

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	De Dennen
Adres	Nooitrust 18, 2390 Westmalle
Telefoon	03/380.15.30
E-mail	administratie@dedennenvzw.be
Dossiernummer	E 046

INRICHTENDE MACHT

Naam	De Dennen
Juridische vorm	vzw
Adres	Nooitrust 18, 2390 Westmalle
Telefoon	03/380.15.30
E-mail	administratie@dedennenvzw.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	De Dennen
Adres	Nooitrust 18, 2390 Westmalle

OPDRACHT

Nummer	O-2016-MAPU-0755
Datum	23/11/2016
Inspecteurs	XXXX
	XXXX
	XXXX

VERSLAG

Nummer	V-2017-KOFI-0001
Datum	24/02/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	aangekondigd bezoek op 09 en 14 februari 2017
-------	---

INHOUD

1	Inleiding: kwaliteitsbevordering en –bewaking in de Vlaamse algemene ziekenhuizen	4
2	Principes van het systeemtoezicht	4
2.1	Definitie en doelstelling van systeemtoezicht.....	4
2.2	Risicogestuurde inspectiemethodiek	5
2.3	Verschil met nalevingstoezicht.....	5
2.4	Werkwijze	5
2.5	Beoordeling per onderwerp	7
2.6	Algemeen besluit.....	9
2.7	Rapportering.....	9
3	Inspectieproces.....	10
3.1	Samenstelling van het inspectieteam.....	10
3.2	Inspectieplan	10
4	Situering van de voorziening	11
4.1	Management	11
4.2	Erkenningsituatie	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	15
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten.....	16
6	Personeel	18
6.1	Personeel en bestaffing.....	18
6.2	Vorming	19
7	Veilige Omgeving.....	21
7.1	Gezonde behandelaars.....	21
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	22
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen.....	23
8	Gestandaardiseerde Zorg	26
8.1	Globaal kwaliteitssysteem.....	26
8.2	Ethisch comité	28
8.3	Therapeutische restricties	29
8.4	Medicatie distributie	30
8.5	Patiëntenrechten.....	33
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie	35
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten.....	36

9	Hygiëne.....	39
9.1	Handhygiëne.....	39
9.2	Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO)	40
10	Communicatie.....	41
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers.....	41
10.2	Continuïteit van zorg	42
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie.....	43
11	Algemeen besluit.....	45

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. Op basis van deze bespreking kan het verslag worden aangepast.

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

3 INSPECTIEPROCES

3.1 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

XXXX	Hoofdinspecteur
XXXX	Inspecteur
XXXX	Inspecteur

3.2 INSPECTIEPLAN

DONDERDAG 09 FEBRUARI 2017			
	XXXX	XXXX	XXXX
9u00– 10u00	Voorstelling door het inspectieteam (30') en voorstelling door ziekenhuis (30')		
10u00– 11u00	Medicatie distributie	Leiderschap: bestuur/directie + zorgondersteunende diensten	Support team, ethisch comité, DNR
11u00– 12u00	afdelingsbezoek		afdelingsbezoek
12u00– 13u00	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u00– 14u00	afdelingsbezoek	Kwaliteitsmanagement + veiligheidsmanagement	afdelingsbezoek
14u00– 15u00		afdelingsbezoek	

DINSDAG 14 FEBRUARI 2017

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

4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

4.1 MANAGEMENT

Voorzitter Raad van Bestuur	dr. XXXX
Algemeen directeur	XXXX
Hoofddarts	dr. XXXX
Administratief en financieel directeur	XXXX
Hoofd verpleegkundig departement en bewonerszorg	XXXX

De Raad van Bestuur van De Dennen bestuurt naast de ziekenhuisafdeling ook het woonzorgcentrum met 45 assistentiewoningen, 88 bedden binnen het rust- en verzorgingstehuis en 37 rustoordbedden.

4.2 ERKENNINGSSITUATIE

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

- 38 bedden Sp-psychogeriatric
- Functie ziekenhuisapotheek.
- Palliatieve functie

5 LEIDERSCHAP

Verwachtingen:

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

5.1 LEIDERSCHAP OP NIVEAU BESTUUR EN DIRECTIE

Elementen van appreciatie:

- Het bestuursorgaan van het ziekenhuis beschikt over voldoende diverse expertise inzake de verschillende aspecten van ziekenhuismanagement
- Er is voldoende en kwalitatief overleg tussen het bestuursorgaan en de directie van het ziekenhuis
- Er is voldoende inbreng van de medische component bij het bestuur van het ziekenhuis
- Er kan aangetoond worden dat het bestuur alle aspecten van het ziekenhuisbeleid opvolgt, analyseert en bijstuurt, en in het bijzonder de kwaliteit en veiligheid van de zorg
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende bestuursorganen (bv. Raad van Bestuur, directiecomité, financiële commissie, medische raad, afzonderlijke 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 / voorzitter Medische Raad
- Algemene regeling, medisch reglement, financiële regeling (inclusief functieomschrijvingen bestuursorganen)

Beoordeling:	C, B, B, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• De Raad van Bestuur (RvB) en het Directiecomité (DC) zijn verantwoordelijk voor het beleid van zowel het Sp-ziekenhuis als het Woonzorgcentrum (WZC) van De Dennen.• De leden van de managementorganen kunnen samen een grote relevante expertise voorleggen. Het medisch departement is actief betrokken bij het beleid door de actieve participatie van de hoofddarts in het DC en op uitnodiging in de RvB.• Uit de gesprekken blijkt dat de leden van de RvB en het DC wel aandacht hebben voor kwaliteit. Uit de verslagen van de vergaderingen van de RvB en het DC blijkt dat hier vooral financiële en organisatorische agendapunten besproken worden. Er kan in beperkte mate aangetoond

worden dat men vanuit deze managementorganen ook de kwaliteit van de zorg opvolgt.

- Er is in de praktijk weinig onderscheid tussen de bevoegdheden van, en de aansturing door, de RvB en het DC, wat wordt bevestigd door de functiebeschrijving van de managementorganen. De directieleden nemen deel aan de vergaderingen van de RvB en in het DC zetelen 3 leden van de RvB, waaronder de voorzitter. Het operationele beleid van het ziekenhuis kan beter afgebakend worden, bv. binnen een autonoom functionerend beleidsorgaan zoals een directiecomité, wat niet belet dat de RvB hierbij ondersteuning kan bieden en het uitgevoerde beleid moet opvolgen. De korte communicatielijnen en de vertrouwensrelatie die heden bestaan, kunnen ook dan verder benut worden.
- Er is geen financiële commissie in de zin van een apart overleg tussen de MR en de RvB. Over de financiële stromen bestaat wel een transparante communicatie binnen de RvB en het DC, waarin de hoofdarts vertegenwoordigd is.
- Het verpleegkundig en paramedisch departement is niet structureel vertegenwoordigd in het DC. Hierdoor kan de bijdrage en de slagkracht van deze aspecten in het zorgbeleid gehypothekeerd worden.
- De algemene regeling, die ook het medisch reglement en de financiële regeling omvat, werd in 2016 geactualiseerd. Dit document bevat tevens de functiebeschrijving van de artsen.
- Het beleidsplan van het ziekenhuis is onvoldoende uitgewerkt als een operationeel instrument voor de aansturing van het zorggebeuren. Er moeten bijvoorbeeld nog concrete (SMART) doelstellingen geformuleerd worden en worden bepaald hoe men de resultaten zal monitoren en desgevallend bijsturen. Er is verbetermogelijkheid op vlak van de inbreng van het medisch departement. Het kwaliteitsbeleid maakt best integraal deel uit van het algemene beleidsplan van het ziekenhuis.
- Het jaarverslag van het ziekenhuis beschrijft verschillende belangrijke aspecten van de werking niet. Er is o.a. onvoldoende aandacht voor kwaliteitsinitiatieven en voor de bespreking van resultaten (bv. indicatoren, PROM, verbeteracties,...), waardoor deze te weinig zichtbaar gemaakt worden.

