DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

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

VERSLAG SYSTEEMTOEZICHT

INSPECTIEPUNT	
Naam	IMBO
Adres	Zeedijk 286-288, 8400 Oostende
Telefoon	059 70 51 81
E-mail	**info@bzio.be**
Dossiernummer	E 679

INRICHTENDE MACHT	
Naam	BZIO (Bundeling Zorginitiatieven Oostende)
Juridische vorm	vzw
Adres	Zeedijk 286-288, 8400 Oostende
Telefoon	059 70 51 81
E-mail	**info@bzio.be**

UITBATINGSPLAATS	
Naam	IMBO
Adres	Zeedijk 268-288, 8400 Oostende

OPDRACHT	
Nummer	O-2016-MAPU-0668
Datum	26/09/2016
Inspecteurs	XXXX
	XXXX
	XXXX

VERSLAG	
Nummer	V-2016-KOFI-0009
Datum	16/12/2016

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	aangekondigd bezoek op 28/11/2016 en 02/12/2016

INHOUD

1 Inleiding: kwaliteitsbevordering en –bewaking in de Vlaamse algemene ziekenhuizen 4
2 Principes van het systeemtoezicht 4
2.1 Definitie en doelstelling van systeemtoezicht 4
2.2 Risicogestuurde inspectiemethodiek 5
2.3 Verschil met nalevingstoezicht 5
2.4 Werkwijze 5
2.5 Beoordeling per onderwerp 7
2.6 Algemeen besluit 9
2.7 Rapportering 9
3 Inspectieproces 10
3.1 Samenstelling van het inspectieteam 10
3.2 Inspectieplan 10
4 Situering van de voorziening 11
4.1 Management 11
4.2 Erkenningssituatie 11
5 Leiderschap 12
5.1 Leiderschap op niveau bestuur en directie 12
5.2 Leiderschap binnen het medisch departement 13
5.3 Leiderschap binnen het verpleegkundig departement 14
5.4 Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten 15
6 Personeel 17
6.1 Personeel en bestaffing 17
6.2 Vorming 18
7 Veilige Omgeving 20
7.1 Gezonde behandelaars 20
7.2 Veiligheidsmanagementsysteem 21
7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen 22
8 Gestandaardiseerde Zorg 25
8.1 Globaal kwaliteitssysteem 25
8.2 Ethisch comité 27
8.3 Therapeutische restricties 28
8.4 Medicatiedistributie 29
8.5 Patiëntenrechten 31
8.6 Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie 32
8.7 Zorg voor revalidatiepatiënten 33

9 Hygiëne....36
9.1 Handhygiëne....36
9.2 Transfers van patiënten met multidrug-resistente organismen (MDRO)....37
10 Communicatie....38
10.1 Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers....38
10.2 Continuïteit van zorg....39
10.3 Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie....40
11 Algemeen besluit....43

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

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

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

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

2 PRINCIPES VAN HET SYSTEEMTOEZICHT

2.1 DEFINITIE EN DOELSTELLING VAN SYSTEEMTOEZICHT

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

2.2 RISICOGESTUURDE INSPECTIEMETHODIEK

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

1. Systeemtoezicht wordt voorzien voor die ziekenhuizen die hebben aangegeven niet in een accreditatietraject te stappen. Concreet gaat het om vier categorale ziekenhuizen.
2. Zorginspectie wil bij het systeemtoezicht vooral die aspecten van de organisatie van de zorg bekijken, die gerelateerd kunnen worden aan de veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Dit is trouwens ook het belangrijkste objectief bij het nalevingstoezicht.
3. Bij de individuele doorlichting wordt, in functie van mogelijke risico's in die bepaalde voorziening, ingezoomd op aspecten die nog onduidelijk zijn of die extra aandacht verdienen. Om deze risico-inschatting te kunnen maken, voorziet Zorginspectie een voorbereidende analyse op basis van een zelfevaluatie (door het ziekenhuis) en andere gegevensbronnen (bv. VIP², resultaten uit het nalevingstoezicht, eventuele bevindingen uit externe en/of interne doorlichtingen,…).
4. Door middel van de inspectiemethodiek wordt de focus gelegd op de kwaliteitsdynamiek in het ziekenhuis en de mate waarin de kwaliteit en veiligheid van de zorgprocessen gegarandeerd wordt.

2.3 VERSCHIL MET NALEVINGSTOEZICHT

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

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

2.4 WERKWIJZE

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

risicoanalyse, waarbij door het inspectieteam bepaald wordt op welke (deel)onderwerpen tijdens de inspectie dieper moet worden ingegaan.
Hierbij hanteren de inspecteurs per onderwerp een gestandaardiseerde lijst om de systeemelementen te beoordelen, zodat voor elk ziekenhuis steeds dezelfde items meegenomen worden bij de risicoanalyse.

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

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

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

2.5 BEOORDELING PER ONDERWERP

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6 ALGEMEEN BESLUIT

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

Bij deze eindbeoordeling wordt rekening gehouden met vier elementen:

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

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

Dit algemeen besluit heeft een meervoudig doel:

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

2.7 RAPPORTERING

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

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

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

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

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

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

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

3 INSPECTIEPROCES

3.1 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

XXXX	Hoofdinspecteur
XXXX	Inspecteur
XXXX	Inspecteur
XXXX	Observator (dag 1)

3.2 INSPECTIEPLAN

MAANDAG 28/11/2016			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00–10u00	Voorstelling door het inspectieteam (30') en voorstelling door ziekenhuis (30')		
10u00–11u00	Ombuds / Klachtenbemiddeling / Patiëntenrechten	Leiderschap: bestuur/directie + zorgondersteunende diensten	Medicatiedistributie
11u00–12u00	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
12u00–13u00	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u00–14u00	afdelingsbezoek	Kwaliteitsmanagement + veiligheidsmanagement	afdelingsbezoek
14u00-15u00		afdelingsbezoek	

VRIJDAG 02/12/2016			
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**
9u00–10u30	Support team, Ethisch comité, DNR Veiligheid in de relatie tussen personeel en patiënt	Leiderschap: medisch departement	Leiderschap: verpleegkundig departement
10u30–12u00	afdelingsbezoek	Continuïteit van zorg Communicatie met verwijzers	Personeel en bestaffing, Vorming Handhygiëne
12u00–13u00		afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
13u00–14u30	Middagmaal + overleg inspecteurs		
14u30–15u30	Afrondend gesprek (met directie)		

4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

4.1 MANAGEMENT

Voorzitter Raad van Bestuur	XXXX
Gedelegeerd bestuurder	XXXX

Directiecomité:

Algemeen directeur	XXXX
Hoofdarts / Directeur Revacentrum	XXXX
Directeur zorg	XXXX
Directeur administratie en ondersteunende diensten	XXXX
Voorzitter medische raad	XXXX
Ziekenhuisapotheker	XXXX

4.2 ERKENNINGSSITUATIE

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

Sp-locomotorisch	Totaal
125	125

- Een functie ziekenhuisapotheek.

