



**UZ
LEUVEN**

**KWALITEIT EN
PATIËNTVEILIGHEID
IN UZ LEUVEN**

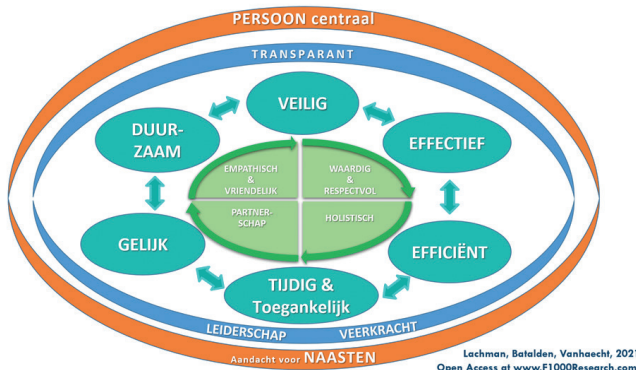
Kwaliteit in UZ Leuven: FlaQuM

UZ Leuven hanteert sinds 2022 het Flanders Quality Model, kortweg FlaQuM, een evidencebased kwaliteitsmodel dat in steeds meer Vlaamse ziekenhuizen wordt toegepast.

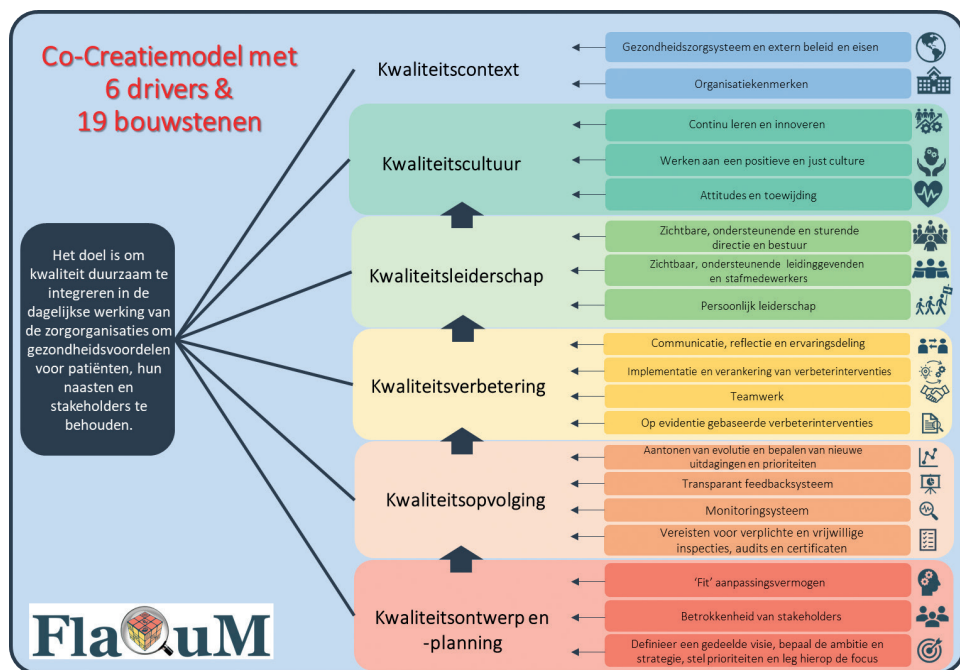
Voordien was JCI jarenlang de leidraad voor het kwaliteitsbeleid binnen UZ Leuven. De duidelijke richtlijnen van de Joint Commission International hielpen het ziekenhuis om grote stappen vooruit te zetten, in de eerste plaats op technisch vlak. Na vier JCI-visitaties was er in het ziekenhuis nood aan een nieuw kwaliteitsmodel op maat van de organisatie, dat ook aandacht heeft voor niet-technische aspecten van kwaliteit. Het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid ontwikkelde als antwoord op die nood het kwaliteitsmodel FlaQuM. UZ Leuven besloot, net als heel wat andere Vlaamse ziekenhuizen, om dit model als nieuwe leidraad te nemen.

15 FlaQuM-dimensies

Het FlaQuM-kwaliteitsmodel vertrekt vanuit een **gedeelde visie op kwaliteit**. Deze visie beschrijft aan de hand van 15 dimensies wat kwaliteitsvolle zorg betekent voor zowel de patiënten en hun naasten als voor de medewerkers.



Tegelijkertijd reikt FlaQuM een evidencebased leidraad aan in de vorm van het **cocreatiemodel**. Dat bestaat uit 19 bouwstenen, die het ziekenhuis concreet ondersteunen bij het vertalen, integreren en opvolgen van de kwaliteit in de dagelijkse werking. De verschillende bouwstenen hebben een impact op alle dimensies van kwaliteit: teamwork, leiderschap en cultuur, maar ook het meten van kwaliteit en het respecteren van wettelijke vereisten. Het FlaQuM-model legt geen nieuwe externe doelen op, maar biedt een kader om binnen het ziekenhuis de eigen doelen en ambities te bepalen.



