



2003

Jaarverslag



Ziekenhuis Oost-Limburg



2004

Jaarverslag



Ziekenhuis Oost-Limburg

Inhoud

Opdrachtverklaring	6
Voorwoord	7
Onze patiëntenprogramma's	9
Programma 1 Moeder en Kind	11
Programma 2 Thoraxcentrum	15
Programma 3 Abdominale Pathologie en Oncologie	19
1. Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie	
2. Abdominaal Centrum	
3. Gastro-Enterologie	
4. Abdominale Heelkunde	
5. Nefrologie	
6. Urologie	
7. Oncologie	
Programma 4 Hoofd/nek, Orthopedie en Algemene Heelkunde ..	23
1. Zorginhoudelijke initiatieven	
2. Klinische paden	
3. De buffereenheid en de organisatie van de opname	
4. Opleiding neurologie-neurochirurgie	
5. Radiochirurgie	
6. Discusprothese	
7. Endoscopische hersenoperaties in het ZOL	
8. Vernieuwingen en informatisering op MKA	
Programma 5 Algemene inwendige geneeskunde, Geriatrie, Psychiatrie, Revalidatie, Reumatologie	29
1. Diabetesdossier	
2. Multidisciplinaire voetkliniek	
3. Ouderenpsychiatrie	
4. Geriatrische liaison	
5. Dagziekenhuis Geriatrie	
6. Toxicomanie Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventies	
7. Kiné-Ergo-Logo	
8. Palliatief Support Team	
9. Zorginhoudelijke projecten	
Programma 6 Kritische diensten	37
1. Dagkliniek Heelkunde	
2. Het Multidisciplinair Pijncentrum	
3. Spoedgevallendienst	
4. Operatiekwartier	
5. Intensieve zorgenafdeling	
Programma 7 Medisch-diagnostische diensten	43

De Functionele diensten 47

Verpleegkundig-paramedisch departement 49

Personeelszaken 53

Financiële Zaken 57

1. Patiëntenadministratie
2. Facturatie
3. Debiteurenadministratie
4. Boekhouding

Technische Zaken 59

1. Nieuwbouw en verbouwingswerken 2003
2. Onderhoud en technische bijstand

Facilitaire Zaken 61

1. Aankoopdienst, magazijn en transport
2. Bewaking
3. Gebouwenreiniging, afval en linnenbedeling
4. Keuken en personeelsrefter

Kwaliteitszorg 65

Apotheek – Centrale Sterilisatie Afdeling 69

1. Apotheek
2. CSA

De MKG-cel 77

Ombudsdienst 79

Medisch secretariaat. 81

1. Medische verslaggeving
2. Centraal Medisch Archief
3. Secretariaat Medische Raad

Ziekenhuishygiëne 83

Kencijfers 85

Patiënten 87

1. Aantal contacten per leeftijdscategorie en geslacht
2. Aantal contacten per programma en aard van de contacten
3. Herkomst

Medewerkers 88

1. Voltijds/deeltijds
2. Full-time equivalenten
3. Arbeidsverhoudingen
4. Leeftijdsverdeling van de medewerkers
5. Woonplaats van de medewerkers

Geneesheren 78

1. Geslacht geneesheren ZOL
2. Specialisme geneesheren ZOL
3. Leeftijd geneesheren ZOL
4. Nieuwe geneesheren
5. Gepensioneerde geneesheren of uit dienst



Opdrachtverklaring

De opdrachtverklaring legt de basis voor het antwoord op vragen die van fundamenteel belang zijn voor de verdere ontwikkeling en werking van het ziekenhuis.

Het is onze opdracht om:

- 1** *goede en veilige ziekenhuiszorg te bieden op een klantvriendelijke en allesomvatten de manier,*
- 2** *er voor te zorgen dat de artsen onder de beste omstandigheden in het ziekenhuis kunnen werken,*
- 3** *er voor te zorgen dat de medewerkers zich gewaardeerd en betrokken voelen en zich professioneel kunnen ontplooiën,*
- 4** *de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg te bevorderen,*
- 5** *alert te zijn voor nieuwe initiatieven en mogelijkheden binnen de geneeskunde die de ziekenhuiswerking verder kunnen verbeteren,*
- 6** *te voorzien in de behoeften van de basisregio, maar ook specifieke expertfuncties te ontwikkelen voor Limburg,*
- 7** *in functie van kansen en wenselijkheid mee te werken aan initiatieven in de Euregio,*
- 8** *onze rol als schakel in een netwerk optimaal in te vullen,*
- 9** *een transparante en professionele werking te organiseren,*
- 10** *financieel gezond te blijven als waarborg voor de continuïteit van de ziekenhuiswerking.*

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag 2003.

We hebben opnieuw getracht om er een interessant en nuttig rapport van te maken. In onze opdrachtverklaring hebben we immers uitdrukkelijk gekozen voor een transparante bestuursstijl. Het beheer van het Ziekenhuis Oost-Limburg is er van overtuigd dat ziekenhuizen geen eilanden zijn in de samenleving. Wij zijn een verantwoordelijke organisatie en dus zijn we graag bereid om inzage te geven in onze werking.

U kan aan de hand van dit verslag een goed inzicht verwerven in de opbouw van onze organisatie én in de beleidsprioriteiten die we trachten waar te maken. Zo rapporteren de patientenprogramma's over hun activiteiten en kan u lezen hoe in de organisatie in kwaliteitszorg wordt geïnvesteerd.

Het Ziekenhuis Oost-Limburg is ondertussen één van de belangrijkste werkgevers uit onze provincie geworden. Dat bewijst dat de samenwerking in de fusie niet alleen op vlak van patientenzorg een meerwaarde is geworden, maar ook dat reorganisaties een positief effect kunnen hebben op de tewerkstelling en op die manier kunnen bijdragen voor de welvaart in de regio.

We wensen u alvast veel leesplezier.

Johan Hellings
algemeen directeur

Jo Vandeurzen
voorzitter



Patiëntenprogramma's

Een patiëntenprogramma is een geheel van medische diensten, gecentreerd rond een homogene groep van patiënten op basis van pathologie, leeftijd of type van behandeling. Er zijn vijf primaire patiëntenprogramma's en twee functionele patiëntenprogramma's die bestaan uit medisch ondersteunende diensten met een functionele opdracht.





Programma 1

Moeder en kind

2003 was voor het patiëntenprogramma “Moeder en kind” een goede voorbereiding op de verhuis naar het nieuwe gebouw in 2004. Er was wel een lichte daling van het aantal geboortes (van 1913 naar 1861), maar er was opnieuw een stijging van het aantal raadplegingen (Gynecologie: van 44128 naar 45589 en Pediatrie: van 14943 naar 15170).

Veel energie werd er gestoken in de voorbereiding van de verhuis naar de nieuwbouw (J-blok). Dit door een intensieve samenwerking tussen artsen, hoofdverpleegkundigen en hoofdvroedvrouwen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en de Technische Dienst. Voor de nieuwe dienst Pediatrie (31 bedden) was er tevens een herhaling van de goede samenwerking met de Kunstschool, die de aankleding van deze dienst als jaarproject weerhielden. De nieuwe diensten Pediatrie en Materniteit/Gynecologie (52 bedden), zullen begin oktober 2004 gerealiseerd zijn.

Tevens werd er gestart met de voorbereiding van het nieuwe verloskwartier (realisatie in 2006) en de uitbreiding van de huidige dienst Gynecologie, met een opsplitsing van de 2 raadplegingen Gynecologie en IVF (realisaties begin 2005). Ongeveer gelijktijdig zal ook de raadpleging Pediatrie verhuizen naar een nieuwe locatie.

De relatie werkvloer en opleiding Vroedkunde/Pediatrie werd verder uitgewerkt en verbeterd. Er vond een betere afstemming plaats tussen praktijk en theorie. Verschillende personeelsleden gaven les als gastdocent of combineerden een deeltijdse job in ons ziekenhuis met een functie binnen de opleiding. De mentoren van de verschillende afdelingen hebben zich hiervoor sterk ingezet. In het kader van de projectwerking was er een samenwerking tussen de afdeling pediatrie en enkele studenten van de KHLim. Binnen dit project werd de informatie aan ouders en kinderen verbeterd.

In 2003 werd er binnen het patiëntenprogramma een groots project rond “communicatie” opgestart dat liep tot eind mei 2004. Alle personeelsleden namen deel aan deze tweedagse, die in het totaal 8 keer werd aangeboden. Deze vorming is een voorbereiding op de integratie van de verschillende teams binnen de nieuwbouw.

In 2003 werd ook de aanzet gegeven om te streven naar de titel “kindvriendelijk ziekenhuis”. In dit kader volgen 4 vroedvrouwen/verpleegkundigen, van verschillende afdelingen, de opleiding ‘lactatiekundige’. Zij zullen in juni 2004 deelnemen aan het internationaal examen. In 2004 zal rond het thema borstvoeding worden verdergewerkt. Er werd een specifieke opleiding aangaande “voetzoolreflexmassage” gevolgd binnen de verloskamer. Hierdoor is het mogelijk om op een natuurlijke manier meer comfort te bieden aan de moeder voor en tijdens de bevalling.

Voor de patiënten werden er een aantal nieuwe brochures en infofolders ontwikkeld zoals ‘Zwangerschap & bevalling’, ‘Zorgen aan moeder & kind’, ‘Hysterectomie’, ‘Stressincontinentie’, ‘Borstoperaties’, ‘Radiotherapie en hormonale therapie bij borstkankerpatiënten’ en ‘Chemotherapie’. De aanzet werd gegeven tot het creëren van nieuwe video’s aangaande het slaaponderzoek en voorlichting aan moeder en kind. Voor de mastectomiepatiënten werd er een identificatiebadge ontwikkeld. De infoavonden voor de zwangeren, i.s.m. Kind & Gezin, kenden een groot succes.





In 2003 werd ook de aanzet gegeven om te streven naar de titel “kindvriendelijk ziekenhuis”.

Binnen de verschillende diensten gebeurde er een afstemming inzake het nieuwe uniforme verpleegdossier in ons ziekenhuis. Zo werden de klinische paden van de materniteit en de afdeling Gynaecologie omgezet naar deze layout. Voor de dienst Neonatologie werd er een nieuw verpleegdossier ontwikkeld, afgestemd op de uniforme ZOL-layout.

De nieuwe protocols werden gemaakt en de oudere protocols, waar nodig, aangepast. Binnen de Neonatologie slaagde men erin, i.s.m. de dienst ziekenhuishygiëne, door invoering van een aangepast protocol, het aantal infecties te doen dalen. Ook aanpassingen binnen de melkkeuken (kant en klare voeding) en het nieuwe huishoudelijke reglement speelden hierin een grote rol.

Voor het eerst kwam er binnen de afdelingen administratieve ondersteuning. Deze ondersteuning kende na een korte aanpassingsperiode een groot succes. In de toekomst zal dit zeker nog verder worden uitgebouwd.

De reeds bestaande samenwerking binnen de P* functie van het ziekenhuis werd verder uitgebreid. Met het ziekenhuis van Geel ontstond er een nieuwe samenwerking. De samenwerking tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg en het Ziekenhuis Maas en Kempen werd verder uitgebouwd. Vooral de dienst Pediatrie speelt hier een grote rol (in nauwe samenwerking met neonatologie).



Het IVF-centrum werd als enig Limburgs Centrum erkend als zorgprogramma B IVF. Er werd gestart met nieuwe technieken. De workshop “Pré-implantatie diagnostiek” (mei 2003) kende een groot succes. Tevens vond er in september 2003 een groot congres plaats met als titel “Andrology in the Nineties” te Antwerpen.



De eerste aanzet tot samenwerking met de Limburgse mediclowns werd opgezet. De patiëntjes van de afdeling Pediatrie mochten, dankzij de gulle sponsoring van de v.z.w. Kind en Kanker, naar de musical “de 3 biggetjes”.

A20 naar De 3 Biggetjes.





De volledig nieuw ingerichte revalidatiezaal voor respiratoire en cardiale revalidatie in campus Sint-Barbara

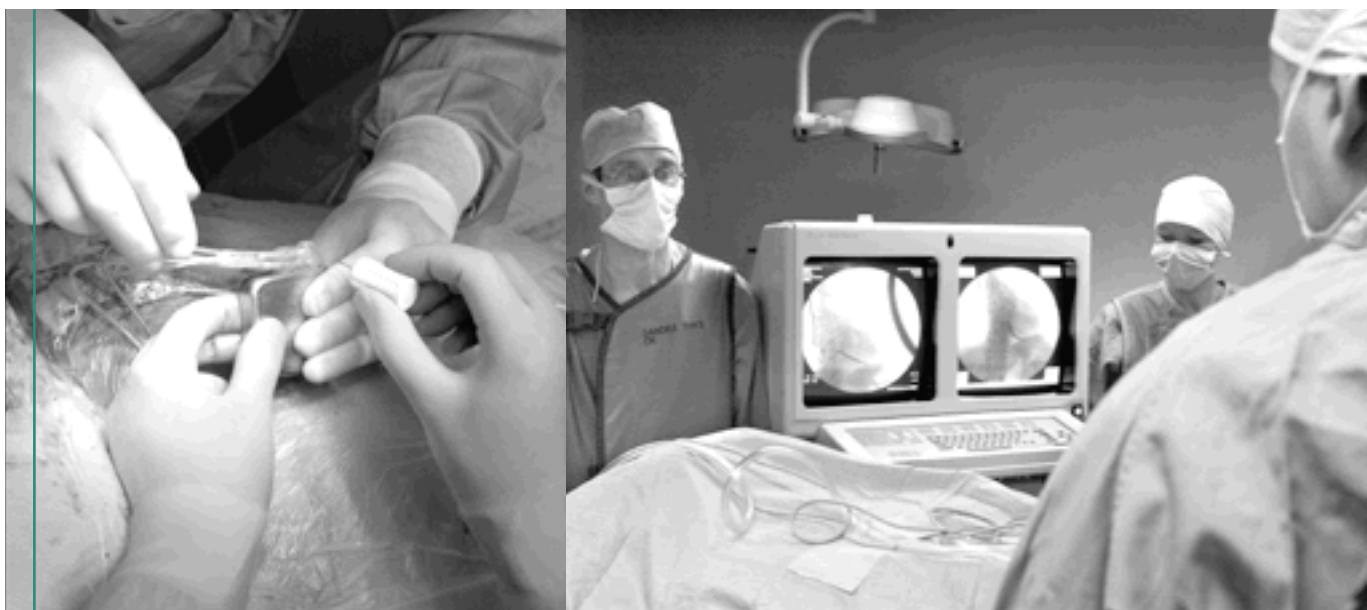
Programma 2

Thoraxcentrum

Binnen het thoraxcentrum werd in 2003 vooral gewerkt aan het standardiseren en optimaliseren van de zorgverleningprocessen en de uitbereiding van het zorgaanbod.

De diensten Cardiologie en Pneumologie hebben in 2003 meerdere klinische verzorgingspaden uitgewerkt en geïmplementeerd; o.a. met betrekking tot pacemaker-implantatie, coronarografie, percutane transluminale coronaire angioplastie (PTCA) en stenting en voor de behandeling van patiënten met een infectieuze COPD.

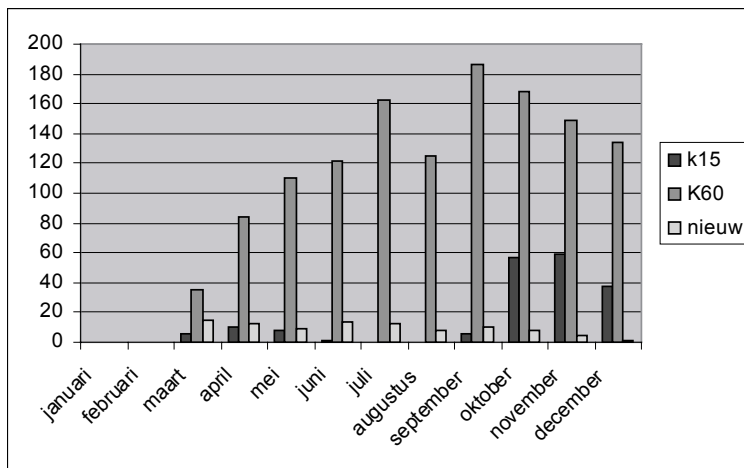
In het verlengde van het zorgprogramma Cardiale Pathologie E (elektronfysiologie) sloot dienst Cardiologie het afgelopen jaar een RIZIV-overeenkomst af inzake implantatie van inwendige hartdefibrillatoren. In augustus 2003 werd de eerste hartdefibrillator bij een patiënt ingeplant en er volgden dat jaar nog 15 andere.



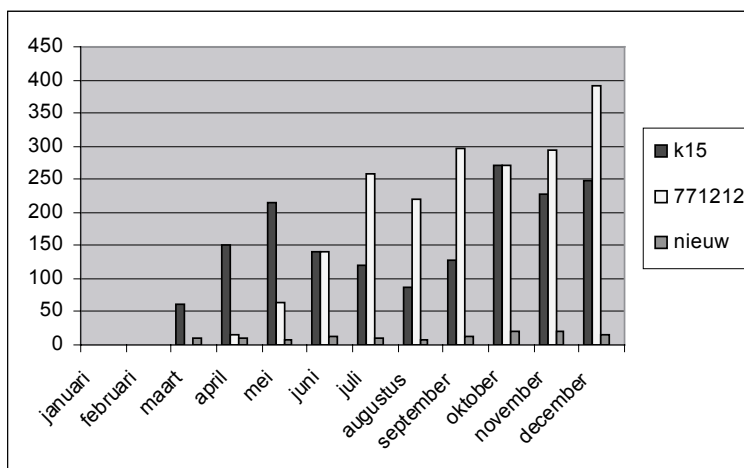
Implantatie van een interne defibrillator.

