

## **VERSLAG VAN DE ACTIVITEITEN VAN HET COLLEGE KWALITEIT URGENTIEGENEESKUNDE 2010**

Het College kwaliteit urgentiegeneskunde vergaderde in 2010 viermaal in plenaire zitting.  
Gelieve de verslagen in bijlage 1 te vinden.

Verder vindt U hierna een samenvatting van de activiteiten die door het college in 2010 werden gerealiseerd.

### **1. Enquête “ Werkstress bij spoedartsen in België”**

Dr. F. Somville vraagt aan het College medewerking voor het onderzoek i.v.m. werkstress bij diensthoofden, spoedartsen, acute geneesheren en urgentieartsen. Dit onderzoek, verricht in het kader van zijn proefschrift dat hij aan de Universiteit Van Leiden hoopt te verdedigen, loopt in samenwerking met de BeSEDiM.

De spoedgevallendiensten in België krijgen een vragenlijst die 15 à 18 min invultijd vraagt.

De vragenlijst omvat vragen over :

- Demografische kenmerken
- Leefgewoonten met inbegrip van slaapgewoonten
- Kenmerken van werksituatie
- Lichamelijke klachten met inbegrip van vermoeidheid
- Welbevinden en geëngageerdheid t.o.v. werk
- Werkoriëntatie
- Ingrijpende gebeurtenissen op het werk
- Absenteïsme
- Arbeidsrisico's

De praktische uitvoering (vragenlijst en informed consent) werd in samenwerking met de BeSEDiM uitgewerkt.

Het College verklaarde zich bereid om de gegevens te interpreteren, met de hoop een verbetering van de stresssituatie op de spoeddiensten te bekomen.

### **2. Enquête over de structuur en de activiteit van de spoeddiensten in België, gegevens van het jaar 2009**

Doelstellingen:

- Algemene beschrijving van de activiteit op de spoedgevallendienst in het jaar 2009.
- Beschrijving van de menselijke en de technische middelen waarover de spoedgevallendiensten in België beschikken.
- Observatie van de evolutie sinds analoge studies uitgevoerd in 1996 door de beroepsvereniging van de geneesheer-specialisten in de urgentiegeneskunde (BeCEP) en in 2000 door het College Kwaliteit.
- Het doel van deze studie is evalueren of patiënten die de spoedafdeling verlaten zonder gezien te zijn in rekening worden gebracht en of deze factor kan worden gezien als een kwaliteitsindicator.

1. Buylaert walter , de Soir Ria ( voorzitter), D'Orio Vincent ( exp.), Gillet Jean-Bernard, Lheureux Philippe (secretaris), Meulemans Agnes (exp.), Stamatakis Lambert ( exp.), Stroobants Jan ( exp.), Vergnion Michel, Verschuren Franck, Vroonen Marie-Christine ( adj-secretaris)

Inhoud van de enquête:

De enquête bestaat uit zes delen (zie bijlage 2).

---

A. Basisformulier

B. Kwantitatieve gegevens van de spoedgevallendienst

C. Beschrijvingsgegevens betreffende de architectuur van de spoedgevallendienst.

D. Functionele en organisatorische gegevens van de spoedgevallendiensten

E. Gegevens betreffende patiënten die de spoedgevallendienst vervroegd verlaten.

F. Gegevens betreffende kwalificatie en inzet van spoedartsen.

De enquête werd gericht aan alle erkende Belgische spoedgevallendiensten met gespecialiseerde functie.

De enquête werd online ingevuld via [www.Emerqual.be](http://www.Emerqual.be)

De response rate is vergelijkbaar met de twee vorige studies.

Uit een eerste analyse van deze gegevens en vergeleken met de studies van 1996 en 2000 blijkt :

- 1) Het totaal aantal passages op de spoedgevallendienst is toegenomen.
- 2) Het aantal opgenomen patiënten in het ziekenhuis via de spoedgevallendienst is verminderd.
- 3) Het aanbrengen van patiënten naar de spoedgevallendienst via de "100" is toegenomen.
- 4) Het aantal patiënten doorgestuurd door de huisarts verschilt niet met 2000 (nomenclatuur heeft geen invloed).
- 5) De oppervlakte van de spoedgevallendienst is niet aangepast aan het toegenomen aantal patiënten op de spoedgevallen.

Het College formuleerde nog bemerkingen die dienen geïnterpreteerd te worden alvorens een definitief rapport kan opgemaakt worden. Dit rapport zal begin 2011 gefinaliseerd worden.

### **3. Project " UREG"**

Het College besprak op meerdere van haar vergaderingen de vragenlijst van de registratie UREG vanuit de FOD Volksgezondheid.

Er werd voorgesteld om vanuit het College een werkgroep op te richten om de te registreren parameters vast te leggen. Dit zou in samenspraak met de wetenschappelijke vereniging gebeuren (BeSEDiM).

Het College meent dat het opportuun zou zijn om gebruik te maken van reeds bestaande gegevens om te starten met deze registratie.

### **4. " Bench marking Study of European Emergency Department" (zie bijlage 3)**

De Boston Consulting Group maakte een studie omtrent enkele kwaliteitsindicatoren van enkele Europese spoedgevallendiensten. Deze studie werd voorgesteld aan het College en er werden 'best practices' naar voren gebracht en toegelicht door Dr. F. Kühnle.

De Boston Consulting Group formuleerde de wens om met het College samen te werken inzake interpretatie van gegevens doch op deze vraag werd tot heden geen positief antwoord geformuleerd.

Dr Ria de Soir  
Voorzitter

## **College Geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde Faculty Club KU Leuven 20-04-10**

**Aanwezig:** W. Buylaert, J.B. Gillet, M-Ch. Vroonen, M. Vergnion, F. Verschuren, P. Reper

**Verontschuldigd:** R.de Soir, Ph. L'Heureux, J. Stroobants, V. D'Orio, A. Meulemans

**Afwezig:** V. d'Orio, L. Stamatakis

**Uitgenodigd:** F. Somville

**1. Goedkeuring verslag:** 22.12.2009

Geen opmerkingen: het verslag wordt goedgekeurd.

**2. Financieel bilan**

W.B heeft er voor gezorgd dat het jaarverslag wordt opgestuurd naar P.Reper.

Het gaat om een samenvatting van de studies, enquêtes en het financieel bilan voor het jaar 2009.

**3. Budgettering**

W.B. vraagt om de financiële ondersteuning van de wetenschappelijk medewerkster, Charlotte Vankeirsbilck te verlengen met 3 maanden à ratio van 2 maal per week.

**4. Enquête inzake de spoedgevallendiensten in België : stand van zaken**

JB Gillet : Het invullen van de "Enquête inzake de structuur en de activiteit van de spoedgevallendiensten in België : gegevens van het jaar 2009 "is wat frustrerend.

Indien je een blad niet volledig invult en toch afsluit, zijn de andere gegevens verdwenen.

Het gaat om een IT probleem. WB gaat JS erover aanspreken.

**5. BeSEDiM-enquête "Werkstress bij spoedgevallenartsen in België"**

Dr.F.Somville vraagt een bereidwillige medewerking voor het onderzoek i.v.m. werkstress bij diensthoofden, spoedartsen, acute geneesheren en urgentie artsen. Dit onderzoek, verricht in het kader van zijn proefschrift dat hij aan Univ. Leiden hoopt te verdedigen, loopt in samenwerking met de BESEDIM.

De spoedgevallen uit België, krijgen een vragenlijst die tss. 15-18 min. invultijd vraagt.

De opmerkingen van het college:

- De ethische goedkeuring kan best via de Besedim gebeuren. Dit onderzoek gebeurt met de samenwerking van de Besedim.

- Het College is bereid om de gegevens te interpreteren en voor de toepassing van de resultaten te zorgen, met de hoop een verbetering van de stresssituatie te bekomen op de spoedgevallen.

- De praktische uitvoering moet uitgewerkt door de Besedim, misschien met de samenwerking van JS waarvoor een financiële steun van het college kan voorzien worden.

## **6. Project "UREG" (J. Stroobants)**

WB. stelt voor om

- met JS de vragenlijst te bespreken
- gebruik te maken van de gegevens die al bestaan
- te wachten op de resultaten van de enquête die nu loopt, over de activiteit in de spoedgevallen.

## **7. VARIA**

\* FV. is tevreden over het symposium BLT-Besedim. De spreekbeurten van de buitenlandse sprekers waren kwalitatief hoogstaand.

MV. stelt voor om een symposium te organiseren samen met de geriateren.

FV : Er is werkgroep, Besedim, gevormd die zich bekommert

- over de organisatie van het volgende symposium van 15.01.2011
- de onderzoeken: enquêtes, multi-centrische studies
- het ontwikkelen van een website
- Guides Lines maar liever "how I do it"

\* Saïd Idrissi neemt ontslag als lid van het College.

Het College stelt voor om Gerlant van Berlaer uit te nodigen als expert voor het College.

G. v. B. is pediater urgentie-arts aan de VUB.

*Verslaggever: Dr. M-C. Vroonen.*

**VOLGENDE VERGADERING GAAT DOOR OP 15-06-2010.**

## **College Geneesheer-specialisten in de urgentiegeneeskunde.**

**Faculty Club KULeuven 01-06-2010.**

**Aanwezig:** Walter Buylaert, Jean-Bernard Gillet, Ria de Soir, Lambert Stamatakis, Jan Stroobants, Michel Vergnion, Frank Verschueren

**Verontschuldigd:** Agnes Meulemans, Marie-Christine Vroonen, Vincent D'Orio

### **1. Goedkeuring verslag vorige vergadering:**

- Wat de onkostennota's (fiches 281.10) betreft, werd er gesteld dat er geen attesten geschreven zullen worden. Er dient wel een factuur gestuurd te worden.
- Het vorige verslag dient vertaald te worden.

### **2. Enquête/project i.v.m. werkstressonderzoek bij urgentieartsen.**

J.S. stelt dat dit onderzoek niet dient te gebeuren via de BECEP maar wel door de Besedim.  
Er wordt gesteld da er een anonimisatie dient te gebeuren.

**3. Vervanging Y. Hubloue.** Dr. Hubloue neemt ontslag als expert. Het College stelt voor om Dr. Van Gerlant (AZ. VUB) als vervanger te benoemen.

### **4. U-REG /stand van zaken.**

JS stelt voor om de huidige registratie aan te vullen met een aantal bijkomende vragen en om deze met MZG aan te bieden.

