

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	Revalidatie & MS Centrum
Adres	Boemerangstraat 2, 3900 Overpelt
Telefoon	011 80 91 00
E-mail	info@msreva.be
Dossiernummer	E 116

INRICHTENDE MACHT

Naam	Mariaziekenhuis VZW
Juridische vorm	vzw
Adres	Maesensveld 1, 3900 Overpelt
Telefoon	011 82 60 00
E-mail	info@mznl.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	Revalidatie & MS Centrum
Adres	Boemerangstraat 2, 3900 Overpelt

OPDRACHT

Nummer	O-2018-MAPU-0394
Datum	27/09/2018
Inspecteurs	██████████

VERSLAG

Nummer	██████████
Datum	03/12/2018

INSPECTIEBEZOEK

Soort	aangekondigd bezoek op 16 en 23 november 2018
-------	---

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	12
4.1	Management	12
4.2	Erkenningsituatie	12
5	Leiderschap.....	13
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie	13
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement	15
5.3	Leiderschap binnen het verpleegkundig departement	17
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten.....	19
6	Personeel.....	20
6.1	Personeel en bestaffing	20
6.2	Vorming	21
7	Veilige Omgeving.....	23
7.1	Gezonde behandelaars.....	23
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	24
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen.....	25
8	Gestandaardiseerde Zorg	29
8.1	Globaal kwaliteitssysteem.....	29
8.2	Ethisch comité	31
8.3	Therapeutische restricties	32
8.4	Medicatie distributie	33
8.5	Patiëntenrechten.....	36
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie	37
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten.....	38

9	Hygiëne.....	42
9.1	Handhygiëne.....	42
9.2	Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO)	43
10	Communicatie.....	44
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers.....	44
10.2	Continuïteit van zorg	45
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie.....	47
11	Algemeen besluit.....	49

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 leidinggevend/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 zorgtraject¹). 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
Gegevensverzameling	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 verbeterpunten te detecteren	De analyses op de beschikbare informatie laten toe een behoorlijk aantal verbeterpunten te detecteren	De analyses op de beschikbare informatie bieden weinig mogelijkheden om potentiële verbeterpunten te detecteren	Er gebeurt geen of zo goed als geen analyse op de informatie waarover men beschikt
Actie	Worden zo nodig verbeteracties opgezet?	Verbeteracties worden voor (bijna) alle verbeterpunten opgezet	Verbeteracties worden opgezet voor de meeste verbeterpunten	Verbeteracties worden voor een beperkt aantal verbeterpunten opgezet	Verbeteracties worden onvoldoende opgezet
	Is er een controle op de uitvoering van de verbeteracties?	Verbeteracties worden nauwgezet opgevolgd en op het einde geëvalueerd	Opvolging en evaluatie van de acties is goed of heeft beperkt verbeterpotentieel	Opvolging en evaluatie van de acties heeft nog veel verbeterpotentieel	Er bestaat (quasi) geen controle op de uitvoering van verbeteracties
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. Deze slotbespreking vindt plaats op 25/01/2019 om 10 uur in lokaal 0.24 in het Ellipsgebouw. 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

■	Hoofdinspecteur
■	Inspecteur
■	Inspecteur

3.2 INSPECTIEPLAN

VRIJDAG 16 NOVEMBER 2018			
	■	■	■
9u00–10u00	Voorstelling door het inspectieteam (30') en voorstelling door ziekenhuis (30')		
10u00–11u00	Kwaliteitsbeleid + veiligheidsmanagement	Leiderschap: bestuur/directie + zorgondersteunende diensten	Leiderschap: verpleegkundig en paramedisch departement
11u00–12u00	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
12u00–13u00	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u00–14u00	afdelingsbezoek	Leiderschap: medisch departement	afdelingsbezoek
14u00-15u00		Continuïteit van zorg & Communicatie met verwijzers	

VRIJDAG 23 NOVEMBER 2018

	■	■	■
9u00–10u00	Ombudsfunctie / Klachtenbemiddeling / Patiëntenrechten	Medicatie distributie	Support team, ethisch comité, DNR
10u00–12u00	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	Personeel en bestaffing, vorming, gezonde behandelaars, handhygiëne
12u00–13u00			afdelingsbezoek
13u00–14u30	Middagmaal + overleg inspecteurs		
14u30–15u30	Afrondend gesprek (met directie)		

4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

4.1 MANAGEMENT

Raad van Bestuur

voorzitter Raad van Bestuur	■
-----------------------------	---

Directiecomité

algemeen directeur	■
hoofddarts/medisch directeur Mariaziekenhuis	■
hoofddarts/medisch directeur R&MSC	■
verpleegkundig-paramedisch directeur	■
financieel administratief directeur	■
directeur personeel en organisatie	■
directeur facilitaire diensten	■

Sinds 1 januari 2018 werken het Mariaziekenhuis en het Revalidatie & MS Centrum te Overpelt formeel samen onder dezelfde vzw Mariaziekenhuis. Beide zorgvoorzieningen behouden hun respectieve erkenning, maar worden aangestuurd door eenzelfde Raad van Bestuur en Directiecomité. Er blijft wel een specifieke eigen hoofddarts in functie voor elk ziekenhuis alsook een eigen medische raad.

4.2 ERKENNINGSSITUATIE

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

- 120 bedden Sp-neuro
- palliatieve functie
- niet-chirurgisch dagziekenhuis
- coma (5 bedden Sp-neuro)

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 directeuren, 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
- Algemene regeling, medisch reglement, financiële regeling (inclusief functieomschrijvingen bestuursorganen)

Beoordeling:	C, A, A, A, B: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Op 1 januari 2018 werd het Revalidatie en Multiple Sclerose Centrum van Overpelt, samen met het plaatselijke AZ Mariaziekenhuis, ingebed in de overkoepelende vzw Mariaziekenhuis. De Algemene Vergadering, de Raad van Bestuur (RvB) en het Directiecomité (DC) zijn gemeenschappelijk voor beide ziekenhuizen, die toch elk hun eigen erkenning behouden. Beide ziekenhuizen behouden tevens hun eigen hoofdarts en Medische Raad (MR).• Op de respectieve websites van de betrokken ziekenhuizen binnen de nieuwe vzw kan geen informatie gevonden worden over het actuele samenwerkingsverband.

- De RvB telt 12 leden die samen een breed scala aan expertise in (ziekenhuis)management kunnen voorleggen. De RvB vergaderde 14x in 2017.
Uit de verslaggeving en de interviews tijdens de inspectie blijkt dat de leden van de RvB in hun vergaderingen voldoende aandacht hebben voor kwaliteitsaspecten binnen de organisatie. Er kan aangetoond worden dat men in dit managementorgaan, naast o.a. financiële, personele en organisatorische aspecten die worden besproken, ook agendapunten betreffende de kwaliteit van de zorg behandelt.
- Het ziekenhuis kan beroep doen op verschillende specifieke adviserende beleidsorganen, met participatie van leden van het DC en van de RvB, zoals Bureau Raad van Bestuur, Commissie Zorgstrategie, Auditcomité, Remuneratiecommissie, Financieel-Economische Commissie.
- Van alle managementorganen zijn de taken en verantwoordelijkheden beschreven.
- De communicatie tussen het management en het medisch korps verloopt vlot. De beide hoofdartsen nemen deel aan de vergaderingen van de RvB. De artsen zijn voldoende geïnformeerd over, en betrokken bij, beleidsacties en -beslissingen.
- De Algemene en Financiële Regeling en het Medisch Reglement dateren van 2016. Het is wenselijk deze beleidsdocumenten te actualiseren in overeenstemming met de toestand binnen de nieuwe vzw. Dit is o.a. van belang om de medische permanentie en de beschikbaarheid van gespecialiseerde artsen ook in de toekomst te kunnen waarborgen. In het kader van de fusie zijn alle rechten en plichten van artsen wel formeel overgenomen (inclusief de algemene regeling, de financiële regeling, het medisch reglement) zoals blijkt uit de notariële acte van 09/01/18 "Aanvaarding inbreng om niet van algemeenheid door vzw Revalidatie en MS Centrum".
- Missie en visie voor het Mariaziekenhuis Noord-Limburg en voor het RMSC zijn uitgeschreven. Deze visies vormen de basis van een strategisch beleidsplan (2017-2021) voor beide ziekenhuizen, die niet enkel onderling intensief samenwerken, maar tevens binnen een breder regionaal netwerk van gespecialiseerde zorg worden gepositioneerd.
De strategische beleidsdoelstellingen werden vertaald in een duidelijke operationele zorgstrategie.
Het kwaliteitsbeleid maakt integraal deel uit van het algemene organisatiebeleid, gecentreerd op de concrete zorg voor de patiënten.
- Het beleidsplan van het ziekenhuis is nog onvoldoende uitgewerkt als een operationeel instrument voor de aansturing van het zorggebeuren, in de zin dat PDCA-cycli er niet herkenbaar in terug te vinden zijn. 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, mits gebruik van daartoe