De ambulante functie van de dienst Cardiale Revalidatie verhuisde in maart 2003 naar campus Sint-Barbara, waar een volledig nieuw ingerichte zaal, met bijhorende onderzoeks- en gesprekslokalen in gebruik werd genomen. Binnen dezelfde faciliteiten werd gestart met de uitbouw van een dienst respiratoire revalidatie. De revalidanten worden er begeleid door een multidisciplinair team onder leiding van de revalidatieartsen: dr. M. Daenen (pneumoloog) voor de respiratoire revalidatie en dr. S. Prihady (cardioloog) voor de cardiale revalidatie. Het revalidatieteam bestaat verder uit gespecialiseerde kinesitherapeuten, diëtisten, een psychologe, een ergotherapeute en een sociaal werker.

Dat er aan deze diensten een grote behoefte was, blijkt uit onderstaande activiteitsgegevens met betrekking tot het jaar 2003.



Aantal ambulante verstrekkingen “respiratoire revalidatie” volgens nomenclatuur, uitgevoerd in 2003.



Aantal ambulante verstrekkingen “cardiale revalidatie” volgens nomenclatuur, uitgevoerd in 2003.

Vanaf medio maart tot eind 2003 zijn er 128 nieuwe patiënten gestart in het cardiaal revalidatieprogramma en 94 in het respiratoir programma, en hun aantal blijft toenemen.

De dienst pneumologie werd in augustus 2003 versterkt met dr. M.Thomeer, een bijkomend stafflid met bijzondere expertise in de behandeling van sarcoidose.



Het Limburgs Vaatcentrum profileerde zich het afgelopen jaar verder als een tertiair centrum voor thoracovasculaire heelkunde en sloot een verregaande samenwerkingsovereenkomst af met het Ziekenhuis Maas en Kempen. In het kader van deze samenwerkingsovereenkomst houdt dr. Schroë, medisch diensthoofd, ondermeer spreekuur in het Ziekenhuis Maas en Kempen en voert er heelkundige ingrepen uit. Ook werden afspraken met betrekking tot de spoedgevallenwacht in het Ziekenhuis Maas en Kempen en de doorverwijzing van patiënten vanuit dit ziekenhuis naar ons ziekenhuis geïmplementeerd.

De aan ons ziekenhuis verbonden dermatologen startten in 2003 met de uitbouw van een volwaardige dermatologische ziekenhuisfunctie. In campus Sint-Jan werd gestart met consultaties op maandag-, woensdag- en vrijdagvoormiddag.





Programma 3

Abdominale Pathologie en Oncologie

1. Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie

De oncologische raad van ons ziekenhuis werd opgericht onder voorzitterschap van dr. Yves Staelens. Later werd deze verruimd naar de 'Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie'. Deze commissie begon met het opstellen van oncologische richtlijnen per tumorgroep voor het oncologisch programma of basisprogramma van het Ziekenhuis Oost-Limburg en meteen ook van het Ziekenhuis Maas en Kempen en het Mariaziekenhuis Noord-Limburg. Het erkenningsdossier werd ingediend.

2. Abdominaal Centrum

In het Abdominaal Centrum (multidisciplinaire aanpak van abdominale aandoeningen) ging het meest aandacht naar het ontwerpen van de oncologische richtlijnen voor oppervlakkige blaas, maag- en colon-rectum. Ook werd gewerkt aan inflammatoir darmlijden. Een enquête onder de artsen werd afgenomen over hun werkomstandigheden in vergelijking met de toepasselijke elementen uit de opdrachtverklaring.

3. Gastro-Enterologie

Medisch-strategisch

De echo-endoscopie kon in haar volledige vorm aangewend worden na de aanschaf van de flexibele scoop. De resultaten van antirefluxtherapie werden op wetenschappelijke wijze in kaart gebracht en scoorden goed op internationale congressen. De ondersteuning van het Ziekenhuis Maas en Kempen door een staf lid van de dienst (prof. Dr. Caenepeel) werd gecontinueerd. Dr. Bart Neuville kwam de medische dienst versterken en bracht bijzondere expertise/interesse mee i.v.m. gastro-enterologische oncologie.



Operationeel

De geneesheren finaliseerden de protocollen en brochures i.v.m. de 5 domeinen: gastro-intestinale tumoren, inflammatoir darmlijden, leveraandoeningen, zuurpathologie en psychosomatische abdominale pathologie i.s.m. Epsoma. Op verplegend-C20 was het een drukke bedoening met een zeer hoge bezettingsgraad en veel transferten. De equipe werd versterkt met een halftime logistiek assistent.

Analyse van de patiëntentevredenheid toont aan dat verrassend genoeg de ongeplande patiënten nog het meest tevreden zijn. De vrijwilligers van de Vlaamse Kankerliga deden hun intrede op C20. Op endoscopie werd onder stimulans van de teambegeleider de werking inhoudelijk en praktisch verbeterd.

4. Abdominale Heelkunde

Medisch-strategisch

De verdere uitbouw van de zware abdominale heelkunde op campus Sint-Jan verliep zoals verwacht.

In Sint-Barbara werd zo veel als mogelijk de niet-kritische pathologie behandeld.

De medische staf werkte mee aan de oncologische richtlijnen voor digestieve oncologie.

Het aanbod van de verpleegkundige ambulante stomazorg werd buiten het ziekenhuis bekend gemaakt.

Operationeel

Voor de geneesheren werden op de raadpleging 2,5 fte toegewezen medisch secretaressen in dienst genomen. Op de stamafdeling A35 werd een aanvang gemaakt van een standaardisatie van staande medische orders en protocollen. De aangekondigde zorgverzekering op A35 noodzaakte de bijbestaffing.

5. Nefrologie

Medisch-strategisch

De voorspelde toename van dialyses met 5 % werd gerealiseerd.

Om de blijvende groei op te vangen en de avonddialyses te verminderen, werd een voorlopig bijgebouw gerealiseerd. Intussen werkte een verpleegkundige werkgroep aan de plannen van de definitieve nieuwbouw.

Operationeel

Om de communicatie met de grote groep medewerkers te verbeteren werd de Hemonewsletter in het leven geroepen en participeerde de verpleging op het maandag-overleg van de geneesheren. De taxichauffeurs kregen eind 2003 voor de derde keer feedback over hun klantvriendelijkheid. Hieruit bleek dat het service-niveau was verbeterd t.o.v. de periode vlak na de herstructurering.





6. Urologie

Medisch-strategisch

In 2003 leverden de geneesheren verder een deskundige behandeling van urologische basispathologie in Sint Jan, maar ook in Sint Barbara. Ook werd de expertfunctie van de niersteenvergruizer in Andre Dumont verdergezet.

Operationeel

Vanaf najaar 2001 bood WI ook verblijf aan geriatrische patiënten.

7. Oncologie

Medisch-strategisch

In het kader van het Limburgs Oncologisch Centrum-samenwerkingsverband kwam dr. Guy Debrock vanaf februari de oncologische dienst versterken. Hij verzorgt tevens een consultfunctie van twee halve dagen per week in het Mariaziekenhuis Noord-Limburg. In tumorgroepen werd een aanvang gemaakt met het opstellen van de eerste oncologische richtlijnen.

Intussen werd er vanwege de directie en het beheer geen kans onbenut gelaten om een decentrale radiotherapie in ons ziekenhuis te bekomen.

Terzelfdertijd werd samen met de partners van het Limburgs Oncologisch Centrum een gedetailleerd eisenprogramma opgesteld voor een geïntegreerd oncologiegebouw (radiotherapie/dagkliniek/raadplegingen)

Operationeel

Voor de geneesheren verbeterden de wachttijden op de raadpleging voor het derde opeenvolgende jaar. Een nieuwe techniek tegen haaruitval bij chemotherapie werd opgestart bij een beperkt aantal patiënten.

Op de verpleegafdeling D00 werd gestart met een gefaseerd opleidingsplan om de onco-expertise van de diverse medewerkers te verhogen. De onco-expert verpleegkundige startte om voor het ganse ziekenhuis de nodige service en kennisoverdracht te garanderen.

Op de dagkliniek geneeskunde werd de beperkte ruimtelijke capaciteit zo optimaal mogelijk gebruikt door een uitbreiding van de uren, een shift van de kleinere behandelingen naar de namiddag. De vrijwilligers van de Vlaamse Kankerliga deden ook hier hun intrede.





Programma 4

Hoofd/nek, orthopedie en algemene heelkunde

1. Zorginhoudelijke initiatieven

Gezien enerzijds het toenemende belang van goede informatie en communicatie binnen het geheel van de gezondheidszorgverlening en aandacht voor patiëntentevredenheid anderzijds, betekenden de zorginhoudelijke verbeteringen de rode draad doorheen het werkjaar 2003. Deze werking werd gekenmerkt door tal van initiatieven op afdelingsniveau.

Het aspect communicatie, informatie en patiëntentevredenheid werd breed geïnterpreteerd en uitgewerkt zowel op patiënt- en/of bezoekersniveau, naar de interne werking op de verpleegafdeling of medisch dienstniveau, als ook naar opvang en begeleiding van studenten en nieuwe medewerkers. Een aantal voorbeelden zijn o.a.: de optimalisatie van de behandeling en informatieverstrekking van de oftalmologiepatiënt op LCI met betere spreiding van het opnamemoment en aldus een betere invulling van de beschikbare capaciteit; de ontwikkeling van een uitgebreid draaiboek 'B30 neurochirurgie' voor nieuwe verpleegkundigen en studenten; het opstarten en nemen van allerlei afdelingsgebonden initiatieven op de afdeling D25 neurologie met name de wachttijd na bedbel, de aandacht voor privacy, de informatieverstrekking naar patiënt en familie; de uitwerking van een vernieuwde brochure voor studenten op B20 gezien het specifieke karakter van de bufferafdeling; de optimalisatie van geplande opnames en ontslagen op de afdeling B35 orthopedie met specifieke aandacht voor de geriatrische patiënt en de langdurige bijscholing naar orthopedische pathologie op de afdeling W7 met terugkoppeling naar de andere personeelsleden orthopedie.

2. Klinische paden

2003 is het jaar van de invoering van een uniform verpleegdossier binnen het ZOL; de bestaande klinische paden binnen het patiëntenprogramma 4 werden gealigneerd op het nieuwe dossier. Tevens werd elk pad uitgebreid geëvalueerd vanuit multidisciplinaire invalshoek en waar nodig bijgestuurd. Het handelt hier over de orthopedische paden totale heupprothese en schouderoperaties en de neurochirurgische paden zijnde alle rugoperaties en de intracraniële tumoren.

Groot voordeel van deze werkwijze is de uniformiteit van lay-out. Tevens zijn deze paden handig naar afdelingsoverstijgend gebruik en betekenen een grote meerwaarde indien een patiënt buiten de moedereenheid wordt verzorgd.



Het gebruik van klinische verzorgingspaden heeft een duidelijke positieve invloed op de gemiddelde ligduur, nogmaals bewezen door de evaluatie in 2003 zoals blijkt uit onderstaand voorbeeld van het klinisch pad “totale heupprothese”:

	Voormeting 2000	nameting 2000	nameting 2002	nameting 2003	Gemiddelde nationale ligduur
Gemiddelde ligduur	14,5	11,5	11	10,8	14,54 (<75j) 17,4 (>75j)

Het belang van klinische paden binnen het patiëntenprogramma 4 moge blijken uit volgende cijfers: meer dan 80% van de opgenomen neurochirurgische patiënten en 60% orthopedische patiënten worden verzorgd via een klinisch pad.

3. De buffereenheid en de organisatie van de opname

Hoewel 2003 voor wat betreft de opnames en verpleegdagen een druk jaar was met vooral in het eerste kwartaal een recordactiviteit in het operatiekwartier en een gemiddeld bedbezettingspercentage van 84%, verliep heel de opnamestroom zonder veel problemen. Spoedopnames en vele niet geplande opnames ten spijt zorgden de op de realiteit afgestemde bedverdelingen samen met de flexibele buffercapaciteit voor een goede matching van capaciteit en nood.

Voor de opzet van een structureel voorziene samenwerking tussen de buffereenheid en de dienst opnameplanning, met hoofdverpleegkundige Erik Christiaens als brug, was hiervoor een goede facilitator.

Via de techniek van de zogenaamde ‘chronische bedden’ konden langdurig op intensieve verblijvende, meestal polytrauma, patiënten gemakkelijk naar verpleegeenheden gemuteerd worden met een goede spreiding van de zeer zware zorglast ervan.

4. Opleiding neurologie-neurochirurgie

In het academiejaar 2002-2003 werd een vervolgcursus aangeboden op de modulaire opleiding Neurologie-Neurochirurgie. De onderwerpen waren neurodegeneratieve en perifere zenuwaandoeningen, epilepsie, dementie en cerebro-vasculaire aandoeningen. In totaal volgden 238 verpleegkundigen, waarvan 120 van het ZOL, één of meerdere lessen. Ongeveer 120 personeelsleden van het ZOL hebben aan één of meerdere sessies van deze opleiding deelgenomen. Verschillenden onder hen legden nadien met vrucht het examen af.





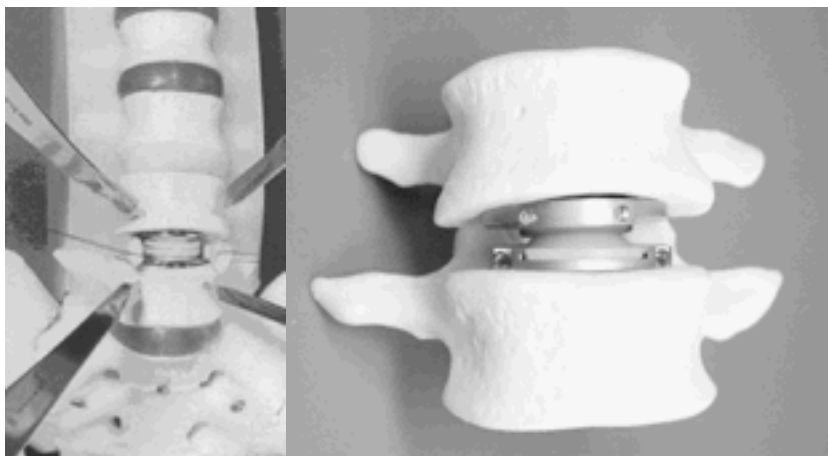
5. Radiochirurgie

In 2003 werd radiochirurgie opgestart. De aanstelling van dr. Engelborghs vanaf 1 oktober 2003 speelde hierin een belangrijke rol. Dr. Engelborghs heeft in functie van de radiochirurgie een extra opleiding genoten in de Verenigde Staten.

6. Discusprothese

Na een voorzichtige start in 2002 werden in 2003 een twintigtal patiënten door dr. Monstrey geholpen door het plaatsen van een discusprothese.

Nadeel zijn de zeer hoge prijs en een zware ingreep. De evolutie op lange termijn is nog niet bekend (de eerste prothese werd ongeveer 16 jaar geleden geplaatst).



7. Endoscopische hersenoperaties in het ZOL.

“Een weinig invasieve ingreep met heel wat voordelen voor een bepaalde groep van patiënten”, aldus neurochirurg dr. Frank Weyns.

In het algemeen zijn er voor de neuro-endoscopie twee toepassingsgebieden. De belangrijkste groep zullen patiënten met een hydrocefalie zijn, een opstapeling van hersenvocht. Klassiek konden deze patiënten alleen maar worden geholpen door een shunt te plaatsen. Nu kunnen een deel van deze patiënten geholpen worden met een ventriculostomie waarbij een opening wordt gemaakt in de vochtkamer om zo het probleem van de hydrocefalie op te lossen. Een tweede toepassing van de endoscoop is dat hij toelaat ‘achter het hoekje’ te kijken, naar voor het oog onbereikbare plaatsen. De neuronavigatie heeft een belangrijke positieve impuls gegeven wat betreft de veiligheid – exact kunnen lokaliseren, is immers zeer belangrijk in de neurochirurgie – maar de endoscoop heeft door zijn bijkomende mogelijkheden nog een extra waarde toegevoegd aan die veiligheid.

8. Vernieuwingen en informatisering op MKA

Op operatief gebied werden belangrijke inspanningen gedaan om vanuit computermodellen chirurgische mallen voor te bereiden ten einde de chirurgische peroperatieve precisie te verhogen tot een nauwkeurigheid in het microngebied. Dit is van belang voor implantaten die bij gelaatsdefecten op precieze wijze in de schedelbasis moeten verankerd worden.

Ook een nieuwe techniek van botgreffe-afname werd ingevoerd: de prelevatie van de corticalis externa vanuit het corpus mandibulae.

Het internetdossier MKA (www.mkazol.be) werd verder uitgebouwd en wordt trouw geraadpleegd door de verwijzende orthodontisten.

De verdere digitalisatie van de medische beeldvorming werd in gang gezet, maar verliep minder goed dan gewenst. De volgende jaren zal hier nog hard moeten aan gewerkt en in geïnvesteerd worden.







Programma 5

ALGEMENE INWENDIGE GENEESKUNDE, GERIATRIE, PSYCHIATRIE, REVALIDATIE, REUMATOLOGIE

I. Diabetesdossier

Huisartsen en de endocrinologen van het ziekenhuis sloegen de handen in elkaar en stelden een gemeenschappelijk dossier samen voor diabetespatiënten. Dit dossier moet de onderlinge communicatie tussen de hulpverleners verbeteren hetgeen uiteindelijk tot een betere zorg en opvolging van de diabetespatiënt zal leiden.

