

Infusie

6

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie • MRSA • Website diabetes • Infusie sprak met: Leen De Paepe • Medisch kwaliteitsbeleid • Van prikken naar slikken • Symposium medisch kwaliteitsbeleid • Het elektronisch voorschrift

Jaargang 2 - nr. 6
juni - juli - augustus 2009
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

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:

apr. Chantal Blancquaert
Marc Buts
dr. Luc Duinslaeger
dr. Kristine Dyckmans
dr. Philip Nieberding
dr. Bert Selleslags
apr. Francis Van de Velde
dr. Anne-Marie Verbruggen

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert
Natalie Nevelsteen
Neil Vancraeynest
Gaétan Van de Vyvere

Edito	3
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie	4
MRSA: preventie en controle door het team ziekenhuishygiëne	6
Zorgtraject & website diabetes	9
Infusie sprak met: Leen De Paepe	10
Paspoort	15
Agenda	15
Medisch kwaliteitsbeleid	16
Van prikken naar slikken	19
Symposium medisch kwaliteitsbeleid	20
Het elektronisch voorschrift	22
Column	24

Editio

Recent sierden enkele alarmerende berichten over de ziekenhuizen de covers van de kranten. Met de regelmaat van de klok worden onheilspellende berichten over de inherente risico's van een ziekenhuisopname de wereld ingestuurd. En het merkwaardige is dat deze berichten vaak vanuit de sector zelf vertrekken. Weinig bedrijfstakken zijn zo bedreven in het ondergraven van hun eigen credibiliteit als de gezondheidssector.



Marc Geboers
Medisch directeur

Deze gemedialiseerde berichtgeving loopt parallel met een toenemende aandacht van de overheid (zowel federaal als regionaal) voor onderwerpen als kwaliteitsbeleid, patiëntveiligheid, prestatie-indicatoren, ...

Het regent de laatste jaren initiatieven die aandacht vragen voor kwaliteit en veiligheid. Zijn we dan niet kwaliteitsvol en veilig bezig in onze ziekenhuizen? De zorgverstrekkers zullen hierop volmondig “ja, natuurlijk wel” antwoorden. Blijkbaar vindt de overheid dat het toch beter kan. Merkwaardig is in ieder geval dat in een sector waar men prat gaat op de wetenschappelijke onderbouw van de zorgen die men aan een patiënt geeft, er ontstellend weinig relevante cijfers zijn over de geleverde kwaliteit en veiligheid.

En cijfers kunnen we maar aanleveren als er op een goede en efficiënte manier relevante zaken worden geregistreerd (Meten is weten, weet u wel). Vanuit deze registraties kunnen dan analyses gemaakt worden die de zwakke plekken in het systeem aanduiden. En eens die gekend zijn, kan een plan tot verbetering opgestart worden.

Ook in ons ziekenhuis willen we de volgende maanden stappen zetten in dit traject. Binnen de medische beleidsplannen van de verschillende diensten wordt ook gevraagd naar klinische indicatoren. Het ziekenhuis sluit zich aan bij een initiatief als Navigator met als doel relevante gegevens te verzamelen die zowel ten opzichte van andere ziekenhuizen als ten aanzien van de eigen evolutie kunnen geïnterpreteerd worden. En samen met de artsen willen we in een stuurgroep deze initiatieven coördineren. Want: “Alles kan beter”. En “Alles moet beter” ... ten voordele van de patiënt.

Zorgtraject chronische nierin

Sleutel tot vroegtijdige samenwerking

Chronische nierinsufficiëntie wordt gekenmerkt door het geleidelijk wegvallen van de nierfunctie. Dit proces verloopt meestal asymptomatisch of gaat gepaard met zeer specifieke symptomen zoals vermoeidheid.

Hierdoor komen patiënten pas in een vrij ver gevorderd stadium bij de nefroloog terecht. Op dat ogenblik zijn er vaak al cardio-vasculaire complicaties opgetreden die hun weer slag hebben op de overleving van de patiënt eenmaal hij/zij in dialyse is. Bovendien is een correcte voorbereiding op nierfunctievervangende therapie dan niet meer mogelijk. Talrijke wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat tijdige opsporing en behandeling van chronische nierziekten de noodzaak tot start van dialyse kan uitstellen. Bovendien kunnen door tijdige adequate behandeling complicaties en hospitalisaties worden voorkomen waardoor kwaliteit van leven en overleving verbeterd worden. Ongeveer 5% van de Belgen lijden, vaak zonder het te weten, aan een nierziekte.

Patiënten met een chronische nierziekte zijn bij uitstek geschikt om baat te hebben bij een protocol waarin vroegtijdige actieve opsporing door de huisarts, tijdige verwijzing naar de specialist en goed gecoördineerde gemeenschappelijke opvolging met de huisarts als coördinator zijn opgenomen. Hiervoor werd door het RIZIV, in samenspraak met artsorganisaties en ziekenfondsen een zorgtraject uitgewerkt. Dergelijk “**zorgtraject**” beoogt een betere zorg van bepaalde patiëntengroepen met een welbepaalde chronische ziekte. Dit gebeurt via een contractueel afgesproken samenwerking tussen de patiënt, zijn huisarts en zijn geneesheerspecialist.

Opsporen van chronische nieraandoeningen gebeurt door het screenen van bepaalde **risicogroepen**; zijnde 55 plussers, diabetici, patiënten met arteriële hypertensie en/of cardio-vasculaire aandoeningen en personen met een familiale anamnese van erfelijke nierziekten. De screening bestaat uit bepaling van het serumcreatinine (sCr) met bijhorende geschatte renale klaring (estimated Glomerular Filtration rate of eGFR) en het detecteren/kwantificeren van proteïnurie of micro-albuminurie (zo afwezigheid van macroproteïnurie).

Inclusie in het zorgtraject kan gebeuren vanaf een GFR onder de 45ml/min/1,73m² volgens de vereenvoudigde MDRD-formule, 2x bevestigd met een tussentijd van minstens drie maanden en/of een proteïnurie van >1g/dag. Patiënten dienen ouder dan 18 jaar te zijn en niet dialyseedependent noch ge-transplanteerd.

Het **opvolgingsplan** bestaat ondermeer uit het opmaken van een risicoprofiel. Daarnaast dienen een aantal doelstellingen vooropgesteld met betrekking tot doorvoeren van ‘lifestyle changes’, verzekeren van regelmatige opvolging door huisarts en nefroloog, halen van therapiedoelen vooropgesteld door K/DOQI (2002), vermijden van nefrotoxische medicatie (of doorvoeren van dosisaanpassingen) en intraveneuze contraststof-toediening, opsporen en behandelen van complicaties, noodzaak vaccinatie tegen griep en pneumococci en voorbereiding rond nierfunctievervangende therapie (toegangswegen, Hepatitis B vaccinatie, predialyse uitleg).

Voor de patiënt zijn er een aantal **voordelen** waarvan het wegvallen van het remgeld voor raadplegingen bij huisarts en nefroloog in het kader van de nierproblematiek het belangrijkste is. Bovendien wordt er voorzien in de terugbetaling met remgeld (vroeger volledig door de patiënt zelf te betalen) van een dieetkundige en het gratis ter beschikking stellen van een bloeddrukmeter.

In de toekomst zullen er nog andere voordelen uitgewerkt worden, zoals het verkrijgen van bepaalde attestplichtige geneesmiddelen zonder administratieve last en aanpassing van het GMD bij de huisarts zodat het opvolgen en doorsturen van gegevens naar een trusted third party gemakkelijker wordt. Laboratoria worden aangeraden de eGFR automatisch weer te geven en een gestandaardiseerde dosagetechniek van het sCr te gebruiken.

Door **vroegtijdige screening** in de eerste lijn en indien noodzakelijk een snelle verwijzing naar de nefroloog, met daarna een gecoördineerde gezamenlijke opvolging lijkt dit zorgtraject een belangrijk wapen te zijn in de preventie van verdere nierfunctieachteruitgang bij chronische nieraandoeningen. De huisarts wordt naar voren gebracht als coördinator, doch de nadruk wordt gelegd op de voortdurende communicatie tussen de huisarts en de specialist. Bovendien verwachten we dat een betere structurele aanpak met de bijhorende financiële tegemoetkoming het ziekte-inzicht en de therapietrouw van de patiënt zal bevorderen. Predialysezorg zal vlotter verlopen en nood tot starten van nierfunctievervangende therapie zal kunnen worden uitgesteld.

Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, waarvan de start reeds herhaaldelijk werd uitgesteld, vooral omwille van de noodzaak tot verdere uitwerking van administratieve en praktische knelpunten, is nu dus officieel op de rails gezet.

sufficiëntie:

tussen huisarts en nefroloog



Op 1 juni werd van start gegaan met de **inclusie van patiënten** die voor het zorgtraject in aanmerking komen. Via een website, informatiemateriaal, overzichtsfiches en voorbeelden van zorgtrajectcontracten worden zorgverleners en patiënten door het RIZIV geïnformeerd. Ook wij zijn reeds gestart: huisartsen uit de regio werden geïnformeerd via infosessies en aan onze patiënten worden de voordelen van het zorgtraject uitgelegd, wat meestal een zeer opgetogen reactie teweegbrengt.

Bovendien is, voor ons als nefroloog, de wetenschap dat onze inspanningen nu meer in een structuur worden gegoten en er een grotere bewustwording wordt gecreëerd rond een potentieel stabiliseerbare problematiek, een erg motiverend gegeven. Wij zijn alvast enthousiast!

Meer informatie:

www.zorgtraject.be
info@zorgtraject.be



Dr. Kristine Dyckmans
Nefroloog
kristine.dyckmans@aznikolaas.be

Dr. Johan De Meester
Dr. Wim Laurens
Dr. Dirk Schepens
Nefrologen AZ Nikolaas

MRSA:

preventie en controle door het team

Multiresistente kiemen die zich verspreiden binnen het ziekenhuis kunnen de behandeling van een individuele patiënt ernstig verstoren. Tevens moeten we verhinderen dat een infectieuze patiënt, die opgenomen wordt, zijn ziektekiemen overdraagt naar anderen. We denken hier bijvoorbeeld aan RSV en rotavirus binnen de pediatrische populatie of aan Mycobacterium tuberculosis en Neisseria meningitidis in de algemene populatie. In dit artikel lichten we de activiteiten van het team ziekenhuishygiëne (ZHH) toe aan de hand van een gevreesde nosocomiale pathoëen namelijk MRSA.

Sinds 1960 is Methicilline resistente Staphylococcus aureus gekend als nosocomiale pathoëen. Strikte handhygiëne en gecontroleerd gebruik van antibiotica zijn twee efficiënte tools om de verspreiding van MRSA binnen het ziekenhuis te beperken. De netheid van de ziekenhuisomgeving is een even belangrijk aspect in de infectiepreventie. In al deze domeinen speelt het team ziekenhuishygiëne de hoofdrol.

