

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

[contact@zorginspectie.be](mailto:contact@zorginspectie.be)

## VERSLAG SYSTEEMTOEZICHT

### INSPECTIEPUNT

Naam	Koningin Elisabeth Instituut
Adres	Dewittelaan 1, 8670 Oostduinkerke
Telefoon	058/22 11 22
E-mail	<a href="mailto:info@kei.be">info@kei.be</a>
Dossiernummer	E 676

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Koningin Elisabeth Instituut
Juridische vorm	vzw
Adres	Dewittelaan 1, 8670 Oostduinkerke
Telefoon	058/22 11 22
E-mail	<a href="mailto:info@kei.be">info@kei.be</a>

### UITBATINGSPLAATS

Naam	Koningin Elisabeth Instituut
Adres	Dewittelaan 1, 8670 Oostduinkerke

### OPDRACHT

Nummer	O-2016-MAPU-0667
Datum	27/09/2016
Inspecteurs	Nele Van Cauteren Koenraad Fierens Veerle Meeus

### VERSLAG

Nummer	V-2016-KOFI-0007
Datum	16/12/2016

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	aangekondigd bezoek op 14 en 20 oktober 2016
-------	--

# INHOUD

1	Inleiding: kwaliteitsbevordering en –bewaking in de Vlaamse algemene ziekenhuizen .....	4
2	Principes van het systeemtoezicht .....	4
2.1	Definitie en doelstelling van systeemtoezicht.....	4
2.2	Risicogestuurde inspectiemethodiek .....	5
2.3	Verskil met nalevingstoezicht.....	5
2.4	Werkwijze .....	5
2.5	Beoordeling per onderwerp .....	7
2.6	Algemeen besluit.....	9
2.7	Rapportering.....	9
3	Inspectieproces.....	10
3.1	Samenstelling van het inspectieteam.....	10
3.2	Inspectieplan .....	10
4	Situering van de voorziening .....	11
4.1	Management .....	11
4.2	Erkenningsituatie .....	11
5	Leiderschap.....	12
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie .....	12
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement .....	13
5.3	Leiderschap binnen het verpleegkundig departement .....	14
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten.....	15
6	Personeel.....	16
6.1	Personeel en bestaffing.....	16
6.2	Vorming .....	17
7	Veilige Omgeving.....	19
7.1	Gezonde behandelaars .....	19
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	20
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen.....	21
8	Gestandaardiseerde Zorg .....	24
8.1	Globaal kwaliteitssysteem.....	24
8.2	Ethisch comité .....	26
8.3	Therapeutische restricties .....	27
8.4	Medicatie distributie .....	28
8.5	Patiëntenrechten.....	30
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie .....	31
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten.....	32

9	Hygiëne.....	34
9.1	Handhygiëne.....	34
9.2	Transfers van patënten met multidrugresistente organismen (MDRO) .....	34
10	Communicatie.....	36
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers.....	36
10.2	Continuïteit van zorg .....	37
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie.....	38
11	Algemeen besluit.....	41

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

Bij het verbeteren en bewaken van de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen, bestaat sinds 2012 een toegenomen synergie tussen verschillende actoren. Naast de Vlaamse overheid spelen bv. ook de ziekenhuiskoepels, verschillende beroepsverenigingen van zorgverleners, het Vlaams patiëntenplatform, de ziekenfondsen en de academische wereld een belangrijke rol. Deze samenwerking leidde tot een model dat gebaseerd is op drie complementaire pijlers: het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>), accreditatie door externe organisaties en het toezicht door Zorginspectie.

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

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

## 2 PRINCIPES VAN HET SYSTEEMTOEZICHT

### 2.1 DEFINITIE EN DOELSTELLING VAN SYSTEEMTOEZICHT

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

## 2.2 RISICOGESTUURDE INSPECTIEMETHODIEK

Zorginspectie wil maximaal op een risicogestuurde manier te werk gaan.

Bij systeemtoezicht situeert deze invalshoek zich op vier niveaus:

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

## 2.3 VERSCHIL MET NALEVINGSTOEZICHT

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

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

## 2.4 WERKWIJZE

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

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

Per systeemonderwerp wordt in het verslag nader gespecificeerd hoe deze kernvragen concreet vertaald worden naar elementen van appreciatie en op welke concrete bronnen de inspecteurs zich baseren om een antwoord te vinden op de vier kernvragen.

- Bij de keuze van onderwerpen baseert Zorginspectie zich onder meer op de systeemelementen die voorkomen in de eisenkaders (momenteel de eisenkaders m.b.t. het chirurgisch of internistisch zorgtraject<sup>1</sup>). Daarnaast wordt teruggegrepen naar de regelgeving of naar algemeen geldende richtlijnen en wetenschappelijk onderbouwde praktijken.
- Er zijn geen individuele doorlichtingen voorzien van afdelingen. Afdelingen worden bezocht in functie van de onderwerpen, om die in de praktijk te toetsen. Er zijn wel enkele onderwerpen die een nauwe relatie vertonen met een specifiek type afdeling (bv. aangepaste zorg voor mensen die revalideren zal voor een belangrijk deel getoetst worden op revalidatieafdelingen).

---

<sup>1</sup> Uit het chirurgisch zorgtraject:

- het eisenkader 'bloedtransfusie en ziekenhuisbloedbank': alle onderdelen voor zover van toepassing op het betrokken ziekenhuis.

Uit het internistisch zorgtraject:

- het eisenkader 'ziekenhuisapotheek': alle onderdelen voor zover van toepassing op het betrokken ziekenhuis

- het eisenkader 'D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie', onderdelen 8 tot en met 17.

## 2.5 BEOORDELING PER ONDERWERP

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

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

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

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



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

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

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

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

## 2.6 ALGEMEEN BESLUIT

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

Bij deze eindbeoordeling wordt rekening gehouden met vier elementen:

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

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

Dit algemeen besluit heeft een meervoudig doel:

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

## 2.7 RAPPORTERING

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

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

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

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

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

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

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

### 3 INSPECTIEPROCES

#### 3.1 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

Fierens Koenraad	Hoofdinspecteur
Nele Van Cauteren	Inspecteur
Veerle Meeus	Inspecteur

#### 3.2 INSPECTIEPLAN

VRIJDAG 14 OKTOBER 2016			
	Veerle Meeus	Koenraad Fierens	Nele Van Cauteren
9u00– 10u00	Voorstelling door het inspectieteam (30') en voorstelling door ziekenhuis (30')		
10u00– 11u00	Ombuds / Klachtenbemiddeling / Patiëntenrechten	Leiderschap: bestuur/directie + zorgondersteunende diensten	Medicatie distributie
11u00– 12u00	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
12u00– 13u00	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u00– 14u00	afdelingsbezoek	Kwaliteitsmanagement + veiligheidsmanagement	afdelingsbezoek
14u00– 15u00		afdelingsbezoek	

**DONDERDAG 20 OKTOBER 2016**

	<b>Nele Van Cauteren</b>	<b>Koenraad Fierens</b>	<b>Veerle Meeus</b>
9u00– 10u30	Support team, Ethisch comité, DNR	Leiderschap: medisch departement	Leiderschap: verpleegkundig departement
10u30– 12u00	afdelingsbezoek	Continuïteit van zorg  Communicatie met verwijzers	Personeel en bestaffing, Vorming Handhygiëne
12u00– 13u00		afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
13u00– 14u30	Middagmaal + overleg inspecteurs		
14u30– 15u30	Afrondend gesprek (met directie)		

## 4 SITUERING VAN DE VOORZIENING

### 4.1 MANAGEMENT

Voorzitter Raad van Bestuur	Christiaan Decoster
-----------------------------	---------------------

Algemeen directeur	Marc Vanmeenen
Hoofddarts	Dr. Henri Monbailliu
Directeur patiëntenzorg	Ann Socquet

### 4.2 ERKENNINGSSITUATIE

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

<b>Sp-locomotorisch</b>	<b>Sp-cardiopulmonair</b>	<b>Sp-neurologisch</b>	<b>Sp-psychogeriatrie</b>	<b>Totaal</b>
60	20	50	35	165

- Een functie ziekenhuisapotheek.

