

Vlaamse overheid



**Agentschap Inspectie Welzijn,  
Volksgezondheid en Gezin  
Afdeling Welzijn en Gezondheid**

Koning Albert II-laan 35, bus 31  
1030 BRUSSEL  
Tel. 02 553 33 79 – Fax 02 553 34 35  
E-mail: [inspectie@wvg.vlaanderen.be](mailto:inspectie@wvg.vlaanderen.be)

**Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid  
Afdeling Toezicht Volksgezondheid**

Koning Albert II-laan 35, bus 33  
1030 Brussel  
Tel. 02 553 36 71 – Fax 02 553 36 16  
E-mail: [toezichtvolksgezondheid@vlaanderen.be](mailto:toezichtvolksgezondheid@vlaanderen.be)

**Auditverslag  
Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie  
Oostende**

**Maart 2010**

2010/004/IT/AZ

# Inhoud

---

<i>Inhoud</i>	2
<b>1 Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Toepassingsgebieden	4
1.2 Definities	6
1.3 Auditproces	6
1.4 Samenstelling van het auditteam	7
1.5 Auditplan	8
<b>2 Situering van de instelling</b>	<b>9</b>
<b>3 Leiderschap</b>	<b>11</b>
3.1 Beleidsorganen	11
3.2 Organisatiestructuur	12
<b>4 Beleid en strategie</b>	<b>14</b>
4.1 Beleidscyclus	14
4.2 Lerende omgeving	15
4.3 Formele afspraken	19
<b>5 Middelen</b>	<b>20</b>
5.1 Infrastructuur	20
5.2 ICT	20
5.3 Patiëntendossier	20
<b>6 Medewerkers</b>	<b>22</b>
6.1 Personeelsbeleid	22
6.2 Artsen	24
6.3 Vrijwilligers	24
6.4 Vorming, Training en Opleiding (VTO)	24
6.5 Bestaffing	26
<b>7 Processen</b>	<b>27</b>
7.1 Organisatie van zorg	27
7.2 Procedurebeheer	28
7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen	28
7.4 Medicatiedistributie	29
7.5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen	34
7.6 Klachtenmanagement	34
<b>8 Resultaten</b>	<b>36</b>

8.1	<i>Toegankelijkheid van zorg</i>	36
8.2	<i>Patiëntgeoriënteerde zorg</i>	36
8.3	<i>Continuïteit van zorg</i>	37
8.4	<i>Samenwerking</i>	38
9	<i>Zorg voor revalidanten</i>	40
10	<i>Zorg voor oncologische patiënten</i>	45
11	<i>Zorg bij het levenseinde</i>	46
12	<i>Milieu en hygiëne</i>	47
12.1	<i>Milieuvergunningen</i>	47
12.2	<i>Verbouwingen</i>	47
12.3	<i>Medisch Afval</i>	47
12.4	<i>Drinkwaterdistributie</i>	48
12.5	<i>Biotechnologie en bioveiligheid</i>	49
12.6	<i>Bestrijding en preventie van ongedierte</i>	49
12.7	<i>Opslag gevaarlijke producten</i>	49
12.8	<i>Mortuarium</i>	50
12.9	<i>Opslag gevaarlijke producten</i>	50
12.10	<i>Linnen</i>	50
13	<i>Infectieziektenbeheersing</i>	52
13.1	<i>Werking ziekenhuishygiëne</i>	52
13.2	<i>Procedures ziekenhuishygiëne</i>	52
13.3	<i>Handhygiëne en rondgang op de afdelingen</i>	53
13.4	<i>Antibioticabeleid</i>	54
13.5	<i>Meldingen infectieziekten</i>	54
13.6	<i>Voedselbereiding en -bedeling</i>	54

# 1 Inleiding

---

In het auditverslag bespreken we vooreerst de ziekenhuisbrede aspecten, vervolgens bespreken we de resultaten van de audit van enkele specifieke zorgtrajecten. Daarna worden de medisch milieukundige aspecten en de infectieziektenbeheersing besproken.

Een voorlopige versie van het auditverslag werd toegelicht en afgegeven op 29/03/2010. Er werd een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren. Facultatief werd de mogelijkheid van een slotbespreking geboden waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota kunnen toegelicht worden. Deze slotbespreking werd gepland op 29/06/2010 in het Ellipsgebouw te Brussel.

## 1.1 Toepassingsgebieden

1. Kwaliteit van zorg
  - toetsing van de federale erkenningsnormen.
  - evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

Tijdens de audit wordt een referentiekader gehanteerd dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=6942>.

2. Infectieziektepreventie en medisch milieukundige aspecten: deze vaststellingen worden gedaan door het Toezicht Volksgezondheid.

<b>MILIEU EN GEZONDHEID</b>	
	<b>Toezicht op</b>
<b>Ziekenhuis</b>	- interne afvalstromen - waterdistributie (beheersplan legionella – drinkwater – aircosystemen) - preventieve ongediertebestrijding
<b>Biotechnologie-bacteriologisch labo</b>	- VLAREM-voorwaarden
<b>Ziekenhuisafval</b>	- VLAREA-voorwaarden
<b>Wetgeving</b>	- nieuwbouw of verbouwingswerken (Vlarem) - vergunningen (Vlarem) - afval (Vlarea) - legionellabeheersing (nieuw Legionellabesluit)

<b>INFECTIEZIEKTEPREVENTIE</b>	
	<b>Toezicht op</b>
<b>Team voor Ziekenhuishygiëne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekenhuishygiëne (KB 26 april 2007):</li> <li>- Ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met: <ul style="list-style-type: none"> <li>- standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;</li> <li>- isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;</li> <li>- surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen.</li> </ul> </li> <li>- Opzetten van een epidemiebeleid.</li> <li>- Opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het bouwen of verbouwen;</li> <li>- de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;</li> <li>- de aankoop van materialen.</li> </ul> </li> <li>- Implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties.</li> <li>- Uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne.</li> <li>- Algemeen strategisch plan.</li> <li>- Jaarlijks beleidsplan.</li> <li>- Activiteitenverslag.</li> <li>- Verslag over de werking van het team.</li> </ul>
<b>Comité voor Ziekenhuishygiëne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenstelling van het comité en frequentie van vergaderen.</li> <li>- Controle op technieken van sterilisatie.</li> <li>- Antibioticumbeleid.</li> <li>- Uitwerken van richtlijnen voor en houden van toezicht op: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de methoden van wassen en verdeling van linnen;</li> <li>- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;</li> <li>- het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval.</li> </ul> </li> </ul> <p>Opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en de risicodiensten.</p>
<b>Antibiotherapiebeleidsgroep (KB, 12 februari 2008)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formularium</li> <li>- Aanbevelingen (empirisch, etiologisch, prophylactisch, nationale aanbevelingen en verspreiding)</li> <li>- Initiatieven, incl. promotie-beleid</li> <li>- Permanente opleiding</li> <li>- Evaluatie formularium, aanbevelingen, consumptieprofielen en feedback</li> <li>- Bewaking en rapportage resistentie epidemiologie</li> <li>- Samenstelling en opleidingsvoorwaarden (~analogie werkingsverslag voor ziekenhuishygiëne)</li> <li>- Jaarrapportage activiteiten voor BAPCOC (over voorbije jaar) (~analogie activiteitenverslag ziekenhuishygiëne)</li> <li>- Strategisch plan (lange termijn doelstellingen) (~analogie strategisch plan ziekenhuishygiëne)</li> <li>- Jaarlijks plan (SMART doelstellingen lopende jaar) (~ analogie jaarlijks beleidsplan ziekenhuishygiëne)</li> </ul>
<b>Meldingsplicht infectieziekten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerieel besluit van 19 juni 2009</li> <li>- Besluit van Vlaamse Regering van 19 juni 2009</li> <li>- Preventiedecreet van 21 november 2003</li> </ul>

## 1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

### **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief of positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie, bv. om de context te schetsen.

### **Sterke punten (SP)**

Dit zijn punten die de auditoren als een meerwaarde voor het ziekenhuis beschouwen. Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een meerwaarde aanzien.

### **Aanbevelingen (Aanb)**

De aanbevelingen zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

### **Non-conformiteiten (NC)**

Dit zijn de elementen die volgens het team niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen deze non-conformiteiten te worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

### **Tekortkomingen (TK)**

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen ook deze tekortkomingen te worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet geven hebben aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dient de non-conformiteit weggewerkt te worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

## 1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door IVA Inspectie werden ontwikkeld.

Het Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie heeft zelfevaluaties gemaakt voor de thema's algemeen beleid, medisch beleid, verpleegkundig beleid, ethisch beleid, patiëntenrechten, apotheek, risicomangement en dagziekenhuis.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleid- en overlegorganen, procedures, interne reglementen en het kwaliteitshandboek.

De audit vond plaats op volgende data:

15 maart 2010	Audit
19 maart 2010	Audit
25 maart 2010	Opmaak verslag
29 maart 2010	Presentatie verslag

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase bekomen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige auditverslagen, de website van het ziekenhuis, ...

Er werden 24,5 uren interview en rondgang in het ziekenhuis georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden, 2 stafleden, 2 artsen, 5 verpleegkundigen waarvan 4 hoofdverpleegkundigen, 1 sociaal assistente, 2 ergotherapeuten, 1 kinesist, 1 apotheker, 1 preventieadviseur en 2 medewerkers keuken.

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

In het eerste deel van het verslag staan ziekenhuisbrede zorgaspecten beschreven. Leiderschap, beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten binnen het ziekenhuis worden in kaart gebracht.

Daarna wordt er dieper ingegaan op zorgtrajecten voor specifieke patiëntengroepen. Achtereenvolgens wordt de zorg voor revalidanten, zorg voor oncologische patiënten en de zorg bij het levenseinde besproken.

Bij elk zorgtraject kan u, na een korte situering (d.i. neutrale informatie als algemene vaststelling), terugvinden hoe de aspecten beleid en strategie, middelen, medewerkers, processen en resultaten ingevuld worden voor deze doelgroep.

## **1.4 Samenstelling van het auditteam**

Tom Wylin	Hoofdauditor IVA Inspectie WVG
Nele Van Cauteren	Auditor IVA Inspectie WVG
Tania Vandommele	Auditor IVA Inspectie WVG
Isabelle Bendels	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid
Caroline Broucke	Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid

## 1.5 Auditplan

### IVA Inspectie WVG

- **Maandag 15/03/10**

	Tom Wylin	Nele Van Cauteren	Tania Vandommele
9u00 – 9u30	Voorstelling van het auditconcept (door de hoofdauditor) Voorstelling directieleden en ziekenhuisdiensten (door het ZH)		
9u30u – 11u00	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling	Verpleegafdeling
11u00-12u00	Klachtenmanagement	Apotheek	Fixatie – isolatie
12u00 – 13u00	Risicomangement		Verpleegkundig beleid en ontslagbeleid
13u00 – 14u00	Middagmaal		
14u00 – 15u00	Overleg auditoren		

- **Vrijdag 19/03/10**

	Tom Wylin	Nele Van Cauteren
9u00 – 11u00	Revalidatieafdeling	Medicatie distributie op de afdelingen
11u00 – 12u00	Algemeen beleid	Kwaliteitsbeleid
12u00 – 13u00	Medisch beleid	
13u00 – 14u00	Middagmaal	
14u00 – 15u00	Overleg auditoren	

- **Donderdag 25/03/10:** verslagdag in Brussel

- **Maandag 29/03/10**

presentatie van het voorlopig auditrapport:

9u30 – 10u30: onderling overleg auditoren

10u30 – 12u30: presentatie van het verslag

12u30 – 14u: mogelijkheid tot nabespreking

### IVA Zorg & Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid

- **Maandag 15/03/2010**

	Caroline Broucke	Isabelle Bendels
10u00 – 11u00	Bezoek keuken	Milieuvergunningen – verbouwingen - afvalbeleid
11u00 – 12u00	Team ziekenhuishygiëne	Bacteriologisch laboratorium – drinkwaterdistributie - rouwkamers
12u00 – 13u00		Therapiebad
Vanaf 14u00	Rondgang op de verpleegafdelingen	



## 2 Situering van de instelling

---

Naam	Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie
Adres	Zeedijk 286-288
Gemeente	8400 Oostende
Telefoon	059 /70 51 81
Fax	059 /80 31 54
Website	<a href="http://www.bzio.be">www.bzio.be</a>
e-mail	<a href="mailto:info@bzio.be">info@bzio.be</a>
Erkeningsnummer	679

### **Inrichtende macht**

vzw Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie

### **Voorzitter van de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur**

Dhr. M. Van Roosbroeck

### **Algemene directie**

Voorzitter van de Raad van Bestuur	Dhr. M. Van Roosbroeck
Administratief directeur	Mevr. Monique Boeye
Hoofdgeneesheer	Dr. Georges Casteur
Financieel directeur (+ bestuurder)	Dhr. Bruno Wattiez

### **Directiecomité**

Voorzitter van de Raad van Bestuur	Dhr. M. Van Roosbroeck
Administratief directeur	Mevr. Monique Boeye
Hoofdgeneesheer	Dr. Georges Casteur
Directeur nursing en paramedische diensten	Dhr. Alain Antierens
Financieel directeur (+ bestuurder)	Dhr. Bruno Wattiez
Technisch directeur	Dhr. Jan Logie
Directeur revalidatieactiviteiten	Dr. Pascal De Neve

### **Geschiedenis en recente ontwikkelingen:**

- Het BZIO ontstond in 1897 toen dr. Armand Delcroix in de Sportstraat te Oostende het sanatorium Sint-Vincentius a Paulo oprichtte. In 1910 verhuisde de instelling naar Mariakerke.  
Armands zoon Eduard zette als orthopedisch chirurg het werk van zijn vader voort. Te Mariakerke liet hij in 1924 naast het sanatorium het “Hydro-instituut” optrekken, een orthopedisch ziekenhuis met een zeewaterzwembad (dit gebouw werd in 1983 afgebroken). Het sanatorium zelf, dat de tweede wereldoorlog niet overleefde, werd onder impuls van Eduard heropgebouwd. Het heropende in 1956, vooral gericht op de

neurologische en chirurgische revalidatie van kinderen met polio of beendertuberculose. Later werd nog een zeewaterzwembad toegevoegd.

Armand-Jacques Delcroix en Stéphane Delcroix, respectievelijk Eduards zoon en kleinzoon werkten in dezelfde traditie verder, maar buiten de instellingen te Oostende. Sedert 1997 bestaat er een prijs Dr. E. Delcroix, momenteel driejaarlijks uitgereikt door de vzw Hydro (i.s.m. het Vlaams Instituut van de Zee) en die vorsers beloont voor hun werk inzake het gebruik voor menselijke doeleinden van de kwaliteiten van het zeewater (therapeutisch en ecologisch).

- Het BZIO is erkend voor 125 bedden Sp-locomotorisch en een functie ziekenhuisapotheek. Sinds 1/1/2009 heeft men ook een erkenning voor een functie niet-chirurgische daghospitalisatie.  
Op de eerste verdieping van het gebouw bevindt zich een RVT met 25 bedden.  
Het ziekenhuis is daarnaast door het RIZIV erkend als centrum voor neurologische en locomotorische functionele revalidatie.
- In 2006 kreeg het BZIO het domein met de Koninklijke Villa in erfpacht. Momenteel zijn er aanpassingswerken aan de gang om het gebouw en de ruimte errond een nieuwe functie te geven. De invulling ligt nog niet helemaal vast, maar het is de bedoeling om hier een revalidatiecentrum voor oncogische patiënten uit te bouwen. Men denkt ook aan een combinatie met een zorghotel en met een gezondheidsvoorlichtingscentrum. Daarnaast zijn er (nog weinig concrete) plannen om op de plaats van de parking, samen met een private partner, een nieuw gebouw op te trekken met daarin een parking, een RVT-gedeelte, een nursing home en/of service flats.

