Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

TOEZICHT IN DE REVALIDATIEZIEKENHUIZEN 2026

Beleidsrapport

ZORGINSPECTIE

zorginspectie.be

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever
Karine Moykens
Secretaris-generaal
Departement Zorg
Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel
www.departementzorg.be

Samenstelling
Departement Zorg
Zorginspectie

Productcoördinatie en vormgeving
Afdeling Communicatie en IT - Team Communicatie

Depotnummer
D/2026/3241/389

Uitgave
November 2026

WOORD VAN DANK

Zorginspectie wenst de revalidatieziekenhuizen te bedanken om inzage te geven in hun werking.

INHOUD

LIJST MET AFKORTINGEN 5

1 MANAGEMENTSAMENVATTING 6
1.1 Context 6
1.2 Algemene conclusies en aanbevelingen 6
1.3 Opvolging 9

2 INLEIDING 10

3 CONTEXT 11

4 METHODIEK EN RAPPORTAGE 12
4.1 Voorbereiding 12
4.2 Inspectiebezoeken 12
4.3 Inspectiemethodiek 13
4.4 Overzicht bezochte revalidatieziekenhuizen 13
4.5 Individuele inspectieverslagen 14
4.6 Opvolging van de inspectieverslagen 14
4.7 Beleidsrapport 15

5 ORGANISATIE VAN DE ZORG 16
5.1 Revalidatieaanbod 16
5.2 Zorgzwaarte 19
5.3 Wachtlijst 21
5.4 Ontslagmanagement 21

6 THEMA PERSONEEL 23
6.1 Verpleegkundige permanentie, patient/nurse en patient/caregiver 23
6.2 Bestaffing verpleegkundigen en zorgkundigen 26
6.3 Bestaffing therapeutisch team 29
6.4 Samenvatting thema personeel 31

7 THEMA VEILIGE ZORG 32
7.1 Beveiliging van dossiergegevens 32
7.2 Beleid oproepsysteem reanimatie en vroegtijdig opsporen kritieke patiënten 33
7.3 Vorming basisbeginselen van de reanimatie 34
7.4 Materiaal reanimatiekar 35
7.5 Onderhoud defibrillator/AED-toestel 36
7.6 Oproepsysteem voor reanimatie op de afdeling 36
7.7 Bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer 38
7.8 Oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers 39
7.9 Beveiliging ramen 40

7.10 Reden voor het niet toedienen van medicatie 40
7.11 Bewaring medicatie 41
7.12 Samenvatting thema veilige zorg 42

8 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG 43
8.1 Patiëntenidentificatie 43
8.2 Informatie over thuismedicatie en gekende allergieën 44
8.3 Zorgbeperking en DNR 45
8.4 Behandelplan 47
8.5 Samenvatting thema gestandaardiseerde zorg 49

9 THEMA HYGIËNE 50
9.1 Handhygiëne 50
9.2 Wastafel in de vuile berging 51
9.3 Samenvatting thema hygiëne 52

10 THEMA COMMUNICATIE 53
10.1 Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen 53
10.2 Medisch toezicht 54
10.3 Ontslagbrief 57
10.4 Informatie aan patiënten 58
10.5 Samenvatting thema communicatie 60

11 OVERZICHT INBREUKEN 61
11.1 Gecontroleerde thema's 61
11.2 Prioritaire inbreuken 61

12 ALGEMENE CONCLUSIES 62
12.1 Organisatie van de zorg 62
12.2 Thema personeel 62
12.3 Thema veilige zorg 63
12.4 Thema gestandaardiseerde zorg 63
12.5 Thema hygiëne 64
12.6 Thema communicatie 64

13 REFERENTIES 65

LIJST MET AFKORTINGEN

AZ	algemene ziekenhuizen
BelRAI	Belgische versie van de internationale Resident Assessment Instrument-Suite
CDM	Cognitive Disabilities Model
DNR	do not resuscitate of do not reanimate
EDSS	Expended Disability Status Scale
ELGEZ	afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg
EWS	Early Warning System
FIM	Functional Independence Measure
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MDO	multidisciplinaire overlegmomenten
PCS	patiëntclassificatiesysteem
RCS-E	Rehabilitation Complexity Scale-Extended Version
Sp	gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie
Sp-cardio	Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen
Sp-chron	Sp-dienst voor chronische aandoeningen
Sp-locom	Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen
Sp-neuro	Sp-dienst voor neurologische aandoeningen
Sp-psyger	Sp-dienst voor psychogeriatrische aandoeningen
VTE	voltijds equivalenten
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg

1 MANAGEMENTSAMENVATTING

1.1 CONTEXT

Zorginspectie voert in alle Vlaamse ziekenhuizen nalevingstoezicht uit dat zich richt op zorgtrajecten. Een zorgtraject omvat het geheel van zorg dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt binnen een ziekenhuis. Via deze vorm van toezicht wordt, aan de hand van onaangekondigde inspecties, nagegaan in welke mate de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Voor de algemene ziekenhuizen, waaronder ook de revalidatieziekenhuizen, worden deze eisen vastgelegd binnen eisenkaders, waarbij de geldende regelgeving in overleg met de sector verder wordt verduidelijkt en aangevuld met bijkomende kwaliteitsverwachtingen.

In het kader van het geriatrisch zorgtraject bezocht Zorginspectie in de periode 2022-2025 alle ziekenhuizen met geriatrische bedden, inclusief de revalidatieziekenhuizen met afdelingen geriatrie of Sp-psychogeriatrie. Deze inspectieronde bood een eerste inkijk in de kwaliteit van zorg binnen bepaalde delen van de revalidatieziekenhuizen.

Andere afdelingen binnen revalidatieziekenhuizen vielen de voorbije jaren niet binnen de scope van het toezicht. In de eerste helft van 2026 voerde Zorginspectie daarom een inspectieronde uit in de revalidatie-ziekenhuizen, gebaseerd op het generiek eisenkader en de algemeen geldende ziekenhuisregelgeving (informatie inspectie in revalidatieziekenhuizen). Afdelingen geriatrie en Sp-psychogeriatrie werden hierbij niet opnieuw meegenomen.

Met patiëntveiligheid en patiëntbetrokkenheid als centrale uitgangspunten werden vijf thema's geselecteerd, namelijk personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. Deze thema's geven een geïntegreerd beeld van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en vormen de structuur van dit beleidsrapport.

Deze inspectieronde draagt bij aan een beter inzicht in de mate waarin revalidatieziekenhuizen erin slagen om kwalitatieve en veilige zorg te organiseren over de verschillende afdelingen heen. Tegelijk maken de inspecties het mogelijk om sectorbrede tendensen en verschillen tussen voorzieningen zichtbaar te maken en de positie van revalidatieziekenhuizen binnen het bredere ziekenhuislandschap verder te duiden.
We willen met de inspectievaststellingen ook een bijdrage leveren aan de belangrijke uitdagingen waar de revalidatieziekenhuizen in de toekomst voor staan, met name de evolutie naar een zorgmodel dat gebaseerd is op zorgbehoeften en zorgzwaarte.

1.2 ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De inspectievaststellingen tonen aan dat de revalidatieziekenhuizen in belangrijke mate beschikken over de randvoorwaarden om kwaliteitsvolle, veilige en multidisciplinaire zorg te kunnen verlenen.
Revalidatieziekenhuizen beschikken over een sterke multidisciplinaire omkadering, een goed uitgebouwd therapeutisch aanbod en structurele overlegvormen die patiëntgerichte zorg ondersteunen. Voor meerdere onderwerpen, waaronder patiëntidentificatie, handhygiëne, behandelplan, multidisciplinair overleg en de beschikbaarheid van reanimatiemateriaal, scoorden de revalidatieziekenhuizen zeer goed.
Daarnaast bleek ook dat de meeste revalidatieziekenhuizen beschikten over de nodige procedures en kwaliteits-instrumenten (o.a. patiëntclassificatiesystemen, multidisciplinaire werking) voor de gecontroleerde onder-werpen, maar de implementatie, de opvolging en de neerslag in het patiëntendossier was niet altijd uniform. Er waren zowel verschillen tussen de afdelingen binnen een voorziening als tussen de voorzieningen onderling. Dit kwam onder meer tot uiting in verschillen in zorgzwaartemeting, medische verslaggeving, contextbetrokkenheid en het gebruik van elektronische patiëntendossiers.

Andere belangrijke aandachtspunten betroffen de verpleegkundige permanentie en het niet voldoen aan alle vereisten in de vuile berging voor het toepassen van correcte handhygiëne.

De vaststellingen uit deze inspectieronde komen op een moment waarop het ziekenhuislandschap ingrijpend wordt hervormd. Binnen de voorgestelde hervorming worden revalidatieziekenhuizen en andere vormen van intermediaire zorg gepositioneerd als een essentiële schakel tussen acute ziekenhuiszorg en zorg in de thuissituatie. Daarbij verschuift de focus van historische kenletters van bedden naar een organisatie van zorg die meer vertrekt vanuit zorgbehoeften, zorgzwaarte en samenwerking binnen het zorgcontinuüm.

Hieronder worden de conclusies en aanbevelingen uit dit rapport samengevat. De blauwe kaders bevatten vaststellingen en aanbevelingen die extra aandacht verdienen.

1.2.1 Organisatie van de zorg

Op het moment van de inspectie werd de **erkende capaciteit** in belangrijke mate operationeel benut.
Het aantal niet-geëxploiteerde of gesloten bedden was beperkt en hield vooral verband met personeels-beschikbaarheid of infrastructurele beperkingen.
Tegelijk bleek dat de feitelijke organisatie van zorg niet altijd samenviel met het formele erkenningskader. In vier van de zeven ziekenhuizen werden naast de doelgroepen waarvoor een erkenning was toegekend ook andere patiëntprofielen opgenomen. Deze vaststelling sluit aan bij de evolutie van een revalidatiezorg die meer georganiseerd wordt rond patiëntprofielen, expertise en zorgprogramma's, eerder dan uitsluitend rond historische kenletters van bedden.

Alle ziekenhuizen hadden zicht op **zorgzwaarte** en gebruikten één of meerdere patiëntclassificatiesystemen. In meer dan 80% van de gecontroleerde dossiers werd een patiëntclassificatiesysteem toegepast.
De gebruikte instrumenten en meetmomenten verschilden van voorziening tot voorziening. Op het vlak van toegankelijkheid blijkt uit de inspecties dat de wachtlijsten ongeveer 10% van de beschikbare bedcapaciteit bedragen. Alle ziekenhuizen gebruikten **wachtlijsten**. In totaal stonden 117 patiënten op een wachtlijst, maar door verschillen in berekeningswijze was het niet mogelijk om een eenduidig beeld van de gemiddelde wachttijd te geven. De **uitstroom** verliep in de meeste gevallen vlot: 24 van de 710 opgenomen patiënten (3%) wachtten op een vervolgplaats of aangepaste thuissituatie.

In het licht van de geplande hervormingen lijkt het aangewezen om de relatie tussen erkenningen, patiëntprofielen en organisatie van de zorg verder te verduidelijken en te evolueren naar een uniform patiëntclassificatiesysteem dat consequent wordt toegepast doorheen het volledige revalidatietraject. Dit kan bijdragen tot een objectieve inschatting van zorgzwaarte en revalidatiebehoeften, een betere onderbouwing van de toewijzing van patiënten aan het meest aangewezen revalidatietraject op basis van patiëntkenmerken en zorgnoden.

1.2.2 Thema personeel

Op ziekenhuisniveau voldeden alle voorzieningen aan de wettelijke normen voor het aantal voltijds equivalenten (VTE) **verpleegkundigen en zorgkundigen**. Ook de bestaffing van het **therapeutisch team** voldeed in alle ziekenhuizen aan de wettelijke normen. Waar wettelijk vereist was steeds een diëtist en/of psycholoog beschikbaar.
Er werden 27 afdelingen gecontroleerd. Op vijf afdelingen in drie ziekenhuizen voldeed de verpleegkundige permanentie niet voor alle gecontroleerde shiften aan de verwachtingen. Dit gaf in deze drie ziekenhuizen aanleiding tot een prioritaire inbreuk.

Het belangrijkste aandachtspunt betreffende het thema personeel was de verpleegkundige permanentie, waarbij de voornaamste knelpunten zich tijdens de nacht situeerden. In het licht van de geplande hervormingen lijkt het aangewezen om te onderzoeken of bijkomende parameters, zoals de patient/caregiver ratio, kunnen bijdragen tot een efficiëntere personeelsinzet.

1.2.3 Thema veilige zorg

Binnen het thema veilige zorg werden meerdere sterke resultaten vastgesteld. De **dossiergegevens** waren op de meeste afdelingen niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers, de **ramen** in de gecontroleerde ruimtes waren meestal beveiligd, redenen voor het **niet toedienen van medicatie** werden meestal vermeld, de **medicatie** werd op nagenoeg alle afdelingen **veilig bewaard**. Op het vlak van **reanimatiebeleid** waren volgende elementen zo goed als overal in orde: alle ziekenhuizen beschikten over een procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen, er werd steeds een arts verwittigd bij een reanimatie-oproep, er was in alle ziekenhuizen een **reanimatiekar** aanwezig met alle gecontroleerde materialen en alle gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen waren tijdig onderhouden.

Daarnaast waren er ook een aantal belangrijke aandachtspunten. De procedure betreffende het **oproep-systeem voor reanimatie** kwam niet altijd overeen met de praktijk en er was niet steeds duidelijk omschreven wie bij een reanimatie-oproep moest worden opgeroepen. Het oproepsysteem voor reanimatie was niet op alle afdelingen volledig in orde en gaf in vijf van de zeven ziekenhuizen aanleiding tot een prioritaire inbreuk. Daarnaast hadden in twee van de vijf ziekenhuizen niet alle verpleegkundigen die niet betrokken waren bij het reanimatieteam de **basisopleiding reanimatie** gevolgd in de laatste twee jaar voor inspectie. Voor verpleeg-kundigen betrokken bij het reanimatieteam was dit het geval in vier van de zeven ziekenhuizen.

Wat betreft het **oproepsysteem op de patiëntenkamer** hadden nagenoeg alle gecontroleerde patiënten een bereikbaar oproepsysteem. Aangezien één patiënt zonder bereikbaar oproepsysteem aanleiding gaf tot een inbreuk, werd hiervoor in vier van de zeven ziekenhuizen een inbreuk vastgesteld.
In andere lokalen dan patiëntenkamers was een oproepsysteem aanwezig in meer dan 80% van de gecontroleerde lokalen, maar vooral toiletten op de gang blijven een aandachtspunt op dit vlak.

Gezien de evolutie naar een meer acute en complexe zorg binnen de revalidatieziekenhuizen zal het belang van het snel en efficiënt oproepen van het reanimatieteam alleen maar toenemen.
Een sluitende organisatie van de oproepsystemen voor reanimatie vormt daarom een belangrijke randvoorwaarde, met daarnaast blijvende aandacht voor BLS-vorming van verpleegkundigen.

1.2.4 Thema gestandaardiseerde zorg

De resultaten voor gestandaardiseerde zorg waren overwegend in orde. Alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct **identificatiebandje**. In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers was **informatie over thuismedicatie en gekende allergieën** aanwezig.

Ook het gebruik van een **behandelplan** was sterk ingebed: in alle gecontroleerde dossiers was een behandelplan met individuele doelstellingen aanwezig. De betrokkenheid van de patiënt kon in de meeste dossiers worden aangetoond. De betrokkenheid van context of familie was minder frequent aantoonbaar en gebeurde niet in alle voorzieningen systematisch.

In de meeste gecontroleerde dossiers was er informatie over **zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring** aanwezig, en waar een DNR-code werd gebruikt, had die steeds een goed zichtbare plaats in het dossier.

De systematische betrokkenheid van context en familie bij het revalidatietraject kan nog versterkt worden.

1.2.5 Thema hygiëne

Handhygiëne was een duidelijk sterk punt. Nagenoeg alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de gecontroleerde richtlijnen voor handhygiëne.
De wastafel in de **vuile berging** scoorde minder goed. Meer dan 80% van de gecontroleerde vuile bergingen voldeed aan de verwachtingen, maar in vijf van de zeven ziekenhuizen werd hiervoor toch een inbreuk vastgesteld.

In functie van infectiepreventie en patiëntveiligheid is er verbeterpotentieel voor de inrichting van de wastafels in de vuile bergingen.

1.2.6 Thema communicatie

Multidisciplinair overleg maakte integraal deel uit van de dagelijkse werking van de revalidatieziekenhuizen. In alle gecontroleerde dossiers was minstens één verslag van multidisciplinair overleg in de voorbije vier weken aanwezig, telkens met minstens drie disciplines.

De **medische permanentie** was in alle ziekenhuizen verzekerd, maar de **notities over medisch toezicht** waren een belangrijk aandachtspunt. Slechts op 58% van de gecontroleerde dagen werd een notitie over medisch toezicht gevonden en in vijf van de zeven ziekenhuizen werd hiervoor een inbreuk vastgesteld. Nagenoeg alle gecontroleerde dossiers bevatten een **ontslagbrief** en meer dan 80% van de ontslagbrieven was volledig. In een beperkt aantal ontslagbrieven ontbrak informatie, vooral over het medicatiebeleid. Uit de **patiëntenbevraging** blijkt dat de meeste patiënten begrijpbare informatie hadden ontvangen over hun revalidatie. Ongeveer drie vierde gaf aan informatie gekregen te hebben over de verwachte duur van het revalidatietraject.

De notities over medisch toezicht blijven een belangrijk aandachtspunt. Er is ruimte voor verbetering in de mate waarin medische opvolging op een uniforme en systematische manier aantoonbaar wordt gemaakt.

1.3 OPVOLGING

Zowel in de individuele inspectieverslagen als in dit beleidsrapport staan verbeterpunten opgelijst, wat gerichte verbeteracties op verschillende echelons (o.a. voor het individuele ziekenhuis, voor de overheid) kan faciliteren. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen en ontving bijgevolg elk definitief inspectieverslag. Alle inspectieverslagen werden eveneens gepubliceerd via de CoBRHA-viewer (actieve openbaarheid).