## 5 LEIDERSCHAP

Verwachtingen:

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

### 5.1 LEIDERSCHAP OP NIVEAU BESTUUR EN DIRECTIE

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, A, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is voldoende expertise binnen de bestuursorganen van het ziekenhuis.</li><li>• Er bestaat efficiënt overleg tussen de bestuursorganen.</li><li>• De raad van bestuur en het directiecomité volgen de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid op.</li><li>• De artsen zijn betrokken bij het beleid van het ziekenhuis.</li><li>• Niet van alle functies en overlegorganen bestaat een beschrijving van hun taken en verantwoordelijkheden.</li></ul>

## 5.2 LEIDERSCHAP BINNEN HET MEDISCH DEPARTEMENT

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de medische diensten in het ziekenhuis en de medische diensthoofden
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de medische diensthoofden
- De hoofdarts houdt een dossier bij dat onder andere de kwalificaties bevat van alle artsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. medisch directeur, medisch diensthoofd, medisch staflid...)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen hoofdarts en medische diensthoofden (o.a. diensthoofdenvergaderingen met verslaggeving)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Beleidsmatige communicatie binnen het medisch departement"
- Verslaggeving van medische diensthoofdenvergaderingen / beleidsmatig overleg van diensthoofden met de hoofdarts
- Jaarverslag/beleidsplan van medische diensten
- Organogram medisch departement
- Gesprek met hoofdarts / steekproef van medische personeelsdossiers

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, B, B, C, C: goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het medisch organogram is geïntegreerd in het algemene organogram van het ziekenhuis.</li> <li>• Er zijn geen aparte medische diensten in het ziekenhuis. De patiënten worden volgens hun pathologisch beeld en de beschikbaarheid van bedden opgenomen in één van de vijf afdelingen.</li> <li>• In het ziekenhuis zijn er geen medische diensthoofden, maar wordt het medisch beleid van de vijf afdelingen telkens aangestuurd door een afdelingsarts.</li> <li>• De hoofdarts houdt een persoonlijk dossier bij van alle ziekenhuisartsen.</li> <li>• Er is meer aandacht nodig voor structurele opvolging en afstemming van het medische beleid tussen de artsen onderling. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er is een dagelijks informeel overleg (zonder verslaggeving) tussen de hoofdarts en de afdelingsartsen, maar verder geen formeel overleg over het medische beleid onder de artsen.</li> <li>○ Alle afdelingsartsen maken deel uit van de medische raad, alsook de revalidatieartsen. De medische raad vergadert viermaal per jaar. De agenda van dit overleg is hoofdzakelijk organisatorisch; in mindere mate komen ook aspecten betreffende kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aan bod.</li> </ul> </li> <li>• Er is geen duidelijke omschrijving van de taken van de verschillende artsenfuncties (afdelingsarts, revalidatiearts, consulent,...), behalve voor de hoofdarts.</li> <li>• Er gebeurt geen gestructureerde evaluatie (bv. door functioneringsgesprekken) noch bijsturing van de artsen.</li> </ul>

## 5.3 LEIDERSCHAP BINNEN HET VERPLEEGKUNDIG DEPARTEMENT

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en de verpleegkundige afdelingshoofden/hoofdverpleegkundigen
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de verpleegkundigen van het middenkader en de hoofdverpleegkundigen
- De verpleegkundig en paramedisch directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn in het ziekenhuis
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. verpleegkundig directeur, middenkader, verpleegkundige staffuncties, hoofdverpleegkundigen...)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de verpleegkundig directeur en verpleegkundigen van staf en middenkader, alsook hoofdverpleegkundigen van de diensten, zorgprogramma's en afdelingen

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Beleidsmatige communicatie binnen het verpleegkundige departement"
- Verslaggeving beleidsmatig overleg tussen verpleegkundig directeur, verpleegkundige staf / middenkader en hoofdverpleegkundigen
- Jaarverslag/beleidsplan van verpleegkundige diensten/afdelingen
- Organogram verpleegkundig departement
- Gesprek met hoofd van het verpleegkundig en paramedisch departement

<b>Beoordeling:</b>	<b>B, A, A, A, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is duidelijkheid over de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en de verpleegkundige afdelingshoofden/hoofdverpleegkundigen.</li> <li>• De verpleegkundig directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle verpleegkundigen/paramedici die werkzaam zijn in het ziekenhuis.</li> <li>• Er is een omschrijving van de taken en bevoegdheden van verschillende functies binnen het verpleegkundig departement. Er zijn geen formele functiebeschrijvingen voor de verpleegkundige experten; hun taken en verantwoordelijkheden worden beschreven in de betreffende projectfiches.</li> <li>• Er wordt op gestructureerde wijze informatie bekomen en benut over het functioneren van de hoofdverpleegkundigen/afdelingshoofden en de andere verpleegkundigen. Voor alle leidinggevend en medewerkers van het verpleegkundig departement werd een Persoonlijk Ontwikkelingsplan opgesteld, na functioneringsgesprekken.</li> <li>• De aansturing van de vrijwilligers is niet duidelijk in het organogram.</li> <li>• Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de verpleegkundig directeur en het middenkader, alsook met de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen.</li> <li>• Uit gesprekken blijkt dat onder meer door de veelheid aan werkgroepen en andere overlegmomenten, in combinatie met de zorgzwaarte, op</li> </ul>

	<p>sommige afdelingen een hoge werkdruk ervaren wordt. Dit wordt niet geobjectiveerd met een gestandaardiseerd meetinstrument.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een procedure rond opvang van personeel na incidenten moet uitgeschreven en gecommuniceerd worden naar de werkvloer.</li> </ul>
--	---

## 5.4 LEIDERSCHAP BINNEN DE ZORGONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Elementen van appreciatie:

- Er is duidelijkheid over de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis en hoe ze geleid worden
- Er gebeurt een evaluatie en zo nodig bijsturing van de werking van de verantwoordelijken van de zorgondersteunende diensten
- De algemeen directeur heeft zicht op de kwalificaties van alle personeel in de zorgondersteunende diensten
- Er is een duidelijke omschrijving van de taken en bevoegdheden van de verschillende leidinggevende functies (bv. facilitair directeur, technisch directeur, financieel directeur...)
- Er is een efficiënte informatieoverdracht tussen de algemeen directeur en de verantwoordelijken van de technische en facilitaire diensten

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Communicatie tussen bestuur en directie"
- Verslagen RvB en directiecomité
- Verslaggeving beleidsmatig overleg tussen algemeen directeur en verantwoordelijken van technische en facilitaire diensten
- Jaarverslag/beleidsplan
- Organogram van het ziekenhuis
- Gesprek met de algemeen directeur

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, A, A: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De financiële, administratieve en facilitaire eindverantwoordelijkheid wordt opgenomen door de algemeen directeur.</li> <li>• De plaats van de zorgondersteunende diensten in het ziekenhuis en hun aansturing is duidelijk.</li> <li>• De zorgondersteunende diensten worden via de beleidsorganen opgevolgd en desgevallend bijgestuurd.</li> <li>• Er zijn functiebeschrijvingen voor de verantwoordelijken van de zorgondersteunende diensten.</li> <li>• Er gebeuren systematische gestructureerde evaluaties van de verantwoordelijken van de ondersteunende diensten.</li> </ul>

