie van het voedsel in keuken en voedseldistributie
    - Risicoanalyse staalafname, distributie en verwerking klinisch laboratorium HHRM
  - Evaluatie door de gebruikers:
    - Tevredenheid van de patiënt verhogen in verband met de beloproep
    - Patiëntentevredenheidsenquêtes
  - Evaluatie door de medewerkers
    - VTO beleid in HHRM

### Sterke punten

- De kwaliteitscoördinator en de directieleden in het algemeen hebben een grote theoretische kennis van verschillende kwaliteitsmodellen en technieken en zijn in sterke mate vertrouwd met de kwaliteits- en verbetergedachte.
- Er is enthousiasme merkbaar binnen de beleidsorganen, de diensthoofden en de directeurs maar tevens ook op afdelingsniveau (cfr. vrijwillige opgave voor deelname aan interne audits) om te werken aan kwaliteit, om zijn sterktes en zwaktes te kennen en hieraan te willen verhelpen. Het ziekenhuis voorziet in een ruime vrijheid en openheid om zaken rond kwaliteitsverbetering uit te proberen.

- De coördinator en zijn medewerker hebben heel wat plannen en ideeën naar verbetering. Het uitwerken van projecten, ideeën en plannen wordt grondig voorbereid en vaak wordt vergelijkend onderzoek gedaan. Er is heel wat kennis aanwezig binnen het ziekenhuis in het uitwerken van projecten, risicoanalyses, procesbeheersing... Zo werd bv. door het labo een zeer degelijke en uitgebreide risicoanalyse opgemaakt.
- De stafmedewerker komt dagelijks op nagenoeg alle afdelingen in Roeselare, waardoor zij een rechtstreeks zicht heeft op de werking in het algemeen en de knelpunten in het bijzonder. De stafmedewerker heeft geen lijnfunctie naar de verschillende afdelingen, waardoor de gesprekken een niet bedreigend karakter hebben en de communicatie omtrent verbeterpunten evenals de opvolging ervan ten goed kunnen komen.
- Er werden binnen het ziekenhuis reeds een 9-tal interne audits uitgevoerd. Afdelingen konden initieel zich hier vrijwillig voor aanbieden. Hier werd heel enthousiast op gereageerd. De audits werden grondig voorbereid en verliepen volgens een vastgelegd patroon. Het auditteam bestond uit de kwaliteitscoördinator, de stafmedewerker kwaliteit, de directeur verpleging en een expert (meestal een hoofdverpleegkundige). Achteraf werd een globaal audit rapport opgemaakt met de gemeenschappelijke punten en een specifiek auditrapport per afdeling.
- Het ziekenhuis streeft naar een sterke beheersing en meting van kwaliteitsindicatoren.

### **Non-conformiteit**

- Er werd geen globale en volledige sterkte-zwakte analyse van de klinische performantie voorgelegd. Niettegenstaande het ziekenhuis over heel wat interne gegevens, data en indicatoren beschikt, hierbij een sterke beheersing nastreeft en inzichten koppelt aan verschillende benchmarkingstudies kan men stellen dat vooral de coördinatie en de samenspraak betreffende de algemene gegevensverzameling en analyse nog beter uitgebouwd kan worden over de verschillende departementen heen. Het is belangrijk dat het ziekenhuis ook een globaal zicht krijgt op de huidige stand van zaken inzake de klinische performantie. Hiervoor dienen de artsen zo ruim mogelijk gegevens te verzamelen welke hun medische zorg zichtbaar maken. Deze gegevens dienen het onderwerp te zijn van een sterkte-zwakte analyse, zodat knelpunten en verbeterpunten kunnen gedetecteerd worden. Het is belangrijk dat bij deze analyse zoveel mogelijk artsen betrokken worden en gemotiveerde keuzes op ziekenhuisniveau kunnen genomen worden. Het klinische aspect dient duidelijker opgenomen te worden in het kwaliteitsbeleid.

### **Tekortkomingen**

- Verschillende analyses liggen aan de basis van de projecten. Deze analyses, soms ad hoc, soms op basis van continue registraties of teruggekoppelde gegevens van de overheid, geven echter nog een te gefragmenteerd beeld van de klinische performantie. Het is belangrijk dat het ziekenhuis ook een globaal zicht krijgt op de huidige stand van zaken inzake de medische performantie. Hiervoor dienen de artsen zo ruim mogelijk gegevens te verzamelen welke deze medische zorg zichtbaar maken. Deze gegevens dienen het onderwerp te zijn van een sterkte-zwakte analyse, zodat knelpunten en verbeterpunten

kunnen gedetecteerd worden. Het is belangrijk dat bij deze analyse zoveel mogelijk artsen betrokken worden en gemotiveerde keuzes op ziekenhuisniveau kunnen genomen worden. Het klinische aspect dient duidelijker opgenomen te worden in het kwaliteitsbeleid.

- Het kwaliteitsdecreet stelt dat binnen de 4 verplichte domeinen verbeteracties moeten geselecteerd worden. Het is belangrijk dat deze verbeteracties voortvloeien uit een risicoanalyse. Deze risicoanalyses ontbreken binnen de 4 domeinen. De motivatie waarom bepaalde verbeterprojecten opgestart worden, ontbreekt bijgevolg ook. Er is wel een degelijke onderbouwing van elk kwaliteitsproject en/of initiatief op zich, maar geen motivering waarom dit nu juist het prioritair knelpunt is binnen dit ziekenhuis. Men kan stellen dat vooral de coördinatie en samenspraak betreffende de algemene gegevensverzameling en analyse nog beter uitgebouwd kan worden over de verschillende departementen heen.
- Binnen de zelfevaluatie van de medewerkers heeft men onvoldoende zicht op wat de verwachtingen, noden, behoeften en waarden zijn van de medewerkers (verpleegkundigen en artsen). Men moet een systeem introduceren waardoor deze aspecten kunnen gemeten/geïnterviewd worden. Het is op basis van deze gegevensverzameling dat gemotiveerde keuzes kunnen gemaakt worden in de verbetermogelijkheden.
- De verbeterdoelstellingen in het kwaliteitshandboek zijn niet allemaal even meetbaar opgesteld (bv.: het verbeteren van, het opmaken van...). Een aantal doelstellingen zijn meer borging dan verbeteringen.
- Momenteel beschikt men niet over een systeem, waardoor kwaliteitsprocedures, richtlijnen, afspraken... gecontroleerd worden in hun praktijkuitvoering. Het is belangrijk dat het ziekenhuis de nodige controlesystemen uitwerkt zodat garanties ingebouwd worden dat kwaliteitsprojecten ook daadwerkelijk uitgevoerd, nageleefd en gecontroleerd worden (bv.: via interne controles, observaties, inschakelen hoofden, prestatie-indicatoren...).

## **Aanbevelingen**

- Volgens het organogram wordt het comité risk management gestuurd door de stuurgroep QS. In praktijk komt deze stuurgroep ad hoc samen. In 2008 was dit 2 keer. Het comité risk management komt 1 keer per kwartaal samen, maar heeft blijkbaar dezelfde taken als de stuurgroep. Het is niet duidelijk of de stuurgroep ook voldoende sturing kan geven op deze manier. Momenteel komt de stuurgroep vooral samen voor de beslissingskracht. Het is aangewezen de taken formeler uit te werken en de praktijk hierop af te stemmen. Het is tevens belangrijk om ook de campus Rijselstraat te Menen voldoende te betrekken in het comité risk management.
- We bevelen aan om voor de gebruikers en de medewerkers de subgroepen te definiëren en hun verwachtingen, noden, behoeften en waarden te inventariseren. Deze werkwijze laat toe gemotiveerde keuzes te maken in de verbetermogelijkheden.



- Momenteel is de vraag naar ondersteuning en het invoeren van de hulp en de know-how van de kwaliteitscoördinator niet verplichtend, wat een zekere vrijheid tot ontwikkeling en opstart van projecten met zich meebrengt. Op zich is dit positief, maar door deze werkwijze is het mogelijk dat de kwaliteitscoördinator niet van alle kwaliteitsprojecten op de hoogte is. Een inventaris van alle initiatieven met een korte beschrijving van de inhoud, het stappenplan en de verantwoordelijken zou de kwaliteitscoördinator kunnen helpen in zijn rol naar ondersteuning, advisering en coördinatie van de verschillende kwaliteitsprojecten. Een dergelijk overzicht kan tevens bewaken dat gelijkaardige projecten los van elkaar opgestart worden en dat bij de uitwerking ervan dubbel en onnodig werk verricht wordt. Het is belangrijk goede ideeën ziekenhuisbreed te kunnen uitdragen. Tevens is het belangrijk dat deze lijst ook zo breed mogelijk wordt gecommuniceerd naar alle medewerkers binnen het ziekenhuis (i.f.v. bewaking, als voorbeeldfunctie, samenwerking, uitwisseling,...).
- Er zijn tal van informele contacten rond kwaliteit. Het is belangrijk regelmatig beslissingen te formaliseren.
- We bevelen aan om op regelmatige basis de vorderingen en aanpak van verbeterpunten naar aanleiding van de interne audits formeel op te volgen zodat de interne audits maximaal kunnen renderen.

## **Risicomanagement (VIM)**

### **Algemene vaststelling**

- In het jaar 2001 werd in het ziekenhuis een pilootproject uitgevoerd met betrekking tot het rapporteren van incidenten. Ondertussen heeft het ziekenhuis een structuur betreffende incidentenmanagement uitgewerkt. De definities en principes liggen vast. Een uniform incidentenformulier is ontwikkeld, de stroom van dit formulier door het ziekenhuis ligt vast en de opvolging van incidenten is bepaald. Momenteel is het nog een papieren systeem van melden. Dit papieren systeem is een log en zwaar systeem om verwerkt te krijgen met tal van mogelijke knelpunten (tijdsduur, continuïteit, doorstroming...).
- Voor het registreren van incidenten heeft het ziekenhuis recent een aangepaste software aangekocht waardoor elektronisch melden mogelijk wordt. Heel wat ideeën zullen concreet met de start van de nieuwe medewerker in mei vorm krijgen. Nu worden de incidenten opgedeeld in val, prikongeval, geweld, klinische incidenten, brand, diefstal ... De melding kan anoniem gebeuren maar verloopt altijd via de hoofdverpleegkundige.

### **Tekortkoming**

- Het zwaartepunt van de incidentmeldingen ligt nog steeds binnen het verpleegkundige departement. Het medische departement en de artsen dienen nog meer betrokken te worden in het beleid van risicomanagement (niet enkel de meldingen, maar ook bij de analyses van incidenten).
- We bevelen aan meer aandacht en inspanningen te leveren om het aantal registraties voor het medische departement te verhogen.

## Aanbevelingen

- Het invullen van een incidentenmeldingsformulier blijkt tijdsintensief te zijn voor de melder. We bevelen aan na te gaan of een meldingsformulier niet gelaagd opgesteld kan worden. We bevelen ook aan het formulier in zijn geheel kritisch te herbekijken en aan te passen in het licht van de elektronische versie. Gebruiksvriendelijkheid en duidelijkheid in de keuzes van incidentenitems zouden hierbij voorop moeten staan.
- Medicatie-incidenten op zich staan niet apart vermeld in het meldingsformulier, maar kunnen aan bod komen onder het item klinische oorzaken. We bevelen aan het thema medicatie als aparte rubriek te catalogiseren zodat medicatie-incidenten meer expliciet aandacht krijgen. We bevelen aan om de communicatie hierrond ook de nodige aandacht te geven zodat op de verpleegafdelingen gekend is hoe ruim dit item kan ingevuld worden (van aanlevering/bewaring tot voorschrift opmaken tot toediening).
- De incidentenmelding beperkt zich momenteel vooral tot registratie. Een echte analyse van deze registratiecijfers is voorzien voor de toekomst. Een degelijke analyse multidisciplinair opgevat geeft inzicht in knelpunten en kan onderbouwde verbeterpunten selecteren. Een duidelijke en actieve feedback naar alle ziekenhuismedewerkers kan de bekendheid en gebruik van het meldsysteem ten goede komen.
- Momenteel is de opvolging van de individuele meldingen beperkt. Ideeën rond een stuurgroep waar de meldingen besproken worden en waar men naargelang de specificiteit een expert voor opvolging kan aanduiden bestaan en zijn zelfs in proefproject op de geriatrie. We bevelen aan deze werkwijze te evalueren en na aanpassing ziekenhuisbreed toe te passen.
- De mogelijkheid tot anoniem melden en de betrokkenheid van de hoofdverpleegkundige bij elke melding is tegenstrijdig. We bevelen aan deze stap in de incidentenmelding kritisch te herbekijken en indien mogelijk aan te passen.
- De structuur en opvolging inzake incidentenmelding staat beschreven in de handleiding bij het incidentenverslag. Nu heel wat nieuwe ideeën en visies omtrent incidentenmeldingen en hun opvolging in praktijk reeds in uitvoering zijn, is het aan te bevelen deze nieuwe richtlijnen te vertalen in de handleiding, zodat praktijk en theorie samenvallen.
- We bevelen aan om aan incidenten ‘risk priorities’ toe te kennen. Door risk priorities in de registratie mee in te bouwen kan ook met bijvoorbeeld de ernst, de veroorzaakte last en de frequentie (herhalingsincidenten) rekening gehouden worden.

# 7 Audit van de verpleegafdelingen, diensten, functies en zorgprogramma's

---

## 7.1 Verpleegafdelingen

### Algemene vaststellingen

- De volgende afdelingen werd bezocht:
  - C6 (29 bedden voor urologie, gynaecologie, NKO, oftalmologie, plastische heelkunde en fysische geneeskunde)
  - D4 (35 bedden voor neurologie en niet-craniële neurochirurgie, inclusief 2 bedden stroke unit)
  - C3 (27 bedden orthopedie en traumatologie)
  - C-dienst Menen (50 bedden)
  - D-dienst Menen (49 bedden)

### Sterke punten

- Gezien de vele patiënten met dementie, heeft men maatregelen getroffen naar beveiliging van de afdeling D4. Ramen zijn beveiligd en de afdelingsdeuren gaan open met een cijfercode.
- Er is een clinical nurse neurochirurgie die ondersteunend werkt op D4.

### Non-conformiteiten

- Er is niet steeds een bad of douche aanwezig op de afdelingen. Noch op de C-dienst, noch op de D-dienst op de campus Rijselstraat is er een bruikbare badkamer. De bestaande badkamerruimten worden gebruikt om allerlei materiaal te stockeren (inclusief afval), het bad is helemaal gebarsten. Sanitaire cellen zijn niet steeds rolstoeltoegankelijk.
- Vanuit de verpleegpost op de D-dienst te Menen ziet men continu de beelden van een aantal camera's die over het ziekenhuis verspreid zijn: zo kan men continu zien wie in de isolatiekamer op de spoedgevallendienst ligt. Dit is een schending van de privacy.
- Uitgevoerde zorgen zijn niet steeds afgetekend. Zo was bv. in een dossier niet terug te vinden dat een verblijfsonde verwijderd was en de volgende dag terug geplaatst was (C6). Op het anamneseblad zijn sociale parameters niet steeds ingevuld (C6 en C3). Ook de thuismedicatie (C6) en allergieën (C3) ontbreken soms.
- Bij ontslag wordt er niet steeds een medicatieschema meegegeven aan de patiënt. Dit gebeurt enkel bij de interne patiënten (C6)
- Patiëntenstromen zijn niet gescheiden. Op het einde van de gang van C6 bevinden zich de consultatieruimten van de pneumologen en de spirometrieruimte. In de praktijk komen

heel wat ambulante patiënten via deze hospitalisatieafdeling naar deze consultatie en ook alle gehospitaliseerde patiënten van de afdeling pneumologie die aan het andere eind van de afdeling C6 gelegen is, passeren via de gang.

## Tekortkomingen

- Er worden op geen van de bezochte afdelingen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen gehouden.
- Op sommige afdelingen (D4) zijn er maar 2 momenten van medicatietoediening: de medicatie van 8u, 12u en 14u en de medicatie van 16u, 18u en 20u wordt tegelijkertijd om 8 uur en 14 uur bij de patiënt op de kamer gebracht (in verschillende potjes) en op dat moment reeds afgetekend door de verpleegkundige, waarbij er niet gewerkt wordt met initialen en de toediening dus niet traceerbaar is. Hierdoor is er geen toezicht op inname en een groot risico op fouten.
- De opvolging en screening van geriatrische patiënten verloopt niet optimaal op D4. Bij nazicht van een dossier (patiënt > 75 jaar met een mogelijk geriatrisch zorgprofiel die reeds 14 dagen opgenomen was) bleek dat de interne liaison niet langs geweest was. Men kon niet achterhalen of dit nu was doordat de patiënt niet gescreend was of doordat de arts geen toestemming had verleend. Sinds de opstart van de interne liaison werd slechts één patiënt gevolgd. Feedback bestond uit een eenmalig telefonisch advies.
- De fixatieprocedure is niet gekend op de afdeling D4. Bij nazicht van een dossier bleek een oudere, verwarde patiënt reeds 12 dagen hetzij in bed gefixeerd te zijn met enkel een lendengordel, hetzij in de zetel d.m.v. een voorzettafel. Het gebruik van een voorzettafel wordt niet beschouwd als een vorm van fixatie. Er was geen verhoogd toezicht zoals beschreven in de procedure (minimum elk uur). Wisselhouding om de 4u werd in het zorgplan opgenomen, maar werd niet steeds uitgevoerd. Van de bespreking in team en met de familie is niets terug te vinden in het dossier. Besproken alternatieven werden niet genoteerd. Evaluatie van de genomen maatregel was niet gebeurd.
- De meeste afdelingen maken een verouderde indruk. Men kan niet voldoen aan de huidige gangbare behoeften inzake werking en comfort.
  - Er is in veel meerpersoonskamers maar 1 wastafel aanwezig voor 2 of 3 patiënten. Deze bevindt zich meestal in de kamer en wordt slechts afgesloten door een gordijn. De omsloten ruimte is onvoldoende om toe te laten dat een verpleegkundige hulp biedt bij het toilet. Ook kan een dergelijke opstelling de privacy van de patiënt onvoldoende garanderen.
  - Het oproepsysteem bij de wastafel is hoog geplaatst en hierdoor moeilijk bereikbaar voor rolstoelpatiënten.
  - Er is niet steeds een toilet voor bezoekers aanwezig.
  - Er is een tekort aan bergruimte: materiaal wordt opgeslagen in allerlei hiervoor ongeschikte ruimten (badkamers, publieke traphallen). Vaak wordt vuil en proper (en/of steriel) materiaal samen opgeslagen. Uit hygiënische overwegingen dienen vuil en proper materiaal – en steriel materiaal vooral – gescheiden opgeborgen te worden.
  - Er is geen onderzoekskamer aanwezig, niettegenstaande meer dan de helft van de patiënten in een meerpersoonskamer behandeld worden.

- Op sommige verpleegafdelingen zijn er geen duidelijke afspraken met de artsen inzake de zaalrondes. Zo toeren soms tot 18 artsen dagelijks hun eigen patiënten zonder duidelijke onderlinge afspraken naar tijdstip, waardoor de organisatie van de verpleegkundige zorgen bemoeilijkt wordt. Artsen toeren dan soms alleen en komen daarna de wijzigingen enkel mondeling doorgeven aan de hoofdverpleegkundige.

### Aanbeveling

- We bevelen aan om een aanduiding op de deur aan te brengen om duidelijk te maken waar de gemeenschappelijke douche zich bevindt.

