



Definitief auditverslag

AZ Klina Brasschaat

Mei 2011

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Toepassingsgebieden	4
1.2	Definities	6
1.3	Auditproces	6
1.4	Samenstelling van het auditteam	8
1.5	Auditplan	8
2	Situering van de instelling	10
3	Leiderschap	12
3.1	Beleidsorganen	12
3.2	Organisatiestructuur	13
4	Beleid en strategie	14
4.1	Beleidscyclus	14
4.2	Lerende omgeving	15
4.3	Formele afspraken	20
5	Middelen	22
5.1	Infrastructuur	22
5.2	Patiëntendossier	22
6	Medewerkers	24
6.1	Personeelsbeleid	24
6.2	Artsen	27
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	27
6.4	Bestaffing	30
7	Processen	31
7.1	Organisatie van zorg	31
7.2	Procedurebeheer	32
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	32
7.4	Medicatie distributie	35
7.5	Sterilisatie- en desinfectieprocessen	41
7.6	Infectieziektenbeheersing	44
7.7	Legionellabeheersing	49
8	Resultaten	51
8.1	Toegankelijkheid	51
8.2	Patiëntgeoriënteerde zorg	51
8.3	Continuïteit van zorg	52
8.4	Samenwerking	52
8.5	Cijfers	53
9	Zorg voor kinderen	55
10	Zorg voor chirurgische patiënten	60
11	Zorg voor kritieke patiënten	66
11.1	Spoedgevallen	66
11.2	Intensieve zorgen	70
12	Zorg voor geriatrische patiënten	76

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

Een voorlopige versie van het auditverslag werd per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis.

Er wordt een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport, d.m.v. een gemotiveerde reactienota, te formuleren.

Facultatief wordt de mogelijkheid van een slotbespreking geboden waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota kunnen toegelicht worden. Deze slotbespreking is gepland op dinsdag 27/09/2011, om 10 u. in het Ellipsgebouw – zaal 0.01 (Koning Albert II-laan 35 te 1030 Brussel).

1.1 **Toepassingsgebieden**

1. Kwaliteit van zorg

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

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

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

MILIEU EN GEZONDHEID	
	Toezicht op
Wetgeving	- legionellabeheersing (nieuw Legionellabesluit)

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

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

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

Sterke punten (SP)

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

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

Aanbevelingen (Aanb)

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

Non-conformiteiten (NC)

Dit zijn de elementen die volgens het team niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen deze non-conformiteiten te worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Tekortkomingen (TK)

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

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

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor de volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, verpleegkundig beleid, ethisch beleid, kwaliteitsbeleid, risicomangement, ombudsfunctie, dagziekenhuis, apotheek, centrale sterilisatie, materniteit – N*, zorgprogramma voor kinderen, zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, zorgprogramma voor oncologie, psychiatrische afdeling, palliatieve functie, palliatieve afdeling, gespecialiseerde spoedgevallen en MUG, intensieve zorgen en operatiekwartier – recovery.

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

Op 13/05/2011 vond aan de hand van deze documentatie een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie ("preaudit").

De audit vond plaats op volgende data:

17/05/2011	Audit
23/05/2011	Audit
27/05/2011	Audit
06/06/2011	Opmaak verslag

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

Er werden 42,5 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 6 directieleden, 13 middenkaders of (o.a. medische) stafleden, 5 artsen waarvan 3 medische diensthoofden, 21 verpleegkundigen waarvan 12 hoofdverpleegkundigen, 2 apothekers, de ziekenhuishygiënist, 3 paramedici, 1 verantwoordelijke schoonmaak en gebouwenbeheer, 1 verantwoordelijke nieuwbouw, 1 poetsvrouw.

Volgende diensten werden tijdens de audit bezocht:

Operatiekwartier en recovery, spoed, daghospitaal, kinderafdeling, neonatologie, INZO, CSA, apotheek, verpleegafdelingen inwendige 1, 2, 3, 4, en 5, verpleegafdelingen heelkunde 3 en 4, afdeling geriatrie.

De campus te Wuustwezel werd niet bezocht in het kader van deze audit.

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

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

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

1.4 Samenstelling van het auditteam

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

1.5 Auditplan

Zorginspectie

Dinsdag 17/05/2011			
09:00 09:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')		
09:30 11:00	Zorg voor kritieke patiënten: intensieve zorg	Zorg voor geriatrische patiënten	Zorg voor chirurgische patiënten: operatiekwartier, CSA, dag- en klassieke hospitalisatie
11:00 13:00	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling
13:00 14:00	Middagmaal		
14:00 16:00	Overleg auditoren		

Maandag 23/05/2011	
09:00 11:00	Medicatie distributie Zorg voor kinderen
11:00 13:00	Lerende omgeving: kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid Verpleegafdeling
13:00 14:00	Middagmaal
14:00 16:00	Overleg auditoren

Vrijdag 27/05/2011			
09:00 11:00	11u: Medisch beleid 12u: Algemeen beleid	Verpleegkundig beleid (bestaffing, VTO, personeelsbeleid)	Zorg voor kritieke patiënten: spoed en MUG
11:00 13:00	Verpleegafdeling	Zorg voor geriatrische patiënten	Verpleegafdeling
13:00 14:00	Middagmaal		
14:00 16:00	Overleg auditoren		

Agentschap Zorg en Gezondheid – Toezicht Volksgezondheid, team
infectieziektebeheersing

Dinsdag 17/05/2011	
9:00 – 9:30	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van het ziekenhuis (15')
9:30 – 13:00	Rondgang op de verpleegafdelingen
13:00 – 14:00	Middagmaal
14:00 – 16:00	Gesprek met team ziekenhuishygiëne

Agentschap Zorg en Gezondheid - Toezicht Volksgezondheid, team milieugezondheidszorg

Maandag 23/05/2011	
9:00 – 10:30	Legionellabeheersplan: overleg met verantwoordelijke
10:30 – 13:00	Rondgang waterdistributiesysteem: verantwoordelijke beheersplan + technisch verantwoordelijke
13:00 – 14:00	Middagmaal

2 **Situering van de instelling**

Naam	Algemeen Ziekenhuis KLINA Brasschaat
Adres	Augustijnslei, 100
Gemeente	2930 Brasschaat
Telefoon	03/ 650 50 50
Fax	03/ 650 50 00
Website	www.klina.be
e-mail	directiesecretariaat@klina.be
Erkenningsnummer	710

Inrichtende macht

Vzw AZ KLINA

Raad van Bestuur

Voorzitter: XXXX

Directiecomité/managementcomité

Algemeen directeur/voorzitter managementcomité	XXXX
Adjunct algemeen directeur	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX
Verpleegkundig directeur	XXXX
Directeur Beleidsinformatie	XXXX
Bestuurder	XXXX
Bestuurder	XXXX
Ziekenhuisgeneesheer	XXXX
Groeeringspartner De Mick	XXXX

Erkenningen

Momenteel heeft het ziekenhuis een erkenning voor 435 bedden, als volgt verdeeld:

C	D	G	E	M	Sp-pall	A (d+n)	TOTAAL
157	138	24	18	40		50	427
8 bedden Sp-palliatief zijn erkend op campus Coda Hospice te Wuustwezel.							8

AZ Klina is ook erkend voor:

- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie palliatieve zorgen
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- Functie medische urgentiegroep
- Functie intensieve zorgen (10C + 10D)
- Functie chirurgische daghospitalisatie
- Functie niet-chirurgische daghospitalisatie
- Functie lokale neonatale zorg N*
- Functie ziekenhuisbloedbank
- Centrum voor ivf A
- Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
- Zorgprogramma voor kinderen
- Zorgprogramma cardiale pathologie A/P
- Zorgprogramma voor oncologie
- Gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker
- Medisch-technische dienst beeldvorming met CT-scan
- Medisch-technische dienst beeldvorming met NMR

Op 17 maart 2011 verkreeg het ziekenhuis een akkoord tot opname in de programmatie van 24 G-bedden in het AZ Klina te Brasschaat, afkomstig uit de afbouw en reconversie van 24 C/D-bedden in AZ Vilvoorde. Vanaf het voorjaar 2012 wil AZ Klina in totaal 48 G-bedden uitbaten.

Recente geschiedenis

Op 15 oktober 1987 werd een vzw opgericht onder de benaming "Klinieken Noord-Antwerpen" (KLINA). Op 1 januari 1988 nam deze vereniging het beheer van de drie regionale ziekenhuizen uit de regio over, met name het St.-Lucas ziekenhuis te Ekeren, het St.-Jozef Ziekenhuis te Kapellen en het Vesaliuszienhuis te Brasschaat.

In de periode 1988-1989 werden in totaal 147 ziekenhuisbedden afgebouwd, onder meer door de centralisatie van de moeder- en kindzorg op één campus.

Vanaf 1990 werd in eerste instantie de locatie van een nieuw te bouwen fusieziekenhuis vastgelegd en werden de plannen voor dit ziekenhuis uitgetekend. De bouwwerken werden in 1994 aangevat en in oktober 1999 kon de medische activiteit van de drie "oude" campussen verhuizen en gecentraliseerd worden in het nieuwbouwziekenhuis: het Algemeen Ziekenhuis KLINA.

AZ KLINA vormt een groepering met het categorale ziekenhuis "De Mick" te Brasschaat.

3.1 Beleidsorganen

- De Raad van Bestuur (RvB) telt 9 leden die samen een grote ervaring in (ziekenhuis)management kunnen voorleggen. Twee leden zijn ook lid van het managementcomité, zodat er een directe bijdrage en ook toezicht mogelijk is op dit uitvoerende orgaan. **(SP)** De Raad van Bestuur vergaderde zes maal in 2010. In het kader van de groepering met het categorale ziekenhuis De Mick en van het samenwerkingsverband met de GZA-ziekenhuizen en het St.-Jozefziekenhuis te Malle, nemen per ziekenhuis één waarnemer deel aan de vergaderingen. Deze waarnemers zullen binnenkort het statuut van volwaardig lid van de RvB krijgen, met stemrecht. De hoofdgeneesheer neemt deel (niet stemgerechtigd) aan de vergaderingen van de RvB. Binnen de Raad van Bestuur bestaat een remuneratiecommissie en men wenst nu ook een auditcommissie op te richten. **(AV)**
- Het managementcomité (MC) is het feitelijke operationele beleidsorgaan (dagelijks bestuur) van het ziekenhuis, bestaande uit de 5 directieleden aangevuld met 2 bestuurders en 2 ziekenhuisartsen. Dit comité vergadert om de twee weken. **(AV)** Er is geen bijkomend apart overlegorgaan tussen het directiecomité en de raad van bestuur.
- De medische raad (MR) telt 11 leden die verkozen werden in 2009. De MR vergaderde 16 maal in 2010. De medische raad maakt soms twee verschillende verslagen van hun bijeenkomsten. Een beknopt verslag met voornamelijk onderwerpen betreffende financiën en personeelsverloop binnen het artsenkorps wordt breed verspreid (naar alle artsen). Een verslag voor intern gebruik binnen de medische raad wordt opgemaakt in geval van bespreking van de kwaliteit van het medisch handelen van collega's en wordt discreet behandeld. De MR heeft drie leden die zetelen in de werkgroep Medische Strategie. Er is wekelijks overleg tussen de voorzitter van de MR en de hoofdgeneesheer. **(AV)**
- De Raad van Bestuur en de Medische Raad ontmoeten elkaar in de financiële commissie, waar de geldstromen in verband met de ziekenhuisactiviteiten besproken worden. Dit orgaan vergaderde vier maal in 2010. **(AV)**
- De verpleegkundig directeur wordt bijgestaan door drie middenkaders (diensthoofden verpleging), samen 3 VTE, en 4 stafmedewerkers, samen 3 VTE. De directeur verpleging is ook verantwoordelijk voor de paramedici, **(AV)** maar dit blijkt niet uit het organogram. **(TK)** Het organogram moet aangevuld worden met de begeleider(s) herintreders. **(NC)**
- De medisch directeur werd eind 2008 benoemd voor onbepaalde duur en besteedt meer dan 80% van zijn tijd aan het hoofdgeneesheerschap. Daarnaast heeft hij nog een beperkte klinische activiteit als kinderuroloog (operatiekwartier en consultaties). **(AV)** Hij volgde tal van opleidingen betreffende management en kwaliteit. **(SP)** Er is een gedeelde (met verpleegkundige directeur) secretariaatsfunctie ter ondersteuning, maar verder geen adjunct en geen stafmedewerker. Gezien de vele taken en engagementen van de hoofdgeneesheer lijkt het aangewezen om meer (inhoudelijke) ondersteuning te voorzien. **(Aanb)**

3.2 Organisatiestructuur

- Het algemene organogram toont hoe het managementcomité drie “centra” aanstuurt, die telkens per subunit een (hiërarchisch) aanspreekpunt hebben binnen het managementcomité. **(AV)**
Men onderscheidt:
 - Activiteitencentra: Dit zijn de verschillende disciplines, met telkens een medisch en verpleegkundig diensthoofd. Hier zitten verpleegafdelingen onder met telkens een hoofdverpleegkundige en een “diensthoofd verpleging”.
 - Medische dienstencentra: 10 zonder verpleegeenheid (anesthesie, klinisch laboratorium, medische beeldvorming, nucleaire geneeskunde, operatiezaal, pathologische anatomie, polikliniek, team ziekenhuishygiëne, palliatief support team en team patiëntveiligheid) en 3 met verpleegeenheid (IZ, spoed, dagziekenhuis). Deze hebben een medisch diensthoofd, behalve PST, en vaak ook een verpleegkundig diensthoofd.
 - Dienstencentra: (administratie, technische diensten, apotheek, informatica, personeelszaken, ...)
- Het organogram is opgebouwd uit activiteitencentra en medische dienstencentra. Elk van hen wordt aangestuurd door een medisch en een verpleegkundig diensthoofd/verantwoordelijke. Op directieniveau is sprake van een goed functionerende duale (medisch-verpleegkundig) beleidsvoering. Tussen beiden is er wekelijks een formeel overleg en verder zijn er dagelijks informele overlegmomenten. Per centrum en per medische discipline bestaat in principe ook een tandem: een geneesheer-diensthoofd en een verpleegkundig diensthoofd. Dit is weergegeven in het organogram maar is in de praktijk nog onvolledig doorgevoerd. **(TK)** Voor een beperkt aantal diensten is er enkel een medisch verantwoordelijke. Voor een aantal diensten is de bijdrage van de artsen onvoldoende. In de praktijk wordt het beleid dan, noodgedwongen, quasi volledig door de verpleegkundige middenkaders gestuurd. We bevelen aan om de duale sturing op decentrale echelons verder uit te bouwen. Men kan dit o.a. bevorderen door geïnteresseerde artsen te benoemen op beleidsmatige sleutelfuncties, en deze te ondersteunen met relevante vorming op vlak van (ziekenhuis)management. Het ziekenhuis biedt heden reeds aan alle artsen de mogelijkheid tot het volgen van alle gewenste managementopleidingen op kosten van het ziekenhuis. Het strekt tot aanbeveling dit nog verder uit te bouwen. **(Aanb)**
- Communicatie van de directie naar de werkvloer en vice versa gebeurt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - tijdens het vervullen van de wacht is er informeel overleg tussen de directeur verpleging en de medewerkers
 - maandelijks zijn er 2 overlegmomenten met de directeur verpleging, de verpleegkundige diensthoofden (DVO) en de hoofdverpleegkundigen (HVO)
 - de hoofdgeneesheer vergadert binnen de medische coördinatiecommissie (MCC) vier keer per jaar op gestructureerde wijze met de medische diensthoofden
 - de afdelingen moeten jaarlijks minstens 4 dienstvergaderingen organiseren
 - men gebruikt het personeelsblad “t Piekuur” en de “Nieuwsflash” om informatie breed te verspreiden
 - nieuwe procedures worden verspreid naar de werkvloer via een dienstnota en via intranet.Interne communicatie wordt als een knelpunt aangegeven door de organisatie zelf. Er werd in 2010 een communicatieverantwoordelijke (0,5 VTE) aangeworven om o.a. de interne communicatie beter te structureren en te coördineren. We bevelen aan om te bekijken of het takenpakket van de communicatieverantwoordelijke in verhouding staat tot de beschikbare tijd voor deze functie. **(Aanb)**
- De hoofdapotheker rapporteert aan de hoofdgeneesheer. Er is systematisch overleg tussen beiden (wekelijks). **(AV)**

4.1 **Beleidscyclus**

- Het AZ Klina heeft (in maart 2011) haar missie en visie geactualiseerd uit de medische beleidsstrategie. Dit basisdocument kwam tot stand binnen de interne “werkgroep medische beleidsstrategie”, die wordt voorgezeten door de hoofdgeneesheer en deelnemers telt uit ziekenhuisgeneesheren en afgevaardigden van de Medische Raad.
- Men komt uit een periode van wederzijds wantrouwen tussen bestuur en medische raad, dat op moment van de audit omgebogen is tot een meer constructieve houding van samenwerking en een groter engagement van de artsen in het beleid van het ziekenhuis. Op inhoudelijk vlak zitten management en artsen nu grotendeels op dezelfde lijn en de artsen zijn heden de initiatiefnemers van de nieuwe zorgstrategie van AZ Klina. **(SP)**
Een ambitieus medisch beleidsplan met duidelijke strategische doelstellingen werd goedgekeurd (door RvB, MR, MC) en wordt op het moment van de audit nog gecommuniceerd naar de werkvloer. Men heeft hierin o.a. aandacht voor het opvolgen van indicatoren die een beeld geven over de kwaliteit van de zorg en over risico's betreffende de ziekenhuiswerking. **(SP)**
Een globaal ziekenhuisbreed zorgstrategisch plan is hierop gebaseerd en wordt verder uitgewerkt op dienstniveau. Dit laatste wil men ook inzetten om een toekomstige uitbreiding te kunnen verantwoorden en subsidiëring te bekomen. Men zit momenteel namelijk aan de limiet qua capaciteit op vlak van beschikbare ruimte en biedt weinig perspectief voor de verwachte toename van de activiteiten. **(AV)**
- Er zijn heel wat knelpunten op vlak van de opmaak van degelijke beleidsplannen en jaarverslagen. **(TK)**
 - Er wordt traditioneel geen jaarverslag van AZ Klina opgemaakt. Ter gelegenheid van de huidige audit werd speciaal een jaarverslag van de voorbije periode (2008-2010) samengesteld. Men wil vanaf nu jaarlijks twee jaarverslagen opmaken (één “intern” voor beleidsdoeleinden en een tweede “extern” als publieksinfo).
 - Er werd een algemeen verpleegkundig jaarverslag 2010 opgesteld. Het nieuwe verpleegkundige beleidsplan is nog in opmaak. **(AV)**
 - Er is geen afzonderlijk medisch jaarverslag voor de vorige jaren. Het medisch jaarverslag zit vervat in het algemeen jaarverslag van de drie laatste jaren, dat specifiek voor de audit van Zorginspectie werd samengesteld. Daarin zijn boordtabellen met de evolutie van activiteiten opgenomen, alsook een bespreking van investeringen en enkele outputindicatoren. Zo verkrijgt men geen volledig beeld van de werking.
In de toekomst wil men in het medisch jaarverslag aandacht besteden aan de opvolging van de doelstellingen uit het zorgstrategisch plan.
 - Dienstspectifieke jaarverslagen en beleidsplannen van het medische departement ontbreken soms, of zijn te beknopt en ongestructureerd.
Voor enkele diensten is er een concreet medisch beleidsplan, opgesteld door beleidsmedewerkers in overleg met het medisch diensthoofd en de tandemverantwoordelijke (bv. beleidsplan gastro-enterologie)
Het aanbieden van een sjabloon en vorming hierover, naar analogie met de verpleegkundige jaarverslagen, kan de artsen hierbij helpen.
 - Afdelingen en diensten beschikken over verpleegkundige jaarverslagen met integratie van zorg -en strategische doelstellingen, werkpunten en doelstellingen voor het volgende jaar. Registratiegegevens i.v.m. kwaliteit van zorg (fixatie, decubitus, valincidenten, medicatiefouten, ziekenhuishygiëne) worden systematisch opgevolgd. **(SP)**

Modern opgevatte en onderling verbonden jaarverslagen en beleidsplannen (globaal, departementeel, afdelingsspecifiek) zijn in essentie noodzakelijke instrumenten voor een

coherent beleid van een zorginstelling. Multidisciplinaire jaarverslagen die zowel een beeld geven van de organisatie en de activiteiten als van de kwaliteit van de zorg zijn belangrijk om verbeterpunten op te lijsten en keuzes te maken (bv. welke elementen dient men prioritair aan te pakken in de toekomst). Ook kan zo de samenhang tussen de verschillende afdelingen en departementen bewaakt worden en de link met de strategische doelstellingen aangetoond.

We bevelen aan om jaarverslagen en beleidsplannen zoveel mogelijk multidisciplinair op te stellen (medisch-verpleegkundig-paramedisch-, ...), dit te onderbouwen met objectief en relevant cijfermateriaal en meer te kaderen in een geheel. **(Aanb)**

- Hoofdverpleegkundigen beschikken over een aantal hulpmiddelen om hun beleid vorm te kunnen geven. **(SP)** Op de meeste afdelingen wordt een (ziekenhuisbrede) overlegtool gebruikt. Dit instrument maakt het de hoofdverpleegkundige gemakkelijker om een overzicht te hebben van een heel aantal belangrijke punten binnen het beleid. Het gaat hier bv. over communicatie en overleg, patiënten, middelen, personeel, wettelijke registraties, zorgdoelstellingen, ...
Per item zijn er prestatie-indicatoren opgesteld en kan men gemakkelijk een planning opmaken en een score bijhouden op maandbasis.
Naast deze overlegtool op PC maken de hoofdverpleegkundigen er op sommige afdelingen werk van om bepaalde strategische doelstellingen meer in de herinnering te brengen door er affiches van te maken die dan binnen de dienst worden opgehangen. Door deze extra visualisatie brengt men de aandachtspunten in herinnering.
- Men werkt aan een progressieve integratie van de huisartsen in het beleid **(SP)**: o.a. door het huisartsenoverlegplatform (drie vergaderingen met verslaggeving in 2010), het oprichten van ad hoc werkgroepen (bv. pre-opname, pijntherapie, ...), de opname van huisartsen in stuurgroepen op dienstniveau (bv. spoedgevallen). De gemaakte afspraken met de huisartsen uit de regio zijn neergeschreven in een samenwerkingsovereenkomst.
- Op heel wat afdelingen gebeuren aan de hand van kennistesten (Klinapro) interne bevragingen over verpleegkundige topics die gelinkt zijn aan de strategische doelstellingen. **(SP)**
- In het kader van een dossier voor een aanvraag tot VIPA-subsidiëring werd een SWOT-analyse uitgevoerd door het ziekenhuis. **(AV)**

4.2 Lerende omgeving

Situering

- Het ziekenhuis kiest er voor om geen welbepaald kwaliteitsmodel te gebruiken omdat dit te afstandelijk zou overkomen en bovendien te veel als “opgelegd door de top” gepercipieerd wordt door de mensen op de werkvloer. Men opteert er voor om projectmatig te werken aan kwaliteit, waarbij men zoveel mogelijk wil aansluiten bij de dagdagelijkse werking (bv. via klinische paden). De keuzes voor kwaliteitsprojecten vertrekken o.a. van wetenschappelijke vaststellingen, van intern vastgestelde aandachtspunten, van projecten voorgesteld vanuit de zorgprofessionals, van projecten vanuit de FOD Volksgezondheid, van een studieproject opgesteld door een medewerker, ...
- AZ Klina is sinds 2007 ingeschreven voor het contract “coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid” van de FOD VVVL.
- In het kader van de geactualiseerde beleidsstrategie (2011 – 2021) is er aandacht voor het opstarten van een ziekenhuisbreed accrediteringsproces (bv. JCI, NIAZ, ...). Deze optie

wordt gedragen door de Raad van Bestuur en door de Medische Raad. De hoofdgeneesheer en de algemeen directeur maken deel uit van een nationale werkgroep hieromtrent.

Beleid en strategie

- Er is aandacht voor kwaliteit in AZ Klina. Men is zich ook bewust van een aantal knelpunten en er worden verbeteracties uitgewerkt om hieraan te verhelpen. **(SP)**
Enkele voorbeelden:
 - Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn al enkele jaren opgenomen binnen de strategische doelstellingen van het ziekenhuis.
 - Het management besteedde tijd aan een kritische (zelf)evaluatie op vlak van hun kwaliteitsbeleid en nam de resultaten op in het kwaliteitshandboek.
 - Er is een gestructureerde aanpak via projectwerking.
 - Het klinische kwaliteitsbeleid krijgt een actieve stimulering door de werking van het team en het comité voor patiëntveiligheid. Het team is samengesteld uit een arts en een verpleegkundige. Zij volgen de VIM-registratie op, analyseren incidenten en monitoren kwaliteitsprojecten. Zij rapporteren aan het comité voor patiëntveiligheid. Dit is een recente aanpassing van het kwaliteitsbeleid die nog verder moet ontwikkeld worden.
 - De hoofdgeneesheer onderneemt gerichte acties om artsen beter te betrekken bij het kwaliteitsbeleid.
 - De piste van accreditering wordt benadrukt in het nieuwe medische beleidsplan
 - Men neemt actief deel aan de werkgroepen over het ontwikkelen van indicatorensets voor het opvolgen van kwaliteit binnen de Vlaamse ziekenhuizen (met Vlaamse overheid, vereniging hoofdgeneesheren, ziekenhuiskoepels, academici).
 - Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn een vast onderwerp op de inscholingsdag voor nieuwe medewerkers.
 - Verpleegkundige middenkaders volgen opleidingen rond kwaliteit en management.
 - In de functioneringsgesprekken wordt aandacht besteed aan projectmatige vaardigheden en aan kwalitatieve prestaties van de medewerkers.
 - Resultaten van kwaliteitsprojecten worden breed gecommuniceerd via rapportering in een nieuwsbrief.
 - Er werd in oktober 2009 een nota betreffende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de leidinggevenden in AZ Klina opgemaakt en verspreid. Hierin worden ook een aantal aspecten van de organisatie betreffende de kwaliteitswerking beschreven. Zo kunnen leidinggevenden op afdelingsniveau eigen doelstellingen formuleren en een actieplan opmaken om deze te verwezenlijken.
 - De overlegtool die hoofdverpleegkundigen ter beschikking hebben bevat een verzameling van allerhande indicatoren die opgevolgd worden.
- Tot 2010 werden alle kwaliteitsprojecten opgevolgd (rapportering door projectleiders) door de stuurgroep beleidsstrategie (samengesteld met leden van het managementcomité, twee artsen, respectievelijk projectleiders en de kwaliteitscoördinator), of door het comité voor ziekenhuishygiëne voor items binnen dat specifieke domein.
Einde 2010 is er naast het Team en Comité voor Ziekenhuishygiëne een Team en Comité voor patiëntveiligheid opgericht en in functie getreden. Die hebben de bevoegdheid van de “stuurgroep beleidsstrategie” inzake de patiëntgerelateerde kwaliteitsprojecten overgenomen. Zij worden hiërarchisch aangestuurd door de tandem hoofdgeneesheer-directeur verpleging. De beleidsmedewerker kwaliteit en de medewerkers in het kader voor

projectbegeleiding, worden door deze tandem in dit alles ter ondersteuning betrokken en ingezet.

De resterende projecten, o.a. vorming, worden verder opgevolgd door de “stuurgroep beleidsstrategie”.

Men streeft naar een rapportering, bespreking en terugkoppeling van (klinische) resultaten van monitoring van kwaliteitsprojecten binnen het comité patiëntveiligheid, wat op moment van de audit nog niet volledig gerealiseerd is. Medische diensthoofden krijgen wel een jaarlijks algemeen overzicht van de hoofdgeneesheer tijdens een vergadering van het MCC. **(AV)**

- Het kwaliteitsbeleid van AZ Klina mist expliciete samenhang en is onvoldoende ingebed in het organisatiebeleid van het ziekenhuis. **(TK)** Hierdoor heeft men geen globaal overzicht over alle kwaliteitsprojecten binnen het ziekenhuis, noch over hoe ze onderling eventueel verbonden zijn.
 - Er is geen kwaliteitssysteem uitgeschreven. Werkgroepen, stuurgroepen en andere overlegstructuren betreffende kwaliteit staan los van elkaar. De opvolging van het geheel en de samenhang van alle projecten werd tot op heden opgevolgd door een Stuurgroep Beleidsstrategie. Er is een bepaalde vorm van organisatie-geïntegreerdheid.
 - Er werd tot op heden weinig aandacht geschonken aan de systematische registratie en centralisatie van kwaliteitsprojecten. Er is geen expliciet ziekenhuisbreed systeem om verbetermaatregelen te managen.
 - De link met de visie en strategische doelstellingen van het ziekenhuis is niet steeds duidelijk zichtbaar, wat o.a. bleek tijdens gesprekken op de werkvloer. Nochtans worden alle voorgestelde initiatieven tegenwoordig wel door het managementcomité getoetst aan de zorgstrategie.
 - De keuze van kwaliteitsprojecten is, hoewel passend in de strategische doelstellingen, meestal niet duidelijk gebaseerd op knelpunten waarvan objectief de prioriteit werd bepaald (bv. uit analyse van resultaten van een evaluatie van de werking). In de grote meerderheid van de gevallen heeft het ziekenhuis zich gebaseerd op evidenties die men terug vindt in de relevante wetenschappelijke literatuur.
 - Het huidige kwaliteitsbeleid is onvoldoende gekend en gedragen door personeel op de werkvloer.
 - Het artsenkorps is in vele gevallen nog onvoldoende actief in de uitwerking en uitvoering van kwaliteitsinitiatieven.
 - De input van artsen tijdens de trimestriële dienstvergaderingen is erg beperkt op een aantal afdelingen.
 - Doelstellingen worden niet steeds SMART omschreven.
 - Jaarverslagen en beleidsplannen zijn soms erg verschillend, zowel tussen diensten onderling als tussen beroepsgroepen (bv. medisch/verpleegkundig) wat de integratie bemoeilijkt en bijgevolg ongunstig is voor een coherent en multidisciplinair beleid
 - De verpleegkundige middenkaders zijn vertrouwd met een moderne beleidslogica (EFQM, PDCA, ...). **(SP)** Voor de medische diensthoofden en hoofdverpleegkundigen is dat veel minder het geval
 - De kwaliteitscoördinator-beleidsmedewerker is sinds drie jaar actief in deze functie. Hij rapporteert aan de directeur verpleging. **(AV)** De beleidsmedewerker brengt alle kwaliteitsinitiatieven van het ziekenhuis in kaart, maar beschikt hiervoor niet over een concreet gestructureerd instrument.
 - Niet elk kwaliteitsproject heeft een eigen stuurgroep.

