

# Infusie

- 4** Nieuw elektronisch dossier bij opening Intensieve Zorgafdeling
- 6** Nieuwe dialyseafdeling in gebruik
- 10** Infusie sprak met: mr. Filip Dewallens
- 18** Etude Merveil: Vingeroefening in patiëntveiligheid

# 10

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 3 - nr. 10  
juni - juli - augustus 2010  
Driemaandelijks tijdschrift  
Verantwoordelijke uitgever en afzender:  
Koen Michiels  
AZ Nikolaas vzw  
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

## COLOFON

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

### VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels  
AZ Nikolaas vzw  
Moerlandstraat 1  
9100 Sint-Niklaas

### REDACTIERAAD:

Dr. Marc Geboers  
Koen Michiels  
Natalie Nevelsteen  
Dr. Francis Ruys  
Inge Smet  
Dr. Leo Verguts

### WERKTEN MEE:

Dr. Erik Buelens  
Adelheid Dierickx  
Dr. Kristine Dyckmans  
Saskia Feyaerts

### VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

### ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert  
Dr. Francis Ruys  
Neil Vancraeynest  
Lies Willaert

## Inhoud

Edito	3
Nieuw elektronisch dossier bij opening Intensieve Zorgen	4
Nieuwe dialyseafdeling in gebruik	6
Zorg voor patiëntveiligheid	8
Gezocht: gemotiveerde stagecoördinatoren huisartsengeneeskunde	9
Infusie sprak met: Meester Filip Dewallens	10
PVIS: PatiëntenVervoer Informatie Systeem	14
Pensioen dr. Daniël De Vriendt	15
Kwaliteitszorg in de medische beeldvorming	16
Etude Merveil: vingeroefening in patiëntveiligheid	18
Nieuwe gezichten	19
Column: Sprookje	20

## Agenda

<i>10 juni</i>	<b>Videoconferentie</b>
<i>19 juni</i>	<b>10 jaar Nutritieteam</b>
<i>1&amp;2 oktober</i>	<b>Internationaal symposium voor pijntherapeuten</b>
<i>13 oktober</i>	<b>Symposium Mond- Kaak- en Aangezichtsheelkunde</b>
<i>20 oktober</i>	<b>Symposium oncologie: Multidisciplinaire aanpak van gastro intestinale tumoren</b>
<i>20 november</i>	<b>Symposium diabetische voet</b>

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website [www.huisartsenkoepelwaasland.be](http://www.huisartsenkoepelwaasland.be) onder de rubriek "navorming" en "kalender".

# Edito

Binnenkort spendeer ik een volle week in Drenthe. Niet om het Nederlandse landschap te bewonderen noch om de lokale Oranjegekte aan den lijve te ondervinden, wel om met zes Nederlanders en één Vlaming een lokaal ziekenhuis te onderwerpen aan een audit met het oog op het verkrijgen van een accreditering door het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditering in de Zorgsector). Het uitvoeren van een dergelijke audit is uitermate leerrijk. Op een week tijd breng je de sterktes en de zwaktes van een ziekenhuis nauwkeurig in beeld om tot een beslissing te komen over het al dan niet accrediteren. Je doet dit samen met andere professionals

die hun specifieke invalshoek (verpleegkundig, bestuursmatig, logistiek,...) binnen de zorg toevoegen aan de audit. En je doet dit met een heel duidelijk referentiekader, namelijk het INK-kwaliteitsmodel. Binnen dit model worden normelementen afgetoetst met als finaal doel: kan er in dit ziekenhuis zorg geleverd worden op een veilige, kwaliteitsvolle én repetitieve manier. Dit laatste betekent dat elke patiënt in dit ziekenhuis op dezelfde manier kan en zal verzorgd worden. In het Nederlands jargon noemt men dit: de borging van de zorg.

Het verwerven van een accreditering is niet vanzelfsprekend. Het is een lang en moeizaam proces. Regelmatig ondergaan ziekenhuizen in Nederland een dergelijke audit maar worden ze niet klaar bevonden om een accrediteringscertificaat te ontvangen.

Als het gaat om een opvolgingsaudit, wordt de lat ook steeds hoger en hoger gelegd. De auditoren moeten op een objectieve manier een echte verbetercultuur kunnen vaststellen.

In de Vlaamse ziekenhuiswereld is de interesse voor dit systeem groot. Tot op heden is er nog maar één ziekenhuis geaccrediteerd door het NIAZ (Jessa Ziekenhuis in Hasselt). Maar heel wat ziekenhuizen zijn zich aan het voorbereiden om deze stap te zetten. Sommige ziekenhuizen kiezen een audit door de (Amerikaanse) Joint Commission. De sterkte van het Nederlands systeem is, onder andere, dat alle ziekenhuizen door dezelfde onafhankelijke instantie worden ge-audit. Een certificaat geeft dan ook een vergelijkbaar niveau aan voor het gevoerde kwaliteitsbeleid. Indien we in Vlaanderen meerdere systemen naast elkaar zullen gebruiken, zal de vraag ontstaan of accreditering in alle gevallen hetzelfde betekent.

Eén ding is echter zonneklaar: een systeem van accreditering (als een soort objectieve, publieke legitimatie voor de activiteiten van een ziekenhuis) zal in de nabije toekomst onvermijdelijk worden. We kunnen ons dan ook maar beter voorbereiden. Bijvoorbeeld daar het systeem van binnen uit te leren kennen. Ik kijk er alweer naar uit.



Marc Geboers  
Medisch directeur

# Nieuw elektronisch dossier

## bij opening Intensieve Zorgenafdeling

**Na maanden voorbereiding was het op 20 april 2010 zover: de twee Intensieve zorgafdelingen werden samengebracht in één nieuwe afdeling op de eerste verdieping van het nieuwe G-blok van campus Sint-Niklaas.**

De nieuwe afdeling is gelegen boven de Spoedgevallenafdeling en naast het Operatiekwartier. Zo ontstaat er in het AZ Nikolaas een as voor de kritiek zieke patiënt. Momenteel beschikt de afdeling Intensieve Zorgen over veertien bedden, in de toekomst zullen dat achttien plaatsen worden. Architecturaal is gekozen voor achttien gescheiden kamers waarin zo nodig patiënten geïsoleerd kunnen worden. Elke kamer heeft grote ramen waardoor de niet-gesedeerde patiënt een duidelijk onderscheid kan maken tussen dag en nacht, wat hopelijk tot minder verwarde patiënten zal leiden.

### Standaardisatie

De afgelopen maanden werd deze overgang in verschillende werkgroepen voorbereid. De werkgroep procedures heeft een inventarisatie gemaakt van het aanwezige materiaal op beide diensten en dan gezorgd voor een standaardisatie. Ook de aanwezige medicatie en gebruikte standaardoplossingen werden onder de loep genomen en geüniformiseerd.

Beide campus hadden andere beademingstoestellen. Hoewel er veel overeenkomsten waren tussen beide toestellen, waren er toch ook essentiële verschillen. Na een informatiesessie werden twee toestellen tussen de twee campus gedurende enkele weken uitgewisseld zodat iedereen met beide toestellen vertrouwd was tegen D-Day.

Ook de urregeling van de verpleegkundigen was totaal anders op beide campus. Binnen de werkgroep urregeling werd gezocht naar een aanvaardbaar compromis.

### Informatisering

Op Intensieve Zorgen moet men op een efficiënte manier over zo veel mogelijk informatie over de patiënt kunnen beschikken. De informatisering van de dienst Intensieve Zorgen was dan ook essentieel. Er is ruim de tijd genomen om een keuze te maken tussen de verschillende softwarepakketten op de markt. Globaal gezien waren er twee mogelijkheden: verder bouwen op het reeds bestaande dossier van campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat of met een volledig nieuw dossier starten dat aan de behoefte kon aangepast worden.

Na rijp beraad en verschillende binnen- en buitenlandse werkbezoeken werd gekozen voor de softwareoplossing ICIP (=Intellivue Clinical Information Portfolio) van Philips.

Bij de opstart van de nieuwe dienst werd dan ook gestart met een nieuw elektronisch dossier. Zowel het verpleegkundig als het medisch dossier zijn hierin geïntegreerd. Er werd geprobeerd het dossier zo te configureren dat het de dagelijkse praktijk op Intensieve Zorgen volgt. Daarom werd er veel tijd gestoken in een aangepaste configuratie aan de manier van werken en denken op Intensieve Zorgen.

Twee verpleegkundigen zijn hier maanden mee bezig geweest en doen nu nog dagelijks aanpassingen om het systeem te verfijnen en nog gebruiksvriendelijker te maken voor de eindgebruikers. Gedurende de voorbereidingsfase werden key-users opgeleid die op hun beurt hun collega's en artsen wegwijs maakten in de wereld van ICIP.