## 7.2 Materniteit, verloskwartier, N\* en melkkeuken

### Algemene vaststellingen

- De kraaminrichting is erkend voor 36 bedden. Er staan in werkelijkheid 40 bedden opgesteld.
  - Campus Wilgenstraat: 23 erkende M bedden/ 20 bedden opgesteld;
  - Campus Rijselstraat: 13 erkende M bedden/ 20 bedden opgesteld.
 Rooming-in voor de partner kan enkel in Roeselare. In Menen laat de infrastructuur niet toe dat er een bed of zetel bijgeschoven wordt op de kamers.
- Het verloskwartier in Roeselare beschikt over drie arbeidskamers, twee verloskamers en één gecombineerde arbeids-verloskamer. Het verloskwartier in Menen heeft drie gecombineerde arbeids-verloskamers. In 2008 waren er 1124 bevallingen (737 in Roeselare en 387 in Menen), waarvan 32 onderwaterbevallingen in Menen en 2 in Roeselare. Sectio's gaan door in de operatiezaal. Partners worden hierbij toegelaten en worden nadien samen met het kind begeleid naar de N\*-eenheid.
- De neonatale afdeling beschikt over 19 plaatsen, waarvan 14 in Roeselare en 5 in Menen.
- Gemiddeld start 65% van de moeders met borstvoeding. Men beschikt enkel in Roeselare over een lactatiedeskundige. Er zijn geen referentieverpleegkundigen borstvoeding. Op de campus Wilgenstraat evalueert men momenteel alle bestaande procedures inzake borstvoedingsbeleid en stelt men waar nodig nieuwe procedures op in het kader van het BFHI-label.
- In Menen bestaat de medische equipe uit 3 gynaecologen, die samen een constante wachtdienst organiseren. Dagelijks staat één gynaecoloog in voor de zaalronde. Vier maal per jaar heeft men onderling gestructureerd overleg waarin beleidsmatige items besproken worden en een overeenstemming inzake de aanpak van bepaalde pathologieën nagestreefd wordt.  
 In Roeselare bestaat de medische equipe uit 5 gynaecologen. Deze zijn prominent aanwezig doordat geen van hen nog thuisconsultaties doet en de consultatieruimte in het ziekenhuis aansluit bij de afdeling materniteit. Hierdoor is er veel overleg, wat resulteert in tal van procedures en een uniforme werkwijze. Moeders bevallen in de mate van het

mogelijke met hun eigen gynaecoloog. Enkel in het WE en in verlofperiodes valt men terug op een gezamenlijk georganiseerde wachtdienst.

### **Sterke punten**

- Viermaal per jaar gaat er een gezamenlijke “vroedkundige cyclus” door, waaraan alle artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen van beide materniteiten aan deelnemen. Hier worden SPE gegevens besproken. Cijfers inzake sectio's, inducties, kunstmatige verlossingen situeren zich onder het nationale gemiddelde. Waar nodig werden er in het verleden al maatregelen getroffen om een subjectief aanvoelen verder te objectiveren. Ook besprekingen van casussen kunnen aan bod komen.
- Alle personeelsleden volgden een stage op de NIC van het AZ Sint-Jan te Brugge.
- Doordat de N\*-eenheid op de campus Wilgenstraat opgedeeld is in 3 boxen, heeft men de mogelijkheid om de privacy van ouders die veel bij hun kind op N\* verblijven, extra te garanderen.
- Er is aandacht voor de psychologische begeleiding van de ouders bij het overlijden van een baby. Er kan beroep gedaan worden op een psycholoog voor de begeleiding van de ouders. Verder krijgen ouders na het overlijden de mogelijkheid om tijd door te brengen met het kind, worden er foto's genomen en een voetafdruk ..... Tevens ondersteunt de psycholoog het team vroedvrouwen bij de mogelijke verwerkingsproblemen.
- In Roeselare is men zeer recent gestart met individuele prenatale consulten door vroedvrouwen en infosessies rond borstvoeding in kleine groepen van maximum tien koppels.

### **Non-conformiteiten**

- Op de campus Rijselstraat te Menen vormt de afdeling materniteit geen architecturale eenheid. Op de eerste verdieping bevinden zich het verloskwartier, de neonatale afdeling en de kamers 101 tot 105, waar vooral de heelkundige patiënten en de sectio's worden gehospitaliseerd. Op de tweede verdieping bevinden zich de kamers 200 tot 207. Daarenboven kunnen de kamers op de tweede verdieping niet bereikt worden met een bed. Pas bevallen moeders worden naar boven getransporteerd in een rolstoel of op een brancard.
- Er worden regelmatig heelkundige en interne patiënten opgenomen op de materniteit. Naast gynaecologische ingrepen kan het ook gaan over andere kleine ingrepen (bv. ORL, algemene heelkunde, plastische heelkunde). Er is geen specifieke personeelstoewijzing. Bij het opstellen van richtlijnen werd er geen advies gevraagd aan het comité voor ziekenhuishygiëne i.v.m. (contra)indicaties, kamer- en patiëntentoewijzing.
  - Op campus Menen in 2008: 362 heelkundige patiënten, 48 interne patiënten en 16 pediatrische patiënten.
  - Op campus Roeselare 2008: 322 heelkundige patiënten.

- In de wachtdienst voor de N\*-functie wordt er in Roeselare ook een eerstejaars geneesheer-specialist in opleiding ingeschakeld. Zij kan terugvallen op een achterwacht. De wetgeving stelt duidelijk dat de GSO's in de pediatrie die opgenomen worden in het wachtsysteem voor N\* tenminste twee jaar opleiding moeten genoten hebben; dat de eenheid waarin ze de permanentie waarnemen, moet opgenomen zijn in het stageprogramma en dat ze moeten vertrouwd zijn met de nodige aspecten van dringende behandeling en reanimatie.
- Perinatale sterfte worden niet gestructureerd besproken en geëvalueerd op de campus Menen. Er wordt geen verslag opgenomen in het dossier van moeder en kind.
- Uit het uurrooster blijkt dat op campus Rijselstraat alle vroedvrouwen met een beurtrol op de neonatale afdeling staan. Het ziekenhuis dient 6 VTE gegradueerd pediatriesch verpleegkundigen en/of vroedvrouwen met bijzondere ervaring in de neonatologie of een bijscholing hierover, prioritair toe te wijzen aan de N\*-eenheid. Dit met het oog op de verzorging en het bestendig toezicht op de daar verblijvende pasgeborenen. Dit wil zeggen dat deze 6 VTE moeten toegewezen worden aan de N\*-afdeling vanaf het moment dat er één baby is opgenomen. Deze toewijzing dient te blijken uit het uurrooster.
- De permanentie op de materniteit, neonatale en bevallingsafdeling op campus Menen voldoet niet tijdens bepaalde uren overdag en 's nachts. Op die momenten is er een permanentie van twee vroedvrouwen, ook als er baby's zijn op de neonatale afdeling. Bij een intra-uterien transport begeleidt één van de twee vroedvrouwen het transport, waardoor de permanentie terugvalt op 1 vroedvrouw en men hulp vraagt vanuit spoed of RX. Daarenboven is de afdeling verspreid over twee verdiepingen. De erkenningsnormen bepalen dat er per verpleegeenheid een permanentie van vroedvrouwen 24 uur op 24 verzekerd dient te worden. Verder bepalen deze normen dat er in de bevallingsafdeling voldoende vroedvrouwen voorzien dienen te worden om 24 uur op 24 de vereiste permanentie aan vroedvrouwen te waarborgen. Dit naast de permanentie die voorzien dient te worden voor de afdeling N\* indien er zich een baby bevindt.
- Er is geen sluitende stockcontrole voor de analgetische medicatie. Bij nazicht van de stock Sufenta® bleken er effectief 40 ampullen in stock te zijn terwijl de theoretische stock 30 ampullen telde.
- Er werden tijdens de audit op de materniteit in Roeselare losse zuurstofflessen aangetroffen. Uit veiligheidsoverwegingen dienen deze vast opgesteld worden.

### **Tekortkomingen**

- De fusie tussen de twee ziekenhuizen is op dienstniveau niet gerealiseerd.
  - Er zijn twee aparte medische equipes die aparte wachtdiensten organiseren en enkel overleggen in het kader van doorverwijzingen.
  - Ondanks dat er op de twee afdelingen evenveel bedden opgesteld staan, is er een groot verschil in bestaffing van vroedvrouwen.
  - In de praktijk wordt er een verschillend borstvoedingsbeleid gevoerd.

- Momenteel is er geen procedure voor onderwaterbevallingen. Ook het inwendig reglement van het verloskwartier spreekt enkel van de reiniging van het “relaxatiebad na gebruik” en maakt geen onderscheid tussen gebruik voor relaxatie en bevalling. In de praktijk worden er wel een aantal criteria gehanteerd door de gynaecologen, die vooraf de toestemming moeten geven voor een onderwaterbevalling, maar deze staan niet op papier. Specifieke opleiding van de vroedvrouwen is nog niet doorgegaan, maar wordt dit jaar gepland voor de equipe van Menen.
- Het borstvoedingsbeleid is nog niet volledig in overeenstemming met de tien vuistregels van de WHO.
  - Moeder en kind worden gescheiden “op herhaaldelijke vraag van de moeder” waarna de baby even op N\* verblijft.
  - Op dezelfde basis wordt er soms ook een fopspeen of tepelhoedjes aangeboden.
  - Men slaagt er niet in om na een sectio binnen het half uur (Menen)/ eerste uur (Roeselare) de eerste borstvoeding te geven.
  - Op aandringen van de moeder, na de uitleg over de alternatieven, wordt er nog bijvoeding gegeven zonder medische indicatie.

Een beleid moet voor iedereen de gehanteerde normen weergeven. Individuele afwijkingen kunnen dan worden toegestaan mits deze voldoende overwogen zijn. Verspreiding van dit borstvoedingsbeleid naar de afdeling pediatrie moet nog aangevat worden.

- In het huishoudelijk reglement voor materniteit / verloskwartier ontbreken volgende items: toelaten van partners bij dringende sectio's, specifieke richtlijnen voor onderwater bevallingen en maatregelen bij besmetting. Deze afspraken komen best tot stand d.m.v. een efficiënt, multidisciplinair overleg dat de meeste garantie biedt op betrokkenheid en gedragenheid door alle medewerkers.
- Het actuele inwendig reglement neonatale maakt geen melding van o.a. de vervoersmodaliteiten, overleg bij intra-uterien transfer, tijdig waarschuwen van de NIC-dienst bij extra-uterien transport. Deze gegevens staan deels wel vermeld in een ouder document inzake de samenwerking tussen M-dienst en N\*-functie. Dit document dateert echter van 1997 (voor de fusie) en werd nog ondertekend door het vorige diensthoofd pediatrie. Men dient deze afspraken te hernieuwen, zowel voor Roeselare als voor Menen en deze op te nemen in het huidige reglement.
- Sterk bevuild materiaal wordt een eerste maal afgewassen in het verloskwartier vooraleer naar de centrale sterilisatie te gaan. Hierbij worden onvoldoende voorzorgsmaatregelen in acht genomen. De richtlijn om een bril te dragen bij kans op spatten, wordt niet gevolgd.
- De architectuur van de neonatale eenheid in Menen voldoet niet meer aan de hedendaagse verwachtingen inzake comfort en privacy: de zaal is té beperkt qua ruimte. Hoewel ouders 24u/dag welkom zijn, voldoet de infrastructuur hiervoor niet. Gezien de kleine ruimtes is er onvoldoende privacy en plaats voor de moeders bij het geven van borstvoeding, of tijdens het afkolven. Ook kangoeroeën wordt gepromoot, maar het gebrek aan privacy voor ouders in de zalen ondermijnt deze visie.



## **Aanbevelingen**

- In Roeselare ligt het aantal epidurale analgesiën bij vaginale bevallingen zeer hoog (77%, tot 85% bij eerstbarenden). Dit is ver boven het nationale gemiddelde van 66.6%. Deze cijfers kritisch opvolgen, lijkt aangewezen.
- Aanbeveling om ook in Menen rooming-in mogelijk te maken voor ouders van pasgeboren baby's die verblijven op N\* en waarvan de moeder uit de materniteit ontslagen is.
- We bevelen aan om het vernieuwde borstvoedingsbeleid door alle medewerkers, gynaecologen en pediaters te laten ondertekenen en in de toekomst te evalueren d.m.v. een patiëntenbevraging. Ook de registratie van het percentage borstvoeding bij ontslag is zinvol om het succes van het gevoerde beleid op te volgen. Verder zou het nuttig zijn om op de campus Rijselstraat één of meerdere vroedvrouwen een bijkomende opleiding tot lactatiedeskundige te laten volgen.
- We bevelen aan om een bedpannenspoeler te installeren op het verloskwartier in Roeselare.
- We bevelen aan om het jaarverslag te stofferen met de gegevens die een beeld kunnen geven van de kwaliteit van zorg, zoals o.a. post operatieve wondinfecties na sectio, sterfte bij sectio, verblijfsduur bij opname, sfincterscheur, postpartumtransfusie, perinatale sterfte, medewerkers- patiëntentevredenheid en dit te koppelen aan een beleidsplan met SMART geformuleerde doelstellingen.
- We bevelen aan dat de medewerker van de technische dienst die instaat voor het onderhoud van de incubators, op regelmatige tijdstippen bijscholing volgt hierover om up to date te blijven met de nieuwste ontwikkelingen.
- Aanbeveling om alle personeelsleden een opleiding te laten volgen inzake slecht nieuws gesprek.

## Melkkeuken

### **Algemene vaststellingen**

- Er zijn twee melkkeukens: te Menen bevindt ze zich op de afdeling pediatrie en te Roeselare vlak boven de afdeling pediatrie. De melkkeuken bestaat telkens uit één ruimte (reine zone).
- De flesjes worden voor 24 uur klaargemaakt. Er wordt enkel gewerkt met wegwerpflesjes. Flesjes die door de ouders van thuis meegebracht worden, worden afgewassen in de verdeelkeuken van de afdeling en gesteriliseerd op de kamer volgens het principe van koude sterilisatie met tabletten.
- Het personeel bestaat telkens uit een vaste equipe, bestaande uit zorgkundigen.

- De kant en klare melkvoeding wordt in individuele flesjes geleverd en wordt op de materniteit zelf geopend en voorzien van een wegwerpspeen vlak voor toediening. Het aandeel van de bereide melk versus kant en klare melk is verschillend:
  - In Menen wordt voor de afdeling pediatrie 90% van de melk bereid en is het aandeel van kant en klaar 10 %; voor materniteit bestaat het aandeel kant en klaar uit 98 % van de flesvoedingen.
  - In Roeselare wordt voor de afdeling pediatrie 80 % van de melk bereid en is het aandeel van kant en klaar 20 %; voor materniteit bestaat het aandeel kant en klaar uit 98 % van de flesvoedingen.

### **Non-conformiteit**

- De melkkeuken op de campus Rijselstraat was op het ogenblik van het auditbezoek niet afgesloten voor onbevoegden. Toegangsvoorwaarden zijn niet opgenomen in de procedure.

### **Tekortkomingen**

- Zuigelingenvoeding dient te worden klaargemaakt op het ogenblik van gebruik. Indien het ziekenhuis kiest voor een bereiding voor 24 uur, moet het kunnen aantonen dat de gebruikte bereidingsprocedure dezelfde veiligheidsgarantie biedt.
- De temperatuur van de koelkasten wordt niet dagelijks gecontroleerd. In Menen waren er in februari bv. gedurende 8 dagen geen registraties genoteerd en in Roeselare gedurende 11 dagen. Bovendien stelt de procedure dat de temperatuur tussen de 2 en de 4°C moet zijn. Op de afdelingen hanteert men echter andere grenswaarden (tot 8°C). Voortgaand op de grenswaarden van de procedure zouden nagenoeg alle genoteerde waarden afwijkend zijn. Op de campus Wilgenstraat werden er gedurende verschillende dagen waarden onder de 2 °C genoteerd, soms zelfs -1°C. Op de campus Rijselstraat waren nagenoeg alle waarden boven de 6°C. De procedure vermeldt niet wat er met de bereide melk dient te gebeuren in geval van temperatuuroverschrijding, waardoor de melk in praktijk verder gebruikt werd. De procedure dient dan ook verder uitgewerkt te worden en er dient op toegezien te worden dat ze strikt wordt nageleefd.
- Er zijn geen richtlijnen inzake bewaring en transport van afgekolfd melk die van thuis uit meegebracht wordt voor toediening aan neonaten die opgenomen zijn op de N\*-eenheid. Op de campus Wilgenstraat werkt men momenteel aan een procedure hierover.
- Het transport van de bereide melk van de melkkeuken naar de materniteit gebeurt niet gekoeld.
- Op de campus Rijselstraat wordt de bereide melk voor de N\*-patiënten samen met medicatie bewaard in een koelkast op N\*.
- In de melkkeuken op de kinderafdeling van de campus Rijselstraat dient er een lavabo te komen voor en buiten de propere zone om een goede handhygiëne mogelijk te maken. Deze kranen dienen eveneens handenvrij bediend te kunnen worden.

- Er is geen sluitend stockbeheer van de melk. Voor kant en klare melk (groeimelk) staat er niet steeds een lotnummer vermeld op de lijst.
- De reiniging van flesjes die van thuis worden meegebracht, gebeurt handmatig, waardoor onvoldoende hoge temperaturen gegarandeerd kunnen worden.
- Geen van de personeelsleden op de campus Rijselstraat heeft een specifieke opleiding genoten en voor de personeelsleden op campus Wilgenstraat dateert de laatste vorming van 2006. Er is geen permanente vorming (HACCP, persoonlijke hygiëne, procedures) voorzien en men kan geen vorming aantonen voor de voorbije jaren.

### 7.3 Zorgprogramma voor kinderen

#### Algemene vaststellingen

- Binnen het zorgprogramma voor kinderen zijn er twee afdelingen pediatrie en een pediatriesch dagziekenhuis:
  - De afdeling pediatrie in Menen bestaat uit 16 erkende bedden, opgesteld in éénpersoonkamers. De bezetting bedroeg in 2008 71,58%
  - De afdeling pediatrie in Roeselare bestaat uit 32 erkende bedden. In 2008 bedroeg de bedbezetting 74,9 %.
  - Het pediatriesch dagziekenhuis met 18 posities bevindt zich aansluitend aan de afdeling pediatrie in Roeselare.
- In 2008 kozen gemiddeld 46 % van de ouders voor rooming-in.
- De hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie in Menen is geen pediatriesch verpleegkundige, maar oefent de functie uit sinds 1985.
- De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma pediatrie is eveneens hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie in Roeselare.
- Er zijn twee aparte medische equipes:
  - Voor de campus Rijselstraat bestaat het team uit 4 artsen, samen 3,5 VTE.
  - Voor de campus Wilgenstraat bestaat het team uit 4 artsen, samen 4 VTE
- Fruit- en groentepap worden in de centrale keuken bereid.

#### Sterke punten

- Binnen het team van verpleegkundigen in Roeselare is er een tendens naar specialisatie. Zo werkt men met diabeteseducators en met expertverpleegkundigen voor de plesschool en anorexie. In het kader van follow-up worden patiënten thuis opgebeld om eventuele problemen te bespreken (bv. plesschool). Momenteel volgen drie verpleegkundigen (twee in Roeselare en één in Menen) een opleiding tot pijnverpleegkundige bij kinderen.