## 3 Leiderschap

---

### 3.1 Beleidsorganen

- De algemene vergadering telt 19 leden en komt jaarlijks bijeen.
- De raad van bestuur van de vzw telt 11 leden en kwam in 2009 5 keer bijeen. De keuze van de leden zorgt er voor dat diverse belangrijke competenties aanwezig zijn, naast een vertegenwoordiging vanuit het ziekenhuis en het lokale medische netwerk. **(SP)**
- Bij de pensionering van de vroegere algemeen directeur werd geopteerd hem te vervangen door het overlegorgaan “Algemene Directie”. Dit orgaan komt tweewekelijks samen (in de weken dat er geen directiecomité is) en bestaat uit de voorzitter van de raad van bestuur, de financieel directeur (die eveneens bestuurder is), de hoofdgeneesheer en de administratief directeur. **(AV)**  
De verpleegkundig en paramedisch directeur maakt van dit besluitvormend orgaan geen deel uit. **(TK)**  
In de loop van de audit werd door de raad van bestuur beslist om de financieel directeur te benoemen tot “gedelegeerd directeur”. Of die als algemeen directeur kan beschouwd worden, is vooralsnog onduidelijk. **(TK)** We bevelen aan de verantwoordelijkheden en taken van de verschillende leidende functies en organen duidelijk vast te leggen in een functieomschrijving. **(Aanb)**
- Het “Directiecomité” komt eveneens tweewekelijks samen (in de weken dat er geen algemene directie is). Het heeft geen directieve functie, maar enkel een informatieve, coördinerende en uitvoerende opdracht. Het bestaat uit de voorzitter van de raad van bestuur, de administratief directeur, de hoofdgeneesheer, de directeur nursing en paramedische diensten, de financieel directeur, de technisch directeur en de directeur van de revalidatiediensten. De apotheker wordt steeds uitgenodigd. **(AV)**
- We bevelen aan de taken en samenstelling van algemene directie en directiecomité te herevalueren volgens de richtlijnen van hospital governance. **(Aanb)**
- De medische raad telt 6 leden en vergadert wekelijks. De hoofdgeneesheer is lid van de medische raad, de apotheker wordt steeds uitgenodigd.  
Het financieel comité vergaderde vorig jaar 2 maal. **(AV)**
- De lokale ethische commissie vergaderde in 2009 vier maal. Een aantal formulieren werden besproken en van advies voorzien. Het ethische comité telt negen leden: vijf artsen (twee revalidatieartsen, twee toezichthoudende artsen en een externe huisarts-CRA), een externe thuisverpleger, de sociaal assistente, de zorgcoördinator en de voorzitter van de raad van bestuur (als jurist).  
Om de twee jaar wordt vorming georganiseerd, in 2008 ging dit over de patiëntenrechtenwet, in 2010 over euthanasie.  
Spoedeisende vragen kunnen steeds opgevangen worden (mail, telefonisch).  
Het ethische comité wordt niet vermeld op de website van het ziekenhuis of de opnamebrochure **(Aanb)** maar er bestaat wel een flyer die regelmatig wordt uitgehangen. Desalniettemin kwamen er het voorbije jaar geen vragen van de werkvloer.

### 3.2 Organisatiestructuur

- De hoofdgeneesheer is voor onbepaalde tijd benoemd en bekleedt deze functie sedert 1987.  
De tijd die de hoofdgeneesheer spendeert aan zijn taken als hoofdgeneesheer is niet formeel vastgelegd. Hij kan een beroep doen op administratieve ondersteuning via het secretariaat van de artsen van de instelling. **(AV)**  
De hoofdgeneesheer volgde geen specifieke erkende opleiding in ziekenhuismanagement, maar volgt wel de vormingen van de beroepsvereniging van hoofdgeneesheren.  
Hij is volwaardig lid van de medische raad, het directiecomité en de algemene directie. Verder maakt hij ook deel uit van de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering. **(AV)**
- De administratief directeur is ook dagelijks verantwoordelijke van het RVT. Andere verantwoordelijkheden hebben betrekking op facturatie en boekhouding, onderhoud, keuken, sociale dienst, informatica... **(AV)**
- Het medisch departement bestaat uit 4 toezichthoudende artsen, 2 radiologen, 2 revalidatieartsen en een aantal consultants (orthopedie, pijn, neurologie en urologie). Er is één medisch diensthoofd (“directeur van de revalidatieactiviteiten”). Hij is lid van het directiecomité. **(AV)**
- Doordat de meeste artsen zetelen in de medisch raad en deze wekelijks bijeenkomt, heeft deze een beleidsmatig karakter. **(AV)**  
De voorzitter van de medische raad is ook Raadgevend en Coördinerend Arts van het RVT, voorzitter van de Huisartsenkring van Oostende en van het SIT. Hierdoor is er een sterk contact met de eerste lijn. **(SP)** Tekenend hiervoor is dat de huisartsenkring en de Koninklijke Geneesherenvereniging van Oostende gratis gebruik mogen maken van de infrastructuur van het BZIO voor hun vergaderingen en dat de telefoniste van het ziekenhuis instaat voor de telefonische permanentie van de huisartsenwachtdienst. Ook werkte het ziekenhuis tussen 2000 en 2006 mee aan een project ziekenhuisopname en ontslagprocedure samen met de andere twee ziekenhuizen en de huisartsen, totdat de financiering hiervoor aan categorale ziekenhuizen werd stopgezet door de federale overheidsdienst Volksgezondheid.
- Het hoofd van het verpleegkundig departement is ook paramedisch directeur. Hij is ook verantwoordelijk voor het verpleegkundig beleid van het RVT. Hij wordt binnen het BZIO bijgestaan door twee middenkaders (samen 1,2 VTE) waarvan er één persoon een lijnfunctie vervult (0,2 VTE). Deze laatste is de zorgcoördinator met als taken de zorginhoudelijke aansturing, de toewijzing van de mobiele eenheid en de implementatie van verbeterprocessen (bv. verpleegkundig dossier). Daarnaast vervult ze ook de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiëniste (0,5 VTE). De andere persoon binnen het middenkader (1 VTE) vervult een staffunctie (kwaliteit en patiëntveiligheid). **(AV)**
- Paramedici in loondienst worden in praktijk duaal aangestuurd door de arts en het verpleegkundig diensthoofd. Functioneel stuurt de arts aan in functie van de uitvoering van het zorgproces. Structurele opmerkingen, evaluatie, sanctionering en personeelsdossier vallen onder het verpleegkundig diensthoofd en hiërarchisch onder de verpleegkundig – paramedisch directeur. **(SP)**

- Sinds september 2003 is men, vanuit een nood aan een wetenschappelijk multidisciplinair zorgconcept, lid van het Belgisch Nederlands Netwerk Klinische Paden. **(AV)**  
Er zijn vijf klinische paden/zorgpaden (THP, TKP, CVA, BZIO ambulante en BZIO hospitalisatie) ontwikkeld door multidisciplinair samengestelde werkgroepen. Outcome indicatoren werden bepaald tijdens de ontwikkeling van de klinische paden en worden opgevolgd binnen de werkgroep per klinisch pad. **(SP)**  
Op patiënteniveau staat de toegewezen verpleegkundige (TGV) in voor de opvolging van het klinisch pad. Alleen zij is bevoegd om dit pad aan te passen aan de individuele noden. Zij bespreekt in dat geval de afwijking op het klinisch pad met de hoofdverpleegkundige, de artsen en andere teamleden. **(SP)**
- Er worden binnen het verpleegkundig departement 4 dienstvergaderingen per jaar georganiseerd, die minstens 3 uur duren. Allerhande beleidsrelevante informatie komt hier aan bod, zoals de resultaten van de klinische paden, toekomstperspectieven, beleidsplannen, jobtevredenheidsmeting, teameffectiviteitsmeting, kwaliteitsindicatoren (klinische performantie, patiënt- en medewerkerstevredenheid), patiëntveiligheidsindicatoren, het klachtenmanagement... **(SP)**
- In het organogram worden de verantwoordelijke voor de vrijwilligers en de begeleider van de (her-)intreders niet nominatief benoemd. **(TK)**
- Iedere afdeling heeft een toezichthoudend arts waardoor er een optimaal contact is op medisch-verpleegkundig gebied. De aansturing van de revalidatietherapie gebeurt daarnaast door de revalidatieartsen die wekelijks op de multidisciplinaire vergaderingen aanwezig zijn. **(SP)**

## 4 Beleid en strategie

---

### 4.1 Beleidscyclus

- Voor de periode van 2004-2010 werd er een zeer uitgebreide sterkte-zwakteanalyse uitgevoerd met betrekking tot het verpleegkundig zorgproces en verpleegmodel. **(SP)**  
Op basis van de drie bouwstenen van het verpleegmodel (verantwoordelijkheid, planning en communicatie) werd een instrument ontwikkeld, bestaande uit 30 items (10 items per bouwsteen). Per item is er telkens een minimumnorm vastgelegd door het verbetersteam ‘zorgmodel BZIO’. In 2005 werd een voormeting uitgevoerd. In 2008 werd het zorgmodel met alle verbeteracties geïmplementeerd. In 2009 was er een evaluatie na 1 jaar werken a.d.h. een nameting. Vanaf 2010 zullen de gekozen indicatoren (klinische indicatoren vanuit de klinische paden, tevredenheidmetingen van de verschillende patiëntengroepen, operationele indicatoren via teameffectiviteitsmetingen maar ook veiligheidsindicatoren, o.a. FONA, wonden ontstaan in het ziekenhuis, ziekenhuisinfecties, valincidenten...) opgevolgd worden volgens de methodiek van de Balance Score Card. Op basis van deze indicatoren kunnen dan gemotiveerde keuzes gemaakt worden naar verbetering. **(SP)**
- Er is een algemeen jaarverslag, het medisch-klinisch jaarverslag komt neer op de evaluatie van de klinische paden en op het “moreel verslag van de hoofdgeneesheer” voor de medische raad. Het verpleegkundig en paramedisch jaarverslag en beleidsplan zijn geïntegreerd opgesteld. Alle departementen, diensten en afdelingen maken een jaarverslag (evaluatie van de doelstellingen van het voorbije jaar), een SWOT-analyse en een beleidsplan met concrete doelstellingen gebaseerd op deze analyse. **(SP)**
- De indicatorensets die per departement ontwikkeld werden, zijn permanent beschikbaar in het kwaliteitshandboek op intranet en zijn opgebouwd rond de 20 sleutels van Kobaiashi. Voor het verpleegkundig departement zijn er zeer veel indicatoren beschikbaar (personeels- en teamgebonden indicatoren, patiëntgebonden indicatoren, klinische indicatoren, indicatorenset m.b.t. de patiëntveiligheid, organisatorische en economische indicatoren...). Er is een systematische terugkoppeling voor de meeste indicatoren naar de betrokken hoofdverpleegkundigen. **(SP)**
- Artsen nemen actief deel aan het beleid van het ziekenhuis en participeren daarbuiten in andere beleidsorganen (huisartsenkring en Koninklijke geneesherenvereniging). **(SP)**  
De directie is vertegenwoordigd in het regionaal overlegplatform (ROG) van het VAPH en het overlegplatform categorale ziekenhuizen. **(AV)**  
Daartegenover staat dat geen van de artsen een opleiding inzake management genoten heeft (HR-beleid, veranderingsmanagement, ziekenhuismanagement, beheer van gezondheidszorggegevens...). **(Aanb)**
- In 2007 eindigde het BZIO als laureaat voor de Covidien Award (uit 19 ingediende projecten). Deze prijs wordt uitgereikt door de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren, het Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven en de firma Covidien. Deze prijs belooft een directieteam dat een objectieve en meetbare kwaliteitsverbetering voor zijn patiënten en/of medewerkers heeft gerealiseerd. **(SP)**

- Missie en visie dateren van 2000. Momenteel is men, mede door de opstart van oncologische revalidatie in de Koninklijke Villa en de continue zoektocht naar nieuwe revalidatieindicaties, bezig met een herziening. (AV)

## 4.2 Lerende omgeving

### Situering

- Het ziekenhuis past de meeste principes toe van het HIS management model. Het verpleegkundig departement en enkele ondersteunende diensten passen deze methodieken reeds toe (o.a. linnen sterilisatie, stockbeheer verzorgingsmateriaal). Ook binnen het paramedisch departement worden de eerste stappen richting het HIS gezet. Het hoofddoel is tegen 2012 het kwaliteitsmanagement volgens de 20 sleutels van Kobaiashi te realiseren. Deze methodiek wordt ook nog PPORF genoemd (Practical Programme Of Revolution in Factories) en bestaat uit 20 werkvelden om continue verbetering te realiseren op alle kwaliteitsdomeinen. Deze methodiek werd vertaald naar de zorgsector (door de kwaliteitscoördinator i.s.m. de Kobaiashi-verantwoordelijken van de Benelux en Duitsland). Een validatie van deze vertaling is lopende.

HIS toont dat innoverende tools (zoals Lean, Six Sigma...) die tot op heden vooral gebruikt werden in de industriële productieomgeving, ook, mits de nodige vertaling, kunnen gebruikt worden om kern- en ondersteunende processen te optimaliseren in een ziekenhuisomgeving.

Het HIS heeft voor het BZIO al tot gevolg:

- Een toename van de betrokkenheid van de medewerkers ten gevolge van een toename van de rechtstreekse communicatie tussen management en werkvloer;
- Een toegenomen zichtbaarheid en transparantie van de lopende processen;
- De eliminatie van “Cost of Poor Quality”;
- Een continue aandacht voor het verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid.

### Beleid en strategie

- Het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid is in dit ziekenhuis goed uitgebouwd en zeer sterk geïntegreerd in het algemene beleid van het ziekenhuis. (SP)  
Centraal is er een cel kwaliteit en patiëntveiligheid, die regelmatig samenkomt. De cel bestaat uit de leden van het directiecomité en de algemene directie, aangevuld met de kwaliteitscoördinator en ze komt minstens 2 keer per jaar samen. Naargelang het onderwerp kan ze uitgebreid worden met teamleden en proceseigenaars.  
De cel kiest op basis van “de mate van voorkomen” en de ernst van de problemen projecten ter optimalisatie van de zorg. Hierdoor komt het dat in de praktijk, ondanks de scheiding tussen kwaliteitsmanagement en patiëntveiligheidsmanagement in het organogram, heel wat werkgroepen zowel met taken op het vlak van kwaliteit als patiëntveiligheid bezig zijn. (SP)  
De gekozen projecten worden dan verder uitgewerkt in de werkgroepen (ook verbeterteams genoemd: bv. wondzorg, incontinentie, hotellerie, kernteams klinische

paden en zorgpaden, voedingsteam, comité ziekenhuishygiëne...). Men bewandelt de weg dat alle medewerkers/zorgverstrekkers binnen het ziekenhuis betrokken worden en verantwoordelijkheid krijgen over bepaalde kwaliteitsdomeinen.

- Uit het kwaliteitshandboek blijkt dat heel wat kennis aanwezig is bij de kwaliteitscoördinator rond het toepassen van verschillende methodieken, o.a. de 20 sleutels volgens Kobaiashi of de PPORF, 5S methodiek, Bowtie, Six Sigma, TPS, 30 stappenplan NKP, FMEA, 3X3 matrix, Lean methodiek... **(SP)**
- Alle diensthoofden hebben een TPS opleiding gevolgd. Deze opleiding wordt beschouwd als een elementaire vereiste om procesbeheersmanagement uit te bouwen binnen het ziekenhuis. De kwaliteitscoördinator neemt deel aan verschillende externe studiedagen, waar hij soms zelf als gastspreker optreedt. **(SP)**

## Medewerkers

- De kwaliteitscoördinator werkt 1 dag per week voor de FOD Volksgezondheid, waar hij de proefprojecten rond patiëntveiligheid begeleidt. Voor de categorale (en psychiatrische) ziekenhuizen biedt de FOD specifieke ondersteuning. **(SP)**
- De betrokkenheid van het directiecomité beperkt zich niet enkel tot de aanwezigheid in de kwaliteitscel. In alle werkgroepen en comités is minstens één directeur aanwezig. In de werkgroepen ontstaat op deze manier een rechtstreekse dialoog tussen werkvloer en directie, wat het procesbeheersingsmanagement ten goede komt. **(SP)**

## Processen

- Verschillende kanalen worden gebruikt om de verbeterpunten te detecteren: een FONA-registratie (fouten, near-accidents, gevaarlijke situaties, organisatiegebonden problemen), een registratie van valincidenten, van in het ziekenhuis ontstane wonden, FONA-apotheek, checklisten patiëntveiligheid bij opname en bij ontslag, bloedtransfusie-registratie, registratie van de interne urgenties en de problemen die hierbij ondervonden werden, tevredenheidsmetingen binnen de verschillende klinische paden (zowel voor gehospitaliseerde als voor ambulante patiënten) en de patiëntveiligheidscultuurmeting. Op die manier slaagt men erin om veel informatie te verzamelen (in 2009 1617 meldingen). Zo kan men anticiperen op problemen, situaties opvolgen en trends detecteren.  
Voor de analyses van bepaalde situaties gebruikt men verschillende methodieken, aangepast aan de situatie (bv. Six-sigma, Lean-filosofie, FMEA, TPS...).
- Doordat 90% van de patiënten één van de bestaande klinische paden en zorgpaden kan volgen, laat dit ook toe om vanuit de indicatoren die hierbij geregistreerd worden, verschillende analyses te doen. **(SP)**
- Maandelijks wordt een patiëntveiligheidsrapport opgesteld en bezorgd aan de hoofdgeneesheer en de directeur van het verpleegkundig en paramedisch departement. Dit rapport wordt met de hoofdverpleegkundigen en adjunct hoofdverpleegkundigen besproken. Het rapport is daarna beschikbaar via het intranet.



