

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN: Cardiaal zorgtraject, check 2

### INSPECTIEPUNT

Naam	Algemeen Ziekenhuis Monica
Adres	Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen
Dossiernummer	682

### INRICHTENDE MACHT

Naam	MONICA
Juridische vorm	vzw
Adres	Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen

### UITBATINGSPLAATS

Naam	Campus AZ MONICA ANTWERPEN
Adres	Harmoniestraat 68, 2018 Antwerpen

### OPDRACHT

Nummer	O-2019-KULI-0027
Datum	9/9/2019

### VERSLAG

Nummer	V-2019-KULI-0033
Datum	11/9/2019
Datum laatste vaststelling	11/9/2019

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 11/9/2019 (9u00 – 11u00)
-------	---

# INHOUD

<b>Inhoud</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Toezicht door Zorginspectie	3
1.2 Inspectiemodel	3
1.3 Leeswijzer voor dit rapport	4
1.4 Inspectiebezoek	4
<b>2. Situering</b>	<b>5</b>
<b>3. Thema Personeel</b>	<b>5</b>
3.1 Medische permanentie voor het cardiaal zorgprogramma A	5
<b>4. Algemeen besluit</b>	<b>6</b>

# 1. INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid, en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de algemene ziekenhuizen (AZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

## 1.2 INSPECTIEMODEL

Het toezicht door Zorginspectie vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers, met name indicatoren en accreditatie.

- Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals meet de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be). Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken voor verbeteracties. Ook patiënten kunnen deze informatie gebruiken om, in overleg met een arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Meer informatie kan u vinden via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>
- Bij een ziekenhuisaccreditatie beoordeelt een externe organisatie in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. Ziekenhuizen kiezen vrijwillig of ze al dan niet voor accreditatie gaan.

Het toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit 2 onderling verbonden luiken: nalevings- en systeemtoezicht.

- Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen en richt zich op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht gaan we via onaangekondigde inspectie na of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt.
- Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem achter de geleverde zorg. Ziekenhuizen die vrijwillig in een accreditatietraject zijn gestapt, worden vrijgesteld van dit systeemtoezicht. Systeemtoezicht gebeurt steeds aangekondigd.

Binnen nalevingstoezicht toetst Zorginspectie de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid ([www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)). Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties.

Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. De eerste zorgtrajecten die geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016). Na afronding van elk van deze inspectierondes werd een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de inspectievaststellingen. Deze beleidsrapporten zijn te vinden op de website van Zorginspectie.

In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie het **cardiale zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar de volgende zorgprogramma's "cardiale pathologie":

- zorgprogramma cardiale pathologie A: cardiale basiszorg (o.a. behandeling van hartfalen, ritme-stoornissen, secundaire preventie hartziekten, ...)
- zorgprogramma cardiale pathologie P: pacemakertherapie
- zorgprogramma cardiale pathologie B (cardiale invasieve zorg) met deelprogramma's:
  - B1: invasieve, diagnostische cardiologie
  - B2: interventionele, niet-chirurgische cardiologie
  - B3: cardiochirurgie.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal **thema's** die de leidraad vormen voor de inspectie: **personeel, veilige omgeving, gestandaardiseerde zorg en communicatie**. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Per thema waren er bij de eerste inspectie (**check 1**) criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten werd tot een opvolginginspectie (**check 2**):

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Deze check 2 werd uitgevoerd na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) en is eveneens thematisch. Dit wil zeggen dat per thema de verbeterpunten die geleid hebben tot een check 2 opnieuw geïnspecteerd werden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen. Op <https://www.departementwvg.be/zorginspectie> is het volledige overzicht te vinden van de rode en oranje knipperlichten en van de elementen die in het bijzonder opgevolgd worden door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd tijdens check 1 en 2: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie zal plaatsvinden.