- Binnen het team van 4 pediaters in Roeselare is er een duidelijke subspecialisatie aanwezig, waardoor men in staat is om een aantal programma's aan te bieden zoals ondermeer de "slim kids" (obesitasprogramma), een diabetesconventie voor kinderen, een plesschool ... Verder is er nog een kinderpsychiater aanwezig op maandag, woensdag en donderdag voor consultatie en bestaat de mogelijkheid tot opname met liaisonpsychiatrie.
- Om de ouders zoveel mogelijk bij de zorg van hun kind te betrekken, werden observatiefiches (dagfiche / stuipenblad) uitgewerkt. Zo kunnen zij handelingen, observaties, verstrekte zorg en vragen op een gestructureerde manier doorgeven aan de arts en de verpleegkundigen. Dagelijks is er op vaste tijdstippen een gezamenlijke zaalronde in Roeselare zodat ouders zoveel mogelijk betrokken kunnen worden bij het overleg.
- Informeren van de ouders gebeurt ondermeer via de diverse brochures, zowel over de afdeling zelf, als over frequent voorkomende aandoeningen. Een deel van de folders zijn in het Frans vertaald aangezien een aanzienlijk deel van de patiënten uit Frankrijk afkomstig is.
- In Roeselare beschikt men over een psychopedagogisch team, bestaande uit de spelbegeleidster, de psychosociale begeleidster, de psychologe en twee verpleegkundigen van de pediatrie afdeling. Zij staan in voor het begeleiden van kinderen van zwaar zieke ouders, bij het overlijden van een familielid of bij wiegendood van een broertje of zusje. Er is met dit doel ook een "rouwkoffer" met ondersteunend materiaal ontwikkeld.
- Men beschikt sinds kort over een uitgebreid en degelijk pijnprotocol voor het behandelen van (post-operatieve) pijn.
- In Roeselare kunnen de NMR's onder narcose doorgaan. Hiervoor zijn er specifieke afspraken met de anesthesisten.
- De spelbegeleidsters nemen steeds deel aan de briefingmomenten.
- Bloednames, prikken van infusen en onderzoeken worden uitgevoerd in een apart onderzoekslokaal waardoor pijnlijke ervaringen losgekoppeld worden van het verblijf in een ziekenhuiskamer. Ouders mogen hier te allen tijde bij hun kind blijven.
- Men beschikt over een degelijke en uitgebreid uitgeschreven procedure bij vermoeden van kindermishandeling. Bij vermoeden is er een vast team (per campus) dat samenkomt. In Mene is er ook gestructureerd overleg met het comité voor bijzondere jeugdzorg en met "kind in nood". Hiermee komt men een viertal keer per jaar samen.

### **Non-conformiteiten**

- Er worden soms volwassenen opgenomen op de afdeling pediatrie. In 2008 waren dat 79 patiënten (1 in Mene en 18 in Roeselare). Deze dienst kindergeneeskunde moet voorbehouden worden aan kinderen binnen het zorgprogramma dat bovendien stelt dat kinderen niet tegelijkertijd samen met volwassen patiënten in dezelfde ruimte behandeld of verzorgd mogen worden.

- Het beleid betreffende de opvang van kinderen in het ziekenhuis voldoet niet helemaal aan de normen van het zorgprogramma.
  - Kinderen worden opgenomen op afdelingen voor volwassenen (o.a. materniteit en heelkunde). In 2008 ging het om een totaal van 138 kinderen (29 in Menen en 57 in Roeselare). Kinderen mogen enkel op de kinderafdeling gehospitaliseerd worden, tenzij de wettelijke uitzonderingen.
  - Ouders worden in Menen gewoonlijk niet toegelaten in het operatiekwartier tot het moment van de inductie en op recovery vanaf het moment dat het kind terug bewust is. In het kader van het protocol kindvriendelijkheid en het zorgprogramma voor kinderen dient men te voorzien dat ouders steeds de mogelijkheid hebben hun kind te begeleiden tot het moment van inductie en vanaf het moment dat het kind terug bewust wordt in de ontwaakzaal. Hiertoe dient men best de nodige afspraken en een duidelijke procedure te voorzien.
  - In Menen kan, tot de afronding van de huidige verbouwingswerken, de visuele en auditieve scheiding van de pediatrie met de volwassen patiënten niet gegarandeerd worden.
  
- Op de campus Wilgenstraat was in geen enkel van de ingekeken dossiers een ingevulde verpleegkundige anamnese aanwezig.
  
- Men beschikt niet over 0,5 VTE spelbegeleiding in Menen. De verpleegkundige die hiervoor nominatief is aangeduid, wordt mee ingeschakeld in de zorg en maakt deel uit van de minimumbestaffing. Zij heeft geen vrijstelling van dienstactiviteiten voor het vervullen van deze taken.  
In Roeselare is er een tekort van 0,2 VTE aan psychosociale begeleiding.
  
- Er is geen jaarverslag voor het zorgprogramma kinderen.
  
- De afdelingen maken een verouderde indruk en voldoen niet meer aan de huidige normen op het gebied van comfort en hygiëne. Volgende tekorten werden vastgesteld:  
Op de campus Rijselstraat:
  - Men beschikt niet over afzonderlijk sanitair en een douche voor de begeleider van het kind die blijft overnachten op de afdeling;
  - Er is geen zitruimte waar ouders zich kunnen terugtrekken;
  - De afdeling is niet beveiligd. De deuren om de afdeling te verlaten (hal en naar spoed) zijn uitgerust met een pompsysteem waardoor enkel de allerkleinsten de deuren niet zelfstandig kunnen openen;
  - De spel en educatieve ruimte is te klein: de oppervlakte bedraagt geen 25m<sup>2</sup>. Ze is bovendien niet steeds geopend tijdens de normale werkuren aangezien de spelbegeleidster slechts aanwezig is op maandag om de twee weken, dinsdag en donderdag en de spelruimte buiten deze aanwezigheid afgesloten wordt. Ouders krijgen niet steeds de toestemming om met hun kind in de spelruimte te verblijven buiten deze uren. Men probeert dit zo veel mogelijk op te vangen doordat op woensdag de leesmoeders en op vrijdag de cliniclowns langskomen;
  - Er zijn soms onvoldoende kamers om patiënten te isoleren. Dan deelt een besmette patiënt soms noodgedwongen een WC met een niet besmette patiënt
  - De sanitaire cellen zijn niet rolstoeltoegankelijk;

Op de campus Wilgenstraat:

- De spel en educatieve ruimte is niet steeds toegankelijk doordat ze gebruikt wordt als kamer. Op het moment van audit werd zowel de spelruimte als de wachtzaal ingenomen door een kindje vergezeld van een ouder terwijl er 2 kamers vrij waren (1 box en 1 kamer op het dagziekenhuis) die gebruikt werden als bergplaats voor bedden. Deze ruimten beschikken niet over een beloproepsysteem of toilet.
- De elektriciteitskast is niet afgesloten.

## Tekortkomingen

- In de brochure van de pediatrie zijn in beperkte mate de aspecten van het protocol kindvriendelijkheid verwerkt, maar ouders van kinderen die op andere diensten terecht komen, krijgen deze informatie niet. De inhoud van het protocol kindvriendelijkheid wordt niet overal actief aangeboden aan kinderen, hun ouders en wettelijke vertegenwoordigers.
- De twee medische equipes werken autonoom per campus, organiseren onderling aparte wachtdiensten en hebben elk hun medisch diensthoofd. Er is geen gestructureerd overleg tussen beide teams. Zo verschillen de procedures tussen beide sites en tussen artsen onderling in Menen.
- Men beschikt niet over een multidisciplinair handboek, zoals vermeld in de wet betreffende het zorgprogramma voor kinderen. Het pijnprotocol, opgesteld door de anesthesisten, is enkel van toepassing op het behandelen van pijn postoperatief en is niet overal gekend buiten de afdeling pediatrie.  
Er zijn geen richtlijnen voor de preventie van pijn (bv. bij lumbale punctie, prikken infuus...). Tevens bestaat er geen pijnprotocol voor het meten en behandelen van pijn bij kinderen die niet operatief behandeld worden. Op de spoedgevallendienst te Roeselare is er een apart pijnprotocol voor kinderen opgesteld. Het is noodzakelijk dat de verschillende pijnprotocols op elkaar afgestemd worden.
- De procedure bij vermoeden van kindermishandeling is niet ziekenhuisbreed gecommuniceerd en enkel gekend op de afdeling pediatrie zelf. Minstens alle actoren die met kinderen in contact komen (spoed, RX, IZ), moeten op de hoogte zijn van deze procedure en alarmsignalen kunnen herkennen.
- Op moment van de audit werden resten van medicatie die bewaard werden voor een volgende toediening teruggevonden in het bakje van een verkeerde patiënt. Het ging om Dalacin® (Roeselare). In Menen wordt medicatie na ontslag van de patiënt bewaard op dienst wanneer het gaat om patiënten die regelmatig worden opgenomen. Er zijn hierover geen afspraken met de apotheek. Verder is het toedienen van de medicatie daar geen onderdeel van de patiënttoewijzing. Hierdoor gebeurt het dat verpleegkundigen medicatie toedienen aan patiënten waarvoor ze niet verantwoordelijk zijn en waarbij ze geen zicht hebben op de actuele toestand.
- In praktijk stelt men dat men zijleidingen van infusen dagelijks vervangt. Dit wordt echter niet opgenomen in de zorgplanning en is niet terug te vinden als afgetekende toegediende zorg waardoor het onmogelijk is om op te volgen of de vooropgestelde handelingen effectief werden uitgevoerd.

- Maaltijden van patiënten die naar een onderzoek zijn of nuchter moeten blijven, worden wegens plaatsgebrek niet steeds gekoeld bewaard in Roeselare.
- De afdelingen maken een verouderde indruk en voldoen niet meer aan de huidige normen op het gebied van comfort en hygiëne. Volgende tekorten werden vastgesteld:
  - De boxen bestaan voor 3 zijden uit glazen wanden, die niet afgeschermd worden. Men kan ongehinderd binnenkijken vanuit de gang in alle boxen en ook vanuit de boxen onderling. Bovendien bevindt er zich in Roeselare een toilet in de boxen dat soms niet kan afgeschermd worden door middel van een gordijn. Op deze manier is de privacy van de kinderen en begeleiders absoluut niet gegarandeerd.
  - Er is een tekort aan bergruimte. Daardoor staan in Roeselare bedden in de gang.
  - Rooming-in is soms niet mogelijk doordat de boxen te klein zijn;
  - Afdeling C7 (daghospitaal) beschikt, door renovatiewerken tijdens de audit, niet over een utility.
- Op de spoedgevallendienst op de campus Rijselstraat is de kinderbox niet kindvriendelijk aangekleed. Een beertje aan de lamp en een speelgoedje op de tafel maken geen kinderbox. De materialen die standaard aanwezig zijn in de box, zijn in de eerste plaats die voor volwassen patiënten (bv. bloeddrukmanchet die aangekoppeld is). Op het moment van de audit werd een volwassen patiënt daar ondergebracht terwijl alle andere onderzoekslokalen ook vrij waren. Hetzelfde geldt voor de recovery op het operatiekwartier.

## **Aanbevelingen**

- We bevelen aan om het jaarverslag multidisciplinair uit te werken en te stofferen met registraties en analyses van activiteitengegevens van het zorgprogramma, hieruit knelpunten af te leiden en er verbeteracties aan te koppelen.
- Om te komen tot een multidisciplinair zorgdossier is het aan te bevelen dat ook de spelbegeleidster en de psychosociale begeleidster hun observaties en bevindingen systematisch in het patiëntendossier noteren.
- Momenteel werkt men in Menen nog deels met taakverpleging. Voorbeelden hiervan zijn medicatie klaarzetten / toedienen en nemen van parameters. We bevelen aan om na te gaan in welke mate het mogelijk is om over te stappen naar een volledige patiëntentoewijzing.
- Het aandeel rooming-in is laag (slechts 46%). We bevelen aan om na te gaan waar de oorzaak hiervan ligt.
- Vanaf maart 2009 wil men starten met de pediatrie cyclus, naar analogie met de vroedkundige cyclus. Dit initiatief wordt aangemoedigd.

## 7.4 Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

### Algemene vaststellingen

- Het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen beschikt over 5 geriatrische afdelingen. Momenteel zijn er 4 afdelingen op de campus Westlaan en 1 afdeling op de campus Rijselstraat. De medische opvolging gebeurt in Roeselare door 2 internist-geriaters waaronder tevens een revalidatiearts. De geriatrische afdeling te Menen is niet ten volle uitgebouwd wegens het gebrek aan een geriater. Hier worden nu geriatrische patiënten opgenomen door verschillende internisten en neurologen.
- Het geriatrisch dagziekenhuis, gelegen op de campus Westlaan, is elke weekdag geopend van 7u30 tot 18u30 en beschikt over 6 zetels en 2 bedden. In 2008 werden 575 opnames gerealiseerd voor 317 verschillende patiënten. Consultaties voor de geriaters gaan elke weekdag door op afspraak).
- Per afdeling werden ziekenhuisbreed 2 referentieverpleegkundigen geriatrie aangesteld (namelijk de hoofdverpleegkundige van de afdeling en nog een andere verpleegkundige). Er is gekozen voor screening met de GRP score. Niet enkel de referentieverpleegkundigen moeten de screening kunnen afnemen, maar alle verpleegkundigen van de afdeling. Dagelijks komt de verpleegkundige van de interne liaison de scores ophalen. Positieve scores worden samen met de hoofdverpleegkundige besproken om de vals positieven eruit te halen en verdere acties te bespreken zoals bv. de tussenkomst van het liaison team en/of de eventuele noodzaak tot advies van de geriater. Tussenkomen gebeuren enkel na goedkeuring door de behandelende arts. Scores, verslagen en adviezen worden bewaard bij de interne liaison, een kopie van alle documenten wordt bezorgd aan de respectievelijke afdelingen om in het patiëntendossier te bewaren. Een deel van de externe liaisontaken (communicatie, zorgcircuits...) worden opgenomen door de geriaters, de individuele ontslagvoorbereiding door de 2 ontslagmanagers. De ontslagmanagers zijn steeds aanwezig op het multidisciplinaire overleg.
- 6723 patiënten van boven de 75 jaar werden op niet-geriatrische afdelingen opgenomen. Hiervan werden er 1500 gescreend, 1154 hadden een positieve score. Na bespreking werden 580 personen gevolgd voor verdere evaluatie door IL. Op de afdelingen waar het zorgprogramma al geïntegreerd werd, slaagde men erin 80% van alle 75-plussers te screenen.

### Sterk punt

- Onderstaande voorbeelden geven aan dat gemotiveerd en enthousiast aan de uitbouw van de geriatrische afdelingen en het zorgprogramma gewerkt wordt met aandacht voor kwaliteitsverbetering:
  - Geriatrische kransjes: wekelijks worden geriatrische kransjes gehouden (geriaters, hoofdverpleegkundigen van alle G-afdelingen, ergotherapeuten, delegatie van kinesisten, sociale assistenten, verpleegkundigen van de interne liaison en van dagziekenhuis, diëtiste...). De bedoeling is dat aan de hand van een onderwerp iemand van de verpleegkundigen of de geriaters afwisselend een theoretische voordracht houden, waarna deze besproken en vertaald wordt



naar de praktijk. Van deze kransjes bestaat uitgebreide verslaggeving (hypertensie, revalidatie, diabetes, depressie...).

- Een tweetal symposia werden uitgewerkt en clustervergaderingen (beleidsmatig overleg) worden regelmatig gehouden.
- Er is een goed uitgewerkt ontslagdossier met uitgebreide verslaggeving (vooral van dagziekenhuis...). De geriater belt steeds voor ontslag naar de huisarts. Ook voor opname in het dagziekenhuis is een telefonisch contact met de huisarts voorzien.
- Leer-werk project: laatstejaars verpleegkundigen geriatrie nemen gedurende een drietal weken een deel van de werking op de geriatrie over onder begeleiding van hun mentoren en de oorspronkelijke bestaffing van de G-afdeling. Een uitwisseling van ideeën en nieuwe initiatieven kunnen zo ontstaan. Dit project heeft tevens een grote waarde naar promotie van het beroep geriatisch verpleegkundige en faciliteert een instroom van nieuwe verpleegkundigen naar deze afdelingen. Door de andere sfeer en tijdelijk hogere bestaffing ervaren de patiënten dit ook als zeer positief.
- Voor het ontbijt wordt gewerkt met een buffetsysteem.
- Er zijn heel wat mooi uitgewerkte documenten rond het beleid, de visie en de werking zoals het elektronisch geriatisch handboek, het jaarverslag, de eigen brochure (met fixatiearm beleid + uitnodiging tot vragen hieromtrent), het beleidsplan...
- Zorgoverleg bij complexe hulpvragen is mogelijk en gaat gemiddeld 1 keer per week door.
- Taken en werking van de dienst ergotherapie zijn omschreven. De dienst werkt niet enkel op vraag maar evalueert zelf de nood aan ergotherapie bij de individuele patiënt. Thuisobservatie is mogelijk.
- Referentieverpleegkundigen geriatrie (telkens met 2 op de afdeling namelijk de hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige) hebben reeds 2 dagen opleiding genoten rond typische geriatische syndromen. Een voortgezette opleiding wordt gepland.
- Er zijn een aantal lopende kwaliteitsprojecten zoals bv. het opzetten van indicatorensets voor het geriatisch dagziekenhuis en de interne liaison.
- Men beschikt over bed- en vloeralarm ter preventie van wegloupedrag, wat het fixatiearm beleid ten goede komt.

### **Non-conformiteiten**

- Het geriatisch zorgconcept is uitgeschreven en in werking op een aantal afdelingen, maar is nog niet ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Zo wordt op de campus Rijselstraat (circa 100 bedden C en D + de spoedgevallendienst) niemand van de 75-plussers gescreend.
- Het psychologische klimaat wordt onvoldoende gerealiseerd. Hierbij is een verschil merkbaar tussen de verschillende G-afdelingen waarbij de realisatie van het dragen van dagkledij kan variëren van 10% tot 50% en het gezamenlijk eten van 30% tot 50%.
- Op G4 worden ook patiënten voor de pijnkliniek en IVF-patiënten opgenomen. Hiervoor zijn aparte kamers voorzien.

## Tekortkomingen

- Er is een relatief tekort aan geriateren. Momenteel beschikt het ziekenhuis over 2 internist-geriateren (1 ervan is ook revalidatiearts). Dit jaar in mei begint een derde geriater te Roeselare. Men heeft de intentie om tegen 2011 een vierde geriater aan te werven voor de geriatrie te Menen, waarbij dan ook zal worden gestart met de uitbouw van geriatrie te Menen. De volledige implementatie van het zorgprogramma en de verdere uitbouw en opvolging van de verschillende G-diensten, is teveel werk voor de huidige bestaffing. Ook de 4 VTE interne liaison zijn eigenlijk te weinig voor de grootte van het ziekenhuis.
- Op de G-afdeling te Menen woont de behandelende arts de wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbesprekingen niet bij. Op de G-afdeling te Menen wordt door een groot aantal artsen (internisten of neuroloog) patiënten opgenomen.
- De opnamecriteria werden niet gedifferentieerd/geëxpliciteerd naar de verschillende G-afdelingen.
- De kopies van de scores en adviezen van de interne liaison werden niet altijd in het patiëntendossier teruggevonden (bv. op D4). Sommige adviezen zouden enkel telefonisch doorgegeven worden.
- Er dient op alle afdelingen strikter omgegaan te worden met het sluiten van utilities (zowel de propre als vuile utility), dit om incidenten te vermijden.
- Infrastructurele tekortkomingen:
  - Sanitair is niet in elke kamer rolstoeltoegankelijk.
  - 1 lavabo voor meerdere patiënten.
  - Verschillende afdelingen hebben geen eigen oefenzaal, oefenen gebeurt in de gemeenschappelijke oefenzaal;
  - Spiegels zijn niet overal aanpasbaar voor rolstoelgebruikers.
  - Er zijn geen of onvoldoende rustmogelijkheden voor de patiënten in de gang.
  - De onderzoekskamer van het geriatrisch dagziekenhuis bevindt zich in de afdeling G4.
  - Geen bewegwijzering naar het geriatrisch dagziekenhuis.
  - Verschillende afdelingen hebben geen onderzoekskamer.