## 6 PERSONEEL

### 6.1 PERSONEEL EN BESTAFFING

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, B, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• De directeur zorg heeft zicht op de personeelsnood van alle afdelingen.</li><li>• Eventuele bestaffingsproblemen komen aan bod op de vergaderingen van de bevoegde beleidsorganen.</li><li>• De verpleegkundige bestaffing beantwoordt op alle afdelingen minstens aan de wettelijke normen.</li><li>• De mobiele equipe beschikt over voldoende gekwalificeerde medewerkers. Hun inzet wordt efficiënt georganiseerd.</li><li>• Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen. De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. Het is niet duidelijk of de nachtverpleegkundigen voldoende betrokken zijn bij alle relevante gebeurtenissen op de afdelingen.</li><li>• Tijdens de nacht staat er op elke afdeling 1 nachtverpleegkundige (steeds voor 30 bedden of meer en soms met een zwaar zorgprofiel) en is er 1 omloopverpleegkundige beschikbaar.</li><li>• Informatie vanuit de medewerkers wordt systematisch op verschillende manieren bekomen. Deze informatie wordt dan structureel benut voor actieplannen. Op de afdelingen is men hiertoe "Productive Ward" als beleidsmodel aan het implementeren.</li></ul>



## 6.2 VORMING

Verwachtingen:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, B, C, C, B: goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het vormingsbeleid is uitgeschreven voor tal van doelgroepen waaronder verpleegkundigen, artsen, paramedici, keukenpersoneel... Uit gesprekken blijkt dat dit in de praktijk niet wordt toegepast voor de artsen.</li><li>• Er is een gestructureerd ziekenhuisbreed inscholingsprogramma voor nieuwe personeelsleden, met inbegrip van de artsen.</li><li>• Er zijn geen uitgeschreven specifieke inscholingsprogramma's voor de afdelingen (psychogeriatric en gemengde afdelingen). Er zijn wel inscholingsplannen per functie.</li><li>• In het vormingsbeleid wordt geen streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar. Uit gesprekken blijkt dat dit er toch is, nl. 8uur.</li><li>• De vorming van de medewerkers wordt geregistreerd door een administratieve kracht.</li><li>• Uit de registraties blijkt dat weinig personeelsleden aan de vooropgestelde 8 uur vorming per jaar geraken.</li><li>• Medewerkers hebben onvoldoende zicht op hun eigen individueel gevolgde vormen. Er zijn medewerkers die veel vorming volgen en er zijn er die zelden vorming volgen. Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.</li></ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• De vorming van de artsen wordt bijgehouden door de hoofddarts. De afdelingsartsen volgen specifieke vorming, aangepast aan de patiëntenpopulatie van de afdeling die hen is toegewezen. Daarnaast specialiseren ze nog in een ziekenhuisbreed subdomein (bv. palliatieve zorg, ziekenhuishygiëne). Artsen volgen geen vorming in managementvaardigheden.</li></ul> |
|--|--|

## 7 VEILIGE OMGEVING

### 7.1 GEZONDE BEHANDELAARS

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, A, A: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het ziekenhuis heeft via de arbeidsgeneeskundige dienst zicht op de vaccinatiegraad van haar medewerkers en de eventuele knelpunten hierbij.</li><li>• Het ziekenhuis heeft haar beleid over preventie van de transmissie van infectieziekten geëxpliciteerd en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers.</li><li>• Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende medewerkers met een verslavingsproblematiek en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers. Dit aspect is opgenomen en uitgewerkt in het arbeidsreglement.</li><li>• Het ziekenhuis heeft een beleid geëxpliciteerd betreffende de preventie van burn-out bij haar medewerkers en maakt dit actief bekend aan alle medewerkers. Recent werden de diensthoofden opgeleid in het herkennen van symptomen rond burn-out, er werden testings afgenomen rond burn-out wat resulteerde in individuele rapporten; ook de metingen van het stressniveau door de preventieadviseur kaderen hierin.</li></ul>

## 7.2 VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, C, C, C, C: matig</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het ziekenhuis is een elektronisch meldsysteem (PIM) in gebruik voor een breed scala aan incidenten.</li><li>• Anoniem melden is mogelijk.</li><li>• Er gebeurt geen structurele analyse van de meldingen. Indien men een incident als ernstig genoeg percipieert, wordt er ad hoc aan gewerkt. Deze subjectieve methode van prioriteren is niet gebaseerd op evidence based criteria. Incidenten worden niet systematisch geclusterd.</li><li>• Nieuwe software en opleiding in PRISMA-methodologie zitten in de pipeline maar zijn nog niet operationeel op het moment van de inspectie.</li><li>• Voor bepaalde incidentgroepen zijn incidentverantwoordelijken aangeduid, die na een melding binnen hun scope dit incident bespreken en eventueel verbeteracties hieraan koppelen.</li><li>• Resultaten van analyses leiden tot een systeem van veiligheidskruisen, die op de afdelingen zichtbaar zijn.</li><li>• De resultaten worden onvoldoende geborgd of ziekenhuisbreed benut.</li><li>• Er is aandacht voor terugkoppeling na meldingen, op afdelingsniveau en individueel.</li><li>• Elk diensthoofd kan toegang krijgen tot een overzichtsportaal van PIM.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een overzicht van de meldingen wordt besproken op diensthoofdenvergaderingen en de stuurgroep kwaliteit.</li> <li>• Artsen melden geen incidenten in PIM. De andere beroepsgroepen doen dat wel.</li> <li>• Er zijn geen specifieke initiatieven om de meldcultuur bij alle beroepsgroepen te stimuleren.</li> </ul>
--	---

### 7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

#### Verduidelijking:

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

#### Verwachtingen:

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

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

Deze opvolging is gedocumenteerd in het patiëntendossier/afzonderingsregister.

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

Zorgverleners zijn voldoende opgeleid betreffende VBM.

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

#### Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis/de afdeling heeft zicht op de eigen toepassing van VBM
- Er is aandacht voor de patiëntveiligheid (vorming, materiaal, infrastructuur, evaluaties) bij het uitvoeren van VBM
- Er gebeurt een analyse op de verzamelde gegevens betreffende VBM
- Verbeteracties worden opgezet en doorgevoerd op basis van deze analyses
- De activiteiten/aspecten betreffende VBM zijn aantoonbaar (bv. beschreven in procedures en protocollen, flowcharts, observaties in patiëntendossier...)
- De resultaten van eventuele worden verbeteracties omgezet in een duurzame verbetering van de veiligheid (bv. aanpassing procedures...)