2 INLEIDING

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

Hiertoe behoren onder andere de algemene en revalidatieziekenhuizen, die worden erkend door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- het concrete functioneren van voorzieningen controleren, toetsen, checken en vaststellen om de conformiteit met de regelgeving en geformaliseerde afspraken te controleren;
- rapporteren en advies verlenen aan afdelingen van het Departement Zorg en agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- advies verlenen over de conformiteit aan de voorzieningen die het departement inspecteert of aan begunstigden;
- beleidsrelevante informatie signaleren aan afdelingen van het departement en aan de agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Zo wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening van de voorzieningen
- de rechtmatige besteding van overheidsmiddelen
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Uitgebreide informatie is beschikbaar op de website van Zorginspectie.

3 CONTEXT

Zorginspectie voert in alle Vlaamse ziekenhuizen nalevingstoezicht uit dat zich richt op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht wordt via onaangekondigde inspectie nagegaan of de zorgpraktijk voldoet aan vooropgestelde eisen. Voor algemene ziekenhuizen, waaronder revalidatieziekenhuizen, stelt het Departement Zorg eisenkaders op: in overleg met de sector wordt de relevante regelgeving verder verduidelijkt en aangevuld met nieuwe kwaliteitseisen.

Tijdens de inspectieronde m.b.t. het geriatrisch zorgtraject (2022-2025) bracht Zorginspectie een bezoek aan alle ziekenhuizen met één of meerdere afdelingen geriatrie en/of Sp-psychogeriatrie en/of een geriatrisch dagziekenhuis. Ook revalidatieziekenhuizen met één of meerdere afdelingen geriatrie of Sp-psychogeriatrie vielen binnen de scope van deze inspectieronde. Concreet werden drie revalidatie-ziekenhuizen (met name KEI, RevArte en De Dennen) meegenomen binnen het geriatrisch zorgtraject (in RevArte voor wat betreft de afdelingen geriatrie; in KEI en De Dennen voor wat betreft de afdelingen Sp-psychogeriatrie).
Zorginspectie vond het belangrijk om een breder en meer samenhangend beeld te verkrijgen van de kwaliteit van zorg binnen de revalidatieziekenhuizen, temeer omdat deze voorzieningen in de voorbije jaren (deels) buiten de scope van het toezicht zijn gevallen.

In de eerste helft van 2026 organiseerde Zorginspectie een inspectieronde in zeven van de acht revalidatie-ziekenhuizen op basis van het generiek eisenkader en de algemeen geldende ziekenhuisregelgeving (informatie inspectie in revalidatieziekenhuizen).

De afdelingen geriatrie en Sp-psychogeriatrie werden niet opnieuw geïnspecteerd tijdens deze inspectieronde. Dit betekent dat het revalidatieziekenhuis De Dennen, met enkel een afdeling Sp-psychogeriatrie, de geriatrische afdelingen in RevArte en de afdeling Sp-psychogeriatrie in het KEI tijdens deze ronde niet bezocht werden.

Met patiëntveiligheid en patiëntbetrokkenheid als leidraad selecteerde Zorginspectie vijf thema's waarrond elementen uit het generiek eisenkader en de geldende regelgeving voor revalidatieziekenhuizen werden gegroepeerd voor de inspectie. Deze thema's (personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie) vormen elk een hoofdstuk in dit beleidsrapport.
Dit beleidsrapport geeft per thema een overzicht van de geaggregeerde vaststellingen op niveau van de revalidatieziekenhuizen.

4 METHODIEK EN RAPPORTAGE

4.1 VOORBEREIDING

Op 24 oktober 2024 ontvingen alle revalidatieziekenhuizen een e-mail waarin de inspectieronde werd aangekondigd.

In het e-mailbericht van 16 oktober 2025 werd aan elk revalidatieziekenhuis de mogelijkheid geboden om zich kandidaat te stellen voor een proefinspectie. In januari 2026 voerde Zorginspectie twee proefinspecties uit. Deze aanpak had o.m. als doel het inspectie-instrument te testen, de tijdsinvestering nauwkeuriger in te schatten en eventuele onduidelijkheden in het inspectieverslag bloot te leggen. Op basis van deze proef-inspecties en de feedback van de proefziekenhuizen werden het inspectie-instrument en het verslag-sjabloon aangepast.

Op 24 februari 2026 organiseerde Zorginspectie een online communicatiemoment voor alle revalidatie-ziekenhuizen. In die uiteenzetting werden de methodiek, de inhoud en de concrete aanpak van de inspecties toegelicht.

4.2 INSPECTIEBEZOEKEN

Om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de dagelijks geleverde zorg, vonden de inspecties onaangekondigd plaats: het ziekenhuis wist dus niet vooraf op welke dag de inspectie zou plaatsvinden.

Voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van zorggebruikers en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie. Uit respect voor de bescherming van de privacy van de zorggebruiker engageert Zorginspectie zich uitdrukkelijk tot het zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens.

Het ziekenhuis werd gevraagd om de nodige documenten klaar te leggen zodat de inspecteurs de dossier-steekproef konden bepalen en het gevoerde beleid konden na gaan.

Zorginspectie streeft naar een uniforme inspectiemethodiek voor alle voorzieningen, en werkt daarom met een gestandaardiseerde bevraging. Daarnaast was er ook aandacht voor de eigenheid en specificiteit van de voorzieningen. Daarom werden ook een aantal open vragen gesteld.

Voor elk onderwerp werd ook in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kon brengen.

Bij elk inspectiebezoek werd de nodige toelichting voorzien rond het verloop van de inspectie (bij het begin van de inspectiedag) en een eerste feedback m.b.t. de belangrijkste vaststellingen (op het einde van de inspectiedag).

In een infofolder konden ziekenhuismedewerkers en patiënten verdere informatie vinden.

4.3 INSPECTIEMETHODIEK

Iedere inspectie kent dezelfde rode draad:

> Elke inspectie is een momentopname. De vaststellingen zijn gebaseerd op wat er tijdens de inspectie vastgesteld wordt. Dit kan via:
  - observatie;
  - bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
  - inzage in documenten (o.a. patiëntendossiers, procedures);
  - inspecteren van de lokalen en materialen die gebruikt worden door de organisatie;
  - gesprekken met patiënten.

> De inspecteur bespreekt de vaststellingen, zowel positieve als negatieve, altijd met zijn gesprekspartner(s) en geeft hen daarbij de kans om vaststellingen toe te lichten, te nuanceren of verder uit te leggen.

> Een inspectie gebeurt aan de hand van een gestandaardiseerd inspectie-instrument. De inspecteur kan zo beoordelen of de organisatie aan de regelgeving en kwaliteitseisen voldoet. Informatie wordt op een gestructureerde en afgestemde manier verzameld tijdens het inspectiebezoek.

Dossierinzage vormt een essentieel deel van de inspectiemethodiek, omdat heel wat onderwerpen enkel op deze manier geobjectiveerd kunnen worden. Zorginspectie engageert zich expliciet tot het zorgvuldig omgaan met het controleren van gegevens in patiëntendossiers omdat respect voor de bescherming van de privacy essentieel is.

Meer informatie over de inspectiemethodiek en over Zorginspectie is beschikbaar op de website van Zorginspectie.

4.4 OVERZICHT BEZOCHTE REVALIDATIEZIEKENHUIZEN

Naam	Gemeente	Aantal bezochte afdelingen	Erkende bedden
Ziekenhuis Inkendaal - Koninklijke Instelling	Sint-Pieters-Leeuw	5	25 Sp-cardio 123 Sp-neuro 30 Sp-locom
Noorderhart – Revalidatie & MS Centrum	Pelt	3 + 1 dagziekenhuis	120 Sp-neuro
Klief Zeedijk	Oostende	4	125 Sp-locom
Nationaal Multiple Sclerose Centrum	Steenokkerzeel	3	120 Sp-neuro
Koningin Elisabeth Instituut	Koksijde	4	20 Sp-cardio 50 Sp-neuro 60 Sp-locom 35 Sp-psyger
RevArte Revalidatieziekenhuis	Edegem	6	142 Sp-locom 52 G
Revales	Merelbeke-Melle	2	63 Sp-chron

4.5 INDIVIDUELE INSPECTIEVERSLAGEN

Per revalidatieziekenhuis werd een inspectieverslag opgesteld waarin alle vaststellingen werden beschreven per thema. Het inspectieverslag fungeert in de eerste plaats als verbeterinstrument voor het geïnspecteerde ziekenhuis.

Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldeed, werd dit als inbreuk benoemd. Zorginspectie handelt conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term inbreuk wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een eisenkader). Gezien een aantal factoren in de realiteit bij dossiercontrole er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden. Als de steekproef minder dan vijf items omvatte, leidden de resultaten niet tot een beoordeling.

Elk verslag van een inspectiebezoek bestaat uit negen hoofdstukken. Na het eerste inleidende hoofdstuk volgde een situering (tweede hoofdstuk) en een beschrijving van de organisatie van de zorg (derde hoofdstuk). Daarna volgden vijf thematische hoofdstukken met inhoudelijke vaststellingen. Iedere vaststelling werd voorafgegaan door de betreffende eisen uit het generiek eisenkader en/of de geldende regelgeving en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Elk thematisch hoofdstuk eindigde met een samenvatting van de resultaten waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als ‘zoals verwacht’ of als ‘inbreuken’. Het verslag werd afgesloten met een algemeen besluit. Hierin werd een samenvatting gegeven van het aantal vaststellingen ‘zoals verwacht’ en van het aantal ‘inbreuken’. Vervolgens werd een overzicht gegeven van de vastgestelde prioritaire inbreuken (zie verder). Tenslotte volgde een beoordeling en een advies van Zorginspectie aan zowel de voorziening als de afdeling ELGEZ.

In overeenstemming met de termijnen bepaald in het Toezichtdecreet ontving het ziekenhuis eerst een ontwerpverslag. Daarna had de voorziening een reactietermijn van 14 kalenderdagen om feitelijke onjuistheden te signaleren. Op basis van een gemotiveerde reactienota kon het verslag al dan niet worden aangepast.
Na de eventuele verwerking van de reactienota of na het verstrijken van de reactietermijn werd het verslag omgezet in een (al dan niet aangepast) definitief verslag. De definitieve verslagen werden gepubliceerd via de CoBRHA-viewer (actieve openbaarheid).

4.6 OPVOLGING VAN DE INSPECTIEVERSLAGEN

4.6.1 Opvolging door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg

De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen en ontving bijgevolg elk definitief inspectieverslag.

4.6.2 Prioritaire inbreuken

Het is de bedoeling dat het revalidatieziekenhuis concreet aan de slag gaat met alle inspectievaststellingen.

Uit alle mogelijke inbreuken werden een aantal inbreuken geselecteerd omwille van de rechtstreekse link met patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg. Die inbreuken worden verder ‘prioritaire inbreuken’ genoemd. Prioritaire inbreuken vereisen onmiddellijke remediëring door de voorziening en worden prioritair opgevolgd door de afdeling ELGEZ.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de prioritaire inbreuken.

Thema personeel
De verpleegkundige permanentie was niet op alle gecontroleerde afdelingen verzekerd.
Thema veilige zorg
Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.
Thema gestandaardiseerde zorg
Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.
Thema hygiëne
Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldeden niet aan de eisen voor handhygiëne.
Thema communicatie
In minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.

4.7 BELEIDSRAPPORT

Na dit inleidende hoofdstuk volgt een beschrijving van de organisatie van de zorg. In de daarna volgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de vaststellingen per thema en hun bijhorende subthema's.
Per subthema wordt in het luik achtergrond uitleg gegeven over de verwachtingen vooropgesteld door het eisenkader, de gehanteerde werkwijze tijdens inspecties en de eventuele context. Vervolgens is er het luik vaststellingen waar de geaggregeerde gegevens van de inspectiebezoeken per (sub)thema worden weergegeven. Waar van toepassing volgt een luik patiëntenbevraging en een luik beschouwingen.
Het beleidsrapport eindigt met een aantal algemene conclusies.

5 ORGANISATIE VAN DE ZORG

5.1 REVALIDATIEAANBOD

5.1.1 Achtergrond

Het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde bedden werd in kaart gebracht:

> De erkende bedden zijn het aantal bedden dat door de Vlaamse overheid erkend is.

> De geëxploiteerde bedden zijn het maximum aantal bedden waarin patiënten opgenomen kunnen worden.

> De opgestelde bedden zijn de bedden waarin, op de dag van inspectie, patiënten kunnen opgenomen worden. Het aantal opgestelde bedden is het aantal geëxploiteerde bedden verminderd met het aantal gesloten bedden.

Bij eventuele niet-exploitatie of sluiting van bedden werd ook de reden bevraagd.
Daarnaast werd (per erkenning) het aantal afdelingen en een beschrijving van de bijbehorende doelgroepen opgevraagd.
Op die manier wou Zorginspectie in kaart brengen of er in de revalidatieziekenhuizen bedden buiten gebruik zijn, en wat daar desgevallend de redenen voor zijn.

5.1.2 Vaststellingen

Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen (Sp-cardio)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bedden Sp-cardio.

	Sp-cardio
Aantal erkende Sp-cardio bedden	45
Aantal geëxploiteerde Sp-cardio bedden	41
Aantal erkende geëxploiteerde Sp-cardio bedden	41
Aantal niet-erkende geëxploiteerde Sp-cardio bedden	0
Aantal opgestelde Sp-cardio bedden	41
Aantal gesloten Sp-cardio bedden	0

In één ziekenhuis werden er bedden niet geëxploiteerd omwille van infrastructurele redenen.

Sp-dienst voor neurologische aandoeningen (Sp-neuro)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bedden Sp-neuro.

	Sp-neuro
Aantal erkende Sp-neuro bedden	413
Aantal geëxploiteerde Sp-neuro bedden	403
Aantal erkende geëxploiteerde Sp-neuro bedden	402
Aantal niet-erkende geëxploiteerde Sp-neuro bedden	1
Aantal opgestelde Sp-neuro bedden	371
Aantal gesloten Sp-neuro bedden	32

In één ziekenhuis werden er bedden (11) niet geëxploiteerd omwille van een tekort aan verpleegkundigen en infrastructurele redenen.

In twee ziekenhuizen werden bedden gesloten. In het ene ziekenhuis werd een volledige afdeling (30 bedden) gesloten omwille van een tekort aan artsen en daarnaast werd één bijkomend bed gesloten in het kader van comfortzorg. In het andere ziekenhuis werd één bed gesloten omwille van infrastructurele redenen.

Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen (Sp-locom)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bedden Sp-locom.

	Sp-locom
Aantal erkende Sp-locom bedden	357
Aantal geëxploiteerde Sp-locom bedden	358
Aantal erkende geëxploiteerde Sp-locom bedden	357
Aantal niet-erkende geëxploiteerde Sp-locom bedden	1
Aantal opgestelde Sp-locom bedden	358
Aantal gesloten Sp-locom bedden	0

Sp-dienst voor chronische aandoeningen (Sp-chron)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bedden Sp-chron.

	Sp-chron
Aantal erkende Sp-chron bedden	63
Aantal geëxploiteerde Sp-chron bedden	63
Aantal erkende geëxploiteerde Sp-chron bedden	63
Aantal niet-erkende geëxploiteerde Sp-chron bedden	0
Aantal opgestelde Sp-chron bedden	63
Aantal gesloten Sp-chron bedden	0

Sp-erkenningen per ziekenhuis

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de Sp-erkenningen per ziekenhuis.

	Aantal ziekenhuizen
Ziekenhuizen met Sp-cardio bedden	2
Ziekenhuizen met Sp-neuro bedden	4
Ziekenhuizen met Sp-locom bedden	4
Ziekenhuizen met Sp-chron bedden	1

In vier van de zeven ziekenhuizen worden, naast de doelgroepen waarvoor een erkenning is toegekend, ook andere patiëntprofielen opgenomen. Het betreft één ziekenhuis met een Sp-neuro-erkenning dat ook locomotorische patiëntenprofielen opneemt, twee ziekenhuizen met een Sp-locom-erkenning die ook neurologische patiëntenprofielen opnemen en één ziekenhuis met een Sp-chron-erkenning dat zowel locomotorische als neurologische patiëntenprofielen opneemt.

Overzicht Sp-bedden

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het totaal aantal Sp-bedden.

	Aantal Sp-bedden
Aantal erkende Sp-bedden	878*
Aantal geëxploiteerde Sp-bedden	865
Aantal erkende geëxploiteerde Sp-bedden	863
Aantal niet-erkende geëxploiteerde Sp-bedden	2
Aantal opgestelde Sp-bedden	833
Aantal gesloten Sp-bedden	32

(*) De erkende Sp-psychogeriatrische bedden (35) werden buiten beschouwing gelaten.

Uit deze tabel blijkt dat 5% van de erkende Sp-bedden niet geëxploiteerd wordt of (tijdelijk) gesloten is.

5.1.3 Beschouwingen

Momenteel wordt de zorg in revalidatieziekenhuizen georganiseerd en gefinancierd op basis van vier Sp-erkenningen. De inspectievaststellingen toonden aan dat de erkende capaciteit in de meeste gevallen ook effectief werd benut. Het aantal niet-geëxploiteerde of gesloten bedden bleek beperkt en was voornamelijk te verklaren door factoren zoals personeelsbeschikbaarheid of infrastructurele beperkingen.
Er werd enerzijds vastgesteld dat de organisatie van de zorg niet altijd overeenstemde met het formele erkenningskader. In vier van de zeven ziekenhuizen werden patiëntprofielen opgenomen die niet (volledig) beantwoordden aan de specifieke erkenningsvoorwaarden van de betrokken bedden (bv. in een ziekenhuis met enkel Sp-locom erkenning werden ook patiënten met een louter neurologische pathologie opgenomen en omgekeerd). Anderzijds werd vastgesteld dat de organisatie van de zorg op de afdelingen niet louter werd afgestemd op het soort Sp-erkenning, maar eerder op de aanwezige expertise en de zorgnoden van de patiënt (bv. een afdeling voor jongeren na een ongeval, waarbij zowel locomotorische als neurologische aandoeningen worden behandeld). Dit vertaalt zich in een organisatie van zorg die vaak gebaseerd is op doelgroepen of zorgprogramma's, zoals: complexe orthopedie, enkelvoudige locomotorische revalidatie, niet aangeboren hersenletsel, dwarslaesie, Multiple Sclerose.