	<p>ontwikkelde sjablonen. Het regelmatig evalueren en visualiseren (van de voortgang) van de resultaten kan medewerkers sterk motiveren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het jaarverslag 2017 van het ziekenhuis beschrijft de organisatie en de kerncijfers volgens het EFQM-model. Dit verslag bespreekt 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. • Het organogram van het ziekenhuis, dat ook op de website te vinden is, reflecteert de werkelijke situatie onvoldoende. Dit organogram toont een strikt departementale organisatie en is niet nominatief. Hoewel de lijnfuncties op die manier bestaan, blijkt de zorgpraktijk en de aansturing van het zorgbeleid op alle echelons erg multidisciplinair. Ook kunnen de respectieve afdelingen/clusters met hun aansturing gevisualiseerd worden. Het ziekenhuis kan dit beter in de verf zetten door een aan de realiteit aangepast organogram, met de focus op de patiënt als eindgebruiker, op te maken dat op die wijze meer informatief kan zijn voor patiënten, familie, medewerkers en verwijzers.
--	---

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:	C, B, B, B, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • In het ziekenhuis zijn 5 artsen werkzaam: de aanwezige specialismen zijn neurologie, revalidatie en een algemeen geneeskundige. Voor consulten

van andere specialismen en voor technische onderzoeken wordt samengewerkt met het AZ Mariaziekenhuis.

- Er wordt structureel weinig tijd (1/2 dag/week) voorzien voor de functie van hoofdarts van het RMSC.
- De MR telt 4 leden, allen arts-stafid van het R&MS Centrum. De hoofdarts is geen stemgerechtigd lid van de MR.
- Hoewel het AZ Mariaziekenhuis een eigen MR heeft, blijkt uit inzage van documenten en de interviews tijdens de inspectie dat er een vlotte samenwerking en goede verstandhouding tussen de artsenkorpsen van beide ziekenhuizen bestaat.
- De medische permanentie (24u/24 7d/7) wordt verzekerd door de behandelende artsen van het RMSC volgens een beurtrol.
- Er bestaat geen afzonderlijk organogram van het medisch departement. In het organogram van het ziekenhuis is de hoofdarts aangegeven, alsook een arts-directeur revalidatie, maar het aantal en de functie van de andere artsen (bv. afdelingsarts, beleidsarts, clusterarts,...) is niet duidelijk.
- Het Overlegcomité Medische Raad – erkenning Mariaziekenhuis bestaat uit volgende leden: het bestuur van de Medische Raad (voorzitter, ondervoorzitter, secretaris), de voorzitter van de RvB, de algemeen directeur, de hoofdarts van het Mariaziekenhuis, de financieel-administratief directeur. De MR kan zich laten bijstaan door een financieel deskundige. Ad hoc kunnen andere leden en/of experts op het overleg worden uitgenodigd. Dit overleg wordt maandelijks samengeroepen en ook telkens wanneer er concrete adviesaanvragen voorliggen.
- Het artsenoverleg bestaat uit alle 5 artsen werkzaam in het RMSC en wordt voorgezeten door de hoofdarts. Dit is het overlegorgaan waarin beleidsmatige beslissingen en opinies worden getoetst en gecommuniceerd van en naar de artsen vanuit het Directiecomité en RvB. Daarnaast worden in dit overleg ook praktische afspraken gemaakt, casussen besproken, etc.
Er wordt gestreefd naar een maandelijks overleg met verslaggeving.
- Het Coördinatie Team Zorg en Revalidatie Beleid (CTZRB) is een maandelijks overleg tussen de zorgmanagers (verpleegkundig en paramedisch), de verpleegkundig en paramedisch directeur, de hoofdarts en de directeur-arts revalidatie.
De agenda wordt gemaakt door de zorgmanagers met input van artsen, verpleegkundig paramedisch departement en directie.
Deze interdisciplinaire vergadering beoogt de afstemming van het zorg- en revalidatiebeleid tussen de verschillende disciplines.
Van deze besprekingen wordt verslag opgemaakt.
- In de tweede helft van 2017 werd een nieuwe zorgstrategische visie uitgewerkt, in samenwerking met de medisch directeur van het Mariaziekenhuis. Hierin wordt de langere termijnvisie van de medische uitbouw van het centrum geschetst, zowel wat betreft nood aan bijkomende artsen, alsook de verdere uitbouw van de zorglijnen/clusters

	<p>en de ambitie om naar een top-neurologisch-revalidatiecentrum te evolueren. Voor Multiple Sclerose wenst men een volwaardig academisch onderzoekscentrum in samenwerking met de Universiteit van Hasselt verder uit te bouwen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een goed gestoffeerd jaarverslag over de werking van het zorgdepartement (medisch, verpleegkundig, paramedisch) van 2017. In dit jaarverslag ontbreken gegevens over klinische outcome. Voor de MS-doelgroep wordt nochtans heel wat research verricht, zowel preklinisch als klinisch onderzoek. Resultaten vinden onder meer een plaats in een internationale databank. Men heeft de intentie om de piste van wetenschappelijk onderzoek uit te breiden naar de overige (revalidatie)doelgroepen. Zo werden recent al enkele revalidatiedoelgroepen begeleid door een arts-stafid van het ziekenhuis. Het is van belang om deze resultaten beter te visualiseren en breder te communiceren, bv. door ze op te nemen in een jaarverslag. • Er zijn geen systematische medical audits in het ziekenhuis. Wel kunnen ad hoc casusbesprekingen georganiseerd worden, meestal informeel. • De hoofdarts houdt een individueel dossier van elke arts-stafid bij. • Wegens de korte communicatielijnen, gebeurt individueel overleg tussen hoofdarts en de andere artsen-stafleden vooral informeel, zonder neerslag. Er gebeurt geen gestructureerde (bv. door functioneringsgesprekken) evaluatie noch bijsturing van de artsen voor wat betreft het Sp-ziekenhuis. Functiebeschrijvingen voor de artsen-stafleden kunnen hiervoor als basis dienen. Ook de verwachtingen en realisaties op vlak van vorming kunnen daarbij aan bod komen.
--	--

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:	B, B, B, A, C: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het algemeen organigram is, ook voor wat het verpleegkundig en paramedisch departement betreft, onduidelijk en niet nominatief.<ul style="list-style-type: none">○ Er is niet uit af te leiden wie de directe leidinggevende is van de verschillende entiteiten: de aansturing van de verpleegkundigen gebeurt door de hoofdverpleegkundigen en de plaatsvervangende hoofdverpleegkundigen. De aansturing van de paramedici gebeurt door de paramedische diensthoofden. Dit is niet vermeld in het organogram.○ De afzonderlijke afdelingen en clusters zijn niet aangegeven.○ Er is geen vermelding van de begeleider (her)intreders.○ De multidisciplinaire werking wordt in het organigram niet aangetoond.• De verpleegkundig directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn met bediendencontract in het ziekenhuis.• Er zijn enkele kinesitherapeuten op zelfstandige basis werkzaam in het RMSC. Het diensthoofd kinesitherapie heeft voldoende zicht op hun functioneren.• Door een aantal wissels binnen het zorgmanagement (directie en zorgmanagers) en door de integratie met het Mariaziekenhuis werd de communicatiestructuur (zowel bottom up als top down) herhaaldelijk geëvalueerd en herbekeken. Het is belangrijk om het bereikte evenwicht voldoende te borgen.• Er is een omschrijving van de taken en bevoegdheden van de functies binnen het verpleegkundig-paramedisch departement.• Hoewel er in het functieprofiel van de nachtsupervisor en het intern rampenplan staat vermeld hoe men de directiewacht kan contacteren en dit ook tijdens inscholingsdagen voor nieuwe medewerkers wordt vermeld, is er geen procedure uitgewerkt voor het bereiken van de directie waardoor dit eenvoudig zou terug te vinden zijn.