Voor elke bouwsteen bepalen we hoe ver we al staan en welke **maturiteit** we willen bereiken. Zo worden **uitdagingen** en tekorten in kaart gebracht, die vervolgens via concrete projecten kunnen aangepakt worden om de ambities van het ziekenhuis stap voor stap te realiseren. Cocreatie is daarbij het sleutelwoord: samen bouwen we het kwaliteitsbeleid uit, stap voor stap en op maat van de organisatie.

Kwaliteit is van en voor iedereen

Kwaliteitsvolle zorg voor patiënten en medewerkers is vanzelfsprekend **niet enkel de opdracht van de dienst kwaliteit**. We bouwen het kwaliteitsbeleid uit in **samenwerking** met andere ondersteunende functies, diensten en raden. Ook jij speelt als medewerker van onze organisatie, ongeacht je functie, een cruciale rol.

Elke medewerker kan zijn steentje bijdragen als kwaliteitsambassadeur door de FlaQuM-principes toe te passen in zijn dagelijkse werk. Kwaliteit bestaat uit verschillende dimensies. Naast veilige zorg, staat UZ Leuven ook voor waardigheid en respect, een holistische aanpak, partnerschap, empathie en vriendelijkheid. Verder voeren we onze zorg uit op een veilige, efficiënte en effectieve manier, tijdig en met aandacht voor duurzaamheid.

Neem bijvoorbeeld deel aan overlegmomenten of werkgroepen rond kwaliteit en heb aandacht voor je persoonlijke voorbeeldfunctie. Ga uitdagingen aan vanuit een holistische visie en in partnerschap. Ga op een respectvolle, empatische en vriendelijke manier om met patiënten, naasten en collega's. Zo bouw je mee aan een open **kwaliteitscultuur** binnen UZ Leuven. Ook binnen het kwaliteitsbeleid willen we samen grenzen verleggen en ernaar streven om het elke dag een beetje beter te doen.

Kwaliteit en veiligheid: zes internationale richtlijnen

Binnen de patiëntenzorg zijn er zes richtlijnen die gelabeld worden als **'international patient safety goals'**. Deze zijn prioritair en absoluut noodzakelijk voor een veilige zorg.

- 1 Patiënten identificeren door middel van dubbele identificatie
- 2 Effectieve en efficiënte communicatie tussen zorgverleners
- 3 Verhogen van de veiligheid bij gebruik van hoogrisicomedicatie
- 4 Veilige heerkunde garanderen aan de hand van de time-out
- 5 Infectierisico verminderen door correcte handhygiëne
- 6 Valpreventie

Daarnaast zijn er nog een aantal bijkomende richtlijnen die noodzakelijk zijn om patiëntenzorg te realiseren die voldoet aan de kwaliteitsdimensies.

We verwachten dat elke zorgverlener in UZ Leuven deze richtlijnen toepast in zijn dagelijkse werk.

- 7 Evaluatie en dagelijkse opvolging van iedere patiënt
- 8 Veilige zorg voor kwetsbare patiëntengroepen en hoogrisicoprocedures
- 9 Naar een ziekenhuis met minder pijn
- 10 Correct informeren via informed consent
- 11 Omgaan met privacy en confidentialiteit
- 12 Een veilig medicatiebeleid
- 13 Preventie en controle van infecties
- 14 Melden van (bijna-)incidenten (PIMS)
- 15 Open en transparante communicatie na een patiëntveiligheidsincident
- 16 Werken met procedures en protocols
- 17 Wat te doen bij gevaar, brand en een reanimatie
- 18 Het belang van een goede infrastructuur

Al deze richtlijnen worden hierna kort toegelicht. De bijhorende procedures vind je op [Muzlidoc](#).

1 Patiënten identificeren door middel van dubbele identificatie

Correcte patiëntidentificatie is cruciaal voor een veilige patiëntenzorg. Het is dan ook belangrijk dat dit actief en bewust gebeurt. Incorrecte identificatie van een patiënt kan in ongeveer alle aspecten van de zorg voorkomen: bijvoorbeeld verkeerde identificatie van stalen waardoor geen of een verkeerde diagnosestelling bij de patiënt gebeurt; medicatie- of bloedtoediening die niet aan de juiste patiënt gegeven wordt; een ingreep bij de verkeerde patiënt ...

We streven er dan ook naar dat al onze patiënten op een juiste en eenduidige manier geïdentificeerd worden.

Patiëntidentificatie heeft altijd twee luiken:

- Wie is de patiënt die je voor je hebt?
- Komt het antwoord op deze vraag overeen met de identificatiegegevens die je ter beschikking hebt voor de geplande activiteit?

Veilige identificatie maakt altijd gebruik van **dubbele identificatiegegevens**. Dit betekent dat één identificatiegegeven (naam) niet voldoende is, maar er altijd een tweede uniek gegeven van de patiënt (geboortedatum, EAD-nummer ...) nodig is.