### Opnameverloop van een patiënt via ICIP

Bij opname op de dienst Intensieve Zorgen worden de patiëntgegevens via een koppeling met SAP in het ICIP-dossier binnengehaald. De arts schrijft nu niet meer zijn medisch dossier maar brengt de voorgeschiedenis, thuismedicatie, anamnese, huidige aandoening en klinisch onderzoek van de patiënt in het elektronisch dossier in. Elk bed op Intensieve Zorgen is daarom voorzien van een PC.

Vervolgens schrijft hij of zij de therapie voor. De meest courante medicatie, dosissen, infusen,... zijn reeds in het systeem voorprogrammeerd. De verpleegster/verpleger krijgt het elektronisch voorschrift in een werklijst te zien, dus geen onduidelijke handschriften meer.

Het dossier is ook toegankelijk vanop andere plaatsen in het ziekenhuis. Zo kunnen artsen therapie voorschrijven van op de dienst Spoedgevallen of vanuit het Operatiekwartier. De verpleegkundige kan dan de komst van de patiënt al beginnen voorbereiden voor de patiënt zelf op Intensieve Zorgen arriveert.

Dagelijks vult de arts een elektronisch volgblad in met het klinisch onderzoek en de veranderingen in therapie. De parameters van elke patiënt worden in het dossier binnen gehaald. Elke monitor en elk beademingstoestel is op dit moment gekoppeld met het dossier. De parameters verschijnen in ICIP. Zo krijgt men vrij snel een overzicht van de evolutie van de patiënt.

Het volume van alle toegediende medicatie is door het systeem gekend. Het toegediende vocht (infusen, medicatie, voeding,...) en het vochtverlies van elke patiënt (diurese, drains, perspiratio insensibilis,...) wordt exact bijgehouden. Zo krijgen we van uur tot uur een accurate vochtbalans die we tijdig kunnen bijsturen.



Foto's van bijvoorbeeld wonden kunnen in het dossier ingeladen worden, wat handig is om de evolutie te volgen of om te kunnen vergelijken wanneer iemand anders de wonde voor de eerste maal ziet. Labore resultaten en resultaten van bacteriologie worden in het systeem binnengehaald vanuit het labopakket GLIMS. De MVG-score zal vanuit ICIP gebeuren. Hier werd bij de configuratie van het pakket reeds de nodige aandacht aan besteed. Zo zal de MVG-registratie in de toekomst minder tijdrovend en nauwkeuriger zijn. Wanneer de patiënt beter wordt en opnieuw naar de afdeling kan, wordt er vanuit ICIP een ontslagrapport gegenereerd.

Voorlopig staat fase twee van het ICIP-project gepland tegen zomer 2010. Hierin willen we koppelingen vanuit ICIP met Apotheek en Medische beeldvorming realiseren. De planning is ook om de spuitpompen te koppelen zodat het elektronisch dossier automatisch weet welke medicatie aan welke snelheid loopt. In de verdere toekomst hopen we ook ICIP te koppelen aan het geplande elektronisch dossier van het ziekenhuis.

Specifiek voor de afdeling Intensieve Zorgen wordt van een PDMS-applicatie (Patiënt Data Management System) verwacht dat het de verpleegkundigen en artsen ondersteunt. Hiermee bedoelen we ondersteuning op vlak van registratie van alle data, ordercommunicatie, planning van zorg, patiëntveiligheid, integratie met bestaande of toekomstige ziekenhuis-systemen,... Hierdoor komt er tijd vrij voor directe patiëntenzorg. Het PDMS verzamelt gegevens van de patiënt. Tijd die vroeger werd besteed aan het invullen van papieren, registreren van parameters, berekenen van drips en balansen wordt nu door het PDMS overgenomen. Patiëntengegevens worden correcter en uitgebreider geregistreerd, waardoor beslissingen correcte en sneller kunnen genomen worden. De kans op fouten wordt gereduceerd. Uiteindelijk moet dit resulteren in een nog betere zorg voor de kritiek zieke patiënt!

Dr. Erik Buelens  
Diensthoofd Intensieve Zorgen  
erik.buelens@aznikolaas.be

# Nieuwe dialyseafdeling in

## De nieuwe high care dialyse

Op 26 mei 2010 kregen de eerste patiënten hun dialysebehandeling in het nieuwe high care dialysecentrum op de zesde verdieping van het A-blok in campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat. De afdeling bestaat uit vijf units van telkens zes dialyseposities met daarnaast de mogelijkheid om twee patiënten in isolatie te behandelen. De bestaande en enigszins verouderde low-care afdeling in de Hospitaalstraat te Sint-Niklaas wordt gesloten en de patiënten die hier voor hun behandeling kwamen, kunnen nu eveneens op A6 terecht, mede gezien de toegenomen zorgzwaarte van deze patiëntengroep.

De patiënten worden behandeld met nieuwe, sterk geïnformaliseerde apparatuur, een weegbrug wordt geïnstalleerd samen met een centraal oproepsysteem, koelcellen voor de maaltijden, moderne apotheekkasten en individuele TV, radio en internet voor elke patiënt. De dialyse-units zijn compacter, zodat een persoonlijker patiëntencontact mogelijk wordt, tegelijkertijd werd de capaciteit uitgebreid waardoor er tweëndertig patiënten tegelijkertijd kunnen worden behandeld.

## Een beetje historiek...

De dialyseafdeling van AZ Nikolaas kent reeds een lange geschiedenis. Tweeëndertig jaar geleden startte nefroloog dr. Rik Roose in het toenmalige Maria Middelaars ziekenhuis (nu AZ Nikolaas - campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat) een dialyseafdeling op voor zes patiënten. Deze afdeling kende een snelle groei en enige maanden na de start volgde de bouw van de grote dialysezal, bestaande uit twee maal acht bedden, gescheiden door een centrale verpleegpost en twee isolatiebedden, de huidige hemodialyse-eenheid op A4. De jaren hierop volgde steeg de patiëntenpopulatie razendsnel en volgde de bouw van een low care dialyse centrum te Sint-Niklaas, later volgden ook nog de low care dialyse te Beveren en Lokeren.

Aangezien de huidige high care dialyseafdeling na tweeëndertig jaar aan vernieuwing toe was en er een capaciteitstekort dreigde door een almaar groeiende patiëntenpopulatie, werd uitgekeken naar de mogelijkheid om een nieuwe dialyse-eenheid te bouwen. In 2004 verklaarde de federale overheid zich akkoord om twee verdiepingen bij te bouwen op het bestaande A-blok in de Moerlandstraat. De Vlaamse regering verschaftte in september 2005 de toelating om de high care dialyse over te brengen naar A6; ook na de fusie in 2007 bleven deze plannen overeind en werd gestart met de bouw van de toen nog toekomstige high care dialyse eenheid.

## Wat is dialyse?

Dialyse is een therapie waarbij de excreterende nierfunctie (verwijderen van afvalstoffen en teveel aan zout/water) op een kunstmatige wijze wordt vervangen. Langsheen een semi-permeabele membraan wordt zuiver dialysaat in contact gebracht met het bloed, waardoor afvalstoffen, zouten en vocht het lichaam kunnen verlaten na diffusie en filtratie of osmose doorheen deze membraan tot in het dialysaat.

**Hemodialyse** is de klassieke vorm van dialyse; hierbij wordt het bloed enige malen per week met behulp van een kunstnier extra-corporeel gezuiverd, via een proces van diffusie en filtratie over een kunstmatige semi-permeabele membraan. Patiënten komen drie maal per week, telkens een halve dag naar de hemodialyse-afdeling. Afhankelijk van de co-morbiditeit en zelfredzaamheid van de patiënt, kan dit in een ziekenhuisomgeving (high care afdeling) of in een autodialyse setting (low care afdeling). Hiervoor is steeds een vaatacces noodzakelijk, preferentieel een fistel, waarbij er chirurgisch een verbinding wordt aangelegd tussen een (arm)arterie- en vene, waardoor een krachtig bloedvat ontstaat met voldoende flow om dialyse mogelijk te maken. Zo de patiënt over een minder goede oppervlakkige venenstructuur beschikt, wordt geopteerd voor de plaatsing van een getunnelde dialysecatheter in de vena jugularis, doch een fistel is om verschillende redenen te prefereren.

**Peritoneale dialyse** gebeurt in de thuissituatie, al dan niet met behulp van een thuisverpleegkundige of een familielid. Hierbij wordt het buikvlies gebruikt als natuurlijke semi-permeabele membraan en wordt het dialysaat in de buikholte gebracht door middel van een laparoscopisch geplaatste peritoneale dialysecatheter. Het dialysaat blijft dan enige tijd ter plaatse waardoor het door middel van diffusie en osmose vocht, zouten en afvalstoffen aantrekt dewelke dan via het dialysaat de buikholte en dus ook het lichaam kunnen verlaten. De patiënt wordt op regelmatige basis ambulantly opgevolgd en kan 24 uur op 24 uur een beroep doen op een team van peritoneale dialyseverpleegkundigen voor bijkomende hulp.

## Integratie van de polikliniek, peritoneale dialyse en hospitalisatieafdeling

De opening van de nieuwe high care dialyse afdeling op A6 luidt ook de verhuis in van de nefrologische polikliniek en het bijhorende secretariaat; ook de peritoneale dialysezorg zal op dezelfde verdieping, afdeling I6, een plaats vinden.