Via de maandelijkse FONA-flash worden de belangrijkste resultaten en acties teruggekoppeld naar alle medewerkers. **(SP)**

- Het BZIO wendt verschillende strategieën aan om de zorgverlening in de revalidatiediensten zo patiëntgericht mogelijk te ontwikkelen: **(AV)**
  1. Het optimaliseren van de zorg
  2. Het anticiperen op problemen
  3. Het uitvoeren van procesanalyses, en zo een beter proces beheersingmanagement bekomen
  4. De evaluatie door de medewerkers, klanten en partners.

Deze strategieën krijgen vorm via verbeterprojecten die gekozen worden op basis van 'de mate van voorkomen' en de ernst van de problemen. Projectvoorstellen kunnen door alle medewerkers van het ziekenhuis ingediend worden. Er wordt een selectie gemaakt door de kwaliteitscel en het project wordt uitgewerkt in verbeterteams. Bevraging van de afdelingen leert dat bepaalde verbeterprojecten starten op één afdeling en dat de resultaten later ziekenhuisbreed doorgevoerd werden (bv.: het project over de inname van bepaalde pijnmedicatie op VE04 resulteerde naderhand in een ziekenhuisbreed protocol). **(SP)**

Het anticiperen op problemen en het borgen van goede dienstverlening worden strikt opgevolgd en beheerst. Er worden heel wat gegevens verzameld en verwerkt. Deze gegevens worden via allerlei kanalen binnengehaald en samen gelegd zodat een heel ruim beeld verkregen wordt op de situatie (runcharts voor alle indicatoren van de klinische paden). **(SP)** Uit deze gegevensverwerking kan men trends herkennen. Deze trends moeten een borging/beheersing en/of een verbetering inhouden. Anders worden maatregelen genomen om deze trend recht te trekken. **(SP)**

Er wordt voortdurend gewerkt aan de klinische paden en zorgpaden. De paden die uitgewerkt zijn, moeten ook echt leven in de instelling. Heel wat controles en bevragingen (zelfevaluatietools) over de kennis bij de medewerkers staven deze werkwijze. De wijzigingen aan de klinische paden worden visueel weergegeven in kleur. **(SP)**

- De 4 domeinen van het kwaliteitsdecreet zitten verweven in de 20 sleutels van Kobaiashi. Uit gesprek en tijdens de audit werden heel wat verbeterprojecten aangehaald en kan men stellen dat elk domein voldoende aandacht krijgt binnen deze 20 sleutel-methodiek. Belangrijk binnen deze instelling is het continue aspect dat men koppelt aan verbetering. Hier werkt men niet in cycli van 5 jaar, maar probeert men door middel van betrokkenheid/ingesteldheid van elke medewerker dagelijks de kwaliteit te verbeteren. Hiernaast wordt kwaliteit in zijn geheel goed opgevolgd door de kwaliteitscoördinator en de kwaliteitscel en gestuurd zodat men op 2 niveaus aan kwaliteit en verbetering kan werken. Dit blijft geen theoretische visie maar kan in de praktijk met tal van verbeterprojecten worden aangetoond. **(SP)**
- De zelfevaluatie over de klinische performantie (of de klinische SWOT) maakt deel uit van de klinische paden, die 90% van het medisch handelen dekken. **(AV)** Klinische paden worden heel nauwgezet opgevolgd via tal van indicatoren. Men maakt gebruik van runcharts voor alle indicatoren van het KP TKP en KP THP (klinisch pad totale knie prothese en totale heup prothese). Dit vergemakkelijkt het bepalen van trends en het

aanpassen, waar nodig, van de klinische paden. Deze klinische paden worden op regelmatige basis bijgestuurd. **(SP)**

De belangrijkste wijziging ten gevolge van dergelijke evaluaties, is de installatie van een centraal zorgpad (zowel voor gehospitaliseerde als ambulante patiënten). Dit pad verzamelt de gemeenschappelijke acties die van toepassing zijn op alle gehospitaliseerde/ambulante patiënten. Hierdoor konden de bestaande klinische paden (TKP, THP, CVA) worden afgeslankt waardoor ze overzichtelijker, transparanter en beter beheersbaar werden voor de zorgverstrekkers. Door middel van hyperlinks zijn alle meetresultaten op een eenvoudige wijze te consulteren.

- De tevredenheid van de gebruikers wordt systematisch en grondig geëvalueerd (“voice of the customer”).  
Er zijn, naast mondelinge bevestigingen waarbij gepeild wordt naar de verwachtingen van de patiënten ten aanzien van de zorgverlening, heel wat schriftelijke tevredenheidsenquêtes. Sommige meer algemene bevestigingen gebeuren op continue basis, terwijl andere (gebonden aan specifieke processen) doelgericht uitgevoerd worden. De vragenlijsten zijn specifiek aangepast aan de verschillende doelgroepen (gehospitaliseerde patiënten, patiënten in daghospitalisatie en ambulanten). Hierdoor slaagt men er in een duidelijk beeld te krijgen van de specifieke noden en verwachtingen en vloeiden er hierdoor aangepaste verbeterprojecten voort met aanpassingen in de organisatie tot gevolg. Men beschikt inmiddels over een grote hoeveelheid gegevens (van 1997 tot op heden), waardoor het gemakkelijker wordt trends te analyseren. **(SP)**

We bevelen aan om de dienstverantwoordelijken hun scores met hun team te laten bespreken en jaarlijks verbeterprojecten specifiek voor hun afdeling (gelinkt aan hun scores) op te starten. Dit item zou een vaste rubriek kunnen zijn in de jaarverslagen/beleidsplannen van de afdelingen. **(Aanb)**

- De medewerkerstevredenheid (“voice of the teammembers”) wordt bevraagd via een vragenlijst rond arbeidstevredenheid en het meten van de veiligheidscultuur. Er wordt eveneens gepeild via een uitgebreide vragenlijst naar de teameffectiviteit. **(AV)**
- We bevelen aan om de betrokkenheid van de patiënt te verhogen in het effectieve zorgproces. De instellingen staan zo ver in het stroomlijnen en beheersen van allerlei kwaliteitprocessen (en verbeteringsprocessen) dat het effectief betrekken van de patiënt tot een volgend en nog hoger kwaliteitsniveau kan leiden. Het recent uitgewerkt zorgpad voor de revalidant vormt hier uiteraard een belangrijk aspect in. Maar ook de klinische farmacie en het bekijken van de mogelijkheden om de patiënten actiever te betrekken in de medicatiedistributie (controle door en informeren van de patiënt...) kan een meerwaarde betekenen in de effectieve en efficiënte zorgverlening. Het meer zichtbaar maken van het verwachte zorgproces en alle handelingen voor de patiënt kan ‘the voice of the customer’ nog meer slagkracht geven. **(Aanb)**

## Resultaten

- Het kwaliteitshandboek is opgebouwd als een werkinstrument, heel wat links worden gemaakt naar metingen, indicatoren, afspraken, protocols... zodat de medewerkers via

deze links ook op de hoogte gesteld zijn van de cijfergegevens en trends. Alles is zeer visueel en begrijpbaar gelinkt aan processen, visies en doelstellingen. **(SP)**

- Sedert de start van een project rond NSAID op een verpleegafdeling, werd een duidelijk dalende trend (minstens 7 opeenvolgende metingen) vastgesteld in het gebruik van NSAIDs bij ontslag. Bij de eerste metingen werd 27% van de patiënten ontslagen onder anti-flogistica, bij de laatste meting nog slechts 13%. **(SP)**  
Ook bij valincidenten is sedert de introductie van het valincidentenprotocol de incidentie gedaald, maar bij de laatste meting was er trendbreuk (kleine stijging tot 15%).  
Andere acties zijn het bijsturen van de procedure interne urgenties, aanpassen verkeerslichten tussen BZIO en het strand, pictogrammen aan de rolwagens met betrekking tot het correct gebruik van bijzettafels, elektronische medicatiefiches, checklisten bij opname en ontslag... **(AV)**
- Het werken met klinische paden is sterk doorgetrokken naar de dossieropmaak en de multidisciplinaire bespreking van en de verslaggeving over de patiënten. **(SP)**
- Er wordt binnen de instelling veel belang gehecht aan de voor- en nametingen. Men kan maar spreken van borging als er minsten één keer per jaar een nameting uitgevoerd wordt binnen de verschillende processen/projecten. **(SP)**
- Er zijn uitgebreide jaarverslagen opgesteld. Hierin wordt de stand van zaken en de evolutie van lopende projecten en van werkgroepen weergegeven. **(SP)**

### **4.3 Formele afspraken**

- De algemene regeling, het medisch reglement en de financiële regeling dateren van 2005. Een aanvulling met betrekking tot de medische permanentie dateert van 2009. Momenteel zijn nog enkele aanpassingen aan het medisch reglement in uitwerking. **(AV)**
- Er zijn duidelijke afspraken gemaakt i.v.m. de organisatie van zaalrondes. **(AV)**
- De samenwerking met de campus Henri Serruys van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende is geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst. Ad hoc kan een coördinatiecomité samengeroepen worden. Deze overeenkomst dateert van voor de fusie van het AZ Henri Serruys met het AZ Sint-Jan, en is daarom aan een actualisatie toe. **(Aanb)**

## 5 Middelen

---

### 5.1 Infrastructuur

- Het sanatoriumgebouw, daterend van 1956, werd tussen 2000 en 2005 grondig gerenoveerd. Het geheel oogt niet alleen zeer mooi (bv. zonnige rustplaatsen halverwege de gang, golvenmotief in plafond en vloerbedekking), maar is ook functioneel ingericht (bv. alle kamers met inloopdouche, rolstoeltoegankelijke kleedkamers bij het zwembad, aparte badkuipen voor minder mobiele en incontinentie patiënten, gecombineerde ergo- en kinesitherapieruimten...). **(SP)**  
Om deze verbouwingen mogelijk te maken werd naast het BZIO een afdeling opgericht in een modulair gebouw. Dit gebouw doet nu dienst als revalidatiedagziekenhuis. Hier kunnen ontslagen patiënten terecht die nog verdere revalidatie nodig hebben maar niet ambulantly kunnen komen (voornamelijk personen met een niet aangeboren hersenletsel) Op die manier kan men de revalidatiemomenten spreiden over de dag en zo meer revalideren zonder gevaar op overtraining. **(SP)**
- Het BZIO heeft een gunstig advies van de brandweer (dd. 25/01/2010) en een geldig attest van de burgemeester (dd. 03/02/2010). **(AV)**
- Er is een goed uitgebouwde radiologiedienst (klassieke radiologie, mammografie, botdensitometrie), die zich ook richt op ambulante patiënten. **(AV)**

### 5.2 ICT

- In de zorg worden verschillende elektronische systemen gebruikt. Als verpleegkundig dossier gebruikt men Oxygen®, voor de revalidatie en de sociale dienst is Revapro® in gebruik. Het elektronisch voorschrift / medicatiefiche, en de tarificatie verloopt via een programma van Partezis/Siemens (Sibelmed). Hiermee ondervond men heel wat problemen waardoor een analyse van de medicatie per arts en per klasse in 2009 – 2010 niet mogelijk zal zijn, in tegenstelling tot de vorige jaren.  
Voor de radiologie werkt men met een PACS-systeem. **(AV)**
- Op het intranet is een grote hoeveelheid informatie beschikbaar. Naast de klinische paden, met alle indicatoren en rapporten, zijn ook de resultaten van de teameffectiviteitsmetingen en patiëntveiligheid beschikbaar en gemakkelijk consulteerbaar. **(SP)**
- De website van het BZIO is mooi en gebruiksvriendelijk. Er is veel nuttige informatie terug te vinden over de organisatie van de dienstverlening en ook over meer inhoudelijke onderwerpen, zowel voor professionelen als voor patiënten. **(SP)**

### 5.3 Patiëntendossier

- Het patiëntendossier is multidisciplinair opgebouwd. **(SP)** Het papieren dossier is geïntegreerd medisch – verpleegkundig samengesteld. Ook samenvattende observaties

van de verschillende disciplines (kine, ergo, logo, sociale dienst ..) zijn hierin terug te vinden.

- “Oxygen” is, naast het papieren dossier, het verpleegkundig elektronisch dossier, waarvan de TGV de “hoofdauteur” is inzake planning en variatierapportage. **(AV)** Het dossier laat toe om parameters grafisch in beeld te brengen (bv. Bradenschaal, RR, pijn, temperatuur ...) **(SP)**
- Mede door het simultaan gebruik van papieren en elektronische versie van het verpleegkundig dossier is er momenteel tijdens de overgangsfase, nog een versnippering van de gegevens. **(TK)** Zo worden gegevens (parameters, medicatieschema, wondzorg ...) nog dubbel genoteerd, wat de werklast niet ten goede komt. Het sociale dossier en de revalidatieactiviteiten worden dan weer bijgehouden in Revapro®, de ontslagplanning is dan weer op papier.  
Voorlopig beschikt men nog niet over een medisch luik en een paramedisch luik binnen het Oxygen dossier. In samenwerking met “Hof ter schelde” wil men daar in de toekomst verandering in brengen. **(AV)**
- Op elke afdeling zijn er twee verpleegkundige mentoren voor het elektronisch dossier “Oxygen”. **(SP)**
- Elke medewerker heeft een persoonlijke logincode. **(SP)**
- Een groot deel van de dossiers wordt extern gearhiveerd. Wanneer nodig kan een oud dossier na drie werkdagen geraadpleegd worden. Aangezien er geen acute opnames gebeuren, levert dit geen probleem op naar zorgcontinuïteit. **(AV)**

## 6 Medewerkers

---

### 6.1 Personeelsbeleid

- Kinesitherapeuten en logopedisten werken op zelfstandige basis. **(AV)**  
Om de continuïteit en de kwaliteit van zorg te bewaken, is er voor de kinesisten, een duidelijk contract met het ziekenhuis waarin verwezen wordt naar het reglement inwendige orde voor kinesisten. Hierin staan alle afspraken omtrent deelname aan overleg, prestatie-uren, deelname aan vorming, informatiedoorstroming ... vermeld. **(SP)**  
Er is een kiné-raad bestaande uit zes kinesisten, die toeziet op het naleven van dit reglement. Het opvolgen van de gevolgde vorming gebeurt door de revalidatie arts. **(SP)**  
We bevelen aan om een gelijkaardig traject voor de logopedisten uit te werken en om ook voor de zelfstandige kinesisten en logopedisten functioneringsgesprekken te organiseren. **(Aanb)**
- De drie psychologen (samen 2.4 VTE) zijn allen in loondienst en hebben een duidelijke taakverdeling (gehospitaliseerde patiënten, ambulante patiënten, neurotraining en screeningstesten). Zij worden aangestuurd door het hoofd van het verpleegkundig departement en krijgen functioneringsgesprekken. **(SP)**
- Twee van de drie ontslagmanagers volgden de opleiding ontslagmanagement. Er is een duidelijke taakverdeling uitgewerkt. **(SP)**
- De functie van hoofdverpleegkundigen evolueert naar een managementopdracht. Hiervoor werden al een aantal initiatieven genomen. **(SP)**
  - Alle hoofdverpleegkundigen hebben 21 uur in service opleiding gevolgd m.b.t. empowerment, procesoptimalisatie en het toepassen van de Lean-filosofie op hun eenheid.
  - Alle hoofdverpleegkundigen volgen een externe vorming m.b.t. management (bv. jaarlijks een dag tijdens de week van de verpleegkunde ..).
  - Jaarlijks dienen hoofdverpleegkundigen met hun team 1 verbeterproject te realiseren volgens één van de methodieken die hen door de kwaliteitscoördinator werd aangeleerd (5S, FMEA...).
  - Voor de meeste opgevolgde indicatoren is er een systematische terugkoppeling naar de betrokken hoofdverpleegkundigen. Dit gebeurt op een gebruiksvriendelijke manier aan de hand van grafieken.

