

An elderly woman with short grey hair is seated in a red hospital chair. She is wearing a brown corduroy jacket over a grey and white striped turtleneck, and blue jeans. Her left arm is resting on her lap, and a clear IV drip is attached to her wrist. A wooden table with a silver metal frame is positioned in front of her, holding a white bowl, a small container of food, and a small packet. The background shows a clinical setting with grey curtains and other medical equipment.

JAARVERSLAG 2007

Professionele zorg op mensenmaat



Ziekenhuis Oost-Limburg



© jaarverslag 2007 Ziekenhuis Oost-Limburg

Samenstelling: dienst Pers en Communicatie,
Schiepse Bos 6, 3600 Genk
Tel.: 089 32 17 61 • E-mail: info@zol.be

Foto's: Mine Dalemans
Vormgeving: Onar
Druk: Paesen Opglabbeek

JAARVERSLAG 2007

Professionele zorg op mensenmaat

PROLOOG

Hospital Governance in het ZOL

DEEL 1: ZORG VOOR KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID

1. PERMANENT INVESTEREN IN NIEUWE TECHNOLOGIEËN

- 1.1. LOC opent bestralingsafdeling in het ZOL
- 1.2. Nieuw daghospitaal Inwendige Ziekten op St.-Jan
- 1.3. Uitbreiding dienst Medische Beeldvorming op campus André Dumont
- 1.4. Revolutionair röntgentoestel op Medische Beeldvorming
- 1.5. Dual Source-CT biedt nieuwe mogelijkheden
- 1.6. 56 nieuwe dialysetoestellen
- 1.7. Nieuwe technologieën MKA
- 1.8. 'National Geographic' in het ZOL
- 1.9. website multidisciplinair pijncentrum

2. NIEUWE THERAPEUTISCHE ONTWIKKELINGEN

- 2.1. Invasieve behandeling van hartaritmieën
- 2.2. Eerste ingreep voor diepe hersenstimulatie
- 2.3. Nieuwe techniek voor heekkundige verwijdering van hersentumoren
- 2.4. Gefenestreerde endoprothese

3. AANDACHT VOOR ZORG

- 3.1. Professioneel in zorg
- 3.1.1. Liaison endocrinologie
- 3.1.2. Wondzorg
- 3.1.3. Klinische paden
- 3.1.3.4. Transmuraal pad borstcarcinoom
- 3.1.4. Registratie van gegevens
- 3.1.5. Aankoop bedden en zetels
- 3.2. Met zorg voor de oudere patiënt
- 3.2.1. Zorgprogramma geriatrie
- 3.2.1.1. Liaison geriatrie
- 3.2.1.2. Project dagziekenhuis geriatrie uitgebreid
- 3.2.2. Project ondervoeding
- 3.2.3. Nieuwe locatie voor SP-chronische ziekten
- 3.2.4. Ontslagmanagement
- 3.3. Zorg op kindermaat
- 3.3.1. Grootst aantal bevallingen ooit
- 3.3.2. Kindernefroloog
- 3.3.3. Inhalatietherapie bij kinderen
- 3.3.4. 20 jaar rondleidingen

4. PATIËNTVEILIGHEID, ONZE ZORG

- 4.1. ZOL bouwt aan veilige zorg
- 4.2. Projecten patiëntveiligheid
- 4.2.1. Verdere uitbouw incidentmeldingssysteem
- 4.2.2. Patiëntidentificatie
- 4.2.3. Veiliger werken met cytostatica
- 4.2.4. Geneesmiddelen
- 4.2.5. Klinisch apotheker
- 4.2.6. Gebruik van pictogrammen aan het patiëntenbed
- 4.3. Rationeel gebruik van antibiotica in de dagelijkse praktijk