Als laatste stap zal de hospitalisatieafdeling, dewelke zich momenteel nog op I4 bevindt, verhuizen naar I6, alwaar zich nu de afdeling abdominale, thoracale en vasculaire heelkunde bevindt. Deze verhuis is voorzien voor medio juli 2010. Uiteindelijk zal de ganse nefrologische dienstverlening geïntegreerd kunnen verlopen, wat de patiëntenzorg in zijn geheel enkel ten goede kan komen.

Wij hopen om met deze nieuwe, moderne afdeling een meer efficiënte, patiëntgerichte en gepersonaliseerde nierzorg te bieden. Mede gezien de complexe medische problematiek waarmee deze patiënten mee kampen, wordt nierzorg een echt multidisciplinair teamgebeuren waarbij alle denkbare medische disciplines worden betrokken. Een lichte en ruime werkomgeving voorzien van alle moderne technieken kan de kwaliteit van deze veelzijdige zorg enkel ten goede komen.

# gebruik



Dr. Kristine Dyckmans  
Nefrologie  
[kristine.dyckmans@aznikolaas.be](mailto:kristine.dyckmans@aznikolaas.be)

Dienst nefrologie:  
Dr. Johan De Meester  
Dr. Wim Laurens  
Dr. Dirk Schepens

# Zorg voor patiëntveiligheid

**AZ Nikolaas heeft een meerjarig contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' met de FOD Volksgezondheid ondertekend, waarin (in 2010) dient gewerkt te worden rond drie pijlers: een veiligheidsmanagementsysteem met focus op een incidentmeldingssysteem, een verbeterproces en een multidimensionale indicatorenset. In de volgende nummers van Infusie belichten we telkens één van deze pijlers.**

## Het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem

Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is een systeem, gericht op het managen van risico's: identificatie, analyse en het verkleinen en beheersen van risico's. Als zodanig is een VMS een onderdeel van een kwaliteitssysteem. Patiëntveiligheid is, als één van de dimensies van kwaliteit, gericht op het identificeren, analyseren en managen van risico's op schade voor de patiënt. Voor de patiënt betekent het bevorderen van veiligheid het voorkomen van (onnodige) schade. Die schade kan samenhangen met medisch-inhoudelijke factoren, maar ook met menselijke, technische en organisatorische factoren.

Voor de ontwikkeling van een VMS kunnen verschillende ingangen worden gekozen. Men kan beginnen met de zaken waarvan bekend is dat de zorg er veiliger door wordt, zoals het reduceren van decubitus en wondinfecties en het bevorderen van de juiste zorg bij bijvoorbeeld hartfalen: 'doen wat we weten'. Hieronder valt ook het snel overnemen van succesvolle 'best practices' uit literatuur en klinische praktijk. Het grote voordeel is dat deze aanpak snel zichtbare resultaten oplevert ('low hanging fruit').

Men kan er ook voor kiezen om één duidelijk speerpunt te kiezen, bijvoorbeeld de medicatieveiligheid, en te starten met het ziekenhuisbreed verbeteren van het voorschrijven, distribueren en toedienen van geneesmiddelen. Parallel hieraan kan gewerkt worden aan het beter in kaart brengen van diverse risico's op onveilige zorg en cultuurverandering. Op deze wijze wordt het bevorderen van patiëntveiligheid een normaal onderdeel van het dagelijkse werk en komt het uit de bedreigende sfeer.

## Kwaliteitsproject 'Patiëntenidentificatie'

AZ Nikolaas heeft er in eerste instantie voor gekozen om de medewerkers vertrouwd te maken met patiëntveiligheid middels het uitwerken en invoeren van afgelijnde, welomschreven kwaliteitsprojecten. Een eerste project dat sinds 17 mei 2010 is ingevoerd, is de patiëntenidentificatie, waarbij wordt gefocust op het identificatiebandje van de patiënt. Wanneer de patiënt zich in het ziekenhuis aanmeldt, krijgt hij een bedrukt identificatiebandje om de pols bij de inschrijving bij de dienst Patiëntenadministratie, hetzij bij de dienst Spoedgevallen. Kinderen jonger dan twee jaar en baby's krijgen een bedrukt kinderpolsbandje op de Kinderafdeling, respectievelijk op de Materniteit.

De polsbandjes worden gebruikt ter identificatie van de opgenomen patiënten en de dagziekenhuispatiënten, gezien hun identiteit dikwijls door meerdere ziekenhuismedewerkers en ten behoeve van meerdere onderzoeken dient afgetoetst te worden. Zo kan de identiteit bijvoorbeeld nagekeken worden vóór de toediening van medicatie, vóór het uitvoeren van een onderzoek of een ingreep. Verwarde patiënten die desgevallend in het ziekenhuis de weg kwijt zijn, kunnen aan het bandje herkend worden en teruggebracht worden naar hun afdeling.

Het bandje dient gedurende het volledige ziekenhuisverblijf gedragen te worden. Als exceptioneel een bandje verwijderd dient te worden, moet het onmiddellijk door een nieuw bandje vervangen worden. Alle ziekenhuismedewerkers, in het bijzonder de zorgprofessionals, zijn middels een communicatiecampagne (informatienota, toelichting op hoofdvpleegkundigenvergadering, toelichting tijdens demo, affiches) gesensibiliseerd om het bandje te gebruiken.

De patiënt wordt eveneens geïnformeerd over het belang van een identificatiebandje en geresponsabiliseerd (via affiches, flyers, ziekenhuis-TV) als partner in het zorgproces. Aan de patiënt wordt met name gevraagd om de correctheid van de gegevens op het bandje te checken en altijd een bandje te dragen. Op het bandje zijn naam, voornaam, geboortedatum, inschrijvingsnummer en patiëntnummer van de patiënt gedrukt. Op het bandje staat tevens een barcode die (in de toekomst) zal gebruikt worden om een link te leggen met gegevens uit het elektronisch patiëntendossier, met uitslagen van labo-onderzoeken, ...

De bandjes zijn hypoallergeen, latexvrij en bestand tegen zeep, water, oplosmiddelen en ontsmettingsstoffen.

Gelijktijdig met de invoering van de bandjes wordt de responsgraad van de ziekenhuismedewerkers gemeten. Op cruciale ankerpunten in het ziekenhuis wordt geregistreerd hoeveel patiënten geen identificatiebandje aan hebben op het totaal aantal patiënten dat het ankerpunt passeert. De registratie moet toelaten om beleidsmatig een zicht te krijgen op de mate van opvolging van het project en op mogelijke knelpunten met betrekking tot de identificatie. Het streefdoel is om 100% van de gehospitaliseerde patiënten en dagziekenhuispatiënten te labelen. De gemeten indicatoren zullen bijgevolg een richtlijn zijn voor de directie en de medewerkers van AZ Nikolaas, om een oplossing te zoeken voor mogelijks gesignaleerde identificatieproblemen.

' Meer weten over een VMS? Praktijkboek patiëntveiligheid, J.J.E. van Everdingen et al, Bohn Stafleu van Loghum, 2006'

Saskia Feyaerts  
Stafmedewerker patiëntveiligheid  
saskia.feyaerts@aznikolaas.be



# Gezocht:

## Gemotiveerde stagecoördinatoren huisartsengeneeskunde

**Meer dan negentig procent van de stagiairs vindt een stage huisartsengeneeskunde van vier weken een bijzondere meerwaarde in de opleiding tot arts. Evenveel studenten zijn heel erg tevreden over de huisartsen die hen begeleid hebben tijdens de stage. De Faculteit Geneeskunde van de K.U.Leuven is dan ook blij te kunnen rekenen op zoveel enthousiaste stageleiders, en hoopt nog meer huisartsen warm te kunnen maken voor de opleiding.**

In de opleiding tot arts zijn stages uitermate belangrijk. Aan de K.U.Leuven wordt dit deel van de opleiding georganiseerd in regionale ziekenhuizen, verspreid over heel Vlaanderen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Drie jaar geleden werd het stagejaar omgevormd. Naast de klassieke disciplines (heelkunde, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde en gynaecologie/verloskunde), kunnen zij nu ook proeven van neurologie, psychiatrie en huisartsengeneeskunde.

*"Het is een andere manier van denken: geen specialistische anamnese of onderzoeken, maar het huis/niet thuis-gevoel staat centraal. Het is ook een andere manier van benaderen van de patiënt, namelijk rekening houden met wat die van de arts verwacht,"* zo vat een stagiair de stage huisartsengeneeskunde samen. Buiten zes andere stages, allemaal ziekenhuisstages, maakt de stage huisartsengeneeskunde sinds drie jaar deel uit van het zesde jaar van de opleiding Geneeskunde aan de K.U.Leuven. Een hervorming die tot stand kwam in samenwerking met het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde, en positief onthaald werd.

