DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

VERSLAG SYSTEEMTOEZICHT

INSPECTIEPUNT	
Naam	Provinciaal Zorgcentrum Lemberge
Adres	Salisburylaan 100, 9820 Merelbeke
Telefoon	09 272 20 00
E-mail	info@provinciaalzorgcentrumlemberge.be
Dossiernummer	E 095

INRICHTENDE MACHT	
Naam	Provinciaal Zorgcentrum Lemberge
Juridische vorm	Autonoom Provincie Bedrijf
Adres	Salisburylaan 100, 9820 Merelbeke
Telefoon	09 272 20 00
E-mail	info@provinciaalzorgcentrumlemberge.be

UITBATINGSPLAATS	
Naam	Provinciaal Zorgcentrum Lemberge
Adres	Salisburylaan 100, 9820 Merelbeke

OPDRACHT	
Nummer	O-2016-MAPU-0756
Datum	23/11/2016
Inspecteurs	XXXX
	XXXX
	XXXX

VERSLAG	
Nummer	V-2017-KOFI-0002
Datum	31/03/2017

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	aangekondigd bezoek op 16 en 21 maart 2017

INHOUD

1 Inleiding: kwaliteitsbevordering en –bewaking in de Vlaamse algemene ziekenhuizen 4
2 Principes van het systeemtoezicht 4
2.1 Definitie en doelstelling van systeemtoezicht 4
2.2 Risicogestuurde inspectiemethodiek 5
2.3 Verschil met nalevingstoezicht 5
2.4 Werkwijze 5
2.5 Beoordeling per onderwerp 7
2.6 Algemeen besluit 9
2.7 Rapportering 9
3 Inspectieproces 10
3.1 Samenstelling van het inspectieteam 10
3.2 Inspectieplan 10
4 Situering van de voorziening 11
4.1 Management 11
4.2 Erkenningssituatie 12
5 Leiderschap 13
5.1 Leiderschap op niveau bestuur en directie 13
5.2 Leiderschap binnen het medisch departement 16
5.3 Leiderschap binnen het verpleegkundig departement 17
5.4 Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten 18
6 Personeel 20
6.1 Personeel en bestaffing 20
6.2 Vorming 21
7 Veilige Omgeving 24
7.1 Gezonde behandelaars 24
7.2 Veiligheidsmanagementsysteem 25
7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen 26
8 Gestandaardiseerde Zorg 30
8.1 Globaal kwaliteitssysteem 30
8.2 Ethisch comité 32
8.3 Therapeutische restricties 33
8.4 Medicatiedistributie 34
8.5 Patiëntenrechten 37
8.6 Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie 39
8.7 Zorg voor revalidatiepatiënten 40

9 Hygiëne 44
9.1 Handhygiëne 44
9.2 Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO) 45
10 Communicatie 46
10.1 Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers 46
10.2 Continuïteit van zorg 47
10.3 Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie 48
11 Algemeen besluit 50

1 INLEIDING: KWALITEITSBEVORDERING EN –BEWAKING IN DE VLAAMSE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Bij het verbeteren en bewaken van de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen, bestaat sinds 2012 een toegenomen synergie tussen verschillende actoren. Naast de Vlaamse overheid spelen bv. ook de ziekenhuiskoepels, verschillende beroepsverenigingen van zorgverleners, het Vlaams patiëntenplatform, de ziekenfondsen en de academische wereld een belangrijke rol. Deze samenwerking leidde tot een model dat gebaseerd is op drie complementaire pijlers: het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²), accreditatie door externe organisaties en het toezicht door Zorginspectie.

1. Via het VIP²-initiatief worden outcome-indicatoren op wetenschappelijk onderbouwde wijze gemonitord. De resultaten kunnen onder meer gebruikt worden voor interne verbeteracties, voor benchmarking en ter informatie van de burgers. Het aantal effectief operationele indicatoren is in 2016 nog beperkt en de ziekenhuizen kunnen kiezen voor welke indicatoren ze participeren aan het indicatorenproject.
2. In essentie biedt de accreditering door een externe organisatie (in de praktijk door NIAZ of JCI) een doorlichting van het systeem dat door de voorziening wordt aangewend om de kwaliteit van zorg te garanderen. Het is de vrije keuze van de ziekenhuizen om al dan niet te opteren voor een accreditatietraject.
3. Het toezicht door de Vlaamse overheid (meer bepaald door Zorginspectie) werd op de twee bovenstaande pijlers afgestemd. Het nieuw toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit twee onderling verbonden luiken: enerzijds nalevingstoezicht, anderzijds systeemtoezicht.
   Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen. Hierbij wordt via een onaangekondigde inspectie nagegaan of een aantal aspecten uit de zorgpraktijk voldoen aan vooropgestelde eisen, die gebundeld zijn in een met de sector afgesproken eisenkader. Deze eisenkaders worden opgesteld per zorgtraject. Per zorgtraject worden een aantal diensten gecontroleerd die een belangrijke rol spelen bij patiënten met een specifieke zorgvraag. Intussen werden twee zorgtrajecten geïnspecteerd: het chirurgisch (2013-2014) en het internistisch (2015-2016).
   Bij systeemtoezicht is het de bedoeling om het systeem achter de feitelijk geleverde zorg te evalueren. Momenteel wordt systeemtoezicht voorzien in die ziekenhuizen die geen intentie hebben om in te stappen in een accreditatietraject. Het gaat in 2016 om vier categorale ziekenhuizen.

Om deze drie pijlers van kwaliteitsbevordering onderling te versterken, is gekozen voor maximale transparantie: ziekenhuizen moeten hun accreditatie-intentie, -beslissing en accreditatieverslag aan de overheid overmaken, en indicatoren en inspectieverslagen zijn via internet voor iedereen toegankelijk. Bovendien zoekt het nieuwe toezichtmodel ook op inhoudelijk vlak naar versterking met andere initiatieven, waaronder de twee andere pijlers (indicatoren en accreditatie).

2 PRINCIPES VAN HET SYSTEEMTOEZICHT

2.1 DEFINITIE EN DOELSTELLING VAN SYSTEEMTOEZICHT

Het systeemtoezicht heeft tot doel te beoordelen of systemen en mechanismen in de zorgorganisatie voldoende garanties bieden op het leveren van een continue kwaliteitsvolle zorg. Meer bepaald wordt nagegaan of de organisatie kennis heeft van verschillende variabelen die iets vertellen over de input, het verloop en/of de outcome van verschillende zorg- en zorgondersteunende processen. Er wordt ook onderzocht of het ziekenhuis in staat is om zo nodig (op basis van een grondige analyse) die processen bij te sturen (door het uitvoeren van verbeteracties). Tenslotte wordt ook nagegaan of het ziekenhuis er voldoende in slaagt om de bereikte kwaliteit van die processen te garanderen. Bij de keuze van te inspecteren onderwerpen wordt gekeken naar de impact ervan op de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de patiënt.

2.2 RISICOGESTUURDE INSPECTIEMETHODIEK

Zorginspectie wil maximaal op een risicogestuurde manier te werk gaan.
Bij systeemtoezicht situeert deze invalshoek zich op vier niveaus:

1. Systeemtoezicht wordt voorzien voor die ziekenhuizen die hebben aangegeven niet in een accreditatietraject te stappen. Concreet gaat het om vier categorale ziekenhuizen.

2. Zorginspectie wil bij het systeemtoezicht vooral die aspecten van de organisatie van de zorg bekijken, die gerelateerd kunnen worden aan de veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Dit is trouwens ook het belangrijkste objectief bij het nalevingstoezicht.

3. Bij de individuele doorlichting wordt, in functie van mogelijke risico's in die bepaalde voorziening, ingezoomd op aspecten die nog onduidelijk zijn of die extra aandacht verdienen. Om deze risico-inschatting te kunnen maken, voorziet Zorginspectie een voorbereidende analyse op basis van een zelfevaluatie (door het ziekenhuis) en andere gegevensbronnen (bv. VIP², resultaten uit het nalevingstoezicht, eventuele bevindingen uit externe en/of interne doorlichtingen,…).

4. Door middel van de inspectiemethodiek wordt de focus gelegd op de kwaliteitsdynamiek in het ziekenhuis en de mate waarin de kwaliteit en veiligheid van de zorgprocessen gegarandeerd wordt.

2.3 VERSCHIL MET NALEVINGSTOEZICHT

Het onderscheid tussen de beide luiken van het toezichtmodel van Zorginspectie kan schematisch als volgt weergegeven worden:

Nalevingstoezicht	**Systeemtoezicht**
Onaangekondigde inspectie	Aangekondigde inspectie
Geen voorafgaande zelfevaluatie	Intensieve voorafgaande zelfevaluatie
Gestandaardiseerde inspectie en verslag m.b.t. een selectie van eisen uit het eisenkader, identiek voor alle ziekenhuizen	Dezelfde onderwerpen worden geïnspecteerd in alle ziekenhuizen, maar op bepaalde aspecten wordt een sterkere of minder sterke focus gelegd, in functie van de risicoanalyse voor die individuele voorziening
Toets op de concreet geleverde kwaliteit van zorg (zowel op structuur-, proces- als resultaatsniveau) ➔ is een momentopname	Toets op de organisatie van de zorg (strategie – beleid – systemen – processen) ➔ zoekt naar kwaliteitsgaranties op langere termijn

2.4 WERKWIJZE

- Door middel van verschillende invuldocumenten wordt aan de betrokken ziekenhuizen gevraagd om aan zelfevaluatie te doen en een beeld te geven van de manier waarop, en de mate waarin, hun zorgprocessen georganiseerd zijn en hoe de kwaliteit hiervan geborgd wordt.
- De zelfevaluaties zijn maximaal afgestemd op een bepaald zorg(ondersteunend)proces (bv. veiligheidsmanagementsysteem, handhygiëne, vormingsbeleid…). Het is aan het ziekenhuis om te bepalen welke medewerkers voor een bepaald onderwerp het meest aangewezen zijn om aan de inspecteurs alle benodigde informatie te bezorgen via de zelfevaluatieformulieren en de gesprekken.

- Op basis van de informatie uit de zelfevaluaties en andere beschikbare bronnen (bv. recente inspectieverslagen, opvolgingsrapportage, eventuele ontvangen klachten…) gebeurt dan een risicoanalyse, waarbij door het inspectieteam bepaald wordt op welke (deel)onderwerpen tijdens de inspectie dieper moet worden ingegaan.
  Hierbij hanteren de inspecteurs per onderwerp een gestandaardiseerde lijst om de systeemelementen te beoordelen, zodat voor elk ziekenhuis steeds dezelfde items meegenomen worden bij de risicoanalyse.
- Via een aangekondigd inspectiebezoek van meerdere dagen wordt het ziekenhuis doorgelicht. Tijdens de doorlichting gaan de inspecteurs, vertrekkend vanuit de risicoanalyse, dieper in op de bekomen informatie. Dit gebeurt door een interview met leidinggevenden/verantwoordelijken en door gesprekken en controles op afdelingsniveau (bv. het doornemen van verslagen, het opvragen van cijfergegevens, het inkijken van patiëntendossiers,…). Op die manier wordt van ieder onderwerp niet alleen nagegaan welke concepten er zijn of wat er verwacht wordt op leidinggevend niveau, maar wordt ook de implementatie op de werkvloer bekeken.
  Hierbij hanteren de inspecteurs per systeemonderwerp dezelfde gestandaardiseerde lijst als tijdens de risicoanalyse, zodat elk ziekenhuis op basis van dezelfde elementen beoordeeld wordt.
- Bij de beoordeling van de zelfevaluaties en de evaluatie van ieder systeemonderwerp willen de inspecteurs een antwoord vinden op volgende vier kernvragen (de derde vraag bestaat uit twee delen), die overeenkomen met de basisvragen uit het Vlaams kwaliteitsdecreet:
  1. Beschikt men over informatie over het eigen handelen?
  2. Wordt deze informatie benut (analyse van informatie, benoemen en prioriteren van verbeterpunten)?
  3. Worden verbeteracties zo nodig uitgevoerd en worden ze goed opgevolgd/bijgestuurd?
  4. Is er een structurele verankering van verbeteringen, van de bereikte kwaliteit en/of veiligheid van zorg (borging)?

  Per systeemonderwerp wordt in het verslag nader gespecificeerd hoe deze kernvragen concreet vertaald worden naar elementen van appreciatie en op welke concrete bronnen de inspecteurs zich baseren om een antwoord te vinden op de vier kernvragen.
- Bij de keuze van onderwerpen baseert Zorginspectie zich onder meer op de systeemelementen die voorkomen in de eisenkaders (momenteel de eisenkaders m.b.t. het chirurgisch of internistisch zorgtraject[1]). Daarnaast wordt teruggegrepen naar de regelgeving of naar algemeen geldende richtlijnen en wetenschappelijk onderbouwde praktijken.
- Er zijn geen individuele doorlichtingen voorzien van afdelingen. Afdelingen worden bezocht in functie van de onderwerpen, om die in de praktijk te toetsen. Er zijn wel enkele onderwerpen die een nauwe relatie vertonen met een specifiek type afdeling (bv. aangepaste zorg voor mensen die revalideren zal voor een belangrijk deel getoetst worden op revalidatieafdelingen).

[1] Uit het chirurgisch zorgtraject:
- het eisenkader 'bloedtransfusie en ziekenhuisbloedbank': alle onderdelen voor zover van toepassing op het betrokken ziekenhuis.
Uit het internistisch zorgtraject:
- het eisenkader 'ziekenhuisapotheek': alle onderdelen voor zover van toepassing op het betrokken ziekenhuis
- het eisenkader 'D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie', onderdelen 8 tot en met 17.

2.5 BEOORDELING PER ONDERWERP

Voor de beoordeling van de vier kernvragen (waarbij de derde vraag in twee deelvragen wordt opgesplitst) hanteren de inspecteurs een beoordelingssysteem met vier antwoordcategorieën (A, B, C en D).