Deze vaststellingen wijzen op een spanningsveld tussen het formele erkenningskader, dat eerder statisch is opgebouwd rond beddencategorieën, en de feitelijke organisatie van de zorg, die in de praktijk meer dynamisch en patiëntgericht wordt ingevuld.
Het beperkte aantal niet-geëxploiteerde of gesloten bedden suggereert dat de globale capaciteit in belangrijke mate operationeel is. Tegelijk wijst de vastgestelde inzet van bedden over de grenzen van erkenningscategorieën heen erop dat voorzieningen hun werking afstemmen op patiëntprofielen en opgebouwde expertise, eerder dan strikt op de formele erkenning. Deze praktijken kunnen worden begrepen in het licht van een evolutie naar een meer nodengerichte organisatie van zorg.

Vanuit de inspectievaststellingen lijkt het relevant om in het licht van de geplande hervormingen te streven naar een meer dynamisch en behoeftengestuurd model, waarbij de organisatie van revalidatiecapaciteit sterker vertrekt vanuit zorgzwaarte en patiëntprofielen dan vanuit vooraf vastgelegde beddenstructuren.

5.2 ZORGZWAARTE

5.2.1 Achtergrond

Tijdens de inspectie werd nagevraagd of het ziekenhuis zicht had op de zorgzwaarte en of er gebruik gemaakt werd van een patiëntclassificatiesysteem (PCS) en of daarmee organisatorisch (bv. aanpassen van personeelsinzet, (tijdelijke) aanpassingen van aantal opnames) rekening werd gehouden.
Er werd een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen. In die dossiers werd nagegaan of er gebruik gemaakt werd van een PCS en of dat gebeurde bij opname, bij ontslag en/of op een ander moment in de loop van de opname.

5.2.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over zorgzwaarte.

	Aantal ziekenhuizen
Ziekenhuizen die zicht hadden op de zorgzwaarte	7/7
Ziekenhuizen die gebruik maakten van een PCS	7/7
Ziekenhuizen waarbij organisatorisch rekening werd gehouden met de zorgzwaarte	5/7

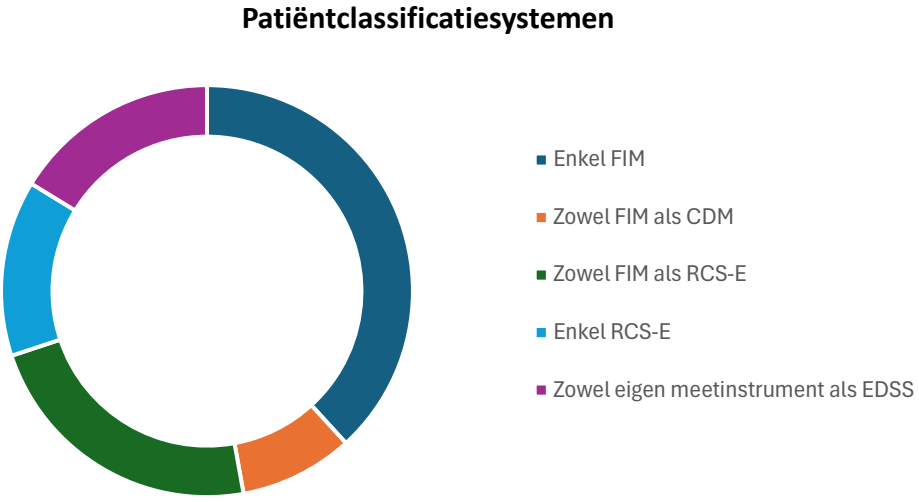
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over het gebruik van een PCS.

	Aantal dossiers
Dossiers met een patiëntclassificatiesysteem	123/140 (88%)
PCS bij opname	111/123 (90%)
PCS bij ontslag	93/123 (76%)
PCS zowel bij opname als bij ontslag	89/123 (72%)
PCS in de loop van de opname	52/123 (42%)

123 dossiers met een PCS werden gecontroleerd. Volgende patiëntclassificatiesystemen werden gebruikt:

	Aantal dossiers
Enkel FIM	47/123 (38%)
Enkel RCS-E	17/123 (14%)
Zowel FIM als RCS-E	28/123 (23%)
Zowel FIM als CDM	11/123 (9%)
Zowel eigen meetinstrument als EDSS	20/123 (16%)

In de onderstaande figuur worden de resultaten weergegeven aan de hand van een ringgrafiek.



5.2.3 Beschouwingen

De evolutie naar een meer vraaggerichte, geïntegreerde en patiëntgeoriënteerde revalidatiezorg vereist een beter inzicht in de zorgzwaarte en de individuele revalidatiebehoeften van patiënten. Tegen deze achtergrond pleiten de revalidatieziekenhuizen voor de implementatie van een gestandaardiseerd PCS dat revalidatiebehoeften kan identificeren en evalueren, deze kan koppelen aan revalidatiedoelstellingen en de toewijzing aan een passend vorm van zorgaanbod kan onderbouwen [1]. Om na te gaan in welke mate de revalidatieziekenhuizen hierop al voorbereid zijn, werd in kaart gebracht welke patiëntclassificatiesystemen vandaag worden gebruikt, in welke mate ze worden ingezet bij organisatorische beslissingen en of er al sprake is van een uniforme toepassing binnen de revalidatieziekenhuizen.

Uit de inspectievaststellingen blijkt dat alle voorzieningen zicht hadden op de zorgzwaarte en gebruikmaakten van één of meerdere patiëntclassificatiesystemen. In bijna 90% van de gecontroleerde dossiers werd een dergelijk systeem toegepast, voornamelijk via instrumenten zoals FIM, RCS-E of andere (eigen) meetinstrumenten. De toepassing gebeurt niet altijd systematisch over het volledige zorgtraject. In de meeste gecontroleerde dossiers werd de zorgzwaarte bij opname gemeten, in 72% van de gecontroleerde dossiers met PCS gebeurde deze meting zowel bij opname als bij ontslag en in 42% van de gecontroleerde dossiers met PCS in de loop van de opname. De gebruikte instrumenten zijn echter vaak verschillend tussen de voorzieningen waardoor de metingen moeilijk vergelijkbaar zijn over de ziekenhuizen heen.

De inspectievaststellingen tonen aan dat de inschatting van zorgzwaarte binnen de revalidatieziekenhuizen wel aanwezig is, maar niet op een uniforme en gestandaardiseerde manier wordt toegepast.
De variatie in gebruikte instrumenten, tijdstippen van meting en mate van opvolging illustreert dat de operationalisering van zorgzwaarte momenteel nog grotendeels context- en voorzieningsgebonden gebeurt. Dit sluit aan bij bevindingen in het KCE-rapport ‘Hoe patiëntenbehoeften identificeren?’ [2] waarin wordt benadrukt dat patiëntbehoeften en zorgzwaarte momenteel nog onvoldoende systematisch en objectief in kaart worden gebracht.

Beleidsmatig is systematisering noodzakelijk om zorgzwaarte en revalidatiebehoeften op een objectieve en vergelijkbare manier in kaart te brengen en om de toewijzing van patiënten aan het juiste zorgniveau beter te onderbouwen.
Daarnaast is het van belang om consistent het verloop van het volledige zorgtraject op te volgen: enerzijds om de planning en organisatie van de revalidatiecapaciteit beter af te kunnen stemmen op de reële zorgvraag en anderzijds om uitkomsten van zorg te kunnen opvolgen en vergelijken.

5.3 WACHTLIJST

5.3.1 Achtergrond

Tijdens de inspectie werd nagevraagd of er een wachtlijst was, hoe lang de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en start van de revalidatie was, hoeveel patiënten er op het moment van de inspectie op de wachtlijst stonden.

5.3.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over wachtlijsten.

	Aantal ziekenhuizen
Ziekenhuizen met gebruik van een wachtlijst	7/7
Ziekenhuizen met patiënten op de wachtlijst op moment van inspectie	5/7
Ziekenhuizen met zicht op wachttijd tussen aanvraag en opname	3/7

In de ziekenhuizen waar een wachtlijst aanwezig was stonden in totaal 117 patiënten op een wachtlijst (dit is 13% van de erkende bedcapaciteit).

5.3.3 Beschouwingen

Het is niet mogelijk om vanuit de inspectievaststellingen een realistisch beeld te geven van de gemiddelde wachttijden gezien de berekening van de wachttijd niet eenduidig gebeurde. Het beeld van de effectieve wachttijd kan vertekend zijn doordat onder meer geplande opnames (bijvoorbeeld voor orthopedische ingrepen die in de toekomst gepland staan) werden meegerekend.

5.4 ONTSLAGMANAGEMENT

5.4.1 Achtergrond

Tijdens de inspectie werd nagevraagd of het ziekenhuis zicht had op het aantal patiënten waarvan de revalidatiedoelstelling behaald werd en die wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie en of hierrond acties ondernomen werden.
Er werd nagevraagd hoeveel patiënten er op het moment van inspectie wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie.

5.4.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over het ontslagmanagement.

	Aantal ziekenhuizen
Ziekenhuizen met zicht op het aantal patiënten dat wachtte op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie	7/7
Ziekenhuizen waar hierrond acties ondernomen werden	6/7*

(*) In het enige ziekenhuis waar geen specifieke acties rond ontslagmanagement werden beschreven, waren op het moment van de inspectie geen wachtende patiënten aanwezig en waren er op het moment van inspectie geen acties nodig.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over patiënten die wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie.

	Aantal patiënten
Opgenomen patiënten	710
Patiënten die wachtten op een beschikbare plaats/aangepaste thuissituatie	24
Patiënten die wachtten op een plaats in een woonzorgcentrum	11
Patiënten die wachtten op een plaats in een voorziening voor personen met een handicap	8
Patiënten die wachtten op een aangepaste thuissituatie	1
Patiënten die wachtten op een andere plaats: patiënten met zeer zwaar zorgprofiel waarvoor niet de nodige gespecialiseerde zorgen konden toegediend worden in een andere zorgvoorziening.	4

5.4.3 Beschouwingen

Het ontslagmanagement werd in kaart gebracht om na te gaan in welke mate patiënten tijdig kunnen doorstromen naar een meer passende zorgvorm en om zicht te krijgen op mogelijk oneigenlijk gebruik van bedden door patiënten die wachten op vervolgzorg. Dit is relevant voor zowel de continuïteit van zorg als een efficiënte inzet van de beschikbare revalidatiecapaciteit.
De vaststellingen tonen aan dat alle voorzieningen zicht hebben op het aantal patiënten dat wachtte op een beschikbare plaats of aangepaste thuissituatie. In zo goed als alle voorzieningen werden acties ondernomen om de uitstroom te ondersteunen indien dit aangewezen was.
Op het moment van de inspectie wachtten 3% van de opgenomen patiënten op een vervolgplaats of aangepaste thuissituatie.
Deze vaststellingen wijzen erop dat de uitstroom van patiënten vanuit de revalidatieziekenhuizen in de meeste gevallen gerealiseerd kan worden, maar dat een beperkte groep patiënten geconfronteerd wordt met wachttijden voor vervolgzorg.

Volgens een nota van Zorgnet-Icuro [1] wordt revalidatiezorg gepositioneerd als een schakel binnen een breder, getrapt en geïntegreerd zorgmodel, waarbij patiënten naargelang hun zorgzwaarte en noden tijdig moeten kunnen doorstromen naar het meest aangewezen revalidatietraject.
De vaststellingen tonen dat revalidatieziekenhuizen deze rol als tussenschakel in het zorgcontinuüm in belangrijke mate opnemen, maar dat de effectieve doorstroming mede afhankelijk is van de capaciteit en de expertise op vlak van zorgaanbod van andere zorgvoorzieningen.
Dit sluit aan bij de bredere hervormingsvisie waarin revalidatie wordt gezien als intermediaire zorg met als doel de zelfredzaamheid van patiënten te herstellen en een terugkeer naar de thuissituatie of een andere zorgvorm mogelijk te maken.

6 THEMA PERSONEEL

6.1 VERPLEEGKUNDIGE PERMANENTIE, PATIENT/NURSE EN PATIENT/CAREGIVER

6.1.1 Achtergrond

Gecontroleerde eisen

Er is per afdeling permanent een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief (excl. de hoofdverpleegkundige).
Vanaf 31 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling is er op de afdeling permanent een tweede gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief.

Werkwijze

Op de bezochte verblijfsafdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Daarnaast werd gevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen waren opgesteld en hoeveel patiënten er op de dag van inspectie opgenomen waren.
De minimale verpleegkundige permanentie werd voor drie shiften gecontroleerd:

> minstens één verpleegkundige per begonnen schijf van 30 opgenomen patiënten op een afdeling van een subacute campus (= afdeling op een campus waar geen acute diensten aanwezig zijn).

Indien de verpleegkundige permanentie niet voor alle gecontroleerde shiften in orde was, werd gevraagd naar de reden van het tekort en werd de verpleegkundige permanentie bekeken voor de volledige week vóór inspectie.

Per afdeling werd de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundige (= patient/nurse ratio) en de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundigen en zorgkundigen (= patient/caregiver ratio) berekend tijdens vooraf bepaalde uren van de ochtend-, avond- en nachtshift.

6.1.2 Vaststellingen

Verpleegkundige permanentie

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de verpleegkundige permanentie.

	Aantal afdelingen
Verpleegkundige permanentie in orde	22/27 (81%)
Overdag in orde	26/27 (96%)
’s Nachts in orde	22/27 (81%)

Op vijf afdelingen van drie ziekenhuizen was de verpleegkundige permanentie niet voor alle gecontroleerde shiften in orde omdat één verpleegkundige actief was voor meer dan 30 opgenomen patiënten. Het ging daarbij telkens om 31, 32 of 33 patiënten.

Op deze vijf afdelingen werd de permanentie uitgebreider nagekeken op basis van de uurroosters en de effectieve bedbezetting in de volledige week vóór inspectie. Van de 35 gecontroleerde vroege shiften voldeden er 32 aan de verwachtingen rond verpleegkundige permanentie, en van de 35 late shiften waren dat er 34. Tijdens de nacht voldeden slechts 10 van de 35 shiften. Over de volledige gecontroleerde periode was de verpleegkundige permanentie op 8 van de 35 dagen voor alle shiften in orde.
De gegevens toonden aan dat het aantal patiënten per verpleegkundige kon oplopen tot 35 patiënten.

Uit bevraging bleek dat er op de momenten dat er meer dan 30 patiënten waren opgenomen op een afdeling de verpleegkundige bestaffing slechts uitzonderlijk werd aangepast aan de verhoogde patiëntenbelasting (dit gebeurde op één van de vijf afdelingen). Soms werd een extra zorgkundige, al dan niet structureel, voorzien die hulp bood op meerdere afdelingen.

Prioritaire inbreuk – Verpleegkundige permanentie	Aantal ziekenhuizen met prioritaire inbreuk
De verpleegkundige permanentie was niet op alle gecontroleerde afdelingen verzekerd.	3/7

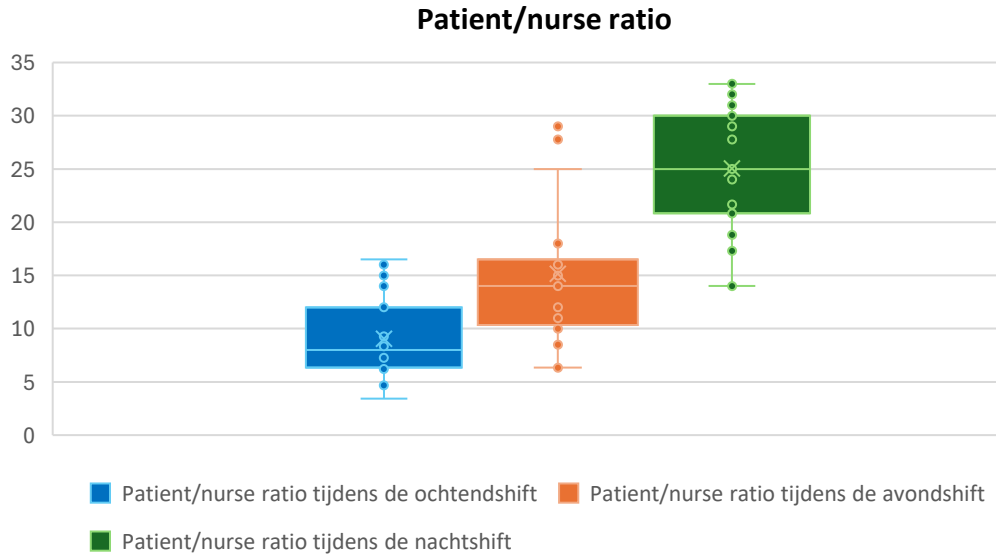
Patient/nurse

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de patient/nurse ratio.

	Gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige	Aantal patiënten / aantal verpleegkundigen
Tijdens de ochtendshift	7,67	710/92,54
Tijdens de avondshift	13,01	679/52,18
Tijdens de nachtshift	24,47	709/28,97

Gemiddeld bedroeg de patient/nurse ratio voor de ochtendshift 7,67 (met een spreiding van 3,43 tot 16,50 patiënten per verpleegkundige).
Voor de avondshift bedroeg dit 13,01 (met een spreiding van 6,33 tot 29 patiënten per verpleegkundige).
Voor de nachtshift bedroeg dit 24,47 (met een spreiding van 14 tot 33 patiënten per verpleegkundige).