Ook het implementeren van het zorgmodel BZIO heeft ervoor gezorgd dat de verantwoordelijkheid voor de zorg lager in de organisatie ligt en kan in dit kader gezien worden.
- Nagenoeg alle afdelingen werken met verpleegkundigen in vast nachtdienstverband. **(AV)** Deze verpleegkundigen werken geen periodes in dagverband. Vaste nachten nemen wel deel aan de teamvergaderingen en bijscholingen. Het verdient aanbeveling om voor deze verpleegkundigen jaarlijks een gestructureerd programma voor een periode in dagverband (bv. samenlopen TGV, deelname aan multidisciplinair overleg, vorming) op te stellen, dat hen toelaat om bij te blijven inzake afspraken en technieken op dienstniveau en dit te doen in overleg met betrokkenen (bv. afspraak periode, vormingsbehoefte) zodat dit door de betrokken personeelsleden als een effectieve meerwaarde kan worden gezien. **(Aanb)**

- Er is een uniform systeem voor de opmaak van uurroosters. Dit elektronisch planningsstelsel (Master basisrooster) laat toe dat bestaffingsgegevens (bv. de reële bestaffing t.o.v. het doelkader) en de gepresteerde overuren nauwgezet kunnen opgevolgd worden. **(SP)**
- Er zijn voor heel wat medewerkers structureel (jaarlijks) functioneringsgesprekken voorzien (middenkader, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, logistiek medewerkers, ergotherapeuten en psychologisch assistenten). **(SP)** Voor psychologen, diëtisten, kinesitherapeuten en logopedisten gebeurt dit niet. **(Aanb)** Op groepsniveau zijn er op de werkvloer of in verbeterteams systematisch gesprekken m.b.t de werkorganisatie voor deze categorieën medewerkers. **(SP)**
- Op het vlak van het aanwervingsbeleid bestaan er tal van initiatieven. **(SP)**
  - Er zijn goede contacten met de verschillende scholen uit de regio. Momenteel lopen er studenten van verschillende opleidingen / verschillende disciplines stage in het ziekenhuis.
  - Tijdens de Open Bedrijvendag van 2008 werd het ziekenhuis opengesteld voor bezoekers en uit dit initiatief zijn een aantal aanwervingen gevolgd.
  - Men streeft naar een joint commission tussen opleiding en beroepsuitoefening. Het hoofd van het verpleegkundig departement, de kwaliteitscoördinator en een hoofdverpleegkundige (VE03) verzorgen gastcolleges in verschillende opleidingen om de instelling, de visie en de werking onder studenten bekend te maken.
  - Het publiceren van vacatures in Carejobs werd wegens de lage respons verlaten. Aankondigingen worden in de lokale kranten en permanent op de eigen website, de website van de VDAB en in de WIS computer van de VDAB gepubliceerd.
- Er is aandacht voor de zorg voor zorgenden. **(SP)**
  - Ondermeer in het kader van retentiebeleid werd er geopteerd voor een zorgmodel waarin drie belangrijke parameters die jobtevredenheid bepalen, sterk aan bod komen: verantwoordelijkheid, autonomie en zingeving.
  - Er wordt veel aandacht besteed aan het empoweren van medewerkers (TGV, raad voor verpleegkunde, kineraad...). Dit wordt ook nauwgezet bewaakt (bv. bij de beslissing inzake differentiatie van de afdelingen werd er een compromis gezocht).
  - De werklust wordt nauwgezet bewaakt (beperkt aantal patiënttoewijzingen per TGV, opnames volgens scoresysteem in functie van aanwezige zorgzwaarte, opnamestop CVA patiënten, opvolgen bewaking zorgzwaarte via balance score card).
  - Medewerkertevredenheid wordt sedert 2007 jaarlijks gemeten aan de hand van een gevalideerde vragenlijst.
  - Er is een ruim aanbod aan jobtime mogelijkheden.
  - Het aanbod “opvang na incidenten of traumatische gebeurtenissen” bestaat uit de aanwezigheid van drie vertrouwenspersonen (psycholoog, preventie adviseur en de voorzitter van de raad van bestuur). Er werd hier in 2009 geen beroep op gedaan. **(AV)**
  - Wanneer nodig kan een team begeleid worden door de arbeidspsychologe.
  - Exitgesprekken (7 van de 7 in 2009) gaan door en worden gevoerd door het hoofd van het verpleegkundig departement, eventueel in aanwezigheid van de administratief directeur. **(AV)** Op deze manier probeert men sterktes en zwaktes van de organisatie in kaart te brengen.

- Men beschikt niet over een procedure voor disfunctionerende medewerkers. **(Aanb)**
- (Onnodige) mutaties worden in het streven naar stabiele teams om de teameffectiviteit te vergroten, zoveel mogelijk vermeden, maar kunnen wel op vraag van de medewerkers, wegens medische redenen en als mogelijke oplossing voor een minder goed functioneren binnen een bepaald team. **(AV)** Mutatie kan anderzijds ook opgedragen worden bij extreme verandering van de zorgzwaarte op een bepaalde eenheid. Zo werd bv. in 2006, naar aanleiding van de centralisatie van de neurologische patiënten (met een verschuiving van de zorgzwaarte tot gevolg), een algemene bevraging onder de medewerkers georganiseerd naar voorkeur en werden de medewerkers op basis hiervan geselecteerd. **(SP)** Ter ondersteuning en om de kwaliteit van de toegediende zorgen en behandeling te optimaliseren, werd aan de hand van het klinisch pad “revalidatie na CVA” vorming georganiseerd (positionering, transfer...). **(SP)**
- In het ziekenhuis werkt ongeveer 50 % van het verzorgend personeel deeltijds (weliswaar grotendeels 80%). Bovenop dit aantal komen nog de personeelsleden die aanspraak maken op vrije dagen omwille van hun leeftijd (24% van de medewerkers). **(AV)** Het verdient aanbeveling om blijvend een vinger aan de pols te houden in de problematiek van de verhouding deeltijds werk / voltijds werk. Het is de verantwoordelijkheid van het beleid, en de directeur patiëntenzorg in het bijzonder, dat de continuïteit en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg gewaarborgd blijft. **(Aanb)**
- Men beschikt voor de begeleiding van (her)intreders over 2 medewerkers (samen 1 VTE). **(AV)** Zij beschikken over een functieprofiel. **(SP)**

## 6.2 Artsen

- In het ziekenhuis werken er 8 artsen: 4 omnipracticci, 2 geneesheer-specialisten fysische geneeskunde en revalidatie en 2 radiologen. Daarnaast zijn er nog consultants voor urologie, pijn, neurologie en orthopedie vanuit beide nabijgelegen algemene ziekenhuizen. **(AV)**

## 6.3 Vrijwilligers

- Er is een sterke vrijwilligerswerking uitgebouwd. De “vriendenkring van het BZIO” telt een 60-tal vrijwilligers die instaan voor hulp bij wandelingen, de bibliotheekwerking, pastorale ondersteuning... Zij hebben een overeenkomst met het ziekenhuis waarin hun taken omschreven zijn, conform de wettelijke bepalingen. **(SP)**

## 6.4 Vorming, Training en Opleiding (VTO)

- Alle artsen zijn geaccrediteerd en een aantal treden zelf regelmatig als spreker bij vormingen op. **(AV)**



- We bevelen aan om meer artsen te stimuleren om de opleiding ziekenhuismanagement te volgen. **(Aanb)**
- Er is een strategisch vormingsbeleidsplan binnen het verpleegkundig departement, waarbij alle afspraken gesystemiseerd zijn en verantwoordelijkheden duidelijk zijn toegewezen. Men maakt een onderscheid tussen langdurige opleidingen (kaderopleiding, master...), kortlopende opleidingen (wondzorg, revalidatie verpleegkundige...), studiedagen of symposia en ad hoc opleidingsmomenten. **(AV)**
- Er is geen minimum aantal uren vorming als streefdoel vooropgesteld, maar van de medewerkers wordt verwacht dat ze naast de verplichte vormingsmomenten zelf 2 vrij te kiezen vormingsmomenten bijwonen (intern of extern). Medewerkers die in werkgroepen of verbeterteams zitten, zijn vrijgesteld van deze twee bijkomende vormingsmomenten. Per medewerker wordt er door de hoofdverpleegkundigen een overzicht bijgehouden van het aantal uren vorming en het aantal uren dat een medewerker aan werkgroepen of verbeterteams heeft besteed. Dit overzicht gaat op het einde van het jaar naar de directeur verpleging. **(AV)**
- Interne vorming wordt georganiseerd als “round up”, d.i. een bijeenkomst op het middaguur zodat ook therapeuten kunnen deelnemen. Zowel externe sprekers als casuïstiek (bv. klachtanalyse) kunnen aan bod komen. Voor verpleegkundigen is dit geen goed tijdstip aangezien dit samenvalt met een piekmoment in de zorg en men zich volgens de arbeidreglementering niet voor 1 uur mag verplaatsen. We bevelen aan om na te gaan in welke mate men deze vormingsmomenten ook toegankelijker kan maken voor verpleegkundigen. **(Aanb)**
- Vanaf 2009 is men gestart met vormingsnamiddagen van 3 uur voor verpleegkundigen. We bevelen aan om het aanbod hiervan uit te breiden. **(Aanb)**
- We bevelen aan om CPR voor alle medewerkers jaarlijks te voorzien. **(Aanb)**
- Externe opleidingen, gevolgd in opdracht van de organisatie en alle interne opleidingen (verplichte en niet verplichte vorming, projectwerk, zelfstudie via E-learning) worden als arbeidsduur gezien en volledig terugbetaald. Er is een vaste procedure voor de aanvraag van vorming, wat de transparantie ten goede komt. **(SP)** Feedback van extern gevolgde vorming is voorzien. Een verslag wordt verdeeld over alle eenheden en op intranet geplaatst of kan aan bod komen tijdens een vormingsmoment. **(SP)**
- Het vormingsbeleid is behoeftegestuurd. **(SP)** Tijdens de functioneringsgesprekken worden opleidingsnoden besproken. Hoofdverpleegkundigen onderzoeken de opleidingsnoden op afdelingsniveau en dienen jaarlijks een lijst met de meest prioritaire vormingsbehoeften in bij de zorgcoördinator of de verpleegkundig directeur. Op basis hiervan wordt er op de hoofdverpleegkundigenvergadering beslist welke items verplicht of facultatief weerhouden worden voor het daaropvolgend jaar.
- De inscholing van nieuwe medewerkers verloopt gestructureerd over de periode van een jaar. **(SP)**
  - Het algemene inscholingsprogramma bestaat uit een onthaaldag en vijf gesprekken met de begeleider (her)intreders (na 2 en na 6 weken, na drie en zes

maanden na het evaluatiegesprek door de hoofdverpleegkundige en een afsluitend gesprek na een jaar).

- Op afdelingsniveau beschikt men over dienstspecifieke opleidingsschema's met tijdspad en werkt men met peters en meters.
  - Nieuwe medewerkers doorlopen een verplicht vormingsprogramma.
  - Er is een brochure voor nieuwe medewerkers.
- Voor de opvang van studenten werkt men met 2 tot 3 stagementoren op iedere afdeling. De studenten worden in de mate van het mogelijke steeds aan een stagementor gekoppeld. **(AV)**  
De student georiënteerde visie is opgenomen als item in het charter van het verpleegkundig departement dat op iedere eenheid uithangt. Studenten hebben de mogelijkheid om ook zelf de afdeling te evalueren na het beëindigen van de stage. De resultaten worden aan de hoofdverpleegkundigen en stagementoren teruggekoppeld. **(SP)**

## 6.5 Bestaffing

- Voor het geheel van de Sp-afdelingen is er een kwalitatief tekort van 4,15 VTE aan gegradueerde verpleegkundigen. **(NC)**
- Per afdeling wordt er een minimale bestaffing vastgelegd in het Master basisrooster. **(AV)**  
Het bepalen van de minimale bestaffing gebeurt op basis van de gemiddelde zorgzwaarte. Hierbij wordt rekening gehouden met het opleidingsniveau (verhouding verpleegkundigen/ zorgkundigen.) Men hanteert hiervoor een eigen ontworpen zorgzwaarte instrument (gebaseerd op de vier eerste items van de MVG1 en aangevuld met een aantal specifieke criteria voor revalidatie). Dit systeem wordt dagdagelijks door de zorgcoördinator gebruikt om de medewerkers van de mobiele eenheid toe te wijzen. Er is een jaarlijkse evaluatie bij de bekendmaking van het budget der financiële middelen of tussentijds indien er zich belangrijke wijzigingen voordoen in de zorgzwaarte van een bepaalde afdeling (bv. oprichting Stroke Rehabilitation Unit (SRU) in 2006 waarbij de centralisatie van alle neurologische patiënten op twee eenheden de workload deed toenemen). **(SP)**
- De mobiele "eenheid" bestaat uit 8,4 VTE, waarvan er twee verpleegkundigen 's nachts inzetbaar zijn. **(AV)** De inzet is transparant voor de hoofdverpleegkundigen doordat de lijst dagelijks overlopen wordt en elektronisch beschikbaar is. **(SP)**  
Naast de medewerkers die terug te vinden zijn op de uurlijsten per afdeling is er binnen BZIO een equipe niet vast toegewezen personeelsleden die worden ingezet op basis van zorgzwaarte. **(SP)** Deze equipe is **niet** de mobiele equipe die enkel wordt ingezet om ziekte op te vangen.  
Deze bijkomende equipe van niet vast toegewezen personeel bestaat uit 1,8 VTE verpleegkundige bachelors, 2,5 VTE gediplomeerde verpleegkundigen, 0,75 VTE ziekenhuisassistent, 1 VTE zorgkundige en 4,33 VTE logistiek
- Op zaterdagvoormiddag is er steeds een hoofdverpleegkundige van wacht. Op medisch vlak wordt de wachtdienst verdeeld onder de vier omnipracticci terwijl de revalidatieartsen van achterwacht zijn. **(AV)**

## 7 Processen

---

### 7.1 Organisatie van zorg

- Men opteert voor het zorgmodel “Primary nursing, Integrerend Verplegen en Lean Manufacturing”. Primary nurse staat voor de toewijzing van patiënten aan een vaste verpleegkundige (TGV=toegewezen verpleegkundige) die verantwoordelijk blijft voor het totale zorgmanagement van de patiënt van opname t.e.m. ontslag (opname en anamnese, plannen van het zorgverloop, opmaken van het individueel zorgenplan, variatie klinisch pad bijhouden, uitvoeren van de zorg, evaluatie, ontslagmanagement in samenwerking met sociale dienst). **(SP)** Integrerende Verpleging gebeurt door de waarnemend verpleegkundige in afwezigheid van de TGV (voert zorg uit volgens planning van de TGV of variatie indien afwijken van de planning kan verantwoord worden). Lean Manufacturing beoogt een organisatie van de zorg met maximale tijd voor directe patiëntenzorg. **(SP)**  
Het zorgmodel waarbij doorgedreven toewijzing een belangrijke plaats inneemt, wordt ten dele ondermijnd doordat de zaalrondes met de arts nog niet steeds gebeuren met de TGV (wel met de hoofdverpleegkundigen) en doordat de TGV niet steeds aanwezig kan zijn op de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en reva-staf. We bevelen aan om na te gaan hoe deze aanwezigheid kan gerealiseerd worden. **(Aanb)**
- De toewijzing van de patiënt aan een TGV gebeurt in praktijk binnen de 48 uur na opname. **(SP)** Men hanteert hiervoor een aantal criteria zoals deskundigheid van de verpleegkundige, aanwezigheid en ervaring verpleegkundige, zorgzwaarte... Verpleegkundigen worden beperkt ingeschakeld tijdens het doorlopen van hun inscholingplan (beperkt aantal patiënten en lagere zorgzwaarte) aangezien het functioneren als TGV deel uitmaakt van de evaluatie van verpleegkundigen. **(SP)**
- Alle paramedici, uitgezonderd de diëtisten, zijn toegewezen aan de afdelingen. Kinesitherapeuten en ergotherapeuten werken volgens het principe van het zorgmodel waarbij ze een patiënt toegewezen krijgen gedurende het volledige verblijf van de patiënt. **(SP)**
- Er is veel aandacht voor overleg. Naast de klassieke overlegstructuren (bv. hoofdverpleegkundigenvergadering, overleg directeur – stafmedewerkers...) zijn er ook heel wat extra platforms in het leven geroepen om de informatiedoorstroming, de betrokkenheid van de werknemers en de multidisciplinaire werking te stimuleren. **(SP)**
  - Om de betrokkenheid van de werkvloer te vergroten en de continuïteit te verzekeren, wordt de wekelijkse hoofdverpleegkundigenvergadering systematisch uitgebreid met de vaste vervangers van de hoofdverpleegkundigen en is ook de hoofdgeneesheer hierop aanwezig.
  - De raad van verpleegkunde bestaat uit twee verpleegkundigen per eenheid en wordt enkel op vraag van de betrokkenen samengeroepen. Na voorbereidende vergadering (zonder directie) kunnen ze problemen bespreekbaar stellen in aanwezigheid van de zorgcoördinator en het hoofd van het verpleegkundig departement.
  - Er zijn tal van multidisciplinaire werkgroepen en verbeterteams (bv. zorgmodel BZIO) om zorgstrategieën uit te werken. Kwaliteitscoördinator, zorgcoördinator en verpleegkundig directeur zijn hier bij aanwezig.

Heel wat realisaties zijn het resultaat van inspraak vanuit de werkvloer (bv. functie zorgcoördinator, veiligheid fietsenstalling, medicatiecassettes, verschuiving van de late shift in functie van piekmomenten...).

- De supervisie wordt overdag tijdens de week opgenomen door het hoofd van het verpleegkundig departement en de zorgcoördinator. Zaterdagvoormiddag is er een hoofdverpleegkundige van wacht. 's Nachts en in de rest van het weekend wordt deze functie niet voorzien. **(NC)**  
Er is geen schriftelijk opgestelde directiewacht. **(TK)** Ieder directielid staat in voor zijn eigen diensten. Het is niet transparant voor de afdelingen wie er moet gecontacteerd worden wanneer bepaalde directieleden afwezig zijn (bv. in de verlofperiodes).