Als er zich problemen aanbieden kan men ad hoc antwoorden.

Probleem zal de privacy commissie zijn. Elke vraag moet in een KB gegoten worden.

Er ontstaat het idee om een generische set vragen op te richten en ze te laten opnemen in een KB.

JS stelt voor om een werkgroep vanuit het College op te richten om de te registreren parameters vast te leggen.

Deze zullen dan tezamen met de Besedim bekeken worden. JS stelt voor om het voorbereidend werk te doen.

### **5. Stand van zaken van de enquête**

Van de 139 aangeschreven ziekenhuizen hebben er 62 geantwoord. Van deze zijn er 28 vragenlijsten volledig ingevuld doch 21 formulieren gedeeltelijk en dus onvolledig ingevuld.

De registratietijd wordt verlengd tot 30 juni. Er zal hieromtrent een brief gestuurd worden aan alle centra die tot op heden nog niet geantwoord hebben.

### **6. Varia**

- Honoraria spoed
- Tarificatie door gso
- Verlenging overgangsmaatregelen tot 2017.
- aanrekenen van C-consulten.

Verslaggeving R. de Soir

## College Geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde

Faculty Club KU Leuven 17-08-10

**Aanwezig** : Jan stroobants, Franck Verschuren, Vincent d'Orio, Philippe Lheureux,  
Michel Vergnion, Jean-Bernard Gillet, Walter Buylaert

**Verontschuldigd** : Marie-Christine Vroonen, Agnes Meulemans, Ria de Soir, Pascal Reper

1. Verslag vorige vergadering dd. 20.04.10  
Het verslag is nog niet beschikbaar en zal op de volgende vergadering voorgelegd worden ter goedkeuring.
2. Boston Consulting rapport Europese spoedgevallendiensten  
De vergadering is akkoord om de studie die dit bureau maakte te aanhoren. Er werden 'best practices' naar voor gebracht die zullen toegelicht worden.
3. Mededeling van FOD Volksgezondheid i.v.m. contract 2010  
Er wordt beslist gunstig te antwoorden op de vraag van collega Peressino i.v.m. de timing voor het indienen van onkosten.
4. Stand van zaken van de enquête  
Er wordt beslist om geen verdere rappels meer te sturen. De response rate is vergelijkbaar met de twee vorige studies. De problemen die gerezen zijn rond verschillende sites die eenzelfde code gebruiken zullen worden opgelost (met medewerking van de wetenschappelijke medewerkster)
5. Varia  
In verband met de studie over verpleegkundige activiteit licht Jan Stroobants toe dat prof. Elseviers uit UZA zich kandidaat stelde en dat deze studie i.v.m. werkbelasting voor verpleegkundigen mogelijk nuttige parameters kan opleveren. Eenvoudige parameters zoals o.a. de leeftijd, dependency score zouden kunnen interessant zijn. Toewijzing van de studie gebeurde evenwel niet gezien een regering van enkel lopende zaken.

Verslaggeving  
Walter Buylaert

# **College Geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde Faculty Club KU Leuven 19-10-10**

**Aanwezig:** W. Buylaert, J.B. Gillet, M-Ch. Vroonen, M. Vergnion, F. Verschuren, J. Stroobants, L. Stamatakis

**Verontschuldigd:** R.de Soir, Ph. L'Heureux

**Uitgenodigd:** Dr. Florian Kühnle van Boston Consulting Group



## **1. Goedkeuring verslag:** 17-08-2010

Het verslag van 06-10 wordt door R. de Soir vertaald.

## **2. Enquête 2010 over de spoedgevallen**

J.S. heeft samen met Charlotte Vankeirsblick de enquêtes van 1996/2000 en 2010 vergeleken. De spoedgevallen zijn geanonimiseerd.

Wat er uitkomt is:

- 1) het totaal aantal passages op de spoedgevallen is toegenomen
- 2) het aantal opgenomen patiënten in het ziekenhuis via de spoedgevallen is verminderd
- 3) het aanbrengen van patiënten naar de spoedgevallen via de "100" is toegenomen
- 4) het aantal patiënten doorgestuurd door de huisarts verschilt niet met 2000 (nomenclatuur geen invloed)
- 5) de oppervlakte van de spoedgevallen is niet aangepast aan het toegenomen aantal patiënten op de spoedgevallen.

De verzamelde gegevens zouden kunnen gebruikt worden door een student ingenieur van de KUL voor zijn thesis.

Het college gaat er mee akkoord op voorwaarde dat er een contract gemaakt wordt met de student. Het college wil dat de doeleinden een betekenis hebben en controleerbaar zijn. Niets mag gepubliceerd zonder toelating van het college.

**3. De financiële toestand voor de spoedgevallen** blijft status quo.

**4. Dr. KÜHNLE** van Boston Consulting Group geeft een uitgebreid verslag "Benchmarking Study of European Emergency Department"

**VOLGENDE VERGADERING GAAT DOOR OP 21-12-2010.**

*Verslaggever: Dr. M-C. Vroonen.*

# College kwaliteit der geneesheerspecialisten in de urgentiegeneeskunde

W. Buylaert, R. de Soir, J.B. Gillet, J. Stroobants, A. Meulemans, P. Lheureux, L. Stamatakis, M. Vergnion, V. d'Orio, F. Verschuren, M.C. Vroonen

## ENQUÊTE INZAKE DE STRUCTUUR EN DE ACTIVITEIT VAN DE SPOEDGEVALLENDIENSTEN IN BELGIË, GEGEVENS VAN HET JAAR 2009.



### **1. Doelstellingen :**

1. Algemene beschrijving van de activiteit op de spoedgevallendiensten in het jaar 2009.
2. Beschrijving van de menselijke en technische middelen waarover de spoedgevallendiensten in België beschikken.
3. Observatie van de evolutie sinds analoge studies uitgevoerd in 1996 door de beroepsvereniging van de geneesheerspecialisten in de urgentiegeneeskunde (BeCep) en in 2000 door het College Kwaliteit.
4. Het doel van deze studie is evalueren of patiënten die de spoedafdeling verlaten zonder gezien te zijn in rekening worden gebracht en of deze factor kan worden gezien als een kwaliteitsindicator.

### **2. Motivatie :**

Een College van geneesheerspecialisten in de urgentiegeneeskunde werd opgericht volgens het KB van 15 februari 1999, voor de evaluatie van de kwaliteit van de medische activiteit in de ziekenhuizen (MB van 25/03/1999).

De spoedgevallendiensten met een gespecialiseerde functie moeten een interne en externe evaluatie van hun medische activiteit uitvoeren (art.1.).

Het College heeft beslist om opnieuw een beschrijvende analyse van de structuur van de spoedgevallendiensten uit te voeren. Deze analyse zou toelaten om te beoordelen of de verschillen tussen centra, waargenomen in latere studies, mogelijks verband houden met de grootte van de dienst, hun aantal en de omvang van hun activiteit.

### **3. Methodologie :**

Een schriftelijke vragenlijst wordt gericht aan alle erkende spoedgevallendiensten van het land. De verzamelde gegevens horen verband te houden met het jaar 2009.

De vragenlijst werd aan alle leden van het College voorgelegd en besproken, met de bedoeling om eventueel wijzigingen aan te brengen aan de vragenlijst van het College Kwaliteit (2000).



De vragenlijsten zijn verstuurd naar alle erkende spoedgevallendiensten met gespecialiseerde functie. De lijst van deze centra werd ons bezorgd door de federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. In geval van fusie of groepering van ziekenhuizen, wordt per site waar zich een gespecialiseerde functie bevindt een vragenlijst ingevuld.

Het College waarborgt aan alle deelnemende centra een absolute confidentialiteit van de ingegeven gegevens. Het ingeven van de gegevens gebeurt rechtstreeks op de internetsite van het College kwaliteit : [www.emerqual.be](http://www.emerqual.be).

De beveiliging wordt gewaarborgd door een inschrijving op de site, het toekennen van een paswoord en een gebruikersnaam. Dit gebeurt dus op een identieke wijze als bij de vorige studies.

De algemene resultaten zullen aan de deelnemende centra medegedeeld worden. Elk deelnemend centrum zal zich kunnen positioneren ter vergelijking met de andere geanonimiseerde ziekenhuizen. De besluiten en algemene bemerkingen zullen door het College verstrekt worden. Het College zal tevens, waar mogelijk, een vergelijking maken met de gegevens van de enquête die in 2000 werd uitgevoerd.



Er wordt een vergoeding van ? euro voorzien per ingevuld dossier, en dit zal uitbetaald worden aan het diensthoofd.

Het College zal de resultaten van deze studie voorstellen op een symposium in 2010.

#### **4. Verklarende woordenlijst**

***Aanmeldingen op de spoedgevallendienst*** : elke patiënt die zich aanbiedt op de spoedgevallendienst, gehospitaliseerd of niet.

***Ziekenhuisopname*** : elke patiënt die in het ziekenhuis opgenomen wordt en waaraan een ligdag wordt aangerekend.

***Opname via spoedgevallendienst*** : een ziekenhuisopname na verblijf op de spoedgevallendienst.

***Tijdelijke hospitalisatie*** : elke patiënt opgenomen op de spoedgevallendienst die er de nacht doorbrengt. Synoniem : kortstondige hospitalisatie.

***Hospitalisatie met MINI-forfait (HMF)*** : verblijf op de spoedgevallendienst dat leidt tot de facturatie van een mini-forfait (perfusies, medicatie van cat.A, monitoring)

***Brancard*** : daar waar een patiënt kan worden neergelegd en snel kan worden gemobiliseerd.

***Onderzoekslokaal*** : daar waar zich een of meerdere brancards bevinden en waar diagnostische en therapeutische handelingen worden gedaan.

***Bed*** : daar waar de patiënt de nacht kan doorbrengen op een comfortabelere wijze en minder mobiel dan een brancard.

***Kamer*** : daar waar zich een of meerdere bedden bevinden.

***Afstand in minuten*** : de tijd nodig om van de ene plaats naar de andere te gaan met gezwinde stap, maar zonder te lopen.

***Urgentiearts*** : een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde.

***Kandidaat-urgentiearts*** : een geneesheer-specialist in opleiding voor urgentiegeneeskunde.

***Kandidaat-specialist in opleiding*** : een arts in opleiding voor een basisspecialiteit.

***Gebrevetteerde algemeen geneesheer*** : in opleiding tot behalen van het brevet acute geneeskunde of het al behaald hebben.