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, C, C, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het organogram geeft duidelijk aan dat er 2 behandelende artsen zijn, waaronder de hoofdarts, en 3 adviserende artsen. Samen vormen zij de medische staf. Het WZC doet beroep op een aparte CRA als behandelende arts voor de bewoners. Daarnaast kan elke bewoner vrij zijn behandelende (huis)arts kiezen. • De 5 artsen-stafleden vormen samen de medische raad (MR) met een voorzitter die niet de hoofdarts is. • Er is meer aandacht nodig voor structurele afstemming tussen de artsen onderling en opvolging van het medische beleid. <ul style="list-style-type: none"> ○ De vergaderingen van de MR worden steeds gevolgd door een medische stafvergadering, met dezelfde 5 artsen. Op de medische stafvergadering worden soms andere medewerkers uitgenodigd, afhankelijk van de agendapunten. Dit beleidsorgaan vergadert met een lage frequentie (2 maal per jaar). Dit is het enige formele communicatiekanaal waarin informatie vanuit RvB en DC naar de artsen doorgegeven wordt. Uit de verslagen blijkt dat de agenda van dit overleg hoofdzakelijk organisatorisch is; in mindere mate komen ook aspecten betreffende kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aan bod. ○ Er is regelmatig informeel overleg (zonder verslaggeving) tussen de hoofdarts en de andere afdelingsartsen, maar verder geen formeel overleg over het medische beleid onder de artsen. ○ Er zijn geen systematische medical audits in het ziekenhuis. Wel kunnen ad hoc casusbesprekingen interdisciplinair georganiseerd worden. ○ Er is onvoldoende gestructureerde aandacht voor (clinical) outcome-monitoring. ○ De zichtbare input van het medisch departement in de beleidsdocumenten (bv. beleidsplan, jaarverslag, kwaliteitsbeleid,...) is beperkt.

	<ul style="list-style-type: none"> • De hoofdarts houdt een individueel dossier van elke arts-staf lid bij. • De medische permanentie (24u/24 7d/7) wordt verzekerd door beide behandelende artsen volgens een beurtrol. • De hoofdarts van De Dennen werkt ook in het AZ St.-Jozef te Malle en besteedt het meeste tijd aan zijn klinisch werk (ongeveer 80% AZ en 20% De Dennen). Daarnaast is hij ongeveer een halve dag per week beschikbaar voor De Dennen binnen de functie van hoofdarts. • Er gebeurt geen gestructureerde evaluatie noch bijsturing van de artsen. Er zijn plannen voor de invoering van functioneringsgesprekken voor de artsen, maar op het moment van de inspectie gebeurt dat nog niet.
--	--

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, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het organogram van het zorgdepartement is duidelijk. • Het hoofd van het verpleegkundig departement heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn met bediendencontract in het ziekenhuis. • De logopedisten zijn op zelfstandige basis werkzaam. • Er is een omschrijving van de taken en bevoegdheden van verschillende functies binnen het zorgdepartement. De taken van o.a. de loopwaak, stagementoren en de (referentie-)verpleegkundigen op de afdelingen die

	<p>deel uitmaken van een werkgroep (bv. palliatieve zorg, ergonomie) zijn niet omschreven.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks gaan functioneringsgesprekken door a.d.h.v. competenties en persoonlijkheidskenmerken. Voor enkele medewerkers (bv. de verpleegkundige palliatieve zorg, het hoofd kinesitherapeuten en ergotherapeuten) is dit reeds meerdere jaren geleden. • Informatie vanuit de medewerkers wordt systematisch op verschillende manieren (bv. ziekteverzuimgesprekken, exitgesprekken,...) bekomen. Deze informatie wordt dan structureel benut voor actieplannen.
--	---

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 financiële, administratieve en facilitaire eindverantwoordelijkheid wordt opgenomen door de algemeen directeur, het hoofd van het verpleegkundig departement en de administratief-financieel directeur. • De plaats van de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis en hun aansturing is duidelijk. • De zorgondersteunende diensten worden via de beleidsorganen opgevolgd en desgevallend bijgestuurd. • Er zijn functiebeschrijvingen voor de verantwoordelijken van de zorgondersteunende diensten.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Er gebeuren systematische gestructureerde evaluaties van de verantwoordelijken van de ondersteunende diensten. |
|--|--|

6 PERSONEEL

6.1 PERSONEEL EN BESTAFFING

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	B, B, B, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• De hoofd van het verpleegkundig departement heeft zicht op de personeelsnood van de afdeling Sp-psychogeriatric.• De verpleegkundige bestaffing beantwoordt aan de wettelijke normen.• De hoofdverpleegkundige staat dagelijks mee in de zorg tot ongeveer 9u30. Daarna staat zij in voor de coördinatie van de patiëntenzorg, personeel, middelenbeheer en communicatie. Voor het opstellen van de uurrooster (per kwartaal) kan de hoofdverpleegkundige van thuis uit werken.• De mobiele equipe beschikt over voldoende gekwalificeerde medewerkers. Deze equipe wordt permanent toegewezen aan de Sp-afdeling. In situaties van uiterste nood, en waar de bezetting van de Sp-afdeling het toelaat, wordt hulp verschaft aan het woonzorgcentrum.• Op de afdeling psychogeriatric wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen. De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. Zij komen niet naar dienstvergaderingen maar naar het overleg van de nachtverpleegkundigen (samen met WZC) dat ieder kwartaal wordt georganiseerd. Het is niet duidelijk of de nachtverpleegkundigen voldoende betrokken zijn bij alle relevante gebeurtenissen op de afdeling.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tijdens de nacht staat er op de Sp-afdeling 1 nachtverpleegkundige (voor 38 bedden). Zij staat ook in voor het klaar zetten van de medicatie. Op vaste momenten komt er een verpleegkundige loopwaaik langs. Deze loopwaaik vervult ook taken in het WZC. • De logistiek medewerker werkt, op eigen initiatief, onderbroken shiften om op een flexibele manier de noden op te vangen. Om de afwezigheid van een zieke collega op te vangen, wordt soms ook door een verpleegkundige een onderbroken shift gewerkt. • In het weekend wordt een beroep gedaan op studenten verpleegkunde. Er is daarnaast steeds een verpleegkundige aanwezig.
--	--