De endocrinologen worden overstelpt en de huisartsen voelen zich vaak te weinig betrokken bij de opvolging van diabetes. Vandaar dat de idee groeide om een diabetesdossier samen te stellen dat de patiënt meeneemt zowel naar zijn specialist als zijn huisarts. Het dossier bestaat uit een bewaarmap, het dossier zelf, een referentiekaart voor streefwaarden, een insulinetherapieblad, een voetonderzoekblad en een bloeddrukblad. Het bevat zowel de resultaten van onderzoeken en metingen als informatie over het bezoek aan de oogarts, de podoloog en andere.

Begin 2004 krijgen patiënten, die in het diabetescentrum op raadpleging komen, een diabetesdossier met bewaarmap mee naar huis. Het project loopt in een eerste fase over twee jaren en zal jaarlijks geëvalueerd worden door de gemengde werkgroep van huisartsen en endocrinologen.



2. Multidisciplinaire voetkliniek

Vroeger was de diabetesbehandeling van de endocrinoloog vooral gecentreerd op de bloedsuikerregeling. Voetletsels waren de bevoegdheid van de dermatoloog en in laatste instantie kwam de chirurg voor een eventuele amputatie of vasculaire reconstructie.

Tussen al deze disciplines was er niet veel coördinatie.

Ondertussen is o.m. een jaarlijks voetonderzoek een vast onderdeel geworden van de evaluatie van de diabeet door de endocrinoloog. Daarnaast krijgt iedere diabetespatiënt tegenwoordig preventieve voeteducatie van een diabetesverpleegkundige en een podoloog. Patiënten die effectief voetwonden hebben worden regelmatig teruggezien op de podologische raadpleging en worden telkens mee beoordeeld door de endocrinoloog. Voor de beoordeling van vasculaire problemen, arteriële interventies en spaarzame amputaties wordt samengewerkt met de vaatspecialisten.

Nieuw is dat sedert juni 2003 nu ook tweewekelijkse multidisciplinaire voetraadplegingen plaats vinden op de raadpleging Endocrinologie.

Samen met de podoloog, de dermatoloog, de orthopeed en de orthopedische schoentechnici onderzoeken en bespreken de endocrinologen van het diabetescentrum patiënten met bijzondere voetproblemen. Hier worden gezamenlijk beslissingen genomen over hoe de wond-, huid en nagelverzorging verder zal verlopen, over het uitvoeren van correctieve orthopedische ingrepen en over het vervaardigen van steunzolen, orthopedische en semi-orthopedische schoenen en ander orthopedisch materiaal.

Diabetische voetzorg is zo een zaak geworden van vroegtijdige en multifactoriële primaire preventie, het vroegtijdig opsporen en behandelen van risicopatiënten en het zo vroegtijdig en intensief mogelijk behandelen van voetletsels om de schade te beperken en amputaties te vermijden.



3. Ouderenpsychiatrie

In 2003 vond ook de opstart plaats van een dienst Ouderenpsychiatrie als aparte entiteit binnen de dienst Psychiatrie van het ziekenhuis. De ouderenpsychiaters nemen de liaison-psychiatrie van alle oudere patiënten binnen het ziekenhuis voor hun rekening, ze nemen deel aan de multidisciplinaire geheugen-raadpleging, houden raadpleging en geven zowel patiënt- als teamondersteuning op de palliatieve eenheid.



4. Geriatrische liaison

Door de toenemende vergrijzing enerzijds en de inkrimping van het aantal ziekenhuisbedden anderzijds ziet men op bijna alle ziekenhuisafdelingen de gemiddelde patiëntenleeftijd stijgen.

Geriatrische patiënten vormen een kwetsbare groep omwille van de vaak bestaande comorbiditeit en polyfarmacie. De functionele reserves nemen progressief met de leeftijd af. Een voorheen bestaande zwakke sociale omkadering of veranderde mentale status kunnen ontslag op korte termijn verhinderen.

Hierdoor ontstond de noodzaak om te zoeken naar een 'geïntegreerd model' waarbij bejaarden op niet-geriatrische diensten gemakkelijker toegang hebben tot specifieke geriatrische en multidisciplinaire zorg. Dit nieuwe model noemt men de 'geriatrische liaison'.

In dit kader werd in het ziekenhuis een geriatrische liaisonfunctie opgestart om de specifieke noden en problemen van geriatrische patiënten tijdig te herkennen en ze tegemoet te komen.

Er wordt gewerkt via een multidisciplinair consultmodel. Er is nauwe samenwerking met de liaison-gerontopsychiatrie en de casemanagers om tijdig een zorgenplan en ontslagplanning op te stellen. Ook gebeuren frequent verwijzingen naar andere (para)medische diensten.

5. Dagziekenhuis Geriatrie

Op 11 februari 2003 opende op campus André Dumont, het eerste Limburgse geriatrische dagziekenhuis. Reeds twee maanden later breidde dit initiatief uit met algemene inwendige geneeskunde. Tijdens het eerste jaar werden 337 opnamen geregistreerd. Het grootste gedeelte van de patiënten komt voor een geheugenraadpleging. Verder bestaat de populatie uit minder mobiele of dementerende patiënten waarbij een opname of raadpleging niet aangewezen is en patiënten die een transfusie of een technisch onderzoek behoeven.

Om alle onderzoeken op één dag te realiseren, gebeurt de planning volgens een strikte dagindeling.

6. Toxicomanie Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventies (TEPSI)

In het najaar van 2002 werd het Ziekenhuis Oost-Limburg geselecteerd voor de uitbouw op provinciaal niveau van een eenheid voor de crisisopvang van middelenaafhankelijke. Geconfronteerd met de uitbreiding van de harddrugproblematiek begin jaren '80 werden er zowel in het ziekenhuis (Spoedgevallendienst en dienst Psychiatrie) als buiten het ziekenhuis afspraken gemaakt inzake crisissituaties en ontwenningsoptnamen. Een aantal lokale

huisartsen, het Centrum voor Alcohol- en Drugbestrijding, de sociale dienst van het OCMW en het ziekenhuis vervulden in deze een uiterst belangrijke rol. Hun inspanningen resulteerden in een intense wisselwerking tussen de diensten Psychiatrie en Spoedgevallen enerzijds en de ambulante sectoren anderzijds.

Voorlopig werd een crisiseenheid met 4 bedden geïntegreerd binnen de dienst Psychiatrie van het ziekenhuis. Dit in afwachting van de inrichting van een nieuwe locatie, aangesloten



op de nieuwe spoed-gevallendienst.

De Toxicomanie Eenheid voor Psychiatische Spoedinterventies (TEPSI) is bestemd voor opname van personen die zich op de spoedgevallendienst met een acute, middelengerelateerde medisch-psychiatrische crisis aanmelden. Ze worden gezien door de psychiater van wacht, die het verdere beleid bepaalt en oordeelt of er tot opname moet worden overgegaan.

Na de eerste opvang van de acute problematiek met eventuele desintoxicatie wordt met de patiënt besproken wat er kan ondernomen worden om via het netwerk van voorzieningen een vervolgbehandeling te realiseren. De aan het project toegevoegde casemanagers, die deeltijds werken in het C.A.D., treden hierbij op als zaakbehandler van de cliënt en verzekeren na ontslag van de patiënt de efficiëntie en continuïteit van de hulpverlening.

De interne werking wordt gedragen door een multidisciplinair team bestaande uit een psychiater, verpleegkundigen en psychologen. De maximum verblijfsduur bedraagt 5 dagen. Om vlot de fluctuaties in de vraag te kunnen beantwoorden, besliste de directie de capaciteit van de crisiseenheid uit te breiden tot 8 bedden waarvan 1 isoleerkamer. De extra bedden zijn bestemd voor andere psychiatrische spoedinterventies (EPSI).

7. Kiné-Ergo-Logo

Cardiale en respiratoire revalidatie in St.-Barbara

Na de verbouwingen van de vroegere kapel tot therapiezaal en na de aankoop van de noodzakelijke apparatuur werd in maart 2003 op campus St.- Barbara gestart met een cluster van cardiale en respiratoire revalidatie. Onder supervisie van cardioloog-revalidatiearts dr. J. Prihady en pneumoloog-revalidatiearts dr. M. Daenen vingen er in 2003 reeds meer dan 200 revalidanten een revalidatieprogramma aan.

Binnen dezelfde structuur wordt, in samenspraak met de vaatchirurgen van het ZOL, ook aan patiënten met ernstige vaatproblemen een gelijkaardig revalidatieprogramma aangeboden.





“ Ik heb een maatje ”

In dit project voor obese kinderen dat het ziekenhuis in samenwerking met de Opvoedingswinkel in Genk voor de tweede maal aanbod worden kinderen met een overgewicht multidisciplinair begeleid en geholpen.



Campusoverschrijdende uniformiteit

Om te komen tot een campusoverschrijdende uniformiteit werden tijdens het voorbije jaar zowel het wacht- en weekendsysteem als een administratief computerprogramma voor dossierbeheer, registratie en facturatie) geïnitieerd en voorbereid. Beide projecten gingen begin 2004 met succes van start.

8. Palliatief Support Team

In 2003 begeleidde het palliatief support team 190 patiënten (+10.5 % t.o.v. 2002), wat overeenkomt met 23% van het totaal aantal sterfgevallen in het ziekenhuis.

De meerderheid van de begeleide patiënten was ouder dan 60. Alle patiënten waren ouder dan 40 jaar. Ingedeeld naar diagnose, nam het aandeel van de niet-oncologische patiënt opnieuw toe en bedroeg 27% in 2003.

Gemiddeld liepen de begeleidingen over 9,41 dagen, wat een vermindering met 1,43 dagen t.o.v. 2002 betekent. Dit werd door het PST ook zo aanvoeld in die zin dat ze vaak laattijdig in palliatieve situaties betrokken werden. In totaal werden er 1540 gesprekken gevoerd.

Meer dan de helft van de aanvragen voor ondersteuning kwamen van de behandelende geneesheer. Minder dan 6% van de aanvragen kwamen van de patiënt of familieleden.

Wat de aard van de hulpvraag betreft, stelde het PST een beduidende toename vast in de vraag voor overnames naar de palliatieve eenheid. Vaak ontstond deze vraag in het kader van de 'beddendruk' maar niettegenstaande dat is hier voor het PST een belangrijke rol weggelegd, nl. het 'omgaan in waarheid'. Omdat patiënten in principe enkel op de palliatieve eenheid opgenomen worden nadat ze geïnformeerd zijn, is een tijdige inschakeling van het PST aangewezen.

Verder wordt het PST ook meer gevraagd voor het opstarten van spuitdrijvers en is ook de nood aan ondersteuning van de familie toegenomen. Nagenoeg de helft van de problemen zijn van psychosociale aard.

In 2003 werd er eveneens een toename van het aantal consulten door de palliatief support arts genoteerd. Ook het aantal afdelingen waar deze gevraagd werd, nam toe.

Naast de directe ondersteuning gaf het PST op heel wat afdelingen uitleg over het gebruik van pijnpompen en bood ondersteuning aan verpleegkundigen i.v.m. symptoomcontrole. Ook wanneer verpleegkundigen het zelf moeilijk hadden in palliatieve situaties konden ze bij het PST terecht.

Met het oog op een snellere detectie van PST-patiënten werd op D20 gestart met het bijwonen van de patiëntenbesprekingen.

Om zijn aanbod beter bekend te maken in het ziekenhuis werkte het PST mee aan de realisatie van een fotoboek over de palliatieve eenheid. Deze worden gehanteerd door de referentieverpleegkundigen om patiënten die niet in staat zijn de eenheid te bezoeken toch goed te informeren.



9. Zorginhoudelijke projecten

Naast bovenstaande projecten werden er in 2003 op afdelingsniveau nog een aantal projecten gerealiseerd. Dit gebeurde in samenspraak met de verantwoordelijke zorgcoördinator die trouwens – om voeling te houden met de werkvloer – een dag per week meewerkt op de afdelingen. Zo werd er een multidisciplinaire vorming i.v.m. CVA georganiseerd en werden referentieverpleegkundigen bijgeschoold inzake registratie van Minimaal Verpleegkundige Gegevens.

Op W2 werd het klinisch pad diabetes op punt gesteld en het personeel van W4 werd paraat gemaakt om de “interne M.U.G.” op campus André Dumont te verzekeren.

De dagkliniek geriatrie, de dienst Psychiatrie en de Palliatieve Eenheid ontwikkelden een verpleegdossier op maat van hun afdeling.

LD1 paste zijn insulinebeleid aan, W5 stelde zijn stockbeheer op punt en W6 ontwierp een aangepast ontslagformulier.

Ten slotte startte de palliatieve eenheid met aromatherapie.





Programma 6

KRITISCHE DIENSTEN

1. Dagkliniek Heelkunde

De dagkliniek heelkunde is verdeeld over drie ZOLcampussen, ieder met een eigen identiteit en personeel. Om het operatiekwartier in campus St.-Jan te ontlasten werd dagklinische

activiteit van campus St.-Jan en campus A. Dumont verschoven naar campus St.-Barbara. Vooral de diensten neurochirurgie, gynecologie en MKA waren hierbij betrokken. Niettegenstaande deze verschuivingen hebben wij in 2003 meer dan 10.000 patiënten dagklinisch behandeld in campus St.-Jan en campus A. Dumont. Dit bevestigt onze doelstelling om zoveel mogelijk dagklinische patiënten op de dagkliniek te behandelen.

In de loop van 2003 werd ook een bevraging gedaan naar de patiëntentevredenheid op de dagkliniek heelkunde, daags na het ontslag. Deze enquête kadert in het geheel van wettelijke erkenningen van de dagkliniek heelkunde. Een medewerker van de cel Kwaliteitszorg heeft telefonisch contact daags na opname op de dagkliniek heelkunde. In het totaal werden er 500 patiënten bevraagd in campus St.-Jan en campus A. Dumont, waarbij o.a. de volgende items aan bod kwamen:

- pijnvaring na ontslag
- nausea en braken
- onbeantwoorde vragen na ontslag

tevredenheid over het verloop van de opname

De resultaten van deze enquête waren zeer bevredigend voor beide afdelingen. Het was belangrijk om te weten of patiënten op een verantwoorde manier ontslagen werden uit het dagziekenhuis. Voor het grootste deel van de patiënten waren er geen problemen na ontslag.

Met een aantal opmerkingen, zoals o.a. informatiedoorstroming, privacy, wachttijden, lawaaihinder, werd rekening gehouden in het concept van de nieuwe dagkliniek heelkunde dat ontwikkeld werd voor campus St.-Barbara (maart 2005) en voor campus St.-Jan (mei 2005). Gezien het belang van de kwalitatieve zorgverlening op de dagkliniek heelkunde, zal op systematische wijze deze toetsing gecontinueerd worden.

2. Het Multidisciplinair Pijncentrum

Binnen deze afdeling werd de nadruk gelegd op de verdere uitbouw van de multidisciplinaire werking.

Er werd gestart met het concept miniteam. Hierbij komt een patiënt in de voormiddag op consultatie bij de kinesist en de psycholoog. Tijdens de middag gebeurt er een teamoverleg samen met de behandelende algoloog. Gedurende de consultatie die de patiënt tijdens de namiddag heeft met de pijnspecialist, wordt samen met hem het verdere behandelplan besproken. Hierbij worden ook onmiddellijk verdere afspraken voor de patiënt gemaakt, om de efficiënte te bevorderen.

Naast het structureel overleg vonden de verschillende disciplines elkaar ook in het leg-



gen van de fundamenteën voor de start van een cognitieve gedragstherapeutische groep. Hierbij worden de chronische pijnpatiënten in eerste instantie gescreend op hun functionaliteits-niveau en hun manier van omgaan met pijn. Vervolgens krijgen ze gedurende een 8-tal weken gecombineerde psychologische en kinesitherapeutische groepssessies. Op deze manier wordt getracht de omgang met chronische pijn te verbeteren en de patiënten, ondanks de pijn, te laten voelen dat bewegen kan en zelfs noodzakelijk is.

Op het gebied van onderwijs en educatie werden bijscholingen georganiseerd, waaronder de posthogeschoolopleiding Pijnreferentieverpleegkundige, in samenwerking met de Katholieke Hogeschool Limburg.

In maart 2003 werd opnieuw een klinische workshop met als thema radiofrequentie-therapie georganiseerd. Na de lumbale regio, kwam tijdens deze tweedaagse vooral de pijnbehandeling in de cervicale regio aan bod. De reacties van de internationale gasten waren onverdeeld enthousiast.

Te Brussel werd, in samenwerking met het World Institute of Pain, een Cadaver workshop georganiseerd als voorbereiding op het internationale pijnexamen van het WIP. Naast de medicamenteuze behandeling van chronische pijn werd hier vooral onderricht gegeven in het gebruik van interventionele radiotherapie.

Met vijf studenten Verpleegkunde werd een project opgezet dat het verbeteren van de informatieverstrekking binnen het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) tot doel had. De gegevens die bekomen werden door een gestructureerde vragenlijst voor de patiënten werden gebruikt om de informatieve noden van de patiënten vast te stellen. Vervolgens werden voor de verschillende invasieve ingrepen, kinesitherapeutische en psychologische ondersteuning en interventies een informatiebrochure uitgeschreven. Dit project wordt afgerond in 2004.