## Aanbevelingen

- We bevelen aan de animatie en de socio-culturele activiteiten nog meer kenbaar te maken voor patiënten en familie. Momenteel wordt de animatie of andere activiteiten vaak als individuele therapie aangeboden. Hierdoor kan verkeerdelijk de indruk ontstaan dat de verschillende afdelingen geen aanbod aan activiteiten hebben.
- In het kader van opvolging en sensibilisering verdient het aanbeveling om te registreren op welke diensten de interne liaison geraadpleegd wordt en in welke mate de adviezen opgevolgd worden. Het opzetten van een indicatorenset kan hierop een antwoord zijn.

- We bevelen aan om ook voor de interne liaison een eigen folder multidisciplinair te ontwerpen en mee te geven aan elke patiënt die gescreend wordt.
- Men beschikt vanuit het ziekenhuis niet over transportmogelijkheden om mensen van thuis naar het dagziekenhuis te brengen. In uitzonderlijke gevallen doet men beroep op een OCMW transport dienst. We bevelen aan na te gaan of zich een meer systematische samenwerking kan ontwikkelen, zodat transport niet langer een belemmerende factor is voor de geriatrische dagziekenhuispatiënten.

## 7.5 PAAZ

### Algemene vaststelling

- 's Nachts is er voorzien in een permanentie van twee verpleegkundigen. De tweede verpleegkundige biedt ook hulp op andere afdelingen.

### Sterke punten

- Dankzij de renovatie van een paar jaar geleden ziet de dienst er heel wat aantrekkelijker, ruimer en lichter uit dan vroeger. Er werd een multifunctionele ruimte bijgebouwd, voor bewegings- en relaxatietherapie.
- Er is een ruime eetzaal, waarin de maaltijden 3 keer per dag gezamenlijk genuttigd worden.

### Non-conformiteiten

- De isolatiekamer kan de veiligheid van de patiënt niet garanderen. Zo is het bed niet veilig inzake suïciderisico en is het linnen niet scheurvrij en brandwerend.
- Het isolatieregister is losbladig en vaak ontbreekt de einddatum en –uur van isolatie, evenals de handtekening van de verantwoordelijke arts, zelfs voor isolaties die meerdere dagen duurden.

Bij elke maatregel tot afzondering dient een afzonderlijk registratieformulier met tenminste volgende gegevens ingevuld te worden :

- naam patiënt, leeftijd, geslacht, opnamedatum en nummer van de afzondering (per jaar)
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet getroffen worden.
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige
- reden en indicatie van de maatregel
- eventuele medicatie
- follow-up gegevens

## Tekortkomingen

- Er is een medische onderbestaffing.
  - De 2 psychiaters komen nooit op de campussen in Menen. Wanneer zich daar psychiatrische problemen voordoen, worden er psychiaters van een nabijgelegen psychiatrisch ziekenhuis opgeroepen. Met de artsen en psycholoog die in Menen de liaisonpsychiatrie uitvoeren, is er geen enkel overleg;
  - Uit het isolatieregister op de A-dienst blijkt dat de psychiaters meestal niet aanwezig zijn bij isolaties en enkel telefonisch op de hoogte gebracht worden;
  - De liaisonpsychiatrie is te weinig gestructureerd en enkel georiënteerd op de campussen te Roeselare.
  - Psychiatrische patiënten worden op de spoed op de campus Wilgenstraat enkel gezien door een psychiater als de noodzaak groot genoeg is. Vaak worden de patiënten getransfereerd naar de campus Westlaan waar de psychiaters consultaties doen.
- Psychiatrische patiënten die zich in Menen aanbieden worden gezien door consulenten uit het Psychiatrisch Centrum O.L.V. van Vrede. Er is geen overleg tussen hen en hun collega's te Roeselare. Er zijn ook zo goed als geen verwijzingen vanuit Menen naar de A-dienst te Roeselare of omgekeerd.
- De afdeling kan niet beschikken over een tuin of terras.
- Er is gebrek aan een ruimte waarin ontspannings- en sportmateriaal permanent kan staan. Nu staan er oefenfietsen in de gang opgesteld.
- Er is een procedure voor “fixatie en isolatie van een geesteszieke” uitgewerkt samen met de dienst spoedgevallen (waarschijnlijk enkel met de deze van Roeselare). Deze voorziet enkel in een 5-puntsfixatie. Op spoed blijkt het beleid hiervan echter afwijkend: “De mogelijkheid tot afzonderen bestaat op spoedgevallen, maar wordt zelden gebruikt. Er wordt meer geopteerd om de patiënt te sederen en op te volgen in een ziekenhuisbed dan in de afzonderingskamer”.
- Een zelfmoordpreventiebeleidsplan ontbreekt nog. Een procedure “beleid rond de opname van patiënten met een suïciderisico” is nog in ontwikkeling. Evaluatieschalen zijn nog niet in gebruik. Het luik “aanbod – begeleiding en behandeling” van de procedure brengt vooral een aantal bestaande procedures samen (toezichtsniveau, vrijheidsbeperking, onrustwekkende verdwijning...), maar het luik therapie en de concrete invulling van het nazorgtraject en hoe de PAAZ zich inpast in de regio op dat vlak, is nog zeer vaag tot onbestaande.

## Aanbevelingen

- We bevelen aan de onthaalbrochure te herwerken. Momenteel lijkt het alsof het therapieaanbod zeer beperkt is, en er op vrijdag geen activiteiten zijn. Verder wordt roken en overmatig koffiegebruik afgeraden, terwijl in het dagoverzicht zeer sterk de nadruk op wordt gelegd (“we beginnen met een tas koffie”, “rook- en koffiepauze”).

- Het zou goed zijn moest er terug een gestructureerd aanbod zijn naar familieleden. In het verleden werd dit uitgewerkt door een stagiair maar gingen deze sessies daarna niet meer door ondanks positieve ervaringen.
- Er is geen enkele kinesist verbonden aan de dienst. Aanbeveling om na te gaan of dit niet nuttig zou kunnen zijn. Bewegingsactiviteiten binnen- en buitenshuis worden nu aangeboden door ergotherapeuten.
- We bevelen aan om de gegevens m.b.t. de isolaties te verwerken in een jaarverslag.
- We bevelen aan om, na de verdere uitwerking van een suïcidepreventiebeleid, hierover vorming te organiseren voor personeelsleden van andere diensten in het ziekenhuis (bv. M, D, G).
- We bevelen aan de veiligheid van de dienst technisch te evalueren m.b.t. het suïciderisico (douchestang, leuning in de gang, klinken).

## **7.6 Niet-chirurgische daghospitalisatie, zorgprogramma voor oncologie, oncologische basiszorg en gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker**

### **Algemene vaststellingen**

- Er is momenteel enkel op de campus Wilgenstraat een functie niet-chirurgische daghospitalisatie. Architectonisch bestaat deze functie uit twee nieuwe afdelingen (een dagziekenhuis oncologie met 22 bedden en een niet-chirurgisch dagziekenhuis met 17 posities). Op het dagziekenhuis oncologie bevindt zich de ruimte waar chemotherapie wordt bereid.
- Voor de erkenning van de functie niet-chirurgische daghospitalisatie op de campus Rijselstraat is een apart erkenningsbezoek voorzien.
- Op beide afdelingen worden oncologische patiënten opgenomen. MOC's worden op de campus Wilgenstraat georganiseerd. Voor de MOC urologie wordt er samengewerkt met de Sint-Jozefkliniek van Izegem, voor de MOC gynaecologie met Izegem en het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare. Voor deze MOC komen de betrokken specialisten van de campussen te Menen naar Roeselare. Voor andere MOC's (pneumo, hemato, gastro-entero en algemene) sluiten de collega's van Menen aan via een videoconferentie.

### **Sterke punten**

- Alle verpleegkundigen volgden een postgraduaat opleiding oncologie of zijn die aan het volgen, dit onder andere ook met oog op een accreditatie door de Joint Commission. Voor (hoofd)verpleegkundigen en zorgkundigen bestaan specifieke functieomschrijvingen.
- De functie niet-chirurgische daghospitalisatie heeft een goed uitgewerkt intern reglement.

- Een elektronisch chemotherapievoorschriftprogramma (Chemopro®) werd enkele maanden geleden in gebruik genomen. Slechts enkele disciplines moeten nog overgeschakeld worden naar dit nieuwe systeem.
- Cybertrack® , een elektronisch controle systeem voor het transfusieproces waarbij aan bed via codes wordt nagekeken of het bloedproduct wel degelijk bestemd is voor de betreffende patiënt, werd ingevoerd.
- Er is een duidelijk en goed gestoffeerd jaarverslag en een bijhorend beleidsplan.

### **Tekortkoming**

- Op dit moment worden er nog oncologische patiënten gehospitaliseerd op de verblijfsafdelingen van de specialismen gastro-enterologie en pneumologie en krijgen zij ook daar hun chemotherapie. Intussen werd al beslist om alle oncologische hospitalisaties te concentreren op een afdeling oncologie.

### **Aanbeveling**

- We bevelen aan regelmatig een interne audit te organiseren, en hierbij steekproefsgewijs per specifieke tumor na te gaan in welke mate de richtlijnen uit het oncologisch handboek gevolgd werden.

## **7.7 Chirurgische daghospitalisatie**

### **Algemene vaststellingen**

- Enkel op de campus Wilgenstraat is er een functie chirurgische daghospitalisatie. Architectonisch gaat het om een gerenoveerde afdeling (27 posities: 5 zetels in 1 kamer en 22 bedden, waarvan 11 in een eenpersoonskamer en 8 in een tweepersoonskamer).
- Voor de erkenning van de functie chirurgische daghospitalisatie op de campus Rijselstraat is een apart erkenningsbezoek voorzien.

### **Sterke punten**

- Men registreert niet alleen een aantal activiteitsgegevens, maar ook items die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg (post-operatief braken, post-operatieve pijn, of de pre-operatieve vragenlijsten werden ingevuld, of de huisarts of de patiënt een ontslagbrief meekreeg...).
- In de overgrote meerderheid van de gevallen zijn er geen problemen met de preoperatieve onderzoeken. Er wordt gewerkt met een pre-operatief boekje dat ontwikkeld werd in samenwerking met het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en de Sint-Jozefkliniek Izegem. Dit boekje is meteen ook een informatiebrochure voor de patiënt.

## Tekortkoming

- De afdeling vormt geen architecturale eenheid: twee kamers liggen buiten de afdeling, verweven in de naastliggende afdeling cardiologie.

## Aanbeveling

- We bevelen aan een jaarverslag op te stellen en hierin de registratiegegevens te verwerken, naast andere gegevens zoals vorming, performantie-indicatoren uit het klinisch pad liesbreukoperatie, realisaties uit en plannen voor de werkgroepen waaraan men participeert...

## 7.8 Palliatieve functie

### Algemene vaststellingen

- In het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen bestaat de palliatieve functie uit 2 palliatieve supportteams (nl. het palliatief supportteam Roeselare, opgestart in september 2002, en het palliatief supportteam Menen, opgestart in september 2001), en uit tal van referentieverpleegkundigen palliatieve zorgen op de afdelingen. Beide PST's vallen onder de Dienst Patiëntenbegeleiding. Dit betekent dat eenzelfde middenkader en eenzelfde diensthoofd verantwoordelijk zijn voor de palliatieve zorg in het ziekenhuis. De visie omtrent palliatieve zorgen en de procedure i.v.m. palliatieve functie is dan ook gelijk op alle campussen.
- Op nagenoeg alle afdelingen zijn referentieverpleegkundigen. Op de campus Rijselstraat komen de referentieverpleegkundigen 2 keer per jaar samen om de werking en problemen te bespreken en om zo de palliatieve zorgcultuur verder uit te bouwen.
- Naast de palliatieve support teams (PST) is er ook een psychosociaal support team (PSST). Dit team staat in voor de specifieke opvang, ondersteuning en begeleiding van kankerpatiënten in de curatieve fase en hun familie.
- In 2008 waren er 253 palliatieve patiënten en 355 palliatieve begeleidingen door het PST Roeselare.  
In Menen waren er 176 palliatieve patiënten en 442 begeleidingen. Het aantal begeleidingen in Menen is beduidend hoger, daar het PST in Menen in een vroeger stadium wordt ingeschakeld (aanwezigheid oncologisch dagziekenhuis). De gemiddelde begeleidingsduur per begeleiding is 6,24 dagen in Roeselare en 7 dagen in Menen.
- Het palliatief team Roeselare bestaat uit 5 artsen, een psychologe (0,50 VTE), twee verpleegkundigen (samen 1,50 VTE): één verpleegkundige (0,75 VTE) en één verpleegkundige-coördinator (0,75VTE).  
Het palliatief team Menen bestaat uit één arts, een verpleegkundige (0,60 VTE) en een psychologe (0,50 VTE).

- Om de twee maanden komen de leden van beide supportteams, de hoofdgeneesheer, middenkader en diensthoofd patiëntenbegeleiding samen om casussen te bespreken en de werking bij te sturen en te evalueren.
- Beide vestigingsplaatsen behoren wat betreft Palliatieve Zorg tot een verschillend overkoepelend netwerk. Het PST Roeselare behoort tot het Netwerk Palliatieve Zorg Midden West-Vlaanderen, De Mantel. Het PST Menen maakt deel uit van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid West-Vlaanderen.

### **Sterke punten**

- De laatste jaren is men er in geslaagd om de palliatieve zorgcultuur breed ingang te doen vinden in het ziekenhuis. Brede communicatie (met o.a. een folder voor patiënten en familie), structurele aanwezigheid op de verpleegafdelingen (deelname aan teamvergaderingen) en vorming hebben hiertoe bijgedragen. Het aantal palliatieve begeleidingen neemt de laatste jaren toe.
- Afspraken zijn duidelijk neergeschreven: aanvraag ondersteuning door palliatief support team, opnameprocedure palliatieve eenheid, stappenplan bij vraag voor euthanasie, protocol medische therapiecodering,...

### **Tekortkomingen**

- De palliatieve zorgcultuur is nog onvoldoende ziekenhuisbreed verspreid. Niet alle afdelingen waar palliatieve patiënten verblijven, doen beroep op het PST. Het feit dat begeleiding volgens de procedure enkel kan opgestart worden na toelating door de behandelende arts, is hierbij te beschouwen als een drempel. Bepaalde artsen weigeren, ondanks het hierop aandringen van de hoofdgeneesheer, om toelating te geven. Palliatieve begeleiding bij de patiënten van deze artsen kan dan enkel op vraag van de patiënt of zijn familie.
- Palliatieve zorg is nog te veel terminale zorg. Palliatieve begeleidingen worden vaak te laat, in de terminale fase, opgestart (vooral op de campussen te Roeselare). De moeite die sommige artsen nog hebben i.v.m. de waarheidsmededeling aan patiënten en de neiging tot therapeutische hardnekkigheid (waarop het ethisch comité al gewezen heeft) kunnen gezien worden als belangrijke oorzaken om de palliatieve equipe niet in een vroeger stadium in te schakelen.
- Het medische luik van de palliatieve begeleidingen wordt onvoldoende uitgewerkt. Wekelijks komen de palliatieve teams op hun vestigingsplaats samen om patiënten multidisciplinair te bespreken. Artsen van het PST zijn hierbij niet aanwezig. Overlegvergaderingen i.v.m. casussen en bijsturing van de werking van de PST werden in 2008 twee keer afgelast wegens teveel verontschuldigingen van de artsen. Vorming i.v.m palliatieve zorg door artsen is minimaal.
- Het multidisciplinair palliatief dossier is nergens toegankelijk voor zorgverleners van de verpleegafdelingen en maakt geen deel uit van het patiëntendossier. Op de campus Rijsselstraat maakt men wel, naast het palliatief dossier, gebruik van een



communicatieblad in het verpleegkundig dossier waarop een overzicht wordt gegeven van de activiteiten (verslag bespreking palliatief team, contacten met arts, afspraken met familie) en de adviezen i.v.m. comfortzorg.

Op de campussen in Roeselare is er enkel een palliatief dossier en wordt er enkel mondeling informatie i.v.m. comfortzorg doorgegeven.

Het lijkt ons, vanuit een holistisch standpunt, belangrijk dat alle bij de zorg betrokken actoren zo goed mogelijk geïnformeerd zijn over diverse belangrijke aspecten (fysiek, psychisch, sociaal, spiritueel, familiaal, relationeel...).

### **Aanbevelingen**

- We bevelen aan om te evalueren of een permanentie wenselijk en/of haalbaar is, zodat ook 's nachts en in het weekend voldoende palliatieve ondersteuning kan gegarandeerd worden.
- Binnen het Palliatief Netwerk De Mantel is men momenteel bezig om de aanwezige procedures in de verschillende ziekenhuizen van het netwerk samen te brengen, te toetsen en te structureren. We bevelen aan om het initiatief verder ziekenhuisbreed te ontwikkelen.

## **7.9 Dienst Sp-palliatief**

### **Algemene vaststellingen**

- De palliatieve eenheid “Het anker” telt 9 bedden (opgesteld in 5 eenpersoonskamers en 2 tweepersoonskamers) en bevindt zich op de derde verdieping op de campus Westlaan te Roeselare.
- Het medisch diensthoofd is een anesthesist. Een tweede anesthesist en twee geriateren zijn aan de dienst verbonden.
- 71,5 % van de patiënten wordt doorgestuurd vanuit een ziekenhuis. Binnen het eigen ziekenhuis komt het grootste deel van de patiënten vanuit de afdelingen interne, geriatrie en oncologie.

### **Sterke punten**

- De afdeling is huiselijk en comfortabel ingericht. Men beschikt over een gezellige leefkamer-eetzaal met aangrenzende keuken.
- Men beschikt over een groep van 39 vrijwilligers. Vrijwilligers worden pas na een selectie en een grondige opleiding op de dienst ingeschakeld. De stuurgroep komt 4 keer per jaar samen. Hier worden o.a. vormingen gepland en knelpunten besproken. Er zijn verschillende werkgroepen (bv. werkgroep keukengebeuren, groene vingers, feestcomité). Men heeft een uitgebreide leidraad voor vrijwilligers, een peter- en meterwerking voor nieuwe vrijwilligers en een fraai vrijwilligerskrantje. Naast intervisies (4/jaar) met als doel bij te leren van elkaar en elkaar op een verrijkende manier te leren

kennen, zijn er ook begeleidingsgesprekken (functioneren en samenwerking). Na de patiëntenbespreking met de verpleegkundigen is er een aparte informatieoverdracht (er is een duidelijke omschrijving wat er wordt gedeeld aan informatie) voor de vrijwilligers en het onderhoudspersoneel. Een aantal vrijwilligers is ook 's nachts aanwezig om de nodige bijstand te verlenen.

- De afdeling palliatieve zorg beschikt over een eigen brochure die wordt meegegeven tijdens het gesprek in het kader van een vooropname. Er is speelgoed en ook materiaal aanwezig om kinderen te ondersteunen in hun rouwproces.
- Vijf keer per jaar is er voor de verpleegkundigen een intervisie met een externe klinisch psycholoog.
- Men beschikt over een waaier van oproepsystemen, aangepast aan de noden van de patiënt. Er is een bewegingsmelder in het kader van een fixatiearm beleid.