5. PATIËNTENTEVREDENHEID, EEN PERMANENTE BEKOMMERNIS

- 5.1. Patiëntentevredenheid blijft hoog
- 5.2. Lerend ziekenhuis

6. AFSTEMMING EN SAMENWERKING

- 6.1. Met de eerste lijn
- 6.2. Netwerking

7. ONDERZOEK EN ACCREDITERING

- 7.1. Lage rugpijn: rust roest
- 7.2. Baarmoederhalskanker onderzocht
- 7.3. Depressie en suicidepreventie
- 7.4. Accreditering departement Gynaecologie en Verloskunde
- 7.5. Accreditering voor Labo Klinische Biologie

8. CONGRESSEN IN HET ZOL

9. ZOL BOUWT

- 9.1. 'Schiepse Bos' werd parking
- 9.2. Nieuwe interne bewegwijzering op campus Sint-Jan
- 9.3. Werken Sint-Barbara naar eindspurt

DEEL 2: GOEDE EN PROFESSIONELE ZORG IS MENSENWERK

1. ZORG VOOR ONZE MEDEWERKERS

- 1.1. Vooruitstrevend HRM-beleid
- 1.2. Nieuwe voordelen
- 1.2.1. Hospitalisatieverzekering gerealiseerd
- 1.2.2. Pensioenplan voor contractuelen in de steigers
- 1.3. Het ZOL als magneetziekenhuis
- 1.3.1. Goede begeleiding
- 1.3.2. Leiderschapskwaliteiten optimaliseren
- 1.3.3. Competentiemanagement
- 1.4. Gelijkheid in het kwadraat

2. NAAR EEN AANGENAME EN PROFESSIONELE WERKOMGEVING

- 2.1. ZOLenergieK is euro's sparen en vriendelijk voor het milieu
- 2.2. Naar een rookvrij ziekenhuis
- 2.3. Veiligheid in het ZOL
- 2.4. Rampenplanning
- 2.5. Op de werkvloer
- 2.5.1. Griepvaccin
- 2.5.2. Risico-analyse functionele diensten
- 2.5.3. Basisveiligheid poetspersoneel

EPILOOG: ZOL STEUNT BOKONZI

BIJLAGE

Nieuwe geneesheren
Activiteiten
Financiële resultaten
Contactgegevens



In dit jaarverslag geven we een overzicht van de ziekenhuiswerking in 2007. Het is een vrij uitgebreid jaarverslag geworden dat u een goed overzicht geeft van de vele initiatieven en projecten die op stapel gezet werden. U ziet dat het afgelopen jaar opnieuw een druk jaar was, met de opening van de bestralingseenheid op campus Sint-Jan als één van de vele hoogtepunten. Artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers hebben hier hun schouders onder gezet en we zijn hen hier dankbaar voor. De dynamiek in het ZOL is in grote mate hun verdienste.

In dit jaarverslag besteden we aandacht aan de initiatieven die ontwikkeld werden voor de verdere uitbouw van kwaliteit en patiëntveiligheid. Dat is immers de kernopdracht van een ziekenhuis. We mogen fier zijn over een aantal mooie realisaties, maar we weten ook dat er nog specifieke verbeteringen mogelijk zijn. In die context willen we ook bescheiden blijven.

In 2007 werd er opnieuw heel wat gebouwd in het ZOL. Alhoewel tijdens de voorbije jaren reeds verschillende grote investeringsprojecten in het kader van het zorgstrategisch plan met succes werden afgerond, blijft het ziekenhuis nog enige tijd een bouwwerf. Dit zal ongemakken met zich meebrengen, alhoewel er vele inspanningen zullen gedaan worden om de hinder te beperken. Maar eenmaal de werken achter de rug zijn, zullen de nieuwe infrastructuur en accommodaties resulteren in aangenamere werkomstandigheden, een uitgebreider zorgaanbod en meer comfort voor de patiënt.

Op financieel vlak staan we voor de grote uitdaging om enerzijds de kosten verder te beheersen, met reeds een goede start via de actie ZOLenergieK, en anderzijds de inkomsten te optimaliseren via het Budget Financiële Middelen.

