



KU Leuven

LEIDRAAD COASSISTENTSCHAP PRESPECIALISATIE

INTERNE GENEESKUNDE

2017-2018

Onthaaldag voor groep 2: dinsdag 5 september 2017 om 18u00

Onthaaldag voor groep 1: donderdag 26 oktober 2017 om 18u00

Lokaal: BMW1 (O&N2)

Inhoudstafel

1. Inleiding	3
1.1. Structuur van de medische dienst	
1.2. Aanwezigheid op de medische dienst	
1.3. Praktische inlichtingen	
2. Klinische stagetaken van de coassistent (m.i.v. wachtfuncties)	5
2.1. Overzicht van de stagetaken	
2.2. Wachtdienst	
2.3. Kwaliteit en patiëntveiligheid in UZ Leuven (zie bijlage 9)	
3. Opleiding van de coassistent	10
3.1. Algemene doelstellingen van het coassistentenschap	
3.2. Afstudeerrichting prespecialisatie	
3.3. Opleidingsprogramma	
3.4. Evaluatie van de klinische stage	
3.5. Verdieping van de klinische-wetenschappelijke kennis in het vakgebied	
4. Masterpaper	13
4.1. Algemene richtlijnen	
4.2. Vorm	
4.3. Ethische complicaties	
4.4. Begeleiding	
4.5. Vormgeving	
4.6. Beoordeling	
4.7. Procedure masterpaper bij overstap van coassistentenschap	
4.8. Concrete wenken bij de masterpaper	
4.9. Mondelinge presentatie	
5. Selectieprocedure kandidaat-ASO	18
5.1. Selectieprocedure	
5.2. Selectiecriteria per discipline	
5.3. Procedure coassistentenschap in een andere universiteit	
6. Administratieve formaliteiten	22
6.1. Vakantie	
6.2. Afwezigheid door ziekte of onverwachte omstandigheden	
6.3. Dienst- en wachtregelingen	
6.4. Beoordelingsformulieren	
6.5. Registratie van arbeidsduur	
Bijlagen	24

- 1) Procedure studentenkaart startende coassistenten – Kledinguitgifteautomaat -- Waakmaaltijden
- 2) Richtlijnen arbeidsduur
- 3) Formulier individueel akkoord opting out
- 4) Registratieformulier werktijden
- 5) Beroepsgeheim of geheimhoudingsplicht
- 6) Formulier verslag tussentijds begeleidingsgesprek
- 7) Beoordelingsformulier coassistentenschap prespecialisatie
- 8) Beoordelingsformulier masterpaper
- 9) Kwaliteit en patiëntveiligheid in UZ Leuven

Geachte coassistent

Welkom op de dienst interne geneeskunde waar je nu de eerste stappen zet van de lange weg naar de erkenning als “internist, cardioloog, gastro-enteroloog, pneumoloog, reumatoloog, geriater, oncoloog, ...”.

In het coassistentenschap krijg je de kans om te ondervinden en aan te tonen of de typische internistische aanpak je ligt. Je leert een patiëntenprobleem in al zijn facetten analyseren en nadien deze informatie te synthetiseren tot een of meerdere werkhypothesen die dan, via juist geïnterpreteerd onderzoek, tot de finale diagnose leiden. Daaruit volgen dan de therapie en de prognose. In vele gevallen zal de internist ook therapeutisch moeten handelen op basis van een waarschijnlijkheidsdiagnose. Vooral in dringende gevallen is dit belangrijk. De ware kunst van de klinische geneeskunde bestaat erin efficiënt (= snel, met weinig risico's en ongemakken voor de patiënt, en met aanvaardbare kosten) de graad van diagnostische onzekerheid te verminderen tot een aanvaardbaar niveau. Streven naar honderd procent zekerheid hoeft niet en kan meestal niet in een biologische wetenschap zoals blijkt uit de “statistische normale verdeling” van vele biologische parameters. Daarbij moet men rekening houden met de risico's inherent aan sommige procedures en ook met de kosten voor de maatschappij en voor de patiënt omdat een aantal onderzoeken ten laste zijn van de patiënt.

Veel geluk met je coassistentenschap.

Prof. dr. W. PEETERMANS
Diensthoofd-directeur
Interne geneeskunde

Prof. dr. S. VANDERSCHUEREN
Verantwoordelijke coassistentenschap
Interne geneeskunde

1. Inleiding

1.1. Structuur van de dienst interne geneeskunde

Interne geneeskunde wordt gecoördineerd door de diensthoofd-directeur (prof. dr. W. Peetermans). Er zijn 10 klinische afdelingen met telkens een diensthoofd, nl. algemene inwendige geneeskunde, algemene medische oncologie, endocrinologie, geriatrie, hart- en vaatziekten, hematologie, maag-, darm- en leverziekten, nefrologie, pneumologie en reumatologie.

De klinische activiteit is verdeeld over de polikliniek (raadplegingen), de hospitalisatie-eenheden, het dagziekenhuis, de dienst spoedgevallen, de laboratoria en de technische afdelingen. Vele maar niet alle van deze laatste activiteiten zijn gegroepeerd op het gelijkvloerse niveau en worden omschreven als “functiemetingen”.

Wegens het grote aantal diensten en activiteiten is het niet mogelijk (en ook niet nodig) als coassistent alle afdelingen te doorlopen. Probeer echter op een dienst de verschillende activiteiten te leren kennen. Er is een rotatieschema voorzien waarbij je 4 weken (uitzonderlijk 3 weken) op een dienst werkt. Deze verdeling wordt gecoördineerd door de “stagekapitein (zie punt 6. Administratieve formaliteiten - Dienst- en wachttregelingen).

Iedere dienst heeft ook een aantal eigen gewoonten. Wat op afdeling A evident is, loopt moeilijker op afdeling B, enz. Er is dus wat aanpassingsvermogen nodig. Dit kan soms wat storend lijken maar deze heterogeniteit is in feite een belangrijke verrijking. Het is ook een voorbereiding op je beroepsactiviteit waar je met zoveel verschillende medici, paramedici en administratieve medewerkers zult moeten omgaan.

1.2. Aanwezigheid op de dienst

Begin- en einduren van de activiteiten verschillen lichtjes van afdeling tot afdeling. Een vroege start (8.00 uur of 8.15 uur) en een korte middagpauze zijn de beste waarborg om op een redelijk uur de klinische werkdag af te sluiten.

1.3. Praktische inlichtingen

Dossierzorg

Het dossier is cruciaal voor de onmiddellijke en lange termijn zorg. Sinds 2010 is het dossier volledig elektronisch geworden en wordt er bij elk patiëntencontact uitsluitend gewerkt met het “contactdossier”. Van hieruit kan men dan met een muisklik een verslag genereren.

a) Anamnese

Realiseer je goed dat tijdens de anamnese tientallen vragen gesteld worden aan een hets tempo waar de patiënt na een tijd slordig op antwoordt. Begin met het hoofdprobleem, werk dit gedetailleerd uit, ga dan naar systeemanamnese en naar de voorgeschiedenis. Zorg ervoor dat voor elk nieuw contact de voorgeschiedenis bijgewerkt wordt met de gegevens van recente raadplegingen of observaties. Het is essentieel om bij alle patiënten in de familiale anamnese de cardiovasculaire belasting, het diabetesrisico en het coloncarcinoma- en borstcarcinomarisico (vrouwen) na te vragen omdat dit zo vaak voorkomt.

Andere aspecten van de familiale anamnese moeten individueel aangepast worden (familiaal nierlijden en/of doofheid: → syndroom van Alport?, ...).

Gelieve ook de allergiemodule in te vullen, zo nodig, en de sociale/familiale context aan te vullen en te wijzigen, zo nodig.

b) Klinisch onderzoek

Een systematisch lichamelijk onderzoek kan, mits intensieve training, op minder dan tien minuten.

Bij iedere man ouder dan 40 jaar wordt (jaarlijks) een PPA uitgevoerd. Bij iedere vrouw boven de 30 jaar gebeurt (halfjaarlijks) een borstonderzoek. Dit zijn routineonderzoeken waarvan je het belang

uitlegt aan de patiënt. Bij alle patiënten met een familiaal coloncarcinomarisico wordt PPA uitgevoerd (vanaf de leeftijd van 30 jaar).

Hoewel iedere afdeling aan bepaalde aspecten van het lichamelijk onderzoek relatief meer belang hecht, is een volledig onderzoek een "must". Beoordeling van vaatpulsaties en geruisen, screening neurologisch onderzoek, evaluatie van de klierstreken, ... horen bij het onderzoek van elke patiënt.

Vraag steeds dat abnormale bevindingen of zaken waarover je twijfelt gecontroleerd worden door de supervisor of de assistent.

c) Probleemstelling en onderzoeksplanning

Op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek formuleer je de klinische problemen in een opvolgnota. Toevallige en minder belangrijke bevindingen worden kort vermeld.

Voor ieder probleem maak je eerst een differentiaaldiagnose en daarna de onderzoeksplanning. Dit alles wordt genoteerd in een "opvolgnota" in het contactdossier. De uitvoering van de planning gebeurt na overleg met de assistent en de supervisor.

d) Opvolgnota

Voor elke patiënt wordt dagelijks minimum een opvolgnota ingevuld in het KWS (welke problemen zijn opgelost, nieuwe hypothesen, resultaten van belangrijke onderzoeken, welke therapie en effect van therapie, ...). Op spoedgevallen zijn er dus vaak meerdere opvolgnota's per dag.

e) Weekendnota

Vóór het weekend wordt voor elke patiënt een meer uitgebreide opvolgnota opgemaakt en worden de aandachtspunten voor de wachtarts vermeld.

Via het KWS wordt de wachtarts verwittigd voor wie opvolging en nota nodig is tijdens het weekend (zowel voor de zaterdag als de zondag of verlengde weekenddag telkens apart per dag aan te vragen).

In de acta module van het KWS ("aanvraag") klik je de knop "TOP" aan en in de re kolom vind je "opvNotaWacht".

De wachtarts kan dan via "werklijsten" in de lijst "activiteiten per patiënt (eenheid)" het nummer van de eenheid invoeren en zo de lijst van de te zien patiënten opvragen.

Hij/zij kan ook via de werklijst in de lijst "activiteiten per groep" de op te volgen patiënten vinden.

KWS (Klinisch Werkstation)

Je hebt recht op inzage van de medische gegevens van de patiënten waarvoor je verantwoordelijk bent. Het opzoeken van gegevens van patiënten waar je niets mee te maken hebt, wordt als een zeer ernstige professionele fout beschouwd (reden tot stopzetten van coassistentenschap) en wordt gecontroleerd. Je mag het dossier "inkijken" voor de follow-up van patiënten die je bijvoorbeeld tijdens de wacht op spoedgevallen zag. Leen je paswoord dus nooit uit aan anderen.

2. Klinische stagetaken van de coassistent (m.i.v. wachtfuncties)

Een belangrijke doelstelling van het coassistentenschap is je voor te bereiden op het eerste jaar assistentschap via patiëntgebonden teaching en begeleid zelfstandig diagnostisch en therapeutisch handelen.

Om medicolegale, ethische en opleidingsredenen is intense supervisie van je werk vereist. **Een coassistent is geen arts en kan en mag dus geen medische handelingen autonoom stellen.** De supervisie en begeleiding gebeuren door de assistent met wie je werkt en door de supervisor. De supervisor is medicolegaal verantwoordelijk voor je activiteiten. Vermeld dus steeds in je dossiers je eigen naam, de naam van de supervisor en eventueel van de assistent. Supervisoren en assistenten zullen enkel bereid zijn om je de zo gewenste zelfstandigheid te geven indien je je verantwoordelijkheid echt opneemt. Dit vertaalt zich in echte zorg en bekommernis om de patiënt, een goed dossier, een goede planning, het noteren van belangrijke gegevens, stiptheid op administratief vlak, zorg voor goede organisatie van de onderzoeken en de behandeling, ... Verantwoordelijkheid opnemen betekent ook de grenzen van je kennis en kunde goed inschatten en, zo nodig, snel advies en raad vragen. Technische activiteiten kan je leren, steeds onder het directe toezicht van een arts en enkel volledig zelfstandig uitvoeren zo dit je uitdrukkelijk wordt toegelaten op de afdeling waar je opgeleid wordt.

2.1. Overzicht van stagetaken

a) Zaalactiviteiten

Je staat in voor het dossier van de patiënt (anamnese, klinisch onderzoek, ...). Je ziet minimum eenmaal per dag (al dan niet samen met de assistent) de patiënten van de afdeling. Je werkt samen met de assistent en de verpleegkundigen mee aan de praktische organisatie van de observatie. Sommige resultaten zoek je en/of vraag je actief op.