Er is een behoefte aan een omkaderende structuur waarbinnen alle kwaliteitsprojecten een plaats kunnen krijgen en waar onder meer eventuele lacunes, overlappingsen en de onderlinge samenhang duidelijk worden. Zulke structuur kan ook de transparantie bevorderen en de communicatie over het kwaliteitsbeleid tussen de verschillende echelons faciliteren.

Men bekijkt momenteel de piste van een gebruiksvriendelijk IT-datawarehouse in dit verband, zodat de vele gegevens betreffende kwaliteitsprojecten op een coherente wijze kunnen verzameld en genest worden. **(AV)**

- Gegevens en resultaten van kwaliteitsmonitoring worden op verschillende niveaus besproken. Er zijn systematische evaluatiemomenten ingebouwd. Naast de raad van bestuur en het managementcomité wordt deze informatie ook behandeld in de stuurgroep strategie, in het comité ziekenhuishygiëne, in het comité patiëntveiligheid, in het hoofdverpleegkundigenoverleg en het diensthoofdenoverleg. **(AV)** Men geeft aan dat de opvolging van de kwaliteitsprojecten door leidinggevenden op alle niveaus kan verbeteren en dat de artsen beter moeten betrokken worden. **(Aanb)**

Processen

- In 2010 werd er in het AZ Klina gekozen om een eigen elektronisch incident meldsysteem te ontwikkelen (VIM). De bedoeling was om dit op korte termijn ziekenhuisbreed te implementeren. Door het pas opgestarte comité patiëntveiligheid werden vervolgens moeilijkheden gedetecteerd op vlak van terugkoppeling betreffende het VIM naar de individuele melders. Door de gegarandeerde anonimiteit is het onmogelijk om de melders feedback te geven. Er is wel per verpleegafdeling een globale analyse gemaakt, welke op een overleg met de afdelingsverantwoordelijken besproken en toegelicht werd begin 2011. Alle afdelingsverantwoordelijken krijgen voor de eigen afdeling specifieke aandachtspunten opgesteld. Voor wat betreft de incidentmelding rond medicatiefouten is er een bijzonder overleg met de centrale apotheek.
In het kader van een betere terugkoppeling naar de melders en naar alle respectieve betrokken dienstverantwoordelijken, wordt onderzocht of de aankoop van een nieuw veiligheidmanagementsysteem (VMS), eventueel binnen het Chipsoft-platform, hierin een oplossing kan bieden. **(AV)**
- Men wil elk project gestructureerd aanpakken (maar dit wordt in de praktijk nog niet steeds volledig gerealiseerd): **(AV)**
 - Opvolging door een stuurgroep/comité
 - Oprichten van een projectgroep/team (projectleider)
 - Opmaken van een projectfiche of project initiatie document (PID) waarin doelstellingen en verwachtingen voor iedereen duidelijk geformuleerd worden
 - Voor grote en/of langdurige projecten werkt men met afdelingsexperten zodat een breed draagvlak gecreëerd wordt

Er gebeurde geen grondige (ziekenhuisbrede) analyse van de klinische performantie, behoudens een toelichting aan en een bespreking op de vergadering van de geneesheren-diensthoofd MCC). Het is een aanbeveling om deze analyse nog te verdiepen. **(TK)** Er gebeuren besprekingen van boordtabellen en medische activiteitencijfers van de regio. Voor het domein van de klinische performantie verwijst het ziekenhuis ook naar het rapport "zelfevaluatie klinische indicatoren" over de feedback van het agentschap Zorg en Gezondheid, met als basis klinische indicatoren uit MKG tussen 2000 en 2006.

Voor sommige specifieke projecten is de evaluatie van de klinische performantie wel goed (bv. niersteenverbrijzelaar, borstkliniek, ...).

Onder impuls van de hoofdgeneesheer wordt gezocht hoe op een wetenschappelijke manier de klinische performantie beter gevisualiseerd kan worden. **(SP)**

We bevelen aan voor de klinische SWOT de beschikbare gegevensverzameling uit te breiden met meer eigen indicatoren, vastgestelde feiten, literatuur- en evidence based gegevens, incidentmeldingen, zodat vanuit een ruime waaier aan klinische gegevens gericht een sterkte-zwakke analyse kan opgemaakt worden. Tevens is het belangrijk dat alle disciplines een voldoende groot aandeel hebben in enerzijds deze gegevensverzameling en anderzijds in de analyse ervan. Het opmaken van beleidsplannen, met inbegrip van investeringen, waar de artsen cijfergegevens dienen te motiveren, kan een formele stap uitmaken in de algemene klinische SWOT van het

ziekenhuis. **(Aanb)** Medische diensthoofden, maar ook de medische raad, dragen op dit vlak een belangrijke verantwoordelijkheid.

- De evaluatie door de gebruiker wordt continu gemeten door middel van permanente patiëntentevredenheidsenquêtes (gestandaardiseerde schaal van NIVEL). De vragenlijst wordt ongeveer 2 weken na ontslag van de patiënten per post opgestuurd. Het is een bevraging waarbij 30% van de patiënten die verbleven op een C – D – A – of M-dienst een bevraging krijgt. Ze krijgen 40 – 50% van de vragenlijsten ingevuld terug. Het ziekenhuis bekomt hiermee gedetailleerde informatie. De resultaten worden zowel globaal, per afdeling als per discipline verwerkt en weergegeven in boordtabellen. Als er in de vrije opmerkingen klachten of suggesties staan, worden deze doorgestuurd naar de betrokken afdeling en doorgegeven aan de ombudsman. Sinds verscheidene jaren worden strategische doelstellingen bepaald rond de tevredenheid van de patiënten. **(SP)**
De doelstellingen rond patiënttevredenheid worden al verscheidene jaren niet gehaald op een tweetal verpleegafdelingen. Er is een project met externe begeleiding opgestart om hieraan te verhelpen. Men dient creatief te denken en nieuwe pistes te zoeken om hieraan te verhelpen. **(Aanb)**
- In februari 2008 werd een medewerkersenquête georganiseerd waarbij 1170 mensen een vragenlijst kregen. Dit gebeurde deels elektronisch, deels op papier. Er kwamen 47% antwoorden binnen (stijging met 17% t.o.v. de enquête van 2005). Er werd een 'tevredenheid' van 60% als doelstelling gesteld door het MC. Men scoorde met 57% net onvoldoende, maar er was een verbetering t.o.v. de resultaten van 2005. Op basis van deze resultaten werden panelgesprekken georganiseerd om de resultaten te toetsen en eventueel aan te vullen. Er werd een gedetailleerd rapport opgemaakt en verbeteracties werden aan de resultaten gekoppeld. **(SP)**
- Er werd een specifiek vormingsprogramma uitgeschreven op maat van de leidinggevenden (KLIMOP) en van de verpleegkundigen (Klinapro). Er is een speciale vormingsequipe die, naast de mobiele equipe, kan ingezet worden voor vervanging op de werkplek tijdens opleiding van een medewerker. **(SP)** Voor de artsen werd op dit vlak nog geen concreet aanbod voorzien. **(Aanb)**

Resultaten

- Op de werkvloer heerst nogal wat wantrouwen betreffende de garantie van anonimiteit van het VIM-systeem. Personeelsleden aarzelen om zaken te melden omdat ze moeten inloggen in het systeem met hun persoonlijke login, zodat ze in principe wel traceerbaar zijn. Uit gesprekken blijkt dat een heel aantal incidenten en bijna-incidenten niet gemeld worden omwille van die reden. **(TK)**
- In 2010 werd er binnen het AZ Klina bijzondere aandacht gegeven aan de analyse en de verbetering binnen drie grote groepen van incidenten, namelijk medicatiefouten, valincidenten en zijdeverwisselingen, die volgden uit de VIM-registraties. **(SP)**
 - In aansluiting met de analyse van medicatiedistributiefouten werden een aantal verbetertrajecten opgezet.
 - Voor wat betreft de (bijna) zijdeverwisselingen gebeurde er een trajectanalyse voor orthopedie. Bij de analyse werd het operatiekwartier, het chirurgisch daghospitaal en de verpleegafdelingen betrokken. Om het aantal procesfouten te verbeteren werden specifieke maatregelen genomen.
 - De valincidenten werden geanalyseerd en relevante verbeteracties werden hierop gebaseerd.Bedenking hierbij is wel dat de gegevens eerder grove cijfers zijn die geen gedetailleerde analyse toelaten. Er worden dus eerder globale rapporten uit getrokken, waarbij het niet steeds evident is om specifieke knelpunten aan te duiden en hierop pertinente acties te enten. Ook een efficiënte terugkoppeling naar de hoofdverpleegkundigen blijkt moeilijk om dezelfde reden. **(Aanb)**

- Niet alle diensten beschikken over een volwaardig eigen jaarverslag en beleidsplan. We bevelen aan standaard sjablonen aan te bieden met bijkomende vorming voor de opmaak van beleidsplannen en jaarverslagen. **(Aanb)**
- Het proces van ISO-certificering voor het klinisch labo is opgestart. Voor de Borstkliniek wordt ingestapt in de Eusoma en de ISO certificatie van de dienst pathologische anatomie is gepland. **(AV)**
- Er zijn 13 klinische paden in gebruik in AZ Klina, vooral binnen de disciplines orthopedie en gynaecologie. **(SP)** We bevelen aan om in alle klinische paden enkele relevante indicatoren in te bouwen om de kwaliteit continu te kunnen monitoren. **(Aanb)**
- Communicatie omtrent kwaliteitsinitiatieven, maar ook in het algemeen, wordt als een zwakte beschouwd binnen de organisatie. Dit geldt voor alle richtingen (top down, bottom up en binnen eenzelfde niveau). Half 2010 werd een communicatieverantwoordelijke halftijdig aangeworven om hierin verandering te brengen. Zo werd gestart met een 'interne nieuwsflash' (=nieuwsbrief). **(AV)**

4.3 Formele afspraken

- De basisteksten betreffende de verhoudingen tussen ziekenhuis en zorgverstrekkers dateren van 1990 en werden opgemaakt ter gelegenheid van de fusie. Ad hoc aanpassingen gebeurden stelselmatig tijdens de verdere werking, zodat globaal gezien de bepalingen de huidige werking reflecteren. **(AV)**
Laatste volledige versies zonder annexen:
 - Algemene regeling: 1990
 - Medisch reglement: 1990
 - Financiële regeling: 2000
 De financiële regeling en het medische reglement zouden kunnen geactualiseerd worden. **(Aanb)**
- Men beschikt voor de bestuursorganen en de leidinggevende functies over een gedetailleerde beschrijving van taken en verantwoordelijkheden. **(AV)**
- Het medische reglement is op de meeste diensten onvoldoende uitgewerkt; meestal beschikt men enkel over en (soms erg beperkt) huishoudelijk reglement. **(TK)** Het medische reglement wordt best voor alle diensten specifiek verder uitgewerkt door de medische diensthoofden. Hierin kunnen bv. afspraken vermeld worden betreffende de medische permanentie, zaalrondes en interprofessioneel overleg. **(Aanb)**
- Er is op INZO een reglement van inwendige orde (RIO) dat in wezen eerder een huishoudelijk reglement is. Een aantal belangrijke aspecten van de werking en organisatie van de eenheid zijn hierin afwezig. **(TK)**
Er is geen formele samenwerkingsovereenkomst met het eigen zorgprogramma voor kinderen. **(Aanb)**
- Er zijn geen schriftelijke afspraken betreffende de doorverwijzing van kritieke patiënten. **(Aanb)**
- Het operatiekwartier beschikt over een uitgewerkt reglement van inwendige orde, dat het huishoudelijk reglement omvat. **(AV)**
- Er is geen ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. **(TK)**

- Op verschillende diensten is er geen gestructureerd medisch-verpleegkundig beleidsmatig overleg. **(TK)**
Niet van alle dienstvergaderingen worden vergaderverslagen opgemaakt. **(Aanb)**

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Het ziekenhuis werd in gebruik genomen als nieuwbouw in 1999. Sindsdien werden verschillende afdelingen opgefrist (bv. schilderwerken). **(AV)**
- Het AZ Klina beschikt voor de twee campussen over een verslag van het brandveiligheidsonderzoek door de brandweer en over een gunstig brandveiligheidsattest van de burgemeester. **(AV)**
- Medische investeringen worden momenteel op dienstniveau jaarlijks gepland en dan overgemaakt aan de hoofdgeneesheer. We bevelen aan om deze horizon breder te maken en meerjarenplannen op te stellen voor medische investeringen, zodat op ziekenhuisniveau een coherent investeringsbeleid kan verwezenlijkt worden voor een langere termijn. Het is in die optiek ook belangrijk om de investeringen te toetsen aan de zorgstrategie van het ziekenhuis. **(Aanb)**
- Via het PDMS-systeem zijn alle toestellen van de kritieke diensten (bv. reaboxen spoed, OK-recovery, IZ) met elkaar gelinkt. Ook neonatologie, telemetrie en in de toekomst medium care afdelingen zoals bv. een CCU wil men op dit systeem aansluiten. Men hecht belang aan het ziekenhuisbreed uniformiseren van apparatuur voor monitoring. **(SP)**
- Toestellen (weegschalen op de kinderafdeling) worden niet steeds systematisch geijkt. Enkel bij defect wordt er contact genomen met de technische dienst. **(TK)**

5.2 Patiëntendossier

- Het patiëntendossier is onvoldoende geïntegreerd op vlak van input van de verschillende zorgverstrekkers, wat onontbeerlijk is voor de multidisciplinaire zorg die men wil bieden. Gegevens van het patiëntendossier worden versnipperd bewaard. Men heeft heel wat informaticatools ter beschikking om gegevens betreffende de zorg voor de patiënten te verzamelen. Deze elektronische dossierdelen zijn soms onvoldoende of niet aan elkaar gelinkt, zodat er kans bestaat op fouten (bv. bij overschrijven) en op verlies van informatie voor de zorgverstrekkers (bv. omdat ze geen toegang hebben tot bepaalde gegevens of omdat ze gegevens niet steeds eenvoudig en snel kunnen terugvinden). **(TK)**
 - Er is een elektronisch medicatiedistributiesysteem (Infohos®) dat niet op alle diensten gebruikt wordt (bv. INZO, N*, pediatrie, chemotherapie). Handgeschreven medische orders worden nadien vaak overgeschreven in het elektronische medicatieschema, dat niet steeds gevalideerd wordt.
 - Als medisch dossier wordt C2M gebruikt op alle diensten, behalve op spoed waar men met E-care® werkt. Vanuit C2M kan men niet aan de gegevens die in E-care zitten. Een samenvatting van het patiëntendossier in E-care wordt als verslag in C2M gezet.
 - Het elektronisch verpleegkundig dossier (EVD) werd ontwikkeld binnen andere software dan C2M, met name van Chipsoft®.
 - De toegang voor verpleegkundigen tot C2M verschilt van afdeling tot afdeling. Op sommige afdelingen hebben enkel de hoofdverpleegkundigen toegang (leesrechten) op andere afdelingen alle verpleegkundigen, anderen hebben dan helemaal geen toegang. Vaak wordt door de hoofdverpleegkundige de

medische anamnese en de voorgeschiedenis uit C2M gekopieerd en in het EVD ingevoerd.

- Het EVD wordt soms niet afgesloten (uitloggen) na gebruik.
- Paramedici noteren soms in het elektronisch medisch dossier (samenvatting van therapie) en in het EVD (concrete actiepunten)
- Daarnaast werken sommige zorgverstrekkers nog met papieren notities (bv. eigen dossiers, toerkaft, medicatieschema, briefingbladen met verpleegkundige gegevens).
- Het patiëntendossier wordt niet steeds meegenomen tijdens de zorg.

We bevelen aan om een geïntegreerd multidisciplinair (liefst elektronisch) patiëntendossier te gebruiken op alle diensten, met toegangsbeveiliging (nodige lees- en schrijfrechten).

(Aanb)

- Het programma van de onthaalmomenten voor studenten verpleegkunde werd in 2010 uitgebreid met een demo over het elektronisch verpleegdossier. Deze demo laat de studenten kennismaken met de werking van het elektronisch verpleegdossier. Zij ontvangen een eigen login waarmee zij, onder toezicht, in het dossier kunnen werken of informatie opzoeken. De stagebegeleiding van de scholen werd eveneens opgeleid om met het programma te werken. **(SP)**
- Tal van zorgacties (bv. gewicht/lengte – evaluatie van fixatiemaatregelen) worden bij niet invullen door het EVD in herinnering gebracht, waardoor men gestimuleerd wordt om dit in te vullen. **(SP)**
- Via @KLINA webportaal kunnen huisartsen aan de laboverslagen, C2M en opnamegegevens van hun eigen patiënten. **(AV)**

6.1 Personeelsbeleid

- Op het moment van de audit zijn er 848 mensen actief in dienst binnen het zorgdepartement.
Er zijn 452 bachelors (78%) en 128 gediplomeerden (22%). 382 verpleegkundigen werken deeltijds (66%) en 198 verpleegkundigen (34%) werken voltijds. **(AV)**
- Men beschikt voor een aantal functies over functieomschrijvingen met competentieprofielen. **(AV)** Aanbeveling om voor alle functies (algemene en specifieke) functieomschrijvingen uit te werken met aandacht voor functiedifferentiatie (referentieverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundige, ergotherapeuten, begeleider(s) herintreders, ...) alsook de vroeger opgemaakte omschrijvingen te actualiseren. **(Aanb)**
- Het HR-beleid voor de artsen wordt herzien in de context van de nieuwe zorgstrategische plannen. **(SP)**
- Waarderingsgesprekken worden op heel wat afdelingen jaarlijks structureel georganiseerd. Het streefdoel is 100%. Dit werd in 2010 op 11 afdelingen behaald. Men voorziet bijscholing en opvolging voor (nieuwe) leidinggevendenden om deze gesprekken te voeren. De gesprekscyclus is een prestatie-indicator dat aanbod komt in het maandelijks overleg tussen verpleegkundig diensthoofd en de hoofdverpleegkundige.
Men beschikt over een procedure disfunctioneren. Het arbeidsreglement voorziet een aanpak in geval van herhaaldelijk disfunctioneren van een medewerker: Na drie negatieve waarderingsgesprekken kan overgegaan worden tot het beëindigen van de arbeidsovereenkomst. **(AV)**
- In 2010 verlieten 38 mensen het zorgdepartement; er waren 42 nieuwe medewerkers en er mouteerden 18 medewerkers.
Men tracht exit te vermijden door een open beleid te voeren i.v.m. interne mutaties. Exitgesprekken worden gevoerd door het betreffende verpleegkundig diensthoofd of door de verantwoordelijke personeelszaken. Wanneer het een leidinggevende of beleidsmedewerker betreft die het ziekenhuis verlaat, dan doet de verpleegkundig directeur ook een exitgesprek. In 2010 gingen er 21 exitgesprekken door. **(AV)**
- 392 werknemers van het zorgdepartement hebben recht op ADV dagen. 58 (15%) medewerkers kiezen voor een premie. 28 (7%) medewerkers kiezen voor ADV dagen en een premie en 306 (78%) werknemers kiezen voor ADV dagen. **(AV)**
- Er is aandacht voor responsabilisering van de verpleegkundigen. Men neemt initiatieven om verpleegkundigen optimaal te ondersteunen in de uitoefening van hun taak. **(SP)**
 - Hoofdverpleegkundigen kunnen het opleidingstraject KLIMOP (Klina's Leiderschap In Ontwikkeling Programma) volgen. Dit traject wordt jaarlijks vastgelegd.
 - Daarnaast is er wekelijks overleg en coaching met de verpleegkundige diensthoofden. Om dit te structureren werd recent een elektronische checklist met overlegtools en prestatie-indicatoren opgesteld.
 - Voor de opmaak van het jaarverslag 2010 werd door de verpleegkundige diensthoofden een stramien uitgewerkt. Tijdens het overleg worden de hoofdverpleegkundigen geholpen bij het invullen van het document, het gebruik van de boordtabellen en het opstellen van actiepunten.

- Er loopt een pilootproject van administratieve ondersteuning (0,5 VTE voor 2 afdelingen) waardoor hoofdverpleegkundigen meer tijd krijgen voor de medewerkers, de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de patiëntenzorg.
- Hoofdverpleegkundigen kunnen vrijblijvend een beroep doen op een externe begeleider voor ondersteuning van hun leiderschapstraject. Nagenoeg alle hoofdverpleegkundigen doen hier beroep op.
- Er is aandacht voor responsabilisering (bv. toekennen van eigenaarschap, werken met referentiepersonen). Er zijn tal van referentieverpleegkundigen (ruglast, stomazorg, pijn, diabetes, wondzorg, geriatrie, ziekenhuishygiëne, palliatief) en er zijn 3 expertverpleegkundigen (ziekenhuishygiëne, diabetes en patiëntveiligheid).
- Er is aandacht voor veiligheid en welzijn van het personeel. Er is een actief aanbod voor personeelsleden na een emotionele gebeurtenis.
 - Men beschikt over een medewerkersconsulent (0,5 VTE, psycholoog) die dagelijks aanwezig en bereikbaar is. Deze consulent werd in 2010 203 keer geconsulteerd voor 67 verschillende dossiers.
 - Agressie-incidenten worden geregistreerd en opgevolgd. (via IIP interne interventieploeg en VIM)
 - Ook andere, ernstige incidenten worden besproken op afdelingsniveau (bv. zwangerschapsonderbreking, euthanasie, ...).
 - We bevelen aan om na te gaan of er nood is aan geformaliseerde intervisie voor deze groepen (spoed, PAAZ, IZ, oncologie). **(Aanb)**
 - In 2007 werd er een medewerkerstevredenheidsenquête verstuurd aan alle personeelsleden. Naar aanleiding hiervan werd o.a. de communicatiemedewerker aangeworven.
- In het kader van de schaarsteproblematiek in het verpleegkundige beroep en wegens de aandacht voor voldoende, kwalitatief hoog opgeleide, gemotiveerde medewerkers in de zendingsoopdracht van het AZ Klina heeft men een nota opgesteld i.v.m. de gefaseerde aanpak en benadering van de toenemende schaarste. **(AV)**
 - Momenteel is de werkgroep taakuitzuivering en functiedifferentiatie in de conceptuele fase van het project. Ook tijdens het hoofdverpleegkundigenoverleg werd hier al aandacht aan gegeven. Men wenst in 2010 op de afdelingen functiedifferentiatie te implementeren. **(AV)**
 - Op heel wat afdelingen worden niet zorggerelateerde taken nog door verpleegkundigen uitgevoerd (maaltijden opdienen, administratie, patiëntentransport van niet-risicopatiënten ..). **(TK)** Een werkgroep taakuitzuivering kwam reeds samen om deze problematiek aan te pakken.
 - Er is aandacht voor differentiatie op de werkvloer. **(AV)** Men werkt met referentieverpleegkundigen (bv. pijn, decubitus, wondzorg, ziekenhuishygiëne, geriatrie, ...). Zij werken hoofdzakelijk afdelingsgebonden, maar zijn voor deze taken niet vrijgesteld van hun zorgtaken. **(Aanb)**
 - Momenteel werkt men beperkt met “verpleegkundige specialisten” binnen het ziekenhuis (diabetes).
 - Er is momenteel nog geen actieve screening op high potentials. We bevelen aan om een specifiek begeleidingstraject uit te werken binnen het competentie management. **(Aanb)**
 - Sinds 2009 zijn er buitenlandse verpleegkundigen werkzaam in het AZ Klina. Aanvankelijk waren dit 2 verpleegkundigen. Momenteel zijn dit er 7 (7 VTE). Men hanteert voor hen dezelfde visie als voor de studenten, zij worden bijkomend op het personeelskader toegewezen aan een afdeling. Na 6 maanden en evaluatie zijn zij volwaardig inzetbaar op een afdeling. (uitgezonderd nachtdienst). Er is een verpleegkundige begeleidster (0,5 VTE) vrijgesteld voor de begeleiding. Momenteel zijn ze toegewezen aan heekunde 1, heekunde 2, heekunde 3, inwendige 3 en 4, het operatiekwartier en medische beeldvorming.

- Er is een uitgebreide organisatienota i.v.m. de vrijwilligerswerking. In totaal zijn er in het AZ Klina 108 vrijwilligers. Een aantal functieomschrijvingen werden uitgewerkt per afdeling. Hier staan onder andere afspraken in rond aanwezigheid, attitude en vorming bv. over handhygiëne. **(AV)** Voor de begeleiding en opvolging van de vrijwilligers werd een medewerker (0,7 VTE) aangeworven. **(SP)**
- In 2010 kende de functie IZ een groot personeelsverloop. Het personeelstekort dwong het ziekenhuis in de zomermaanden enkele bedden te sluiten; gedurende een bepaalde tijd waren zo slechts 10 IZ-bedden operationeel. Op het moment van de audit is het personeelsbestand voldoende aangevuld, maar de nieuwe medewerkers hebben een inlooperperiode nodig en dienen specifieke opleiding te volgen, waardoor ze niet volledig beschikbaar zijn voor de dienst. **(AV)**
- De Klina-mobiele equipe bestaat uit een mobiele equipe, een vormingsequipe C-D-G en een vormingsequipe INZO-spoed. Voor de inzet van elke equipe werden na overleg met de ondernemingsraad toewijzingscriteria opgesteld. Men maakt momenteel geen gebruik van een meetinstrument om de werklast te meten. **(Aanb)** De toewijzing is transparant voor de hoofdverpleegkundigen aangezien zij de uurlijst van de Klina-mobiele equipe elektronisch kunnen raadplegen en zij jaarlijks een overzicht krijgen van het aantal uren er ondersteuning geboden werd. **(AV)**
De mobiele equipe komt niet op volgende afdelingen: nucleaire geneeskunde, A-dienst, polikliniek, operatiekwartier (behalve in kader van postoperatief transport) Coda en nierdialyse
De vormingsequipe C-D-G komt niet op: medische beeldvorming, nucleaire geneeskunde, A- dienst, polikliniek, operatiekwartier, nierdialyse, materniteit, verlosblok, N-dienst en daghospitaal. **(AV)**
Op basis van het aantal bedden, dient men te beschikken over een mobiele equipe van 17,55 VTE, waarvan 12,29 VTE verpleegkundigen en 5,27 VTE verzorgend personeel. De mobiele equipe bestaat uit 12,79 VTE verpleegkundigen. Er is een tekort van ongeveer 5 VTE verzorgend personeel bij de mobiele equipe. **(NC)**
- Voor een aantal diensten (OK, Kinderafdeling en neonatologie, medische beeldvorming, endoscopie en CSA) werd een verpleegkundige GSM-wacht uitgewerkt (met actieve en passieve wachtvergoeding) . Zo kan men bij drukte of afwezigheid wegens ziekte snel een collega van wacht oproepen en wordt de continuïteit in de dienstverlening bewaakt. **(SP)**

23,25 VTE paramedici werken in loondienst en worden ziekenhuisbreed ingezet. 19 VTE paramedici werken als zelfstandige. **(AV)** Hoewel de verpleegkundig directeur ook verantwoordelijk is voor de paramedici, heeft zij geen volledig zicht op het functioneren en van alle paramedici. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis worden er verpleegkundigen in privédienst van de artsen tewerkgesteld (operatie-instrumentisten, anesthesieverpleegkundigen. Er is een check van het privépersoneel op basis van hun CV. **(AV)** Zij worden uitgenodigd voor bijscholing maar de gevolgde bijscholingen worden niet geregistreerd. Er is geen verdere controle op kennis van ziekenhuisprocedures, deelname aan dienstvergaderingen,... **(Aanb)**
Voor de privé instrumenterende verpleegkundigen is er een afzonderlijke informatiebrochure gemaakt met de dienstspecifieke afspraken binnen het operatiekwartier. Hierin wordt er architectonische en functionele voorstelling gedaan. Zijn er specifieke taakomschrijvingen en werkingsafspraken in opgenomen. **(SP)**
- Het ziekenhuis maakt gebruik van externe interimkrachten (1,49 VTE verpleegkundigen en 0,10 VTE zorgkundigen in 2010). In principe beperkt men het werken met interimkrachten zoveel mogelijk (o.a. door inzet van de mobiele equipe en het werken met interne interimkrachten) en probeert men steeds dezelfde interim op dezelfde dienst/afdeling te plaatsen. **(AV)**

- Tal van afdelingen werken met verpleegkundigen in vast nachtdienstverband. Een aantal verpleegkundigen met vaste nacht werken een beperkt gedeelte (10% van jobtime) tijdens de dag, bijvoorbeeld 1 dag voor de aanvang van hun reeks nachtdiensten. Anderen werken gedurende een periode overdag. **(AV)** Jaarlijks zijn er wel één of twee vergaderingen voor alle nachtdiensten. **(SP)** Vaste nachten nemen deel aan de teamvergaderingen en bijscholingen. Op het moment van de audit is er een vacature voor een vaste nachtverpleegkundige. **(AV)**

6.2 Artsen

- In het ziekenhuis werken 140 ziekenhuisartsen/stafleden. Er zijn 16 ASO's in verschillende disciplines. **(AV)**
- Men hecht veel belang aan een goede intercollegiale samenwerking. **(SP)** Het vormen van associaties wordt aangemoedigd en werd ook expliciet opgenomen in de nieuwe medische beleidsstrategie. Door de pooling van knowhow en financiële aspecten creëert men enerzijds duidelijke medische beleidslijnen, met inbegrip van uniforme werkwijzen en procedures, en kan men anderzijds ook de rekrutering en retentie van eventuele knelpuntdisciplines bekomen. De brede maatschap inwendige geneeskunde is daar een voorbeeld van.
Voor andere disciplines (bv. neurochirurgie, gynaecologie, ...) verloopt de samenwerking minder vlot en is een inhaalbeweging nodig. **(Aanb)**

We bevelen aan om artsen met leidinggevende verantwoordelijkheden en taken verder te stimuleren om specifieke opleiding te volgen over management en leidinggeven. Het ziekenhuis biedt heden reeds aan alle artsen de mogelijkheid tot het volgen van alle gewenste managementopleidingen op kosten van het ziekenhuis. Het strekt tot aanbeveling dit nog verder uit te bouwen. **(Aanb)**

- Er zijn geen structurele evaluaties en/of functioneringsgesprekken met elke arts. **(Aanb)**
Wel is er een actieve monitoring van de medische activiteit via boordtabellen.
Bij definitief verlaten van het ziekenhuis wordt een exitgesprek met de arts georganiseerd. **(AV)**
- AZ Klina kampt al een tijdje met een tekort aan urgentieartsen. **(TK)** Door het invullen van de wachtdiensten met andere artsen (bv. pool anesthesisten, interne, ...) kan men de wettelijke medische permanentie voor spoed realiseren, maar deze oplossing is geen optimale situatie. Vier nieuwe urgentieartsen werden gerekruteerd en zouden in de loop van 2011 in dienst moeten komen. **(Aanb)**
- Bij ernstige incidenten kunnen ook artsen genieten van de opvang via debriefing (met psycholoog) die door het ziekenhuis wordt aangeboden. **(SP)**

6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

Situering

- Er werd gesproken met de verpleegkundig directeur, de personeelsverantwoordelijke en de verantwoordelijke voor de vorming binnen het verpleegkundig departement. Op de verschillende afdelingen was vorming een aandachtspunt.