## 7.2 Procedurebeheer

- De procedures zijn op het intranet gemakkelijk terug te vinden. Een deel ervan zijn geïntegreerd in de klinische paden. Belangrijke procedures worden op de eenheid uitgehangen. **(AV)**

## 7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

- Men slaagt erin om een fixatie arm beleid te voeren. **(SP)** Er werden tijdens de audit geen gefixeerde patiënten gezien tijdens de rondgang op de afdelingen. **(AV)**
- Men heeft tal van initiatieven genomen die het fixatie arme beleid ondersteunen **(SP)**:
  - Het uitgebreide en gespreide aanbod van therapieën in het kader van revalidatie maakt een nagenoeg continu toezicht mogelijk.
  - Het individueel behandelplan en de multidisciplinaire werking stimuleren het opsporen en aanpakken van onderliggende oorzaken.
  - Men hanteert een valpreventieprotocol (beperkte screening van valrisico, aandacht voor schoeisel, aanbod kine- en ergotherapie, thuisbezoeken...). Sinds maart 2010 loopt er op VE 02 een proefproject inzake screening van het valrisico aan de hand van de stratify score (door de verpleegkundigen) om de screening meer systematisch en objectiever te maken.
  - Er wordt aan de familie de mogelijkheid gegeven om veel aanwezig te zijn. Bezoeken zijn doorlopend van 10u tot 21u.
  - Er is geen fixatiemateriaal aanwezig op de afdelingen. Materiaal kan geleend worden op de RVT afdeling (Zweedse gordel) of centraal (armbandjes).
  - Het aanwezige materiaal ondersteunt een fixatiearm beleid (bladderscan, bedsponden in twee delen, elektronische bedden met zeer lage stand, elektronische armbandjes voor patiënten met wegloopgedrag...).
- Er bestaat binnen het ziekenhuis een algemeen geldende procedure inzake fixatie van patiënten. **(AV)**
- Niet alle gebruikte / toegestane materiaal is beschreven in de procedure. **(TK)** Er is niet voor alle gebruikte materiaal een handleiding met juiste gebruiksvorschriften, aandachtspunten, risico's...) voorhanden. **(TK)**  
Het gebruik van een (flexibele) voorzettafel voor de veiligheid en de positionering van CVA patiënten en het gebruik van bedsponden (in twee delen) wordt niet als fixatie

beschouwd en is zo beschreven in de procedure. **(AV)** Men maakt hierbij best het onderscheid tussen voorzettafels die de patiënt zelf kan verwijderen en deze waarbij dit niet kan. **(Aanb)**

- De indicatie voor fixatie is in de procedure en in praktijk beperkt tot “gevaar voor zichzelf of voor anderen”. **(SP)**
- De betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de arts inzake de beslissing om over te gaan tot fixatie is duidelijk opgenomen in de procedure: “in eerste instantie wordt de geneesheer verwittigd” en “indien de geneesheer beslist om de patiënt te fixeren”. **(SP)** Na de beslissing van de arts, dient in team overlegd te worden over de meest menswaardige (minst ingrijpende) maatregel. Alle disciplines dienen zich te houden aan deze beslissing. **(SP)**
- Overleg met de patiënt en de familie over de beslissing tot fixatie ontbreken in de procedure. **(TK)**
- Richtlijnen inzake evaluatie van de maatregel ontbreken in de procedure. **(TK)** Men dient duidelijk op te nemen wie hierbij betrokken moet zijn en welke frequentie men hierbij hanteert (elke shift, dagelijks).
- Richtlijnen inzake verhoogd toezicht tijdens de fixatie ontbreken in de procedure. **(TK)** Men dient op te nemen wie instaat voor dit verhoogd toezicht, welke items moeten gecontroleerd worden en waarvoor specifieke aandacht moet zijn (bv. parameters, doorbloeding, dorst, honger, psychische toestand, wisselhouding, toiletgebruik...). Er moeten duidelijke afspraken zijn over de frequentie van het toezicht.
- Niet alle medewerkers die betrokken zijn bij fixatie (artsen, verpleegkundigen, paramedici, zorgkundigen...) kregen hierover op regelmatige tijdstippen bijscholing. **(TK)**

## 7.4 Medicatiedistributie

### Situering

- De apotheek is geopend alle weekdays van 8u30 tot 12u30 en van 13u00 tot 16u30. In het weekend is de apotheek gesloten. Er is geen bevoorrading vanuit de apotheek naar de RVT diensten (intern en extern). De bedoeling is dit jaar van start te gaan met de bevoorrading van de interne RVT. **(AV)**

### Beleid en strategie

- De klinische farmacie is opgestart in 2009. Het project bekijkt de opnamemedicatie. **(AV)**
- Volgende overlegmomenten werden geïnstalleerd:
  - De apotheker maakt geen deel uit van het directiecomité, maar wordt steeds uitgenodigd. Zijn aanwezigheid laat hij afhangen van het feit of er voor de

apotheek relevante onderwerpen zijn. Dit overleg gaat tweewekelijks door en vormt een belangrijk informatie- en communicatiekanaal voor de apotheker om zo het medicatiebeleid optimaal te kunnen afstemmen op de noden en toekomstvisies van het ziekenhuis. Er is een verslag van deze overlegmomenten. **(AV)**

- De apotheker wordt eveneens wekelijks uitgenodigd op de medische raad, ook hiervan is een verslag beschikbaar. De apotheker benadrukt eveneens de goeie en frequent informele overlegmomenten met de verschillende artsen. **(SP)**
- Op uitnodiging kan de apotheker ook aanwezig zijn op de hoofdverpleegkundigenvergadering. De apotheker kan zichzelf uitnodigen, wanneer dit nodig blijkt. **(SP)**
- Er zijn geen dienstvergaderingen binnen de apotheek, aangezien enkel de apotheker zelf en zijn assistente dagelijks aanwezig zijn en hierdoor een directe communicatie mogelijk en voldoende is. Bij een eventuele uitbreiding van het personeelsbestand onderschrijft de apotheker wel het belang van een formele dienstvergadering. **(AV)**
- De apotheek is via het project van klinische farmacie bijna dagelijks op de verschillende afdelingen aanwezig, waardoor een frequente en directe communicatie mogelijk is met de hoofd- en verpleegkundigen van de afdelingen. **(SP)**

## Middelen

- De apotheek is momenteel te klein: de totale oppervlakte van de ziekenhuisapotheek bedraagt 56,7 m<sup>2</sup> t.o.v. de normatief vereiste 150 m<sup>2</sup>. **(NC)** Dit heeft een weerslag op de organisatie (geen aparte bureauruimte voor de apotheker, aflevering medicatie voor 7 (+3) dagen i.p.v. voor 5, bedeling RVT, bestaffing...  
We vinden het belangrijk om te bekijken op welke manier de huidige apotheekruimte kan uitgebreid worden zonder in te boeten aan overzicht en praktische organisatie van de geneesmiddelendistributie. **(Aanb)**
- Er is begin 2006 werk gemaakt van een ingrijpende verbouwing van de apotheek. Het meubilair werd vervangen, nieuwe werkvlakken geïnstalleerd voor de geneesmiddelendistributie en er werd voorzien in een acclimatisatiesysteem binnen de apotheekruimte. **(AV)**
- De afdelingen beschikken niet over afdelingsvoorraden. De afdelingen beschikken enkel over de individuele patiëntenvoorraad en over noodkoffers. **(SP)** De noodkoffers worden bij gebruik door de apotheek zelf terug aangevuld en verzegeld.  
Er zijn geen elektronische voorraadkasten aanwezig. Men overweegt om een elektronische kast in de Koninklijke Villa te plaatsen. **(AV)**

## Medewerkers

- De apotheker (1 VTE) en de apotheek-assistente (0,8 VTE) zijn nieuw in dienst sinds 2009. **(AV)** Sindsdien werd het takenpakket uitgebreid en werd heel wat verwezenlijkt. De huidige personeelsbezetting is nipt berekend voor het volledige takenpakket van de apotheek. Rekening houdend met een aantal 'toekomstige' projecten, zoals de verdere

uitbouw van de klinische farmacie, de afleveringstermijn terugbrengen naar maximaal 5 dagen... dringt een herevaluatie van de bestaffing zich op. **(Aanb)**

## Processen

- Volgende risico's in de medicatiedistributie werden tijdens de audit opgemerkt: **(TK)**
  - Medicatie wordt afgeleverd voor maximaal 10 dagen.
  - Medicatieschema's worden overgeschreven door verpleegkundigen. Wijzigingen achteraf aangebracht op het papieren schema worden niet meer geautoriseerd door de arts. Dit schema wordt gebruikt voor het klaarzetten van de medicatie.
  - Medicatie wordt vooraf voor 24 uur klaargezet door de nachtverpleegkundige
  - Klaargezette medicatie wordt niet steeds vlak voor toediening gecontroleerd niettegenstaande dit wel de afspraak is. Bij nazicht van het papieren schema was dit voor een patiënt afgetekend voor toediening. Het elektronische schema was nog niet afgetekend voor toediening.
  - Verknipte blisters werden teruggevonden in de individuele voorraad van de patiënten, waardoor controle van vervaldata niet meer mogelijk is. (bv. Golaseptine® op VE 02)
- De procedure voor de temperatuurscontrole van de medicatie op afdelingsniveau is goed uitgebouwd en wordt in de praktijk strikt opgevolgd. **(SP)** De temperaturen van de ruimte en de koelkasten waarin medicatie bewaard wordt, worden dagelijks genoteerd. De grenswaarden worden visueel aangegeven op de notitiebladen. Hierbij wordt rekening gehouden met het openen van de koelkast tijdens de diensturen. (grotere marge in toegestane temperaturen). Bij afwijkende temperaturen dient de technische dienst en de apotheek verwittigd te worden. **(AV)**
- De procedure voor de controle van de vervaldata van de medicatie vermeldt dat enkel bij de opmaak van de inventaris de medicatie wordt gecontroleerd op vervaldata. De afdelingen zelf worden niet ingeschakeld om vervaldata te controleren. Aangezien het ziekenhuis niet werkt met afdelingsvoorraden, voldoet deze regeling. **(AV)** Tijdens de audit werd er geen vervallen medicatie teruggevonden. **(SP)**
- Steriel verbruiksmateriaal wordt aangevuld volgens het FIFO-principe en gecontroleerd op vervaldatum door een verpleegkundige (per weekend ploeg) die hiervoor verantwoordelijk is. **(SP)**
- Op de afdelingen gebruikt men een elektronisch medicatieschema en een speciale medicatiekar met laptop die wordt meegenomen tijdens de toediening.
  - Medicatie die vooraf wordt klaargezet wordt volgens de procedure gecontroleerd vlak voor toediening en toegediend door de verpleegkundige aan wie de patiënt toegewezen wordt. **(SP)**
  - Er zijn duidelijke afspraken op papier gezet over de aanduidingen die men gebruikt voor starten medicatie, stopzetten, niet geven... **(SP)**
  - In de toekomst zullen interacties door het systeem gemeld worden. **(AV)**

- De medicatiedistributie wordt quasi volledig aangestuurd door het elektronisch voorschrift dat op alle afdelingen in gebruik is. Uitzonderingen hierop zijn de medicatiebedeling voor:
  - de verdovende middelen, welke gebeuren via een individueel schriftelijk voorschrift zoals de norm voorschrijft.
  - De magistrale bereidingen, de medicatie uit de noodkoffers en de medicatie voor de ambulante patiënten van de polikliniek, welke met een courant voorschrift gebeuren.

De verpleegkundigen maken de elektronische voorschriften op, deze worden geautoriseerd door de artsen. Ruim 90% van de voorschriften wordt gevalideerd door de artsen vooraleer er afgeleverd wordt door de apotheek. **(AV)** 10% van de voorschriften wordt geautoriseerd door de artsen nadat reeds medicatie afgeleverd werd door de apotheek. De apotheek stelt dat alle artsen binnen een tijdspanne van maximaal 48 tot 72 uur (bv. bij mondelinge orders in het weekend) de autorisatie in orde brengen.

- Het ziekenhuis is gestart met een project klinische farmacie (hiervoor wordt een dossier bij de FOD ingediend voor het einde van maart) waarbij de opnamemedicatie van de patiënt direct bij opname wordt nagekeken door de apotheker op de verpleegafdeling. Hoofdbetrachting is om het farmaceutisch voorschrift te screenen op ADE's, over- of onderdoseringen, interacties, dubbele therapieën, ed. Daarnaast wil men ook het stroomlijnen van de medicaties binnen het formularium vlotter en efficiënter laten verlopen. Momenteel wordt sinds 2009 op alle verpleegafdelingen bij opname het farmaceutische voorschrift nagekeken door de apotheker. Er gebeurt een evaluatie en bijsturing na een 6-tal maanden. Dit project is gelinkt aan de FONA registratie, voor elke 'medicatiefout' wordt een FONA formulier opgemaakt. **(SP)**
- Er is een antibioticabeleidsgroep (met therapeutisch formularium) werkzaam binnen de instelling. Voor de meeste infecties binnen de ziekenhuispopulatie werden medisch verantwoorde keuzes gemaakt. De verdere uitwerking is een actiepoint voor de komende jaren. Wekelijks wordt er vanuit de apotheek navraag gedaan of de antibioticatherapie verder gezet moet worden. Indien mogelijk wordt bij het opstarten van de therapie de duur van de behandeling reeds op het voorschrift genoteerd. **(AV)**
- Er worden op regelmatige basis kwaliteitscontroles uitgevoerd op de medicatiedistributie via de Six Sigma methode. Verder worden ook de verdovingsvoorschriften gecontroleerd. Knelpunten worden opgelijst en geanalyseerd. Verbetervoorstellen en acties worden genomen. **(SP)**
- Momenteel wordt medicatie voor meer dan 5 dagen afgeleverd vanuit de apotheek. Het ziekenhuis wil overschakelen van een geneesmiddeldistributie van 7 + 3 dagen (de extra 3 dagen vormen een buffer), naar  $\frac{3}{4}$  dagen of 24 uredistributie. Door softwareproblemen kan dit verbetervoorstel ten vroegste uitgewerkt worden in 2011. Medicatie mag maximaal voor 5 dagen afgeleverd worden, de huidige aflevering voor 7 en meer dagen, is niet conform de regelgeving. **(NC)** Het is belangrijk deze werkwijze aan te passen aan de norm.
- Het voorschrijfsysteem voor narcotische analgetica en het systeem van stockbeheer is goed uitgebouwd. Verdovende medicatie is enkel op naam van de patiënt aanwezig op de afdeling. Binnen de instelling is er slechts 1 type voorschrift. De afdelingen hebben geen verdovende medicatie in voorraadkasten. Enkel 2 morfine ampullen van 10 mg zijn



beschikbaar in de noodkoffer van de afdelingen. De rest van de verdovende medicatie is op individueel voorschrift. Vanuit de apotheek is er via het verdovingsboek een goede controle op de voorraad van de verdovende middelen op de verschillende verpleegdiensten. Per patiënt is er een fiche op dienst waarop de stock wordt bijgehouden. De voorkant van deze fiche geldt als nieuw voorschrift. Naar aanleiding van het bezoek van de farmaceutische inspectie (FAGG) eind 2006, worden de verdovingsfiches van alle patiënten op een dienst in 1 map gebundeld zodat er op elk moment een perfecte weergave van de verdovingsstock is op dienst. Bij nazicht van de verdovende medicatie op de verschillende verpleegafdelingen bleek de effectieve stock te kloppen met de theoretische stock. **(SP)**

- De wachtdienst (inclusief verlof en andere langdurige afwezigheden) is formeel geregeld via een overeenkomst met de apotheek van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende campus Henri Serruys. Het inschakelen van het Henri Serruysziekenhuis wordt als laatste stap in de procedure voorzien. In eerste instantie worden een (vast) aantal personeelsleden van de VE04 ingeschakeld voor de distributie van geneesmiddelen bij afwezigheid van de apotheker. Deze medewerkers hebben toegang tot de apotheek en kunnen geneesmiddelen afhalen. Deze medewerkers hebben kennis van de organisatie binnen de apotheek, aangezien zij bij personeelstekort eveneens inspringen binnen de apotheek. De procedure voorziet als tweede stap nog steeds een telefoon naar de apotheker (welke in principe in verlof en/of afwezig is), dit is echter nog niet voorgevallen. Eén apotheker kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor alle wachten. De wachtregeling moet volgens de norm met minstens 3 apothekers geregeld worden. De inschakeling van het Henry Serruysziekenhuis kan aan deze norm voldoen, als men de formele procedure hierop aanpast. **(TK)**