Het is de bedoeling dat de coassistent progressief meer verantwoordelijkheid krijgt en uiteindelijk ook zelf een aantal patiënten volledig volgt en rechtstreeks rapporteert aan de supervisor. De zaalassistent kan daar bij helpen. Probeer ook vertrouwd te geraken met de praktische aspecten van die procedures die je tijdens je stagejaar niet gezien hebt (katheterisatie, ERCP, TIPSS, thoracoscopie, ...) door met je eigen patiënten mee te gaan naar de functiemetingen.

b) Raadpleging

Het is essentieel om de poliklinische activiteit van een dienst te leren kennen. Dit geeft een juister beeld van de prevalentie, de ernst en het verloop van ziekten. Indien je enkel zaalpatiënten ziet op maag-, darm- & leverziekten denk je dat de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa vreselijke ziekten zijn omdat je er de probleemgevallen ziet. Op de raadpleging zie je dat heel wat patiënten met IBD een normaal leven leiden.

Leer snel en efficiënt werken. Een poliklinische controle van een gekend probleem vraagt geen uitgebreide familiale anamnese en herhalen van de medische voorgeschiedenis. Dit staat in het dossier! Een interessante lange voorgeschiedenis kan je in detail bestuderen als je de brief schrijft, niet als de patiënt voor je zit.

Praktisch alle afdelingen schakelen coassistenten in om autonoom raadpleging mee te doen. Het is essentieel dat je je computernummer en het nummer van de supervisor invult in het KWS. Alle raadplegingsdocumenten, ook je anamnese en klinisch onderzoekblad (als je dit nog gebruikt), worden onmiddellijk na de raadpleging (binnen de 24u) gescand. Na de raadpleging controleer je dagelijks de binnenkomende resultaten via het KWS. Bij onverwachte bevindingen contacteer je de supervisor zodat de patiënt via de huisarts onmiddellijk kan verwittigd worden.

Zorg ervoor dat de brief zo snel mogelijk en bondig gedictieerd of getypt wordt zonder eindeloze «copy-paste»'s van allerlei onderzoeken (enkel het besluit neem je over in de meeste gevallen).

c. Technische procedures

Op vele afdelingen is er ten onrechte een zekere terughoudendheid tegenover het uitvoeren van procedures door coassistenten. Iedere procedure heeft immers een zeker risico. Dit risico is echter voor een deel onafhankelijk van de expertise van de uitvoerder. Er zijn geen medicolegale problemen indien een procedure "aangeleerd" wordt. Dit betekent dat men onder directe leiding van een ervaren persoon de procedure uitvoert en na X aantal keren dit volledig autonoom kan doen (zonder fysieke aanwezigheid van de opleider). Noch de patiënt noch de assistent noch de supervisor zal het appreciëren dat je na twee pogingen blijft doorgaan. Aanvaard dat, zelfs als je het al vlot kan en het op een bepaald moment toch niet lukt. Vraag dan hulp.

Een zekere assertiviteit zal nodig zijn om op het vlak van procedures het nodige te kunnen leren. Houd goed voor ogen dat je deze procedures volgend jaar, als assistent, toch zult moeten doen en misschien met minder ondersteuning dan als coassistent.

Voor heel wat procedures is een informed consent vereist. Dit betekent dat men aan de patiënt de eventuele risico's moet uitgelegd hebben (enkel de risico's die frequent zijn, d.w.z. meer dan 1 %).

d. Administratie

- Samen met de assistent en de verpleegkundigen wordt de concrete onderzoeksplanning (dag en uur) geregeld.
- Zorg ervoor dat je geen bergen papier uitprint en verwijder uit het dossier alle overtollige documenten. Hoe langer hoe meer werken we volledig elektronisch.

Brieven

Je (dicteert of) typt het verslag van de raadpleging- of de observatiepatiënten die je zelf hebt gevolgd. Deze brieven moeten zo snel mogelijk (zodra alle belangrijke resultaten beschikbaar zijn) en bondig afgewerkt worden. Dit is een essentieel element van de dienstverlening aan de patiënt en zijn behandelende arts. Wanneer bepaalde onderzoeken pas weken later kunnen uitgevoerd worden, handel je de brief af en stuur je nadien een miniverslag op met het resultaat van de op latere datum verrichte onderzoeken.

Voor observatiepatiënten worden via het KWS de hoofddiagnose en alle nevendiaagnosen, ook "kleine" zaken zoals tijdelijke acute nierinsufficiëntie, ... ingevoerd vooraleer je de brief ter supervisie "aanbiedt".

Afgewerkte brieven worden als eindverslag elektronisch automatisch ter supervisie aangeboden.

- Vermeld steeds **alle** bestemmingen (huisarts, eventueel wacharts die patiënt verwees, en zeker de verwijzende specialist) en doe dit liefst al bij het eerste contact op raadpleging, zaal of spoed want vaak wordt dit vergeten met terechte ergernis van de verwijzer als gevolg.
- De brief moet beknopt, volledig en logisch zijn. De verwijsvraagstelling moet steeds beantwoord worden en toevallig vastgestelde en mogelijk belangrijkere problemen worden nadien besproken. De voorgeschiedenis wordt niet in elke brief herhaald maar regelmatige updating (via KWS) is een must. Een voorgeschiedenis is geen eindeloze opsomming van klachten en onderzoeksresultaten, wel een weergave van de vroegere problemen (ziekten, ingrepen, ...). De anamnese wordt bondig samengevat en het klinisch onderzoek wordt beschreven. Je vestigt de aandacht op de belangrijke laboratoriumafwijkingen. Alle technische onderzoeken worden vermeld en het resultaat wordt zinvol samengevat (geen volledig protocol en ook eventuele tegenstrijdigheden zinvol verwerken!). In het besluit toon je dat je in staat bent een probleem te synthetiseren. De argumenten voor de diagnose worden kort vermeld en eventuele pro's en contra's goed uitgewerkt.

2.2. Wachtdienst op Spoedgevallen

Coassistenten verzorgen de wachten op de dienst spoedgevallen. Per rotatieperiode wordt een beurtrol opgemaakt (zie ook 6. Administratieve formaliteiten).

	Eerste wacht	Tweede wacht	Derde wacht
Weekdagen	18u00 tot 8u00	18u00 tot 00u00	18u tot 22u00
Zaterdagen	vanaf 08.00 uur, duur 24 uur	08u00 tot 00u00	reservewacht
Zondagen	vanaf 08.00 uur, duur 24 uur	08u00 tot 00u00	08u00 tot 13u00
Feestdagen, LAD's	vanaf 08.00 uur, duur 24 uur	08u00 tot 00u00	reservewacht

Eerste wacht

Deze gaat in om 18.00 uur en eindigt na de ochtendtoer (tijdens weekend, op feestdagen en lage activiteitsdagen: beginuur 8.00 uur, duur 24 uur). De supervisietoer is belangrijk als feedback voor je eigen werk.

Voor deze wachtfunctie is slaapegelegenheid voorzien op limoen, niveau -1 (achter secr. Spoedgevallen), met opschrift 'slaapkamer 1 IAL' of 'slaapkamer 2 IAL' (de kamerdeur kan alleen langs de binnenkant gesloten worden). Er is ook een slaapkamer beschikbaar op blauw, niveau 7, kamer 48. De sleutel is op de dispatching van de dienst spoedgevallen te vinden. Uiteraard breng je die 's morgens daar terug!

Na een nachtwacht heeft de coassistent recht op recuperatie. Ga eventueel nog eens langs op je eigen afdeling. Verwittig vooraf de assistent, de verpleegkundigen van je eigen afdeling en het dienstsecretariaat dat je er die dag niet zult zijn.

Tweede wacht

Deze begint om 18.00 uur en eindigt rond 00.00 uur (tijdens weekend, op feestdagen en lage activiteitsdagen: beginuur 8.00 uur, einduur 00.00 uur). Dit kan echter wisselen in functie van de werkbelasting.

Derde wacht

Op weekdagen zal deze wacht van 18.00 uur tot 22.00 uur instaan voor assistentie van de avondwachten van de diensten maag-, darm & leverziekten en pneumologie. Deze regeling is niet van toepassing op feestdagen of op lage activiteitsdagen.

Op zondag helpt de derde wacht van 8 uur tot 13 uur de assistenten van maag-, darm- & leverziekten en van pneumologie om nieuwe patiënten te zien en in overleg met de assistent medische triage te doen en onderzoeken te starten. Deze regeling is enkel van kracht op zondag.

Tijdens de werkweek en in het weekend zal, bij ziekte of bij onverwachte afwezigheid van de eerste of tweede wacht, de derde wacht de afwezige coassistent vervangen; deze vervanging heeft voorrang op de geplande derde wacht. Hooguit een- of tweemaal per jaar moet op dit systeem beroep gedaan worden. Als je van derde wacht bent, dan moet je binnen 30 minuten de wacht op Spoed kunnen overnemen.

Tijdens de spoedgevallenwachten werkt men met de algemene wachtassistent maar men kan ook meehelpen met andere wachtgroepen (hart- en vaatziekten, maag-, darm- & leverziekten, pneumologie). Verwittig op je eigen afdeling dat je om 18.00 uur op de dienst spoedgevallen moet zijn om de wacht te starten.

Wachtwijzigingen moeten steeds gemeld worden aan de stagekapitein en aan het competentiecentrum I.G. (christel.artoos@uzleuven.be), en ook aangeduid worden op de wachtregeling die op de spoedafdeling uithangt.

In de **aanpak van urgenties** zijn er wel wat accentverschillen in vergelijking met zaal en raadplegingwerk. Je maakt op de spoedgevallen deel uit van een geheel van administratieve, paramedische en medische personen die per 24 uur ± 140 patiënten moeten verzorgen. Dit betekent dat in theorie per onderzoeksbox ± 20 personen per 24 uur moeten kunnen onderzocht worden. Dit vereist snel en efficiënt werken.

Medische taken op spoed

- Tenzij de patiënt zeer kritiek is, zal je zelfstandig het dossier opmaken. Alle dispatchingoproepen worden dus onmiddellijk beantwoord ook als je nog met een taak bezig bent. Het is uitermate belangrijk om kritieke toestanden die onmiddellijke behandeling vereisen, te leren onderkennen en in die gevallen onmiddellijk de assistent te roepen, dus voor je het dossier begint op te stellen of verder afwerkt. Dit geldt voor alle patiënten met dyspneu, cyanose, thoracale pijn, ritmestoornissen, g.i.-bloeding, verminderd bewustzijn, CVA. Voor deze patiënten zijn eerste therapiemaatregelen (O₂, pijnstilling, trombolyse, ...) veel belangrijker dan een mooi dossier. In principe is deze inschatting gemaakt door de triageverpleegkundige maar soms moet de triagecode op basis van een snelle kijk in de voorgeschiedenis aangepast worden.
Op de dienst spoedgevallen wordt enkel nog het computerdossier gebruikt.
- De anamnese moet probleemgericht zijn en het presentatieprobleem moet zeer nauwkeurig beschreven worden. Uiteraard is er ook aandacht voor de systeemanamnese, de familiale anamnese en de antecedenten. Bij bejaarden ook navraag doen naar huisvesting, sociale ondersteuning, zelfredzaamheid, en eventueel akkoord voor opname in een netwerkziekenhuis (te bespreken door de assistent met patiënt en familie en finaal te beslissen door de supervisor).
- Indien heteroanamnese meer bijbrengt dan autoanamnese moet de assistent deze anamnese kunnen aanvullen (dus familieleden laten wachten!).
- Het klinisch onderzoek gebeurt volledig (dus in de meeste gevallen ook PPA en borstonderzoek).
- Na het opmaken van het dossier moet de assistent opnieuw onmiddellijk de patiënt zien. **Je schrijft de verpleeginstructies op (bloednamen, RX, parametercontrole, monitoring [ECG, oxymetrie], ...)** maar deze moeten nagekeken worden door de assistent vooraleer de verpleegkundige aan de uitvoering begint.
- Je stelt zelf een voorlopige probleemlijst, differentiële diagnose en onderzoeksstrategie op in een opvolgnota.
- Actief opvragen van laboratorium- en andere resultaten (feedback van je eigen anamnese en klinisch onderzoek).
- Technische onderzoeken zoals arteriepunctie, ascites-pleurapunctie, lumbale punctie, diepe katheters, arteriële katheters e.a. kan je er leren (dus als je nog geen ervaring hebt, vraag dat men je de procedure aanleert). **Je registreert de technische prestaties die je zelf uitvoert** (zie verder) via de actamodule ("uitvoermodus") van het KWS waar alle puncties in de 1^{ste} kolom bijeengebracht zijn.