Beleid en strategie

- Het vormingsbeleid 'Werken is leren is werken' baseert zich op de kenmerken van een magneetziekenhuis en formuleert een aantal doelstellingen. Aan de hand van een SWOT-analyse werden door de werkgroep vorming de eerste krijtlijnen uitgezet voor een nieuw vormingsbeleid in het AZ Klina. De basis voor het vormingsbeleid is het persoonlijk ontwikkelingsplan van elke individuele medewerker, met individuele streefdoelen i.p.v. een globaal streefcijfer naar aantal uren voorop te stellen. Jaarlijks wordt dit besproken in de waarderingsgesprekken met de medewerkers. **(AV)**
- Men besteedt veel aandacht aan de begeleiding van studenten met het oog op toekomstige werknemers. **(SP)** Dit gebeurt onder meer door:
 - Studenten op de afdeling geriatrie krijgen in het kader van leerwerkplaats de volledige verantwoordelijkheid over een aantal patiënten. Na evaluatie kan dit worden uitgebreid naar andere afdelingen.
 - Aanwezigheid van rekruteringsmedewerker voor onthaal van de studenten. Zij waakt er ook over dat studenten op de afdelingen 'leer'momenten krijgen en heeft ook een ombudsfunctie waar studenten bij terecht kunnen.
 - Goede studenten worden als werkstudent ingeschakeld. In 2010 waren dit 3,8 VTE.
- In de verpleegkundige jaarverslagen van de afdelingen maakt men een terugblik naar de gevolgde vorming. Hoofdverpleegkundigen krijgen jaarlijks een vormingsrapport per afdeling. Op vraag kan dit meermaals of per medewerker, per beroepstitel, **(AV)** Een algemeen jaarverslag van de werkgroep vorming is er niet. **(Aanb)**
- De procedure en gelinkte documenten zijn transparant naar de verantwoordelijkheden, de beslissingsboom voor goedkeuring, de criteria voor terugbetaling en recuperatie van uren en vorming die in aanmerking komt voor registratie. Ook vorming die wordt gevolgd tijdens dienstvergaderingen wordt geregistreerd. **(AV)**

Middelen

- Er is een vormingsbudget bepaald voor het zorgdepartement. Dit budget kan naargelang de behoefte worden aangepast (afhankelijk van persoonlijke ontwikkelingsplan). **(AV)** We bevelen aan om na te gaan welke voordelen een (de)centraal beheer van het budget kan bieden (garantie en spreiding van opleidingsmogelijkheden voor iedereen / balans tussen langdurige en kortere permanente vorming...). **(Aanb)**

Medewerkers

- Momenteel wordt de taak van de begeleiders herintreders ingevuld door 2 medewerkers (samen 0,8 VTE). **(NC)** Daarnaast maken zij deel uit van de mobiele equipe of staan zij in voor begeleiding van de studenten (rekruteringsmedewerker). In de nabije toekomst gaat er 0,5 VTE rekruteringsmedewerker bijkomen. **(AV)**
- Op afdelingen werd het principe van meter/peter geïntroduceerd voor de opvang van nieuwe medewerkers. Vaak wordt deze taak opgenomen door de stagementoren voor de studenten. Zij volgden hiervoor een specifieke opleiding. **(AV)**
- Er wordt veel belang gehecht aan vorming voor de medewerkers. Men heeft twee vormingsploegen (vormingsequipe C-D-G en vormingsequipe INZO-spoed) die, naast de

gewone mobiele equipe, specifiek kunnen inspringen om personeelstekorten op te vangen als de vaste medewerkers afwezig zijn wegens opleiding. **(SP)**

- Men stelt toewijzingscriteria voorop voor de toewijzing van de vormingsequipes waarbij de prioriteit gaat naar opvang van nieuwe medewerkers en naar opleidingen in het kader van de strategische doelstellingen, Voor de opvang van nieuwe verpleegkundigen kan men zo bv. differentiëren tussen schoolverlater, verpleegkundige met externe ervaring of een interne mutatie. **(SP)**

Processen

- Sinds 2008 worden gevolgde opleidingen, vormingen en bijscholingen bijgehouden in een database en is er een periodieke terugkoppeling naar de leidinggevenden. Het aantal uren is sterk wisselend tussen afdelingen onderling, maar ook tussen medewerkers binnen dezelfde afdeling. **(AV)** Sommige personeelsleden volgden erg weinig vorming in 2010, soms zonder duidelijk aantoonbare redenen. Deze behoeften worden bepaald i.f.v. het jaarlijks werkoverleg en waarderingsgesprek met elke medewerker.
- Voor het inscholen van nieuwe medewerkers zijn er 4 inscholingsdagen voor verpleegkundigen en 2 inscholingsdagen voor alle andere medewerkers die geen verpleegkundige zijn. In de nabije toekomst gaat men aparte dagen organiseren voor zorgkundigen. Een aantal afdelingen hebben een inscholingsplan dat ziekenhuisbreed werd opgemaakt. Een aantal afdelingen ontwikkelden zelf een afdelingsspecifiek inscholingsplan. **(AV)** De afdeling spoedgevallen werkt niet met een inscholingsplan. **(TK)**
- We bevelen aan om de afdelingsspecifieke inscholing uniform te organiseren. Momenteel verschilt dit nog sterk tussen afdelingen. (dubbelopen, meter/petertoewijzing, ...) en ook om dienstspecifieke inscholingsprogramma's met checklist uit te werken voor alle afdelingen. **(Aanb)**
- Men hanteert op INZO een dienstspecifiek inscholingsprogramma met stappenplan, dat ook als leidraad dient voor de begeleidende mentor. Het inscholingstraject duurt slechts 4 maanden, wat onrealistisch kort lijkt voor een kritieke dienst. We bevelen aan om te bekijken of het inscholingsprogramma de reële noden en behoeften kan dekken. **(Aanb)**
- Het interne aanbod wordt opgedeeld in organisatiebrede vorming, afdelingsgebonden vorming en individuele vorming en is behoeftegestuurd. **(SP)** Informatie wordt langs verschillende kanalen vergaard: o.a. de strategische doelstellingen (kennistesten) en vanuit de waarderingsgesprekken. Een opleidingskalender is raadpleegbaar via intranet. Ook scholen verpleegkunde en zorginstellingen waarmee een samenwerkingsverband is worden uitgenodigd voor interne bijscholingen. **(AV)**
- Heel wat artsen geven op vraag van de hoofdverpleegkundige bijscholing. **(SP)**
- De uitnodigingen voor externe vormingen wordt verzameld door de verantwoordelijke van de vorming en doorgegeven aan de hoofdverpleegkundigen. Op basis van de persoonlijke ontwikkelingsplannen van de medewerkers filtert de hoofdverpleegkundige of een medewerker al dan niet een opleiding kan volgen. **(AV)**
- De verpleegkundige topics die gelinkt zijn aan de strategische doelstellingen worden getest a.d.h.v. kennistesten (Klinapro). Beneden een bepaalde grenswaarde worden medewerkers verplicht om deel te nemen aan vorming. **(SP)** Deze testen (i.v.m. bv. fixatie) werden aanvankelijk als 'schools' beschouwd maar zijn ondertussen algemeen aanvaard.
- Voor ASO's en artsen-stagiairs is er jaarlijks een aparte introductiedag met aandacht voor de werking van het ziekenhuis, permanenties, ziekenhuishygiëne, MRSA, werking van spoed en IZ, **(AV)**

- Voor nieuwe ziekenhuisartsen is er geen specifiek inscholingstraject uitgewerkt. Registratie van de gevolgde vorming door artsen gebeurt niet systematisch. **(TK)**

Resultaten

- In 2010 werden 18896 betaalde uren opleiding en 11135 betaalde uren werkplekleren toegekend binnen het zorgdepartement. **(AV)**

6.4 Bestaffing

- Via het geautomatiseerd verroosteringspakket SPE hebben de verpleegkundige diensthoofden en de dienst personeelszaken zicht op het uurrooster. **(AV)**
- Er is een normatief personeelstekort: **(NC)**
 - Een structureel tekort van 1 VTE verpleegkundige op INZO tijdens de nachten.
 - Er is een tekort van ongeveer 5 VTE verzorgenden bij de mobiele equipe.
 - Een tekort van 0,2 VTE begeleider herintreders.
 - Een tekort van 0,4 VTE zorgkundigen op de geriatrische afdeling.
- Er is een personeelstekort in functie van de activiteiten INZO. De vereiste verpleegkundige permanentie voor intensieve zorgen kan niet steeds gegarandeerd worden (norm: minstens één verpleegkundige per drie posities) wegens taken buiten de afdeling (o.a. interne MUG-oproep). Een tekort op INZO ontstaat of verergert, wanneer men met een minimale bestaffing (5 VTE overdag) of een tekort (4 VTE tijdens de nacht) opgesteld staat. **(NC)**

7.1 Organisatie van zorg

- Men kiest binnen het ziekenhuis voor geïntegreerde verpleging. Op sommige afdelingen is de patiënttoewijzing sterk doorgedreven, wat zich uit in de medicatiebedeling, de zaalrondes met de verantwoordelijke verpleegkundige en deelname aan multidisciplinair overleg. **(SP)**
- Op sommige afdelingen bestaan geen expliciete afspraken betreffende de organisatie van de zaalrondes. Sommige artsen houden zich niet steeds aan gemaakte afspraken. Dit bemoeilijkt een goede overdracht van gegevens en de organisatie van de zorg. **(TK)**
Op sommige afdelingen gebeurt de zaalronde door de arts alleen, op andere afdelingen gebeurt dit samen met de hoofdverpleegkundige en op andere afdelingen gebeuren zaalrondes door de arts en de verantwoordelijke verpleegkundige.
Op INZO gebeurt de zaalronde twee tot drie maal per dag door het behandelende staf lid met de arts die permanentie doet en eventueel de ASO. Minstens één maal toert ook de verpleegkundige mee. **(AV)**
Op sommige afdelingen zijn er recent duidelijke afspraken gemaakt tussen de hoofdverpleegkundige en de artsen over de organisatie (tijdstip, aantal artsen) van zaalrondes. **(SP)**
We bevelen aan om op alle afdelingen duidelijke en bindende afspraken te maken omtrent de zaalrondes en deze zo veel mogelijk multidisciplinair op te vatten (bv. verantwoordelijke verpleegkundige laten deelnemen aan de zaalronde). **(Aanb)**
- Op sommige afdelingen zijn kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog geen deel van het verzorgende team. Zij hebben er geen vast toegewezen aantal uren voor de afdeling, maar hebben louter een consultfunctie op vraag van artsen en verpleegkundigen. **(Aanb)**
- Niet alle artsen van eenzelfde discipline (bv. cardiologie, operatiekwartier, ...) gebruiken dezelfde procedures voor eenzelfde pathologie. Wel blijft men wat medicatie betreft binnen de lijnen van het formularium. We bevelen aan om het medische beleid, zeker binnen één discipline, zo veel mogelijk te harmoniseren. **(Aanb)**
- Op sommige afdelingen waarbij de zorg voor de patiëntendoelgroep een sterke multidisciplinaire aanpak vereist, is de zorg niet steeds optimaal georganiseerd. **(TK)**
 - Op sommige afdelingen gaan er geen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen door. Bv: er zijn op INZO geen gestructureerde multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Er is wel ad hoc overleg tussen de intensivist en andere specialisten als de behoefte gevoeld wordt. Verpleegkundigen en paramedici zijn hier meestal niet bij betrokken. Met deze beroepsgroepen wordt, eveneens meestal informeel, apart gebriefd. Sommige patiënten worden niet multidisciplinair besproken. Er is niet steeds een schriftelijke neerslag van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen in het dossier. We bevelen aan om voor alle kritieke patiënten op gestructureerde wijze multidisciplinaire patiëntenbesprekingen te organiseren, met een gezamenlijke insteek van de diverse zorgverstrekkers, en de verslaggeving in het patiëntendossier consequent te verzorgen.
 - Op de afdeling cardiologie (inwendige 3) worden geregeld geriatrie patiënten opgenomen. Voor de medewerkers betekent dit een extra belasting op vlak van zorgzwaarte en ook omdat ze over onvoldoende expertise beschikken voor de behandeling van deze subpopulatie. De geriater doet de zaalronde bij deze patiënten zonder verpleegkundige. **(AV)** De communicatie tussen de geriater en de verpleegkundigen van de niet-geriatrie afdeling kan beter afgestemd worden ifv de zeer specifieke geriatrie problematiek

- De beschikbaarheid van de psychosociale begeleiding op de kinderafdeling is op het ogenblik van de audit onvoldoende wegens de zwangerschap van betrokkene
- Verantwoordelijke verpleegkundigen (in het kader van patiëntentoewijzing) zijn niet steeds betrokken bij de multidisciplinaire besprekingen of bij de zaaltoer. Soms toeren de hoofdverpleegkundigen mee ifv de wijze, het ogenblik van de artsentoer
- Niet op alle verpleegafdelingen is er een gestructureerd systematisch overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige over de organisatie van de zorg. **(TK)** Problemen worden hier enkel ad hoc of informeel besproken.

7.2 Procedurebeheer

- Alle procedures en processen zijn terug te vinden via intranet. Elke procedure/proces moet, voordat het gepubliceerd wordt, ondertekend zijn door een geneesheer en/of directielid. **(SP)**
- De algemene- en belangrijke procedures worden verspreid via een dienstnota. Deze dienstnota's zijn terug te vinden op het intranet onder de rubriek 'Algemeen Bestuur'. Ten behoeve van de artsen is periodiek een 'mailing tegen handtekening voor ontvangst' voorzien. Elke computer heeft op het bureaublad een snelkoppeling naar 'staande orders & procedures'. **(AV)**
- Verpleegafdelingen die met het elektronisch verpleegdossier werken, hebben binnen dit dossier een rechtstreekse link naar de intranettoepassing waar de procedures staan. Alle hoofdverpleegkundigen krijgen maandelijks een rapport van de nieuwe – en aangepaste procedures. **(SP)** Deze procedures worden beheerd door de verantwoordelijke vormings – mobiele equipe. **(AV)**
- Sommige medewerkers en artsen houden zich niet aan de voorschriften voor handhygiëne (ringen, armbanden, polshorloges, lange mouwen). **(NC)** Uit de periodiek geregistreerde metingen van het ziekenhuis blijkt effectief dat het hier een zeer klein aantal personen betreft.
- Binnen een aantal disciplines is er niet steeds afstemming over de aanpak van een bepaalde pathologie. Zo is er niet steeds voldoende uniformisering in de operatiekwartieren (bv. operatiesets kunnen verschillen voor eenzelfde ingreep). **(TK)** Er is reeds op het operatiekwartier een standaardisatiecommissie die na het oplijsten van de grootste knelpunten een gefaseerd standaardisatieproces begeleidt.

7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Fixatie

Situering

- Men beschikt in het AZ Klina te Brasschaat over een richtlijn fixatiearm beleid, gebruik van fixatiemateriaal en een e-learningprogramma opgemaakt door een werkgroep fixatie en over een procedure algemene principes bij isolatie en fixatiemaatregelen op de PAAZ.
- Er werd tijdens de audit een gesprek gevoerd over fixatie met een verpleegkundig diensthoofd. Er werden dossiers ingekeken met aandacht voor eventuele fixatiegegevens

tijdens de rondgang op verschillende afdelingen. De procedure “algemene principes bij isolatie en fixatiemaatregelen op de PAAZ” werd niet ter plaatse getoetst.

Beleid en strategie

- Binnen het ziekenhuis is er een verantwoordelijke (verpleegkundig diensthoofd) aangesteld voor fixatie. **(SP)**
- Er is een duidelijke visie op fixatie uitgewerkt. **(SP)** In 2008 (naar aanleiding van een opmerking bij de vorige visitatie en een masterproef (0-meting/interventie tool/nameting)) werd door een projectgroep (hoofdverpleegkundige geriatrie, 2 gerieters, hoofdverpleegkundige afdeling heelkunde, psychiater, verpleegkundig diensthoofd en projectmedewerker) het beleid en een procedure uitgewerkt. In 2010 werd de richtlijn en het materiaal definitief ziekenhuisbreed geïmplementeerd. **(AV)**
De richtlijn kent volgende verbeterpunten: **(TK)**
 - Er zijn geen duidelijke indicaties en tegenindicaties uitgeschreven.
 - Er is beperkt aandacht voor onderliggende oorzaken voor probleemgedrag.
 - In de richtlijn wordt het materiaal dat gebruikt mag worden opgesomd, maar zonder restricties. In de praktijk wordt een 3-puntsfixatie als standaard genomen.
 - Er is geen link tussen het materiaal en indicaties of tegenindicaties.
 - De handleiding voor het gebruik van een veiligheidsdeken is niet terug te vinden bij het gebruik van fixatiemateriaal op intranet maar zit enkel in de fixatieset bij het materiaal.
 - Verhoogd toezicht tijdens de fixatiemaatregel is te weinig nauwkeurig ('regelmatig') uitgeschreven in de richtlijn
 - Fixatie bij kinderen dient nog uitgewerkt te worden. Dit wordt gepland in 2011.
 - Chemische fixatie wordt niet in de procedure beschreven.
- Er zijn initiatieven en materialen voorhanden die het fixatiearm beleid ondersteunen of die aandacht voor fixatie binnen het ziekenhuis aangeven. Men streeft voortdurend naar een verbetering van de toepassing van de richtlijn. **(SP)**
 - In 2010 was de doelstelling het fixatiearme beleid te verankeren in het ziekenhuis. Dit resulteerde in het formuleren van de strategische doelstellingen en werd ondersteund door de directie en de Raad van Bestuur (financiering van materiaal en projectmedewerker). Investerings die passen in de strategische doelstellingen van het ziekenhuis krijgen de hoogste prioriteit.
 - De richtlijn is volledig geïntegreerd in het EVD, waardoor via een rapport registraties op afdelingsniveau en beleidsniveau kunnen gevolgd worden.
 - De registraties van fixatie en valprevalentie geven de hoofdverpleegkundige of de ergotherapeut van de interne liaison geriatrie de mogelijkheid om bedside te gaan controleren (juiste manier van fixeren, vallogo aan bed aangebracht, folder i.v.m. valpreventie gegeven, nachtkastje juiste kant, ...) en de dossiers na te kijken (ondernomen acties, gesprek met familie, ...) Op deze manier kan de verantwoordelijke verpleegkundige hierover rechtstreeks aangesproken en bijgestuurd worden. Op dienstvergaderingen kan a.d.h.v. deze registratiegegevens feedback gegeven worden. Hierdoor is er toezicht op de naleving van de uitgewerkte richtlijnen.
 - In de verpleegkundige jaarverslagen per afdeling is fixatie een vast onderwerp.
 - Bij het aangekochte materiaal is er aandacht voor een fixatie arm beleid (bedden met een lage stand, bedsponden in twee delen, ...).
 - Er worden regelmatig kennistesten afgenomen i.v.m. fixatie. Feedback van de behaalde resultaten wordt o.a. opgenomen in het jaarverslag.
 - Op de afdeling geriatrie en cardiologie werden naar aanleiding van een masterproef en door een zoektocht naar alternatieve leermethodes, workshops opgestart (o.a. e-learning module, praktijkoefeningen zoals elkaar fixeren, mogelijkheid tot reflectie over moeilijke items, bv. gesprek met familie, ...).

- Indien men een verbetering van de resultaten vaststelt, gaat men dit ziekenhuisbreed implementeren.
- Herevaluatie van de fixatiemaatregelen dient elke shift te gebeuren, bij voorkeur tijdens de patiëntenbriefing, en wordt verplicht weergegeven in het EVD. Wat de inhoud van de evaluatie dient te zijn, is niet uitgewerkt (bv. beoordeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, gevolgen van fixatie, indicatie voor fixatie) **(Aanb)**
 - Onder meer omdat men vaststelde dat vallen frequent een indicatie was om te fixeren, heeft men een werkgroep valpreventie opgestart.
 - In de nabije toekomst wil men een zorgpad delier uitwerken.
 - Op sommige afdelingen merken we op dat patiënten losgemaakt worden op moment dat bezoek aanwezig is of wanneer de toestand dit toelaat.
 - Men is op INZO zeer terughoudend met betrekking tot het instellen van vrijheidsbepalende maatregelen en men bekijkt steeds alternatieven. De meest voorkomende indicatie is risico op autoëxtubatie bij weaning.
- We bevelen aan om te onderzoeken welke bijkomende initiatieven een fixatiearm beleid nog extra kunnen ondersteunen. **(Aanb)**
 - Infrastructurele aanpassingen die een fixatiearm beleid ondersteunen zijn mogelijk (bv. doorloopmogelijkheden voor onrustige en verwarde patiënten, duidelijke aanduiding van de lokalen, scheiden en duidelijk aangeven van rust- en activiteitenruimtes, automatische verlichting, gebruik van kleuren, contrastrijke omgeving, ruime kamers, binnentuin, ...)
 - Momenteel zijn niet alle afdelingen beveiligd in het kader van weglooptgedrag.
 - Een duidelijk opnamebeleid voor patiënten met dementie, met aangepaste therapie voor deze doelgroep.

Middelen

- Men werkt met fixatiesets per afdeling. Op sommige afdelingen zijn er meer sets dan op andere. De verantwoordelijkheid over de volledigheid en de intactheid van de sets ligt momenteel in de handen van de hoofdverpleegkundigen. In de toekomst wil men hiervoor een algemeen verantwoordelijke aanduiden. De volledigheid en intactheid wordt d.m.v. steekproeven opgevolgd door het verpleegkundig diensthoofd. **(AV)** Men stelt vast dat er veel materiaal verdwijnt. We bevelen aan om een meer sluitend beheerssysteem te ontwikkelen voor het fixatiemateriaal. **(Aanb)**
- Er is voor alle gebruikte materialen een gebruiksaanwijzing voorhanden, maar deze worden soms op verschillende plaatsen bewaard. **(AV)** Aanbeveling om alle gebruiksaanwijzingen bij de procedure op het intranet te zetten. **(Aanb)**
- Er wordt in de praktijk onvoldoende aandacht geschonken aan het veilig toepassen van de richtlijnen. Zo werd een patiënt tijdens de nacht enkel gefixeerd met een lendengordel en bedsponden. De motivatie waarom er geen driepuntfixatie werd toegepast werd niet teruggevonden in het dossier. **(TK)**
- Materialen zijn niet gelinkt aan indicaties en tegenindicaties. **(TK)** Dit vormt een risico op het gebruik van verkeerde materialen in bepaalde situaties. Men moet minstens voor alle materialen tegenindicaties bepalen. Bij voorkeur vermeldt een handleiding, naast de technische instructies, ook aandachtspunten inzake veiligheid, aandachtspunten voor toezicht, risico's, ...

Medewerkers

- Kennis en cultuurwijziging zijn belangrijke aspecten bij het toepassen van een fixatiearm beleid. Bijscholing i.v.m. fixatie gebeurt regelmatig en is mogelijk via e-learning, er zijn

kennistesten, de bedside-controles, fixatie is een item tijdens de inscholingsdagen voor nieuwe medewerkers, ... **(SP)**

Het is belangrijk is dat alle zorgverstrekkers die betrokken zijn bij fixatie van patiënten, dus ook ziekenhuisartsen en ASO's, regelmatig bijscholing krijgen over fixatie. **(Aanb)**

- Er werd afgesproken dat de hoofdverpleegkundigen bij het verpleegkundig diensthoofd terecht kunnen wanneer de betrokkenheid en ondersteuning van de artsen bij het fixeren minimaal is. Men dient de formele richtlijnen te vervolledigen met deze procedure en te verzekeren dat men voldoende slagkracht bekomt om de betrokkenheid van de artsen te verhogen als dat nodig blijkt. **(Aanb)**

Processen

- De procedure betreffende fixatie is niet steeds gekend of wordt niet steeds gevolgd. Op de afdelingen werden volgende verbeterpunten opgemerkt: **(TK)**
 - Bij nazicht van dossiers en uit gesprek bleek valpreventie een reden voor fixatie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking de kans op vallen niet automatisch doet dalen en dat de kans op ernstige letsels groter is bij valincidenten met fixatie. Verder moet men de noodzaak van fixatie bij deze indicatie afwegen tegen de nadelen (gezondheidsrisico's) van fixatie (o.a. immobilisatie).
 - De frequentie van het toezicht wordt niet duidelijk omschreven in de procedure. In de praktijk gaat men "af en toe binnen" of gaat binnen volgens de patiëntentoeeren die 's nachts gepland zijn.
 - Fixatie gebeurt soms op vraag van de familie.
- Het correct gebruik van fixatiemiddelen is op sommige diensten een knelpunt. Door onvoldoende aandacht voor de risico's die verbonden zijn aan het toepassen van fixatiemaatregelen, kan de patiëntveiligheid soms onvoldoende gegarandeerd worden. **(TK)**
 - In de praktijk worden lendengordels gebruikt zonder extra fixatiepunten. Het gebruik van een lendengordel zonder bijkomende fixatiepunten houdt een reëel risico in op verhangen wanneer niet voldaan wordt aan een verhoogd/continu toezicht. Bij voorkeur moet er minimum een driepuntfixatie gebruikt worden, waarbij de enkelband en polsband diagonaal worden aangebracht. **(Aanb)**
 - Men maakt niet steeds gebruik van aangepast materiaal zoals een driehoek-lendengordel om onderuit schuiven in een zetel te vermijden.
 - Bedhekkens worden gebruikt bij onrustige patiënten en niet steeds genoteerd als fixatiemaatregel. Door het gebrek aan verhoogd toezicht vergroot de kans op beklemming tussen de bedsponden met risico op verstikking en ook op ernstige letsels bij vallen wanneer de patiënt over de bedsponden kruipt.

Resultaten

- Momenteel worden fixatiemaatregelen uit het EVD per afdeling systematisch geregistreerd. Men kan zo beschikken over gedetailleerde gegevens, zoals het % prevalentie inclusief bedhekkens en exclusief bedhekkens, het % overleg met familie, de fixatieredenen, enz.). **(SP)**

7.4 Medicatiedistributie

Situering

- De apotheek is geopend tijdens de weekdays van 8u tot 18u en op zaterdag van 9u tot 12u.
- De apotheek levert geen medicatie aan andere instellingen.
- De apotheek van AZ Klina werkt rond oncologie samen met het AZ St.-Jozef te Malle. In de werkgroep oncologische medicatie zijn apothekers, verpleegkundigen en artsen van beide ziekenhuizen vertegenwoordigd.
- Recent werd door de Antwerpse ziekenhuizen een overlegplatform betreffende klinische farmacie opgericht. Men tracht hier onderling af te stemmen en te standaardiseren, ook in functie van transmurale werking.
- Medicatie werd niet enkel met de apothekers besproken, maar was ook een aandachtspunt op de verschillende verpleegafdelingen.