## Resultaten

- Een gedeelte van de werking van apotheek wordt mede opgevolgd en bijgestuurd via de FONA. Zo worden binnen de apotheek de (bijna-)incidenten en klachten met betrekking tot de medicatiedistributie ziekenhuisbreed geregistreerd. **(SP)**
- Er is binnen het ziekenhuis hard gewerkt aan een gedegen geneesmiddelenformularium door de apotheker met medewerking van de artsen. **(SP)**
  - 75% van de medicatie is beschikbaar in unit-doses. De unit dosis is een keuze criterium voor opname in het formularium.
  - Het elektronische medicatievoorschrift heeft een positieve invloed op het gebruik en de naleving van het geneesmiddelenformularium, evenals het project van de klinische farmacie.
- Er werd een degelijk jaarverslag opgemaakt. Voor 2008 werd een analyse gemaakt van het geneesmiddelen verbruik per geneesmiddelenklasse en per arts (niet per dienst). Voor 2009 was een analyse van het geneesmiddelverbruik onmogelijk, door softwareproblemen zijn er fouten geslopen in de gegevensdatabank van 2009. **(TK)** De apotheek heeft gezien de beperkte groep van voorschrijvende artsen een goed beeld over hun verbruiken. Eventuele opvallende verbruiken worden aangekaart op het MFC of de medische raad. **(AV)**

- De apotheek heeft zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt, op de thuismedicatie en op alle medicatiewijzigingen die zich voordoen tijdens het verblijf van de patiënt. **(SP)**

## 7.5 Sterilisatie- en desinfectieprocessen

### Middelen

- Er werd een nieuwe droge hitte sterilisator aangekocht (poupinel). Momenteel werkt men met een vervangtoestel. **(AV)**

### Medewerkers

- We bevelen aan regelmatig een aangepaste vorming te bieden aan alle medewerkers die betrokken zijn bij de sterilisatie van instrumenten. **(Aanb)**

### Processen

- Binnen het ziekenhuis werkt men grotendeels met wegwerpmateriaal. De droge hitte sterilisator (Poupinel) wordt enkel aangewend voor de sterilisatie van de tangen van Michel. Na elke sterilisatie wordt de batch gevalideerd door de apotheker conform de procedure. Er werd een degelijke procedure opgemaakt voor de hete lucht sterilisatie. We bevelen aan om ook het gedeelte over de controle formeel uit te werken zowel in de praktijk als in de procedure, zodat met voldoende garantie kan gesteld worden dat de procedure ook gevolgd wordt (o.a. wordt de onderdompeltijd gerespecteerd, wordt maximum aantal gerespecteerd...). **(Aanb)** Momenteel stelt de apotheker door zijn frequente aanwezigheid op de dienst ook rechtstreeks controle uit te oefenen. **(AV)**
- De sterilisatie van EMG-naalden voor de fysiotherapie is uitbesteed aan het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, campus Henri Serruys. Het is belangrijk dat bij de uitbesteding het ziekenhuis beschikt over alle documenten van het sterilisatieproces, inclusief de details van de kwaliteitsgaranties en infectiecontrole. **(TK)**

## 7.6 Klachtenmanagement

### Beleid en strategie

- Wanneer patiënten tijdens hun verblijf een klacht uiten, tracht de ombudsdienst snel een gesprek te organiseren tussen de klager en de betrokken zorgverleners, vaak nog dezelfde dag. Op die manier tracht de ombudspersoon te vermijden dat een probleem tijdens het verblijf blijft aanslepen of groter wordt. **(SP)**
- Er is een optimale link tussen de ombudsdienst en het patiëntveiligheidsmanagementsysteem. Gebeurtenissen die aanleiding zouden kunnen zijn voor een klacht worden doorgegeven aan de ombudsfunctie terwijl klachten over mindere zorg op

geanonimiseerde wijze worden doorgegeven aan de kwaliteitscoördinator die deze meeneemt in zijn trendanalyses en verbeteracties kan opzetten. **(Aanb)**

- De ombudsdienst is lid van VVOVAZ, de Vlaamse Vereniging van Ombudsfuncties Voor Alle Ziekenhuizen. **(AV)**

## Middelen

- De ombudsfunctie beschikt momenteel niet over een eigen gesprekslokaal; de gespreksruimte is geïntegreerd in de werkruimte van de sociale dienst. Zelfs indien men in de toekomst de gespreksruimte door middel van een glazen wand enigszins zou afzonderen, is dit onvoldoende naar privacy. **(TK)**
- De ombudsdienst beschikt over een eigen telefoonlijn, maar niet over een antwoordapparaat. **(NC)**

## Medewerkers

- De ombudspersoon is ook actief als hoofd van de sociale dienst. Momenteel wordt zij vervangen door een medewerkster van deze dienst. **(AV)**  
Aangezien de sociale dienst in dit ziekenhuis sterk betrokken is bij de zorg aan de patiënten in deze instelling (opname- en ontslagmanagement), is het voor de ombudspersoon moeilijk om zich steeds voldoende onpartijdig op te stellen. **(TK)** In de toekomst zal de ombudsfunctie overgedragen worden aan een andere medewerker, los van de sociale dienst.  
Hoe dan ook kunnen zich steeds problemen voordoen naar betrokkenheid van de ombudspersoon bij een klacht. Daarom raden wij aan om in het huishoudelijk reglement vast te leggen welke perso(o)n(en) als vervanger(s) kunnen aangeduid worden indien zich een belangenconflict zou voordoen. **(Aanb)**

## Processen

- Opmerkingen uit de patiëntentevredenheidsenquête die wijzen op een minder aspect in de individuele zorg aan een patiënt, worden doorgegeven aan de ombudsdienst. Zo mogelijk neemt deze dan contact op met de patiënt. Indien het om een anonieme enquête gaat of niet kan achterhaald worden om welke patiënt het ging, wordt het probleem toch verder behandeld om waar mogelijk verbeterpunten te detecteren en aan te pakken. **(SP)**

## Resultaten

- In 2009 werden 5 klachtendossiers behandeld. Er werd geen enkele keer een inzage in/ afschrift van een patiëntendossier gevraagd. **(AV)**

## 8 Resultaten

---

### 8.1 Toegankelijkheid van zorg

- Alle artsen werken aan conventietarieven en vragen geen ereloon-supplementen, ook niet in eenpersoonskamers. **(SP)**
- Afhankelijk van het type kamer kunnen de kamersupplementen oplopen tot 80 euro per dag (éénpersoonskamer met zeezicht en “restaurant à la carte”). **(AV)**

### 8.2 Patiëntgeoriënteerde zorg

- Men hecht veel waarde aan de actieve betrokkenheid van de patiënt. **(SP)**
  - Patiënten en familie worden betrokken bij het opstellen van de behandel-doelstellingen. Bij CVA patiënten is er standaard een meeloopdag voor de familie gepland waarbij haalbaarheid, verwachtingen... besproken worden.
  - Elke discipline be vraagt bij de intakegesprekken wensen. Deze verwachtingen en de sociale (woon)situatie worden meegenomen bij het bepalen van de doelstellingen.
  - Ook wordt er bij aanvang een streefdatum voor ontslag bepaald en meegedeeld aan de patiënt, waardoor dit een concreet streefdoel wordt voor de patiënt. **(SP)**.
  - Wekelijks worden infosessies voor patiënt en familieleden/mantelzorgers georganiseerd door de sociale dienst waarin de verschillende mogelijkheden voor sociale ondersteuning worden besproken. Voor CVA-patiënten is er een analoge sessie die maandelijks herhaald wordt.
- Het beleid i.v.m. het informeren van patiënten is goed uitgewerkt.**(SP)**
  - Er zijn tal van brochures voor patiënten (bv. BZIO, THP, TKP, CVA ...) die beschikbaar zijn op de afdelingen en meegegeven worden door de verschillende disciplines. Alle brochures zijn vertaald in het Frans.
  - De website van het BZIO is mooi en gebruiksvriendelijk. Er is veel nuttige informatie terug te vinden over de organisatie van de dienstverlening en ook over meer inhoudelijke onderwerpen, zowel voor professionelen als voor patiënten. We raden aan de website nog aan te passen aan mindervaliden (blinden en slechtzienden). **(Aanb)**
  - Voor patiënten en familie worden er infosessies georganiseerd door de sociale dienst.
- Men opteert ervoor om de patiënt te omringen met een miniteam van vast toegewezen zorgverleners (TGV, ergotherapeut, kinesist, logopedist, psycholoog, diëtist) die verantwoordelijk blijven voor het totale zorgmanagement van de patiënt van opname t.e.m. ontslag. **(SP)** Op die manier kunnen deze vertrouwenspersonen optreden als pleitbezorger voor de patiënt.
- Iedere patiënt beschikt over een individueel therapieplan. **(SP)**

### 8.3 Continuïteit van zorg

- Het patiëntendossier wordt meegenomen tijdens de zorg en rechtstreeks ingevuld met aftekenen van zorg en observaties. **(SP)**
- Het opnamebeleid verloopt gestructureerd. **(SP)**
  - Opnameaanvragen verlopen via een speciaal daartoe opgemaakt formulier. Dit kan op de website gedownload worden.
  - Bij een nieuwe opname is er overleg tussen de verschillende hoofdverpleegkundigen en wordt er op basis van een scoresysteem (een objectieve inschatting van de werklast per afdeling) en op basis van de differentiatie tussen de afdelingen, bepaald waar de patiënt zal opgenomen worden.
  - Intake gesprekken gebeuren multidisciplinair en dienen als basis voor het opstellen van het individueel behandelplan (of variatie op het klinisch pad). Het individueel behandelplan laat toe om duidelijke, realistische en transparante doelstellingen te formuleren bij opname.
  - De “meeloopdag” van een familielid tijdens de revalidatie van een patiënt (bv. standaard bij een patiënt opgenomen in het klinisch pad revalidatie na CVA”), laat toe om optimale afspraken te maken.
  - Men maakt gebruik van checklisten bij opname.
- Evolutie van de patiënt, behandeldoelstellingen en ontslagdatum worden geëvalueerd tijdens de wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking. **(AV)**
- Het ontslagmanagement verloopt gestructureerd. **(SP)** Men streeft ernaar om de patiënt te laten terugkeren naar de thuissituatie. Dit lukt voor 90% van de patiënten. **(AV)**
  - Er zijn infosessies voor patiënten en familieleden door de sociale dienst en psychologen. Voor de loco patiënten gaan deze wekelijks door en voor de neurologische patiënten maandelijks. Op deze manier krijgt iedere patiënt (en familie) de mogelijkheid om een sessie bij te wonen. Naast de praktische informatie (bv. tegemoetkomingen, hulpmiddelen...) wordt ook aandacht besteed aan psycho-educatie (ziekte inzicht, verwerking...).
  - De noodzaak voor ontslagbegeleiding wordt geobjectiveerd. Hiervoor hanteert men een aantal criteria die bij opname door de ergotherapeuten en de sociale dienst bevestigd worden.
  - Ontslagmanagement wordt steeds opgestart vanaf opname. Samen met de behandeldoelstellingen wordt er ook een ontslagdatum vooropgesteld.
  - Gesprekken met patiënt en familie gaan wekelijks door bij CVA patiënten.
  - Huisbezoeken gebeuren door de ergotherapeuten met patiënt en familie om de thuissituatie beter in te schatten en de revalidatiedoelstellingen hier op af te stemmen. Bij patiënten die van ver komen, kan dit in afspraak met en door de mutualiteit gebeuren. In 2009 gingen er 39 door.
  - In kader van voorbereiding op ontslag, worden er proefweekends georganiseerd.
  - Naar aanleiding van ontslag kan er een reva-staf met patiënt, familie en alle teamleden (artsen, therapeuten, TGV, sociale dienst, huisarts, patiënt, familie...) georganiseerd worden. Bij CVA patiënten gebeurt dit standaard. Bij andere patiënten kan dit bij noodzaak (beslissing team) of op vraag van patiënt of familie. In 2009 gingen er 197 door.

- Men heeft recent, in samenwerking met het SEL (samenwerkingsinitiatief eerstelijnszorg), een zorgpad “complexe zorg” ontwikkeld. Inclusie gebeurt aan de hand van een aantal vooropgestelde criteria. Het zorgpad start op vanaf dag 1 en kan verder lopen na ontslag (bv. wanneer patiënt nog ambulante behandelingen volgt in BZIO of wanneer een externe partner de opvolging overneemt).
  - Men maakt gebruik van checklisten bij ontslag.
  - Ontslagbrieven zijn multidisciplinair samengesteld en bevatten alle noodzakelijke info om de continuïteit van zorg te garanderen.
- Bij de organisatie van een reva-staf is niet steeds de TGV aanwezig wegens organisatorische redenen (piekmoment in de zorg, afwezigheid verpleegkundige). Ook de aanwezigheid van de huisarts is moeilijk te verwezenlijken (in 2009 slechts een tweetal keer). We bevelen aan om na te gaan in welke mate dit kan gestimuleerd worden. **(Aanb)**

## 8.4 Samenwerking

- Er is een goede samenwerking met de huisartsen (een van de omnipractici is voorzitter van de Oostende huisartsenkring en van de Koninklijke Vereniging van Geneesheren, het ziekenhuis stelt gratis haar infrastructuur ter beschikking van de huisartsenkring, en de telefonische permanentie wordt door het ziekenhuis opgenomen). Ook neemt het ziekenhuis deel aan het overleg met de eerstelijns via het SEL (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg). Er waren 3 bijeenkomsten in 2009. **(AV)**
- Er wordt samengewerkt met de twee ziekenhuizen met sites te Oostende: **(AV)**
  - Patiënten vanuit het Joint Care programma van het AZ Damiaan die verlengde revalidatie nodig hebben worden doorverwezen naar het BZIO, waarbij de orthopedisten één keer per week hun patiënten komen bezoeken in het BZIO. Verder is er ook een samenwerkingsakkoord op het vlak van palliatieve zorg (Sp-palliatief).
  - De orthopedisten van de campus Henri Serruys van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende volgen de andere patiënten die revalideren in het BZIO na een orthopedische ingreep wekelijks op. Verschillende andere specialisten zijn consulent in het BZIO. Alle klinisch-biologische onderzoeken gebeuren in het Henri Serruys (inclusief de administratie). Het labo krijgt hiervoor van het BZIO een forfaitaire vergoeding. Daarnaast werkt men samen op het vlak van apotheek en sterilisatie.
- Er bestaat een samenwerkingsakkoord met het RVT in hetzelfde gebouw, alwaar zich veel jonge patiënten bevinden met een niet aangeboren hersenletsel. **(AV)**
- Het ziekenhuis is lid van het regionaal overleg van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en neemt ook deel aan de Centrale Zorg Registratie. **(AV)**
- Zowel de administratief directeur als de kwaliteitscoördinator nemen deel aan de respectievelijke overlegplatformen voor categorale ziekenhuizen. **(AV)**
- Er is aandacht voor overleg met verwijzers en de rustoorden en RVT's in het kader van ontslagmanagement. **(AV)**

- Sinds 2003 is men lid van het Netwerk Klinische Paden. (AV)

## 9 Zorg voor revalidanten

---

### Situering

- Naast 125 revalidatiebedden biedt het ziekenhuis zorg aan voor ambulante revaliderenden en patiënten in daghospitalisatie.  
Het daghospitaal telt 23 posities. Het gaat vooral om revalidatie in daghospitalisatie, maar één dag per week worden ook patiënten opgenomen voor de pijnkliniek.
- Er zijn vier hospitalisatieafdelingen die allemaal bezocht werden:
  - VE 02 telt 30 bedden
  - VE 03 telt 35 bedden
  - VE 04 telt 30 bedden
  - VE 05 telt 30 bedden
- De patiëntendoelgroep bestaat hoofdzakelijk uit patiënten voor revalidatie na een totale knieprothese, een totale heupprothese, amputatie van een lidmaat of revalidatie na een niet aangeboren hersenletsel (bv. na CVA, behandeling van een hersentumor, verkeersongeval...).

Deze laatste doelgroep wordt geconcentreerd op de afdelingen 2 en 3, die aangeduid worden met de term SRU, wat staat voor stroke revalidation unit.

Daarnaast zijn er ook specifieke programma's ontwikkeld voor andere doelgroepen (David Beck rugschool, obesitas).

- Men heeft een erkenning van het VAPH voor het indienen van dossiers voor tegemoetkomingen voor gehandicapten (tot 65 jaar).