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:	<ul style="list-style-type: none">• De aansturing van de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis gebeurt binnen het directiecomité, via de respectieve directieleden die voor de ganse vzw deze aspecten behartigen. De financiële, administratieve en facilitaire eindverantwoordelijkheid wordt opgenomen door de algemeen directeur.• De strategie op korte en lange termijn voor de zorgondersteunende diensten is uitgeschreven.• Het functioneren van de zorgondersteunende diensten worden via het DC opgevolgd en desgevallend bijgestuurd.• Er zijn functiebeschrijvingen voor de verantwoordelijken van de zorgondersteunende 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:	B, A, B, B, B: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• De directeur zorg en de zorgmanagers hebben zicht op de personeelsnood van alle afdelingen en diensten.• Eventuele bestaffingsproblemen komen aan bod op de vergaderingen van de bevoegde beleidsorganen.• De verpleegkundige bestaffing beantwoordt op alle afdelingen minstens aan de wettelijke normen.• Het ziekenhuis verzekert de continuïteit van de zorg op volgende wijze:<ul style="list-style-type: none">○ De mobiele equipe beschikt over voldoende gekwalificeerde medewerkers. Hun inzet wordt efficiënt georganiseerd. De mobiele equipe bestaat binnen het RMSC uitsluitend uit verpleegkundigen, zorgkundigen en ondersteunend personeel.○ Binnen de paramedische diensten wordt er geen beroep gedaan op de mobiele equipe. De kinesisten die geen vaste patiënten toegewezen hebben vangen afwezigheden en ziekte van collega's op. Dagelijks worden deze afwezigheden bekeken en op genomen in de dagplanning. De ergotherapeuten verdelen de patiënten van de afwezige collega's onder elkaar, rekening houdend met de cluster. Indien niet mogelijk, wordt er clusteroverstijgend gewerkt of in groep.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Voor wat betreft logopedie en psychologie wordt er wekelijks een planning opgemaakt. Bij afwezigheid of ziekte wordt er meer overgegaan naar groepsbegeleiding indien er geen vrije momenten meer zijn bij individuele therapeuten. ○ Binnen de sociale dienst worden de acute zaken overgenomen door de aanwezige collega's. ● Er wordt op gestructureerde wijze informatie bekomen en benut over het functioneren van zowel de hoofdverpleegkundigen als de andere verpleegkundigen. Op het moment van de inspectie is er nog afstemming gaande (er was een verschillend beleid tussen dat van het Mariaziekenhuis en Revalidatie & MS Centrum) i.v.m. de frequentie van functioneringsgesprekken. Sinds 2018 worden de verslagen van de functioneringsgesprekken centraal bewaard. ● Informatie vanuit de medewerkers kan nog meer systematisch bekomen worden. Zo gaan enkel exitgesprekken door met paramedici en gebeuren deze exitgesprekken door de directe leidinggevende, wat voor sommige medewerkers een drempel kan zijn om vrijuit te spreken. Ook voor de andere disciplines (niet paramedisch) kunnen best exitgesprekken gepland worden. ● Op het moment van de inspectie wordt er nog niet gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen, hoewel dit sinds september 2018 wel mogelijk is. ● Tijdens de nacht staat er (steeds voor 30 bedden of meer en soms met een zwaar zorgprofiel) <ul style="list-style-type: none"> ○ ofwel op elke afdeling 1 verpleegkundige en is er 1 verpleegkundige nachtsupervisor (beurtrol per week per afdeling) beschikbaar. ○ ofwel op drie afdelingen een verpleegkundige en op één afdeling een zorgkundige beschikbaar, de afdeling waar de zorgkundige werkt voorziet dan in de verpleegkundig nachtsupervisor. ● De inzet van de (zelfstandige) paramedici gebeurt efficiënt en wordt consequent opgevolgd door de diensthoofden en zorgmanager.
--	--

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 (bv. 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 vormen

- 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:	B, B, B, C, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het vormingsbeleid werd in 2018 besproken door de leidinggevenden en gewijzigd. Het vormingsbeleid werd uitgeschreven in een uitgebreide vormingsbrochure 2018-2019 voor tal van doelgroepen waaronder verpleegkundigen, artsen, paramedici, keukenpersoneel... • Er wordt een vormingsbudget vastgelegd per departement. • Er is een gestructureerd ziekenhuisbreed inscholingsprogramma voor nieuwe personeelsleden, met inbegrip van de artsen. • Er is een checklist 'indiensttredende verpleegkundige' en een syllabus met de meest voorkomende pathologieën maar er zijn geen uitgeschreven specifieke inscholingsprogramma's voor de afdelingen. • Medewerkers hebben voldoende zicht op hun eigen individueel gevolgde vormingen. Uit gesprek en weergegeven cijfers blijkt dat alle medewerkers voldoende vorming volgen. De registratie van de vormingen gebeurt door de vormingsverantwoordelijke. • De hoofdarts heeft zelf geen structureel zicht op de gevolgde vorming door de artsen of op hun vormingsbehoeften. • De artsen van het RMSC geven zelf regelmatig vormingen, zowel intern als extern, over onderwerpen binnen hun vakgebied.

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:	C, A, A, A, C: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Behalve voor de vaccinatiegraad tegen griep heeft het ziekenhuis geen zicht op de vaccinatiegraad voor andere ziekten van haar medewerkers noch op de eventuele knelpunten hierbij.• Het ziekenhuis heeft een beleid over preventie van de transmissie van infectieziekten.• Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven alcohol- en drugbeleid waarin onder meer beschreven staat dat een medewerker kan verwijderd worden van de werkvloer bij inbreuken. In 2010 gebeurde voor het ziekenhuis, met externe begeleiding, een risicoanalyse betreffende alcohol en andere drugs.• Het ziekenhuis heeft geen beleid geëxpliciteerd betreffende de preventie van burn-out en preventie van suïcide bij haar medewerkers. Vanaf 2019 wordt er vrijblijvend (geen arbeidstijd) een sessie "op zoek naar evenwicht" georganiseerd over stress en burn-out.• Er werd een concept uitgewerkt "ingrijpende gebeurtenissen op het werk" om medewerkers op te vangen na emotionele gebeurtenissen of crisissituaties.

	In afwachting van de oprichting van een MOT (medewerkers ondersteuning team) wordt de functie waargenomen door de preventieadviseur Psychosociale Aspecten. Dit concept is nog niet voldoende gekend op de werkvloer.
--	--

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, regelmatig 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:	C, C, B, C, C: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • In het ziekenhuis is een elektronisch meldsysteem (I-Prova) in gebruik om incidenten en bijna-incidenten te melden. • Anoniem melden is mogelijk. • Elk diensthoofd en hoofdverpleegkundige kan toegang krijgen tot de meldingen van zijn afdeling. • De afhandeling en analyses van de (bijna-)incidenten gebeurt door de projectmedewerker kwaliteit. Melders krijgen een melding via mail vanaf het moment dat er iets aan de status van de melding verandert. • Medewerkers krijgen 3-maandelijks een overzicht van het aantal meldingen per categorie en per afdeling. • Er zijn criteria opgemaakt die bepalen wanneer een incident uitgebreider geanalyseerd moet worden. Leden van het veiligheidsteam worden

betrokken bij deze analyse. Expertmedewerkers nemen soms ook deel. De melder zelf mag deelnemen aan een analyse maar wordt niet actief uitgenodigd. Indien de melder zich heeft bekend gemaakt, wordt hij wel bevraagd over het incident en kan hij het resultaat van de analyse raadplegen.