De gehanteerde dubbele identificatiegegevens zijn in ons ziekenhuis:

naam, voornaam én geboortedatum
of
naam, voornaam én EAD-nummer

Om te garanderen dat dit bij de patiënt in alle omstandigheden zo kan gebeuren, is het dragen van het identificatiebandje een noodzaak. In UZ Leuven werd het dragen van een identificatiebandje ingevoerd voor alle patiënten die naar het ziekenhuis komen voor een hospitalisatie of dagopname.

Kijk ook op [intranet/patientidentificatie](#)

2 Efficiënte en effectieve communicatie tussen zorgverleners

Een efficiënte en effectieve **informatieoverdracht** tussen zorgverleners bij een shift-wissel en bij een transfer van een patiënt, is noodzakelijk om de continuïteit van zorg te garanderen. Het elektronisch patiëntendossier (KWS / PDMS) is de bron waar alle nodige objectieve gegevens van de status van de patiënt in terug te vinden zijn. De briefing gebeurt dan ook aan de hand van het dossier. Wanneer dat niet mogelijk is, gebeurt de briefing aan de hand van de gestandaardiseerde methode van ISBARR. Zie ook de Muzlidocprocedure 'Handover bij shiftwissel en interne transfer'.

Medische orders met betrekking tot de behandeling van patiënten worden maximaal rechtstreeks door de arts opgenomen in het patiëntendossier. Wanneer er zich echter een probleem voordoet op een moment dat de arts niet aanwezig is, moet er telefonisch gecommuniceerd worden. Om te garanderen dat het order daarna volledig en correct kan uitgevoerd worden, wordt het principe '**noteer en herhaal**' gebruikt voor deze communicaties.

Hierbij noteert de zorgverlener het order of de boodschap onmiddellijk en herhaalt het dan volledig (identificatie patiënt, opdracht ...). Idealiter wordt de opdracht onmiddellijk genoteerd in het patiëntendossier. Er kan ook gebruikgemaakt worden van de hiervoor ontworpen post-its van het ziekenhuis.

Kijk ook op [intranet/noteerenherhaal](#) en op Muzlidoc (zoekterm 'handover bij shiftwissel en interne transfer')

3 Verhogen van de veiligheid bij gebruik van hoogrisicomedicatie

Geconcentreerde elektrolyten vormen een groot risico en geven daarom vaak aanleiding tot incidenten. Daarom moet met de allergrootste zorg worden omgegaan met de geconcentreerde elektrolytoplossingen.

Hoog geconcentreerde elektrolytoplossingen worden daarom maximaal geweerd op gewone verpleegafdelingen en kunnen enkel nog afgeleverd worden op individueel voorschrift.

Geconcentreerde elektrolytoplossingen worden eveneens afgeleverd in een verzegelde verpakking en voorzien van een waarschuwingsetiket. De specifieke verpakking wordt pas verwijderd net voor gebruik.

Daarnaast is het belangrijk om attent te zijn bij het omgaan met medicatie die gelijkaardig verpakt is of gelijkaardig klinkt van naam. Ook het toedienen van insuline, heparine en mogelijk toxische stoffen (bijvoorbeeld cytostatica) vraagt de nodige extra aandacht en er zijn dan ook specifieke richtlijnen uitgewerkt.

Kijk ook op Muzlidoc (zoekterm 'hoog risico medicatie')

4 Veilige heekunde garanderen aan de hand van de time-out

Het **time-out**proces heeft als doel om de communicatie tussen enerzijds de verschillende zorgprofessionals, anderzijds de zorgprofessionals en de patiënt, te verbeteren tijdens de verschillende fases van een ingreep of invasieve procedure (voor, tijdens en na). Zo willen we het risico op complicaties en incidenten verkleinen en de patiëntveiligheid verhogen.

Het uitvoeren van de de time-out gebeurt volgens de **surgical safety checklist** van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Artsen, anesthesiologen en verpleegkundigen in het operatiekwartier doorlopen dit proces samen en ieder draagt zijn verantwoordelijkheid. Als er geen volledige time-outprocedure plaatsvindt, kan de ingreep of procedure niet starten.

Deze procedure is van toepassing op elke chirurgische ingreep en procedure onder algemene of locoregionale anesthesie. Buiten de operatiezaal is de procedure ook van toepassing voor elke diagnose of behandeling waarbij de huid wordt ingesneden, waarbij weefsel of materiaal op chirurgische wijze wordt verwijderd of waarbij een diagnostische of therapeutische endoscopie wordt uitgevoerd.

Kijk ook op [intranet/timeout](#)

5 Infectierisico verminderen door correcte handhygiëne

Kruisinfecties worden het meest via de handen overgedragen. Ongewenste micro-organismen worden rechtstreeks of onrechtstreeks via de handen van de ene patiënt naar de andere overgebracht. Preventie van ziekenhuisinfecties begint dus met een doorgedreven handhygiëne.

Een goede handhygiëne is slechts mogelijk als handen en voorarmen vrij zijn van juwelen. De nagels moeten kort en goed verzorgd zijn. Nagellak en kunstnagels zijn niet toegestaan omdat ze een bron van besmetting kunnen zijn.