		A	B	C	D
Gegevens-verzameling	Beschikt men over informatie over het eigen handelen?	Men beschikt over (zo goed als) alle aspecten van het betrokken systeem over informatie betreffende het functioneren	Men beschikt over relatief veel aspecten van het betrokken systeem over informatie betreffende het functioneren	De informatie met betrekking tot het functioneren van het betrokken systeem vertoont belangrijke lacunes	Men beschikt over weinig tot geen informatie over het functioneren van het betrokken systeem
Analyse	Wordt deze informatie benut (analyse van informatie, benoemen en prioriteren van verbeterpunten)?	De analyses op de beschikbare informatie laten toe (bijna) alle mogelijke verbeter-punten te detecteren	De analyses op de beschikbare informatie laten toe een behoorlijk aantal verbeter-punten te detecteren	De analyses op de beschikbare informatie bieden weinig mogelijkheden om potentiële verbeter-punten te detecteren	Er gebeurt geen of zo goed als geen analyse op de informatie waarover men beschikt
Actie	Worden zo nodig verbeteracties opgezet?	Verbeter-acties worden voor (bijna) alle verbeter-punten opgezet	Verbeter-acties worden opgezet voor de meeste verbeter-punten	Verbeter-acties worden voor een beperkt aantal verbeter-punten opgezet	Verbeter-acties worden onvoldoende opgezet
	Is er een controle op de uitvoering van de verbeteracties?	Verbeter-acties worden nauwgezet opgevolgd en op het einde geëvalueerd	Opvolging en evaluatie van de acties is goed of heeft beperkt verbeter-potentieel	Opvolging en evaluatie van de acties heeft nog veel verbeter-potentieel	Er bestaat (quasi) geen controle op de uitvoering van verbeter-acties
Borging	Is er een structurele verankering van de bereikte kwaliteit en/of veiligheid van zorg?	Er is in (bijna) alle opzichten een structurele verankering	Er is in de meeste opzichten een structurele verankering	Er is in een beperkt aantal opzichten een structurele verankering	Er is (zo goed als) geen structurele verankering

Dit resulteert in 56 mogelijke combinaties van A's, B's, C's en D's.

Mogelijke antwoordcombinaties						Beoordeling
1	A	A	A	A	A	Zeer goed
2	A	A	A	A	B	Zeer goed
3	A	A	A	A	C	Zeer goed
4	A	A	A	A	D	Zeer goed
5	A	A	A	B	B	Zeer goed
6	A	A	A	B	C	Zeer goed
7	A	A	A	B	D	Zeer goed
8	A	A	A	C	C	Zeer goed
9	A	A	A	C	D	Goed
10	A	A	A	D	D	Goed
11	A	A	B	B	B	Zeer goed
12	A	A	B	B	C	Zeer goed
13	A	A	B	B	D	Goed
14	A	A	B	C	C	Goed
15	A	A	B	C	D	Goed
16	A	A	B	D	D	Matig
17	A	A	C	C	C	Goed
18	A	A	C	C	D	Matig
19	A	A	C	D	D	Matig
20	A	A	D	D	D	Onvoldoende
21	A	B	B	B	B	Zeer goed
22	A	B	B	B	C	Zeer goed
23	A	B	B	B	D	Goed
24	A	B	B	C	C	Goed
25	A	B	B	C	D	Goed
26	A	B	B	D	D	Matig
27	A	B	C	C	C	Goed
28	A	B	C	C	D	Matig
29	A	B	C	D	D	Matig
30	A	B	D	D	D	Onvoldoende
31	A	C	C	C	C	Matig
32	A	C	C	C	D	Matig
33	A	C	C	D	D	Matig
34	A	C	D	D	D	Onvoldoende
35	A	D	D	D	D	Onvoldoende
36	B	B	B	B	B	Goed
37	B	B	B	B	C	Goed
38	B	B	B	B	D	Goed
39	B	B	B	C	C	Goed
40	B	B	B	C	D	Goed
41	B	B	B	D	D	Matig
42	B	B	C	C	C	Goed
43	B	B	C	C	D	Matig
44	B	B	C	D	D	Matig
45	B	B	D	D	D	Onvoldoende
46	B	C	C	C	C	Matig
47	B	C	C	C	D	Matig
48	B	C	C	D	D	Onvoldoende
49	B	C	D	D	D	Onvoldoende
50	B	D	D	D	D	Onvoldoende
51	C	C	C	C	C	Matig
52	C	C	C	C	D	Matig
53	C	C	C	D	D	Onvoldoende
54	C	C	D	D	D	Onvoldoende
55	C	D	D	D	D	Onvoldoende
56	D	D	D	D	D	Onvoldoende

Via bovenstaande matrix correspondeert elk van deze 56 combinaties finaal met een beoordeling per onderwerp. Hiervoor worden eveneens vier antwoordcategorieën gebruikt, namelijk “zeer goed”, “goed”, “matig” en “onvoldoende”.

In het verslag wordt deze beoordeling weergegeven, evenals een synthese van de argumenten die telkens geleid hebben tot toekenning van de beoordeling.

Terwijl de scores “zeer goed” en “onvoldoende” duidelijk zijn, willen we de twee tussencategorieën nader toelichten: indien voor een onderwerp een score “goed” behaald wordt, betekent dit niet dat er geen knelpunten zouden bestaan. Voor de score “matig” blijkt uit de matrix duidelijk dat hier meerdere verbeterpunten zijn vastgesteld waarvoor het ziekenhuis actie moet ondernemen.

Deze beoordeling reflecteert dus het globale performantieniveau voor dat onderwerp, wat niet wegneemt dat binnen dat onderwerp soms individuele afwijkende resultaten (beter of slechter) kunnen voorkomen die dan niet steeds vermeld of beschreven worden in het verslag.

2.6 ALGEMEEN BESLUIT

Naast de beoordeling per systeemonderwerp wordt voor het ziekenhuis ook een algemeen besluit geschreven.

Bij deze eindbeoordeling wordt rekening gehouden met vier elementen:

- Het al dan niet aanwezig zijn van onvoldoendes bij de beoordeling van de onderwerpen
- De mogelijke impact op de patiënt (op het vlak van kwaliteit en veiligheid van zorg) van de deelsystemen waarvoor knelpunten werden vastgesteld
- De mate waarin het ziekenhuis zich bewust is van een vastgestelde problematiek en hieraan werkt (verbeterdynamiek)
- Het stadium waarin het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis zich bevindt (beginnende kwaliteitsdynamiek versus mature kwaliteitssturing).

Hoe dan ook moet er op gewezen worden dat de eindbeoordeling niet louter het resultaat is van een mathematisch proces, maar berust op een appreciatie vanwege het inspectieteam waarbij ook andere relevante variabelen (bv. een specifieke context, de casemix,…) een rol kunnen spelen.

Dit algemeen besluit heeft een meervoudig doel:

- Het ziekenhuis een duidelijke en bruikbare conclusie aanreiken. Ziekenhuizen weten zo of hun kwaliteit en kwaliteitssystemen al dan niet een voldoende mate van maturiteit vertonen. Wanneer er prioritaire verbeteracties vereist zijn, dan zal ook duidelijk zijn voor welke onderwerpen deze nodig zijn.
- De Vlaamse overheid (het Agentschap Zorg en Gezondheid en Zorginspectie) een duidelijker idee geven over de mate waarin het ziekenhuis als geheel beantwoordt aan de verwachtingen of niet, en aangeven voor welke ziekenhuizen een striktere opvolging of specifieke aandacht bij een nieuwe inspectie noodzakelijk is.
- De burger een idee geven over de mate waarin een ziekenhuis globaal beantwoordt aan de verwachtingen op het vlak van kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg.

2.7 RAPPORTERING

De verslaggeving heeft als doel een evenwichtig beeld te geven van het kwaliteitsmanagementsysteem van het ziekenhuis, waarbij duidelijk wordt gemaakt op welke vlakken dit goed loopt en waar nog verbetermogelijkheden zijn.

Bij ieder systeemonderwerp wordt kort beschreven waarom dit systeemonderwerp bijdraagt tot de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daarna worden de belangrijkste elementen opgesomd waarop de inspecteurs zich

baseren voor hun appreciatie. Vervolgens wordt beschreven op basis van welke bronnen zij hun informatie bekomen hebben. Tenslotte volgt de beoordeling, en uitleg hierover.

Als laatste hoofdstuk wordt de eindconclusie gegeven, eventueel met bijkomende uitleg.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport te formuleren d.m.v. een gemotiveerde reactienota.

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Op basis van deze bespreking kan het verslag worden aangepast.

Net als de verslagen m.b.t. nalevingstoezicht zullen ook de inspectieverslagen m.b.t. systeemtoezicht worden gepubliceerd op de website van Zorginspectie. Ziekenhuizen kunnen er voor opteren om dit inspectieverslag (met verdere duiding, stand van zaken verbeteracties,…) proactief te publiceren op de eigen website.

3 INSPECTIEPROCES

3.1 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

XXXX	Hoofdinspecteur
XXXX	Inspecteur
XXXX	Inspecteur

3.2 INSPECTIEPLAN

DONDERDAG 16 MAART 2017			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00–10u00	Voorstelling door het inspectieteam (30’) en voorstelling door ziekenhuis (30’)		
10u00–11u00	Medicatiedistributie	Leiderschap: bestuur/directie + zorgondersteunende diensten	Support team, ethisch comité, DNR
11u00–12u00	afdelingsbezoek		afdelingsbezoek
12u00–13u00	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u00–14u00	afdelingsbezoek	Kwaliteitsmanagement + veiligheidsmanagement	afdelingsbezoek
14u00-15u00		afdelingsbezoek	

DINSDAG 21 MAART 2017			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00–10u30	Ombuds / Klachtenbemiddeling / Patiëntenrechten	Leiderschap: medisch departement	Leiderschap: verpleegkundig departement
10u30–12u00	afdelingsbezoek	Continuïteit van zorg Communicatie met verwijzers	Personeel en bestaffing, vorming, gezonde behandelaars, handhygiëne
12u00–13u00		afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
13u00–14u30	Middagmaal + overleg inspecteurs		
14u30–15u30	Afrondend gesprek (met directie)		

4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

4.1 MANAGEMENT

Voorzitter Raad van Bestuur	XXXX

Directiecomité
Leden met stemrecht:

Afgevaardigd bestuurder APB	XXXX
Bestuurder-directeur / Algemeen directeur	XXXX
Bestuurder-directeur (lid RvB)	XXXX
Bestuurder-directeur (lid RvB)	XXXX
Bestuurder-directeur (lid RvB)	XXXX

Leden zonder stemrecht (raadgevend):

Directeur nursing (wnd.)	XXXX
Hoofdarts	XXXX
Apotheker	XXXX
Dagelijks verantwoordelijke WZC	XXXX
Raadgevend lid	XXXX

Het APB Provinciaal Zorgcentrum Lemberge beschikt naast de Sp-ziekenhuisafdeling ook over een woonzorgcentrum met een erkenning voor 86 ROB-bedden en 93 RVT-bedden.

4.2 ERKENNINGSSITUATIE

Momenteel heeft het ziekenhuis vanwege de Vlaamse overheid een erkenning voor:

- 63 bedden Sp-chronisch
- Functie ziekenhuisapotheek.
- Palliatieve functie

5 LEIDERSCHAP

Verwachtingen:

Een effectief en efficiënt leiderschap biedt meer garanties op een goede werking van de verschillende zorg, zorgondersteunende, kwaliteits- en veiligheidssystemen in een ziekenhuis. Hiertoe is enerzijds een goede interactie tussen bestuur en directie van belang en anderzijds een goede interactie van deze bestuursniveaus met de zorgondersteunende diensten, het medisch departement en het verpleegkundig en paramedisch departement.

5.1 LEIDERSCHAP OP NIVEAU BESTUUR EN DIRECTIE

Elementen van appreciatie:

- Het bestuursorgaan van het ziekenhuis beschikt over voldoende diverse expertise inzake de verschillende aspecten van ziekenhuismanagement
- Er is voldoende en kwalitatief overleg tussen het bestuursorgaan en de directie van het ziekenhuis
- Er is voldoende inbreng van de medische component bij het bestuur van het ziekenhuis
- Er kan aangetoond worden dat het bestuur alle aspecten van het ziekenhuisbeleid opvolgt, analyseert en bijstuurt, en in het bijzonder de kwaliteit en veiligheid van de zorg
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende bestuursorganen (bv. Raad van Bestuur, directiecomité, financiële commissie, medische raad, afzonderlijke directeurs, eventuele andere bestuurscommissies…)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen directie, bestuur en de andere bestuursorganen

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Communicatie tussen bestuur en directie” en “Communicatie tussen bestuur en medisch departement”
- Verslaggeving van diverse bestuursorganen van het ziekenhuis (bv. Raad van Bestuur, Directiecomité, Medische Raad…)
- Jaarverslag/beleidsplan van het ziekenhuis
- Gesprek met directieleden / voorzitter Medische Raad
- Algemene regeling, medisch reglement, financiële regeling (inclusief functieomschrijvingen bestuursorganen)