### **Non-conformiteiten**

- De afdeling heeft op het moment van de audit een normatief personeelstekort. Voor 9 palliatieve bedden zou men over 13,41 VTE verpleegkundigen moeten beschikken, terwijl het team uit 12,76 VTE verpleegkundigen bestaat.
- Er wordt op de afdeling op bepaalde uren gerookt door patiënten in de leefkamer-eetzaal. In deze zaal is geen rookafzuiging. Een rookkamer dient op afdoende wijze verlucht te worden, ondermeer om de hinder door omgevingstabaksrook tegen te gaan.
- Er werd vervallen narcotische medicatie teruggevonden: Durogesic® 75 µg (vervaldatum: 11/2008).

### **Tekortkomingen**

- Het patiëntendossier wordt onvoldoende ingevuld:
  - Bij nazicht van een dossier van een gefixeerde patiënt bleek er niets vermeld te staan inzake de bespreking met de familie, de observatie op bepaalde tijdstippen of de herevaluatie van de maatregel;.
  - Tevens was er in hetzelfde dossier geen DNR-code terug te vinden.
  - In een ander dossier waren slechts een zeer beperkt aantal items ingevuld op het 'opnameformulier palliatieve zorgenheid'.
- Vrijwilligers mogen niet ingezet worden voor het uitvoeren van zorgkundige taken, zoals de verzorging van patiënten. In de 'Leidraad voor vrijwilligers van de palliatieve zorgenheid' en de functieomschrijving van vrijwilligers beschrijft men de taken van de vrijwilligers: o.a. hulp bij de maaltijden, beloproepen beantwoorden waar mogelijk. Verder staat vermeld dat 'hulp in de zorgverlening kan, doch enkel in samenspraak met een verpleegkundige en steeds onder supervisie van de verpleegkundige'. Er dienen dan ook duidelijke afspraken te komen rond de taakhoud van de vrijwilligers.

- De kinesitherapeut is niet aanwezig op de multidisciplinaire patiëntenbespreking en noteert niet in het multidisciplinair dossier.
- Er zijn geen afspraken inzake zaalrondes. Vier artsen toeren op een willekeurig tijdstip met de verantwoordelijke verpleegkundige, waardoor de verpleegkundige taken niet optimaal kunnen georganiseerd worden..
- De volgende architectonische tekortkomingen werden vastgesteld:
  - Geen van de kamers beschikt over een douche of bad. Hierdoor moet men steeds gebruik maken van de gemeenschappelijke badkamer, maar deze wordt in de praktijk gebruikt als bergruimte. Er staan serumstaanders opgeborgen.
  - Er is te weinig bergruimte op de afdeling. In de utility staat vuil en proper materiaal samen.

### **Aanbevelingen**

- We bevelen aan, om in het kader van een verhuis bij renovatie, de tuin of het terras aansluitend te maken aan de afdeling. Hierdoor zou de tuin ook toegankelijk zijn voor patiënten die zwaar zorgbehoevend zijn. Momenteel beschikt het ziekenhuis vooraan naast de parking over een strook groen waar patiënten en familie gebruik van kunnen maken. Deze tuin sluit niet rechtstreeks aan bij de afdeling.
- We bevelen aan om de procedure in verband met de rouwkamer/verblijf op de afdeling na overlijden, uit te schrijven.
- Op de afdeling is één bijkomende eenpersoonskamer aanwezig. Deze reservekamer is bedoeld om in geval van rooming-in op een tweepersoonskamer deze te kunnen ontdebelen. Momenteel wordt deze reservekamer gebruikt voor overnachting van de anesthesisten. We bevelen aan om de oorspronkelijke bestemming te respecteren.

## **7.10 Gespecialiseerde spoedgevallenzorg**

### **Algemene vaststellingen**

- Het H.Hartziekenhuis Roeselare-Menen beschikt over twee gespecialiseerde spoedgevallendiensten met MUG-functie, één op de campus Rijselstraat en één op de campus Wilgenstraat. De MUG van campus Wilgenstraat alterneert per week met de MUG van het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare. Er is voor de weekdagen een samenwerkingsovereenkomst met de MUG van de Sint-Jozefkliniek te Izegem. Op de campus Wilgenstraat staat het personeel van de spoedgevallendienst overdag ook in voor secundaire patiëntentransporten (3-tal per week), bv. intercampustransport, maar ze beschikken niet over een eigen ambulancedienst (samenwerking met privé en brandweer).
- In 2008 waren er 10304 patiënten op spoed te Menen, dat betekent gemiddeld 28 per dag. Dat jaar waren er 712 MUG-oproepen voor deze campus wat overeenkomt met ongeveer 2 per dag. Op de spoedafdeling te Roeselare telde men 18288 prestaties in 2008. Er waren 503 MUG-oproepen (1 week op 2 van eerste MUG-wacht).

- De medische permanentie van de spoedgevallendienst te Menen gebeurt door vier artsen: het medische diensthoofd is chirurg-urgentist, daarnaast zijn er nog twee ziekenhuisartsen met een bekwaming in acute geneeskunde en een huisarts met het brevet acute geneeskunde. Initieel wordt de patiënt die zich aanbiedt gezien door een spoedarts en in tweede instantie, indien nodig, door de geneesheer-specialist waarvoor hij/zij opgenomen wordt.  
In Roeselare bestaat de vaste medische ploeg uit 4 anesthesist-urgentisten. Men beschikt, binnen dit team sinds kort over een apart medisch diensthoofd voor de spoed en voor de MUG die optimaal afstemmen voor de organisatie van de dienst (bv. wachtregeling). Voor de poortwacht op spoed doet men beroep op een grote pool van specialisten (interne, heelkunde en neurologie). Men voorziet steeds in een tweede wacht voor “intensive care” die zo nodig naar spoed kan komen en een bijkomende achterwacht in het geval van een externe MUG-interventie.
- De verpleegkundige bestaffing te Menen bestaat uit 16 verpleegkundigen (13,7 VTE), waarvan 13 met een BBT. In Roeselare beschikt men over 25 (19,5 VTE) verpleegkundigen waarvan 19 met een BBT. Elke spoed heeft zijn eigen equipe en hoofdverpleegkundige. Er is een 24uurspermanentie van minstens 2 verpleegkundigen.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd triagesysteem. In Roeselare ontwikkelt men zelf interdisciplinaire triageprotocols.
- Men startte te Menen in 2009 met het registreren van de isolaties. Tussen 1 januari en 18 maart werden er zes geteld.

### **Sterke punten**

- Voor alle binnenkomende kritieke patiënten te Roeselare wordt de behandeling en het beleid op spoed opgestart. Bij aankondiging van een urgentie rolt zich een cascade uit van betrokken actoren tot in OK, IC en desgevallend een andere afdeling (bv. cathlab). Deze efficiënte syndroomgebonden organisatie betekent een maximale tijdswinst voor de patiënt en de garantie dat de meest competente mensen en middelen snel ter beschikking komen.
- De spoedgevallendienst van Roeselare scoort hoog op het vlak van complexe urgente zorg, voornamelijk op vlak van neurochirurgie en cardiologie. Hierdoor fungeert de instelling op dat vlak als supraregionaal referentieziekenhuis dat ook patiënten uit andere ziekenhuizen kan opnemen en adequaat behandelen.
- In Roeselare heerst een motiverende collegiale teamspirit bij het personeel. Spoedartsen en verpleegkundigen werken goed samen in een respectvolle enthousiaste sfeer.
- Beide functies kunnen beroep doen op een dienst “crisisinterventie” / sociale dienst ter ondersteuning, zowel naar patiënten en familie toe als voor een eventuele opvang en debriefing van het personeel na incidenten.
- Het verpleegkundige dossier werd zeer goed uitgewerkt en is identiek voor beide campussen.

- Een lid van het team zorgondersteuning is specifiek geschoold voor inzet op kritieke diensten. Men kan dus regelmatig beroep doen op deze gespecialiseerde verpleegkundige.

### **Non-conformiteiten**

- Men beschikt in Roeselare en Menen over verschillende en meerdere procedures voor isolatie maar deze worden niet consequent toegepast.
  - De procedure in Roeselare bevat geen versie- noch revisiedatum en is niet gevalideerd door een arts.
  - De isolatie/fixatie-volgbladen zijn niet volledig of niet correct ingevuld.
  - De indicatie tot afzondering of fixatie is dikwijls vaag omschreven.
  - Het soort fixatie is niet gespecificeerd.
  - Men vindt weinig terug over frequentie van toezicht, observaties en herevaluatie.
  - De identificatie van de verantwoordelijke arts is niet steeds terug te vinden.
  - Er is geen neerslag van eventuele besprekingen met de betrokkenen of van tussentijdse evaluaties.
  - Het einduur van de isolatie ontbreekt op het volgbld.
  - In Roeselare worden ook patiënten (vaak geriatrische) gefixeerd buiten de isolatiebox, naar schatting 2 à 3 per maand.
- Er is geen afgesloten garage te Menen. Patiënten worden tot onder een luifel gereden, bv. door familie, huisarts of ambulance. Aansluitend is er een sas/ontvangstruimte waarvan gesteld wordt dat ze ook kan gebruikt worden als spoelruimte voor decontaminatie of brandwonden. Men beschikt niet over een adequate sorteerruimte in het geval van massale toestroom van slachtoffers.
- De functie beschikt te Menen over een nachthospitaal met slechts drie bedden.
- Medicatievoorschriften worden regelmatig niet geautoriseerd door een arts. Medicatie wordt door verpleegkundigen vaak toegediend op basis van een mondeling order van de arts. Voor medicatietoediening worden niet steeds schriftelijke orders neergeschreven in het dossier, of de verpleegkundige noteert wel maar de arts ondertekent niet.
- Op de gespecialiseerde spoed van de campus te Menen, met 7d/7 en 24u/24 MUG-functie, dient men normatief over 18 VTE verpleegkundigen te beschikken. Er is een tekort van 4,3 VTE.
- De laatste drie jaren zijn er op de campus Rijselstraat geen BLS-vormingen georganiseerd.
- 75-plussers worden op de spoedgevallendienst niet gescreend op geriatrisch zorgprofiel.
- Niet alle noodzakelijke medische gegevens zijn steeds toegankelijk voor de staf van spoed.
- Er werden losstaande zuurstofflessen aangetroffen. Deze dienen beveiligd te zijn tegen omvallen.

## Tekortkomingen

- Er is oneigenlijk gebruik van de functie spoedgevallen. Er gebeurt geplande ambulante chirurgie op de spoedgevallendienst (tot 5/week in Roeselare).
- De integratie van de spoedgevallendiensten van beide campussen is onvoldoende gerealiseerd.
  - Materieel, procedures en standing orders zijn in de praktijk grotendeels verschillend. Dit is historisch zo gegroeid gezien vertrokken werd van bestaande apparatuur en materiaal na de fusie.
  - Er bestaat geen gestructureerd overleg tussen de beide spoedgevallendiensten.
- Hoewel men normatief over voldoende personeel beschikt, kan men in Roeselare spreken van een relatief personeelstekort.
  - Tijdens het weekend is er geen ondersteunend personeel (bv. administratieve hulp).
  - De verpleegkundigen hebben een uitgebreid takenpakket zoals o.a. begeleiding van secundaire transporten, interne MUG en logistiek.
  - Men kampt op het moment van de audit op deze dienst met zo'n 1700 overuren (ongeveer 1 VTE) en 0,68 VTE aan ADV-dagen.

De bestaffing moet idealiter aangepast zijn aan de reële werkdruk. Men dient de werklust te objectiveren, te evalueren en na te gaan welke ondersteuning mogelijk is.

- Het kindvriendelijk beleid krijgt nog onvoldoende gestalte op beide spoedgevallendiensten.

Box 1 in Menen is bedoeld voor opvang van kinderen maar de inrichting is weinig aangepast aan deze doelgroep.

Te Roeselare zou box 3 bestemd zijn voor de opvang van kinderen. Tijdens de audit was een volwassene geïnstalleerd in deze box, terwijl een kind in een andere box was opgenomen.

Er is nergens een box kindvriendelijk aangekleed.

Momenteel is veel materiaal voor kinderen opgeslagen in open kasten en roltafeltjes. Dit biedt het kind een weinig veilig gevoel. We bevelen aan om de kinderbox zo in te richten dat het medische materiaal minder zichtbaar aanwezig zou zijn en om meer aandacht te besteden aan een afwerking die rust en veiligheid uitstraalt.

- Ondanks recente verbouwingen blijven te Roeselare een aantal architectonische tekortkomingen bestaan:
  - De MUG-wagen moet steeds buiten geparkeerd worden. De wagen wordt wel voortdurend voorverwarmd en er is camerabewaking.
  - De aanduiding voor de ingang van de garage suggereert dat er enkel ambulances mogen binnenrijden. Het is onduidelijk wat een huisarts of (panikerend) familielid als chauffeur van een patiënt moet doen.
  - De toegangscontrole is niet sluitend. Samen met het gebrek aan duidelijke signalisatie, de complexe architectuur en het feit dat nog heel wat mensen hier de intussen verplaatste eetzaal/cafetaria komen zoeken, zorgt dit ervoor dat patiënten en bezoekers vaak op de dienst rondlopen;
  - Er is geen veilige afzonderingsruimte voor isolatie van agressieve of geagiteerde patiënten. Men kan items lostrekken van het plafond en de lakens zijn niet

- scheurbestendig. De muren zijn niet gecapitonneerd. In de praktijk zal een geagiteerde patiënt steeds moeten gefixeerd worden. De isolatiekamer heeft geen daglicht en beschikt niet over sanitair in de nabije omgeving;
- De ruimte van het nachthospitaal is niet geschikt voor vier bedden. Op de vierde positie kan geen volwaardig bed staan. Deze positie kan ook niet afgescheiden worden van de rest van de zaal zodat er geen privacy kan gegarandeerd worden;
  - Er is te weinig bergruimte waardoor de voorziene plaatsen overvol staan en karren en apparatuur her en der gestockeerd worden, ook in de gangen;
  - Doordat een aantal posities in de boxen van elkaar afgescheiden worden door middel van gordijntjes kan de privacy van de patiënt onvoldoende beschermd worden.
- Volgende architectonische tekorten werden vastgesteld op de spoedgevallenafdeling te Menen:
    - De signalisatie om de spoedafdeling te bereiken van buitenaf is niet optimaal, zeker 's nachts niet. De toegangsweg (in functie van de bouwwerf) is smal en wordt gedeeld tussen MUG, andere voertuigen en voetgangers;
    - De wachtzaal is een erg krappe ruimte (4 stoelen) waarop geen visueel toezicht mogelijk is;
    - Er is geen aparte spreekkamer. Voor een slechtnieuwsgesprek moet men noodgedwongen uitwijken naar het doktersbureau;
    - De isolatiekamer heeft geen sas of sanitair en biedt onvoldoende veiligheid bij een risico op (auto)mutilatie of suicide;
    - Eén zelfde lokaal(tje) doet dienst als centrale verpleegpost, keuken en ontspanningsruimte voor het personeel;
    - Er is een schrijnend tekort aan bergruimte. waardoor materiaal op allerlei plaatsen gestockeerd wordt;
    - De hoofdverpleegkundige beschikt niet over een eigen bureau maar gebruikt een deel van het lokaal waar de administratieve kracht werkzaam is;
    - De privacy van de patiënten is op verschillende posities niet gewaarborgd. De bedden zijn slechts gescheiden door gordijntjes;
    - Er is te weinig plaats in de meerpersoonsboxen om veilig en correct te kunnen werken;
    - De posities (inclusief de isolatiebox) beschikken niet over invallend daglicht.
  - Er zijn doorstromingsproblemen naar de afdelingen waardoor patiënten tot 48 uren kunnen blijven liggen eer ze een bed toegewezen krijgen. Op beide campussen wordt het nachthospitaal vaak gebruikt voor patiënten die wachten op een hospitalisatie. In Roeselare dienen patiënten ook (soms lang) in de gang te wachten alvorens ze in het beddenhuis kunnen opgenomen worden. Naast het feit dat dit een erg patiëntonvriendelijke organisatie is, houdt ze ernstige risico's in m.b.t. patiëntveiligheid (minder toezicht bij drukte op spoed).
  - De procedure bij overbezetting in het ziekenhuis is niet gekend.
  - De urgentieartsen te Menen moeten zeer veel wachten van 24 uur doen voor spoed en MUG. De drie vaste titularissen nemen het leeuwendeel hiervan voor hun rekening (de BAG-arts doet 1 wacht op 8). Rekening houdende met hun gewone dagtaken, overlegvergaderingen, eventuele ziekte, verlof en permanente vorming lijkt het niet gegarandeerd dat deze stafleden voldoende tijd hebben voor recuperatie of opleiding.

- Er is onvoldoende gestructureerd dienstoverleg tussen de verpleegkundigen en artsen die op de spoedgevallendienst werken. Men ziet elkaar wel informeel en in ad hoc situaties. In Roeselare is er 2x/jaar formeel overleg tussen verpleegkundigen en urgentieartsen.
- De procedure bij een vermoeden van kindermishandeling is niet gekend op de spoedgevallen.
- Er is geen specifiek uitgeschreven procedure voor ontslag tegen medisch advies (wel een invulblad). In het kader van de wet op de patiëntenrechten, onder de bepalingen van artikel 8, dient men hiervoor een procedure op te stellen die deze wet respecteert. Dit impliceert dat de patiënt schriftelijk bevestigt dat 1) hij op afdoende wijze werd geïnformeerd en 2) een welomschreven tussenkomst (bv. ziekenhuisopname) van de beroepsbeoefenaar weigert.  
Het attest heeft (sinds de totstandkoming van de wet op de patiëntenrechten) dus een juridische waarde. Het ziekenhuis zal, i.g.v. geschil, moeten kunnen aantonen dat en welke informatie aan de patiënt werd gegeven. Daarom wordt in het attest best ook een verwijzing opgenomen naar schriftelijke informatiefolders.

## Aanbevelingen

- We bevelen aan om de patiënten beter schriftelijk te informeren. Momenteel is er geen afdelingsspecifieke onthaalbrochure en beschikt men over weinig infobrochures voor patiënten i.v.m. nazorg.
- We bevelen aan om een geïntegreerd jaarverslag (2 spoedgevallendiensten; medisch-verpleegkundig) uit te schrijven, waarbij men ook gegevens die een beeld kunnen geven van de kwaliteit van zorg analyseert, zoals wachttijden, opname intensieve zorgen, % ongeplande terugkeer naar de spoeddienst, % doorverwijzingen, aantal activiteiten en tijdsinvestering bij gehospitaliseerde patiënten, aantal en duur van de isolaties, resultaten uit lopende kwaliteitsprojecten, medewerkers- patiëntentevredenheid... Aangepaste software zou dit kunnen ondersteunen. Men kan dan zich hierop baseren om een concreet beleidsplan uit te werken met SMART-geformuleerde doelstellingen.
- We bevelen aan om een gestructureerd overlegplatform tussen spoed enerzijds en de specialisten van het ziekenhuis anderzijds te organiseren, teneinde duidelijke, uniforme afspraken te kunnen maken en deze nauwgezet te kunnen opvolgen. Ook tussen de huisartsen en de spoedgevallendienst betekent een regelmatig geformaliseerd overleg een meerwaarde.
- Uit verslaggeving blijkt er soms wrevel bij de patiënten te bestaan over de wachttijden. Er zijn echter geen objectieve gegevens voorhanden die een breder zicht geven op wachttijden. We adviseren om wachttijden gestructureerd te registreren en te onderzoeken. We bevelen ook aan om de patiënten beter te informeren over een realistische timing en uitleg te voorzien die gekoppeld is aan de urgentiegraad. Het beschikbaar stellen van schriftelijke informatie kan de mondelinge communicatie ondersteunen.