Administratieve instructies

- Bij ontslag van de patiënt wordt er via het KWS opnamereden, hoofddiagnose en nevendiaagnosen nauwkeurig ingevuld (rubriek "Spoed" in het KWS aanwezigheidsbeeld: "medisch afgewerkt" aanvinken en invullen).
- Je naam, datum en uur van contact worden automatisch geregistreerd als je de eerste opvolgnota maakt (tenminste indien je onder je eigen naam ingelogd bent in het KWS).
- Medische prestaties die je uitvoert (arteriepunctie, andere puncties, ecg) registreer je steeds zelf, via de actamodule van het KWS (uitvoermodus; puncties in de 1^{ste} kolom).
- Van patiënten die ontslagen worden naar huis, wordt door de assistent een brief in het KWS ingetikt onder vorm van "eindverslag". Dit geldt ook voor patiënten die op niet-internistische afdelingen worden opgenomen in het ziekenhuis en ook bij alle interne transfers op de spoedgevallen zelf (bv. van IAL naar hart- en vaatziekten, ...). Dus een eindverslag voor wie naar huis ontslagen wordt, op spoedgevallen overgedragen wordt aan een andere afdeling en voor wie in het ziekenhuis wordt opgenomen op een niet-internistische afdeling.

- Indien je een consult uitvoert op spoedgevallen start je via contact selector (re muisknop) “nieuw contact” waar je afdeling (IAL) en eenheid (595) invult en in de rubriek “type” via “extra sup” “bijgeroepen arts SPO” aanvinkt.

2.3. Kwaliteit en patiëntveiligheid in UZ Leuven (zie bijlage 9)

3. Opleiding van de coassistent

3.1. Algemene doelstellingen van het coassistentenschap

- Kennismaking met het specialisme in voorbereiding van de definitieve keuze
- Kennismaking met de coassistent in voorbereiding van de selectie
- Kennismaking met/voorbereiding tot het assistentschap in de discipline
- Vertrouwd geraken met beginnende zelfstandigheid
- Verwerven van dieper inzicht in de discipline-specifieke pathologie
- Aanleren van specifieke vaardigheden
- Aanleren van professionele relationele vaardigheden

3.2. Afstudeerrichting prespecialisatie

De student kiest een medische discipline waarin hij coassistent in UZ Leuven zal zijn.

3.3. Opleidingsprogramma

Het opleidingsprogramma bestaat uit 3 opleidingsonderdelen:

- Klinische stage in de inwendige disciplines, deel 1 (10 SP; 1^e semester)
- Klinische stage in de inwendige disciplines, deel 2 (20 SP; 2^e semester)
- Verdieping in de inwendige disciplines (3 SP)

De doelstellingen, onderwijsleeractiviteiten en evaluaties zijn beschreven in de ECTS-fiches in de programmagids.

Tijdens het academiejaar (eind september tot eind mei) wordt door onze discipline een opleidingspakket aangeboden bestaande uit:

- a) Klinisch redeneren en urgentie-inschatting via gevalsstudies (**krans "Urgenties"**):
dinsdagmiddag 13.00-14.00 uur in auditorium I.G. 2.73 (wekelijks - start op **26-9-2017**).
- b) Praktische diagnostische en therapeutische problemen in de interne geneeskunde via **gevalsstudies**:
woensdag 17.00-18.00 uur in auditorium I.G. 2.73 (wekelijks – start op **27-9-2017**).
De coassistent die een casus voorstelt, mailt de dag voordien het onderwerp en het EMD-nummer van de patiënt naar het competentiecentrum I.G. (christel.artoos@uzleuven.be).
- c) **Literatuurstudie** (zelfstudie 3 uur en 1 uur bespreking van internistische topics (via 'state of the art' teksten of artikels, reviews, consensusrapporten, originele artikels):
donderdag 17.00-18.00 uur in auditorium I.G. 2.73 (tweewekelijks - start op **5-10-2017**).
Vanaf eind maart worden op woensdag en op donderdag de masterpapers voorgesteld met een PowerPointpresentatie van 15 minuten (12 min. presentatietijd + 3 min. discussietijd).
- d) **Vaardigheidstrainingen** (intubatie, arteriële en diepe katheters - 17.00-18.00 - in 2^{de} semester).
- e) **Lessen kritische zorgen**: reeks van 5 lessen waarin o.a. shock & monitoring, mechanische ventilatie en elektrolyten besproken worden (in het 2^{de} semester).
Praktische regelingen van deze 2 lessenreeksen worden via e-mail meegedeeld door christel.artoos@uzleuven.be.
- f) Daarnaast volg je ook de **kransen** van de dienst waar je staat.

Tijdens de stageperiode in het ziekenhuis is je aanwezigheid in deze "lessen" verplicht, ook als je eventueel andere "dienstverplichtingen" zou hebben.

Tijdens de maanden van de truncus communis ben je niet in coassistentenschap en word je niet geacht deel te nemen aan de opleidingsactiviteiten van het coassistentenschap.

3.4. Evaluatie van de klinische stage

De coassistent doet stages in verschillende deelgebieden van het specialisme. De beoordeling van elke deelstage gebeurt door de vaste medische stafleden van UZ Leuven, die betrokken zijn bij de klinische supervisie in het deelgebied waar de coassistent stage liep. Feedback over de stage wordt verstrekt door de titularis van het opleidingsonderdeel of een gedelegeerde.

Beoordeling van de klinische stage deel 1 en deel 2

De beoordeling van deze opleidingsonderdelen vindt plaats zoals beschreven in de ECTS-fiche in de programmagids.

De eindbeoordeling van het coassistentenschap gebeurt op basis van de beoordelingen van de verschillende medische stafleden die betrokken zijn bij de klinische supervisie van de deelstages en resulteert in een door de dienstraad gemotiveerd eindcijfer. De eindverantwoordelijkheid voor deze beoordeling, m.i.v. het eindcijfer, berust bij de titularis van het opleidingsonderdeel.

1) Beoordelingsformulier

De beoordeling van de deelstages gebeurt a.d.h.v. een uniform beoordelingsformulier met een aantal rubrieken die verplicht gescoord moeten worden. Hieraan kunnen eventueel discipline-specifieke rubrieken worden toegevoegd. In bijlage is een sjabloon met daarop de 9 verplichte rubrieken vermeld.

- Afhankelijk van de discipline kunnen één of meerdere rubrieken worden toegevoegd. Er is de mogelijkheid voor iedere discipline om de verschillende beoordelingsrubrieken te wegeven. Dit moet op voorhand worden medegedeeld aan de coassistenten van de betrokken discipline.
- De beoordelaar/stafid moet alle rubrieken (voor zover van toepassing) invullen!
- De deelrubrieken alsook het globale cijfer worden woordelijk en in afdoende mate gemotiveerd.

Op het einde van iedere rotatieperiode overhandig je persoonlijk het beoordelingsformulier aan de supervisor die het dan zelf aan het competentiecentrum I.G. bezorgt. Je wordt beoordeeld op:

- wetenschappelijke belangstelling en theoretische kennis
- klinisch inzicht
- zorg voor dossiers
- technische vaardigheden
- omgang met familie en patiënten
- omgang met dokters en verpleegkundigen
- stiptheid
- verantwoordelijkheid
- kwaliteit en patiëntveiligheid

2) Het schema van de verschillende deelstages

Het schema van de stages in verschillende deelgebieden van de discipline vermeldt de namen van de beoordelaars/stafleden en een eventuele weging (bv. op basis van de duur van de verschillende rotaties). Zo dit op voorhand niet mogelijk is, moet in het rotatieschema duidelijk worden weergegeven op welke wijze de beoordeling zal gebeuren. Concreet komt dit erop neer dat elke dienst een beoordelingsscenario voor het coassistentenschap uitschrijft.

Tussentijdse opvolging onder de vorm van een begeleidingsgesprek

Het begeleidingsgesprek gebeurt door de titularis van het opleidingsonderdeel of een gedelegeerde, eventueel in aanwezigheid van één of meerdere vaste medische stafleden. Na afloop wordt door de coassistent een schriftelijke neerslag gemaakt (sjabloon “verslag tussentijds begeleidingsgesprek” in bijlage), waarbij hij/zij zijn/haar sterke punten en aandachtspunten noteert. Het verslag wordt ondertekend door de coassistent en de titularis van het opleidingsonderdeel of een gedelegeerde, die er, indien gewenst, een kort commentaar aan toevoegt. Dit document wordt op de dienst bewaard in het dossier van de coassistent.

Het begeleidingsgesprek vindt plaats voor:

Groep 1: eind november/begin december

Groep 2: eind september/begin oktober

Eind maart gebeurt een tweede begeleidingsgesprek voor alle coassistenten, ook met diegenen die reeds aanvaard zijn. Daarnaast is dit begeleidingsgesprek een voorbereiding op de tweede selectieronde voor de nog niet aanvaarde coassistenten.

Het begeleidingsgesprek zal door de volgende leden van de coassistentenonderwijsgroep begeleid worden:

- prof. dr. B. Bammens
- prof. dr. R. Bisschops
- prof. dr. E. De Langhe
- prof. dr. M. Delforge
- prof. dr. L. Dupont
- prof. dr. A. Mertens
- prof. dr. S. Vanderschueren
- prof. dr. H. Wildiers
- prof. dr. R. Willems

De juiste tijdstippen zullen door het competentiecentrum I.G. via e-mail meegedeeld worden.

De evaluatiedocumenten van de klinische stage worden in het dossier van de kandidaat-ASO bewaard.

3.5. Verdieping van de klinisch-wetenschappelijke kennis in het vakgebied

De inhoud, het studiemateriaal, de werkvormen en de evaluatie, al naargelang de discipline, zijn beschreven in de ECTS-fiche in de programmagids.

De beoordeling gebeurt d.m.v. een examen (40 meerkeuzevragen en meerdere klinische casussen).

4. Masterpaper

4.1. Algemene richtlijnen

De masterpaper / onderzoeksrapport is een verplicht opleidingsonderdeel (5 SP) uit de master geneeskunde (4^{de} opleidingsfase) afstudeerrichting prespecialisatie en maakt deel uit van de masterproef.

Het onderwerp en de promotor worden vastgelegd bij het begin van het coassistentenschap. (Titel, naam promotor en tweede lezer moeten tegen 30-9-2017 aan het competentiecentrum I.G. meegedeeld worden.)

De masterpaper moet uiterlijk op maandag 30-4-2018 elektronisch naar het competentiecentrum I.G. opgestuurd worden.

De coassistent bezorgt zelf 1 exemplaar aan de promotor en 1 exemplaar aan de tweede lezer.

Op het einde van het academiejaar dient elke coassistent een digitale versie van de masterpaper te posten op toledo 4^e master.

4.2. Vorm

Het **onderwerp** moet klinisch relevant zijn en inhoudelijk passen in het specialisme waarin de coassistent opleiding volgt. Het kan naargelang de discipline verschillende vormen aannemen.

Doorgaans zijn dat gevalbespreking, gevallenreeksanalyse, literatuuronderzoek of veldonderzoek. Sommige disciplines beperken zich tot twee of drie vormen.

Een **gevalsbespreking** bevat de medische geschiedenis van één patiënt; soms worden enkele patiënten besproken. Het moet gaan om een casus met uitzonderlijke kenmerken of een onverwacht klinisch verloop.

Bij een **gevallenreeksanalyse** gaat het om het beantwoorden van vragen omtrent een medisch probleem aan de hand van de gegevens over een groep van patiënten. Bij deze retrospectieve studie worden data uit de afdeling gebruikt.

Bij een **literatuuronderzoek** wordt eveneens gepoogd openstaande vragen te beantwoorden maar ditmaal met behulp van gegevens uit onderzoeken waarvan de rapporten in tijdschriften gepubliceerd zijn.

Bij een **veldonderzoek** wordt in de afdeling een (weliswaar op kleine schaal) onderzoek opgezet om hangende onderzoeksvragen te beantwoorden. Hierbij is niet vereist dat de coassistent het onderzoek van concept tot rapportage helemaal zelf uitvoert (de tijd zal daarvoor te kort zijn); vaak zal hij/zij ingeschakeld worden bij een lopend onderzoek.

Ook als het niet om een literatuuronderzoek gaat, is een grondige studie van de recente literatuur via Medline noodzakelijk om zich op de hoogte te stellen van de stand van zaken over het onderwerp. De coassistent werkt zich voldoende in het onderwerp in om te weten wat hem/haar te doen staat.