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 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, B, B : goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het vormingsbeleid is uitgeschreven voor tal van doelgroepen waaronder verpleegkundigen, paramedici (bedienden), keukenpersoneel, Het vormingsbeleid is niet uitgeschreven voor artsen. • In het vormingsbeleid staat niet uitgeschreven hoe vormingsnoden worden gedetecteerd.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Er wordt een streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar (10u/j). De vorming van de medewerkers wordt geregistreerd. Hieruit blijkt dat medewerkers voldoende vorming volgen.• De hoofddarts heeft geen overzicht op de gevolgde vormingen van de artsen, behoudens deze die verplicht zijn voor hun accreditatie.• De behandelende en adviserende artsen geven zelf geregeld vorming, ook buiten het ziekenhuis.• Vanuit de apotheek wordt geen vorming georganiseerd betreffende het medicatiegebeuren.• Er is geen gestructureerd ziekenhuisbreed inscholingsprogramma voor nieuwe personeelsleden. <p>Op de afdeling staan de stagementoren in voor de opvang van de nieuwe medewerkers. Zij worden hiervoor de eerste werkdagen van de nieuwe medewerker vrijgesteld.</p> <p>Er zijn 2 inscholingschecklists op de Sp-afdeling (1 voor verpleegkundigen en 1 voor zorgkundigen). Deze checklists zou verder uitgebreid kunnen worden met een stappenplan (timing) en een bijkomend aantal onderwerpen (bv. vrijheidsbeperkende maatregelen, patiëntenrechten, klachtenprocedure,...).</p> |
|--|--|

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, D, D, D, B: onvoldoende
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het ziekenhuis heeft geen volledig uitschreven beleid over preventie van de transmissie van infectieziekten tussen personeel en patiënten (bv. preventief verwijderen van werknemer bij zwangerschap, dragen van mondneusmasker,...).• Buiten de vaccinatiegraad tegen griep, en de Hepatitis A vaccinatiestatus van de voedselbereiders, heeft het ziekenhuis geen zicht op de vaccinatiegraad voor andere besmettelijke ziekten van haar medewerkers en de eventuele knelpunten hierbij. We bevelen aan om actief deze gegevens op te vragen bij de arbeidsgeneeskundige dienst.• Het ziekenhuis heeft geen duidelijk uitgeschreven alcohol- en drugbeleid, met o.a. maatregelen ter verwijdering van het betrokken personeelslid op de werkvloer en mogelijkheden tot begeleiding. Het ziekenhuis heeft geen uitgeschreven procedure betreffende personeelsleden met een verslaving aan andere middelen (bv. medicatie).• Het ziekenhuis heeft geen beleid geëxpliciteerd betreffende de preventie van burn-out en preventie van suïcide bij haar medewerkers. In 2015 werd door enkele medewerkers een vorming 'omgaan met stress' gevolgd. In 2017 zijn vormingen omtrent omgaan met stress lopende voor alle medewerkers van het zorgteam.

	<ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis heeft geen specifiek uitgewerkt beleid om medewerkers op te vangen na emotionele gebeurtenissen of crisissituaties.
--	--

7.2 VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	D, D, B, C, C: onvoldoende
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Een nieuw elektronisch meld- en leersysteem werd ingevoerd vanaf het najaar van 2016. Dit is effectief in gebruik genomen sinds januari 2017. Het meldsysteem is gelinkt aan het patiëntendossier OBASI. • Er is geen protocol dat de bescherming van de melder garandeert (bv. "no blame"-verklaring). Op de werkvloer werd twijfel geuit bij de mogelijkheid om anoniem te melden, omdat men dan steeds ingelogd is. • Het hoofd van het verpleegkundig departement is verantwoordelijk voor de behandeling van de meldingen. We bevelen aan om structureel ook andere disciplines te betrekken bij de opvolging en de behandeling van de meldingen, bv. binnen de stuurgroep kwaliteit of door het samenstellen van een werkgroep patiëntveiligheid.

	<ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis heeft op het moment van de inspectie geen zicht op alle incidenten. Men kan enkel resultaten van valregistratie tonen. Deze meldingen gebeurden voorheen op papier. Andere incidenten werden niet systematisch gemeld. In het nieuw ingevoerde meld- en leersysteem kan een breed spectrum aan incidenten gemeld worden. • Van de meer dan 100 valincidenten die werden gemeld het voorbije jaar, werd er slechts 1 structureel geanalyseerd. • Vanaf het tweede kwartaal van 2017 wil men starten met de analyse van alle verzamelde gegevens uit het meldsysteem. We bevelen aan om de methodiek van gegevensanalyse, criteria voor prioritering en monitoring van verbeteracties uit te schrijven en hierrond vorming te organiseren. Het is stimulerend voor de medewerkers om de resultaten van de verwerking van de meldingen systematisch kenbaar te maken op de werkvloer. Een globale reflectie kan vervolgens een plaats vinden in het jaarverslag. • Alleen verpleegkundigen hebben, in het vorige systeem, meldingen ingevoerd. Op die manier riskeert men dat een aantal incidenten niet gerapporteerd worden. Dit is een verantwoordelijkheid van alle beroepsgroepen.
--	--

7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Verduidelijking:

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

Verwachtingen:

Alle elementen in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) worden beschreven in (een) procedure(s).

Indien VBM worden toegepast, worden deze opgevolgd zoals voorzien in de procedure.

Deze opvolging is gedocumenteerd in het patiëntendossier/afzonderingsregister.

In het ziekenhuis is een systeem in voege waarbij men de vrijheidsbeperkende maatregelen monitort en bijstuurt.

Zorgverleners zijn voldoende opgeleid betreffende VBM.

Het materiaal en de infrastructuur voor het uitvoeren van VBM is veilig.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis/de afdeling heeft zicht op de eigen toepassing van VBM
- Er is aandacht voor de patiëntveiligheid (vorming, materiaal, infrastructuur, evaluaties) bij het uitvoeren van VBM

- Er gebeurt een analyse op de verzamelde gegevens betreffende VBM
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses
- De activiteiten/aspecten betreffende VBM zijn aantoonbaar (bv. beschreven in procedures en protocollen, flowcharts, observaties in patiëntendossier...)
- De resultaten van eventuele worden verbeteracties omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures...)