Beoordeling:	**D, D, C, C, C: onvoldoende**
Argumenten:	• De Raad van Bestuur (RvB) en het Directiecomité (DC) zijn verantwoordelijk voor het beleid van zowel het Sp-ziekenhuis als het Woonzorgcentrum (WZC) van het APB Provinciaal zorgcentrum Lemberge. • Door de specifieke structuur van een APB, zijn de managementorganen niet optimaal samengesteld voor het voeren van een efficiënt ziekenhuisbeleid. Zo telt de RvB te veel leden (Guidelines Hospital Governance) die niet allemaal voldoende expertise kunnen voorleggen op vlak van het management van zorgvoorzieningen. Het directiecomité wordt gevormd door 4 leden van de RvB (waaronder de afgevaardigd bestuurder) en de algemeen directeur. Daarnaast nemen ook niet-

	stemgerechtigde leden, waaronder de hoofdarts, de directeur nursing en de apotheker, deel aan de vergaderingen van het directiecomité. Niettegenstaande de formele functiebeschrijving van de managementorganen, blijven de taken en verantwoordelijkheden van de RvB en het DC vermengd. Deze constructie hypothekeert de autonome werking van een operationeel DC en brengt de onderlinge communicatie en beslissingssnelheid in het gedrang. Tevens vermindert deze beleidsstructuur de slagkracht van het zorgdepartement, in het bijzonder van het medische en het verpleegkundige/paramedische luik. Uit de verslaggeving blijkt dat de leden van de RvB en het DC onvoldoende aandacht hebben voor de kwaliteit van de zorg. Vooral financiële, personele en organisatorische agendapunten worden besproken. Er kan onvoldoende aangetoond worden dat men vanuit deze managementorganen de kwaliteit van de zorg opvolgt. Het operationele beleid van het ziekenhuis moet beter afgebakend worden om aan kwaliteit en efficiëntie te winnen, bv. binnen een autonoom functionerend beleidsorgaan zoals een directiecomité, wat niet belet dat de RvB hierbij ondersteuning kan bieden en het uitgevoerde beleid moet opvolgen. • De communicatie tussen het management en het medisch korps verloopt niet vlot. Hierdoor zijn de artsen onvoldoende geïnformeerd over beleidsacties en -beslissingen. o De samenwerking met het AZ Maria Middelares loopt af op 31/05/2017. Men blijft patiënten opnemen, maar de continuïteit van de medische zorgen kan niet structureel geregeld worden bij gebrek aan een formele visie hieromtrent, terwijl de eventuele overdracht naar een andere medische setting tijdig zou moeten voorbereid worden. o De slagkracht van de hoofdarts blijft beperkt binnen het directiecomité (geen stemrecht) en in de RvB (geen volwaardige aanwezigheid). o Het medisch departement is onvoldoende actief betrokken bij het algemene ziekenhuisbeleid. Er wordt structureel te weinig tijd voorzien voor de functie van hoofdarts. o Er is geen financiële commissie in de zin van een apart overleg tussen de MR en de RvB. Over de financiële stromen bestaat communicatie binnen de RvB en het DC, waar de hoofdarts niet steeds aanwezig is. o De algemene regeling, die ook het medisch reglement en de financiële regeling omvat, dateert van het jaar 2000. We bevelen aan om gebruik te maken van de omwentelingen die nu plaatsvinden binnen het Sp-ziekenhuis om dit kerndocument grondig te herbekijken en te actualiseren. Dit is o.a. van belang om de medische permanentie en de beschikbaarheid van

	gespecialiseerde artsen ook in de toekomst te kunnen waarborgen. • Het ziekenhuis heeft een missie en een visie, maar de doelstellingen zijn weinig specifiek uitgeschreven. Uit de gesprekken met zorgverleners op de werkvloer blijkt een nood aan duidelijke strategische en vooral operationele doelstellingen die het ziekenhuis sturen. • Het kwaliteitsbeleid maakt integraal deel uit van het algemene beleidsplan van het ziekenhuis. Zowel het meerjarenplan als de jaarlijkse beleidsplannen van het ziekenhuis zijn opgemaakt vanuit kwaliteitsdenken en zijn gecentreerd op de concrete zorg voor de patiënten. Deze plannen zijn grotendeels een neerslag vanuit het zorgdepartement, waarbij de input van andere relevante actoren niet of nauwelijks zichtbaar is (bv. algemeen, medisch, paramedisch, apotheek). Het beleidsplan van het ziekenhuis is onvoldoende uitgewerkt als een operationeel instrument voor de aansturing van het zorggebeuren, hoewel het gebruikte sjabloon (met geïntegreerde PDCA-cycli) zich hiertoe wel leent. Er moeten bijvoorbeeld nog meer concrete (SMART) doelstellingen geformuleerd worden. Er moet bepaald worden hoe men de resultaten zal monitoren en desgevallend bijsturen. Realisaties kunnen dan in het beleidsplan gaandeweg ook aangetoond worden, wat motiverender zal zijn dan alleen “OK” te noteren. Ook de randvoorwaarden voor het leveren van een kwalitatieve zorg kunnen best een plaats krijgen in het beleidsplan (bv. personeel, infrastructuur). • Het jaarverslag van het ziekenhuis beschrijft verschillende belangrijke aspecten van de werking niet. Er is o.a. onvoldoende aandacht voor kwaliteitsinitiatieven en voor de opvolging van resultaten (bv. indicatoren, PROM, verbeteracties,…), waardoor deze te weinig zichtbaar gemaakt worden en men belangrijke beleidsinformatie dreigt te verliezen. • Er is weinig verband tussen het beleidsplan voor het ziekenhuis en het jaarverslag. Voor dit laatste kan men zich inspireren op het kwaliteits/beleidsplan, zodat deze documenten een plaats krijgen binnen een volledige PDCA-cyclus ter sturing van het ziekenhuis. • Het organogram van het ziekenhuis reflecteert de werkelijke situatie onvoldoende (bv. 2 afdelingen met duale aansturing, geen apart administratief-financieel directielid,…).

5.2 LEIDERSCHAP BINNEN HET MEDISCH DEPARTEMENT

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de medische diensten in het ziekenhuis en de medische diensthoofden
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de medische diensthoofden
- De hoofdarts houdt een dossier bij dat onder andere de kwalificaties bevat van alle artsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. medisch directeur, medisch diensthoofd, medisch staflid...)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen hoofdarts en medische diensthoofden (o.a. diensthoofdenvergaderingen met verslaggeving)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Beleidsmatige communicatie binnen het medisch departement”
- Verslaggeving van medische diensthoofdenvergaderingen / beleidsmatig overleg van diensthoofden met de hoofdarts
- Jaarverslag/beleidsplan van medische diensten
- Organogram medisch departement
- Gesprek met hoofdarts / steekproef van medische personeelsdossiers

Beoordeling:	**D, C, C, B, B: matig**
Argumenten:	• Er bestaat geen afzonderlijk organogram van het medisch departement. In het organogram van het ziekenhuis is de hoofdarts aangegeven, maar het aantal en de functie van de andere artsen (bv. afdelingsarts) is niet duidelijk. • De hoofdarts van het Sp-ziekenhuis is tevens diensthoofd geriatrie in het AZ Maria Middelares te Gent en besteedt het meeste tijd aan zijn klinisch werk (ongeveer 70% AZ en 30% Lemberge). Er is structureel onvoldoende tijd (2u) voorzien voor de functie van hoofdarts. Hierdoor kunnen niet alle taken, waarvoor een hoofdarts verantwoordelijk is, ten volle vervuld worden. • 5 artsen zijn actief binnen het ziekenhuis, allen internisten-geriaters die hun hoofdactiviteit hebben in het AZ Maria Middelares Gent. Elke afdeling kan beroep doen op 1 behandelende arts (2x 0,25 VTE), terwijl de 3 anderen instaan voor de nacht- en weekendpermanentie. Deze 5 artsen-stafleden vormen samen de medische raad (MR), met een voorzitter die niet de hoofdarts is. In 2016 vergaderde de MR 11 maal. • Er is in het ziekenhuis geen aanwezigheid van andere medische disciplines. Voor een eventueel consult van een neuroloog, psychiater of revalidatiearts moet de patiënt zich verplaatsen naar een AZ. Het lijkt aangewezen om deze werkwijze te objectiveren (bv. aantallen, vervoerswijzen, personeelsinzet, financiële impact,…) om desgevallend verbeteracties te kunnen plannen. • Wekelijks op vrijdag overlopen de 5 artsen-stafleden gezamenlijk de opgenomen patiënten. Van dit overleg wordt geen verslag gemaakt.

	Er is meer aandacht nodig voor structurele afstemming tussen de artsen onderling en voor de opvolging van het medische beleid. o De vergaderingen van de MR gelden ook als medische stafvergadering, met dezelfde 5 artsen. Dit is het enige formele communicatiekanaal waarin informatie vanuit RvB en DC naar de artsen doorgegeven kan worden. Uit de verslagen blijkt dat de agenda van dit overleg hoofdzakelijk organisatorisch is; aspecten betreffende kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid komen nauwelijks aan bod. o Er zijn geen systematische medical audits in het ziekenhuis. Wel kunnen ad hoc casusbesprekingen georganiseerd worden, meestal informeel. o Er is onvoldoende gestructureerde aandacht voor (clinical) outcome-monitoring. o De zichtbare input van het medisch departement in de beleidsdocumenten (bv. beleidsplan, jaarverslag, kwaliteitsbeleid,…) is beperkt. • De hoofdarts houdt een individueel dossier van elke arts-staflid bij, als diensthoofd van geriatrie in Maria Middelares. • De medische permanentie (24u/24 7d/7) wordt verzekerd door beide behandelende artsen tijdens weekdagen en door de 3 overige artsen-stafleden tijdens de nachten en weekends. • Er gebeurt geen gestructureerde evaluatie noch bijsturing van de artsen voor wat betreft het Sp-ziekenhuis. Er zijn geen functiebeschrijvingen voor de artsen-stafleden. Deze opdracht kan wel in de marge aan bod komen tijdens de functioneringsgesprekken met de geriaters in het AZ Maria Middelares.

5.3 LEIDERSCHAP BINNEN HET VERPLEEGKUNDIG DEPARTEMENT

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en de verpleegkundige afdelingshoofden/hoofdverpleegkundigen
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de verpleegkundigen van het middenkader en de hoofdverpleegkundigen
- De verpleegkundig en paramedisch directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn in het ziekenhuis
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. verpleegkundig directeur, middenkader, verpleegkundige staffuncties, hoofdverpleegkundigen…)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de verpleegkundig directeur en verpleegkundigen van staf en middenkader, alsook hoofdverpleegkundigen van de diensten, zorgprogramma's en afdelingen

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Beleidsmatige communicatie binnen het verpleegkundige departement”
- Verslaggeving beleidsmatig overleg tussen verpleegkundig directeur, verpleegkundige staf / middenkader en hoofdverpleegkundigen
- Jaarverslag/beleidsplan van verpleegkundige diensten/afdelingen
- Organogram verpleegkundig departement
- Gesprek met hoofd van het verpleegkundig en paramedisch departement

Beoordeling:	**A, A, B, B, B: zeer goed**
Argumenten:	• Er is duidelijkheid over de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en de verpleegkundige afdelingshoofden/hoofdverpleegkundigen. • De verpleegkundig directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn in het ziekenhuis. • De aansturing van de paramedici, de ergotherapeuten, de logopedisten, diëtisten en de verpleegkundig ziekenhuishygiënist is duidelijk geregeld. • Er is een omschrijving van de taken en bevoegdheden van verschillende functies binnen het verpleegkundig departement. • Er zijn formele functiebeschrijvingen voor de verpleegkundige experten. • Er wordt op gestructureerde wijze informatie bekomen en benut over het functioneren van de hoofdverpleegkundigen/afdelingshoofden en de andere verpleegkundigen. • Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de hoofdverpleegkundigen, de directeur nursing en de hoofdarts. • Het takenpakket van de directeur nursing is zeer uitgebreid. Waar vroeger een voltijdse stafmedewerker mee vorm gaf aan het uitstippelen van allerlei procedures en metingen, werden deze taken, na uitdiensttreding van de stafmedewerker, toegevoegd aan het takenpakket van de directeur nursing.

5.4 LEIDERSCHAP BINNEN DE ZORGONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis en hoe ze geleid worden
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de verantwoordelijken van de zorgondersteunende diensten
- De algemeen directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle personeel in de zorgondersteunende diensten
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. facilitair directeur, technisch directeur, financieel directeur…)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de algemeen directeur en de verantwoordelijken van de technische en facilitaire diensten

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Communicatie tussen bestuur en directie”
- Verslagen RvB en directiecomité
- Verslaggeving beleidsmatig overleg tussen algemeen directeur en verantwoordelijken van technische en facilitaire diensten
- Jaarverslag/beleidsplan
- Organogram van het ziekenhuis
- Gesprek met de algemeen directeur

Beoordeling:	**A, A, A, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• De financiële, administratieve en facilitaire eindverantwoordelijkheid wordt opgenomen door de algemeen directeur. Het onderhoudspersoneel wordt aangestuurd door de dagelijks verantwoordelijke van het WZC. • De plaats van de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis en hun aansturing is duidelijk. • De zorgondersteunende diensten worden via het DC opgevolgd en desgevallend bijgestuurd. • Er zijn functiebeschrijvingen voor de verantwoordelijken van de zorgondersteunende diensten. • Er gebeuren systematische gestructureerde evaluaties van de verantwoordelijken van de ondersteunende diensten.

6 PERSONEEL

6.1 PERSONEEL EN BESTAFFING

Verwachtingen:

Het ziekenhuis zet voldoende en voldoende gekwalificeerde mensen in op al haar diensten.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis heeft zicht op de personeelsnood op alle afdelingen (basisuurrooster, informatie over ziekteverzuim, verloven, zwangerschappen, kredieturen, ADV-dagen, overuren, zorgzwaarte…)
- Na analyse van deze informatie worden gepaste acties ondernomen (bepaling van inzet van de mobiele equipe, tijdelijke overplaatsing van vast personeel, aanwervingsbeleid…)
- Het ziekenhuis onderneemt acties op basis van de evaluatie van/door de medewerkers (bv. functioneringsgesprekken, exitgesprekken, acties tegen burn-out, intervisie…)
- Acties worden verankerd in beleidsbeslissingen (bv. aanstelling vertrouwenspersoon, bijsturing van basisuurrooster…)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Personeel en bestaffing”
- Gesprek met verantwoordelijke personeelsbeleid
- Verslaggeving van overleg van beleidsorganen
- Jaarverslag van het ziekenhuis
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Overzicht mobiele equipe, middenkader en equipes op afdelingsniveau

Beoordeling:	**C, B, B, C, C: goed**
Argumenten:	• Het ziekenhuis heeft voldoende zicht op de personeelsnood op alle afdelingen (basisuurrooster, informatie over ziekteverzuim, verloven, zwangerschappen, kredieturen, ADV-dagen, overuren,…). Voor het bepalen van de zorgzwaarte is er geen gestandaardiseerd meetinstrument voorhanden. • Op basis van gedetecteerde HRM-problemen worden aangepaste acties ondernomen (bv. tijdelijke overplaatsing van vast personeel, tijdelijke sluiting afdeling door tekort aan personeel, dagverpleegkundigen ook ‘s nachts laten werken, aanpassen van het aanwervingsbeleid o.a. inzetten op stagebegeleiding, sterk sturen naar behalen van gewenst aantal uren vorming, opmaak van checklijsten voor de hoofdverpleegkundigen,…). • Een aantal hervormingen of acties blijken moeilijk door te voeren (bv. nieuwe uurroostering, elektronisch patiëntendossier, heropstart ethisch comité,…). Uit de gesprekken en ingekeken documenten blijkt dat dit vooral te verklaren is door enerzijds het vertrek van bepaalde sleutelfiguren en anderzijds de complexe managementstructuur waarmee het Provinciaal Zorgcentrum te maken heeft.

