

BUNDELING ZORGINITIATIEVEN OOSTENDE

ZEEDIJK 284 -286

8400 OOSTENDE

BELEIDSPLAN 2012 – 2017

OKTOBER 2011

INHOUD

1. VOORWOORD

2. ORGANOGRAM ALS BASIS VAN EEN PERFORMANTE INDICATORENSET

2.1. Organogram BZIO

2.2. Performante indicatoren set

3. TEKORTKOMINGEN, NON-CONFORMITEITEN EN AANBEVELINGEN UIT DE AUDIT VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP 2010

4. ACTIES BINNEN DE VERSCHILLENDE MANAGEMENTSDOMEINEN

4.1. Medewerkers en teamgerichtheid

4.2. Procesmanagement

4.3. Interne Communicatie

4.4. In kaart brengen van de workload

4.5. Optimale infrastructuur en middelen

4.6. Kwaliteit en patiëntveiligheid

4.7. Uitwerken van een lange termijn visie met betrekking tot de pathologie keuze voor de gehospitaliseerde en ambulante patiënten.

4.8. Samenwerking met externe partners en leveranciers

4.9. Uitstraling van het ziekenhuis

5. BESLUIT

1. VOORWOORD

De doelstelling van dit managementplan is binnen een periode van 5 jaar de missie en visie van het ziekenhuis te realiseren.

Het plan bestaat uit 3 delen die in de dagdagelijkse werking van een organisatie vaak met elkaar verweven zijn, maar die hier om structurele redenen van elkaar worden gescheiden

Het eerste hoofdstuk **“Organogram als basis voor een performante indicatorenset”** is de basisstructuur van het managementplan. Hier worden alle verantwoordelijken van de verschillende structuren van ons ziekenhuis aangezet om op een uniforme wijze een indicatoren set te ontwikkelen (volgens een welomschreven methodiek (Balance Score Card)) die uiteindelijk moet resulteren in een overzichtelijke verzameling van indicatoren die iedereen op gelijk welk niveau moet instaat stellen om de werking van het ziekenhuis te evalueren en bij te sturen waar nodig. Deze “cockpit van de organisatie” moet tevens het management in de mogelijkheid stellen om de strategische doelstellingen van ons ziekenhuis te bewaken en te borgen. Het moet eveneens toelaten om alarmbellen tijdig op te sporen zodat de klant weinig hinder van organisatorische en operationele fouten/problemen ondervindt. De opbouw van deze indicatoren set is de eerste aanzet tot de uitvoering van een ziekenhuis brede auto-evaluatie. Deze evaluatie zal uitgevoerd worden met een gevalideerde checklist (volgens de accreditering) en zal minstens volgende domeinen omvatten: leiderschap, strategie en beleid, management van medewerkers, management van middelen en management van processen. (deadline december 2015)

Het tweede hoofdstuk betreft de **aanbevelingen, non conformiteiten en tekortkomingen die werden vastgesteld tijdens de visitatie van 2010 door de Vlaamse Overheid**. Er wordt van alle verantwoordelijken verwacht dat zij binnen een vastgesteld tijds kader de bemerkingen van de visitatie onderzoeken, aanpassen en motiveren waarom bepaalde aanpassingen niet worden (werden) uitgevoerd.

Het derde hoofdstuk omschrijft de **belangrijkste managementdomeinen** waarop het beleid zich moet richten om de gekozen strategische doelstellingen van de organisatie te realiseren. Deze praktijk gerichte omschrijving moet ieder departementshoofd toelaten de operationele doelstellingen voor zijn/haar departement binnen de komende 5 jaar te realiseren.

Het mag duidelijk zijn dat er reeds heel wat initiatieven genomen werden door het management, die een positieve invloed op de werking van het BZIO hebben gehad, doch onze organisatie is asymmetrisch gegroeid. (Het ene departement is meer gestructureerd

dan het andere, het personeelsbeleid is niet gelijklopend geëvolueerd....). Een bijkomende doelstelling van dit plan is dan ook een symmetrische organisatiestructuur en organisatiecultuur te bereiken.

Uiteraard geldt dit plan ook voor de site Koninklijke Villa. De werkpunten opgesomd door de projectmanager van de Koninklijke Villa midden 2011 maken eveneens deel uit van dit plan.

2. HET ORGANOGRAM ALS BASISSTRUCTUUR VOOR EEN PERFORMANTE INDICATORENSET

2.1. ORGANOGRAM BZIO

2.2. PERFORMANTE INDICATORENSET

Om de missie en visie van het BZIO te realiseren is het van strategisch belang dat de verschillende ziekenhuisdepartementen en beleidsorganen een eigen missie en visie opstellen, die ze omzetten in strategische doelstellingen. Deze strategische doelstellingen worden tot slot vertaald in operationele doelstellingen, acties, projecten en in een indicatoren set.