### Beleid en strategie

- Revalidatie wordt 6 dagen op 7 aangeboden. Tijdens wekdagen revalideert men tot 20u00, op zaterdag zijn er in de voormiddag groepsessies. **(SP)**
- Per SRU worden maximaal 20 patiënten opgenomen, op de rest van de afdeling worden patiënten voor revalidatie na een orthopedische ingreep gehospitaliseerd. **(AV)** Tot deze keuze is men gekomen na het afwegen van een aantal voor- en nadelen en na consult van de zorgelijke (verpleegkundigen en therapeuten) die vroeg om de zorgzwaarte binnen aanvaardbare perken te houden. **(SP)**
- Naar aanleiding van de oprichting van de SRU's heeft men ook duidelijke opnameprioriteiten opgesteld voor de afdelingen zonder SRU. Deze werden tevens extern gecommuniceerd. 90% van de huidige patiëntenpopulatie behoort tot de vooropgestelde revalidatiedoelgroepen. **(AV)**
- Elke afdeling heeft een mooi en degelijk jaarverslag opgemaakt, met de beschrijving van de activiteiten van het voorbije werkjaar, de evaluatie van de doelstellingen van vorig jaar



en de doelstellingen voor het volgende jaar. Per verpleegeenheid worden eveneens de resultaten van de patiëntentevredenheidsmetingen teruggekoppeld. **(SP)**

- Naast de algemene doelstellingen in het beleidsplan, zijn er ook doelstellingen per afdeling geformuleerd (op basis van de teameffectiviteitsmetingen, patiëntentevredenheidsmetingen...). **(AV)** Jaarlijks wordt er per afdeling een verbeterproject gekozen en grondig uitgewerkt. **(SP)**
  - Op VE 02 loopt dit jaar een project rond het systematisch screenen op valrisico aan de hand van de stratify score (afgenomen door de verpleegkundigen bij de intakegesprekken).
  - Op VE 03 ontwikkelt men acties rond het correct positioneren van CVA-patiënten.
  - Op VE 04 wil men werken rond orde en netheid.
  - Op VE05 loopt het verbeteringsproject van 2009 omtrent 'communicatie' verder door in 2010, het nieuwe verbeterproject rond het werken met checklisten bij opname en ontslag, zal op een latere datum aanvangen.
- Er is een sterke multidisciplinaire werking op de afdelingen (met o.a. multidisciplinaire anamnese, klinische farmacie voor de opnamemedicatie en screening naar specifieke problemen zoals valrisico en malnutritie). Op deze manier komt men binnen de 24 uur tot een individueel zorgplan dat een multidisciplinaire en transmurale uitvoering kent (wekelijks multidisciplinair overleg, multidisciplinair dossier, reva-staf...). Indien nodig wordt de AMPS door de ergotherapeuten in de thuissituatie afgenomen. **(SP)**
- Men slaagt er op de afdelingen in om een fixatie arm beleid te voeren. **(SP)**
- Alhoewel dit niet geëxpliciteerd is, vertrekt men bij het revalidatieconcept ook vanuit een geriatrisch concept. **(SP)**

## Middelen

- De revalidatieruimten, inclusief de ruimten voor hydrotherapie, bevinden zich op de gelijkvloerse verdieping en de kelder. De revalidatieruimten zijn functioneel ingericht en beschikken over veel materiaal: **(SP)**
  - Er zijn in elk van de drie zalen een aantal ruimtes voor massage en fangothérapie, alsook voor passieve mobilisatie (kooien van Rocher, flexie-extensie-apparaten)
  - Men beschikt over toestellen met biofeedback
  - Er zijn heel wat actieve toestellen: Biodex, fitnessapparatuur, Balance Master...
  - Een zaal is specifiek ingericht voor de rugschool (6 groepen) en obesitasgroepen (4 groepen) met David Beck apparaten.
  - Er is heel wat materiaal om ADL-activiteiten te trainen (trappen, fiets...). Dit wordt aangevuld met huisbezoeken (in een straal van ongeveer 30 km) om waar nodig aanpassingen aan de woning te kunnen voorstellen.
- De hydrotherapie bestaat uit een zeewaterzwembad. Door het hoge zoutgehalte bekommt men een extra opwaartse kracht, wat mobilisatie vergemakkelijkt. Men kan op verschillende manieren in het zwembad komen: via een trap, via een hellend vlak en via

een tillift. In het bad zijn er looprekken, jetstreams, een brobbelgedeelte, een oefenfiets en planken waarop men liggend oefeningen kan doen.

Buiten het zwembad zijn er nog twee baden, waarin de minst mobiele mensen via een plafondlift in kunnen. Doordat het zeewater telkens verversst wordt, kunnen deze baden ook gebruikt worden voor patiënten met incontinentie. **(SP)**

- De pijnkliniek beschikt over een behandelkamer op het dagziekenhuis. **(AV)**
- De afdelingen zijn aangepast aan de doelgroep en hebben volgende troeven: **(SP)**
  - Iedere kamer heeft een private badkamer met lavabo, toilet en inloopdouche. Spiegels zijn gekanteld met oog op rolstoelgebruikers.
  - Iedere kamer beschikt over TV, CD-speler en kluis.
  - Patiënten kunnen gebruik maken van een badjas van BZIO om naar het therapiezwembad te gaan.
  - De gangen zijn breed, hebben rustplaatsen en creëren een rustige omgeving.
  - Kamers aan de voorkant van het gebouw hebben zeezicht, de kamers aan de achterzijde geven uit op een breed terras, dat toegankelijk is met rolstoelen.
  - Patiënten kunnen gebruik maken van de eetzaal om gezamenlijk te eten.
  - In het midden van iedere afdeling is er een ruime, gezellig ingerichte en zonnige zitplaats.
  - Men beschikt over ruim voldoende materiaal (rolstoelen, anti-decubitus...).
  - Men heeft recent een vernieuwing van het materiaal kunnen doorvoeren. Hierbij is er aandacht gegaan naar ergonomie (bedden, tilliften, tildoeken per patiënt...) en comfort voor de patiënten (elektronische zelfbediening van de bedden met lage stand, bedhekkens in twee delen, comfort-rolstoelen, aangepaste hulpmiddelen ...).
  - De centrale aansluiting van de zuurstof is gepland, maar nog niet gerealiseerd. Voorlopig werkt men met losse zuurstofflessen. **(AV)**
- De afdelingen beschikken niet over een apart bureau voor de hoofdverpleegkundige. Dit is niet optimaal voor het uitvoeren van de managementopdracht en het voeren van vertrouwelijke gesprekken. **(Aanb)**
- Men is sinds december 2009 overgestapt naar een geïntegreerd patiëntendossier. Het dossier en de behandelplannen zijn inherent verbonden met de uitgewerkte klinische paden. **(SP)**

Het gebruiksvriendelijke (elektronisch) dossier ondersteunt momenteel de multidisciplinaire werking nog niet. Het papieren dossier laat dit wel toe, maar vraagt dubbel werk. **(Aanb)**

Het gecontroleerde papierwerk was contentieus ingevuld. **(SP)**

## Medewerkers

- Op VE 02 is er normatief nood aan 7,25 VTE A1 en 3,75 VTE A2 verpleegkundigen, 7,5 VTE zorgkundigen en 2,5 paramedici. Men beschikt momenteel over 3,5 VTE A1 en 11,8 VTE A2 verpleegkundigen en 3,6 zorgkundigen. Er is geen normatief tekort. Er is een kwalitatief tekort van 3,75 VTE A1 verpleegkundigen t.o.v. A2 verpleegkundigen. **(NC)**

Verder zijn er 2 VTE ergotherapeuten, 2,1 VTE kinesitherapeuten, 0,5 VTE logopedisten,

0,7 VTE psychologen, 0,3 VTE diëtisten. Voor sociale dienstverlening kan men beroep doen op 0,8 VTE gegradueerd maatschappelijk werkster. **(AV)**

- Op VE 03 is er normatief nood aan 7,85 VTE A1 en 4,11 VTE A2 verpleegkundigen, 8,23 VTE zorgkundigen en 2,74 paramedici. Men beschikt momenteel over 8,9 VTE A1 en 8,1 VTE A2 verpleegkundigen en 2,75 zorgkundigen. Door de afwezigheid van twee verpleegkundigen wegens zwangerschap (samen 1,6 VTE) is er momenteel een licht normatief tekort van 0,44 VTE verpleegkundigen, maar dit wordt opgevangen door de mobiele eenheid. Verder zijn er 2 VTE ergotherapeuten, 2,1 VTE kinesitherapeuten, 0,5 VTE logopedisten, 0,7 VTE psychologen, 0,3 VTE diëtisten. Voor sociale dienstverlening kan men beroep doen op 0,8 VTE gegradueerd maatschappelijk werkster. **(AV)**
- Op VE 04 is er normatief nood aan 7,37 VTE A1 en 3,8 VTE A2 verpleegkundigen, 7,65 VTE zorgkundigen en 2,55 paramedici. Men beschikt momenteel over 6,3 VTE A1 en 5,5 VTE A2 verpleegkundigen en 3,1 zorgkundigen en 0,8 VTE verpleegassistente. Er is een normatief tekort op de totale verplegende en verzorgende equipe van 3,15 VTE. Er is een kwalitatief tekort van 1 VTE A1 verpleegkundigen. **(NC)**  
Verder zijn er 1 VTE ergotherapeuten, 2,1 VTE kinesitherapeuten, 0,1 VTE logopedisten, 0,2 VTE psychologen, 0,2 VTE diëtisten. Voor sociale dienstverlening kan men beroep doen op 0,5 VTE gegradueerd maatschappelijk werkster. **(AV)**
- Op VE 05 is er normatief nood aan 6,94 VTE A1 en 3,56 VTE A2 verpleegkundigen, 7,12 VTE zorgkundigen en 2,37 paramedici. Men beschikt momenteel over 4,6 VTE A1 en 7,3 VTE A2 verpleegkundigen en 1,8 VTE zorgkundigen. Er is een normatief tekort op de totale verplegende en verzorgende equipe van 3,9 VTE. Er is een kwalitatief tekort van 2,3 A1 verpleegkundigen. **(NC)**  
Verder zijn er 1 VTE ergotherapeuten, 2,1 VTE kinesitherapeuten, 0,1 VTE logopedisten, 0,2 VTE psychologen, 0,2 VTE diëtisten. Voor sociale dienstverlening kan men beroep doen op 0,5 VTE gegradueerd maatschappelijk werkster. **(AV)**
- Op de afdeling VE05 beschikt men niet over revalidatieverpleegkundigen. **(Aanb)**
- De inzet van de paramedici (patiëntentoewijzing) bevordert de betrokkenheid en de multidisciplinaire werking. **(SP)** Kinesisten en ergotherapeuten overleggen samen en stemmen hun activiteiten bij een zelfde patiënt op elkaar af en / of organiseren gezamenlijke activiteiten wanneer aangewezen. **(SP)**
- Men werkt met referentieverpleegkundigen die in multidisciplinair verband werken (bv. wondzorg, incontinentie, voeding, ziekenhuishygiëne ..) en mentoren op de afdelingen. **(SP)**

## Processen

- Op de revalidatie wordt gewerkt volgens een combi systeem: ergotherapeuten en kinesisten werken er in dezelfde ruimte waardoor men een beter zicht heeft op de problemen, behoeften en vorderingen van de revalidant. **(AV)**

- Via kaartjes die bevestigd worden aan de hulpmiddelen (krukken, looprekken, rolstoelen...) wordt per patiënt per week een overzicht gegeven op welke therapie de patiënt verwacht wordt en wanneer. Dit zorgt ervoor dat iedereen steeds snel kan weten waar de patiënt na afloop van een therapie verwacht wordt. **(AV)**
- Er is eveneens aandacht voor het begeleiden van de stagiairs op de afdelingen. **(SP)**
  - Men heeft een leerlingenbrochure uitgewerkt
  - Men werkt met vaste mentoren voor het begeleiden en opleiden van de leerlingen.
- Psychologen doen bij alle CVA patiënten een intakegesprek en volgen deze later op wanneer nodig. **(SP)**
- Men slaagt erin om het psychosociale klimaat optimaal te organiseren. Vooral bij de doelgroep CVA patiënten (belangrijk aandeel van patiënten met een geriatrisch profiel) is dit uitermate belangrijk. **(SP)**
  - Er is een uitgebreid en gespreid aanbod van revalidatiemogelijkheden dat ook in het weekend als groepstherapie georganiseerd wordt. Tijdens de week ligt de nadruk op individuele therapie.
  - Patiënten met CVA (hulp bij eten nodig) en malnutritie (zien eten doet eten) eten gezamenlijk in de eetzaal.
  - Men slaagt erin om patiënten dagkledij te laten dragen.
  - ROT training wordt hoofdzakelijk opgenomen binnen de ergotherapie, maar ook op de afdeling zijn er kranten aanwezig, een klok, een duidelijke dagindeling ...
  - Patiënten met wegloupedrag hebben ruime bewegingsvrijheid omwille van het gebruik van elektronische armbanden.

## Resultaten

- In 2009 werden 1413 patiënten opgenomen. Het gemiddeld bezettingspercentage bedroeg 98%, de gemiddelde ligduur 31,7 dagen. **(AV)**
- We bevelen aan om na te gaan welke cijfergegevens belangrijk zijn om te registreren en zo het beleid van dagcentrum te ondersteunen en mee richting te geven. **(Aanb)**
- Er is een valpreventieprotocol in gebruik. **(SP)**. Hierdoor daalde bij zes opeenvolgende metingen de valincidentie.
- Er is aandacht voor malnutritie. **(SP)** De diëtiste spoort bij elke (CVA) patiënt aan de hand van gegevens uit het dossier (lengte, gewicht, waarde foliumzuur...) ondervoeding op en volgt de patiënten met ondervoeding op. Naast de persoonlijke patiëntencontacten, is er wekelijks een bespreking op de afdeling van de patiënten die gevolgd worden. Zij neemt ook deel aan de werkgroep “voedingsteam”.

# 10 Zorg voor oncologische patiënten

---

## Situering

- Momenteel worden er geen patiënten voor oncologische revalidatie opgenomen.

## Beleid en strategie

- In de Koninklijke Villa wil men een aanbod ontwikkelen voor oncologische patiënten. Hierbij richt men zich naar drie fases in het ziekteproces:
  - de opvang na mededeling van de diagnose
  - de ondersteuning tussen de chemo- en/of radiotherapie sessies
  - de revalidatieperiode na de behandelingsperiode

In deze fase wil men een aangepast en evidence based aanbod doen, ondermeer op psychologisch vlak, maar daarnaast wil men ook aan actieve revalidatie doen, omdat studies uitwijzen dat er een relatie bestaat tussen de hoeveelheid spiermassa en de immunologische afweer van het lichaam. Verder wil men ook een gezonde levenswijze promoten (dagelijkse structuur, gezonde voeding, voldoende beweging...) (AV)

## Middelen

- De benedenverdieping en de groene ruimte rond de villa zullen aangepast worden aan de revalidatie van de oncologische patiënten. Men denk er aan op de bovenverdiepingen een hotelfunctie te ontwikkelen voor patiënten die niet in de onmiddellijke omgeving kunnen verblijven (AV).

## Medewerkers

- Omdat oncologische revalidatie een nieuw concept is, is het momenteel onduidelijk welke personeelsomkadering aangewezen is. (AV) Daarom raden wij aan nu al dit aanbod op te starten in het BZIO om hieromtrent ervaring op te doen. (Aanb)

## Processen

- Ook voor deze revalidatievorm werd een klinisch pad ontwikkeld. (AV)

## Resultaten

- We bevelen aan de resultaten goed in kaart te brengen zodat het mogelijk wordt het nut van deze nieuwe vorm van revalidatie te evalueren . (Aanb)

# 11 Zorg bij het levenseinde

---

## Situering

- Het ziekenhuis heeft geen erkenning voor een palliatieve functie. Gezien de patiëntendoelgroep zijn er weinig patiënten die in het ziekenhuis overlijden of specifieke palliatieve zorg behoeven.
- Er bestaat een samenwerkingsovereenkomst met de palliatieve afdeling van het AZ Damiaan.