	Verbeteracties waar de directeur nursing, de medische staf en de hoofdverpleegkundigen een directe impact op hebben, leiden vaak tot de gewenste verbeteringen in de praktijk. Even vaak zien we dat verbeteracties een bepaald traject lopen maar niet tot het gewenste resultaat leiden omwille van bovenvermelde problemen. Deze verbeteracties worden stopgezet of worden in een afgeleide (light)versie verder gezet. • Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen. De nachtverpleegkundigen werken niet overdag (wel tijdens hun inscholingstraject). De nachtverpleegkundigen volgen eveneens de vormingen en de personeelsvergaderingen mee. De verpleegkundigen overdag dienen regelmatig (bij ziekte, verlof,…) mee in te springen tijdens de nacht waardoor ook op deze manier informatieoverdracht en afstemming mogelijk is. • De nachtbestaffing staat niet in verhouding tot de zorgzwaarte. Tijdens de nacht staat er op elke afdeling 1 nachtverpleegkundige in voor (theoretisch) meer dan 30 bedden met een hoge bezettingsgraad. (Men verklaart dat op elke afdeling slechts 25 bedden geëxploiteerd worden, maar deze beslissing is nergens geformaliseerd.) Vele patiënten hebben een zwaar zorgprofiel. Voor sommige taken dienen de nachtverpleegkundigen beroep te doen op elkaars hulp (bv. zorg bij zwaarlijvige patiënten), waardoor deze afdeling tijdelijk zonder verpleegkundige staat. • De mobiele equipe beschikt over voldoende gekwalificeerde medewerkers (4,2 VTE). Deze mobiele equipe wordt surplus aan het totaal aantal verpleegkundigen toegevoegd en vanuit deze pool wordt de basisbezetting op de afdelingen gerealiseerd. Bij het inroosteren wordt een basisnorm voorzien van 7 verpleegkundigen/zorgkundigen in de voormiddag en 5 in de namiddag, naast 1 verpleegkundige tijdens de nacht. • Het ziekenhuis onderneemt acties op basis van de evaluatie van/door de medewerkers (bv. functioneringsgesprekken, acties tegen burn-out,…) • Analyses en informatieverzamelingen worden niet steeds formeel neergeschreven (bv. resultaten exitgesprekken, resultaten en analyses van de checklijsten van de hoofdverpleegkundigen,…) • Acties worden niet steeds verankerd in beleidsbeslissingen (bv. bijsturing van basisuurrooster,…)

6.2 VORMING

Verwachtingen:

Het ziekenhuis zet voldoende en voldoende gekwalificeerde mensen in op al haar diensten.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis expliciteert haar vormingsbeleid (uitgeschreven beleid, hoe vorming aanvragen, wanneer welke tussenkomst, vormingscel…)
- Het ziekenhuis heeft zicht op de behoefte aan vorming (bv. functioneringsgesprekken, aanvragen voor vorming…)
- Het ziekenhuis heeft zicht op het aanbod aan vormingen
- Het ziekenhuis heeft zicht op de gevolgde vorming per personeelslid (o.a. uren vorming, inhoud van de vorming, deelname aan verplichte vorming…)
- Het ziekenhuis gaat na of haar personeelsleden voldoende vorming volgen en onderneemt acties waar nodig (bv. controle op het volgen van verplichte vorming, aanspreken van personeelsleden indien te weinig uren vorming…)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Vormingsbeleid”
- Gesprek met verantwoordelijke vormingsbeleid
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Uitgeschreven vormingsbeleid

Beoordeling:	**A, B, C, C, B: goed**
Argumenten:	• Het vormingsbeleid is uitgeschreven voor volgende doelgroepen : verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici, logistieke diensten… • Het vormingsbeleid is niet uitgeschreven voor de artsen voor wat betreft het Sp-ziekenhuis. Gezien de samenwerking met het AZ Maria Middelares wordt de vorming voor de artsen vanuit dit ziekenhuis geregeld. Er is vanuit het ziekenhuis geen zicht op de vorming gevolgd door de artsen. De hoofdarts zelf heeft wel een overzicht op de gevolgde vormingen van de artsen, als medisch diensthoofd geriatrie in AZ MM. • In het vormingsbeleid wordt een streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar (10 u). Het ziekenhuis ziet strikt toe op het behalen van dit streefdoel. • De medewerkers en de verpleegkundigen hebben voldoende zicht op hun eigen individueel gevolgde vormingen. • Er is een gestructureerd ziekenhuisbreed inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers (verzorgenden, verpleegkundigen). Er is geen inscholingsprogramma uitgewerkt voor de paramedici en de artsen. Er is geen inscholingsprogramma voor herintreders. Vanuit de werkvloer werd de noodzaak aan een heropfrissing van verschillende procedures voor langdurig afwezigen geuit. • Het inscholingsprogramma is opgevat als een informatiebrochure van het ziekenhuis en een opsomming van thema’s (vooral organisatorisch) welke de nieuwe medewerker dient aan te leren. Een inscholingsprogramma met betrekking tot de zorgaspecten is onvoldoende uitgewerkt. Een inscholing

	dient zowel aan de werkgever als aan de werknemer een houvast te bieden over wat de verwachtingen zijn naar kennis en zelfstandig uitvoeren van de verschillende zorgtaken binnen dit ziekenhuis. Hierbij moet het ook duidelijk zijn binnen welke termijn dit verwacht wordt. Het is niet duidelijk of de afdelingen (met dezelfde patiëntendoelgroep en zorgzwaarte) andere specifieke inscholingsplannen betreffende de zorgaspecten op hun afdeling hanteren.

7 VEILIGE OMGEVING

7.1 GEZONDE BEHANDELAARS

Verduidelijking:

Om veilige zorg te garanderen is het van belang dat zorgverleners zelf geestelijk en lichamelijk gezond zijn en zelf geen ziektes doorgeven aan patiënten. Daarom is het nodig dat het ziekenhuis zicht heeft op de vaccinatiegraad van haar medewerkers en op hun geestelijke gezondheidstoestand.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis heeft zicht op de vaccinatiegraad van haar medewerkers en de eventuele knelpunten hierbij
- Het ziekenhuis heeft haar beleid betreffende de preventie van de transmissie van infectieziekten geëxpliciteerd en brengt actief alle medewerkers op de hoogte
- Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende medewerkers met een verslavingsproblematiek en brengt actief alle medewerkers op de hoogte
- Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende de preventie van burn-out bij haar medewerkers en brengt actief alle medewerkers op de hoogte

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Veiligheid in de relatie personeel – patiënt”
- Gesprek met directieleden/preventieadviseur
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen

Beoordeling:	**A, A, A, A, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het ziekenhuis heeft via de arbeidsgeneeskundige dienst zicht op de vaccinatiegraad van haar medewerkers en de eventuele knelpunten hierbij. • Het ziekenhuis heeft haar beleid over preventie van de transmissie van infectieziekten geëxpliciteerd en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers. • Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende medewerkers met een verslavingsproblematiek en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers. Dit aspect is opgenomen en uitgewerkt in het arbeidsreglement. • Het ziekenhuis onderneemt acties ter preventie van burn-out bij haar medewerkers. Er lopen op moment van de inspectie verschillende sessies rond preventie van burn-out zowel voor de leidinggevenden als voor de medewerkers. Een psychosociale bevraging dateert van 2015 en een aantal lopende acties en opleidingen vloeien voort uit deze bevraging.

7.2 VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Verduidelijking:

In het ziekenhuis moet een veiligheidsmeld- en leersysteem (VMS) geïnstalleerd zijn, zodat op basis van de gemelde (bijna-)incidenten de zorg voor de patiënt veiliger kan gemaakt worden.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis heeft zicht op (bijna-)incidenten
- Mogelijke drempels om (bijna-)incidenten te melden zijn zoveel mogelijk weggewerkt (gemak van melden, blamefree melden, mogelijkheid om anoniem te melden…)
- Er gebeurt een analyse op de gemelde incidenten (bv. indeling in risicocategorieën, verdere analyse volgens specifieke methodologieën…)
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses
- De resultaten van eventuele verbeteracties worden omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures…)
- Er zijn acties om het aantal meldingen te stimuleren (bv. feedback aan melder, beloningen, regelmatige aandacht voor het blamefree melden, specifieke aandacht voor het VMS…)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Meld- en leersysteem”
- Gesprek met verantwoordelijke van het meld- en leersysteem
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Jaarverslag/beleidsplan
- Keuze van analyse(s) en de daaraan gekoppelde acties

Beoordeling:	**B, B, B, B, C: goed**
Argumenten:	• Het meld- en leersysteem (FONA-procedure) is sinds 2004 geïmplementeerd en tussentijds bijgewerkt. Deze FONA-registratie is van toepassing op beide Sp-afdelingen en geldt voor alle disciplines die met patiënten en/of patiëntenzorg in contact komen. De valregistratie gebeurt via een andere document dan de FONA-registratie, maar wordt als één geheel beschouwd. • Er is geen protocol dat de bescherming van de melder garandeert (bv. “no blame”-verklaring). Dit kan voor sommige potentiële melders een drempel zijn. • Het overzicht van de meldingen staat onder supervisie van de directeur nursing. Ze komen aan bod op het Sp-overleg. Indien relevant, worden ook andere disciplines betrokken (bv. apotheker, kok,…). Paramedici zijn niet structureel betrokken bij de analyses. De beide hoofdverpleegkundigen zijn actief betrokken bij de besprekingen van de geregistreerde incidenten en zij koppelen de resultaten terug op de afdelingen.

	• In 2016 waren er 30 meldingen, die allemaal geanalyseerd werden. In iets meer dan de helft van de gevallen ging het om een medicatiegerelateerd incident. • Niet alle incidenten en bijna-incidenten worden geregistreerd. Een aantal voorvallen wordt ad hoc opgelost en vervolgens niet formeel geregistreerd. Hierdoor gaat heel wat belangrijke informatie verloren. • De meldingen gebeuren vooral door de verpleegkundigen en de artsen (samen 93%). Paramedici melden bijna niet en vanuit de apotheek was er geen enkele melding in het FONA-systeem. • De analyses gebeuren casus per casus, zonder een specifieke methodiek. Op die manier, mede in het licht van de waarschijnlijke onderrapportering, is het moeilijk om bepaalde tendensen op te merken en het leerpotentieel van het meldsysteem optimaal te benutten. We bevelen aan om een gestandaardiseerde methode van gegevensanalyse, criteria voor prioritering en monitoring van verbeteracties te kiezen, deze uit te schrijven aangepast aan de lokale situatie, en hierrond vorming te organiseren. Het is ook stimulerend voor de medewerkers om de resultaten van de verwerking van de meldingen systematisch kenbaar te maken op de werkvloer. Een globale reflectie kan vervolgens een plaats vinden in het jaarverslag. • We bevelen aan om te bekijken of het informeren van de ombudspersoon over de resultaten van de FONA-analyses een meerwaarde zou kunnen zijn.

7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Verduidelijking:

Er zijn duidelijke regels en afspraken nodig tussen de zorgverleners om op een verantwoorde wijze te kunnen omgaan met patiënten waarvoor een zekere vorm van vrijheidsbeperking medisch noodzakelijk blijkt. Deze interventies hebben een impact op het fysiek en psychosociaal functioneren, dus vereisen ze een specifieke aanpak. Daarnaast moet de patiënt en/of zijn vertrouwenspersoon hierover goed geïnformeerd worden.

Verwachtingen:

Alle elementen in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden beschreven in (een) procedure(s).
Indien VBM worden toegepast, worden deze opgevolgd zoals voorzien in de procedure.
Deze opvolging is gedocumenteerd in het patiëntendossier/afzonderingsregister.
In het ziekenhuis is een systeem in voege waarbij men de vrijheidsbeperkende maatregelen monitort en bijstuurt.
Zorgverleners zijn voldoende opgeleid betreffende VBM.
Het materiaal en de infrastructuur voor het uitvoeren van VBM is veilig.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis/de afdeling heeft zicht op de eigen toepassing van VBM
- Er is aandacht voor de patiëntveiligheid (vorming, materiaal, infrastructuur, evaluaties) bij het uitvoeren van VBM
- Er gebeurt een analyse op de verzamelde gegevens betreffende VBM
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses
- De activiteiten/aspecten betreffende VBM zijn aantoonbaar (bv. beschreven in procedures en protocollen, flowcharts, observaties in patiëntendossier…)
- De resultaten van eventuele worden verbeteracties omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures…)

Bronmateriaal:

- Nazicht van de procedure(s) betreffende VBM
- Controle van afzonderingskamer
- Controle van fixatiemateriaal
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Steekproef op patiëntendossiers
- Controle afzonderingsregister
- Jaarverslagen
- Infobrochures ziekenhuis/afdeling
- Controle van opvolgsysteem (gegevensverzameling, analyse en de daaraan gekoppelde acties)
- Nazicht specifieke vorming

Beoordeling:	**C, C, C, C, C: matig**
Argumenten:	• De voorziening beschikt over een uitgewerkte “procedure fixatie” met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. • Het ziekenhuis werkt aan een fixatiearm beleid d.m.v. volgende afspraken: o Alternatieven moeten bekeken worden vooraleer men overgaat tot fixatie. o Valbeleid: bij opname wordt er een screening uitgevoerd. Wanneer er verhoogd risico is vastgesteld, wordt de patiënt multidisciplinair geëvalueerd en worden er acties gepland. Deze acties worden op het MDO geëvalueerd en desgevallend bijgestuurd. Wanneer de patiënt valt, wordt er onmiddellijk een valregistratie ingevuld en worden er extra maatregelen genomen. o In het ziekenhuis is er een werkgroep voor vallen, fixatie, heffen en tillen. o Referentpersonen verzamelen gegevens m.b.t. tot vallen (jaarlijks) en fixatie (1x/kwartaal) en kijken het fixatiemateriaal na. o In het inscholingsprogramma zijn vormingen m.b.t. fixatie en het valbeleid opgenomen. o Wanneer procedures en/of werkwijzen betreffende VBM aangepast worden, worden deze op een teamvergadering besproken en tekenen de medewerkers af wanneer ze de procedure en/of werkwijze gelezen hebben. o De procedures en werkwijzen zijn op de afdeling beschikbaar.