- Aan de hand van de meldingen en analyses worden er verbeteracties opgemaakt. Dat meldingen resulteren in verbeterdoelstellingen wordt als een meerwaarde ervaren door medewerkers.
- Het incidentmeldsysteem gebruiken als tool voor verbetering van de werking is nog onvoldoende ontwikkeld in het ziekenhuis.
 - Informatie over de werking van het meldsysteem en de daaropvolgende acties is onvoldoende gekend in het ziekenhuis. Meerdere ziekenhuismedewerkers zijn niet op de hoogte van wie op de hoogte gebracht wordt bij een melding. Ze weten evenmin wanneer een analyse plaatsvindt, wie daarbij betrokken wordt en op welke wijze zij zelf kunnen betrokken worden.
 - Het afgelopen jaar kende het aantal meldingen een duidelijke daling. Het ziekenhuis zette hieromtrent reeds verbeteracties op, maar tot op heden zonder het beoogde resultaat.
 - Niet alle beroepsgroepen maken gebruik van het incidentmeldsysteem.
 - (bijna-)Agressie incidenten dienen ook gemeld te worden maar via een ander systeem. Deze (bijna-)incidenten zijn dan ook niet opgenomen in de rapporten gegenereerd over het meldsysteem, wat leidt tot een verlies van informatie.
 - Meerdere gesprekspartners, zowel op centraal niveau als op de werkvloer, gaven tijdens de inspectie aan dat er momenteel te weinig analyses gebeuren. Het verhogen van het aantal analyses is een gekend verbeterpunt, maar deze vaststelling bleef vooralsnog zonder gevolg.
 - De opvolging van de verbeterdoelstellingen gebeurt nog te beperkt.

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

Beoordeling:	B, B, B, B, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Er is een uitgeschreven beleid voor vrijheidsbeperkende maatregelen: “vrijheidsbeperkend beleid”. Het vrijheidsbeperkend beleid wordt in het ziekenhuis verder geconcretiseerd in twee procedures:<ul style="list-style-type: none">○ Fysieke fixatie met behulp van fixatiemiddelen als vrijheidsbeperkende maatregel in een acute situatie.○ Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in een niet-acute situatie.• Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij het uitgeschreven beleid betreffende vrijheidsbeperving:<ul style="list-style-type: none">○ Het is niet duidelijk of medicamenteuze fixatie in de praktijk wordt toegepast in het ziekenhuis en waar het beleid hierover of de procedure hiervan is te vinden. In het document “vrijheidsbeperkend

beleid” staat wel vermeld dat “chemische fixatie” hierin niet behandeld wordt.

- Het feit dat er in het ziekenhuis niet wordt afgezonderd, staat niet beschreven in de beleidstekst.
- Er is een werkgroep “vrijheidsbeperkende maatregelen” die de opdracht heeft het beleid en de richtlijnen uit te werken en te evalueren. Deze werkgroep is in principe multidisciplinair samengesteld en elke verpleegafdeling is hierin vertegenwoordigd. Artsen zijn echter niet structureel aanwezig in deze werkgroep, hoewel dit een meerwaarde kan betekenen.
- Volgende elementen zijn beschreven in het beleid en de procedure voor fysieke fixatie:
 - De definitie van fixatie
 - Fixatie gebeurt zo weinig mogelijk
 - Fixatie gebeurt zo kort mogelijk
 - Indicaties, tegenindicaties
 - Alternatieven
 - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgelijke voor fixatie
 - Wie mag uitvoeren
 - Toezicht: frequentie en vorm
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier

In de procedure ontbreekt een methode voor bevraging van ervaringen van patiënten en familie.

- Het ziekenhuis heeft informatie (bv. brochure) over VBM voor patiënten.
- In 2017-2018 kregen alle verpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici vorming over de theoretische kennis, de procedure en het technisch gebruik van fixatiemiddelen. Het thema “vrijheidsbeperkende maatregelen” is een onderdeel van het inscholingsplan voor nieuwe medewerkers (vormingsweek).
- In gesprekken met medewerkers werd aangegeven dat er regelmatig agressie-incidenten met ontremde patiënten voorkomen. Medewerkers weten soms niet hoe ze die uitbarstingen onder controle kunnen krijgen. Sommigen denken dat hier meer aandacht aan kan besteed worden vanop centraal niveau (bv. ondersteuning na incident, specifieke vorming,...)
- Er is geen afzonderingskamer in het RMSC. Uit de gesprekken tijdens de inspectie blijkt dat in dit ziekenhuis nooit afzonderingen gebeuren.
- Tijdens het inspectiebezoek werd, via een steekproef van patiëntendossiers op de afdelingen, vastgesteld dat het document “vrijheidsbeperking-fysieke fixatie ter goedkeuring” en de documenten in het elektronisch dossier (reden/verantwoordelijke arts/bespreking team/ observaties/(her)evaluatie, opvolging en afbouw) goed werden ingevuld.
- 4 maal per jaar worden kwaliteitsindicatoren gemeten in verband met vrijheidsbeperking: fysieke fixatie. De resultaten worden besproken, geanalyseerd op de werkgroep VBM.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• De werkgroep VBM maakt op einde van jaar een activiteitenrapport op. Zowel een oplisting van de activiteiten van het voorbije jaar als planning van verbeterdoelstellingen voor het komende jaar staan beschreven. |
|--|--|

8 GESTANDAARDISEERDE ZORG

8.1 GLBAAL 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 desgevallend 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
- 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:	B, B, B, B, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Kwaliteitsbeleid kent een centrale plaats en multidisciplinaire werking in het ziekenhuis.• Het ziekenhuis hanteert geen gestandaardiseerd kwaliteitsmodel (zoals bv. EFQM, Kwadrant,...) maar gebruikt een eigen efficiënte systematiek.• Het kwaliteitsbeleid wordt aangestuurd door de stuurgroep kwaliteit. Overlegorganen (veiligheidsteam en veiligheidsronde) en werkgroepen rapporteren aan de stuurgroep kwaliteit.• Het ziekenhuis heeft geen afzonderlijk kwaliteitsorganogram.• Directieleden, stafleden, hoofverpleegkundigen en artsen volgden allen opleiding in functie van het kwaliteitsbeleid.

- Missie en visie van het ziekenhuis zijn beschreven en vertaald naar strategische doelstellingen en beleidsplannen.
- Het ziekenhuis monitort zijn klinische werking aan de hand van volgende indicatoren: VIP²-indicatoren (handhygiëne, patiëntidentificatie, medicatieveiligheid, ziekenhuiswebsite), FRKVA-indicatoren, indicatoren van de Nationale campagne handhygiëne en eigen indicatoren (prevalentiemetingen decubitus en fysieke fixatie). Daarnaast worden effecten van diverse toegepaste behandelingen uitgebreid gemonitord via wetenschappelijk onderzoek.
- Patiënttevredenheid wordt 2 maal per jaar in kaart gebracht aan de hand van de Vlaamse Patiëntenpeiling.
- Het peilen van tevredenheid van de medewerkers dateert van 2015.
- Om zicht te krijgen op de operationele performantie wordt er gebruik gemaakt van veiligheidsrondes en interne audits.
- Het ziekenhuis verzamelt niet op systematische wijze PROM-(patient reported outcome measures) gegevens.
- Alle medewerkers kunnen de resultaten en analyses raadplegen via de kwaliteitsborden op de afdeling of via het kwaliteitsvenster op het intranet.
- Het ziekenhuis maakt gebruik van een verbeteropvolgsysteem (VOS) waarin verbeteracties SMART geformuleerd dienen te worden. Er kan aangetoond worden dat het VOS actief gebruikt wordt maar niet alle medewerkers zijn hier al even vertrouwd mee. Er wordt meermaals aangehaald (in verslaggeving en in gesprekken) dat het systeem waarin de verbetervoorstellen geformuleerd worden zijn beperkingen kent. Het opstellen van SMART-doelstellingen is een blijvend aandachtspunt.
- Het ziekenhuis werkt met jaarverslagen waarbij de activiteiten inclusief de gemeten indicatoren, veiligheidsrondes en interne audits van het afgelopen jaar in worden beschreven, geanalyseerd en geëvalueerd. Jaarverslagen worden niet gepubliceerd op de website.
- Het kwaliteitsbeleid is nog in transitie naar aanleiding van de integratie van het RMSC met het AZ Mariaziekenhuis Noord-Limburg naar de vzw Mariaziekenhuis.
 - Het uitschrijven van een gezamenlijke missie en visie en de standaardisatie van het kwaliteitsbeleid (structureel en inhoudelijk) voor beide ziekenhuizen tezamen is in volle ontwikkeling.
 - Verschillende vaststellingen en getuigenissen van medewerkers geven aan dat er sinds de integratie reeds verschillende verwezenlijkingen gebeurden die betrekking hebben op het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Medewerkers vertellen o.a. dat het kwaliteitsbeleid zichtbaarder aanwezig is op de afdelingen.
 - De opvolging en analyse van resultaten gekoppeld aan het opstellen en evalueren van acties gebeurt systematischer en frequenter dan voorheen.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Het betreft een vernieuwde werking waar er op verschillende vlakken nog verbeterpotentieel aanwezig is en systemen nog verder geborgd dienen te worden. ● Het eigen procedurebeleid voor het RMSC staat op punt en gaat in de toekomst geïntegreerd worden met het systeem van het Mariaziekenhuis Noord-Limburg. Procedures zijn op het intranet raadpleegbaar door medewerkers.
--	--