Uit het voorgaande zou u ten onrechte de conclusie kunnen trekken dat enkel bouwen en inkomsten belangrijk zijn in het ZOL, maar niets is echter minder waar. Beschouw het als voorwaarden of noodzakelijke middelen die toelaten dat wij onze kernopdracht naar behoren kunnen blijven vervullen, namelijk een goede, veilige, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg leveren aan de patiënt. Vanuit die optiek moeten ook de uitbouw van expertdiensten, de toenemende vergrijzing, de patiëntveiligheid, onze relaties met andere ziekenhuizen in netwerken en onze relatie met de eerste lijn belangrijke aandachtspunten blijven.

We beseffen ten volle dat goede en professionele zorg mensenwerk is en blijft en daarom geven we ook hierover enige duiding. Het ZOL leverde baanbrekend werk om zijn contractuele medewerkers een aanvullend pensioen te kunnen aanbieden. Wij hopen met dit initiatief de betrokkenheid van de medewerkers bij de 'belangen' van het ZOL nog verder te versterken.

De jaarrekening rondt het jaarverslag af. We staan graag ter beschikking om hierover meer toelichting te geven.



Johan Hellings
Bestuurder-directeur



Dr. Mieke Dezeure
Voorzitter





Hospital Governance in het ZOL

GROTE organisaties, maar ook in toenemende mate de ziekenhuizen, besteden de laatste jaren veel aandacht aan goed bestuur. Mee in functie van de aanbevelingen van “Hospital Governance” (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KU Leuven) werden een aantal aanpassingen in het ZOL doorgevoerd. Een ziekenhuis heeft immers een belangrijke maatschappelijke opdracht en werkt met gemeenschapsmiddelen.

Er werd een belangrijke vernieuwing doorgevoerd in de samenstelling van de raad van bestuur, zonder de continuïteit van de ziekenhuiswerking te hypothekeren.

Twee nieuwe comités werden opgericht om de raad van bestuur te adviseren en bij te staan:

- een auditcomité, o.l.v. nieuwe en onafhankelijke bestuurders, dat toeziet op de consistentie van de bedrijfsprocessen.
- een zorgstrategisch comité dat adviseert over de zorgstrategie van het ziekenhuis op de lange termijn.

Zorg voor kwaliteit en



1. Permanent investeren in nieuwe technologieën

1.1 LOC opent bestralingsafdeling in het ZOL

Voor de oncologische patiënten van de regio Oost-Limburg waren er in 2007 vele veranderingen. Naast de opening van het nieuwe dagziekenhuis en de verhuizing van de raadpleging van de dienst Oncologie, worden er sinds begin oktober radiotherapie-behandelingen in het ZOL uitgevoerd onder de koepel van het Limburgs Oncologisch Centrum.

Nieuwste bestralingstechnieken

De bestralingsafdeling bestaat uit 2 zeer moderne lineaire versnellers waarmee ook de nieuwste bestralingstechnieken kunnen toegepast worden (Intensity Modulated Radiation Therapy). Er werd, na Europese aanbesteding, gekozen voor de apparaten van de firma Varian, wereldmarktleider op het gebied van versnellers voor medisch gebruik. Een volledig geïntegreerd systeem voor planning, patiëntenbeheer, kwaliteitscontrole en sturing van de versnellers

werd aangekocht. Gezien de bestralingsapparatuur van het LOC verspreid is over 2 sites is dit een zeer belangrijke troef.

De bestralingen worden uitgevoerd door een team van verpleegkundigen die de laatste 2 jaren op de bestralingsafdeling in het Virga Jesse werden opgeleid en daar reeds maanden de patiënten mee behandelen. Een team van fysici van het LOC bewaakt de kwaliteit van de bestralingen met strikte procedures.

Samenwerkingsakkoorden

Samenwerkingakkoorden en goede verhoudingen met de omliggende ziekenhuizen staan garant voor verwijzingen vanuit het Maria Ziekenhuis in Overpelt en het Ziekenhuis Maas Kempen uit Bree en Maaseik.