Actieve surveillance van MRSA positieve patiënten

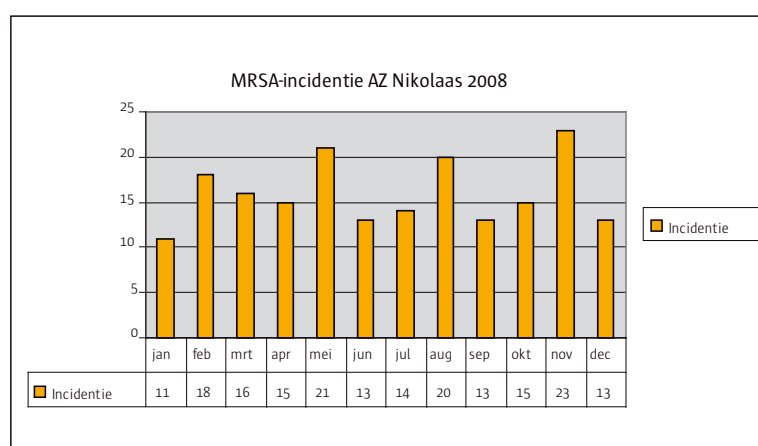
Als we alléén de klinische stalen evalueren missen we de helft van de MRSA gekoloniseerde patiënten. Het is belangrijk om de dragers van MRSA actief op te sporen. Het is daarom noodzakelijk specifieke kweken in te stellen van neus, keel en perineum op een selectieve MRSA bodem. PCR-testen bieden een sneller resultaat voor deze screening, maar hebben een hogere kostprijs. Ze zijn momenteel in ons ziekenhuis nog niet ingevoerd. Binnen AZ Nikolaas worden alle patiënten die tot de risicopopulatie behoren gescreend voor MRSA. Bij een positieve MRSA kweek of een positieve MRSA screening vertrekt een automatische mailing vanuit het LIS (laboratorium informatica systeem) naar de ziekenhuishygiënist. De juiste isolatierichtlijnen zijn terug te vinden in de procedure op intranet.

Patiënten die reeds drager waren van de ziekenhuiskiem worden bij opname geïsoleerd verpleegd tot de screening negatief is. Deze surveillance wordt ook nationaal gevoerd door de federale overheid en de gegevens van AZ Nikolaas worden hierbij verwerkt.

Het team ZHH verzamelt en verwerkt de lokale gegevens en dient deze in. De feedback van het Wetenschappelijk Instituut

Volksgezondheid leert ons om lokaal het MRSA beleid te verbeteren.

Maandincidenties MRSA - AZ Nikolaas - 2008



Opstellen van procedures voor alle ziekenhuismedewerkers

Deze procedures worden eerst opgesteld door het team ziekenhuishygiëne, in samenspraak met de direct betrokkenen (artsen, verplegenden, schoonmaak...) en in navolging van nationale of internationale richtlijnen. Na een interne evaluatie wordt dit ontwerp voor goedkeuring voorgelegd aan het comité ziekenhuishygiëne waarin ook de directie en een aantal artsen en apothekers vertegenwoordigd zijn. Deze gevalideerde procedure is daarna beschikbaar op intranet en wordt voorgesteld aan de directe doelgroep bijvoorbeeld de hoofdverpleegkundigen.

Opvolging van de implementatie van de bestaande procedures

Om na te gaan hoe deze procedures opgevolgd worden, gaat het team ZHH metingen uitvoeren die de implementatie toetsen aan de realiteit. In 2008 werden de patiënten uit woon- en zorgcentra gevolgd om te zien in hoeverre een MRSA screening gebeurde op de verpleegafdeling. Onze procedure bepaalt immers dat deze patiëntenpopulatie gescreend moet worden bij opname omdat ze een risicogroep vormen. De resultaten zijn voorgelegd op de hoofdenvergadering en bepaalde afspraken (bv. wie screent een patiënt die binnenkomt via de

ziekenhuishygiëne

spoedafdeling?) werden verduidelijkt.

Voor 2009 zijn er metingen gepland van het opnamebeleid, worden alle MRSA dragers wel opgenomen op een eenpersoonskamer tot de resultaten van de screening bekend zijn?

Nationale campagne handhygiëne

Contacttransmissie, primair via de handen van de zorgverleners is de belangrijkste oorzaak van overdracht van MRSA. Deze schakel van overdracht moet dus absoluut doorbroken worden als we het aantal MRSA infecties binnen AZ Nikolaas willen verminderen. Zelfs bij een stijging van de kolonisatiegraad in de algemene populatie kunnen specifieke isolatiemaatregelen de MRSA infecties beperken.

De richtlijnen voor handhygiëne geformuleerd door de **HOGGE GEZONDHEIDSRAAD** in 2009 moeten volledig opgevolgd worden door alle gezondheidswerkers. Dit document is wetenschappelijk onderbouwd en zeer duidelijk opgesteld. Handhygiëne maakt deel uit van de primaire patiëntenzorg.

Om dit doel te bereiken moeten er eerst enkele structurele voorwaarden vervuld zijn: een geschikte zeep en alcoholgel moeten beschikbaar zijn waar verzorgenden met patiënten contacten hebben, dus op de patiëntenkamers.

Het team ZHH heeft samen met de apotheek en aankoopdienst de beschikbare producten onderzocht. Het huidige product **Aniosgel 85 NPC** is als beste naar voor gebracht en wordt ter beschikking gesteld op de verschillende campussen. Dit product heeft als bijkomend voordeel dat het ook kan gebruikt worden in de operatiekwartieren voor de chirurgische handontsmetting. We kijken nu ook nog uit naar de plaatsing van **bijkomende houders voor deze handalcoholgel op strategische plaatsen**.

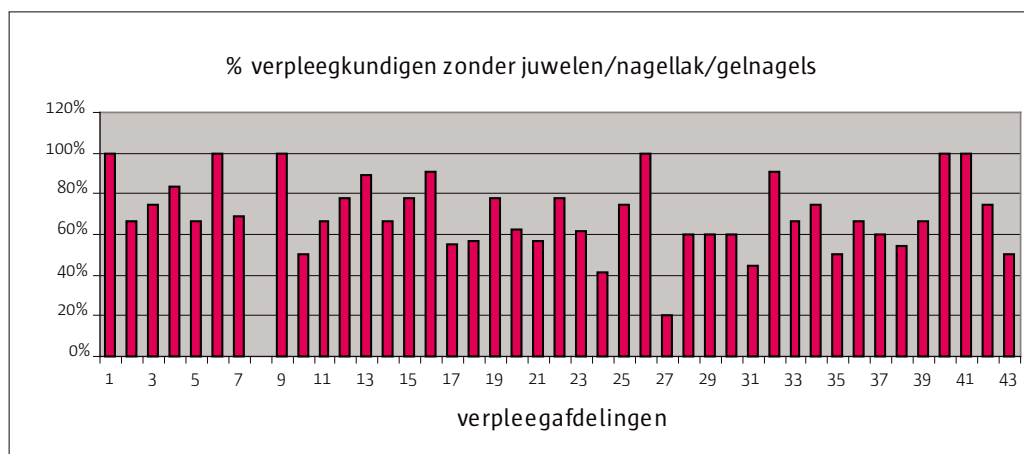
De nationale campagne handhygiëne werd in ons ziekenhuis opgestart op 16 oktober 2008 met een wetenschappelijke lezing door Mia Van de putte. Het campagnemateriaal werd verspreid en bijkomende opleidingen werden georganiseerd. De opvolging van handhygiëne gebeurt door een aantal metingen: een puntonderzoek op alle verpleegafdelingen voor wat betreft dragen van juwelen en korte ongelakte nagels, metingen van de navolging voor en na de campagne in enkele afdelingen, verbruik van de handalcoholgels.

Opvolging nieuwbouw en verbouwingen

Het staat vast dat ook de omgeving een rol speelt in de transmissie van MRSA. Een propere omgeving, in het bijzonder de oppervlakten die vaak aangeraakt worden door de verzorgenden zoals monitors, toetsenborden van pc's, telefoons,... is daarom essentieel. Het team ZHH voert jaarlijks puntmetingen uit om na te gaan hoe hoog de bacteriële contaminatie van de omgevingsoppervlakten is. Deze metingen worden in de eerste plaats gebruikt om de betrokken partijen te sensibiliseren dat netheid en omgevingshygiëne belangrijk zijn. De resultaten van dit **omgevingsonderzoek** worden besproken in het comité ZHH en meegedeeld aan de verantwoordelijken van de schoonmaak en van de verpleging.

Waar nodig worden de schoonmaakprocedures geëvalueerd in het team. Een interne controle van de schoonmaak is noodzakelijk gesteld. De producten voor reiniging en ontsmetting van meubilair en vloeren worden uitgebreid bestudeerd door het team. De gebruikswijze wordt aangeleerd aan schoonmaak en logistiek departement.

Omdat de omgeving een belangrijke rol speelt is het ook noodzakelijk dat de richtlijnen inzake inrichting van nieuwe diensten opgevolgd worden. De **nieuwbouwplannen** van de verschillende diensten in opbouw in AZ Nikolaas worden ook telkens besproken in het team. Opmerkingen worden geformuleerd, maar het blijkt niet altijd mogelijk om deze te integreren in de



uiteindelijke realisatie. Toch ben ik overtuigd dat een **goed gestructureerde omgeving** met de mogelijkheid om bijvoorbeeld MRSA dragers geïsoleerd te verplegen de verdere verspreiding van MRSA binnen het ziekenhuis kan stoppen. De transmissie van rotavirus op de afdeling pediatrie is volgens onze metingen onbestaande op de nieuwe goed gestructureerde verpleegeenheid. De ondersteuning van de hygiëne is op deze afdeling optimaal gebeurd, met voldoende eenpersoonskamers en voldoende gelegenheid voor handhygiëne. Bij meerpersoonskamers is het noodzakelijk om een minimale afstand tussen de patiënten te garanderen (bv. in de CDC guideline van 2007 wordt gesproken over minimaal 1 m). Zo kan men vermijden dat er direct contact is tussen de patiënten en dat bepaalde materialen door meerdere patiënten frequent aangeraakt worden. Ook een adequate bestaffing met verplegenden verzekert een betere opvolging van de hygiënepraktijken inclusief handhygiëne.

Antibioticabeleid

De incidentie en de verspreiding van MRSA binnen het ziekenhuis wordt ook beïnvloed door het correct en aangepast gebruik van antibiotica. Het team ZHH is daarom ook geïntegreerd in de **antibioticabeleidsgroep**. De surveillance van de actuele resistenties binnen AZ Nikolaas wordt hier opgevolgd en aangewend bij de keuzes weerhouden in het antibioticumformularium.

Besluit

De verspreiding van resistente kiemen in onze maatschappij (toename van MRSA dragers in de gemeenschap) vereist een verhoogde hygiëne binnen het ziekenhuis. De overdracht van de ene patiënt naar de andere gebeurt voornamelijk **via de handen van de artsen en de verplegenden (iedereen die direct contact heeft)**. Het juist naleven van de **algemene voorzorgsmaatregelen** en de **handhygiëne** zijn in dit kader van essentieel belang (zie procedures op intranet). Ook het naleven van de **procedure MRSA** zal deze overdracht beletten. Een snellere screening van de dragers is wenselijk. Bij de uitgebreide surveillance van MRSA patiënten merken we op dat in 2009 tot 77% van de gedetecteerde MRSA positieve patiënten in de voorbije 12 maanden in ons ziekenhuis verbleef.

We kunnen deze overdracht maar stoppen indien deze procedures professioneel nageleefd worden, en indien de nodige materialen en het nodige personeel aanwezig zijn. De MRSA-cijfers van AZ Nikolaas (cfr. grafiek fig.1) leren ons dat er nog veel ruimte voor verbetering is.