Door de grotere kiemreductie heeft het ontsmetten van de handen met handalcohol de voorkeur ten opzichte van het wassen met water en zeep. Bovendien is handalcohol overal beschikbaar, gebruiksvriendelijk en tijdbesparend. Handalcohol biedt ook een betere huidtolerantie dan water en zeep.

Wanneer wordt handalcohol gebruikt?

- vóór elk fysiek patiëntencontact
- na elk fysiek patiëntencontact
- vóór het uitvoeren van een aseptische/invasieve handeling
- na blootstelling aan lichaamsvochten, slijmvliezen of niet-intacte huid
- na contact met de directe patiëntenomgeving of patiëntgebonden materiaal

Kijk ook op [intranet/ziekenhuishygiëne](#)

6 Valpreventie

Valincidenten zijn een frequent voorkomend probleem binnen het ziekenhuis en dienen door hun hoge incidentie en mogelijke gevolgen ernstig genomen te worden.

Het aantal valincidenten verminderen kan pas als alle medewerkers aandacht hebben voor het risico op vallen bij patiënten. Algemene voorzorgsmaatregelen zijn heel verscheiden, maar kunnen door iedereen worden toegepast.

- telefoon, nachtkastje, belletje altijd binnen het bereik van de patiënt plaatsen
- wielen los meubilair (bed, zetel, rolstoel) indien mogelijk vastzetten
- verwijderen van obstakels en overtollig materiaal in kamer en gangen
- waarschuwingsbord plaatsen bij het schoonmaken (natte vloeren)
- aandacht voor gepast schoeisel bij patiënt: stevig, gesloten schoeisel met antislipzool
- aandacht voor infrastructuur op de afdeling: verlichting werkt, muursteun is veilig, vloer is droog, geen verhevenheden in de vloer ...
- plaats het bed van de patiënt in een aangepaste positie, zodat hij gemakkelijk in en uit het bed kan komen

Specifieke maatregelen om valincidenten te voorkomen, kunnen maar genomen worden als de patiënten met een verhoogd risico op vallen geïdentificeerd worden. Hiervoor komen in het assessment, dat binnen de 24 uur na opname moet worden afgenomen bij alle patiënten, ook enkele vragen die het risico op vallen weergeven. Bij een positieve screening van de patiënt (= verhoogd risico) dienen specifieke maatregelen te worden genomen en is systematische opvolging en herevaluatie nodig.

Kijk ook op [intranet/valpreventie](#)

7 Evaluatie en dagelijkse opvolging van iedere patiënt (assessment)

Evaluatie en herevaluatie van patiënten is een dynamisch proces dat iedereen – zowel artsen, verpleegkundigen en paramedici – dagelijks doet bij zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten. Het omvat onder andere het verzamelen van informatie over de actuele fysieke en psychosociale status van de patiënt en over zijn medische voorgeschiedenis, waarop dan een zorgplan kan gebouwd worden dat tegemoetkomt aan alle geïdentificeerde noden. De evaluatie van patiënten vormt bij uitstek een solide basis voor kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorg. Het initieel assessment van de patiënt gaat precies over een gestandaardiseerde basisevaluatie en de systematische opvolging van patiënten.

De scope van deze evaluaties is verschillend voor ambulante en gehospitaliseerde patiënten en omvat fysieke, psychosociale en economische parameters.

Voor gehospitaliseerde patiënten wordt de initiële evaluatie binnen de 24 uur van opname verwacht, gedocumenteerd in het patiëntendossier en beschikbaar gesteld voor iedere zorgverlener van die patiënt. Ook moet een standaardevaluatie beschikbaar zijn voordat een patiënt anesthesie/chirurgie ondergaat. Ook specifieke items zoals allergie, functionele status, pijn, voedingsstatus, valrisico, thuismedicatie ... worden geëvalueerd en patiënten met specifieke noden zullen geïdentificeerd worden. Ontslagplanning wordt al voorbereid vanaf deze initiële evaluatie. Na de initiële evaluatie wordt de dagelijkse opvolging verder gedocumenteerd in het patiëntendossier door de verschillende zorgverleners.

Kijk ook op [intranet/aop](#)

8 Veilige zorg voor (kwetsbare) patiëntengroepen en (hoogrisico-)procedures

De continuïteit van zorg voor alle patiëntgroepen is cruciaal om goede patiëntenzorg te garanderen.

Bepaalde patiëntengroepen vragen omwille van hun gezondheidstoestand, kwetsbaarheid of leeftijd extra aandacht tijdens de zorgverlening en/of tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Daarnaast gaan bepaalde medische activiteiten gepaard met extra risico's voor de patiënt.