Om dit te realiseren zal er binnen BZIO een opleiding “balance score card” georganiseerd worden voor alle directies, leidinggevend en voor alle verantwoordelijken van de verschillende werkgroepen en beleidsorganen. Op deze wijze wordt eenzelfde methodiek gebruikt over de verschillende departementen heen.

Momenteel beschikt enkel het verpleegkundig departement en de Site Koninklijke Villa over een eigen missie, visie en indicatoren set.

Concreet betekent dit dat volgende departementen en beleidsorganen deze opdracht moeten uitvoeren:

- Administratief (incl. IT) (verantw. M. Boeye) -, paramedisch- (verantw. A. Antierens) en technisch departement (verantw. M. Boeye en J. Logie).
- Ondersteunende diensten: cafetaria (verantw. M. Boeye), keuken (verantw. M. Boeye), onderhoud (verantw. A. Antierens) en logistieke diensten (verantw. A. Antierens)

Deze werkmethode heeft eveneens tot doel de projectborging te verhogen.

Tot slot wordt voor ieder overlegorgaan (zowel strategische als operationele overlegorganen) van het ziekenhuis een sjabloon ingevuld: (doelstelling, type orgaan, voorzitter, verslaggever, deelnemers, communicatieplan indicatoren set, regelmaat van vergaderen en vaste agendapunten)

De voorzitter van ieder overlegcomité bezorgt een jaarverslag (ten laatste 2 maand na het einde van ieder kalenderjaar aan de gedelegeerd bestuurder) . Dit jaarverslag omvat minimum volgende items: Overzicht van de verschillende activiteiten en ondernomen acties van het afgelopen dienstjaar; overzicht van de resultaten van de gebruikte indicatoren; evaluatie van de indicatoren set met vermelding van eventuele aanpassen, planning van de activiteiten voor het volgend dienstjaar.

3. AANBEVELINGEN , TEKORTKOMINGEN EN NON-CONFORMITEITEN UIT DE AUDIT VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP 2010 .

Er werden door het management reeds heel wat inspanningen geleverd met betrekking tot het oplossen van de aanbevelingen, tekortkomingen en non conformiteiten die werden opgesomd in het auditverslag door de visitatie.

Per item werd een verantwoordelijke aangeduid die een overzicht maakt van:

- De reeds aangepaste aanbevelingen, tekortkomingen en non conformiteiten
- De nog uit te voeren aanbevelingen, tekortkomingen en non-conformiteiten (inclusief een planning waarbij december 2012 de dead line is) om alle opgesomde items aan te passen.
- De niet uit te voeren aanbevelingen, tekortkomingen en non conformiteiten (inclusief een motivering waarom de betreffende items niet aangepast zullen zijn tegen eind 2012)

4. ACTIES BINNEN DE VERSCHILLENDE MANAGEMENTSDOMEINEN (STRATEGIE)

4.1. Medewerkers en teamgerichtheid.

Een van de belangrijkste pijlers binnen het management van een organisatie is het medewerkersbeleid. In een ziekenhuis heeft een goed medewerkersbeleid een nog grotere invloed op de outcome van de organisatie gezien het dagelijks contact van de medewerkers met de patiënten. Een goed uitgebalanceerd personeelsbeleid dat op geregelde basis ziekenhuis breed wordt geëvalueerd en bijgestuurd is daarom van essentieel belang.

Doelstelling: Tegen 2016 moet BZIO het keurmerk investor in People behalen.

4.2. Procesmanagement

4.2.1. Bedoeling:

De kritieke processen van alle departementen worden in teamverband, volgens een standaard, uitgeschreven waarna procesproblemen systematisch en methodisch worden opgelost.

4.2.2. Elimineren van niet toegevoegde waarde

Hierbij is de basisgedachte: “Het accentueren van de meerwaarde voor de klant en het dienstbetoon aan de klant erdoor verbeteren”.

4.2.3. Opleiding

Alle departementale directies en leidinggevenden worden geacht in staat te zijn processen in kaart te brengen en deze met hun team te verbeteren. Indien nodig moet bijkomende opleiding worden voorzien.

4.3. Communicatie

Er is binnen BZIO een groot verschil over de wijze waarop de verschillende departementen communiceren met hun medewerkers. Ook de interdepartementale communicatie is voor verbetering vatbaar. Het is een belangrijke doelstelling van het nieuwe communicatieplan om deze tekortkomingen te verbeteren.