Tijdens de huisartsenstage maken de studenten kennis met het reilen en zeilen in een huisartsenpraktijk. Het doel van de stage is dan ook de studenten een zo goed mogelijk beeld geven van het beroep van huisarts vóór zij hun specialisatiekeuze maken, en dat ervaren ze zo ook. Ze waarderen de ervaring die ze kunnen opdoen in een huisartsenpraktijk en zijn tevreden over de artsen die als stagebegeleider betrokken zijn bij hun opleiding. Dit speelt niet enkel mee bij hun specialisatiekeuze na het stagejaar, maar ook tijdens hun latere beroepsleven.

Ook de stageleiders zelf schetsen een positief beeld van de huisartsenstage. Een stagiair in de praktijk houdt hen alert, en laat hen soms al eens kritisch denken over het eigen functioneren, zo blijkt. Dankzij de inspanningen van al deze huisartsen is de invoering van de huisartsenstage in het stagejaar een echt succes geworden.

Het spreekt voor zich dat het aanbieden van een stage huisartsengeneeskunde belangrijk is voor de huisartsengeneeskunde in het algemeen.

Of zoals Dr. X. Biebuyck uit Kortrijk verwoordt: *"Deze stages kunnen studenten aanmoedigen een positieve keuze te maken richting huisartsengeneeskunde. Door een zekere notie van de huisartsengeneeskunde zullen de toekomstige specialisten een betere relatie hebben met de huisarts, en vice versa, wat uiteindelijk de patiënt ten goede komt."*

Om deze blijvend te kunnen aanbieden aan een steeds grotere groep studenten zoekt de K.U.Leuven voortdurend gemotiveerde stageleiders huisartsengeneeskunde. Wij lanceren dan ook graag een warme oproep om met ons mee te werken en deel uit te maken van deze geweldige groep gemotiveerde stageleiders.

Buiten de stage in het derde masterjaar biedt de opleiding Geneeskunde ook nog huisartsenstage aan in het tweede en derde bachelorjaar (elk vier dagen) en in het laatste jaar (pre-specialisatie).

Wie interesse heeft om studenten te begeleiden bij een van die stages, of gewoon meer informatie wenst, kan contact opnemen met de Administratie Stage van de Faculteit Geneeskunde op het nummer 016 33 74 78 of een mailtje sturen naar: [elke.leunens@med.kuleuven.be](mailto:elke.leunens@med.kuleuven.be).

Meer informatie vind je ook op de website: [http://med.kuleuven.be/education/gids/stages\\_nl.html](http://med.kuleuven.be/education/gids/stages_nl.html)

# Infusie sprak met...

## Meester Filip Dewallens

### Foutloze aansprakelijkheid: een hindernissenparcours

Het medisch aansprakelijkheidsrecht omvat de burgerlijke en strafrechterlijke aansprakelijkheid van de medische beroepsbeoefenaar of zorginstelling voor hun professioneel handelen of gebruik van gebrekkig medisch materiaal.

Bij de vroegere regeling kon de patiënt pas een schadevergoeding krijgen als hij/zij kon bewijzen dat de schade veroorzaakt was door een fout. Op 2 april jongstleden werd na vele jaren eindelijk een wetswijziging in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

Infusie sprak met Mr. Filip Dewallens, gespecialiseerd in medisch recht.

#### **U bent advocaat gespecialiseerd in medisch recht. Vanwaar die interesse? Wat heeft uw keuze bepaald?**

Het klinkt weinig spectaculair maar ik kwam voor het eerst in contact met medisch recht tijdens mijn studies in Leuven door het schrijven van een scriptie over de stand van de rechtspraak inzake medische aansprakelijkheid in ons land. Het vak medisch recht bestond toen zelfs nog niet.

Er bestond wel al een wetenschappelijk tijdschrift voor gezondheidsrecht en in die redactie was ik al snel actief, ook tijdens mijn assistentschap. Vooral het interdisciplinaire aspect, over alle rechtstakken heen, maakt het gezondheidsrecht buitengewoon boeiend.

Begin jaren negentig waren er nagenoeg geen advocaten in ons land die gespecialiseerd waren in gezondheidsrecht en medisch recht. We zijn klein begonnen, met twee, en vandaag zijn we met ongeveer twintig advocaten die dag in dag uit actief zijn in de volle breedte van de “witte sector”. Dat gaat dan bijvoorbeeld over medisch tuchtrecht, bloedbanken, euthanasievraagstukken, medische fouten, grondwetsinterpretaties, farmaceutisch recht, ziekenhuisrecht en nog veel meer.

Naar verluidt zouden wij intussen het grootste advocatenkantoor in de niche van het medisch recht zijn binnen de EU. Dat is, in al zijn relativiteit, natuurlijk plezierig om te horen, maar toch ook vreemd voor het kleine land dat we zijn.

#### **Op 2 april jongstleden publiceerde het Belgisch Staatsblad de wet van 31 maart 2010 met betrekking tot vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Wat houdt deze wet juist in en wat zijn de verschillen ten opzichte van de vroegere wetgeving?**

Voor deze wet was er de wet van 15 mei 2007, de zogenaamde Wet Demotte. Die wet werd letterlijk door het parlement gejaagd zonder veel ernstige discussie en de vele opmerkingen die

gemaakt werden door de Raad van State werden straal genegeerd.

Veel definities, zoals de omschrijving van het vergoedbaar evenement werden veel te vaag gelaten. Een belangrijke kritiek betrof ook het feit dat schadelijdende patiënten zich niet langer konden richten tot de gewone burgerlijke rechter, maar enkel terecht konden bij het no-fault fonds. Daardoor werden die patiënten niet alleen gediscrimineerd ten opzichte van andere schadelijdende burgers, het beperkte ook hun toegang tot de rechter die nochtans gegarandeerd wordt door het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

De inwerkingtreding van deze wet werd steeds weer uitgesteld om finaal vervangen te worden door de wet van 31 maart 2010. Die is niet alleen veel zorgvuldiger opgesteld, ze laat ook de toegang tot de gewone rechter intact voor schadelijdende patiënten. In die zin wordt het oude systeem waarbij een patiënt een arts kan dagvaarden voor de rechter terug in ere hersteld. Bovendien keren we ook terug naar het klassieke systeem waarbij een arts of een andere zorgverlener zich dient te verzekeren voor zijn burgerlijke aansprakelijkheid. Het is de zorgverlener zelf die de verzekeringspremies betaald en niet de overheid.

#### **Reeds jaren wordt er gesproken over een no fault regeling. Hoe komt het dat wij zo lang hebben moeten wachten op een dergelijke wetswijziging?**

De discussie over de invoering van een foutloze aansprakelijkheid voor medische ongevallen dateert reeds van in de jaren tachtig. Op dat moment bestond er enkel het zogenaamde Scandinavische model. Niettegenstaande het feit dat we er jaren over gedaan hebben om de wet goed te keuren behoort België toch nog steeds bij de minderheid van landen die een dergelijk systeem hebben ingevoerd.

Het belangrijkste inhoudelijke probleem bij de invoering van een no-fault systeem is de definiëring van het vergoedbaar evenement.

Met andere woorden, welke oorzaken of welke schadeverwekkende feiten moeten zich hebben voorgedaan opdat de patiënt in aanmerking zou komen voor tegemoetkoming.