5 LEIDERSCHAP

Verwachtingen:

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

5.1 LEIDERSCHAP OP NIVEAU BESTUUR EN DIRECTIE

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**A, A, A, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• Er is voldoende expertise binnen de bestuursorganen van het ziekenhuis. • Er bestaat efficiënt overleg tussen de bestuursorganen. • De raad van bestuur, het directiecomité en de dagelijkse directie volgen de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid op via gestructureerde monitoring. • De directieleden zijn vlot bereikbaar voor de medewerkers en zijn regelmatig aanwezig op de werkvloer (management by walking around). • De artsen en de apotheker zijn sterk betrokken bij het (kwaliteits)beleid van het ziekenhuis. • Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen directie, bestuur en de andere bestuursorganen.

	• Het meerjarige beleidsplan werd verder uitgeschreven in departementale beleidsplannen en in jaarlijkse operationele ondernemingsplannen. • Van alle beleidsfuncties en managementorganen bestaat een beschrijving van hun taken en verantwoordelijkheden.

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:	**B, A, A, A, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het medisch organogram is geïntegreerd in het algemene organogram van het ziekenhuis. • Er zijn vijf artsen-stafleden op het moment van de inspectie. • Er zijn geen aparte medische diensten in het ziekenhuis. De patiënten worden volgens hun pathologisch beeld en de beschikbaarheid van bedden opgenomen op één van de afdelingen. • In het ziekenhuis zijn er geen medische diensthoofden, maar wordt het medisch beleid van de afdelingen aangestuurd door een afdelingsarts (drie omnipractici voor de vier afdelingen). Daarnaast zijn er twee revalidatieartsen die het medisch beleid coördineren. Een derde revalidatiearts werd aangeworven en zal in 2017 in het IMBO starten. • De hoofdarts houdt een persoonlijk dossier bij van alle ziekenhuisartsen. Het lijkt nuttig om deze dossiers aan te vullen met informatie over gevolgde vormingen en een verslag van de functioneringsgesprekken. • Het medische beleid wordt onder meer besproken binnen de medische raad, waar alle artsen-stafleden uitgenodigd zijn, met inbegrip van de hoofdarts. Ook de apotheker is bij deze vergaderingen aanwezig. Kwaliteit van zorg, ethische kwesties en onderwerpen betreffende patiëntveiligheid

	kunnen in de vergaderingen van de medische raad wat prominenter op de agenda gezet worden. Deze aspecten van het therapeutisch beleid komen wel aan bod tijdens de multidisciplinaire overlegmomenten (MDO-besprekingen). • Er is overleg tussen de hoofdarts en consulterende artsen (bv. radiologen). • Er is een duidelijke omschrijving van de taken van de verschillende artsenfuncties (hoofdarts, afdelingsarts, revalidatiearts). • Er gebeurt geen gestructureerde evaluatie (bv. door functioneringsgesprekken) noch bijsturing van de artsen. • De kinesitherapeuten en logopedisten zijn in het IMBO op zelfstandige basis werkzaam. Zij worden inhoudelijk aangestuurd door de revalidatieartsen, die hen ook driejaarlijks ziet voor functioneringsgesprek. Organisatorisch zijn ze zelf verantwoordelijk binnen hun discipline (via kineraad, logoraad). De organisatie van deze diensten is vastgelegd in een huishoudelijk reglement. Deze aparte aanpak leidt binnen het IMBO tot een efficiënt therapeutisch aanbod voor de patiënten.

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, A, B, B, A: Zeer goed**
Argumenten:	• Het organogram van het zorgdepartement is duidelijk. De aansturing van de multidisciplinaire teams gebeurt door de teamleiders. Zij worden hierin

	inhoudelijk ondersteund door de klinisch expert ergotherapie en een zorgcoach (verpleegeenheid 2 en 3). • De verpleegkundig directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici met bediendencontract die werkzaam zijn in het ziekenhuis. • Er is een omschrijving van de taken en bevoegdheden van verschillende functies binnen het zorgdepartement. • Om medewerkers de nodige doorgroei- en ontwikkelingsmogelijkheden te bieden worden ze op basis van de resultaten van een individuele vaardigheids- en competentiematrix (3x3-matrix) en hiërarchische doorgroeimogelijkheden ingedeeld en geschaald op een carrièreladder. • Van de medewerkers wordt systematisch op verschillende manieren beleidsinformatie bekomen, die dan structureel benut wordt voor actieplannen. • Er wordt op gestructureerde wijze informatie bekomen en benut over het functioneren van de teamleiders en de andere verpleegkundigen. Voor alle leidinggevenden en medewerkers met bediendencontract van het zorgdepartement werd een persoonlijk ontwikkelingsplan opgesteld, na functioneringsgesprekken. • In 2014 behaalde het BZIO het label Investors In People. Er wordt gewerkt aan de hernieuwing van dit label in 2017.

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 algemeen directeur en 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:	**B, A, A, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• De aansturing van de ondersteunende diensten van het ziekenhuis is duidelijk. Er is een directeur administratie en ondersteunende diensten en teamleiders voor specifieke deelgebieden. • Op de vergaderingen van de raad van bestuur en van de directie worden onderwerpen betreffende de ondersteunende diensten besproken. Het beleid wordt desgevallend bijgestuurd. • De communicatie over de werking van de ondersteunende diensten gebeurt efficiënt. • Er zijn geen systematische gestructureerde evaluaties van de verantwoordelijken van de ondersteunende diensten.

6 PERSONEEL

6.1 PERSONEEL EN BESTAFFING

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**B, A, B, B, B: zeer goed**
Argumenten:	• De directeur patiëntenzorg heeft zicht op de personeelsnood van alle afdelingen. • Het ziekenhuis tracht structureel de zorgzwaarte op de afdelingen te objectiveren. • Eventuele bestaffingsproblemen komen aan bod op het teamleidersoverleg. • De verpleegkundige bestaffing beantwoordt op alle afdelingen minstens aan de wettelijke normen. • Om het ziekteverzuim te doen dalen, werd in 2016 een aanwezigheidsbeleid uitgewerkt. • De mobiele equipe beschikt over voldoende gekwalificeerde medewerkers. Hun inzet wordt efficiënt georganiseerd. • Tijdens de nacht staat er op elke afdeling één nachtverpleegkundige (steeds voor 30 bedden of meer). Er wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen die in principe niet overdag werken. Het is niet duidelijk aantoonbaar of de nachtverpleegkundigen voldoende betrokken zijn bij alle relevante gebeurtenissen op de afdelingen.