Het wetenschappelijk karakter van de werking reflecteerde zich in het nationaal en internationaal publiceren van studieresultaten en in de lezingen die door de teamleden werden gehouden op verschillende symposia.

De groei van het MPC laat zich blijken uit de cijfers. Naast de 2500 controleraadplegingen, boden zich een 900-tal nieuwe patiënten aan op het Pijncentrum en werden er ongeveer 3000 invasieve pijnbehandelingen uitgevoerd. De kinesist had 2500 patiëntencontacten en de psycholoog werd ongeveer 1000 maal geconsulteerd.

250 maal werd een patiënt gescreend of opgevolgd door de psychiater, terwijl de verpleegkundig pijnspecialist 600 patiëntencontacten had in verband met de opvolging van neuromodulatie.

Ondanks, of misschien dankzij al deze inhoudelijke veranderingen scoorde het MPC zeer goed op de patiëntentevredenheidsenquête, waardoor een derde plaats werd behaald voor de prijs van de meest klantvriendelijke dienst binnen de patiëntenprogramma's.



3. Spoedgevallendienst

2 december 2003 is een historische datum voor de dienst Spoedgevallen. Op die datum vond de verhuis plaats naar de gelijkvloerse verdieping van de splinternieuwe H-blok. Er werd in de nieuwe infrastructuur veel aandacht besteed aan de privacy van de patiënt. Ook de opvang-, behandel- en verzorgingsmogelijkheden werden heel wat uitgebreid. Helemaal nieuw was ook dat de Spoedgevallendienst werd uitgerust met een decontaminatiekamer voor de opvang van besmette slachtoffers. Limburgse patiënten met chemische wonden zullen dan ook in de toekomst naar ons ziekenhuis worden overgebracht.

Op de nieuwe spoedgevallendienst zijn enkele diensten, waar nauw mee samengewerkt wordt, met een vooruitgeschoven werkpost aanwezig. Zo werd een gedeelte van de afdeling Medische Beeldvorming – met RX, CT, scanner en echografie – verhuisd naar de H-blok tegen de Spoedafdeling. Dat maakt dat patiënten van de Spoed die worden onderzocht niet meer verder het ziekenhuis in moeten.

Ook nieuw is het nachthospitaal (8 bedden), dat in de tweede helft van 2004 operationeel wordt. Er werden ook twee bedden voorzien voor intensieve opvang van spoedpatiënten (SPIZ-bedden).

De nieuwe infrastructuur biedt ook heel wat voordelen naar functionaliteit met een verpleegwacht die permanent zicht biedt op wat er in de garage gebeurt. De administratieve krachten werden geïntegreerd in de verpleegkundige coördinatiecel van de Spoed. Voor een goed management van de Spoedafdeling werd ook een verfijning gerealiseerd van het informaticasysteem 'Emergency Room' (ER), een specifieke module ontwikkeld voor de Spoedgevallendienst. Zo kan men in de coördinatiecel heel wat gegevens rechtstreeks aflezen: Waar bevinden zich welke patiënten? Aan welke specialismen werden ze toegewezen? Welke onderzoeken werden aangevraagd en uitgevoerd? ... Ook is het mogelijk in elke behandelingsbox onder autorisatie patiëntengegevens op te vragen.



4. Operatiekwartier

Na het expansiejaar 2002 werd het jaar 2003 voor het Operatiekwartier een bestendiging van de groei met $\pm 1\%$, zowel qua aantal ingrepen als qua OK-bezetting. We naderen de kaap van 26.000 (25.944 ingrepen) en de OK-bezetting steeg naar 85,2%, met een uitloper in campus St.-Jan (95% bezetting). Deze cijfers tonen aan dat de huidige capaciteit van het OK zijn limiet bereikt heeft.

Organisatorisch werd de uitloop van de OK-programma's en de uitvoering van de urgenties tijdens de late shift op punt gesteld. Er werden 4 zalen ter beschikking gesteld voor deze activiteiten, gecoördineerd door een hoofdverpleegkundige of zijn/haar vervanger. Ook werd vanaf 1 oktober 2003 de recovery tijdens de weekdagen 's nachts opengesteld voor PAZA-patiënten (post-anesthesie zorgenafdeling voor 2 niet-invasieve intensieve patiënten) en voor de opvang van andere nachtoperaties.

Er werd ook veel aandacht besteed aan de samenwerking met de ondersteunende diensten, zoals apotheek (10-puntenprogramma) en sterilisatie. De ontwikkeling van een kostenbeheersingssysteem voor het materiaalverbruik van het OK werd voorbereid en geconcretiseerd in verschillende verbruiksprofielen per chirurg per ingreep. In functie van de strategische doelstellingen van het ziekenhuis werden de boordtabellen van het operatiekwartier op een systematische wijze besproken in de OK-Commissie. Veel voorbereidend werk werd geleverd voor de bouw van het nieuw operatiekwartier op campus St.-Jan.

Op termijn zal het volledige operatiekwartier van campus Andre Dumont geïntegreerd worden op campus St.-Jan (najaar 2006).





5. Intensieve zorgafdeling

2003 werd gekenmerkt door een ernstige toename van bedbezetting op Intensieve 1 en Intensieve 2 (van 86% naar 91,2%) en van de spoed-intensieve (SPIZ) bedden (van 52,8 naar 60,8%). Deze toename werd vooral veroorzaakt door een verzwaring van de ligduur van abdominale pathologie en neurochirurgische pathologie. De ligduur op intensieve zorgenafdeling 1 steeg van 7,3 dagen naar 8,8 dagen. Dit veroorzaakte een ernstige druk op de intensieve bedden, wat resulteerde vanaf 1 oktober 2003 in het openen van 2 PAZA-bedden op de recovery in het operatiekwartier van campus St.-Jan. Op deze wijze werden 2 intensieve bedden niet belast. Ook werden afspraken gemaakt met de dienst cardiologie voor de opname van anesthesiepatiënten op de hartbewaking.

De belangrijkste medische ontwikkeling op de intensieve zorgenafdeling heeft te maken met de niet-invasieve beademingstechnieken. Hierdoor kan vermeden worden dat patiënten met een bepaalde pathologie geïntubeerd worden.

Ook werd de kwaliteit van de zorg duidelijk verbeterd door een aantal ziekenhuishygiënische afspraken en protocollen te implementeren met betrekking tot bv. infuusbeleid, decubitusbeleid, isolatiebeleid. De afstemming tussen het medische en het verpleegkundige beleid gebeurt maandelijks in een stuurgroep intensieve zorgen.





Programma 7

DE MEDISCH –DIAGNOSTISCHE DIENSTEN

Binnen de medisch-diagnostische diensten was een bijzonder aandachtspunt de patiëntentevredenheid terwijl anderzijds getracht werd om zowel de interne en externe klant - leverancierrelatie verder te verbeteren.

Rond de aanvraagformulieren werden verschillende acties ondernomen opdat deze correcter zouden worden ingevuld. Protocollen en procedures werden aangepast of zelfs vervangen door nieuwe. Deze protocollen en procedures werden op intranet geplaatst.

De voortgezette opleiding “ioniserende stralen” kende een groot succes. Ook in 2004 loopt deze opleiding verder in samenwerking met andere Limburgse ziekenhuizen.

In functie van de nieuwe spoed was er een continu overleg tussen de dienst Spoedgevallen en de dienst Medische Beeldvorming. Resultaat was een splinternieuwe dienst Medische Beeldvorming binnen de Nieuwe Spoedgevallen (met klassiek radiologie, CT en echografie). De patiënt kan hier alleen maar beter mee zijn. Kortere wachttijden en het vermijden van nodeloze transporten.

Door de uitbouw van mammoscreening en de aankoop van een mammotoom werd de aanzet gegeven tot de realisatie van het borstcentrum.

Al de bedieningsplatformen binnen de dienst Medische Beeldvorming van zowel CT, MR, CR, DSA, werden uniform gemaakt zodat bijv. de opleiding eenvoudiger werd en het rendement en de performantie verbeterde.

PACS werd verder geoptimaliseerd. Er was een uitbouw van WEB distributie van beelden en een extranet werd voorbereid.

Ook het secretariaat van de dienst Medische Beeldvorming werd aangepast. Er gebeurden enkele architectonische aanpassingen (ingebruikname tweede en derde loket) en het takenpakket van de secretaressen werd aangepast aan het filmloos werken.

Het project nucleaire geneeskunde op campus Andre Dumont werd verder geoptimaliseerd alsook de verdere integratie van de PET technologie binnen het Ziekenhuis Oost-Limburg. Het Limburgs PET-centrum kwam in 2003 op kruissnelheid. De nuclearisten van de stichtende ziekenhuizen, naast ons ziekenhuis het Salvator-, het St.-Ursulaziekenhuis en het Virga Jesseziekenhuis, realiseerden zelfs meer dan het oorspronkelijk vooropgestelde aantal onderzoeken. Dit bewijst dat deze specifieke technologie een eigen functie heeft voornamelijk in het kankeronderzoek. De tamelijk complexe administratie kwam ook in haar plooi. De exploitatie sloot af met een positief resultaat in de jaarrekening.

Binnen de dienst nucleaire geneeskunde was er de aanzet tot opstart radiotherapie “open bron”. Dit als voorbereiding naar het nieuwe K-gebouw.

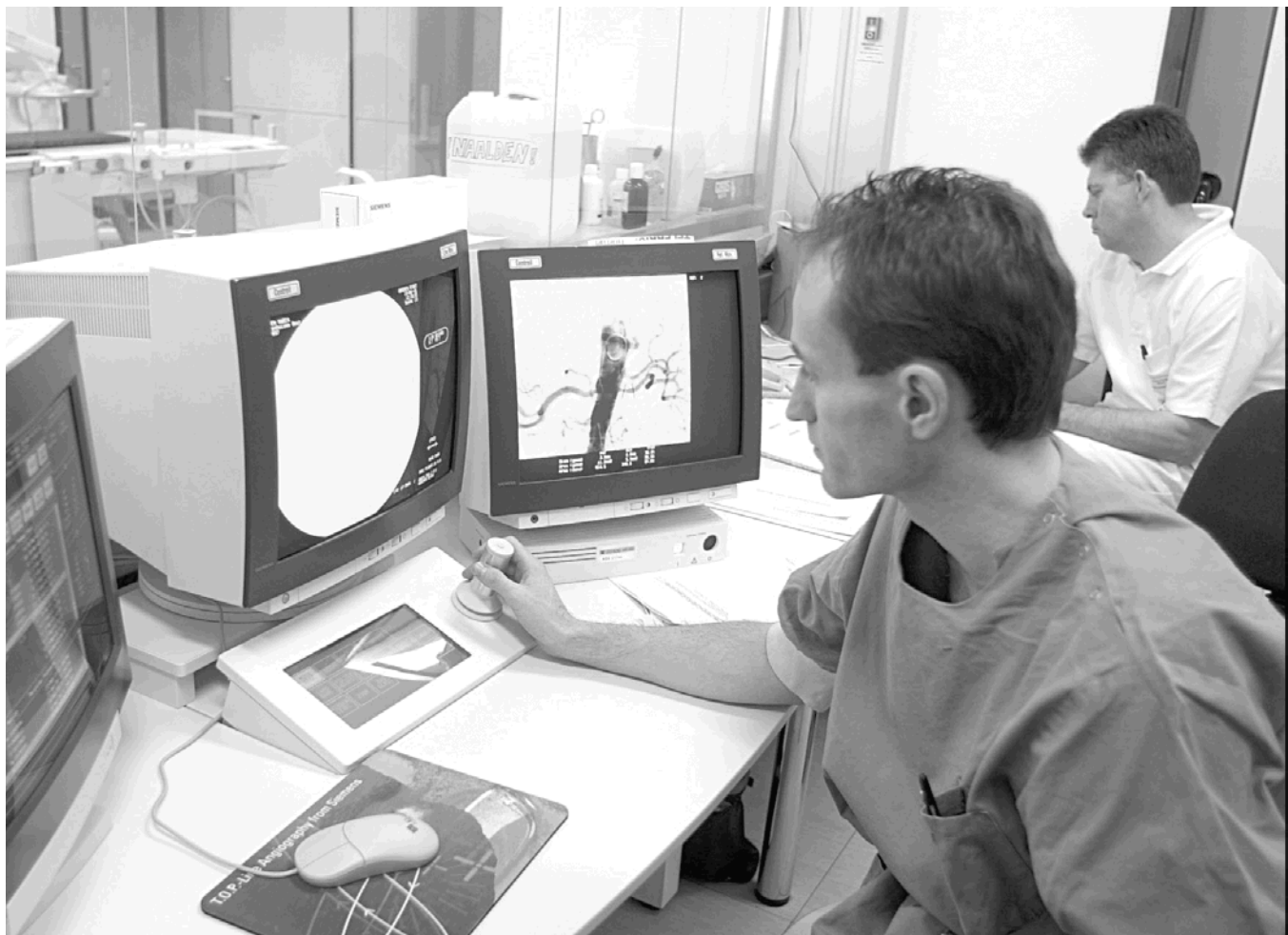


Een eerste test voor beeldfusie (tussen beelden nucleaire geneeskunde en beelden medische beeldvorming) gaf goede resultaten.

Binnen de dienst Klinisch Labo werd een eerste aanzet gegeven naar het opstarten van moleculaire biologie. Er werd een bijkomend staf lid aangeworven met een extra opleiding binnen de moleculaire biologie.

Het kwaliteitshandboek werd geïnstalleerd en er werd een kwaliteitsverantwoordelijke aangesteld als adjunct-hoofdlaborant. Ook werden alle protocollen en procedures elektronisch geïnventariseerd via MITRAS.

Aangaande de verbetering van de pre-analytische fase werden de eerste acties ondernomen om in 2004 gericht te kunnen reageren bij fouten.



Binnen de bloedbank werd het bloedtransfusiebeleid verder uitgewerkt, een bloedtransfusiecomité opgericht en werden er nieuwe procedures ingevoerd.

Het stockbeheer werd geregeld via KLABSTOCK, een eigen realisatie van de dienst.



Een aantal noodzakelijke verbouwingen werd uitgevoerd: plaatsen van een nieuwe koelcel – nieuwe LAF kast op microbiologie.

Voor de dienst Anatomo-pathologie werd de nieuwbouw voorbereid. Ook voor de nieuwe autopsiezaal werd er afgestemd met alle betrokken diensten.

Een vierde staf lid vervoegde halftijds de dienst. Tevens werd er gestart met een nieuw computersysteem om de reeds goede werking van deze dienst nog te verbeteren.

Een derde bloedafnamelokaal werd in gebruik genomen zodat de wachttijden voor de patiënt terug afnamen. Binnen de raadpleging werd de bewegwijzering aangepast volgens de richtlijnen van de werkgroep. Ook werden een aantal wachthoeken aangepast en gerenoveerd in functie van de privacy van de patiënt.

Tevens werd er een aanzet gegeven tot uitbreiding en verhuis van diverse raadplegingen (thoracovasculaire heelkunde, pediatrie, gynecologie, abdominale heelkunde,...).



Functionele diensten

Onder de bevoegdheid van respectievelijk de algemeen directeur, de medisch directeur, de verpleegkundig-paramedisch directeur, de financieel directeur en de personeelsdirecteur zorgen een aantal functionele diensten dat de voorwaarden aanwezig zijn om onze kernopdracht, het verzorgen en helen van zieken en gewonden, te kunnen waarmaken.





Functionele diensten

Verpleegkundig-Paramedisch departement

1. Dienst patiëntenbegeleiding en dienst Psychologie

In 2003 werd het organogram van het verpleegkundig-paramedisch departement hertekend. Naast de dienst Patiëntenbegeleiding en de dienst Diëtiëk werd er een dienst Psychologie opgericht. Op enkele jaren tijd is het aantal psychologen sterk gestegen. Ondertussen werken vier psychologen binnen de PAAZ/dagkliniek en zeven psychologen binnen EPSOMA. Om de afstemming wat betreft psychosociale zorg te optimaliseren werd de stuurgroep EPSOMA opgericht. Hierin zetelen de liaison-psychiater, het diensthoofd Patiëntenbegeleiding, een afgevaardigde psycholoog en de verpleegkundig-paramedisch directeur. De principes van casemanagement worden door alle sociaal werkers van de dienst Patiëntenbegeleiding gehanteerd. Op twee verpleegafdelingen werd dit multidisciplinaire zorgverleningsmodel verder uitgewerkt.

Het aantal dossiers behandeld door de dienst Patiëntenbegeleiding steeg van 5.417 in 2002 tot 7.672. Deze toename is voornamelijk een gevolg van de stijging van het aantal dossiers casemanagement; dit aantal steeg van 1.326 in 2002 tot 3.656 in 2003.

2. Dienst Diëtiëk

Voor de dienst Diëtiëk betekende 2003 een hele omwenteling. Met de opstart van de nieuwe keuken en de daarbijhorende geautomatiseerde maaltijdregistratie werd het takenpakket van de diëtisten herzien. Het belangrijkste voordeel van deze automatisatie is de mogelijkheid dat de diëtisten meer aanwezig kunnen zijn op de verpleegafdeling en meer tijd kunnen besteden aan het informeren en adviseren van de gehospitaliseerde patiënt inzake hun dieet.

Het project 'Ik heb een maatje', waarbij diëtiste, kinesist en psycholoog (van de Opvoedingswinkel) samenwerken om obese kinderen (en hun ouders) goede eet- en bewegingsgewoonten aan te leren, werd een succes en is ondertussen toe aan een tweede uitgave.