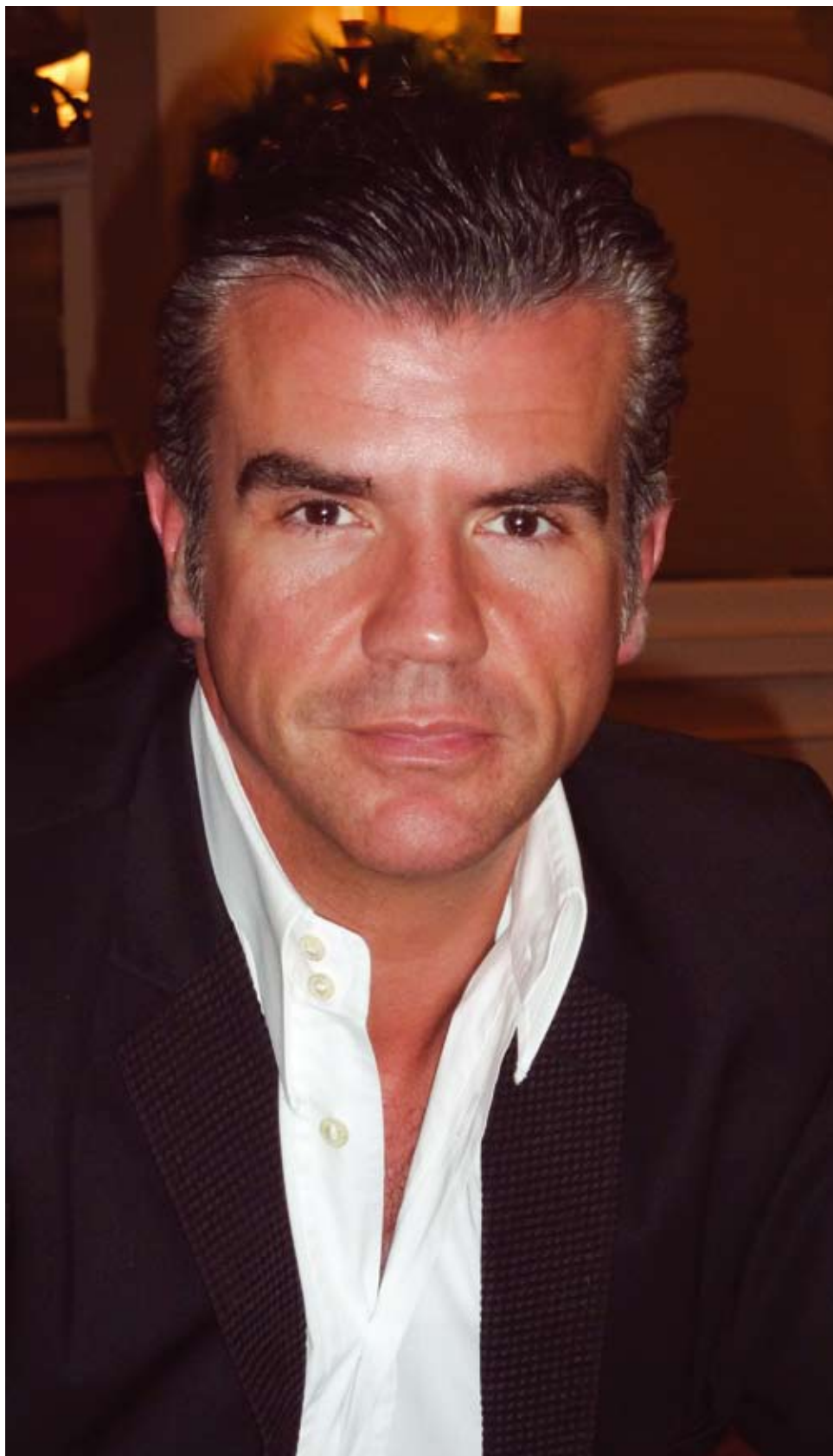
Ook de kostprijs van het stelsel is steeds een heikel punt geweest.

Aangezien de arts per definitie geen fout heeft begaan, zal ook zijn verzekeraar niet tussenkomen in de tegemoetkoming aan de patiënt.

Maar wie betaalt dan de factuur? Is dat de overheid? Een gemengd stelsel?

**Biedt deze wet een betere bescherming aan de patiënt? Vroeger moest de patiënt immers bewijzen dat er een fout was, wat dikwijls een moeilijk en langdurig proces was.**

Het voordeel is dubbel voor de patiënt. Vooreerst dient hij niet meer aan te tonen dat de betrokken zorgverlener een fout heeft begaan. De bewijslast voor dergelijke fout ligt immers steeds bij de patiënt. En die bewijsvoering loopt in een klassieke procedure niet steeds van een leien dakje.



Het tweede grote voordeel is dat er nu schade in aanmerking komt voor vergoeding die in een klassiek aansprakelijkheids-systeem niet vergoed wordt. Opdat een derde schadevergoeding zou betalen voor geleden schade dient die derde immers een fout te hebben begaan. Door dit systeem valt die voorwaarde weg.

### **Het is bekend dat de vrees voor aansprakelijkheid zorgverleners kan aansporen tot defensieve geneeskunde - denken wij maar aan de VS - en een rem kan zetten op innovatie. Verwacht u dat met de huidige regeling dit risico zal afnemen?**

In België is nooit aangetoond dat zorgverleners zich defensief opstellen bij het toepassen van behandelen of het stellen van diagnoses. Het doel van het aansprakelijkheidsrecht is immers dubbel. Vooreerst is er vanzelfsprekend de noodzakelijke vergoeding van schadelijders, maar anderzijds heeft ze ook een kwaliteitsverhogend effect. Het aansprakelijkheidsrecht heeft er immers mede voor gezorgd dat universiteiten en beroepsverenigingen guidelines hebben opgesteld die een duidelijk kwaliteitsverhogend effect hebben gehad.

### **Men spreekt van een no fault wet. Verwacht u dat er in de toekomst minder claims en rechtszaken zullen zijn?**

Er zullen zeker veel meer claims zijn dan vroeger, al was het alleen maar omdat de schadegevallen zonder bewijsbare medische fout nu ook in aanmerking komen voor schadevergoeding. Ik verwacht evenwel niet dat het aantal rechtszaken zal stijgen. Mogelijk zullen de zaken die toch nog voor de rechtbank komen beter gefundeerd zijn en meer kans op slagen hebben. Patiënten die vroeger tegen beter weten in en op hoop van zege een procedure aanspanden tegen een zorgverlener, zullen zich nu sneller wenden tot het fonds en de dure en complexe gerechtelijke procedure links laten liggen.

### **Blijft het voor de zorgverlener noodzakelijk om een privéaansprakelijkheidsverzekering af te sluiten en welke schade valt daar dan onder?**

In ons land bestaat er vooralsnog geen wettelijke verzekeringsplicht die de beroepsaansprakelijkheid van zorgverleners moet dekken. Het is wel een deontologische verplichting, maar niet alle artsen houden zich daar aan. De no-fault wet verandert hier niets aan. Artsen die onvoldoende verzekerd zijn zullen zelf moeten tussenkomen voor de eventuele schadevergoeding die moet betaald worden aan de patiënt. Het enige verschil is dat het no-fault fonds bij onvoldoende verzekeringsdekking de patiënt toch zal uitkeren en zich daarna in de plaats van de patiënt zal keren tegen de betrokken zorgverlener.

### **Is er in deze tijd van economische crisis wel voldoende geld om dergelijke regeling te betalen?**

Het moeilijkste probleem was om de omvang van de claims bij het no-fault fonds op voorhand in te schatten. Schattingen uitgevoerd door het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg liepen uiteen tussen 78 miljoen euro en 140 miljoen euro per jaar.

Bovendien was er ook het probleem of schade die voortvloeit uit ziekenhuisinfecties ook in aanmerking kon komen voor tussenkomst van het fonds. In de Wet Demotte van 2007 werd beslist om een gemengde financiering tussen staat en zorgverleners te voorzien. Dat onderscheid is nu weggefallen. Volgens ramingen gaan de uitvoering van de nieuwe wet 20 miljoen euro per jaar kosten.

## Professioneel profiel Mr. Filip Dewallens

Mr. Filip Dewallens studeerde rechten aan de K.U. Leuven (1990, magna cum laude). Hij legt zich binnen het brede domein van het gezondheidsrecht vooral toe op het ziekenhuisrecht en het publiek gezondheidsrecht. Zo begeleidde hij het fusieproces van 29 ziekenhuizen en adviseert hij permanent raden van bestuur, managementcomité's, medische raden en ziekenhuisartsen.

Hij was tussen 2004 en 2009 zelf ook bestuurder van ZiekenhuisNetwerk Antwerpen.

In het publiek gezondheidsrecht en inzake ziekteverzekering adviseerde hij in het verleden verschillende Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Op internationaal niveau werkt Mr. Dewallens in opdracht van het IMF, de Wereldbank (Macedonië, Slovenië) en de Raad van Europa (Montenegro).

Zowel in 2003, 2004 als 2005 (laatst uitgevoerde enquête) werd hij op basis van een enquête in de gezondheidssector door de Standaard en de Artsenkrant uitgeroepen tot de belangrijkste juridisch adviseur in de Belgische gezondheidszorg.

Bron: [www.dewallens-partners.be](http://www.dewallens-partners.be)

### **Deze wet kent enkel schadevergoeding toe aan wie het slachtoffer is van abnormale schade. Wat moeten wij hieronder verstaan?**

Een schade is volgens de wet abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het gaat hier bijgevolg om schade die met aansprakelijkheid nog weinig te maken heeft, maar enkel met het noodlot, het fatum. Zo komt ook schade die voorkomt uit een natuurlijke verergering van de gezondheidstoestand van de patiënt evenmin in aanmerking voor vergoeding.

Wellicht zal het meeste discussie bestaan rond de invulling van dit begrip abnormale schade. In het parlement werd daar al oeverloos over gedebatteerd. Uit die debatten blijkt dat de abnormale schade zich voordoet wanneer die schade zich niet zou hebben voorgedaan indien ze was uitgevoerd volgens de hoogste stand van de wetenschappelijk kennis en het hoogste niveau van uitvoering daarvan.

Abnormaal is de schade die een hoogleraar geneeskunde had kunnen vermijden, maar een landelijke huisarts niet omdat hij niet over de nodige technische middelen beschikt. De schade die de patiënt lijdt door de behandeling van die huisarts zal bijgevolg als abnormaal gekwalificeerd worden wanneer de hoogleraar die schade wel had kunnen vermijden.