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:	A, A, A, A, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> ● Er is een gemeenschappelijk ethisch comité voor het Mariaziekenhuis en Revalidatie & MS Centrum. Het ethisch comité is conform de regelgeving samengesteld. ● De werking van het ethisch comité is formeel beschreven. (Huishoudelijk reglement Lokale Commissie voor Medische Ethiek, procedure Ethische vraagstelling, Ethos leidraad voor reflectief gesprek voor zorgvragen,...) ● Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is gekend bij de ziekenhuismedewerkers. In het RMSC is, vanuit het ethisch comité, een persoon aangeduid als aanspreekpunt voor ethische vragen. Daarnaast doen medewerkers bij bepaalde ethische vragen ook beroep op het PST.

	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een systematiek aanwezig binnen het ziekenhuis om op een gestructureerde wijze ethische vraagstukken te verzamelen, te registreren en te analyseren. • Er is een gestructureerde analyse van de werking van het ethisch comité.
--	--

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:	C, C, C, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het beleid over therapeutische restricties is uitgeschreven in de procedure “instructies vroegtijdige zorgplanning”. In de procedure staat niet beschreven wanneer een bespreking van de maatregel moet besproken worden met patiënt en familie. • De toepassing in de praktijk van de richtlijnen uit de procedure “instructies vroegtijdige zorgplanning” werd door een dossiersteekproef nagekeken. Hierbij werden volgende vaststellingen gedaan: <ul style="list-style-type: none"> ○ de luiken ‘motivatie gemaakte afspraken, initiatief en communicatieluik’ werden nooit ingevuld. Uit gesprek bleek dat de meerwaarde van deze items ongekend was door de medewerkers. De uitleg in de procedure hierover is onduidelijk. ○ in een aantal dossiers met een therapeutische beperkingscode waren er telkens notities betreffende het gesprek gevoerd door de arts met de patiënt en de familie, maar kon in het dossier niet aangetoond worden dat er een teamoverleg geweest was. • Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op de correcte toepassing van de instructies betreffende therapeutische beperkingen.

8.4 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verduidelijking:

De medicatiedistributie moet op een zo veilig mogelijke wijze 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 (bv. van medisch farmaceutisch comité, comité medisch materiaal, antibioticatherapiebeleidsgroep), formularia (medicatie, medisch materiaal, antibiotica)

Beoordeling:	B, B, A, A, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het RMSC heeft geen erkenning voor de functie ziekenhuisapotheek. De apotheek van het nabijgelegen AZ Mariaziekenhuis Noord-Limburg staat in voor het volledige medicatiegebeuren in het revalidatieziekenhuis. Voor RMSC wordt de medicatie via een vaste externe koerier naar de afdeling gebracht op vastgelegde tijdstippen.• Binnen de apotheekequipe van het AZ (7 koppen, 5,6 VTE) is een apotheker aangeduid die zich specifiek bezighoudt met het medicatiegebeuren in het RMSC en die daar ook tweewekelijks aanwezig is.• De apothekers van het Mariaziekenhuis verzekeren buiten de gewone openingsuren van de apotheek een wachtdienst volgens een beurtrol.

- Het Medisch Farmaceutisch Comité, het Comité Medische Materialen en het Comité antibioticabeleid zijn geïnstalleerd op het niveau van de vzw Mariaziekenhuis. Al deze comités zijn conform de regelgeving samengesteld.
- Er is een gemeenschappelijk geneesmiddelenformularium voor beide ziekenhuizen. Er is een procedure omtrent het omgaan met voorschriften buiten het formularium.
- Er is een antibioticaformularium dat een lijst met restrictieve antibiotica bevat. De laatste revisie dateert van 2017.
- Er is een uitgeschreven antibioticabeleid.
- Het medicatiegebeuren staat beschreven in meerdere procedures die toegankelijk zijn via het intranet. Een aantal van deze procedures werd reeds aangepast aan de geïntegreerde vzw, andere hebben nog hun vorige status als AZ-procedure. Dit schept in de praktijk geen verwarring, omdat reeds voor de invoering van de nieuwe samenwerkingsvorm de medicatiedistributie voor het Revalidatie en MS Centrum door het AZ werd behartigd.

Alle noodzakelijke aspecten van een veilig medicatiebeheer staan in de procedures beschreven. Het gaat o.a. om het medicatievoorschrift, leveringsmodaliteiten, het bewaren (met inbegrip van koelkast) en toedienen van geneesmiddelen en de controles op deze processen. Daarnaast zijn de toegang tot de noodapothek en de modaliteiten rond hoogrisicomedicatie, narcotica en cytostatica ook beschreven in een procedure.

De naleving van de procedure voor hoogrisicomedicatie en de interne controle hierop kunnen verbeterd worden. Volgens de eigen werkwijze labelt men de plaats waar deze medicatie bewaard wordt. Bij controle van hoogrisicomedicatie op een afdeling werd vastgesteld dat er rijen in een kast aangeduid zijn met een HRM-label, maar dat de medicatie zelf niet steeds in de juiste rij staat. Een bepaald hoogrisicogeneesmiddel stond zelfs op een plek in de kast tussen andere medicamenten, zonder enige aanduiding. Hoogrisicomedicatie moet ofwel individueel als dusdanig gelabeld zijn, ofwel apart en aangeduid bewaard worden van de andere medicatie.

- Geneesmiddelen worden meestal elektronisch voorgeschreven, via het "MCB". Tot aan de invoering van KWS gebruikt men hiervoor het platform Xperthis. Voor een aantal geneesmiddelen (cytostatica) wordt een papieren voorschrift gebruikt; de voorwaarden en de controlemechanismen staan beschreven in een procedure. In MCB staan in de validator-uitvallijst ook artsen aanvinkbaar die niet meer werkzaam zijn in het ziekenhuis. Een aantal gegevens (bv. thuismedicatie, allergie) worden wel in het EPD genoteerd maar niet steeds in het MCB, hoewel dat een meerwaarde zou kunnen zijn.