***Fulltime equivalent (FTE)*** : komt overeen met de wettelijke normen van het personeel dat in salarisverband werkt (5,36 FTE zijn nodig om op deze basis gedurende het ganse jaar een permanentie te organiseren).

***+/-*** : indien men niet over exacte cijfers beschikt en men een schatting maakt, dient in de rubriek "exacte cijfers" de schatting te worden weergegeven, en in de rubriek "+/-" moet de vermoedelijke afwijking op de schatting worden weergegeven.

***Totale oppervlakte*** : totale m<sup>2</sup> van de architectonische eenheid.

***Reanimatiezaal*** : lokaal uitgerust om één of meerdere patiënten in kritieke toestand op te vangen (KB 27/4/1998).

***Wachtkamer*** : kamer voorzien voor de geneesheer van wacht.

***Urgentiecommissie*** : commissie die de spoedgevallendienst en de gebruikende partners samenbrengt.

**Colloqium van de wacht :** bespreking van de casussen van de wacht.

**Regelmatische dienstvergaderingen :** vergaderingen die op regelmatische basis plaatsvinden en zodoende al het personeel samenbrengen.



**NATIONALE ENQUÊTE OP BASIS VAN DE ERKENDE BELGISCHE SPOEDGEVALLENDIENSTEN IN 2009.**

**Nummer, toegekend door Het College, aan de site die zich volgens de procedure inschrijft op Emerqual : .....**

**Naam van het ziekenhuis : .....**

**Naam van de site van spoedgevallendienst : .....**

**Adres van de site van de spoedgevallendienst:**

.....  
 .....

**Naam van het diensthoofd : .....**

Diensthoofd sinds : .....

Telefoonnummer : .....

E-mailadres : .....

Rekeningnummer en mededeling : .....

**Kwalificaties van het diensthoofd : .....**

	Gediplomeerd in het jaar
Basisspecialiteit : .....	.....
Beroepstitel in de urgentiegeneeskunde ja/nee	.....
Gespecialiseerd in urgentiegeneeskunde ja/nee	.....
Certificaat in rampeneeskunde en management ja/nee	.....
Aanvullend diploma ziekenhuisbeleid ja/nee	.....
Andere : .....	.....
.....	.....

	ja	nee
Onderwijsopdracht: - ambulanciers	.....	.....
- verpleegkundigen	.....	.....
- studenten geneeskunde	.....	.....
- assistent-urgentieartsen / brevet acute geneeskunde	.....	.....
- andere specialiteiten	.....	.....
Stagemeester:		
- kandidaat-urgentieartsen / acutisten	.....	.....
- andere kandidaat-specialisten	.....	.....
-	.....	.....
Deelname aan de wachttol van het extern rampenplan	.....	.....
Representatieve functie in provinciale en regionale commissies van DMH	.....	.....

Nummer van de site : .....

**1. KWANTITATIEVE GEGEVENS VAN DE SPOEDGEVALLENDIENST.**

<b>Activiteitsgegevens van de site die de functie herbergt</b>	<b>Precieze cijfers</b>	<b>+/-</b>
Aantal ziekenhuisopnames in 2009		
Aantal ligdagen in 2009		
Aantal FTE verpleegkundigen		
Aantal FTE geneesheer-specialisten		
Aantal FTE kandidaat-specialisten		
Aantal FTE andere geneesheren		
Globale bedbezettingsgraad in 2009		
Percentage gewettigde dagen in 2009		
<b>Activiteitsgegevens van de spoedgevallendienst :</b>	<b>Precieze cijfers</b>	<b>+/-</b>
Aantal meldingen op de spoedgevallendienst in 2009		
Accidentele pathologie		
Niet-accidentele pathologie		
Percentage pediatrie (<16 jaar)		
Percentage psychiatrie		
Indeling 07-18u / 18-22u / 22-07u		
Aantal opnames via de spoedgevallendienst		
Percentage opnames via de spoedgevallendienst		
Aantal tijdelijke/korstonde opnames op de spoedgevallendienst		
Aantal opnames met miniforfait		
Percentage opnames via de 100 ambulance (100 ambulance – PIT – MUG)		
Percentage opnames via eigen middelen		
Percentage opnames via gewone ziekenwagen		
Percentage van patiënten verwezen door een arts zonder verwijsbrief		
Percentage van patiënten verwezen door een arts met verwijsbrief		
Percentage van meldingen dat getransfereerd wordt naar een ander ziekenhuis		
Percentage van meldingen dat in een ander ziekenhuis wordt opgenomen		
<b>Beschrijvende gegevens van de dienst :</b>	<b>Precieze cijfers</b>	<b>+/-</b>
Aantal administratieve FTE		
Aantal FTE brancardiërs		
Aantal FTE hulpverplegenden		
Aantal FTE verpleegkundigen		

## 2. BESCHRIJVINGSGEGEVENS OMTRENT DE ARCHITECTUUR VAN DE SPOEDGEVALLENDIENST.

Gegevens	cijfers	+/-
Totale oppervlakte van de dienst (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte van de ingangsgarage (m <sup>2</sup> )		
Aantal ziekenwagens die simultaan in de garage kunnen		
Oppervlakte van de wachtzaal (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte voor het administratief onthaalpersoneel (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte van de verpleegwacht (m <sup>2</sup> )		
Aantal monitoren op de dienst		
Met centrale monitoring? ja/nee		
Aantal reanimatiezalen		
Aantal beademingsapparaten		
Aantal brancards op de spoedgevallendienst		
Aantal onderzoekskolken voor patiënten (ambulant)		
Oppervlakte van deze onderzoekskolken (m <sup>2</sup> )		
Aantal bedden op de spoedgevallendienst (tijdelijke hospitalisatie)		
Aantal kamers voor tijdelijke hospitalisatie		
Oppervlakte van de kamers voor tijdelijke hospitalisatie		
Aantal isoleercellen voor geagiteerde patiënten		
Oppervlakte van de isoleercel(len) (m <sup>2</sup> )		
Aantal kamers voor isolatie van besmette patiënten		
Oppervlakte van de isolatiekamer(s) (m <sup>2</sup> )		
Aantal gipskamers		
Oppervlakte van de gipskamer(s) (m <sup>2</sup> )		
Aantal suturezalen		
Oppervlakte van de sutureza(a)l(en) (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte van de medische bureaus (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte van de ontspanningsruimte(s) (m <sup>2</sup> )		
Oppervlakte van de bergingsruimte voor materiaal (m <sup>2</sup> )		
Buizensysteem voor overbrenging van bloedstalen ja/nee		
Radiografiezaal op de spoedgevallendienst ja/nee		
Afstand tot de radiologiezaal (in minuten)		
Echotoestel op de dienst ja/nee		
CT-scan op de dienst ja/nee		
Operatiezaal op de dienst ja/nee		
Operatiezaal voorzien voor spoedgevallen in operatiekwartier ja/nee		
Bloedgassenmachine op de dienst ja/nee		
Permanente bibliotheek ter beschikking op de dienst ja/nee		
Internetverbinding beschikbaar op de spoedgevallen ja/nee		
Voldoende telefonie ja/nee		
Draadloze telefonie (dect) ja/nee		
Rechtstreekse telefoonlijn met dienst 100 ja/nee		
Radiofonie met 100 frequentie en interhospitaalfrequentie ja/nee		
Aantal wachtkamers binnen de dienst		
Oppervlakte van de wachtkamer(s) (m <sup>2</sup> )		
Sanitair (toilet en douche) voorzien in de kamer ja/nee		
Afstand naar de wachtkamer (in minuten)		

### 3. FUNCTIONELE EN ORGANISATORISCHE GEGEVENS VAN DE SPOEDGEVALLENDIENSTEN.

	Gegevens	J/N	NG
<b>1.</b>	<b>Bestaat er een ziekenhuiscomité voor de spoedgevallendienst?</b>		
	Zo ja, is dit multidisciplinair?		
	Zo ja, komt het comité meer dan tweemaal per jaar samen?		
<b>2.</b>	<b>Is de spoedgevallendienst een onafhankelijke dienst onder de verantwoordelijkheid van een diensthoofd?</b>		
	Indien ja, is hij/zij dan voornamelijk op de spoedgevallendienst aanwezig?		
	Indien ja, is hij/zij urgentiearts?		
<b>3.</b>	<b>Bestaan er schriftelijke richtlijnen en standaardprocedures voor de spoedgevallendienst?</b>		
	Zo ja, houden zij verband met diagnostiek en therapie?		
	Zo ja, aangaande afspraken met andere diensten?		
	Zo ja, aangaande ethische aspecten?		
<b>4.</b>	<b>Heeft de spoedgevallendienst 24u/24 toegang tot de medische dossiers van de patiënten?</b>		
<b>5.</b>	<b>Zijn er regelmatig vergaderingen op de spoedgevallendienst waarop de hele staff uitgenodigd is?</b>		
	Zo ja, minstens 1 keer per maand?		
	Zo ja, minstens 1 keer per week?		
	Zo ja, soms samen met de verpleegkundigen?		
	Zo ja, bestaan er vergaderingen aangaande mortaliteit, morbiditeit, kwaliteit?		
<b>6.</b>	<b>Bestaan er dagelijkse overdrachten van de patiënten van de wacht?</b>		
<b>7.</b>	<b>Neemt de spoedgevallendienst deel aan het onderwijs in de urgentiegeneeskunde?</b>		
	Zo ja, voor artsen / verpleegkundigen van het ziekenhuis?		
	Zo ja, voor ambulanciers?		
<b>8.</b>	<b>Wordt de opvolging van het intern rampenplan toevertrouwd aan de spoedgevallendienst?</b>		
	Zo ja, organiseert U jaarlijkse oefeningen?		
	Zo ja, actualiseert U het plan minstens 1 keer per jaar?		
<b>9.</b>	<b>Vertegenwoordigt U uw ziekenhuis in extramurale vergaderingen?</b>		
<b>10.</b>	<b>Stuurt de spoedgevallendienst systematisch een schriftelijk verslag naar de huisartsen?</b>		
	Zo ja, wordt dit verstuurd onder de vorm van een papieren versie?		
	Zo ja, wordt dit verstuurd via elektronische weg? (Medibridge)		
<b>11.</b>	<b>Krijgt de spoedgevallendienst een kopij van het eindverslag van een hospitalisatie van een patiënt die opgenomen werd via de spoedgevallendienst?</b>		
	Zo ja, systematisch?		