6.2 VORMING

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**B, A, B, B, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het ‘Strategisch vormingsbeleidplan BZIO’ is uitgeschreven voor tal van doelgroepen waaronder verpleegkundigen, paramedici (bedienden en zelfstandigen) en keukenpersoneel. Het vormingsbeleid is niet uitgeschreven voor artsen. • In het vormingsbeleidplan wordt geen streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar, maar wordt de verwachting geuit dat minstens de verplichte vormingsmomenten worden bijgewoond. Uit gesprekken blijkt dat dit ongeveer zes uur bedraagt. • Voor nieuwe personeelsleden is er een gestructureerd ziekenhuisbreed inscholingsprogramma, maar geen dienstspecifieke inscholingsprogramma’s. • Er is een inscholingshandleiding met stappenplan voor een verpleegkundige of zorgkundige. Er zijn geen inscholingshandleidingen voor artsen en teamleiders. • De opleidingsnoden worden geïnterventariseerd aan de hand van een vaardigheid- en competentiematrix (3x3-matrix). • De vorming van de medewerkers wordt geregistreerd door een stafmedewerker. De hoofdarts heeft geen zicht op de gevolgde opleidingen van de zelfstandige kinesisten en logopedisten in het ziekenhuis.

	• Medewerkers en teamleiders hebben zelf onvoldoende zicht op de gevolgde vormingen. • De hoofdarts heeft, behalve voor de accreditering, geen zicht op de vormingen die de artsen volgen. • Artsen volgen geen vorming in managementvaardigheden. • De afdelingsartsen, kinesisten en logopedisten kunnen specifieke vorming volgen, aangepast aan de patiëntenpopulatie van de afdeling die hen is toegewezen. Het ziekenhuis ondersteunt dit financieel en organisatorisch. • Daarnaast specialiseren de afdelingsartsen nog in een ziekenhuisbreed subdomein (bv. ziekenhuishygiëne).

7 VEILIGE OMGEVING

7.1 GEZONDE BEHANDELAARS

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**A, A, B, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• Per discipline is een individuele werkpostfiche opgemaakt gelinkt aan de welzijnswet en de vereiste vaccinaties. • Het ziekenhuis heeft via de arbeidsgeneeskundige dienst 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 maakt dit actief bekend aan alle medewerkers via intranet. • Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende medewerkers (vaste personeelsleden en zelfstandigen) met een verslavingsproblematiek en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers. Dit aspect is opgenomen en uitgewerkt in het arbeidsreglement. De artsen hebben geen verwijzing naar dit beleid (maatregelen). • Het ziekenhuis is gestart in 2015 met symptoomherkenning en sensibilisering van burn-out (affiches op de afdelingen). Verschillende testings (VOW, Copsoc) worden reeds een aantal jaren afgenomen in het ziekenhuis.

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, blame free melden, mogelijkheid om anoniem te melden…)
- Er gebeurt een analyse op de gemelde incidenten (bv. indeling in risicocategorieën, verdere analyse volgens specifieke methodologieën…)
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses
- De resultaten van eventuele verbeteracties worden omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures…)
- Er zijn acties om het aantal meldingen te stimuleren (bv. feedback aan melder, beloningen, regelmatige aandacht voor het blame free 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:	**A, B, B, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• De directie, de artsen en de apotheker zijn direct betrokken bij het veiligheidsbeleid. De hoofdarts is eindverantwoordelijke voor het FONA-systeem. • In het ziekenhuis bestaat een actief multidisciplinair veiligheidsteam. In het veiligheidsteam, dat o.a. de incidenten analyseert, zijn de patiënten niet vertegenwoordigd. De reeds uitstekende werking van het team zou zo nog kunnen verbeteren. • Via het FONA-invuldocument (Faults and Near Accidents) kunnen incidenten en bijna-incidenten anoniem ingevoerd worden. Bij deze gegevensverzameling wordt nog een derde categorie gebruikt: ‘gevaarlijke situaties’ met melding van een situatie die wordt opgemerkt omdat ze potentieel een incident kan veroorzaken. • Een belangrijk aandeel van de meldingen heeft met valrisico te maken. Dit aspect is erg gedetailleerd uitgewerkt. • Delicate incidenten (bv. grensoverschrijdend gedrag) kunnen gemeld worden via twee vertrouwenspersonen. • Incidenten worden op gestandaardiseerde wijze ontleed (bv. via een Root Cause Analysis/SIRE, Bow tie) en verbeteracties worden aan deze analyse

	gekoppeld. Indien aangewezen worden procedures en aanverwante documenten opgemaakt of geactualiseerd. Ook kan bijkomende vorming over dat onderwerp worden georganiseerd. • Niet alle incidenten worden behandeld door het veiligheidsteam. De keuze van te analyseren onderwerpen gebeurt eerder ongestructureerd, maar is wel gebaseerd op hun frequentie en (de perceptie van) de ernst van de gevolgen. Dit kan correcter en volledi ger, bv. door het gebruik van een prioriteringsmatrix. • Resultaten van incidentanalyses worden regelmatig elektronisch verstuurd (Fonaflash) zodat de medewerkers snel zien wat er met hun meldingen gebeurt. • Niet alle beroepsgroepen binnen het ziekenhuizen melden systematisch incidenten. Eventueel kan bekeken worden of het nodig is acties te ondernemen om de achterblijvers te stimuleren intensiever te participeren in de meld- en leercultuur. • Het ziekenhuis ervaart zelf dat het huidige FONA-systeem niet volledig beantwoordt aan hun verwachtingen. Men wil daarom een nieuw elektronisch meldleersysteem invoeren, dat meer gericht is op de patiënt.

7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Verduidelijking:

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

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis/de afdeling heeft zicht op de eigen toepassing van VBM
- Er is aandacht voor de patiëntveiligheid (vorming, materiaal, infrastructuur, evaluaties) bij het uitvoeren van VBM
- Er gebeurt een analyse op de verzamelde gegevens betreffende VBM
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses

- De activiteiten/aspecten betreffende VBM zijn aantoonbaar (bv. beschreven in procedures en protocollen, flowcharts, observaties in patiëntendossier,…)
- De resultaten van eventuele worden verbeteracties omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures,…)

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**C, B, B, B, C: goed**
Argumenten:	• Het neergeschreven beleid rond vrijheidsbeperking bevat niet alle in het ziekenhuis toegepaste vrijheidsbeperkende methodes (fysieke en medicamenteuze fixatie). • Er is een procedure vrijheidsbeperkende middelen die de afspraken met betrekking tot fixatie van patiënten binnen het ziekenhuis omschrijft. Deze procedure kent een aantal knelpunten: o De procedure moet aangevuld worden met een definitie van wat er onder fysieke en medicamenteuze fixatie verstaan wordt, indicaties en tegenindicaties alsook wie telkens de eindverantwoordelijkheid heeft. o De verschillende fixatietechnieken (bv. wegloopbandje) die kunnen gebruikt worden, moeten beschreven worden. o Er zijn geen duidelijke afspraken rond het weigeren van fixatie door de patiënt. o Er wordt niet expliciet vermeld dat fixeren slechts in uiterste nood mag gebruikt worden (enkel bij acuut gevaar voor zichzelf of anderen). o Als indicatie (voor 'risicopatiënten') wordt o.a. valpreventie in de procedure aangegeven, maar fixatie is niet de beste maatregel voor valpreventie, soms zelfs tegenaangewezen. o De medische verantwoordelijkheid bij fixatie en het medisch toezicht tijdens en na het fixeren is niet geëxpliciteerd. o De tijdsduur voor herevaluatie van de fixatiemaatregel is niet omschreven.