### **Enige tijd geleden werd ik door een bevriend advocaat geconsulteerd. Na een nekingreep trad bij een patiënt op de recovery een verlamming op ten gevolge van een verplaatsing van de ingeplante kooi tussen de nekwervels met compressie van het ruggemerg als gevolg.**

**Dat de verlamming het gevolg was van deze verplaatsing werd door niemand betwist. Deze zaak sleept reeds enkele jaren aan want ook de expert, een collega neurochirurg, geeft geen uitsluitsel over de oorzaak van deze verplaatsing.**

### **Hoe zou een dergelijke casus in het licht van de nieuwe wetgeving behandeld worden?**

Indien deze casus zich zou hebben voorgedaan na 2 april 2010 dan zou de betrokken patiënt kunnen kiezen. Hij zou kunnen kiezen voor de klassieke gerechtelijke procedure en dan diende hij te bewijzen dat het ziekenhuis of één van de zorgverleners een fout had gemaakt bij het inplanten van de kooi waardoor de verplaatsing is veroorzaakt. Het was dan aan de betrokken patiënt om die fout of nalatigheid aan te tonen. Dergelijke bewijsvoering is vaak zeer moeilijk en soms is er dan sprake van een gedeelde aansprakelijkheid of van een verlies van een kans waardoor de patiënt een deel van de schade vergoed krijgt.

Indien de betrokken patiënt daarentegen zou kiezen voor vergoeding door het no-fault fonds dan dient hij eerst aan te tonen dat de schade voldoende ernstig is.

Dat wil zeggen een blijvende invaliditeit van meer dan 25% of tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens 6 maanden of een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van de patiënt. Of bij overlijden uiteraard.

Daarnaast zal de patiënt ook moeten aantonen dat er sprake is van abnormale schade. Opnieuw zal hier dus sprake zijn van een medische expertise. Alleen zal de expert zich niet moeten uitspreken over de vraag of iemand in de ketting van de behandeling een fout heeft begaan, maar wel of die schade vermeden had kunnen worden in de hypothese dat de patiënt in de meest optimale medische omstandigheden was behandeld geweest.

Als die verplaatsing vermeden had kunnen worden in een high-tech omgeving dan is er sprake van abnormale schade die vergoed kan worden door het fonds.

Bedankt voor dit gesprek!

Dr. Leo Verguts

# PVIS:

## PatiëntenVervoer Informatie

### Nieuwe softwaretoepassing ter ondersteuning van

**Reeds geruime tijd is het AZ Nikolaas gestart met de voorbereiding voor de informatisering van het intern patiëntentransport.**

**Het ziekenhuis opteerde hierbij voor de softwareoplossing van Diractive, PVIS = PatiëntenVervoer Informatie Systeem.**

Het intern patiëntentransport kan omschreven worden als het vervoer van (voornamelijk) gehospitaliseerde patiënten tussen de verschillende ziekenhuislocaties.

Dit vervoer kan per bed, brancard, rolstoel of te voet (onder begeleiding) gebeuren. Het patiëntentransport biedt ondersteuning aan de verpleegequipe op de verblijfsafdelingen, de medisch technische diensten en de poliklinieken door het brengen en afhalen van patiënten.

Op deze manier:

- wordt vermeden dat het verpleegkundig personeel van de afdeling de dienst moet verlaten, met meer kwalitatieve tijd voor de patiënt tot gevolg;
- wordt voorkomen dat belanghebbende diensten (medisch technische diensten, poliklinieken) nutteloos staan te wachten, permanente “bevoorrading” is een must.

Via de nieuwe softwaretoepassing, PVIS, dienen de aanvragende diensten een aanvraag tot transport in via een webapplicatie. De softwaretoepassing zorgt voor de dispatch van de aanvragen naar de transportmedewerkers, onder andere rekening houdend met de duur van de opdracht waarmee de transportmedewerker op dat moment bezig is en met de plaats waar de transportmedewerker zich bevindt.

De transportmedewerkers ontvangen deze aanvraag via GSM (via het draadloos netwerk) en voeren het transport uit. Op het moment dat de transportmedewerker start met de opdracht krijgt de aanvragende dienst via de draadloze telefoon een signaal dat de transportmedewerker(s) op weg is (zijn) naar hun dienst om de patiënt te komen afhalen.

#### **Aanvragende diensten (in hoofdzaak verpleegafdelingen en de dienst Spoedgevallen)**

- Een transport kan ‘definitief’ worden aangevraagd als afspraakdatum en –uur (bijgevolg ook transportdatum en –uur) op voorhand gekend zijn.

- Een transport wordt ‘voorlopig’ aangevraagd als afspraakdatum en –uur niet definitief vastgelegd zijn. Zolang een transport niet wordt geactiveerd (status voorlopig), wordt er geen transportmedewerker verwittigd en zal de patiënt dus niet afgehaald worden.
- Een dringende consultatie, onderzoek of operatie wordt vooraf telefonisch afgesproken waardoor dit transport als definitief kan ingevoerd worden in het systeem.
- Een overzicht van alle transporten is continu raadpleegbaar in PVIS met automatische update van de status van alle transporten.

#### **Uitvoerende diensten (in hoofdzaak poliklinieken, Operatiekwartier, recovery en Medische beeldvorming)**

- Na aanlog krijgen zij een overzicht van alle transporten die naar hun dienst werden aangevraagd, met onderscheid tussen voorlopig/definitief).
- Bij een ‘definitief’ transport hoeven geen acties uitgevoerd te worden.
- ‘Voorlopige’ transporten activeren, gebeurt door de uitvoerende diensten, zij dienen plandatum en –uur te wijzigen naar datum en uur waarop zij de patiënt op hun consultatie, operatie of onderzoek verwachten (= afspraakdatum en –uur).
- Na afloop, wanneer de patiënt terug mag vertrekken, vragen de uitvoerende diensten de retour van de patiënt aan via de retourknop.

De nieuwe softwaretoepassing is geen planningsysteem (afsprakenbeheersysteem). Idealiter wordt via dit systeem ‘een aanvraag gedaan voor transport’ op basis van een vooraf gemaakte afspraak.

Wanneer op voorhand een “definitief transport” wordt ingegeven, dan wordt dit transport onmiddellijk meegenomen in de pool van alle aanvragen. De dispatchfunctie zorgt ervoor dat de transportmedewerkers vooraf worden ingeschakeld zodat de patiënt op het afspraaktijdstip op de consultatie, op het Operatiekwartier, op het onderzoek,... is.

In de praktijk blijkt dat de gehospitaliseerde patiënten (en de respectieve diensten) niet altijd op de hoogte zijn wanneer zij op een consultatie, op het Operatiekwartier, op Medische beeldvorming,... worden verwacht.

# Stysteem

## intern patiëntentransport

Dit systeem vangt dit deels op door te werken met 'voorlopige' transporten. Eigenlijk wordt hier een voorlopige afspraak gemaakt en komen we toch in het domein van afsprakenbeheer terecht. Het nadeel is dat deze 'voorlopige' transporten nog niet meegenomen worden in de pool van alle aanvragen. Dit gebeurt pas op het moment dat het voorlopig transport op definitief wordt gezet door de juiste plandatum en/of het juiste planuur te registreren. Hoe later dit op definitief wordt gezet, hoe meer de kans bestaat dat de transportmedewerkers overboekt zijn, en dat de patiënt dus niet op tijd op de afspraak aanwezig is.

DUS... een pleidooi om alle consultaties, operaties, onderzoeken,... van gehospitaliseerde patiënten tijdig en op voorhand in te plannen.

Adelheid Dierickx  
Projectcoördinator  
adelheid.dierickx@aznikolaas.be

## Pensioen Dr. Daniël Devriendt - Dermatologie

Op 1 februari 2010 verliet dokter Daniël Devriendt het AZ Nikolaas - campus Hamme (Fabiolaziekenhuis), klaar voor een welverdiend pensioen.

Daniël Devriendt bouwde - naast zijn privépraktijk in Dendermonde - in het Fabiolaziekenhuis van Hamme een grote dermatologische en flebologische praktijk op.

Dr. Devriendt was, na een carrière van meer dan dertig jaar, een vaste waarde in het Fabiolaziekenhuis. Hij was graag in het Operatiekwartier en genoot zichtbaar van zijn werk. Dit was stimulerend voor ons allemaal. Hij was altijd even minzaam, vriendelijk en kalm in de omgang met collega's, verpleegkundigen en patiënten, maar ook zeer stipt, correct en punctueel in zijn werk.

Daniël, er is nu wat meer tijd voor uw dierbaren, voor de tuin en andere interesses, we wensen jou en je echtgenote het allerbeste. Het ga je goed!

Daniël, ad multos annos!

Dr. G. Defrancq  
Dr. J.P. Moeyersoons

# Kwaliteitszorg in de medische be

**Op 1 april 2010 werd de vernieuwde versie van het masterplan medische beeldvorming AZ Nikolaas aan de directie en raad van bestuur voorgesteld. Doelstelling is het aanbieden van een kwalitatief hoogstaande service in een patiëntvriendelijke setting en een vlotte communicatie naar alle betrokkenen.**

Dat is enkel mogelijk mits er aandacht wordt besteed aan alle facetten van de dienstverlening inclusief de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. Continue evaluatie ervan is absoluut noodzakelijk. Om een idee te hebben van de kwaliteit is het noodzakelijk om metingen uit te voeren. Dit gebeurt aan de hand van indicatoren. Een indicator is een meetbaar fenomeen, meestal als een getal uitgedrukt, dat een signaliserende functie heeft.