#### Bronmateriaal:

- Nazicht van de procedure(s) betreffende VBM
- Controle van afzonderingskamer
- Controle van fixatiemateriaal
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Steekproef op patiëntendossiers
- Controle afzonderingsregister

- Jaarverslagen
- Infobrochures ziekenhuis/afdeling
- Controle van opvolgsysteem (gegevensverzameling, analyse en de daaraan gekoppelde acties)
- Nazicht specifieke vorming

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, B, C, C, C: goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er werd een discrepantie vastgesteld tussen verschillende vormen van VBM die in het ziekenhuis worden toegepast. Zo was het beleid rond fysieke vrijheidsbeperking in detail uitgewerkt, maar waren er lacunes o.a. met betrekking tot afzondering en medicamenteuze fixatie. Op vlak van VBM moeten alle bestaande elementen samengebracht worden in een coherent beleid rond vrijheidsbeperking.</li> <li>• De procedure rond fysieke fixatie is volledig in detail uitgewerkt. Bij de procedure hoort een handige flowchart. Er is een procedure voor het weigeren van fixatie.</li> <li>• Er is een afzonderlijke procedure rond afzondering die gebruikt wordt op de enige afdeling (psychogeriatric) met een afzonderingskamer. Bij deze “procedure voor isolatie van patiënten” kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De procedure heeft een informeel karakter (o.a. geen versiedatum, verantwoordelijke, noch revisiedatum)</li> <li>○ Er wordt niet vermeld dat afzondering slechts in uiterste nood mag gebruikt worden (enkel bij acuut gevaar voor zichzelf of anderen). Een aantal vermelde indicaties voor afzondering zijn niet patiënt-georiënteerd</li> <li>○ Het medisch toezicht tijdens afzondering is niet geëxpliciteerd</li> <li>○ In de afzonderingsprocedure is niet vermeld dat men uit veiligheidsoverwegingen voor de medewerkers steeds met minstens twee personen in de afzonderingskamer dient binnen te gaan</li> <li>○ Of er met twee medewerkers is binnengegaan in een afzonderingskamer moet op te maken zijn uit de neergeschreven observaties in de dossiers</li> <li>○ Er is geen tijdsduur voor herevaluatie van de afzonderingsmaatregel omschreven</li> <li>○ Er is niet bepaald wat, hoe en wanneer precies moet geobserveerd worden</li> </ul> </li> <li>• De afzonderingskamer is infrastructureel in orde.</li> <li>• Het afzonderingsregister wordt onvolledig ingevuld.</li> <li>• Bij afzondering zijn de observatienotities in het patiëntendossier erg beperkt.</li> <li>• Bij fixatie worden specifieke documenten toegevoegd aan het patiëntendossier. Deze documenten bieden ruimte om alle belangrijke aspecten van fixatie te noteren.</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• De gecontroleerde dossiers van gefixeerde patiënten waren correct ingevuld, behalve 's nachts waar minder toezicht aantoonbaar was.</li><li>• Niet alle fixatiemaatregelen worden als dusdanig opgevat. Indien ze kaderen in een therapeutisch plan (bv. positionering d.m.v. een voorzettafel door de ergotherapeut) wordt dit niet systematisch opgevolgd als een fixatie, hoewel bepaalde risico's toch aanwezig kunnen zijn.</li><li>• Er is een werkgroep fixatie die de fixaties in het ziekenhuis opvolgt en het beleid rond fixatie stuurt.</li><li>• Er is een informatiefolder voor patiënt/familie over fixatie.</li></ul> |
|--|---|

## 8 GESTANDAARDISEERDE ZORG

### 8.1 GBAAL KWALITEITSSYSTEEM

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>B, A, A, B, C: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Missie en visie van het ziekenhuis zijn beschreven en vertaald naar strategische doelstellingen en een multidisciplinair beleidsplan.</li><li>• In het ziekenhuis wordt sinds mei 2016 een nieuw evidence based kwaliteitsbeheersysteem ingevoerd (opgestart in twee afdelingen). “Productive Ward” is nog in volle implementatiefase op het moment van de inspectie en vertrekt vanuit empowerment op afdelingsniveau om de teams daar op efficiënte wijze veilige en kwalitatieve zorg te laten verstrekken aan de patiënten.</li></ul>



- Leidinggevend en artsen volgden maximaal de opleidingen die rond dit innovatieve managementmodel georganiseerd werden.
- Kwaliteit komt voldoende aan bod in beleidsoverleg: vooral de stuurgroep kwaliteit (met o.a. directie, alle artsen en de apotheker), het diensthoofdenoverleg en het overleg directie-middenkader nemen hier een belangrijke rol op. Zo wordt ook centraal de opvolging verzekerd en het overzicht bewaard.
- Er worden systematische multidisciplinaire veiligheidsrondes (vorm van interne audit) georganiseerd in de diensten.
- Het ziekenhuis verzamelt niet systematisch gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering).
- Er is geen systematische opvolging van het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden.
- Het ziekenhuis neemt deel aan het VIP<sup>2</sup>-project voor alle indicatoren die van toepassing zijn in een categoriaal ziekenhuis. Daarnaast worden geen klinische indicatoren structureel opgevolgd. Wel neemt het ziekenhuis deel aan andere initiatieven zoals monitoring van decubitus, incidenten, fixatie, Multidrug-resistent organisms (MDRO)...
- Via diverse werkgroepen wordt structureel gewerkt aan geselecteerde kwaliteitsinitiatieven. Dit gebeurt niet steeds op systematische wijze (bv. door gestandaardiseerde projectfiches).
- Resultaten van verbeteracties en indicatoren vinden een neerslag in het jaarverslag. Ze worden ook gepubliceerd op de ziekenhuiswebsite.
- Het borgen van de resultaten kan geoptimaliseerd worden. Inbouw van structurele aanpassingen, bv. door opmaken van aangepaste procedures, gebeurt onvoldoende.
- Het procedurebeheer verloopt chaotisch. Procedures kunnen op vier verschillende plaatsen zitten. Medewerkers vinden niet, of slechts na lang zoekwerk, bepaalde procedures terug en zijn dan nog niet zeker of het de meest actuele versie betreft. Sinds augustus wordt een modern elektronisch procedurebeheersysteem ingevoerd, maar dat is nog niet volledig uitgerold op het moment van de inspectie.

## 8.2 ETHISCH COMITÉ

Verduidelijking:

Voor ethische vragen kan er een beroep gedaan worden op een instantie die hieromtrent advies kan geven. Deze instantie en de manier waarop ze gecontacteerd kan worden is gekend door alle zorgverleners.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis kan een beroep doen op een ethisch comité, dat is samengesteld conform de wetgeving
- Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is gekend bij alle ziekenhuismedewerkers
- Er is een analyse van de werking van het ethisch comité (bv. aantal vragen en adviezen, aantal bijeenkomsten, mogelijkheden om snel een antwoord te geven bij spoedeisende gevallen)
- De werking is formeel beschreven (bv. uitgeschreven procedures / een huishoudelijk reglement)

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Ethisch comité"
- Huishoudelijk reglement
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen
- Jaarverslag van het ethisch comité

<b>Beoordeling:</b>	<b>D, C, C, C, C: matig</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het ziekenhuis heeft een overeenkomst met het lokaal ethisch comité van het Sint Augustinus te Veurne (SAV). Het ethisch comité is conform de regelgeving samengesteld.</li><li>• De werking van het ethisch comité voor het KEI is niet formeel beschreven.</li><li>• Er is geen gestructureerde analyse van de werking van het ethisch comité voor de vragen vanuit het KEI.</li><li>• Er is geen systematiek aanwezig binnen het ziekenhuis om op een gestructureerde wijze ethische vraagstukken te verzamelen, te registeren en te analyseren.</li><li>• Het bestaan van het ethisch comité en de manier waarop vragen kunnen voorgelegd worden, is nagenoeg ongekend bij de ziekenhuismedewerkers.</li><li>• Binnen het ziekenhuis worden ethische vragen vaak nog informeel op dienst of met de betrokken artsen opgelost of via de vertrouwenspersoon (sociale dienst) van het ziekenhuis.</li><li>• Projecten met een ethische dimensie (bv. DNR, palliatief zorgpad) worden wel steeds voorgelegd aan het gemeenschappelijk ethisch comité.</li></ul>

## 8.3 THERAPEUTISCHE RESTRICTIES

Verduidelijking:

De zorgverleners moeten snel en accuraat kunnen beschikken over patiëntgebonden informatie betreffende de afspraken rond therapeutische beperkingen (soms ook “Do Not Reanimate” of “DNR” genoemd).