Beleid en strategie

- Er werd een “dienstenplan/jaarverslag apotheek” opgemaakt, dat een stand van zaken weergeeft over de activiteiten, het personeel en enkele verwezenlijkingen van 2010. **(AV)** Er zijn geen gegevens opgenomen over de kwaliteit van de werking (bv. monitoring van indicatoren, analyse van incidenten, ...). De apotheek beschikt niet over formele (zelf)evaluaties die een beeld geven van de kwaliteit van de geleverde diensten (bv. door een SWOT-analyse, interne of externe audit, intercollegiale toetsing, ...). **(TK)** Deze gegevens zouden kunnen helpen het toekomstige beleid te sturen en te onderbouwen.
- De hoofdapotheker is geen lid van het management- of directiecomité. De hoofdapotheker rapporteert aan de hoofdgeneesheer. Er is tweewekelijks overleg, met verslaggeving, tussen apotheek en medisch en verpleegkundig directeur. Voor bepaalde onderwerpen kan de apotheker deelnemen, ook op eigen initiatief, aan de vergaderingen van het managementcomité. De samenwerking met de directie is constructief en de apotheek heeft voldoende slagkracht. **(AV)**
- De apotheek hecht belang aan een goede overlegcultuur: **(SP)**
 - Om de twee maanden is er dienstoverleg met alle apotheekmedewerkers.
 - De apothekers vergaderen onderling tweewekelijks; van dit overleg kan de verslaggeving beter verzorgd worden. **(Aanb)**
 - Er is wekelijks overleg met CSA.
 - Om de twee maanden vergadert de apotheek met de dienstverantwoordelijke van OK.
 - Jaarlijks is er per dienst een overleg tussen apotheek en hoofdverpleegkundigen.
 - Indien opportuun, neemt de apotheek deel aan de vergaderingen van de dienstverantwoordelijken of aan het hoofdverpleegkundigenoverleg.
- De apotheek neemt deel aan heel wat comités en werkgroepen binnen het ziekenhuis. Deze geformaliseerde overlegmomenten zijn o.a. comité patiëntveiligheid, werkgroep klinisch farmacie, medisch farmaceutisch comité, comité voor medische materialen, antibiotica beleidsgroep, comité ziekenhuishygiëne, overleg oncologische medicatie, transfusiecomité, ethisch comité, **(SP)**
- Het ziekenhuis beschikt over een geneesmiddelenformularium dat werd ingebed in het elektronische voorschrift, waardoor producten buiten het formularium niet kunnen geactiveerd worden binnen Infos@. Alle medicatie behalve vitaminen en voedingssupplementen zijn hierin opgenomen. Uitzonderlijk kan een product buiten het

formularium gebruikt worden, via “onbekend product”, steeds in overleg met de apotheek. In de noodkasten bevinden zich enkel medicamenten uit het formularium. **(SP)**

- Het ziekenhuis beschikt over een formularium medisch materiaal. **(AV)**
- Er zijn uitgeschreven richtlijnen voor antibioticaprofylaxis en voor empirisch antibioticagebruik. **(AV)**

Middelen

- De totale oppervlakte van de apotheeklokalen bedraagt 770m², wat voldoet aan de norm volgens het aantal erkende bedden. **(AV)**
Bij de rondgang bleek er een ruimtegebrek (of inefficiënt gebruik) van de lokalen te bestaan. **(TK)** Men kan in het kader van de diverse uitbouwplannen hiervoor een oplossing uitwerken.
 - stapelen van paletten en kartonnen dozen op de grond, in de gang en in verschillende ruimtes
 - onuitgepakt materiaal in rekken
 - doorgangen die zo smal zijn dat er geen kar meer door kan
 - voor zeven apothekers beschikt men over vier bureauplaatsen, zodat werkposten moeten gedeeld worden
 - er is geen eigen keuken/ontspanningsruimte. Het koffiezetapparaat staat op dezelfde desk als de unitdose-machine, in de distributieruimte.

Men wil in de nabije toekomst de bureauruimte verbouwen. We adviseren om te bekijken hoe de beschikbare oppervlakte in zijn geheel beter kan benut worden, bv. door een modernisering van de uitpak- en opslagfaciliteiten. **(Aanb)**

- Niet alle apothekers beschikken over een eigen PC. Dit lijkt noodzakelijk omdat het gros van de administratieve activiteiten in verband met de medicatiedistributie elektronisch gebeurt. **(Aanb)**
- In 2010 werden drie nieuwe LAF-kasten in gebruik genomen. Twee verticale dienen voor de bereiding van chemotherapeutica, de derde horizontale staat opgesteld in het lokaal voor steriele bereidingen. Deze twee lokalen zijn voorzien van een adequate drukregeling. **(SP)**
- Er zijn twee medicatienoodkasten in het ziekenhuis: in de receptie van de apotheek en op de spoedafdeling. **(AV)**
- Het ziekenhuis verwierf eind 2010 een unitdose verpakkingsmachine. Op het moment van de audit worden meer dan 50% van de specialiteiten als unitdose afgeleverd. **(AV)**
- Zuurstofflessen lagen willekeurig opgestapeld in horizontale vakken in de stockageruimte. **(NC)** Men dient deze zodanig te bevestigen zodat ze niet kunnen omvallen of verschuiven.

Medewerkers

- De hoofdapotheeker is voltijds werkzaam in deze functie. Daarnaast zijn er nog zes ziekenhuisapothekers (5,25 VTE), zeven apotheekassistenten (4,3 VTE), drie administratieve medewerkers (2,3 VTE) en drie verpleegkundigen-chemobereiders (1,6 VTE). **(AV)**

- De apotheek beschikt niet over een uitgewerkt inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers. **(Aanb)** Er is wel een afpunlijst voor nieuwe medewerkers beschikbaar.
- De wachtdienst, voor alle uren buiten de openingsuren van de apotheek, verloopt via een beurtrol door alle apothekers. Er wordt steeds een bereikbaarheid 24u/24 verzekerd met een GSM. De oproepen gebeuren steeds via receptie spoed. **(AV)**

Processen

- Het ziekenhuis werkt met een elektronisch medicatievoorschrift in Infohos. Alle verblijfsafdelingen gebruiken deze software, behalve INZO, pediatrie en N* die met eigen papieren voorschriften werken. **(AV)**
Dit elektronische medicatiedistributiesysteem is niet gelinkt met het EVD noch met C2M. Men plant om over te schakelen naar het Chipsoft-platform waar het EVD al op draait en waar men ook het medische dossier wil in onderbrengen. We bevelen aan om de onderlinge samenhang tussen deze dossierdelen door te voeren. **(Aanb)**
De apotheek heeft in Infohos een volledig zicht op het medicatieschema en op de thuismedicatie van de patiënt vanaf de start van de hospitalisatie. **(SP)** Voor de afdelingen met papieren voorschrift is dit niet het geval. **(Aanb)**
- Medicatie wordt op basis van de voorschriften na validatie in de apotheek klaargemaakt voor transport naar de afdelingen, waar ze in individuele bakjes op naam van de patiënten afgeleverd worden. Op deze wijze bewaakt de apotheek een belangrijk stuk van het medicatiedistributieproces. **(SP)**
We bevelen aan om, in afwachting van de uitbreiding/aanpassing van het elektronisch medicatiedistributiesysteem, na te gaan hoe men het overzicht op de medicatie zoveel mogelijk kan bewaken ook voor patiënten onder papieren voorschrift, zodat de expertise van de apothekers ten volle in het medicatieproces kan ingebracht worden. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis heeft men grote dienstvoorraden, wat resulteert in een relatief groot aantal naschriften. **(TK)** Medicatie wordt klaargezet vanuit de afdelingsvoorraden buiten de openingsuren van de apotheek en ook indien de apotheek nog niet geleverd heeft op basis van de voorschriften. Men schat dit op 15% naschriften, inbegrepen de infusen. Voor de papieren voorschriften bedraagt het aandeel naschriften maximaal 0,5%. **(AV)**
- Voor de PAAZ wordt medicatie afgeleverd voor zeven dagen. **(NC)**
- Er loopt een project klinische farmacie (pre-opname screening thuismedicatie in polikliniek) voor orthopedie. Dit kadert in het klinisch pad THP. Een apotheker wordt deels gefinancierd om dit te begeleiden. Men breidt stelselmatig dit project uit in de breedte (TKP) en horizontaal (transmurale werking). **(SP)**
- Volgende troeven in de medicatiedistributie werden tijdens de audit opgemerkt: **(SP)**
 - Er bestaat een strikte procedure voor de regelmatige temperatuurregistratie van medicatiekoelkasten buiten de apotheek. Jaarlijks gebeurt een bijkomende controle door de apotheek met verslaggeving en indien nodig (onregelmatigheden) terugkoppeling naar de afdelingen.
 - Verdovende medicatie wordt voorgeschreven aan de hand van een stockkaart. De arts maakt de individuele voorschriften. De medicatie wordt vanuit de apotheek pas afgeleverd na indiening van een correct ingevulde kaart met bijhorende voorschriften. Voor de narcotische medicatie werken de anesthesisten met gepersonaliseerde medicatiekoffers. Dit laat een sluitend stockbeheer toe.
 - Dolantine® en Dipidolor® werden uit de verdovingskast van de kinderafdeling verwijderd.

- Verpleegkundigen gaan met de medicatiekar en een laptop bij de hun toegewezen patiënten. Zo kunnen ze onmiddellijk aanduiden dat medicatie gegeven werd.
 - Toediening van medicatie is gekoppeld aan de patiënttoewijzing.
 - Controle van de vervaldata van medicatie op de afdelingen gebeurt zesmaandelijks, één maal door de apotheek en een half jaar later door het personeel van de afdeling. Er werd tijdens de audit geen vervallen medicatie opgemerkt.
 - De meeste cardiologen schrijven zelf rechtstreeks de medicatie voor in Infohos.
 - Op inwendige 4 wordt de verdovende medicatie dagelijks door de nachtverpleegkundige en door de hoofdverpleegkundige gecontroleerd.
 - Na overleg met de apotheek werden niet-essentiële voorraden verdovende medicatie opgebouwd op afdelingen.
- Volgende risico's in de medicatiedistributie werden tijdens de audit opgemerkt: **(TK)**
 - Bij nazicht van een aantal dossiers en toerkaften op verschillende afdelingen was het medicatievoorschrift niet gevalideerd/getekend door een arts, hoewel de medicatie reeds gegeven was aan de patiënt.
 - De voorgeschreven medicatieopdracht in het toerkaft moet worden overgeschreven door de verpleegkundige in het (elektronische) medicatieschema, dat niet steeds gevalideerd wordt door een arts.
 - Ondanks bestaande procedures werden losse tabletten opgemerkt in afdelingsvoorraden. Deze tabletten zijn niet meer met zekerheid identificeerbaar.
 - Op de meeste afdelingen wordt medicatie voor 24u klaargezet door de nachtverpleegkundige. De verpleegkundige die de medicatie toedient, doet steeds een bijkomende check van de klaargezette medicatie.
 - Op sommige afdelingen is er onvoldoende aandacht voor lookalikes en soundalikes (bv. KCl en NaCl). Ze kunnen in elkaars buurt in de afdelingsvoorraad gevonden worden en er is niet steeds een specifieke beveiliging of waarschuwing (bv. fluosticker) op het risicoproduct aangebracht. (Op sommige afdelingen was KCl wel voorzien van een gele sticker. **(SP)**)
 - Volle zuurstofflessen werden losstaand op verschillende plaatsen opgemerkt. **(NC)** Zuurstofflessen moeten zo bevestigd zijn dat ze niet kunnen omvallen.
 - Op een geopend flesje Dormicum® siroop stond geen openingsdatum vermeld. De houdbaarheid was wel vermeld.
 - Op de kinderafdeling is er geen systematiek in frequentie op het nazicht op de medicatievoorraad.
 - Niet op alle afdelingen beschikt men over een checklist om af te tekenen na controle van de voorraad narcotische medicatie
 - De reden voor het niet toedienen van medicatie is niet steeds te achterhalen in de patiëntgegevens.
 - Een geneesmiddel (bv. Amlor 5) dat fout werd ingegeven in Infohos, zoals door foutieve selectie van een naburige lijn (bv. Amlor 10), wordt niet steeds snel ontdekt.
 - Voor een oncologische patiënt worden cytostatica en randmedicatie op het papieren chemovoorschrift genoteerd, terwijl zijn klassieke medicatie in Infohos staat geschreven. Op die manier is er geen globaal overzicht van alle medicatie.
 - Er wordt gebruik gemaakt van Tippex® in de papieren medicatieschema's in de enkele afdelingen die nog niet zijn overgeschakeld op het digitaal verpleegdossier.
- De bereiding van de chemotherapie gebeurt steeds in de apotheek in het daarvoor uitgeruste lokaal met LAF-kasten door opgeleide verpleegkundigen-chemobereiders, met hulp en onder directe supervisie van een ziekenhuisapotheker die dat als dagtaak toegewezen krijgt. Men gebruikt een eigen archief met fiches per patiënt, die de individuele historie op vlak van chemotherapie overzichtelijk samenvatten. Er zijn daarnaast nauwgezette administratieve controles en berekeningen van product en dosis op basis van gewicht, lengte/richtdosis. Bij twijfel wordt steeds de oncoloog gebeld. **(SP)** Deze degelijke controle is wel erg arbeidsintensief. **(AV)**

Men werkt met drie verschillende papieren cytostaticavoorschriften: een in te vullen blanco sjabloon, en deels voorgedrukt sjabloon en een gewoon medicatievoorschrift voor blaasinstillaties. We bevelen aan om over te schakelen op een uniform (elektronisch) chemotherapievoorschrift met ingebouwde controles. **(Aanb)**

Alle chemotherapie wordt toegediend op de oncologische afdeling (inwendige 1) en het dagziekenhuis waar het personeel hiervoor gevormd is. **(SP)** Op heelkunde 1 worden soms ook blaasspoelingen gegeven.

Men beschikt over drie extravasatiekits in het ziekenhuis. Er is een rescuekit met Savene® die ook door het ziekenhuis van Malle kan gebruikt worden in geval van nood. **(AV)**

- Men hanteert één soort voorschrift voor de narcotica. **(AV)**
Er worden regelmatig verdovende middelen afgeleverd op naschrift. Dit gebeurt als de apotheek dicht is op de afdelingen of bij de opstart van een pijnschema en daarnaast ook op de diensten OK/recovery, INZO, spoed, materniteit. Voor de toediening maakt men dan gebruik van de afdelingsvoorraad, die nadien aangevuld wordt op basis van een “voorschrift”. **(TK)**
Bij de afdelingsvoorraad horen kaarten per verdovingsmiddel waarop het verbruik genoteerd wordt. De narcotica liggen in afgesloten kasten waarvan één sleutel bij de verantwoordelijke verpleegkundige is en een tweede sleutel bij de apotheek. De apotheek voert regelmatig controles uit op de afdelingsstocks. Alle gecontroleerde afdelingsvoorraden tijdens de audit waren in orde. Er werden de laatste vijf jaar geen gevallen van narcoticamisbruik vastgesteld. **(AV)**
- Een apotheker heeft het opvolgen van de sterilisatieactiviteiten in het ziekenhuis als taak. Er is op dat vlak gestructureerd overleg met de CSA en met OK. We bevelen aan om met de verantwoordelijken van de polikliniek eveneens een structurele samenwerking te organiseren om ook daar zicht te krijgen op desinfectie- en sterilisatieactiviteiten (bv. endoscopen). **(Aanb)**

Resultaten

- Er gebeurt een analyse van het geneesmiddelengebruik per dienst en per geneesmiddelenklasse. **(AV)** Er is geen analyse van het geneesmiddelenverbruik per arts opgemaakt. **(NC)** Nochtans is dit mogelijk aangezien de nodige gegevens beschikbaar zijn binnen Infohos. Individuele voorschrijvers kunnen wel aangesproken worden vanuit het formulariumcomité. **(AV)**
- Incidenten binnen de apotheek worden geregistreerd en geanalyseerd in een eigen (door ICT ontwikkeld) elektronisch systeem, met verschillende verbeteracties als gevolg (bv. gebruik Perfusalgan®, organiseren van specifieke vorming, verscherpte supervisie van klaarzetten door apothekers, ...). **(SP)** Om versnippering van informatie te vermijden, raden we aan om incidenten binnen de apotheek via het ziekenhuisbrede incidentenmeldingsysteem te registreren waar ook de rest van de incidenten i.v.m. medicatiedistributie en –toediening kunnen gemeld worden. **(Aanb)**
- Ongeveer 25% van de voorschriften komt toe in de apotheek zonder validatie door een arts. **(NC)**
- De apotheek wordt geconfronteerd met belangrijke retours van ongebruikte medicatie zonder identificatie. Meestal gaat het om verknipte blisters. We bevelen aan om te bekijken hoe ook deze medicatie gelabeld als unitdose kan geleverd worden aan de afdelingen. **(Aanb)**

7.5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen

Situering

- Er is één sterilisatieafdeling die rechtstreeks verbonden is met het operatiekwartier door middel van 2 liften (proper circuit en vuil circuit). Daarnaast zijn er nog activiteiten op volgende diensten:
 - Reinigen materiaal: OK, polikliniek en de melkkeuken
 - Desinfecteren materiaal: OK en polikliniek
 - (Snel)steriliseren materiaal: OK
- De CSA is van maandag 6u30 tot vrijdagavond 22u doorlopend open. In het weekend is er een wachtdienst oproepbaar door OK of spoedgevallen.
- De hoofdverpleegkundige van de CSA is eveneens adjunct-verantwoordelijke binnen de groep van het operatiekwartier. Deze verpleegkundige is recent (1/1/2011) in deze functie aangesteld en was voordien werkzaam binnen het operatiekwartier.
- Het interview werd gevoerd met de hoofdverpleegkundige en de apotheker die verantwoordelijk is voor de CSA.

Beleid en strategie

- De werking en organisatie van de CSA zijn duidelijk vastgelegd. **(SP)** De CSA beschikt over een eigen kwaliteitshandboek. Hierin worden de verschillende procedures en instructies beschreven. Hierin beschrijft men eveneens de organisatiestructuur, de inscholing en de hygiënische toegangsvoorwaarden. Daarnaast heeft men ook een aantal mappen waarin beschreven staat hoe de verschillende sets moeten worden samengesteld, deze zijn voorzien van foto's.
- De CSA heeft geen inspraak aangaande de OK-planning. Chipsoft heeft een module die deze koppeling mogelijk maakt.
- Dit leidt er o.a. toe dat meerdere keren per week de OK-planning dient aangepast te worden. **(TK)** Het is de OK-planner die de wijzigingen moet doorvoeren als men ziet dat de instrumenten niet op tijd klaar raken voor volgende ingrepen. Er is een proces tot standaardisatie opgestart.
- CSA beschikt niet over een dienstspecifiek jaarverslag dat een weergave is van de voorbije werking. Men is wel gestart met de opmaak van een beleidsplan. **(AV)** Indien men werkt met een beleidsplan kan men duidelijke doelstellingen hierin opnemen, die kunnen gelinkt zijn aan de bevindingen uit het jaarverslag. Het is belangrijk om op regelmatige basis formele evaluatiemomenten te voorzien om zo de realisaties in functie van de vooropgestelde doelstellingen te kunnen opvolgen. **(Aanb)**
- Op regelmatige basis is er formeel overleg met de verschillende diensten: **(SP)**
 - Om de 2 maanden is er een gestructureerd overleg met verslaggeving, waarbij de hoofdverpleegkundige CSA, de verantwoordelijk apotheker CSA, de leidinggevenden OK en het team ziekenhuishygiëne aanwezig is.
 - Elke week is er formeel overleg tussen de hoofdverpleegkundige CSA en de verantwoordelijk apotheker CSA, met verslaggeving. In het kader van de

indiensttreding van een nieuwe leidinggevende en van de verbouwplannen, is het nuttig en nodig om kort op de bal te spelen.

- 4 maal per jaar is er gestructureerd overleg met het comité ziekenhuishygiëne. Ook hiervan wordt er een verslag opgesteld.
- Daarnaast is er nog een ad hoc overleg omtrent de aankoop van instrumenten en/of (her)samenstelling van sets. Hierbij is er overleg tussen OK, CSA en Comité Medische Materialen.

Middelen

- De CSA bestaat uit verschillende lokalen die men kan reduceren tot 3 afgescheiden ruimtes: **(AV)**
 - De desinfectieruimte (vuile ruimte)
 - De inpak- en sterilisatieruimte (reine ruimte)
 - De steriele ruimte met opslagruimte (steriele ruimte)

Voor elk van de verschillende ruimtes zijn er duidelijke toegangsvoorwaarden opgesteld.

- De aanwezigheid van ventilatoren in de CSA suggereert dat er geen afdoend systeem is qua temperatuurbewaking en -regeling. **(TK)** Dit is nodig in het kader van comfort en om hygiënische redenen.
- Er zijn plannen om de CSA uit te breiden en te verbouwen. Bedoeling is om te anticiperen om het nog steeds stijgend aantal verrichtingen en het vervangen van bepaalde toestellen (bv. wasstraat). Er worden vanuit het beleid geen beperkende maatregelen opgelegd bij deze verbouwing; men stimuleert het idee om in één keer voldoende uit te breiden en met degelijk materiaal. Om tegemoet te komen aan de toenemende druk op CSA, door een tekort aan materiaal en de stijgende activiteit binnen het OK, wordt er een algemeen plan opgesteld voor upgrading CSA en aankoop instrumenten. **(AV)**

Medewerkers

- De equipe voor de CSA bestaat op het moment van de audit uit 15,85 VTE medewerkers. Hiervan zijn er 2,25 VTE gegradueerde verpleegkundigen (inclusief de hoofdverpleegkundige). Van de totale personeelsgroep zijn er 7 personeelsleden die de basis opleiding sterilisatietechnieken gevolgd hebben. Met deze equipe heeft men het gevoel dat men voorlopig nog voldoende personeel heeft. Dit dient men kritisch te blijven opvolgen aangezien de activiteit op het OK nog steeds in stijgende lijn zit. Het kritisch opvolgen dient men te doen met concrete parameters zodat men op momenten van besprekingen objectief cijfermateriaal ter beschikking heeft. **(Aanb)**
- Voor de totale personeelsequipe heeft men 468 overuren en 1519 uren arbeidsduurvermindering. **(AV)**
- De recent gestarte hoofdverpleegkundige van CSA, heeft op dit moment nog geen grote aantoonbare expertise in sterilisatieactiviteiten. Er is evenwel afgesproken dat de hoofdverpleegkundige zowel een kaderopleiding als de basisopleiding CSA gaat volgen. **(Aanb)**
Het aantal medewerkers dat een basisopleiding CSA heeft gevolgd (<50%) is eerder aan de lage kant. We raden aan om alle medewerkers te stimuleren een formele opleiding te volgen. **(Aanb)**

- Binnen het kwaliteitshandboek CSA is een dienstspecifiek inscholingsplan uitgewerkt voor nieuwe medewerkers. **(SP)**

Processen

- Bijna al het materiaal ondergaat een manuele reiniging. Een manuele reiniging moet als inferieur beschouwd worden ten opzichte van een geautomatiseerde gevalideerde reinigingsmethodiek. Er dient wel opgemerkt te worden dat op de plaatsten van manuele reiniging voldoende beschermingsmateriaal (spatbril, masker, plasticen schort) aanwezig was. **(AV)** We bevelen aan de manuele reiniging van instrumenten te verlaten ten gunste van aangepaste machinale reiniging. **(Aanb)**
- Men maakt in het operatiekwartier gebruik van een operatierobot maar men beschikt niet over een aangepaste wasmachine om de robotapparatuur op adequate wijze te reinigen. De richtlijnen van de fabrikant worden gevolgd. **(AV)** Het gaat om apparatuur met meerdere lumina, die moeilijk te bereiken en te steriliseren zijn, en waarvoor een manuele reiniging niet volstaat.
- Op het operatiekwartier, OK-zaal 9bis, wordt materiaal gedesinfecteerd door middel van glutaraaldehyde. Er kan geen garantie geboden worden dat het materiaal hierdoor op voldoende wijze gedesinfecteerd wordt. Deze werkwijze houdt meerdere risico's in ten aanzien van patiënten en personeel: **(TK)**
 - Er is geen zicht op de reiniging van de apparatuur
 - Er is geen sluitende controle op de onderdompelingstijden
 - Er is geen toezicht op het proces door de apotheker
 - Het is niet duidelijk of er van deze materialen tracering mogelijk is tot op het niveau van de patiënt
 - De bak met glutaraaldehyde staat in de zaal waar de patiënten ook liggen
 - Ondanks het feit dat men voorzien heeft in een doeltreffende afzuiging en een inox plateau, blijkt dat de bak helemaal niet stabiel staat
- Het operatiekwartier beschikt over 3 snelsterilisatoren. **(AV)** Het idee om van 3 naar 1 snelsterilisator te gaan is aan te bevelen. Idealiter zou zijn om ook deze ene snelsterilisator onder te brengen in de CSA. **(Aanb)** Op deze manier kan men een duidelijker zicht krijgen wanneer en waarom deze gebruikt wordt. Dit omdat snelsterilisatie enkel zou mogen gebruikt worden in beperkte en welbepaalde omstandigheden (valinstrumentarium) en dient te verlopen onder de supervisie van de CSA.
- Op regelmatige basis (1x/week) legt de hoofdverpleegkundige bewust een besmette set in het systeem om de passagecontrole kritisch te bekijken. **(SP)**
- Sinds het vorige auditbezoek heeft men een bijna sluitend traceersysteem geïmplementeerd. Meer dan 98% van de gesteriliseerde instrumenten (eigen sets en leensets) is traceerbaar tot op niveau van patiënt en instrument. **(SP)** Enkel losse instrumenten zitten niet in het systeem. **(Aanb)**
- Een deel van het chirurgisch materiaal zit in metalen containers. Het is onduidelijk hoe het onderhoud geregeld is van deze containers. Een ander deel wordt verpakt in instrumentennetten met papier. Dit geeft praktische problemen in de steriele ruimte van het operatiekwartier. Containers kunnen op vaste planken gestockeerd worden. De andere sets worden bewaard in onaangepaste rekken. Dit houdt risico's in op het beschadigen van het verpakkingsmateriaal (op elkaar stapelen) en sets kunnen mogelijks onvoldoende uitdampen hetgeen een risico vormt op contaminatie. **(TK)** Indien men op zoek gaat naar een nieuw opslagsysteem dient men eveneens rekening te houden met de ergonomie waarbij er moet voorkomen worden dat er boven

schouderhoogte of beneden knieniveau getild moet worden en dat er tillend meer dan 90° gedraaid moet worden. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2010 werden er 35682 sets gesteriliseerd binnen de CSA. **(AV)**
- Er is een permanente controle van het sterilisatieproces door fysische en chemische indicatoren. Periodiek gebeuren er kwaliteitscontroles. **(AV)** De validatie van de toestellen (controle op de effectiviteit van het toestel) om de 2 jaar lijkt eerder een lange termijn. Een meer frequente controle zou betere garanties bieden op de continue aflevering van steriele producten. **(Aanb)**
- De leensets orthopedie worden via uitbesteding gesteriliseerd. Voor deze sterilisatie beschikt men over informatie omtrent het sterilisatieproces, kwaliteitsgaranties en over de controles op contaminatierisico. **(AV)**
- Advies om te registreren hoe dikwijls een set vanuit het operatiekwartier wordt aangeboden met een rode bol (wil zeggen dat men deze sets zo snel als mogelijk terug nodig heeft). Het zijn onder andere dit soort objectieve cijfers die een realistische kijk geven op de werkdruk. **(Aanb)**

7.6 Infectieziektenbeheersing

Beleid en strategie

- Het team ziekenhuishygiëne (TZHH) bestaat uit 1 arts ziekenhuishygiëne (0,5 VTE) en 1 verpleegkundige ziekenhuishygiënist (1 VTE). Het TZHH beschikt over een duidelijke taakomschrijving en ieder lid van het team heeft ook een specifieke functieomschrijving. De teamleden worden effectief vrijgesteld om deze taken uit te voeren, zonder dat er additionele taken uitgevoerd worden, die interfereren met de werking van het TZHH. Er is een gestructureerd overleg meermaals per week en de besproken punten worden in een kort verslag weergegeven. Zowel de verpleegkundige ziekenhuishygiënist als de arts ziekenhuishygiëne heeft een opleiding ziekenhuishygiëne gevolgd. **(AV)**
- In 2010 nam het TZHH deel aan een aantal permanente werkgroepen ziekenhuishygiëne: de stuurgroep strategische doelstellingen, het overleg TZHH, het overleg met de hoofdgeneesheer en de directeur verpleegkundig departement en de antibiotherapiebeleidsgroep (ABTBG). **(AV)**
- Naast de permanente werkgroepen nam het TZHH in 2010 deel aan een aantal tijdelijke werkgroepen: de werkgroep preventie katheter gerelateerde sepsis, de isolatiemaatregelen pediatrie en het comité influenza. **(AV)**
- De antibiotherapiebeleidsgroep (ABTBG) bestaat uit een multidisciplinair team. De artsen zijn zo gekozen dat ze verschillende disciplines vertegenwoordigen. Ook de microbioloog en de arts ziekenhuishygiëne maken deel uit van het ABTBG. In 2010 kwam de ABTBG 8 keer samen. **(AV)**
- Een vertegenwoordiger van het TZHH nam deel aan 2 van de 3 vergaderingen van het regionaal platform ziekenhuishygiëne Antwerpen. **(AV)**
- Het comité ziekenhuishygiëne (CZH) kwam 4 keer samen in 2010. De participatiegraad van deelname aan het CZH varieert per samenkomst tussen 58% en 81%. **(AV)**