## Beleid en strategie

- Het beleid waarin verschillende aspecten bij het levenseinde (palliatieve sedatie, therapeutische hardnekkigheid, palliatieve zorgen, euthanasie, opvang van naastbestaanden ) aan bod komen is niet uitgewerkt: er is alleen een procedure voor euthanasie die verwijst naar de wet terzake. **(Aanb)**  
Het zou nuttig zijn om dit te integreren in een visie en strategie voor iedereen die instaat voor allerlei vormen van psychosociale ondersteuning in het ziekenhuis (zowel voor patiënten en hun familie als voor de medewerkers). Hierin kunnen dan, naast crisisopvang van patiënten en zorgesquipes, verschillende deelaspecten van zorg bij het levenseinde aan bod komen (opvang familie en (klein)kinderen, palliatieve zorg, oncologische support...). **(Aanb)**

## Processen

- De procedure bij euthanasie is zeer summier en dirigeert vragen naar de behandelende artsen. Het staat hen dan vrij de wettelijke procedure te volgen, maar deze moeten zij zelf zoeken. **(TK)**
- Er worden geen codes gebruikt voor therapeutische beperkingen. Hierdoor bestaat het risico dat men bij een interne urgentie onvoldoende snel te weten komt of er therapeutische beperkingen zijn en welke. **(TK)**
- We bevelen aan enkele ziekenhuisbrede palliatieve zorgprocedures uit te werken (doodsreutel, mondzorg). **(Aanb)**

## Resultaten

- In 2009 waren er in het BZIO 4 overlijdens. Er werden geen euthanasieprocedures uitgevoerd. **(AV)**

## 12 Milieu en hygiëne

---

### 12.1 Milieuvergunningen

- De milieuvergunning voor het exploiteren van het BZIO werd verleend door het College van Burgemeester en Schepenen dd.11 mei 1998 voor een termijn die eindigt op 11 mei 2018 en omvat onderstaande G-rubrieken: **(AV)**
  - **Rubriek 32.8.1.1.a:** zwembad
  - **Rubriek 32.8.1.2:** Hot whirlpool
  - **Rubriek 32.8.1.3:** dompelbaden
  - **Rubriek 32.8.1.4:** plonsbaden
  - **Rubriek 32.8.1.5:** therapiebaden
  - **Rubriek 49:** Ziekenhuizen
- Bij een update van de milieuvergunning bevelen we aan om het zwembad met whirlpool in te delen als therapiebad(rubriek 32.8.1.3) . De dompelbaden, plonsbaden en zwembad moeten dan niet meer apart aangevraagd worden. **(Aanb)**

### 12.2 Verbouwingen

- De directie van het ziekenhuis sluit een schriftelijke overeenkomst af met de aannemer(s) in geval van verbouwingen die een potentiële bron kunnen vormen voor hinder aan patiënten, bezoekers, personeel en het milieu. **(AV)**
- Momenteel zijn er verbouwingswerken bezig. **(AV)**
- De Vlaamse overheid moet kunnen vaststellen dat een verandering aan een vergunningsplichtige inrichting van dien aard is dat zij een bijkomend risico voor de mens of een aantasting van het leefmilieu inhoudt of de bestaande hinder vergroot. Wij stellen daarom voor dat elke belangrijke wijziging aan het ziekenhuis altijd gemeld wordt aan de bevoegde overheid. **(Aanb)**
- Gelet op het reële risico van stofhinder en van overdracht van ziektekiemen vragen wij een deskundig toezicht van de dienst ziekenhuishygiëne tijdens de verbouwingswerken. **(Aanb)**

### 12.3 Medisch Afval

- Er bestaan gedetailleerde procedures i.v.m. afvalsortering en –verwijdering. **(AV)**
- Ordelijke sortering van de diverse afvalcomponenten. **(AV)**
- Er is dagelijkse afvoer van de afval van de verpleeg- en technische afdelingen naar het centrale afvalverzamelpunt, waar afvalstoffen vóór de definitieve ophaling worden verzameld. **(AV)**

- De ophaling van het afval op de verschillende diensten in het ziekenhuis gebeurt door medewerkers die hiervoor een gepaste opleiding hebben genoten. **(AV)**
- Het lokaal voor risicohoudend medisch afval kan gesloten worden en is goed verlucht. **(AV)**
- Op de verpleegeenheden is er een overzicht van de afvalcircuits. Dit hangt uit in de afvalunits. **(AV)**
- De constructie van het afvalcontainerpark zal nog gewijzigd worden. **(AV)**
- Er is geen laag radioactief afval van isotopen. **(AV)**
- De opslagplaats kan beter onderhouden worden, ze oogt rommelig. **(TK)**
- Op de deur voor de opslag van het risicohoudend medisch afval is geen logo risicohoudend medisch afval. **(NC)**
- Het risicohoudend medisch afval staat in het containerpark niet afgezonderd van het ander afval. **(NC)**
- De preventieve ongediertebestrijding wordt niet gedaan bij de opslagplaats voor het medisch afval. **(NC)**
- Wij bevelen aan dat de personeelsleden via duidelijke affiches met gekleurde stroomdiagrammen kunnen kennis nemen van de interne instructies inzake de verschillende afvalstromen. Het principe achter de stroomdiagrammen is gebaseerd op de prioriteiten die in de wetgeving worden vastgelegd voor de verwerking van afvalstoffen en voor risico's tijdens het transport en de manipulatie van het afval (cf. de aanbevelingen van OVAM). **(Aanb)**
- De transportwagens voor het afval moeten regelmatig schoongemaakt worden na de ophaling. Een reinigingsschema voor de transportkarren moet voorzien worden. **(Aanb)**

## 12.4 Drinkwaterdistributie

- Er wordt drinkwater aangeboden van het openbare waterleidingsnet. **(AV)**
- Conform het Besluit van de Vlaamse regering houdende reglementering inzake kwaliteit en levering van water bestemd voor menselijke consumptie werden er bij de laatste controle geen normoverschrijdingen genoteerd. Een ziekenhuis is een publiek gebouw categorie I. **(AV)**
- De bacteriologische kwaliteit van water verdeeld via de drankcooler wordt regelmatig geëvalueerd en in functie van de resultaten van de bacteriologische controles worden de nodige onderhoudsactiviteiten uitgevoerd. **(AV)**
- Er is één toestromingspunt van het leidingwater. **(AV)**



## 12.5 Biotechnologie en bioveiligheid

- Er is geen labo. Stalen worden verstuurd naar externe labo's. Er is een overeenkomst met het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende campus Henri Serruys. (AV)
- De verzamelplaats van de stalen is in de toiletruimte. (AV)
- Er bestaan procedures. (AV)
- Er staat geen biorisicoteken op de koelkast voor het bewaren van staalnames. (NC)
- Het zou beter zijn de verzamelplaats voor de stalen in een afzonderlijk lokaal te voorzien. (Aanb)
- We bevelen aan de overeenkomst met het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende campus Henri Serruys uit te schrijven. (Aanb)

## 12.6 Bestrijding en preventie van ongedierte

- In het ziekenhuis worden de preventieve maatregelen uitgevoerd door een professioneel bedrijf voor ongediertebestrijding (Rentokil). (AV)
- Het betreft maatregelen tegen knaagdieren, kruipende en vliegende insecten. (AV)
- In geval van het occasioneel vaststellen van ongedierte wordt er contact opgenomen met Sodexo. Zij contacteren dan Rentokil. (AV)
- Op de volgende locaties is het toepassen van preventieve maatregelen betreffende ongediertebestrijding aanbevolen: (Aanb)
  - centrale afvalopslagplaats (inclusief de verzamelplaats voor etensresten)
  - centrale keuken

## 12.7 Opslag gevaarlijke producten

- Diverse schoonmaakproducten worden in een overdekt lokaal opgeslagen in verplaatsbare, kleine recipiënten. De vloeistoffen staan niet boven een opvangbak. Veiligheidsfiches zijn beschikbaar. (AV)
- Voor de behandeling van het therapiebadwater worden zoutelektrolyse toegepast. (AV)
- Er moet een lijst (register) opgemaakt worden van alle gevaarlijke stoffen (irriterende, corrosieve, explosieve, oxiderende en schadelijke, Vlaremrubrieken 16 en 17) waarop vermeld staan het gebruik, de hoeveelheden en de exacte plaats waar het product is opgeslagen. (TK)

- Op een verpleegafdeling mag slechts een voorraad opgeslagen worden die nodig is voor het verbruik van 1 week. **(Aanb)**
- Raadpleeg de veiligheidsfiches van de aanwezige stoffen want producten die een chemische reactie kunnen veroorzaken als ze (accidenteel) met elkaar in contact komen, moeten op een veilige afstand van elkaar opgeslagen worden. **(Aanb)**

## 12.8 Mortuarium

- De inrichting heeft geen mortuarium. **(AV)**
- Er is een procedure voorzien bij overlijden van een patiënt. In de procedure is niet opgenomen dat de lijken ten laatste binnen de 3 uur overgebracht worden naar een gekoelde rouwkamer, een afdeling anatomopathologie of naar een afzonderlijk en hiervoor geschikt lokaal. In dit laatste geval wordt het lijk binnen de 24 uur na het vaststellen van het overlijden overgebracht naar een externe en vergunde rouwkamer. **(AV)**

## 12.9 Opslag gevaarlijke producten

- Het gaat om therapiebad met whirlpool. Het zwembad wordt gevuld met zeewater. **(AV)**
- De ontsmetting van het zwembadwater gebeurt door zoutelektrolyse, waarbij natriumhypochloriet wordt aangemaakt. **(AV)**
- Op 24 november 2009 werd een inspectie uitgevoerd in kader van de toezichtopdracht van Vlarem. Aan de opgesomde inbreuken werd tegemoet gekomen. Het zwembad voldoet aan de Vlarem-voorwaarden. **(AV)**
- Het technisch onderhoud van het zwembad wordt uitgevoerd door Cofely Services. **(AV)**
- Het procedureboek moet bestaan uit geschreven procedures waarin de werking onder normale en onder noodomstandigheden beschreven wordt. Deze procedures moeten regelmatig worden bijgewerkt. De procedures moeten ter inzage gehouden worden van de toezichthoudende ambtenaar. **(Aanb)**

## 12.10 Linnen

- Het gaat ziekenhuislinnen wordt gewassen door Malysse. De personenwas en beroepskledij wordt gedaan door Gvaerland. **(AV)**
- 3 maal per week wordt er vers linnen aangevoerd. **(AV)**
- Momenteel gebeurt de stockage van het linnen op de gang van het dagziekenhuis. De stockage gaat binnen het jaar naar de nieuwbouw. **(AV)**

- Het vuil en proper linnen wordt apart gestockeerd. (AV)

## 13 Infectieziektenbeheersing

---

### 13.1 Werking ziekenhuishygiëne

- Het ziekenhuis beschikt over een eigen team ziekenhuishygiëne (ZHH) en een comité ziekenhuishygiëne (CZH). (AV)
- Het CZH voldoet niet aan de wettelijke eisen voorzien in het KB van 26 april 2007 naar samenstelling en het vervullen van de taken. (NC)
- Het team ZHH staat o.a. in voor de ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis i.v.m. standaardvoorzorgsmaatregelen. Het team ZHH heeft nog geen bijscholing i.v.m. standaardvoorzorgsmaatregelen georganiseerd voor de personeelsleden. (NC) We bevelen aan om rond dit cruciale onderwerp een gedegen opleiding, gekoppeld aan een opvolging en controle, te voorzien voor alle personeelsleden. (Aanb)
- Er is een register aanwezig waarin alle beslissingen die binnen het CZH genomen worden, geacteerd worden en als advies overgemaakt worden aan de directeur van het ziekenhuis. We adviseren om te verwijzen in welke procedures, richtlijnen... de genomen beslissingen zijn terug te vinden. (Aanb)
- Er is een summier jaarverslag CZH en een kort werkingsverslag van het team ZHH opgemaakt. Wij raden aan dat een meer gedetailleerde jaarplanning met SMART geformuleerde doelstellingen wordt gemaakt, om op het einde van het jaar een gedegen evaluatie in het activiteitenverslag te kunnen maken. (Aanb)
- Naast deze jaarverslagen dient er ook nog een beleids- en strategisch plan ZHH uitgewerkt te worden. (NC)
- Het team ZHH neemt ook deel aan het regionale platform voor ZHH in West-Vlaanderen. (AV)
- Sinds 2008 ondersteunen 5 referentieverpleegkundigen ZHH de werking van het team ZHH. (SP) Het voorbije jaar hebben de verpleegkundige ZHH en de referentieverpleegkundigen zich vooral beziggehouden met het op punt zetten van de procedures ZHH. Omdat het belangrijk is dat de referentieverpleegkundigen zich op korte tijd bijscholen en zich verder bekwamen in deze specifieke materie van ZHH raden wij aan dat de referentieverpleegkundigen ZHH een externe opleiding zouden volgen. (Aanb)

### 13.2 Procedures ziekenhuishygiëne

- De procedures ZHH zijn recent aangepast. Wij raden aan om naast de versiedatum ook nog een revisiedatum te voorzien, zodat deze revisies gemakkelijk in de jaarplanning kunnen opgenomen worden. (Aanb)

- Om de procedures correct te kunnen naleven is het noodzakelijk om een ‘volledige’ procedure te hebben. Bv. in de procedure handhygiëne wordt er maar één indicatie vermeld, in de procedure MRSA wordt er niet gespecificeerd welke groepen bij opname dienen gescreend te worden... (zie de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad). **(TK)**
- De procedures ZHH zijn ook te raadplegen op het intranet. Het opzoeken van de procedures ZHH wordt momenteel gehinderd door het gebruik van een oud ( met de oude procedures) en een nieuw intranet waarop de recente procedures terug te vinden zijn. We adviseren aan om het gebruik van het nieuwe intranet te promoten en het oude niet meer toegankelijk te maken. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis wordt op enkele plaatsen (sanitair personeel en sanitair voor het publiek) gebruik gemaakt van Dyson handdrogers. We raden aan om deze handdrogers ook in het werkschema van de onderhoudsploeg op te nemen zodat kruisbesmetting uitgesloten wordt. **(Aanb)**
- Op de afdelingen heeft elke verpleegkundige van dienst een eigen verzorgings- en medicatiewagen met een laptop (4 aanwezig op elke dienst). Er is geen procedure aanwezig om op een hygiënische manier met deze laptops om te gaan. We adviseren om hieraan ook de nodige aandacht aan te besteden. **(Aanb)**

### 13.3 Handhygiëne en rondgang op de afdelingen

- De directie en de hoofdarts dienen stappen te ondernemen om de strikte toepassing van de procedure handhygiëne te bevorderen. Hierbij zijn het dragen van korte mouwen en het volledig vrijhouden van de handen en voorarmen essentieel voor alle beroepsgroepen, zowel voor de werknemers als voor de zelfstandigen, in het ziekenhuis. **(TK)**
- De verpleegpost op het 3<sup>e</sup> verdiep is niet voorzien van een lavabo. Deze ruimte dient uitgerust te worden van de nodige voorzieningen om een gedegen handhygiënebeleid te kunnen waarborgen. Een lavabo, in een ruimte waar ook proper linnen wordt gestockeerd, is hiervoor geen geschikte plaats. **(Aanb)**
- We bevelen aan om op strategische plaatsen zoals in de afdelingskeukens, verpleegposten, spoelruimten... de nodige alcoholdispensers, zeep en wegwerphanddoeken, als ook (correcte) geheugensteuntjes te voorzien om zo handhygiëne nog beter te implementeren. **(Aanb)**
- Er is handalcoholgel voorzien op verschillende plaatsen in de gang en op de verzorgingswagens. **(AV)**
- Het dossier van een positieve MRSA-patiënt is duidelijk herkenbaar. Vooraan in het dossier is het decontaminatieschema terug te vinden. Ter hoogte van de patiëntenkamer van deze MRSA –patiënt (afdeling 2) is het voor de bezoekers niet duidelijk wat ze moeten doen (enkel een kleine, gele magneet op de deurpost). Daarnaast was er ter hoogte van deze patiëntenkamer geen alcoholgel beschikbaar. **(Aanb)**

### **13.4 Antibioticabeleid**

- Het ziekenhuis heeft geopteerd om de antibiotherapiebeleidsgroep te behouden. Deze werkgroep richt zich vooral naar het opvolgen van het gebruik van antibiotica in de instelling en het geven van feedback naar de verschillende departementen binnen dit ziekenhuis. **(SP)**

### **13.5 Meldingen infectieziekten**

- Het ziekenhuis heeft een samenwerkingsverband met het labo van AZ Sint-Jan Brugge-Oostende campus Henri Serruys. De meldingsplicht en de informatie hierover is echter een belangrijk onderdeel in de infectieziektenbeheersing binnen het ziekenhuis alsook daar buiten. We stellen voor een procedure op het intranet te plaatsen die duidelijke info geeft over de toepassing van de meldingsplicht, met verwijzing naar het Toezicht Volksgezondheid, vooral omdat de kans dat een infectieziekte met meldingsplicht in het ziekenhuis wordt vastgesteld zeer klein is, en dat men in zo'n situatie niet kan verwachten dat de medewerkers weten welke stappen ze dan moeten ondernemen. **(TK)**

### **13.6 Voedselbereiding en –bedeling**

- Volgens de VO 852/2004 i.v.m. persoonlijke hygiëne in de grootkeuken mag het keukenpersoneel dat in contact komt met onverpakte levensmiddelen geen juwelen aan de handen en onderarmen dragen. Tijdens de rondgang is er werkneemster van de keuken gezien met een trouwring. **(NC)**
- We bevelen aan om boven de lavabo's in de keuken een correct geheugensteuntje uit te hangen, en niet 'na toiletgebruik gelieve uw handen te wassen'. **(Aanb)**

Brussel, 15/06/2010

Hoofdauditor IVA Inspectie WVG  
Tom Wylin

Auditor IVA Inspectie WVG  
Nele Van Cauteren

Auditor IVA Inspectie WVG  
Tania Vandommele

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid  
Caroline Broucke

Auditor IVA Z&G, afd. Toezicht Volksgezondheid  
Isabelle Bendels

l.o. 