Hierbij de tekst dewelke studenten verplicht moeten opnemen in hun masterpaper:

Na het titelblad wordt een blad geplaatst met de volgende tekst:

Tekst wanneer het eindwerk in het Nederlands geschreven wordt:

Dit proefschrift is een examendocument dat na verdediging niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk gerefereerd worden, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam vermeld zijn op de titelpagina.

Tekst wanneer het eindwerk in het Engels geschreven wordt:

This Master's Thesis is an exam document. Possibly assessed errors were not corrected after the defense. In publications, references to this thesis may only be made with written permission of the supervisor(s) mentioned on the title page.

Daarna komt opnieuw het titelblad.

4.3. Ethische complicaties

Het is essentieel dat alle onderzoek aan de KU Leuven en UZ Leuven gebeurt binnen een strikt ethisch en, indien van toepassing, wettelijk kader. Dit geldt uiteraard in het bijzonder voor onderzoek dat betrekking heeft op de menselijke persoon.

Er bestaat een wettelijk kader inzake het onderzoek op de menselijke persoon. Tegelijkertijd moet bij het onderzoek de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens gerespecteerd worden.

Dit leidt er toe dat onderzoeksprojecten op menselijke personen bv. in kader van masterproeven moeten onderworpen worden aan een ethische evaluatie door een gemachtigde Commissie voor Medische Ethiek (EC).

In UZ Leuven is een getrappt systeem van ethische begeleiding geïmplementeerd.

De voornaamste verantwoordelijkheid ligt bij de promotoren. Zij valideren de aanmelding die de student in het elektronisch registratieformulier op Toledo heeft gepost.

De volgende onderzoekscategorieën werden onderscheiden:

1. Onderzoek is onderdeel van een groter project, waarvoor reeds goedkeuring door EC werd bekomen. Er wordt een amendement ingediend bij de EC met vermelding van de wijzigingen.
2. Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief: er wordt rechtstreeks geraakt aan de integriteit van de proefpersoon (inbreuk op psychische of fysieke integriteit - hoe licht ook - of interventioneel) of er zullen d.m.v. kwantitatieve of kwalitatieve methodes nieuwe gegevens bij proefpersonen worden ingezameld (niet-interventioneel). Hier is advies EC vereist.
3. Het onderzoek is uitsluitend retrospectief of praktijkbevorderend. Hier is advies van de opleidingsspecifieke begeleidingscommissie vereist.
4. Het is een literatuurstudie. Hier volstaat registratie bij de opleidingsspecifieke begeleidingscommissie.

Ook voor categorie 3 en 4 kan het nodig zijn in het kader van een publicatie om advies van EC te bekomen.

4.4 Begeleiding

Het vast medisch staf lid dat de coassistent zal begeleiden bij de masterpaper wordt **promotor** genoemd. In sommige afdelingen kan de coassistent kiezen uit een lijst met aanbevolen onderwerpen; in andere afdelingen kan hij/zij een promotor kiezen, die een onderwerp suggereert, of moet hij/zij zelf een onderwerp indienen en wordt een promotor voorgesteld. In elk geval moet de promotor het onderwerp goedkeuren vooraleer de coassistent aan de slag kan.

De taken van de promotor zijn: een eerste gesprek voeren waarin het onderwerp wordt toegelicht, het onderwerp en de uitwerking goedkeuren, de werkzaamheden begeleiden, de kladversie van de masterpaper lezen en de eindversie beoordelen.

De promotor moet er ook over waken dat de coassistent zorgvuldig omspringt met dossiergegevens en dat de confidentialiteit en het beroepsgeheim worden nageleefd.

Op het **einde van het eerste semester** licht de coassistent de vaste medische staf leden van de dienst in over de **stand van zaken van de masterpaper**, gevolgd door een gedachtewisseling. In een korte voorstelling worden situering, vraagstelling, methodiek en planning van de masterpaper geschetst; resultaten worden dan vanzelfsprekend nog niet verwacht.

4.5. Vormgeving

De masterpaper/onderzoeksrapport wordt uitgewerkt in de vorm van een wetenschappelijk artikel en is maximaal 15 bladzijden lang, referenties inbegrepen. De richtlijnen van het Tijdschrift voor Geneeskunde gelden als voorbeeld voor de masterpaper, zie: <http://www.tvg.be/richtlijnen.pdf>.

In overleg met de promotor mag in een andere taal dan Nederlands geschreven worden.

4.6. Beoordeling

De masterpaper wordt door ten minste twee vaste medische staf leden beoordeeld, waarvan één de promotor moet zijn, aangeduid door de verantwoordelijke van het coassistentenschap. Ten minste één van de beoordelaars is een ZAP-lid. De verantwoordelijke van het coassistentenschap is het medisch

diensthoofd, de universitaire stagemeeester (vaak, maar niet noodzakelijk dezelfde persoon als het medisch diensthoofd), of een ander vast medisch staf lid met ZAP-aanstelling, die door het medisch diensthoofd met deze opdracht belast wordt.

De beoordeling gebeurt a.d.h.v. het sjabloon "Beoordelingsformulier Masterpaper/onderzoeksrapport" (in bijlage) en op basis van uniforme criteria die steeds vorm en inhoud betreffen. Afhankelijk van de afdeling worden ook andere aspecten mee beoordeeld. Zo wordt in sommige diensten gevraagd een mondelinge presentatie van de masterpaper te houden. Wanneer deze presentatie meetelt in de beoordeling, is dit als apart aspect opgenomen in het beoordelingsformulier.

De masterpaper wordt gequoteerd op 20 punten.

Vermits er twee aparte beoordelingen worden ingevuld, wordt een mathematisch gemiddelde berekend, dat, in geval van cijfers achter de komma, wordt afgerond tot een geheel cijfer. Wanneer het verschil tussen beide scores meer dan 4/20 bedraagt, stelt de titularis van het opleidingsonderdeel het eindcijfer vast.

Het behoort ook tot de taak van de promotor feedback te geven aan de coassistent. Daarvoor maakt hij/zij gebruik van de commentaar die de beoordelaars toevoegen, zodat de coassistent naast het eindcijfer, ook inhoudelijke feedback krijgt.

4.7. Procedure masterpaper bij overstap van coassistentenschap

De masterpaper is een verplicht opleidingsonderdeel in het 4^{de} jaar van de Master in de geneeskunde. In geval van overstap naar huisartsengeneeskunde kan de masterpaper in het specialisme behouden blijven of krijgt de student een onderwerp in de richting huisartsengeneeskunde. De beslissing hierover wordt genomen door de verantwoordelijken binnen de richting huisartsengeneeskunde. In geval van overstap naar een ander specialisme kan de coassistent de aangevatte masterpaper verder afwerken, tenzij de coassistent, in overleg met de verantwoordelijke voor het coassistentenschap in de nieuwe discipline, er zelf voor kiest om een nieuwe masterpaper aan te vatten. Indien de student ervoor opteert om zijn werk op zijn oorspronkelijke discipline te behouden, dient er een 2^{de} lezer (ZAP-lid) aangeduid van de nieuwe/tweede discipline.

De coassistent laat een mededeling tekenen door het diensthoofd van het specialisme dat hij/zij verlaat en door het diensthoofd van het ontvangende specialisme, waarin de coassistent verklaart in welk specialisme de masterpaper zal gemaakt en beoordeeld worden.

4.8. Concrete wenken bij de masterpaper

De masterpaper zal beoordeeld worden op inhoud en vormaspecten, zoals beschreven in de ECTS-fiche in de programmagids. Al naargelang de discipline kunnen ook de presentatie, de groepswerking (indien van toepassing) of het proces mee beoordeeld worden. De coassistent wordt door de discipline geïnformeerd welke aspecten gescoord zullen worden en tot het eindcijfer voor de masterpaper zullen leiden.

Vorm

Taalgebruik

Een wetenschappelijk artikel is nauwkeurig en beknopt. De uiteenzetting over de methoden van het onderzoek moet zo nauwkeurig zijn dat de lezer het onderzoek kan herhalen om de resultaten te verifiëren. De beknoptheid blijkt uit het gebruik van korte zinnen en het vermijden van herhalingen (wat in een tabel of figuur staat, hoeft niet in de tekst herhaald te worden). Het Tijdschrift voor Geneeskunde past de nieuwe spelling toe; raadpleeg dus bij onzekerheid over de schrijfwijze het 'groene boekje'.

Illustraties

De meeste tijdschriften vragen het aantal illustraties te beperken. Bij een tabel plaats je de titel boven de tabel. Indien de cijfers in de tabel niet volstaan, kan je nog wat uitleg kwijt in verklarende voetnoten onder de tabel. Bij een figuur komt de titel er onder; deze kan eventueel aangevuld worden met een bondige verklaring.

Structuur

Een klassiek wetenschappelijk artikel bestaat uit vier onderdelen: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie (afgekort als IMRAD). Indien een onderdeel lang uitvalt (wat vaak het geval is bij Resultaten) wordt het verder onderverdeeld. Deze structuur kan echter alleen goed gebruikt worden voor een onderzoek (veldonderzoek, en eventueel een literatuuronderzoek).

Inhoud gevalsbespreking

Inleiding

In de inleiding worden twee elementen verwacht:

De stand van zaken over het medisch probleem dat je wil voorstellen.

Waarom dit geval tegen de algemene stand van zaken de aandacht getrokken heeft.

Beschrijving

In deze sectie wordt het concrete geval beschreven.

Discussie of bespreking

In het kader van de algemene stand van zaken van de betreffende aandoening wordt het geval met zijn specifieke kenmerken gesitueerd. Er wordt desgevallend verwezen naar soortgelijke gevalsbesprekingen in de literatuur.

Conclusie of besluit

Het Tijdschrift voor Geneeskunde verwacht van haar auteurs dat ze hun artikel beëindigen met een besluit, waarin in een paar zinnen de belangrijkste bevindingen worden samengevat.

Literatuurvermelding

Als je in de tekst naar de literatuurlijst verwijst, moet dat door een nummer tussen haakjes () in de tekst. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. Verwijs je meermaals naar dezelfde bron, dan moet je de eerste verwijzing herhalen.

Bij het weergeven van de referenties in de lijst moet je je houden aan de regels van het 'Vancouver'-systeem, zoals in de medische literatuur gebruikelijk is. De naam van het tijdschrift moet je vermelden met de standaardafkorting volgens de Index Medicus.

Samenvatting en abstract

De redactie van het Tijdschrift voor Geneeskunde vraagt ook een beknopte, Nederlandstalige samenvatting van maximaal 200 woorden en een Engelstalig abstract van maximaal 250 woorden. Voor de masterpaper is alleen een Nederlandse samenvatting vereist van maximaal 200 woorden.

Inhoud gevallenreeksanalyse, literatuuronderzoek en veldonderzoek

Inleiding

In de inleiding worden drie elementen verwacht:

De stand van zaken over het medisch probleem dat je wil aankaarten.

Hierbij stel je vast dat sommige vragen niet opgelost zijn, dat er geen consensus is in de literatuur over bepaalde aspecten. Je werkt dit opgedoken probleem wat uit.

Dit resulteert in de formulering van jouw onderzoeksvragen.

Methoden

In principe bestaat de methodensectie ook uit drie onderdelen:

Onderzochte gevallen: populatie, periode, selectiecriteria.

Gebruikte onderzoeksmethoden.

Statistische analysemethoden.

Bij een literatuuronderzoek gaat het dan meer om het aangeven van de wijze waarop men relevante artikelen heeft gezocht: zoekprogramma, voor welke periode, gebruikte selectiecriteria, wat met de referenties in de gevonden artikelen,... . Soms wordt een statistische analyse uitgevoerd op data uit verschillende onderzoeken ('meta-analyse' genoemd), maar dit is niet vereist voor een masterpaper.

Resultaten

In deze sectie gebruik je in eerste instantie tabellen en figuren. In de tekst stip je de belangrijkste elementen hieruit aan. Je geeft droogweg alle resultaten en vermijdt daarbij elke interpretatie.

Discussie of bespreking

In een bespreking is veel mogelijk, behalve het opnemen van nog niet vermelde onderzoeksresultaten en het geven van een overzicht van de literatuur.

Drie elementen moeten in elk geval aan bod komen:

- Beantwoording van de vooropgestelde vragen aan de hand van de bevindingen.
- Relativering van de gebruikte methoden: door zelf te wijzen op de beperkingen in technieken of populatie voorkom je kritiek van buitenstaanders hierop.
- Vergelijking met de bevindingen van andere auteurs.