De opening van de bestralingsafdeling in het ZOL betekent een belangrijke uitbreiding van het zorgaanbod voor de kankerpatiënt van de regio Oost-Limburg.

patiëntveiligheid



1.2 Nieuw daghospitaal inwendige ziekten op campus Sint-Jan

De activiteit in het dagziekenhuis Inwendige Ziekten op campus St.-Jan is de laatste 10 jaar jaarlijks gemiddeld met 13% gestegen tot meer dan 13.000 behandelingen per jaar. Hierdoor was de oude infrastructuur veel te klein geworden en was uitbreiding hoognodig.

In het dagziekenhuis worden vooral antitumorale behandelingen toegepast. Patiënten komen er ook voor andere intraveneuze behandelingen (bloedtransfusies, kalkinfusen en gerichte I.V. therapieën). Elke werkdag betreft het meer dan vijftig patiënten. Er is plaats en opvang voorzien voor begeleidende familieleden.

Privacy

De nieuwe afdeling is verdubbeld in oppervlakte, net zoals het aantal afzonderlijke kamers verdubbeld. Er zijn nu 8 afgesloten

kamers en 8 bedden die met gordijnen kunnen afgeschermd worden. Deze plaatsen zijn voor de patiënten die om medische of persoonlijke redenen extra privacy nodig hebben.

Een groot deel van de dagkliniek wordt in beslag genomen door de gemeenschappelijke behandlungsruimte. De verpleging heeft rechtstreeks toezicht vanuit de centrale balie die bewust erg 'open' werd gehouden.

Er werd voor gezorgd dat de dagklinische patiënt zo weinig mogelijk verplaatsingen moet maken in het ziekenhuis. Hij of zij krijgt een geïntegreerde service in het dagziekenhuis met zo weinig mogelijk wachttijden.

Patiëntvriendelijk

Het daghospitaal sluit direct aan op de nieuwe parking en is van hieruit rechtstreeks toegankelijk. Ook zullen alle administratieve verrichtingen en alle bloedafnames voortaan op het dagziekenhuis

kunnen gebeuren. Ten slotte kan het contact met de behandelende geneesheer steeds op of naast de dagkliniek gebeuren.

De consultatieruimten van de dienst Oncologie zijn samen met het dagziekenhuis verhuisd. Daarnaast werden binnen de dagkliniek nog 2 raadplegingslokalen voorzien voor andere specialismen (gastro-enterologie, pneumologie, nucleaire geneeskunde, neurologie..).

Met de ingebruikname van dit dagziekenhuis zal het ZOL de dagzaal-patiënten vele jaren in een comfortabele en praktische infrastructuur kunnen opvangen.

1.3 Uitbreiding dienst Medische Beeldvorming op campus André Dumont

Op campus André Dumont werd een nieuwe afdeling van de dienst Medische Beeldvorming geopend. De afdeling beschikt over een totaalaanbod aan beeldvormingstechnieken en kan een optimale service bieden aan de patiënt die verwezen is door de huisarts.

Voor de nieuwe afdeling op campus André Dumont werd een nieuwe multislice spiraal CT-scanner (Computer Tomografie) aangekocht, evenals een nieuw röntgentoestel. Om het totaalaanbod van beeldvormingsmodaliteiten te vervolledigen, werd ook een toestel aangekocht voor botdensiteitsmetingen, belangrijk bij diagnose en follow-up van osteoporose. Vooral de CT-scanner is belangrijk. Voor heel wat klinische situaties is CT immers de modaliteit van eerste keuze.

Troeven

De nieuwe dienst Medische Beeldvorming op campus André Dumont heeft vier sterke troeven om een optimale diagnostische service te bieden aan ambulante patiënten: de gunstige ligging en vlot bereikbaar met openbaar vervoer, de gratis parking, de korte loopafstanden en de kleinschaligheid met eenvoudige administratie.

Daarnaast het totaalaanbod van beeldvormingsmodaliteiten met radiologie, echo-duplex, botmeting en CT. CT blijft hier mogelijk dankzij de hospitalisatie op deze campus, de pijnkliniek en het daghospitaal. Dit totaalaanbod is belangrijk voor de patiënt, die soms meerdere onderzoeken nodig heeft en die zich hiervoor slechts éénmaal hoeft te verplaatsen.