Elementen van appreciatie:

- Het beleid is uitgeschreven (bv. protocol, procedure)
- Bij gebruik van therapeutische restricties zijn de gezochte elementen (restricties, teambespreking, bespreking met patiënt en familie) terug te vinden in het patiëntendossier

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie “Beleid over therapeutische restricties”
- DNR-procedures / formulier DNR / DNR-beleidstekst
- Dossiercheck (steekproef)

<b>Beoordeling:</b>	<b>C, B, B, B, B: goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het beleid over therapeutische restricties is uitgeschreven in een nieuwe procedure. Deze procedure moet aangevuld worden met een bepaling wanneer de bespreking moet plaatsvinden.</li><li>• Op het moment van inspectie wordt er nog gewerkt op de vorige manier, met klevertjes achteraan in de patiëntendossiers. Een uitgeschreven procedure hiervan is er niet. Een check op de verschillende afdelingen geeft wel weer dat iedereen dezelfde richtlijnen hierbij kent en hanteert.</li><li>• Bij gebruik van therapeutische restricties zijn de gezochte elementen (restricties, teambespreking, bespreking met patiënt en familie) meestal wel terug te vinden in het patiëntendossier. Enkel het gesprek met familie en patiënt ontbreekt soms.</li></ul>

## 8.4 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>B, B, A, B, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het volledige medicatiedistributiesysteem is beschreven in procedures.</li><li>• Volgende knelpunten betreffende deze procedures werden vastgesteld:<ul style="list-style-type: none"><li>○ In de verschillende procedures wordt het basisprincipe 'dat medicatie steeds volledig identificeerbaar moet zijn tot net voor de toediening' onvoldoende beschreven en centraal gesteld.</li><li>○ Niettegenstaande er een procedure werd uitgewerkt voor de hoogrisicomedicatie, wordt de labeling niet volledig doorgetrokken voor al deze geneesmiddelen.</li></ul></li><li>• Het ziekenhuis werkt met een elektronisch medicatiebeheersysteem (EMB). De apotheker dient, net als de voorschrijvende arts, de voorgeschreven medicatie steeds te valideren. Het EMB geeft alle medicatiestappen weer.</li><li>• De apotheker houdt toezicht op de medicatiedistributie. Dit begint bij het voorschrijfproces (o.a. door sturing via formularium...) en eindigt bij</li></ul>

ontslag (o.a.. substitutie naar thuismedicatie, aflevering correct medicatieschema...).

- Er gebeurt regelmatig een controle op de volledigheid van de voorschriften.
- De farmaceutische anamnese is sterk uitgewerkt in dit ziekenhuis.
- Vanuit de apotheek wordt een systematische interactiecheck uitgevoerd op de voorgeschreven medicatie. Wisselwerkingen worden opgespoord en adviezen ter vervanging worden via het EMB voorgesteld aan de voorschrijvende artsen.
- Afgeleverde medicatie wordt steeds vooraf gevalideerd door de apotheker.
- Er wordt een antibioticabeleid gevoerd dat in lijn is met de nationale richtlijnen.
- Volgende knelpunten betreffende de toediening van medicatie werden vastgesteld:
  - De verpleegkundigen geven de medicatie in, in het EMB op basis van mondelinge en/of schriftelijke orders van de artsen tijdens hun dagelijkse rondes. Dit geeft mogelijke risico's op overschrijffouten, verkeerde interpretaties van mondelinge opdrachten. (In de loop van de dag worden deze elektronische medicatieschema's door de artsen gevalideerd.)
  - Het moment van validatie door de artsen gebeurt niet steeds voor de aflevering van de medicatie aan de afdelingen. Op deze manier kan het gebeuren dat medicatie wordt toegediend aan de patiënt vooraleer de artsen dit hebben gevalideerd.
- Voornaamste risico's inzake medicatiebewaring en –distributie:
  - Er is een procedure (en een lijst) van de look- en de soundalikes en hun labeling en van de andere hoogrisicomedicatie.
  - Het systeem van labeling voor HRM wordt niet consequent gebruikt.
  - Op de afdelingen wordt de noodvoorraad medicatie door elkaar (unit doses, verknipte blisters, zakjes, doosjes, ...) bewaard in schuiven van de medicatiekasten.
  - Tijdens het inspectiebezoek werden bij een steekproef medicamenten met een verlopen vervaldatum aangetroffen in de afdelingsvoorraad.
  - Sound- and lookalikes (LASA) zijn elektronisch gelabeld met een 'oor' of 'oog' symbool in het EMB. De medicatierobot is zo ingesteld dat de LASA-medicatie steeds apart verpakt wordt. In de medicatiekasten zijn de LASA echter niet gelabeld.
  - Een medicatierobot verdeelt de tabletten per patiënt en per toedieningsmoment:
    - ✓ De identificatie van de patiënten staat bovenaan de rol 'afstripbare medicatiezakjes'; van zodra de eerste toediening is gegeven staat de identificatie van de patiënt

	<p>niet meer op de andere medicatiezakjes. Deze opmerking werd nog dezelfde dag van inspectie aangepast.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Er zitten tot vier verschillende pillen in 1 zakje. De naam, de dosis en 'het uitzicht' van de pil staat beschreven op het zakje. Een volledige identificatie tot op moment van toediening is hierdoor niet mogelijk bij zakjes met meerdere pillen.</li> <li>✓ Sommige pillen uit het medicatiezakje moeten gehalveerd worden. In een zakje waar er verschillende pillen zitten geeft dit risico's, vooral bij twee pillen van dezelfde kleur, grootte en vorm.</li> </ul>
--	---

## 8.5 PATIËNTENRECHTEN

Verduidelijking:

Patiënten moeten geïnformeerd zijn over hun rechten. Ook zorgverleners moeten kennis hebben over de rechten van de patiënt en de verschillende rechten moeten daarbij omgezet zijn in procedures.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis beschikt over informatie over de klachten die specifiek met patiëntenrechten te maken hebben
- Voor verschillende patiëntenrechten (bv. voor second opinion, informed consent, dossierinzage) zijn procedures uitgewerkt en gekend op de werkvloer
- Het ziekenhuis zorgt voor informatie over de patiëntenrechten (bv. onthaalbrochure, website)
- Er is kennis over de patiëntenrechten bij de zorgverleners

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Patiëntenrechten"
- Procedures (bv. dossierinzage, second opinion, informed consent)
- Folders / website met informatie over de patiëntenrechten
- Gesprek met ombudspersoon / zorgverleners op afdelingen

<b>Beoordeling:</b>	<b>C, B, B, B, C: goed</b>
Opmerking:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een informatiefolder voor de ombudsfunctie in het ziekenhuis.</li> <li>• Er is slechts een beperkte communicatie (bv. via folders en website, vorming) naar medewerkers en naar patiënten over de ombudsfunctie en over patiëntenrechten in het algemeen. Uit gesprekken tijdens de inspectie blijkt de kennis hierover bij de medewerkers onvoldoende.</li> <li>• Er is een procedure/specifiek document voor dossierinzage, weigeren fixatie en voor ontslag tegen medisch advies.</li> <li>• Een aantal procedures betreffende de patiëntenrechten zijn niet uitgeschreven. O.a. een procedure voor informed consent, weigeren behandeling en voor second opinion/vrije keuze van beroepsbeoefenaar ontbreken.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het ziekenhuis heeft geen zicht op eigen personeel dat andere talen (buiten het Frans) kent, om anderstalige patiënten te kunnen helpen. Het inschakelen van een tolk of een intercultureel bemiddelaar was op de werkvloer niet gekend.</li> </ul>
--	--

## 8.6 ONDERSTEUNING VAN PALLIATIEVE PATIËNTEN EN HUN FAMILIE

Verduidelijking:

Naast de medische zorg moet er ook aandacht zijn voor de algemene, meer psychologische ondersteuning van patiënten en familieleden.