Kenmerken van een goede indicator zijn: specifiek, meetbaar, aanwijsbaar fenomeen, relevant, tijdsgelateerd (SMART). Kwaliteitscontrole en bewaken van de performantie moet gericht zijn op verbetering: wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing noodzakelijk.

Meestal kiest men als indicator een percentage of een ratio waarbij er een teller en een noemer is. Om betrouwbaar te werken moeten de nodige gegevens met zorg verzameld worden en moet men de juiste teller en noemer kiezen.

In de medische beeldvorming hebben wij te maken met drie specifieke factoren welke kunnen gebruikt worden om patiëntveiligheid en klantgerichtheid te meten; namelijk straling, gebruik van contrastproduct en wachttijd.

In samenspraak met de werkgroep medisch kwaliteitsbeleid (onder leiding van dokter Philip Nieberding) werden door de stuurgroep medische beeldvorming (dokter Frank Ramon, Dirk Van Vaerenbergh en Patricia Van Stichel) drie indicatoren geselecteerd in drie verschillende domeinen:

- 1. Operationeel, klantgericht** naleven van afspraken:
  - a. Bepalen van het tijdsverloop tussen afspraak voor echografie en start onderzoek.  
Streefdoel: verhogen afgesproken dienstverleningsniveau.
  - b. Bepalen van het tijdsverloop tussen de aanvraag van een onderzoek bij een spoedpatiënt en de start van het onderzoek.  
Streefdoel: vastleggen van een standaard voor afwerken individuele onderzoeken bij spoedpatiënten.
- 2. Patiëntveiligheid:** Veiligheidsgebruik van IV contrastmiddelen.
  - Nagaan van het aantal contrastextravasaties.  
Streefdoel: vermijden van extravasatie-incidenten.
- 3. Klinische performantie:** optimalisatie stralingsdosis.
  - Nagaan van door de patiënt ontvangen stralingsdosis bij conventioneel RX-onderzoek van de lumbale wervelkolom.  
Streefdoel: toepassing ALARA principe door gericht opleiding van verpleegkundigen/technologen met reductie scopietijd.

Na verzameling van de gegevens welke zullen genoteerd worden op een indicatorfiche, zullen de resultaten geëvalueerd worden en is eventuele bijsturing mogelijk.

Dr. Frank Ramon  
Medisch diensthoofd - Medische beeldvorming  
frank.ramon@aznikolaas.be

## Verkiezingen Medische Raad

Op 22 april 2010 werden verkiezingen georganiseerd voor het oprichten van de nieuwe medische raad. Dit is een belangrijk moment in elk ziekenhuis omdat hier bepaald wordt welke artsen de volgende drie jaar het volledige artsenkorps zullen vertegenwoordigen in de formele relatie ten aanzien van de beheerder van het ziekenhuis. Gezien het AZ Nikolaas officieel net geen 200 artsen heeft, bedraagt het aantal te verkiezen leden voor de medische raad 13. De medici kozen uit 19 kandidaten hun vertegenwoordigers.

De verkozenen zijn:

dr. Ballaux Dominique, dr. Covents Annick, dr. De la Meilleure Gino, dr. Dewaele Dirk, dr. Eeckhaut Bart, dr. Laurens Wim, dr. Mampaey Sam, dhr. Misitiaen Geert, dr. Nachtegaele Pascal, dr. Thiessen Frank, dr. Van Miegroet Peter, dr. Verduyssen Alex, dr. Zachee Benoit

Het bureau van de medische raad bestaat uit:

- dr. Laurens Wim, voorzitter
- dhr. Mistiaen Geert, ondervoorzitter
- dr. Thiessen Frank, ondervoorzitter
- dr. De la Meilleure Gino, secretaris

We houden eraan om alle leden van harte te feliciteren met hun mandaat.



# eldvorming

Algemeen	
Naam van de indicator	Gemiddelde geaccumuleerde stralingsdosis bij het conventioneel MBV-onderzoek van de lumbale wervelzuil per technoloog. Toestel Iconos full digital intermitterende scopie
Formule	Gemiddelde stralingsdosis van onderzoeken MBV LWZ per kwartaal/per technoloog (gemiddelde, mediaan, 1ste en 3de kwartiel over 3 maanden)
Eenduidige omschrijving van alle componenten van de formule	Som van de geaccumuleerde stralingsdosisen, uitgedrukt in mSv bij een patiënt tijdens het conventioneel onderzoek van de lumbale wervelzuil uitgevoerd door een welbepaalde technoloog.
Maatstaf (meeteenheid)	mSv (milliSievert)
Bijhorende succesfactor	Dosimetrie, curriculumgegevens technoloog (jaren ervaring in MBV en uren bijkomende opleiding)
Streefwaarden	
Streefwaarden jaar X+3	Te bepalen waarde < 75% onderzoeken < te bepalen waarde
Grenswaarde groen jaar X+3	
Grenswaarde oranje jaar X+3	
Grenswaarde rood jaar X+3	
Streefwaarde jaar X+1	
Grenswaarde groen jaar X+1	
Grenswaarde oranje jaar X+1	
Grenswaarde rood jaar X+1	
Brondata	
Welke brondata	Databank dosimeters
Wanneer gemeten?	Driemaandelijks
Grootte van steekproef t.o.v. populatie	Alle onderzoeken LWZ gedurende 3 maanden
Waar bewaard	Excel tabel
Verantwoordelijke verzamelen van de gegevens	Patricia Van Stichel, secretariaat MBV
Vorbereiding van de rapportering	
Verantwoordelijke verwerken van de gegevens	Patricia Van Stichel, secretariaat MBV
Voorstellingswijze van de gegevens	Distributiecurve (kwartielen, gemiddelde, mediaan) en tabel per technoloog
Rapporteren	
Welke vergadering	Werkoverleg dienst Medische beeldvorming
Verantwoordelijke voor het nemen van acties	Medisch diensthoofd Medische beeldvorming, dr. Frank Ramon
Frequentie van rapporteren	Driemaandelijks en jaarlijks in beleidsplan medische beeldvorming
Herzieningsfrequentie van de indicator	Tweejaarlijks

# Etude Merveil

## Vingeroefening in patiëntveiligheid

**Recent nam het ziekenhuis deel aan de Etude Merveil: Etude Multicentrique pour l'Evaluation de la ReVue des Erreurs et de leur Iatrogénie Liées aux Médicaments.**

**Dit is een hele mondvol om aan te duiden wat het objectief van de studie was: zoeken naar een methode om medicatiefouten op een structurele manier te objectiveren. Deze in oorsprong Franse studie, reikt een sjabloon aan om fouten te analyseren en verbeterpunten te detecteren.**

In het kader van de studie werden vier incidenten aan deze methode onderworpen. Het ging telkens over banale incidenten; het toedienen van medicatie aan de verkeerde patiënt, een foute toedieningswijze van een medicament, een bezoekend kind dat accidenteel de medicatie van de patiënt inneemt. Gelukkig bleven majeure verwikkelingen na elk van deze incidenten uit.

In een eerste stap wordt het verhaal gereconstrueerd op basis van de oorspronkelijke melding. De studie toont aan dat dit een zeer moeilijke opdracht is. Om de exacte toedracht van het incident te kennen, is het vaak nodig meerdere betrokkenen te onderwerpen of bijkomende documenten op te zoeken (bv. verpleegfiche, medicatieblad).

Op geen enkel ogenblik is het de inzet van dit onderzoek om een schuldige aan te wijzen maar wel om een duidelijk beeld te krijgen van de situatie. Bijvoorbeeld hoe druk was het op het ogenblik van het incident? Wanneer werden bepaalde opdrachten gegeven en hoe? Is men vertrouwd met deze medicatie op die dienst? ...

De eerste les die we uit deze analyses leerden, is: het is aarts-moeilijk om alle relevante gegevens bij elkaar te krijgen om een incident te reconstrueren, zelfs al lijkt die op het eerste zicht eenvoudig en duidelijk.

Eens het verhaal gekend is in al zijn facetten, wordt met een aantal mensen een verdere analyse gemaakt van alle factoren



die hebben bijgedragen tot het incident. Dit gebeurt op basis van een exhaustieve lijst van mogelijke factoren die allemaal afzonderlijk gewikt en gewogen dienen te worden. Zijn er bijvoorbeeld elementen eigen aan het product die een rol spelen? Is er iets mis met de procedures zoals ze gebruikt worden? Zijn er onduidelikheden in het voorschrift?...

In een aantal grote klassen van mogelijke oorzaken, wordt de zoektocht dan verfijnd tot men het eens is over een specifiek element. Bijvoorbeeld is het voorschrift betrokken, gaat het dan om de manier waarop het geschreven is, de dosis, de toedieningswijze,...