Team ziekenhuishygiëne:

Dr. Anne-Marie Verbruggen
Geneesheer ziekenhuishygiënist
annemarie.verbruggen@aznikolaas.be

Yvo Bories
Lieve De Bruyne
Krista Vandeweyer
Verpleegkundigen
ziekenhuishygiënist

Zorgtraject & website

diabetes

Diabetes is een ernstige aandoening die uitgebreide medische verzorging en opvolging vraagt, zowel door de eerste - als de tweedelijngeneeskunde. Cijfers vertellen ons dat het aantal diabetici in de loop van de komende tien jaar zal verdubbelen. Het aantal endocrinologen blijft echter beperkt.

De materie rond diabetes breidt in snel tempo uit met nieuwe orale antidiabetica en insulines. Regelgevingen in verband met terugbetalingen voor materiaal, aanvraagformulieren en de conventie vormen voor de huisarts stilaan een ingewikkeld kluwen.

Ook de paramedische wereld, nauw en noodzakelijk betrokken bij de verzorging van diabetici, is uitgebreid. Ze omvat diabeteseducatoren, thuisverpleegkundigen, referentieverpleegkundigen, podologen, gespecialiseerde voetverzorgers en diëtisten. Al deze ontwikkelingen maken het voor de huisarts bijna onmogelijk om volledig up-to-date te blijven.

Op initiatief van endocrinologe, dr. Kristien van Acker en in samenwerking met een huisartsenwerkgroep te Willebroek, kwam het **“step by step schema”**, voor de behandeling van diabetes type 2 tot stand. Daarnaast ontwikkelde het centrum voor huisartsgeneeskunde te Antwerpen voor de huisartsenkoepel Waasland een **sociale kaart diabetes**. Uw ondergetekende had op dat moment van de huisartsenkring Temse en de Huisartsenkoepel Waasland het mandaat gekregen om deze gegevens maximaal te benutten.

Het idee van een diabetesmap werd al snel vervangen door een **website**. Alle gegevens over diabetes zijn immers voorhanden in naslagwerken en op het internet. Deze, voor de huisarts relevante informatie, verzamelen en praktisch ordenen op een website, was de volgende opdracht. In samenwerking met dr. Peter Coremans en dr. Dominique Ballaux, endocrinologen van het AZ Nikolaas, evalueerden we verschillende malen de inhoud en de praktische uitwerking van onze website.

Het kind was geboren: www.huisarts-diabetestype2.be

Op deze website vindt u alle nodige informatie voor huisartsen met betrekking tot diabetes type 2. U hoeft geen wachtwoord of code in te voeren. Alles is praktisch en bondig geordend. Aanvraagformulieren kunnen afgedrukt worden en betrokken paramedici kunnen via deze weg gecontacteerd worden. Uitgebreidere informatie kan u terugvinden bij “nuttige links”. Wij zullen de website regelmatig updaten.

Zorgtraject

Recent is de overheid begonnen met het uitstippelen van zorgpaden en zorgtrajecten. Het zorgtraject diabetes zal zeer binnenkort van start gaan. Zal dit voor de huisarts een meerwaarde en een vereenvoudiging betekenen?

Onze website wordt ondertussen ook geëvalueerd en bijgestuurd door een deskundige op dit gebied. Misschien zit hier muziek in voor toekomstige projecten.

Wij hopen en proberen de huisartsen van het Waasland met onze website een dienst te bewijzen. Wij willen met dit project ook de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijngeneeskunde bevorderen.



Dr. Bert Selleslaga
Huisarts

Mede namens het bestuur
van de huisartsenkoepel Waasland

Infusie sprak met...

Leen De Paepe

De kwaliteit van de gezondheidszorg doorgelicht

Vanuit de verschillende Federale en Vlaamse overheidsdiensten werden de voorbije jaren al diverse initiatieven opgestart die de kwaliteit van de verstrekte medische zorgen en patiëntveiligheid binnen de Belgische ziekenhuizen in beeld trachten te brengen.

In 2003 werd door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KUL onder leiding van professor dokter A. Vleugels, professor P. Quaethoven en Leen De Paepe gestart met de ontwikkeling van een onafhankelijk indicatorsysteem "Navigator" genoemd, dat in januari 2004 geïmplementeerd werd. Infusie sprak met Leen De Paepe, coördinator van het Navigatornetwerk.

Welke opleiding hebt u gevolgd en sinds wanneer bent u werkzaam in het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap?

In 1995 ben ik afgestudeerd als sociaal verpleegkundige aan de Katholieke Hogeschool Leuven. Daarna ben ik gestart met een licentiaatsopleiding medisch sociale wetenschappen, optie zorgbeleid aan de KU Leuven. Na mijn studies ben ik in 1998 in het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) aan de slag gegaan als wetenschappelijk medewerker.

Op de website lees ik dat u werkt aan een doctoraatsverhandeling. Welk specifiek domein onderzoekt u?

Mijn onderzoek situeert zich in het domein van de kwaliteit van de zorg. Het doel van mijn doctoraat is de ontwikkeling van een bruikbaar instrument voor de continue en systematische bewaking van de kwaliteit van de zorg in de Belgische zorgorganisaties. Wij hebben hiervoor eerst een conceptueel kader uitgewerkt. Dit is toegepast in de ontwikkeling van het indicatorenstelsel Navigator dat geïmplementeerd is in algemene en psychiatrische ziekenhuizen en woon- en zorgcentra.

Heeft u Navigator zelf ontwikkeld of bestond dat reeds en hebt u het verder uitgewerkt en verfijnd?

Toen ik in 1998 aangeworven werd, maakten we gebruik van een Amerikaans indicatorsysteem 'Quality Indicator Project'. Dit was in feite een gelijkaardig instrument als Navigator. Het doel was om na te gaan of een dergelijk indicatorsysteem geïmplementeerd kon worden in Vlaamse ziekenhuizen. Dit was een kleinschalig project gesubsidieerd door de Vlaamse overheid waaraan zes ziekenhuizen deelnamen. Het liep parallel met het eerste kwaliteitsdecreet van de Vlaamse overheid waarin de ziekenhuizen expliciet werd opgelegd om met kwaliteitsindicatoren te werken. Vanuit deze ervaring en voorkennis zijn we, professor Vleugels, professor Quaethoven en ikzelf, in 2003 vertrokken om een eigen Vlaams indicatorsysteem te ontwikkelen en uit te bouwen. Sindsdien zijn er

uiteraard nog verbeteringen en verfijningen gebeurd. Het Navigatorteam van het CZV is intussen uitgegroeid tot vier wetenschappelijke medewerkers onder leiding van professor Vleugels.

Op wat focust u precies in uw doctoraat?

Aan de hand van een kwalitatief onderzoek hebben wij het gebruik en de gebruiksvriendelijkheid van Navigator nagegaan bij deelnemende instellingen. Gaandeweg is de focus enigzins verschoven. In het begin ging het hoofdzakelijk om de ontwikkeling van Navigator en het opvolgen en evalueren van de bruikbaarheid ervan bij directieleden en coördinatoren. Doordat we er nu reeds enkele jaren mee werken, staan we reeds een stap verder en kunnen we ook gaan kijken naar de eigenlijke zorgresultaten op basis van de gegevens die we in onze databank hebben verzameld. Nu kunnen we ook de waarde voor de zorgverleners (artsen, verpleegkundigen) nagaan.

Kunt u de werking van Navigator kort toelichten?

Navigator biedt een coherente set van indicatoren. Een indicator definiëren we als een meetbaar element van een bepaald aspect van de zorg dat een aanwijzing kan geven over de kwaliteit ervan en op die manier de gebruiker kan helpen om de zorg te evalueren.

Uit de totale set indicatoren kunnen deelnemende zorgorganisaties een keuze maken op basis van eigen prioriteiten, relevantie voor de organisatie en haalbaarheid van gegevensverzameling. Alle gegevens worden op maandbasis verzameld en vier keer per jaar doorgestuurd naar een geautomatiseerde databank, waarna ze na verwerking en analyse teruggekoppeld worden. Er is een snelle feedback: vijf dagen na de deadline krijgen deelnemers de informatie reeds terug zodat ze kunnen nagaan hoe het met de kwaliteit in een bepaald domein gesteld is, hoe de evolutie is ten opzichte van een vorige periode, hoe de verhouding is ten opzichte van andere ziekenhuizen enz.

Wij bewaken natuurlijk wel de vertrouwelijkheid van de gegevens en de anonimiteit van de ziekenhuizen. Wij organiseren de netwerking tussen de deelnemende ziekenhuizen zodat ze van elkaar kunnen leren, kwaliteit bespreekbaar kan gesteld worden en er samen gewerkt kan worden aan initiatieven voor de verbetering ervan.

Als Navigatorteam organiseren we de opleidingen, het overleg en de begeleiding van de deelnemers. Daarnaast organiseren we ook werkgroepen rond specifieke thema's, bv. valincidenten, overbevolking op de spoed-gevallendienst, patiëntveiligheid, benchmarking van de klinische kwaliteit op de afdeling voor intensieve zorgen, ... We starten met werkgroepen kindergeneeskunde en geriatrie.

Het netwerk is intussen uitgegroeid tot 54 algemene ziekenhuizen, 13 psychiatrische ziekenhuizen en 31 woon- en zorgcentra. De activiteiten van het netwerk en de bepaling van de strategie voor Navigator worden vastgelegd in overleg met de stuurgroep, bestaande uit afgevaardigden van deelnemende ziekenhuizen, en op basis van vragen uit de deelnemende ziekenhuizen.

In een aantal ziekenhuizen bestonden er reeds initiatieven om de kwaliteit en patiëntveiligheid te verbeteren en soms is er zelfs een wettelijke verplichting zoals bv. het comité voor ziekenhuis-hygiëne. In hoeverre was er nood aan een dergelijk project?

Navigator moet zeker niet tegenover bestaande en lokale initiatieven geplaatst worden, maar kan perfect passen in het intern kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Het is ook een goed instrument om te voldoen aan bepaalde wettelijke verplichtingen. De indicatoren van het tweede Vlaamse kwaliteitsdecreet zitten trouwens integraal in de navigatorset. Ziekenhuizen kunnen zelf hun thema's kiezen en daarvoor kan Navigator gebruikt worden.

Navigator is een wetenschappelijk onderbouwd instrument dat verschillende domeinen bundelt en op een systematische manier werkt om de resultaten van zorgprocessen op te volgen.

Verwacht u dat Navigator zal uitgroeien tot het universeel kwaliteitsinstrument voor alle ziekenhuizen?

Dat verwacht ik niet direct. We zien wel dat het aantal deelnemers spontaan groeit. Sinds januari van dit jaar zijn we trouwens ook over de taalgrens en in Luxemburg actief. In het verleden werd wel eens gesuggereerd om deelname



vanuit de overheid aan te raden, maar Navigator is een onafhankelijk instrument. Ziekenhuizen nemen op vrijwillige basis deel.

Is er enige vorm van overleg tussen het Navigatorteam en de overheid?

