Managementsamenvatting

Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

TOEZICHT IN DE REVALIDATIEZIEKENHUIZEN 2026

Beleidsrapport [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.

[1] Dit document vormt de managementsamenvatting van het beleidsrapport Toezicht in de revalidatieziekenhuizen 2026 (depotnummer D/2026/3241/389, uitgave november 2026).
Het volledige rapport is raadpleegbaar via https://www.departementzorg.be/nl/beleidsrapporten-van-zorginspectie.

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.

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 kwaliteitsinstrumenten (o.a. patiëntclassificatiesystemen, multidisciplinaire werking) voor de gecontroleerde onderwerpen, 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.

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 personeelsbeschikbaarheid 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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).