Conclusie of besluit

Het Tijdschrift voor Geneeskunde verwacht van haar auteurs dat ze hun artikel beëindigen met een besluit, waarin in een paar zinnen de belangrijkste bevindingen worden samengevat.

Literatuurvermelding

Als je in de tekst naar de literatuurlijst verwijst, moet dat door een nummer tussen haakjes () in de tekst. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. Verwijs je meermaals naar dezelfde bron, dan moet je de eerste verwijzing herhalen.

Bij het weergeven van de referenties in de lijst moet je je houden aan de regels van het 'Vancouver'-systeem, zoals in de medische literatuur gebruikelijk is. De naam van het tijdschrift moet je vermelden met de standaardafkorting volgens de Index Medicus.

Samenvatting en abstract

De redactie van het Tijdschrift voor Geneeskunde vraagt ook een beknopte, Nederlandstalige samenvatting van maximaal 200 woorden en een Engelstalig abstract van maximaal 250 woorden. Voor de masterpaper is alleen een Nederlandse samenvatting vereist van maximaal 200 woorden.

4.9. Mondelinge presentatie (2^{de} semester)

Vanaf eind maart/begin april starten de "15 minuten"-presentaties (12 minuten presentatie en 3 minuten discussietijd).

Het komt er op aan de essentie van jouw boodschap beknopt en gestructureerd te vertellen. Dit realiseer je niet door zoveel mogelijk slides zo snel mogelijk te projecteren maar wel door te selecteren. Als regel geldt dat de uitleg rond 10 slides ongeveer 10 minuten tijd in beslag neemt.

Als vertrekpunt kan je bv. voor elke fase van de IMRAD 2 slides voorzien, behalve de resultaten die 4 slides plaats krijgen. De slides moeten de hoofdpunten in je verhaal ondersteunen; ze hoeven niet alle details te bevatten. Het publiek voelt zich meer aangesproken als je oogcontact houdt en je verhaal met enthousiasme brengt. Je komt alleen maar te weten of je je aan de tijd kan houden door de presentatie vooraf uit te proberen. Oefening bevordert ook de vlotheid.

- **De promotor, of de coassistent zelf, moet een tweede lezer (onafhankelijke persoon) aanduiden die het werk naleest en beoordeelt.**
- **Gelieve vóór 1-10-2017 de titel, de naam van de promotor en van de tweede lezer aan het competentiecentrum I.G. door te geven.**
- **Gelieve op ten laatste maandag 30-4-2018 een exemplaar van de masterpaper aan de promotor, de tweede lezer en het competentiecentrum I.G. af te geven.**
- **De promotor en de tweede onafhankelijke lezer moeten ieder tegen 31-5-2018 een beoordelingsformulier bezorgen aan het competentiecentrum I.G.**

5. Selectieprocedure kandidaat-ASO

5.1. Selectieprocedure

De eerste selectieronde vindt plaats half januari 2018 en wordt gevolgd door een infosessie voor niet aanvaarde coassistenten.

De tweede selectieronde vindt plaats half april/begin mei 2018.

Meer praktische informatie wordt bekend gemaakt via Toledo en/of de dienstsecretariaten.

Tijdens de vierde fase Master geneeskunde, richting prespecialisatie, doet de student een coassistent-schap in de dienst waarin hij/zij een opleiding tot arts-specialist ambieert. De selectie van deze kandidaat-ASO verloopt volgens de volgende procedure:

1. De selectiecriteria en hun relatief gewicht al naargelang het specialisme worden bij aanvang van het academiejaar meegedeeld door de universitair stagemeeester aan de decaan. Deze selectiecriteria en hun relatief gewicht worden aan de studenten meegedeeld via Toledo.
2. De selectiecriteria worden gekozen uit volgende items:
 - studiecriculum, eventueel opgesplitst in bachelor- en masterjaren
 - POKR-examen
 - klinische stage in de discipline. Het eindcijfer van de klinische stage deel 1 wordt gebruikt tijdens de eerste selectieronde; bij de tweede selectieronde resulteren de beoordelingen van de deelstages voor klinische stage deel 1 en klinische stage deel 2, die tot op dat tijdstip werden verricht in de discipline, in een door de dienstraad gemotiveerd cijfer
 - kennis van het vakgebied
 - ontwerp van masterpaper
 - interview
 - andere criteria, al naargelang de discipline

Het studiecriculum, het POKR-examen en de evaluatie van de klinische stage tijdens het coassistent-schap maken verplicht deel uit van de selectiecriteria. Het studiecriculum met inbegrip van het POKR-examen mag maximum voor 50% meetellen in de score van de selectie.

Het relatief gewicht van de selectiecriteria wordt per discipline bepaald en meegedeeld op Toledo.

3. De scores voor de verschillende selectiecriteria worden volgens hun relatief gewicht verrekend tot een eindcijfer dat de rangorde van de kandidaat-ASO bepaalt. Dit eindcijfer wordt bekrachtigd door de selectiecommissie van het specialisme of de dienstraad onder eindverantwoordelijkheid van de verantwoordelijke van het coassistent-schap.
4. De scores voor de verschillende selectiecriteria en het eindcijfer (met rangorde) worden door het diensthoofd of de universitaire stagemeeester meegedeeld aan de centrale selectiecommissie, die hierover beraadslaagt en de selectie bekrachtigt.
5. De centrale selectiecommissie bestaat uit de hoofdgeneesheer UZ Leuven die voorzitter is, de decaan, de afgevaardigd bestuurder UZ Leuven, de programmadirecteur van de Opleiding Master in de specialistische geneeskunde en 3 leden van deze POC aan te duiden door de decaan, de voorzitters van de competentiecentra heelkunde en inwendige geneeskunde en 2 afgevaardigden van de Leuvense Vereniging van Geneesheren-assistenten (LVGA).
6. Het maximaal aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor kandidaat-ASO per specialisme wordt bepaald door de centrale selectiecommissie met inachtna-me van de wettelijke bepalingen van het KB planning medisch aanbod, met het Koninklijk Besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen en het Ministerieel Besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, en met het financieel kader en de wettelijke opleidingscapaciteit

toevertrouwd aan de stagemeeester. Dit maximaal aantal beschikbare opleidingsplaatsen wordt bij aanvang van het academiejaar meegedeeld aan de universitaire stagemeeester en de coassistenten.

7. Er zijn 2 selectieronden, namelijk één in januari en één in april/mei. Voor de coassistenten bestaat de mogelijkheid om na de eerste selectieronde over te stappen naar een ander specialisme, huisartsgeneeskunde of maatschappelijke gezondheidszorg.

De coassistenten worden na de eerste selectieronde ingelicht over de nog beschikbare opleidingsplaatsen. De gebruikelijke datum van overstap naar een ander coassistentenschap is 1 februari. De uiterste datum voor overstap naar huisartsgeneeskunde wordt bepaald door de aanvangsdatum van de lessencyclus huisartsgeneeskunde 2e semester.

8. Bij de eerste selectieronde worden door de centrale selectiecommissie de volgende beslissingen genomen:

A: aanvaard door de faculteit geneeskunde KU Leuven (de attesten worden afgeleverd na het afstuderen als arts en de volledige invulling van het stageplan). Aanvaard omdat de kandidaat-ASO geschikt is voor het specialisme en past binnen het quotum van beschikbare opleidingsplaatsen.

B: in beraad (zal geëvalueerd worden tijdens de tweede selectieronde). In beraad omdat er twijfel bestaat, hetzij over de geschiktheid van de kandidaat-ASO, hetzij over de rangschikking van de kandidaat-ASO t.o.v. andere kandidaten (m.i.v. mogelijke overstappers vanuit een andere discipline) binnen het quotum van beschikbare opleidingsplaatsen.

NA: niet-aanvaard omdat de kandidaat-ASO hetzij niet-geschikt is voor het specialisme, hetzij de kandidaat-ASO op basis van de rangorde niet valt binnen het quotum van beschikbare opleidingsplaatsen.

Bij de tweede selectieronde is de beslissing aanvaard of niet-aanvaard.

De beslissingen van de centrale selectiecommissie worden door de verantwoordelijke van het coassistentenschap meegedeeld aan de coassistenten. Aan de coassistent wordt zijn eigen rangorde meegedeeld.

9. Zo de coassistent meent dat bij het bepalen van de scores die tot het eindcijfer en de rangorde in het desbetreffende specialisme hebben geleid, de procedure niet correct is toegepast, dient hij dit binnen de twee weken na de selectieronde te melden bij het bureau van de centrale selectiecommissie dat bestaat uit de hoofdgeneesheer UZ Leuven, de decaan, de programmadirecteur master in de specialistische geneeskunde of een gedelegeerde.

Het bureau onderzoekt de gegrondheid van de melding en hoort hiertoe de coassistent en de verantwoordelijke van het coassistentenschap en krijgt inzage in de evaluatiedocumenten die tot de scores en de beslissing hebben geleid.

10. De coassistent kan overstappen naar een ander specialisme tussen de initiële aanmelding voor en de aanvang van het coassistentenschap, maandelijks tijdens het 1e semester en na de eerste selectieronde. Om voor een selectiebeslissing in aanmerking te komen moet de coassistent minstens 2 en bij voorkeur 3 maanden coassistentenschap hebben verricht in de gekozen discipline.

5.2. Selectiecriteria per discipline

De selectiecriteria en hun relatieve gewicht worden bij aanvang van het coassistentenschap meegedeeld via Toledo.

Om deel te nemen aan de selectie voor ASO-I.G. dienen vooreerst volgende administratieve formaliteiten in orde gebracht te worden (vóór 1 oktober 2017, maar uiteraard hoe vroeger hoe beter!):

- het ingevuld sollicitatieformulier met een recente pasfoto (dit formulier ontvang je van het competentiecentrum I.G. bij aanvang van het coassistentenschap)
- uw sollicitatiebrief met motivatie
- uw curriculum vitae

Alles te zenden t.a.v. prof. dr. W. Peetermans, diensthoofd-directeur interne geneeskunde.

De selectie van assistenten gebeurt op basis van een index die samengesteld is uit:

- 35 % CV: 15 % bachelor + 20 % masterjaren
- 5 % PoKR
- 30 % coassistentschap
- 5 % stage I.G. 3^{de} master
- 20 % examen I.G.
- 5 % interview

Het schriftelijk examen (1^{ste} ronde) zal medio december plaatsvinden en bestaat uit een of meerdere klinische gevalstudies en 40 meerkeuzevragen (1 antwoord juist). De beste voorbereiding is de specifieke coassistentenopleiding en de kansen van de verschillende diensten.

Het interview vindt plaats in het bureau van prof. Peetermans in aanwezigheid van enkele stafleden van diverse internistische disciplines. Er is geen specifieke voorbereiding vereist. Tijdstip: omstreeks half december (groep 1) en tijdens de week van 19-23 december (groep 2).

5.3. Procedure coassistentschap in andere faculteit

1. Na de eerste selectieronde in januari kan de coassistent die niet aanvaard is voor de specialisatie van keuze aan de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap vragen om een coassistentschap te verrichten in een andere universiteit waar er nog een vacante opleidingsplaats is.

De duur van dit coassistentschap elders bedraagt maximaal 4 weken. De beoordeling van dit coassistentschap elders wordt niet mee in rekening gebracht voor de eindevaluatie van het coassistentschap als opleidingsonderdeel van het 4^{de} masterjaar. Dit coassistentschap elders kan enkel plaatsvinden indien de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap en de stagemester van de andere faculteit hun schriftelijk akkoord geven en dit voor goedkeuring voorleggen aan de programmadirecteur Master in de specialistische geneeskunde of een gedelegeerde die hiertoe gemachtigd is door de decaan. De praktische modaliteiten (verzekering; statuut e.d.) worden bewaakt door de faculteit.

Indien de coassistent wordt aanvaard in de andere universiteit behoort hij/zij tot het contingent van de andere universiteit.

2. Na de eerste selectieronde in januari kan de coassistent die in beraad is voor de specialisatie van keuze aan de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap vragen om een coassistentschap in dezelfde specialisatierichting te verrichten in een andere universiteit waar er nog een vacante opleidingsplaats is.