Er is geen systematisch of frequent overleg tussen ons en de overheid. Maar het gebeurt wel dat we informatie uitwisselen of als experts betrokken worden bij bepaalde ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en indicatoren. Ik wil echter wel benadrukken dat onze gegevens niet aan de overheid doorge-

geven worden. Bij het tweede kwaliteitsdecreet van de Vlaamse overheid hebben wij deelgenomen aan de expertengroepen voor de ontwikkeling van de indicatoren voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Bij de ontwikkeling van indicatoren voor Navigator houden we zoveel mogelijk rekening met wat ziekenhuizen al registreren of moeten registreren. We proberen onze registraties en definities daar zo veel mogelijk op af te stemmen zodat de gegevens voor twee doeleinden gebruikt kunnen worden. We kijken bijvoorbeeld naar de infectieregistratie voor het WIV of Helics, naar de registratie voor het Studiecentrum van perinatale epidemiologie. Voor de DRG-gerelateerde indicatoren kijken we naar de MKG-registratie enz.

Actueel werkt Navigator met meer dan 400 indicatoren voor de algemene ziekenhuizen. Is dit niet veel?

Ja, dat lijkt veel, maar het is een bewuste keuze geweest om ons niet te beperken tot een vooropgesteld aantal indicatoren. Het aantal indicatoren groeit ook nog.

Een indicator is een meetbaar element van een aspect van de zorg en wij hebben ervoor gekozen om zoveel mogelijk aspecten van de zorg met de indicatoren in beeld te kunnen brengen. Maar gebruikers kunnen vrij kiezen uit die hele set van indicatoren op basis van relevantie en haalbaarheid. De indicatorset is trouwens opgebouwd volgens een structuur van domeinen, deeldomeinen, indicatoren en zogenaamde subindicatoren.

Is het mogelijk om ze allemaal te volgen?

Er zijn gebruikers die ca. 100 indicatoren opvolgen, maar geen enkel ziekenhuis gebruikt ze allemaal. Voor een deel van de indicatoren kunnen gegevens gehaald worden uit de administratie van het ziekenhuis. Voor anderen is een specifieke registratie nodig.

De haalbaarheid van de registratie speelt zeker een belangrijke rol bij de te maken keuze. En dan is er ook nog het aspect van het daadwerkelijk bekijken en gebruiken van de feedbackrapporten. Navigator koppelt per kwartaal een rapport terug bestaande uit één A4-blad per indicator. Als je honderd indicatoren volgt, krijg je per kwartaal honderd bladzijden informatie terug. Daarnaast ontvangt iedereen een overzichtsrapport dat als doel heeft om in één oogopslag een beeld te geven van alle geïmplementeerde indicatoren door middel van smileys.

Zijn er bepaalde indicatoren belangrijker dan andere? Wat moet zeker onderzocht worden? Hoeveel indicatoren moet je minimum onderzoeken?

Je kan daar moeilijk een minimumcijfer op kleven. Ziekenhuizen moeten kiezen vanuit hun eigen prioriteiten en vanuit hun eigen mogelijkheden in verband met gegevensverzameling en feedback. In verschillende ziekenhuizen zijn bepaalde kwaliteitsproblemen reeds gekend waardoor men er bewust voor kiest daar specifiek aan te werken.

Elke deelnemende zorgorganisatie kiest vrij voor welke indicatoren en voor hoeveel indicatoren het gegevens wil verzamelen. Vanuit Navigator wordt niets opgelegd. We raden wel aan om niet met een te groot aantal indicatoren te beginnen opdat het haalbaar zou zijn voor een nieuwe gebruiker. Elk

kwartaal kan een nieuwe of bijkomende keuze gemaakt worden. Indicatoren hebben een signaalfunctie. Als men start met de basisindicatoren en de feedback wijst in een bepaalde richting, dan kan men verder gaan inzoomen op subindicatoren, waardoor men meer gedetailleerde informatie zal ontvangen. Het is een utopie om te verwachten dat de onderliggende oorzaak van bepaalde resultaten kan afgelezen worden uit de feedback. Deze geeft enkel een beeld, wijst in een bepaalde richting, De interpretatie ervan dient te gebeuren door de betrokken partijen.

In zijn multifunctionele boordtabel houdt het FOD rekening met veel minder indicatoren waaronder slechts zeven klinische. Is dit voldoende om een idee te hebben van de kwaliteit en patiëntveiligheid in een ziekenhuis?

Het is een kwestie van benadering. Bij Navigator hebben we bewust gekozen voor het aanbieden van een ruime set om zoveel mogelijk aspecten van de zorg in kaart te kunnen brengen.

De FOD heeft gekozen voor een beperkt aantal indicatoren. Het is belangrijk dat je als gebruiker weet dat het over een keuze gaat. Je kan niet zeggen dat je dé klinische zorg kan vatten aan de hand van zeven indicatoren. Dat kan trouwens de bedoeling niet zijn. De gegevens die de FOD terugkoppelt zijn afgeleid uit de MKG-gegevens. Het zijn indicatoren waar ze de gegevens al van hebben. Misschien heeft de beperktheid daarmee te maken. Sowieso is het bij het gebruik ervan belangrijk om in het achterhoofd te houden waar de gegevens vandaan komen. Of die zeven klinische domeinen voldoende zijn hangt af waarvoor. Voor alle disciplines kan je relevante indicatoren maken. En daarenboven zijn er nog de ziekenhuisbrede indicatoren die relevant zijn voor het intern kwaliteitsbeleid.

Moet je dan niet best eerst de ziekenhuisbrede indicatoren onderzoeken om een idee te hebben over de globale kwaliteit en veiligheid en je dan pas toeleggen op de meer specifieke klinische indicatoren?

Voor het management zijn de ziekenhuisbrede indicatoren waarbij er nog een onderscheid is tussen basis- en subindicatoren die meer detailinformatie geven waarschijnlijk het belangrijkste. Als eerste stap kan een gebruiker ervoor opteren de basisindicatoren op te volgen. Als er een signaal komt dat hij in ongewenste richting evolueert of dat hij zich niet gunstig verhoudt tegenover andere deelnemers, kan meer informatie nuttig zijn en kan het nodig zijn om het volgende kwartaal ook voor de subindicatoren gegevens te verzamelen.

Als je artsen wil aanspreken, is het belangrijk om hen te betrekken bij de keuze van indicatoren en om ook pathologie-specifieke of zorgspecifieke indicatoren te gebruiken.

Eén van de pijnpunten in het kwaliteitsbeleid is de betrokkenheid en interesse van de ziekenhuisartsen. Op welke manier kan die verbeterd worden?

Waarschijnlijk spelen verschillende factoren hierin een rol. Belangrijk is om de registratielast voor de artsen te minimaliseren. Artsen hebben immers al meer dan voldoende registratie en administratie te doen. We kunnen daarom pro-

beren om zoveel mogelijk gegevens uit bestaande databanken te halen. Daarenboven zou het kwaliteitsdenken geïntegreerd moeten worden in de artsenopleiding om hen er van bij het begin vertrouwd mee te maken. Het werken met indicatoren zou niet als een controle-instrument van de directie of de overheid mogen beschouwd worden.

Artsen zouden betrokken moeten worden in het management en bij beleidsbeslissingen in de organisatie waar ze werken. Het zou door de artsen zoveel mogelijk moeten gebruikt worden om de eigen zorg te bewaken en te evalueren. Als de overtuiging er is om aan kwaliteit te werken, kan dat een ruimer draagvlak krijgen via beroepsverenigingen en colleges van geneesheren. Dat is trouwens een piste die we bij Navigator nu ook proberen te volgen.

Artsen hebben er toch ook belang bij te werken in een kwaliteitsvolle omgeving en weten dat ze zelf ook goed werken?

Uiteraard en ik zou dat ook niet zo zwart-wit stellen. We merken vaak een terughoudendheid. Artsen weten niet goed waar de gegevens voor gebruikt zullen worden. Er moet duidelijk gemaakt worden dat ze dienen voor hun eigen kwaliteitsopvolging en niet gaan gebruikt worden tegen hen. Niettegenstaande we de gegevens niet naar de overheid doorsturen is er toch een wantrouwen dat dit in de toekomst toch gaat gebeuren. Maar laat het duidelijk zijn, we hebben met Navigator geen enkele intentie in die richting. Navigator is en blijft een product en een initiatief van het CZV.

Hoe wordt de huisarts in het kwaliteitsbeleid betrokken?

Momenteel is Navigator een specifiek instrument voor ziekenhuizen en woon- en zorgcentra. We werken met Navigator niet samen met de thuiszorg of de huisartsen en ik heb bijgevolg niet voldoende ervaring en deskundigheid om hierover uitspraken te doen.

De huisarts is wel de spilfiguur in de communicatie in verband met de continuïteit van de zorg. Hij speelt trouwens een belangrijke rol bij het correct doorverwijzen en de verdere opvolging na ontslag van de patiënt. Er is dus zeker ruimte om de huisarts te betrekken in het kwaliteitsbeleid.

Actueel werken er voornamelijk Vlaamse ziekenhuizen met Navigator. Waarom participeren er zo weinig Franstalige ziekenhuizen?

CZV is eigenlijk de voortrekker geweest van het werken met indicatoren in Vlaanderen. Eerst via het project gesubsidieerd door de Vlaamse overheid en vervolgens met de ontwikkeling en implementatie van Navigator in 2004. Daarenboven zijn Vlaamse ziekenhuizen ook via de twee kwaliteitsdecreten vertrouwd met het werken met indicatoren.

Via initiatieven van de FOD, merkten we wel een interesse van de Franstalige ziekenhuizen, maar initieel bestond Navigator enkel in het Nederlands.

Sinds 2007 zijn er gesprekken met Franstalige instellingen. Vooraleer er echter ook effectief kon gestart worden met de aansluiting door Franstalige zorgorganisaties moest er een Franstalige versie van Navigator, het handboek met de indicatorset, de software enz, voorzien worden. Er werd eveneens een

Franstalige coördinator aangeworven.

Sinds 1 januari 2009 zijn we effectief gestart met 18 algemene ziekenhuizen en 4 psychiatrische ziekenhuizen van de Réseau Santé Louvain (RSL), het ziekenhuisnetwerk van de UCL. Via de UCL-collega's worden andere Franstalige ziekenhuizen die vragende partij zijn voor deelname en die geen lid zijn van de RSL benaderd. We zien een groeiende interesse en niet alleen in Franstalig België, maar ook in Luxemburg en Frankrijk.

Is er een limiet aan het aantal ziekenhuizen dat kan deelnemen?

Neen, als het aantal ziekenhuizen toeneemt, zal het aantal gegevens in de databank groter worden en zal de teruggekoppelde informatie relevanter worden omdat de eigen gegevens kunnen vergeleken worden met een groter aantal ziekenhuizen.

Is er een beperktheid qua verwerking van de gegevens?

We hebben een contract met een softwarebedrijf (HIGIS) dat ook instaat voor de verwerking van de gegevens. Eventueel zullen we wel een krachtigere server moeten aankopen in de toekomst, maar ik voorzie hier toch geen probleem.

De informatie die wordt verzameld ligt gevoelig. Aan wie stel je ze ter beschikking? Stel dat je de gegevens openbaar zou maken, is er dan geen potentieel gevaar?

De informatie die via Navigator wordt verzameld, wordt vertrouwelijk behandeld en niet openbaar gemaakt. We stellen de informatie van een organisatie enkel aan die organisatie zelf ter beschikking. Op die manier krijgt ze een beeld van de eigen evolutie doorheen de tijd en is vergelijking mogelijk met de globale en geanonimiseerde gegevens uit de databank.