Het gebruik van het sjabloon dwingt de onderzoeker om na te denken over alle aspecten maar ook over de specifieke details die meegespeeld hebben in het tot stand komen van het incident. Hier leren we dat elk incident (hoe banaal het ook lijkt) nooit aan één oorzaak toe te schrijven is. Er spelen steeds meerdere elementen tegelijk.



# NIEUWE GEZICHTEN



## Dr. Ellen Van Aelst - Anesthesie

Vanaf **17 mei 2010** maakt dokter **Ellen Van Aelst** (° Deurne, 1978) deel uit van de dienst **anesthesie** van het AZ Nikolaas.

**Dr. Van Aelst** studeerde geneeskunde aan de **Katholieke Universiteit Leuven**, waarna zij zich specialiseerde in de anesthesie en reanimatie. Zij liep stage in het AZ Middelheim - Antwerpen, Gasthuisberg Leuven en Heart Hospital Londen.

Zijn de oorzaken gekend, dan moeten deze in een volgende stap tegen elkaar afgewogen worden. Stel dat men drie oorzaken A, B en C weerhoudt, dan dient A afgewogen te worden ten aanzien van B en C, en B ten aanzien van C.

Op die manier krijgt men een kwantitatieve beoordeling van de verschillende weerhouden oorzaken.

In de discussie gedurende stap 2 (analyse volgens sjabloon) wordt hiervoor uiteraard al de eerste basis gelegd. Het formeel afwegen van de oorzaken verfijnt en objectiviert dit proces verder. Finaal krijgt men een ranking van oorzaken met de belangrijkste oorzaak op de eerste plaats, maar ook de ondersteunende oorzaken blijven in beeld, wat van belang is voor de volgende stap.

Zo kan dan het belang van het checken van patiënt en medicatie als belangrijkste oorzaak weerhouden worden, maar zal de drukte op de dienst een zwaar beïnvloedende factor zijn.

Uiteindelijk moet deze analyse leiden tot actiepunten om in de toekomst vergelijkbare incidenten te vermijden. Hiervoor moeten we uitgaan van de geformuleerde oorzaken, naar graad van belangrijkheid. In het bovenstaande voorbeeld is het duidelijk dat een zorgvuldige check van medicatie/patiënt primordiaal is. Dit moet dan omgezet worden in specifieke richtlijnen die (a fortiori bij grote drukte) nauwgezet opgevolgd dienen te worden. Ook de haalbaarheid van de aanbevelingen dient getoetst te worden.

Elk van de vier incidenten heeft op die manier aanleiding gegeven tot verbeteracties. Deze worden geïnitieerd vanuit de Apotheek en worden dan betrokken in een opleidingscyclus in het

ziekenhuis. De incidenten en de analyse worden voorgesteld op het Medisch Farmaceutisch Comité, de hoofdverpleegkundigenvergadering en op de betrokken diensten zelf.

De sterkte van het systeem zit in de doorgedreven analyse van het proces zonder te zoeken naar individuele schuldigen. Het gebeurt immers uiterst zelden dat een individuele actie van een zorgverstreker aan de basis ligt van een incident. De oorzaken zijn meestal multifactorieel en gerelateerd aan een proces. Alleen door dit soort analyses te maken, komt men los van een cultuur die 'jumped to conclusions' en eerder personen dan systemen of processen in vraag stelt. Hoe omslachtig de techniek ook mag lijken, de toegevoegde waarde is zo groot, dat een vergelijkbaar systeem vaker zou moeten gebruikt worden.

Dr. Marc Geboers  
Medisch directeur  
[marc.geboers@aznikolaas.be](mailto:marc.geboers@aznikolaas.be)

In een ver tweetalenland leefde eens een koning, Albertijn genaamd. Maar iedereen noemde hem de Grote Vriendelijke Koning. Hij had in het dagelijkse leven één moto. En daarmee toerde hij rond onder de mensen. Met opgepoetst blazoen en een lijfwacht discreet in de slipstream. Hij ging wel eens door het lint, maar nooit voordat hij het eigenhandig had geknipt.

Aan eindeloze vergaderingen had hij een hekel en soms droomde hij om zoals ieder burger met pensioen te gaan. De koning wist dat elke vergadering uitmondde in nieuwe vergaderingen. Waar teveel werd gepraat en te weinig geluisterd. De vergader-manie had in zijn koninkrijk dergelijke proporties aangenomen, dat hij zich wel eens afvroeg of er ook nog onderdanen aan het werk waren. Vooral die nieuwe querulant, Ward De Bever, werkte de koning op de zenuwen. Bij elke interpellatie bolde hij zich op in egestelling. Patstelling vond de koning. Zijn discours was gedreven, maar geïnspireerd door lokale wrevel en kleinburgerlijke besognes, en oversteeg zelden het vierjaarstijdvak waarin politici plegen te denken. De koning beseftte dat zijn vorstendom in de smeltkroes van volkeren niet eeuwig zou standhouden, maar sommigen gingen wel kort door de bocht. Op die eindeloze meetings diende de koning zich steeds vaker te excuseren voor een plaspauze en dat maakte hem humeurig.



De prikkelbaarheid van de vorst was ook de koningin opgevallen en zij beval de lijfarts een check-up. Op een borderline waarde voor PSA na, bleek die geruststellend. Er volgde nog een royale prostaatbiopsie. Gleason score 6 luidde het verdict. Dit medisch geheimtaaltje kon de koning niet geruststellen en hij ontbood drie Wijzen op het paleis. De eerste die aanklopte was professor B.I.S. Touri. *'Zegt U maar Tuur, Sire. U heeft mij bijtijds gecontacteerd. De as van het kwaad moet uitgeroeid worden.'* De koning schrok en dacht zijn stafchef Dobbelloebousch te horen, die niet ophield hem op de voordelen van een 'pre-emptive strike' te wijzen.

*"Mijn robot zal uw prostaat haarfijn disseceren."*

*'U doet de ingreep niet zelf?'*

*'Toch, toch, Sire, achter de schermen houd ik de touwtjes in handen.'*

Deze werkwijze klonk de koning vertrouwd in de oren.

*'Maar, Sire, ik moet wel waarschuwen dat de ingreep uw potentie kan schaden.'*

*'Mijn aanzien?'*

*'Nee, uw erectiele potentie.'*

Daar moest de professor geen tekening bij maken. Ook met blauw bloed functioneerden de gestelde lichamen klokvast.

De koning was nu benieuwd naar wat de volgende wijze, professor Cher Nobyl, zou voorstellen. De vrouwelijking van het beroep van Wijzen was de koning niet ontgaan. Wat zag zij er weer stralend uit. *'Sire, laat mij Uw prostaat behandelen met radiotherapie. Even efficiënt als heilkunde, zonder de risico's van een operatie.'*

*'De koningin zal dus tevreden zijn?'* opperde de koning.

*'Helaas zijn de bijwerkingen van radiotherapie vergelijkbaar met deze van een ingreep en is er, ook in ervaren handen, vijftig procent kans op blijvende ongemakken.'*

Als laatste was professor Lance Belang aan het woord. *'Gelooft U in sprookjes, Sire?'* Meewarig dacht de koning terug aan de tijd dat hij als troonpretendent naar de hand van de koningin dong en haar verlegen had gevraagd *'Wil jij met mij heersen?'*, waarop zij spontaan en teder *'Met man en macht'* had geantwoord.

*'Sire,'* vervolgde Lance Belang, *'uw prostaatprobleem is wijd verspreid onder uw mannelijke onderdanen. Asymptomatische maligne haarden in de prostaat treft men bij één derde van de vijftigplussers en bij meer dan de helft van de zeventigplussers. Maar slechts een enkeling wordt ziek en wij weten niet wie – één op vijftig – gebaat is met onze behandelingen. Dat deze laatste de levenskwaliteit benadelen staat als een paal boven water.'* De koning staarde peinzend voor zich uit. Het orakel van Celie had hem ooit ingefluisterd de problemen maar op te lossen wanneer ze zich voordeden.

*'Uw probleem is niet de prostaat, Sire, maar CVS. Chronisch Vergader Syndroom.'*

*'En is dat te behandelen?'* Een nauwelijks merkbare glimlach verscheen op Lance Belang.

Diezelfde dag nog verbood de koning – tot nader order - elke vergadering in het ganse land. Zowel plenaire als minder plenaire werden geschrapt. De onderdanen waren verbaasd en aanvankelijk was sprake van ontweningsverschijnselen voor kantoorgebouwen en restaurants waar kleine samscholingen plaatsvonden. Maar ook zo'n vluggertje verdween geleidelijk uit het straatbeeld. Ook de wetgevende Kamers kregen beperkingen opgelegd. Gedaan met de stortvloed aan wetten, ordonnanties en amendementen. Op filibusteren stond voortaan de doodstraf. Langzaam namen de burgers opnieuw, ieder in zijn job, hun verantwoordelijkheid op. En verscholen zich niet langer achter minimum normen en streefdoelen. Het land vaarde er wel bij.

En de koning? Die plaste nog lang en gelukkig.