	○ Er is bepaald waar extra aandacht aan moet gegeven worden (bv. decubituspreventie, controle van vitale parameters) maar er is niet bepaald hoe en wanneer dit precies moet geobserveerd worden. ○ Er is niets vermeld in de procedure omtrent bevraging van ervaringen van patiënten en familie. • Het is bij fixatie niet duidelijk wat er waar in het dossier genoteerd moet worden. Bij fixatie van een patiënt kan een pakket specifieke documenten geactiveerd worden in zijn elektronisch patiëntendossier (EPD). De notities van de arts worden op papier toegevoegd aan het patiëntendossier. Hierover staat niets vermeld in de procedure. • Tijdens het inspectiebezoek werd vastgesteld dat een aantal items betreffende fixatie moeilijk konden teruggevonden worden door de verpleegkundigen, zoals: ○ Startdatum van de fixatie ○ Bespreking tijdens het multidisciplinair overleg ○ Verantwoordelijke arts ○ Herevaluatie van de maatregel Een observatieschema, zoals vermeld in de procedure, werd niet teruggevonden in het dossier. • Er is geen beschrijving van het onderhoud en nazicht van het fixatiemateriaal en van de verantwoordelijke hiervoor. • Er is niets vermeld in de procedure omtrent bevraging van ervaringen van patiënten en familie. • Niet alle fixatiemaatregelen worden als dusdanig opgevat en dus niet systematisch opgevolgd. Tijdens de inspectie werd dit bv. vastgesteld voor het gebruik van een voorzettafel en voor het wegloopbandje. • Er is een werkgroep ‘agressie en vrijheidsbeperkende middelen’ die de fixaties in het ziekenhuis opvolgt en het beleid rond fixatie stuurt. Een teamleider (referentieverpleegkundige) geeft opleiding i.v.m. fixatie en gaat langs op de afdelingen ter ondersteuning. Binnen deze werkgroep volgt men heel wat indicatoren op betreffende vrijheidsbeperking (bv. aantal en duur van de fixaties), maar deze cijfers geven een vertekend beeld van de werkelijkheid, vermits niet alle toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen als dusdanig gepercipieerd en dus genoteerd worden. • Er is geen informatiefolder over vrijheidsbeperkende maatregelen voor patiënt/familie.

8 GESTANDAARDISEERDE ZORG

8.1 GLOBAAL KWALITEITSSYSTEEM

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**A, A, B, A, B: zeer goed**
Argumenten:	• In het IMBO is het kwaliteitsbeleid volledig geïntegreerd in het algemene beleid van het ziekenhuis. Kwaliteit en patiëntveiligheid worden gezien als een verantwoordelijkheid van iedereen die een functie heeft in het ziekenhuis. Deze elementen maken deel uit van een Total Risk Management (TRM), samen met o.a. het medisch farmaceutisch comité en ziekenhuishygiëne. Binnen het luik kwaliteit en veiligheid, wordt het beleid concreet uitgewerkt door verschillende werkgroepen, bv. rond de zorgpaden, valpreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen, veiligheidsteam, voeding.

	• Verschillende sleutelfiguren (leidinggevenden, medewerkers) van IMBO kunnen een ruime ervaring op vlak van kwaliteitsbeleid voorleggen en zijn ook buiten het ziekenhuis actief in kwaliteitsinitiatieven.
	• Men werkt zonder kwaliteitscoördinator, maar het centrale overzicht, de opvolging, de bijsturing en de coherentie worden bewaakt op directieniveau. Ook de raad van bestuur volgt het (kwaliteits)beleid concreet op. Er werd bv. een interne audit georganiseerd in 2015 in het kader van Total Risk Management (TRM) en in 2016 werd een intern auditteam opgericht.
	• Het beleidsplan 2012-2016 werd op gestructureerde wijze geëvalueerd (o.a. met Balanced Score Card) en het volgende beleidsplan (2017-2022) werd aan deze bevindingen aangepast. In het nieuwe beleidsplan neemt het ziekenhuis o.a. een engagement voor een accrediteringstraject in de nabije toekomst. Er is ook een plan om bijkomende patiëntervaringen op andere manieren te verzamelen - bv. Patient Reported Experience Measure (PREM) via focusgroepen - om ze te kunnen gebruiken bij het patiënt-gecentreerde beleid.
	• Zowel processen als resultaten worden voor klinische en operationele performantie in kaart gebracht door de opvolging van indicatoren (bv. binnen de zorgpaden, VIP², …). Ook op vlak van patiënttevredenheid en medewerkers worden relevante resultaten op gestructureerde wijze verzameld. Deze informatie wordt benut om het beleid te helpen sturen.
	• De teamleiders zijn vertrouwd met het concept van TRM en passen deze stramienen courant toe in de praktijk. Het doorgedreven gebruik van de Balanced Score Card (BSC) wordt ook op afdelingsniveau als beleidsinstrument toegepast.
	• De aandacht van de medewerkers voor kwaliteit wordt scherp gehouden en men verzamelt via verschillende, soms innoverende, kanalen informatie van op de werkvloer. Enkele voorbeelden illustreren dit:
	  ○ Via reflectie-momenten (Hansei) kunnen medewerkers onderling nadenken over wat goed en minder goed loopt op het werk.
	  ○ Het bottom-up evalueren van leidinggevenden (aan de hand van een charter) door medewerkers werd ingevoerd.
	  ○ Op de afdelingen voert men het gebruik van veiligheidskruisen in om resultaten (bv. van verbeteracties) onder de aandacht te houden.
	• Niet alle medewerkers zijn overtuigd dat de hoge ambities en vele innovaties binnen het ziekenhuis voor hen haalbaar zijn. Tijdens gesprekken op de werkvloer uitte men hier en daar zijn bezorgdheid over de voortdurende veranderingen die het personeel moet bolwerken.
	• Er is een gestructureerd procedurebeleid, met een moederprocedure die de noodzakelijke aspecten vastlegt. Alle beschikbare procedures zijn terug te vinden op het intranet (Y-schijf). De zoekfunctie blijkt in de praktijk niet steeds gebruiksvriendelijk en te weinig intuïtief.