In vele landen worden dergelijke gegevens wel openbaar gemaakt. Ik weet niet zo zeker of dat vanzelfsprekend negatieve gevolgen moet hebben? Daardoor worden ziekenhuizen gemotiveerd om meer inspanningen te leveren om het beter te doen. Je moet natuurlijk zien welke informatie ter beschikking wordt gesteld en op welke manier. Zo'n ranking van ziekenhuizen op basis van gegevens die worden samengesteld kan gevaarlijk zijn. Misschien is er niet altijd een correcte interpretatie.

Ik denk toch dat het belangrijk is dat de maatschappij er weet van heeft, maar dat het op een correcte manier wordt weergegeven, maar dit is niet de bedoeling van Navigator. Het openbaar maken van dergelijke gegevens kadert in het thema van externe verantwoording waar ik mij liever niet verder over uitspreek omdat het niet tot mijn onderzoeksdomein behoort.

Er zijn de procesindicatoren zoals bv. de wachttijden op de spoed. Er is toch meer en meer een verschuiving naar klinische indicatoren. Kan u iets zeggen over de validiteit van die gegevens. Hoe kan je die bewaken?

We zien soms wel in de databank dat er zaken zijn die niet kloppen en daaruit kunnen we dan afleiden dat ziekenhuizen verkeerde gegevens doorgeven. Ziekenhuizen kunnen vrijwillig deelnemen. Gezien de anonimiteit en vertrouwelijkheid hopen we toch dat we op die manier aansporen om correcte informatie te bezorgen. Er zijn ook coördinatorenvergaderingen waar

dergelijke zaken kunnen besproken worden. Wanneer we ons echt vragen stellen bij de gegevens, zullen we het ziekenhuis ook zelf contacteren.

Er is ook een vrije keuze van indicatoren die een deelnemer kan volgen. Er zijn wel een aantal gegevens die uit de administratie gehaald kunnen worden, bv. het aantal keizersnedes, daar heb je in principe de gynaecoloog niet voor nodig, maar het is toch de bedoeling dat je naar de betrokkene gaat met de feedback. Het heeft geen nut om gegevens te verzamelen als je niet met de feedback gaat werken.

Er was al lang vraag naar klinische indicatoren, net om de artsen er meer bij te betrekken. Op vergaderingen van bepaalde werkgroepen, bv. omtrent de benchmarking van de klinische kwaliteit op de afdeling voor intensieve zorgen, worden er expliciet artsen uitgenodigd en ze zijn daar zelfs vragende partij voor.

Als u naar de validiteit van de indicatoren verwijst, is het antwoord dat we ons voor de ontwikkeling ervan baseren op literatuuronderzoek, EBM en praktijkrichtlijnen. De ontwikkelde indicatoren worden vervolgens voor enkele evaluatierondes doorgestuurd naar de specifieke specialisten. Op basis van hun feedback worden de indicatoren tenslotte op punt gesteld.

Er wordt reeds lang gediscussieerd over een no fault systeem. Zou dit kunnen bijdragen tot meer openheid?

Ik denk het wel. De patiënt heeft recht op informatie en moet beschermd worden maar dit geldt ook voor de arts. Je mag er toch vanuit gaan dat elke zorgverlener een kwaliteitsvolle zorg wil verstrekken. Niemand wil fouten maken en complicaties hebben.

Navigator bestaat reeds enkele jaren. Merk je een evolutie in de deelnemende ziekenhuizen? Is er een verandering in het bewustzijn en is er al iets tastbaar merkbaar?

Ik zie een enorm verschil. Tien jaar geleden was werken met indicatoren nieuw in de Vlaamse ziekenhuizen. Het was niet bekend. Nu geraakt kwaliteitstoetsing op dergelijke manier meer en meer ingeburgerd.

Ik stel ook vast dat er op basis van de feedbackinformatie ook doelgerichte acties gebeuren. Navigator en het werken met indicatoren in het algemeen lijkt nu integraal deel uit te maken van het intern kwaliteitsbeleid.

Verwacht u dat een dergelijk systeem van kwaliteitsindicatoren in de toekomst een weerslag zal hebben op de financiering van het ziekenhuis?

Navigator is daar zeker niet voor ontwikkeld. Wat de overheid van plan is, daar kan ik mij niet over uitspreken. Blijkbaar leeft wel de verwachting bij ziekenhuizen en ook bij artsen dat er iets in die richting zal bewegen.

Navigator zal hier niet voor gebruikt kunnen worden omdat wij heel sterk houden aan het principe van vertrouwelijkheid van de gegevens en anonimiteit van de deelnemers.

Toen u gestart bent met Navigator had u bepaalde doelstellingen. Is er een bevredigende evolutie?

Ja, er is heel zeker een positieve evolutie. Navigator groeit zowel inhoudelijk als qua aantal deelnemers. Navigator is een solide systeem geworden dat perfect kadert in de huidige bekommernis en doelstelling van de sector om kwaliteit en patiëntveiligheid te bewaken en te verbeteren. Organisaties werken ermee, zorgverstrekkers werken ermee en ook de artsen zijn op heden vanuit bepaalde disciplines vragende partij voor de ontwikkeling van relevante indicatoren. Ik kan die evoluties alleen maar als positief beschouwen.

Waar zou je binnen vijf jaar willen staan?

Ik zou Navigator graag zien bijdragen aan een permanente cultuur van kwaliteit en patiëntveiligheid. Bij bepaalde initiatieven is er nog te veel het korte termijn effect. De aandacht zou blijvend moeten zijn om continue aan de verbetering van de kwaliteit te werken.

Dr. Leo Verguts
Dr. Marc Geboers

Lustrumfeest Huisartsenkoepel Waasland

Op **zaterdag 12 september 2009** organiseert de huisartsenkoepel Waasland, naar aanleiding van hun 5-jarig bestaan, een wetenschappelijk symposium, gevolgd door een avondfeest.

Een persoonlijke uitnodiging voor dit evenement in de Verbeke Foundation in Kemzeke ontvangt u later nog, maar noteer alvast de datum in uw agenda!

Contactpersoon:

Dr. Jan Van Beveren
jan_vanbeveren@hotmail.com

NIEUWE GEZICHTEN



Dr. Nike Van Doninck - Endocrinologie

Dr. Nike Van Doninck (° Gent, 1977) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent waarna zij zich specialiseerde in de **inwendige ziekten en endocrinologie**.

Dr. Van Doninck liep stage in het **UZ Gent** en aan de **VU Amsterdam** - dienst endocrinologie, subspecialisme genderidentiteitsstoornissen.

Haar interesse gaat in het bijzonder uit naar **cardiometabole aandoeningen** (diabetes, obesitas, PCOS), **schildklierdysfunctie** (in het bijzonder tijdens de zwangerschap) en de **hypofysaire problematiek**.

Dr. Nike Van Doninck vervoegt dr. Dominique Ballaux en dr. Peter Coremans op de dienst **endocrinologie - diabetologie** van het AZ Nikolaas, waar ze mee zal werken aan de verdere uitbouw van de dienst door het aanbieden subspecialisaties en het uitwerken van zorgtrajecten.

Agenda

22 t.e.m. 28
juni

Week van de mantelzorg

12 september

Lustrumviering Huisartsenkoepel Waasland

21 oktober

Postgraduaat oncologie

24 oktober

Symposium 10 jaar palliatieve eenheid AZ Nikolaas

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website www.huisartsenkoepelwaasland.be onder de rubriek “navorming” en “kalender”.

Medisch kwaliteitsbeleid

Wat wordt verstaan onder kwaliteit en

Een zeer gangbare definitie van kwaliteit in de gezondheidszorg is deze van Avedis Donabedian: *“de mate van overeenkomst tussen de doelstellingen van de gezondheidszorg en de werkelijk verleende zorg”*. Zijn benadering is zeer verspreid geworden.

Hij maakt onderscheid tussen:

- 1. De structuur- of inputbenadering** houdt zich bezig met de vraag of de vereiste middelen aanwezig zijn om de patiënten adequaat te behandelen (om het gestelde doel te bereiken). Het gaat dan over personeel, infrastructuur en materiaal. In de Belgische gezondheidszorg wordt dit vertaald in de erkenningsvereisten voor ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, functies en zorgprogramma's. Deze beschrijven architectonische, functionele en organisatorische normen.
- 2. De functionerings- of procesbenadering** is de evaluatie van de mate waarin correct gebruik wordt gemaakt van de middelen en structuren en of de juiste technieken worden aangewend, met andere woorden is het behandelingsproces adequaat? Het voorbeeld bij uitstek is de medical audit waarbij nagegaan wordt of een diagnose of behandelingsproces volgens vastgestelde standaarden verloopt, bv. de correcte indicatiestelling voor een onderzoek, evaluatie van het middelengebruik bij een bepaalde pathologie enz.
- 3. De patiënt- of outcomebenadering** gaat na of de doelstelling bereikt is, of de behandeling tot het gewenste resultaat leidt, hetzij verbetering of stabilisatie van de toestand van de patiënt, hetzij genezing. Typische voorbeelden zijn hier mortaliteitsonderzoek, zoals perinatale sterfte, maternale sterfte en morbiditeitsonderzoek maar ook onderzoek naar neveneffecten van behandelingen, adverse events enz.

Om een idee te hebben over de kwaliteit van de structuur, het proces en de uitkomst 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 signalerende functie heeft. Wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing mogelijk. Indicatoren geven dus een aanwijzing over de mate van kwaliteit van een bepaald aspect van de gezondheidszorg. Meestal kiest men als indicator een percentage of een ratio waarbij er een teller en een noemer is. Om betrouwbaar te werken moet men de nodige gegevens met zorg verzamelen en de juiste teller en noemer kiezen.

De kijk van de overheid op de kwaliteit van de zorg.

Bij het van kracht worden van het **Vlaams Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen**¹ werd aan ziekenhuizen opgelegd om door zelfevaluatie aan te tonen hoe ze hun processen, structuren en resultaten bewaken, beheersen en voortdurend verbeteren.

Minimaal moet men aantonen hoe systematisch gegevens over de kwaliteit van zorg verzameld en geregistreerd worden om hieruit vervolgens kwaliteitsdoelstellingen te formuleren.

Periodiek moet zo de klinische - en de operationele prestatie in kaart gebracht worden, evenals de beoordeling van de organisatie door de gebruikers en de medewerkers. Voor het verbeteren van de klinische zorg kan gebruik gemaakt worden van een kernset van klinische prestatie-indicatoren die door de minister ter beschikking wordt gesteld.

Voor de selectie van de indicatoren werd uitgegaan van de kernset van klinische prestatie-indicatoren ontwikkeld door het **Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV)** van de KU Leuven (mei 2004) en van het **Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)** een project dat in 2004 ontwikkeld werd door het Regional Office Europe van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De belangstelling voor het resultaat van de zorg is de jongste jaren flink toegenomen ondermeer door grootschalig onderzoek naar de ongewenste gevolgen van de zorgverlening. Zo heeft het in 1999 gepubliceerde rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a safer Health System* wereldwijd reacties uitgelokt.