- Andere voorbeelden van samenwerkingsverbanden op het gebied van ziekenhuishygiëne zijn er met het TZHH van De Mick. Deze samenwerking richt zich vooral op kennisdeling en op het afstemmen van richtlijnen. **(AV)**
- Iedere verpleegafdeling van het AZ Klina beschikt over minstens één aanspreekpersoon ziekenhuishygiëne. Een aanspreekpersoon ziekenhuishygiëne is een gemotiveerde contactpersoon op de werkvloer, die correcte informatie doorgeeft aan collega's, een correcte evaluatie van de noden realiseert met rapportage aan het team ziekenhuishygiëne, de collega's motiveert en een compliantie meting doet in het kader van de nationale campagne handhygiëne. De aanspreekpersoon ziekenhuishygiëne wordt hierin gesteund door de hoofdverpleegkundige en het TZHH. In totaal beschikt het ziekenhuis over 19 aanspreekpersonen ziekenhuishygiëne, daarvan hebben twee aanspreekpersonen een vijfdaagse opleiding voor referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne gevolgd en vijf aanspreekpersonen volgen momenteel een opleiding voor referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne. **(SP)** Het aansturen van een aanspreekpersoon ziekenhuishygiëne gebeurt vooral op vlak van individueel overleg, waarvan telkens een kort verslag wordt gemaakt en door middel van een meldpunt ziekenhuishygiëne waar men terecht kan met vragen. **(AV)** Het is een opportuniteit om het netwerk van aanspreekpersonen en het TZHH verder te versterken door: het organiseren van een gemeenschappelijk overleg, referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne te kunnen inschakelen om ziekenhuisbreed een aantal specifieke aspecten over ziekenhuishygiëne te behartigen. **(Aanb)**
- Het CZH besprak en keurde in 2010 volgende verslagen goed: het algemeen strategisch plan 2009-2013, het jaarlijks beleidsplan 2011 en het jaarlijks activiteitenverslag 2010 met integratie van het jaarlijks werkingsverslag van het TZHH. **(AV)**
- De beslissingen op het gebied van ziekenhuishygiëne zijn opgenomen in een register. De vorm van het register laat toe om op trefwoord te zoeken en er wordt gerefereerd naar de betreffende verslagen waar de beslissingen kunnen geraadpleegd worden (conform aan het KB van 26 april 2007 en het KB van 19 juni 2007 art. 13°, 1 en de omzendbrief van 19/7/2007 van de FOD Volksgezondheid aan de ziekenhuizen). **(AV)**
- De voorbije jaren nam het AZ Klina deel aan de nationale campagnes handhygiëne, ook aan de huidige campagne die loopt van 2010 tot 2011, neemt het ziekenhuis deel. **(SP)**
- De volgende ziekenhuisinfecties worden geregistreerd aan de hand van indicatoren die toelaten om de incidentie van het AZ Klina op te volgen en bij te sturen: MRSA, *Clostridium difficile*, septicemieën over gans het ziekenhuis en multiresistente enterobacteriaceae. **(AV)**
- De resultaten en trends van deze registraties worden besproken op het CZH. **(AV)** Uit de resultaten volgen verbeteracties die door het TZHH worden opgevolgd. **(SP)**

Middelen

- Het opvolgen van bouw- en verbouwingswerken leverde in het verleden problemen op. In 2010, stelde het TZHH in samenspraak met alle actoren, een nieuwe procedure bij bouwen en verbouwen op. Deze procedure moet het mogelijk maken om op een meer gestructureerde wijze bouw- en verbouwingswerken op te volgen. **(AV)**
- Het TZHH heeft de bevoegdheid om bouw- en verbouwingswerken onmiddellijk stil te leggen bij een negatief advies of een slechte opvolging van een project. **(SP)**

- Iedere dag gaat het TZHH na, dat patiënten waarbij isolatiemaatregelen moeten genomen worden of die ook zijn genomen. Daarnaast gaat het TZHH dit effectief na op de werkvloer. **(SP)**
- Om de scheiding proper-vuil consequent nog beter te kunnen uitvoeren, dringt een herinrichting van de utilitylokalen zich ziekenhuisbreed op. Het is aan te raden dat het TZHH samen met het personeel van de verpleegafdeling zoekt naar een betere herinrichting van de utility om de scheiding vuil-proper te respecteren. **(Aanb)**
- Het elektronisch verpleegkundig dossier (EVD) is op enkele verpleegafdelingen na ziekenhuisbreed in gebruik. Per verpleegafdeling is het EVD aangepast in functie van de artsen en de specifieke zorgplannen die er in gebruik zijn. Er is een schema voorzien voor het opvolgen van isolatiemaatregelen in het algemeen en per specifieke isolatiemaatregel. Vanuit het EVD kunnen documenten op vraag automatisch geregenereerd worden (bv. ontslagbrief, e.a.). **(SP)** De data die voortkomen uit het gebruik van het EVD ziekenhuisbreed kan gebruikt worden om het correct instellen en opvolgen van de isolatiemaatregelen na te gaan. **(Aanb)**
- Om het tekort aan opslagruimte voor perfusiestaanders, bedden en ander materiaal op te vangen is er een uitleendienst voor materiaal die zorgt voor het ophalen en aanleveren van materiaal op de verpleegafdelingen van het AZ Klina. **(SP)**
- Er zijn nieuwe richtlijnen uitgewerkt in 2010 door het TZZH voor: **(AV)**
 - bouwen- en verbouwen;
 - staalafname urine voor bacteriologisch onderzoek (algemeen);
 - staalafname urine via een verblijfskatheter
 - hygiënische zorgen als voorbereiding op een operatie (of invasief onderzoek).
- Het TZZH heeft de volgende bestaande richtlijnen in 2010 herzien: **(AV)**
 - isolatiemaatregelen/kaarten pediatrie;
 - centrale veneuze katheter (CVK);
 - standaardvoorzorgsmaatregelen;
 - handhygiëne en het gebruik van handschoenen;
 - indicaties voor isolatie (algemeen);
 - infecties op neonatologie (algemene principes);
 - isolatiekaart over longtuberculose;
 - contactisolatie;
 - temperatuurcontrole koelkast afdelingskeuken: aanpassing formulier;
 - bloedtransfusie bij volwassenen.
- Alle procedures over ziekenhuishygiëne zijn terug te vinden op intranet. Er is bewust gekozen om geen papieren versie van deze procedures ter beschikking te stellen. Zorgverleners die toch nood hebben aan een gedrukte versie, hebben de mogelijkheid om procedures met eventueel de bijhorende documenten af te drukken. **(SP)**
- De procedure voor meldingsplichtige infectieziekten werd aan de nieuwe regelgeving aangepast en geïmplementeerd in het labo en bij de artsen. **(AV)**
- Het AZ Klina voorziet in een overstap van C2M naar nieuwe software voor het elektronisch medisch dossier. Deze nieuwe software moet het mogelijk maken om de antecedenten rond infectieziekten (bv. MRSA) weer te geven en zal een efficiëntere organisatie en opvolging van MRSA-screening mogelijk maken. **(SP)**
- Op iedere verpleegafdeling is er een isolatiekar aanwezig, waarop zich alle belangrijke basismateriaal bevindt om een isolatie in te stellen. Op één van de bezochte verpleegafdelingen was er wel een isolatiekar aanwezig maar deze kar was niet gemakkelijk toegankelijk omdat er allerlei materiaal voor stond en het isolatiemateriaal was niet samengesteld, daardoor moet bij elkaar gezocht worden bij het instellen van een isolatie. Het is aan te raden dat het TZHH in overleg met alle aanspreekpersonen

ziekenhuishygiëne nagaat dat iedere verpleegafdeling beschikt over een gemakkelijk toegankelijke en effectief samengesteld isolatiekar. **(Aanb)**

- De ABTBG heeft in samenwerking met het TZHH een antibioticaformulier voor het AZ Klina uitgewerkt. Hierbij werden alle behandelende artsen van het ziekenhuis betrokken. Het antibioticaformulier is raadpleegbaar via intranet en het drukken van het formulier is geregeld. **(AV)**

Het voorschrijven van reserve antibiotica wordt momenteel niet gemotiveerd door de voorschrijvende arts. De ABTBG verkent een intelligent, elektronisch voorschrijfsysteem, dat gebruikt wordt in het UZ Brussel. Het is de bedoeling om bij het invoeren van het nieuwe EMD, het ook te voorzien van een intelligent, elektronisch voorschrijfsysteem. Dit past in het patiëntveiligheidsbeleid en maakt het makkelijker om het verbruik van en het voorschrijfgedrag van o.a. antibiotica goed te kunnen opvolgen.

In 2010 kreeg het artsenkorps feedback over het verbruik van antibiotica en de resistentieprofielen in het AZ Klina. In 2011 onderneemt het AZ Klina actie om het antibioticaverbruik verder te verminderen. **(SP)**

Processen

Handhygiëne

- Er zijn enkele medewerkers (o.a. schoonmaak) en artsen gezien met ringen en/of polshorloges aan. **(TK)** Verwijzend naar de eigen periodieke registraties van het ziekenhuis kan men vast stellen dat het gaat om een zeer beperkt aantal personen. Het is aan te bevelen om personeelsleden die zich niet houden aan de richtlijnen verder te sensibiliseren en hierop aan te spreken.
- Op iedere verpleegafdeling is er ook handalcohol voorzien in de ruimtes waar de verpleegkundige briefing doorgaat en waar zorgverleners pauzeren. **(SP)**
- Er gebeurt twee maal per jaar (sommige diensten vier maal per jaar) vingertopcontroles bij verschillende beroepsgroepen. Elke gecontroleerd personeelslid wordt per brief over zijn of haar resultaat geïnformeerd. De ziekenhuishygiënist ontvangt enkel de anonieme resultaten. Deze vingertopcontroles worden uitgevoerd door de interbedrijfsgeneeskundige dienst. Het globaal resultaat voor AZ Klina is 80 % voor klasse 1 (0-10 KVE: zeer weinig besmet en klasse 2: 11-50 KVE: zeer besmet). **(SP)**
- Naast de compliantiemeting van de handhygiëne wordt ook de compliantie gemeten van het toepassen van ziekenhuisbrede richtlijnen over ziekenhuishygiëne. Daardoor kan men de uitvoering ervan toetsen aan de praktijk, misverstanden en onduidelijkheden identificeren en bijsturen. **(Aanb)**
- Het AZ Klina heeft deelgenomen aan alle nationale campagnes handhygiëne en ook aan deze 4^e nationale campagne handhygiëne (2010-2011), deze campagne omvat twee luiken: het sensibiliseren van gezondheidswerkers en patiënten en het evalueren van de impact van de campagne aan de hand van een compliantiemeting vóór en na de sensibilisatie. Tijdens de compliantie wordt het volgende gemeten:
 - handhygiëne compliantie bij gezondheidswerkers door directe observatie
 - het handalcoholverbruik
 - het naleven van de basisvereisten voor een goede handhygiëneIn het AZ Klina hebben alle diensten, in totaal 17, deelgenomen aan de voormeting. Op elke verpleegafdeling werden tussen de 100 à 150 observaties uitgevoerd. **(SP)** De voormeting houdt 2651 observaties in, met een gemiddelde compliantie van 75,7%. Daarnaast observeerde men ook het naleven van de basisvereisten. Vanaf de 1ste

nationale campagne handhygiëne is nultolerantie een streefdoel. Uit de observaties op alle afdelingen bij artsen en verpleegkundigen, bedraagt de ziekenhuisbrede compliantie meer dan 90 % voor wat de afwezigheid van hand- en polsjuwelen en nagelhygiëne betreft. **(SP)** Het TZZH heeft op iedere verpleegafdeling de resultaten van deze campagne voorgesteld en besproken tijdens het dienstoverleg. **(SP)** Het is een opportuniteit om na afloop van de nationale campagne handhygiëne, om de werkpunten met iedere verpleegafdeling te bespreken en op te volgen. Hiervoor kunnen de referentieverpleegkundigen of de contactpersonen ziekenhuishygiëne ingeschakeld worden. **(Aanb)**

- Op niveau van de verpleegafdelingen bevindt zich naast de liften één toiletruimte met telkens één toilet voor bezoekers en één toilet voor het personeel. Het personeelstoilet onderscheidt zich van het bezoekerstoilet door een bordje met vermelding 'personeel'. Voor het respecteren van een goede handhygiëne bevindt er zich één wastafel, vloeibare handzeep en een houder met papieren wegwerpdoekjes. **(AV)** Het is aan te raden voor het respecteren van een goede handhygiëne om ook een houder met handalcohol te voorzien voor het personeel. **(Aanb)**
- Er is op iedere verpleegafdeling is op een beperkt aantal plaatsen een geheugensteuntje over handhygiëne aanwezig (soms één of meer geheugensteuntjes). **(AV)** Het is aan te raden om op meer plaatsen van de verpleegafdeling geheugensteuntjes over handhygiëne aan te brengen (vuile utility, verpleegpost, keuken, badkamer, patiëntenkamer, ...). **(Aanb)**

MRSA

- Alle gezondheidswerkers die bevraagd werden, kenden alle aspecten van de MRSA-richtlijn. Ook de opvolging van het decontaminatieschema bij MRSA van de voorbereiding tot het ontslag naar een andere instelling of naar huis was gekend. Het elektronisch verpleegkundig dossier maakt het mogelijk om aan te geven dat een patiënt bv. MRSA heeft. Het laat toe om het decontaminatieschema en de isolatiemaatregelen op te volgen. **(SP)** Het TZZH overloopt iedere dag de nieuwe gevallen van besmettelijke infectieziekten en gaat na of de verpleegafdeling de nodige isolatiemaatregelen heeft genomen. Het TZZH gaat dit ook telkens ter plaatse na. **(SP)**
- Bij isolatiepatiënten wordt op de kamerdeur een infociche gehangen voor zowel medewerkers als bezoekers. Er zijn gestandaardiseerde documenten voorzien per soort isolatie die recent nog werden hernieuwd. **(AV)**
- Op de bezochte verpleegafdelingen waren de aangesproken verpleegkundigen goed op de hoogte van de MRSA procedure. Daarnaast kunnen ze bij vragen terecht bij hun collega, aanspreekpunt voor ziekenhuishygiëne en bij het TZZH. **(SP)**
- Er is een brochure beschikbaar met informatie over MRSA voor patiënten en bezoekers. Deze brochure is gekend op alle bezochte verpleegafdelingen en wordt systematisch aangeboden. **(SP)**
- De opvolging van MRSA positieve patiënten na ontslag is goed geregeld. Bij een patiënt die recent of pas na ontslag MRSA positief is, wordt de zorgverlener verwittigd die instaat voor de nazorg van de patiënt. Daarnaast wordt de aangebroken medicatie of een medicatiepakket meegegeven om het decontaminatieschema op te starten en te vervolledigen. **(SP)**

Resultaten

- Op regelmatige tijdstippen gebeuren er onverwachts vingertopcontroles op de diensten. Daarnaast zijn er visuele controles en procedurele opvolgingen op de verschillende

afdelingen. In de opleidingen van de artsen en van de nieuwe personeelsleden wordt extra aandacht besteed aan ziekenhuishygiëne en in het bijzonder aan handhygiëne. **(AV)**

- De vervanging van de flacons handalcohol wordt opgevolgd door de contactpersonen ziekenhuishygiëne. **(AV)**
- Aan de surveillance van nosocomiale infectieziekten worden door het TZHH verbeteracties gekoppeld. De resultaten van de metingen worden terug gekoppeld naar de werkvloer. **(SP)**
- De resultaten van de metingen over handhygiëne en ziekenhuishygiëne worden terug gekoppeld naar de werkvloer. De personeelsleden waren zeer goed op de hoogte over deze feedbackrapporten. De feedback wordt als nuttig ervaren op de werkvloer. **(SP)** Het volledige artsenkorps van het AZ Klina werd uitgenodigd om hen te informeren over de resultaten van de nationale campagne handhygiëne, veel artsen waren hierover positief en het werkte als een aanmoediging om het nog beter te doen. **(SP)** Het is een opportuniteit om na een campagne handhygiëne per verpleegafdeling de verbeteracties te communiceren en op te volgen in samenwerking met de contactpersonen ziekenhuishygiëne. **(Aanb)**
- Door het gebruik van een elektronisch verpleegkundig dossier is het belangrijk dat de mobiele laptops op een systematische manier worden ontsmet. Recent ontwikkelde het TZHH hierover een richtlijn. We raden wel aan dat het ontsmetten van een mobiele laptop, systematisch geregistreerd wordt of dat er een herinneringsboodschap op de mobiele laptop verschijnt om deze actie te ondernemen en dat deze herinneringsboodschap na het ontsmetten van de mobiele laptop afgesloten. **(Aanb)**
- Op de website van het AZ Klina is er informatie over handhygiëne terug te vinden en kan men een evaluatierapport in het kader van het kwaliteitsdecreet van augustus 2005 raadplegen. Het is een opportuniteit voor het KB om verschillende doelgroepen zoals: patiënten, bezoekers, zorgverleners en zorgverstrekkers te informeren over het zorginfectiepreventiebeleid op de website van het ziekenhuis (bv. het voorstellen van het TZHH, deelname aan acties of projecten zoals de nationale campagne handhygiëne vermelden, patiëntfolders over isolatiemaatregelen en zorginfecties ter beschikking stellen, e.a.). **(Aanb)**

7.7 Legionellabeheersing

Algemeen:

- Het ziekenhuis beschikt over een beheersplan van 9 januari 2004. Gaandeweg wordt het beheersplan bijgehouden. **(AV)**
- Het ziekenhuis plant enkele verbouwingen. **(AV)**
- Het ziekenhuis maakt enkel gebruik van leidingwater. **(AV)**
- Er zijn geen koeltorens aanwezig. Klimaatregelingsystemen met luchtvochtigheidsbehandeling zijn aanwezig, maar zijn van het stoominjectie-type. Er is één tandartsunit aanwezig. **(AV)**
- Er wordt gebruik gemaakt van een goedgekeurde alternatieve beheersmaatregel nl. Ecodis. Deze werd geplaatst op het koude water na de buffertanks. **(AV)** Hierdoor wordt er voor een deel van de installatie afgeweken van de temperatuurseisen uit het legionellabesluit. **(AV)**

- Er is een gebouwbeheersysteem aanwezig dat de vertrek- en retourtemperaturen opvolgt. **(AV)**

Beheersplan, risicoanalyse en register

- Het ziekenhuis beschikt over een beheersplan uit 2004. Het beheersplan werd in 2008 aangevuld vanuit ziekenhuishygiënisch standpunt. **(AV)**
- De geïnterviewde personen tonen duidelijk aan dat ze weten wat de legionellaproblematiek inhoud. Deze praktijkkennis wordt deels gemist in het beheersplan en risicoanalyse. Volgende aspecten moeten in het beheersplan en/of risicoanalyse worden toegevoegd:
 - De coördinaten van het erkende labo ontbreken in de administratieve gegevens. **(TK)**
 - Sinds kort worden er jaarlijks 42 stalen genomen. De opsomming van deze staalnamepunten en reden van selectie moeten opgenomen worden in het beheersplan. **(TK)**
 - Om een goede risicoanalyse te maken moeten alle tappunten worden opgesomd. Dit is gebeurd. **(AV)** Bij elk tappunten moet worden aangegeven of het aerosolvormend is en de gebruiksfrequentie. Dit ontbreekt. **(TK)**
 - Er is een tandartsunit aanwezig, maar dit staat niet vermeld in het beheersplan. **(NC)**
 - Een aantal procedures moeten uitgeschreven worden: preventie van brandwonden **(NC)**, procedure bij overschrijden van drempelwaarden **(TK)**, procedure thermische shockdesinfectie **(TK)**, procedure spoelen tappunten **(TK)**, procedure onderhoud installatie. **(TK)**
 - Aan de hand van de risicopunten moeten preventiemaatregelen opgesomd worden. In het beheersplan staan een aantal algemene maatregelen, maar aan de hand van de lijst van risicopunten kunnen meer specifieke maatregelen opgesomd worden. **(TK)**
 - Er zijn geen koeltorens aanwezig in het ziekenhuis. Dit kan best vermeld worden in het beheersplan. **(TK)**
 - De technische beschrijving kan nog verder uitgebreid worden met een beschrijving van de deelcircuits in het ziekenhuis. **(TK)**
- Er wordt gebruik gemaakt van het Ecodis-toestel. Indien aan alle voorwaarden van het MB van 4 juli 2008 voldaan wordt, kan de temperatuur van het warme water verlaagd worden. Sinds eind 2010 werd de temperatuur van het retourwater verlaagd. **(AV)** Deze verandering in het systeem wordt nauwlettend opgevolgd en de nodige maatregelen worden genomen bij een stijging van het aantal legionellakiemen. **(SP)**
- Het register wordt nauwgezet aangevuld met alle maatregelen die werden genomen. Het is een overzichtelijke lijst. **(AV)**
- De boilers worden niet jaarlijks gespuid. **(TK)** Dit is noodzakelijk om de gevormde biofilm op de bodem van de boilers te verwijderen. Dit wordt best in een procedure beschreven.

8.1 Toegankelijkheid

- Men heeft aandacht voor de financiële toegankelijkheid van de aangeboden zorgverstrekking. **(SP)**
 - Voor activiteiten binnen het ziekenhuis, inclusief de consultaties, dienen artsen zich te houden aan de conventietarieven.
 - Ereloonsupplementen kunnen enkel gevraagd worden in eenpersoonskamers en niet op kritieke diensten. Deze supplementen zijn maximaal 100%.
 - Er kunnen in beperkte mate voorschotten gevraagd worden, maar dat is niet verplicht, zelfs niet bij niet-verzekerden.
 - Er is ondersteuning van de sociale dienst voorzien bij betalingsproblemen en er is de mogelijkheid om een afbetalingsplan te bekomen.
 - Voor rooming-in wordt 6,20 euro per dag gevraagd, ontbijt inbegrepen.

8.2 Patiëntgeoriënteerde zorg

- Men kiest binnen het ziekenhuis voor geïntegreerde verpleging. **(AV)**
Er wordt op de meeste afdelingen gewerkt met een systeem van doorgedreven patiënttoewijzing. **(SP)**
In de praktijk werkt men met sectorverpleging (minstens twee sectoren voor 32 patiënten). Aan het hoofd van één sector staat dan een verpleegkundige die wordt bijgestaan door andere verpleegkundigen en/of zorgkundigen. Een aantal verpleegafdelingen gaan over tot meerdere sectoren tijdens de ochtendshift afhankelijk van het aantal aanwezige verantwoordelijke verpleegkundigen (maximum 4 sectoren). **(AV)**
Op de geriatrieafdeling staan zorgkundigen aan het hoofd van een sector en zijn ze verantwoordelijk voor een aantal toegewezen patiënten. **(NC)** Voor de verpleegtechnische handelingen doen zij beroep op de verpleegkundigen. **(AV)**
- Op sommige afdelingen waarbij de zorg voor de patiëntendoelgroep een sterke multidisciplinaire aanpak vereist, is de zorg niet steeds optimaal georganiseerd. **(TK)**
 - Op sommige afdelingen gaan er geen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen door. Zo zijn er op INZO geen gestructureerde multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Er is wel ad hoc overleg tussen de intensivist en andere specialisten als de behoefte gevoeld wordt. Verpleegkundigen en paramedici zijn hier meestal niet bij betrokken. Met deze beroepsgroepen wordt, eveneens meestal informeel, apart gebriefd. Sommige patiënten worden niet multidisciplinair besproken. Er is niet steeds een schriftelijke neerslag van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen in het dossier. We bevelen aan om voor alle kritieke patiënten op gestructureerde wijze multidisciplinaire patiëntenbesprekingen te organiseren, met een gezamenlijke insteek van de diverse zorgverstrekkers, en de verslaggeving in het patiëntendossier consequent te verzorgen.
 - Op de afdeling cardiologie (inwendige 3) worden geregeld geriatrie patiënten opgenomen. Voor de medewerkers betekent dit een extra belasting op vlak van zorgzwaarte en ook omdat ze over onvoldoende expertise beschikken voor de behandeling van deze subpopulatie. De geriater doet de zaalronde bij deze patiënten zonder verpleegkundige. De communicatie tussen de geriater en de verpleegkundigen van de niet-geriatrie afdeling kan beter afgestemd worden ifv de zeer specifieke geriatrie problematiek

- De beschikbaarheid van de psychosociale begeleiding op de kinderafdeling is onvoldoende.
- Verantwoordelijke verpleegkundigen (in het kader van patiënttoewijzing) zijn niet steeds betrokken bij de multidisciplinaire besprekingen of bij de zaaltoer.
- Chemotherapie wordt alleen toegediend op de oncologische afdeling, met dagziekenhuis, door medewerkers met voldoende expertise. **(SP)** Kankerpatiënten van andere afdelingen (bv. inw 4 pneumologie) gaan voor chemotherapie naar de oncologieafdeling en komen nadien terug naar de oorspronkelijke verpleegafdeling.
- Niet alle geriatrische patiënten krijgen aangepaste zorg (multidisciplinaire aanpak, activatie en functionele revalidatie vanaf dag 1). **(NC)**
- Kinderen uit de regio kunnen behandeld worden met chemotherapeutica in het oncologische dagziekenhuis. Dit gebeurt door een samenwerking met het UZ Gent. Er is steeds een pediater van AZ Klina betrokken bij deze behandelingen. **(SP)**
- Er is aandacht voor het informeren van patiënten en familie. **(SP)** Er zijn tal van informatiebrochures uitgewerkt voor de meest relevante aandoeningen en ingrepen, allen in dezelfde lay-out. Hiervoor werd een projectmedewerker vrijgesteld. **(AV)**
- Men heeft weinig zicht op wachttijden voor raadplegingen voor de verschillende disciplines, omdat dit niet systematisch geregistreerd wordt. We bevelen aan om deze informatie te verzamelen om eventueel gepaste acties te kunnen ondernemen. **(Aanb)**
- In het AZ Klina is er aandacht voor de psychologische opvang van de patiënt. **(SP)** Er zijn 7,03 VTE psychologen in het AZ Klina naast het PST. Er is de brochure over psychologische begeleiding tijdens de ziekenhuisopname. Op de werkvloer weet men voor welke indicatie men welke psycholoog moet contacteren.

8.3 Continuïteit van zorg

- Ontslagvoorbereiding van geriatrische patiënten wordt van bij opname voorbereid. De ontslagbrief is multidisciplinair geïntegreerd opgebouwd (vast sjabloon in het EVD), wordt tijdens het verblijf al opgemaakt en bevat alle noodzakelijke informatie om de continuïteit te verzekeren. **(SP)**
De verpleegkundigen kunnen tav de op hun afdeling verblijvende patiënten via het elektronisch medisch dossier de gegevens van de andere disciplines raadplegen.
- Het verpleegdossier wordt niet (steeds) meegenomen tijdens de zorg. Men gebruikt overzichtsbladen (briefingbladen) en parameterbladen om de gegevens te noteren, wat een risico inhoudt op verlies van gegevens of overschrijffouten. **(TK)**
- Ontslagbrieven worden automatisch gegenereerd uit C2M (medische gegevens). Bij ontslag naar een revalidatiecentrum worden er verslagen van andere disciplines bijgevoegd (kinesithérapie, ergotherapie, logopedie ..). **(SP)**

8.4 Samenwerking

- Het AZ Klina heeft een groepering gevormd met het revalidatieziekenhuis De Mick te Brasschaat. **(AV)**

- AZ Klina zit, sinds 2011, in een samenwerkingsverband (“Met zorg verbonden”) met de GZA-ziekenhuizen en met het AZ St.-Jozef te Malle. **(AV)**
- Samenwerking met de huisartsen verloopt gestructureerd via een overlegplatform waarin alle huisartsenkringen uit de streek vertegenwoordigd zijn. Met ouderenvoorzieningen uit de buurt is er een overlegorgaan (GERONA) om het beleid af te stemmen. Afspraken met verwijzers zijn neergeschreven in samenwerkingsprotocollen. **(AV)**
- Op sommige afdelingen is er onvoldoende aandacht voor beleidsmatig overleg tussen artsen en verpleegkundigen. **(TK)** Niet op alle verpleegafdelingen is er een gestructureerd systematisch overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige over de organisatie van de zorg. Problemen worden er enkel ad hoc of informeel besproken.
- Binnen sommige disciplines bestaan onderling niet-patiëntgebonden verschillen in behandeling voor dezelfde pathologie (bv. cardiologie, operatiekwartier, ...). We bevelen aan om de aanpak van ziektebeelden zo veel mogelijk te standaardiseren, bv. onder vorm van klinische paden, waarbij enkel om patiëntgebonden redenen kan afgeweken worden van de afgesproken behandelingsprotocollen. **(Aanb)**
- Er is formeel overleg met psychiatrische en categorale ziekenhuizen uit de regio. **(AV)**

8.5 Cijfers

- Eind 2010 werden, in voorbereiding op de audit van Zorginspectie, door het agentschap Zorg en Gezondheid individuele klinische performantie-indicatoren van het AZ Klina overgemaakt aan het betrokken ziekenhuis voor de periode 2000-2006. Het ziekenhuis diende hierover een zelfevaluatie te doen met voorstel van eventuele remediëringsplannen voor de afwijkende waarden. Deze zelfevaluatie werd benut om afwijkende waarden met hun analyse en eventuele verbeteracties te bespreken. **(AV)**
 - Men benadrukt dat de gebruikte data al minstens vijf jaar oud zijn, wat de interpretatie bemoeilijkt en niet noodzakelijk een juist beeld schetst van de huidige werking. Zo werd inmiddels bv. het medische beleid voor een aantal ziektebeelden aangepast aan nieuwe therapierichtlijnen, artsen verlieten het ziekenhuis en anderen werden aangeworven.
 - Het gaat het voor de meeste indicatoren die afwijken van het Vlaamse gemiddelde om lage absolute aantallen, waardoor de (statistische) relevantie ervan vermindert en de interpretatie van de gegevens een heikele onderneming wordt. Zo gaat het bv. voor indicator 1.07 (pasgeborenen in het ziekenhuis zonder NIC of MIC dienst) om 6 overlijdens; voor indicator 1.09 (Heelkunde matig sterfterisico 45-64 jaar) gaat het om 0 à 2 overlijdens per jaar.
 - Voor de meeste afwijkende indicatoren onderneemt het ziekenhuis als actie dat meer recente gegevens opgezocht worden om de bekijken of de waargenomen afwijking aanhoudt. Men zal eventuele trends trachten te bevestigen of te ontkrachten door de betreffende indicatoren gedurende een langere periode op te volgen gedurende de volgende jaren.
 - Er gebeurde voor elke outlier een analyse van de individuele patiëntendossiers, voor zover mogelijk. Men heeft moeite om dossiers van voor 2005 terug te vinden om de betreffende casussen te kunnen analyseren.
 - Een verklaring voor de hogere scores voor medische sterfterisico (indicator 1.01 tot en met 1.05) ligt in de toename van opnames van patiënten met oncologische pathologie, in vele gevallen terug te brengen tot opnames op de palliatieve afdeling van op campus te Wuustwezel. Het PST en het OST zijn de laatste jaren actiever geworden; ze zorgen voor een intensievere begeleiding van

kankerpatiënten. Men bekijkt nu als mogelijke piste hoe de begeleiding het levenseinde in het thuismilieu kan bevorderen.