- Aanwezigheid van standaardfiches/registratieformulieren: valbilan, valregistratie, observaties m.b.t. fixatie, formulier fixatie en weigeren fixatie,…

- Bij nazicht van de procedures en van de concrete werking werden volgende verbeterpunten vastgesteld:
  - De redenen om te fixeren dienen kritisch herbekeken te worden. Redenen zoals “op vraag van de familie, valpreventie, dementerend, …” mogen op zich geen reden tot fixatie zijn. Dit zijn geen indicaties die aangereikt worden vanuit de procedure, maar die soms wel toegepast worden op de afdeling.
  - De afspraken over observatie van een gefixeerde patiënt moeten bijgestuurd en beter opgevolgd worden. In de gecontroleerde dossiers konden de notities over observaties niet teruggevonden worden zoals voorgeschreven in de procedure.
  - Afspraken rond frequentie van toezicht (dag en nacht), het regelmatig losmaken van patiënten en de concrete inhoud van “verhoogde” observaties, met inbegrip van de registratie hiervan, moeten duidelijker opgemaakt en nageleefd worden.
    - De fixatie bij een patiënt werd enkel tijdens de verzorging en de behandeling bij de kinesist ongedaan gemaakt. (Dit impliceert dat de patiënt voortdurend gefixeerd wordt).
    - In de observaties is niet terug te vinden welke items er gecontroleerd werden tijdens de fixatie. Het is onduidelijk hoe dikwijls er extra controles bij gefixeerde patiënten gebeuren. De nachtverpleegkundige schrijft éénmalig een bevinding over de fixatie per nachtdienst. Volgens de gesprekpartners zal er, indien er iets afwijkend is, op dat ogenblik ook iets genoteerd worden. Het is onduidelijk hoeveel keer de patiënt tijdens de nacht gecontroleerd wordt.
  - We bevelen aan om de in de praktijk toegepaste fixatietechnieken kritisch te herbekijken op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen (o.a. redenen tot fixatie, gebruik bedhekkens in relatie tot valpreventie, …)
    - Bv. fixatie vanuit een verwijzend ziekenhuis overgenomen: de bedsponden worden omhoog gezet zonder dat er een driepuntfixatie gebruikt wordt. Dit verhoogt het risico op kwetsuren bij een val.
  - Het is belangrijk een studie omtrent mogelijke alternatieven uit te voeren en deze in de instelling toe te passen (matalarmen, mogelijkheden om bedden te verlagen,…)
  - In de procedure wordt alleen de fysieke fixatie beschreven. Vanuit de bevraging blijkt dat er ook een minimale medicamenteuze fixatie gebruikt wordt. De maatregelen en opvolging van deze fixatievorm komen niet aan bod in de procedure.
  - Uitwerken van afspraken rond de evaluatie van de verlenging van de maatregel. Dit dient systematisch en multidisciplinair te gebeuren.
- Dossiercontrole op registratiegegevens geeft volgende verbeterpunten weer:

	○ Het gebruik van alternatieven (steeds beginnend met de minst ingrijpende maatregel) is niet weergegeven in de registraties. ○ In het dossier wordt aangeduid dat er informatie aan patiënt/en of familie m.b.t. de fixatie wordt gegeven. Er is geen weergave van het gesprek en het is niet duidelijk of er overleg met hen is gepleegd. ○ In de observaties is niet terug te vinden welke maatregelen er genomen werden om te voorkomen dat er tot fixatie moet worden overgegaan. ○ Gegevens m.b.t. fixatie worden per kwartaal geregistreerd, verwerkt en teruggekoppeld naar de teams. Het verzamelen van fixatiegegevens en de feedback gebeurt onvoldoende efficiënt. De informatie kon tijdens de inspectie niet aangetoond worden, noch door stafmedewerkers, noch door leidinggevenden op afdelingsniveau. Analyses op basis van de verzamelede gegevens zijn niet steeds voldoende doorgedreven en het is niet steeds duidelijk of er verbeteracties werden opgestart.

8 GESTANDAARDISEERDE ZORG

8.1 GLOBAAL KWALITEITSSYSTEEM

Verduidelijking:

Op ziekenhuisniveau moet er een gestructureerd kwaliteitsbeleid gevoerd worden. Dit omhelst het op gestructureerde wijze verzamelen van gegevens over het eigen functioneren, het analyseren van deze gegevens, het detecteren van verbeterpunten, het desgewenst doorvoeren van verbeteracties, met een evaluatie of het gewenste resultaat bereikt is. Verder is het van belang dat er mechanismen geïnstalleerd zijn waarmee het aldus bereikte kwaliteitsniveau geborgd wordt.

Elementen van appreciatie:

- Missie en visie werden bekend gemaakt aan de medewerkers
- Het ziekenhuis beschikt over gegevens die een beeld geven van de eigen werking op klinisch en operationeel niveau; daarnaast zijn er ook gegevens afkomstig van zowel (verschillende groepen van) patiënten als medewerkers
- Het ziekenhuis voert op de beschikbare gegevens analyses uit
- Verbeterpunten worden gedetecteerd en zo nodig geprioriteerd
- Voor prioritaire verbeterpunten worden verbeteracties opgezet
- Borging van resultaten komt tot stand via het structureel inbouwen van aanpassingen (bv. in procedures, werkwijzen, vorming…)
- Op centraal niveau is er een overzicht op de verschillende kwaliteitsinitiatieven (op macro-, meso- en microniveau)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluaties “Kwaliteitsbeleid” en “Outcome indicatoren”
- Organogram van het ziekenhuis
- Kwaliteitshandboek
- Missie en visie, strategische doelstellingen
- Verslagen van de voornaamste overlegorganen die bezig zijn met het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis
- Beleidsplan van het ziekenhuis, het medisch en verpleegkundig departement, een afdeling
- Jaarverslag van het ziekenhuis, het medisch en verpleegkundig departement, een afdeling
- Analyses van gegevens, voorbeelden van verbeteracties
- Gesprek met kwaliteitscoördinator en zorgverleners op de afdelingen

Beoordeling:	**C, B, B, B, C: goed**
Argumenten:	• Missie en visie van het ziekenhuis zijn beschreven en vertaald naar algemene strategische doelstellingen. Er zijn geen specifieke doelstellingen beschreven die deze strategische doelen concretiseren om als fundament te dienen voor een algemeen beleidsplan. • Het ziekenhuis hanteert geen gestandaardiseerd kwaliteitsmodel (bv. EFQM, Kwadrant,…), maar gebruikt een eigen bruikbare systematiek. Er is geen apart kwaliteitsorganogram. • Vorming rond kwaliteit blijft beperkt tot de werkgroepen. Er wordt geen vorming georganiseerd over kwaliteitsbeleid in het algemeen.

	• Het kwaliteitsbeleid is in PZC Lemberge geen multidisciplinaire aangelegenheid. Het kwaliteitsbeleid wordt bijna volledig gedragen door de directeur nursing, die daarnaast nog veel andere opdrachten heeft in het ziekenhuis. De stafmedewerker kwaliteit verliet het ziekenhuis en werd niet vervangen. Er is nauwelijks een structurele inbreng van het medische departement aantoonbaar in het kwaliteitsbeleid, hoewel uit de gesprekken en de evaluatie van het zorgbeleid blijkt dat zowel interesse als competenties bij hen aanwezig zijn. De artsen krijgen weinig tijd toebedeeld voor hun activiteiten in PZC Lemberge, zodat ze de keuze maken om zich prioritair bezig te houden met de dagelijks zorg voor de patiënten. • Er komen quasi geen onderwerpen betreffende kwaliteit aan bod tijdens de vergaderingen van de RvB en het DC, wat blijkt uit de verslaggeving van de vergaderingen van deze beleidsorganen en uit de interviews tijdens de inspectie. • Er is geen aparte stuurgroep kwaliteit, hoewel binnen het Sp-overleg deze elementen wel besproken worden naast andere agendapunten. De hoofdarts neemt steeds deel aan dit overleg. Er zijn ook 4 multidisciplinaire overlegorganen, waarbij steeds de hoofdarts aanwezig is, die zich met het kwaliteitsbeleid bezighouden: comité voor ziekenhuishygiëne, medisch farmaceutisch comité/comité medisch materiaal, klinisch voedingsteam, palliatieve stuurgroep. Daarnaast houden ook een 4-tal werkgroepen (diabetes, vallen/fixeren/heffen/tillen, wondzorg/decubitus en palliatieve zorg) zich bezig met kwaliteitsonderwerpen. Hier is de hoofdarts niet steeds aanwezig. De terugkoppeling van kwaliteitsonderwerpen naar de medewerkers gebeurt voornamelijk tijdens de teamvergaderingen, door de directeur nursing. We bevelen aan om een stuurgroep kwaliteit specifiek voor het ziekenhuis te organiseren, met minstens participatie van het medisch departement, het zorgdepartement, de paramedici en de apotheek. Binnen deze stuurgroep moet men het overzicht bewaren van alle kwaliteitsinitiatieven, hun coherentie bewaken en instaan voor monitoring en borging van de resultaten. Voor het bepalen van werkgroepen rond kwaliteit, die momenteel hun basis eerder vinden in diensten en disciplines, kan nog meer vertrokken worden vanuit geobjectiveerde problematieken, waarbij meer concrete doelstellingen (SMART) moeten worden geformuleerd. • Het lijvige kwaliteitshandboek is gebaseerd op het Vlaams kwaliteitsdecreet en is niet bruikbaar als werkinstrument. Dit handboek wordt niet vaak gebruikt door de medewerkers of leidinggevenden, maar ligt wel als naslagwerk voor hen ter inzage. Dit document beschrijft onvoldoende vele kwaliteitsvolle initiatieven en resultaten binnen de huidige werking. Deze zijn verspreid terug te vinden

	in andere documenten (bv. verslagen van werkgroepen, kwaliteitsplan 2017,…). Het verdient aanbeveling om de overtollig geworden elementen uit het kwaliteitshandboek te verwijderen, de overige beschrijvingen van de kwaliteitswerking te recupereren en het kwaliteitsbeleid concreter uit te schrijven, met inbegrip van de vastgestelde noden en verbeteracties, en dit te integreren in het algemene beleidsplan van het ziekenhuis. • In het jaarverslag moet een hoofdstuk “kwaliteit van de zorg” toegevoegd worden, in functie van de resultaten van de zorg die aan de patiënten geboden wordt. Door de outcome (operationele en klinische performantie, patiëntervaringen, medewerkersfeedback) expliciet te beschrijven, kunnen de inspanningen van de personeelsleden zichtbaar gemaakt worden. • Gegevensverzameling, analyses en verbeteracties gebeuren te weinig gestructureerd, zodat ze vaak niet verder gebruikt worden. Nochtans worden gegevens verzameld en gebeuren er analyses en verbeteracties (bv. FONA, valpreventie, overdracht briefing,…). Zo gaat belangrijke beleidsinformatie verloren en kan ze niet ziekenhuisbreed benut worden. • Het ziekenhuis participeert niet aan een indicatorenproject. Een aantal (proces)indicatoren worden binnen werkgroepen opgevolgd. • Het ziekenhuis verzamelt geen PROM (patient reported outcome measures)-gegevens. • De structurele bijdrage van het medisch departement aan de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid kan onvoldoende aangetoond worden. Enkele voorbeelden illustreren dit: o Er is geen medische input in de beleidsplannen van het ziekenhuis o De opvolging van de (klinische) outcome gebeurt niet op systematische wijze • De meeste procedures zijn opgenomen in een map die intensief gebruikt wordt op de afdelingen. Medewerkers konden vlot procedures terugvinden toen dit tijdens de inspectie gevraagd werd. Een aantal nieuwe procedures zijn elektronisch beschikbaar. Implementatie van nieuwe of geactualiseerde procedures gebeurt op gestructureerde wijze, via Sp-overleg en teamvergaderingen, onder leiding van de directeur nursing.

8.2 ETHISCH COMITÉ

Verduidelijking:

Voor ethische vragen kan er een beroep gedaan worden op een instantie die hieromtrent advies kan geven. Deze instantie en de manier waarop ze gecontacteerd kan worden is gekend door alle zorgverleners.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis kan een beroep doen op een ethisch comité, dat is samengesteld conform de wetgeving

- Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is gekend bij alle ziekenhuismedewerkers
- Er is een analyse van de werking van het ethisch comité (bv. aantal vragen en adviezen, aantal bijeenkomsten, mogelijkheden om snel een antwoord te geven bij spoedeisende gevallen)
- De werking is formeel beschreven (bv. uitgeschreven procedures / een huishoudelijk reglement)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Ethisch comité”
- Huishoudelijk reglement
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Jaarverslag van het ethisch comité

Beoordeling:	**D, D, D, D, D: onvoldoende**
Argumenten:	• Het ziekenhuis had een overeenkomst met het lokaal ethisch comité van het AZ Maria Middelares te Gent. Er werd vanuit het Provinciaal zorgcentrum Lemberge structureel deelgenomen tot ongeveer 2008, sindsdien werd de samenwerking op vlak van het EC informeel stopgezet. • Tussen het AZ Maria Middelares en het Provinciaal Zorgcentrum Lemberge bestaat sinds 2008 geen communicatie en informatie-uitwisseling meer rond ethische kwesties en ethisch gerelateerde thema’s binnen een ziekenhuisorganisatie (bv. geen uitnodigingen vanuit AZ Maria Middelares, geen agenda, geen verslaggeving, geen input of vragen meer vanuit PZL met betrekking tot het ethisch comité). • Er is geen huishoudelijk reglement, geen jaarverslag van het ethisch comité, uitgewerkt/beschikbaar. • De gesprekspartners geven aan dit luik terug te willen opnemen en duidelijker uit te werken in de toekomst met nieuwe samenwerkende partners. • Het bespreken van (en de mogelijkheid tot het bespreken van) ethische thema’s leeft onvoldoende op de werkvloer. • Projecten met een ethische dimensie (bv. DNR, palliatieve zorgen) werden bij de opmaak (2005) voorgelegd aan het gemeenschappelijk ethisch comité. Deze projecten zijn aan herziening toe.