Ook de Belgische overheid heeft op dit thema ingespeeld en geeft ziekenhuizen de kans om met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een contract aan te gaan om aan kwaliteit en patiëntveiligheid te werken. In ruil voor financiering verbinden de deelnemende ziekenhuizen zich ertoe om met jaarcontracten stapsgewijs aan kwaliteit en veiligheid te werken.

AZ Nikolaas heeft in 2007 met de FOD zo een overeenkomst afgesloten. Eén van de voorwaarden uit het contract 2007-2008 was precies om aan te tonen hoe in de organisatie gebruik gemaakt werd van 'Patient Safety indicatoren' en de 'Multidimensionale en geïntegreerde feedback van ziekenhuisgegevens'. Deze teruggekoppelde gegevens worden geëxtraheerd uit de uitgebreide gegevensbanken waarover de federale overheid beschikt zoals de minimale klinische gegevens, FINHOSTA, de

hoe wordt het gemeten?

sociale balans en de jaarlijkse statistische ziekenhuisgegevens. Deze gegevens werden in de multidimensionale feedback gepresenteerd onder vorm van een ziekenhuisspecifieke synthesetabel en een globaal overzicht met nationale gemiddelden. Het laat toe zich als ziekenhuis te positioneren in het geheel.

Volgens het **Balanced Score Card model** wordt gewerkt met vier dimensies: de klinische performantie, de economische performantie, capaciteit en innovatie en patiëntgerichtheid. De aangereikte gegevens werden ook in het AZ Nikolaas kritisch bestudeerd en voor drie indicatoren per dimensie werden verbetertrajecten geformuleerd. De geselecteerde klinische indicatoren worden verder opgevolgd in de medische beleidsplannen.

Van cijfers naar kwaliteitsbeleid

Het omgaan met outputgegevens onder de vorm van indicatoren die extern worden aangeleverd of die het ziekenhuis zelf kiest, vraagt een beleidsmatige aanpak waarvoor verschillende managementmodellen ter beschikking staan. Courant is het **EFQM-excellence model**² dat beschrijft hoe vanuit resultaten t.a.v. patiënten, medewerkers en de samenleving, organisatiegebieden en processen kunnen bijgestuurd worden. Klinische performantie behoort tot de set kernresultaten van een ziekenhuis en moet leiden tot een kritische kijk op leiderschap, inzet van mensen en middelen en een doelgericht beleid en strategie. Processen kunnen beheerst worden door ontwerp en gebruik van klinische paden, de naleving van (praktijk) richtlijnen, het organiseren van medical audits of intercollegiale toetsing.

Typisch aan het streven naar kwaliteit is het cyclisch karakter van de verbetertrajecten. Telkens men een hoger kwaliteitsniveau bereikt heeft, kan men een nieuwe cyclus opstarten. Veelal gebruikt men de zogenaamde PDCA-cirkel, ook bekend als Deming-cycle, om een kwaliteitsproject te beschrijven. Waar bij de EFQM-benadering de focus ligt op de auto-evaluatie, ligt dit bij het kwaliteitssysteem volgens de ISO-standaarden op het proces en minder op het resultaat.

Alle stappen in het dienstverleningsproces worden gedetailleerd beschreven in documenten die gebundeld worden in een kwaliteitshandboek. Vooraf vastgelegde normen zijn hier belangrijk wat een veralgemeende toepassing in de gezondheidszorg in de weg staat. Sommige specifieke functies in

ziekenhuizen zoals apotheken, laboratoria en diensten voor medisch beeldvorming hebben wel een ISO-certificaat.

Medische beleid en externe audit

Ieder ziekenhuis wordt bij het verstrijken van haar erkennings termijn, in principe om de vijf jaar, bezocht door een auditteam van het Vlaams Agentschap Inspectie welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het medisch beleid en het kwaliteitsbeleid in het bijzonder worden getoetst aan de normen. Als leidraad gebruikt het team ondermeer het kwaliteitsdecreet, met aandacht voor de zelfevaluatie van de klinische performantie, een sterkte-zwakke analyse inbegrepen. Het verslag van de audit wordt beschreven in een auditrapport dat de sterke en zwakke punten in het vastgestelde beleid weergeeft. Deze externe kijk op de verleende medisch zorg geeft meteen impulsen om het beleid bij te sturen. In september 2008 werd in het AZ Nikolaas een dergelijke audit uitgevoerd.

Veel is momenteel te doen rond het systeem van accreditatie. Accreditatie is afkomstig uit de USA. In 1951 werd er door de medische beroepsorganisaties een eigen organisme opgericht: de **JCAHO**³. Deze stelde evaluatiecriteria op voor de verschillende medische specialismen alsook erkenningscriteria voor ziekenhuizen - voornamelijk van structurele aard, voor de administratie, de gebouwen, de verpleegafdelingen en de apotheek.

Ziekenhuizen konden aanvankelijk op vrije basis vragen om getoetst te worden aan de hand van deze criteria en zo een JCAHO-accreditatie als kwaliteitslabel verkrijgen. Sinds 1965 is deze accreditatie verplicht voor de financiering van zorgen aan Medicare- en Medicaid patiënten in ziekenhuizen. In 1975 wordt in de richtlijnen van de JCAHO het principe ingevoerd van kwaliteitsevaluatie binnen ieder ziekenhuis: iedere instelling dient zelf de nodige maatregelen te nemen om de kwaliteit van de zorgverlening te evalueren door vergelijking met algemeen erkende kwaliteitsnormen. Deze normen worden door de JCAHO gepubliceerd en geven gedetailleerd de gewenste organisatie van de verschillende departementen van het ziekenhuis weer (Accreditation Manual for Hospitals of accreditatiehandboek). Ziekenhuizen die niet aan de gestelde normen voldoen kunnen hun accreditatie (voorwaardelijk) verliezen of terugbetaling van verstrekte zorgen geweigerd zien. Bovendien worden de resultaten van de accreditatie nominatief publiek gerapporteerd.

Marc Buts
Kwaliteitscoördinator
marc.buts@aznikolaas.be

¹ 17 oktober 2003,
B.S. 10 november 2003

² European Foundation for
Quality Management

³ Joint Commission on Accreditation
of Health Care Organizations

⁴ Agence National d'Accreditation
et d'évaluation en santé

⁵ Nationaal instituut voor
Accreditatie van Ziekenhuizen

Frankrijk kent zijn **ANAES**⁴, Nederland het **NIAZ**⁵.

Typisch aan het accreditatietraject in Nederland is de toetsing door 'gelijken', de auditoren zijn mensen uit het werkveld. Ziekenhuizen stappen op vrijwillige basis in het traject door het indienen van een zelfevaluatie-rapport waarna al dan niet een werkbezoek plaatsvindt. Na afronding van het evaluatie-rapport wordt een accreditatiebewijs afgeleverd. Op basis van de punten uit het rapport wordt een actieplan opgesteld en uitgevoerd. Eén jaar na de aflevering van het accreditatiebewijs wordt de voortgang van dit actieplan afgetoetst.

Werken aan medische kwaliteit kan op steeds meer belangstelling rekenen, en niet in het minst van de betrokken beroepsgroepen zelf. Anderzijds komt er ook een stimulans uit de verzekeringsorganismen zoals bijvoorbeeld de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie van het RIZIV. Deze verstrekt informatie en aanbevelingen op basis van kritisch onderzoek door artsen zelf. Vanuit de wetenschappelijke wereld is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zeer actief. Dit centrum adviseert de overheid door de weg te wijzen naar een optimaal toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit rekening houdend met de groei aan noden en budgettaire beperkingen.

Pensioen Dr. Herman De Smet

Sinds begin mei 2009 heeft dr. Herman De Smet, na een loopbaan van veertig jaar, zijn activiteiten als neuroloog beëindigd in het AZ Nikolaas.

Dr. De Smet begon zijn carrière in 1969 in het toenmalige OCMW ziekenhuis te Dendermonde en het Fabiolaziekenhuis te Hamme, waar hij tot enkele jaren geleden als enige neuroloog werkzaam was. Tijdens consultaties was hij steeds vergezeld van zijn echtgenote, fungerend als een uitstekende assistente.

Dr. De Smet, clinicus van het zuiverste water, droeg bij het uitoefenen van zijn praktijk de klinische diagnostiek steeds hoog in het vaandel. Neurologie was in zijn beginjaren, wanneer van CT-scan en NMR nog geen sprake was, dan ook bij uitstek een klinische specialisatie. Zijn omgang met patiënten en collegae ging steeds uit vanuit een totaalbenadering van de mens achter de patiënt en getuigde van een bijzondere empathie, kennis en collegialiteit. Het was dan ook een waar plezier om met hem samen te werken.

In zijn vrije tijd ontwikkelde Dr. De Smet, als intellectueel pur sang, een zeer gewaardeerde kennis als organisator van exotische en culturele reizen. Tevens verzamelde (en verzamelt) hij verwoed antiquiteiten en bijzondere objecten waarvan ieder detail werd opgezocht en, op vraag, werd hierover uitgebreid gesproken. Herman is dan ook een uitermate begaafd spreker op talrijke seminaries, zowel op medisch- als kunstminnend vlak.

Het verder zetten van zijn privépraktijk te Dendermonde getuigt van zijn liefde voor het medisch vak. Daarnaast zal nu echter wat meer tijd vrijgemaakt kunnen worden voor zijn gezin en zijn lieve echtgenote.

Dank voor de samenwerking en het ga je goed Herman!

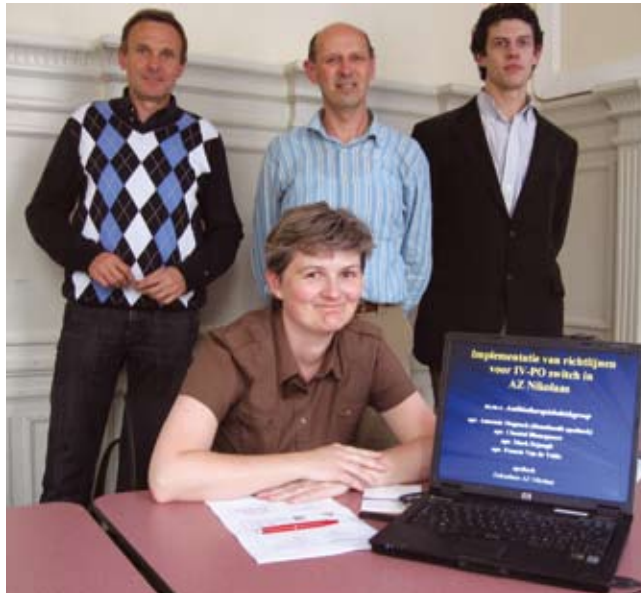
dr. Luc Duinslaeger

Van prikken naar slikken

Kan IV-PO switch zonder effectiviteitsverlies?

Op 27 april 2009 werd het project “**Van prikken naar slikken**” voor antimicrobiële middelen als activiteit van de antibiotherapie-beleidsgroep gelanceerd in AZ Nikolaas.

Sequentiële of switch therapie wordt gekenmerkt door een kortdurende parenterale (IV) therapie (twee tot drie dagen) gevolgd door een orale therapie met behoud van klinische effectiviteit. Hiervoor moet de patiënt aan bepaalde criteria voldoen. Zo mag er geen indicatie zijn die absoluut IV therapie vereist (zoals meningitis, endocarditis, ...). Verder moet er een significante daling ingetreden zijn van de inflammatieparameters (lichaamstemperatuur ($< 38^{\circ}\text{C}$), leukocytose en CRP) en mag er geen onverklaarbare tachycardie zijn.