Elementen van appreciatie:

- In het ziekenhuis is er een palliatieve stuurgroep en een palliatief team actief
- In het ziekenhuis wordt een palliatieve zorgcultuur verspreid
- De visie op de zorg bij het levenseinde is geëxpliciteerd
- De werking van het palliatief team, inclusief de visie, wordt regelmatig geëvalueerd door de stuurgroep
- Het palliatief team heeft zicht op de palliatieve zorgvragen en levert advies waar nodig (individueel of via algemene procedures).

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Support teams"
- Gesprek met het palliatief team
- Gesprekken met zorgverleners op de afdelingen en dossiercontrole
- Jaarverslag van het palliatief team
- Uitgeschreven visie op het levenseinde
- Uitgeschreven visie op euthanasie

<b>Beoordeling:</b>	<b>B, C, C, C, C: matig</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het ziekenhuis is er een palliatieve stuurgroep en een palliatief team actief. Men beschikt over een kernteam en een werkgroep palliatieve zorgen.</li> <li>• In het ziekenhuis wordt een palliatieve zorgcultuur verspreid. In de werkgroep is er een vertegenwoordiging van verpleegkundigen van alle afdelingen en de psycholoog van het kernteam is aanwezig bij de multidisciplinaire besprekingen van alle (palliatieve) patiënten. Deze zorgcultuur dient verder verspreid te worden naar alle zorgverleners (verpleegkundigen en artsen) werkzaam binnen het ziekenhuis.</li> <li>• De werking van het team wordt regelmatig geëvalueerd door de stuurgroep.</li> <li>• Het team heeft momenteel onvoldoende zicht op alle mogelijke palliatieve zorgvragen binnen het ziekenhuis. Op deze manier gaat gericht advies verloren en worden de palliatieve zorgen laattijdig in het ziekteverloop toegepast.</li> <li>• Er is geen visietekst rond palliatieve zorgcultuur opgemaakt. Het is belangrijk alle relevante items hieromtrent te bundelen en te omschrijven in één</li> </ul>

	<p>omvattende visie (o.a. therapeutische hardnekkigheid, symptoomcontrole, palliatieve zorgen, palliatieve sedatie, rouwbegeleiding, DNR...). Het ziekenhuis staat op het punt om een aantal verbeteringen door te voeren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er is recent een palliatief zorgpad opgemaakt, wat ingevoerd zal worden na de inspectie. Vorming rond dit zorgpad is bijna voltooid.</li> <li>○ Ook het beleid rond therapeutische restricties werd recent herwerkt en zal geïmplementeerd worden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het ziekenhuis dient bij de opstart van het palliatief zorgpad cijfergegevens te verzamelen waarop aanpassingen aan het beleid kunnen gebaseerd worden (o.a. gemiddelde begeleidingsduur, aantal aanvragen, medicatiegegevens, ...).</li> </ul>
--	--

## 8.7 ZORG VOOR REVALIDATIEPATIËNTEN

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>B, C, C, C, C: matig</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het revalidatieconcept is uitgeschreven op ziekenhuisniveau.</li> <li>• De zorgverleners op de afdeling hebben kennis van het revalidatieconcept.</li> </ul>



- Het specifieke revalidatieconcept per pathologiegroep moet nog uitgeschreven worden (bv. voor psychogeriatric).
- De afdelingen zijn niet per kenletter georganiseerd. Enkel Sp-psychogeriatric werd duidelijk afgebakend, omdat het een gesloten afdeling betreft. Op de vier andere afdelingen maakt men de keuze om patiënten met verschillende pathologie te mengen (locomotorisch, neurologisch, cardiopulmonair).
- Via overlegmomenten met de revalidatiecoördinator wordt de uitvoering van het therapeutisch concept afgestemd tussen de behandelende artsen, de therapeuten en de verpleegkundigen.
- De paramedische ondersteuning is aangepast aan de doelgroep en de specifieke erkenningsnormen.
- Het ziekenhuis heeft zicht op instroom, uitstroom en wachttijden.
- Het ziekenhuis heeft zicht op de revalidatiebehoeften van de patiënten.
- Het ziekenhuis verzamelt niet systematisch gegevens die een beeld geven van de resultaten van de gespecialiseerde revalidatie (functionele verbetering).
- Er is geen systematische opvolging van het aandeel behandelplannen dat wordt opgesteld en over de mate waarin deze behandelplannen gevolgd worden.
- Het patiëntendossier is versnipperd in delen die verspreid bewaard worden per discipline. Alle onderdelen zijn op papier, met uitzondering van het medicatieschema.
- Niet alleen is het erg moeilijk om snel een overzicht te hebben van alle relevante informatie betreffende de patiënt, maar deze werkwijze kan ook aanleiding geven tot fouten (bv. slecht leesbaar handschrift, ontbrekende of onvolledige info, overschrijffouten, tijdverlies door zoekwerk, verwisselen van dossierdelen tussen patiënten...).
- In de reeds gerenoveerde vleugel voldoet de architectuur aan de moderne vereisten voor een revalidatieziekenhuis. Toch zijn er enkele opmerkingen:
  - de infrastructuur van de afdeling psychogeriatric is onvoldoende aangepast aan de doelgroep (te eenvormig strak, niet huiselijk ingericht, niet aangepast aan de oriënteringsmogelijkheden van de populatie).
  - enkele eenpersoonskamers moeten tijdelijk dienst doen als tweepersoonskamers, tot de tweede vleugel verbouwd is.

## 9 HYGIËNE

### 9.1 HANDHYGIËNE

Verduidelijking:

Zorgverleners met patiëntencontact moeten kennis hebben over de richtlijnen inzake handhygiëne en het gebruik van (niet-steriele) handschoenen. Op de ontwikkeling, de kennis en de naleving moet er controle zijn door het comité ziekenhuishygiëne i.s.m. het team ziekenhuishygiëne.

Elementen van appreciatie:

- Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn samengesteld conform de wetgeving
- De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven en omvatten minstens de basisvoorwaarden voor een correcte handhygiëne, indicaties voor het wassen van handen, indicaties voor het desinfecteren van handen met handalcohol, correct gebruik van handalcohol, indicaties en correct gebruik van niet-steriele handschoenen
- Er is informatie beschikbaar over de toepassing van deze richtlijnen in het ziekenhuis
- Er zijn verbeteracties en verbeteringen aantoonbaar op het vlak van handhygiëne

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Handhygiëne" en "Comité en team ziekenhuishygiëne"
- Procedure handhygiëne/procedure handschoengebruik
- Gegevens uit VIP<sup>2</sup>
- Observatie van zorgverleners op afdelingen
- Cijfergegevens over de vorming betreffende handhygiëne/handschoengebruik
- Jaarverslag comité ziekenhuishygiëne

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, B, B, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het comité en team ziekenhuishygiëne zijn samengesteld conform de wetgeving.</li><li>• De richtlijnen over handhygiëne zijn uitgeschreven en bevatten de basisvoorwaarden voor een correcte toepassing, behalve de verplichting om de nagels schoon te houden.</li><li>• Er is informatie beschikbaar over de toepassing van deze richtlijnen in het ziekenhuis. Er gebeurt een monitoring van de correcte toepassing van de richtlijnen voor handhygiëne.</li><li>• Er zijn verbeteracties aantoonbaar op het vlak van handhygiëne.</li></ul>