8.3 THERAPEUTISCHE RESTRICTIES

Verduidelijking:

De zorgverleners moeten snel en accuraat kunnen beschikken over patiëntgebonden informatie betreffende de afspraken rond therapeutische beperkingen (soms ook “Do Not Reanimate” of “DNR” genoemd).

Elementen van appreciatie:

- Het beleid is uitgeschreven (bv. protocol, procedure)

- Bij gebruik van therapeutische restricties zijn de gezochte elementen (restricties, teambespreking, bespreking met patiënt en familie) terug te vinden in het patiëntendossier

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Beleid over therapeutische restricties”
- DNR-procedures / formulier DNR / DNR-beleidstekst
- Dossiercheck (steekproef)

Beoordeling:	**B, C, C, B, B: goed**
Argumenten:	• Het beleid over therapeutische restricties is uitgeschreven in een procedure. Deze procedure moet aangevuld worden met volgende bepalingen: o een bepaling dat een therapeutische restrictie moet besproken worden in het behandelteam. o een bepaling wanneer de bespreking met patiënt en familie moet plaatsvinden (bv. binnen X uur na instellen, voor het instellen). • Een herziening van de procedure dringt zich op voor volgende aspecten: o herziening van de codes en hun inhoud o duidelijkheid dat alle patiënten een bespreking rond DNR hebben gehad. • Bij gebruik van therapeutische restricties zijn de gezochte elementen (restricties, teambespreking, bespreking met patiënt en familie) terug te vinden in het patiëntendossier. Enkel de notities en de datum van het gesprek met familie en patiënt ontbreekt soms in de dossiers, niettegenstaande het in de praktijk werd uitgevoerd.

8.4 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verduidelijking:

De medicatiedistributie dient op een zo veilig mogelijke wijze te gebeuren, om de kans op fouten en eventuele ongewenste en vermijdbare schade voor de patiënt te verlagen.

Elementen van appreciatie:

- De medicatiedistributie is beschreven in 1 of meerdere procedures. Zo is er o.a. een procedure over de temperatuurcontrole van de medicatiekoelkasten in en buiten de apotheek, over de controle van de vervaldata, op de bewaring van hoogrisicomedicatie
- Het ziekenhuis heeft zicht op de mate waarin de apotheker toezicht kan houden op de medicatie die de patiënten krijgen tijdens hun opname
- De apotheker houdt toezicht op de medicatiedistributie. Dit begint bij het voorschrijfproces (bv. sturing via formularium…) en eindigt bij ontslag (bv. substitutie naar thuismedicatie, aflevering correct medicatieschema…); er gebeurt regelmatig een controle op de volledigheid van de voorschriften

- Er wordt een antibioticabeleid gevoerd dat in lijn is met de nationale richtlijnen (bv. antibioticabeleidsgroep, restrictieantibiotica, opvolging van resistentiepatronen…)
- Er is een overzicht op de voornaamste risico's inzake medicatiebewaring (bv. temperatuurcontrole van koelkasten, controle op vervaldata, bewaring van hoogrisicomedicatie, bewaring van verdovende medicatie)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Medicatiedistributie"
- Samenstelling wettelijke comités
- Jaarverslag en beleidsplan van apotheek
- Procedures medicatiedistributie, temperatuurcontrole, vervaldata, noodvoorraad, verdovende medicatie
- Inzage in verslagen van medisch farmaceutisch comité, comité medisch materiaal, antibioticatherapiebeleidsgroep, formularia (medicatie, medisch materiaal, antibiotica)

Beoordeling:	**B, B, B, C, B: goed**
Argumenten:	• De medicatiedistributie is beschreven in meerdere procedures. Zo is er een procedure "medicatiebeleid SP-afdelingen" waarin de distributie, bewaring, temperatuurcontrole en controle van de vervaldata op de afdelingen werd opgenomen. Andere procedures hebben betrekking op de toegang tot de noodapotheek, hoogrisicomedicatie, hoog geconcentreerde elektrolyten intraveneus, verdoving, orale anticoagulantia, insulines en analogen, look-alike en sound-alike geneesmiddelen, pletten van medicatie en de urgentiekar. Volgende knelpunten betreffende deze procedures werden vastgesteld: o De procedure "toegang tot de noodapotheek" geeft alleen de afspraken rond de toegang weer. In de praktijk zijn er duidelijke richtlijnen, door de verpleegkundigen goed gekend, die alle stappen weergeven wanneer er medicatie uit de noodapotheek genomen wordt (registratie, voorschrift, aanvullen, vervaldata). o Er is geen procedure voor de controle van vervaldata in de apotheek, vanuit de bevraging blijkt dat dit systematisch gedaan wordt. o Er is een procedure voor de temperatuurcontrole van koelkasten met medicatie, maar deze kon tijdens de inspectie niet teruggevonden worden. Vanuit de bevraging en inzage in de relevante documenten blijkt dat de koelkasttemperatuur wel systematisch geregistreerd wordt. o In de procedure "medicatiebeleid SP-afdelingen" wordt niet beschreven wat er met de medicatie moet gebeuren ingeval van afwijkende temperaturen. o De procedure verdoving geeft de mogelijke risico's weer inzake aankoop, opslag, voorschrijven , bereiden, afleveren en toedienen weer. In de procedure wordt niet beschreven hoe de aflevering,

	bewaring op de dienst, registratie en fysieke controle van de stock verloopt. Vanuit de bevraging blijkt dat de fysieke stockcontrole in de apotheek bij elke aflevering gedaan wordt. Op de afdeling wordt verdoving in de medicatiekar, in een afgesloten lade, bewaard. De verdoving wordt in een zakje met de vermelding hoogrisicomedicatie aangeleverd. Er is geen aparte fiche met daarop de hoeveelheid. Niet op alle afdelingen gebeuren even systematisch fysieke controles op de stock. Hierdoor kunnen eventuele verschillen (tekort, overschot) soms pas laattijdig of niet opgemerkt worden. o De urgentiekar staat onbeheerd in het kinelokaal en is niet sluitend verzegeld. • Procedures en werkwijzen m.b.t. medicatie worden door de apotheker toegelicht aan de verpleegkundigen op een teamvergadering. De procedures zijn op de dienst beschikbaar. • Het basisprincipe dat medicatie steeds volledig identificeerbaar moet zijn tot net voor de toediening, wordt voldoende beschreven en centraal gesteld, zowel in de procedure als in de dagelijkse werking. Uit de bevragingen blijkt dat een verpleegkundige de medicatie uit de verpakking doet vlak voor de bedeling op de kamer van de patiënt. De verpleegkundige draagt tijdens de medicatiebedeling een fluorescerend vestje waarop staat dat zij niet gestoord mag worden, om het risico op fouten door concentratieverlies te verminderen. • Verdovende medicatie wordt niet klaargezet door de nachtverpleegkundige maar wordt op het moment van toediening uit de afgesloten lade genomen. • Medicatie die nuchter dient ingenomen te worden, staat in een rood medicatiepotje klaar in de medicatiekar. Deze medicatie is in een grijs veld ingevuld in het medicatieschema en wordt afzonderlijk afgetekend. • Medicatie die op afwijkende uren dient ingenomen te worden, wordt eveneens afzonderlijk afgetekend. • Wanneer de patiënt de medicatie zelf mag innemen wordt dit gestaafd door een doktersattest dat bij het medicatieschema wordt gevoegd. De verpleegkundige tekent de toediening af. • Wanneer de patiënt medicatie weigert in te nemen, wordt deze omcirkeld in het schema. Op het observatieformulier wordt de reden van de weigering geschreven, dokter wordt bij het afdelingsbezoek op de hoogte gebracht. • Er is een geneesmiddelenformularium dat zowel in de apotheek als op de afdelingen kan getoond worden. • Fouten in verband met aanleveren en toedienen van medicatie worden opgenomen in de FONA-registratie. De arts wordt bij een foutieve toediening onmiddellijk op de hoogte gebracht. • Hoogrisicomedicatie wordt in een apart zakje met daarop een rood label meegegeven. • Er is een antibioticatherapiebeleid.

	• De thuismedicatie van de patiënt wordt in principe met de familie mee gegeven. Op vraag van patiënt of familie kan de medicatie ter vernietiging naar de apotheek gebracht worden of op de afdeling bewaard worden. De medicatie wordt dan in een afgesloten zak achteraan in het vakje van de medicatiekast bewaard. Thuismedicatie wordt nooit op de patiëntenkamer bewaard. • Er wordt gebruik gemaakt van een individuele pillensplijter per patiënt. Bij nazicht tijdens de inspectie werd vastgesteld dat de splijters zuiver waren. • Tijdens de steekproef op de afdelingen werd geen vervallen medicatie aangetroffen. • Volgende knelpunten betreffende de toediening van medicatie werden vastgesteld: o Er is onvoldoende garantie dat de medicatie altijd gevalideerd door een arts is, vooraleer deze wordt toegediend aan de patiënt. Het medicatieschema wordt bij de opname door de arts handgetekend en daarna wekelijks. o Het medicatieschema wordt door de verpleegkundige wekelijks overgeschreven. Medicatiewijzigingen worden door de verpleegkundige op het medicatieschema aangebracht, de wijzigingen worden door de arts op het observatieblad genoteerd of mondeling meegedeeld. Dit geeft mogelijke risico's op overschrijffouten en verkeerde interpretaties van de mondelinge overdrachten. o Niet alle medicatie wordt door de apotheek in unidose aangeleverd. Op een afdeling werden verknipte blisters aangetroffen, waarbij de vervaldata en identificatie medicatie niet meer controleerbaar was. Bovendien werden op een afdeling ook niet verpakte (en dus ook niet identificeerbare) comprimés aangetroffen. • In de "procedure hoogrisicomedicatie" wordt beschreven dat er op het medicatieschema de aanduiding HRM achter de benaming van het geneesmiddel wordt vermeld. In de praktijk blijkt dit niet altijd te gebeuren.

8.5 PATIËNTENRECHTEN

Verduidelijking:

Patiënten moeten geïnformeerd zijn over hun rechten. Ook zorgverleners moeten kennis hebben over de rechten van de patiënt en de verschillende rechten moeten daarbij omgezet zijn in procedures.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis beschikt over informatie over de klachten die specifiek met patiëntenrechten te maken hebben
- Voor verschillende patiëntenrechten (bv. voor second opinion, informed consent, dossierinzage) zijn procedures uitgewerkt en gekend op de werkvloer

- Het ziekenhuis zorgt voor informatie over de patiëntenrechten (bv. onthaalbrochure, website)
- Er is kennis over de patiëntenrechten bij de zorgverleners

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Patiëntenrechten”
- Procedures (bv. dossierinzage, second opinion, informed consent)
- Folders / website met informatie over de patiëntenrechten
- Gesprek met ombudspersoon / zorgverleners op afdelingen

Beoordeling:	**C, C, C, C, C: matig**

Opmerking:	• Er is een informatiefolder over de ombudsfunctie in het ziekenhuis.
	• Het ziekenhuis moet patiënten (en familie) actief inlichten over hun rechten. Er is slechts een beperkte informatieverstrekking over patiëntenrechten in het algemeen. Niet alle patiënten zijn even mondig of assertief.
	  o Patiënten: krijgen toelichting over de ombudsfunctie bij opname d.m.v. een folder.
	  o Op de afdelingen hangt een affiche van de ombudsdienst.
	  o De informatiefolders betreffende de wet op de patiëntenrechten van de federale overheid liggen in de zithoeken op de afdeling.
	  o Op elke afdeling hangt een poster m.b.t. patiëntenrechten.
	• De medewerkers hebben in januari 2017 vorming over de ombudsfunctie en de patiëntenrechten gekregen. Vanuit de bevraging bleken zij over dit onderwerp geïnformeerd te zijn. Het is onduidelijk wanneer nieuwe medewerkers deze informatie ontvangen.
	• Er is een onvolledige procedure voor inzagerecht in het patiëntendossier en opvragen van een afschrift van (onderdelen uit) het patiëntendossier. Patiënten en/of familie kunnen bij de ombudsdienst terecht wanneer zij inzage of een afschrift willen. De vraag wordt dan samen met de arts bekeken. Dit wordt beschreven in het huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie, patiënten kunnen dit op vraag inkijken.
	• Er is geen procedure voor second opinion, voor informed consent, voor het weigeren van een behandeling en voor de vrije keuze van beroepsbeoefenaar.
	• Vanuit bevraging blijkt wel dat de patiënten in principe een andere beroepsbeoefenaar kunnen vragen, maar dit wordt niet actief bekend gemaakt.
	• Er is geen procedure voor ontslag tegen medisch advies. Wanneer dit zich voordoet, is er wel een formulier ter beschikking.
	• Voor anderstalige patiënten kan er beroep gedaan worden op anderstalige medewerkers en op de tolkentelefoon.
	Er kan zo nodig een beroep gedaan worden op een doventolk.

8.6 ONDERSTEUNING VAN PALLIATIEVE PATIËNTEN EN HUN FAMILIE

Verduidelijking:

Naast de medische zorg moet er ook aandacht zijn voor de algemene, meer psychologische ondersteuning van patiënten en familieleden.

Elementen van appreciatie:

- In het ziekenhuis is er een palliatieve stuurgroep en een palliatief team actief
- In het ziekenhuis wordt een palliatieve zorgcultuur verspreid
- De visie op de zorg bij het levenseinde is geëxpliciteerd
- De werking van het palliatief team, inclusief de visie, wordt regelmatig geëvalueerd door de stuurgroep
- Het palliatief team heeft zicht op de palliatieve zorgvragen en levert advies waar nodig (individueel of via algemene procedures).