3. Zorgcoördinatoren en stafmedewerkers

Betreffende het zorginhoudelijk gebeuren werden op alle verpleegafdelingen tal van kleine en grote projecten opgestart. Het zijn deze verbeteringsinitiatieven die mede de kwaliteit van zorgverlening aan de patiënt en zijn omgeving bepalen.

De zorgcoördinatoren werkten in 2003 aan zes grote thema's. Via verschillende werkgroepen, waarin verpleegkundigen van alle patiëntenprogramma's vertegenwoordigd zijn, werden een aantal protocols ontwikkeld en geïmplementeerd zoals wondzorgprotocol, infusieprotocol en decubitusprotocol. De werkgroep Fixatie werd opgericht.



Het procedureboek werd volledig op het intranet geplaatst en gemakkelijk toegankelijk gemaakt voor alle verpleegkundigen door het installeren van een zoekfunctie.

Op alle verpleegafdelingen werd een uniform en gestandaardiseerd verpleegdossier geïmplementeerd. Aansluitend hierbij werden de 10 bestaande klinische verzorgingspaden in een aangepaste layout opgesteld. Daarnaast werden 13 nieuwe klinische verzorgingspaden ontwikkeld, o.a. vaginale hysterectomie, sectio, diabetes mellitus en radicale prostatectomie.

In het najaar 2003 werd een beleidsplandag georganiseerd voor alle hoofdverpleegkundigen en leidinggevenden van het verpleegkundig-paramedisch departement. Samen met hen werden de krijtlijnen voor de volgende jaren uitgetekend. De drie grote thema's waar het verpleegkundig-paramedisch departement de komende jaren aandacht aan zal besteden zijn:

- verpleegkunde als professie;
- de geriatische patiënt in het ziekenhuis;
- opname en ontslag.





Functionele diensten

Personeelszaken

In 2003 werd de klemtoon gelegd op de zorg en werden nagenoeg alle bijkomende effectieven ingezet op de verpleegafdelingen of de direct patiëntgebonden diensten (Apotheek, CSA). Behoudens het 'insourcen' van de dienst Onderhoud werd duidelijk geopteerd om in de administratieve en andere functionele diensten geen bijkomende medewerkers aan te trekken.

Met betrekking tot het personeelsstatuut werden op 01-09-2003 de maaltijdcheques ingevoerd voor aan alle medewerkers. Voor de medewerkers van de poetsdienst die de late posten doen wordt een avondvergoeding voorzien. In december 2003 ging de tweede fase van de arbeidsduurvrijstelling in het kader van de eindeloopbaanproblematiek van start. Verpleegkundige medewerkers en gelijkgestelden van 50 jaar en ouder kunnen kiezen tussen extra vrije dagen of een premie op hun basisloon.

2003 was voor Personeelszaken het jaar van de automatisering. Na een voorbereiding van anderhalf jaar werd op 01-01-2003 van start gegaan met een nieuw personeelspakket.

Het personeelspakket vervangt de vroegere drie verschillende pakketten die nog stamden uit de verschillende ziekenhuizen vóór de fusie en biedt een antwoord op de integratie van de verschillende personeelsstatuten (contractuelen ingestapt, contractueel niet-ingestapt, statutaire medewerkers, ...) binnen eenzelfde personeelsbestand.

Gelijktijdig werd voor het eerst van start gegaan met een sociaal secretariaat (Acerta Leuven) met uitbesteding van de loonverwerking en mogelijkheid tot inwinnen van juridisch advies. Voor nagenoeg alle afdelingen en eenheden werd een verroosteringspakket ingevoerd (Sp-Expert) dat verbonden is met het personeelspakket met een onmiddellijke link naar de verloning. De leidinggevenden en andere planners kregen opleiding inzake het gebruik van dit volautomatisch verroosteringspakket en alle bestaande manieren om verlof door te geven aan de personeelsdienst of planningen op te maken werden geüniformeerd en vervangen door dit verroosteringspakket. Alle uurroosters die in ons ziekenhuis gelden, kregen nieuwe codes binnen dit systeem. De impact van deze vernieuwingen is in 2003 zeker niet onopgemerkt voorbijgegaan.

Naarmate het jaar vorderde werden de meeste kinderziekten weggewerkt. Een aantal modules en deelaspecten van de implementatie van het nieuw personeelspakket zullen echter nog een heel stuk in 2004 doorlopen totdat deze gefinaliseerd kunnen worden (identificatiebadges, tijdsregistratie, link met de boekhouding, automatisering van het effectievenbeheer, automatisering van de vormingsadministratie, modules werving en selectie en het sollicitantenbestand, ...).

Tevens werd het hele departement Personeelszaken onder de loep genomen om een aantal nieuwe accenten te leggen. Wat betreft human resources management werd het accent meer verschoven van vorming naar werving en selectie en andere HRM-tools. In dat opzicht werd het organogram enigszins gewijzigd.



De werking van de personeels-en loonadministratie werd meer afgestemd op de structuur van de organisatie. Voor elk patiëntenprogramma of departement werd een vast aanspreekpunt aangeduid. Deze medewerkers van de personeels-en loonadministratie werden verder polyvalent opgeleid om de ziekenhuismedewerkers van A tot Z te kunnen verderhelpen wat betreft personeelszaken.

Vanuit Personeelszaken werd de nodige ondersteuning geboden naar twee belangrijke logistieke diensten binnen het ziekenhuis, zijnde de dienst Voeding en de dienst Onderhoud waar voor de dienst Voeding het gehele organogram werd hertekend alsook een volledige nieuwe invulling van dit organogram werd gerealiseerd. Voor de dienst Onderhoud werden een 100-tal aanstellingen gerealiseerd (halfzijdse contracten) in het kader van het 'insourcen' van het onderhoud voor de campus Sint-Jan.

Wat betreft vorming werd de opleiding Radioprotectie gestart in samenwerking met het Virga Jesseziekenhuis vanuit de wettelijke ontwikkelingen en werd de bijzondere beroepstitel Spoed en Intensieve Zorgen herbekeken en georganiseerd.

In 2003 kregen de programmamanagers en functionele managers voor het eerst een vormingsbudget toegewezen voor hun medewerkers waarbij zij binnen bepaalde krijtlijnen eigen prioriteiten kunnen leggen.

De interne vormingsbrochure 2003 voor ZOL-medewerkers, maar die ook toegankelijk is voor medewerkers van andere ziekenhuizen in Limburg, vertoonde wederom een zeer rijke inhoud.

Pers en Communicatie pakt uit met de coördinatie van bedrijfsbezoeken aan het ziekenhuis



De dienst Pers en Communicatie bouwde in 2003 het intranet uit met aanduiding van verschillende inhoudsverantwoordelijken per departement. Intranet evolueert naar een volwaardig communicatiemedium met de medewerkers waar tal van basisdocumenten te raadplegen zijn alsook invulformulieren gedownload kunnen worden. Pers en Communicatie pakte ook uit met de coördinatie van bedrijfsbezoeken aan het ziekenhuis waarbij een aantal interne medewerkers werden opgeleid om groepen door het ziekenhuis te gidsen. Het initiatief kent een bijzondere bijval. Binnen het departement werd de policy rond de organisatie van ZOL-congressen en symposia op punt gesteld. Conforme initiatieven kunnen rekenen op deskundige ondersteuning vanuit het departement.

Een lezersonderzoek in samenwerking met de KHLIM resulteert in het bijstellen van het redactiebeleid van de ZOL-krant, maar laat vooral blijken dat de ZOL-krant een gewaardeerd en gelezen blad is geworden.





Functionele diensten

Financiële zaken

De dienst Financiële Zaken is verantwoordelijk voor het administratief vastleggen van de financiële stromen van het ziekenhuis.

1. Patiëntenadministratie

In december 2003 opende de nieuwe Spoedgevallendienst. De Patiëntenadministratie bestaat er permanent de telefooncentrale en de inschrijvingsbalie. De registratie van de patiënten die zich aanmelden in de Spoedgevallendienst gebeurt vanuit de verpleegbalie. Deze integratie heeft tot doel de communicatie te verbeteren, de registratie te versnellen en het verblijf van de patiënt in de dienst Spoedgevallen administratief beter op te volgen.

In 2003 hebben wij ons met verschillende verzekeringsorganismen contractueel verbonden om de ziekenhuisfacturen van hun leden, met een bijkomende hospitalisatieverzekering, rechtstreeks aan hen over te maken (dit o.a. Assurcard voor ING, AGF, KBC, Ethias, Mercator, Swisslife, Fidea, en de verbindingen Medilink, Medi-assistance, DKV ...). De verzekerbaarheid wordt via deze verschillende netwerken opgevolgd.

2. Facturatie

De dienst Facturatie handhaaft een strikt facturatieschema waarbij wij er in slagen om twee weken na het afsluiten van de maand alle ambulante facturen te verzenden en uiterlijk de 25ste van de maand alle gehospitaliseerde facturen aanmaken.

Voor een groot aantal pathologieën berekenen wij prijsramingen voor de geneesheren en hun patiënten maar ook voor de zorgverzekeraars.

3. Debiteurenadministratie

Vanaf april 2004 hebben wij de nieuwe dienst “Debiteurenadministratie” gecreëerd ter opvolging van de “moeilijk te innen” patiëntenrekeningen. Belangrijk hierbij zijn de verschillende contactpunten met maatschappelijk werkers, patiëntenbegeleiding, culturele bemiddelaars ...

4. Boekhouding

De Boekhouding leverde per kwartaal een tussentijds rapport af. Wij rapporteerden per kwartaal de kostprijs van goederenstromen in het ziekenhuis.

Nieuwe pakketten werden gekoppeld aan het boekhoudpakket: personeelspakket, krediet-module, Magister (keuken).

Ieder kwartaal berekenden wij een behoorlijk nauwkeurig voorschot aan erelonen. De afrekening van erelonen over het boekjaar 2002 werd voor de eerste maal binnen het jaar verzonden nl. in december 2003.





Functionele diensten

Technische Zaken

In 2000 werd de Technische Dienst omgevormd naar de dienst Technische Zaken. In 2003 is de dienst Technische Zaken op kruissnelheid gekomen. Er is een duidelijke scheiding ontstaan tussen de nieuwbouw en verbouwingswerken enerzijds en het onderhoud en werkbonnen anderzijds.

1. Nieuwbouw en verbouwingswerken 2003

- De realisatie van VIPA 1 (H&J-blok, inkomhal, directielokalen, materniteit, spoedgevallen, operatiekwartier, ...) is op kruissnelheid. In samenwerking met de architect, studie bureau en aannemers leidt ing. Roger Vos dit project in goede banen. Fase I, Spoed, is sinds 2 december 2003 in dienst. Tijdens fase I van VIPA 1 werd het eerste bezinkingsbekken (opsplitsing buitenriolering) in gebruik genomen. De bedoeling van dit opvangbekken is het regenwater te scheiden van het afvalwater en op het terrein te laten infiltreren in de ondergrond.
- Voor VIPA 2 (nieuwbouw en verbouwingen campus St-Barbara in Lanaken) is in 2003 het aanbestedingsdossier afgewerkt en is het voorstel voor toewijzing voorgelegd aan het ministerie. Na deze goedkeuring kan in 2004 gestart worden met de lang verwachte werken. Ing. Wim Bomans volgt ontwerp en uitvoering op.
- Het dossier VIPA 3 (interne verbouwingen campus St.-Jan) is voor subsidiebelofte voorgelegd aan het ministerie.
- Het dossier VIPA 4 (K-blok – verhuis AD) in relatie met de radiotherapie is opgestart. Buiten VIPA werden onderstaande werken gerealiseerd in 2003:
 - centrale productiekeuken, ingebruikname op 23/09/2003;
 - start verbouwing G-blok – raadplegingen;
 - uitbreiding hemodialyse met 8 posten, ingebruikname op 15/12/2003;
 - medisch archief C-kelder, ingebruikname 15/01/2003;
 - heraanleg parking campus André Dumont ism stad Genk, ingebruikname;
 - vervangen en uitbreiden van de vacuumpompen op campus St.-Jan;
 - renovatie en uitbreiding branddetectie campus St.-Jan;
 - diverse kleine verbouwingen en verhuizingen op de 3 campussen.

Sinds september 2003 is ing. Christine Druine verantwoordelijk voor de interne verbouwingen op campus St.-Jan.

2. Onderhoud en technische bijstand

Campus St.-Jan zijn de bestaande gebouwen meer dan 20 jaar oud. Dit vergt een specifieke aanpak, rekening houdend met slijtage, verouderde installaties, nieuwe en strengere wetgeving, nieuwe technieken, andere verwachtingen van de gebruikers, enz...

Hiervoor is extra aandacht besteed aan:

- aankoop van Facility-pakket 'Planon' en start van de implementatie;
- preventief onderhoud (periodiek nazicht van schrijnwerk, elektrische en sanitaire installatie);
- bijwerken en bijhouden van de 'As-Built' dossiers;
- aanwervingen in het kader van de uitbreiding op campus St.-Jan.





Functionele diensten

Facilitaire Zaken

I. Aankoopdienst, magazijn en transport

Naast de normale aankoopactiviteiten, is er in 2003 speciale aandacht gegaan naar de behandeling van de VIPA dossiers.

- Vipa 1 (de gebouwen H en J): alle aankopen betreffende los meubilair en medische apparatuur voor de diensten (sterilisatie, operatiekwartier, materniteit, kinder-afdeling, anatomische ontleedkunde, ...) zijn toegewezen en goedgekeurd.
- Vipa 2 (verbouwing Sint Barbara): voorbereiding van de lastenboeken betreffende het los meubilair en medische apparatuur voor de diensten, zodat ze konden worden goedgekeurd door het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Om plaats te maken voor de nieuwe keuken moest het magazijn dringend verhuizen naar een externe locatie. Na een grondige studie is er geopteerd voor de gebouwen van Ewals op de Henri Fordlaan, waar het nieuw magazijn operationeel werd op 4 februari 2003. In een zeer korte periode is de dienst er in geslaagd om het volledig magazijn te verhuizen zonder veel overlast voor de diensten.

De ingebruikname van de nieuwe centrale keuken betekende ook nieuwe taken en extra werk voor het transport. De koude geportioneerde maaltijden en de afwas ervan worden 's morgens, 's middags en 's avonds, in speciaal daarvoor aangekochte maaltijdwagens (regenereerwagens), vervoerd van en naar de satellietkeukens in André Dumont en Sint Barbara.



2. Bewaking

Door het inschakelen van de ambulanciers in de uitvoering van logistieke taken, werd een lichte verschuiving in het takenpakket van de bewakers ingevoerd. De bewaking is overdag zoveel mogelijk op de parking, waar zij door hun aanwezigheid de veiligheid hebben verhoogd, maar ook door controle het verbruik van vrijtickets hebben kunnen terugdringen. In dat kader is er ook een opleiding gegeven aan de bewakers in omgang met agressie.

3. Gebouwenreiniging, afval en linnenbedeling

Sinds 1 januari 2003 is de schoonmaak in campus Sint-Jan, naar analogie met de schoonmaak in campus Andre Dumont en campus Sint-Barbara, volledig in eigen beheer. Een negentigtal personeelsleden, waarvan 60% overgekomen van de vroegere externe schoonmaakfirma, staat nu in voor het schoonhouden van de gehele campus.

In het kader van de bestrijding van besmettelijke infecties is de samenwerking met de dienst Ziekenhuishygiëne onder de loep genomen en zijn acties tot verbetering van de samenwerking opgestart.

Inzake afvalverwerking is er gestart met een eerste ontwerp van het nieuwe lastenboek. Het belang van een goed afvalverwerkingsbeleid wordt geïllustreerd door enkele cijfers inzake afval, waarbij op te merken valt dat :

- ontwikkelaar/fixeer-afval daalt ingevolge de digitalisatie van de medische beeldvorming;
- papier/karton stijgt ingevolge de inspanningen met het oog op gescheiden ophaling;
- risicohoudend medisch afval blijft stijgen, vermoedelijk ingevolge de verhoogde activiteit in de operatiekwartieren en de stijging aan besmettelijke infecties.

	1999	2000	2001	2002	2003
ontwikkelaar/fixeer (liters)	33,246	30,338	13,790	9,241	7,676
papier/karton (ton)	60,780	32,300	63,380	70,940	77,750
Restafval (m³) -		785,860	830,500	793,660	798,800
niet-risico medisch afval (ton)	571,580	698,890	706,600	725,940	722,020
Risicohoudend Z-afval (m³)	672,080	814,150	770,500	857,400	1002,500

4. Keuken en personeelsrefter

Sinds 23 september 2003 is de nieuwe centrale keuken operationeel. In de centrale productiekeuken worden alle maaltijden voor de 3 campussen bereid volgens het principe van het 'ontkoppeld koken'. Dit betekent dat de voeding bereid wordt en na terugkoeling opgeslagen in koelcellen. Op de dag van consumptie worden de maaltijden koud geportioneerd en getransporteerd, om vervolgens in de kar in speciale regeneratiecellen opgewarmd te worden en gedistribueerd naar de patient.

De voordelen van deze koude lijn zijn:

- grotere variatie in aanbod naar klant toe op dagbasis;
- de productiekeuken kan flexibeler inspelen op pieken en dalen in de maaltijdvraag;
- de mogelijkheid om centraal te koken en decentraal te distribueren op een HACCP verantwoorde manier;
- betere temperatuurbeheersing van de maaltijden bij uitlevering naar de diensten.