<b>12.</b>	<b>Vindt U dat globaal gezien de situatie van de urgentieartsen in uw ziekenhuis identiek is aan deze van de andere specialisten?</b>		
	Indien neen, minder aantrekkelijk?		
<b>13.</b>	<b>Kunnen er op uw spoedgevallendienst sommige patiënten onmiddellijk tijdelijk opgenomen worden?</b>		
<b>14.</b>	<b>Heeft uw spoedgevallendienst een triageprocedure?</b>		
	Zo ja, uitgevoerd door enkel een verpleegkundige?		
	Zo ja, uitgevoerd door een verpleegkundige met een senior arts (acute geneeskunde, urgentiearts in opleiding, bijzondere beroepsbekwaamheid) / junior arts (brevet acute geneeskunde, specialist in opleiding)?		
	Zo ja, permanent uitgevoerd door een arts én een verpleegkundige?		
	Zo ja, uitgevoerd door enkel een arts?		
	Zo ja, is de bestaffing voor de triage permanent?		
	Zo niet, overdag incl. weekend en feestdagen (07-18u)?		
	Zo niet, tijdens gewone werkdagen (maandag – vrijdag, 07-18u)?		
	Zo niet, enkel bij 'overcrowding'?		
	Zo niet, andere regeling?		
<b>15.</b>	<b>Is er een samenwerking met een algemene wachtdienst van huisartsen? (huisartsen onafhankelijk van de ziekenhuisstructuur)</b>		
	Zo ja, bevindt deze zich binnen de spoedgevallendienst?		
	Zo ja, bevindt deze zich in de nabije omgeving van de spoedgevallendienst? (geschatte afstand in km)		
	Zo ja, bevindt deze zich op afstand van de spoedgevallendienst? (geschatte afstand in km)		
<b>16.</b>	<b>Is er een geïnformatiseerd trackingsysteem aanwezig? (niet enkel beperkt tot administratieve registratie)</b>		
	Zo ja, werd dit lokaal ontwikkeld (eigen systeem)?		
	Zo ja, gaat het om specifieke software beschikbaar op de markt? (Ecare, Urqual, ...)		
	Zo ja, geïntegreerde module in de ziekenhuis-IT?		
<b>17.</b>	<b>Worden de laboratoriumresultaten elektronisch overgedragen?</b>		
<b>18.</b>	<b>Wordt de medische beeldvorming elektronisch overgedragen?</b>		
<b>19.</b>	<b>Is er permanente toegang voor ambulante patiënten in de polikliniek?</b>		
<b>20.</b>	<b>Is er permanente toegang voor verder lopende onderzoeken?</b>		



**4. GEGEVENS BETREFFENDE PATIËNTEN DIE DE SPOEDGEVALLENDIENST VERVROEGD VERLATEN.**

		J/N	NG
<b>1.</b>	<b>Wordt het percentage van patiënten die de dienst verlaten zonder door een arts gezien te zijn bijgehouden (via geïnformatiseerde gegevens)?</b>		
	Zo ja, hoeveel bedraagt dit percentage?		
	Zo niet, kan het percentage geschat worden (geen exacte meting mogelijk)?		
	Hoeveel bedraagt deze schatting? (%)		
	Kunt u volgende categorieën onderscheiden? leaving without being seen (LWBS), patiënten die verdwenen/weggelopen zijn voordat hun episode? werd afgerond, patiënten die de spoedgevallendienst verlaten op medisch tegenadvies		
<b>2.</b>	<b>Bent u van mening dat deze percentages een kwaliteitsindicator zijn?</b>		
	Waarom wel/niet?		
<b>3.</b>	<b>Volgt u deze indicatoren regelmatig op?</b>		
	Zo ja, heeft u reeds maatregelen getroffen om de, volgens u, te hoge percentages te verminderen?		
	Zo ja, welke maatregelen? En sedert wanneer?		

**5. GEGEVENS BETREFFENDE DE ORGANISATIE VAN DE ZIEKENHUISPERMANENTIE.**

Hoe is de wachtpermanentie georganiseerd **op de spoedgevallendienst?**

	<b>dag</b>	<b>nacht</b>	<b>WE</b>
Assistent chirurgie/orthopedie			
Assistent interne geneeskunde			
Brevet acute geneeskunde			
Internist			
Chirurg/orthopedist			
Acute geneeskunde			
Urgentiearts (in opleiding, bijzondere beroepsbekwaamheid)			



Hoe is de ziekenhuispermanentie **in het ziekenhuis** georganiseerd, buiten de cijfers die verband houden met de spoedgevallendienst?

	<b>dag</b>	<b>nacht</b>	<b>WE</b>
Assistent chirurgie			
Assistent interne geneeskunde			
Assistent anesthesie			
Assistent pediatrie			
.....			
.....			
.....			
Anesthesist			
Intensivist			
Brevet acute geneeskunde			
Internist			
Chirurg			
.....			

## 6. ACTIEVE INZET VAN BESTAANDE MEDICAL HUMAN RESOURCES.

### 6.1. Inzet ter plaatse op de spoedgevallendienst van geneesheren-specialisten met de bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneeskunde.

Alle geneesheren-specialisten van het ziekenhuis met de bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneeskunde moeten (anoniem) worden vermeld.	Basisdiscipline	Geslacht	Leeftijd (jaren)	Jaar van erkenning van de bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneeskunde	Gemiddeld aantal uren per week aanwezig in het ziekenhuis.	Aantal uren exclusief aanwezig binnen de architectonische eenheid van de spoedgevallendienst.		
						Overdag tijdens wekdagen 07-20	's Nachts tijdens wekdagen 20-07	Tijdens het weekend
Diensthooft:								
Urgentiearts 1:								
Urgentiearts 2:								

### 6.2. Inzet ter plaatse op de spoedgevallendienst van huisartsen (dus geen assistenten in opleiding) met brevet acute geneeskunde.

Huisartsen met brevet acute geneeskunde die worden ingeschakeld op de spoedgevallendienst.	Geslacht	Leeftijd (jaren)	Jaar van behalen van getuigschrift brevet acute geneeskunde	Gemiddeld aantal uren praktijk per week (ziekenhuis + andere)	Gemiddeld aantal uren per week exclusief aanwezig binnen de architectonische eenheid van spoedgevallendienst.		
					Overdag tijdens wekdagen 07-20	's Nachts tijdens wekdagen 20-07	Tijdens het weekend
Arts 1:							
Arts 2:							

**6.3. Inzet ter plaatse op de spoedgevallendienst van assistenten in opleiding uit de 13 basisdisciplines (> 2 jaar opleiding).**

Assistenten met >2 jaar opleiding in één van de 13 basisdisciplines die worden ingeschakeld op de spoedgevallendienst.	Gemiddeld aantal uren per week exclusief aanwezig binnen de architectonische eenheid van de spoedgevallendienst.		
	Overdag tijdens wekdagen 07-20	's nachts tijdens wekdagen 20-07	Tijdens het weekend
Arts 1:			
Arts 2:			

**6.4. Inzet ter plaatse op de spoedgevallendienst van geneesheren-specialisten uit de 13 basisdisciplines zonder bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneskunde (met of zonder brevet acute geneeskunde).**

Geneesheren-specialisten (zonder de erkenning urgentiegeneskunde, met of zonder brevet acute geneeskunde) die op regelmatige wijze worden ingezet op de spoedgevallendienst.	Specialiteit	Geslacht	Leef-tijd	Jaar van erkenning specialisatie	Gemiddeld aantal uren per week aanwezig in het ziekenhuis	Gemiddeld aantal uren per week exclusief aanwezig binnen de architectonische eenheid van spoedgevallendienst.		
						Overdag tijdens wekdagen 07-20	's Nachts tijdens wekdagen 20-07	Tijdens het weekend
Arts 1:								
Arts 2:								



**BCG**

**Benchmarking of Belgian Emergency  
Departments**

November 2010

**THE BOSTON CONSULTING GROUP**

## **Purpose of this document**

---

We would first like to thank you for the invitation to the meeting of October the 19th to present the BCG European Emergency services study. We really appreciated the exchange of ideas we had.

This document explains the process used to develop the quantitative benchmark at European level and summarizes potential next steps in order to build the same type of comparison across Belgian Emergency Departments.

We also based this approach on a national initiative we launched in 2002 across 6 hospitals in Belgium. This initiative intended to benchmark participating hospitals on efficiency and financial indicators. This benchmark is now realized on regular basis by the ruzb-chab.

Last part of the document suggests potential collaboration between BCG and participating hospitals to build and enrich the Belgian Emergency services benchmark. We would of course be very interested to further understand your status on a common study across ED in Belgium.



# BCG carried out an European study of Emergency Departments (ED) Best-practices

**BCG**  
HEALTH CARE

Benchmarking Study of  
European Emergency Departments

2010  
Florian Köhne, Mathieu Jamot, Angela Haller

THE BOSTON CONSULTING GROUP

Study covered 11 hospitals in 4 countries

10 best practices have been identified, covering the entire patient path in Emergency Department