De departementale directies stellen voor hun departement een intern en extern communicatieplan op.

4.4. In kaart brengen van de workload

De werkbelasting moet voor alle diensten in kaart worden gebracht en dit in overleg met de medewerkers met als doel een zo gelijkmatig mogelijke werkbelasting en dienstverlening te bekomen. Het verpleegkundig departement brengt reeds de werkbelasting in kaart.

4.5. Bekomen en behouden van een optimale infrastructuur en werkmiddelen met als belangrijkste kernpunten:

- . Goede staat van de gebouwen
- . Goede staat van toestellen en materiaal
- . Goed uitgebouwde IT
- . Beschikbaarheid van middelen garanderen:
- . Veiligheid van de werkomgeving en de uitbouw van een beleid m.b.t. het leefmilieu

4.6. Kwaliteit en patiëntveiligheid

Deze werd aangepast aan de hedendaagse werking van het ziekenhuis en aan de wijzigingen binnen de wetgeving. De belangrijkste aanvulling is de vraag van de overheid om meer te investeren in de transmurale zorg. Binnen BZIO en onder leiding van de verpleegkundig en paramedisch directeur werden hieromtrent reeds enkele belangrijke initiatieven genomen

Te ondernemen acties mbt de transmurale zorg:

Uitvoeren van een SWOT analyse met betrekking tot het zorgpad transmurale zorg en een actieplan opstellen.

Opstellen en opvolgen van een Indicatoren set mbt het zorgpad “complexe nazorg”. De overheid heeft in een conceptnota een voorstel tot indicatoren set opgemaakt

Patiëntveiligheidsstructuur: De grootste uitdaging binnen de patiëntveiligheidsstructuur van BZIO wordt het uitwerken van het patiëntveiligheidsmanagement op afdelingsniveau.

4.7. Uitwerken van een lange termijn visie met betrekking tot de pathologie keuze voor de gehospitaliseerde en ambulante patiënten.

Tevens dient er nagedacht te worden door de medische raad over een strategie om onze instelling (incl. KV) bekend te maken en te behouden bij specialisten, acute ziekenhuizen en binnen de eerste lijn (incl. dienst radiologie).

4.8. Samenwerking met externe partners en leveranciers

Bedoeling: waar nodig de externe partners en leveranciers nog meer betrekken bij de werking van het ziekenhuis wat moet resulteren in een verhoogde efficiënte werking van onze organisatie.

4.9 Uitstraling van het ziekenhuis

Opstellen van een actieplan met minimum aandacht voor volgende items:

- Evaluatie van de web site (De web site dient jaarlijks geëvalueerd en zo nodig aangepast te worden)
- Onderhouden van contacten met andere ziekenhuizen, professionelen, en actief deelnemen aan netwerken (netwerk ZP, netwerk van SP kwaliteitscoördinatoren, netwerk van directies van SP ziekenhuizen...)
- Organiseren van een 5 jaarlijks congres binnen het domein revalidatie
- Meewerken aan projecten uitgeschreven door de verschillende overheden

5. BESLUIT:

Het beoogde doel van dit beleidsplan is de 4 belangrijkste pijlers van goed ziekenhuisbeheer te optimaliseren binnen onze organisatie, nl. :

Klantgerichtheid: Evoluëren naar “relationshipbases care”

Dit betekent dat iedereen die op directe en indirecte wijze betrokken is bij de zorg alle noodzakelijke maatregelen en inspanningen stelt om alle facetten van de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit heeft betrekking op zowel de communicatie als op alle andere materiële en immateriële processen die de zorg kunnen beïnvloeden.

Innovatie:

Dit betekent het ontwikkelen en/of implementeren van betere producten, processen, diensten, systemen en organisatorische structuren die als doel hebben toegevoegde waarde te creëren voor de patiënten en externe partners en waarbij een hogere efficiëntie wordt nagestreefd.

Ondernemingszin:

Dit betekent een management dat continu streeft om doelgericht, uniform en planmatig verbeteringen door te voeren door alle geledingen van de organisatie.

Transmurale samenwerkingszin:

Dit betekent dat naast de bestaande samenwerking met de verschillende externe partners er in de toekomst nog meer moet ingezet worden op transmurale zorg. Zeker voor een ziekenhuis als BZIO dat vaak te maken krijgt met de behandeling van chronisch zorgbehoevende patiënten en met ambulante behandelingen. Het valt aan te bevelen om hierbij het door de WHO erkende “chronic Care Model” als basisstructuur te gebruiken.