De hoge hygiënische eisen die de overheid aan de kwaliteit van de voeding stelt maken een structurele aanpak van de voedselveiligheid in het nieuwe keukenconcept noodzakelijk. Daarom was de implementatie van een volledig nieuw HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) -handboek een belangrijk subproject van de nieuwe keuken. Samen met een externe consultant werd een HACCP-plan op maat van het ZOL gemaakt. Sinds de opstart van de keuken wordt dit handboek bewaakt door een aparte werkgroep die als missie heeft de voedselveiligheid in de keuken permanent te bewaken en te verbeteren.

Naast de nieuwe keuken werd op campus St.-Jan eveneens het personeelsrestaurant vernieuwd en uitgebreid met meerkeuzemenu's. Sinds de opening is het aantal personeelsleden dat er dagelijks komt eten verdubbeld in vergelijking met het aantal dat gebruik maakte van de oude personeelsrefter.



Campus St. Jan, het vernieuwde personeelsrestaurant

Evaluatie en Follow-up van bestaande chirurgische klinische paden en ontwikkeling van nieuwe chirurgische klinische paden in het ZOL

Lea Janssen, Marc Judong, Chantal Desticker

van 15 december 2002

tot 14 december 2003

DOEL

STELLING : Verbeteren van de coördinatie van de klinische zorg rond een bepaalde patiëntenpopulatie, door middel van klinische paden.

DEEL

PROJECTEN :

1. Evaluatie van de bestaande chirurgische klinische paden ➔ Klinisch Pad Kompas

- Sectio
- Rotator cuff repair
- Lage rug pathologie
- Totale Heupprothese
- Abdominale Hysterectomie
- Coronary Artery Bypass Grafting
- Chirurgie van intracraniele tumoren
- Implantatie Dorsal Column Stimulator
- Anterieure Lumbale Intervertebrale Fusie (ALIF)
- Anterieure Cervicale Intervertebrale Fusie (ACIF)

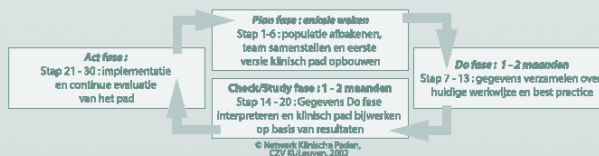
Tabel: Geëvalueerde klinische paden in functie van het project



2. Inpassing klinische paden in het nieuwe uniforme patiëntendossier

3. Ontwikkeling nieuwe klinische paden voor chirurgische ingrepen ➔ 30 stappenplan

- Radicale prostatectomie
- Kaakosteotomie (INZO + verpleegafdeling)
- Surgical Rapid Palatal Expansion (Dagziekenhuis)



Functionele diensten

Kwaliteitszorg

Het kwaliteitsbeleid in ons ziekenhuis maakt integraal deel uit van het organisatiebeleid. Door de implementatie van een geïntegreerd kwaliteitssysteem op ziekenhuisniveau (EFQM), streeft men een systematische evaluatie van de kwaliteit na op de verschillende niveaus binnen de diverse departementen. Dit wordt concreet vertaald in de nauw opgevolgde beleidsplannen die jaarlijks worden opgesteld.

In 2003 werden op diverse niveau's volgende kwaliteitsinitiatieven uitgewerkt:

1°

Ter bevordering en stimulatie van multidisciplinaire initiatieven in de ziekenhuissector, wenst de federale overheid ziekenhuizen te ondersteunen op projectmatige basis. De Staat stelde aan ons ziekenhuis een bedrag van 40.000 euro ter beschikking ter uitvoering van het onderzoek **“Evaluatie en follow-up van bestaande klinische paden en verdere ontwikkeling van nieuwe chirurgische klinische paden binnen het ZOL”**.

Dit onderzoek werd ondertussen nog verder uitgebreid en verlengd.

In bijgevoegd schema (p.64) worden de grote lijnen van dit federale multidisciplinaire kwaliteitsproject weergegeven.

2°

In het kader van de uitvoering van het Vlaamse decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, werd het reeds eerder goedgekeurde kwaliteitshandboek en –plan van het Ziekenhuis Oost-Limburg up to date gemaakt.

Het **kwaliteitshandboek** bevat de beschrijving van de visie en de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van ons ziekenhuis. Het **kwaliteitsplan** bevat de beschrijving van de concrete maatregelen en verbeteracties die het ziekenhuis heeft genomen en voorziet te treffen om zijn doelstellingen op het vlak van kwaliteitsbeleid te verwezenlijken. Volgende thema's werden op systematische wijze verder uitgewerkt en beschreven aan de hand van de Deming-cyclus:

- “de verbetering van de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met de voorziening tot de eerste interventie door een zorgverstrekker”;
- “het voorkomen van fouten in de geneesmiddelendistributie, die bestaat uit het voorschrijven, de bevoorrading, het verstrekken van de voor de patiënt duidelijke informatie, de voorbereiding, het klaarzetten, het toedienen, en de registratie”;
- “de preventie en verbeteren van de meest voorkomende ziekenhuisinfecties”;
- “het verbeteren van de coördinatie van de klinische zorg rond een bepaalde patiëntenpopulatie door middel van klinische paden”;
- “het verbeteren van de kwaliteit van de verschillende voedingsaspecten”.

Tijdens de visitatie in 2003 werd de uitwerking van het kwaliteitsbeleid in ons ziekenhuis als onberispelijk beschreven in al zijn relevante aspecten en kan als voorbeeld gesteld worden. De uitwerking van de thema's ‘onthaal’ en ‘patiëntentevredenheid’ maken hierbij sterke indruk. Ook de keuze van de vrije thema's, de bepaling van de indicatoren, de analyse van de resultaten, de ingestelde verbeteracties en de uitwerking van de gevalideerde procedures getuigen van professionalisme.



3°

Ons ziekenhuis heeft in 2003 geparticipeerd aan diverse netwerken en andere ziekenhuis-gebonden kwaliteitsinitiatieven.

Hierbij enkele belangrijke realisaties:

Met behulp van “**prijsindicaties**” tracht men de financiële informatie aan de patiënt voorafgaand aan de ingreep, te optimaliseren. Elk jaar worden de gegevens geactualiseerd en worden er nieuwe prijsindicaties uitgewerkt. Volgende schema's worden reeds aan de patiënten bezorgd via de behandelende geneesheer:

- Gynaecologie: gewone bevalling, keizersnede, totale hysterectomie langs abdominale weg, totale hysterectomie langs vaginale weg;
- Hartcatherisatie: PTCA;
- Cardiochirurgie: coronaire bypass;
- Vasculaire heelkunde: resectie boog van saphena interna, volledige bilaterale resectie vena saphena, broekoperatie;
- Abdominale heelkunde: galblaasverwijdering laparosc., liesbreuk laparosc.eenzijdig, liesbreuk laparosc. tweezijdig, liesbreuk conventioneel;
- Urologie: ESWL-stenen, ureterscopie therapeutisch, phimosis, TUR-prostaat, vasectomie;
- Stomatologie: paradentale cysten;
- Oftalmologie: cataract, blefaro;
- Orthopedie: totale heupprothese, knieprothese, kruisbandplastiek, carpal tunnel, menisectomie;
- Neurochirurgie: resectie/reconstructie wervellichamen, endosc.rug-hernia.

In functie van de nulmeting van het **medewerkerstevredenheidsonderzoek**, welke in 2002 doorging, zijn in 2003 op dienstniveau gerichte acties uitgewerkt om de personeels-tevredenheid te verhogen waar nodig. In 2004 volgt een evaluatie-onderzoek.

Het **patiëntentevredenheidsonderzoek** is één van de belangrijkste tools in ons ziekenhuis om onze sterke en zwakkere elementen te kennen en hierop verder te bouwen. Sinds 1998 wordt op systematische wijze de tevredenheid van de gehospitaliseerde en ambulante patiënten bevraagd. De bevraging gebeurt continu door een vaste equipe van enquêtrices. De resultaten kunnen zowel globaal als geïndividualiseerd bekeken worden, bijvoorbeeld op niveau van het patiëntenprogramma, medische dienst of verpleegeenheid. Aan elke programmaleiding en leiding van een functionele dienst wordt door de kwaliteit-sadviseur geadresseerde feedback gegeven; voor de zwakkere items worden een aantal actiepunten ondernomen.

Overzicht van de tevredenheidsindexen voor de bevraging van de gehospitaliseerde patiënten op campus- en patiëntenprogramma-niveau:

	1998-1999			1999-2000			2000-2001			2001-2002			2002-2003		
	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:
		% 	% 		% 	% 		% 	% 		% 	% 		% 	% 
ZOL	664	3.5	51.7	667	1.2	58.5	699	1.6	62.8	1009	1.1	58.8	953	2.1	55.3
SJ	361	3.9	48.1	364	1.6	55.8	496	1.8	59.1	662	1.5	58.7	652	1.8	55.7
AD	135	3.0	55.2	187	1.1	67.9	130	0.8	68.5	210	0.0	62.9	160	1.2	52.3
SB	168	3.0	55.7	116	0.0	51.7	73	1.4	78.1	137	1.4	52.3	141	4.2	56.

	1998-1999			1999-2000			2000-2001			2001-2002			2002-2003		
	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:
		% ⬇	% ⬆		% ⬇	% ⬆		% ⬇	% ⬆		% ⬇	% ⬆		% ⬇	% ⬆
PPI	85	3.5	38.6	112	4.5	53.6	177	2.8	68.9	206	1.9	62.7	179	1.1	61.8
PP2	195	3.6	55.7	141	1.4	57.2	176	1.7	57.4	197	1.5	55.9	211	3.3	59.6
PP3	180	2.7	53.1	120	0.8	47.9	124	0.0	58.1	202	0.5	59.0	214	2.8	51.2
PP4	135	5.2	50.0	146	0.0	69.2	140	1.4	62.9	182	0.0	64.1	192	1.5	48.7
PP5	65	36	52	125	0.0	63.7	79	1.3	67.1	222	1.8	52.1	157	1.2	54.5

cijfergegevens voor de bevraging van de ambulante patiënten:

	1998 – 1999			1999 - 2000			2001 - 2002			2002 - 2003					
	n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:				n=	index 1:	index 2:	n=	index 1:	index 2:
		% 👇	% 👆		% 👇	% 👆					% 👇	% 👆		% 👇	% 👆
ZOL	46	7%	28%	113	1.8%	41.6%				199	0.5%	49.2%	342	1.2%	55.0%
SJ	/(*)	/	/	63	1.6%	34.9%				82	0.0%	30.5%	116	1.7%	48.3%
AD	/(*)	/	/	50	2.0%	50.0%				67	1.5%	64.2%	108	1.9%	63.0%
SB	/(*)	/	/	/(*)	/	/				50	0.0%	60.0%	118	0.0%	54.2%

index1: % ⬇ = minder dan tevreden, index2: % ⬆ = meer dan tevreden

De cel Kwaliteitszorg ondersteunt eveneens **diverse tevredenheidsonderzoeken voor specifieke diensten**, zoals Spoedgevallen, telefonische bevraging na ontslag voor dagkliniek AD, Pijnkliniek, e.a.

Binnen het **Flemish Quality Indicator Project (FQIP)** worden registraties uitgevoerd met betrekking tot 'acute care indicatoren' (klinische indicatoren). Ondertussen zijn analyses beschikbaar met trend- en positiebepalingen voor volgende indicatoren: 'ongeplande heropnames', 'gedocumenteerde valaccidenten', ongeplande terugkeer naar de operatiekamer', 'infecties geassocieerd met gebruik medische hulpmiddelen op Intensieve Zorgen' en 'geregistreerde tijd van patiënten op Spoedgevallen'.

De reeds jarenlange **samenwerking met het Limburgse Platform voor Zelfhulp- en Ontmoetingsgroepen (LPZO)** werd in 2003 verder gezet met participatie van patiëntenverenigingen in ZOL-projecten als herwerken van de onthaalbrochure e.d.

De cel kwaliteitszorg van het ZOL is sinds maart 2000 actief binnen het **Netwerk Klinische Paden**; in 2003 is het contract voor 3 jaar verlengd.

Tijdens de academische zitting van de **kwaliteitshappening**, die jaarlijks plaats vindt tijdens de 'week van kwaliteit', werd in 2003 de prijs van de "meest klantvriendelijke dienst" opnieuw uitgereikt. Op basis van objectieve data, met name cijfergegevens uit het patiëntentevredenheidsonderzoek, worden de diensten op hun klantvriendelijkheid gescoord. De personeelsleden van het verloskwartier werden met de eerste prijs voor de patiëntenprogramma's beloond. Het secretariaat van de programmamanagers kreeg de eerste prijs voor de functionele diensten, en dit op basis van een score toegekend door de patiëntenprogramma's.





Functionele diensten

Apotheek - Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA)

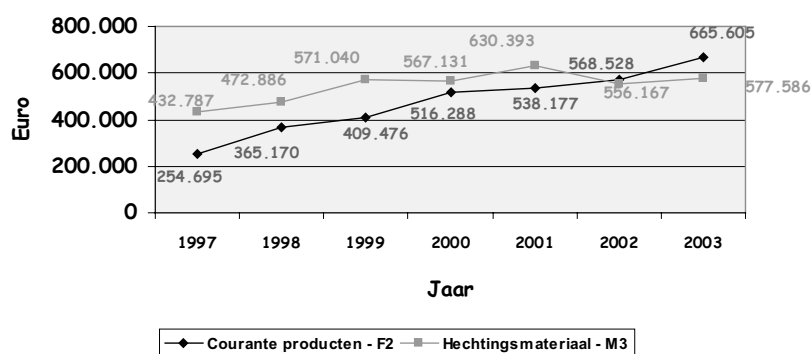
I. Apotheek

De apotheek – CSA van het ZOL is een functionele dienst die een ondersteunende rol vervult bij de primaire zorg van de opgenomen en de ambulante patiënt. De apotheek, gegroeid uit drie afzonderlijke entiteiten, verzorgt vanuit een centraal punt de farmaceutische zorg naar de diverse campussen. Dit betekent dat het volledig distributiegebeuren en het beheer van de medicatie gebeurt vanuit één locatie. Anderzijds heeft de CSA op elke campus een volledig uitgebouwde entiteit.

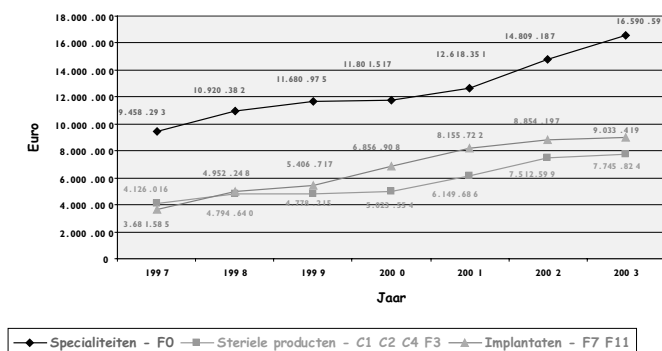
Jaaromzet

Bron: uitboeking apotheek

Evolutie verbruiksgegevens apotheek



Evolutie verbruiksgegevens apotheek



Bron: uitboeking apotheek



Kwaliteit

Jaarlijks worden alle activiteiten in de apotheek onderworpen aan een tiental interne controles. Deze controles gebeuren met een intercollegiale toetsing waarbij externe ziekenhuisapothekers deelnemen aan de controle van de verschillende processen.

In 2003 werden door SGS ook twee externe audits uitgevoerd met als resultaat het behoud van het ISO-certificaat voor apotheek en CSA.

Informatisering

De beslissing om het apotheekbeheerspakket te vernieuwen hing reeds een tijdje in de lucht. Het huidige softwarepakket, ingevoerd in 1995, zal vervangen worden door de Infohos-module die reeds in een veertigtal Belgische ziekenhuizen functioneert. Het pakket laat een betere opvolging van verbruiken en rapporteringen toe en beschikt over de mogelijkheid om het steriel materiaal via een leeg-vol systeem te bevoorraden of via barcodescanning op patiëntniveau te registreren.

In 2003 is het aantal afdelingen dat medisch materiaal via pc kan bestellen op 58 gebracht.

Geneesmiddelendistributie

Vermits de wetgever ons oplegt om de afdelingsvoorraden af te bouwen en om te schakelen naar een geïndividualiseerd distributiesysteem werd een werkgroep opgericht waarin artsen en verpleegkundigen samen met apothekers een voorstel moeten ontwikkelen die onze distributie binnen de voorlopig opgelegde termijn tot 2008 volledig moet hervormen.

Automatisering

De evolutie naar een verdere automatisering zet zich verder. De apotheek beschikt over een ATC toestel dat toelaat perorale medicatie per unit volledig geïndividualiseerd aan de patiënt te verdelen. De aansturing gebeurt volledig uit het informaticapakket waarbij de opdracht wordt omgezet in een kant en klaar gelabelde medicatie.

De beperking tot 212 units heeft wel voor gevolg dat een groot deel van de perorale medicatie en de volledige parenterale medicatie nog manueel uit een klassiek voorraadsysteem moet klaargezet worden.

kardex kast

clean room



Een tussenoplossing is het gebruik van paternostertoestellen die voor de 'picking' ook aangestuurd worden door het informaticapakket. Het klaarzetten zelf blijft een arbeidsintensieve bezigheid maar de kans op fouten wordt sterk gereduceerd door de aansturing enerzijds en de eindcontrole door de apotheker anderzijds. In 2003 werden er twee bijkomende paternostertoestellen aangekocht, waarvan één toestel volledig gekoeld is, een unicum bij de Belgische ziekenhuisapotheken. De trend naar een maximale automatisering zet zich dus door met een volgende stap in het vooruitzicht: uitbreiding van het huidige unit-dosis ATC toestel.