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:	**B, B, A, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• Het ziekenhuis heeft een eigen ethisch comité, dat is samengesteld conform de wetgeving. • De werking is formeel beschreven in een huishoudelijk reglement. • 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 verpleegkundige van het ethisch comité komt op alle verpleegafdelingen, waardoor ook op deze manier ethische vragen onderschept en gericht doorverwezen kunnen worden. • De systematiek binnen het ziekenhuis om op een gestructureerde wijze ethische vraagstukken te verzamelen, te registeren en te analyseren kent verbeterpotentieel. Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is onvoldoende gekend bij alle ziekenhuismedewerkers. Vaak komen ethische vragen/kwesties via overleg met de staf- en directieleden wel terecht bij het ethisch comité, dat vervolgens adviezen uitwerkt. • Projecten met een ethische dimensie worden steeds voorgelegd aan 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:	**A, A, B, B, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het ziekenhuis heeft weinig DNR-patiënten (gezien de focus op kortdurende revalidatie). • Het beleid over therapeutische restricties is uitgeschreven in een procedure. Deze procedure moet voor de volledigheid samen bekeken worden met het DNR-invulblad. In de procedure dienen volgende aspecten verduidelijkt te worden: o Voorzien dat het instellen of uitbreiden van een therapeutische restrictie moet besproken worden met de patiënt en/of zijn familie. o Beschrijven wanneer de bespreking moet plaatsvinden (voor het instellen of X uur na het instellen, …). o Voorzien dat van de bespreking (inhoud) een neerslag moet zijn in het dossier. (In de gecontroleerde dossiers werden bovenstaande regels wel toegepast.) • Bij alle gecontroleerde dossiers van opgenomen patiënten was een DNR-code ingevuld, steeds ondertekend door een arts. Deze code wordt bij de opname ingevuld. • Bij gebruik van therapeutische restricties zijn de gezochte elementen (restricties, teambespreking, bespreking met patiënt en familie) terug te vinden in het patiëntendossier.

8.4 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

- De medicatiedistributie is beschreven in 1 of meerdere procedures. Zo is er o.a. een procedure over de temperatuurcontrole van de medicatiekoelkasten in en buiten de apotheek, over de controle van de vervaldata, op de bewaring van hoogrisicomedicatie
- Het ziekenhuis heeft zicht op de mate waarin de apotheker toezicht kan houden op de medicatie die de patiënten krijgen tijdens hun opname
- De apotheker houdt toezicht op de medicatiedistributie. Dit begint bij het voorschrijfproces (bv. sturing via formularium…) en eindigt bij ontslag (bv. substitutie naar thuismedicatie, aflevering correct medicatieschema…); er gebeurt regelmatig een controle op de volledigheid van de voorschriften
- Er wordt een antibioticabeleid gevoerd dat in lijn is met de nationale richtlijnen (bv. antibioticabeleidsgroep, restrictieantibiotica, opvolging van resistentiepatronen…)
- Er is een overzicht op de voornaamste risico's inzake medicatiebewaring (bv. temperatuurcontrole van koelkasten, controle op vervaldata, bewaring van hoogrisicomedicatie, bewaring van verdovende medicatie)

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**A, A, A, B, B: zeer goed**
Argumenten:	• Er is een goede samenwerking tussen de artsen, de directie en de apotheker, wat leidt tot een efficiënte uitwerking en implementatie van ziekenhuisbrede richtlijnen. • De medicatiedistributie is beschreven in meerdere procedures (bv. temperatuurcontrole van de medicatiekoelkasten in en buiten de apotheek, controle van de vervaldata, bewaring van hoogrisicomedicatie,…). Deze procedures zijn gebaseerd op de richtlijnen van JCI. • Het ziekenhuis heeft zicht op de mate waarin de apotheker toezicht kan houden op de medicatie die de patiënten krijgen tijdens hun opname. • Het ziekenhuis werkt met een elektronisch medicatiebeheersysteem (EMB). De apotheker dient, net als de voorschrijvende arts, de voorgeschreven medicatie steeds te valideren. Het EMB geeft alle medicatiestappen weer.

	• Het opstartmedicatieschema bij opname wordt vaak door de apotheker (al dan niet samen met de verpleegkundige of de arts) zelf ingevoerd, hierbij worden substituties gedaan, klinische opmerkingen neergeschreven en eventuele andere medicatievoorstellen gemaakt. Dit opstartschema wordt steeds ter validatie aan de arts voorgelegd. • De apotheker houdt toezicht op de medicatiedistributie. Dit begint bij het voorschrijfproces (bv. sturing via formularium, opmaak/validatie opstartmedicatieschema, integratie thuismedicatie,…) en eindigt bij ontslag (bv. substitutie naar thuismedicatie, aflevering correct medicatieschema…). De farmaceutische anamnese is sterk uitgewerkt in dit ziekenhuis. • De afdelingen hebben geen eigen medicatievoorraden, enkel medicatie op naam van patiënten. • Bij nieuwe aflevering van medicatie wordt de volledige patiëntenvoorraad naar de apotheek gebracht waar de nieuwe aflevering in het bakje geplaatst wordt en de overige medicatie gecontroleerd wordt. • Er wordt een antibioticabeleid gevoerd dat in lijn is met de nationale richtlijnen. • Er is een overzicht op de voornaamste risico's inzake medicatiebewaring (bv. temperatuurcontrole van medicatiekoelkasten, controle op vervaldata, bewaring van hoogrisicomedicatie, bewaring van verdovende medicatie). • Er werd bij een steekproef op de verpleegafdelingen geen vervallen medicatie aangetroffen. Er werd vastgesteld dat de hoogrisicomedicatie en de verdovende medicatie op veilige wijze bewaard wordt op de afdelingen. Volgende knelpunten betreffende de toediening van medicatie werden vastgesteld: o Verpleegkundigen noteren de medicatie in het elektronisch medicatievoorschrift op basis van schriftelijke orders van de artsen tijdens hun dagelijkse rondes. Deze werkwijze houdt theoretisch risico's in (bv. overschrijffouten of verkeerde interpretatie van mondelinge opdrachten). In de loop van de dag worden deze elektronische medicatieschema's in principe door de artsen gevalideerd, maar niet steeds voor medicatie wordt toegediend. o Het moment van validatie door de artsen gebeurt niet steeds voor de aflevering van de medicatie vanuit de apotheek aan de afdelingen. Op deze manier kan het gebeuren dat medicatie wordt toegediend aan de patiënt vooraleer de artsen dit hebben gevalideerd. De apotheker valideert het schema wel voor aflevering en toediening. o Er wordt in het patiëntendossier een afgedrukte versie bewaard van het elektronische (opstart)medicatieschema en de daarop volgende wijzigingen. Dit papieren medicatieschema wordt afgetekend door de artsen. Tijdens de rondgang op de afdelingen

	werd vastgesteld dat er soms op dit papieren medicatieschema wijzigingen of opmerkingen genoteerd worden, die dan later in het elektronisch systeem worden overgeschreven door een verpleegkundige. ○ Medicatie wordt niet steeds per patiënt direct na toediening elektronisch afgevinkt, maar soms pas nadat de een ganse groep patiënten zijn medicatie werd bedeeld (ongeveer 8-tal patiënten)…. ○ Tijdens de steekproef op de afdelingen werden verknipte blisters gevonden. Niet alle medicatie is unitdose verpakt, waardoor een aantal geneesmiddelen niet volledig identificeerbaar zijn (bv. sterkte, naam, vervaldatum). ○ De kamertemperatuur van het medicatielokaal van VE04 was te hoog tijdens de inspectie. Medewerkers gaven aan dat het daar steeds erg warm is. Dit is niet aangewezen voor de bewaring van geneesmiddelen.

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**
Argumenten:	• Er is geen informatiefolder voor de ombudsfunctie in het ziekenhuis. • Er is een beperkte informatieverstrekking naar medewerkers en naar patiënten over de ombudsfunctie en over patiëntenrechten in het algemeen (zie ook verder onder hoofdstuk ‘Ombudsfunctie’). Uit gesprekken tijdens de inspectie blijkt de kennis hierover bij de medewerkers onvoldoende.

	• Er is een procedure voor dossierinzage en -afschrift. • Er is geen procedure voor second opinion/vrije keuze van beroepsbeoefenaar. • Voor een aantal interventies bestaan er wel invuldocumenten, maar geen procedures (bv. weigeren behandeling, ontslag tegen medisch advies). • Er is een document 'Geïnformeerde toestemming Ambulante therapie BZIO'. Er is geen 'informed consent'-protocol of document betreffende de therapie voor gehospitaliseerde patiënten. • Het is voor meerdere medewerkers moeilijk tot niet mogelijk om bepaalde documenten (bv. procedures, invuldocumenten) betreffende patiëntenrechten op het intranet te vinden. • De grote meerderheid van de patiënten is Nederlands- of Franstalig. Het ziekenhuis heeft geen zicht op eigen personeel dat andere talen (buiten het Frans) kent, om anderstalige patiënten te kunnen helpen. Het inschakelen van een tolk of een intercultureel bemiddelaar was op de werkvloer niet gekend. Wel zijn quasi alle informatiefolders in het Frans beschikbaar.

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:	B, B, A, A, B: zeer goed
Argumenten:	• De missie van het ziekenhuis (kortdurende revalidatie) en het exclusiecriterium voor opname van palliatieve patiënten maken samen dat er heel weinig palliatieve begeleidingen plaatsvinden. • De visie op de zorg bij het levenseinde staat beschreven in het document 'vroegtijdige zorgplanning BZIO'. Dit document geeft een aantal definities weer (bv. patiëntenrechten, wilsverklaring, levensverlengende zorg, palliatieve zorg, sedatie, euthanasie,…). Een brede visie waarin beschreven staat hoe BZIO het levenseinde beschouwt en welke soort palliatieve zorgen in dit ziekenhuis aangeboden worden is onvoldoende uitgeschreven. • In het ziekenhuis is er een palliatieve stuurgroep actief. • De werking van het (mobiele) team wordt aangestuurd en geëvalueerd door de stuurgroep. Het palliatief (mobiel) team kan worden samengeroepen als er zich een concrete vraag rond palliatieve begeleiding voordoet (in 2015 werden geen palliatieve begeleidingen uitgevoerd). • Pijnbestrijding is bij de palliatieve begeleiding een belangrijk aspect. • Het ziekenhuis dient cijfergegevens rond palliatieve zorgen te verzamelen (o.a. gemiddelde begeleidingsduur, aantal aanvragen, medicatiegegevens, bekendheid van de palliatieve zorgcultuur bij de medewerkers,…) en vanuit deze invalshoek eventuele aanpassingen aan het palliatieve beleid door te voeren.

8.7 ZORG VOOR REVALIDATIEPATIËNTEN

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**A, A, A, A, C: zeer goed**
Argumenten:	• Het revalidatieconcept is uitgeschreven op ziekenhuisniveau. Men kiest voor korte intensieve behandelingen die maximaal op herstel gericht zijn. De patiënt en zijn zorgvraag staan hierbij centraal. Voor de meeste doelgroepen zijn zorgpaden ontwikkeld. De opnamecriteria zijn aan het concept aangepast. • De zorgverleners op de afdeling hebben kennis van het revalidatieconcept. • Iedere patiënt krijgt een individueel therapieschema, met inspraak van de patiënt zelf. Niet enkel verpleegkundigen, maar ook de andere disciplines worden toegewezen aan een patiënt die bijgevolg een vast zorgteam krijgt dat hem tijdens de ganse opname begeleidt. De artsen, teamleiders en/of zorgcoaches bieden ondersteuning aan de behandelteams. • Op de vier afdelingen tracht men een maximale clustering van specifieke ziektebeelden (bv. dwarslaesies, NAH…) te realiseren zodat de zorgverleners zich kunnen specialiseren. • Via verschillende overlegmomenten wordt de uitvoering van het therapeutisch concept afgestemd tussen de behandelende artsen, de therapeuten en de verpleegkundigen. Zulk overleg wordt zowel afdelingsoverschrijdend als per afdeling georganiseerd en eveneens per discipline en multidisciplinair. Op die manier blijft een coherente organisatie van het ziekenhuis gewaarborgd. • Wekelijks worden alle patiënten multidisciplinair besproken. • De paramedische ondersteuning is aangepast aan de doelgroep en de specifieke erkenningsnormen. • Het ziekenhuis heeft zicht op instroom, uitstroom en wachttijden. • Het ziekenhuis heeft zicht op de revalidatiebehoeften van de patiënten. • Het ziekenhuis verzamelt systematisch gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering). • Het patiëntendossier is versnipperd omdat naast het elektronisch dossier nog delen op papier gebruikt worden, wat ook geldt voor het medicatieschema. Niet alleen is dit erg moeilijk om snel een overzicht te hebben van alle relevante informatie betreffende de patiënt, maar deze werkwijze kan ook aanleiding geven tot fouten (bv. slecht leesbaar handschrift, ontbrekende of onvolledige info, overschrijffouten, tijdverlies door zoekwerk, verwisselen van dossierdelen tussen patiënten,…).

	• De wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbesprekingen konden aangetoond worden in de gecontroleerde patiëntendossiers. • In het algemeen voldoet de architectuur en infrastructuur aan de moderne vereisten voor een revalidatieziekenhuis. Op de afdelingen is onvoldoende ruimte beschikbaar om alle therapielokalen daar adequaat in te richten. Het gevolg is onder andere dat men de patiënten frequent moet verplaatsen voor hun therapie. In lijn met het behandelconcept (combi-therapie), zouden deze therapielokalen groot genoeg moeten zijn om meerdere therapeuten die rond de patiënt begeleiding bieden, optimaal te laten samenwerken.

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, B: zeer goed**
Argumenten:	• Het comité en het team voor ziekenhuishygiëne zijn samengesteld conform de wetgeving. • De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven in de procedure ‘handhygiëne’ en bevatten de basisvoorwaarden voor een correcte toepassing, behalve het verbod op lange nagels en de verplichting om de nagels schoon te houden die ontbreken. • 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, o.a. door opvolging van indicatoren. • Er zijn verbeteracties aantoonbaar op het vlak van handhygiëne. • Men plant om patiënten vanaf 2017 a.d.h.v. een kort evaluatieformulier medewerkers te laten evalueren over de toepassing van handhygiëne.

9.2 TRANSFERS VAN PATIËNTEN MET MULTIDRUG-RESISTENTE ORGANISMEN (MDRO)

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	**C, B, B, B, C: goed**
Argumenten:	• Bij een interne transfer van een patiënt, verhuist het dossier mee. • Het dossier wordt verspreid bijgehouden, waardoor het risico op fouten verhoogt. Het patiëntendossier bestaat deels elektronisch en deels op papier (bv. uitgebreide verpleegkundige observaties) en sommige delen bestaan dubbel, waarbij niet steeds de meest actuele versie gebruikt wordt. Verpleegkundigen noteren soms observaties of verslagen in aparte elektronische bestanden (bv. map op bureaublad) in plaats van rechtstreeks in Revapro. Dit wordt pas een tijd later (bv. bij ontslag patiënt) overgebracht naar het algemene patiëntendossier. De spoedige invoering van een (elektronisch) multidisciplinair geïntegreerd patiëntendossier dringt zich op. • Er is geen uitgeschreven procedure die de transfer van een patiënt met MDRO regelt. • Op het moment van de inspectie kon op de afdelingen geen gestandaardiseerd document getoond worden voor het transport van een patiënt met een MDRO. De medewerkers gaven aan dat ze dat meestal in het verpleegdossier noteerden. Op het einde van de inspectie werd een uitstekend MDRO-invuldocument voorgelegd dat men voortaan ging gebruiken.

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:	**A, A, A, A, A: zeer goed**
Argumenten:	• Het ziekenhuis heeft zicht op de betrokken organisaties binnen haar aantrekkingszone, van vervoersdiensten tot universitaire ziekenhuizen. Hier moet vermeld worden dat vele patiënten van buiten de onmiddellijke geografische regio Oostende komen. • Er is een structurele samenwerking met enkele algemene ziekenhuizen uit de regio. Er is een formeel samenwerkingsakkoord met de lokale huisartsenkring HAK Middenkust. • Er is een dienst transmurale zorg in het IMBO, die een beleidsplan opmaakt en dit ook opvolgt. • Er is een zorgpad transmurale zorg. • Er zijn gestructureerde overlegmomenten met een breed palet aan extramurale zorgverleners, organisaties en diensten ten behoeve van de patiënten. • Het ziekenhuis participeert o.a. aan initiatieven van SEL (Samenwerkingsinitiatief EersteLijnsgezondheidszorg) Oostende –Veurne en is zeer actief binnen het gestructureerd overleg met andere revalidatieziekenhuizen, -netwerken en -platformen. • Er worden vanuit het IMBO vormingen en informatiemomenten georganiseerd voor geïnteresseerden van buiten het ziekenhuis.

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, B, B, B, C: goed**
Argumenten:	• Bij transfer van een patiënt van de ene afdeling naar een andere, verhuist het dossier integraal mee. • Het dossier wordt verspreid bijgehouden, waardoor het risico op fouten verhoogt. Het patiëntendossier bestaat deels elektronisch en deels op papier (bv. uitgebreide verpleegkundige observaties) en sommige delen bestaan dubbel, waarbij niet steeds de meest actuele versie gebruikt wordt. Verpleegkundigen noteren soms observaties of verslagen in aparte elektronische bestanden (bv. map op bureaublad) in plaats van rechtstreeks in Revapro. Dit wordt pas een tijd later (bv. bij ontslag patiënt) overgebracht naar het algemene patiëntendossier. De spoedige invoering van een (elektronisch) multidisciplinair geïntegreerd patiëntendossier dringt zich op. • Bij afwezigheid van een therapeut (kine, ergo) –bv. door ziekte- wordt deze vervangen door een collega om de continuïteit van de therapie te waarborgen. • De voorbereiding van het ontslag vangt zeer snel bij opname aan. Ontslag volgt na bespreking in het multidisciplinaire team, met een arts als eindverantwoordelijke. Dit staat vermeld op het stafblad MDO (multidisciplinair overleg).

	• Elke patiënt krijgt bij ontslag onmiddellijk een papieren ontslagbrief mee, met inbegrip van een medicatieschema. Ontslagbrieven worden ook elektronisch verstuurd. • De termijn waarbinnen een ontslagbrief moet vertrekken is niet SMART vastgelegd. Er is geen controlesysteem op het tijdig versturen van medische 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, B, A, A, B: zeer goed**
Argumenten:	• De werking van de ombudsfunctie is onvoldoende duidelijk beschreven. Er circuleren in het BZIO twee huishoudelijke reglementen voor de ombudsfunctie (‘huishoudelijk reglement ombudsdienst’ en ‘huishoudelijk reglement van de ombudsdient en patiëntinformatie- en dienstverlening’) en een klachtenprocedure (versiedatum 2004).

	• Het huishoudelijk reglement en de klachtenprocedure kon op de verpleegafdelingen door de medewerkers worden getoond op intranet.
	• De klachtenprocedure is verouderd. Het gebruik van het klachtenformulier (en waar men dit kan bekomen) staat niet vermeld in de klachtenprocedure.
	• De vlotte toegankelijkheid tot de ombudsfunctie is onvoldoende gegarandeerd:
	  ○ De ombudspersoon heeft vele taken (bv. medewerker van de patiënteninformatiedienst, veiligheidsconsulent en vertrouwenspersoon voor (seksueel) grensoverschrijdend gedrag en voor “second victim”-hulp, syndicaal afgevaardigde, opvolging MKG-registraties).
	  ○ Er is geen structurele vervanging voorzien van de ombudspersoon bij afwezigheid of bij betrokkenheid bij een klacht.
	  ○ De ombudspersoon is beperkt beschikbaar. Indien hij niet direct bereikt kan worden, kunnen personen een klachtenformulier invullen om het gesprek voor te bereiden. De ombudspersoon neemt nadien contact op met de klachtindiener om een afspraak te maken.
	  ○ De ombudspersoon beschikt niet over een apart bureau. Hij is genoodzaakt steeds een gesprekslokaal te reserveren.
	• De ombudspersoon volgde een basisopleiding bemiddeling en bijscholingen rond patiëntenrechten in de praktijk en claim tegen zorgeverleners. De ombudspersoon neemt deel aan het provinciaal overleg VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van alle ziekenhuizen).
	• De ombudspersoon, de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg en de beleidsmedewerker zorg bespreken de klachten trimestrieel. Dringende klachten worden sneller besproken. Er wordt geen formeel verslag opgesteld van dit overleg.
	• De ombudspersoon heeft geen volledig overzicht van alle klachten: klachten worden vaak op de afdelingen zelf afgehandeld en worden dan meestal niet meer doorgegeven aan de ombudspersoon.
	• Klachten die de directie ontvangt, worden wel doorgegeven en afgehandeld door de ombudspersoon.
	• Er is een systematische opvolging van de verbetervoorstellen. Een klacht wordt pas afgesloten nadat aan de klachtindiener werd teruggekoppeld wat er met de klacht gebeurde.
	• Jaarlijks maakt de ombudspersoon een verslag, met een geanonimiseerd overzicht van de klachten, het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat.
	• Verbetervoorstellen op basis van klachten of uitingen van ontevredenheid worden eveneens in het jaarverslag weergegeven.
	• Het ziekenhuis informeert op volgende wijze de patiënten over de patiëntenrechten en de ombudsfunctie:

	○ Op de website van het ziekenhuis zijn de contactgegevens van de ombudspersoon terug te vinden en wordt verwezen naar de website i.v.m. de patiëntenrechten. ○ In de infomap op de patiëntenkamers wordt vermeld dat men met vragen en klachten terecht kan bij de ombudsdienst. Er wordt niets vermeld i.v.m. de wet op de patiëntenrechten. ○ Ambulante patiënten krijgen via het document 'Informatie over het volgen van ambulante therapie in het BZIO' informatie over de rechten van de patiënt en er wordt in het document ook verwezen naar de website i.v.m. patiëntenrechten. Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst kent nog verbetermogelijkheid: ○ De klachtenprocedure wordt niet structureel kenbaar gemaakt aan de patiënten. ○ Het indienen van een klacht is niet laagdrempelig: • In de inkomhal en op de afdelingen hangt geen affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon. Er is nergens in het ziekenhuis een verwijzing naar het bureau van de ombudspersoon. • Er zijn geen brievenbussen op de afdelingen langs waar communicatie mogelijk is met de ombudspersoon. (Er zijn wel brievenbussen i.v.m. tevredenheidsenquêtes.) • Indien patiënten hun ongenoegen willen uiten bij een medewerker wordt er doorverwezen naar de hostess van de afdeling, die de patiënt dan naar de ombudspersoon brengt. ○ De folder van de federale overheid betreffende de wet op de patiëntenrechten wordt niet systematisch aan de patiënten gegeven en is ook niet ter beschikking aan het onthaal. Via de website van het ziekenhuis is er wel een link naar o.a. de website over patiëntenrechten van de FOD Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. • Hoewel er enkele initiatieven genomen werden om de patiëntenrechten breder kenbaar te maken binnen het ziekenhuis, blijven er op het vlak van informatieverstrekking aan medewerkers over patiëntenrechten en de ombudsdienst nog verbetermogelijkheden: ○ Artsen volgden in maart 2015 extern een opleiding rond patiëntenrechten en de ombudsfunctie. ○ In de introductiebrochure voor nieuwe medewerkers is een korte uitleg over de ombudsdienst opgenomen maar staat niets vermeld over de patiëntenrechten. ○ Tijdens een rondleiding wordt de ombudspersoon voorgesteld aan de nieuwe medewerkers. ○ Een infomoment over de functie van de ombudspersoon, de klachtenprocedure en de patiëntenrechten is er niet. ○ Uit gesprekken bleek dat veel medewerkers de laatste 5 jaar geen opleiding i.v.m. patiëntenrechten of de ombudsdienst volgden.

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	zeer goed
7	Veilige Omgeving	
7.1	Gezonde behandelaars	zeer goed
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem	zeer goed
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	goed
8	Gestandaardiseerde Zorg	
8.1	Globaal kwaliteitssysteem	zeer goed
8.2	Ethisch comité	zeer goed
8.3	Therapeutische restricties	zeer goed
8.4	Medicatiedistributie	zeer goed
8.5	Patiëntenrechten	goed
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie	zeer goed
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten	zeer goed
9	Hygiëne	
9.1	Handhygiëne	zeer goed
9.2	Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO)	goed
10	Communicatie	
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers	zeer goed
10.2	Continuïteit van zorg	goed
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie	zeer goed

Globale beoordeling:

Het ziekenhuis behaalde voor alle onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling “goed” tot “zeer goed” (21/21). Voor geen enkel onderwerp werd een “matig” of “onvoldoende” aan het resultaat toegekend.

Het ziekenhuis werkt met een vooruitstrevend en samenhangend kwaliteitsbeleid, dat volledig geïntegreerd is in het algemene organisatiebeleid. Management en medewerkers zijn goed geïnformeerd over hun eigen werking, die ook gekenmerkt wordt door een cultuur van voortdurend verbeteren. Leidinggevenden en inhoudelijke experten zijn betrokken bij het dagelijkse werk en staan dicht bij de medewerkers. Er werd een vlotte samenwerking vastgesteld tussen alle echelons en disciplines.

Voor enkele onderwerpen kan de kwaliteit nog beter geborgd worden, o.a. door het aanpassen of uitschrijven van procedures. Een aantal van de vastgestelde hiaten op dit vlak kunnen hogerop in het verslag meer in detail teruggevonden worden.

Het therapeutisch concept en visie zijn opvallend patiënt-gecentreerd.

We bevelen aan om waakzaam te blijven voor de snelheid waarmee veranderingen worden ingevoerd. Alle medewerkers moeten het tempo kunnen blijven volgen en de continue invoering van innovaties mag niet ten koste gaan van de zorg voor de patiënt.

Er is nog verbetermogelijkheid onder meer op volgende vlakken:

- Het beleid (visietekst, procedure) en de toepassing (praktijkvoering, notities) rond vrijheidsbeperkende middelen moeten aangepast worden aan de vandaag beschikbare kennis en inzichten over dit domein.
- De interne en externe communicatie rond patiëntenrechten (met inbegrip van de ombudsfunctie) kan versterkt worden.
- Er moet gestreefd worden naar de implementatie van een uniek geïntegreerd multidisciplinair (elektronisch) patiëntendossier.
- De infrastructuur kan beter aangepast worden aan het therapeutisch concept (therapieruimtes).
- Een procedure en transferdocument voor patiënten met MDRO moet uitgewerkt worden en geïmplementeerd.
- Het beleid rond de opmaak en het versturen van ontslagbrieven (procedure, monitoring) moet concreter vorm krijgen.