- Buiten de openingsuren van de apotheek moet de procedure "dringende aanvraag van geneesmiddelen buiten de openingsuren van de apotheek" gevolgd worden. Voor spoedgevallen kunnen de verpleegkundigen gebruik maken van een automatische Vanas-medicatiekast. Elk gebruik van een geneesmiddel uit deze kast is traceerbaar en de stockcontrole is sluitend.
- Een verpleegkundige kan in een dringend geval een voorschrift inbrengen, bijvoorbeeld op basis van een mondeling order van de arts. De apotheek checkt de validatie door de artsen van de voorschriften. Uit steekproeven en gesprekken blijkt dat dit zelden voorkomt in het RMSC en dat de artsen onmiddellijk of zeer snel valideren.
- Op de verpleegafdelingen zijn er geen eigen medicatievoorraden, enkel voorgeschreven medicatie op naam van patiënten. Deze medicatie wordt bewaard in een afsluitbaar lokaal.
Op het dagziekenhuis heeft men op de afdeling een voorraad van een aantal geneesmiddelen die daar courant gebruikt worden. Van deze medicatie bestaat een lijst en er gebeurt een systematische controle van de stock. Medewerkers geven aan dat niet alle aanwezige medicatie strikt noodzakelijk is in de voorraad. We bevelen aan om deze lijst te evalueren om deze zo beperkt mogelijk te houden.
- De meeste medicatie wordt in unidose geleverd aan de afdelingen. Het Mariaziekenhuis beschikt hiervoor over een verdeelrobot. Overige geneesmiddelen worden manueel in unidose verpakt, met steeds een gegevenssticker op de individuele dosis.
- Bij steekproefcontroles betreffende medicatie werden op de afdelingen volgende vaststellingen gedaan:
 - Er werd geen vervallen medicatie aangetroffen
 - Alle gecontroleerde geneesmiddelen bevatten alle vereiste gegevens (naam, sterkte, vervaldatum, toedieningsvorm, volgnummer)
 - De registraties van de temperatuur van de medicatiekoelkasten werden aangetoond. De instructies voor het handelen bij afwijkende temperaturen zijn duidelijk voor de medewerkers.
 - Narcotica worden op een veilige manier bewaard in overeenstemming met de procedure.
 - Bij het niet toedienen van een voorgeschreven geneesmiddel was de reden niet steeds genoteerd in MCB.
- Vanuit de apotheek wordt regelmatig vorming betreffende het medicatiegebeuren georganiseerd voor de medewerkers.
- Men kan resultaten tonen van interne audits betreffende het medicatiegebeuren (bv. bewaring medicatie, narcotica, medicatiekoelkasten,...). Deze gegevens worden besproken op het MFC. Uit de analyse volgden een aantal verbeterprojecten (bv. opmaak of aanpassen van procedures).
- Niet alle gegevens betreffende het medicatiegebeuren worden benut. In 2017 werden 151 incidenten (zowel binnen de apotheek als op

	<p>afdelingsniveau) gemeld in I-Prova; hiervan werden er 3 diepgaand geanalyseerd. De criteria die gebruikt werden om over te gaan tot een analyse van die incidenten zijn niet duidelijk. De apotheek werd geïnformeerd, maar was niet direct betrokken bij de analyse van de medicatie-incidenten noch bij de eventuele gekoppelde verbeteracties.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De bijdrage van de apotheek tot de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid kan geoptimaliseerd worden. Vanuit de apotheek heeft men geen toegang tot het EPD. Hierdoor heeft de apotheker meestal geen zicht op de thuismedicatie, tenzij hij tot op de afdelingen komt. De apotheker heeft geen inspraak bij het bepalen van de ontslagmedicatie (bv. substitutie naar thuismedicatie, correct medicatieschema afgeleverd,...). <p>De apotheker heeft wel altijd zicht op het actuele medicatieschema van de opgenomen patiënten.</p>
--	---

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:	B, B, B, B, B: goed
Opmerking:	<ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis informeert de patiënt over de rechten van de patiënt aan de hand van de opnamebrochure, website, folders, affiches op afdelingen en in het ziekenhuis. • Het ziekenhuis informeert zijn patiënten niet systematisch over hun rechten aan de hand van een gesprek.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Meerdere personeelsleden in de zorg volgden in 2017 een opleiding waar de patiëntenrechten aan bod kwamen. 1 arts nam deel aan deze vorming. Verdere opvolging van deze vorming staat nog niet gepland. • Nieuwe medewerkers ontvangen tijdens de vormingsweek informatie omtrent de rechten van de patiënt (sinds september 2018). • Het ziekenhuis werkt met een informed consent document voor euthanasie, klinische studies en fixatie. • Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: inzage in dossier, weigeren behandeling, second opinion. • Er is geen procedure voor ontslag tegen medisch advies. Wanneer dit zich voordoet, is er wel een specifiek invulformulier ter beschikking. • Er is geen procedure vrije keuze beroepsbeoefenaar. Vanuit bevraging van de medewerkers tijdens de inspectie wordt aangegeven dat patiënten in principe een andere beroepsbeoefenaar kunnen vragen, waar indien mogelijk rekening mee gehouden wordt. • Voor anderstalige patiënten kan er beroep gedaan worden op anderstalige medewerkers en op een tolkdienst. Het ontbreekt het ziekenhuis wel aan een lijst van zorgverleners die gezondheidsinformatie kunnen verstrekken / vertalen aan anderstalige patiënten. |
|--|--|

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, C, B, C, C: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • In het ziekenhuis is er geen stuurgroep palliatieve zorg maar wel een Palliatief Support team actief. Dit team komt minstens maandelijks samen voor overleg. Hun taken en bevoegdheden staan niet uitgeschreven. • Er is een ontwikkelingsplan opgesteld voor de aanpak en uitbouw van de palliatieve zorgcultuur. • Het PST is momenteel bezig met de bekendmaking van hun werking (a.d.h.v. flyers voor medewerkers, presentatie op de afdelingen,,...) en de verspreiding van een palliatieve zorgcultuur. Vroegtijdige zorgplanning en pijnbestrijding is bij de palliatieve begeleiding een belangrijk aspect. • Er is geen formele procedure waarin de werking (hoe aanvraag doen, wie voert gesprekken, wanneer, gebruik palliatief observatieblad, wanneer gebruik schaal, wie aanwezig bij besprekingen palliatieve patiënten,...) beschreven staat . • Het team heeft geen zicht op alle mogelijke palliatieve zorgvragen binnen het ziekenhuis. • De werking van de palliatieve zorgcultuur wordt niet op structurele wijze geëvalueerd. • Het ziekenhuis beschikt niet over een jaarverslag van het palliatief team. • Op het moment van de inspectie was er geen patiënt als “palliatief” geïdentificeerd in het ziekenhuis.

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/wachttijd 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:	C, B, A, A, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• De 120 Sp-bedden zijn ondergebracht in 4 afdelingen. Daarnaast is er ook een ambulante aanbod in een dagziekenhuis. Binnen het RMSC zijn er verschillende patiënten-doelgroepen, welke een aanbod van gespecialiseerde zorg en revalidatie krijgen, zowel residentieel als ambulante. Afhankelijk van de aandoening en het stadium wordt de balans tussen de aspecten zorg en revalidatie afgewogen. Patiënten met verschillende neurologische en locomotorische aandoeningen kunnen op die manier aangepaste behandeling (op maat) krijgen in een aangepaste setting. Een cluster, samengevoegd volgens de aandoening, bestaat uit een multidisciplinair team toegewezen per patiëntendoelgroep. Bijzondere subpopulaties binnen de bestaande clusters zijn te vinden onder de MS/ALS-conventie en binnen de comawerking.• Het RMSC heeft samenwerkingsovereenkomsten met thuisvervangende voorzieningen voor de conventies MS en coma.• De gemiddelde bezettingsgraad bedraagt 75,67% (2017), waarbij in totaal 830 mensen werden gehospitaliseerd en 1301 opnames gebeurden in het dagziekenhuis.• Organisatie van zorg, behandeling en begeleiding van revalidanten werd in detail uitgeschreven in het revalidatieconcept. Kernbegrippen zijn: patiënt empowerment, multidisciplinariteit, professionele competentie, levenskwaliteit. De links met missie, visie en het strategisch beleidsplan van de vzw Mariaziekenhuis zijn duidelijk. Taken en verantwoordelijkheden van elkeen binnen de multidisciplinaire teams zijn duidelijke uitgeschreven. Ook de aansturing van de disciplines en onderlinge afstemming is duidelijk. Er zijn schriftelijke afspraken betreffende de overdracht van informatie, bv. briefings op de afdelingen, wekelijkse teambesprekingen van alle patiënten per cluster,...• Opname van patiënten in het RMSC verloopt volgens de procedure “Opname- en ontslagbeleid”. Hierin worden de in- en exclusiecriteria beschreven van de volgende zorglijnen:<ul style="list-style-type: none">○ Multidisciplinaire revalidatie van neurologische en locomotorische patiënten.