### 9.2 TRANSFERS VAN PATËNTEN MET MULTIDRUGRESISTENTE ORGANISMEN (MDRO)

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, C, B : zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bij transfer van een patiënt van de ene afdeling naar een andere, verhuist het ganse dossier mee.</li><li>• Het patiëntendossier bestaat op papier en heeft luiken voor alle disciplines. Bij opname worden deze stelselmatig ingevuld.</li><li>• Het dossier wordt verspreid bijgehouden: medisch en verpleegkundig luik alsook het verpleegkundig parameterblad zijn aanwezig op de afdeling. De dossierdelen van paramedici, psycholoog en sociale dienst worden op die respectieve diensten bewaard.</li><li>• Er is geen uitgeschreven procedure maar wel een specifiek document voor gebruik bij transfer, ook extra muros, van een patiënt met MDRO.</li></ul>

# 10 COMMUNICATIE

## 10.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZIEKENHUIS EN VERWIJZERS

Verduidelijking:

Het ziekenhuis maakt deel uit van een netwerk van gezondheidszorgleveranciers en heeft zicht op de noden en behoeften van de partners uit dit netwerk waarmee wordt samengewerkt.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis heeft zicht op de partnerorganisaties in haar netwerk (huisartsenkringen, ambulancediensten, revalidatiediensten, thuiszorgdiensten...)
- De mate van samenwerking wordt aangepast aan de wederzijdse noden en behoeften

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers"
- Lijst met samenwerkingsverbanden
- Verslagen van overleg met partners uit het netwerk
- Gesprekken met de directie

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, A, B: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• De lokale huisartsenkring maakt deel uit van de vzw van het ziekenhuis. Een afgevaardigde van de kring zetelt in de algemene vergadering.</li><li>• Er is geen formele samenwerkingsovereenkomst met plaatselijke huisartsenverenigingen.</li><li>• Het ziekenhuis organiseert wetenschappelijke bijeenkomsten voor huisartsen en CRA's (coördinerende en raadgevende artsen) van woonzorgcentra uit de regio.</li><li>• Het ziekenhuis neemt deel aan overleg betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg.</li><li>• Het ziekenhuis neemt niet deel aan een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg noch is er een structureel overleg met psychiatrische ziekenhuizen.</li><li>• Het ziekenhuis neemt deel aan structureel overleg tussen revalidatieziekenhuizen onderling (o.a. via revalidatiecoördinator, kwaliteitscoördinator).</li><li>• Er is structureel beleidsmatig overleg tussen het ziekenhuis en algemene ziekenhuizen, vooral Sint Augustinus Veurne.</li><li>• Er is structureel beleidsmatig overleg tussen het ziekenhuis en twee woonzorgcentra in de regio.</li><li>• Het ziekenhuis zoekt proactief oplossingen voor samenwerkingsverbanden in het kader van de wisselende context (bv. staatshervorming).</li></ul>

## 10.2 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Verduidelijking:

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

Elementen van appreciatie:

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

Bronmateriaal:

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

<b>Beoordeling:</b>	<b>A, A, A, C, C: zeer goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bij transfer van een patiënt van de ene afdeling naar een andere, verhuist het ganse dossier mee.</li><li>• Het patiëntendossier bestaat op papier en heeft luiken voor alle disciplines. Bij opname worden deze stelselmatig ingevuld.</li><li>• Het dossier wordt verspreid bijgehouden: medisch en verpleegkundig luik alsook het verpleegkundig parameterblad zijn aanwezig op de afdeling. De dossierdelen van paramedici, psycholoog en sociale dienst worden op die respectieve diensten bewaard.</li><li>• De gecontroleerde dossiers waren goed ingevuld.</li><li>• De voorbereiding van het ontslag vangt zeer snel bij opname aan. Ontslag volgt na bespreking in het multidisciplinaire team, met de arts als eindverantwoordelijke.</li><li>• Elke patiënt krijgt bij ontslag een uitgebreide voorlopige ontslagbrief mee, met inbegrip van een medicatieschema.</li><li>• Bij afwezigheid van een therapeut (kine, ergo) –bv. door ziekte- wordt deze vervangen door een collega om de continuïteit van de therapie te waarborgen.</li></ul>

## 10.3 KWALITEITSVERBETERING OP BASIS VAN KLACHTEN EN DE INBRENG VAN DE OMBUDSFUNCTIE

Verduidelijking:

Patiënten moeten geïnformeerd zijn over de mogelijkheden en voldoende kansen hebben om klachten te formuleren over hun opname. Patiënten moeten met hun klachten bij een ombudspersoon terecht kunnen die de klachten inventariseert en verbetervoorstellen formuleert. Met deze verbetervoorstellen gaat het ziekenhuis verder aan de slag.

Elementen van appreciatie:

- Het ziekenhuis beschikt over informatie over de klachten die de ombudspersoon bereiken en/of elders geuit worden (bv. afdelingsniveau, via tevredenheidsenquête, meldingen aan de directie...)
- Er gebeurt een analyse op de ontvangen klachten (bv. jaarverslag ombudspersoon...)
- Er worden op basis van klachten of uitingen van ontevredenheid verbetervoorstellen geformuleerd
- Er is een opvolging van wat er met verbetervoorstellen gebeurt
- Er is een ombudspersoon aangesteld en die is een voldoende aantal uren als ombudspersoon actief voor het ziekenhuis
- Er is een huishoudelijk reglement en dat bevat de klachtenprocedure
- Er zijn voldoende mogelijkheden om contact te leggen met de ombudspersoon
- De betrokkenheid tussen ombudspersoon enerzijds en directie/kwaliteitscoördinator anderzijds kan worden aangetoond

Bronmateriaal:

- Zelfevaluatie "Klachtenprocedure en ombudsfunctie"
- Huishoudelijk reglement/klachtenprocedure
- Jaarverslag ombudspersoon/klachtenregister
- Folders/website met informatie over de ombudspersoon
- Gesprek met ombudspersoon/directieleden/zorgverleners op afdelingen
- Check van contactmogelijkheden en bekendmaking ombudsfunctie doorheen het ziekenhuis

<b>Beoordeling:</b>	<b>C, B, B, C, C: goed</b>
Argumenten:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is een huishoudelijk reglement voor de ombudsfunctie. Dat reglement bevat de klachtenprocedure.</li><li>• De ombudspersoon is ook stafmedewerker kwaliteitszorg en middenkader. De contactgegevens en de beschikbaarheid van de huidige (vervangende) ombudspersoon zijn niet duidelijk weergegeven voor de patiënten.</li><li>• Bespreking van klachten kan op het maandelijks overleg tussen de directie en het middenkader.</li><li>• De ombudspersoon staat in het organogram vermeld onder de algemeen directeur. Het organogram dient duidelijk te maken dat de ombudspersoon niet tot het management behoort en als onafhankelijke handelt.</li><li>• De ombudspersoon volgde geen basisopleiding bemiddeling. De ombudspersoon nam in 2015 één keer deel aan het provinciaal overleg</li></ul>

VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van alle ziekenhuizen) maar volgde geen symposium of congres i.v.m. rechten van de patiënt.