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	C, C, D, D, B: onvoldoende
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Op vlak van VBM moeten alle bestaande elementen (werkvoorschriften, procedure, handelingsfiche, documenten patiëntendossier,...) samengebracht worden in een coherent beleid rond vrijheidsbeperking. • Er is geen werkgroep VBM die de opdracht heeft het beleid en de richtlijnen uit te werken en te evalueren. • Er werd de laatste vijf jaar geen vorming gegeven over theoretische kennis, de procedure en het technisch gebruik van fixatiemiddelen. • VBM is geen onderdeel van het inscholingsplan voor nieuwe medewerkers. • Er is geen afzonderingskamer in het revalidatieziekenhuis De Dennen, wat een indicatie is voor het streven naar “zo weinig mogelijk, zo kort mogelijk, zo minst ingrijpend mogelijk” als basisvisie op VBM. • In het elektronisch zorgdossier is er mogelijkheid om de weigering van fixatie aan te duiden. • De procedure rond fysieke beveiliging is opgenomen in het kwaliteitshandboek. Bij deze procedure voor fysieke beveiliging kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er circuleren twee procedures i.v.m. VBM in het ziekenhuis, beiden met dezelfde aanvangsdatum. Medewerkers kunnen de juiste procedure niet raadplegen. ○ De mogelijke redenen van fixatie verschillen in de procedure, het papieren dossier en het elektronisch dossier. ○ De procedure moet aangevuld worden met een definitie van wat er onder fysieke en medicamenteuze fixatie verstaan wordt.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ Er wordt niet vermeld in de procedure wie de fixatietechnieken mag uitvoeren en welke notities in het papieren en elektronisch dossier moeten genoteerd worden.○ In de procedure is vermeld dat wanneer een zorgvrager in de instelling toekomt, en in een vorige instelling/ziekenhuis reeds gefixeerd werd, de fixatie overgenomen wordt en na twee dagen er een evaluatie moet gebeuren. In de procedure staat niet vermeld dat er nadien verder wekelijks moet geëvalueerd worden. Dit staat wel vermeld op het document 'Evaluatie vrijheidsbeperkende maatregel'.○ Er is niet bepaald waar extra aandacht aan moet gegeven worden (bv. decubituspreventie, controle van vitale parameters) en hoe en wanneer dit precies moet geobserveerd worden.○ Tijdens het inspectiebezoek werd vastgesteld dat de papieren en elektronische documenten (van patiënten waarbij een voorzettafel gebruikt werd) goed werden ingevuld.○ Er is geen beschrijving van het onderhoud en nazicht van het fixatiemateriaal en de verantwoordelijke hiervoor.○ Er is niets vermeld in de procedure omtrent bevraging van ervaringen van patiënten en familie.● Er wordt geregistreerd welke fixatiemethodes hoe vaak worden gebruikt. Er wordt verder weinig met deze gegevens gedaan. Er zijn geen gegevens beschikbaar over andere aspecten van VBM (bv. fixatieduur, indicaties, correct invullen van dossier,...) |
|--|--|

8 GESTANDAARDISEERDE ZORG

8.1 GBAAL KWALITEITSSYSTEEM

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	C, C, C, B, C: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Missie en visie van het ziekenhuis zijn beschreven en vertaald naar strategische doelstellingen en een algemeen beleidsplan.• Het ziekenhuis hanteert EFQM als kwaliteitsmodel.• Ongeveer de helft van de directie- en stafleden volgden vorming rond het kwaliteitsmodel bij VOCA. De andere medewerkers volgden geen opleiding over het kwaliteitsbeleid, maar dit is wel voorzien in 2017, behalve voor de artsen.

- Volgens het kwaliteitsorganogram wordt het kwaliteitsbeleid aangestuurd door de algemeen directeur, samen met de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement.
 - Hoewel uit de gesprekken blijkt dat onderwerpen betreffende kwaliteit aan bod komen tijdens de vergaderingen van de RvB en het DC, wordt hiervan weinig neerslag teruggevonden in de verslaggeving.
 - Er zijn 7 stuurgroepen die zich met het kwaliteitsbeleid bezighouden, waaronder het comité voor ziekenhuishygiëne, het medisch farmaceutisch comité en het comité medisch materiaal. Daarnaast zijn er stuurgroepen palliatieve zorg en PREZO (prestatie in de zorg) alsook het aankoopcomité. Tenslotte is er de stuurgroep kwaliteitszorg, waar geen arts of apotheker aan deelneemt, en die overkoepelend is voor het ziekenhuis en voor het WZC.
- Er zijn 5 werkgroepen binnen het kwaliteitsbeleid: maaltijdgebeuren, palliatieve zorg, dementie, ergonomie en wondzorg.
- We bevelen aan om een stuurgroep kwaliteit specifiek voor het ziekenhuis te organiseren, met participatie van het medisch departement. Binnen deze stuurgroep moet men het overzicht bewaren van alle kwaliteitsinitiatieven, hun coherentie bewaken en instaan voor monitoring en borging van de resultaten.
- Voor het bepalen van werkgroepen kwaliteit, die momenteel hun basis eerder vinden in diensten en disciplines, kan meer vertrokken worden vanuit geobjectiveerde problematieken, waarbij concrete doelstellingen moeten worden geformuleerd.
- Het voorliggende kwaliteitshandboek is erg lijvig en weinig bruikbaar als werkinstrument. Dit document beschrijft vele kwaliteitsvolle initiatieven en resultaten binnen de huidige werking onvoldoende. Het verdient aanbeveling om de overtollige ballast te verwijderen en om het kwaliteitsbeleid concreter uit te schrijven, met inbegrip van de vastgestelde noden en verbeteracties, en dit te integreren in het algemene beleidsplan van het ziekenhuis.
 - In het jaarverslag kan het luik “kwaliteit van de zorg” beter gestoffeerd worden, in functie van de resultaten van de zorg die aan de patiënten geboden wordt. Door de outcome (operationele en klinische performantie, patiëntervaringen, medewerkersfeedback) expliciet te beschrijven worden de inspanningen van de personeelsleden zichtbaar gemaakt.
 - Gegevensverzameling, analyses en verbeteracties gebeuren te weinig gestructureerd, zodat ze niet aantoonbaar zijn. Nochtans zijn er zinvolle initiatieven (bv. handhygiëne) wat het extra jammer maakt dat deze info verloren gaat en niet verder ziekenhuisbreed benut kan worden.
 - Het ziekenhuis participeert niet aan een indicatorenproject.
 - Het ziekenhuis verzamelt geen PROM (patient reported outcome measures)-gegevens. Er bestaat wel een patiëntentevredenheidsmeting, maar die kent een relatief lage responsgraad.

	<ul style="list-style-type: none"> • De structurele bijdrage van het medisch departement aan de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid kan onvoldoende aangetoond worden. Enkele voorbeelden illustreren dit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Er zetelt geen arts in de stuurgroep kwaliteit ○ De opvolging van de (klinische) outcome gebeurt niet op systematische wijze ○ De zichtbare bijdrage van de artsen aan beleidsdocumenten is beperkt. • De meeste procedures zijn geactualiseerd en bevinden zich op het intranet. Soms geven de procedures de realiteit in de praktijk niet weer (bv. medicatiegebeuren) of zijn niet op het intranet geplaatst (bv. VBM). Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat niet alle medewerkers vlot procedures kunnen terugvinden op het intranet. Er is een moederprocedure die beschrijft hoe procedures binnen het ziekenhuis moeten opgemaakt en onderhouden worden.
--	---

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:	C, C, B, B, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis heeft een overeenkomst met het ethisch comité van de vzw Emmaüs. De vzw De dennen kan een beroep doen op de ethicus van het AZ St.-Jozef Malle voor het verlenen van advies met betrekking tot

	<p>ethische vragen en problemen. Het ethisch comité is conform de regelgeving samengesteld.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De werking van het ethisch comité voor het De Dennen is formeel beschreven. De psychiater (adviserend arts) maakt deel uit van het comité. • Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is nagenoeg ongekend bij de ziekenhuismedewerkers. • Binnen het ziekenhuis worden ethische vragen vaak informeel op dienst, met de betrokken artsen of de directie opgelost. Deze worden informeel besproken tijdens het overleg van de stuurgroep palliatieve zorg. • Er is geen systematiek aanwezig binnen het ziekenhuis om op een gestructureerde wijze ethische vraagstukken te verzamelen, te registreren en te analyseren. • Er is geen gestructureerde analyse van de werking van het ethisch comité voor de vragen vanuit De Dennen. • Projecten met een ethische dimensie (bv. CBT, palliatief zorgpad) worden niet 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:	D, D, B, B, B: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Het beleid over therapeutische restricties is uitgeschreven in een procedure. • Uit de dossiercheck blijkt dat bij gebruik van therapeutische restricties de bespreking met de arts en de hoofdverpleegkundige meestal wel zijn terug te vinden in het patiëntendossier. De teambespreking, het gesprek met de patiënt en de familie ontbreken altijd. • In twee van de vier gecontroleerde dossiers was het niet duidelijk welke restrictie er voor de patiënt op dat ogenblik van toepassing was.