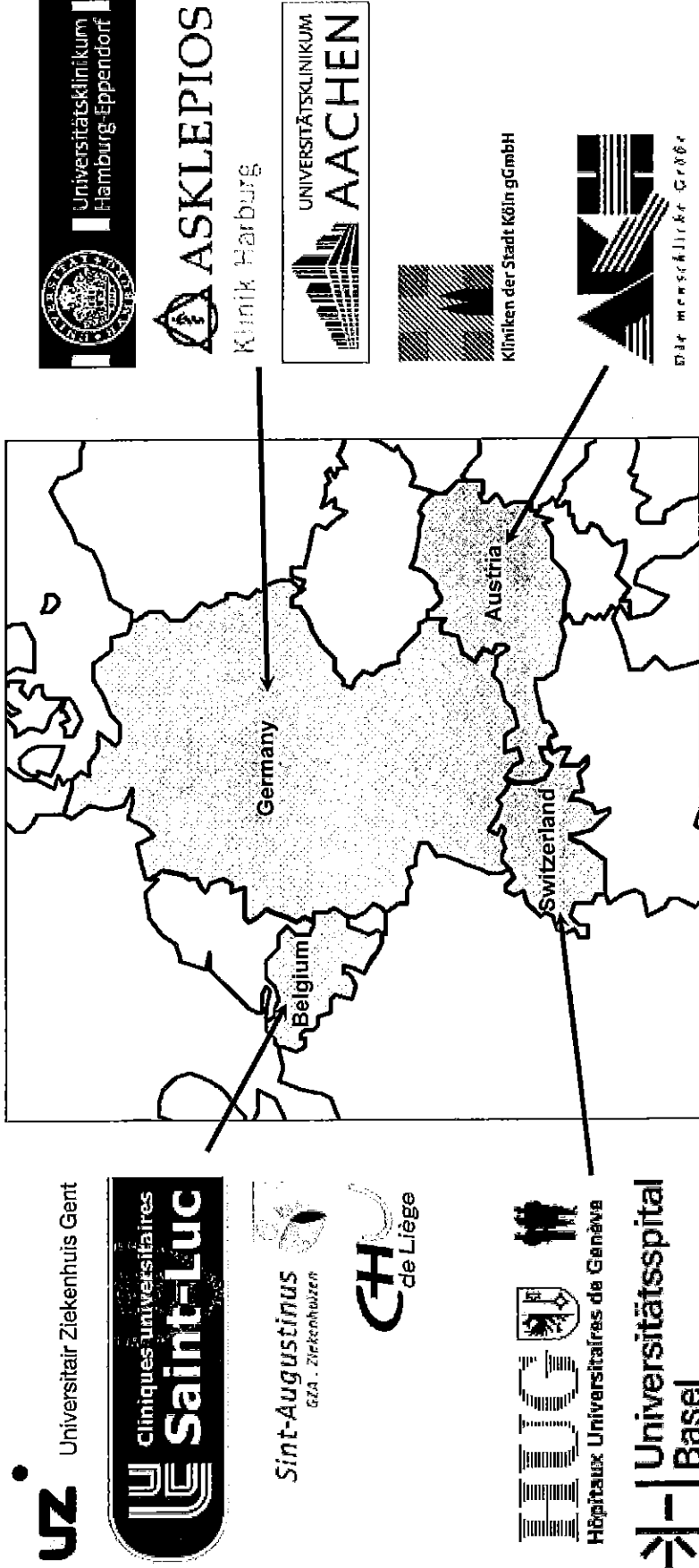
- Standard operating procedures
- Triage
- Deboxing
- ...

Key metrics were measured

- Time measurements
  - total time, waiting time,...
  - time required by treatment and further analysis (radiology, laboratory,...)
- Sizing of ED and Human Resources management
  - # nurses and doctors per '000 patients
  - # of rooms

# 11 emergency departments participated in the study

In 4 countries





# Examples of high-level benchmarking from 11 major European hospitals

**Hospitals examine 1'350 patients per treatment room & year**  
One average for purely centralized EDs

Country	Patients per room & year
Argentina	25,000
UK	31,000
Mexico	34,000
US	42,000
Chile	47,000

**Backup**

Human resource management

**Excursus: Senior and experienced staff (2/3)**  
Average of yearly patients per experienced M.D.: 1'4'350

Country	Patients per doctor
Argentina	8
UK	5.5
Mexico	9
US	13
Chile	15

**Best practice**

One of the key ED indicators are time measurements of the patient stay in the ED, such as:

- Total time of the patient stay
- Time of treatment per day and per additional exam

Detailed information about each treatment step allow to manage the ED better, to be able to react to extreme waiting times adequately and to supervise the patient flow just-in-time and ex-post.

Most of the benchmarked hospitals capture the total time of stay in the ED, but only few analyze the different processes in the course of the treatment.

**Time measurements**

**Capturing times for each process in the ED is recommended**  
Only total times are often measured in benchmarked ED

**Benchmarked average times**

Complementary exams

**Detail for radiologic exams (X-Ray & CT)**

The use of decentralized radiologic equipment is recommended for the ED

- Most ED offer decentralized apparatus (CT & X-ray) in the ED for its patients
- Only 20% of the benchmarked hospitals use equipment available for the whole hospital
- In general an ED has 1 CT and 2 X-Rays at their disposition, independent of the ED size
- Staff normally belongs in terms of hierarchy to the Radiologic unit of the hospital

Prescription necessary and useful exams should be ensured

- By the use of SOPs of treatments
- From a certain critical number of radiologic examinations on, it is recommended to centralize the transport to the radiologic unit and the radiologic unit has been identified to be critical to decrease the process, as it moves the time between radiologic exams and therefore the number of exams within a certain time
- The IT-System should alert medical doctors and nurses in charge, when the results of the examination are available

**Organization & Equipment**

**Standards**

**Time**

- Average time between prescription until reception of results
  - For CTs: 1h 15 min
  - For X-Rays: 59 min
- Average waiting time for patients: Na.

Source: IBC Benchmarking Emergency Department 2016

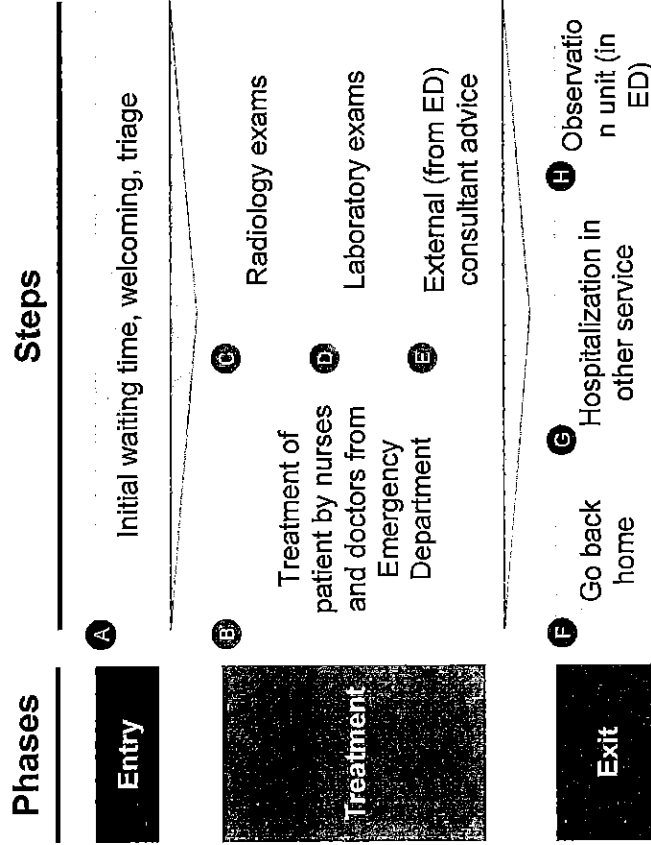
Benchmarking Emergency Dpt - Belgium2.pptx

THE BOSTON CONSULTING GROUP

4

# BCG developed ED dashboards which could be a starting point for a Benchmarking Database of Belgian hospitals

Key Performance Indicators, along patient path, have been identified...



... and measured to develop a synthetic dashboard

Overview of Key Performance Indicators for Hospital X

Phases	Steps	% of patients <sup>1</sup>	Duration (min)
<b>Entry</b>	Time between entrance and admin. registration	-	10
	Time between admin. registration and box entrance	2	112
	Patient leaves without medical examination	4	-
<b>Total</b>			<b>100</b>
<b>Treatment</b>	Time between box entrance and doctor arrival	-	30
	Call to supervisor	30%	10
	Time between cons advice/sex. results and medical decision	-	50
	Labo: time between prescription and results	50%	110
	Imagery: time between prescription and results	40%	150
	Consultant: time between call and opinion received	25%	80
<b>Total</b>			<b>200<sup>2</sup></b>
<b>Exit</b>	Back home: time between decision and leaving of box	40%	20
	Hospitalization: time between decision and leaving of box	30%	65
	Observation unit: time between decision and leaving of box	30%	50
	<b>Total</b>		<b>40</b>
<b>TOTAL</b>			<b>340</b>

1. Pour les phases "Treatment" et "Exit", le temps patient comprends les temps de la phase "Entry" et "Treatment".  
 2. Pour les phases "Treatment" et "Exit", le temps patient comprends les temps de la phase "Entry" et "Treatment".  
 The Boston Consulting Group

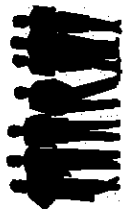


# Measurements are structured along two dimensions

---

...to be followed from several points of view

Two dimensions...



Number of patients coming to Emergency Department



Total treatment times in Emergency Department

Interpretation of indicators must take into account average, but also extreme values (min/max)

Q1 : *What is the average time spent by patients in Emergency Department?*

Q2 : *How many patients spend more than 6 hours in Emergency Department?*

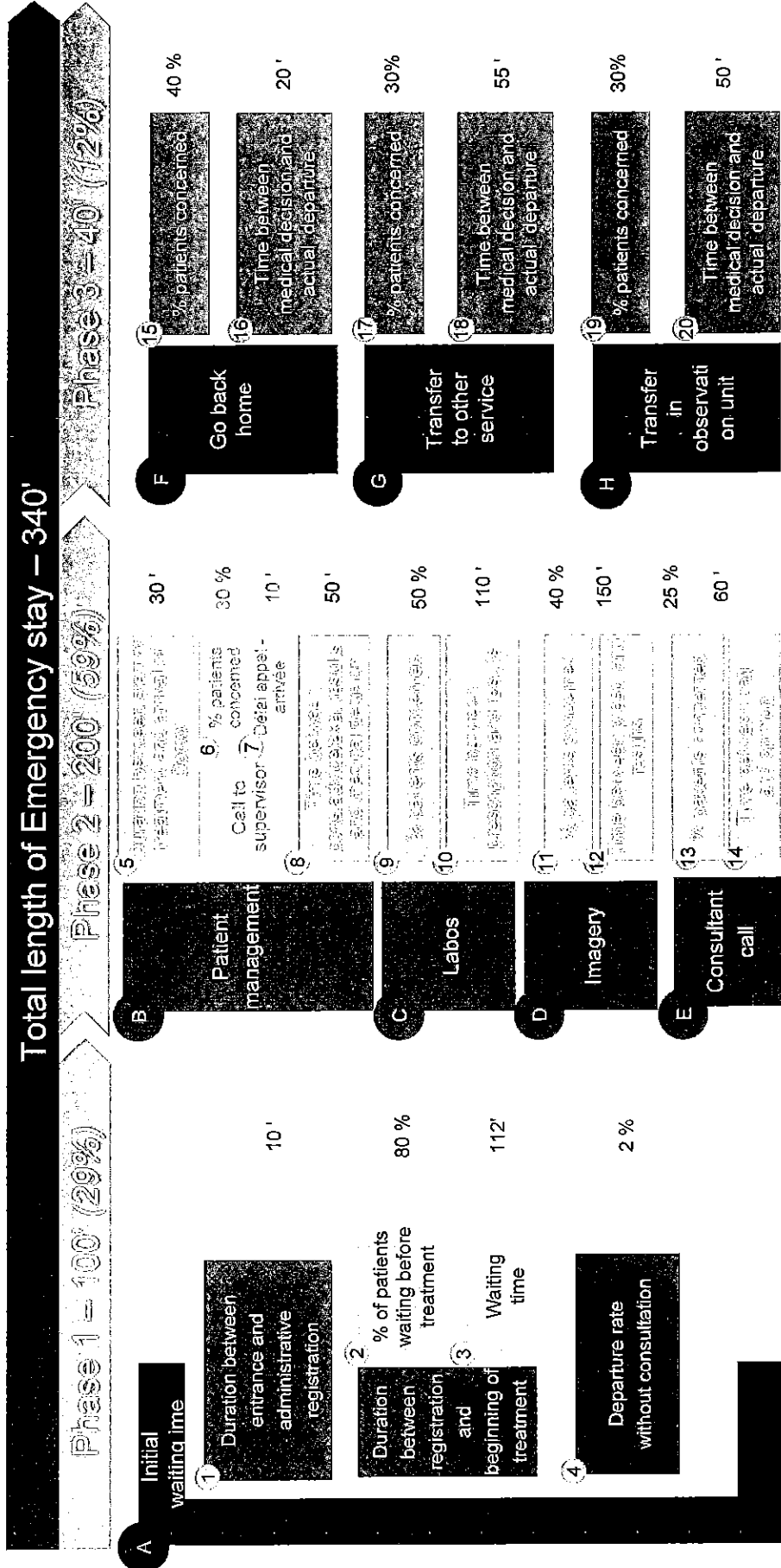
Following indicators through time allow identification of recurring patterns (daily, weekly, monthly,...)