- Klachten worden meestal op afdelingen zelf afgehandeld en worden dan niet doorgegeven aan de ombudspersoon.
- Klachten die de directie ontvangt, worden wel doorgegeven en afgehandeld door de ombudspersoon.
- Er is geen systematische opvolging van de verbetervoorstellen.
- Jaarlijks maakt de ombudspersoon een verslag, met een geanonimiseerd overzicht van de klachten, het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat.
- Verbetervoorstellen op basis van klachten of uitingen van ontevredenheid worden eveneens in het jaarverslag weergegeven.
- Dit verslag wordt jaarlijks besproken op de stuurgroep kwaliteit.
- De persoonsgegevens in de afgehandelde dossiers worden niet vernietigd na het opstellen van het jaarverslag.
- Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst kent nog verbeterpunten:
  - Op de website van het ziekenhuis zijn, op de pagina van de ombudsdienst, de contactgegevens van de ombudspersoon terug te vinden en wordt verwezen naar de wet op de patiëntenrechten.
  - In de informatiebrochure van de afdelingen (reva 0) wordt vermeld dat men met vragen en klachten terecht kan op de afdeling maar wordt de werking van de ombudsdienst niet beschreven.
  - Op de afdelingen hangt geen affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon en liggen geen folders van de ombudsdienst ter beschikking van de patiënten. In de inkomhal zijn de folders i.v.m. de ombudspersoon wel beschikbaar.
  - De folder van de federale overheid betreffende de wet op de patiëntenrechten wordt niet systematisch aan de patiënten gegeven (reva 0) en is ook niet ter beschikking aan het onthaal. (is nochtans verbeteractie in jaarverslag van ombudspersoon) Via de website van het ziekenhuis is er wel een link naar de folder.
  - Er is geen systematische rondgang op de afdelingen waarbij de ombudspersoon zich voorstelt aan nieuwe patiënten.
  - Er zijn geen brievenbussen op de afdelingen waarlangs communicatie mogelijk is met de ombudspersoon. Er zijn wel brievenbussen i.v.m. tevredenheidsenquêtes.
  - In de folder van de ombudsdienst staat vermeld dat “u het probleem eerst bespreekt met de betrokken persoon of dienst zelf en indien u niet tot het gewenste resultaat komt pas dan kan contact opnemen met de ombudsdienst”. Het lijkt ons aangewezen om dit minder sturend te formuleren: het moet voor patiënten duidelijk zijn dat zij ten allen tijde rechtstreeks bij de ombudspersoon terecht kunnen, zodat de drempel om contact op te nemen zo laag mogelijk wordt gehouden.

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>○ In principe kunnen patiënten het huishoudelijk reglement waarin de klachtenprocedure wordt vermeld steeds inkijken aan de receptie. Bij navraag aan de receptie kon het huishoudelijk reglement niet worden voorgelegd.</li><li>● Informatie aan medewerkers over patiëntenrechten en de ombudsdienst kent nog verbeterpunten:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Artsen krijgen geen vorming rond patiëntenrechten, ombudsfunctie of klachtenprocedure.</li><li>○ Nieuwe medewerkers krijgen tijdens hun inscholing kort uitleg over de werking van de ombudsdienst en patiëntenrechten. Andere medewerkers mogen dit infomoment ook volgen wanneer ze interesse hebben. Er wordt niet geregistreerd hoeveel medewerkers dit volgen.</li><li>○ Uit gesprekken bleek dat veel medewerkers de laatste vijf jaar geen opleiding i.v.m. patiëntenrechten of de ombudsdienst volgden.</li><li>○ Noch het jaarverslag van de ombudsfunctie, noch de klachtenprocedure konden tijdens de inspectie door de medewerkers gevonden worden op het intranet.</li></ul></li></ul> |
|--|---|



# 11 ALGEMEEN BESLUIT

## Overzicht beoordelingen per onderwerp

5	Leiderschap	
5.1	Leiderschap op niveau bestuur en directie.....	zeer goed
5.2	Leiderschap binnen het medisch departement.....	goed
5.3	Leiderschap binnen het verpleegkundig departement .....	zeer goed
5.4	Leiderschap binnen de zorgondersteunende diensten .....	zeer goed
6	Personeel	
6.1	Personeel en bestaffing .....	zeer goed
6.2	Vorming .....	goed
7	Veilige Omgeving	
7.1	Gezonde behandelaars .....	zeer goed
7.2	Veiligheidsmanagementsysteem.....	matig
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen .....	goed
8	Gestandaardiseerde Zorg	
8.1	Globaal kwaliteitssysteem .....	zeer goed
8.2	Ethisch comité .....	matig
8.3	Therapeutische restricties .....	goed
8.4	Medicatie distributie .....	zeer goed
8.5	Patiëntenrechten .....	goed
8.6	Ondersteuning van palliatieve patiënten en hun familie .....	matig
8.7	Zorg voor revalidatiepatiënten .....	matig
9	Hygiëne	
9.1	Handhygiëne .....	zeer goed
9.2	Transfers van patiënten met multidrugresistente organismen (MDRO).....	zeer goed
10	Communicatie	
10.1	Communicatie tussen ziekenhuis en verwijzers .....	zeer goed
10.2	Continuïteit van zorg .....	zeer goed
10.3	Kwaliteitsverbetering op basis van klachten en de inbreng van de ombudsfunctie .....	goed

## **Globale beoordeling:**

Het ziekenhuis behaalde voor de meeste onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling “goed” tot “zeer goed” (17/21). Voor 4/21 onderwerpen was het resultaat “matig”. Voor geen enkel onderwerp werd een “onvoldoende” toegekend.

Er werden heel wat sterke initiatieven op vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aangetroffen. Enkele voorbeelden illustreren dit: de constructieve overlegcultuur, de aandacht voor palliatieve zorg, de invoering van “productive ward” als innoverend beleidssysteem, de brede deelname aan VIP<sup>2</sup>, het elektronisch medicatiebeheer en het gebruik van een medicatieverdeelrobot.

Een aantal aandachtspunten werden vastgesteld, in de meeste gevallen veroorzaakt door het onvoldoende gestructureerd werken waardoor een aantal elementen niet aantoonbaar zijn. Deels kan dit toegeschreven worden aan de relatieve kleinschaligheid van het ziekenhuis, met korte en directe communicatielijnen.

Er is verbetermogelijkheid onder meer op volgende vlakken:

- Het revalidatieconcept, dat correct werd uitgeschreven voor het ziekenhuis, moet doorvertaald worden naar een uitgewerkt therapeutisch beleid voor de verschillende patiëntendoelgroepen. Hierbij lijkt voor de psychogeriatrische subpopulatie de meest urgente nood te bestaan.
- De initiatieven betreffende kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid hangen niet genoeg samen en zijn te weinig onderbouwd. Het gaat meestal om individuele acties, op zich waardevol, maar vaak zonder argumenten die de keuze onderbouwen en zonder zichtbaar verband onderling of met de doelstellingen van het ziekenhuis.
- De onderdelen van het patiëntendossier van opgenomen patiënten worden op verschillende plaatsen bewaard. De spoedige invoering van een multidisciplinair geïntegreerd (elektronisch) patiëntendossier dringt zich op.
- Er gebeurt geen systematische monitoring van de eigen werking. De gegevensverzameling over sommige onderwerpen wordt niet genoeg ziekenhuisbreed benaderd.
- Het procedurebeheer is op het moment van de inspectie nogal chaotisch. Het is noodzakelijk om prioritair alle procedures in hun geactualiseerde vorm onder te brengen in het elektronische proceduresysteem dat onlangs werd ingevoerd in het ziekenhuis.
- Een aantal medicatierisico's die werden geïdentificeerd, details hoger in het verslag, moeten onder controle gebracht worden.
- Er moet een coherente beleidstekst of procedure uitgeschreven worden die alle vrijheidsbeperkende maatregelen omvat die in het ziekenhuis toegepast worden.