De duur van dit coassistentschap elders bedraagt maximaal 4 weken. De beoordeling van het coassistentschap elders wordt niet mee in rekening gebracht voor de eindevaluatie van het coassistentschap als opleidingsonderdeel van het 4^e masterjaar. De coassistent weet dat de beoordeling van het coassistentschap in Leuven gebeurt over een periode die 4 weken minder lang is dan die van de studenten die hun coassistentschap volledig in Leuven doen. Dit coassistentschap elders kan enkel plaatsvinden indien de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap en de stagemester van de andere universiteit hun schriftelijk akkoord geven en dit voor goedkeuring voorleggen aan de programmadirecteur van de POC Master Specialistische Geneeskunde of een gedelegeerde die hiertoe gemachtigd is door de decaan. De praktische modaliteiten (verzekering; statuut e.d.) worden bewaakt door de faculteit. De finale beslissing ligt bij de decaan.

Indien de coassistent wordt aanvaard in de andere universiteit behoort hij/zij tot het contingent van de andere universiteit.

3. Het is niet toegelaten om een coassistentschap elders te verrichten in de specialisatierichting van eerste keuze wanneer de coassistent overstapt naar een andere specialisatierichting in Leuven en zich kandidaat stelt voor selectie in de nieuwe discipline in de 2^e selectieronde. De coassistent moet immers gedurende minstens 2 en bij voorkeur 3 maanden kunnen beoordeeld worden in de nieuwe specialisatierichting voor de 2^{de} selectieronde van april/mei.

4. Het staat de coassistent vrij om na afstuderen aan de KU Leuven een proefstage te verrichten aan een andere universiteit in een specialisatierichting van keuze.
5. Na de eerste selectieronde in januari kan de coassistent die aanvaard is voor de specialisatie van keuze aan de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap vragen om een coassistentschap te verrichten in een ander centrum. De duur van het coassistentschap elders bedraagt maximaal 4 weken. Het ontvangende centrum moet erkend zijn als stagedienst in het specialisme volgens het Koninklijk Besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen en het Ministerieel Besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten. De beoordeling van het coassistentschap elders wordt niet mee in rekening gebracht voor de eindevaluatie van het coassistentschap als opleidingsonderdeel van het 4^e masterjaar. De coassistent weet dat de beoordeling van het coassistentschap in Leuven gebeurt over een periode die 4 weken minder lang is dan die van de studenten die hun coassistentschap volledig in Leuven doen. Dit coassistentschap elders kan enkel plaatsvinden indien de Leuvense verantwoordelijke voor het coassistentschap en de stagemeeester van het andere centrum hun schriftelijk akkoord geven en dit voor goedkeuring voorleggen aan de programmadirecteur van de POC Master Specialistische Geneeskunde of een gedelegeerde die hiertoe gemachtigd is door de decaan. De praktische modaliteiten (verzekering ; statuut e.d.) worden bewaakt door de faculteit. De finale beslissing ligt bij de decaan.

6. Administratieve formaliteiten

6.1. Vakantie

Je hebt recht op 10 dagen vakantie tijdens je coassistentenschap + 1 week paasvakantie vastgelegd door het stagesecretariaat. Hiervoor moet je een aantal regels in acht nemen:

- Als je verlof wenst te nemen, moet je steeds toestemming vragen aan het diensthoofd/supervisor van de dienst waar je tijdens de verlofperiode zal staan.
- Je vakantiekaart (bezorgd door het competentiecentrum I.G.) moet door dit diensthoofd of supervisor getekend worden.
- Alle vakantie moet gemeld worden aan het competentiecentrum I.G. vóór het verlof ingaat. Je brengt telkens de getekende vakantiekaart op het competentiecentrum binnen voor registratie.
- Bijkomend verwittig je best ook de stafleden, assistenten en het secretariaat van de desbetreffende dienst.

6.2. Afwezigheid door ziekte of onvoorziene omstandigheden

Gelieve bij onvoorziene afwezigheid onmiddellijk het competentiecentrum I.G. (016/344220-016/344259) en de verantwoordelijke assistent en/of staflid van je dienst te verwittigen. Het competentiecentrum verwittigt de stagekapitein die eventueel het nodige doet om de wachten te regelen.

Bij afwezigheid wegens ziekte moet je steeds een doktersattest inleveren. Heb je geen doktersattest dan moet je voor de periode dat je afwezig bent een verlofdag nemen.

6.3. Dienst- en wachtregelingen

Om de 4 weken wordt er geroteerd zodat je de mogelijkheid krijgt om op verschillende diensten te werken. De stagekapitein stelt de dienst- en wachtregelingen op. Je mag steeds je voorkeur voor een bepaalde dienst of je desiderata voor de wachtregeling aan de stagekapitein doorgeven. Voor de dienstregeling zal hiermee in de mate van het mogelijke rekening mee gehouden worden.

Ongeveer 2 weken voor deze rotatie worden de dienst- en wachtregelingen door het competentiecentrum I.G. (christel.artoos@uzleuven.be) naar de coassistenten en de betrokken diensten opgestuurd, zodat je eventueel verlof kan regelen of nog wachten kunt ruilen. Elke wijziging moet zo snel mogelijk doorgegeven worden aan het competentiecentrum I.G. (telefonisch of via mail).

Bij iedere dienstwisseling neem je contact op met de volgende stafleden:

dienst	Contactpersoon
algemene inwendige geneeskunde	prof. dr. S. Vanderschueren (alg. inw. gen.), prof. dr. R. Schrijvers, prof. dr. C. Breynaert (allergie & klin. imm.)
algemene medische oncologie	prof. dr. P. Clement
endocrinologie	aanmelden op het secretariaat (sec.endocrino@uzleuven.be) verantwoordelijke stafleden: prof. dr. C. Mathieu, dr. M. Bex, prof. dr. B. Decallonne
geriatrie	dr. K. Fagard
hart- en vaatziekten	prof. dr. M-C Herregods (bij afwezigheid prof. dr. R. Willems op dinsdag (afwezig op maandag))
maag-, darm & leverziekten	prof. dr. I. Demedts (maag- & darm), prof. dr. C. Verslype (lever)
hematologie	prof. dr. M. Delforge
nefrologie	prof. dr. B. Sprangers
pneumologie	prof. dr. L. Dupont
reumatologie	prof. dr. F. Luyten

6.4. Beoordelingsformulieren

HEEL BELANGRIJK!

De beoordelingsformulieren moeten persoonlijk aan de supervisor afgegeven worden. Het is in je eigen belang dat de supervisor de documenten kan invullen onmiddellijk na je vertrek op de dienst. Indien hij de formulieren pas na enkele maanden ontvangt is het moeilijk om zich nog een beeld te kunnen vormen over je prestaties en om je te kunnen beoordelen.

Je mag aan je rechtstreekse supervisor tijdens of aan het einde van een rotatie een feedbackgesprek vragen.

6.5. Registratie van arbeidsduur

De wettelijke norm is een gemiddelde van 48 werkuren, berekend op 13 weken. Aangezien er ook wachten moeten gedaan worden, zijn 48 werkuren per week krap om de eindtermen van de stage-opleiding te behalen. Uitbreiding naar 60 werkuren is mogelijk mits je hiervoor je akkoord geeft via het opting out formulier. Je mag dan een maximum van 72 uur per week presteren.

Na een aaneengesloten arbeidstijd met een duur van 12 tot 24 uur, moet je 12 uur recuperatie opnemen. Je mag niet meer dan 24 uur na elkaar werken.

Je geeft per rotatieperiode het aantal werkuren door aan het competentiecentrum I.G. via het registratieformulier (zie voorbeeld in bijlage). De werkweek loopt van zondagmorgen 8u tot zondagmorgen 8u.

Bijlagen

- 1) Procedure studentenkaart startende coassistenten
Kledinguitgifteautomaat
Bestellen vaakmaaltijd
- 2) Richtlijnen arbeidsduur
- 3) Formulier individueel akkoord opting out (voorbeeld)
- 4) Registratieformulier werktijden (voorbeeld)
- 5) Beroepsgeheim of geheimhoudingsplicht
- 6) Formulier verslag begeleidingsgesprek (voorbeeld)
- 7) Beoordelingsformulier coassistentenschap prespecialisatie (voorbeeld)
- 8) Beoordelingsformulier masterpaper (voorbeeld)
- 9) Kwaliteit en patiëntveiligheid in UZ Leuven

PROCEDURE STUDENTENKAARTEN STARTENDE COASSISTENTEN

Alle studenten schrijven zich elektronisch in onmiddellijk na de deliberatie 3^e Master Geneeskunde. Zij zullen op deze manier hun nieuwe studentenkaart zo spoedig mogelijk ontvangen. De studenten die herinschrijven in juli ontvangen hun kaart vanaf 15 augustus.

De studenten dienen zich aan te melden op de dienst Toegangsbeheer van de UZ Leuven met hun studentenkaart. Vanaf heden kan Toegangsbeheer de studentenbadges actief maken op het systeem van UZ Leuven. Bijkomende badges van UZ Leuven afleveren is dan ook niet meer nodig. Het is wel belangrijk dat de nieuwe studentenbadges geactiveerd worden.

Coassistenten die in eerste instantie hun oude badge laten activeren moeten nog eens langs komen van zodra ze de nieuwe ontvangen hebben. **Dit kan vanaf half juni eventueel tijdens een terugkomdag of examen in Leuven, dit om problemen te voorkomen**, zodat zij deze kaart aan de personeelskiosken kunnen opladen voor maaltijden in de UZ-cafetaria.

Met betrekking tot het operatiekwartier is er een aparte procedure die bij de aanvang van het coassistentenschap wordt meegedeeld.

De dienst Toegangsbeheer bevindt zich op de groene pijl niveau -1 en is doorlopend open van 8u00 tot 16u15.

KLEDINGUITGIFTEAUTOMAAT (KUA)

De blauwe uniformen die op Spoedgevallen en op de intensieve eenheden worden gedragen, zijn alleen aan een kledinguitgifteautomaat (KUA) te verkrijgen.

Om deze toegang in orde te brengen, moet u eerst bij beroepskledij langsgaan om uw maat te bepalen (gouden pijl, niveau 2, tel. 016/344 568, doorlopend open van 7u30 uur tot 15u30). Daar wordt ook uw studentenbadge geactiveerd zodat u aan het automaat uw kledij kunt nemen.

Meer informatie vindt u via deze link: <http://wiki/display/fac/Beroepskledij+en+kledinguitgifteautomaat>.

HOE EEN WAAKMAALTIJD BESTELLEN TIJDENS NACHTWACHT?

De coassistent die van eerste wacht is op Spoedgevallen, heeft recht op een waakmaaltijd. Meer informatie hierover vindt u op: <http://wiki/display/fac/Waakmaaltijden+en+tarieven>.

Praktisch

Log in via <http://intranet/meal/> met uw UZ Leuven-login en -paswoord.

Duid aan voor welke wachtpost u wenst te bestellen (i.e. coassistent Interne Geneeskunde – de maaltijd wordt op E 595 geleverd).

Maak een keuze voor de nachten die u werkt.

Per nacht kunt u 1 keuze aanduiden (warme maaltijd, koude schotel, pastagerecht, broodmaaltijd).

Kiest u niets, dan wordt standaard een broodmaaltijd, soep en dessert voorzien.

De keuze is strikt persoonlijk. U kunt dus geen waakmaaltijd bestellen voor uw collega.

Uw bestelling dient u vóór 4 uur in de ochtend voor die avond door te geven. U kunt wel tot 4 weken in de toekomst bestellen.

Eventuele fouten kunt u rechtzetten via het tabblad “historiek aanvragen maaltijden”.

Belangrijk

Voor iedere dienst is er een vast aantal waakmaaltijden. Zorg er dus zeker voor dat u niet bestelt voor de nachten die u niet werkt. Indien u dit wel doet, bestaat de kans dat uw collega's niet kunnen kiezen.

Onder nachtdienst wordt verstaan “inslapende wacht” en “staande wacht”.

Indien door onvoorziene omstandigheden de keuze niet kan worden verstrekt, wordt dit bij de levering vermeld.

De verantwoordelijkheid eindigt bij het afleveren op het vooraf bepaalde afhaalpunt. Er is geen controle over uw maaltijd eens op de dienst geleverd. De maaltijd is voorzien van een sticker met uw naam.

RICHTLIJNEN ARBEIDSDUUR

Richtlijnen voor de toepassing op studenten-coassistenten van de wet tot vaststelling van de arbeidstijd van geneesheren, de tandartsen, de dierenartsen, kandidaat-geneesheren in opleiding, kandidaat-tandartsen in opleiding en studenten-stagiairs die zich voorbereiden op deze beroepen.