- Diagnosevorming, medicamenteuze behandeling en/of medische follow-up van neurologische patiënten.
- Tijdelijke opvang en reactivering van neurologische patiënten.
- Continu gespecialiseerde opvang en behandeling van personen met MS/ALS in een vergevorderd stadium van hun aandoening.
- Gespecialiseerde multidisciplinaire revalidatie en reactivering van comapatiënten tijdens de ontwaakperiode.

Door het gebruik van de opnameprocedure heeft men op de afdelingen snel zicht op de revalidatiebehoeften van de patiënten.

- De ontslagvoorbereiding start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek en hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, multidisciplinair en in overleg met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als financiële aspecten en beoogt een optimale re-integratie in de leefomgeving van de patiënt. Het ontslagmanagement wordt gecoördineerd en opgevolgd door de sociale dienst. Voor patiënten die tijdens hun verblijf evolueren naar een palliatieve toestand wordt een aanvraag tot opname in een palliatieve eenheid in een acuut ziekenhuis ingediend. In tussentijd ondersteunt het palliatief supportteam het behandelend team bij het uitvoeren van zorg bij de patiënt.
- Voor elke afdeling en voor het dagziekenhuis is een behandelende arts toegewezen die de medische eindverantwoordelijkheid draagt.
- Het ziekenhuis kan heel wat initiatieven tonen om het revalidatieconcept kenbaar te maken naar externen alsook naar patiënten en medewerkers (bv. brochures, vorming, infodagen, infoborden, infosessies,....)
- Volgende initiatieven promoten de betrokkenheid van patiënten en familie:
 - De sociale dienst organiseert een revalidatiedag op vraag van de familie of op vraag van de afdeling/therapeuten als blijkt dat de familie verschillende vragen bij de revalidatie hebben. Op de teambespreking wordt deze afgesproken.
 - Er zijn verschillende informatiebrochures aanwezig voor zowel de patiënt als de familie, maar deze zijn niet in andere talen. Indien er een taalprobleem is, kan er beroep gedaan worden op een tolk via de sociale dienst om de informatie te vertalen.
 - Jaarlijks wordt er binnen het centrum psychosociale educatie voorzien voor partners, ouders en kinderen van patiënten. Deze sessies gaan 6x/jaar door en omvatten verschillende thema's o.a. omgaan met karakterveranderingen, omgaan met veranderingen in zelfstandigheid, e.a. Deze sessies worden verzorgd door de psychologen en de medewerkers van de sociale dienst.
 - 4x/jaar wordt er een Comité vrije tijd georganiseerd met deelname van patiënten vanuit de woonzone, een aantal gehospitaliseerde patiënten en vrijwilligers. Op deze bijeenkomsten worden o.a. nieuwe activiteiten besproken, maar ook items die door patiënten aangegeven worden.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Het ziekenhuis beschikt over gegevens die een beeld geven van de instroom, eventuele wachttijden en uitstroom van patiënten. Bezettingsgraden op de afdelingen bereiken regelmatig 80%. Er blijken quasi nooit wachttijden voor opname te zijn, behalve soms voor een comapatiënt.• Voor elke patiënt wordt een behandelplan op maat opgesteld, dat minstens wekelijks geëvalueerd en desgevallend bijgesteld wordt. De neerslag van dit MDO wordt genoteerd in het patiëntendossier.
In de gecontroleerde dossiers waren de behandelplannen goed ingevuld.• Het ziekenhuis verzamelt niet systematisch voor alle patiënten van de afdelingen of clusters gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (bv. geobjectiveerde functionele verbetering, PROM).
Specifiek voor MS-patiënten gebeurt wel heel wat wetenschappelijk onderzoek met resultaten voor een aantal subgroepen en bepaalde behandelingen.• Er is geen systematische opvolging van het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden. |
|--|---|

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, A, A, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn conform samengesteld.• 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.• Bij steekproefcontroles tijdens de inspectiedagen werd geen enkele medewerker aangetroffen die in overtreding was met de handhygiënevoorschriften.

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 patiëntgegevens 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 patiëntgegevens 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, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het gebruik van het patiëntendossier, deels elektronisch, deels op papier verloopt niet steeds vlot. De informatie wordt op verschillende plaatsen genoteerd zodat de gegevens versnipperd zitten en niet steeds snel een overzicht kan bekomen worden van relevante informatie.• Het ziekenhuis beschikt over een gestandaardiseerd document "Checklist Patiënt Transfer Verpleegdienst" dat alle noodzakelijke elementen bevat voor en transfer van een patiënt. Deze invullijst moet steeds bij het patiëntendossier gevoegd worden dat de patiënt steeds volgt.• Het beleid bij patiënten die drager zijn van MDRO maakt deel uit van de procedure voor isolatiemaatregelen. Men gebruikt een gedetailleerd invuldocument, ook bestemd voor extramurale zorgverleners, dat steeds meegaat met de patiënt bij een transfer.• 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:	B, B, B, B, A: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het RMSC realiseert, omwille van haar specifieke doelgroepen, opnames van patiënten afkomstig uit een zeer groot gebied (gans Vlaanderen en een deel van Nederland voor MS; Limburg en aanpalende provincies voor overige revalidatie). Hierdoor lijkt het systematisch formeel samenwerken met lokale huisartsenkringen minder relevant. Contacten met de plaatselijke eerste lijn zijn er wel, via het Mariaziekenhuis. Dit algemene ziekenhuis is ook de preferentiële partner voor bijkomende onderzoeken, ingrepen en consulten. Het ziekenhuis heeft zicht op de partnerorganisaties in haar netwerk, dat zowel geografisch als inhoudelijk bepaald is.• Bij (door)verwijzing of ontslag wordt een gedetailleerde ontslagbrief meegegeven met alle relevante informatie. Patiënten krijgen daarnaast de nodige documenten mee m.b.t. vervolgfafspraken, contactgegevens, opvolging paramedici en medicatieschema. Bij patiënten in revalidatie is er ook een paramedische verwijs-ontslagbrief met daarin een eindbilan.• Het ziekenhuis neemt niet deel aan een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg noch is er een structureel overleg met psychiatrische ziekenhuizen.• Het ziekenhuis neemt deel aan structureel overleg tussen revalidatieziekenhuizen onderling.

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:	C, A, A, A, B: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Zowel opname als ontslag zijn sterk gestructureerd, multidisciplinair opgevat, steeds met een arts-stafid als eindverantwoordelijke voor de beslissing. Het grootst aantal patiënten wordt opgenomen voor revalidatie. Vooraleer deze patiënten opgenomen worden wordt er door de verwijzer een schriftelijk opnamedossier ingevuld en aan de revalidatiearts overgemaakt. Hierin staan alle relevante gegevens m.b.t. reden van opname, voorgeschiedenis, medicatie.• Tijdens het intakegesprek bij een effectieve opname, wordt de uitgebreide anamnese door de verpleegkundige ondersteund door het document "opnamegesprek door verpleegkundige" met een checklist. Artsen en therapeuten noteren wekelijks de stand van zaken in het EPD Revapro. De verpleegkundig groepsleider verwerkt de info van de teambespreking in orders binnen het elektronisch verpleegdossier. Uit dossierchecks tijdens de inspectie blijkt dat de zorgverleners van de verschillende disciplines consequent hun acties documenteren in het patiëntendossier.