- Voor indicator 1.11 (Heelkunde extreem hoog sterfterisico 45-64 jaar) ging het in alle acht casussen van 2006 over terminale kankerpatiënten. Men gaat al deze dossiers opnieuw bekijken en bespreken binnen het medisch departement. Ook zal deze indicator voor de volgende jaren geanalyseerd worden.
- De afwijking voor indicator 1.12 (Medisch hoog sterfterisico 45-64 jaar) wordt sterk beïnvloedt door terminale oncologische aandoeningen met co-morbiditeit. Er werd geen verklaring gevonden voor de stijging. Men onderzoekt of er een probleem is van verkeerde codering voor deze indicator. De dossiers gaan herbekeken worden.
- Betreffende de afwezigheid van autopsies op pasgeborenen geboren in het ziekenhuis (indicator 1.14) stelt men dat op dit vlak een andere cultuur ontstond in het ziekenhuis na de aanwerving van twee nieuwe anatomopathologen die wel autopsies uitvoeren.
- Men gaat de vraagstelling voor indicator 1.15a (CVA 45-64) opnieuw nakijken.
- Betreffende de indicatoren 1.16a (AMI 45-64), 1.16b (AMI 65-79) en 4.04 (AMI laagste twee klassen van ziekte ernst 45-64) stelt het ziekenhuis dat de aanwezigheid van interventionele cardiologie een meerwaarde zou zijn voor het ziekenhuis. Voorlopig heeft men het medische beleid aangepast, o.a. door een snellere doorverwijzing van de MUG.
- De tubaclipping bij vrouwen van 25 tot 44 jaar (indicator 5.06) gebeurt sinds 2006 meer poliklinisch. Recentere data zouden dat moeten aantonen.

Situering

- Gehospitaliseerde kinderen worden opgenomen op de kinderafdeling van het AZ Klina (of N* voor neonati). Daghospitalisaties van kinderen gebeuren grotendeels op het gemengd dagziekenhuis. Bij overbezetting van het dagziekenhuis worden de kinderen opgenomen op de kinderafdeling.
- Er werd gesproken met het medisch diensthoofd pediatrie, de hoofdverpleegkundige en het verpleegkundig diensthoofd (tandemverantwoordelijke activiteitencentrum: Zorgprogramma kinderen) van de kinderafdeling en van neonatologie, met de adjunct hoofdverpleegkundige van neonatologie en met een pediatriesch verpleegkundige.
- Naast het bezoek aan de kinderafdeling en de neonatologie-eenheid, was zorg voor kinderen ook een aandachtspunt bij de audit van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst, IZ en de verpleegafdelingen.
- Er werden 4 dossiers ingekeken en 5 medicatiefiches.

Beleid en strategie

- Het ziekenhuis beschikt over een protocol kindvriendelijk ziekenhuis dat de organisatie van de opvang en zorg voor ambulante en gehospitaliseerde kinderen beschrijft. Dit werd opgesteld door de hoofdverpleegkundige, het medisch diensthoofd en het verpleegkundig diensthoofd. Doormiddel van een rondschrijven werden andere diensten (OK, dagziekenhuis, IZ, spoedgevallendienst) op de hoogte gebracht van de inhoud van het zorgprogramma voor kinderen. Met een aantal diensten (anesthesisten, NKO-artsen, spoedgevallendienst) is er enkele keren per jaar apart overleg. **(AV)** Aanbeveling om een stuurgroep op te richten om de opvolging van de inhoud van het zorgprogramma voor kinderen in AZ Klina te bektachtigen en op te volgen en gesystematiseerd gestructureerde overleg te plegen met de betrokken diensten. **(Aanb)**
- De zorgorganisatie voor kinderen voldoet niet aan alle wettelijke voorschriften die omschreven zijn voor het zorgprogramma voor kinderen **(NC)** of aan het handvest Kind en Ziekenhuis:
 - Het zorgtraject voor kinderen verloopt niet volledig gescheiden van het zorgtraject van volwassen patiënten. Zo werden er 65 kinderen gehospitaliseerd op volwassen afdelingen in 2010.
 - Ouders kunnen niet steeds bij hun bewuste kind blijven in het operatiekwartier. Dit is nochtans expliciet vermeld in het reglement inwendige orde van OK.
 - De infrastructuur op sommige diensten is onvoldoende afgestemd op de kinderen: **(Aanb)**
 - Op IZ zijn er geen kindvriendelijke decoraties of andere aanpassingen voor kinderen voorzien. Ouders mogen eigen materiaal meebrengen om een (persoonlijke) kindvriendelijke sfeer te creëren.
 - Op het daghospitaal zijn de kamers bedoeld voor kinderen niet kindvriendelijk ingericht.
- Er is een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met een erkende functie intensieve zorgen (ZNA, UZA en GZA). Er zijn transfercriteria uitgewerkt met andere ziekenhuizen **(AV)**, maar niet intern tussen het zorgprogramma voor kinderen en de eigen INZO. **(Aanb)**

- Rooming-in wordt op alle kamers van de kinderafdeling toegelaten. Voor een overnachting met ontbijt vraagt men 6,20 €, voor een overnachting inclusief volpension vraagt men 18,60 €. **(AV)** In de onthaalbrochure staan de prijzen niet vermeld **(Aanb)** maar wel informatie i.v.m. eventuele terugbetaling door het ziekenfonds. **(AV)**
- Men beschikt over een medisch jaarverslag 2010, een verpleegkundig jaarverslag 2010 pediatrie-neonatologie waar o.a. werkpunten en doelstellingen voor 2011 worden opgesomd en een medische en verpleegkundige SWOT-analyse. Een nieuw medisch beleidsplan zal weldra worden opgesteld, de doelstellingen zijn gekend bij het medisch diensthoofd maar werden nog niet op papier uitgewerkt. **(AV)** Aanbeveling om de jaarverslagen en beleidsplannen geïntegreerd multidisciplinair op te stellen. **(Aanb)**

Middelen

- De kinderdagafdeling van het AZ Klina bevindt zich op de 3^{de} verdieping van blok B. De kinderafdeling beschikt over 18 eenpersoonskamers waarvan er 9 omgevormd kunnen worden tot een tweepersoonskamer. Verder is er een speelzaal en een speelklas. **(AV)** Bloedafnames en andere onderzoeken worden uitgevoerd in een apart onderzoekslokaal waardoor pijnlijke ervaringen losgekoppeld worden van het verblijf in een ziekenhuiskamer. **(SP)**
- De infrastructuur van de kinderafdeling en N* kent een aantal verbetermogelijkheden: **(TK)**
 - De berging en vuile utility zijn niet afgesloten en de deuren staan open.
 - Een kar met onderhoudsproducten stond onbewaakt op de gang.
 - De speelruimte is niet voorzien van een lavabo. **(Aanb)**
 - In de gemeenschappelijke badkamer die gebruikt wordt door oudere kinderen of door inslapende ouders is geen oproepsysteem.
 - De spiegels in de badkamers zijn niet bruikbaar voor rolstoelpatiënten
 - Op de N* afdeling (12 posities) is de ruimte beperkt, zeker in piekmomenten wanneer er tot 12 kinderen worden opgenomen.
- De patiëntengegevens op de kinderafdeling worden verspreid bewaard door het gebruik van verschillende dossieronderdelen: **(TK)**
 - Verpleegkundigen noteren in het elektronisch verpleegkundig dossier (EVD)
 - De spelbegeleiding noteert observaties in het EVD.
 - De psychosociale begeleidster noteert in het EVD en heeft daarnaast nog een apart papieren dossier.
 - Men beschikt over een elektronisch medisch dossier (C2M). Verpleegkundigen hebben geen toegang tot dit dossier.
 - De medicatie wordt voorgeschreven door de artsen op de papieren verpleegfiche en overgeschreven door de verpleegkundigen op het papieren medicatieschema.
 - Er wordt geen schriftelijke neerslag van de multidisciplinaire patiëntenbespreking bewaard in het dossier.
- Op N* maakt men gebruik van het medisch elektronisch dossier en van een papieren verpleegkundig dossier. Hier wordt de medicatie voorgeschreven door de artsen op de papieren verpleegfiche en overgeschreven door de verpleegkundige in het medicatieschema. In de nagekeken dossiers (3) was geen enkel voorschrift getekend door een arts. **(NC)**

Medewerkers

- Men beschikt in het AZ Klina over 6 voltijds pediaters met verschillende subspecialisaties. De zes artsen hebben elk hun toegewezen patiënten. Op het moment van de audit is er één 1^{ste} jaars ASO ingeschakeld in de permanentie van de wachtdienst onder supervisie van een pediatr. Er zijn twee artsen-stagiairs. **(AV)**
- De medewerkers van de kinderafdeling en van de neonatologie vormen 1 equipe. Een aantal personeelsleden (7,4 VTE) van deze equipe staat altijd op N*, een ander deel werkt altijd op de kinderafdeling en een derde groep medewerkers kan worden tewerkgesteld op beide afdelingen. **(AV)**
- Voor de kinderafdeling en neonatologie is er één hoofdverpleegkundige (1 VTE) toegewezen, op neonatologie is er een adjunct hoofdverpleegkundige (1 VTE) toegewezen. **(AV)**
- De vaste equipe voor de kinderafdeling bestaat uit: **(AV)**
 - 0,7 VTE vroedvrouw
 - 0,7 VTE zorgmentor
 - 6,25 VTE pediatrische verpleegkundigen
 - 2,95 VTE verzorgend personeel
 - 0,5 VTE spelbegeleiding
 - 0,5 VTE psychosociale begeleiding
- De vaste equipe voor de neonatologie-afdeling bestaat uit 6,1 VTE pediatrich verpleegkundigen met ervaring in de neonatologie **(AV)** waarvan 2 VTE met een bijkomende specialisatie in de neonatologie en 1 VTE adjunct-hoofdverpleegkundige.
- De equipe die zowel op de kinderafdeling als op neonatologie kan tewerkgesteld worden, bestaat uit 9,2 VTE pediatriche verpleegkundigen waaronder 1 VTE hoofdverpleegkundige. **(AV)**
- Er is 0,3 VTE logistieke medewerking voorzien voor de kinderafdeling en N*. **(AV)**
- Er is een GSM-wacht uitgewerkt waardoor men bij drukte/afwezigheid iemand kan oproepen van de verpleegkundigen. **(AV)**
- Sinds 2009 werd er op de kinderafdeling een zorgmentor (0,7 VTE) aangesteld. **(SP)** Zij staat in om protocols te optimaliseren, ondersteunt de hoofdverpleegkundige bij haar administratieve taken, ondersteunt de inwerking van nieuwe medewerkers en hielp mee aan de voorbereiding bij de implementatie van het EVD.
- Er zijn 4 vrijwilligers actief op de kinderafdeling. Zij ondersteunen de spelbegeleiding en de psychosociale begeleiding. **(AV)**
- Men ervaart een relatief personeelstekort van spelbegeleiding en psychosociale ondersteuning om de continuïteit van de dienstverlening te waarborgen. **(AV)**
 - Bij afwezigheid worden de taken deels overgenomen door verpleegkundigen van de afdeling.
 - Men ervaart de begeleiding (a.d.h.v. gesprekken, fotoboek, brochure, rondleiding op de afdeling, telefonische informatie, ...) van de kinderen en de ouders bij de voorbereiding op een ingreep als zeer positief en men wil dit graag uitbreiden.

- Opmerkelijk is de aandacht die men besteedt aan de zorg voor kinderen op niet-pediatrie afdelingen. **(SP)**
 - Een aantal pediatrie verpleegkundigen is werkzaam op andere diensten waar kinderen terecht komen. Op INZO is dit 1,8 VTE, op het OK 0,8 VTE, op het daghospitaal 1,46 VTE, op spoed 1 VTE en op de polikliniek 0,85 VTE.
 - Tijdens de dienstvergaderingen van de kinderafdeling worden voor het bijscholingsgedeelte alle medewerkers in de zorg van het ziekenhuis uitgenodigd.
 - Men wil in de toekomst een functieomschrijving met competentieprofiel uitwerken voor de referentieverpleegkundigen pediatrie.

Processen

- De procedure en flow-chart i.v.m. kindermishandeling werd overgenomen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. **(AV)** Aanbeveling om deze aan te vullen met interne contactgegevens en hierover bijscholing voor artsen en medewerkers te organiseren. **(Aanb)**
- Het pijnprotocol voor kinderen (voor de kinderafdeling en het operatiekwartier) werd uitgewerkt door de expert-verpleegkundige pijn en een anesthesist. Samen met de drie referentieverpleegkundigen pijn van de kinderafdeling zal deze procedure verder worden uitgewerkt. **(AV)** Aanbeveling om ook het noteren van observaties in het EVD (frequentie) op te nemen in de procedure. **(Aanb)**
Op de dienst spoedgevallen is deze procedure nog niet geïmplementeerd. **(Aanb)**
- Uit de analyse van de resultaten bekomen via de evaluatieformulieren specifiek opgemaakt voor de kinderafdeling, haalt men tal van knelpunten die leiden tot verbeteracties. **(SP)**
- Er zijn tal van overlegmomenten waardoor de werking van de dienst gestructureerd verloopt. **(SP)**
Volgende verbeterpunten werden opgemerkt:
 - 3 keer per week is er een patiëntenbespreking waar bij alle pediaters, de hoofdverpleegkundige en de psychosociale begeleidster aanwezig zijn. Hier wordt een schriftelijk verslag van gemaakt, dat niet wordt bijgehouden. **(Aanb)**
 - Aanbeveling het overleg tussen de hoofdverpleegkundige en de adjunct-hoofdverpleegkundige N* gesystematiseerd te laten doorgaan. **(Aanb)**
 - Aanbeveling om gesystematiseerd (gestructureerd) overleg te voeren met betrokken diensten i.v.m. de voorschriften van het zorgprogramma voor kinderen. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2010 werden in het AZ Klina op de kinderafdeling 1014 kinderen gehospitaliseerd. De bezettingsgraad van de kinderafdeling was 83,5%. **(AV)**
- In 2010 waren er 2028 daghospitalisaties van kinderen; hiervan kwamen er 1652 op het algemeen dagziekenhuis terecht, 21 op het oncologisch dagziekenhuis en 330 op de kinderafdeling. Er waren geen onvoorziene overnachtingen. **(AV)**
- In 2010 waren er 7106 aanmeldingen op de spoedgevallendienst. 1031 kinderen hiervan werden opgenomen in het ziekenhuis. 900 kinderen kwamen op de spoedgevallendienst

voor een medisch (niet-traumatisch) probleem. Hiervan werden er 893 gezien door een pediater. **(AV)**

- In 2010 werden er op de afdeling INZO 50 kinderen opgenomen. 3 kinderen werden vanuit de intensieve dienst doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Daarnaast werden 41 kinderen direct doorverwezen naar een ander ziekenhuis. **(AV)**
- Er werden 65 kinderen gehospitaliseerd op volwassenafdelingen in 2010. **(NC)** Indien dit gebeurt, wordt rekening gehouden met de leeftijd van de kinderen.
- Het totaal aantal opnames op N* bedroeg 232 in 2010. **(AV)**
- Het perinatale sterftecijfer bedroeg 11 in 2009; het maternele sterftecijfer was 1 in 2009. **(AV)**
- In 2010 verbleef een ouder bij 80 à 90 % van de kinderen opgenomen op een kinderafdeling (op basis van realistische inschatting en steekproeven). **(AV)**

Situering

- Het ziekenhuis AZ Klina beschikt over 1 operatiekwartier. Binnen dit operatiekwartier heeft men 11 operatiezalen. Aan operatiezaal 9, bestaat er nog een extra ruimte 9Bis waar kleine urologische ingrepen en/of onderzoeken doorgaan. Daarnaast heeft men nog 1 zaal op de polikliniek, 1 eigen ruimte voor de pijnkliniek en heeft men recentelijk een verbouwing gerealiseerd op de intensieve zorgen zodat het operatiekwartier 1 operatiezaal extra heeft voor de lokale ingrepen. Dat maakt dat binnen het complex van het OK men momenteel 12 zalen ter beschikking heeft, namelijk 10 + 9Bis + lokale ingrepen.
- Binnen de recovery kan men beschikken over 16 posities. Van deze posities zijn er 4 auditief en visueel gescheiden voor de opvang van kinderen.
- Qua dagziekenhuizen heeft men een gemengd (chirurgisch & niet-chirurgisch) dagziekenhuis, een oncologisch dagziekenhuis (sinds 2005) en een afzonderlijk geriatisch dagziekenhuis (projectmatig sinds 2008).
- In het kader van de audit werd een bezoek gebracht aan het operatiekwartier (OK), de centrale sterilisatie (CSA), het gemengd dagziekenhuis en de verpleegafdeling heelkunde 3.
- Binnen het operatiekwartier werd het gesprek gevoerd met 2 adjunct-dienstverantwoordelijken OK. Op de CSA waren de gesprekspartners de adjunct-dienstverantwoordelijke CSA en de apotheker aangesteld voor de opvolging van de CSA. Op het gemengd dagziekenhuis zat de hoofdverpleegkundige aan de gesprekstafel.
- Kinderen in daghospitalisatie worden opgenomen in het gemengd dagziekenhuis, waarbij men architecturaal een zone preferentieel voorbehoudt voor kinderen.
- De afdeling Heelkunde 3 is de verblijfsafdeling waar volgende specialiteiten verblijven: orthopedie, neurochirurgie, MKA en NKO. Afdeling Heelkunde 4 is het spiegelbeeld op hetzelfde niveau.

Beleid en strategie

- Binnen het zorgstrategisch plan geeft het ziekenhuis aan dat men nog enkele ingrijpende verbouwingen wenst te realiseren. Hierbij wil men omwille van capaciteitstekort het operatiekwartier uitbreiden met 3 zalen, denkt men na over een afzonderlijk chirurgisch dagziekenhuis met eigen OK-zalen en over het centraliseren van lokale ingrepen buiten het OK. **(AV)**
- Binnen het programma Chipsoft kunnen decentraal de patiënten geboekt worden per discipline vanuit de medische secretariaten. Bij het inboeken dient er eveneens een 'aanvraag tot opname en/of ingreep / onderzoek / behandeling' afgedrukt te worden. Deze aanvragen worden doorgegeven aan de centrale opnameplanning en dit ten laatste 48 uur (2 werkdagen) voorafgaand aan de dag van de ingreep. Ten laatste om 10u de werkdag voorafgaand aan de operatiedag wordt het operatieprogramma als definitief beschouwd. **(AV)**

- Binnen het OK-planningssysteem is het voor de arts mogelijk om te kiezen uit een vooraf gedefinieerde ingrepenlijst, waarbij aan elk van deze ingrepen een klaarzetlijsten (materiaal, medicatie, prothesen) gekoppeld zijn. Ook het preoperatief circuit wordt opgenomen met de mogelijkheid om een volledige elektronische preoperatieve vragenlijst te genereren en de preoperatieve screening in te kijken. **(SP)**
- Patiënten die worden opgenomen via het dagziekenhuis kunnen de dag voor hun operatie telefonisch contact nemen en krijgen dan hun uur dat ze moeten binnenkomen (dit is 2 uur voor de operatie). **(SP)**
- Binnen het planningssysteem zijn de operatieblokken opgedeeld in 2 grote blokken per dag. De voormiddag van 8u tot 12u en het namiddagblok van 12u tot 16u. De operatieblokken zijn disciplinair toegewezen en hierdoor kan elke discipline plannen binnen de toegewezen blokken. **(AV)** Het blijft belangrijk dat plannen buiten deze bloktijden enkel kan met toestemming en via de OK-planner. Het werken met gemiddelde operatietijden, automatisch gegenereerd door het systeem en niet aanpasbaar door de 'boekerk', kan misbruik en overboeking voorkomen. **(Aanb)**
Er is een uitgewerkt reglement van inwendige orde, dat het huishoudelijk reglement omvat. **(AV)**
- Hoewel in het reglement van inwendige orde er een heel hoofdstuk geschreven is omtrent de hygiënische maatregelen werden er toch personeelsleden van het OK gezien in het beddenhuis die zich niet hielden aan de vooropgestelde regels. **(TK)**
- Er is een OKCOCOM (Operatiekwartier-Coördinatie-Commissie) en een OK-overlegplatform. Het overlegplatform (met afvaardiging van alle chirurgische disciplines) komt om de 3 maanden formeel samen. Het OKCOCOM is opgesteld als een dagelijks bestuur maar komt in de voorziene samenstelling enkel ad hoc samen. Er is bijna dagelijks informeel overleg tussen het geneesheer-diensthoofd operatiekwartier (tevens de hoofdgeneesheer) en de verpleegkundige dienstverantwoordelijke operatiekwartier. **(AV)** Van deze veelvuldige overlegmomenten is er geen verslaggeving. **(Aanb)**
- De recovery met 12 posities en 4 afzonderlijke posities voor kinderen heeft een centrale desk met daarrond de verschillende bedden. Via het Chipsoft-OK systeem kan men het hele pre- en peroperatief verloop bekijken. De ontslagcriteria zijn hierin dan ook beschreven. **(AV)**
Indien er een overbezetting is op recovery, worden de operatiezalen verwittigd en worden operaties uitgesteld. Dan dienen patiënten in de zaal te blijven tot er plaats is. Hierover is geen formele procedure uitgeschreven. **(TK)**
- Het gemengd daghospitaal beschikt over een uitgebreid huishoudelijk reglement. **(SP)**
- Voor patiënten opgenomen op het chirurgisch gedeelte van het daghospitaal bestaan er duidelijke afspraken welke artsen op welke momenten komen toeren om hun patiënten te ontslaan. Hiernaast is er eveneens een inbreng van de verantwoordelijk verpleegkundige. Er zijn duidelijke normen en afspraken waaronder een patiënt mag vertrekken. **(SP)**
Ook voor patiënten op het algemeen daghospitaal zijn er afspraken gemaakt.
Patiënten die ontslagen worden krijgen 2 brieven mee:
 - Ontslagbrief voor de huisarts (communicatie arts – arts)
 - Een instructiebrief voor de patiënt (communicatie verpleegkundige – patiënt). Deze brief is individueel verschillend per patiënt en in functie van de behandeling. Patiënt moet met deze gegevens weten wat hij moet doen bij pijn, misselijkheid, abnormaliteit, nazorg en controle.

Het daghospitaal beschikt over een groot aanbod (50-tal) aan duidelijke informatiebrochures voor de patiënten. **(SP)**

Middelen

- Het operatiekwartier is gelegen op de eerste verdieping, in de onmiddellijke nabijheid van de medische beeldvorming, spoedopname, verloskwartier en het gemengd daghospitaal. Het is een gesloten afdeling die functioneel gekoppeld is aan de recovery en aan de centrale sterilisatie afdeling. Via een sassyysteem is er rechtstreekse toegang naar de afdeling intensieve zorgen. **(AV)**
Dit architecturale concept legt een hypotheek op het correct uitvoeren van de hygiënische voorschriften, aangezien hier geen omkleedruimte voorzien is. **(Aanb)**
- Er is een gecontroleerde toegang (administratieve medewerker) waarbij er onmiddellijk een splitsing is voor ambulante en bedlegerige patiënten. Deze patiënten staan onder (onrechtstreeks) toezicht van de administratieve medewerker, waarbij niet alle bedlegerige patiënten een oproepsysteem ter hunner beschikking hebben. **(TK)** Dit is het geval in de “overlooppodiosities” die gebruikt moeten worden in uitzonderlijke gevallen.
- De operaties starten om 8u en er is een permanentie aan het onthaal vanaf 9u. Hierdoor dienen de verpleegkundigen en de adjunct-verantwoordelijken geregeld het operatiekwartier te verlaten om nieuwe patiënten op te vangen aan het onthaal. **(Aanb)**
- In principe kunnen alle ingrepen in gelijk welke zaal plaatsvinden aangezien deze multifunctioneel zijn ingericht. In de loop der jaren heeft het steeds vast toewijzen van een bepaalde discipline aan een welbepaalde zaal ervoor gezorgd dat bepaalde zalen meer specifiek materiaal bevatten.
Voor elke zaal is er een preanesthesieruimte en er is een scrubruimte voorzien voor elke 2 zalen.
Zaal 10 is als enige uitgerust met een laminaire flow en wordt dan ook vooral gebruikt voor orthopedische ingrepen waarbij implantaten worden geplaatst.
Zaal 9 werd ingericht voor endoscopische urologische ingrepen en ESWL (niersteenverbrijzelaar). Aan deze zaal werd een uitbouw voorzien, de zaal 9bis, waar kleine urologische ingrepen en/of onderzoeken doorgaan die niet onder algemene narcose gebeuren. **(AV)**
- Ondanks de aanwezigheid van een aantal bergruimtes en de goede intenties van het personeel om alles ordelijk weg te bergen is er een chronisch tekort aan opslagruimte. **(TK)** Dit maakt dat er in de gangen en op elke mogelijke ruimte materiaal opgestapeld wordt. Gesteriliseerde materialen worden opgestapeld in de rekken, op sommige plaatsen staan kartonnen dozen rechtstreeks gestapeld op de grond. De aanwezigheid van de botbank, die maar sporadisch gebruikt wordt voor extern aangeleverde stalen, genereert heel wat warmte en stof.
- Met het planningsprogramma zijn decentrale planning en centrale opvolging door de OK-planner mogelijk. Alle bij het OK betrokken diensten hebben inzage in de voor hen relevante gegevens m.b.t. het OK-programma. Door gebruik te maken van dit programma is het medisch dossier en het anesthesiedossier ten allen tijde beschikbaar. Radiologische beelden zijn elektronisch beschikbaar via PACS.
Niet-geplande en/of urgente ingrepen worden bij voorkeur in het operatieblok van de desbetreffende discipline gepland. Een levensbedreigende urgentie wordt in de eerste vrijkomende zaal gepland. **(AV)**
- Het gemengd daghospitaal (chirurgisch & medisch) heeft 39 bedden en 6 zetels opgesteld. Het merendeel van de kamers zijn eenpersoonskamers, daarnaast heeft men nog 2 driepersoonskamers en 5 tweepersoonskamers. Elke patiënt beschikt over een eigen kluisje voor het opbergen van waardevolle voorwerpen. Alle kamers zijn voorzien van hoog-laagbedden. **(AV)**
- Architecturaal heeft men een aantal kamers die men preferentieel gebruikt voor pediatrische patiënten. Deze kamers zijn niet kindvriendelijk aangekleed. **(Aanb)** In de

nabijheid is er een kinderspeelkamer die kindvriendelijk is ingericht (speelgoed, TV, ...) en die tevens dienst doet als wachtzaal voordat men op zijn kamer wordt geïnstalleerd. **(AV)** Vanuit het daghospitaal is er een doorgang richting prematurenafdeling. Hier is geen aanduiding voorzien. **(Aanb)**

Medewerkers

- Voor het operatiekwartier bestaat de equipe uit: **(AV)**
 - 1 VTE dienstverantwoordelijke + 3 VTE adjuncten (in de graad van hoofdverpleegkundige)
 - 18,60 VTE verpleegkundige bachelors
 - 8,20 VTE gediplomeerde verpleegkundigen
 - Voor de lokale ingrepen:
 - 0,05 VTE verpleegkundige
 - 0,2 VTE gediplomeerd verpleegkundige
 - MKA-instrumentisten
 - 1,80 VTE verpleegkundige bachelor
 - Endo-Urologie
 - 1,60 VTE verpleegkundige bachelor
 - 0,80 VTE gediplomeerde verpleegkundige
 - Algemeen
 - 4,50 VTE logistieke medewerkers
 - 4,70 VTE verpleeghulp
 - 1,50 VTE administratieve medewerkers.

Van deze personeelsequipe, die uit 44 personen bestaat, zijn er 25 die de opleiding radioprotectie gevolgd hebben en zijn er nog 4 in opleiding.

De adjunct dienstverantwoordelijken hebben elke een bepaald segment van het personeel (cluster 1, cluster 2, recovery en CSA) of een deelaspect van het werk (materiaalmeester, pijnkliniek & projectbeheer) onder hun bevoegdheid.