1. De stageopleiding dient steeds op kwalitatief hoogstaand niveau aangeboden te worden binnen de organisatie van de stagedienst.
2. De student-coassistent wordt onder geen enkele omstandigheid betaald voor het verrichten van stage.
3. Na een aaneengesloten arbeidstijd met een duur van 12 tot 24 uren is 12 uur rust vereist.
4. Een aaneengesloten arbeidstijd met een duur van 24 uur kan niet worden overschreden.
5. Nooit¹ mag tijdens een week meer dan 72 uur arbeidstijd gepresteerd worden.
6. De gemiddelde arbeidstijd van 48 uur is de wettelijke norm en wordt berekend in een referentieperiode van 13 weken. Uitbreiding naar 60 uur is mogelijk. Dit moet door elke student-coassistent schriftelijk bevestigd worden via een ondertekende opting out bereidheidsverklaring. De 48 of 60 uren zijn een gemiddeld maximum. Minder dan 48 of 60 uur werken is geen probleem indien de eindtermen gehaald worden.
7. De verantwoordelijke voor het coassistentschap in de discipline zal er in het bijzonder over waken dat ook in deze bijkomende arbeidstijd de stage op kwalitatief hoogstaand niveau wordt aangeboden. Tijdens de wacht wordt voor de student-coassistent slaapgelegenheden voorzien. Alle uren van aanwezigheid in het ziekenhuis tijdens een inslapende wacht behoren tot de arbeidstijd, ook als de student-coassistent tijdens een deel van de wachttijd slaapt.
8. Wekelijks wordt een lijst met de gepresteerde arbeidstijd, ingevuld per dag, opgemaakt door de student-coassistent (register) en bijgehouden. De verantwoordelijke voor het coassistentschap in de discipline ziet hierop toe en zorgt ervoor dat de student-coassistent voldoende rust krijgt en de gemiddelde arbeidstijd van de werkweek niet overschrijdt.
9. Het formulier opting out wordt aan de coassistent aangeboden op het secretariaat van de dienst. De verantwoordelijke voor het coassistentschap in de discipline (of diens secretariaat) zorgt er met de hulp van de student-coassistent voor dat dit wordt bewaard in het dossier van de student-coassistent.
10. In geval van problemen kan de facultair stagecoördinator bemiddelen tussen de student-coassistent en de verantwoordelijke voor het coassistentschap in de discipline. De wet en deze richtlijnen gelden hierbij als leidraad.

¹ Tenzij om voorgekomen of dreigend ongeval het hoofd te bieden, bv. bij het afkondigen van het rampenplan.



INDIVIDUEEL AKKOORD TOT OPTING OUT

Ik, ondergetekende student-coassistent,
 verklaar hierbij dat ik vrijwillig een bijkomende arbeidstijd van maximaal 12 uren per week wens te presteren in het kader van de wachtregeling binnen de klinische stage coassistentenschap interne geneeskunde met prof. dr. W. Peetermans als verantwoordelijke voor het coassistentenschap in de discipline, en dit om de eindtermen van de stageopleiding geneeskunde te kunnen behalen.

Ik begrijp dat ik als student-coassistent geen bijkomend loon kan ontvangen.
 Ik kan dit akkoord ongedaan maken door deze overeenkomst schriftelijk te beëindigen met een opzeg van één maand.

Gedaan te (plaats)
 op (datum).

Handtekening

voorbeeld

VOORBEELD REGISTRATIEFORMULIER WERKTIJDEN COASSISTENTEN UZ LEUVEN

REGISTRATIE VAN ARBEIDSDUUR

COASSISTENT	
DIENST	I.G. -
PERIODE	

Basis *	Maandag		Dinsdag		Woensdag		Donderdag		Vrijdag		Zaterdag		Zondag		Totaal
	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	
Week 1															
Gemiddeld	9		9		9		9		9		9		9		45
Wacht															
Andere/Recup															
Verlof															
Totaal															
Week 2															
Gemiddeld	9		9		9		9		9		9		9		45
Wacht															
Andere/Recup															
Verlof															
Totaal															
Week 3															
Gemiddeld	9		9		9		9		9		9		9		45
Wacht															
Andere/Recup															
Verlof															
Totaal															
Week 4															
Gemiddeld	9		9		9		9		9		9		9		45
Wacht															
Andere/Recup															
Verlof															
Totaal															

Voorbeeld

* Verdeeld over de werkdag is er een pauze van gemiddeld 1 uur (wordt afgetrokken van weekschema)
 Avondpermanenties worden als positieve afwijking ingebracht
 Recuperatie na een wacht wordt als negatieve afwijking ingebracht

BEROEPSGEHEIM OF GEHEIMHOUDINGSPLICHT EN OMGANG MET CONFIDENTIËLE INFORMATIE

*Tekst goedgekeurd door commissie medische ethiek op 13 maart 2011,
en faculteitsbestuur op 18 mei 2011*



De arts is ten opzichte van de patiënt gebonden aan het beroepsgeheim. Ook de arts in opleiding is hieraan gebonden, en een overtreding van het beroepsgeheim is een zware fout.

De arts in opleiding mag alleen informatie over de patiënt meedelen aan andere personen van het behandelend team, in zoverre zij deze informatie nodig hebben voor de behandeling of verzorging van de patiënt. Het meedelen van niet relevante informatie moet ook in deze omstandigheden worden vermeden.

Discussie over patiënten in het openbaar (bv. in cafetaria, kroeg of in familiekring) is ongepast. Ook bij wetenschappelijke voordrachten moet de anonimiteit van patiënten bewaard worden (geen naam, geboortedatum, woonplaats, beroep, foto, namen op radiografische opnames, enz.).

Het bekendmaken of publiceren van gegevens over patiënten of van situaties die zich tijdens de stage hebben voorgedaan via elektronische media (internetsites, discussiefora, sociale netwerken als Facebook) is verboden.

Gebruik van e-mail voor de uitwisseling van informatie over patiënten is af te raden. Indien het niet te vermijden is om dit medium toch te gebruiken, dan mogen de berichten geen gemakkelijk identificeerbare informatie bevatten (zoals namen van patiënten), maar bijvoorbeeld een (administratief) dossiernummer.

De arts in opleiding mag alleen dossiers (op papier of elektronisch) inzien, indien hij deel uitmaakt van het team dat voor een bepaalde patiënt verantwoordelijk is en deze inzage nodig is voor de behandeling van de patiënt. Inzage omwille van wetenschappelijke redenen mag alleen indien hij van de verantwoordelijke arts hiervoor een uitdrukkelijke toestemming heeft gekregen.

Het uit nieuwsgierigheid inkijken van een dossier van bekende personen, kennissen, of derden is een zware overtreding en zal zwaar worden gesanctioneerd.

Een bijzondere situatie kan optreden indien de arts in opleiding tijdens de stage in contact komt met patiënten die hij kent uit zijn privéleven. Alhoewel hij in dit geval uiteraard (en a fortiori) dezelfde geheimhoudingsplicht heeft als anders, is het correct en beleefd om minstens aan de patiënt te vragen of deze bezwaar heeft tegen zijn aanwezigheid, of zelfs aan te bieden om zich te verwijderen.

Een goede regel is dat men over een patiënt niet anders spreekt of handelt, dan dat men zelf zou willen besproken of behandeld worden.

VERSLAG TUSSENTIJD BEGELEIDINGSGESPREK



NAAM COASSISTENT:

Discipline:

Datum:

Tenzij de verantwoordelijke voor het coassistentenschap een korte notitie neerschrijft over dit gesprek, maak je zelf een kort verslag. Laat het verslag handtekenen door de verantwoordelijke die er eventueel nog een korte waardering aan kan toevoegen.

Sterke punten:

Voorbeeld

Aandachtspunten:

Verantwoordelijke
coassistentenschap

Handtekening
stafid

Handtekening
coassistent

Datum

Beoordelingsformulier Coassistentenschap Prespecialisatie



Dienst/afdeling: **Inwendige Disciplines** -

Diensthooft/supervisor:

Naam student:

Periode:

Beoordeling	Minder dan 8	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19-20	Motivatie
Situering t.o.v. gemiddelde	Ruim onvoldoende	Onvoldoende	Duidelijk onder het gemiddelde	Onder het gemiddelde	Gemiddelde	Boven gemiddelde	Ver boven gemiddelde	
Wetenschappelijke belangstelling en theoretische kennis								
Klinisch inzicht								
Zorg voor dossiers								
Technische Vaardigheden								
Omgang met familie en patiënten								
Omgang met dokters en verpleegkundigen								
Stiptheid								
Verantwoordelijkheid								
Kwaliteit en patiëntveiligheid								

Voorbeeld

GLBAAL OORDEEL: _____ /20

Motivatie bij de globale score (verplicht in te vullen):

.....

.....

.....

.....

- Elke rubriek aankruisen of NVT (niet van toepassing) vermelden. Het globaal oordeel hoeft niet noodzakelijk het rekenkundig gemiddelde te zijn van de verschillende aspecten indien binnen de discipline een relatieve weging wordt toegepast en dit zo aan de coassistent bij aanvang van de stage werd meegedeeld.
- Elke deelrubriek en het globale oordeel worden in afdoende mate gemotiveerd

Datum, handtekening en stempel

Beoordelingsformulier Masterpaper/Onderzoeksrapport

Naam student:
 Afdeling:
 Promotor:
 2^{de} lezer:

Titel masterpaper:



Beoordeling	< 8	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	≥18
Situering t.o. gemiddelde	Ruim onvoldoende	Onvoldoende	Duidelijk onder gemiddelde	Onder gemiddelde	Gemiddelde	Boven gemiddelde	Ver boven gemiddelde
Omschrijving kwaliteit	Zeer slecht	Slecht	Nipt voldoende	Matig	Goed	Uitstekend	Uitzonderlijk

Duid aan met een KRUISJE (geen cijfer)

VORM							
Structuur: Evenwicht tussen de onderdelen? Verdere onderverdeling?							
Taalgebruik: Nauwkeurig? Beknopt? Correcte spelling?							
INHOUD							
Inleiding / Vraagstelling: Juiste stand van zaken gegeven (pertinentie)? Relevante vraagstelling? (relevantie praktijkvoering) Doelstelling of hypothese aanwezig?							
Methode: Wetenschappelijke onderbouwing. Geval(len) goed beschreven? Populatie, periode, selectiecriteria afgelijnd? Gebruikte methoden, statistische analyses duidelijk?							
Resultaten of beschrijving: Volledig? Beknopt?							
Discussie of bespreking: Vragen beantwoord adhv bevindingen? Relativering gebruikte methoden? Adequate vergelijking bevindingen andere auteurs?							
Conclusie: Belangrijkste bevindingen helder samengevat?							
Literatuurvermelding: Actuele literatuur gebruikt? Op correcte wijze weergegeven?							
Samenvatting: Maximum 200 woorden? Volledig?							
PRESENTATIE / DISCUSSIE (indien van toepassing)							
Presentatie: Beknopt en gestructureerd? Timing gerespecteerd? Overzichtelijke slides? (vorm van de presentatie) Taalgebruik? Contact publiek? Vlotheid?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Discussie achteraf: Vragen ter zake/correct beantwoord? (Kwaliteit van de discussie)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
PROCESEVALUATIE EN GROEPSWERKING (indien van toepassing)							
Verloop van het proces: Continue inzet, spreiding werkzaamheden, neemt initiatief? Stipte opvolging afspraken? Evolutie bij de student (inhoudelijke groei, inzicht, betrokkenheid bij onderwerp)?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Groepswerking: Neemt verantwoordelijkheid naar medestudenten? Evenwichtige verdeling van de taken onderling? Positieve en creatieve inbreng in groep, samenwerking?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
EINDBEOORDELING							
						Eindcijfer*	/20

Datum, handtekening en stempel

* Opgelet: het eindcijfer is geen mathematisch gemiddelde ; het eindcijfer moet in afdoende mate gemotiveerd worden.

2.3. Kwaliteit en patiëntveiligheid in UZ Leuven

Accreditering door Joint Commission International (JCI)

Door de continue inzet, motivatie en competenties van alle medewerkers is UZ Leuven in staat om hoogwaardige zorg aan zijn patiënten te bieden. Zo heeft ons ziekenhuis zich kunnen uitbouwen tot een topreferentiecentrum.

Ook in de toekomst willen we onze positie als toonaangevend universitair medisch centrum consolideren en verder uitbouwen. Het voortdurend streven naar een betere en veiligere zorg voor de patiënt is de essentie van onze bedrijfsfilosofie. Dat willen we dan ook blijvend aantonen door UZ Leuven via een externe, onafhankelijke organisatie te laten accrediteren. Omwille van onze internationale positionering is gekozen voor de Joint Commission International (JCI). UZ Leuven behaalde in juni 2010 als eerste Belgisch ziekenhuis het JCI-accrediteringslabel voor een periode van drie jaar. In 2013 werd de accreditering verlengd tot 2016 en werd de opleidingsfunctie van UZ Leuven aan de JCI-accreditering toegevoegd.