- Dit dossier kampt echter met structurele problemen die de correcte doorgave van, en het snelle overzicht op, relevante patiëntgegevens kunnen hypothekeren. Enkele voorbeelden illustreren dit:
 - Voor algemene en voor orthopedische revalidatie wordt het medisch opnamedossier in Revapro geregistreerd.
 - Voor MS-patiënten is er een apart medisch dossier (IMED) dat enkel toegankelijk is voor arts en MS-verpleegkundigen.
 - Voor artsen is er ook nog een aparte medische schijf (W) waar alle relevante medische verslagen worden bijgehouden.
 - Een aantal gegevens worden enkel op papier bijgehouden; soms zijn er tegelijk papieren en elektronische versies van dezelfde informatie.
 - Alle gegevens kunnen gevonden worden in de dossierdelen, maar dat vraagt soms heel wat tijd en energie wegens de versnippering van de informatie.
 - De apotheker heeft geen toegang tot het EPD.
- Men hoopt aan de problematiek van verspreide informatiedragers te kunnen remediëren door de implementatie van een nieuw geïntegreerd patiëntendossier. Voor beide ziekenhuizen van de vzw wordt KWS uitgerold (2018-2019). Hiermee zullen voor het RMSC de papieren dossierdelen verdwijnen en ook zal het gelinkte medicatiebeheersysteem binnen KWS het huidige platform van MCB vervangen. Vorming werd voorzien voor alle beroepsgroepen.
- De medische permanentie wordt verzekerd door de artsen-stafleden volgens een beurtrol.
- Bij afwezigheid van een verpleegkundige wordt de mobiele equipe ingeschakeld.
- Bij afwezigheid van een therapeut is eveneens een systeem voorzien om de continuïteit van de therapie te waarborgen. Dit aspect werd beschreven onder het hoofdstuk “Personeel en bestaffing”.
- De voorbereiding van het ontslag vangt snel bij opname aan. Ontslag volgt na bespreking in het multidisciplinaire team, met de arts als eindverantwoordelijke. Dit aspect werd reeds beschreven onder hoofdstuk “Zorg voor revalidatiepatiënten”.
Elke patiënt krijgt bij ontslag in principe een uitgebreide ontslagbrief, die gaandeweg tijdens de opname vorm krijgt, met inbegrip van een medicatieschema.
- Er zijn geen formele afspraken over de termijn waarbinnen ontslagbrieven moeten verstuurd worden, noch over de minimaal verwachte inhoud van de ontslagbrieven
- Er is geen gestructureerd controlesysteem voor het tijdig versturen en de volledigheid 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:	C, C, C, C, C: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Uit het organogram blijkt dat de algemeen directeur de ombudspersoon aanstuurt.• Het ziekenhuis werkt met een interne ombudspersoon. De ombudspersoon werkt daarnaast als maatschappelijk assistent op de sociale dienst. Zij neemt deel aan het provinciaal overleg van de ombudsdiensten. Een opleiding “bemiddeling” voor de ombudspersoon staat gepland voor 2019.• Contactgegevens en beschikbaarheden van de ombudspersoon worden via verschillende kanalen verspreid: website, informatieborden, opnamebrochures, folders. Een nominatieve verwijzing ontbreekt in deze informatiebronnen.• De ombudspersoon heeft geen eigen lokaal, zitdag of ronde door het ziekenhuis.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Er is een huishoudelijk reglement dat de werking van de ombudsdienst beschrijft. Indien de ombudspersoon zelf betrokken is bij een klacht, wordt deze klacht behandeld door de ombudspersoon van het Mariaziekenhuis Noord-Limburg. De samenwerking tussen de ombudsfuncties van beide ziekenhuizen moet nog geoperationaliseerd worden. De werking van de ombudsdienst bij korte en langdurige afwezigheid (vervanging) is niet concreet uitgewerkt.• Het ziekenhuis heeft een klachtenprocedure. Deze wordt niet actief kenbaar gemaakt aan de patiënten. Een klachtenformulier is aanwezig in de opnamebrochure en is beschikbaar voor patiënten op de afdeling.• Klachten worden meestal op de afdelingen zelf afgehandeld; de ombudspersoon wordt in dat geval niet op de hoogte gebracht.• Er is geen systematische registratie van alle klachten: alleen de klachten die bij de ombudspersoon gemeld worden, worden geregistreerd.• De ombudspersoon wordt niet actief op de hoogte gebracht van de analyses en verbetervoorstellen die voortkomen uit de patiëntentevredenheidsmeting of uit incidentanalyses.• Jaarlijks maakt de ombudspersoon een jaarverslag op dat besproken wordt op het directiecomité, op de Raad van Bestuur en op de Medische Raad. Het ontbreekt het voorgaande jaarverslag aan tal van gegevens (bv. aantal klachten, wijze van behandeling van klachten, termijnen,...) die zicht kunnen geven op de werking van de ombudsdienst. |
|--|---|

11 ALGEMEEN BESLUIT

Overzicht beoordelingen per onderwerp

5	Leiderschap	
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie.....	zeer goed
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement.....	zeer goed
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	zeer goed
6.2	Vorming	goed
7	Veilige Omgeving	
7.1	Gezonde behandelaars	zeer goed
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	matig
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	goed
8	Gestandaardiseerde Zorg	
8.1	Globaal kwaliteitssysteem	goed
8.2	Ethisch comité	zeer goed
8.3	Therapeutische restricties	goed
8.4	Medicatie distributie	zeer goed
8.5	Patiëntenrechten	goed
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 patiënten met multidrugresistente organismen (MDRO).....	goed
10	Communicatie	
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers	zeer goed
10.2	Continuïteit van zorg	zeer goed
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie	matig

Globale beoordeling:

Het ziekenhuis behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling “goed” tot “zeer goed” (18/21). Voor 3/21 onderwerpen was het resultaat “matig”. Voor geen enkel onderwerp werd een “onvoldoende” toegekend.

Het Revalidatie en MS Centrum was op het moment van de inspectie volop in transitie. De organisatie veranderde fundamenteel in januari 2018, waarbij het autonome categorale ziekenhuis een structureel samenwerkingsverband binnen eenzelfde vzw aanging met het nabijgelegen algemene ziekenhuis Mariaziekenhuis Noord-Limburg. De aansturing van beide ziekenhuizen gebeurt sindsdien grotendeels gezamenlijk, met uitzondering van het medisch departement waarvoor per erkenningsnummer een eigen hoofddarts en Medische Raad blijft bestaan.

Beide ziekenhuizen gaan voor een accreditering door NIAZ in 2021. Voor het Mariaziekenhuis Noord-Limburg zal dat de tweede keer zijn.

Een aantal knelpunten houden verband met de manier van dossiervoeren die in gebruik is in het RMSC. Zowel het patiëntendossier als het medicatiebeheersysteem vertonen gebreken. Het management is zich bewust van deze problematiek en heeft beslist om voor de beide ziekenhuizen binnen de vzw een performant multidisciplinair geïntegreerd EPD te implementeren.

Er is verbetermogelijkheid onder meer op volgende vlakken:

- Het ziekenhuis heeft behoefte aan een veiligheidsmanagementsysteem dat efficiënter kan bijdragen tot de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Het leerpotentieel van het bestaande meldsysteem wordt onvoldoende benut.
- De procedure betreffende palliatieve zorg moet uitgewerkt worden, waarbij onder meer de indicatie voor nood aan palliatie duidelijk objectiveerbaar kan gemaakt worden en de randvoorwaarden voor een gedragen palliatieve zorgcultuur beschreven moet worden.
- Het functioneren van de ombudsfunctie voor het ziekenhuis moet globaal herbekeken worden.
- Door de verspreide bewaring van informatie van het patiëntdossier, kan niet snel door alle zorgverleners een overzicht van alle relevante gegevens betreffende de zorg voor de patiënt bekomen worden.
- De bijdrage van de apotheek tot het zorgbeleid is te beperkt.
- Op vlak van uitkomstenmonitoring kan een stap voorwaarts worden gezet (bv. PROM, klinische outcome revalidatie,...).
- Na de intense transitieperiode is het belangrijk om op het vlak van de organisatie en de aansturing van de zorg de situatie voor de medewerkers te stabiliseren, zodat voldoende vertrouwen blijft bestaan en het draagvlak bij hen kan verbreed worden. Analoog kan dezelfde bedenking geformuleerd worden betreffende het kwaliteitsbeleid.
- De concrete toepassing van het beleid betreffende therapeutische restricties kan beter opgevolgd worden.