- Voor de recovery werkt men met een afzonderlijke zorgequipe: **(AV)**
 - 0,85 VTE adjunct-dienstverantwoordelijke (in de graad van hoofdverpleegkundige)
 - 3,93 VTE verpleegkundige bachelor
 - 2,4 VTE gediplomeerde verpleegkundige
- Qua onderhoud dient het operatiekwartier het poetspersoneel te delen met de materniteit. Tijdens de dag zijn deze personeelsleden oproepbaar voor een tussenkuis, 's avonds komen zij vast naar het operatiekwartier voor de eindschoonmaak. **(AV)**
- Binnen het ziekenhuis bestaat er een equipe van 14,70 VTE anesthesisten. Van deze groep van 17 artsen zijn er 3 die eveneens werkzaam zijn op de intensieve zorgen en 3 die ook mee werken op de pijnkliniek. Indien een anesthesist werkzaam is op het operatiekwartier is er geen cumul met een andere activiteit binnen het ziekenhuis. **(AV)**
- Buiten de reguliere werkuren in het OK is er 's nachts en in het weekend steeds één verpleegkundige aanwezig en één verpleegkundige van achterwacht. Ook de instrumentisten hebben per discipline een wachtdienst. Vanaf 16u00 is er een afbouw van het aantal verpleegkundigen. Daarnaast is de recovery bemand van 8u00 tot 22u00. De personeelsleden van de recovery werken geen nachten of weekends. **(AV)**
- De equipe van het gemengd daghospitaal bestaat uit : **(AV)**
 - 1 VTE hoofdverpleegkundigen
 - 9,37 VTE verpleegkundige bachelors (1,46 VTE pediatrisch)
 - 2,30 VTE gediplomeerde verpleegkundigen
 - 0,50 VTE verpleegassistent (art. 54bis)
 - 1,90 VTE logistieke medewerkers

- Het medische diensthoofd van de afdeling is een anesthesist. Op het daghospitaal is er een verpleegkundige permanentie van 4 verpleegkundigen van 07u00 tot 20u00. Van 20u00 tot 22u00 wordt de permanentie waargenomen door 1 verpleegkundige. De hoofdverpleegkundige heeft glijdende uren. **(AV)**
De afdeling beschikt over een gecombineerde administratieve en logistieke medewerker (3 personen, 1,4 VTE). We bevelen aan dat de administratieve taken specifiek worden toegewezen. **(Aanb)**

Processen

- Enkele jaren geleden was er binnen het operatiekwartier enkele punten van ongenoegen (personeelsschaarste, rigide werktijden, geen objectieve maatstaven, geen toekomstvisie, investeringsstop, ...). Dit alles heeft men aangegrepen om het operatiecentrum terug op te bouwen met aandacht voor sleutelactiviteiten:
 - Herstel van vertrouwen tussen artsen en verpleegkundigen
 - Behoud van flexibiliteit binnen de organisatie
 - Optimaliseren van de personele middelen
 - Optimaliseren van de beschikbare OK-tijd
 - Genereren van ruimte voor nieuwe initiatieven

Hieruit vloeide een nieuw werkingsmodel uit, waarbij men een betere en meer gecontroleerde planning ging bewerkstelligen maar met supplementaire flexibele OK-blokken. **(AV)**

Het werken met Chipsoft-OK heeft een deze werking kunnen verbeteren: bv. het gehele preoperatief verloop kan gestuurd worden vanuit het Chipsoft-systeem. gecontroleerde planning, objectieve opvolging van de benutte OK-tijd, klaarzetlijsten genereren per ingreep. **(SP)**

Men dient te bewaken dat men bij het uitbreiden van de activiteiten door inschuiven van extra chirurgen het evenwicht kan bewaren. **(Aanb)**

- Ouders kunnen niet steeds bij hun bewuste kind blijven. **(NC)** Voor kinderen die worden geopereerd, vergezellen 70% van de ouders hun kind tot het moment van inductie. Ook op de recovery wordt 30% van de kinderen niet vergezeld door een ouder. Hier is het de verpleegkundige die bepaalt wanneer de ouder bij zijn kind mag. De voorgaande percentages zijn schattingen van het personeel. Aanbeveling om deze twee indicatoren formeel op te volgen. **(Aanb)**
- Binnen de werkgroep patiëntveiligheid heeft men al heel wat werk verzet in het kader van de chirurgische patiënt (identificatie, wrong site procedure). Binnen het operatiekwartier heeft men dit als één van de beleidsdoelstellingen van 2010 uitgewerkt. Specifieke aandacht voor de links-rechts verwisselingen inclusief een uitgebreid veiligheidsprotocol en time out. Deze protocollen reiken verder dan enkel het operatiekwartier. **(SP)**
- Van de geopereerde patiënten die naar de recovery verwezen worden, kunnen de aanwezige verpleegkundigen het gehele verloop volgen via het Chipsoft-systeem. Alle opdrachten voor de recovery-verpleegkundigen kan men hierin terugvinden. Voor de recovery zijn er duidelijke afspraken: geen buffering en geen beademde patiënten. **(AV)**
- Binnen het reglement van Inwendige Orde van het operatiekwartier zijn de verschillende procedures, taakomschrijvingen, overlegmomenten, hygiënische maatregelen, materialen voldoende uitgeschreven. **(AV)**

Resultaten

- Binnen het operatiekwartier heeft men recentelijk veel gewerkt rond het nieuwe planningssysteem en het opvolgen hiervan. Daarnaast heeft men steeds de mogelijkheid om maandelijks boordtabellen op te vragen. Het gaat hierbij dan om vraaggestuurde resultaten. **(AV)**
- In 2009 werden er in totaal binnen het operatiekwartier 16881 patiënten geopereerd. Bij 9668 patiënten (= 57%) werd er een ingreep uitgevoerd via daghospitalisatie. 7035 patiënten (42%) werden voor het uitvoeren van de heelkundige ingreep opgenomen en 178 patiënten (1%) werden volledig poliklinisch behandeld.
De totaal gebruikte OK tijd bedroeg 17844 uren. Tegenover 2008 is dat een stijging (totaal +17%, daghospitaal +27%, OK-tijd +22%). **(AV)**
Voor de cijfers van 2010 is er opnieuw een stijging. Indien deze trend zich nog verder doorzet, en dit laat zich vermoeden, zou men best de capaciteit en de bestaffing op basis van objectieve criteria evalueren. **(Aanb)**

11.1 **Spoedgevallen**

Situering

- De gespecialiseerde spoedgevallendienst binnen AZ Klina heeft een ook erkenning voor de MUG en heeft een eigen ziekenwagen binnen het 100-circuit. Er werd gesproken met het medisch diensthoofd, de hoofdverpleegkundige en een diensthoofd verpleging.
- De MUG is in associatie met het Jan Palfijnziekenhuis te Antwerpen. De 100 ziekenwagen wordt tijdens de daguren (6u30-22u00) bemand met één verpleegkundige, tijdens de nachturen door een private firma.
- Interne MUG voor het ziekenhuis wordt opgenomen door INZO, voor reanimaties binnen de eenheid van de spoedgevallen doet men beroep op zijn eigen personeel.
- Het ziekenhuis had een aanvraag ingediend voor het PIT-project van de Federale Overheid maar werd niet weerhouden.

Beleid en strategie

- De afdeling beschikt over een jaarverslag en over duidelijk uitgeschreven beleidsdoelstellingen 2010: **(AV)**
 - Persoonlijker onthaal realiseren
 - Patiëntenstroom anders coördineren
 - Stuwng op spoed vermijden
 - Vorming personeel
 - Kwaliteitsopvolging
 - Personeelsbeleid
- Men voorziet heel wat formele overlegmomenten met andere diensten en de verschillende medische disciplines. **(AV)**
 - 4x/jaar: overleg met de verpleegkundige equipe van de spoedgevallen
 - 2x/jaar: overleg met het operatiekwartier
 - 2x/jaar: overleg met centrale opnameplanning
 - 1x/maand: hoofdverpleegkundige spoed met diensthoofd verpleging
 - 4x/jaar: stuurgroep spoedgevallen (hoofdgeneesheer, directie verpleging, leidinggevendende spoedgevallen, afvaardiging van de verschillende disciplines en een huisarts uit de regio)
 - Op regelmatige basis met het Geriatrisch Support Team
 - Ad hoc met intensieve zorgen **(Aanb)**

Er is geen formeel onderling dienstoverleg met de artsen van de afdeling spoedgevallen. **(TK)**

- Tijdens de nachtdiensten en tijdens het weekend wordt de ziekenwagen bemand door ambulanciers van een private firma, die niet noodzakelijk over hetzelfde expertiseniveau beschikken als de spoedmedewerkers. Deze manier van werken zorgt ervoor dat men in de regio op een verschillende manier bediend wordt door de ziekenwagen, afhankelijk van het tijdstip dat men deze nodig heeft. **(TK)**

- De spoedgevallen heeft een aantal ambities die men pas gaat kunnen waarmaken op het moment dat er een afdoende bestaffing is van spoedartsen. Men denkt bv. nog aan een project rond rampengeneeskunde, chemische setting in kader van de aanwezigheid van de haven, PIT-project gezien de lange aanrijtijden, staande orders, **(AV)**
- Tweemaal per jaar zijn er gezamenlijke vormingen met de intensieve zorgen afdeling, plus eenmaal per jaar een gezamenlijke vormingsdag. Deze vormingen worden gegeven door de eigen artsen. Inhoud van de vormingen zijn items die aangegeven worden door de medische diensthoofden van de verschillende disciplines. **(AV)**
- Men startte onlangs met een nieuwe werking op de spoedgevallen, waarbij gewerkt wordt met triage, zorgzones met patiënttoewijzing en met Fast Track in een apart circuit. Er werden hierover informatiesessies georganiseerd. Elke medische discipline is gezien door de leidinggevende van de spoedgevallen om toelichting te geven bij deze nieuwe werking en bij de medische organisatie. **(AV)**

Middelen

- De spoedgevallen is gelegen op de eerste verdieping. De interne signalisatie kan beter. **(Aanb)** Er is een afzonderlijk toegangscircuit gemaakt voor 100-ritten, secundaire transporten en ambulanten.
- Tussen de vorige audit en nu heeft de spoedgevallen een geslaagde architecturale metamorfose ondergaan. **(AV)**
 - Duidelijke afsluitbare sasfunctie
 - Ruime wachtzaal met TV, drank, speelhoek infobord
 - Exclusieve triageruimte, onmiddellijk aan de ingang en vlakbij de dispatching
 - Ruime en lichte doorgang
 - Gesplitste werkposten artsen – verpleegkundigen
 - Verpleegkundige werkposten gesplitst afhankelijk van de zorgzone (burelen zelfs in de kleur van de zorgzone)
 - Leuke kinderbox (met een 2^{de} reserve kinderbox)
 - Centrale monitoring
 - Alle boxen beschikken over een werkstation
 - Radiologiebox aansluitend aan de spoedgevallen (personeel van radiologie)

Enkele aandachtspunten aangaande de architectuur zijn: **(TK)**

- Geen rechtstreeks toezicht op de wachtzaal
- Geen eigen gesprekslokaal, hiervoor dient men de dienst te verlaten en kan men gebruik maken van een lokaal van een andere dienst
- Men heeft nog steeds niet voorzien in een decontaminatieruimte, waarbij het spoelwater opgevangen wordt in speciaal daartoe bestemde containers. Enkel een brancard is voorzien maar deze bevindt zich dan ook nog niet op de spoedgevallen zelf
- Ondanks de renovatie van de spoedgevallen blijft men met een plaatsgebrek worstelen.

Er bestaan ideeën om aan de andere zijde van de garage een verdieping te voorzien bovenop de nieuwbouw voor radiotherapie. Hier zou men extra lokalen voor de spoedgevallen kunnen voorzien voor secretariaatsfunctie, ontspanningslokalen, verblijfsruimten voor de inslapende artsen, ... **(AV)**

- De isolatiekamer is gesitueerd aan de achterzijde van de spoedgevallen en heeft toch enkele tekorten: **(TK)**

- geen afzonderlijk sas. Vanuit het sas is er eveneens toegang tot een onderzoeksbox (reserve pediatriebox).
 - niet voorzien in afzonderlijk sanitair, hiervoor moet de patiënt de gang op
 - men voorziet niet in linnen, het fixatiemateriaal is geïnstalleerd wat maakt dat een patiënt rechtstreeks op de plastic van de matras komt te liggen
 - men beschikt niet over brandvertragende deuren
 - men voorziet niet in een klok en er is geen buitenlicht (desoriëntatie in tijd en ruimte)
 - men heeft geen oproepsysteem voorhanden voor de gefixeerde patiënt
- Naast het nachthospitaal met 6 bedden heeft men een observatie unit met 4 plaatsen. **(AV)** Terwijl het nachthospitaal tijdens de dag multifunctioneel wordt gebruikt is het opzet van de observatie unit om patiënten voor enkele uren op te nemen. Men denkt hierbij dan aan:
 - patiënten met intoxicatie
 - cardiologische patiënten
 - een kortdurende opname om het effect van een therapeutische aanpak af te wachten.
 - commotio's
 -

Het kan gezien worden als een buffer waarbij men patiënten die slechts enkele uren een bed nodig hebben om deze niet door te sturen naar de verblijfsafdelingen. Hierbij neemt men druk weg op deze afdelingen.

Medewerkers

- De verpleegkundige equipe bestaat uit 22,42 VTE bachelors (inclusief hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige) en 1,20 VTE gediplomeerde verpleegkundigen. Van de totale personeelsgroep (29 koppen) zijn er 5 personeelsleden die niet in het bezit zijn van een Bijzondere Beroepstitel. **(AV)**
- Binnen de verpleegkundige equipe is er ook een psychiatrisch verpleegkundige, een pediatriesch verpleegkundige en een verpleegkundige met een bijkomende opleiding rampenmanagement. **(SP)**
- De medische equipe bestaat uit 1 VTE arts urgentiegeneeskunde (tevens het medisch diensthoofd) en 1,60 VTE artsen met het brevet acute geneeskunde. Voor de permanentie kan men daarnaast beroep doen op 2 hogerejaars assistenten urgentiegeneeskunde. Deze artsen bemannen samen met de equipe van anesthesisten de MUG. Indien een anesthesist de MUG-permanentie waarneemt doet hij geen cumul met een andere functie of wachtdienst binnen het ziekenhuis.
Op het moment van de audit kon men net het wettelijk kader voor medische permanentie ingevuld krijgen.
4 bijkomende urgentieartsen zullen het spoedteam vervoegen in 2011. **(AV)**
- De wachtlijst geeft een duidelijk overzicht van de artsen die ingezet worden voor de spoed en MUG-permanentie. **(AV)**
- De minimum verpleegkundige bestaffing bestaat, ongeacht MUG-week of niet, uit 5/5/3 verpleegkundigen volgens de verschillende shiften. Tijdens het weekend stapt men over op de minimale bestaffing 4/4/3. **(AV)** Indien men 's nachts een personeelstekort heeft op INZO, kan men daar de hulp van een spoedverpleegkundige invoeren. We bevelen aan om INZO voldoende te bestaffen zodat de spoedverpleegkundigen daar niet meer nodig zijn om bijstand te verlenen. **(Aanb)**
- Voor de dienst spoedgevallen en de intensieve zorgen heeft men een vormingsequipe ter beschikking. Deze 2 VTE (4 koppen) hebben elk hun Bijzondere Beroepstitel en ervaring

op de spoedgevallen en/of de intensieve zorgen. Deze personen worden maandelijks afwisselend toegewezen aan de spoedgevallen of intensieve zorgen. Zij kunnen op deze wijze de afwezigheid van andere personeelsleden (in kader van vorming) opvangen. Ad hoc kan men met deze medewerkers ook schuiven ingeval van acute nood. **(SP)**

- Naast de medische en verpleegkundige equipe is er ook een groep medewerkers (2 VTE) die instaan voor het mortuarium en de uitleendienst. Daarnaast is er nog 0,7 VTE administratief medewerker. **(AV)**

Processen

- De medicatie is opgeslagen in een elektronische Vanaskast. In de reanimatiekamers heeft men voorzien in medicatie in een gesloten kast. De sleutel van deze noodkast bevindt zich in een sleutelkluisje met cijfercode dat in de reanimatiekamer zelf hangt. **(SP)**
- Men werkt met een aantal sets voor standaard situaties. Zo heeft men een set voor intubatie, arteriële, diepe veneuze katheter en voor een thoraxdrainage. **(AV)**
- Voor de verpleegkundigen die met de ziekenwagen uitrijden, heeft men twee protocollen uitgewerkt namelijk pijnprotocol bij extremiteitenletsel en een hypoglycemie protocol. Via een staand order kan de triagist op eigen initiatief radiologie aanvragen van de extremiteiten. Hiervoor heeft men inclusie- en exclusiecriteria voorzien. Men gaat deze richtlijnen blijvend kritisch toetsen en bijwerken. De eindverantwoordelijkheid voor het al dan niet nemen van radiografie blijft bij de behandelende geneesheer. **(AV)**
- Men beschikt niet over een intern reglement, er zijn eveneens geen schriftelijke afspraken over hoe de spoedarts een beroep kan doen op de geneesheer-specialisten. **(TK)**
- Aangezien er een PAAZ is in het ziekenhuis, heeft men weinig psychiatrische patiënten op de spoedgevallen. Men heeft dan ook zelden of nooit een isolatie op de spoedgevallen. In 2010 is er één of twee geweest. Het is dan ook niet duidelijk of het personeel van de spoedgevallen voldoende op de hoogte blijft voor het omgaan met en het opvangen van psychiatrische patiënten. Er zijn geen psychiatrische zorgprocedures uitgeschreven. Er is geen suïcidepreventieplan. **(TK)** Suïciderisico wordt ingeschat door de spoedartsen. Zij gebruiken hiervoor het IPEO meetinstrument. Er is geen uitgeschreven zorgtraject voor suïcidepogers.
- Er is geen specifieke screening op de spoedgevallen van de 75-plussers. **(NC)** Na opname gebeurt er een PIT-score. Op de spoedgevallen wordt enkel de ADL gescoord. Indien men specifieke vragen heeft omtrent een geriatrische patiënt zal men het Geriatrisch Support Team contacteren.
- Vanuit de pijnkliniek is men een uniform pijnbeleid bij pediatrie patiënten aan het opmaken. Dit protocol moet nog geïmplementeerd worden. **(Aanb)**
- In verband met pediatrie patiënten zijn er duidelijke afspraken gemaakt. Tussen 22u00 en 7u00 worden de patiëntjes gezien door de poortwacht. Indien er een verwijzing is van een andere arts of het om zuigelingen onder de 3 maanden gaat wordt de pediater altijd opgeroepen. Een verantwoordelijk pediater is altijd telefonisch bereikbaar. **(AV)** We bevelen aan de afspraken te formaliseren zodat ze duidelijk communiceerbaar zijn en bindend voor alle partijen. **(Aanb)**
- Voor een aantal veel voorkomende pathologieën werden er enkele richtlijnen afgesproken. Het gaat hier over koorts, braken en diarree, acute otitis media, pharyngitis, huilen, hoesten, buikpijn valse kroep, antipyretica. **(AV)**

Resultaten

- Aangezien men reeds 4 jaar werkt met een elektronisch patiëntendossier heeft men heel wat gegevens ter beschikking. Daarnaast tracht men bij zoveel mogelijk patiënten een tevredenheidsmeting te houden bij ontslag. Op dit moment werkt de adjunct-hoofdverpleegkundige aan zijn masterproef. Het onderwerp betreft hier doorlooptijden en wachttijden op de spoedgevallen. **(AV)**
- In 2010 waren er 31.878 patiënten op spoedgevallen. Dit komt neer op een 85 patiënten gemiddeld per dag. Hiervan waren 8.502 opnames en 22.176 ambulante patiënten. 2010 was goed voor 726 MUG-ritten, wat een gemiddelde maakt van 2 ritten per dag. **(AV)**

11.2 Intensieve zorgen

Situering

- Het AZ Klina heeft een erkenning voor 20 bedden voor de functie intensieve zorgen.
- Op de eenheid voor intensieve zorgen worden vijftien bedden uitgebaat. Het ziekenhuis beschikt niet over een afdeling voor medium care (bv. CCU, stroke unit).
- Er werd tijdens de audit in het kader van de opvang van kritieke patiënten een bezoek gebracht aan de functie gespecialiseerde spoedgevallen/MUG, aan de recovery en aan de IZ-eenheid.

Beleid en strategie

- Er is op IZ een eenvormig medisch beleid dat gestuurd wordt door het team van intensivisten. Hierin zijn specialisten van verschillende disciplines (anesthesie, inwendige) vertegenwoordigd, zodat een breed palet van competenties en expertise kan benut worden. Men hanteert zo veel mogelijk uniformiteit in procedures, zodat het foutenrisico beperkt wordt. **(SP)**
- INZO beschikt over een SWOT (2010) en een intercollegiale toetsing (2008) om het beleid te helpen sturen. Men lijstte een aantal knelpunten op die aangewend worden om de dienst beter te organiseren. **(SP)**
- Er is een apart medisch en verpleegkundig IZ-jaarverslag van 2010. Het verpleegkundige jaarverslag werd opgemaakt via een sjabloon, terwijl het medische deel eerder een doorlopend relaas is en minder uitgebreid. **(AV)** We bevelen aan om een multidisciplinair geïntegreerd jaarverslag op te maken voor de functie IZ. In dezelfde beweging zouden ook een coherent multidisciplinair beleidsplan kunnen opgemaakt worden, dat gelinkt is aan het jaarverslag. **(Aanb)**
- De dagelijkse werking en organisatie van de IZ-eenheid is onvoldoende gestructureerd. Het beleid betreffende zorg voor kritieke patiënten kent hierdoor een aantal knelpunten. **(TK)**
 - Er is onvoldoende gestructureerd beleidsmatig dienstoverleg. Artsen en verpleegkundigen vergaderen ad hoc om problemen op te lossen die zich voordoen. Men plant wel om in de toekomst vier keer per jaar formeel medisch-verpleegkundig te overleggen over de werking en organisatie van de functie IZ.

- De artsen vergaderen per discipline (anesthesisten en internisten apart) in hun bredere associatie. Er is geen gestructureerd overlegplatform voor de ploeg artsen die het medisch beleid op IZ waarneemt.
- Er is een reglement van inwendige orde (RIO) dat in wezen eerder een huishoudelijk reglement is. Een aantal belangrijke aspecten van de werking en organisatie van de eenheid zijn hierin afwezig.
- Er zijn geen uitgeschreven opnamecriteria, geen exclusiecriteria, geen transfercriteria, geen ontslagcriteria. Er is geen duidelijke afbakening van het profiel van de intensieve patiënt. Door gebrek aan uitgeschreven opnamecriteria, kunnen opnames eerder arbitrair gebeuren en o.a. mee afhangen van hoeveel bedden op een gegeven moment beschikbaar zijn. Ook patiënten met een mediumcare zorgprofiel worden opgenomen of blijven op de IZ-eenheid waardoor een bed bezet gehouden wordt dat dient om een intensieve patiënt op te vangen.
- De samenwerking tussen de eenheden en diensten (bv. cardiologie, spoed, OK) die kritieke patiënten behandelen is niet gestructureerd en er wordt weinig formeel afgestemd. De verpleegkundigen namen recent al constructieve initiatieven op vlak van onderling overleg. Het is aanbevolen dat ook de betrokken artsen hierin een actieve rol opnemen. **(Aanb)**
- Bezettingcijfers suggereren dat er tijdens piekmomenten druk kan zijn op de IZ-bedden. Dit werd tijdens de gesprekken op de werkvloer beaamd. Men geeft aan dat gemiddeld 14 bedden bezet zijn doorheen het jaar (2010). Andere bezettingcijfers geven een bezettingspercentage weer van 65%, maar het is onduidelijk op hoeveel bedden (noemer) dit berekend werd.
- Er is een procedure voor overbezetting. Het gebeurt soms dat een chirurg een operatie moet uitstellen wegens onbeschikbaarheid van een IZ-bed. Er moet soms gebufferd worden op spoed of recovery, maar nooit langer dan 24u. Indien zich een capaciteitsprobleem voordoet, wordt een ad hoc overleg georganiseerd met spoed, IZ, OK-recovery, middenkader, waarbij de intensivisten beslissen welke patiënt kan doorgeschoven worden naar een andere afdeling. Desnoods verwijst men de patiënt naar een IZ-eenheid van een ander ziekenhuis.

Men dient de capaciteit aan intensieve bedden nauwlettend te bewaken, vooral met het oog op de uitbreiding van de ziekenhuisactiviteiten zoals vooropgesteld in de ziekenhuisbrede strategische plannen. Het management wenst o.a. het aanbod aan zware heekunde uit te breiden, waarvoor een adequate postoperatieve opvang moet voorzien worden.

- We bevelen aan om de huidige bestaande documenten, zoals de procedure voor overbezetting en het beknopte reglement van inwendige orde, waar nodig te actualiseren en te integreren. Vervolgens kan dit document vervolledigd worden tot een volwaardig RIO. **(Aanb)** Hierin moet men duidelijke afspraken tussen het IZ-management, behandelende artsen en de directie opnemen met betrekking tot de dagelijkse werking en de permanentie. Daarnaast worden best ook de afspraken met alle andere actoren waarmee men samenwerkt, hierin vermeld. Het comité voor ziekenhuishygiëne kan actief deelnemen aan de opmaak van dit reglement. Het reglement wordt best ook formeel door de medische raad geautoriseerd. Bijzondere aandacht kan o.a. besteed worden aan:
 - De opname- en exclusiecriteria
 - De definities van high-care en medium-care patiënt
 - De algemene organisatie van de (dagelijkse) werking, o.a. zaalrondes, medisch-verpleegkundig overleg, ...
 - De ontslag- en transferregeling
 - De regeling van medische en verpleegkundige permanentie
 - Afspraken met het OK, spoed en de andere afdelingen
 - De lijst met protocols, procedures, standing orders, klinische paden
 - De reinigingstechnieken van de dienst

- De maatregelen die moeten worden getroffen i.g.v. besmettelijkheidsrisico van een patiënt
 - De modaliteiten voor personen- en goederenverkeer en -stockage op de dienst
 - De afspraken met betrekking tot opname of bezoek van kinderen
 - De procedure i.g.v. overbezetting (eventueel afkondigen van opnamestop)
- We adviseren om formele samenwerkingsakkoorden op te stellen met (externe) IZ-functies waarnaar patiënten worden verwezen (bv. UZ Antwerpen, Malle, GZA). **(Aanb)**
 - Het incidentenmeldingssysteem is in voege sinds zomer 2010 en blijkt in de praktijk nog steeds in opstart. Deze elektronische VIM, die gebaseerd is op de taxonomie van de WHO en in principe anoniem melden garandeert, wordt onderbenut. Medewerkers trekken de anonimiteit in twijfel omdat ze op het systeem inloggen via hun persoonlijke login, zodat de indiener traceerbaar is. Voor zover geweten gebeurden nog geen incidentmeldingen op INZO via deze tool. Follow up gebeurt door het team patiëntveiligheid (arts en medewerker patiëntveiligheid). Dit team voert analyses uit op de verkregen gegevens en koppelt daarna de resultaten terug naar de afdelingen. Er werd nog geen terugkoppeling ontvangen op INZO. We bevelen aan om te bekijken hoe men de cultuur van incidentmelden kan verbeteren. **(Aanb)**
 - De erkenningstoestand van de IZ-functie stemt niet overeen met de reëel geëxploiteerde bedden. **(NC)** Er worden 15 bedden uitgebaat, terwijl er 20 erkend zijn.

Middelen

- Alle artsen noteren in C2M. De verpleegkundigen gebruiken een afzonderlijk elektronisch dossier: het EVD van Chipsoft®. Paramedici schrijven ofwel in C2M, ofwel in het EVD, ofwel iets in beide dossiers. Het verdient aanbeveling te werken met een geïntegreerd multidisciplinair dossier, zodat overlappingen vermeden worden en alle informatie snel overzienbaar is. **(Aanb)**
- De architectuur dateert van de inhuizing in 1999 en voldoet aan de normen en verwachtingen van een eenheid voor intensieve zorgen. De eenheid is opgedeeld in twee evenwaardige sectoren, elk met een bemande verpleegdesk en mogelijkheid tot crossmonitoring. De drie dubbele boxen worden steeds als individuele kamer gebruikt. Er is rechtstreeks visueel toezicht mogelijk op alle posities vanop een verpleegdesk. Drie kamers zijn via een sas bereikbaar. **(AV)**
De individuele patiëntenkamers beschikken over moderne apparatuur. De monitors worden eerstdaags vervangen door nieuwe exemplaren. Bij de aankoop van dit materiaal werd afgestemd met de spoedgevallendienst. **(SP)**
Van de oorspronkelijke 20 IZ-boxen werd één ruimte ingenomen door het operatiekwartier die hier een lokaal voor kleine ingrepen van maakte. Men houdt dus nog maximaal 19 posities over die kunnen gebruikt worden voor de functie IZ.
Men beschikt over een aparte gespreksruimte en een eigen wachtzaal. **(AV)**
- De toegang tot de eenheid voor intensieve zorgen is niet sluitend beveiligd. Onbevoegden kunnen zonder veel hinder binnenkomen op de dienst. **(TK)**
- Er zijn verschillende reakarren, voor de dienst enerzijds en voor de interne reanimatieoproepen anderzijds. Alleen de reakar voor gebruik buiten de afdeling is uitgerust met een bifasische defibrillator, waardoor medewerkers van IZ deze komen lenen voor bepaalde procedures op de eigen dienst. Zo blijft de reakar voor interne MUG-uitruk tijdelijk zonder defibrillator staan. We bevelen aan om ook voor de eigen dienst een adequate defibrillator te voorzien zodat de reakar intact kan blijven voor een urgente oproep buiten de afdeling. **(Aanb)**

Medewerkers

- Er is sinds enkele maanden, na het vertrek van de titularis, een waarnemende hoofdverpleegkundige voor de functie IZ van AZ Klina. Het verpleegkundige diensthoofd (middenkader) biedt ondersteuning. Een nieuwe hoofdverpleegkundige werd (extern) gerekruteerd en zal in juni de functie opnemen. De huidige waarnemende hoofdverpleegkundige zal dan weer zijn oorspronkelijke functie opnemen van adjunct-hoofdverpleegkundige. De betrokken verpleegkundige leidinggevendens zullen dan de respectieve functiebeschrijvingen in consensus op punt stellen. **(AV)**
- In 2010 kende de functie IZ een groot personeelsverloop. Het personeelstekort dwong het ziekenhuis in de zomermaanden enkele bedden te sluiten; gedurende een bepaalde tijd waren zo slechts 10 IZ-bedden operationeel. Op het moment van de audit is het personeelsbestand voldoende aangevuld, maar de nieuwe medewerkers hebben een inlooperperiode nodig en dienen specifieke opleiding te volgen, waardoor ze niet volledig beschikbaar zijn voor de dienst. **(AV)**
- Het medisch diensthoofd voor de functie intensieve zorgen is anesthesist-intensivist en is voltijds beschikbaar voor de functie. **(AV)** Daarnaast wordt de behandeling verzekerd door nog vijf (ongeveer 2,5 VTE) andere artsen (internisten en anesthesisten) waarvan vier beschikken over de BBT in intensieve zorgen. Deze artsen hebben nog andere activiteiten in het ziekenhuis binnen het domein van hun subdiscipline, maar niet als ze de permanentie voor IZ opnemen. De wachtdienst wordt verzekerd door deze zes artsen en een oproepbare achterwacht anesthesie is voorzien voor eventuele urgenties in het operatiekwartier. Andere disciplines kunnen geen patiënten in eigen naam opnemen op IZ en dragen deze steeds over aan de intensivist. **(AV)**
- De verpleegkundige equipe bestaat uit 43 bachelorverpleegkundigen (34,85 VTE) en 3 gediplomeerde verpleegkundigen (2,7 VTE). Er is 1 logistieke medewerker (1 VTE) ter ondersteuning. Tijdens de verschillende shifts staan telkens minstens 6 verpleegkundigen met de vroege, 5 verpleegkundigen met de late **(AV)** en 4 verpleegkundigen met de nacht. **(NC)** In de week wordt daar nog een verpleegkundige in dagdienst aan toegevoegd. Een vijfde verpleegkundige is 's nachts oproepbaar vanop spoed. **(AV)**
- Indien men de gelijkgestelden meerekent, kan men per shift nipt de helft verpleegkundigen met bijkomende bekwaming (BBT) opstellen. We bevelen aan om extra inspanningen te leveren om medewerkers te stimuleren de BBT in intensieve en urgente zorgen te behalen /behouden. Toekenning van uren en financiële compensaties kunnen dit faciliteren. **(Aanb)**
- Vier medewerkers vormen een aparte (mobiele) ploeg die verschoven kan worden tussen spoed en IZ om tijdelijke personeelstekorten op te vangen, bv. indien moet vorming gevolgd worden. **(SP)** Er wordt geen beroep gedaan op de eigenlijke mobiele equipe omdat die over onvoldoende expertise beschikt voor de specifieke taken op IZ. **(AV)**
- De medewerkers van intensieve zorgafdeling dienen taken uit te voeren buiten hun eigen eenheid, waarbij ze niet beschikbaar zijn op hun afdeling. Deze verplaatsingen verergeren soms de normatieve onderbestaffing. **(NC)**
 - IZ staat in voor de interne MUG-oproepen. In 2010 werd in dit kader 33 maal uitgerukt.
 - IZ biedt hulp bij agressie-oproepen. In 2010 moest men hiervoor 89 keer de dienst verlaten.
- De meeste, maar niet alle, medewerkers volgden meer dan 16 uren opleiding in 2010. Ook medewerkers zonder BBT dienen voldoende specifieke opleiding te volgen. We bevelen aan om een streefdoel vast te leggen voor het aantal te volgen vormingsuren per jaar per medewerker. **(Aanb)**