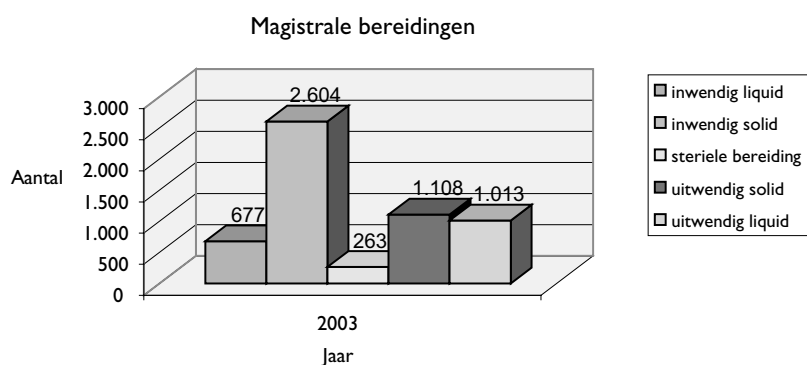
Apotheek - OK

In het OK is een dagelijkse aanwezigheid van de apotheek voorzien. De opvolging van materiaal- en medicatieverbruik in het OK in samenwerking met de materiaalmeester heeft een positief effect op de interne samenwerking en de controle op de registratie en herbevoorrading. Aansturing gebeurt door de liaisonapotheker. Dit initiatief wordt verder uitgebouwd tot een volwaardige satellietapotheek.

Magistrale bereidingen

Er blijft nog altijd een nood bestaan om een aantal geneesmiddelen in de apotheek te bereiden. Een specifieke dosis voor pediatrische of geriatrische patiënten is niet altijd beschikbaar en dient door de apotheker klaargemaakt te worden. Ook hier gelden zeer strikte procedures en controles.

De evolutie van een "gewone" bereiding naar een volledig geprotocolleerde bereiding waarbij een registratie van alle afgemeten dosissen bijgehouden wordt, is de standaard geworden.



Bron: uitboeking apotheek

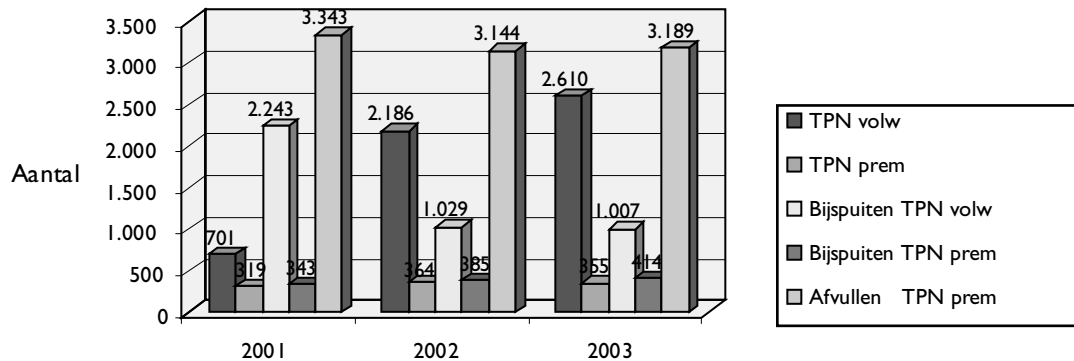
Steriele bereidingen

Deze bereidingen vinden plaats in de clean room, een ruimte die voldoet aan een aantal kwaliteitsnormen waarbij het aantal in de lucht aanwezige partikels minimaal wordt gehouden terwijl er een permanente drukregeling heerst.

Training en standardisatie van aseptische technieken is in dit opzicht uitermate belangrijk.

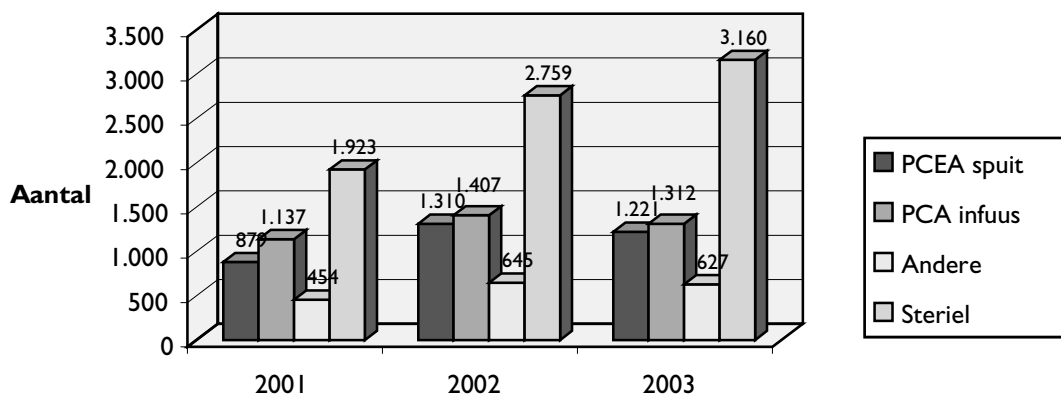


To tale parenterale voeding



Bron: uitboeking apotheek

Pijntherapie en steriele bereidingen



Bron: uitboeking apotheek

Oncologie bereidingen

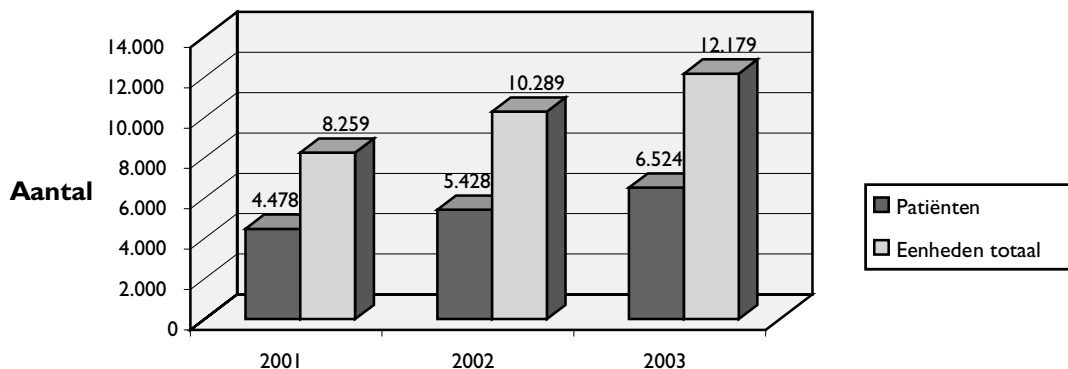
Het centraliseren van de oncologische bereidingen was oorspronkelijk bedoeld om de veiligheid van de bereider te optimaliseren. Maar gauw bleek de bereiding door de apotheek een toegevoegde waarde omdat een bijkomende controle het aantal mogelijke medicatiefouten vermindert.

Mits de dubbele controle van de bereiding met actieve producten en oplosmiddelen willen wij de patiënt een juiste en adequate medicatietoediening garanderen.

Meer en meer is de verantwoordelijke apotheker ook deelgenoot van het multidisciplinair team dat de begeleiding van de patiënt verzorgt.

Bereidingen van chemotherapeutica nemen nog jaarlijks in aantal toe.

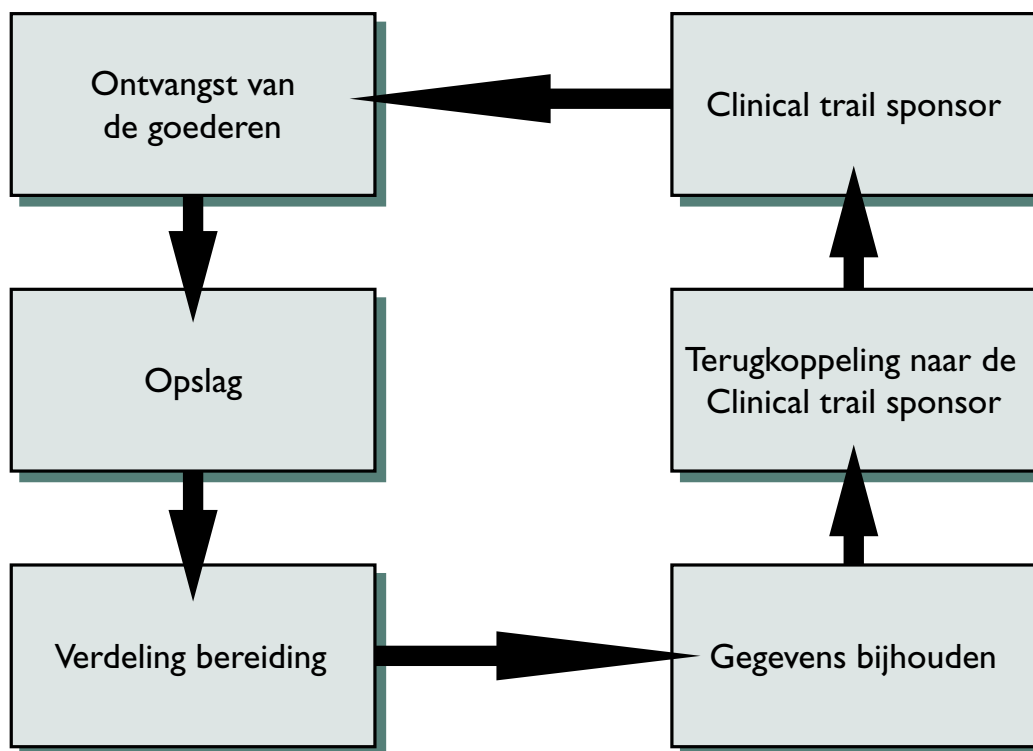
Oncologische bereidingen



Bron: uitboeking apotheek

Klinische studies

Bij de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel of bij het zoeken naar een nieuw indicatiegebied vormen klinische studies een belangrijk gegeven. De apotheker heeft een duidelijke rol bij het goed verloop van een studie. Taken zoals randomisatie, bewaking van de blindheid van de studie, bereiding van het geneesmiddel, opvolging van de medicatiegegevens behoren tot de opdracht van de apotheek.



Overzicht en evolutie van de klinische studies tot en met 2003:

Klinische studies

- -	1998	1999	2000	2001	2002	2003
aantal gelopen	18	20	37	57	45	52
aantal gestart	12	11	23	22	22	16
aantal gestopt	8	8	20	21	11	25

Totaal Klinische studies en compassionate use

- -	1998	1999	2000	2001	2002	2003
aantal afleveringen	324	33	537	673	687	758
aantal chemo bereidingen	70	22	239	83	59	73
aantal steriele bereidingen	0	0	0	272	454	489
aantal individuele afleveringen	325	258	213	251	68	37
aantal globale afleveringen	19	50	85	67	106	159

Bron: uitboeking apotheek

2. CSA

Ook hier staan de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt centraal. Met duidelijke procedures en een correcte opvolging van de processen willen wij de chirurgen een kwaliteitsvol product aanbieden.

De identificatie van het instrumentarium vindt plaats door middel van electrolyse. Er zijn een Signomat-toestel en sjablonen aangekocht. Op elk instrument worden nu sjablonen geplaatst.

De controle van T° in de desinfectietoestellen en druk + T° in de sterilisatoren wordt uitgevoerd conform een werkprocedure en met behulp van Ebro data loggers voor T° en druk alsook een Ebro leesstation.

De aankoop van een Rappid incubator heeft de bacteriologische controles aanzienlijk verkort (aflezen na 3 uur i.p.v. 12 uur).



De CSA (traceerbaarheid) is verder geïnformatiseerd. Na marktverkenning werd overgegaan tot de aankoop van AEXIS, M-Line voor sterilisatie.

De ISO – opvolging is permanent verder gezet. Er zijn werkprocedures opgesteld, aangepast en geïmplementeerd. Eveneens hebben interne en externe audits plaatsgevonden en zijn de sterilisatoren gevalideerd.

Op de campus St. Barbara is een voorlopige CSA geïnstalleerd. Besprekingen m.b.t. de nieuwe CSA zijn reeds volop aan de gang.

Wat betreft het personeel is er een adjunct-hoofd aangesteld. Er wordt tevens in vorming voorzien.

De communicatie met het OK is goed op gang gekomen. Zo komen onderwerpen als werkprocedures, traceerbaarheid, nieuw OK en nieuwe CSA, start nachtdienst CSA volop aan bod.

Overzicht aantal sterilisaties in 2003:

	SJ	AD	SB	Totaal
Sterilisatie eenheden (STE) (*)	40135	6122	6065	52322
Dringende sterilisaties	1263	209	713	2185
Snelsterilisaties in OK (**)	127	0	0	127
(*) sterilisatie eenheid = 30 x 30 x 60 (**) 06-12/2003				

	SJ Plasma	AD EO	Totaal
Andere sterilisatiebeurten	787	176	963





Functionele diensten

De MKG -cel

De Minimale Klinische Gegevens (MKG) vormen een samenvatting van de medische dossiers van de patiënten. Ze bevatten informatie over het ziekenhuis en de diensten, gegevens over de patiënten, de verblijven, de diagnoses en de eventuele procedures. De MKG fungeren als informatiebron bij het bepalen van de financiering van de ziekenhuizen. Dit gebeurt aan de hand van twee financieringssystemen.

Sinds 1 juli 2002 is het nieuwe financieringssysteem in werking getreden. Hierbij wordt de verblijfsduurperformantie a priori verwerkt in de ziekenhuisbudgetten. Hiervoor werd het begrip 'verantwoorde activiteit' in het leven geroepen. In een eerste fase worden alle patiëntenverblijven geclassificeerd in subgroepen, afhankelijk van de APR-DRG, graad van ernst en leeftijdscategorie. Per subgroep wordt vervolgens een nationaal gemiddelde verblijfsduur berekend. Hierna wordt voor ieder ziekenhuis de verantwoorde activiteit bepaald in functie van een casemix, dit is het aantal en type van opnamen van het ziekenhuis. Aan ieder verblijf wordt op basis van de nationaal gemiddelde verblijfsduur een aantal verantwoorde dagen toegekend. Op basis van de verantwoorde activiteit wordt tenslotte het aantal verantwoorde bedden per bedindex voor ieder ziekenhuis berekend.

In 2003 werden in ons ziekenhuis de informatiesessies voor alle belanghebbenden, die in 2002 naar aanleiding van de nieuwe financiering georganiseerd werden, verdergezet. Feedback over het resultaat van de verantwoorde activiteit per dienst, programma of arts werd gegeven. Ook de leemtes in het geheel van procedures en registratiemethodes werden onderzocht, en dit op zoek naar methodes die een gunstigere verantwoorde activiteit kunnen geven. Het is vooral hier dat de MKG-cel veel medewerking en ondersteuning gekregen heeft van de artsen. Diverse artsen volgen de MKG-registraties maandelijks op, om de registratie van de verantwoorde activiteit te verbeteren voor de toekomst.

Op de geriatrie diensten in campus Andre Dumont, wordt het MKG, sinds september 2003, opgemaakt op het ogenblik dat de patiënt nog aanwezig is in het ziekenhuis. Na een opnameperiode van 5 à 7 dagen kent de arts het pathologieprofiel van de patiënt met daaraan gekoppeld de verantwoorde activiteit. De arts heeft dus een beeld van de verantwoorde dagen die toegekend zullen worden aan het pathologieprofiel van zijn patiënt en kan deze gegevens vergelijken met de ontslagplanning. Deze werkmethode had niet kunnen gerealiseerd worden, zonder de samenwerking met de artsen.

In het kader van de netwerking van het Ziekenhuis Oost-Limburg is er een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met het Ziekenhuis Maas en Kempen betreffende de organisatie van de MKG -cel. De knowhow op vlak van de MKG-registratie en -organisatie tussen de twee ziekenhuizen wordt uitgewisseld. De software van de twee ziekenhuizen, met betrekking tot de analyse van de gegevens, wordt op elkaar afgestemd, zodat dezelfde beleidsinformatie kan worden opgemaakt voor beide ziekenhuizen.





Functionele diensten

Ombudsdienst

Door een verlaging van de drempel voor de patiënt en door een betere opvolging is het aantal geregistreerde klachten gestegen. De invoering van de wet op de patiëntenrechten heeft niet geleid tot de gevreesde explosie van patiëntenklachten.

Patiënten klagen hoofdzakelijk over de medische, verpleegkundige en paramedische aspecten van de patiëntenzorg. Naast de behandeling en de verzorging klaagt de patiënt bij de arts vooral over de informatieverstrekking, terwijl er naar de verpleegkundige toe meer geklaagd wordt over de communicatiestijl en het gebrek aan persoonlijke aandacht.

De administratief-financiële klachten zijn in 2003 opmerkelijk gestegen. Deze stijging heeft vooral te maken met: de onduidelijkheid van de ziekenhuisfactuur, het aanrekenen van pseudonomenclatuur, het aanrekenen van implantaten, viscero-synthesematerialen en niet-vergoedbare producten, de forfaitaire bijdrage spoedgevallen, de actie van de verzekeringsinstelling naar de patiënten om de ziekenhuisfacturen te laten nakijken door hun dienst ledenbehartiging en tenslotte de voorafgaande informatie door de arts en ziekenhuismedewerkers over de kostprijs, die niet altijd even duidelijk is voor de patiënt. Wat de organisatorische klachten betreft gaat het vooral over de opnameplanning en afsprakenregeling, de wachttijden, de verloren voorwerpen van patiënten, de maaltijdenbedeling en de parking. In stijgende mate wordt er ook geklaagd over de rookhinder in het ziekenhuis.