### **1.3 LEESWIJZER VOOR DIT RAPPORT**

Dit rapport bestaat uit verschillende hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en de situering van het ziekenhuis (hoofdstuk 2) volgen de thematische hoofdstukken waarvoor een check 2 gebeurde op deze campus. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betrokken eis(en) uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Op het einde van het verslag staat een besluit, dat weergeeft of de verbeterpunten die aanleiding gaven tot een check 2 opgelost zijn of niet.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op <https://www.departementwvg.be/zorginspectie>.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het toezichtdecreet WVG.

### **1.4 INSPECTIEBEZOEK**

Het gaat om check 2 van het cardiale zorgtraject.

## 2. SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het zorgprogramma cardiale pathologie volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Cardiaal Zorgprogramma A
- Cardiaal Zorgprogramma P
- D-bedden: 27
- C-bedden: 39

## 3. THEMA PERSONEEL

### 3.1 MEDISCHE PERMANENTIE VOOR HET CARDIAAL ZORGPROGRAMMA A

#### Gecontroleerde eis

De campus erkend voor het zorgprogramma A beschikt binnen zijn muren permanent over een ziekenhuis-geneesheer met de nodige deskundigheid om cardiale urgenties te herkennen, op te vangen en te stabiliseren. Deze intramurale permanentie voor het zorgprogramma A kan opgenomen worden door

- een arts (erkend cardioloog of internist) van het cardiale team,
- een specialist in opleiding voor inwendige of cardiologie,
- de arts die de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarneemt,
- de medische permanentie van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of van de functie voor intensieve zorg.

Deze artsen zijn aanwezig op de campus waar het zorgprogramma A erkend is.

Het medisch diensthoofd vermeldt de namen van de permanentieartsen in het kwaliteitshandboek.

Er is een erkende cardioloog of internist van het cardiale team oproepbaar voor het zorgprogramma A op de campus, TENZIJ de intramurale arts op de betrokken campus een erkende cardioloog of internist van het cardiale team is.

Eén van de artsen van de cardiale equipe van zorgprogramma A moet permanent oproepbaar zijn, derwijze dat hij/zij binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep, ter plaatse kan zijn. Het medisch reglement en de algemene regeling vermelden concreet wat verstaan wordt onder "kortst mogelijke tijd".

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie vervullen, waarvoor de fysieke aanwezigheid in een ziekenhuis vereist is.

Dit geldt ook voor de artsen-stagiairs.

Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentieartsen.

Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.

#### Werkwijze

De permanentie voor het zorgprogramma cardiale pathologie A werd gecontroleerd. De nominatieve wachtlijst werd opgevraagd en gecontroleerd voor de laatste week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of de namen van de permanentieartsen vermeld stonden in het kwaliteitshandboek (KHB) dan wel of deze permanentie-artsen werkzaam waren op een medische dienst van de campus.

Indien de permanentiearts voor het zorgprogramma A geen deel uitmaakt van de cardiale equipe, werd gevraagd naar de wachtlijst van de oproepbare specialist van het cardiale team van de bezochte campus.

Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben met aanwezigheid in het ziekenhuis.

#### Vaststellingen

Aantal gecontroleerde dagen	7
Aantal dagen in orde	7
Aantal dagen niet in orde	0

## 4. ALGEMEEN BESLUIT

De knelpunten uit check 1 die aanleiding gaven tot een check 2 zijn weggewerkt	Ja
--	----

#### Extra opmerking:

Hoewel de medische permanentie in functie van het zorgprogramma A voldeed, werd bij de controle van de permanentielijst van de dienst "Eerste opvang spoed" wel vastgesteld dat verschillende keren artsen stonden ingepland voor een permanentie (met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis) die langer dan 24 uur duurde. Voor de periode 1/9/2019 tot 18/10/2019 was dat 11 keer het geval: 3 permanenties van 30 uur, 1 van 32 uur, 6 van 36 uur en 1 van 48 uur.

Dit is in strijd met het eisenkader voor het zorgtraject van de internistische patiënt.