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Support teams”
- Gesprek met het palliatief team
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen en dossiercontrole
- Jaarverslag van het palliatief team
- Uitgeschreven visie op het levenseinde
- Uitgeschreven visie op euthanasie

Beoordeling:	**C, B, C, C, C: matig**
Argumenten:	• In het ziekenhuis is er een palliatieve stuurgroep en een palliatieve werkgroep aanwezig. De stuurgroep is sinds 2014 niet meer samengekomen. Deze stuurgroep werd recent heropgestart op 13/3/2017. • De samenkomsten van de palliatieve werkgroep, welke normaal 4 keer per jaar doorgaan, werden verminderd tot een tweetal keer per jaar vanaf 2015. Het vertrek van de palliatief coördinator heeft hierin een rol gespeeld. In 2015 werden 2 nieuwe referentieverpleegkundigen voor palliatieve zorgen opgeleid. De trekkersrol werd recent toegewezen aan de hoofdverpleegkundige van SP4. De intentie leeft om de werkgroep opnieuw frequenter te laten samenkomen. • In het ziekenhuis wordt in de dagelijkse praktijk een palliatieve zorgcultuur verspreid. Op elke afdeling zijn 2 referenten aanwezig (2 verpleegkundigen en 2 zorgkundigen). Niettegenstaande de dagelijkse inzet van verpleegkundigen en artsen rond de palliatieve werking in de dagdagelijkse zorg, heeft de palliatieve werkgroep de afgelopen jaren onvoldoende formele sturing en evaluatie gekregen vanuit de stuurgroep. • Recent werd een zelfstandig psycholoog aangetrokken om binnen de palliatieve werking een functie op te nemen. Tot op het moment van de inspectie werd dit nog niet concreet ingevuld.

	• Het team en de artsen hebben, gezien de kleinschaligheid, voldoende zicht op alle mogelijke palliatieve zorgvragen binnen het ziekenhuis. Op deze manier kan men gericht advies geven en kunnen de palliatieve zorgen vroegtijdig in het ziekteverloop toegepast worden. • Er is een visietekst rond palliatieve zorgcultuur opgemaakt. Alle relevante items hieromtrent zijn hierin gebundeld (o.a. therapeutische hardnekkigheid, symptoomcontrole, palliatieve zorgen, palliatieve sedatie, rouwbegeleiding,…). Deze visietekst is beknopt en geeft vooral een opsomming van de verschillende vooropgestelde doelstellingen. De procedure betreffende palliatieve zorgen moet op bepaalde punten herbekeken worden. Hierin kunnen de doelstellingen beter vertaald worden naar hoe het ziekenhuis concreet vorm geeft aan dit specifieke zorgdomein (bv. referente palliatieve zorg i.p.v. voltijds palliatief coördinator). • Het ziekenhuis heeft onvoldoende cijfergegevens verzameld rond palliatieve zorgen. Sinds begin 2017 wordt in de palliatieve dossiers wel een concrete start- en stopdatum bijgehouden evenals de tussenkomst van de psycholoog. Het is belangrijk om voldoende cijfergegevens te verzamelen waarop aanpassingen aan het beleid kunnen gebaseerd worden (o.a. gemiddelde begeleidingsduur, aantal aanvragen, medicatiegegevens,…).

8.7 ZORG VOOR REVALIDATIEPATIËNTEN

Verduidelijking:

Voor patiënten met nood aan revalidatie moet er een revalidatieconcept uitgewerkt zijn, aangepast aan de doelgroep.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis beschikt over gegevens die een beeld geven van enerzijds de instroom/wachtlijst en uitstroom van patiënten, en anderzijds hun revalidatiebehoefte
- Het ziekenhuis beschikt over gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering)
    - Er zijn gegevens over het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden
    - Op basis van deze informatie wordt het beleid bijgestuurd
- Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen zijn aantoonbaar
- De infrastructuur van de afdeling is aangepast aan de doelgroep
- De zorgverleners op de afdeling hebben kennis van het specifieke revalidatieconcept
- De paramedische ondersteuning is aangepast aan de doelgroep en de specifieke erkenningsnormen
- Het revalidatieconcept wordt bekendgemaakt aan patiënten en verwijzers

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Revalidatie”
- Personeelslijst revalidatieafdeling

- Beschrijving van het revalidatieconcept
- Opnamecriteria
- Controle van patiëntendossiers / behandelplannen
- Gesprek met zorgverleners op de revalidatieafdeling(en)
- Gesprek met directieleden/middenkaders

Beoordeling:	**B, B, A, A, C: zeer goed**
Argumenten:	• De 63 Sp-chronische bedden zijn ondergebracht in 2 afdeling, elk gelegen op een andere verdieping. De gemiddelde bezettingsgraad bedraagt >90%; de gemiddelde ligduur 42 dagen. Men verklaart een aantal bedden buiten gebruik te houden wegens een afbouw van de vierpersoonskamers. Dit initiatief werd niet geformaliseerd. Er is geen verschil in patiëntendoelgroep tussen beide afdelingen. • Het beleidsplan van het ziekenhuis moet nog verder vertaald worden naar een operationeel multidisciplinair beleidsplan voor de Sp-dienst. • De grote lijnen van het revalidatieconcept zijn uitgeschreven. Dit concept is weinig specifiek, omdat men zich binnen Sp-chronisch niet richt tot een welbepaalde doelgroep van patiënten. Dit concept kan beter worden afgebakend en geconcretiseerd. • De opnamecriteria zijn geëxpliciteerd en bevatten exclusiecriteria. We bevelen aan om ook de inclusiecriteria duidelijk neer te schrijven. Hier kan meer de nadruk gelegd worden op het gewenste revalidatiepotentieel van de patiënten die kunnen opgenomen worden en op wat het ziekenhuis aan therapie te bieden heeft. Deze criteria moeten dan actief gecommuniceerd worden naar de verwijzers. • De hoofdarts neemt deel aan het tweewekelijkse multidisciplinaire Sp-overleg, wat het belangrijkste overlegorgaan is op vlak van het zorgbeleid. • Er is geen centrale coördinator of aanspreekpunt voor de paramedici. • Het revalidatieconcept en de werking van de afdeling staan beschreven in een infobrochure voor patiënten en familie. • Er wordt geen specifieke vorming betreffende het revalidatieconcept georganiseerd voor de medewerkers. Om de kennis hierrond te verdiepen, zou best bijkomend meer specifieke vorming voor de medewerkers worden georganiseerd. • Er is een uitgebreide procedure voor opname en ontslag. Hierin is o.a. een EWS geïntroduceerd. De ontslagprocedure kan aangevuld worden met de modaliteiten voor tijdelijk ontslag, wat in de praktijk wel georganiseerd wordt en ook beschreven staat in het revalidatieconcept. • Door het verloop van de opnameprocedure heeft men op de afdelingen snel zicht op de revalidatiebehoeften van de patiënten. • De verantwoordelijke arts en de sociale dienst bekijken de opnameaanvragen en beslissen welke patiënt opgenomen kan worden. Soms wordt ook het advies van de hoofdverpleegkundige gevraagd als het om een meer complex patiëntprofiel gaat.

	• Voor elke patiënt wordt een behandelplan met doelstellingen en ontslagcriteria opgesteld, dat minstens om de 2 weken geëvalueerd en desgevallend bijgestuurd wordt. In de gecontroleerde dossiers waren de behandelplannen goed ingevuld. • Minstens om de 2 weken wordt elke patiënt multidisciplinair besproken. De neerslag van dit MDO is terug te vinden in het patiëntendossier. • De actieve participatie van patiënten of hun naasten voor wat betreft het bepalen van de doelstellingen en het behandelplan kon tijdens de inspectie onvoldoende aangetoond worden in de gecontroleerde dossiers. Uit gesprekken blijkt dat hiervoor wel aandacht is, vooral vanuit de ergotherapeuten en de sociale dienst. • Er wordt vooral gewerkt met een papieren patiëntendossier en een papieren medicatievoorschrift. Men is begonnen met de uitrol van een EPD (Oxygen), maar voorlopig werken enkel de paramedici en de sociale dienst hiermee. Van de MDO's bestaat een verslag op papier, maar ook een neerslag in het EPD. De gecontroleerde dossiers waren goed ingevuld. • Kinesitherapie en ergotherapie kan steeds gegarandeerd worden. Als een kinesist of ergotherapeut afwezig is, wordt deze vervangen door een collega. • Er is een logopedist (0,3 VTE). • Sinds kort wordt voorzien dat een psycholoog (0,2 VTE) mee in het therapeutisch gebeuren stapt. Op het moment van de inspectie was nog geen psycholoog aanwezig geweest op de dienst. • De voorbereidingen voor ontslag starten van bij de opname. Elke ontslagbeslissing wordt genomen na een teamvergadering, onder de eindverantwoordelijkheid van de behandelende arts die dat volgens de procedure moet aangeven in het dossier. In 4/5 gecontroleerde dossiers was dat ook het geval. Bij ontslag wordt voor elke patiënt onmiddellijk een ontslagbrief opgemaakt waarvan een exemplaar met de patiënt wordt meegegeven en kopieën opgestuurd worden naar relevante zorgverleners die instaan voor de vervolgzorg. De secretaresse volgt het tijdig versturen van de ontslagbrieven op en koppelt desgevallend terug naar de hoofdarts. De gecontroleerde dossiers bevatten allemaal zeer volledige ontslagbrieven. • Het ziekenhuis verzamelt niet systematisch gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering). • Er is geen systematische opvolging van het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden. • Het ziekenhuis heeft, via de sociale dienst, zicht op instroom, uitstroom en wachttijden. De wachttijd voor opname bedraagt gemiddeld 1 week. • De therapieruimten zijn groot genoeg en beschikken over voldoende aangepast materieel. • Er zijn onvoldoende eenpersoonskamers en te veel vierpersoonskamers.

	Het sanitair van de patiëntenkamers is verouderd en biedt weinig privacy. Er is slechts 1 lavabo per 2 patiënten.

9 HYGIËNE

9.1 HANDHYGIËNE

Verduidelijking:

Zorgverleners met patiëntencontact moeten kennis hebben over de richtlijnen inzake handhygiëne en het gebruik van (niet-steriele) handschoenen. Op de ontwikkeling, de kennis en de naleving moet er controle zijn door het comité ziekenhuishygiëne i.s.m. het team ziekenhuishygiëne.

Elementen van appreciatie:

- Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn samengesteld conform de wetgeving
- De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven en omvatten minstens de basisvoorwaarden voor een correcte handhygiëne, indicaties voor het wassen van handen, indicaties voor het desinfecteren van handen met handalcohol, correct gebruik van handalcohol, indicaties en correct gebruik van niet-steriele handschoenen
- Er is informatie beschikbaar over de toepassing van deze richtlijnen in het ziekenhuis
- Er zijn verbeteracties en verbeteringen aantoonbaar op het vlak van handhygiëne

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Handhygiëne” en “Comité en team ziekenhuishygiëne”
- Procedure handhygiëne/procedure handschoengebruik
- Gegevens uit VIP²
- Observatie van zorgverleners op afdelingen
- Cijfergegevens over de vorming betreffende handhygiëne/handschoengebruik
- Jaarverslag comité ziekenhuishygiëne

Beoordeling:	**A, A, B, B, A: zeer goed**
Argumenten:	• Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn samengesteld conform de regelgeving. • De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven en bevatten de basisvoorwaarden voor een correcte toepassing. • Er is informatie beschikbaar over de toepassing van deze richtlijnen in het ziekenhuis. • Er gebeurt een monitoring van de correcte toepassing van de richtlijnen voor handhygiëne. • Er zijn verbeteracties aantoonbaar op het vlak van handhygiëne.

9.2 TRANSFERS VAN PATËNTEN MET MULTIDRUGRESISTENTE ORGANISMEN (MDRO)

Verduidelijking:
Bij een overgang van de ene naar de andere zorgcontext (opname, transfer van de ene afdeling naar de andere en ontslag uit het ziekenhuis) moet er specifieke aandacht zijn voor de doorstroming van gegevens over infecties/kolonisaties/dragerschap met multidrugresistente organismen.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis weet hoe patiëntengegevens bekomen worden of overgedragen worden bij opname, transfer en ontslag
- Op basis van deze informatie wordt geëvalueerd of de informatiedoorstroming voldoende kwalitatief gebeurt. Zo nodig worden verbeteracties opgezet en uitgevoerd
- Er zijn procedures die beschrijven hoe patiëntengegevens worden verzameld en doorgegeven bij opname, transfer en ontslag
- Er worden specifieke documenten gebruikt bij het transport van patiënten met MDRO

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Continuïteit van zorg”
- Procedure opname / ontslag / transfer / transfer van patiënten met MDRO
- Controle van opnameformulieren / ontslagbrieven / transferdocumenten
- Gesprek met hoofdarts / zorgverleners op afdelingen

Beoordeling:	**C, B, B, B, A: zeer goed**
Argumenten:	• Het gebruik van het patiëntendossier, deels elektronisch, verloopt vlot. De informatie wordt op logische wijze genoteerd en de verschillende luiken zijn vlot toegankelijk voor de betrokken zorgverleners. Dit werd bevestigd bij een steekproefcontrole van dossiers tijdens de inspectie. • Het beleid bij patiënten die drager zijn van MDRO maakt deel uit van de procedure voor isolatiemaatregelen, waarbij zowel voor patiënten met contact- als patiënten met druppel-isolatie beschreven staat wat de specifieke maatregelen zijn m.b.t. transport. Men gebruikt een gedetailleerd invuldocument, ook bestemd voor extramurale zorgverleners, dat steeds meegaat met de patiënt bij een transfer. Bovendien gebruikt het ziekenhuis een klever met een synthese van de relevante informatie, met inbegrip van MDRO, die op de enveloppe met de verwijsbrief wordt aangebracht. • Er gebeurt geen systematische controle op het correcte gebruik van het MDRO-document.