Door rechtstreekse terugkoppeling blijft de ombudsdienst meewerken aan een veiligheidscultuur, in de vaste wil om fouten te voorkomen, risico's te signaleren en om samen met de patiënt te leren uit fouten.





Functionele diensten

Medisch Secretariaat

Het centraal medisch secretariaat staat in voor de medische verslaggeving, houdt het centraal medisch archief bij en verzorgt het secretariaat van de medische raad.

1. Medische Verslaggeving

Zowel de opname- als consultatieverslagen en protocols van medisch technische onderzoeken zoals EEG en EMG, worden door het medisch secretariaat via het M-line programma, uitgetypt en gearhiveerd. In 2003 werden voor de drie campussen samen 124.124 brieven getypt, verdeeld als volgt:

Moeder en Kind Gynaecologie: 4105, Pediatrie: 1632, Neonatologie: 306, Thoraxcentrum Pneumologie: 7758, Thoracovasculaire: 8742, Abd.+Onco + Alg. Inw Gastro-entero: 7992, Abdominale Heelkunde: 9623, Urologie: 10855, Alg. Inwendige: 388, Oncologie: 2468, Hfd-nek + Ortho + Alg. HK MKA: 3206, ORL: 54, Oftalmo: 181, Neurologie: 8569, Neurochirurgie: 7394, Orthopedie: 23906, Alg. Heelkunde: 225, Plastische Heelkunde: 1873, Geriatrie+Psych+Revalidatie Psychiatrie: 3860, Geriatrie + Inw.: 15303, Fysische Geneeskunde: 2410, Kritische diensten Intensieve Zorgen: 339, Pijnkliniek: 2935

In 2003 werd een eerste aanzet gegeven tot de decentralisatie van het medisch secretariaat. In de medische diensten abdominale heelkunde, thoracovasculaire heelkunde en geriatrie inwendige werd de secretariaats- en verslaggevingsfunctie geïntegreerd.

2. Centraal Medisch Archief

Het centraal medisch archief staat in voor de archivering en elektronische registratie van alle medische dossiers, per discipline. Medische dossiers die ouder zijn dan 5 jaar worden op microfilm opgeslagen.

In 2003 werd de mogelijkheid bestudeerd om te schakelen van microfilming naar scanning van de medische dossiers. Ook de mogelijkheid werd onderzocht om deze gegevens op te slaan en te integreren in het nieuwe elektronisch medisch dossier.

Niettemin de archivering steeds minder op papier gebeurt, diende toch een belangrijke uitbreiding van het archief in kelderruimte gerealiseerd.

3. Secretariaat Medische Raad

In 2003 werd een aanvang gemaakt met de terbeschikkingstelling van de verslagen en correspondentie van de medische raad via een aparte website.





Functionele diensten

Ziekenhuishygiëne

Voor 2003 werden de opdrachten ziekenhuishygiëne uitgevoerd conform de opdrachten van het K.B. 7 november 1988 met volgende specifiekere aandachtspunten. Aangezien handen van gezondheidswerker de grootste overdrachtsweg betekenen bij nosocomiale besmettingen en infecties werd de sensibilisatiecampagne hieromtrent intensief verder gezet. Naast het geven van bijscholingen, het verspreiden van posters en reminders werd een analyse van het verbruik handalcohol en zeep gemaakt. De resultaten van deze analyses werden via teams verpleegeenheden uitvoerig met de personeelsleden besproken. Een regionale campagne ter promotie van handhygiëne voor de ziekenhuizen van Limburg en Vlaams-Brabant werd onder coördinatie van onze dienst Ziekenhuishygiëne voorbereid.

In het kader van opsporing van infectiebronnen werd de verplichte registratie “katheter gerelateerde sepsis hospital wide” uitgevoerd. De data werden voor analyse bezorgd aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur. Daarnaast werden verschillende epidemiologische onderzoeken uitgevoerd naar aanleiding van mogelijke outbreaks van post-operatieve wondinfecties (cardio-vasculaire en thoracale chirurgie), ventilator geassocieerde pneumonien (Intensieve, *Acinetobacter baumannii*) en katheter gerelateerde infecties (hemodialyse). De gegevens werden met de betrokken verantwoordelijke geneesheren en verpleegkundigen besproken zodat gepaste maatregelen konden getroffen worden. Opvolgingsevaluaties geven tot op heden gunstige resultaten.

Een upgradering van het bestaande MRSA-protocol werd doorgevoerd met aanpassingen volgens de laatst gepubliceerde onderzoeksresultaten en nationale en internationale guidelines. Een nieuw MRSA-protocol voor rustoorden en verzorgingsinstellingen werd gerealiseerd samen met de leden van het regionaal platform ziekenhuishygiëne. De toepassing ervan werd aan onze diensten WV6-SP en WPAL geadviseerd.

Samen met de dienst CSA-Apotheek werden de protocollen “Hersterilisatie disposables” en “Behandeling instrumentarium gebruikt bij patienten met CJD” uitgewerkt.

Met de Technische Dienst werd het Legionella-plan, opgelegd door het Legionelladecreet 2002, uitgewerkt.

Er werd intensief samengewerkt met de Antibiotica-beleidsgroep voor opstellen, vormgeving en verspreiding van de antibioticabeleidsplannen.

Het optimaliseren van het verpleegkundig procedureboek werd doorgevoerd in een gezamenlijk project van zorgcoördinatoren en de dienst Ziekenhuishygiëne.

In samenwerking met het Laboratorium Microbiologie werd de epidemiologie verder opgevolgd van de klassieke hospitaalkiemen als MRSA, MREA, ESBL-producerende *E. Coli* en VRE en de evolutie van resistentie en incidentie getoetst aan Belgische en Europese cijfers via deelname aan EARSS (European Antibiotic Resistance Surveillance System) en WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) surveillance.



Kencijfers

Wie bereiken wij, wie zet zich hiervoor in ?





Kencijfers

Patiënten

1. Aantal contacten per leeftijdscategorie en geslacht

Leeftijd		geslacht		
	Gegevens	vrouw	man	totaal
minder dan 15 jaar	Aantal	6.915	8.731	15.646
	Contacten	16.404	22.237	38.641
tussen 16 en 65 jaar	Aantal	45.887	38.508	84.395
	Contacten	161.953	119.270	281.223
ouder dan 65 jaar	Aantal	12.626	10.915	23.541
	Contacten	46.390	44.390	90.780
Eindtotaal Aantal		65.428	58.154	123.582
Eindtotaal Contacten		224.747	185.897	410.644

2. Aantal contacten per programma en aard van de contacten

	raadpl.	hospi.	daghospi.	totaal	2002
PPI	63.320	5.304	1.999	70.623	+ 4,06%
PP 2	33.130	8.590	4.809	46.529	+ 6,07%
PP 3	34.609	6.792	12.313	53.714	+ 4,44%
PP 4	96.331	6.828	18.033	121.192	idem
PP 5	23.763	4.217	1.045	29.025	+ 2,60%
PP 6	16.134	329	3.643	20.106	- 3,45%
PP 7	54.970	26	1.266	56.262	+ 7,32%
niet gespec.	11.700	35	1.458	13.193	+ 17,23%
totaal	333.957	32.121	44.566	410.644	+ 3,36%

3. Herkomst

Alken	197	Herk-de-Stad	105	Peer	1572
As	3133	Heusden-Zolder	1354	Riemst	998
Balen	142	Hoeselt	746	Scherpenheuvel-Zichem	170
Beringen	1125	Houthalen-Helchteren	5447	Sint-Truiden	415
Bilzen	3775	Kinrooi	1331	Tessenderlo	241
Bocholt	1153	Kortesseem	393	Tienen	104
Borgloon	525	Laakdal	94	Tongeren	1092
Bree	2074	Lanaken	9809	Voeren	81
Diepenbeek	1946	Leopoldsburg	536	Wellen	238
Diest	168	Leuven	140	Zonhoven	1751
Dilsen-Stokkem	5064	Lummen	274	Zutendaal	3022
Genk	31056	Maaseik	4529	Andere Belgische gemeenten	6470
Halen	70	Maasmechelen	12899	Nederland	7159
Ham	165	Meeuwen-Gruitrode	3221	Andere landen	436
Hamont-Achel	671	Neerpelt	620		
Hasselt	1780	Nieuwerkerken	80		
Hechtel-Eksel	627	Opglabbeek	3710		
Heers	170	Overpelt	704		
				Totaal	123582



Kencijfers

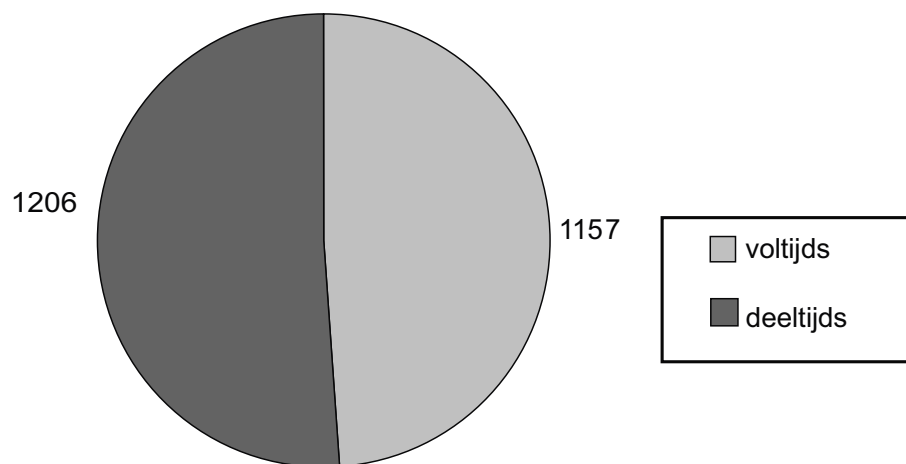
Medewerkers

I. Voltijds/Deeltijds

31/12/2003	aantal
voltijds	1157
deeltijds	1206
totaal in 2003	2363
totaal in 2002	2201
groei 2003 tov 2002	7%

Dit is een aangroei met 162 medewerkers t.o.v. eind 2002. Opmerkelijk is dat het aantal deeltijdsen (51%) in absolute cijfers het aantal voltijdsen blijft overtreffen.

Voltijds/Deeltijds



2. Full-time equivalenten

Categorie	31/12/2002	31/12/2003	verschil
Medisch personeel	1,39	1,34	-0,05
Loontrekkend personeel	169,59	218,22	48,63
Administratief personeel	274,98	263,25	-11,73
Verplegend personeel	977,50	1009,60	32,10
Paramedisch personeel	143,87	127,76	-16,11
Ander personeel	1,00	9,13	8,13
Totaal	1568,33	1,629,30	60,97

De beschikbare middelen voor uitbreiding personeelseffectieven werden in 2003 nagenoeg volledig aangewend ter ondersteuning van de zorginhoudelijke werking van het ziekenhuis (inclusief apotheek en centrale sterilisatie), naast een aantal belangrijke herschikkingen binnen de kostenstructuur van de ondersteunende diensten. Het aantal VTE steeg van 1.568,33 (2002) naar 1.629,30 (2003) met 60,97 VTE, maar deze stijging dient door het in eigen beheer nemen van de schoonmaak in de juiste context geplaatst te worden. De rationalisatie binnen de administratieve diensten, betekende een afbouw van -11,73 VTE (administratief personeel).

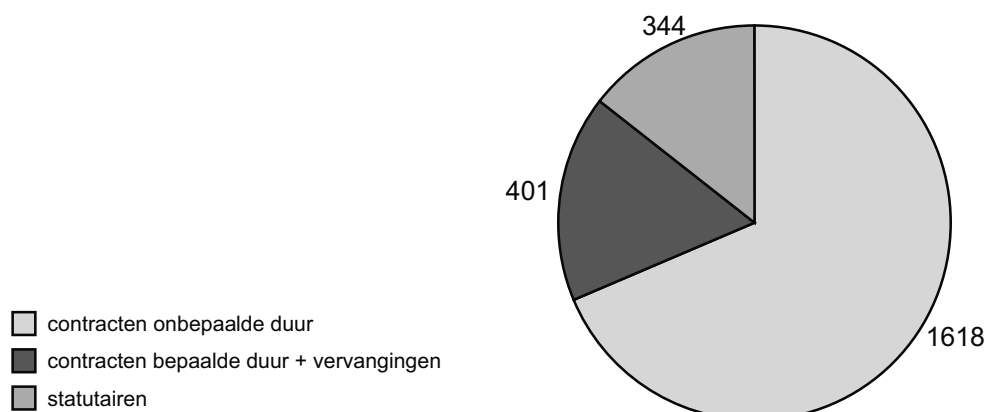
Het in eigen beheer nemen van de poetsdienst op de campus Sint-Jan vanaf 01/01/03, samen met een tijdelijke verhoging van het aantal medewerkers voor de keuken (in functie van het nieuw keukenconcept) betekende een stijging van 48,63 VTE voor 2003. Het volledig effect zal zichtbaar zijn in 2004.

De totale stijging van het verplegend personeel bedraagt 32,10 VTE. Vanaf 01/09/03 werden maaltijdcheques toegekend aan het personeel. Een avondvergoeding voor de medewerkers van de dienst onderhoud werd toegekend vanaf 01/09/03

3. Arbeidsverhoudingen

arbeidsverhoudingen op 31-12-2003	aantal
contracten onbepaalde duur	1618
contracten bepaalde duur + vervangingen	401
statutairen	344
totaal	2363
FTE volgens contract	1885,5

Arbeidsverhoudingen



4. Leeftijdsverdeling van de medewerkers

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
< 30 jaar	100	413	513
van 31-40 jaar	129	623	752
van 41-50 jaar	106	609	715
van 51-60 jaar	94	272	366
> 60 jaar	6	11	17
totaal	435	1928	2363

5. Woonplaats van de medewerkers

Woonplaats	aantal	%
As	98	4%
Bilzen	113	5%
Bree	64	3%
Diepenbeek	77	3%
Dilsen	71	3%
Genk	829	35%
Hasselt	72	3%
Houthalen	72	3%
Lanaken	117	5%
Maaseik	91	4%
Maasmechelen	96	4%
Meeuwen	90	4%
Opglabbeek	111	5%
Riemst	26	1%
Tongeren	23	1%
Zonhoven	59	2%
Zutendaal	108	5%
Andere	246	10%
2363	100%	

54% van de medewerkers woont in het kanton Genk (Genk, As, Opglabbeek en Zutendaal) en de gemeente Lanaken.



kencijfers

Geneesheren

1. Geslacht geneesheren ZOL

MANNEN	137
VROUWEN	38
TOTAAL	175

2. Specialisme geneesheren ZOL

SPECIALISME	AANTAL
Gynaecologie-verloskunde	10
Pediatrie	4
Neonatologie	3
Cardiologie	8
Cardiochirurgie	2
Pneumologie	6
Thoracovasculaire heelkunde	5
Dermatologie	3
Gastro-enterologie	6
Abdominale heelkunde	4
Nefrologie	5
Urologie	4
Oncologie	7
M.K.A.	3
O.R.L.	4
Oftalmologie	9
Neurologie	6
Neurochirurgie	4
Orthopedie	9
Algemene heelkunde	2
Plastische heelkunde	2
Geriatric	6
Psychiatric	7
Fysische geneeskunde - revalidatie	4
Alg. inwendige geneeskunde	5
Anesthesie - spoedgevallen	4
Anesthesie - operatiekwartier	7
Anesthesie - intensieve zorgen	3
Anesthesie - dagkliniek heelkunde	1
Anesthesie - pijnkliniek	3
Medische beeldvorming	15
Nucleaire geneeskunde	5
Klinische biologie	5
Anatomopathologie	4
TOTAAL	175

3. Leeftijd geneesheren ZOL

LEEFTIJD	AANTAL
31 jaar tot 35 jaar	25
36 jaar tot 40 jaar	19
41 jaar tot 45 jaar	37
46 jaar tot 50 jaar	44
51 jaar tot 55 jaar	25
56 jaar tot 60 jaar	14
61 jaar tot 65 jaar	11
TOTAAL	175

4. Nieuwe geneesheren

dr. Guy Debrock (oncologie): 01-02-2003
dr. Bart Neuville (gastro-enterologie): 01-03-2003
dr. Annelies Maes (oncologie – radiotherapie): 10-03-2003
dr. Caroline Robrechts (anatomopathologie): 01-04-2003
dr. Gerrit Koppert (resident thoracovasculaire heekunde): 01-08-2003
dr. Michiel Thomeer (pneumologie): 01-08-2003
dr. Peter Emmery (kinder- en jeugdpsychiatrie): 01-08-2003
dr. Els Oris (klinische biologie): 01-10-2003.
dr. Koen Engelborghs (neurochirurgie): 01-10-2003.
dr. Paul Bulens (oncologie-radiotherapie): 01-10-2003
dr. Hendrik Verslegers (psychiatrie): 01-11-2003
dr. Caroline Van Holsbeke (gynaecologie): 01-12-2003

5. Gepensioneerde geneesheren of uit dienst

dr. Stijn Umans, psychiatrie (einde contract) 30-04-2003
dr. Louis Maurits De Brauw, abdominale heekunde (einde contract) 30-04-2003
dr. Kees Prenger (einde contract) 30-04-2003
dr. J.P. Schiepers, anesthesiologie (overleden) 04-07-2003
dr. H.J. Mertens, klinische biologie (pensioen), 01-10-2003
dr. Gilberte Geelen, dermatologie (beëindiging contract in onderling overleg)



2003

Jaarverslag



Ziekenhuis Oost-Limburg