- Er kan, vooral in Menen, meer aandacht besteed worden aan vorming georganiseerd op dienstniveau. Personeelsleden zijn bv. niet opgeleid inzake omgaan met agressie, psychiatrische urgenties, isolaties...
- Advies om ook voor de groep van artsen een permanente vorming betreffende reanimatietechnieken te organiseren. Dit geldt des te meer voor de grote groep van niet-urgentisten die ook de wachtdienst op spoed dient te verzekeren.
- De organisatie van een gemeenschappelijk symposium met het Stedelijke Ziekenhuis Roeselare is een lovenswaardig initiatief. We bevelen aan dit ook concreet verder te ontwikkelen en spoedgevallendienst van de campus Rijselstraat hierbij als volwaardige partner actief te betrekken.

## 7.11 Intensieve zorgen

### Algemene vaststellingen

- Kritieke patiënten (exclusief spoed en recovery) worden op verschillende plaatsen opgevangen binnen het H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen:
  - Op de campus Rijselstraat (7 erkende IZ-bedden) vinden we:
    - **IC** die bestaat uit 7 bedden gelegen op het gelijkvloers naast OK. De medische coördinatie gebeurt door artsen anesthesie en inwendige;
    - **Midcare** die 9 bedden telt en naast IC op dezelfde verdieping ligt. De medische coördinatie gebeurt door artsen neurologie en inwendige. In de nieuwe situatie na verhuis van de diensten van campus Bruggestraat neemt het aantal bedden op IC toe tot 9, en worden 6 Midcare bedden opgesteld op de afdeling D Menen.
  - Op de campus Wilgenstraat (28 erkende IZ-bedden) vinden we volgende eenheden:
    - **IC1** met 10 bedden op de derde verdieping. Medische coördinatie is in handen van anesthesisten;
    - **IC2** met 6 posities op de eerste verdieping. Ook hier gebeurt de medische coördinatie door anesthesisten.; Er is één hoofdverpleegkundige voor IC1 en IC2.
    - **MIZE (IC3)** (Medische Intensieve Zorgen Eenheid) waar 14 bedden opgesteld staan. De MIZE is gelegen naast IC1 en kan via de verpleegpost bereikt worden als men de autorisatie heeft dmv een toegangsbadge. Medische coördinatie berust bij anesthesie en inwendige; er is één medisch diensthoofd (een anesthesist-intensivist) voor alle IC's. IC3 heeft een aparte hoofdverpleegkundige.
    - **Midcare neurochirurgie** telt 5 bedden en ligt op de vijfde verdieping naast de dienst neurochirurgie. Medische coördinatie gebeurt door anesthesisten en neurochirurgen. De hoofdverpleegkundige is verschillend van deze van de IC's.

Het medische diensthoofd voor alle intensieve zorgen afdelingen is dezelfde anesthesist-intensivist.

Midcare te Menen en midcare neurologie te Roeselare werden niet bezocht tijdens deze audit.

- De gemiddelde bezetting ligt op alle plaatsen boven de 90%. Op de IC's te Roeselare werden 1114 patiënten opgenomen in 2008. De mortaliteit was dat jaar 5,1%, op MIZE werden 1224 patiënten opgenomen, de mortaliteit was 7,8%. Op IC Menen werden 581 patiënten opgenomen in 2008.
- Bij ontvangst van interne MUG-oproepen gaat een verpleegkundige en een arts van de dienst IZ ter plaatse. Een andere verpleegkundige vertrekt met de reanimatiekar vanuit de afdeling spoedgevallen. Op campus Rijselstraat gaan een arts en een verpleegkundige van spoed naar oproep, een verpleegkundige van IC volgt met de reanimatiekar.
- De verhuis van IC1 en IC2 te Roeselare naar één IC-eenheid in de nieuwbouw is gepland voor december 2009.

### **Sterke punten**

- Er bestaat een uitgeschreven procedure voor te nemen maatregelen bij overbezetting van de dienst Intensieve Zorgen. Hierin wordt vermeld welke stappen moeten worden gezet en welke personen moeten worden verwittigd. In het geval van afkondigen van een “opnamestop” zijn de criteria en de bevoegde personen duidelijk vastgelegd.
- Hoewel normatief slechts de helft van de verpleegkundigen werkzaam op Intensieve Zorgen moet beschikken over de Bijzondere Beroepstitel, heeft hier meer dan 2/3 deze bekwaaming.
- Men beschikt over een uitstekend papieren verpleegkundig dossier dat uniform is voor alle IC's en voor midcare. Het dossier leent zich tot zorgplanning en wordt hiervoor ook gebruikt.
- Voor de IC-afdelingen te Roeselare gebeurde een sterkte-zwakke analyse en werd een afdelingsspecifiek beleidsplan opgesteld.
- Er is een wekelijks multidisciplinair overleg (met schriftelijke neerslag in de patiëntendossiers) met de bacteriologen op de campus Wilgenstraat.
- Men kan een beroep doen op een specifiek opgeleide verpleegkundige van het team zorgondersteuning voor de vervanging van zieke personeelsleden of piekmomenten.
- Men werkt in Menen preventief ten aanzien van doorligwonden. Er is een wondzorg-referentieverpleegkundige, alle bedden zijn uitgerust met Tempur®matrassen, alternatieve matrassen zijn vlot beschikbaar.
- De zorgkundigen beschikken te Roeselare over een zeer gedetailleerde taakomschrijving.

## Non-conformiteiten

- Te Roeselare stemt de erkenningstoestand (28 IZ-bedden) niet overeen met de effectieve exploitatie (30 IZ-bedden). Men dient de erkenning aan te passen aan de realiteit of vice versa.
- Zowel op de campus Wilgenstraat als op de campus Rijselstraat wordt niet voldaan aan de minimumpermanentie:
  - Op de campus Wilgenstraat wordt er voor 30 bedden voorzien in een permanentie met 8 verpleegkundigen. Bovendien verlaat de verpleegkundige van IC2 haar eenheid bij een interne MUG-oproep zodat 1 persoon achterblijft met tot 6 kritieke patiënten, wat een risico inhoudt.
  - Op de campus Rijselstraat verlaat 's nachts één van de twee nachtverpleegkundigen soms haar IC-afdeling om op de midcare hulp te bieden. Ook bij interne MUG-oproepen verlaat één van beiden de afdeling. Hierdoor blijft 1 verpleegkundige alleen achter met tot 7 kritieke patiënten.
- Er is geen isolatiebox met sas in IC1 te Roeselare en in Menen.
- Medische orders, medicatievoorschriften, wijzigingen in therapie worden niet door alle artsen consequent en tijdig genoteerd en ondertekend in het patiëntendossier.
- In Menen werden in 2008 drie kinderen opgenomen (met een verblijfsduur van maximaal twee dagen). In Menen is geen box aangepast aan deze doelgroep en is er geen specifieke opvang voorzien. Rooming-in is om praktische redenen onmogelijk.

## Tekortkomingen

- De overeenkomst met het zorgprogramma voor kinderen in het ziekenhuis beperkt zich tot de (weliswaar gedetailleerde) indicatielijst voor opname van een kind op IC. Deze samenwerkingsovereenkomst, die op initiatief van het diensthoofd van het zorgprogramma dient gesloten te worden, bevat best ook de randvoorwaarden voor de opname van kinderen op de functie zoals het niet beperken van de bezoeken voor ouders, de mogelijkheid om minstens een ouder steeds bij het kind te laten blijven en alle onderzoeken en behandelingen bij te laten wonen, auditieve en visuele scheiding met het gebeuren bij volwassenen, de continuïteit van zorg, de toepassing van de richtlijnen en procedures voor de preventie en behandeling van pijn zoals nader omschreven in het multidisciplinair handboek en andere aspecten van kindvriendelijkheid.
- Meegebrachte thuismedicatie wordt niet gebruikt door de dienst (IC Roeselare) maar bij de patiënt op de kamer bewaard zoals vermeld in het RIO. Men heeft geen controle op eventuele inname (bv. gegeven door familie op vraag van patiënt) van deze medicatie.
- Volgende architecturale tekortkomingen werden vastgesteld:
  - De werkoppervlakte van sommige posities (bv. box 1 IC Menen) is erg krap bemeten en het gebrek aan ruimte bemoeilijkt het vlot en veilig werken. Bv. er kan geen extra toestel naast het bed geplaatst worden en de steriliteit van materiaal op een bijzettafel kan onvoldoende gegarandeerd worden. De infrastructuur voor het

personeel is zeer beperkt in oppervlakte en aantal ruimtes. Geen enkele positie in IC Menen krijgt direct daglicht.

- IC1 te Roeselare is ondergebracht in een gewone verpleegafdeling die architectonisch niet voorzien is op intensieve verzorging en high care patiënten. De kamerdeuren staan open en er hangen gordijnen in de deuropeningen die opzij geschoven blijven omwille van toezicht. Er is geen aparte gespreksruimte (men gebruikt het dokterslokaal). De toiletten voor personeel en bezoekers bevinden zich in de utility bij o.a. het linnen, de vuilzakken en de bedpannenwasser. De toiletten zijn niet rolstoeltoegankelijk. Dit is een tijdelijke situatie in afwachting van ingebruikname van de nieuwe IC;
  - De MIZE beschikt niet over sanitair op de afdeling. Er is geen rechtstreeks toezicht mogelijk op de posities. Voor gesprekken dient men uit te wijken naar de naastgelegen IC. De keuken is erg klein. Er is één utility waarin proper en vuil gemengd wordt (linnen - bedpannenwasser).
  - Op de IC van Menen is rechtstreeks toezicht onmogelijk voor 5 van de 7 posities. Er zijn ook geen camera's geïnstalleerd voor een visuele monitoring. Op IC2 te Roeselare is geen visueel contact mogelijk met de patiënten.
  - Verschillende posities zijn slechts afschermbaar door een gordijn, wat onvoldoende de privacy van de patiënten kan garanderen. Er zijn geen aparte gespreksruimtes voor familieleden en de meeste diensten beschikken niet over een exclusieve wachtzaal voor familieleden en bezoekers;
- Tijdens transport (campus Rijselstraat) kan men de mobiele apparatuur niet aan het bed bevestigen, dus wordt ze gewoon op het bed van de patiënt gelegd.
  - Op IC hanteert men een eigen fixatieprocedure zonder opvolgblad. Patiënten worden soms gefixeerd om auto-extubatie te vermijden. Men bindt dan beide polsen vast aan de onrusthekkens of het bed, wat risicovol is.
  - Men werkt niet met een multidisciplinair dossier. Medisch (Medar) en verpleegkundig dossier zijn gescheiden. De (medische) dossiers verschillen ook per campus met bepaalde gedeelten al dan niet elektronisch. Alhoewel ook paramedici handelingen stellen bij de patiënt is er bij sommigen (bv. kine en ergo) van hun behandeling, evolutie en observatie zelden iets terug te vinden binnen het patiëntendossier. Idealiter evolueert men naar een multidisciplinair dossier, zodat men op de eenheid steeds beschikt over alle noodzakelijke informatie, ondermeer om de familie te woord te staan.
  - In IC Menen kan men in de praktijk geen adequaat inscholingsbeleid voeren. Door gebrek aan mankracht dienen nieuwe medewerkers vaak heel snel in de routine mee te draaien.

## **Aanbevelingen**

- De meeste procedures werden specifiek door en voor de functie IC ontwikkeld, zonder betrokkenheid van het ziekenhuisbeleid. Voor bepaalde procedures kan dit nochtans aangewezen zijn. Verder kan het werken met staande orders en procedures de werking op een dienst intensieve zorgen een stuk vereenvoudigen. In dat geval dient op het verpleegkundig volgblad wel steeds een verwijzing te staan naar het desbetreffende order.

- Er is frequent overleg (verpleegkundigen onderling, verpleegkundige met de artsen, hoofden van de kritieke diensten onderling, hoofden kritieke diensten met de intensivisten), maar weinig gestructureerd en systematisch en te weinig intradisciplinair. Het is raadzaam om van deze vergaderingen de verslaggeving beter te verzorgen.
- Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen op IZ kunnen nog meer gestimuleerd worden. Momenteel bestaat er wel een revalidatietoer op de IC's te Roeselare (revalidatie-arts, kinesist, ergotherapeut, verpleegkundige, hoofdverpleegkundige en intensivist, soms ook de logopedist), maar elders verloopt het overleg nog gefragmenteerd en ad hoc. Er is geen systematisch multidisciplinair patiëntenbezoek.
- Een (multidisciplinair samengesteld en campusoverschrijdend) jaarverslag dat een kritische kijk geeft op de verwezenlijkingen van het afgelopen jaar maar eveneens een start kan zijn van de nieuwe doelstellingen voor het komende jaar kan het kwaliteitsbeleid helpen structureren. Hierin worden, naast een activiteitenverslag, best ook de resultaten van registraties die een beeld geven van de kwaliteit van zorg opgenomen (infectieziekten, decubitus, sterfte na verblijf op intensieve zorgen, ongeplande heropnames...). Hieruit kan dan een beleidsplan voor de functie IC ontwikkeld worden met relevante en onderbouwde doelstellingen en met een concreet actieplan.
- Men doet momenteel geen objectieve evaluatie van de werklast / zorgzwaarte van de patiënten. Advies om met een gestandaardiseerd model deze patiënten, met een intensief karakter, te scoren en te voorzien in opleiding zodat de scores kunnen geïnterpreteerd worden.
- Advies om de functiedifferentiatie binnen de verpleegkundige equipe verder uit te breiden. Omdat dit enerzijds inspeelt op de toenemende specialisatie in de geneeskunde (waardoor het steeds moeilijker wordt om binnen de verpleging alles tot in detail te blijven beheersen) en anderzijds tegemoetkomt aan persoonlijke interesses van bepaalde mensen, dient dit als waardevol te worden beschouwd. Het personeel dient in elk geval voldoende uren bijscholing te volgen en het personeelstekort moet dus, waar nodig, aangevuld worden.
- De functie beschikt over een recent reglement van inwendige orde (RIO) Een aantal elementen kunnen echter nog verder uitgewerkt worden en/of bekrachtigd worden door bv. medische raad of het comité voor ziekenhuishygiëne.
- Het administratieve werk heeft een groot aandeel binnen het functioneren op intensieve zorgen. Teneinde registraties, verslagen, telefonie en andere administratieve opdrachten optimaal te kunnen verrichten, verdient het aanbeveling om te onderzoeken of administratieve ondersteuning geen meerwaarde zou kunnen betekenen.
- Het beschikken over talrijke verpleegkundigen binnen de functie die in het bezit zijn van een bijzondere beroepstitel intensieve zorg en spoedgevallenzorg, is zeker een meerwaarde naar kwaliteit van zorg toe. We bevelen aan om voor het volgen van deze opleiding bijkomende faciliterende maatregelen te voorzien, ook voor de gegradueerde verpleegkundigen die de beroepstitel nog niet behaalden.
- We bevelen aan om alle nachtverpleegkundigen aan te moedigen om regelmatig een tijdje overdag mee te draaien op de dienst zodat ze bij blijven met de nieuwe ontwikkelingen.

- Aanbeveling om een specifieke onthaalbrochure van de functie IC voor het fusieziekenhuis te ontwikkelen met bv. aandacht voor palliatieve zorg en het beleid i.v.m. kinderen. We bevelen ook aan om meer infobrochures te ontwikkelen over frequent voorkomende onderwerpen. Het informeren van de patiënt is de laatste jaren nog belangrijker geworden sinds de publicatie van de wet op de patiëntenrechten.
- De apparatuur verschilt tussen de campussen en ook voor verschillende posities op de campus Wilgenstraat. We raden om minstens per eenheid de apparatuur te uniformiseren binnen de functie intensieve zorgen.
- In verschillende patiëntenboxen zijn geen pc's voorhanden. Voor het vlot werken, maar ook naar de toekomst wanneer een elektronisch patiëntendossier of geneesmiddelenvoorschrift courant gebruikt zal worden, is dit zeker aangewezen.
- Afspraken betreffende het al dan niet toelaten van familieleden tijdens een reanimatie zijn niet vastgelegd. We bevelen aan dit uit te werken in een procedure.

## 7.12 Operatiekwartier

### Algemene vaststellingen

- Op twee van de drie campussen bevindt zich een operatiekwartier.

Op de campus Rijselstraat waren er 3 zalen en een septische zaal. De recovery telt 3 posities. Men is bezig met de bouw van een vierde zaal. De septische zaal werd na de concentratie van de heelkundige activiteiten op deze campus omgevormd tot recovery voor kinderen.

Op de campus Wilgenstraat telt het operatiekwartier 11 zalen en een "gipszaal". Er zijn 2 bijkomende zalen in aanbouw (op de plaats van de vroegere IZ) en er zijn plannen voor nog 2 extra zalen (o.a. 1 neurozaal met NMR). Er zijn 2 recovery's, één met 9 posities en één met 4 posities voor kinderen.

- De equipe te Menen bestaat uit 14,1 VTE verpleegkundigen (waaronder 1 VTE hoofdverpleegkundige) en uit 2,53 VTE verpleegkundigen voor de recovery. Stomatologie beschikt over 3 specifiek toegewezen verpleegkundigen (die ook in Roeselare worden ingezet) en urologie over 1 privé-verpleegkundige. Er is één logistiek assistente (0,40 VTE).

De equipe te Roeselare bestaat uit 51,50 VTE verpleegkundigen. Naast 1,40 VTE hoofdverpleegkundigen zijn er 6 groepen: neurochirurgie, oftalmologie en NKO (10,1 VTE), algemene heelkunde, vasculaire, gynaecologie en cardiochirurgie (11,10 VTE), orthopedie en urologie (10 VTE), plastische heelkunde, stomatologie en cardiochirurgie buiten de wacht (7,70 VTE), recovery en onthaal (9,20 VTE) en de nachtdienst (2 VTE).

Daarnaast zijn 4 verpleegkundigen (3,30 VTE), waarvan 1 (0,80 VTE) privé-verpleegkundige rechtstreeks gekoppeld aan plastische heelkunde en 3 verpleegkundigen (3 VTE) en 2 (2 VTE) perfusionisten aan cardiale heelkunde.

Aan de groep van anesthesisten zijn er 11 verpleegkundigen rechtstreeks gekoppeld (9,50 VTE), waarvan 1 coördinator is (vorming, vakantieplanning).

Administratieve ondersteuning wordt geleverd door 1,80 VTE en logistieke ondersteuning door 3,85 VTE.

### **Non-conformiteiten**

- Op geen enkele campus wordt een visuele en auditieve scheiding van kinderen gerealiseerd in de ontvangstruimte. Hetzelfde geldt voor de ontwaakruimte te Menen.

Hetgeen op campus Rijselstraat wordt aangeduid als ontvangstruimte, is in feite een berging met linnen. Gezien de benauwelijke ruimte zonder enige toezichtsmogelijkheid worden patiënten tot in de gang van het operatiekwartier gereden.

Op de campus Wilgenstraat komen de patiënten via de een lift midden in het operatiekwartier terecht. Naast die lift is er ruimte om twee bedden te plaatsen. Gezien het aantal zalen is hier nooit plaats, en staan de patiënten her en der in de gangen te wachten tot de zaal vrij komt.

Hier bevindt zich wel een aparte, nieuwe en ruime kinderrecovery.