Voor volgende groepen patiënten en/of procedures werd een globaal beleid geformuleerd met het oog op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

- spoedgevallendienst
- reanimatie door interne mobiele urgentiegroep
- transfusie van bloed en bloederivaten
- intensieve zorgen en neonatologie
- dialyse
- chemotherapie
- patiënten met een besmettelijke ziekte
- immuungedepriëerde patiënten
- vrijheidsbeperkende maatregelen
- oudere patiënten (geriatrie)
- personen met een handicap

- kinderen (pediatrie)
- terminale patiënten
- psychiatrische patiënten
- vrouwen in arbeid, het beëindigen van de zwangerschap
- patiënten met verhoogd risico op misbruik en mishandeling

9 Pijnmanagement

Bij ongeveer de helft van de patiënten die in een ziekenhuis verblijven, treedt pijn op. Het spreekt dan ook voor zich dat UZ Leuven zich inzet om pijn zo veel mogelijk te voorkomen en te verminderen.

Pijn is uiteraard een complex verschijnsel dat moeilijk te meten is. Iedere patiënt ervaart pijn immers op een andere manier. Er is voor hulpverleners dus een belangrijke taak weggelegd: het bevragen van patiënten over pijn en het aanmoedigen van patiënten om pijn te rapporteren, zodat de gepaste pijnbehandeling opgestart kan worden.

Een goede pijnbevraging houdt rekening met de leeftijd van de patiënt, de pijnintensiteit, de lokalisatie, de aard en de duur van de pijn. Om pijn bij patiënten meer systematisch te kunnen opvolgen, wordt verwacht dat bij elke gehospitaliseerde patiënt minstens twee keer per dag de pijn bevraagd wordt en de pijnintensiteit genoteerd wordt in het patiëntendossier. Standaard wordt de numerieke NRS-pijnschaal (0-10) gebruikt, maar voor bepaalde populaties bestaan aangepaste schalen (bv. gezichtjesschaal voor 4- tot 6-jarigen).

In UZ Leuven is een generisch pijnprotocol uitgewerkt voor de behandeling van pijn en dit voor zowel volwassenen als kinderen. Daarnaast bestaan dienstspecifieke pijnbehandelingen en bij complexe en of chronische pijnproblemen kan gespecialiseerd advies gevraagd worden bij het acute pijnteam (voor direct post-operatieve pijnproblemen), bij het palliatief supportteam (voor pijnproblemen bij palliatieve patiënten) of bij het LAC (pijncentrum).

Kijk ook op [intranet/pijnbeleid](#)

10 Correct informeren door informed consent

De patiënt heeft het recht om geïnformeerd te worden over zijn of haar gezondheidstoestand en de voorgestelde behandeling. De patiënt moet deze informatie krijgen **voor de opstart van een behandeling of ingreep** en moet op basis daarvan ook vooraf zijn toestemming geven.

Om aan deze voorwaarden te voldoen, moet er steeds een geïnformeerde toestemming of informed consent afgenomen worden. In UZ Leuven gebeurt dat door de arts. Daarbij is het belangrijk om erop toe te zien dat de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) op een begrijpelijke manier alle relevante informatie over de procedure, behandeling en onderzoeken krijgt en dat daarbij de voor- en nadelen, alternatieven en relevante risico's worden besproken.

Op basis van deze informatie kan de patiënt een gefundeerde mening vormen over de behandeling en beslissen om al dan niet toestemming te geven aan de behandelende arts om de betreffende behandeling uit te voeren.

Een informed consent is nodig voorafgaand aan:

- alle heelkundige ingrepen
- elke invasieve procedure die plaatsvindt buiten het operatiekwartier, zoals:
 - endoscopische procedures
 - IRCC-procedures
 - radiologische procedures met punctie
 - hoogrisicoprocedures (punctie, katheter in wervelkanaal, thoraxwand of abdomen)
- matige sedatie
- anesthesie
- toediening van bloed en bloedderivaten
- chemotherapie
- radiotherapie

Kijk ook op [intranet/informedconsent](#)

11 Privacy en confidentialiteit

Informatie en uitwisseling van informatie is essentieel in een multidisciplinaire omgeving waar veel verschillende zorgverstrekkers samenwerken aan het zorgtraject van een individuele patiënt. In die omstandigheden lijkt het evident dat vele personen toegang hebben tot het patiëntendossier en dat die toegang op een eenvoudige manier wordt geregeld.

Tegelijkertijd heeft iedere patiënt recht op privacy en moet deze op een absolute manier beschermd worden. Deze beide belangen lijken enigszins tegenstrijdig en toch moeten ze beiden optimaal verzekerd worden.

Elke arts en zorgverlener die een vermelding maakt in het dossier, dient duidelijk zijn naam te noteren. In het KWS gebeurt dit automatisch door het aanmelden via de gebruikersnaam.

In UZ Leuven is gekozen om een geïntegreerd medisch patiëntendossier maximaal elektronisch uit te bouwen en het KWS is erin geslaagd om dit op een ongeëvenaarde manier te realiseren. Een enorme hoeveelheid gevoelige informatie wordt zo ter beschikking gesteld. Eerder dan een restrictief toegangsbeleid te gebruiken dat interfereert met efficiënte patiëntenzorg, is gekozen om medewerkers toegang te geven in functie van hun professionele relatie met de patiënt. Dit betekent dat iedere zorgverlener heel bewust gebruik moet maken van de beschikbare informatie en slechts die gegevens mag inkijken die noodzakelijk zijn binnen het bestaande klinisch kader. Als er aanwijzingen bestaan dat hiervan wordt afgeweken, wordt dit in het logsysteem nagekeken en bestaan er duidelijke sancties als er een overtreding wordt vastgesteld.