Q1 : *What are the "peak hours" during the week?*

Q2 : *Do we observe peaks of activity at different levels, not in line with patients arrival?*

# 20 KPIs to offer an exhaustive view of patient path in Emergency Department

Illustrative figures



Additional data can be collected for specific analysis

# Overview of results for key metrics

*Illustrative figures*

Phases	Steps	Average		Hospital 1		Hospital 2	
		% of patients	Duration (min)	% of patients	Duration (min)	% of patients	Duration (min)
Entry	A	-	10	-	2	-	18
		2	80%	75%	32	85%	192
		4	2%	3%	-	1%	-
	Total		100		34		210
Treatment							
	B	-	30	-	30	-	30
		6	30%	25%	5	35%	15
	C	-	50	-	30	-	70
		9	50%	55%	100	45%	120
	D		11	40%	35%	142	158
	E		13	25%	30%	50	70
Total			200 <sup>1</sup>		182 <sup>1</sup>		218 <sup>1</sup>
Exit	F		20	20%	20	60%	20
		15	40%	40%	55	20%	55
	G		18	30%	50	40%	50
	H		20	30%	40	20%	33
Total			340		262		461
<b>TOTAL</b>			340		262		461

1. Sum of each step can be longer than total duration, given that some steps can be performed in parallel  
 Benchmarking Emergency Dept - Belgium.pptx



# On top of these metrics, qualitative benchmarking could help identification and understanding of best practices

## 10 best practices already identified during European benchmarking

1. Inflow management at triage and registration
2. Standard Operating Procedures
3. Complementary Exams
4. Service Level Agreements
5. Deboxing
6. Scope of the Emergency Unit
7. Outflow Management
8. Flow Management
9. Human Resource Management
10. Time Management

## How to adapt them in Belgian context?

### Which ones are already implemented?

### Which ones could be implemented, taking into account

- legal framework
- hospital financing characteristics
- national/local specificities

### Some others could exist

E.g.: attraction and retention of staff (nurses/doctors) in Emergency Department highly dependent on national context



# Suggested process to build strong benchmarking database



**Selection of participating hospitals**

- ensure critical mass for data collection

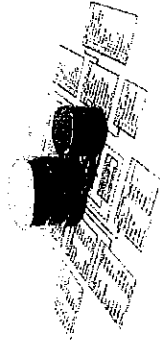
**Definition and scope of analysis**

- definition of main steps and common vocabulary
- scope of emergency department

**Adjust mapping of typical patient paths**

**Agree on definition of comparable metrics**

**Focus groups in participating ED to gather qualitative best-practices**



**Collection, in every participating hospital, of relevant data**

- from data systems
- with paper forms

**Development of a Benchmark database by BCG**

**Main findings will be summarized in a report**

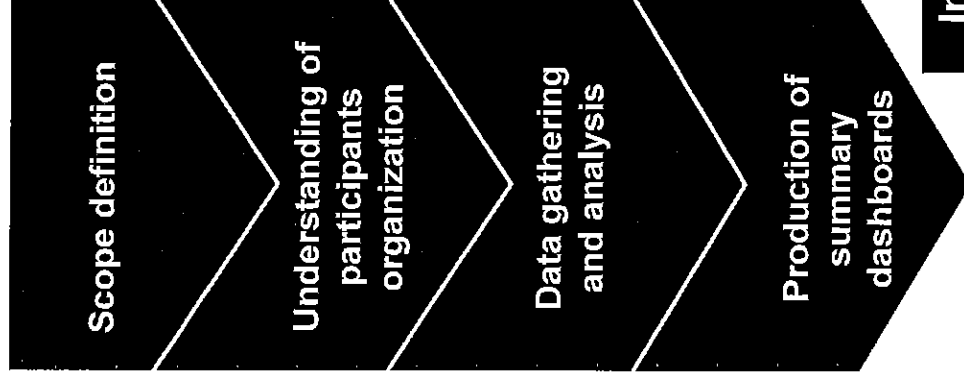
- Data can be anonymised before publication
- On-demand deep-dives on specific topics possible by using Benchmark database

**Meetings with all participants will be organized to**

- share and discuss results
- discuss next steps

**Enablement of selected responsables who will ensure regular updates**

# Frequent validation with participants will ensure data quality and knowledge transmission



Validation, with the Steering Committee, of

- exact scope of survey
- definitions and common ground for data gathering

For each participating ED, validation of mapping and data definitions with head of ED and chief nurse

If data is not available in IT system, agreement on a standard paper form and procedure to collect data

Standard templates for data gathering will be sent to participating ED  
BCG will support template filling to ensure coherence between participants

Discussion and validation of final results with Steering Committee

Discussion of tailored report with each participating ED

**In total, 2 Steering Committees during the project before final result discussion with every participating hospital**



# Data can be collected in two ways

## From IT systems...

At start of project, IT systems will be analyzed to identify data which can be collected directly in existing databases

Total duration of stay in ED can typically be found in classical IT systems, while breakdown of process in steps requires specific data collection

## ... and from Paper forms

For data necessary but not available through IT systems, paper forms will be initiated

- Every patient entering the service, during a given period, receive a form he will keep during his entire stay in ED
- At each treatment step, nurses and doctors fill the date
- Forms are collected daily, quickly checked by a nurse (to ensure coherence of data) and send to BCG
- BCG encodes form and start analysis on sample

Already tested with success in a major Academic Hospital

Key success factor is willingness of staff to cooperate

**Client data are never disclosed by BCG who acts as a "black box" to compile sources and make analysis**

# Final results will be shared among participating hospitals

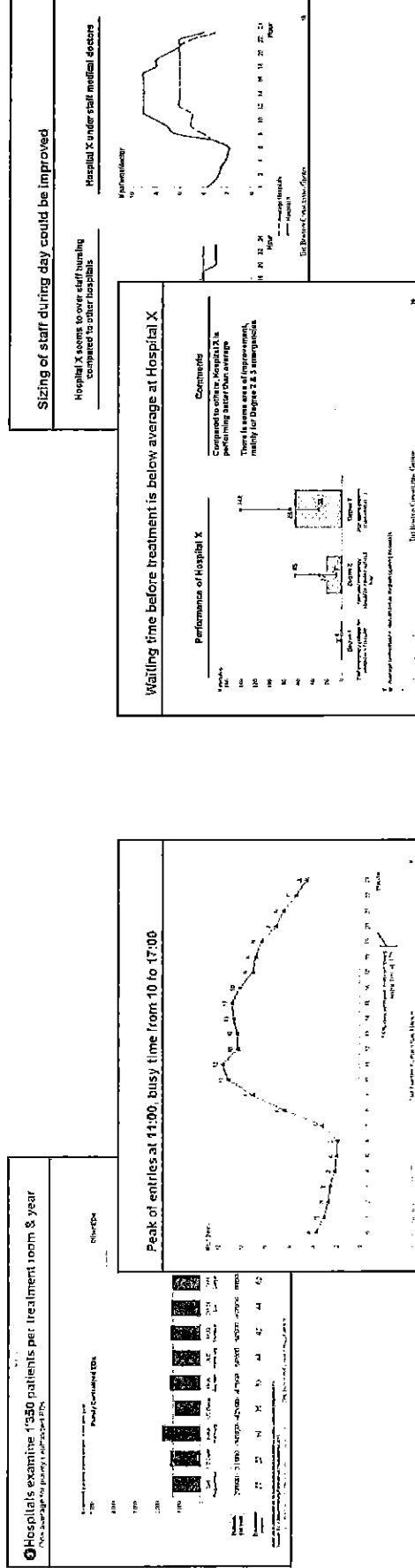
An tailored analysis will be provided to each participant

Each participating hospital will receive a standard report comparing his own performance to average

A general report will be issued

Anonymous results will be shared among all participants

Nominative results can be showed if requested by Steering Committee (to be agreed upon project start)





# Results and reports will be the basis for improvement discussions

---

Tailored report will be used for discussion with each participant

---

Hospital performance vs. average

Gap analysis to identify possible improvements areas

Next steps towards an action plan

A "practice meeting" with representatives from all participants could be organized

---

General report will be presented, summarizing key findings and trends in Emergency Departments in Belgium

Workshops around specific topics could be organized

- How to implement deboxing
- Flow management techniques
- Sizing of teams and HR challenges
- Administrative path of patient in ED
- ...