De JCI standard

Joint Commission International (JCI) is een organisatie die internationale normen, de zogenaamde JCI standards, vastlegt voor excellente kwaliteit en patiëntveiligheid. Als een audit door JCI aantoont dat het kwaliteitssysteem van de zorginstelling beantwoordt aan de hoge eisen van de standards, verleent JCI een ziekenhuisaccreditatie. Bovendien legt een accreditatie verbeterpunten van een organisatie bloot en gaat ze na of er in de organisatie een cultuur heerst om deze punten aan te pakken en te streven naar een optimalisering van de zorg en kwaliteit.

'Norm' is het Nederlandse equivalent voor het Engelse 'standard'. Een norm is een uitspraak die de verwachtingen, structuren, of processen bepaalt die voldoende aanwezig moeten zijn in de organisatie die garant wil staan voor een veilige en kwaliteitsvolle zorg, behandeling en dienstverlening.

We onderscheiden normen die vooral focussen op patiëntenzorg van normen die gericht zijn op de organisatie en het management.

Binnen de patiëntenzorg zijn er zes standards 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) Noteren en herhalen van telefonische boodschappen
- 3) Verhogen van de veiligheid bij gebruik van hoog-risico medicatie
- 4) Uitvoeren van de juiste ingreep, aan de juiste zijde, bij de juiste patiënt
- 5) Infectierisico verminderen door correcte handhygiëne
- 6) Valpreventie

De volgende standards met betrekking tot kwaliteitsvolle patiëntenzorg en veiligheid hebben eveneens een prioritaire focus in UZ Leuven.

- 7) Evaluatie en dagelijkse opvolging van iedere patiënt (AOP = assessment of patients)
- 8) Veilige zorg voor kwetsbare patiëntengroepen en hoog-risico procedures
- 9) Naar een ziekenhuis met minder pijn
- 10) Correct informeren via informed consent
- 11) Omgaan met privacy en confidentialiteit
- 12) Op weg naar een veilig medicatiebeleid
- 13) Preventie en controle van infecties
- 14) Belang van een goede infrastructuur
- 15) Wat te doen bij gevaar, brand en een reanimatie
- 16) Werken met procedures en protocols
- 17) Melden van (bijna-)incidenten

Deze zeventien standards worden hier kort toegelicht. Voor meer info over de standards en de accreditering in het algemeen kun je terecht op <http://intranet/accreditering> of bij je leidinggevende.

1) Patiënten identificeren door middel van dubbele identificatie

Cruciaal voor een veilige patiëntenzorg is het heel actief en bewust werken aan correcte patiënt-identificatie. 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; het vervoer van een patiënt naar een verkeerde locatie ...

Het streefdoel moet sowieso zijn dat al onze patiënten op een juiste en eenduidige manier geïdentificeerd worden.

Patiëntidentificatie heeft altijd twee luiken:

Enerzijds is er de vraag wie de patiënt is die je voor je hebt.

Anderzijds of het antwoord op deze vraag wel overeenstemt 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 kamer en het bed mogen daarbij nooit gebruikt worden om evidente redenen.

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 daghospitalisatie.

Kijk ook op <http://intranet/patientidentificatie>.

2) Noteren en herhalen van telefonische boodschappen

De orders met betrekking tot de behandeling van patiënten worden normaal gezien door de arts rechtstreeks opgenomen in het patiëntdossier. Wanneer echter een patiënt een probleem stelt op het moment dat de arts niet aanwezig is op de eenheid of een dringend resultaat moet meegedeeld worden, dient er per telefoon gecommuniceerd te worden. Om te garanderen dat het order daarna volledig en correct kan uitgevoerd worden, wordt het principe 'noteer en herhaal' gebruikt voor deze communicaties. Het komt er op neer dat de zorgverlener het order of de boodschap onmiddellijk noteert en dan volledig herhaalt (identificatie patiënt, opdracht ...). Idealiter wordt de opdracht onmiddellijk genoteerd in het patiëntdossier. Er kan ook gebruikgemaakt worden van de hiervoor ontworpen post-its van het ziekenhuis.

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: *noteer en herhaal*).

3) Verhogen van de veiligheid bij gebruik van hoog-risico medicatie

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 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 moet men altijd attent zijn bij het omgaan met medicatie die gelijkaardig verpakt is of gelijkaardig klinkt van naam. Ook het toedienen van insuline en heparine vraagt de nodige extra aandacht.

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: *elektrolyten*).

4) Uitvoeren van de juiste ingreep aan de juiste zijde bij de juiste patiënt

De doelstelling is de garantie te verhogen op het uitvoeren van de juiste ingreep, aan de juiste zijde bij de juiste patiënt. Dit loopt jammer genoeg wel eens fout om diverse redenen: inefficiënte communicatie tussen de vele medewerkers betrokken bij het voorbereiden en uitvoeren van de ingreep; een niet optimale betrokkenheid van de patiënt bij het valideren van de geplande ingreep en het markeren van de

operatiestreek; een gebrek aan gestandaardiseerde procedures voor het verifiëren van de plaats van de ingreep; ...

Daarom wordt bij het uitvoeren van een ingreep met lateraliteit of meerdere structuren (bijvoorbeeld wervels, tenen of vingers) de juiste kant gemarkeerd door de chirurg bij een wakkere patiënt. Voor de patiënt onder narcose gaat, wordt er ter verificatie een checklist overlopen (de identiteit van de patiënt, de geplande ingreep, de beschikbaarheid van het nodige materiaal ...). Een laatste controle gebeurt door de chirurg, samen met zijn team, voor hij insnijdt (time-out).

Na de ingreep is het tellen van de kompressen en het controleren van het gebruikte instrumentarium een onderdeel van dit proces.

Deze procedure is van toepassing voor elke chirurgische ingreep en procedure onder algemene of locoregionale anesthesie. Buiten de operatiezaal is de procedure ook van toepassing voor diagnose en 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 <http://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.

Vanwege de grotere kiemreductie verdient 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 en ná elk fysiek patiëntencontact en bij het verlaten van de kamer
- vóór het uitvoeren van elke invasieve en aseptische techniek
- bij elke overgang van besmet naar zuiver
- vóór manipulatie van zuiver materiaal en ná contact met bevuild materiaal
- na langdurig handschoengebruik

Kijk ook op <http://intranet/ziekenhuishygiene>.

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 (zie 7. AOP), 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.

Kijk ook op <http://intranet/valpreventie>.

7) Evaluatie en dagelijkse opvolging van iedere patiënt (assessment of patients – AOP)

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. AOP (= assesment of patients) gaat precies over de gestandaardiseerde basisevaluatie en 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 <http://intranet/aop>.

8) Veilige zorg voor kwetsbare patiëntengroepen en hoog-risico procedures

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 en procedures werd een globaal beleid geformuleerd met het oog op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

- spoedgevallendienst
- reanimatie door interne mobiele urgentiegroep
- transfusie van bloed(producten)
- intensieve zorgen en neonatologie
- patiënten met een besmettelijke ziekte
- immuungedeprimeerde patiënten
- dialyse
- fixatie van patiënten
- oudere patiënten (geriatrie)
- personen met een handicap
- kinderen (pediatrie)
- patiënten met verhoogd risico op misbruik en mishandeling
- chemotherapie

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: *hoogrisico*).

9) Pijnmanagement

Bij ongeveer de helft van de patiënten die in een ziekenhuis verblijven, treedt pijn op. Het is logisch dat UZ Leuven zich inzet om pijn zo veel mogelijk te vermijden 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 2 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 postoperatieve pijnproblemen), bij het palliatief supportteam (voor pijnproblemen bij palliatieve patiënten) of bij het LAC (pijncentrum).

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: pijnbevraging).

10) Correct informeren door informed consent

Informed consent kan omschreven worden als de in- en toestemming, gecombineerd met de volledige informatie over de aard, de risico's en de alternatieven van een medische procedure, en dit vóór de arts of zorgverlener met de procedure of behandeling begint. Op basis van deze informatie kan de patiënt zich een gefundeerde mening over de behandeling vormen en de beslissing nemen om al dan niet toestemming te geven aan de behandelende arts om de betreffende behandeling uit te voeren.

Een informed consent is vereist voorafgaand aan:

- alle heilkundige ingrepen
- chemotherapie
- radiotherapie
- endoscopische procedures
- procedures op het IRCC
- toediening van bloed en bloederivaten
- radiologische procedures waarbij een punctie wordt uitgevoerd
- anesthesie
- hoog-risico procedures: puncties, katheters in wervelkanaal, thoraxwand of abdomen

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: informed consent).

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.

Tegelijk 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 beide 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 komt zo beschikbaar. 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 alles betekent dat iedere zorgverstrekker 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 bij vaststellen van overtredingen.

We moeten eveneens bedacht zijn voor het onvrijwillig vrijgeven van informatie doordat medische gegevens soms open beschikbaar liggen in de voor bezoekers toegankelijke zones van het ziekenhuis (bijvoorbeeld een openstaand pc-scherm).

12) Op weg naar 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 geven hier enkele belangrijke aspecten.

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

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'. 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.

Bij toediening van cytostatica- en bloedproducten wordt nog een extra veiligheidsmaatregel toegepast. 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. Zo niet wordt er een alarmsignaal gegeven.

Deze strategie wordt verder uitgewerkt om op langere termijn alle geneesmiddelen in een eenheidsdosis te verpakken en te voorzien van een barcode zodat bedsidescanning mogelijk wordt.

Kijk ook op <http://intranet/muzlidoc> (zoekterm: MMU.3).

13) Preventie en controle van infecties

Preventie en controle van infecties zijn een uitdaging voor de meeste gezondheidsinstellingen, en een stijgend aantal ziekenhuisinfecties zijn een belangrijke aangelegenheid voor patiënten en zorgverleners. Infecties eigen aan alle ziekenhuisomgevingen omvatten kathetergerelateerde infecties van de urinewegen, bloedbaaninfecties en longontstekingen als gevolg van beademingen. 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 'propre' 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

Verscheidende 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 bevuilding iedereen instaat om het materiaal te reinigen en ontsmetten. Ook het rechtstreeks stockeren van materiaal op de grond is niet alleen niet hygiënisch, 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 <http://intranet/ziekenhuishygiene>.

14) 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 van UZ Leuven bijdragen tot de goede en vooral veilige staat van de gebouwen en materiaal. Daarom hierbij 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 het intranet of, in dringende gevallen, telefonisch via het nummer 44100.

Kijk ook op <http://intranet/maximo>.

15) Wat te doen bij brand, gevaar en een 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 1 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.

Kijk ook op <http://intranet/brand>.

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

- Geef hierbij de volgende inlichtingen: naam van de dienst of de verpleegeenheid, 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 een Basic Life Support (BLS) opleiding en evaluatie. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van het Resusci Anne Skill Station van Laerdal. 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 bijgestuurd. 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 basisreanimatie op die manier op te frissen.

Kijk ook op <http://intranet/bls>.

16) Werken met procedures en protocollen (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 <http://intranet/muzlidoc>.

17) Durf incidenten melden voor een betere patiëntenzorg (P-iMS)

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’ (P-iMS) maakt daarom integraal deel uit van het streven binnen een organisatie naar continue verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarom wordt voor iedere medewerker een platform aangeboden om deze incidenten en bijna-incidenten te melden, namelijk de P-iMS applicatie. Het systeem is absoluut niet bedoeld om iemand te beschuldigen of te bestraffen. Er kunnen nu eenmaal dingen foutlopen. Belangrijk is om op basis van de meldingen te kijken of we maatregelen kunnen nemen of veiligheden kunnen inbouwen om later gelijkaardige incidenten te vermijden.

De melding is bovendien vertrouwelijk. De melding wordt maar gelezen door een beperkte groep mensen die verantwoordelijk is voor dat bepaald type incident. Na de afhandeling verdwijnen alle gegevens van de melder en de betrokken patiënt uit de databank. Dit is ingebouwd in het systeem. Je hoeft dus niet bang te zijn dat de melding later nog tegen je gebruikt zal worden. Anoniem melden kan, maar we moedigen het niet aan. De melding moet voor ons concreet genoeg zijn om er effectief iets aan te kunnen doen. Soms willen we bijvoorbeeld de betrokkene toch even contacteren voor wat meer details.

Kijk ook op <http://intranet/pims>.

Meer weten over de accreditering?

Voor alle info kun je terecht op <http://intranet/accreditering> of bij je leidinggevende.