In de onderstaande figuur worden de resultaten weergegeven aan de hand van een boxplot[1], die de spreiding van de gevonden waarden per afdeling visualiseert.



[1] De onderste lijn van de box komt overeen met het 25e percentiel: een vierde van de waardes ligt onder deze lijn. De bovenste lijn van de box wordt gevormd door het 75e percentiel: een vierde van de waardes ligt boven deze lijn. Dat betekent meteen dat 50% van de gevonden waardes binnen de box liggen. De mediaan (= 50e percentiel) wordt aangeduid door de horizontale lijn in de box. Het gemiddelde wordt aangeduid door een kruis, en ligt niet noodzakelijk in de box. De waarden die weergegeven worden door punten, liggen meer dan 1,5 keer de hoogte van de box boven of onder de box. De andere waarden die niet binnen de box vallen, bevinden zich op de verticale lijnen boven en onder de box.

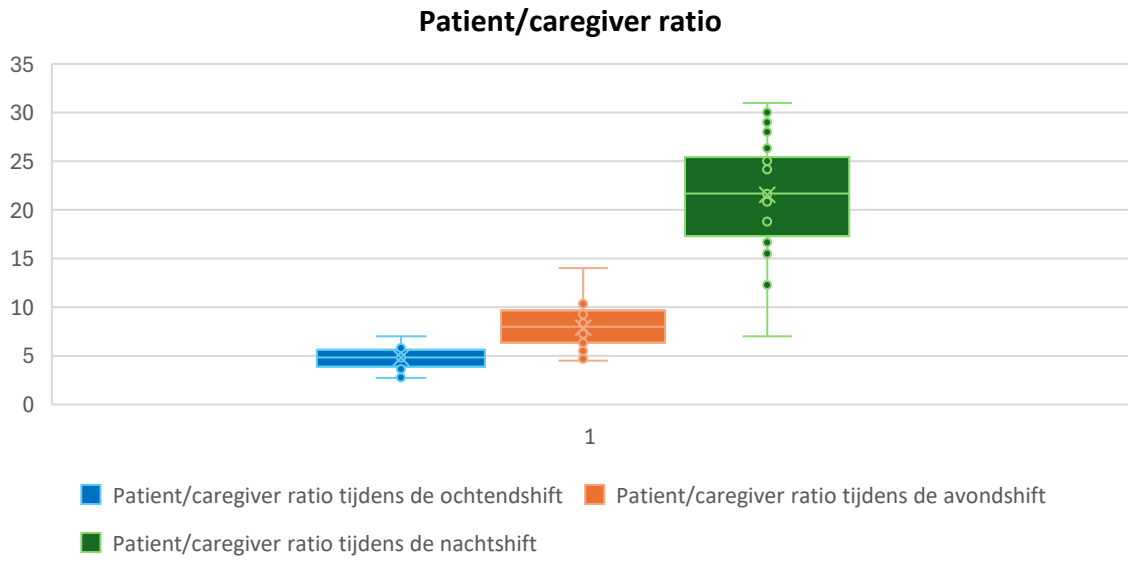
Patient/caregiver

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de patient/caregiver ratio.

	Gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige	Aantal patiënten / aantal verpleegkundigen + zorgkundigen
Tijdens de ochtendshift	4,53	710/156,89
Tijdens de avondshift	7,58	679/89,54
Tijdens de nachtshift	20,44	709/34,69

Gemiddeld bedroeg de patient/caregiver ratio voor de ochtendshift 4,53 (met een spreiding van 2,71 tot 7 patiënten per verpleegkundige + zorgkundige).
Voor de avondshift bedroeg dit 7,58 (met een spreiding van 4,5 tot 14 patiënten per verpleegkundige + zorgkundige).
Voor de nachtshift bedroeg dit 20,44 (met een spreiding 7 van tot 31 patiënten per verpleegkundige + zorgkundige).

In de onderstaande figuur worden de resultaten weergegeven aan de hand van een boxplot, die de spreiding van de gevonden waarden per afdeling visualiseert.



6.1.3 Beschouwingen

De verpleegkundige permanentie voldeed niet op alle afdelingen aan de verwachtingen. In drie van de zeven ziekenhuizen gaf de verpleegkundige permanentie aanleiding tot een prioritaire inbreuk. In totaal waren 22 van de 27 afdelingen in orde voor de verpleegkundige permanentie. Bij de afdelingen die niet in orde waren was er een duidelijke differentiatie tussen dag- en nachtwerking. Overdag was de permanentie op nagenoeg alle afdelingen verzekerd (26/27), terwijl dit ’s nachts duidelijk minder het geval was (22/27).
De gemiddelde patient/nurse ratio steeg naarmate de dag vorderde, van gemiddeld ongeveer 8 patiënten per verpleegkundige tijdens de ochtendshift, tot 13 patiënten tijdens de avondshift en tot ongeveer 24,5 tijdens de nachtshift. Eenzelfde tendens werd vastgesteld voor de patient/caregiver ratio, waarbij de inzet van zorgkundigen de belasting voor de verpleegkundigen vooral tijdens de dag- en avondshift verlaagde. De inzet van zorgkundigen tijdens de nacht was eerder beperkt.
Verdere analyse van de vaststellingen rond verpleegkundige permanentie wees uit dat de knelpunten zich vooral tijdens de avond- en nachtshiften situeerden. Tijdens de nacht voldeed slechts een beperkt aandeel van de extra gecontroleerde shiften (10/35) aan de norm.

Deze vaststellingen wijzen op een duidelijke variatie in personeelsinzet over de verschillende shiften heen, waarbij vooral de nachtbezetting onder druk staat.
De hogere patient/nurse ratio's tijdens de nacht impliceren dat één verpleegkundige verantwoordelijk is voor een relatief groot aantal patiënten, wat de intensiteit van de zorgverlening en de mogelijkheid tot opvolging kan beïnvloeden.
Het KCE-rapport 'Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen' [3] wijst erop dat de verhouding tussen patiënten en verpleegkundigen een belangrijke factor in de kwaliteit en veiligheid van zorg vormt, waarbij een hogere werkbelasting per verpleegkundige samenhangt met minder gunstige patiëntuitkomsten. Het vastleggen van minimale patient/nurse ratio's kan een haalbare strategie zijn om zowel de verpleegkundige omkadering als de patiëntuitkomsten te verbeteren, met een gunstige kosten-batenverhouding.

Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat op vijf van de 27 afdelingen de verpleegkundige permanentie niet voldeed aan de wettelijke minimumnormen en dit vooral tijdens de nachtshiften. In het licht van de evolutie naar een meer nodengericht en geïntegreerd revalidatiemodel lijkt het aangewezen om niet alleen globale personeelsnormen te hanteren, maar ook expliciet aandacht te besteden aan de spreiding van personeel over de verschillende shiften.

6.2 BESTAFFING VERPLEEGKUNDIGEN EN ZORGKUNDIGEN

6.2.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

- Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen
  Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.
- Sp-dienst voor neurologische aandoeningen
  Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalente leden van het verzorgend personeel.
- Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen
  Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.
- Sp-dienst voor chronische aandoeningen
  Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd het uurrooster van de verpleegkundigen en de zorgkundigen opgevraagd. Het aantal VTE verpleegkundigen (excl. hoofdverpleegkundige) en zorgkundigen werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad.
Voor gemengde afdelingen (bedden met verschillende Sp-erkenningen op één afdeling) werd het aantal VTE in verhouding berekend. Hierdoor kan eenzelfde afdeling meer dan één keer voorkomen in de tabellen per erkenning, waardoor de som van het aantal afdelingen hoger ligt dan het aantal effectief bezochte afdelingen.
Bij een overtal VTE verpleegkundigen en een tekort VTE zorgkundigen werd het overtal aan VTE verpleegkundigen opgeteld bij het aantal VTE zorgkundigen (zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau).

6.2.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen op de gecontroleerde Sp-diensten.

	Sp-cardio	Sp-neuro	Sp-locom	Sp-chron
Aantal opgestelde Sp-bedden	41	371	358	63
Gemiddeld aantal bezette bedden	27,61	263,80	321,35	55,65
Aantal VTE verpleegkundigen	13,31	127,32	118,43	18,70
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per bezet bed	0,48	0,48	0,37	0,34
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per 30 bezette bedden	14,46	14,48	11,06	10,08
Aantal afdelingen waarbij het aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan de wettelijke norm	3/3	10/12	10/15	2/2
Aantal VTE zorgkundigen	7,33	57,51	57,15	15,80
Gemiddeld aantal VTE zorgkundigen per bezet bed	0,27	0,22	0,18	0,28
Gemiddeld aantal VTE zorgkundigen per 30 bezette bedden	7,96	6,54	5,34	8,52
Aantal afdelingen waarbij het aantal VTE zorgkundigen voldeed aan de wettelijke norm	2/3	9/12	5/15	2/2

Equipe verpleegkundigen en zorgkundigen op ziekenhuisniveau

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal VTE verpleegkundigen op ziekenhuisniveau.

	Aantal
Aantal opgestelde Sp-bedden	833
Gemiddeld aantal bezette bedden	668,41
Aantal VTE verpleegkundigen	277,76
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per bezet bed	0,42
Gemiddeld aantal VTE verpleegkundigen per 30 bezette bedden	12,47
Aantal ziekenhuizen waarbij het aantal VTE verpleegkundigen voldeed aan de wettelijke norm	7/7

Uit de inspectievaststellingen blijkt dat alle ziekenhuizen voldeden aan de wettelijke norm voor het aantal VTE verpleegkundigen, ook al was dit niet het geval op afdelingsniveau voor het aantal bedden per erkenning. Op sommige afdelingen was er een overtal aan verpleegkundigen voor het aantal bedden per erkenning en/of was er een overtal aan mobiele equipe op ziekenhuisniveau, waardoor de tekorten voor het aantal bedden op afdelingsniveau werden gecompenseerd.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal VTE zorgkundigen op ziekenhuisniveau.
De normen voor het aantal VTE zorgkundigen zijn verschillend naargelang de erkenning.
Aangezien de normen voor Sp-cardio dezelfde zijn als voor Sp-chronisch en de normen voor Sp-neuro dezelfde als voor Sp-locom werden ze samengevoegd in de onderstaande tabel.

	Sp-cardio + Sp-chron	Sp-neuro + Sp-locom
Aantal opgestelde Sp-bedden	104	729
Gemiddeld aantal bezette bedden	83,26	585,15
Aantal VTE zorgkundigen	23,12	114,66
Gemiddeld aantal VTE zorgkundigen per bezet bed	0,28	0,20
Gemiddeld aantal VTE zorgkundigen per 30 bezette bedden	8,33	5,88
Aantal ziekenhuizen waarbij het aantal VTE zorgkundigen voldeed aan de wettelijke norm	3/3*	6/6*

(*) Voor ziekenhuizen met meerdere erkenningen werd het aantal VTE zorgkundigen in verhouding en per erkenning berekend. Hierdoor is de som van het aantal ziekenhuizen in de tabel verschillend van het aantal bezochte ziekenhuizen.

In alle bezochte ziekenhuizen voldeed het aantal VTE verpleegkundigen en zorgkundigen op ziekenhuisniveau aan de wettelijke normen.

6.2.3 Beschouwingen

De verpleegkundige bestaffing voldeed op bijna 80% van de afdelingen aan de vooropgestelde normen. Hoewel de wettelijke norm voor de verpleegkundige inzet voor alle Sp-erkenningen dezelfde is, varieerde de gemiddelde inzet per bezet bed tussen 0,34 en 0,48. Voor zorgkundigen varieerde de gemiddelde inzet per bed tussen 0,18 en 0,28, afhankelijk van het type Sp-dienst.

Voor meerdere afdelingen en nagenoeg alle ziekenhuizen (zes van de zeven) werd vastgesteld dat een tekort aan zorgkundigen werd opgevangen door een hogere inzet van verpleegkundigen. In die gevallen werd het overtal aan verpleegkundigen opgeteld bij de zorgkundige bestaffing. Mogelijk is het inzetten van meer verpleegkundige expertise een bewuste keuze.

Hoewel de bestaffing op een aantal afdelingen niet voldeed aan de wettelijke normen, voldeden alle voorzieningen op ziekenhuisniveau wel aan de wettelijke normen voor zowel verpleegkundige als zorgkundige bestaffing. In de ziekenhuizen waar tekorten werden vastgesteld op afdelingsniveau, kon worden aangetoond dat in de mobiele equipe, bovenop de wettelijke norm bijkomende medewerkers werden ingezet. Het overtal binnen deze mobiele equipe compenseerde op ziekenhuisniveau de vastgestelde tekorten op afdelingsniveau. Daardoor kon de mobiele equipe flexibel worden ingezet op afdelingen waar nood is aan extra handen aan bed.

Deze vaststellingen wijzen erop dat op ziekenhuisniveau de verpleegkundige en de zorgkundige personeels-bezetting voldeed aan de wettelijke verwachtingen, maar dat de samenstelling anders werd ingevuld dan voorzien volgens de erkenningsnormen.

Een evenwichtige en doelgerichte inzet van verschillende zorgberoepen, afgestemd op de zorgzwaarte en noden van de patiënt, is van belang. Daarom lijkt het aangewezen om in het kader van een meer nodengericht en geïntegreerd revalidatiemodel niet alleen te focussen op het behalen van globale personeelsnormen, maar ook op een gevarieerde samenstelling en complementariteit van teams.

6.3 BESTAFFING THERAPEUTISCH TEAM

6.3.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

> Sp-dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over een voltijds equivalent ergotherapeut of logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.
Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een diëtist met een bijzondere ervaring in het overbrengen van informatie inzake voedingsleer.

> Sp-dienst voor neurologische aandoeningen

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.
Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

> Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.
Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

> Sp-dienst voor chronische aandoeningen

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80% moet de dienst ten minste beschikken over één voltijds equivalent ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.
Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd het uurrooster van de kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten opgevraagd. Het aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werd beoordeeld in functie van het aantal opgestelde bedden en de gemiddelde bezettingsgraad op ziekenhuisniveau.
Daarnaast werd nagegaan of de afdeling een beroep kon doen op een diëtist of een psycholoog.
Voor ziekenhuizen met meerdere erkenningen werd het aantal VTE therapeuten in verhouding en per erkenning berekend.
Hierdoor kan eenzelfde ziekenhuis meer dan één keer voorkomen in de tabellen per erkenning, waardoor de som van het aantal ziekenhuizen hoger ligt dan het aantal effectief bezochte ziekenhuizen.

6.3.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over VTE therapeutisch team op de gecontroleerde Sp-diensten.

	Sp-cardio	Sp-neuro	Sp-locom	Sp-chron
Aantal opgestelde Sp-cardio bedden	41	371	358	63
Gemiddeld aantal bezette bedden	27,61	263,80	321,35	55,65
Aantal VTE kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten	8,41	117,65	69,32	11,10
Gemiddeld aantal VTE therapeuten per bezet bed	0,30	0,45	0,22	0,20
Gemiddeld aantal VTE therapeuten per 30 bezette bedden	9,14	13,38	6,47	5,98
Aantal VTE kinesitherapeuten	3,96	60,33	30,59	4,80
Gemiddeld aantal VTE kinesitherapeuten per bezet bed	0,14	0,23	0,10	0,09
Gemiddeld aantal VTE kinesitherapeuten per 30 bezette bedden	4,30	6,86	2,86	2,59
Aantal VTE ergotherapeuten	4,04	42,89	32,39	5,30
Gemiddeld aantal VTE ergotherapeuten per bezet bed	0,15	0,16	0,10	0,10
Gemiddeld aantal VTE ergotherapeuten per 30 bezette bedden	4,39	4,88	3,02	2,86
Aantal VTE logopedisten	0,41	14,43	6,34	1
Gemiddeld aantal VTE logopedisten per bezet bed	0,01	0,05	0,02	0,02
Gemiddeld aantal VTE logopedisten per 30 bezette bedden	0,45	1,64	0,59	0,54
Aantal ziekenhuizen waarbij het aantal VTE therapeuten voldeed aan de wettelijke norm	2/2	4/4	4/4	1/1
Aantal ziekenhuizen waarbij beroep kon gedaan worden op een diëtist	2/2	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Aantal VTE diëtisten ziekenhuisbreed	5,39	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Aantal ziekenhuizen waarbij beroep kon gedaan worden op een psycholoog	n.v.t.	4/4	4/4	1/1
Aantal VTE psychologen ziekenhuisbreed	n.v.t.	18,13	12,56	0,70

In alle ziekenhuizen voldeed de bestaffing van het therapeutisch team aan de vooropgestelde normen.
In alle ziekenhuizen kon, waar wettelijk vereist, beroep gedaan worden op een diëtist en/of psycholoog.

6.3.3 Beschouwingen

Verschillende disciplines, waaronder kinesitherapie, ergotherapie, logopedie en, waar wettelijk vereist, diëtiek en psychologie, maken structureel deel uit van het revalidatieaanbod. De paramedische omkadering lag gemiddeld bijna vier keer hoger dan de wettelijke norm.

Deze vaststellingen geven aan dat de revalidatiezorg in belangrijke mate multidisciplinair wordt georganiseerd, waarbij verschillende disciplines gezamenlijk bijdragen aan het herstelproces en het bereiken van de revalidatiedoelstellingen van de patiënt.
Multidisciplinaire behandeling en overleg is belangrijk als kerncomponent van kwaliteitsvolle revalidatiezorg.

Gezien in alle ziekenhuizen de wettelijke normen voor het therapeutisch team ruimschoots worden overschreden, stelt zich de vraag of het aangewezen is om, in het kader van de komende hervormingen, dit nader te bekijken en zo nodig de normering aan te passen.