- Te Menen wordt aan ouders meestal niet de kans geboden om bij hun kind te blijven tot inductie en vanaf het ontwaken. In Roeselare is dit wel de gewoonte.
- Noch in het “huishoudelijk reglement operatiekwartier – recovery HHRM Site Menen”, noch in het “operatiezaalreglement HHRM Site Menen”, zijn er schriftelijke garanties opgenomen dat kinderen voorrang krijgen op volwassen daghospitaalpatiënten en op heelkundige ingrepen bij volwassenen in klassieke hospitalisatie.
- Enkele chirurgen stellen verpleegkundigen te werk op zelfstandige basis. Deze verpleegkundige staat daardoor niet onder toezicht en controle van de hoofdverpleegkundige. Men heeft geen zicht op vorming, vakantieregeling...
- Het huishoudelijk reglement operatiekwartier – recovery HHRM Site Menen zou goedgekeurd zijn door de directie. Autorisaties van directieleden ontbreken echter, evenals die van het comité ziekenhuishygiëne. Deze tekst staat nog vol in te vullen blokken en vraagtekens en kan hooguit als een kladversie beschouwd worden.
- Binnen beide operatiekwartieren is een stuk van de sterilisatie gehuisvest. Deze locatie bevindt zich midden in het operatiekwartier. In Menen behandelt men binnen één lokaal vuil, proper en steriel materiaal. Tijdens het bezoek blijkt dat dit lokaal nooit is gescheiden van de rest van de operatieafdeling, constant staan de beide deuren open. Te Roeselare worden in de ruimte op het operatiekwartier de materiaalkarren afgeruimd en wordt ook materiaal soms gereinigd. Ook hier staat de deur van deze vuile zone naar het operatiekwartier constant open.

## Tekortkomingen

- Procedures verschillen binnen eenzelfde specialisme per arts: er zijn verschillen zowel qua materiaal als qua voorbereiding van de patiënt en post-operatief beleid voor eenzelfde ingreep.  
In een ziekenhuis moet de medische activiteit er zo georganiseerd worden dat ze in optimale voorwaarden kan geschieden. Dit houdt ondermeer in dat de nodige onderlinge afspraken gemaakt worden om zorgprocessen zoveel mogelijk te uniformiseren, met oog op een zo laag mogelijk risico op fouten bij de behandeling en verzorging. Dit weliswaar met respect voor de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, waarbij de arts omwille van patiëntgebonden redenen in individuele gevallen van de gemaakte afspraken kan afwijken.

- Op de campus Rijselstraat bevinden de kleedkamers zich in de kelderruimte en bereikt men het operatiekwartier op de verdieping erboven via een gang die toegankelijk is voor bezoekers.

Op de campus Wilgenstraat bevinden de kleedkamers zich een beetje overal: de ingang ervan bevindt zich voorbij tussen zaal 10 en de gipszaal (die binnenkort de doorgang wordt naar zalen 12 en 13), daarachter bevinden zich twee piepkleine kleedkamers. Kleren hangen bij gebrek aan kastjes op een centrale kapstok (voor zover de haakjes niet afgebroken zijn), eens uit deze kleedkamers voorbij de zakken voor vuil linnen bevinden zich in de gang van het operatiekwartier (naast rustruimte en dokterbureau) meerdere rijen van kastjes. Buiten het operatiekwartier (op de eerste verdieping) zouden zich nog andere omkleedruimten bevinden, via de bezoekerstrappen kan men dan het operatiekwartier bereiken. Uit de voorliggende plannen blijkt dat men nood heeft aan meer dan 250 bergkastjes, terwijl er nu in de kleedkamer voor mannen een dertigtal zijn.

Van enige zonering of naleving van hygiënische voorschriften kan dus al bij voorbaat op geen van de twee campussen sprake zijn.

- Het transport van de bijna 17000 patiënten van en naar het operatiekwartier in Roeselare via één enkele lift zorgt voor een zeer groot logistiek probleem. Het aanschuiven aan deze lift op de 6 niveaus duurt vaak meer dan een kwartier. Met de opening dit najaar van nog 2 (en in de toekomst misschien nog eens 2) zalen zal dit fenomeen nog verergeren.
- Op de campus Wilgenstraat zijn alle mogelijke ruimten en gangen (voor zover die niet als “kleedkamer” dienst doen) ingeschakeld als bergruimte, vaak van bodem tot plafond.

Op de campus Rijselstraat werd geen bergruimte aangetroffen. Medicatie, apparatuur, vuilbakken en de opslag van steriel materiaal: het bevindt zich allemaal in de gang.

De VANAS-kast is te klein voor het operatiekwartier in de Wilgenstraat

- De toegangcontrole is niet sluitend op de campus Rijselstraat: één van de twee toegangen is niet beveiligd.
- De rationalisatie van de werking tussen de twee campussen is nog onvoldoende. Er zijn bv. nog twee aparte OK-commissies en het medisch diensthoofd van het operatiekwartier is nog maar sinds 2 maand vertegenwoordigd in beide OK-commissies.



Tussen de verpleegkundige equipe is er weinig contact.

- Er is sprake van een relatief personeelstekort op de campus Wilgenstraat. In 2008 waren er 2035,71 overuren (circa 1,3 VTE) en via ADV-dagen verliest men nog eens 1 VTE. Verder zijn er continu een 7-tal nieuwe personeelsleden in opleiding. De logistieke ondersteuning is zeer beperkt (3,85 VTE).
- De planning van de ingrepen gebeurt op een vrij inefficiënte wijze. In Roeselare geven de chirurgen hun geplande ingrepen veel te laat door: uit gesprek blijkt dat slechts ongeveer 1/3 van de lijsten raakt voor 13u00 bij de hoofdverpleegkundigen. Voor de rest van de lijsten dient men na 16u00 nog heel wat specialisten op eigen initiatief te contacteren (orthopedie, vasculaire...). Regelmatig komt men op de operatiedag zelf nog patiënten toevoegen aan de lijsten, al is dit al beduidend minder dan 6 jaar geleden.

Het zaalgebruik in Menen kon duidelijk ook beter, maar zal nu moeten herbekeken worden door de gewijzigde situatie.

### **Aanbevelingen**

- Momenteel registreert men manueel de verschillende operatietijden. Deze worden nadien centraal ingebracht en gebruikt voor het herbekijken van de toegewezen operatietijden. Momenteel draait in 4 zalen een elektronisch opvolgsysteem. Aanbeveling om dit te koppelen aan een planningssysteem. Het werken met een strikt planningssysteem kan een aantal problemen of tekortkomingen aangaande de planning helpen voorkomen of detecteerbaar en bespreekbaar maken. De informatisering kan ook het werk aangaande planning en registreren van een aantal parameters vergemakkelijken.
- Op de campus Roeselare staat na 17 uur slechts 1 persoon in voor het onderhoud, terwijl alle zalen open zijn tot 18 uur. 814 van de 16931 ingrepen (4,8%) vingen bovendien aan tussen 18 u en 7 uur. 's Nachts zouden soms slechts 2 personen instaan voor de reiniging van alle zalen en toestellen. Gezien de omvang van dit operatiekwartier en de uitgebreidheid van de apparatuur dient men de bestaffing kritisch op te volgen.
- De lijsten met bijscholing bevatten in het verleden niet de vormingen georganiseerd door een firma. Nu dit wel gebeurt kan men eens nagaan of iedereen wel voldoende bijscholing volgt.

## **7.13 Sterilisatie**

### **Algemene vaststellingen**

- Bij elk van de operatiekwartieren is er een sterilisatie-eenheid. Daarnaast heeft men weet van sterilisatie- en/of desinfectieactiviteiten op de raadplegingen van stomatologie, NKO en endoscopie (allebei op de campussen Wilgenstraat en Rijselstraat).

Op de campus Wilgenstraat is de CSA grotendeels gevestigd in de kelder onder het operatiekwartier. Er zijn drie strikt van elkaar gescheiden zones. De opslag van steriel

materiaal gebeurt in het operatiekwartier.

Op de campus Rijselstraat is er in de hoek van het operatiekwartier een klein kamertje, dat via 2 deuropeningen verbonden is met de gang van het operatiekwartier, die als (steriele) berging dienst doet. Het vuile materiaal bereikt via een aparte afvoergang achter de operatiezalen dit gedeelte van het operatiekwartier. Er is geen zonering mogelijk.

De hoofdverpleegkundige van de CSA-equipe op campus Wilgenstraat is ook verantwoordelijk voor de sterilisatie op beide campi te Menen.

### **Sterke punten**

- De hoofdverpleegkundige van de CSA is grondig opgeleid (basis- en vervolmakingscursus, kaderopleiding, ziekenhuishygiënist) en werkt daardoor met een duidelijke visie en kennis van zaken.
- Op de campussen Wilgenstraat en Rijselstraat wordt geen enkele snelsterilisatie uitgevoerd.
- Er werd de voorbije jaren sterk geïnvesteerd in operationele (wasmachines, geautomatiseerde wasstraten, autoclaven...) en randapparatuur (Steriline®, M-line®, procedures...).

### **Non-conformiteiten**

- De sterilisatie van instrumenten gebeurt niet op onberispelijke wijze:
  - De sterilisatieruimte op campus Rijselstraat is één ruimte, waarvan de deuren openstaan (tocht!); zonering is onmogelijk. In- en uitladen van wasmachines en autoclaven moet noodgedwongen langs dezelfde zijde gebeuren, ook al zijn deze machines van het doorgeeftype. De wasmachine op campus Rijselstraat staat op nauwelijks een meter van de afspoelbak net als de inpaktafel. De aërosols die gevormd worden bij het afspoelen van vuil materiaal worden dus gewoon mee ingepakt met het materiaal dat uit de wasmachine komt.
  - Op de campus Rijselstraat is er geen personeel toegewezen aan de hoofdverpleegkundige van sterilisatie. Deze kan hierdoor zijn verantwoordelijkheid onmogelijk naar behoren uitoefenen.
  - Op deze campus komen er geen verpleegkundigen te pas bij de sterilisatie, de sterilisatie gebeurt door onderhoudspersoneel en een logistiek assistent. Enkel deze laatste heeft de basiscursus sterilisatie gevolgd. Dit staat in schril contrast met de campus Wilgenstraat waar quasi iedereen de cursus gevolgd heeft;
  - Op de campus Rijselstraat worden de tafels die van het operatiekwartier komen (via de aparte gang) afgeruimd in de gang van het operatiekwartier, waarbij deze vuile tafels tot tegen de open rekken met steriele materialen gereden worden;
  - Op de campus Wilgenstraat is er een grondige zonering zowel architecturaal (scheiding, luchtdrukverschillen) als functioneel (personeel uit de onreine zone komt die dag niet in de reine zone). Deze zonering verliest echter alle betekenis doordat een deel van de sterilisatie-activiteit (manuele voorbereiding en 1 wasmachine) zich op het operatiekwartier bevindt (van deze ruimte staat de deur overigens ook constant open). Via een lift en gang die ook door patiënten,

- bezoekers en personeel gebruikt wordt, brengt men dan de karren met gewassen materiaal rechtstreeks in de reine zone;
- Een traceringsstelsel, zoals dat op campus Wilgenstraat in gebruik is, wordt (nog) niet gebruikt op de campus Rijselstraat. Verder is tracering tot op het niveau van de patiënt is nog niet mogelijk; op campus Wilgenstraat zou dit in de loop van dit jaar gerealiseerd worden;
  - Op de campus Rijselstraat gebruikt men verschillende inpakmethodes door elkaar;
  - De helixtest wordt nooit uitgevoerd.
- Enige betrokkenheid van een ziekenhuisapotheker kon niet aangetoond worden.

### **Tekortkomingen**

- Het personeel maakt onvoldoende gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (spatbrillen, plastic schorten). Richtlijnen omtrent het dragen van brillen ontbreken in de “hygiënevoorschriften medewerker CSA”, het dragen van waterafstotende jassen daarentegen is wel voorgeschreven voor medewerkers in de vuile zone.
- In het operatiekwartier werd steriel materiaal aangetroffen dat wordt opgeslagen in rekken welke scherpe kanten vertonen. Deze opslag van deze goederen houdt momenteel een risico in tot scheuring van verpakkingen.
- Doordat de operatieschema's op de campus Wilgenstraat zo laat kunnen worden doorgegeven, bemoeilijkt dit de organisatie van de dienst. De opmaak van het operatieschema dient vroeger te gebeuren, zodat overleg met de centrale sterilisatie en zo nodig bijsturing op tijd kan gebeuren.
- Het personeel van OK dient na buiten de openingsuren van de CSA in te staan voor de sterilisatie. Deze personeelsleden hebben geen specifieke opleiding genoten. Aanbeveling om specifieke opleidingen te voorzien voor alle personeelsleden werkzaam op de CSA.

### **Aanbeveling**

- We bevelen aan een plannings- en opvolgssysteem in het operatiekwartier prioritair overal in te voeren en dit te koppelen aan het opvolg- en traceersysteem van sterilisatie.

## **7.14 Apotheek**

### **Algemene vaststellingen**

- De apotheek bevindt zich momenteel nog op twee lokaties: de campus Wilgenstraat (Roeselare) en de campus Bruggestraat (Menen). Deze laatste campus wordt binnenkort verlaten.
- De unitdosisverpakking machine is opgesteld in de apotheek van Menen en verpakt ook voor de vestigingsplaats Roeselare.

- Niettegenstaande recentelijk een nieuwe start werd genomen om allerhande procedures uniform uit te werken voor beide vestigingsplaatsen, is de integratie van werking nog onvoldoende een feit.
- Recent werd een adjunct hoofdapotheker uit de groep apothekers aangesteld.

### **Sterke punten**

- In de apotheek van Roeselare werd een Tabel ‘overleg apotheek’ ontworpen. Dit is een systeem waar iedereen van de apothekers, vragen, opmerkingen, weetjes enz. kan neerschrijven. Het systeem voorziet in een datering, een omschrijving van het probleem en een opvolging/feedback.
- De apotheek (Roeselare) kende interne samenwerkingsproblemen. Een interne audit heeft heel wat knelpunten bloot gelegd. Deze knelpunten werden reeds gedeeltelijk aangepakt. Verschillende projecten en maatregelen werden in dit licht uitgewerkt.
- De stafmedewerker van de directeur verpleegkunde werd aangeduid als tussenpersoon tussen de afdeling en de apotheek.
- Er werden recent inspanningen gedaan om chemotherapie in zo optimaal mogelijke omstandigheden te laten verlopen (Chemopro® voorschrift en voorgedrukte etiketten + continue foutenregistratie + volledig vernieuwde werkomgeving.)

### **Non-conformiteiten**

- Medicatie wordt voorgeschreven door verpleegkundigen op door de artsen vooraf getekende (blanco) voorschriften. Tijdens de audit werden hele pakketten dergelijke voorschriften gevonden op alle campussen. Medicatie wordt afgeleverd zonder dat de arts het medicatievoorschrift heeft gecontroleerd. Deze werkwijze houdt heel wat risico's naar patiëntveiligheid en is in strijd met de regelgeving welke stelt dat medicatie slechts mag afgeleverd worden op basis van een geldig voorschrift.
- Voor narcotische medicatie wordt niet steeds een geïndividualiseerd en eigenhandig door de arts geschreven voorschrift opgemaakt. Er werd ziekenhuisbreed een stockkaart ontwikkeld voor de narcotische analgetica. Deze stockkaart voorziet om per afgeleverd middel, een conform voorschrift op te maken op deze stockkaart. Deze kaart werd goedgekeurd door de farmaceutische inspectie. Deze kaart blijft op de afdeling tot zolang de voorraad strekt. Wanneer men het laatste middel voorschrijft dient de volledige kaart naar de apotheek te komen voor het afleveren van een nieuwe stockvoorraad en een nieuwe ‘stockkaart’. Uit gesprek blijkt dat niet bij elke aflevering/toediening de stockkaart wordt ingevuld en men soms wacht tot alle analgetica die bij de kaart horen opgebruikt zijn. De stockkaart is slechts conform met de wetgeving indien voor elk middel dat uit de stock genomen wordt ook vooraf een geïndividualiseerde en eigenhandig door de arts voorgeschreven voorschrift werd op gemaakt al dan niet op de stockkaart (= identificatie patiënt, naam medicatie, dosis, aantal, handtekening).

- De apotheek is niet betrokken bij de sterilisatie in het ziekenhuis. Nochtans is de apotheker hiervan de eindverantwoordelijke.
- Net zoals 6 jaar geleden hebben de apotheken twee aparte wachtdiensten. De apotheek in Menen heeft een wachtdienst met 2 apothekers en in Roeselare met een 5 –tal apothekers. De regelgeving stelt dat een wachtdienst met ten minste 3 apothekers georganiseerd moet worden. Er zijn plannen om de wachtdienst samen te voegen, maar deze moeten nog geformaliseerd en doorgevoerd worden.

## **Tekortkomingen**

- Momenteel is de apotheek onvoldoende betrokken bij het beleid van het ziekenhuis, wat een invloed heeft op de werking van de apotheek. Zo loopt men soms achter de feiten aan of heeft men geen inspraak gekregen bij het nemen van bepaalde beslissingen. Het is belangrijk om een systeem uit te werken waardoor de apotheek rechtstreeks en voldoende betrokken wordt bij het beleid.
- Het organogram moet nog aangevuld worden met de adjunct-hoofdapotheeker. Verder is het belangrijk om de functieomschrijvingen en takenpakketten aan te passen aan deze nieuwe functie.
- Bij de bespreking van verschillende projecten en genomen maatregelen blijkt dat de beslissingsbevoegdheid en de slagkracht van apotheek te gering is. Vaak worden er projecten en richtlijnen opgelegd, even vaak worden deze projecten en richtlijnen onvoldoende nageleefd of uitgehold en tenslotte terug afgevoerd. (o.a. opsplitsing dringende en niet dringende medicatie, moment klaarzetten medicatie,...). Het ontbreekt de apotheek aan slagkracht om maatregelen te doen naleven of strikter op te volgen. Het is belangrijk dat de apotheek geruggesteund wordt op een voldoende hoog niveau (en dit zowel bij aanvaarding als bij implementatie van de maatregel), waardoor de naleving en implementatie meer slaagkansen krijgt.
- Niettegenstaande recentelijk een nieuwe start werd genomen om allerhande procedures uniform uit te werken voor beide locaties, is de integratie van werking nog onvoldoende een feit. Met het vooruitzicht op het uitbouwen van een gemeenschappelijke wachtdienst voor beide apotheken, dringt deze integratie zich op. Het is belangrijk om samen een visie uit te bouwen. Er moet dringend werk gemaakt worden van gemeenschappelijke overlegmomenten (in 2009 gestart, al 2 keer doorgegaan) en van het gemeenschappelijk uitwerken van processen en procedures. Een basisvereiste hierbij is om een helder zicht te krijgen op het volledige medicatiedistributie proces op alle campussen. Van hieruit kan men verschillen en gelijkenissen gaan analyseren en de werking zo nodig bijsturen (striktheid omgaan met formularium, thuismedicatie ...).
- Het medicatiedistributiesysteem dient herzien te worden in het kader van risicomangement. De voornaamste risico's op fouten in de medicatiedistributie in dit ziekenhuis zijn:
  - Blanco voorschriften worden vooraf ondertekend en afgestempeld door de artsen;

- De flow chart van de medicatiedistributieprocedure voorziet in aflevering van medicatie via e-mail;
- De medicatie wordt voor 24 uur klaargezet;
- Er werden halve pillen uit blister teruggevonden in de klaargezette medicatie, wat de identificatie onmogelijk maakt bij toediening;
- Medicatieschema's worden niet steeds geautoriseerd door de arts;
- Niet toegediende medicatie wordt omcirkeld, de reden waarom de medicatie niet werd toegediend wordt niet vermeld;
- Medicatie werd in koelkasten aangetroffen samen met voedingsmiddelen (wijnflessen, patiëntenmaaltijden) en lege bloedzakken;
- Er is nog geen volledige uniformiteit inzake chemotherapievoorschriften en -schema's.
- Medicatieorders zijn niet steeds getekend.
- De narcotische stockkaarten worden als naschriften gebruikt. Bovendien worden ze soms maar ingevuld na het opbruiken van de stock;
- Er bestaat geen sluitend systeem van stockcontrole voor de narcotische analgetica. Op meerdere plaatsen strookte de stock niet met de vooropgestelde voorraad (15 ampullen Dipidolor® theoretische stock versus 10 ampullen effectief aanwezig, 1 klever Durogesic® versus 2 in stock, 8 ampullen morfine® versus 4 in stock). De voorschriften van deze narcotische medicatie waren daarenboven geen van allen afgetekend door de arts.
- Vooraf getekende voorschriften worden bij ontslag opgesteld door verpleegkundigen, waarbij soms medicatie gesubstitueerd wordt.
- Thuismedicatie bevindt zich soms bij de patiënt op de kamer waarbij de patiënt zelf instaat voor de inname. Hiervoor ontbreken de medische orders;
- De temperatuur van sommige koelkasten waarin men medicatie bewaart, wordt manueel wekelijks geregistreerd op de afdelingen. Er bestaat geen procedure bij afwijkende temperaturen die beschrijft wat er met de medicatie dient te gebeuren. Tijdens de audit bleek er op een dag een waarde van 12°C afgelezen te zijn. De reden hiervoor was dat de koelkast niet meer aanstond, maar men kon niet achterhalen sinds wanneer. Men heeft de koelkast aangezet en de medicatie verder gebruikt.
- Bij controle van afdelingsvoorraden werden er medicatie en verzorgingsproducten teruggevonden die vervallen waren (Flammazine® vervallen 1/2008, Confosept 10/2007...). In samenspraak met de apotheek dient men een betere procedure te ontwikkelen die bepaalt wie en wanneer de controle op vervaldata uitvoert;
- In de koelkast werden twee – nagenoeg lege – tubes Flammazine® aangetroffen die bewaard werden na gebruik bij een patiënt. Daarenboven bleek er geen nieuwe tube aanwezig te zijn, terwijl dit volgens de verpleegkundige toch deel uitmaakt van de afdelingsvoorraad;
- Er zijn op sommige afdelingen maar 2 momenten van medicatietoediening: een voor de medicatie van 8u-12u -14u en een voor die van 16u -18u- 20u. Bij deze bedeling wordt alle medicatie reeds afgetekend als toegediend;
- Aftekening van toegediende medicatie gebeurt niet steeds, en gebeurt niet steeds met initialen, waardoor de toediening niet traceerbaar is;
- Op de recipiënten waarin de klaargezette medicatie bewaard wordt, is er een schema aangebracht van de te nemen medicatie. Wijzigingen moeten manueel worden overgeschreven, wat de kans op fouten vergroot;
- Er zijn ampullen KCl aanwezig in de afdelingsvoorraad.