10 COMMUNICATIE

10.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZIEKENHUIS EN VERWIJZERS

Verduidelijking:

Het ziekenhuis maakt deel uit van een netwerk van gezondheidszorgleveranciers en heeft zicht op de noden en behoeften van de partners uit dit netwerk waarmee wordt samengewerkt.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis heeft zicht op de partnerorganisaties in haar netwerk (huisartsenkringen, ambulancediensten, revalidatiediensten, thuiszorgdiensten…)
- De mate van samenwerking wordt aangepast aan de wederzijdse noden en behoeften

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers”
- Lijst met samenwerkingsverbanden
- Verslagen van overleg met partners uit het netwerk
- Gesprekken met de directie

Beoordeling:	**C, C, C, C, C: matig**
Argumenten:	• De lokale huisartsenkringen zijn niet vertegenwoordigd in een beleidsorgaan van het ziekenhuis. • Er is geen formele samenwerkingsovereenkomst met lokale huisartsenverenigingen. • Het ziekenhuis organiseert geen wetenschappelijke bijeenkomsten waar de huisartsen uit de regio zijn uitgenodigd. • De huisartsenkringen werden aangeschreven om de werking van de Sp-dienst voor te stellen. Ze werden ook bevraagd over de wijze waarop ze liefst de ontslagbrieven wilden ontvangen. De huisartsen werden uitgenodigd voor een bezoek aan het ziekenhuis ter gelegenheid van de “Dag van de zorg”. • Er is overleg met de CRA van het WZC binnen het MFC. • Het ziekenhuis neemt niet deel aan overleg betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). • Het ziekenhuis neemt niet deel aan een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg noch is er een structureel overleg met psychiatrische ziekenhuizen. Er is structureel geen liaisonpsychiater voorzien. • Het ziekenhuis neemt deel aan structureel overleg tussen revalidatieziekenhuizen onderling. • Er is geen structureel beleidsmatig overleg tussen het ziekenhuis en algemene ziekenhuizen.

10.2 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Verduidelijking:

Bij een overgang van de ene naar de andere zorgcontext (opname, transfer van de ene afdeling naar de andere en ontslag uit het ziekenhuis) is er een risico op een onvolledige overdracht van medische patiëntengegevens. Naast klassieke gegevens (bv. reden van opname, diagnose, medicatie…) moet er ook specifieke aandacht zijn voor transfusies van bloed of bloedproducten.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis weet hoe patiëntengegevens bekomen worden of overgedragen worden bij opname, transfer en ontslag
- Op basis van deze informatie wordt geëvalueerd of de informatiedoorstroming voldoende kwalitatief gebeurt. Zo nodig worden verbeteracties opgezet en uitgevoerd
- Er zijn procedures die beschrijven hoe patiëntengegevens worden verzameld en doorgegeven bij opname, transfer en ontslag
- Er is een controlesysteem op het tijdig versturen van medische ontslagbrieven
- In de medische ontslagbrief is informatie te vinden over eventuele transfusies

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Continuïteit van zorg”
- Procedure opname / ontslag / transfer
- Controle van opnameformulieren / ontslagbrieven / transferdocumenten
- Gesprek met hoofdarts / zorgverleners op afdelingen

Beoordeling:	**A, A, A, A, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het patiëntendossier is deels elektronisch en grotendeels op papier en heeft luiken voor alle disciplines. De verdere uitrol van het EPD naar alle disciplines zal beëindigd worden voor de zomervakantie van 2017, steeds onder begeleiding van een vorming. • Het MDO-verslag wordt door de behandelende arts genoteerd. • De gecontroleerde dossiers waren goed ingevuld. • Bij afwezigheid van een therapeut (kine, ergo) –bv. door ziekte- wordt deze vervangen door een collega om de continuïteit van de therapie te waarborgen. • De artsen doen elke vrijdag een uitgebreide overdracht voor het ingaan van de weekendwacht. • De voorbereiding van het ontslag vangt snel bij opname aan. Ontslag volgt na bespreking in het multidisciplinaire team, met de arts als eindverantwoordelijke. • Elke patiënt krijgt bij ontslag een uitgebreide ontslagbrief, met inbegrip van een medicatieschema. Er is een controlesysteem voor het tijdig versturen van de ontslagbrieven.

10.3 KWALITEITSVERBETERING OP BASIS VAN KLACHTEN EN DE INBRENG VAN DE OMBUDSFUNCTIE

Verduidelijking:

Patiënten moeten geïnformeerd zijn over de mogelijkheden en voldoende kansen hebben om klachten te formuleren over hun opname. Patiënten moeten met hun klachten bij een ombudspersoon terecht kunnen die de klachten inventariseert en verbetervoorstellen formuleert. Met deze verbetervoorstellen gaat het ziekenhuis verder aan de slag.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis beschikt over informatie over de klachten die de ombudspersoon bereiken en/of elders geuit worden (bv. afdelingsniveau, via tevredenheidsenquête, meldingen aan de directie…)
- Er gebeurt een analyse op de ontvangen klachten (bv. jaarverslag ombudspersoon…)
- Er worden op basis van klachten of uitingen van ontevredenheid verbetervoorstellen geformuleerd
- Er is een opvolging van wat er met verbetervoorstellen gebeurt
- Er is een ombudspersoon aangesteld en die is een voldoende aantal uren als ombudspersoon actief voor het ziekenhuis
- Er is een huishoudelijk reglement en dat bevat de klachtenprocedure
- Er zijn voldoende mogelijkheden om contact te leggen met de ombudspersoon
- De betrokkenheid tussen ombudspersoon enerzijds en directie/kwaliteitscoördinator anderzijds kan worden aangetoond

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Klachtenprocedure en ombudsfunctie”
- Huishoudelijk reglement/klachtenprocedure
- Jaarverslag ombudspersoon/klachtenregister
- Folders/website met informatie over de ombudspersoon
- Gesprek met ombudspersoon/directieleden/zorgverleners op afdelingen
- Check van contactmogelijkheden en bekendmaking ombudsfunctie doorheen het ziekenhuis

Beoordeling:	**B, C, B, C, B: goed**
Argumenten:	• Er is een huishoudelijk reglement voor de ombudsfunctie. Het stappenplan klachtenbehandeling werd hierin opgenomen. Patiënten kunnen het huishoudelijk reglement alleen op vraag inzien. Het stappenplan klachtenbehandeling staat niet op de website van de voorziening. • De medische secretaresse is de ombudspersoon. • De contactgegevens en de beschikbaarheid van de ombudspersoon zijn duidelijk weergegeven voor de patiënten in de folder m.b.t. de ombudsfunctie. • Klachten worden besproken met de directeur nursing. De ombudspersoon licht de klachten jaarlijks toe op een vergadering met de hoofdverpleegkundigen. Voor het overige neemt de ombudspersoon niet deel aan overlegmomenten.

	• Uit het organogram blijkt dat de algemeen directeur de ombudspersoon aanstuurt. • De ombudspersoon volgde geen basisopleiding bemiddeling. De ombudspersoon neemt niet deel aan overlegmomenten m.b.t. de ombudsfunctie. Ze volgde opleidingen over patiëntenrechten in de praktijk, verbale agressie, “Ik wil niet klagen, maar…” en klantvriendelijke dienstverlening. • Klachten worden meestal op afdelingen zelf afgehandeld, de ombudspersoon wordt niet altijd op de hoogte gebracht. • Er is geen systematische registratie van de klachten: alleen de klachten die door de ombudspersoon gekend zijn, worden geregistreerd. • Er is geen systematische opvolging van de verbetervoorstellen. • De ombudspersoon maakt jaarlijks de registratie op m.b.t. de rechten van de patiënt. • Jaarlijks wordt er een analyse vanuit de tevredenheidsmetingen gemaakt, van waaruit verbetervoorstellen worden geformuleerd. • De ombudspersoon geeft zelf aan dat de drempel om een klacht te uiten nog hoog is. • Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst kent nog verbeterpunten: o Op de website van het ziekenhuis wordt er niet verwezen naar de ombudsdienst en naar de wet op de patiëntenrechten. o De folder van de federale overheid betreffende de wet op de patiëntenrechten wordt niet systematisch aan de patiënten gegeven. o Er is maar op één afdeling een brievenbus waarlangs communicatie mogelijk is met de ombudspersoon. In de centrale inkomhal is geen brievenbus voor de ombudsdienst voorzien. • Het stappenplan klachtenbehandeling werd opgenomen in het huishoudelijk reglement ombudsfunctie en is enkel op vraag in te kijken. Dit stappenplan kent nog verbeterpunten: o In het stappenplan staat dat “wanneer de aanbrenger van de klacht zelf of op aanraden van de ombudsdienst geen akkoord kan bereiken met de betrokkene (oplossen van de klacht op de plaats waar die ontstaan is), kan deze een formele klacht indienen bij de ombudsdienst.” Het lijkt ons aangewezen om dit minder sturend te formuleren: het moet voor patiënten duidelijk zijn dat zij ten allen tijde rechtstreeks bij de ombudspersoon terecht kunnen, zodat de drempel om contact op te nemen zo laag mogelijk wordt gehouden. o In het stappenplan staat dat “de ombudspersoon handelt elke klacht binnen een redelijke termijn af”. Het is aangewezen om hiervoor een concrete (SMART) termijn te bepalen.

11 ALGEMEEN BESLUIT

Overzicht beoordelingen per onderwerp

5	Leiderschap	
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie	onvoldoende
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement	matig
5.3	Leiderschap binnen het verpleegkundig departement	zeer goed
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten	zeer goed
6	Personeel	
6.1	Personeel en bestaffing	goed
6.2	Vorming	goed
7	Veilige Omgeving	
7.1	Gezonde behandelaars	zeer goed
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem	goed
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	matig
8	Gestandaardiseerde Zorg	
8.1	Globaal kwaliteitssysteem	goed
8.2	Ethisch comité	onvoldoende
8.3	Therapeutische restricties	goed
8.4	Medicatiedistributie	goed
8.5	Patiëntenrechten	matig
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie	matig
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten	zeer goed
9	Hygiëne	
9.1	Handhygiëne	zeer goed
9.2	Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO)	zeer goed
10	Communicatie	
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers	matig
10.2	Continuïteit van zorg	zeer goed
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie	goed

Globale beoordeling:

Het ziekenhuis behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling “goed” tot “zeer goed” (14/21). Voor 5/21 onderwerpen was het resultaat “matig”. Voor 2/21 onderwerpen werd een “onvoldoende” toegekend.

Sinds enkele jaren bestaat een onduidelijke toestand over het voortbestaan van het ziekenhuis. Deze onzekerheid blijkt een belangrijke impact te hebben op het functioneren en de motivatie van de personeelsleden. Een aantal sleutelfiguren verlieten ook het ziekenhuis, waardoor degenen die bleven overspoeld worden door essentiële taken en verantwoordelijkheden.
Daarnaast leidt de bijzondere managementstructuur, met onvoldoende inbreng en slagkracht van medisch, verpleegkundig en paramedisch departement, niet tot een globaal efficiënt beleid. Vooral de sturing en de opvolging van de kwaliteit van de zorg krijgt niet genoeg aandacht binnen de hoogste beleidsorganen.
Deze situatie belemmert de voortgang van heel wat innovatieve projecten en verbetertrajecten en blijkt voor een aantal medewerkers een rem te zijn op actieve participatie aan (kwaliteits)initiatieven.
Omdat er te weinig tijd voorzien is voor de artsen binnen het ziekenhuis, kunnen deze naast de concrete zorg voor de patiënten, nauwelijks andere (beleidsmatige) taken opnemen.

Een aantal knelpunten die werden vastgesteld, vinden hun grond in het onvoldoende gestructureerd werken waardoor een aantal elementen niet aantoonbaar zijn. Het objectiveren van processen en resultaten met systematische analyses, vooral betreffende de behandelingen, heeft nog maar weinig ingang gevonden als insteek voor een kwalitatieve beleidsvoering.

Op vlak van de dagelijkse zorg voor de opgenomen patiënten werd vastgesteld dat de medewerkers dit aspect zeer ter harte nemen, ondanks de moeilijkheden bij het besturen van het ziekenhuis. Voor onderwerpen gerelateerd aan de directe zorg (bv. “zorg voor revalidatiepatiënten”, “continuïteit van de zorg” en “medicatiebeleid” behaalt het ziekenhuis mooie scores).

Er is verbetermogelijkheid onder meer op volgende vlakken:

- De initiatieven betreffende kwaliteit van zorg hangen niet genoeg samen en zijn te weinig onderbouwd. Er gebeurt geen systematische monitoring van de eigen werking. De gegevensverzameling over sommige onderwerpen wordt niet genoeg over alle echelons (top vs. down, verschillende beroepsgroepen) binnen het ziekenhuis benaderd. Het ziekenhuis moet werk maken van het gestructureerd opvolgen van uitkomsten. Bij het bepalen van doelstellingen en acties, moeten objectieve argumenten die keuzes onderbouwen. Ook de onderlinge coherentie moet bewaakt worden.
- Het beleidsplan voor het ziekenhuis moet nog meer als een operationeel multidisciplinair afdelingsbeleidsplan voor de patiëntendoelgroep ingevuld worden. Behalve het jaarlijkse kwaliteits/beleidsplan, kunnen ook andere basisdocumenten die al bestaan (bv. revalidatieconcept, kwaliteitshandboek) hiervoor als basis dienen. De doelgroep van patiënten kan ook beter gedefinieerd worden.
- De communicatie tussen de RvB en het medisch departement verloopt niet optimaal.
- Het medisch departement participeert onvoldoende aan het beleid. Ook op het vlak van de opvolging van (klinische) outcome, zoals het systematisch opvolgen van indicatoren, kan een tandje bijgestoken worden.
- Het beleid rond VBM moet herbekeken worden en beter afgestemd op de hedendaagse richtlijnen. Vooral de systematische opvolging (o.a. regelmatige herevaluaties van de maatregel) bij fixatie en de participatie van de patiënten en/of familie moet hierbij aan belang winnen.
- Het beleid rond de aanpak van ethische vraagstukken, met inbegrip van het palliatief aanbod, moet globaal herbekeken worden.