6.4 SAMENVATTING THEMA PERSONEEL

	Aantal ziekenhuizen
De verpleegkundige permanentie was verzekerd op de gecontroleerde afdelingen.	4/7
Het aantal VTE verpleegkundigen op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.	7/7
Het aantal VTE zorgkundigen op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.	7/7
Het aantal VTE therapeuten op ziekenhuisniveau voldeed aan de wettelijke norm.	7/7
Ziekenhuizen met een Sp-cardio erkenning Er kon een beroep gedaan worden op een diëtist.	2/2
Ziekenhuizen met een Sp-neuro erkenning Er kon een beroep gedaan worden op een psycholoog.	4/4
Ziekenhuizen met een Sp-locom erkenning Er kon een beroep gedaan worden op een psycholoog.	4/4
Ziekenhuizen met een Sp-chron erkenning Er kon een beroep gedaan worden op een psycholoog.	1/1

7 THEMA VEILIGE ZORG

7.1 BEVEILIGING VAN DOSSIERGEGEVENS

7.1.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

De toegang tot de dossiers (lees- en schrijfrechten) is vastgelegd, beveiligd en wordt gelogd. Het ziekenhuis ziet erop toe dat slechts bevoegden toegang hebben tot het dossier en beschikt over systemen om raadpleging van het dossier door onbevoegden op te sporen.
De werknemer vergrendelt de pc zodra hij deze onbeheerd achterlaat.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd nagegaan of onbemande laptops/pc's vergrendeld waren en of papieren dossiers/documenten niet toegankelijk waren voor patiënten en/of bezoekers.

7.1.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de beveiliging van de dossiergegevens op 27 verblijfsafdelingen en één dagziekenhuis.

	Aantal afdelingen
Afdelingen met beveiliging van dossiergegevens in orde	26/28 (93%)
Afdelingen met pc's in orde	28/28 (100%)
Afdelingen met papieren dossiers / documenten in orde	26/28 (93%)

In twee van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat niet op alle afdelingen alle dossiergegevens beveiligd waren.

7.1.3 Beschouwingen

De beveiliging van dossiergegevens was op de meeste afdelingen in orde. Uit de resultaten blijkt dat de beveiliging van pc's het meest consequent wordt toegepast (100%), terwijl voor papieren dossiers nog enige verbetering mogelijk is (93%).

Een gelijkaardig patroon werd vastgesteld tijdens het geriatrisch zorgtraject waar de beveiliging van dossiergegevens eveneens overwegend in orde was. Op 83% van de afdelingen waren de dossiergegevens niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers. Hierbij waren de pc's voor 93% van de afdelingen in orde en de papieren dossiers/documenten voor 87% in orde.

7.2 BELEID OPROEPSYSTEEM REANIMATIE EN VROEGTIJDIG OPSPOREN KRITIEKE PATIËNTEN

7.2.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

De patiënt moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, de bevoegde hulp van ervaren artsen kunnen ontvangen. Binnen het ziekenhuis is er een interne MUG-functie uitgebouwd waarop door de diensten 24u/24u en 7d/7d beroep kan gedaan worden.
Deze interne MUG is aanwezig intra-muros op campus niveau.
Er is een performant oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstrekker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend.

Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System) en beschikt daarvoor over een protocol. Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties afhankelijk van de behaalde score. De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding genoten over dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover. Het protocol wordt toegepast.

Werkwijze

De procedures betreffende het oproepsysteem voor reanimatie/interne MUG en betreffende het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten werden opgevraagd. Deze procedures werden gecontroleerd op aanwezigheid van een aantal elementen.
Er werd nagevraagd of er gewerkt wordt met een staand order bij medische urgenties/reanimatie-oproepen.

7.2.2 Vaststellingen

Alle ziekenhuizen beschikten over een procedure rond reanimatie-oproepen.
In alle gecontroleerde procedures was vermeld dat de arts van wacht altijd wordt verwittigd bij een reanimatie-oproep, zowel overdag als ’s nachts.
In vier van de zeven ziekenhuizen was in de procedures duidelijk beschreven hoe een reanimatie-oproep moet gebeuren.
In vier van de zeven ziekenhuizen kwam de reanimatie-oproep rechtstreeks bij het reanimatieteam terecht; in de drie andere ziekenhuizen kwam de reanimatie-oproep pas na één of meerdere tussenpersonen terecht bij het reanimatieteam.
In drie van de zeven ziekenhuizen beschrijft de procedure welke zorgverleners behoorden tot het reanimatieteam en welke personen werden opgeroepen bij nood aan reanimatie.
Drie ziekenhuizen hielden cijfers bij over het aantal reanimatie-oproepen.

Vijf van de zeven ziekenhuizen werkten met een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten. In deze vijf ziekenhuizen was hiervoor een procedure uitgewerkt. Alle procedures vermeldden de te meten parameters, de meetfrequentie en vanaf wanneer vervolgacties nodig waren.

In geen enkel ziekenhuis werd er gewerkt met een staand order bij medische urgenties/reanimatie-oproepen.

7.2.3 Beschouwingen

Alle voorzieningen beschikten over een procedure rond reanimatie-oproepen. Er werd vastgesteld dat de procedures niet altijd overeenkwamen met de praktijk en dat er niet altijd duidelijk vermeld werd wie moest opgeroepen worden bij nood aan reanimatie. In levensbedreigende situaties is het van belang dat er duidelijke en eenduidige afspraken zijn zodat er geen kostbare tijd verloren gaat. Daarnaast is het belangrijk dat de afspraken op papier overeenstemmen met de realiteit in de praktijk.

In de meerderheid van de ziekenhuizen was er een procedure betreffende het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten. Dit past in een evolutie waarbij revalidatieziekenhuizen geconfronteerd worden met patiënten met een meer acuut en complex zorgprofiel omwille van een kortere verblijfsduur in acute ziekenhuizen.

Verdere concretisering en operationalisering van procedures met betrekking tot kritieke en levensbedreigende situaties verdient de nodige aandacht zodat een tijdige en adequate respons op medische urgenties binnen de revalidatieziekenhuizen verzekerd kan worden.
Mogelijk kan het verzamelen van cijfergegevens betreffende reanimatie-oproepen en het opsporen van kritieke patiënten en het analyseren van deze cijfergegevens, bijkomende input geven voor het op punt stellen van de betreffende procedures.

7.3 VORMING BASISBEGINSELEN VAN DE REANIMATIE

7.3.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Daarvoor is aangepaste infrastructuur en materiaal in het ziekenhuis aanwezig.
Heel het team van verpleegkundigen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij de verpleegkundigen een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de Advanced Life Support-(ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste twee jaar, hetzij een certificaat kunnen voorleggen van een opleiding in de ALS waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal vijf jaar bedraagt.
Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Werkwijze

Voor alle verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis die niet betrokken zijn bij het reanimatieteam, werd gecontroleerd of zij een vorming rond basisbeginselen in de reanimatie (BLS) konden aantonen in de voorbije twee jaar.
Daarnaast werd nagegaan of alle verpleegkundigen die betrokken zijn bij het reanimatieteam een opleiding BLS hadden gevolgd in de voorbije twee jaar.

7.3.2 Vaststellingen

In twee ziekenhuizen maakte het volledige verpleegkundige team deel uit van het reanimatieteam.
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over vorming rond BLS.

	Aantal verpleegkundigen
Verpleegkundigen niet betrokken bij het reanimatieteam met aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar	210/234 (90%)
Verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam met aantoonbare opleiding BLS in de voorbije 2 jaar	199/206 (97%)

In twee van de vijf ziekenhuizen hadden niet alle verpleegkundigen die niet betrokken waren bij het reanimatieteam de basisopleiding reanimatie gevolgd in de laatste twee jaar voor inspectie.
Voor verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam was dit het geval in vier van de zeven ziekenhuizen.
Dit gaf aanleiding tot een inbreuk in de desbetreffende ziekenhuizen.

7.3.3 Beschouwingen

In de meeste gevallen beschikten verpleegkundigen (al dan niet betrokken bij het reanimatieteam) over een aantoonbare basisopleiding in reanimatie (BLS) in de voorbije twee jaar.

Het volgen van een BLS opleiding door alle verpleegkundigen, en in het bijzonder door de verpleegkundigen die deel uitmaken van het reanimatieteam, is van groot belang om adequaat en correct te kunnen handelen in het geval van medische urgenties. Een goede opvolging door het ziekenhuis van de gevolgde vormingen door alle verpleegkundigen verdient de nodige aandacht.

7.4 MATERIAAL REANIMATIEKAR

7.4.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Op de dienst die instaat voor de interne MUG, is een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG-toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel.
Deze controle wordt geregistreerd.

Werkwijze

De aanwezigheid van een specifieke reanimatiekar voor reanimatie-oproepen binnen het ziekenhuis werd gecontroleerd. Het materiaal voor reanimatie werd gecontroleerd.

7.4.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over materiaal in de reanimatiekar.

	Aantal ziekenhuizen
Reanimatiekar aanwezig	7/7
Defibrillator/AED	7/7
Ambu of beademingstoestel	7/7
Materiaal voor aspiratie	7/7
(Draagbare) zuurstofbron	7/7
Materiaal voor intubatie	7/7
Materiaal voor intraveneuze perfusie (naalden, leidingen, infusen)	7/7
Alle materiaal voor reanimatie aanwezig op één plaats	7/7

In alle ziekenhuizen waren alle gecontroleerde materialen in de reanimatiekar aanwezig.

7.5 ONDERHOUD DEFIBRILLATOR/AED-TOESTEL

7.5.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Defibrillatoren krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).

Er is een inspectierapport aanwezig op de dienst waar het toestel wordt gebruikt waarin de duidelijke identificatie van het toestel vermeld staat en wanneer de laatste inspectie en/of onderhoud uitgevoerd is, alsook door wie (intern of externe leverancier).

Werkwijze

De preventieve controle van alle in het ziekenhuis aanwezige defibrillatoren/AED-toestellen werd nagegaan.

7.5.2 Vaststellingen

Alle 16 gecontroleerde defibrillatoren (AED's) werden in de voorbije 12 maanden nagekeken.

7.6 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE OP DE AFDELING

7.6.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Er is een performant oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstrekker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd nagegaan of er een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was aan bed van de patiënt of op zak bij zorgverleners op de afdeling.

7.6.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen met betrekking tot het oproepsysteem voor reanimatie op 27 verblijfsafdelingen en één dagziekenhuis.

	Aantal
Patiëntenkamers/zorgverleners met beschikbaar oproepsysteem voor reanimatie	116/136 (85%)
Aantal afdelingen waarbij het oproepsystemen voor reanimatie in orde was	15/28 (54%)

Onderstaande tabel geeft meer detail over de vaststellingen met betrekking tot het oproepsysteem voor reanimatie.

	Aantal
Afdelingen met een oproepsysteem voor reanimatie op de patiëntenkamer	12/28 (43%)
Afdelingen waar in alle gecontroleerde patiëntenkamers een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was	12/12 (100%)
Patiëntenkamers met beschikbaar oproepsysteem voor reanimatie	60/60 (100%)
Afdelingen met een oproepsysteem voor reanimatie op zak van de zorgverleners	16/28 (57%)
Afdelingen waar alle gecontroleerde zorgverleners een oproepsysteem voor reanimatie op zak hadden	3/16 (19%)
Zorgverleners met beschikbaar oproepsysteem voor reanimatie	56/76 (74%)

Prioritaire inbreuk – Oproepsysteem reanimatie	Aantal ziekenhuizen met prioritaire inbreuk
Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.	5/7

7.6.3 Beschouwingen

Het oproepsysteem voor reanimatie voldeed maar in iets meer dan de helft van de afdelingen aan de vooropgestelde eis. In vijf van de zeven ziekenhuizen gaf dit aanleiding tot een prioritaire inbreuk.

Uit de vaststellingen blijkt dat op minder dan de helft van de afdelingen een vast oproepsysteem aanwezig was aan het bed van de patiënt. De meeste afdelingen werkten met een mobiel oproepsysteem dat de zorgverleners op zak hebben. De inbreuken werden allemaal vastgesteld op afdelingen waar een beroep werd gedaan op mobiele communicatiemiddelen om het reanimatieteam op te roepen. Meestal waren er onvoldoende mobiele telefoons beschikbaar voor alle aanwezige zorgverleners en een zeldzame keer was de mobiele telefoon aan het opladen.

Tijdens het geriatrisch zorgtraject werd een gelijkaardig aandachtspunt vastgesteld. Hoewel hier in de meerderheid van de gevallen een oproepsysteem beschikbaar was (97%), werd vastgesteld dat het gebruik van draagbare of vaste toestellen in de praktijk niet steeds sluitend was, onder meer door het niet beschikbaar of niet operationeel zijn ervan.

Wetenschappelijke studies wijzen uit dat het belangrijk is om in geval van hartstilstand zo vlug mogelijk te starten met reanimatie om de overlevingskans te verhogen [4]. Elke mogelijke vertraging tijdens de reanimatie kan een negatieve invloed hebben op de uitkomst van overleving en/of complicaties.
Vandaar het belang dat de zorgverlener bij levensbedreigende situaties in de directe omgeving van de patiënt alarm kan slaan en het reanimatieteam kan oproepen, terwijl hij constant toezicht kan houden op de patiënt en de reanimatie onmiddellijk kan opstarten.

In dit kader is het van belang dat de wijze waarop het oproepsysteem voor reanimatie is georganiseerd, een snelle en rechtstreekse oproep van het reanimatieteam aan het bed van de patiënt garandeert.
Bij gebruik van draagbare communicatiemiddelen bleek de beschikbaarheid afhankelijk van het effectief bij zich dragen van het toestel door de zorgverlener. Het gebruik van reanimatieknoppen aan het bed van de patiënt lijkt in dat opzicht een meer sluitende oplossing te bieden.

7.7 BEREIKBAAR OPROEPSYSTEEM OP DE PATIËNTENKAMER

7.7.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

Een doeltreffend oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

Gecontroleerde eisen

Elke patiëntenkamer beschikt minimaal over een bereikbaar beloproepsysteem.

Alle lokalen, inclusief de wc's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten aanwezig in de kamers gevraagd of:

- zij vanuit de plaats of positie waarin ze zich op dat moment bevonden het oproepsysteem konden bereiken;
- zij altijd een medewerker kunnen verwittigen via het oproepsysteem (ook als men bv. in de zetel of aan tafel zit);
- zij op tijd geholpen worden indien men oproept.

7.7.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over bereikbaar oproepsysteem op de patiëntenkamer.

	Aantal patiënten
Patiënten met bereikbaar oproepsysteem	183/188 (97%)

In vier van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld, omwille van het feit dat niet alle gecontroleerde patiënten een bereikbaar oproepsysteem hadden.

7.7.3 Patiëntenbevraging

Er werden 120 patiënten bevraagd over het oproepen van een medewerker.

- 116 van de 120 (97%) patiënten gaven aan altijd een medewerker te kunnen oproepen.
- 4 van de 120 (3%) patiënten gaven aan meestal wel een medewerker te kunnen oproepen.

Er werden 120 patiënten bevraagd over het op tijd geholpen worden.

- 78 van de 120 (65%) patiënten gaven aan altijd op tijd geholpen te worden.
- 39 van de 120 (32,5%) patiënten gaven aan meestal op tijd geholpen te worden.
- 3 van de 120 (2,5%) patiënten gaven aan meestal niet op tijd geholpen te worden.

7.7.4 Beschouwingen

Nagenoeg alle gecontroleerde patiënten hadden een bereikbaar oproepsysteem. Ook uit de patiënten-bevraging blijkt dat de grote meerderheid van de patiënten aangaven een medewerker te kunnen oproepen en doorgaans tijdig geholpen te worden.
Deze vaststellingen wijzen op zeer goede toegankelijkheid van het oproepsysteem en een positieve ervaring van patiënten met betrekking tot het oproepen van hulp en de responstijd.

De vastgestelde inbreuken tonen echter aan dat er zich op individueel patiëntniveau lacunes kunnen voordoen. Een bereikbaar oproepsysteem is niet alleen van belang voor een tijdige hulpverlening, maar ook voor het vermijden van veiligheidsrisico's bij kwetsbare patiënten.

Een gelijkaardig beeld werd vastgesteld in het geriatrisch zorgtraject. Aan de ene kant werd daar vastgesteld dat 95% van de gecontroleerde patiënten een bereikbaar oproepsysteem hadden en gaf bijna 99% van de patiënten aan altijd of meestal een medewerker te kunnen oproepen. Aan de andere kant werd daar vastgesteld dat niet alle patiënten steeds tijdig geholpen werden en dat de bereikbaarheid van het oproepsysteem, in het bijzonder voor minder mobiele patiënten, niet in alle situaties gegarandeerd was.

7.8 OPROEPSYSTEEM IN ANDERE LOKALEN DAN PATIËNTENKAMERS

7.8.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtsapparatuur beschikken.

Gecontroleerde eis

Alle lokalen, inclusief de wc's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd een wc op de gang en de gemeenschappelijke badkamer gecontroleerd op aanwezigheid van een doeltreffend oproepsysteem.

7.8.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over een oproepsysteem in andere lokalen dan patiëntenkamers.

	Aantal lokalen
wc op de gang met oproepsysteem	13/21 (62%)
Gemeenschappelijke badkamer met oproepsysteem	23/23 (100%)
Totaal	36/44 (82%)

In drie van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat niet alle gecontroleerde andere lokalen dan patiëntenkamers een doeltreffend oproepsysteem hadden.

7.8.3 Beschouwingen

Uit de vaststellingen blijkt dat in een groot deel van de gecontroleerde wc's op de gang geen oproepsysteem aanwezig was.
In het geriatrisch zorgtraject werden gelijkaardige vaststellingen gedaan m.b.t. oproepsystemen in andere lokalen (99% aanwezig in badkamers, 79% aanwezig in wc's op de gang).

Het is van belang dat oproepsystemen in alle relevante ruimtes aanwezig zijn om de veiligheid en de toegang tot de nodige hulp voor patiënten en bezoekers ook buiten de patiëntenkamers te kunnen garanderen.

7.9 BEVEILIGING RAMEN

7.9.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis die zich boven de gelijkvloerse verdieping bevonden, werd telkens in een aantal ruimtes nagegaan of de ramen beveiligd waren.