We moeten ook aandachtig zijn voor het onvrijwillig vrijgeven van informatie, als gegevens mogelijk te bekijken zijn in ruimtes die toegankelijk zijn voor bezoekers van het ziekenhuis (bijvoorbeeld een openstaand computerscherm).

Het respecteren van de discretieplicht in UZ Leuven

De discretieplicht omvat het geheel van wettelijke, deontologische en ethische richtlijnen die dienen gerespecteerd te worden binnen UZ Leuven in het omgaan met medische en niet-medische gegevens over patiënten, collega's, bezoekers, ziekenhuizen waarmee UZ Leuven samenwerkt enzovoort. Het respect voor de discretieplicht gaat dus ruimer dan alleen het respect voor het medisch beroepsgeheim of de privacywetgeving. Het is de taak van alle medewerkers van UZ Leuven om de discretieplicht te respecteren.

Kijk ook op [intranet/discretieplicht](#)

12 Een veilig medicatiebeleid

Medicatie is een multidisciplinair gebeuren en houdt veel stappen in: duidelijke manier van selectie en aanvraag van medicatie, het correct en veilig bewaren, een veilige manier van voorschrijven, een goede registratie van medicatie, het opvolgen van effecten enzovoort. We lichten hier enkele belangrijke aspecten toe.

Bij het voorschrijven van medicatie door een arts is aandacht voor de meest geschikte medicatie en de correcte dosis noodzakelijk. Verder moet de arts bij het voorschrijven van medicatie ook attent zijn voor het opsporen en het genereren van de nodige waarschuwingen voor volgende aspecten:

- geneesmiddel-geneesmiddel interacties
- geneesmiddelinteracties met gekende allergieën van de patiënt of bij zwangerschap
- geneesmiddel-voeding interacties
- maximale dosissen en duplicatie van geneesmiddelen

Deze interactiemodules zijn volledig geïntegreerd binnen het elektronisch medisch voorschrift (EMV), met als doel een waarschuwing te tonen over de interacties en ernst van de interacties op het moment dat de medicatie voor de patiënt wordt voorgeschreven.

Het permanent correct en veilig bewaren van medicatie is een uitdaging. Er wordt gestreefd om medicatie altijd gesloten te bewaren en enkel zichtbaar ter beschikking te hebben als er voldoende toezicht is door zorgverleners. Toch vragen narcotica om

begrijpbare redenen een uiterst strenge aanpak. Narcotica worden daarom zonder uitzondering tot op het moment van toediening bewaard op de daarvoor voorziene plaats die afgesloten is met een sleutel of cijfercode. Bij gebruik worden de narcotica geregistreerd op de verdovingskaart.

Een ander belangrijk vraagstuk is de identificatie van het geneesmiddel tot op het moment van toediening. Dat geeft de garantie van 'de juiste medicatie aan de juiste patiënt'. Daarvoor is **bedsidescanning** uitgewerkt in het EMV om zo op elk moment de correcte koppeling te kunnen maken tussen de patiënt, het voorschrift en de medicatie die de patiënt op dit moment krijgt. De barcode wordt op het identificatiebandje gescand en daarna de unieke barcode op het toe te dienen product. Hier geeft de scanner aan of de patiënt en het toe te dienen product overeenkomen met het voorschrift. Zo niet wordt er een alarmsignaal gegeven.

Als medicatie voorbereid of vooraf klaargezet wordt voor een patiënt, moet de identiteit van de patiënt, de naam van het geneesmiddel en de dosis erop genoteerd worden. Dat moet gebeuren voor tabletten en capsules, maar ook voor bereide spuiten.

Kijk ook op [intranet/mmu](#)

13 Preventie en controle van infecties

Preventie en controle van infecties zijn een uitdaging voor de meeste gezondheidsinstellingen, en een stijgend aantal ziekenhuisinfecties is een belangrijke aangelegenheid voor patiënten en zorgverleners. Infecties eigen aan alle ziekenhuisomgevingen omvatten kathetergerelateerde infecties van de urinewegen, bloedbaaninfecties en longontstekingen als gevolg van beadmingen. De dienst ziekenhuishygiëne werkt daarom continu in nauwe samenwerking met de artsen en zorgverleners richtlijnen en procedures uit rond deze aspecten.

In de dagelijkse werking is het natuurlijk ook van belang dat iedereen bewust omgaat met het infectiepreventiebeleid.

Scheiding vuil/proper

Om goede, integrale patiëntenzorg te bieden, zijn er heel wat gebruiksgoederen nodig. In de eerste plaats medische en verzorgingsmaterialen, daarnaast ook geneesmiddelen, voedingswaren enzovoort. Deze zijn afkomstig van verschillende ondersteunende diensten binnen het ziekenhuis (denk maar aan de centrale sterilisatieafdeling, keuken of uitrustingscentrale) alsook van externe firma's. Al deze partijen doen hun uiterste best om alle materialen zo hygiënisch mogelijk tot op de afdeling te krijgen. Dit zijn de zogenaamde 'propere' goederen.