Van links naar rechts: dr. Yvan Valcke, apr. Chantal Blancquaert, apr. Mark Dejongh, apr. Francis Van de Velde

Dergelijke vroege omzetting van IV naar PO therapie is efficiënt en resulteert bovendien - zoals blijkt uit wetenschappelijke studies - in een aantal voordelen voor de patiënt, de verpleegkundigen en het ziekenhuis.

Patiënt:

- groter comfort aangezien er geen infuus meer nodig is;
- mobiliteitstoename;
- verlaagd risico op complicaties zoals kathetersepsis, trombose, longembool;
- eventueel sneller ontslag uit het ziekenhuis.

Verpleegkundigen:

- minder tijd nodig voor de bereiding en toediening van perfusie.

Ziekenhuis:

- kostenbesparing door voorgenoemde voordelen voor patiënten en verpleging;
- lager gebruik van medische hulpmiddelen;
- minder ziekenhuisafval;
- lagere voorraad- en leveringskosten;
- reductie van laboratoriumkosten;
- lagere kostprijs van orale antimicrobiële middelen.

Dit project werd in AZ Nikolaas opgestart als klinische stageopdracht door apr. Francis Van de Velde (ziekenhuisapotheker in opleiding) onder begeleiding van apr. Chantal Blancquaert en apr. Mark Dejongh die dit project in de toekomst verder zullen opvolgen.

Meer informatie?

apr. Chantal Blancquaert: chantal.blancquaert@aznikolaas.be - tel. 03 760 75 27

apr. Mark Dejongh: mark.dejongh@aznikolaas.be - tel. 03 760 27 99

dr. Yvan Valcke: yvan.valcke@aznikolaas.be - tel. 03 760 23 46

Apr. Francis Van de Velde

Ziekenhuisapotheker
in opleiding

Symposium medisch kwaliteitsbeleid

Binnen het medisch departement werd begin 2009 een stuurgroep medisch kwaliteitsbeleid opgericht. Deze werkgroep wil in samenwerking met een aantal klinici en de kwaliteitscoördinator alle aspecten in verband met kwaliteitsbeleid, patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid binnen het AZ Nikolaas verder uitbouwen.

Om het globale medisch korps van bij de start bij dit project te betrekken, werd op 4 februari een minisymposium georganiseerd met volgende topics op het programma:

- 1. Veilig melden: theorie en randvoorwaarden**
dr. Luc Van Looy
medisch directeur AZ Sint- Augustinus - Wilrijk
- 2. Het gebruik van “bundels” in de preventie van ziekenhuisinfecties”**
dr. Paul Jordens
pneumoloog en ziekenhuishygiënist
van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Aalst
- 3. Praktische implementatie patiëntveiligheidsbeleid in een algemeen ziekenhuis**
mevr. Bea de Boozere
verantwoordelijke patiëntveiligheid Virga Jesse te Hasselt
- 4. “Veiligheid in de burgerluchtvaart”**
dhr. Frederic Lampens
luchtvaartpiloot.

Veilig melden: theorie en randvoorwaarden

Binnen het contract patiëntveiligheid met de FOD Volksgezondheid dienen de Belgische ziekenhuizen tegen 2012 te beschikken over een **veiligheidsmanagementsysteem** (VMS), waarin alle (bijna-)incidenten geregistreerd kunnen worden en waarbij tevens proactieve analyse van processen at risk mogelijk moet zijn, teneinde tijdig te kunnen voorzien in verbeteracties. Dit veronderstelt in eerste instantie evenwel een cultuur binnen het ziekenhuis, waarin iedereen bewust is van het risico op incidenten en bereid is mee te werken aan de melding van alle situaties waarbij de patiëntveiligheid mogelijk in het gedrang is of kan komen.

Daarnaast impliceert dit tevens de nood aan bescherming van de melder. Uit de opsomming van de toepasbare wetgeving bleek dat het huidig wettelijk kader momenteel onvoldoende ondersteuning biedt om een cultuur van veilig melden binnen de ziekenhuizen ten volle te kunnen uitbouwen. Gerelateerd

aan dit VMS dienen bovendien de bestaande overlegstructuren, zoals het Comité voor patiëntveiligheid, verder uitgebouwd te worden met toenemende participatie van artsen. Dr. Luc Van Looy toonde hoe een meldingsformulier binnen dergelijk VMS er in de praktijk kan uitzien en wat de randvoorwaarden zijn. Belangrijk hierbij is de classificatiemethodiek, de taxonomie van de Wereldgezondheidsorganisatie kan hier richtinggevend zijn.

Zorgbundels

Vervolgens lichtte dr. Paul Jordens het principe van de zorgbundels toe. Zorgbundels bestaan uit 3 tot 5 wetenschappelijk gefundeerde interventies, die wanneer ze samen worden toegepast, bewezen hebben de “outcome” van patiënten te verbeteren. Alle interventies dienen samen en op eenzelfde wijze toegepast te worden bij alle in aanmerking komende patiënten. Gedeeltelijke compliance staat gelijk met geen compliance. Het betreft een **alles of niets strategie**.

Reeds in december 2004 startte het IHI (Institute for Healthcare Improvement) in de VS de campagne “save 100.000 lives”. Tot de belangrijkste actiepunten behoorde de implementatie van een aantal zorgbundels, zoals postoperatieve wondinfectie, ventilator geassocieerde pneumonie, kathetergerelateerde sepsis, ... De zorgbundel postoperatieve wondinfecties (CATS) omvat volgende set van interventies: gebruik van clippers bij het pre-operatief ontharen, adequate chirurgische profylaxie (keuze, duur en tijdstip toediening antibiotica), glycemiecontrole dag 1 en 2 post-operatieve normothermie (bij colorectale chirurgie). En of het werkt? De eerste resultaten binnen gerenommeerde medische tijdschriften zijn in ieder geval veelbelovend, infectieratio's vallen na implementatie van zorgbundels terug tot 0%.

Implementatie patiëntveiligheidsbeleid

Als derde spreker lichtte Mevr. Bea de Boozere toe hoe men in het Virga Jesse ziekenhuis te werk gegaan is bij de implementatie van een patiëntveiligheidsbeleid. Gekaderd werd hoe men naar aanleiding van een near-accident een inhaalbeweging maakte in het bewustzijn van de **noodzaak van een patiënt-veilige cultuur** en hoe deze implementatie praktisch benaderd werd. Overlegkanalen en een meerjarenplanning dienden uitgewerkt te worden, teneinde een ziekenhuisbreed draagvlak te creëren. Voorbeelden van genomen maatregelen zijn: patiëntenidentificatiebandjes en een patiëntveiligheidskaart met ondersteunende richtlijnen die bij overhandiging aan de patiënt nader toegelicht werd door de afdelings-



**CATS Decrease
Surgical Site Infections**

Hair Removal:
If hair must be removed from the surgical site, clippers are the best option. **Never use a razor.**

Prophylactic Antibiotics:
Antibiotics consistent with national guidelines should be administered within 1 hour of incision time and discontinued within 24 hours, in most cases.

Normothermia:
Colorectal surgery patients should be normothermic (96.8–100.4° F) within the first hour after surgery.

Glucose Control:
Cardiac surgery patients should have controlled 6 a.m. serum glucose (≤200 mg/dL) on postoperative Day 1 and Day 2.

**Clippers
Antibiotics
Temperature
Sugar**

Additional information about reducing surgical site infections is available at www.medqic.org.



This material was prepared by Health Services Advisory Group, Inc. (HSAG), the Medicare Quality Improvement Organization for Arizona, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. www.hsag.com
Publication No: AZ-8SOW-1C-041206-01

verpleegkundigen. Cruciaal in het slagen van het opzet is dat het belang van patiëntveiligheid gedragen wordt door alle geledingen van het ziekenhuis: van medewerkers op de werkvloer, artsen,... tot de voltallige Raad van Bestuur.

Veiligheid in de burgerluchtvaart

De avond werd afgerond door dhr. Frederic Lampens, die veiligheid vanuit een totaal andere invalshoek toelichtte.

Binnen de burgerluchtvaart bestaat uiteraard reeds jaren een zeer sterk uitgebouwde cultuur met

betrekking tot **preventie, veiligheid en riskmanagement**. Naast operationele tools zoals uitgebreide procedures, checklists en veiligheidsprogramma's gaat tevens bijzondere aandacht naar menselijke factoren. Dergelijke gestructureerde aanpak werkt, het aantal ongevallen binnen de burgerluchtvaart is ondanks het continu toenemende aantal vluchten drastisch gedaald vanaf de jaren 70. Frappant is dat 2/3 van deze ongevallen toe te schrijven zijn aan de flightcrew. Determinerende factoren hier blijken het gebrek aan leiderschap, efficiënte communicatie en samenwerking.

Samenvattend kan gesteld worden dat het een boeiende en leerrijke avond was, waarin vooral duidelijk werd dat er nog een pak werkpunten resteren om het domein van medisch kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid ten gronde uit te bouwen binnen het AZ Nikolaas.

Wanneer we op een vliegtuig stappen, verwachten wij dat de luchtvaartmaatschappij en al zijn individuele medewerkers alle nodige maatregelen getroffen hebben om ons een veilige vlucht te garanderen. Dat dit het repetitief doorlopen van procedures, checklists, permanente trainingen in communicatie en leiderschap vergt, lijkt ons niet meer dan vanzelfsprekend. Eénzelfde attitude en cultuur uitbouwen binnen de ziekenhuismuren behoort tot de topuitdagingen voor de komende jaren. Luchtvaartmaatschappijen en ziekenhuizen hebben al minstens één essentiële factor gelijk, namelijk de klant/patiënt dient ten allen tijde centraal te staan.

Dr. Philip Nieberding
Medisch projectmanager
philip.nieberding@aznikolaas.be

Het elektronisch voorschrift: de online communicatie met de zieken

In de zomer van 2005 werd in het toenmalige AZ Waasland gestart met het elektronisch voorschrift.

De reden hiervoor was dubbel:

1. Voldoen aan de wettelijke normen

De apotheek mag enkel medicatie afleveren aan de hand van een voorschrift. Een naschrift is niet wettelijk.

2. Grotere patiëntveiligheid

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken is gebleken dat een elektronisch voorschrift het meest probate middel is om medicatiefouten te vermijden

Er werd gekozen voor het medicatiebeheerpakket van **Infohos**. Om de invoering ervan te begeleiden werd de cel "Medicatie-beheer" opgericht, bestaande uit een verpleegkundig middenkader, de kwaliteitscoördinator, een apotheker en een informaticus. Zij stonden in voor de opleiding van de toekomstige gebruikers (artsen, apothekers en verpleegkundigen) alsook voor de ondersteuning tijdens de eerste weken na de opstart van een afdeling.

In januari 2006 ging de afdeling V2 als eerste van start. Daarna volgden V3 en de afdelingen van campus Hamme: geriatrie, revalidatie en dagkliniek.

Momenteel worden de opleidingen gegeven aan de geriatrische afdelingen van Beveren zodat ze tegen deze zomer operationeel kunnen zijn.