Ander pluspunt is de volledig digitale omgeving waarin gewerkt wordt en waardoor alle beelden realtime ter beschikking zijn van elke radioloog, onafhankelijk van de plaats waar hij of zij zich bevindt. Tot slot bestaat de dienst uit een team van 17 radiologen die allen in één of in enkele subspecialiteiten een bijzondere expertise hebben verworven.

Er werd ook een eigen website ontwikkeld met uitgebreide informatie over de dienst en over alle types van onderzoeken en met richtlijnen over voorbereiding en nazorg. Deze is toegankelijk via www.zol.be/deelwebsites/medischebeeldvorming.

1.4 Revolutionair röntgentoestel op Medische Beeldvorming

De dienst Medische Beeldvorming heeft in juni 2007 een nieuw röntgentoestel in gebruik genomen: de Axiom Luminos dRF. Het

gaat hier om een première. Onder andere de sterk verminderde stralendosis en het toegenomen comfort voor patiënt en operator zijn innovatief. "Het toestel is de meest revolutionaire stap in de evolutie van de reeds 30-jarige carrière van de zogenaamde 'telebediende röntgentafels', waarbij doorlichting en radiografie gebeuren via een digitale flat pannel detector.

Na de RX-opname is er een real-time beeld zichtbaar op de monitor waardoor onmiddellijke kwaliteitsevaluatie mogelijk is en het onderzoek kan worden afgesloten. De beelden worden onmiddellijk getransfereerd en kunnen door de aanvragende geneesheer dadelijk opgevraagd worden via de webserver.

1.5 Dual Source-CT biedt nieuwe mogelijkheden

In 2007 werd in het ZOL een Dual Source-scanner, de Somatom Definition, aangekocht. De nieuwe CT-techniek biedt grote voordelen aan zowel de patiënt als de radioloog. De superieure beeldkwaliteit draagt bij tot een adequatere diagnosestelling.

De mogelijkheid tot visualiseren van kleine details, geassocieerd met nieuwe performante softwarepakketten heeft nieuwe mogelijkheden gecreëerd voor virtuele beeldvormingen. Virtuele colonoscopie is hier een goed voorbeeld van. Meer en meer verfijnde CAD-software pakketten helpen de radioloog bij de beoordeling van de steeds maar groeiende massa beeldmateriaal.

Dual Source-CT biedt ook substantiële voordelen voor de patiënt. De superieure beeldkwaliteit draagt bij aan een adequatere diagnosestelling. De nieuwe mogelijkheden in CT-angio, cardio-CT en virtuele endoscopie (coloscopie) bieden comfortabele alternatieven voor vaak ingrijpende procedures, vooral bij risicopatiënten. Ten slotte is het toestel voorzien van dosisbesparende voorzieningen die toelaten voor de meeste procedures de stralendosis voor de patiënt gevoelig te reduceren.

1.6 56 nieuwe dialysetoestellen

Op 16 augustus werden de laatste 12 uiterst moderne nieuwe dialysetoestellen geplaatst in het collectief autodialysecentrum in het Mariaziekenhuis in Overpelt. Het gaat om de meest geavanceerde toestellen met alle mogelijke ingebouwde veiligheidsmodules en dialyseverbeteringen zoals automatische bloeddrukmeting, hemodiafiltratie, flowmeting enz...

Deze toestellen waren de laatste levering van een bestelling van 56 toestellen waarmee de hemodialyseafdeling van het ZOL een volledige metamorfose heeft ondergaan. Het dialysecentrum is hiermee een van de grootste en best uitgeruste centra in Vlaanderen. Het dialysecentrum vierde gelijk ook zijn 15de verjaardag. In september 1999 was de samenwerking tussen het ZOL en het Mariaziekenhuis van Overpelt een feit. In juni 2000 werd de collectieve autodialyse opgestart in Neerpelt. In een tijdspanne van 15 jaar kregen vele honderden patiënten kunstnierbehandeling en ondergingen meer dan 120 patiënten een niertransplantatie.