Processen

- In 2010 werden 61 kinderen opgenomen op de eenheid voor intensieve zorgen. **(AV)**
Hieromtrent werden weinig knelpunten vastgesteld:
 - Er is geen schriftelijke overeenkomst met het eigen zorgprogramma voor kinderen. **(Aanb)** Er is een goed contact tussen de artsen intensivist en de pediaters en op de afdeling intensieve zorgen zijn ook pediatriesch verpleegkundigen werkzaam.
 - Pediaters worden soms betrokken bij de behandeling, als consulent. Bij postoperatieve patiënten worden pediaters in de regel niet betrokken. **(Aanb)**
 - Rooming-in is steeds (24u/24) mogelijk en kost 6,20 euro per overnachting met ontbijt. Er zijn voldoende faciliteiten om een comfortabele rooming-in aan te bieden (privacy, ruimte in de dubbele boxen) maar er is geen douche voor de ouders op de afdeling. **(Aanb)**
 - Alle kamers zijn afsluitbare individuele boxen zodat de kinderen visueel en auditief afgescheiden kunnen worden van het volwassen gebeuren.
 - Per sector staat een pediatrische kar klaar met aangepast materiaal.
 - Er is een pediatriesch verpleegkundige in het team.
 - De teamleden volgen jaarlijks, samen met medewerkers van spoed, opleiding betreffende pediatrische urgenties.
 - Er zijn geen kindvriendelijke decoraties van de eenheid zelf **(Aanb)**, maar ouders mogen persoonlijke items van thuis meebrengen.
- Twee tot drie maal per dag gebeurt een zaalronde door het behandelende staf lid met de arts die permanentie doet en eventueel de ASO. Minstens één maal toert ook de verpleegkundige mee. **(AV)**
Er zijn geen gestructureerde multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Er is wel ad hoc overleg tussen de intensivist en andere specialisten als de behoefte gevoeld wordt. Verpleegkundigen en paramedici zijn hier meestal niet bij betrokken. Met deze beroepsgroepen wordt, eveneens meestal informeel, apart gebriefd. Sommige patiënten worden niet multidisciplinair besproken. Er is niet steeds een schriftelijke neerslag van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen in het dossier.
We bevelen aan om voor alle kritieke patiënten op gestructureerde wijze multidisciplinaire patiëntenbesprekingen te organiseren, met een gezamenlijke insteek van de diverse zorgverstrekkers, en de verslaggeving in het patiëntendossier consequent te verzorgen. **(Aanb)**
- Er wordt niet volledig beantwoord aan de vereisten van het zorgprogramma van de geriatrie patiënt. **(NC)** 75-plussers worden op de IZ-eenheden niet systematisch gescreend op hun geriatrisch risicoprofiel. De interne liaison komt zelden op IZ. Er is een specifiek opgeleide referentieverpleegkundige aangeduid, die een coachende rol opneemt binnen het team. Er kan een geriater in consult gevraagd worden.
- Men is zeer terughoudend met betrekking tot het instellen van vrijheidsbeperkende maatregelen en men bekijkt steeds alternatieven. **(SP)** De meest voorkomende indicatie is risico op autoëxtubatie bij weaning. Valrisico wordt niet weerhouden als indicatie voor fixatie. Men volgt de ziekenhuisprocedure die beschikbaar is op intranet. De dienst beschikt over eigen materiaal voor fixatie. Men noteert in de daartoe voorziene rubriek van het elektronische patiëntendossier. **(AV)**
- Medicatie wordt meestal door de artsen voorgeschreven op papier in een medicatieschema. Men wenst niet te werken met het ziekenhuisbrede elektronische systeem van Infohos, omdat men vreest dan geen globaal overzicht meer te kunnen behouden op de vele simultane behandelingen van de intensieve patiënten. **(AV)**

Bij nazicht van enkele dossiers werden verschillende medicatieschemata gevonden die niet ondertekend waren door een arts, terwijl al verschillende farmaca waren toegediend aan de patiënt. **(NC)**

In medicatieschema's waren op verschillende plaatsen toedieningsuren omcirkeld, wat een indicatie is dat het medicament dan niet werd toegediend. Het was niet te achterhalen wie deze beslissing nam, waarom deze gift niet gebeurde en evenmin of ze eventueel op een later tijdstip toch plaatsvond. **(TK)**

Resultaten

- In 2010 werden 1484 patiënten opgenomen op de eenheid IZ, wat 5114 ligdagen vertegenwoordigde. 191 patiënten werden dat jaar kunstmatig beademd. Het bezettingspercentage bedroeg gemiddeld 65,4%. Het sterftcijfer was 71. **(AV)**
- Men beschikt over een onthaalbrochure, die op enkele praktische punten zou kunnen vervolledigd worden. Zo kan men o.a. de namen van de leidinggevenden opnemen (medisch diensthoofd en hoofdverpleegkundige), een rechtstreeks telefoonnummer, wat financiële informatie, hoe de sociale dienst kan gecontacteerd worden, wat voorzien is voor kinderen als patiënt (bv. rooming in) en als bezoeker, ...Daarnaast bevelen we aan om specifieke infobrochures te voorzien over frequent voorkomende aandoeningen en behandelingen op IZ. **(Aanb)**
- Aan de wachtzaal hangt een bordje met de expliciete boodschap dat kinderen onder de 12 jaar niet welkom zijn op IZ. Dit is in tegenspraak met de werkelijke gang van zaken en met de overige info die op dit vlak bekomen kan worden. Men dient de tekst aan te passen aan de reële toestand, namelijk dat kinderen kunnen aangemeld worden en dan begeleid tijdens hun bezoek. **(Aanb)**

Situering

- Het zorgprogramma geriatricie binnen het AZ KLINA te Brasschaat omvat de volgende deelaspecten:
 - Geriatrische consultaties worden op afspraak georganiseerd.
 - Het geriatrische dagziekenhuis telt 6 plaatsen en is dagelijks geopend van 8u tot 18u. Er is een diagnostisch aanbod (31%) en een therapeutisch aanbod (69 %). In 2010 waren er in totaal 327 patiëntencontacten.
 - De dienst geriatricie beschikt in totaal over 24 erkende bedden geriatricie. De afdeling geriatricie is een acute afdeling. Geriatrische patiënten worden eveneens opgenomen op de afdeling Inwendige 5 (neurologie-geriatricie) en andere hospitalisatieafdelingen. De geriatrische patiënten vallen onder het toezicht van een geriater. In 2011 wordt een bijkomende verpleegeenheid van 24 bedden opgestart. Het ziekenhuis kreeg hiervoor in maart 2011 een akkoord tot opname in de programmatie.
 - De interne liaison is actief op nagenoeg alle afdelingen. Referentieverpleegkundigen zijn aangeduid op alle afdelingen.
 - De externe liaison is opgestart. Er zijn 2 ontslagmanagers (samen 1 VTE) aangeduid binnen het zorgprogramma.
- Tijdens de audit werd er gesproken met het medisch diensthoofd geriatricie, het verpleegkundig diensthoofd van geriatricie, de coördinator van het zorgprogramma geriatricie en tevens hoofdverpleegkundige van geriatricie, kinesitherapeut, ergotherapeut en enkele leden van de interne liaison.
Bij het bezoek aan hospitalisatieafdelingen, spoed en IZ was de opvang van geriatrische patiënten een aandachtspunt.

Beleid en strategie

- Er is een multidisciplinair geriatrisch handboek (opgesteld door de geriater en hoofdverpleegkundige) en een verpleegkundig jaarverslag 2010 geriatricie. **(SP)** In het geriatrisch handboek staan kort de doelstellingen van het GST voor het jaar 2011 vermeld alsook de doelstellingen voor het geriatrisch dagziekenhuis. Er is een jaaroverzicht (activiteitencijfers) van de interne liaison.
- De visie en de missie op en van geriatrische zorg is weergegeven in het multidisciplinair geriatrisch handboek. Men kiest bewust voor een acute geriatriciedienst. Het hoge aantal rechtstreekse opnames en de korte ligduur tonen dit ook aan. Men streeft naar een goede diagnosestelling en adequate behandeling in het kader van een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon na ontslag. De patiënt wordt daarbij vanuit een holistische visie benaderd. **(AV)**
- Wekelijks is er een beleidsmatig overleg tussen alle internisten en de 2 geriater (MIG: maatschap inwendige geneeskunde). Tweemaandelijks is er overleg tussen alle geriater-internisten en cardiologen (DIG: dienst inwendige geneeskunde). **(SP)**
- De doelgroep van het zorgprogramma is niet volledig gedefinieerd in afstemming met andere disciplines en werd niet vertaald in objectieve opnamecriteria. **(TK)**
 - Op spoed zijn er geen duidelijke opnamecriteria uitgeschreven voor de geriatrische afdeling. Impliciet zijn er wel een aantal geldende richtlijnen (stiltwijgende afspraken) die grotendeels gerespecteerd worden. De afspraken worden best neergeschreven in een samenwerkingsovereenkomst zodat deze duidelijk zijn voor alle (spoed)artsen en assistenten en kunnen opgevolgd worden zodat onnodige transfers voor patiënten vermeden kunnen worden.

- Recent werd de opname werkwijze op spoed zodanig gereorganiseerd dat het verblijf van de geriatrische patiënt zo kort mogelijk is. **(SP)**
- Met de neurologen en psychiaters zijn er geen duidelijke richtlijnen uitgeschreven.
 - Er zijn geen duidelijke opnamecriteria voor dementerende bejaarden. **(Aanb)**
 - In samenspraak met de orthopedisten werd in 2010 de mogelijkheid van een protocol ortho-geriatrie in 2010 onderzocht. Dit zal in de nabije toekomst worden uitgewerkt.
- Voor de doorstroming van revalidatiepatiënten werkt men vooral samen met het revalidatieziekenhuis De Mick te Brasschaat (orthopedie / heelkunde/ geriatrie). Dementerende patiënten worden doorverwezen naar andere Sp-diensten (o.a. Verpleegtehuis Joostens, St.-Elisabeth Antwerpen, De Dennen). **(AV)**
 - De directie besteedt veel aandacht aan de uitbouw van het zorgprogramma geriatrie. **(SP)** Op het medisch coördinatiecomité (4x/jaar) vestigt de hoofdgeneesheer de aandacht op het belang van de zorg voor de geriatrische patiënt en wordt telkens de evolutie van de werking van het GST geschetst. De directie ondersteunt de volledige invulling van de bestaande van het GST en benadrukt hiermee dat alle geriatrische patiënten in het ziekenhuis de nodige geriatrische zorgen krijgen.
 - De bekendmaking van het zorgconcept gebeurde naar eigen medewerkers binnen het ziekenhuis (voorstelling op medische diensthoudensvergadering, hoofdverpleegkundigenvergadering en dienstvergaderingen bij de opstart van de interne liaison, intranet, ...) en naar verwijzers (voorstelling van het zorgprogramma in de WZC's, RVT's, huisartsen, ...) Bekendmaking van het zorgconcept aan de patiënten en hun familieleden gebeurt via een informatiebrochure. Hiernaast zijn er tal van informatiebrochures die de specifieke zorg op maat van de geriatrische patiënten ondersteunen. (Bv. tips voor een bezoekje bij een oudere, psychologische begeleiding tijdens de ziekenhuisopname (algemeen), aandachtspunten voeding geriatrische patiënten, Hoe een valpartij bij senioren voorkomen, Veilig slikken: " Adviezen en richtlijnen voor een veilige maaltijd.) **(SP)**

Middelen

- Volgende infrastructurele tekortkomingen werden opgemerkt: **(TK)**
 - Er is een gebrek aan gespreksruimte.
 - In de berging stonden onderhoudsproducten opgeslagen. Deze ruimte was niet op slot. Uit veiligheidsoverwegingen dienen deze buiten het bereik van patiënten opgeslagen te worden.
 - Inwendige 5 beschikt niet over een kinesitherapiezaal en een ergotherapiezaal. De kinezaal gelegen tussen de afdeling geriatrie en de afdeling inwendige 5 wordt door patiënten van beide afdelingen gebruikt. **(AV)** De afdeling geriatrie beschikt niet over een aparte eetzaal. **(Aanb)** De ergotherapiezaal op de geriatrieafdeling doet dienst als eetzaal voor het middagmaal en wordt hiervoor door patiënten van beide afdelingen gebruikt (elke afdeling kan drie dagen over de ergotherapiezaal beschikken).
 - Enkel de eenpersoonskamer voorzien van een sas beschikt over een douche. **(AV)**
 - De rustmogelijkheden in de gang zijn beperkt.

Medewerkers

- Er zijn binnen het zorgprogramma twee voltijdse gerieters tewerkgesteld. Een geriater is tevens gastro-enteroloog. De gerieters doen minstens wekelijks samen een zaalronde op

de geriatrie afdeling en bij de geriatrie patiënten op inwendige 3. De hoofdverpleegkundige of verantwoordelijke verpleegkundige is hierbij niet aanwezig. **(Aanb)** Het medisch diensthoofd geriatrie is tevens medisch coördinator van het zorgprogramma geriatrie. **(AV)**

- De wachtdienst van de twee gerieters verloopt geïntegreerd met de vier gastro-enterologen. **(AV)**
- De verpleegkundige coördinator van het zorgprogramma geriatrie is de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie. **(AV)** Zij is in het bezit van de bijzondere beroepstitel gespecialiseerde verpleegkundige in de geriatrie en heeft praktijkervaring in de opvang van geriatrie patiënten. **(SP)**
- Voor de afdeling geriatrie dient men voor het aantal opgestelde bedden (24) te beschikken over een team van 14,13 VTE. Men beschikt op het ogenblik van de audit over 13,75 VTE. **(NC)**
Meer specifiek dient men te beschikken over 10 VTE verpleegkundigen, waarvan 4 VTE verpleegkundigen met BBT/ BBB in de geriatrie, 2,8 VTE verzorgend personeel en 1,33 VTE ergotherapeut, logopedist of psycholoog. Men beschikt over 11,35 VTE verpleegkundigen, waarvan 4,25 VTE met BBT en 1 VTE waarvan de BBT werd aangevraagd. Voor 5,5 VTE werd een aanvraag voor BBB in de geriatrie gedaan. **(SP)** 1,1 VTE zorgkundigen en 1,3 VTE ergotherapeut.
Er is een normatief tekort van 0,4 VTE zorgkundigen. **(NC)**
Men kan beroep doen op een administratief medewerkster (1,5u/week).
- Referentieverpleegkundigen werden gekozen op basis van interesse en/of ervaring met de opvang van geriatrie patiënten. **(AV)** Ze kregen bij de opstart geen opleiding. De functieomschrijving van deze referentieverpleegkundigen is nog niet uitgewerkt. Hun taken zijn in de praktijk niet duidelijk. **(TK)**
Uit het geriatrie handboek blijkt dat er voor referentieverpleegkundigen een ruime taak is voorzien in het uitdragen van de geriatrie cultuur en het opleiding van de eigen teamleden. Hoewel van hen verwacht wordt om 'mini-projecten' uit te werken i.v.m. geriatrie patiënt worden ze hiervoor niet (deels) vrijgesteld, doch kunnen beroep op vervanging vanuit de vormingsequipe. **(AV)** en kregen geen vorming inzake didactische vaardigheden. **(Aanb)** Drie keer per jaar is er overleg met de interne liaison (bijscholing, casusbespreking).
- Er is binnen het zorgprogramma geriatrie voorzien in de functie van ontslagmanager (1 VTE). Deze taak wordt verdeeld twee medewerkers die beiden beschikken over een opleiding als ontslagmanager. **(AV)**
- Normatief dient men voor de interne liaison minimaal te beschikken over een team van 4 voltijdse equivalenten (afhankelijk van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten) en dient het team dient samengesteld te zijn uit een verpleegkundige, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een psycholoog. Men beschikt binnen het team over 1,5 VTE verpleegkundigen, 1 VTE ergotherapeut, 0,5 VTE psycholoog, 0,5 VTE logopedist en 0,5 VTE diëtist. **(AV)** De taken van deze medewerkers zijn uitgewerkt in strategische en operationele doelen. Specifieke bijkomende competenties worden weergegeven in het geriatrie handboek. Er is een soort watervalsysteem uitgewerkt om bij afwezigheden elkaars taken te kunnen overnemen en opvolgen wat leidt tot een breder multidisciplinair inzicht. **(SP)**
- Tijdens het weekend en in de schoolvakanties worden er jobstudenten ingezet. Zij voeren enkel zorgkundige taken uit. Vrijwilligers ondersteunen de ergotherapeut tijdens activiteiten en bij het bedelen van de koffie. **(AV)**
- Op het moment van de audit wordt de volledige organisatie van een deel van de geriatrie afdeling in handen genomen van studenten verpleegkunde. **(SP)** Dit kadert onder meer in de aanpak van de potentiële Klina-medewerker. **(AV)**

Processen

- Er is een tekort aan G bedden in AZ Klina. **(AV)** Ondanks de extra opgestelde bedden op afdeling inwendige 5, de snelle turnover en de hoge performantie van de dienst, is men genoodzaakt om geriatrische patiënten op andere afdelingen op te nemen op naam van de geriaters.
 - Op moment van de audit waren er bv. op inwendige 5 dertig geriatrische patiënten opgenomen. Normaal gezien worden er 8 bedden niet strikt vrijgehouden voor geriatrische patiënten.
 - In 2010 werden er 603 geriatrische patiënten opgenomen op de geriatrische afdeling. 4533 patiënten kwamen terecht op niet-geriatrische afdelingen.

Men doet veel inspanningen om deze patiënten dezelfde zorg te geven als op de geriatrische afdeling (dagelijkse zaalronde van de geriater, opvolging door IL, ergotherapie) In praktijk blijkt dat de mogelijkheden beperkt zijn en is dit niet evident om te organiseren (bv. groepstherapie ergo, ...).
- Bij opname van patiënten op de G-dienst wordt systematisch een geriatrische evaluatie afgenomen. Er is onder andere aandacht voor de emotionele opvang bij opname, verwachtingen over de opname worden bevraagd, naar de zorgzwaarte thuis wordt gepolst, lengte en gewicht worden gemeten. De valpreventie wordt gescoord en gepland. Deze gegevens dienen als basis voor de vroegtijdige ontslagplanning. **(SP)**
- Voor het screenen van 75-plussers op een geriatrisch zorgprofiel hanteert men het VIP (Voorlopige Indicator Plaatsing) meetinstrument. Men heeft geen toestemming van de behandelende arts nodig om het IL bij te vragen. **(AV)**
Binnen de huidige werking van de IL zijn nog verbetermogelijkheden. Niet alle geriatrische patiënten krijgen aangepaste zorg (multidisciplinaire aanpak, activatie en functionele revalidatie vanaf dag 1). **(TK)**
 - Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatrisch profiel (bv. spoedgevallendienst, dagziekenhuis, ...). **(NC)**
 - Het geriatrisch team is niet op alle afdelingen actief aanwezig (bv. IZ en spoedgevallen). Hier komt de IL na overleg met de verpleegkundigen.
 - Ondanks de info bij de opstart die gegeven werd op de dienstvergaderingen, is het concept van de liaisonfunctie niet steeds gekend op alle afdelingen.
 - Op sommige afdelingen is er geen mondeling overleg van de IL verpleegkundige met de hoofdverpleegkundige.
 - Tijdens de audit werd vaak opgemerkt dat patiënten ofwel niet gescreend waren, ofwel gescreend waren, maar dat er geen advies was of wist men niet dat het advies al dan niet gevolgd werd.
 - Op de afdeling cardiologie (inwendige 3) worden geregeld geriatrische patiënten opgenomen. Voor de medewerkers betekent dit een extra belasting op vlak van zorgzwaarte en ook omdat ze over onvoldoende expertise beschikken voor de behandeling van deze subpopulatie. De geriater doet de zaalronde bij deze patiënten zonder verpleegkundige. De communicatie tussen de geriaters en de verpleegkundigen van de niet-geriatrische afdeling kan beter afgestemd worden ifv de zeer specifieke geriatrische problematiek.
- Verder kent de werking van de GST een aantal troeven: **(SP)**
 - Dagelijks(ochtend) is er een briefingmoment waarop de taken van de medewerkers van de IL worden afgestemd.
 - 's Middags is er een multidisciplinair briefingmoment betreffende de gescreende patiënten. Het briefingblad (EVD) wordt dan aangevuld.
 - Maandelijks is er overleg met de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma
 - Wekelijks (woensdag) bestaat de mogelijkheid om de patiënten met geriatrische problemen met de geriater te bespreken.

- Een “geriatrische doos” is aanwezig op alle afdelingen. Voor de aanvulling en het nazicht staat de IL in.
 - Elke positieve screening op de afdeling oncologie krijgt een advies van de IL. Dit wordt besproken met het GST en de oncoloog om te bekijken wat de meerwaarde kan zijn.
 - Tal van projecten werden opgestart (geriatrische voeding, valpreventieproject, ...)
 - Men beschikt over een jaaroverzicht 2010 (activiteitencijfers)
 - Organisatie van vorming voor externe liaison, referentieverpleegkundigen geriatrie en naar alle personeelsleden van Klina
 - Via posters wordt in het ziekenhuis de aandacht gevestigd op geriatrische aandachtspunten.
 - Bij het ontslag van een patiënt wordt door de IL een ontslagbrief opgemaakt.
 - De hoofdverpleegkundigen van de afdeling hebben 4 keer per jaar een overleg met hun verpleegkundig diensthoofd. Op dit overleg wordt verantwoording afgelegd over de werking van het GST op hun dienst.
 - Maandelijks is er overleg tussen de leden van het IL en de coördinator van het zorgprogramma. Verbeterpunten worden hier uitgewerkt (bv. watervalstelsel).
- Iedere maandag (na de teamvergadering) en donderdag is er overleg tussen de familie en de geriaters mogelijk. Op maandag komen de patiënten van de geriatrieafdeling aan bod, op dinsdag de familieleden van geriatrische patiënten op inwendige 3 en op andere afdelingen. **(AV)**
- Er is op de geriatrische afdelingen een sterke cultuur van multidisciplinair werken. **(SP)**
 - Projectmatig (vallen, voeding) zijn paramedici betrokken bij de uitwerking van richtlijnen en zorgpaden.
 - De anamnese wordt multidisciplinair afgenomen (door arts, verpleegkundige, ergotherapeut en sociaal verpleegkundige). De behandel doelstellingen staan summier genoteerd in het individueel dossier van de patiënt (vooral bestemming na ontslag en vooropgestelde ontslagdatum). We bevelen aan om deze meer multidisciplinair en als een samenhangend geheel uit te schrijven. **(Aanb)**
 - Het elektronisch verpleegkundig dossier is multidisciplinair opgebouwd.
 - Patiënten op de afdelingen geriatrie en de geriatrische patiënten op inwendige 3 worden wekelijks multidisciplinair besproken en patiënten die gevolgd wordt door de interne liaison worden dagelijks multidisciplinair besproken. Alle betrokken disciplines zijn hierop aanwezig. Referentieverpleegkundigen en behandelende artsen worden niet betrokken bij de bespreking door de IL. **(Aanb)**
 - In functie van ontslag is er overleg tussen de ergotherapeuten en de sociale dienst(bureau op geriatrie afdeling)
 - De ergotherapeut is minstens 1x/dag aanwezig tijdens de patiëntenbriefing op de afdeling geriatrie.
 - Er is een goede samenwerking tussen de verpleegkundigen, ergotherapeuten en de kinesitherapeut (transfers, info vallen). Door gebruik te maken van een papier met ADL-pictogrammen (in de badkamer) kan door elk lid van het team dezelfde richtlijnen gevold worden.
 - Het bureau van de sociaal verpleegkundigen en dat van de IL zijn beide op de afdeling geriatrie gelegen.
 - Opmerkelijk is de stabiele equipe op de afdeling geriatrie. Er is de laatste 3 jaar geen verloop van medewerkers.
 - Gelijktijdig en ter ondersteuning aan het fixatiearm beleid werd in 2010 een valpreventiebeleid uitgewerkt. Deze richtlijnen werden in het EVD geïntegreerd. Bijscholingen werden gegeven. **(AV)**
 - Men screent (niet steeds) momenteel op valrisico aan de hand van de stratify score. We bevelen aan om de screening op valrisico te herbekijken volgens de recente richtlijnen. **(Aanb)**
 - Men beschikt over een brochure met tips ter preventie van valincidenten.
 - Op de kamers van de afdeling geriatrie hangen posters i.v.m. valpreventie.

- Aan het bed van een patiënt met een verhoogd valrisico wordt een vallogo aangebracht zodat alle medewerkers van dit risico op de hoogte zijn.

Regelmatig kunnen de hoofdverpleegkundigen a.d.h.v. het EVD controles uitvoeren i.v.m. de toepassing van de valpreventieprocedure. **(SP)**

- Er is geen procedure vermoeden van delier uitgewerkt. Momenteel gebeurt het afnemen van de CAM-schaal niet. **(AV)**
- Men besteed aandacht aan het optimaal organiseren van het psychosociale klimaat. **(AV)**
 - Omdat de ergotherapiezaal ook eetzaal is **(Aanb)** wordt enkel het middagmaal samen gegeten. Dit door ongeveer de helft van de aanwezige patiënten. In de kamers hangt een foto met de aanbeveling bij om in de eetzaal te gaan eten.
 - Ongeveer 70 % van de patiënten draagt overdag dagkledij.
 - Infrastructurele aanpassingen in het kader van ROT (duidelijke signalisatie van heel wat lokalen, pictogrammen).
 - Realiteit- en oriëntatietraining gebeurt 24/24 (aanspreken, klok en kalender op kamers...) en in therapiegroepen door de ergotherapeut (actualiteit, krant, reminiscentie, ...).
 - Socio-culturele activiteiten worden georganiseerd.
 - In de afdelingsbrochure wordt aandacht besteed aan de organisatie van het zorgconcept (dagkledij, stimulatie tot activatie, gezamenlijke maaltijden, ...). **(SP)**
- Ontslagvoorbereiding wordt van bij opname voorbereid. De ontslagbrief is multidisciplinair geïntegreerd opgebouwd (vast sjabloon in het EVD), wordt tijdens het verblijf al opgemaakt en bevat alle noodzakelijke informatie om de continuïteit te verzekeren. **(SP)**
Ruimte voor verbetering situeert zich op volgende gebieden:
 - Thuisbezoeken ter voorbereiding van het ontslag gebeuren nagenoeg nooit.
 - Zorgoverleg bij complexe thuiszorg werd het afgelopen jaar een aantal keer georganiseerd. Men hanteert geen criteria om de noodzaak te objectiveren. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2010 werden in totaal 4533 75-plussers opgenomen in het ziekenhuis. Hiervan werden 603 patiënten opgenomen op geriatrie afdelingen. **(AV)**
- Er waren in 2010 453 opnames voor de geriatrieafdeling via de spoedgevallendienst. Er waren 35 overnames vanuit de interne liaisonwerking. Er waren 1260 opnames via de spoedgevallendienst voor beide geriateren. **(AV)**
- De gemiddelde verblijfsduur op de geriatrieafdeling bedroeg 14,12 dagen. **(AV)**
- Niet alle 75-plussers worden gescreend op een geriatrisch profiel. **(NC)** Van de 4533 75-plussers op niet geriatrie afdelingen werd er 75% gescreend. 971 patiënten hadden een positieve score. Hiervan kregen 562 patiënten een verdere evaluatie door de interne liaison. De redenen waardoor patiënten die in aanmerking komen voor screening en uiteindelijk niet gescreend worden, worden geregistreerd. Het aantal liaisonpatiënten wordt per afdeling geregistreerd. **(SP)**
 - 75-plussers op IZ worden initieel niet gescreend omdat men niet overtuigd is van de meerwaarde. Zij worden pas in latere instantie gescreend na transfer naar een hospitalisatie-eenheid. **(TK)**
 - De interne liaison is niet actief op het dagziekenhuis en de spoedgevallendienst. Deze patiënten worden niet gescreend.

- In 2010 waren er in het geriatrisch dagziekenhuis 327 consulten. Er is een diagnostisch aanbod (31%) en een therapeutisch aanbod (69 %). **(AV)**
- Op de afdelingen zijn heel wat folders beschikbaar over specifieke problematiek (bv. voedingstips, veilig slikken, psychologische ondersteuning). **(SP)**