Hoe meer materialen aangeleverd worden, hoe meer materialen er verbruikt worden. Dit levert afval op en goederen die weer een reinigings-, ontsmettings- en/of sterilisatieproces moeten doormaken (op de afdeling of erbuiten). Dit zijn de zogenaamde 'vuile' goederen.

Een belangrijke maatregel ter preventie van ziekenhuisinfecties is het strikt gescheiden houden van propere en vuile goederen.

Reiniging en ontsmetting van materiaal

Verschillende methoden van kwaliteitsvolle reiniging en ontsmetting zijn beschikbaar in het ziekenhuis. De afdelingen en de facilitaire dienst werken nauw samen om alle materiaal en oppervlakken met een afgesproken schoonmaakfrequentie proper te houden. Natuurlijk wordt gevraagd dat bij bevueling iedereen instaat om het materiaal te reinigen en ontsmetten. Ook het rechtstreeks stockeren van materiaal op de grond is niet alleen onhygiënisch, maar maakt het ook onmogelijk voor de schoonmaakkploeg om de infrastructuur proper te houden.

De voorbereiding van werkvlakken, gebruikt voor aseptische handelingen, moet uiteraard altijd zorgvuldig gebeuren. Elk werkvlak, dat zich in een zuivere zone bevindt, moet gereinigd worden vóór medicatie en infusen hierop bereid worden.

Kijk ook op [intranet/ziekenhuishygiene](#)

14 (Bijna-)incidenten melden voor een betere patiëntenzorg via het PIMS-systeem

Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg zijn topprioriteiten in UZ Leuven. Eén van de pijlers van het kwaliteitsbeleid is het omgaan met **(bijna-)incidenten**: gebeurtenissen waarbij de veiligheid van de patiënt en/of de kwaliteit van zorg in het gedrang (kunnen) komen. Uit deze incidenten willen we leren, zodat we **verbeteracties** kunnen opzetten om vergelijkbare gebeurtenissen in de toekomst te **voorkomen**.

Het is van belang om situaties waar de veiligheid van de patiënt en/of de kwaliteit van de zorg in het gedrang (kunnen) komen – met andere woorden: incidenten en bijna-incidenten – tijdig te herkennen en te rapporteren. Zo kunnen we uit deze situaties leren en de nodige verbeteracties ondernemen. Een **patiëntgerelateerd incident meld- en managementsysteem (PIMS)** maakt daarom deel uit van het streven naar een continue verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarom wordt aan iedere medewerker een platform aangeboden om deze incidenten en bijna-incidenten te melden, dat is de PIMS-applicatie. Het systeem is niet bedoeld om iemand te beschuldigen of te bestraffen – er kunnen nu eenmaal dingen fout lopen. Belangrijk is om op basis van de meldingen te bekijken of we maatregelen kunnen nemen of extra veiligheidsmaatregelen kunnen inbouwen om gelijkaardige incidenten te vermijden.

Meldingen gebeuren bij voorkeur via de PIMS-knop in het KWS. Zo kom je op het PIMS-meldingsformulier terecht. Op die manier wordt heel wat patiëntinformatie automatisch mee overgenomen.

Kijk ook op [intranet/pims](#)

15 Open en transparante communicatie na een patiëntveiligheids-incident (open disclosure)

Open disclosure is een **open, consistente aanpak om te communiceren met patiënten wanneer bepaalde aspecten van de zorgverlening anders verlopen dan gepland**. Het is een proces dat bestaat uit meerdere gesprekken tussen zorgverlener, patiënt en eventueel een naaste of vertrouwenspersoon.

We beschouwen deze open en eerlijke communicatie tussen zorgverleners, patiënten en naasten die betrokken zijn bij een patiëntveiligheidsincident, als een belangrijk aspect van kwaliteitsvolle en veilige zorg. Zeker in het geval van schade, is het opstarten van open disclosure noodzakelijk.

Open disclosure wordt altijd opgestart door het **betrokken staf**lid. Die neemt ook de lead doorheen het proces en alle nodige gesprekken.

De verschillende stappen in open disclosure:

1. Feitelijke **toelichting** van het incident: wat is er precies gebeurd, hoe is het gebeurd en in welke omstandigheden?
2. De zorgverleners drukken hun **spijt** uit over het incident. Ze tonen oprecht medeleven en empathie naar de patiënt toe.
3. Samen met de patiënt wordt besproken wat de **mogelijke impact** van het incident zou kunnen zijn.
4. Er wordt bekeken welke **eventuele stappen** er ondernomen worden om het incident **onder controle** te krijgen en om het **risico op gelijkaardige incidenten in de toekomst te verminderen**.
5. De **conclusie** van deze analyse wordt besproken met de patiënt. Ook de manier waarop eventuele verbeteracties zullen opgezet worden komt aan bod als dat van toepassing is.

Tijdens het volledige proces is het noodzakelijk om de ervaring, emotie en beleving van de patiënt toe te laten en daar de nodige aandacht voor te hebben.

Kijk ook op op [intranet/opendisclosure](#)

16 Werken met procedures en protocols (Muzlidoc)

In een groot huis zoals UZ Leuven is het niet enkel nodig om het goede werk dat we leveren op het vlak van patiëntenzorg te documenteren. Het is ook nodig dat we de afspraken en de regels die we vastleggen duidelijk op papier zetten en aan alle betrokkenen communiceren. Dit betekent dat er na het werk om de afspraken zo goed mogelijk af te stemmen en uit te schrijven, ook een belangrijke taak bestaat in de distributie en opvolging. Een systeem om die berg aan documenten, procedures, regels en afspraken te beheren noemen we een Document Management Systeem of DMS. Binnen UZ Leuven is Muzlidoc deze DMS-webtoepassing die alle teksten op één centrale plaats stockeert en inventariseert. Op basis van een groot aantal gestructureerde trefwoorden en zoektermen (zoals bijvoorbeeld afdeling, kennisdomein ...) kun je snel en efficiënt teksten en documenten terugvinden. Zo is het eenvoudiger om als UZ Leuven-medewerker de juiste procedures terug te vinden die nodig zijn bij het uitoefenen van je functie.

Kijk ook op [intranet/muzlidoc](#)

17 Wat te doen bij brand, gevaar en reanimatie

Kwaliteitsvolle patiëntenzorg houdt ook de mogelijkheid in om te allen tijde daadkrachtig en adequaat op te kunnen treden in geval van nood of gevaar. De aanwezigheid van het correcte materiaal en de juiste opleiding zijn van cruciaal belang om correct en snel op te kunnen treden in noodsituaties.

Brand of gevaar via het noodnummer 2580

1. Bel het noodnummer 2580.
Geef plaats en naam van de locatie door.
2. Onderneem één bluspoging met een brandblusapparaat.
3. Sluit deuren en ramen.
4. Evacueer de bedreigde zone via de (nood)uitgang.
5. Blijf dan ter plaatse en volg verdere instructies van de eerste interventieploeg of hulpdiensten.

Daarnaast zijn er ook noodplannen beschikbaar op de afdeling (rode houder op afdeling), met als doel om de personen en de werking van het ziekenhuis maximaal veilig te stellen.

Kijk ook op [intranet/rampenplan](#) en [intranet/brand](#)

Interne Mobiele Urgentie Groep (MUG) via het noodnummer REA 1000

- Geef hierbij de volgende inlichtingen: naam van de dienst of de verpleeg-eenheid, verdieping en eventueel kamernummer, wat er aan de hand is.
- Als een patiënt bewusteloos is en geen normale ademhaling vertoont, start dan onmiddellijk in afwachting van de interne MUG met ononderbroken 'Basic Life Support' (BLS).

Basic Life Support (BLS)

UZ Leuven voorziet in een opleiding en evaluatie Basic Life Support (BLS). Hiervoor wordt gebruikgemaakt van een zelfleerstation. Dit zelfleerstation laat toe dat elke medewerker van UZ Leuven, op een door hem bepaald tijdstip, op eigen tempo kan oefenen. Het computergestuurd systeem geeft tijdens het oefenen feedback, zodat de kennis en vaardigheden onmiddellijk worden bijgesteld. Het systeem levert na de oefening een evaluatie-attest af dat geldt als verplicht tweejaarlijks certificaat. Elke medewerker van UZ Leuven met een klinische functie wordt daarom eenmaal per twee jaar uitgenodigd om de opleiding in BLS te volgen. Ook is het op ieder moment mogelijk om op eigen initiatief de vaardigheden en kennis in deze basis-reanimatie op die manier op te frissen.

Kijk ook op [intranet/bls](#)

18 Belang van een goede infrastructuur

De goede staat van de gebouwen, de infrastructuur en het materiaal (medisch en niet-medisch) is een belangrijk element in het verzekeren van de veiligheid van de patiënten, bezoekers en medewerkers. Daarom gebeurt regelmatig controle en onderhoud met als doel de risico's te identificeren en te verhelpen. Dit gebeurt voornamelijk door de technische dienst, de dienst medische instrumentatie en de dienst preventie en milieu.

Naast deze controle is het van uiterst belang dat alle medewerkers bijdragen tot de goede en vooral veilige staat van de gebouwen en materiaal. Daarom zijn er een aantal maatregelen om altijd goed op te volgen.

- Plaats geen voorwerpen tussen branddeuren, vóór brandhaspels of -blussers.
- Hou evacuatiewegen vrij, vermijd opslag in gangen en trappenhallen.
- Voorkom beschadigingen door omzichtig om te springen met karren en ander rollend materiaal.
- Gebruik altijd de nodige preventieve maatregelen bij het gebruik en verwijderen van risicovol en chemisch materiaal.
- Meld altijd defecten en technische problemen. Liefst elektronisch, via de helpdesk op intranet of, in dringende gevallen, telefonisch via het nummer 44100.