7.9.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over beveiligde ramen.

	Aantal ruimtes
Ruimtes met beveiligde ramen	163/168 (97%)

In twee van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat niet alle gecontroleerde ruimten beveiligde ramen hadden.

7.9.3 Beschouwingen

Uit de vaststellingen blijkt dat nagenoeg alle gecontroleerde ramen beveiligd waren.

Een gelijkaardig beeld werd vastgesteld in het geriatrisch zorgtraject, waar eveneens een zeer hoge conformiteit werd gerapporteerd (98%).

7.10 REDEN VOOR HET NIET TOEDIENEN VAN MEDICATIE

7.10.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Medicatie wordt genoteerd/afgevinkt na toediening door de verpleegkundige die toegediend heeft. Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werd in de medicatieschema's van patiënten gezocht naar een aantal niet toegediende geneesmiddelen. Vervolgens werd gecontroleerd of de reden van niet toedienen werd vermeld.

7.10.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de redenen voor het niet toedienen van geneesmiddelen.

	Aantal geneesmiddelen
Niet toegediende geneesmiddelen met reden voor niet toedienen	195/228 (86%)

In drie van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat voor minder dan 80% van de gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen een reden voor niet toedienen werd gevonden.

7.10.3 Beschouwingen

De vaststellingen wijzen erop dat bij meer dan 80% van de gevallen een reden wordt gedocumenteerd voor het niet toedienen van medicatie.

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar in 80% van de gevallen een reden werd genoteerd, valt op dat de registratie binnen de revalidatieziekenhuizen in het algemeen iets hoger ligt, maar nog niet volledig sluitend is.

Een consequente en volledige registratie van afwijkende medicatietoediening is van belang in het kader van zorgcontinuïteit en patiëntveiligheid.

7.11 BEWARING MEDICATIE

7.11.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd gecontroleerd of de medicatievoorraad beveiligd was voor patiënten en bezoekers.

7.11.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over veilige bewaring van medicatie op 27 verblijfsafdelingen en één dagziekenhuis.

	Aantal afdelingen
Afdelingen met veilige bewaring medicatie	27/28 (96%)

In één van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat niet op alle gecontroleerde afdelingen de medicatie veilig bewaard werd.

7.11.3 Beschouwingen

De veilige bewaring van medicatie was, op één afdeling na, overal in orde.

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar de medicatie op 82% van de afdelingen veilig werd bewaard, valt op dat de resultaten binnen de revalidatieziekenhuizen beter zijn.

7.12 SAMENVATTING THEMA VEILIGE ZORG

	Aantal ziekenhuizen
Op alle afdelingen waren alle dossiergegevens beveiligd.	5/7
Er was een procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen.	7/7
Er wordt steeds een arts verwittigd bij een reanimatie-oproep.	7/7
Alle gecontroleerde verpleegkundigen niet betrokken bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.	3/5*
Alle gecontroleerde verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam volgden een opleiding BLS in de voorbije 2 jaar.	3/7
Er was een reanimatiekar aanwezig in het ziekenhuis met alle gecontroleerde materialen.	7/7
Alle gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen waren tijdig onderhouden.	7/7
Alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.	2/7
Alle gecontroleerde patiënten hadden een bereikbaar oproepsysteem.	3/7
Alle gecontroleerde andere lokalen dan patiëntenkamers hadden een doeltreffend oproepsysteem.	4/7
Alle gecontroleerde ruimten hadden beveiligde ramen.	5/7
Voor ≥ 80% van de gecontroleerde niet toegediende geneesmiddelen werd een reden voor niet toedienen gevonden.	4/7
Op alle gecontroleerde afdelingen werd de medicatie veilig bewaard.	6/7

(*) In twee ziekenhuizen maakte het volledige verpleegkundige team deel uit van het reanimatieteam.

8 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

8.1 PATIËNTENIDENTIFICATIE

8.1.1 Achtergrond

Gecontroleerde eisen

De procedure hanteert minimaal twee persoonsgebonden parameters om te controleren of patiënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd. Deze parameters kunnen zijn de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer dat de patiënt kent of een recente gezichtsfoto. In geval van langdurige of chronische zorg waarbij de patiënt lang op dezelfde afdeling verblijft en bijgevolg de patiënt daar goed gekend is, kan gezichtsherkenning één van de persoonsgebonden parameters zijn. Het kamernummer, bednummer of het woonadres is mogelijk variabel en kan dus niet worden gebruikt als parameter. Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een specifieke identificatieprocedure.

De persoonsgebonden parameters worden vergeleken met de gegevens van de identificatieband (polsbandje) die aan de patiënt aangebracht werd en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd het identificatiebandje van een aantal patiënten gecontroleerd op de volledigheid en correctheid van de gegevens (de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer of een recente gezichtsfoto).

8.1.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over patiëntidentificatie.

	Aantal patiënten
Patiënten met volledig en correct identificatiebandje	265/265 (100%)

In alle ziekenhuizen hadden alle gecontroleerde patiënten een volledig en correct identificatiebandje.

Prioritaire inbreuk – Patiëntidentificatie	Aantal ziekenhuizen met prioritaire inbreuk
Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.	0/7

8.1.3 Beschouwingen

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar 99% van de patiënten een correct identificatiebandje droeg maar toch op meerdere campussen afwijkingen werden vastgesteld, en met de Vlaamse kwaliteitsindicatoren (VIKZ: 96,4%), tonen de resultaten binnen de revalidatieziekenhuizen een beter resultaat.

Correcte patiëntidentificatie is essentieel om fouten in diagnostiek en behandeling te vermijden en vormt een cruciale randvoorwaarde voor patiëntveiligheid, in het bijzonder bij kwetsbare patiënten zoals personen met cognitieve stoornissen of verwardheid, waar het risico op identificatiefouten verhoogd is.

8.2 INFORMATIE OVER THUISMEDICATIE EN GEKENDE ALLERGIEËN

8.2.1 Achtergrond

Gecontroleerde eisen

Het medisch luik van het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:
1° medische anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën
[…]
3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie
[…]
Alle documenten worden door de arts die ze opstelde ondertekend of elektronisch gevalideerd.

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat
1° verpleegkundige anamnese met informatie over allergie, thuismedicatie, contactgegevens en alle elementen die de leefgewoonten van de patiënt weergeven, inclusief sociale anamnese en kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis, woonsituatie, voedingsgewoontes, mantelzorg, vervoersmogelijkheden ...)
[…]

Werkwijze

In dossiers van patiënten die minstens één dag opgenomen waren, werd gezocht naar informatie rond allergie en thuismedicatie.

8.2.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over in de dossiers gezochte informatie.

	Aantal dossiers
Dossiers met informatie over thuismedicatie	134/135 (99%)
Dossiers met informatie over allergieën	133/135 (99%)

Alle ziekenhuizen haalden voor beide onderwerpen een score van minstens 80%, waardoor hiervoor geen inbreuken werden vastgesteld.

8.2.3 Beschouwingen

In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers is informatie over thuismedicatie en gekende allergieën aanwezig. Deze vaststellingen wijzen op een zeer hoge mate van registratie van essentiële medische informatie binnen de revalidatieziekenhuizen.

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar informatie over thuismedicatie en allergieën respectievelijk in 99% en 93% van de dossiers werd gevonden, ligt de registratiegraad binnen de revalidatieziekenhuizen op een vergelijkbaar en voor allergieën zelfs beter niveau.

Een consequente en volledige registratie van thuismedicatie en gekende allergieën is cruciaal voor een veilig medicatiebeleid en het vermijden van medicatiegerelateerde risico's.

8.3 ZORGBEPERKING EN DNR

8.3.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

In het dossier zijn de wensen van de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger over zorgbeperkingen en de negatieve wilsverklaring opgenomen.
Indien van toepassing wordt de zorgbeperking met de patiënt en zijn verwanten besproken.
Een DNR-code heeft een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier. De DNR-code is met datum getekend/gevalideerd door de arts.
Indien de DNR-code groter is dan nul:

- er is een melding met datum 'besproken in team';
- er is een melding met datum 'besproken met patiënt-familie';
- er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek).

Werkwijze

De procedure betreffende het noteren van informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring in het dossier werd opgevraagd. Deze procedure werd gecontroleerd op aanwezigheid van een aantal elementen.
In dossiers van patiënten die minstens één week opgenomen waren op de afdeling, werd gezocht naar informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring. Daarnaast werd gezocht naar de aanwezigheid van een DNR-code en of deze DNR-code:

- op een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier te vinden was.
- met datum getekend/gevalideerd werd door de arts.

Als er therapierestrictie (DNR > 0) was ingesteld, werd nagegaan of er een melding was van de bespreking in team en van de bespreking met de patiënt of zijn familie/vertegenwoordiger, en of er een bondige weergave van de inhoud van dit gesprek te vinden was.

8.3.2 Vaststellingen

Alle ziekenhuizen beschikten over een beleid of procedure voor de registratie van zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaringen. In alle ziekenhuizen werd gebruik gemaakt van een DNR code als instrument voor het vastleggen van afspraken rond zorgbeperking.
In drie van de zeven ziekenhuizen werd volgens de interne afspraken verwacht dat in elk dossier informatie over zorgbeperking aanwezig is en dat voor elke opgenomen patiënt een DNR code wordt geregistreerd, ook wanneer deze code gelijk is aan nul.
In vijf van de zeven ziekenhuizen kwamen de verwachtingen rond bespreking met patiënt en/of familie (bij DNR groter dan nul) en een bondige weergave van de inhoud van het gesprek, overeen met wat verwacht wordt in het eisenkader. Voor vier van de zeven ziekenhuizen was dit ook het geval voor bespreking in team.

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de vaststellingen over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.

	Aantal dossiers
Dossiers met informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring	125/134 (93%)

In één van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers er informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring was.

In de dossiers met informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring werden een aantal elementen gecontroleerd.

	Aantal dossiers
Dossiers met DNR-code	125/125 (100%)
Dossiers met DNR-code op opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier	125/125 (100%)
Dossiers met DNR-code met datum getekend/ gevalideerd door de arts	124/125 (99%)

25 dossiers met een DNR-code groter dan 0 werden gecontroleerd op een aantal elementen.

	Aantal dossiers
Dossiers met alle gezochte informatie	15/25 (60%)
Dossiers met melding van bespreking in team	20/25 (80%)
Dossiers met melding van bespreking met patiënt/familie	21/25 (84%)
Dossiers met bondige weergave van de inhoud van het gesprek met patiënt/familie	18/21 (86%)

8.3.3 Beschouwingen

In de meeste gecontroleerde dossiers was informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaringen aanwezig, waarbij in alle dossiers met informatie over zorgbeperking gebruik werd gemaakt van een DNR-code. De DNR-code had een goed zichtbare plaats in alle gecontroleerde dossiers en was vrijwel altijd met datum gevalideerd door een arts. Daarnaast bleek uit de procedures dat niet alle voorzieningen verwachtten dat voor iedere patiënt informatie over zorgbeperking werd geregistreerd en dat de verwachtingen rond dossiervorming bij een DNR-code groter dan nul niet overal conform waren met het eisenkader.

Ook tijdens het geriatrisch zorgtraject werd in 93% van de gecontroleerde dossiers informatie over zorg-beperking en/of negatieve wilsverklaringen gevonden. Voor de documentatie van de besluitvorming bij een DNR-code groter dan nul werden binnen de revalidatieziekenhuizen betere resultaten vastgesteld ten opzichte van de geriatrische afdelingen. Zo konden een bespreking binnen het team, een bespreking met de patiënt en/of familie en een inhoudelijke weergave van dit gesprek respectievelijk in 80%, 84% en 86% van de gecontroleerde dossiers worden aangetoond, tegenover 67%, 63% en 74% tijdens het geriatrisch zorgtraject.

In het kader van vroegtijdige zorgplanning is het van belang om tijdig en transparant informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring op te nemen in het dossier. Om tot een gedragen beslissing te komen is overleg van de arts met zowel patiënt en/of familie als met het zorgteam noodzakelijk. In functie van zorgcontinuïteit zijn duidelijke notities in het dossier van deze overlegmomenten aangewezen.

8.4 BEHANDELPLAN

8.4.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

Voor elke patiënt zal, van bij de opname, een gedetailleerd medisch dossier worden aangelegd dat de volgende elementen bevat:

> de medische, verpleegkundige, paramedische en sociale gegevens;

> een evaluatie van de mogelijkheden en de eisen inzake terugkeer naar huis of naar een aangepast milieu;

> een programma met de speciale behandelingen en de revalidatiemogelijkheden.

Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en in de daaropvolgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld.

Gecontroleerde eisen

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betrekt de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

> reden voor de behandeling

> het behandelplan

> de uitvoer van de behandeling

> het verwachte resultaat

> de mogelijke complicaties, risico's en problemen

> alternatieve behandelopties

> herstelperiode en nazorg

> de financiële implicaties.

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.
De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.
De patiënten en hun familie worden betrokken bij de verzameling van de informatie zodat de informatie accuraat en volledig is.
Het dossier bevat, indien van toepassing: het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.
Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.

Werkwijze

In de dossiers van patiënten die minstens één week waren opgenomen op de afdeling, werd gekeken of:

> er een behandelplan met duidelijke doelstellingen/nagestreefde resultaten aanwezig was;

> er individuele doelstellingen opgenomen waren in het behandelplan;

> (indien mogelijk) de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject aangetoond kon worden;

> (indien mogelijk) de betrokkenheid van de context/familie van de patiënt tijdens het revalidatietraject aangetoond kon worden.

Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze betrokken werden bij hun revalidatietraject.

8.4.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over behandelplan.

	Aantal dossiers
Dossiers met een behandelplan	134/134 (100%)
Dossiers met individuele doelstellingen in het behandelplan	134/134 (100%)
Dossiers met aantoonbare betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject	118/128* (92%)
Dossiers met aantoonbare betrokkenheid van de context/familie van de patiënt tijdens het revalidatietraject	81/124** (65%)

(*) In 6 dossiers kon aangetoond worden dat het betrekken van de patiënt niet mogelijk was.
(**) In 10 dossiers kon aangetoond worden dat het betrekken van de context/familie van de patiënt niet mogelijk was (bv. geen context of weigering).

In alle ziekenhuizen was er in meer dan 80% van de gecontroleerde dossiers een behandelplan, waardoor hiervoor geen inbreuken werden vastgesteld.
In één van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject kon worden aangetoond.
In vier van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers de betrokkenheid van de context/familie tijdens het revalidatietraject kon worden aangetoond.

8.4.3 Patiëntenbevraging

Er werd aan 120 patiënten gevraagd of ze betrokken werden bij hun revalidatietraject.

- 105 van de 120 (87,5%) patiënten gaven aan betrokken te zijn geweest bij hun revalidatietraject.
- 15 van de 120 (12,5%) patiënten gaven aan niet betrokken te zijn geweest bij hun revalidatietraject.

8.4.4 Beschouwingen

In alle gecontroleerde dossiers was een behandelplan met individuele doelstellingen aanwezig.
De betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject kon in de meeste dossiers worden aangetoond. Uit de patiëntenbevraging bleek dat de meeste patiënten zich betrokken voelden bij hun revalidatietraject. De betrokkenheid van de context of familie was minder frequent aantoonbaar en gebeurde niet in alle voorzieningen systematisch.

Daarentegen tonen de resultaten van de Vlaamse patiëntenpeiling (2025) [5] rond gezamenlijke besluitvorming aan dat er op vlak van patiëntbetrokkenheid toch nog marge tot verbeteren is. Voor deze indicator, die meet in welke mate patiënten door ziekenhuismedewerkers worden aangespoord om mee te beslissen over hun onderzoek, behandeling of verzorging, behaalden de revalidatieziekenhuizen de vooropgestelde norm (70%) niet.

In het KCE-rapport 'Hoe patiëntenbehoeften identificeren?' [2] wordt benadrukt dat het identificeren van patiëntenbehoeften essentieel is om de zorg beter te kunnen afstemmen op de noden van de patiënt. Patiëntenbehoeften bevatten volgens dit rapport verschillende dimensies, waaronder fysieke, psychologische en sociale behoeften en behoeften op vlak van autonomie. In die zin is het van belang om, naast de specifieke revalidatiedoelstellingen en de daaraan gekoppelde acties (=behandelplan), ook andere behoeften van de patiënt in kaart te brengen en deze te vertalen in concrete individuele doelstellingen, zorginterventies en de opvolging ervan.

Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat relevante informatie over het behandelplan en de individuele behoeften van de patiënt wel aanwezig was, maar niet steeds op een overzichtelijke, samenhangende en gemakkelijk terugvindbare wijze werd genoteerd in het dossier. Dit kan mogelijk verklaard worden door verschillen in het gebruik van het elektronisch patiëntendossier tussen zorgverleners binnen dezelfde voorziening, maar ook door verschillen in de mate waarin het elektronisch patiëntendossier een multidisciplinaire opvolging van het revalidatietraject ondersteunt.

Het maken en consequent toepassen van duidelijke afspraken enerzijds rond het in kaart brengen van alle dimensies van patiëntenbehoeften, in samenspraak met de patiënt en zijn context en anderzijds rond de manier van noteren in het elektronisch patiëntendossier kunnen bijdragen tot een meer consistente en patiëntgerichte organisatie van zorg.

8.5 SAMENVATTING THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

	Aantal ziekenhuizen
Alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.	7/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over allergie.	7/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie over thuismedicatie.	7/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er informatie rond zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring.	6/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er een behandelplan.	7/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de patiënt tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.	6/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers kon de betrokkenheid van de context/familie tijdens het revalidatietraject worden aangetoond.	3/7

9 THEMA HYGIËNE

9.1 HANDHYGIËNE

9.1.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die patiëntencontact hebben:

- juwelenvrije handen en voorarmen;
- geen polshorloges, armbanden en/of ringen;
- korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel- of kunstnagels;
- korte mouwen tot boven de elleboog zowel van dienstkledij als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.