- Resten van medicatie worden na gebruik bewaard voor een volgende toediening (Perfusalgan® en Amukin®) waarbij de niet steriel rubberen stop opnieuw geperforeerd wordt. In het geval van Perfusalgan was dit met een insteekpunt van een burette (Menen). Er zijn geen richtlijnen van de apotheek en van het comité ziekenhuishygiëne hieromtrent.
- Medicatie wordt na ontslag van de patiënt bewaard op dienst wanneer het gaat om patiënten die regelmatig worden opgenomen. Er zijn hierover geen afspraken met de apotheek (Menen);
- Het toedienen van de medicatie is geen onderdeel van de patiënttoewijzing. Hierdoor gebeurt het dat verpleegkundigen medicatie toedienen aan patiënten waarvoor ze niet verantwoordelijk zijn en waarbij ze geen zicht hebben op de actuele toestand (Menen);
- Op moment van de audit werden resten van medicatie die bewaard werden voor een volgende toediening teruggevonden in het bakje van een verkeerde patiënt. Het ging om Dalacin® (Roeselare);
- Medicatie voor IV toediening wordt vooraf opgetrokken in een spuit: Heparine® en Dalacin® (Roeselare), Adrenaline (Menen);
- Bij “medicatie zo nodig” ontbreekt vaak de dosis, de maximaal cumulatieve dosis en het minimum tijdsinterval;
- Start en stopdatum ontbreken op het medicatieschema.

Men moet komen tot een grondig inzicht van alle mogelijke medicatierisico's (dit vanaf het moment van opname patiënt en voorschrijven tot ontslag van de patiënt). Het is belangrijk hiervoor de nodige onderzoeken uit te voeren en vaststellingen te analyseren zodat een objectief beeld verkregen wordt. Hierop dienen verbeteracties uitgewerkt te worden.

De apotheek dient voor deze verbeteracties zelf de nodige initiatieven te nemen. De verantwoordelijkheidszin van de apotheek en de wil om echte verbeteringen door te voeren moet meer zichtbaar worden binnen het ziekenhuis.

- In de organisatie van de medicatiedistributie werden onderstaande knelpunten weerhouden. Deze betekenen vaak extra of dubbel werk voor de apotheek en dienen verholpen te worden. Duidelijke afdwingbare afspraken dienen uitgewerkt te worden. De naleving ervan dient gecontroleerd te worden.
  - De apotheek wordt vaak geconfronteerd met dubbele voorschriften;
  - Momenteel is er geen systematiek in het tijdstip van inleveren van de voorschriften per afdeling. Het idee van een spoorboekje werd geopperd door de apotheker;
  - De apotheek wordt geconfronteerd met een grote retour van medicatie wat extra werk met zich meebrengt. Waarschijnlijk kan deze opmerking gelinkt worden aan de twee bovenstaande zodat bij striktere toepassing van het voorschrijfgedrag dit ook een positieve weerslag zal hebben op bijvoorbeeld de retours.
  - De regels rond formularium en substitutie zijn niet duidelijk en worden niet strikt nageleefd. Er is een verschil tussen Menen en Roeselare en van afdeling tot afdeling hoe strikt men hiermee omgaat.
  - De richtlijnen over wanneer de Vanas®-kast moet gebruikt worden, worden niet steeds correct nageleefd;

- De verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van zowel artsen als verpleegkundigen zijn niet duidelijk voor iedereen en de wettelijke normen worden in de meeste gevallen niet gerespecteerd.
- De volgende risico's bij het bereiden van cytostatica werden weerhouden:
  - Nog niet alle artsen gebruiken het uniform chemotherapievoorschrift (Chemopro®).
  - Er werd vastgesteld dat wijzigingen aan het voorschrift/schema soms telefonisch worden doorgegeven aan de hoofdverpleegkundige en dat die deze wijzigingen dan doorgeeft aan de apotheek zonder autorisatie van de arts.
  - Het is onduidelijk of alle blaasspoelingen door de apotheek bereid worden.
  - De praktijk rond toegangs-, hygiëne en omkleedregels bij de bereiding van cytostatica is onvoldoende en dient kritisch herbekeken worden. Ook een eerder extern onderzoek wees op heel wat verbetermogelijkheden. Tijdens de audit werd vastgesteld dat in Menen de bereidingsruimte niet over een volwaardig sas beschikt. In deze ruimte staan allerhande goederen opgestapeld (kartonnen dozen, papieren ...). Men verschaft gemakkelijk toegang tot de bereidingsruimte zonder omkleedprocedure en er is veel heen en weer verloop. In Roeselare staat de schuifdeur van de voorbereidings- en aangeefruimte constant open naar de gang van het oncologisch daghospitaal.
- De procedure betreffende de registratie van de temperatuur van de koelkasten waarin medicatie bewaard wordt, dient kritisch herbekeken te worden. Zo zijn nu de grenswaarden niet terug te vinden in de procedure en beschrijft de procedure niet welke acties verwacht worden indien de grenswaarden overschreden worden.
- De procedure inzake vervaldata dient herbekeken te worden en er duidelijke afspraken vastgelegd worden. Momenteel werd op verschillende afdelingen vervallen medicatie aangetroffen.

## **Aanbevelingen**

- We bevelen aan de gemeenschappelijke overlegmomenten (Menen –Roeselare) systematisch te laten doorgaan, zodat een cultuur gecreëerd wordt van afstemming en gezamenlijke ontwikkeling.
- Er is momenteel weinig contact tussen de apotheek en de afdelingen. We bevelen aan om de apotheekwerking meer zichtbaar te maken op de werkvloer en klinische farmacie te overwegen (bv. in het kader van de antibiotica en/of thuismedicatie). We bevelen aan ook meer ziekenhuisbrede projecten die patiëntveiligheid ten goede komen vanuit de apotheek op te starten (bv. informatieflyer maken voor verpleegafdelingen). Dit zou tevens de communicatie en imago van de apotheek ten goede kunnen komen.
- Er werden recentelijk heel wat procedures uitgewerkt en neergeschreven in navolging van eerdere opmerking vanuit de visitatie. Wij bevelen om de werking nog verder te formaliseren en de procedures regelmatig kritisch bij te sturen.



- We bevelen aan om incidenten binnen de apotheek ook te registreren. Niet enkel medicatie-incidenten/fouten op afdelingsniveau kunnen een bron aan informatie zijn maar ook op apotheekniveau kan een registratie van dergelijke incidenten verrijkend werken.
- We bevelen aan een toekomstplan concreet uit te werken, zowel inzake organisatie, personeel (in evenwicht met de werkbelasting) en benodigde infrastructuur ... met oog op een nieuwbouw.
- We bevelen aan vorming en opleiding zo weinig mogelijk te laten lijden onder de bestaffingsproblematiek. Wanneer het personeelsbestand nipt is ingevuld, is het volgen van vorming geen evidentie.

## **7.15 Ombudsfunctie**

### **Algemene vaststellingen**

- De ombudspersoon is sedert 17 november 2008 in dienst en combineert deze functie (0,5 VTE) met haar taak als administratieve ondersteuning van de sociale dienst (0,5VTE). De ombudspersoon is tevens ombudspersoon van het Woon- en zorgcentrum Westerlinde.
- De brochure inzake de wet op de rechten van de patiënt wordt ter beschikking gesteld van gebruikers aan het algemeen onthaal. Ook op de website en in de onthaalbrochure en de brochure ombudsdienst wordt naar deze wet verwezen.

### **Sterke punten**

- Er ontwikkelt zich een cultuur van pro-actief melden van te verwachten klachten. Medewerkers brengen de ombudspersoon op de hoogte van confrontaties met ontevreden patiënten.
- Het jaarverslag is inhoudelijk sterk uitgewerkt met ondermeer een analyse van de belangrijkste klachten en moeilijkheden bij het uitvoeren van de opdracht.
- Maandelijks maakt de ombudspersoon een anoniem overzichtsrapport op van de klachten aan het directiecomité om klachtenmanagement te laten resulteren in kwaliteitsverbetering. De interne klachtencommissies (medische expertise- en algemene klachtencommissie) vergaderen tweemaandelijks en bepalen of een klacht verder bekeken moet worden in het kader van verbeteracties en geven suggesties voor het beleid met het oog op de uitwerking van preventiemaatregelen.
- De ombudsdienst is aangesloten bij VVOVAZ en participeert aan de benchmarking die deze vereniging organiseert.

### **Tekortkomingen**

- Vanuit de bekommernis de onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid van de ombudspersoon in alle omstandigheden te waarborgen, is het nodig in de

klachtenprocedure te bepalen wie kan aangesteld worden als vervanger bij afwezigheid of indien de ombudspersoon betrokken partij is.

- De klachtenprocedure wordt te weinig actief bekendgemaakt aan medewerkers. Enkel op de jaarlijkse instapdagen voor nieuwe medewerkers wordt de klachtenprocedure toegelicht. Artsen zijn hier niet aanwezig.
- Er is geen termijn voorzien voor de behandeling van klachten.

### **Aanbevelingen**

- Volgens de procedure ‘inzage in medisch dossier’ heeft de beroepsbeoefenaar de keuze om toestemming te geven of toestemming te weigeren om gevraagde gegevens in te zien. Er is verder geen omschrijving in welke situaties de toestemming geweigerd kan worden. We bevelen aan om de wettelijk bepaalde redenen voor weigering op te nemen in de procedure.
- Er is geen specifiek uitgeschreven procedure voor ontslag tegen medisch advies (wel een invulblad). In het kader van de wet op de patiëntenrechten, onder de bepalingen van artikel 8, dient men hiervoor een procedure op te stellen die deze wet respecteert. Dit impliceert dat de patiënt schriftelijk bevestigt dat 1) hij op afdoende wijze werd geïnformeerd en 2) een welomschreven tussenkomsst (bv. ziekenhuisopname) van de beroepsbeoefenaar weigert.  
Het attest heeft (sinds de totstandkoming van de wet op de patiëntenrechten) dus een juridische waarde. Het ziekenhuis zal, i.g.v. geschil, moeten kunnen aantonen dat en welke informatie aan de patiënt werd gegeven. Daarom wordt in het attest best ook een verwijzing opgenomen naar schriftelijke informatiefolders.
- Klachten die op de afdelingen worden gemeld en opgelost, komen niet terecht bij de ombudsdienst. Nochtans kunnen zij waardevolle informatie bevatten over gebreken in de dienstverlening en mogelijke verbeterpunten. Het is dan ook van belang na te denken over een manier om dergelijke klachten te registreren en deel te laten uitmaken van een kritische reflectie.
- De klachten, proactief gemeld door medewerkers, worden momenteel niet geregistreerd. Nochtans leveren deze “informele” klachten eveneens waardevolle informatie op over mogelijke gebreken en dus verbeterpunten in de dienstverlening. We bevelen dan ook aan deze klachten op te nemen in de registratie en het jaarverslag en onderwerp te laten uitmaken van reflectie binnen een verbeterplatform. Het uitwerken van een specifieke procedure voor deze klachten is zinvol.
- We raden aan de klachtenprocedure te vertalen in overzichtelijke en gebruiksvriendelijke flow-charts.
- We bevelen aan om het jaarverslag van de ombudsdienst ook op te sturen naar het ethisch comité en het syndicaal overlegcomité.
- We raden aan om in de klachtenprocedure expliciet een maximale termijn voor het versturen van een ontvangstmelding te vermelden.

## 8 Milieu en hygiëne

---

### 8.1 Legionellabeheersplan

#### Algemene vaststellingen (campus Wilgenstraat)

- Het ziekenhuis is aangesloten op stadswater. Voor het spoelen van toiletten wordt regenwater gebruikt.
- Het water wordt onthard.
- Het koude sanitair water en het brandleidingennet zijn afgescheiden van elkaar d.m.v. een terugslagklep.
- Er is een beheersplan aanwezig dat werd opgesteld door Aquadomo in maart 2004.
- Er zijn geen koeltorens met aerosolproductie aanwezig.
- Klimaatregelingsystemen met luchtvochtigheidsbehandeling zijn op basis van stoombevochtiging.
- Buffervaten worden dagelijks gespuid.
- Er is een uitgewerkt spoelschema aanwezig.

#### Sterk punt

- Gedetailleerd lijst van tappunten met beschrijving van de risico's.

#### Non - conformiteiten

- Er is geen omschrijving van de plaatsen en frequentie voor temperatuurscontrole opgenomen in het beheersplan. De temperatuur wordt wel bij vertrek en retour gemeten via het gebouwbeheersysteem. Aan de tappunten wordt geen temperatuurscontrole uitgevoerd.
- De procedure bij overschrijding van de drempelwaarde moet aangepast worden aan de nieuwe wetgeving. Deze procedure moet duidelijk beschrijven welke stappen ondernomen worden en welke personen of diensten betrokken moeten worden.
- Er is geen procedure aanwezig die aangeeft welke acties ondernomen moeten worden bij temperatuursafwijkingen.

- Voor de gerenoveerde gedeelten na 4 november 2007 is geen conformiteitsattest aanwezig.
- Ter hoogte van OS5 bestaat er een reëel risico voor besmetting op het koude water. Er is een groot gedeelte van het circuit dat stilstaat en reeds opgewarmd wordt. Dit moet beschouwd worden als een dode leiding en opgenomen worden in het beheersplan of worden verwijderd.
- Ter hoogte van OS3 zijn er nog kleine dode leidingen ter hoogte van een bypass. Deze moeten opgenomen worden in het beheersplan of worden verwijderd.

### **Aanbeveling**

- De verbouwingen moeten gebeuren conform de BBT.

## 9 Infectieziektenpreventie

---

### Algemene vaststellingen

- Het comité ziekenhuishygiëne komt 4x per jaar samen, waarvan 1x op de campus Rijselstraat.
- Het team ziekenhuishygiëne neemt actief deel aan het regionaal platform.
- Volgende verslagen zijn door het comité ziekenhuishygiëne besproken en goedgekeurd: algemeen strategisch plan, jaarlijks activiteitenverslag, jaarlijks beleidsplan en werkingsverslag.
- Alle procedures van ziekenhuishygiëne zijn terug te vinden op het intranet.
- Er bestaat een goed uitgeschreven MRSA-beleid. Een herkenningssysteem bij opname (in het administratieve systeem) is in voorbereiding en zal nog vóór de vakantie uitgeprobeerd worden.

### Sterk punt

- De arts ziekenhuishygiënist doet 3x per week een rondgang op de afdelingen om een correcte toepassing van het AB-beleid na te gaan.

### Tekortkomingen

- De directie en de hoofdgeneesheer dienen stappen te ondernemen om de strikte toepassing van de procedure handhygiëne te bevorderen. Hierbij zijn het dragen van korte mouwen en het volledig vrijhouden van de handen en voorarmen essentieel voor alle beroepsgroepen, incl. de artsen.
- Er is nog geen procedure Clostridium difficile in het ziekenhuis beschikbaar.

### Aanbevelingen

- Het nodige materiaal om een correcte handhygiëne toe te passen was niet in alle spoelruimten en afdelingskeukens allemaal aanwezig. We bevelen aan om ook in deze ruimten het nodige materiaal steeds te voorzien.
- De procedures ZHH zijn op de werkvloer moeilijk terug te vinden via intranet. Het intranet dient dus nog verder uitgebouwd te worden tot een gebruiksvriendelijk en toegankelijk intranet.

- Niet alle procedures zijn voorzien van een versiedatum. De revisie van de procedures opnemen in de jaarplanning ZHH kan nuttig zijn. Dit verhindert dat er procedures niet regelmatig nagekeken en bijgewerkt worden.
- We raden aan om de procedures op een meer gestructureerde, overzichtelijke en eenvormige manier op te maken, wat het ook leesbaarder zal maken naar de doelgroepen toe.
- Momenteel beschikt het ziekenhuis over drie referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. Een netwerk van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne op het niveau van elke verpleegeenheid uitbouwen is zeer waardevol en draagt nog meer bij tot het ziekenhuisbreed uitdragen van ziekenhuishygiëne.
- Alle beslissingen die binnen het comité ziekenhuishygiëne worden genomen, worden reeds geacteerd in een overzichtelijk register en overgemaakt aan de directeur van het ziekenhuis. We bevelen aan om naast het thema, ook de beslissing van het comité kort te omschrijven (met eventueel verwijzing naar verslag) en praktische werkafspraken weg te laten in functie van de relevantie.
- We bevelen aan om de doelstellingen in het jaarlijks beleidsplan SMART te formuleren (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden).

Brussel, 28/05/2009

XXXX

Hoofdauditor IVA Inspectie WVG

XXXX

Auditor IVA Inspectie WVG

XXXX

Auditor IVA Inspectie WVG

XXXX

Auditor IVA Inspectie WVG

XXXX

Auditor IVA Inspectie WVG

XXXX

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

XXXX

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid