

**LIJST VAN VRAGEN OVER HET EISENKADER VOOR
DE CARDIALE PATIËNT.**

EISENKADER VOOR HET ZORGTRAJECT CATHLAB

Eisen 1.7 en 2.3 :

“Alle verpleegkundigen/artsen, die actief zijn in het cathlab, kunnen hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de cardiale reanimatie - Advanced Life Support (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste 2 jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de cardiale reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.”

Vraag:

Wat wordt bedoeld met “een opleiding in de cardiale reanimatie-ALS”. De officiële ALS-opleiding bestrijkt 2 dagen en kost behoorlijk. Bovendien wordt die slechts zelden aangeboden. Alle verpleegkundigen deze “officiële” opleiding laten volgen lijkt niet alleen logistiek onhaalbaar, maar bovendien een serieuze overshooting.

Ook wat betreft de artsen lijkt het een overdreven eis, gezien cardiologen in principe cardiale ALS kennen, en gezien zij sowieso al heel wat bijkomende opleidingen moeten volgen, zoals nodig voor algemene accreditering en de verplichte opleidingen radioprotectie.

De concrete vraag is of een ALS-opleiding van enkele uren niet kan volstaan, en wie gerechtigd is om die opleiding te geven.

Antwoord:

Niet iedereen moet de doorgedreven opleiding ALS van enkele dagen volgen.
Een interne opleiding ALS in de laatste twee jaar kan ook aanvaard worden.
Enkel voor ALS certificaten afgeleverd door externe (kwalitatieve) opleidingscentra kan een verlengde geldigheidsduur worden aanvaard met een maximum van 5 jaar.

In de praktijk laten ziekenhuizen enkele personen (meestal artsen) de doorgedreven opleiding volgen en worden zij instructeurs, die op hun beurt interne opleidingen geven aan de overigen. Dit is zowel qua tijdsinvestering als qua financiële investering een meer haalbare kaart voor de ziekenhuizen. Blijkt dat op deze manier in de ziekenhuizen actief gewerkt wordt in teamverband (artsen samen met verpleegkundigen) rond verschillende scenario's, zoals die zich in het eigen ziekenhuis kunnen voordoen.

Dit antwoord mbt ALS is van toepassing op alles eisen in dit eisenkader waarin ALS wordt vermeld, ook in het eisenkader voor de zorgprogramma's “cardiale pathologie” A B3 P E C.

Eis 3 14

“Er is in het cathlab een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien.”

Vraag:

Volstaat minimaal één reknop in het cathlab als geheel?

Antwoord:

Inderdaad één reknop in het cathlab volstaat.

De eis vraagt dat, zo dicht mogelijk bij de patiënt en snel, de centrale reanimatie equipe kan worden opgeroepen. Dat kan hetzij door een reknop in te drukken, hetzij door bv. een telefonische oproep te doen via een centraal reanummer, dit laatste bij voorkeur via een voorgeprogrammeerde toets op het telefoontoestel.

Eis 3.15

“Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:

- 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.*
- 2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel.*
- 3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.*
- 4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).*
- 5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier). De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.”*

Vraag:

Wat wordt hier precies mee bedoeld? Men kan toch niet voor elk toestel elke dag bij gebruik registreren dat het werkt? En over welke toestellen gaat het dan?

Antwoord:

In deze eis wordt herhaald wat goed beheer inhoudt.

Echter correcte technische inspectie en onderhoud vormen geen garantie voor een dagelijkse goede werking van het toestel.

De gebruiker moet daarvoor zelf de toestellen (beperkt) controleren. En dat hoeft niet dagelijks te gebeuren.

Zo kan een defibrillator / reanimatiekar wekelijks worden gecontroleerd.

Deze eis vraagt dat het ziekenhuis eigen procedures opstelt die beschrijven welke toestellen, op welke manier en met welke frequentie gecontroleerd moeten worden; evenals de registratie van deze controle.

Eis 3.19

“Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant: gevolgd door een opsomming van toestellen...”

VRAAG:

Betekent de volledige onderlijning van de eis dat alle toestellen worden gecontroleerd?

ANTWOORD:

De volledige eis wordt onderlijnd, ook als deze slechts gedeeltelijk wordt geïnspecteerd. In deze eis wordt verwezen naar de onderstaande eisen voor minimale termijnen. Omdat eis 3.19 samenhangt met de onderliggende eisen, werd deze onderlijnd.

Daarnaast werd eis 3.15 ook onderlijnd, omdat hierin vermeld staat dat de rapporten van onderhoud en inspectie beschikbaar moeten zijn (de inspectievaststellingen gebeuren op basis van deze rapporten). Zorginspectie zal niet de controle voor het gebruik inspecteren, maar wel controleren of de minimale termijnen van preventieve inspectie/onderhoud worden gerespecteerd (m.b.t. de toestellen in de onderlijnde eisen: 3.20, 3.21, 3.22, 3.23, 3.24, 3.25, 3.29).

Eis 8.1

“De behandelende arts informeert de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over: ...

Het informed consent wordt voor geplande ingrepen in het cathlab minimaal schriftelijk vastgelegd.

Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.”

Vraag:

Wordt er werkelijk bedoeld voor alle behandelingen? Gezien dit eisenkader eigenlijk gericht is op de zorg voor cardiologische (dus internistische) patiënten, betekent dit dus ook dat de patiënt expliciet moet toestemming geven voor een medicamenteuze behandeling?

Of wordt er enkel de ‘invasieve’ behandelingen bedoeld, bijvoorbeeld TEE en de plaatsing van een pacemaker?

Antwoord:

Informed consent is steeds nodig, maar wordt meestal impliciet, vanuit de context, bekomen. Dit is zeker zo voor medicatietoediening tijdens een opname. Voor chirurgische /invasieve ingrepen is het belangrijk dat de patiënt echt geïnformeerd wordt. Daarom wordt de eis ingevoegd om (minstens) een aanduiding in het dossier toe te voegen over het feit dat de patiënt instemde met de chirurgische/invasieve behandeling of invasief onderzoek nadat deze geïnformeerd was.

Enkel voor chirurgische/invasieve ingrepen bij kinderen wordt gevraagd naar een expliciet (schriftelijk, door de wettelijke vertegenwoordiger(s) getekend) informed consent.

De meeste ziekenhuizen werken tegenwoordig met een formeel, schriftelijk informed consent voor alle ingrepen met anesthesie/chirurgie.

EISENKADER VOOR DE “CARDIALE ZORGPROGRAMMA’S” A B3 P E C

Eis 2.4

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 permanentie artsen in het kwaliteitshandboek.

Eis 2.7

Binnen de muren van de campus erkend voor een cardiaal zorgprogramma B is een ziekenhuisgeneesheer permanent beschikbaar die de nodige deskundigheid heeft om cardiale urgenties en de eventuele complicaties van invasief-diagnostische en interventioneel-cardiologische procedures van het zorgprogramma "cardiale pathologie" B te herkennen, op te vangen en te stabiliseren.

...

De geneesheer-diensthoofd vermeldt de namen van de permanentie artsen in het kwaliteitshandboek.

Vraag:

In het eisenkader 'cardiologisch zorgtraject' is opgenomen dat het medisch diensthoofd de leden aanduidt van het interventioneel team als gekwalificeerd en hij neemt dit ook op in het kwaliteitshandboek.

Ook andere eisen vereisen dat namen zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek.

Doch wij merken dat het moeilijk is om de namen en de functies van die andere permanenties continue up to date houden, aangezien er vaak nieuw personeel start.

Is het voldoende als er functies zijn opgenomen in het handboek met verwijzing naar dienstenlijsten waar de namen zijn in opgenomen?

Antwoord:

In het handboek moeten alle namen en kwalificaties met betrekking tot de specifieke cardiologische equipe(s) opgenomen worden.

Doch voor de permanenties met betrekking tot de cardiale patiënt die ook door andere permanenties, zoals bepaald in eis 2.4 en 2.7, kunnen opgenomen worden,

Is het ook een aanvaarde optie, om in het kwaliteitshandboek op eenduidige manier naar die nominatieve permanentie te verwijzen.

Eis 2.7.

"Binnen de muren van de campus erkend voor een cardiaal zorgprogramma B is een ziekenhuisgeneesheer permanent beschikbaar die de nodige deskundigheid heeft om cardiale urgenties en de eventuele complicaties van invasief-diagnostische en interventioneel-cardiologische procedures van het zorgprogramma "cardiale pathologie" B te herkennen, op te vangen en te stabiliseren.

~~Dit kan worden waargenomen door een arts (cardioloog/internist) die deel uitmaakt van het cardiologische team, een intensivist, een urgentist of een assistent in voorvermelde specialismen na twee jaar opleiding."~~

Vraag:

Welke disciplines mogen de cardiale permanentie voor het zorgprogramma B waarnemen?

Antwoord:

Voor de concrete invulling van de disciplines die kunnen instaan voor permanentie binnen het zorgprogramma cardiale pathologie B, moet worden teruggegrepen naar de disciplines die in het internistisch eisenkader worden vermeld bij permanentie op spoed (eis 1.6 en eis 1.7 in internistisch eisenkader) en op intensieve zorgen (eis 2.3 in internistisch eisenkader).

Eis 3.2

"Indien telemetrie wordt aangeboden, dan wordt de monitoring opgevolgd via visuele en/of auditieve controle door verpleegkundigen of artsen die hiervoor specifiek zijn aangeduid en onmiddellijk kunnen tussenkomen".

Vraag:

Moet deze verantwoordelijke nominatief aangeduid zijn?

Antwoord

Ja, het moet steeds duidelijk zijn wie op welk moment reageert op mogelijke alarmen van de telemetrie, zodat het alarm steeds wordt gecontroleerd (door de aangeduide verantwoordelijke) en dat er steeds (indien nodig) hulp kan geboden worden aan de patiënt.

Hierbij wordt de maximale toegelaten tijd tussen oproep (alarm) en aankomst bij de patiënt vastgesteld op 3 minuten (cruciale tijd tussen hartstilstand en start reanimatie om hersenschade te vermijden).

Eis 3.13

“Er is een oproepsysteem voor dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.”

Vraag:

Dient er dan een oproepsysteem te zijn die door elke zorgverstrekker kan gehanteerd worden, bv. ook de kinesist?

Antwoord:

Inderdaad de eis vraagt dat de centrale reanimatie equipe, zo dicht mogelijk bij de patiënt en snel, kan worden opgeroepen door elke zorgverstrekker. Dat kan hetzij door een reknop in te drukken, hetzij door bv. een telefonische oproep te doen via een centraal reanummer, dit laatste bij voorkeur via een voorgeprogrammeerde toets op het telefoontoestel.

Eis 3.14

“Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:

- 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.*
- 2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel.*
- 3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.*
- 4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).*
- 5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier). De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.”*

Vraag:

Wat wordt hier precies mee bedoeld? Men kan toch niet voor elk toestel elke dag bij gebruik registreren dat het werkt? En over welke toestellen gaat het dan?

Antwoord:

In deze eis wordt herhaald wat goed beheer inhoudt.

Echter correcte technische inspectie en onderhoud vormen geen garantie voor een dagelijkse goede werking van het toestel.

De gebruiker moet daarvoor zelf de toestellen (beperkt) controleren. En dat hoeft niet dagelijks te gebeuren.

Zo kan een defibrillator / reanimatiekar wekelijks worden gecontroleerd.

Deze eis vraagt dat het ziekenhuis eigen procedures opstelt die beschrijven welke toestellen, op welke manier en met welke frequentie gecontroleerd moeten worden; evenals de registratie van deze controle.

Eis 3.18

“Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:....”

VRAAG:

Worden dan alle toestellen gecontroleerd?

ANTWOORD:

De volledige eis wordt onderlijnd, ook als deze slechts gedeeltelijk wordt geïnspecteerd. In deze eis wordt verwezen naar de onderstaande eisen voor minimale termijnen. Omdat eis 3.18 samenhangt met de onderliggende eisen, werd deze onderlijnd.

Daarnaast werd eis 3.14 ook onderlijnd, omdat hierin vermeld staat dat de rapporten van onderhoud en inspectie beschikbaar moeten zijn (de inspectievaststellingen gebeuren op basis van deze rapporten). Zorginspectie zal niet de controle voor het gebruik inspecteren, maar wel controleren of de minimale termijnen van preventieve inspectie/onderhoud worden gerespecteerd (m.b.t. de toestellen in de onderlijnde eisen: 3.20, 3.24, 3.30).

Eis 8.1

“De behandelende arts informeert de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over: ...”

Vraag:

Wordt er werkelijk bedoeld voor alle behandelingen? Gezien dit eisenkader eigenlijk gericht is op de zorg voor cardiologische (dus internistische) patiënten, betekent dit dus ook dat de patiënt expliciet moet toestemming geven voor een medicamenteuze behandeling?

Of wordt er enkel de ‘invasieve’ behandelingen bedoeld, bijvoorbeeld TEE en de plaatsing van een pacemaker?

Antwoord:

Informed consent is steeds nodig, maar wordt meestal impliciet, vanuit de context, bekomen. Dit is zeker zo voor medicatietoediening tijdens een opname. Voor chirurgische /invasieve ingrepen is het belangrijk dat de patiënt echt geïnformeerd wordt. Daarom wordt de eis ingevoegd om (minstens) een aanduiding in het dossier toe te voegen over het feit dat de patiënt instemde met de chirurgische/invasieve behandeling of invasief onderzoek nadat deze geïnformeerd was. Enkel voor chirurgische/invasieve ingrepen bij kinderen wordt gevraagd naar een expliciet (schriftelijk, door de wettelijke vertegenwoordiger(s) getekend) informed consent. De meeste ziekenhuizen werken tegenwoordig met een formeel, schriftelijk informed consent voor alle ingrepen met anesthesie/chirurgie.

KB 15/07/2004, houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s “cardiale pathologie” moeten voldoen om erkend te worden, art. 18, §3

De coördinatie van de opvang van patiënten met een cardiale problematiek met secundaire weerslag op andere orgaanfuncties in de eenheid voor intensieve zorg zoals bedoeld in artikel 17, tweede lid, gebeurt door een cardioloog met een bijzondere beroepstitel in de intensieve geneeskunde of door een geneesheer-specialist in de intensieve geneeskunde met aangetoonde expertise in de opvolging van patiënten met een acute cardiale problematiek.¹

Vraag 1:

Het lijkt erop dat dit artikel is opgenomen in het eisenkader als rood knipperlicht:

“1 beademde patiënt op (een subunit van) een D-afdeling zonder dat hierbij een bestaffing is voorzien zoals voor een eenheid intensieve zorgen”

Is dit artikel inderdaad opgenomen in het eisenkader? Indien dit het geval zou zijn, dan graag een verduidelijking van de aangetoonde expertise in de opvolging van patiënten met een acute cardiale problematiek.

Vraag 2:

Aan welke eis is dat rode knipperlicht gelinkt?

Antwoord 1:

Dit artikel is niet meegenomen in het eisenkader.

Het rode knipperlicht waarover sprake in de vraag gaat over de verpleegkundige bestaffing op een D-dienst (CCU) en niet over de medische bestaffing op IZ.

Mbt het geciteerde artikel van het KB van 15/07/2004 wordt de medische coördinatie van die zorg, want daarover gaat het, in de handen gelegd van hetzij een arts intensivist, hetzij een cardioloog met bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg. Van beiden wordt verwacht dat zij ervaring hebben in die acute cardiale problematiek met weerslag op andere orgaanfuncties. Hieraan zijn geen verdere criteria verbonden. De medische diensthoofden dienen de expertise van de betreffende artsen te evalueren.

Antwoord 2:

Dit rode knipperlicht werd opgemaakt bij de inspectie voor het zorgtraject van de internistische patiënt.

Daartoe werd toen beslist op basis van de volgende redenering:

Een beademende patiënt dient te worden opgenomen op de functie IZ, waar de verpleegkundige bestaffing duidelijk is vastgelegd om in de nodige zorgen voor een beademende patiënt te kunnen voorzien. Het is een risico voor patiëntveiligheid als een beademde patiënt wordt opgenomen op een CCU= D-dienst zonder bijkomende verpleegkundige bestaffing.

Indien een beademende patiënt wordt aangetroffen op een CCU/D-dienst dan kan hier worden verwacht dat er voldoende bestaffing is voorzien voor de zorg voor deze beademende patiënt, conform de verpleegkundige bestaffing van een functie IZ.