Werkwijze

De toepassing van de richtlijnen handhygiëne werd bij medewerkers van de afdelingen en van het dagziekenhuis nagegaan voor volgende aspecten:

- handen en voorarmen zonder ringen en armbanden;
- geen polshorloges;
- korte, zuivere nagels (inclusief geen nagellak, kunstnagels of gelnagels);
- korte mouwen.

De vaststellingen werden opgesplitst in drie groepen: verpleegkundigen/zorgkundigen, artsen en anderen. In de groep 'anderen' werden medewerkers opgenomen waarvan de functie niet gespecificeerd kon worden, evenals studenten, paramedici, poetspersoneel, logistiek en technisch personeel.

9.1.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over handhygiëne.

	Aantal medewerkers
Verpleegkundigen/zorgkundigen in orde voor handhygiëne	82/82 (100%)
Artsen in orde voor handhygiëne	16/16 (100%)
Anderen in orde voor handhygiëne	75/77 (97%)
Totaal	**173/175 (99%)**

Bij 99% van de gecontroleerde medewerkers werd vastgesteld dat de richtlijnen voor de gecontroleerde items werden nageleefd. De vastgestelde afwijkingen hadden betrekking op twee gevallen waarbij de nagels niet kort en/of zuiver waren.
In twee van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld omdat niet alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de eisen voor handhygiëne. Aangezien in geen van beide ziekenhuizen meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers niet voldeed aan de vereisten, gaf dit geen aanleiding tot een prioritaire inbreuk.

Prioritaire inbreuk – Handhygiëne	**Aantal ziekenhuizen met prioritaire inbreuk**
Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldeden niet aan de eisen voor handhygiëne.	0/7

9.1.3 Beschouwingen

Nagenoeg alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de eisen voor handhygiëne, wat erop wees dat handhygiënemaatregelen binnen de revalidatieziekenhuizen over de verschillende beroepsgroepen heen in zeer hoge mate werden nageleefd.

In het geriatrisch zorgtraject lag de nalevingsgraad voor handhygiënemaatregelen iets lager (96%).
De afwijkingen hadden hier niet enkel betrekking op nagels, maar ook op juwelen en kledij.
Ook in vergelijking met de Vlaamse kwaliteitsindicatoren voor revalidatieziekenhuizen (VIKZ: 91,89%) lag de nalevingsgraad hoger.

Deze vaststellingen geven aan dat de inspanningen rond handhygiëne binnen de revalidatieziekenhuizen hun vruchten afwerpen en resulteren in een zeer hoge naleving van de richtlijnen. Tegelijk tonen de beperkte afwijkingen aan dat ook bij een hoge nalevingsgraad aandacht nodig blijft voor een consequente toepassing van de richtlijnen. Handhygiëne is immers van groot belang in het kader van infectiepreventie en patiëntveiligheid. Ook beperkte afwijkingen kunnen een risico vormen op zorggerelateerde infecties.

9.2 WASTAFEL IN DE VUILE BERGING

9.2.1 Achtergrond

Gecontroleerde eis

Elk lokaal waar zorg verleend wordt of waar producten gemanipuleerd worden die met de patiënt in contact komen of kwamen en de verpleegpost, beschikken over alle noodzakelijke elementen voor een goede handhygiëne:

- wastafel;
- vloeibare zeep en handalcohol in niet navulbare dispenser (wegwerpbaar) (handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel zelf beschikbaar te zijn, wel in dezelfde ruimte aanwezig);
- wegwerphanddoekjes in een handdoekverdeler bevestigd aan de muur;
- no-touch vuilbakje;
- reminder handhygiëne.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen en op het dagziekenhuis werd in de vuile berging de wastafel en de aanwezigheid van handalcohol gecontroleerd. De wastafel werd gecontroleerd op volgende noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:

- Is er vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir?
- Zijn er papieren wegwerphanddoekjes?
- Is er een no-touch vuilbak?

Als de vuile berging door meerdere afdelingen werd gebruikt, dan werd deze maar één keer beoordeeld.

9.2.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de vuile bergingen.

	Aantal vuile bergingen
Handalcohol aanwezig en wastafel die voldoet aan de eis	25/31 (81%)

In onderstaande tabel worden de details gegeven van de ontbrekende elementen in de zes vuile bergingen die niet voldeden aan de eis.

	Ontbrekende elementen
Zonder handalcohol	0/6
Wastafel die niet voldoet aan de eis	5/6
Zonder vloeibare zeep in een dispenser met wegwerpreservoir	2/5
Zonder papieren wegwerphanddoekjes	0/5
Zonder no-touch vuilbak	3/5
Zonder wastafel	1/6

Omdat de zes vuile bergingen, die niet voldeden aan de verwachtingen, verspreid waren over vijf ziekenhuizen, werd hiervoor in vijf van de zeven ziekenhuizen een inbreuk vastgesteld.

9.2.3 Beschouwingen

Meer dan 80% van de vuile bergingen voldeden aan de vooropgestelde vereisten, maar in een aantal vuile bergingen ontbrak één van de essentiële elementen inzake infrastructuur voor handhygiëne.

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar 68% van de vuile bergingen voldeed aan de verwachtingen, werden binnen de revalidatieziekenhuizen betere resultaten vastgesteld. Bij vijf van de zeven ziekenhuizen werd hiervoor toch een inbreuk vastgesteld.

Goede handhygiëne blijft essentieel binnen de zorgsector aangezien handen een belangrijke overdrachtsweg vormen van micro-organismen. Dit vereist de aanwezigheid van de nodige infrastructuur zodat zorgverleners een correcte handhygiëne kunnen toepassen. Het inrichten van de vuile bergingen volgens de geldende regelgeving zorgt ervoor dat de zorgverleners de handen op een correcte en veilige manier kunnen reinigen. Blijvende aandacht voor de aanwezigheid en functionaliteit van alle vereiste infrastructuurelementen is aangewezen om het risico op zorggerelateerde infecties maximaal te beperken.

9.3 SAMENVATTING THEMA HYGIËNE

	Aantal ziekenhuizen
Alle gecontroleerde medewerkers voldeden aan de eisen voor handhygiëne.	5/7
In alle gecontroleerde vuile bergingen was er handalcohol en een wastafel die voldeed aan de eis.	2/7

10 THEMA COMMUNICATIE

10.1 MULTIDISCIPLINAIRE PATIËNTENBESPREKINGEN

10.1.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en in de daaropvolgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld.
Hiertoe moeten wekelijks multidisciplinaire vergaderingen worden belegd.

Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.

Gecontroleerde eisen

Het dossier bevat, indien van toepassing, het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werden de afspraken betreffende de multidisciplinaire (met minstens drie disciplines aanwezig) besprekingen van de revalidatie bevraagd. Hierbij werd gevraagd welke overleg-momenten worden georganiseerd met welke frequentie, met welke disciplines en om de hoeveel tijd elke patiënt hier minstens besproken wordt.
In dossiers van patiënten die minimum vier weken opgenomen waren, werd gezocht naar de verslagen van multidisciplinaire overlegmomenten (MDO). Voor die verslagen werd gezocht naar de aantoonbare aanwezigheid van minstens drie disciplines.

10.1.2 Vaststellingen

Uit bevraging blijkt dat er op alle bezochte afdelingen wekelijks multidisciplinaire besprekingen van de revalidatie voorzien zijn. Op 26 van de 27 afdelingen (96%) moet volgens het beleid elke patiënt wekelijks besproken worden. Op één afdeling moet elke patiënt om de twee weken besproken worden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over verslagen van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

	Aantal dossiers
Dossiers met minstens één verslag MDO in de voorbije 4 weken	126/126 (100%)
Dossiers met minstens één verslag MDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken	126/126 (100%)
Dossiers met wekelijks minstens één verslag MDO in de voorbije 4 weken	98/126 (78%)
Dossiers met wekelijks minstens één verslag MDO met minimum 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken	98/126 (78%)

Alle ziekenhuizen haalden voor dit onderwerp een score van minstens 80%, waardoor hiervoor geen inbreuken werden vastgesteld.

10.1.3 Beschouwingen

Uit bevraging blijkt dat op alle afdelingen multidisciplinaire patiëntenbesprekingen werden georganiseerd en dat op bijna alle afdelingen was voorzien dat elke patiënt wekelijks multidisciplinair wordt besproken. In alle gecontroleerde dossiers was een verslag van een multidisciplinair overleg in de voorbije vier weken aanwezig, waarbij steeds minstens drie disciplines betrokken waren. Volgens het eisenkader moet er wekelijks een multidisciplinaire vergadering belegd worden. Er wordt niet vermeld hoe vaak elke patiënt besproken moet worden. Zorginspectie operationaliseerde deze verwachting als volgt: minstens om de vier weken moet elke patiënt besproken worden. Daarnaast werd in kaart gebracht of de patiënt wekelijks werd besproken. Hoewel dit volgens de interne afspraken zo goed als overal verwacht wordt, kon dit bij de dossiercontrole niet altijd aangetoond worden.
Deze vaststellingen wijzen op een verankering van multidisciplinair overleg binnen de revalidatieziekenhuizen. Zowel de organisatie van overlegmomenten als de betrokkenheid van meerdere disciplines waren duidelijk ingebed in de werking van de afdelingen. Het lijkt aangewezen om tijdens de geplande hervormingen ook te bekijken of er minimale verwachtingen moeten worden vastgelegd over hoe vaak elke patiënt moet besproken worden.

Het belang van deze multidisciplinaire afstemming wordt ook benadrukt in het KCE-rapport 'Een evaluatie-protocol voor RIZIV-conventies' [6], waarin wordt gesteld dat dergelijke samenwerkingsverbanden een kader creëren die de samenwerking tussen zorgverleners bevordert en multidisciplinariteit ondersteunt, in het bijzonder voor patiënten met complexe zorgnoden. Zorgverleners gaven volgens het rapport ook aan dat multidisciplinaire teams bijdragen aan een meer holistische benadering van de patiënt, waarbij verschillende aspecten van het functioneren worden meegenomen en geanticipeerd wordt op evoluties in het zorgtraject. Multidisciplinair overleg vormt daarbij een essentieel mechanisme om informatie te delen, zorg af te stemmen en gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen. Het consistent documenteren van alle multidisciplinaire overlegmomenten, ondersteund door een gebruiksvriendelijk elektronisch patiëntendossier dat is afgestemd op de werking van revalidatieziekenhuizen, kan bijdragen tot een meer uniforme opvolging van het revalidatietraject.

10.2 MEDISCH TOEZICHT

10.2.1 Achtergrond

Gecontroleerde regelgeving

De hoofdgeneesheer neemt de nodige initiatieven om de continuïteit van de medische zorgen in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren, onder meer door het organiseren van de medische permanentie in het ziekenhuis en van de medewerking van de geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Gecontroleerde eisen

Op weekdagen wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. Daarvan is een weerslag in het patiënten-dossier terug te vinden. In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal deze patiënten met (potentiële) problemen besproken worden. In de subacute diensten (G subacuut, Sp-diensten) is er dagelijks medisch toezicht voor elke patiënt. Daartoe is er dagelijks overleg tussen de arts en de zorgequipe over de medische toestand. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. Patiënten die medische problemen stellen, worden elke dag onderzocht door de behandelende arts. Elke patiënt wordt minimaal één maal per week door de arts onderzocht. Op elke dienst is een actuele lijst van de verantwoordelijke en behandelende arts en de permanentie.

Van elk onderzoek van de patiënt, zowel op weekdagen als in het weekend, is er steeds een weergave door de arts in het individuele patiëntendossier evenals van elke wijziging in de klinische toestand, de gevolgtrekkingen uit medisch-technische prestaties en de ingestelde behandeling. Indien een andere arts dan de behandelende arts de patiënt bezoekt/onderzoekt, vermeldt deze arts alle bevindingen in het patiëntendossier en waar nodig (in geval van hoogdringendheid) licht hij de behandelende arts mondeling in.

De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door alle bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.
Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (op papier of bij voorkeur elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd gevraagd hoe het medisch toezicht geregeld is en hoe de medische permanentie georganiseerd is.

Daarnaast werd nagegaan in de voor verpleegkundigen toegankelijke dossiers of er notities te vinden waren over het dagelijks medisch toezicht op de laatste vijf weekdagen voor inspectie.
Voor dit dagelijks medisch toezicht werd elke notitie over het artsbezoek aan de patiënt of een notitie in het dossier/toerboek waaruit blijkt dat de patiënt werd besproken (met minstens een arts en één lid van de zorgequipe) goedgekeurd. Ook een medicatieschema/medicatievoorschrift/labo-aanvraag gevalideerd op de gecontroleerde dag werd goedgekeurd.

Aan een aantal patiënten werd gevraagd hoe vaak ze gemiddeld een arts gezien hadden.

10.2.2 Vaststellingen

Medische permanentie
In alle geïnspecteerde ziekenhuizen was op weekdagen (tijdens de kantooruren) een arts aanwezig die steeds door het zorgpersoneel gecontacteerd kon worden. ’s Nachts, tijdens weekends en op feestdagen was er niet altijd een arts fysiek aanwezig, maar kon de arts die van permanentie was steeds telefonisch gecontacteerd worden.
Alle ziekenhuizen beschikten over een nominatieve wachtlijst voor de medische permanentie (24u/24u).

Medisch toezicht
Volgens de interne afspraken komt op alle bezochte afdelingen elke weekdag een arts langs.
Op 20 van de 27 afdelingen was voorzien dat elke patiënt minstens één keer per week door een arts wordt gezien, terwijl op vier afdelingen werd verwacht dat de arts dagelijks langsgaat bij alle patiënten.
Op de overige drie afdelingen ging de arts op indicatie langs bij de patiënt. Op 21 van de 27 afdelingen was voorzien dat elke patiënt dagelijks wordt besproken met een verpleegkundige. Op de zes overige afdelingen gebeurde deze bespreking bij problemen of vragen.
Op 12 van de 27 afdelingen werd verwacht dat van elk contact tussen arts en patiënt en/of elke bespreking met de verpleegkundige een notitie in het dossier wordt opgenomen. Op de overige afdelingen moest er enkel genoteerd worden wanneer er relevante medische of zorginhoudelijke informatie te rapporteren was.

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de vaststellingen over notities van medisch toezicht.

	Aantal dossiers
Dossiers met notities over medisch toezicht op alle gecontroleerde dagen	27/135 (20%)
Dossiers met notities over medisch toezicht op minstens één, maar niet alle gecontroleerde dagen	103/135 (76%)
Dossiers zonder notities over medisch toezicht op de gecontroleerde dagen	5/135 (4%)

Er werden 671 dagen gecontroleerd op notities over medisch toezicht.

	Aantal dagen
Dagen met notities over medisch toezicht	389/671 (58%)

In vijf van de zeven ziekenhuizen werd een inbreuk vastgesteld, omdat op minder dan 80% van de gecontroleerde dagen een notitie over medisch toezicht aanwezig was.

10.2.3 Patiëntenbevraging

Er werden 120 patiënten bevraagd over hoe vaak ze een arts gezien hadden.

> 9 van de 120 (7,5%) patiënten gaven aan dagelijks een arts te zien.
> 39 van de 120 (32,5%) patiënten gaven aan meerdere keren per week een arts te zien.
> 69 van de 120 (57,5%) patiënten gaven aan wekelijks een arts te zien.
> 3 van de 120 (2,5%) patiënten gaven aan minder dan wekelijks een arts te zien.

10.2.4 Beschouwingen

In alle voorzieningen was een 24-uurs medische permanentie georganiseerd. Overdag was er altijd een arts aanwezig in de voorziening en buiten de kantooruren was er altijd een arts van de voorziening bereikbaar en oproepbaar. Op alle afdelingen werd beleidsmatig verwacht dat er dagelijks een arts langskomt op de afdeling en op een meerderheid van de afdelingen werd verwacht dat elke patiënt dagelijks besproken wordt. Uit de dossiercontrole bleek dat er regelmatig contact was met de patiënt, wat ook blijkt uit de bevraging van de patiënten. De verwachte dagelijkse medische opvolging van patiënten kon echter maar in 20% van de gecontroleerde dossiers aangetoond worden. Hieruit blijkt dat het medisch toezicht en/of de registratie ervan niet systematisch gebeurt.

In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar voor de meeste gecontroleerde dagen notities over medisch toezicht werden teruggevonden, kon dagelijks medisch toezicht in de revalidatieziekenhuizen minder vaak worden aangetoond. Daarnaast werd een aanzienlijke variatie vastgesteld tussen de revalidatieziekenhuizen met een vergelijkbare patiëntenpopulatie.

Een regelmatige medische opvolging laat toe om veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig te detecteren en de zorg waar nodig bij te sturen, terwijl een consequente verslaggeving essentieel is voor de continuïteit en opvolgbaarheid van de zorg. In die zin lijkt het aanbevolen om bij de geplande hervormingen de verwachtingen rond medisch toezicht te herbekijken, rekening houdend met de specifieke context van de revalidatieziekenhuizen en de evolutie naar een meer acute en complexe zorg.

10.3 ONTSLAGBRIEF

10.3.1 Achtergrond

Gecontroleerde eisen

Voor elke zorgverlener die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt na het ziekenhuisverblijf en voor elke zorgverlener die de patiënt aanwijst, wordt bij ontslag in een ontslagbrief voorzien, eventueel een voorlopige gevolgd door een definitieve. Deze bevat, naast de algemeen medische en verpleegkundige gegevens, waaronder de relevante anamnestische gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema, ook een specifieke input van de zorgverstrekkende discipline (kinesitherapie, verpleegkundige zorg, logopedie ...).
Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van de patiënt omvat.
Een kopie van de voorlopige of definitieve ontslagbrief wordt in het patiëntendossier bewaard.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd een steekproef van dossiers opgevraagd van patiënten die één of meerdere werkdagen voor de inspectie op ontslag gingen. In deze dossiers werd gezocht naar een medische ontslagbrief. De inhoud van deze ontslagbrieven werd gecontroleerd op volgende aspecten:

- verloop revalidatie;
- vereiste nazorg;
- medicatielijst of informatie over medicatiebeleid.