	<ul style="list-style-type: none"> • Uit de gesprekken blijkt dat er door medewerkers van het ziekenhuis ook dossierchecks gebeuren i.v.m. therapeutische restricties en dat hierover naar de medewerkers wordt teruggekoppeld.
--	--

8.4 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	B, B, B, C, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • De medicatiedistributie is beschreven in meerdere procedures. Zo is er een procedure voor de medicatiedistributie, de noodvoorraad, verdoving, temperatuurcontrole, vervaldata en hoogrisicomedicatie. <p>Volgende knelpunten betreffende deze procedures werden vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In de verschillende procedures wordt het basisprincipe dat medicatie steeds volledig identificeerbaar moet zijn tot net voor de toediening, onvoldoende beschreven en centraal gesteld. Uit

de bevragingen blijkt dat de verpleegkundige de medicatie uit de verpakking doet vlak voor de bedeling. Dit gebeurt soms voor alle patiënten tegelijk in de verpleegpost, wat een risico op fouten inhoudt.

- Het is vanuit de procedure onduidelijk wanneer de patiënt medicatie op de kamer mag houden en over welke medicatie het gaat. Het is bovendien onduidelijk hoe de verpleegkundigen nagaan of deze medicatie (bv. oogdruppels, turbohaler) door de patiënt ingenomen werd en hoe dit in het dossier terug te vinden is.
- Het is vanuit de procedure onduidelijk wat er gedaan wordt wanneer medicatie niet leverbaar is. In de praktijk blijkt dat deze medicatie onmiddellijk bij de leverancier besteld wordt en dezelfde dag in de namiddag geleverd wordt.
- Er is een discrepantie tussen de procedure en het stroomdiagram m.b.t. medicatiedistributie. De procedure beschrijft dat de verpleegkundige de medicatiebedeling doet en de medicatietoediening parafeert, in het stroomdiagram is terug te vinden dat een zorgkundige onder toezicht orale medicatie kan toedienen en de medicatietoediening parafeert.
- In de procedure staat niet vermeld wanneer de arts gecontacteerd moet worden bij een foutieve medicatietoediening.
- De procedure verdooving geeft de handelingen niet weer zoals ze nu worden uitgevoerd: in de procedure staat beschreven dat de apotheker samen met de persoon die de medicatie komt afhalen de lijst aftekent. Uit gesprek blijkt dat dit sinds 2014 niet meer gedaan wordt en dat alle verdooving via aanvulling naar de dienst gaat.
- In de procedure is terug te vinden dat de medicatie die nuchter dient ingenomen worden en inspuitingen op de verzorgingskar bewaard moet worden.
- Er is geen fysieke controle op de verdovingsstock in de apotheek en op de afdeling.
- In de procedure temperatuurcontrole staat duidelijk wat er moet gedaan worden wanneer de temperaturen afwijken. Er is evenwel niet beschreven wat er met de medicatie dient te gebeuren en dit zowel op het niveau van de apotheek als op afdelingsniveau. Uit de gesprekken blijkt dat ook de verpleegkundigen niet weten hoe het moet.
- Niettegenstaande er een procedure werd uitgewerkt voor de hoogrisicomedicatie, wordt deze nog niet volledig (bv. labeling) doorgetrokken voor al deze medicatie.
- Er is een elektronisch geneesmiddelenformularium dat aangetoond kon worden. Het geneesmiddelenformularium is ook in de kaft met medicatieschema's terug te vinden.

- De medicatie wordt in de afgesloten verzorgingskar gezet.
- Er is onvoldoende garantie dat de medicatie altijd gevalideerd is vooraleer deze wordt toegediend aan de patiënt. De medicatie wordt binnen de 24u gevalideerd door de arts, het is onduidelijk wanneer de medicatie vanuit de staande orders wordt gevalideerd.
- Het ziekenhuis werkt met een elektronisch medicatiedistributiesysteem. De apotheker dient, net als de afdelingsarts, de medicatie te valideren. De apotheker adviseert de arts inzake medicatie die binnen het beleid past (bv. unidose en generische medicatie).
- Er is geen uitgeschreven antibioticatherapiebeleid.
- Volgende knelpunten betreffende de toediening van medicatie werden vastgesteld:
 - De medicatie wordt door de sociaal verpleegkundige of haar vervanger ingevoerd in het elektronische systeem op basis van mondelinge orders van de afdelingsartsen. Dit geeft mogelijke risico's op overschrijffouten en verkeerde interpretaties van de mondelinge overdrachten. De arts valideert binnen de 24 u het elektronische medicatieschema en het schriftelijk schema.
 - De verpleegkundige noteert de medicatiewijzigingen op een formulier gestarte/gestopte medicatie. De verpleegkundige neemt de gestopte medicatie uit de medicatiekar. De sociale verpleegkundige voert de wijzigingen, aan de hand van een mondelinge opdracht, door in het elektronische systeem. Er wordt een nieuw medicatieschema afgeprint dat vervolgens gebruikt wordt voor de toedieningen. Vanuit het elektronisch systeem kan niet nagegaan worden of dit aangepaste voorschrift gevalideerd werd.
 - Het moment van validatie door de arts gebeurt niet steeds voor de aflevering van de medicatie op de afdeling. Op deze manier kan het gebeuren dat medicatie toegediend wordt vooraleer de arts deze gevalideerd heeft.
- De arts is steeds bij de opname van een patiënt betrokken, bij opname wordt het medicatieschema nagekeken en wordt het voorschrift aan de sociaal verpleegkundige bezorgd. Het ingevoerde schema wordt ter controle aan de apotheker aangeboden, indien nodig voert deze vooraf toegestane wijzigingen door en informeert de arts hierover.
- De medicatievoorraad wordt klaargezet in twee bakjes per patiënt. Er is aandacht voor unidose medicatie en wanneer het product niet in unidose leverbaar is, is er bijzondere aandacht voor de herkenbaarheid en definieerbaarheid van de medicatie.
- Hoogrisicomedicatie wordt in een apart zakje met daarop een rood label meegegeven.
- De thuismedicatie van de patiënt wordt naar de apotheek gebracht en daar in een gelabelde zak gedaan waarop vermeld wordt dat het om thuismedicatie gaat en dat deze niet gebruikt mag worden op de afdeling.

	<p>De thuismedicatie wordt, indien mogelijk, met de familie meegegeven of achter de medicatiebakjes bewaard.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijdens het afdelingsbezoek werd vastgesteld dat de pillenspijter niet zuiver (medicatie-resten) was. • De afdeling beschikt over een lijst waarop de medicatie staat die nuchter gegeven moet worden en over een lijst met LASA-medicatie (lookalike en soundalike). Deze lijsten zitten in de kافت met medicatieschema's. • De medicatietoediening wordt niet per geneesmiddel maar wel per toedieningsmoment (voor alle medicatie ineens) afgetekend. Het is niet duidelijk hoe niet-toegedijnde medicatie wordt aangeduid. • Tijdens de steekproef op de afdeling werd geen vervallen medicatie aangetroffen. • De verdoxing die door de patiënt moet genomen worden, wordt niet bewaard in de kluis (zoals vereist in de eigen procedure) maar ligt in het bakje van de patiënt in de afgesloten kast. <p>Op het zakje waarin deze blisters zaten, was er enkel een sticker met hoogrisicomedicatie aangebracht, niet dat het om verdoxing ging. Op het bijgevoegde formulier stond niet vermeld hoeveel comprimés er geleverd waren, zodat een fysieke stockcontrole niet mogelijk is.</p> <p>De verdoxingde medicatie wordt door de nachtverpleegkundige voor 24u klaargezet in de medicatiekar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indien medicatie op de kamer mag bewaard worden, bleek, vanuit de bevraging, dat de verpleegkundigen niet steeds weten of de patiënt de medicatie inderdaad neemt. De medicatietoediening wordt nochtans steeds door de verpleegkundige afgetekend (aangezien er globaal per toedieningsmoment wordt afgetekend). • Nieuwe verpleegkundigen worden verondersteld te procedures betreffende het medicatiegebeuren zelf te lezen. Er zijn voor hen geen specifieke vormingsmomenten voorzien. <p>Aanpassingen of nieuwe werkwijzen worden toegelicht op teamvergaderingen.</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:	C, C, C, C, C: matig
Opmerking:	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een informatiefolder over de ombudsfunctie in het ziekenhuis. • Het ziekenhuis moet patiënten (en familie) actief informeren over hun rechten. Er is slechts een beperkte communicatie (bv. via folders en website, vorming) naar medewerkers en naar patiënten over de ombudsfunctie en over patiëntenrechten in het algemeen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Patiënten: krijgen toelichting over de ombudsfunctie bij opname. De informatiefolder ligt niet vrij ter beschikking van de patiënten. Patiënten worden niet op de hoogte gebracht van de patiëntenrechten, men gaat er vanuit dat zij dit weten. ○ De verpleegkundige van de sociale dienst neemt de ombudsfunctie op, stelt zich voor aan nieuwe medewerkers en geeft dan aan dat zij de ombudsfunctie waarneemt. • De informatiefolders betreffende de wet op de patiëntenrechten van de federale overheid liggen bij het onthaal en in de gemeenschappelijke lokalen op de afdeling. • In de verpleegpost hangt een poster m.b.t. patiëntenrechten. De medewerkers hebben in januari 2017 vorming over de patiëntenrechten gehad. Vanuit de bevraging bleken zij over dit onderwerp geïnformeerd te zijn. • Er is een procedure voor inzagerecht in het patiëntendossier en opvragen van een afschrift van (onderdelen uit) het patiëntendossier. De medewerkers kunnen de procedure toepassen. Er is geen procedure voor second opinion, voor informed consent, voor de vrije keuze van beroepsbeoefenaar. Vanuit bevraging blijkt wel dat de patiënten een andere beroepsbeoefenaar kunnen vragen. Er is geen procedure voor het weigeren van een behandeling. In het elektronisch zorgdossier is er wel mogelijkheid om de weigering van fixatie aan te duiden. Er is geen procedure voor ontslag tegen medisch advies. Wanneer dit zich voordoet, wordt er een handgeschreven document opgesteld wat door de

	<p>patiënt dient ondertekend te worden. De huisarts wordt op de hoogte gebracht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn tweetalige verpleegkundigen bekend in het ziekenhuis, die kunnen worden ingeschakeld wanneer patiënt of familie het Nederlands onvoldoende beheerst.
--	---

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:	A, B, B, B, C: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een visietekst rond palliatieve zorg opgemaakt. • In het ziekenhuis is er een stuurgroep palliatieve zorg (4x/j overleg) en een palliatieve werkgroep actief (4x/j overleg). • In het ziekenhuis en in het WZC werkt dezelfde verpleegkundige expert in de palliatieve zorg en dementie (0,75 VTE). Daarnaast is zowel in het ziekenhuis als in het WZC een referentieverpleegkundige of -zorgkundige voor palliatieve zorg werkzaam. Hun taken en bevoegdheden staan niet uitgeschreven. • In het ziekenhuis wordt een palliatieve zorgcultuur verspreid. Vroegtijdige zorgplanning en pijnbestrijding is bij de palliatieve begeleiding een belangrijk aspect. Onlangs werd er overgegaan tot het gebruik van de Palliatieve Performance Scale (PPS).

	<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen formele procedure waarin de werking (hoe aanvraag doen, wie voert gesprekken, wanneer, gebruik palliatief observatieblad, wanneer gebruik PPS, wie aanwezig bij besprekingen palliatieve patiënten,...) beschreven staat . • De werking van de palliatieve zorgcultuur wordt regelmatig geëvalueerd. • Het palliatieve team heeft zicht op alle mogelijke palliatieve zorgvragen binnen het ziekenhuis. • Het ziekenhuis beschikt niet over een jaarverslag van het palliatieve team. • De afdeling beschikt over een ‘waakdoos’ met allerlei folders, een gedichtenboek, kleurplaten voor kinderen, cd’s, • Op het moment van de inspectie was er geen palliatieve patiënt opgenomen in het ziekenhuis. Het gebruik van de PPS werd gecontroleerd in een steekproef van dossiers en voldeed.
--	---

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/wachlijst 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, C, B, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Sinds 2014 converteerde De Dennen van een Sp-chronisch ziekenhuis naar Sp-psychiatrie. De 38 bedden zijn ondergebracht in 1 afdeling. De gemiddelde bezettingsgraad bedraagt 93%. • De grote lijnen van het revalidatieconcept zijn uitgeschreven. Het beleidsplan van het ziekenhuis kan nog verder vertaald worden naar een operationeel multidisciplinair beleidsplan voor de Sp-afdeling. • Tijdens een personeelsvergadering bij de start werd de werking en het concept van een Sp-psychogeriatrische dienst toegelicht. Om de kennis betreffende het revalidatieconcept te verdiepen, zou best bijkomend meer specifieke vorming voor de medewerkers worden georganiseerd. • Het revalidatieconcept en de werking van de afdeling staan beschreven in een infobrochure voor patiënten en familie. • De opnamecriteria zijn geëxpliciteerd. Hier kan meer de nadruk gelegd worden op het gewenste revalidatiepotentieel van de patiënten die kunnen opgenomen worden. • Om voldoende en concrete informatie te hebben wat betreft het patiëntprofiel, heeft De Dennen een formulier uitgewerkt voor aanvragen voor de dienst Sp-psychogeriatric. Het is aan te bevelen om dit uitdrukkelijker te communiceren naar de verwijzers. • De hoofdarts en de opnameplanner van De Dennen bekijken de opnameaanvragen en beslissen welke patiënt opgenomen kan worden. Bij opname wordt de patiënt en/of de familie altijd gehoord door de sociale dienst via een intakegesprek. Na 4 weken wordt er een evaluatiegesprek van de revalidatie gepland. • Er wordt gewerkt met een sjabloon voor de behandelplannen, dat de multidisciplinaire evaluaties reflecteert. Tijdens de dossierchecks bleek dat de behandelplannen behoorlijk werden ingevuld, maar er werd een verschil opgemerkt tussen de papieren versies en de elektronische. • De informatie van de patiënten wordt verspreid bewaard. Zorgverleners noteren op verschillende plaatsen in het EPD en er bestaan papieren dossierdelen naast elektronische. Op die manier kunnen gegevens verloren gaan en verhoogt het risico op fouten. Bovendien is het soms moeilijk voor de zorgverleners om snel alle informatie te vinden, om een duidelijk overzicht te hebben van alle (laatst geactualiseerde) elementen binnen het behandelplan van elke patiënt en om de behandeldoelen te kunnen benoemen, zoals bleek tijdens de bevragingen op de werkvloer. • 2x per week gaat er een multidisciplinair overleg door waarbij de patiënten besproken worden. Op donderdag zijn alle disciplines aanwezig, behalve de artsen. Op maandag is ook er ook een arts bij betrokken. • Een neuroloog en een internist zijn de behandelende artsen. Daarnaast komen wekelijks ook een psychiater, een geriater en een revalidatiearts op de afdeling.

Tijdens de werkdagen is er steeds minstens 1 arts in het ziekenhuis. In het weekend wordt niet door een arts getoerd, maar er is steeds 1 van de behandelende artsen oproepbaar.

- Kine- en ergotherapie kan steeds gegarandeerd worden. Als een kinesist of ergotherapeut afwezig is, wordt deze vervangen door een collega.
- De voorbereidingen voor ontslag starten van bij de opname. Elke ontslagbeslissing wordt genomen na een teamvergadering, onder de eindverantwoordelijkheid van de behandelende arts. Bij ontslag wordt voor elke patiënt onmiddellijk een ontslagbrief opgemaakt.
- Het ziekenhuis verzamelt niet systematisch gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering).
- Er is geen systematische opvolging van het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden.
- Het ziekenhuis heeft zicht op instroom, uitstroom en wachttijden. De wachttijd voor opname bedraagt gemiddeld 3 weken.
- De therapieruimten zijn groot genoeg en beschikken over voldoende aangepast materieel.
- De kamers en gemeenschappelijke ruimten kunnen op een meer adequate wijze kenbaar gemaakt worden aan de patiënten, aangepast aan de doelgroep, bijvoorbeeld door een vlottere visuele herkenning ervan te verwezenlijken.

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:	B, B, B, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn conform samengesteld.• De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven in de procedures en werkvoorschriften 'Hygiëne: handen wassen, hygiënische handontsmetting en dragen van handschoenen' en bevatten de basisvoorwaarden voor een correcte toepassing. De richtlijnen zijn niet afdwingbaar daar ze niet opgenomen zijn in het arbeidsreglement voor medewerkers in loondienst.• In de algemene regeling staat expliciet vermeld dat de artsen zich moeten houden aan de regels voor handhygiëne. Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat niet alle artsen deze regels steeds strikt volgen.• Er werd vastgesteld dat bij het manipuleren van geneesmiddelen sommige personeelsleden de richtlijnen voor handhygiëne niet respecteerden.• 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. De naleving van de richtlijn over het gebruik van (niet-steriele) handschoenen gaat in 2017 gecontroleerd worden.• Er zijn verbeteracties aantoonbaar op het vlak van handhygiëne.

9.2 TRANSFERS VAN PATIËNTEN MET MULTIDRUGRESISTENTE ORGANISMEN (MDRO)

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	C, C, B, B, B: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Er is een protocol voor het beleid bij (transfer van) patiënten die drager zijn van MDRO. Men gebruikt een gedetailleerd invuldocument, ook bestemd voor extramurale zorgverleners.• Het gebruik van OBASI is niet optimaal. Er bestaan naast het EPD nog papieren informatiedragers, soms printouts waarop is geschreven, soms in handschrift. Er gebeurt onvoldoende systematische controle op het correcte gebruik van het dossier als multidisciplinair werkinstrument, en van het MDRO-document in het bijzonder.

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, C: goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• De lokale huisartsenkring is niet vertegenwoordigd in een beleidsorgaan van het ziekenhuis.• Er is geen formele samenwerkingsovereenkomst met lokale huisartsenverenigingen. Deze werden wel uitgenodigd op een vormingsmoment dat door het ziekenhuis werd georganiseerd. Jaarlijks is er een overleg tussen de hoofdarts en de voorzitter van de plaatselijke HAK. Voorts zijn er informele contacten en is er regelmatig overleg met de CRA van het WZC.• Het ziekenhuis organiseert wetenschappelijke bijeenkomsten waar soms ook de huisartsen uit de regio zijn uitgenodigd.• Het ziekenhuis neemt beperkt deel aan overleg betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Er was slechts 1 vergadering met SEL Amberes sinds de aansluiting van De Dennen bij dit samenwerkingsinitiatief.• Het ziekenhuis neemt niet deel aan een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg noch is er een structureel overleg met psychiatrische ziekenhuizen. Er is wel informeel overleg met PZ Zoersel en De Dennen beschikt daarnaast ook over een liaisonpsychiater.• Het ziekenhuis neemt deel aan structureel overleg tussen revalidatieziekenhuizen onderling.• Er is structureel beleidsmatig overleg tussen De Dennen en algemene ziekenhuizen, vooral AZ St.-Jozef te Malle.

10.2 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

Beoordeling:	A, A, A, B, B: zeer goed
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none">• Het patiëntendossier bestaat elektronisch en op papier en heeft luiken voor alle disciplines. Hoewel na enig zoeken alle informatie te vinden is, blijkt niet steeds duidelijk of men de meest actuele gegevens in handen heeft.• De gecontroleerde dossiers waren goed ingevuld.• De voorbereiding van het ontslag vangt zeer snel bij opname aan. Ontslag volgt na bespreking in het multidisciplinaire team, met de arts als eindverantwoordelijke.• Elke patiënt krijgt bij ontslag een uitgebreide ontslagbrief, met inbegrip van een medicatieschema.• Bij afwezigheid van een therapeut (kine, ergo) –bv. door ziekte- wordt deze vervangen door een collega om de continuïteit van de therapie te waarborgen.

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, D, C, D, C: matig
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een huishoudelijk reglement voor de ombudsfunctie. Dat reglement bevat de klachtenprocedure. • De verpleegkundige van de sociale dienst is de ombudspersoon. • De contactgegevens en de beschikbaarheid van de ombudspersoon zijn duidelijk weergegeven voor de patiënten in de folder m.b.t. de ombudsfunctie. • Bespreking van klachten kan op het wekelijks overleg tussen de directie en de sociale verpleegkundige. • Uit het organogram blijkt dat de algemeen directeur de ombudspersoon aanstuurt. • De ombudspersoon volgde geen basisopleiding bemiddeling. De ombudspersoon neemt niet deel aan overlegmomenten m.b.t. de

ombudsfunctie en volgde geen enkele opleiding i.f.v. de ombudsfunctie of patiëntenrechten.

- Klachten worden meestal op afdelingen zelf afgehandeld, de ombudspersoon is op de hoogte door het lezen van het logboek of deelname aan de teamvergadering(en).
- Er is geen systematische registratie van de klachten.
- Er is geen systematische opvolging van de verbetervoorstellen.
- De ombudspersoon maakt jaarlijks de registratie op m.b.t. de rechten van de patiënt. Van de overige klachten wordt geen verslag of overzicht gemaakt.
- Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst kent nog verbeterpunten:
 - Op de website van het ziekenhuis zijn, op de pagina van de ombudsdienst, de contactgegevens van de ombudspersoon terug te vinden en wordt via een weblink verwezen naar de wet op de patiëntenrechten.
 - Op de afdeling hangt geen affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon en liggen geen folders van de ombudsdienst ter beschikking van de patiënten. In de inkomhal zijn de folders i.v.m. de ombudspersoon wel beschikbaar.
 - De folder van de federale overheid betreffende de wet op de patiëntenrechten wordt niet systematisch aan de patiënten gegeven.
 - Er is geen brievenbus op de afdeling waarlangs communicatie mogelijk is met de ombudspersoon. Er zijn wel brievenbussen i.v.m. ideeën.
 - In de folder van de ombudsdienst staat vermeld dat “u het probleem eerst bespreekt met de betrokken persoon of dienst zelf en indien u niet tot het gewenste resultaat komt pas dan kan contact opnemen met de ombudsdienst”. Het lijkt ons aangewezen om dit minder sturend te formuleren: het moet voor patiënten duidelijk zijn dat zij ten allen tijde rechtstreeks bij de ombudspersoon terecht kunnen, zodat de drempel om contact op te nemen zo laag mogelijk wordt gehouden.
 - Vanuit de bevraging blijkt dat de patiënt, wanneer deze de klacht zelf wil neerschrijven, het klachtenformulier moet vragen aan het onthaal op de afdeling. Hierdoor kan de drempel hoog zijn.
 - De klachtenprocedure is enkel op de website beschikbaar. Deze procedure kent nog verbeterpunten:
 - De procedure geeft niet duidelijk aan welke stappen ondernomen moeten worden.
 - In de procedure wordt vermeld dat “Meldingen die geen betrekking hebben op de rechten van de patiënt worden als niet ontvankelijk beschouwd”. Ook andere klachten moeten geuit kunnen worden.

11 ALGEMEEN BESLUIT

Overzicht beoordelingen per onderwerp

5	Leiderschap	
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie.....	goed
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement.....	goed
5.3	Leiderschap binnen het verpleegkundig departement	goed
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten	zeer goed
6	Personeel	
6.1	Personeel en bestaffing	goed
6.2	Vorming	goed
7	Veilige Omgeving	
7.1	Gezonde behandelaars	onvoldoende
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	onvoldoende
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	onvoldoende
8	Gestandaardiseerde Zorg	
8.1	Globaal kwaliteitssysteem	matig
8.2	Ethisch comité	goed
8.3	Therapeutische restricties	matig
8.4	Medicatie distributie	goed
8.5	Patiëntenrechten	matig
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie	zeer goed
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten.....	goed
9	Hygiëne	
9.1	Handhygiëne.....	goed
9.2	Transfers van patiënten met multidrugresistente organismen (MDRO).....	goed
10	Communicatie	
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers	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” (14/21). Voor 4/21 onderwerpen was het resultaat “matig”. Voor 3/21 onderwerpen werd een “onvoldoende” toegekend.

Vanaf 2014 werden voor het ziekenhuis belangrijke wijzigingen doorgevoerd, zoals een andere managementstructuur en een conversie van Sp-chronisch naar Sp-psychogeriatric. Er werden heel wat nieuwe initiatieven op vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aangetroffen, maar door hun recente invoering waren de resultaten op het moment van de inspectie vaak niet aantoonbaar. Enkele voorbeelden illustreren de voelbare, maar niet steeds duidelijk zichtbare, positieve weg in het ziekenhuis: de open overlegcultuur, de verbeterbereidheid (het actief zoeken van oplossingen voor geïdentificeerde knelpunten), de aandacht voor palliatieve zorg, de opstart van een efficiënt meld- en leersysteem.

De meeste aandachtspunten die werden vastgesteld, vinden hun grond in het onvoldoende gestructureerd werken waardoor een aantal elementen niet aantoonbaar zijn. Deels kan dit ook toegeschreven worden aan de relatieve kleinschaligheid van het ziekenhuis, met korte en directe communicatielijnen.

Er is verbetermogelijkheid onder meer op volgende vlakken:

- De initiatieven betreffende kwaliteit van zorg hangen niet genoeg samen en zijn te weinig onderbouwd. Er gebeurt geen systematische monitoring van de eigen werking. De gegevensverzameling over sommige onderwerpen wordt niet genoeg over alle echelons (top vs. down, verschillende beroepsgroepen) binnen het ziekenhuis benaderd. Het ziekenhuis moet werk maken van het gestructureerd opvolgen van uitkomsten. Bij het bepalen van doelstellingen en acties, moeten objectieve argumenten die keuzes onderbouwen. Ook de onderlinge coherentie moet bewaakt worden.
- Het beleidsplan voor het ziekenhuis moet doorvertaald worden naar een uitgewerkt operationeel multidisciplinair afdelingsbeleidsplan voor de psychogeriatric patiëntendoelgroep. Behalve het algemene beleidsplan, kunnen ook andere basisdocumenten die al bestaan (bv. revalidatieconcept, kwaliteitshandboek) hiervoor als basis dienen.
- Er werd vastgesteld dat het medisch departement onvoldoende participeert aan de praktische organisatie van de zorg. Er neemt bv. geen arts deel aan de stuurgroep kwaliteit en de zichtbare medische bijdrage aan het beleidsplan is minimaal. Ook op het vlak van de opvolging van klinische outcome, zoals het systematisch opvolgen van indicatoren, kan een tandje bijgestoken worden.
- Het elektronisch patiëntendossier wordt niet optimaal gebruikt. De implementatie van een multidisciplinair geïntegreerd (elektronisch) patiëntendossier als belangrijkste drager van alle relevante informatie over de patiënt dringt zich op. Het gebruik van bijkomende (papier) dossierdelen die op andere plaatsen bewaard worden, dient zo veel mogelijk vermeden te worden.
- Het beleid rond vrijheidsbepalende maatregelen moet verfijnd worden. Er moet een coherente procedure uitgeschreven worden die alle vrijheidsbepalende maatregelen omvat die in het ziekenhuis toegepast worden.
- Een aantal medicatierisico's die werden geïdentificeerd, moeten onder controle gebracht worden.
- Gemiddeld is het vormingsbeleid voor het ziekenhuis goed, maar er bestaat een discrepantie tussen de artsen (matig) en de andere beroepsgroepen (zeer goed).