# Proposed project structure

---

## Steering Committee

- One responsible per participating hospital
- Bruno van Lierde and Florian Kühnle (BCG)

## Project management

### BCG

One project leader to coordinate across participating hospitals

## Project team

### Participating hospitals

- Points of contact in every participating hospitals (25%) to ensure access to information
  - nurse, admin and medical staff
- BCG consultants to gather data from each participating hospital and to analyze them

### BCG

## Roles and responsibilities

---

### Steering committee

- Provide overall direction
- Make decisions

### Project management

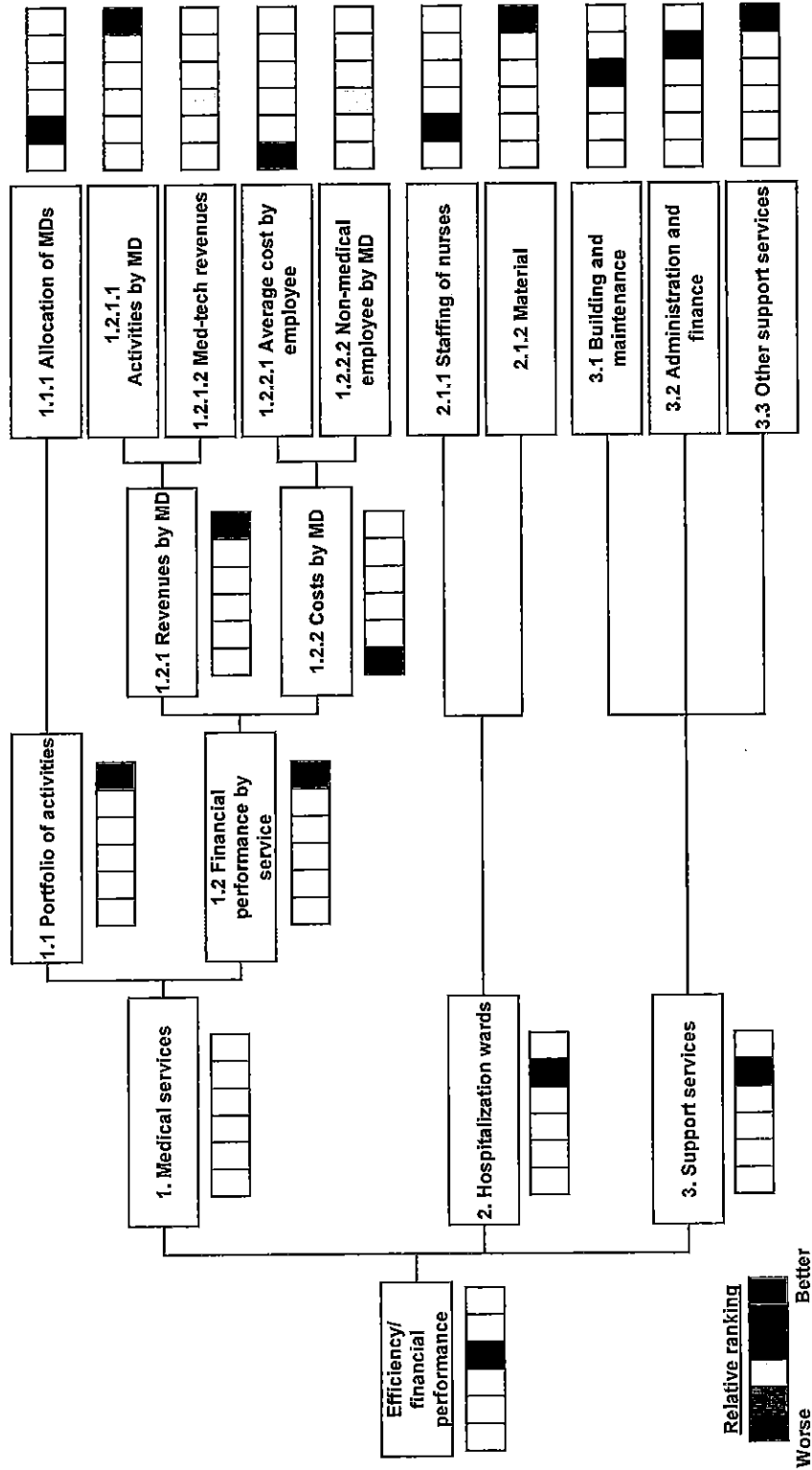
- Manage project day to day, in each participating hospital
- Set priorities
- Communicate findings
- Develop material for Steering Committees

### Project team

- Develop recommendations
- Gather information
- Conduct analysis

# Back-up – BCG launched similar benchmarking approach in 2002 across 6 Belgian hospitals

Illustration of benchmarking results in 2002



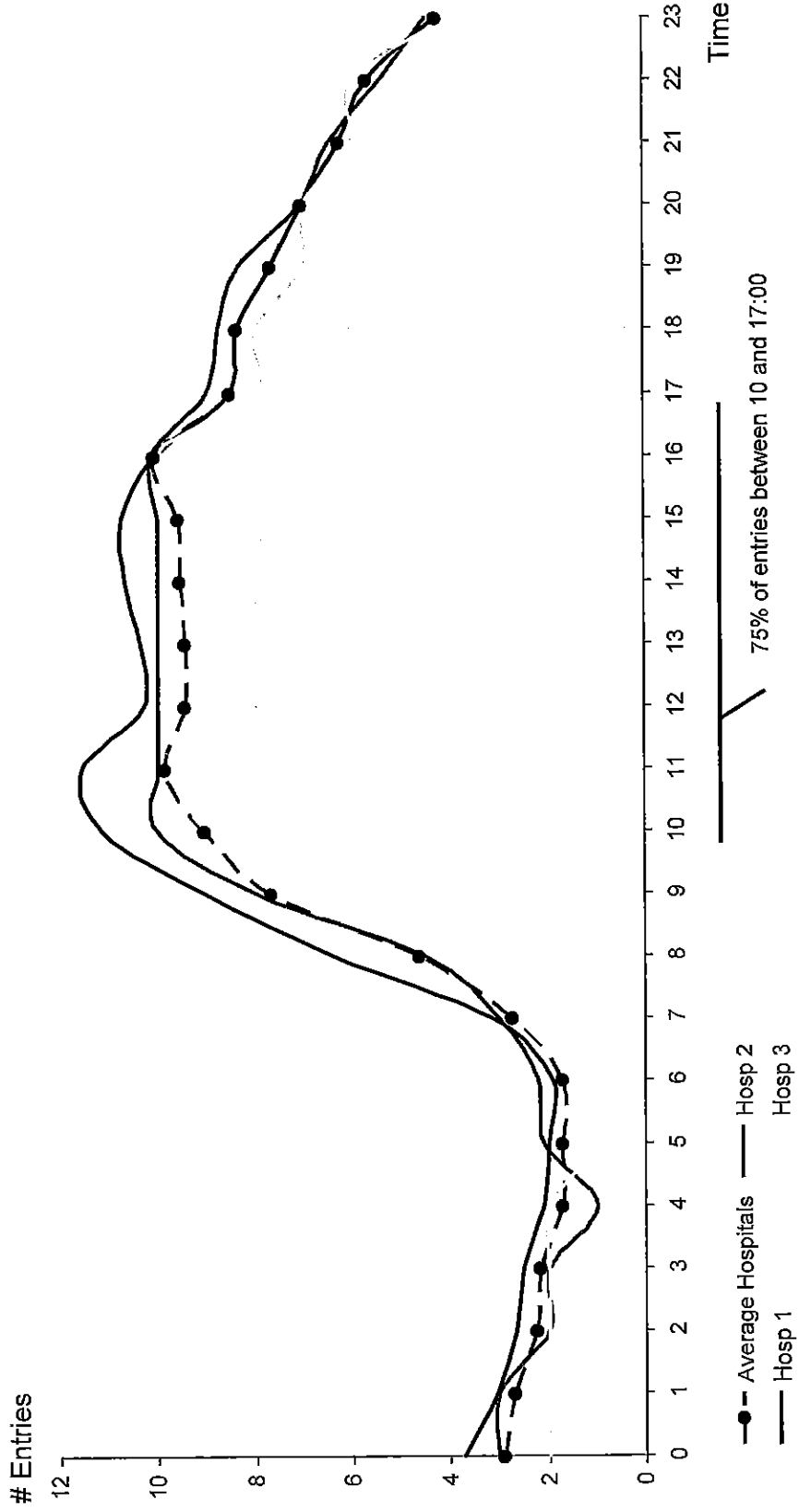
**This benchmark is now operated on a regular basis by the ruzb-chab**

## Examples of analysis

# Example of detailed analysis (I)

Repartition of entries for a typical day

Illustration



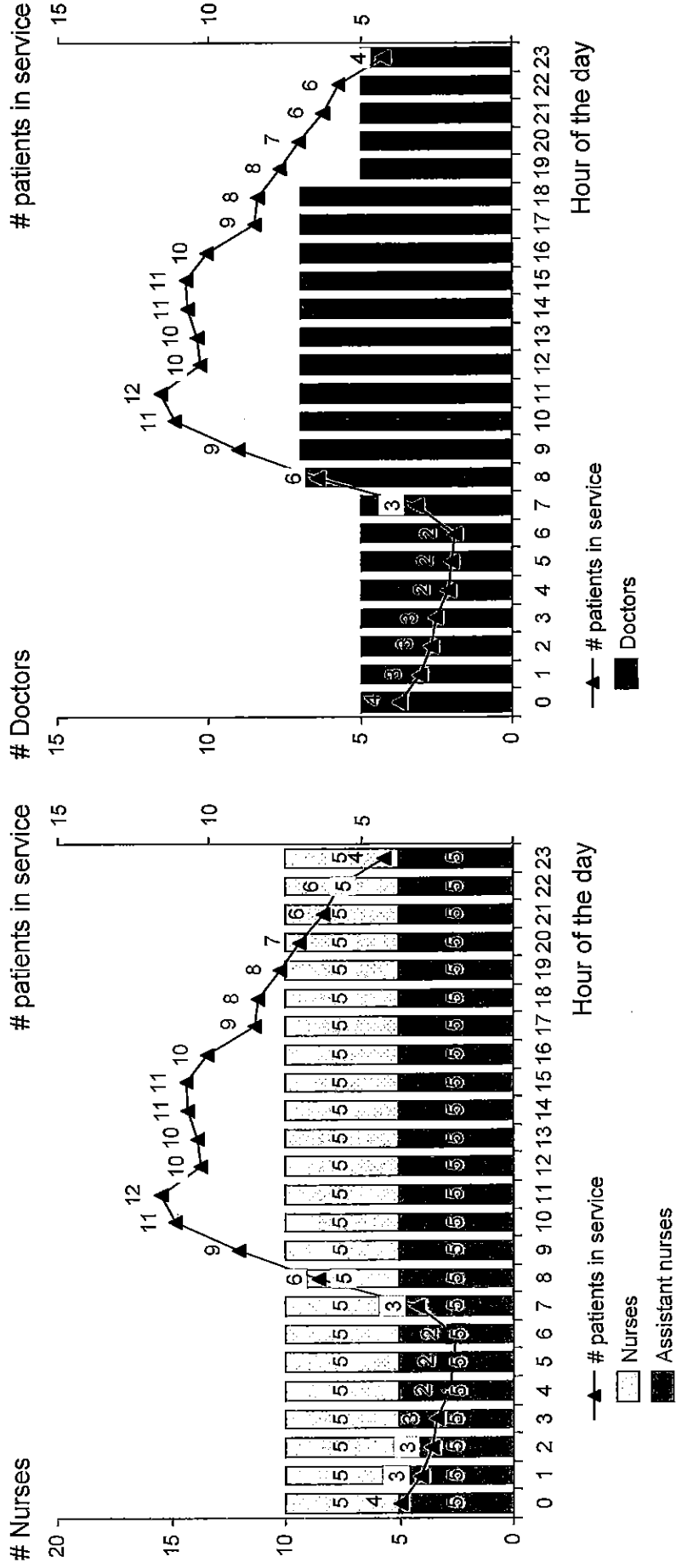
# Example of detailed analysis (II)