Als er een medische ontslagbrief aanwezig was in het dossier, werd nagekeken of deze effectief verstuurd werd naar de huisarts.

10.3.2 Vaststellingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vaststellingen over de ontslagbrief.

	Aantal dossiers
Dossiers met ontslagbrief	138/140 (99%)
Waarvan volledig	122/138 (88%)
Waarvan onvolledig	16/138 (12%)
Dossiers met een (voorlopige) ontslagbrief aantoonbaar verstuurd aan de huisarts	109/135* (81%)
Dossiers zonder ontslagbrief	2/140 (1%)

(*) In drie dossiers was er geen info over de huisarts of was er genoteerd dat de patiënt weigerde om informatie te delen met de huisarts of dat de patiënt geen huisarts had.

Alle ziekenhuizen haalden voor de aanwezigheid van een ontslagbrief een score van minstens 80%, waardoor dit in geen enkel ziekenhuis aanleiding gaf tot een prioritaire inbreuk.

In de onderstaande tabel wordt de gecontroleerde inhoud weergegeven.

	Aantal ontslagbrieven
Ontslagbrieven met verloop revalidatie	136/138 (99%)
Ontslagbrieven met vereiste nazorg	136/138 (99%)
Ontslagbrieven met medicatielijst of informatie over medicatiebeleid	124/138 (90%)

In één van de zeven ziekenhuizen werd voor het onderwerp volledigheid van de ontslagbrief een inbreuk vastgesteld, omdat in minder dan 80% van de gecontroleerde ontslagbrieven alle gecontroleerde elementen aanwezig waren.

Prioritaire inbreuk – Ontslagbrief	Aantal ziekenhuizen met prioritaire inbreuk
In minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.	0/7

10.3.3 Beschouwingen

In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers was een ontslagbrief aanwezig. De meeste ontslagbrieven waren volledig en voor meer dan 80% van de ontslagbrieven kon worden aangetoond dat deze werden bezorgd aan de huisarts. In een beperkt aantal dossiers was er geen ontslagbrief of ontbrak er informatie (voornamelijk over het medicatiebeleid).
In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar in 98% van de dossiers een ontslagbrief aanwezig was en deze in de meeste gevallen volledig was, lag het aandeel beschikbare ontslagbrieven in de revalidatie-ziekenhuizen iets lager en waren minder ontslagbrieven volledig.

Volgens het KCE-rapport 'Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis' [7] blijkt dat de overgang van thuis naar het ziekenhuis of omgekeerd, vaak zorgt voor problemen.
De overgang van het ziekenhuis naar het thuismilieu is een belangrijke stap in het zorgproces. Het risico bestaat dat cruciale informatie niet doorstroomt naar de zorgverleners in het thuismilieu van de patiënt. Een ontslagbrief is van groot belang om de continuïteit en veiligheid van zorg te waarborgen. Bij ontslag uit het ziekenhuis is het essentieel de correcte ontslagmedicatie te vermelden in de ontslagbrief, om zo onbedoelde medicatiefouten te voorkomen. Daarnaast moet de ontslagbrief ook andere belangrijke informatie bevatten zoals de vereiste nazorg en een beschrijving van het verloop van de revalidatie, zodat de zorg na ontslag veilig en efficiënt kan worden voortgezet.

10.4 INFORMATIE AAN PATIËNTEN

10.4.1 Achtergrond

Gecontroleerde eisen

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betrekt de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

- reden voor de behandeling;
- het behandelplan;
- de uitvoer van de behandeling;
- het verwachte resultaat;
- de mogelijke complicaties, risico's en problemen;
- alternatieve behandelopties;
- herstelperiode en nazorg;
- de financiële implicaties.

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.
De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.

Werkwijze
Op de bezochte afdelingen werd aan een aantal patiënten gevraagd of ze begrijpbare informatie gekregen hadden over hun revalidatie en over de duur van de revalidatie, of geïnformeerd werden dat de duur van de revalidatie niet vooraf kon bepaald worden.

10.4.2 Patiëntenbevraging

Er werden 120 patiënten bevraagd over de ontvangen informatie over hun revalidatie.

- 114 van de 120 (95%) patiënten gaven aan begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun revalidatie.
- 5 van de 120 (4%) patiënten gaven aan deels begrijpbare informatie te hebben gekregen over hun revalidatie.
- 1 van de 120 (1%) patiënten gaf aan geen informatie te hebben gekregen over zijn revalidatie.

Er werden 120 patiënten bevraagd over de ontvangen informatie over de duur van de revalidatie.

- 88 van de 120 (73%) patiënten gaven aan informatie te hebben gekregen over de duur van hun revalidatie of geïnformeerd te zijn geweest dat de duur van de revalidatie niet vooraf kon bepaald worden.
- 32 van de 120 (27%) patiënten gaven geen informatie te hebben gekregen over de duur van hun revalidatie.

10.4.3 Beschouwingen

Enerzijds gaven nagenoeg alle bevraagde patiënten aan begrijpbare informatie te hebben ontvangen over hun revalidatie. Anderzijds bleek dat ongeveer driekwart van de patiënten informatie had gekregen over de verwachte duur van hun revalidatietraject.
Deze vaststellingen geven aan dat de informatieverstrekking aan patiënten binnen de revalidatieziekenhuizen in het algemeen begrijpelijk was. In vergelijking met het geriatrisch zorgtraject, waar 70% van de patiënten aangaf begrijpbare informatie te hebben ontvangen over hun diagnose en/of behandeling, werden binnen de revalidatieziekenhuizen gunstigere resultaten vastgesteld.

Informatieverstrekking aan alle patiënten, waarbij niet alleen de inhoud van de behandeling maar ook het verwachte verloop, de duur en de achterliggende redenen van het revalidatietraject worden toegelicht, kan bijdragen tot een betere betrokkenheid van patiënten en tot een meer afgestemde en patiëntgerichte zorgverlening.

10.5 SAMENVATTING THEMA COMMUNICATIE

	Aantal ziekenhuizen
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er minstens 1 verslag van een MDO met minstens 3 disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije 4 weken.	7/7
De medische permanentie voor het ziekenhuis was verzekerd.	7/7
Voor ≥ 80% van de gecontroleerde dagen waren er notities over medisch toezicht.	2/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.	7/7
In ≥ 80% van de gecontroleerde ontslagbrieven waren alle gecontroleerde onderwerpen aanwezig.	6/7

11 OVERZICHT INBREUKEN

11.1 GECONTROLEERDE THEMA'S

Verspreid doorheen dit beleidsrapport werd al aangegeven in hoeveel ziekenhuizen inbreuken werden vastgesteld. In dit hoofdstuk wordt die informatie samengebracht op niveau van de gecontroleerde thema's.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal onderwerpen dat scoorde 'zoals verwacht' en het aantal 'inbreuken'.

Gecontroleerde thema's	Aantal zoals verwacht	Aantal inbreuken
Personeel	36/39 (92%)	3/39 (8%)
Veilige zorg	63/89 (71%)	26/89 (29%)
Gestandaardiseerde zorg	43/49 (88%)	6/49 (12%)
Hygiëne	7/14 (50%)	7/14 (50%)
Communicatie	29/35 (83%)	6/35 (17%)
Totaal	**178/226 (79%)**	**48/226 (21%)**

11.2 PRIORITAIRE INBREUKEN

Zoals eerder werd beschreven, werden uit alle mogelijke inbreuken een aantal inbreuken geselecteerd omwille van hun rechtstreekse link met patiëntveiligheid of essentiële kwaliteit van zorg. Die inbreuken worden 'prioritaire inbreuken' genoemd.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de vijf prioritaire inbreuken en hun frequentie van voorkomen.

	Aantal ziekenhuizen
Thema personeel	
De verpleegkundige permanentie was niet op alle gecontroleerde afdelingen verzekerd.	3/7 (43%)
Thema veilige zorg	
Niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers hadden een oproepsysteem voor reanimatie.	5/7 (71%)
Thema gestandaardiseerde zorg	
Niet alle gecontroleerde patiënten hadden een volledig en correct identificatiebandje.	0/7 (0%)
Thema hygiëne	
Meer dan 20% van de gecontroleerde medewerkers voldeden niet aan de eisen voor handhygiëne.	0/7 (0%)
Thema communicatie	
In minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.	0/7 (0%)

12 ALGEMENE CONCLUSIES

Zorginspectie voerde onaangekondigd inspecties uit op basis van het generiek eisenkader en de algemeen geldende ziekenhuisregelgeving in alle revalidatieziekenhuizen met een erkenning voor neurologische, locomotorische en cardiopulmonaire aandoeningen en chronische revalidatie. In totaal werden zeven ziekenhuizen gecontroleerd.

Hierna volgt een overzicht van de vaststellingen tijdens de inspectiebezoeken.

12.1 ORGANISATIE VAN DE ZORG

> Tijdens de inspecties werd het aantal erkende, geëxploiteerde en opgestelde Sp-bedden in kaart gebracht (zie 6.1 voor definities):
  - Erkende bedden: 878.
  - Geëxploiteerde bedden: 865 bedden, waarvan 2 niet-erkend. 15 erkende bedden werden niet geëxploiteerd.
  - Gesloten bedden: 32 bedden, waardoor er in totaal 833 Sp-bedden opgesteld waren op het moment van de inspectie.

  Opvallend hierbij was dat in één ziekenhuis een volledige afdeling gesloten was omwille van een tekort aan artsen gespecialiseerd in neurologische revalidatie.

  In de geëxploiteerde bedden werden in vier van de zeven ziekenhuizen, naast de doelgroepen waarvoor een erkenning is toegekend, ook andere patiëntprofielen opgenomen.

> Alle ziekenhuizen maakten gebruik van een patiëntclassificatiesysteem om zicht te krijgen op de zorgzwaarte. De toepassing hiervan verliep echter niet op een uniforme of gestandaardiseerde wijze over de ziekenhuizen heen. In vijf van de zeven ziekenhuizen werd hiermee organisatorisch rekening gehouden.

> In alle ziekenhuizen werd gebruik gemaakt van een wachtlijst. In totaal stonden 117 patiënten op de wachtlijst op het moment van de inspecties, maar er was geen concreet zicht op de gemiddelde wachttijd.

> Op het moment van de inspecties wachtten 3% van de opgenomen patiënten op een beschikbare plaats in een andere voorziening of een aangepaste thuissituatie. Hieruit bleek, op enkele uitzonderingen na, dat er een vlotte doorstroming vanuit de revalidatieziekenhuizen naar andere zorgvoorzieningen was.

12.2 THEMA PERSONEEL

> Het aantal VTE verpleegkundigen, zorgkundigen en therapeuten voldeed in alle ziekenhuizen aan de wettelijke normen.

> Waar vereist kon altijd een beroep gedaan worden op een psycholoog en/of diëtist.

> Op vijf van de 27 afdelingen was de verpleegkundige permanentie niet steeds in orde. Deze afdelingen waren verspreid over drie van de zeven ziekenhuizen, wat in elk van die ziekenhuizen aanleiding gaf tot een prioritaire inbreuk.

> De gemiddelde patient/nurse ratio en patiënt/caregiver ratio werd berekend tijdens de ochtend-, avond- en nachtshift op de bezochte afdelingen. Hierbij werd vastgesteld dat er veel variatie was tussen de verschillende shiften en tussen de ziekenhuizen onderling.

12.3 THEMA VEILIGE ZORG

> Een aantal van de gecontroleerde aspecten waren bijna overal in orde:
  - De dossiergegevens waren op de meeste afdelingen niet toegankelijk voor patiënten en bezoekers.
  - De ramen in de gecontroleerde ruimtes waren meestal beveiligd.
  - Redenen voor het niet toedienen van medicatie werden meestal vermeld.
  - De medicatie werd op nagenoeg alle afdelingen veilig bewaard.

> Nagenoeg alle gecontroleerde patiënten beschikten over een bereikbaar oproepsysteem. Aangezien één patiënt zonder bereikbaar oproepsysteem aanleiding gaf tot een inbreuk, werd hiervoor in vier van de zeven ziekenhuizen een inbreuk vastgesteld.

> In totaal was er in 82% van de gecontroleerde andere lokalen dan patiëntenkamers een oproepsysteem aanwezig. Deze resultaten werden echter vooral beïnvloed door de hoge aanwezigheid in gemeenschappelijke badkamers, terwijl slechts 62% van de gecontroleerde toiletten over een oproepsysteem beschikte.

> Op het vlak van reanimatiebeleid waren een aantal elementen zo goed als overal in orde:
  - Alle ziekenhuizen beschikten over een procedure betreffende het beleid rond reanimatie-oproepen.
  - Er werd steeds een arts verwittigd bij een reanimatie-oproep.
  - Er was in alle ziekenhuizen een reanimatiekar aanwezig met alle gecontroleerde materialen.
  - Alle gecontroleerde defibrillatoren/AED-toestellen waren tijdig onderhouden.

  Daarnaast bestaat rond een aantal elementen betreffende het reanimatiebeleid nog verbeterpotentieel:
  - In twee van de vijf ziekenhuizen hadden niet alle verpleegkundigen die niet betrokken waren bij het reanimatieteam de basisopleiding reanimatie gevolgd in de laatste twee jaar voor inspectie. Voor verpleegkundigen betrokken bij het reanimatieteam was dit het geval in vier van de zeven ziekenhuizen.
  - Op 13 van de 28 afdelingen hadden niet alle gecontroleerde zorgverleners/patiëntenkamers een oproepsysteem voor reanimatie. Dit gaf in vijf van de zeven ziekenhuizen aanleiding tot een prioritaire inbreuk.

12.4 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

> Patiëntidentificatie scoorde in alle ziekenhuizen volledig in orde.

> In bijna alle gecontroleerde dossiers waren onderstaande punten in orde:
  - Informatie over thuismedicatie en allergieën was nagenoeg altijd beschikbaar.
  - Informatie over zorgbeperking en/of negatieve wilsverklaring was in de meeste gevallen aanwezig.
  - In alle gecontroleerde dossiers was een behandelplan met individuele doelstellingen aanwezig en kon de betrokkenheid van de patiënt aangetoond worden.

> Daarnaast is er nog verbetermogelijkheid wat betreft het betrekken van de context/familie tijdens het revalidatietraject.

12.5 THEMA HYGIËNE

> Een aspect was nagenoeg overal in orde:
  - Medewerkers volgden correct de richtlijnen voor handhygiëne.
> Voor volgend element uit het eisenkader is er nog ruimte voor verbetering:
  - 19% van de wastafels in de vuile bergingen voldeden niet aan de gecontroleerde verwachtingen. Hiervoor werd in vijf van de zeven ziekenhuizen een inbreuk vastgesteld.

12.6 THEMA COMMUNICATIE

> Een aantal onderwerpen waren in alle ziekenhuizen volledig in orde:
  - In alle gecontroleerde dossiers was er minstens één verslag van een MDO met minstens drie disciplines aantoonbaar aanwezig in de voorbije vier weken.
  - Overal was de medische permanentie verzekerd.
  - In nagenoeg alle gecontroleerde dossiers was er een ontslagbrief.
> Niet alle gecontroleerde ontslagbrieven bevatten alle gecontroleerde elementen. In één van de zeven ziekenhuizen werd hiervoor een inbreuk vastgesteld, omdat minder dan 80% van de gecontroleerde ontslagbrieven volledig was.
> Er is nog veel verbeterpotentieel op het vlak van notities over medisch toezicht. Voor iets meer dan de helft van de gecontroleerde dagen werden notities over medisch toezicht gevonden. In vijf van de zeven ziekenhuizen werd hiervoor een inbreuk vastgesteld, omdat voor minder dan 80% van de gecontroleerde dagen een notitie over medisch toezicht aanwezig was.

13 REFERENTIES

[1] Zorgnet-Icuro (2024). Op weg naar een globaal gestroomlijnd revalidatiebeleid. Geraadpleegd via https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2024-09/Op weg naar een gestroomlijnd revalidatiebeleid_digitaal_0.pdf

[2] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2022). KCE-rapport 348A: Hoe patiëntenbehoeften identificeren? Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-02/KCE_348A_Patientbehoeften_Identificeren_Synthese.pdf
Maertens de Noordhout Charline, Detollenaere Jens, Primus-de Jong Célia, Kohn Laurence, Devleesschauwer Brecht, Charafeddine Rana, Cleemput Irina. Hoe patiëntenbehoeften identificeren? Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 348. DOI: 10.57598/R348AS

[3] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (jaartal). KCE-rapport 325: Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen. Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition.pdf
Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 325A. DOI: 10.57598/R325AS

[4] European Resuscitation Council (2021). The ERC Guidelines 2021. Geraadpleegd via https://cprguidelines.eu/guidelines-2021

[5] Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) (2025). Geraadpleegd via: https://www.zorgkwaliteit.be/overzicht-indicatoren/stimuleren-ziekenhuismedewerkers-patienten-om-mee-te-beslissen-over-hun-zorg

[6] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2018). KCE-rapport 299A: Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies. Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_299A_Evaluatieprotocol_RIZIV_conventies_Synthese.pdf
Vandenbroeck Philippe, Christiaens Wendy, Dauvrin Marie, Wickert Rachel, Becher Kim, Hendrickx Erik, Goossens Jo, Jenné Liesbeth, Eyssen Marijke. Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 299. DOI: 10.57598/R299AS

[7] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010). KCE rapport 131A: Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_131a_continu%C3%AFteit_van_de_medicamenteuze_behandeling_0.pdf
Spinewine Anne, Foulon Veerle, Claeys Coraline, De Lepeleire Jan, Chevalier Pierre, Desplenter Franciska, De Winter Sabrina, Dumont Christophe, Lacour Valérie, Simoens Steven, Dubois Cécile, Paulus Dominique. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 131A. DOI: 10.57598/R131A