Een multidisciplinaire toepassing: wie doet wat?

Artsen

Als voorschrijvers is het hun taak om de voorschriften in te brengen in het systeem. Verpleegkundigen kunnen een voorschrift voorbereiden (bv. bij opname van een patiënt) maar dit moet dan wel binnen de 24 uur door de arts gevalideerd worden. Aangezien het over een webapplicatie gaat, kan dit gebeuren via iedere pc in het ziekenhuis, maar ook vanuit privé-consultaties. Artsen die in associatieverband werken, kunnen voor elkaar valideren.

Dat de elektronische versie van het voorschrift heel wat meer **troeven** heeft dan zijn "papierene broertje" zal vooral voor artsen duidelijk zijn. Bij het opmaken van een voorschrift beschikt men immers over heel wat informatie betreffende het geneesmiddel. Zo zijn de bijsluiters direct consulteerbaar, ziet men onmiddellijk of het om een formulariumproduct gaat en kan men binnen een geneesmiddelen categorie op zoek gaan

naar het desbetreffende formulariumproduct. Wanneer men een attestgeneesmiddel voorschrijft verschijnt er onmiddellijk een venster waarin men het attest kan invullen.

Bij **heropname** van een patiënt zijn de vorige therapieën zichtbaar en heeft men de mogelijkheid om de voorschriften van de laatste opname te kopiëren en zo nodig aan te passen, wat een hele **tijds winst** betekent.

Voornamelijk op chirurgische afdelingen maakt men gebruik van sets die bestaan uit een reeks voorschriften. Deze zijn samengesteld op basis van bestaande klinische paden of staande orders. Aan de hand van enkele muisklikken wordt dan de volledige therapie voorgeschreven.

Doordat het ziekenhuis over een draadloos netwerk beschikt, kunnen wijzigingen in therapie reeds tijdens de artsronde via een laptop ingebracht worden.

Ook het steeds opnieuw voorschrijven van een geneesmiddel telkens wanneer men een nieuwe voorraad nodig had uit de apotheek behoort tot het verleden. Eens een therapie is ingebracht blijft deze geldig tot wijziging of ontslag. De levering uit de apotheek volgt automatisch.

Bij ontslag wordt een **ontslagbrief** gemaakt. Deze is uniform voor alle diensten die met het elektronisch voorschrift werken. Bij de aanmaak van dit ontslagdocument bestaat de mogelijkheid om terug over te schakelen naar de thuismedicatie. Verder kunnen er ook nog richtlijnen voor het verdere verloop van het therapeutische herstel (bv. datum controleconsultatie) toegevoegd worden.

In een volgende update van het pakket zullen de geneesmiddeleninteracties getoond worden. Verder werkt Infohos aan een module rond antibiotica, waardoor op termijn o.a. het motivatievoorschrift en de richtlijnen voor stepdowntherapie consulteerbaar zullen worden.

Apothekers

Dankzij het elektronisch voorschrift levert de apotheek af op voorschriften (die nu altijd volledig zijn qua dosage en posologie) in plaats van via naschriften. Bovendien hebben we nu ten allen tijde een **volledig overzicht van de therapie**. Twee maal per dag worden de nieuwe of gewijzigde voorschriften gedownload om door een apotheker gevalideerd te worden. Er wordt nagekeken of een product in het formularium beschikbaar is en zo nee of het kan vervangen worden, bv. bij thuismedicatie. We controleren of het oplosmiddel niet vergeten is en of het correct is. Bij twijfel in verband met posologie wordt contact genomen met de arts.

Pas nadat een voorschrift door een apotheker is **gevalideerd**

huisapotheek

kan het geneesmiddel afgeleverd worden. Alle medicatie wordt specifiek op naam geleverd voor een periode van maximum vier dagen. Op basis van toedieningen geregistreerd door de verpleegkundige op de afdeling zelf, daalt de specifieke stock en volgt er een nieuwe levering. De aanrekening gebeurt dus op basis van een toediening, waardoor de tarificatie ook veel correcter verloopt. Wanneer de therapie stopt of wanneer de patiënt ontslagen wordt, volgt er een retournota die aan de afdeling wordt bezorgd om de resterende medicatie terug te brengen naar de apotheek.

Doordat de medicatie nu op naam van de patiënt geleverd wordt is de inhoud van de voorraadkasten gereduceerd tot het niveau van een noedkast. In geval van een recall hebben we direct een overzicht van alle patiënten die het geneesmiddel nemen.

Verpleegkundigen

Ook voor de verpleegkundigen zijn de voordelen legio. **Het wegvallen van het talloze overschrijfwerk, met risico op fouten is waarschijnlijk het grootste pluspunt.** De voorschriften lopen immers door tot ontslag of wijziging en bij mutatie is het geneesmiddelschema direct oproepbaar op de nieuwe afdeling. Op chirurgische afdelingen verloopt de opname een pak vlotter door het gebruik van medicatieschema's. Hierdoor werkt iedereen uniform (met steeds de juiste dosage op het juiste tijdstip en in de juiste frequentie) en komt er **meer tijd vrij voor de echte patiëntgerichte zorg.**

Nadat de medicatie is klaargezet, wordt er met een medicatiekar en laptop getoerd om de geneesmiddelen toe te dienen. Eén enkele muisklik volstaat om het geneesmiddel te registreren als toegediend. Met een tweede klik kan een afwijking, bv. wanneer iets niet toegediend is, ingebracht worden. Bij deze afwijking kan een opmerking toegevoegd worden. Door middel van een handig kleursysteem valt deze afwijking duidelijk op. De toegediende medicatie is ook zichtbaar voor de artsen waardoor zij aanpassingen kunnen doen indien nodig. Aan de hand van de retournota van de apotheek blijft de gestopte medicatie ook niet nodeloos op de afdeling liggen. Tot slot kunnen in het pakket bepaalde rapporten worden gegenereerd. Zo kan tijdens de MVG-registratie onmiddellijk het rapport worden opgevraagd, wat eveneens een belangrijke tijds winst betekent.

Veiligheid en traceerbaarheid

Een andere belangrijke troef is de traceerbaarheid. Iedere gebruiker krijgt bij de opstart een log-in en paswoord, dat men uiteraard zo snel mogelijk moet wijzigen. Vooraleer men gegevens in het pakket kan opvragen dient men zich eerst in te loggen. Per soort gebruiker zijn de mogelijkheden afgebakend, die van de verpleegkundigen zijn verschillend van een arts. Iedere handeling wordt gelogd zodat steeds kan worden nagegaan wie welke wijziging/ingave heeft gedaan. Vandaar het belang om steeds af te melden wanneer men de werkpost verlaat. Tot slot is er ook een **noodprocedure** voorzien in het geval er een panne optreedt. Deze bestaat erin dat drie maal per dag een kopie van alle voorschriften wordt opgeslagen op een andere server. Wanneer medicatiebeheer uitvalt worden van op deze tweede server drukwerken aangeleverd zodat men ten allen tijde kan zien welke geneesmiddelen er moeten toegediend worden.

Met de verdere uitrol van het elektronisch voorschrift zet het AZ Nikolaas een belangrijke stap voorwaarts inzake patiëntveiligheid.

Apr. Chantal Blancquaert

ziekenhuisapotheker

chantal.blancquaert@aznikolaas.be

Een dag uit het leven van Trojka Peres



Het is twee uur 's nachts wanneer Trojka met krampachtige pijn wakker schiet en braakt. Eén uur later is ook haar man klaarwakker.

‘De dokter is momenteel niet bereikbaar’ meldt het antwoordapparaat, dat het zachte gesnurk ernaast feilloos wegfiltert. Dan maar hals over kop naar de spoed.

Il est cinq heures. Zoals de Parijse binnenstad nu ontwaakt, is er ook op de spoedafdeling een voortdurend komen en gaan. Centraal, op de Place de la Discorde, worden tentatieve diagnoses bediscussieerd en aangevochten. Er is hier veel blauw aanwezig. Mochten er opstootjes zijn.

Via de Champs Epuisés, waar familieleden uitgeput wachten op nieuws van geliefden, bereikt men het Hotel des Invalides. In kleine nissen liggen hier verkeersslachtoffers, die andere plannen hadden met de aanbreekende dag. De opstijgende alcohol dampen maken verdoving bij het hechten overbodig.

Een zijstraatje brengt je bij de Coin des Carottiers. Achter de gordijnen van de cabardouchkes stijgt gekreun uit. Hier heerst nog de illusie dat, hoe luider het gekerm, hoe sneller de hulp klaar staat.

Trojka ligt intussen op een brancard en ruikt de geur van koffie, die de spoedarts van dienst een wakkere indruk moet geven. Hij heeft net in een aanpalende onderzoeksruiimte een man onderzocht, die later zal blijken Shy-Drager syndroom te hebben. Voorlopig is het een man, die deze nacht vreemd gaat.

Maar is dat niet de kernopdracht van de spoedarts? Het ruwe onderscheid te maken tussen vreemd en banaal. De spoedarts hoeft geen gesofisticeerde diagnose te stellen. Maar moet de patiënt op het zorgspoor zetten, snel en kostenefficiënt. En moet, wanneer minuten tellen, de juiste levensreddende reflex hebben.

Of Trojka ook Nederlands praat? ‘Bischen’. Jean Marie Pfaff was in zijn beste Beierse accent beter verstaanbaar. Voorzichtig navragen leert dat ze al zes jaar in Sint-Niklaas op het Brugsken woont. Maar ook daar is de voertaal al langer niet meer het Nederlands. Het oude adagium van onze leermeesters: ‘Listen to the patiënt, for he is telling you the diagnosis’ blijkt alweer achterhaald. Dus is het wachten op laboresultaten en röntgenfoto’s om de diagnose te ontsluiten. En wachten is hier op de spoed tot een deugd verheven. Dit, in de wetenschap dat de tijd vele wonden heelt. Het mag dan ook geen wonder heten, maar sommigen staan op, nemen hun pet en gaan naar huis. Zij, die blijven, hopen, tegen beter weten in, op een korte en genadige passage naar kalmere oorden. Maar de spoed blijft de wachtafdeling bij uitstek. Wie van dienst is, is onvermijdelijk van wacht.

Trojka heeft intussen toenemende pijn en ziet bleek. De laboresultaten laten op zich wachten en de spoedarts aarzelt om op dit nachtelijk uur de cardioloog – oh neen, niet hij weer - thuis te bellen. Het delicate afwegen, hoe er zal gereageerd worden vanuit een diepe slaap op een onduidelijk verhaal en een twijfelachtige diagnose. Een getuigschrift in de diplomaatiese wetenschappen zou de spoedarts nu van pas komen, maar zit vooralsnog niet in het artsencurriculum.

De dag begint te krieken wanneer de laboresultaten op het computerscherm flikkeren. Geen twijfel. Een infarct. Een nieuw electrocardiogram toont uitgebreide schade. Haastig wordt een ziekenwagen opgetrommeld en gaat Trojka – via de spreekwoordelijke pechstrook – richting Middelheim, waar een cardiologisch interventieteam zal proberen de verstopte kransslagader te openen.

Elke patiënt blijft een uitdaging. En vaak een les in nederigheid. In die dagdagelijkse confrontatie is overleg en communicatie essentieel.

En ook perestrojka voor mijn vrienden van de spoed.

Dr. Francis Ruys