Deep-dive on staffing and sizing

Illustration

**Hospital X should adapt its nursing staff along the day to fit with workload**

**Staffing of Doctors is adapted during the day, but still room for improvements**



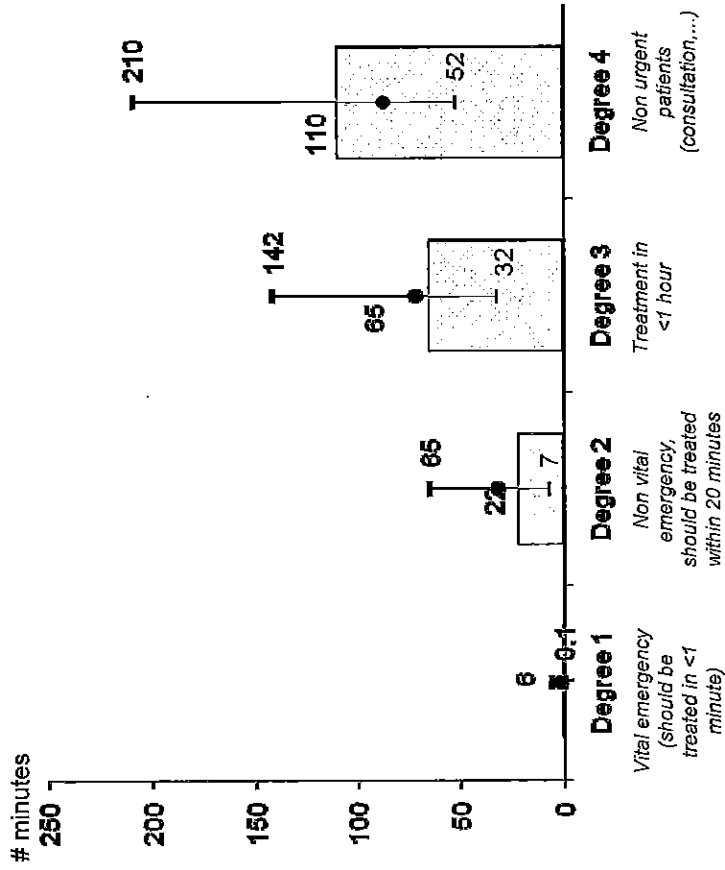


# Example of detailed analysis (III)

Average waiting time before treatment per category of patient

Illustration

## Performance of Hospital X



Average performance, min and max for participating hospitals

## Comments

Compared to others, Hospital X is performing better than average

Waiting time of degree 4 patients is longer than average

- innovative options such as "consultation rooms" in front of Emergency Department could help reducing waiting time

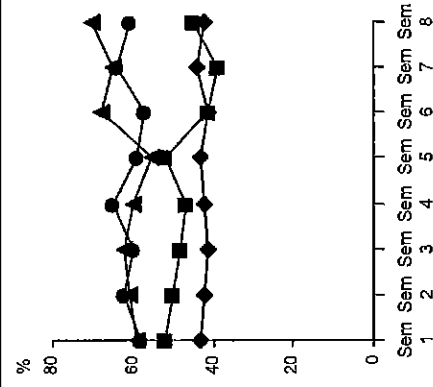
# Example of detailed analysis (IV)

Benchmark on call of consultant from other services

Illustration

## Volume

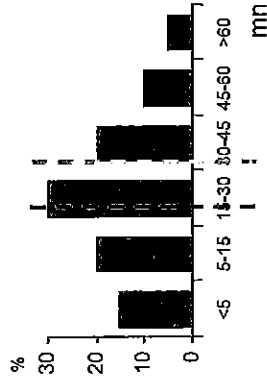
% of cases for which a consultant is called



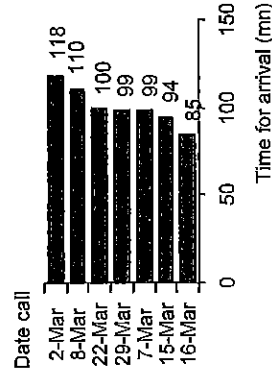
## Timing

### Call - arrival

Distribution of time between call and arrival of consultant

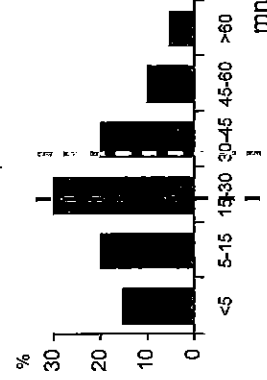


Top of longest waiting time before arrival

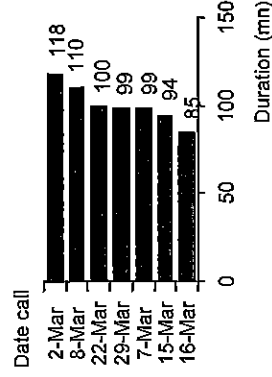


### Arrival - opinion

Distribution of time between arrival of consultant and opinion delivered

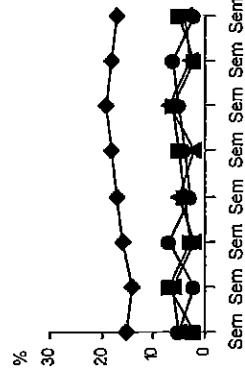


Top of longest delay between arrival and opinion

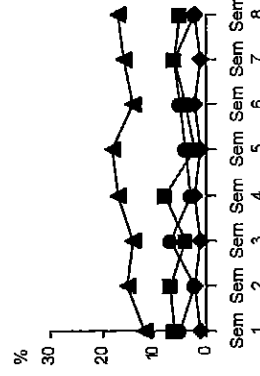


## Quality

### % of unjustified calls



### % of re-call<sup>1</sup>



● Hosp. 1 ▲ Hosp. 3  
■ Hosp. 2 ◆ Hosp. 4

1. Second call for a consultant from the same service  
Source: BCG analysis

# Example of tracking form

Only input is time, written at each step by nurse or doctor

Date : \_\_\_\_\_

Si vous retrouvez cette feuille, merci de bien vouloir la ramener aux Urgences

**Identifiant patient (EDS) :** \_\_\_\_\_

**Arrivée**

Grippe H1N1

Passage porte : : :  
Tri : : :  
Encodage : : :

Entrée sans attente : : :  
Salle attente assise (zone accueilli) : : :  
Entrée : : :  
Sortie : : :

Salle attente couchée : : :  
Entrée : : :  
Sortie : : :

Prise en charge méd. Voir feuille à part

**Prise en charge**

Prise en charge soignant : : :  
Appel médecin : : :  
Appel superviseur : : :  
Appel interne : : :  
Appel CC : : :  
Examen labo : : :  
Demande : : :  
Envoi : : :  
Interprétation : : :  
Examens radio : : :  
Demande : : :  
Départ patient : : :  
CT : : :  
Autre : : :  
Compl. : : :  
Appel consultant : : :  
Service du consultant\*\* : : :  
Avis en étage : : :  
Demande : : :  
Arrivée consultant : : :  
Interne? : : :  
Avis consultant : : :  
Appel Psychiatre : : :  
Demande : : :  
Arrivée psychiatre : : :  
Interne? : : :  
Salle de plâtre : : :  
Demande : : :  
Envoi patient : : :  
Retour : : :

**Prise en charge**

CC/MAO/Psy. : : :  
Interne : : :  
Stagiaire : : :  
Arrivée médecin : : :  
Arrivée interne : : :  
Arrivée CC : : :  
Résultat : : :  
Interprétation : : :  
Résultat : : :  
Interprétation : : :  
Appel 2<sup>e</sup> consultant : : :  
Service du consultant\*\* : : :  
Avis en étage : : :  
Demande : : :  
Arrivée 2<sup>e</sup> c. : : :  
Avis 2<sup>e</sup> c. : : :  
Appel 2<sup>e</sup> psychiatre : : :  
Demande : : :  
Arrivée 2<sup>e</sup> p. : : :  
Demande : : :  
Envoi patient : : :  
Retour : : :

**Sortie/transfert**

Décision médicale : : :  
Reparfi sans consultation : : :  
Sortie vers domicile/extérieur : : :  
Début rédaction formalités (in/med) : : :  
Fin rédaction formalités (in/med) : : :  
Sortie du box : : :  
Transfert service hospitalier : : :  
Début démarches : : :  
Appel inf. gestion : : :  
Acceptation transfert patient : : :  
Sortie du box : : :  
Transfert vers autre box/bloc : : :  
Sortie du box : : :  
Transfert en observation : : :  
Début rédaction feuille ordre (in/med) : : :  
Fin de rédaction (in/med) : : :  
Sortie du box : : :  
Prise en charge en obs. Voir feuille à part

**Feuille principale**

- \*\* Services du consultant appelé
1. SIMG
  2. Chir. Véc.
  3. Gériatrie
  4. Orthopédiste
  5. Neurologie
  6. Soins intensifs
  7. Cardiologie
  8. Neuro chir
  9. Chirurgie
  10. Autre

\* Examens complémentaires demandés après interprétation des 1<sup>er</sup> examens

THE BOSTON CONSULTING GROUP