Momenteel worden meer dan 200 patiënten met chronische hemodialyse behandeld, wat het centrum tot één van de grootste centra van Vlaanderen maakt. Naast patiënten met nierfunctievervangende therapie (dialyse, transplantatie) worden ook een groot aantal pre-dialysepatiënten en patiënten met nierproblemen en systeemziekten opgevolgd.

In 2007 zijn er 68 nieuwe patiënten met dialyse gestart in het ZOL. Al deze patiënten kregen van de sociaal verpleegkundigen informatie over hun dialyseschema en de vervoersmogelijkheden. Daarnaast was er extra aandacht voor begeleiding op sociaal en psychologisch vlak.

1.7 Nieuwe technologieën MKA

De dienst MKA investeerde in een panoramisch radiografisch toestel met conebeamtechnologie. Dit panoramisch toestel laat toe om naast een 2D projectie bepaalde regio's in 3D te zien, zowel met volumerendering als met oppervlakterendering. De inhoud van het 3D segment wordt daardoor bestudeerbaar én de oppervlakte van het gekozen segment wordt in 3D weergegeven. Hierdoor is het mogelijk de zenuwbaan van de onderkaak niet enkel in de hoogte te bepalen maar ook in de diepte goed weer te geven. Dit verhoogt de veiligheid tijdens operatieve ingrepen. Ook inzake letsels aan de wortelpunten van de tanden bestond vroeger het probleem dat de wortelpunten van één tand over mekaar projecteerden, waardoor onmogelijk kon vastgesteld worden welke tandwortel uiteindelijk oorzaak was van een probleem, mét name in de molarenregio van de bovenkaak. Aangezien iedere tandwortel nu afzonderlijk kan bestudeerd worden, verhoogt dit in hoge mate het diagnostisch inzicht en is veel vaker een gerichte therapie mogelijk.

Daarnaast kocht de dienst MKA arthroscopiemateriaal voor het operatiekwartier. Deze aankoop geeft de mogelijkheid om zéér kleine gewrichten inwendig te bestuderen. Het kaakgewricht wordt in veruit de meeste gevallen niet-operatief benaderd. Uitzonderlijk is een ingreep op het kaakgewricht noodzakelijk. In de mate dat dit kan via een kijkgaatje (arthroscopisch) geniet dit de voorkeur om een operatieve opening van het kaakgewricht (arthroplastiek) te vermijden.

1.8 'National Geographic' in het ZOL

Het departement Verloskunde en Gynaecologie gaat van start met een nieuwe afdeling echografie. Hiervoor werden twee nieuwe, hoogtechnologische echografietoestellen aangekocht. De wachtkamer wordt ingericht met een groot flatscreen, dat dient als infobord voor de patiënten. Op dit screen worden eigen medische presentaties getoond over boeiende verloskundige thema's, zoals de embryologie en eerste trimester echografie. Daarnaast kunnen er ook lopende infoboodschappen worden getoond, die de patiënt snel informeren.

1.9 Website multidisciplinair pijncentrum

Om de communicatie met patiënten en zorgverleners verder te verbeteren, startte het multidisciplinair pijncentrum met een eigen website. Er is reeds heel wat informatie beschikbaar maar in de toekomst zal deze internetplek nog verder uitgebreid worden. Zo bevat de website praktische informatie over raadplegingen en verwijzingen maar daarnaast is er ook heel wat info beschikbaar over behandelingen en therapieën.

De website is beschikbaar op www.zol.be/mpc



2. Nieuwe therapeutische ontwikkelingen en hun zorgimpact

2.1 Invasieve behandeling van hartaritmieën

Met de komst van dr. Maximo Rivero-Ayerza is de dienst Cardiologie gestart met een programma voor de invasieve behandeling van hartaritmieën. De meeste recente apparatuur werd aangekocht.

Vandaag kunnen de meeste vormen van supraventriculaire aritmieën en sommige vormen van ventriculaire aritmieën behandeld worden met radiofrequentie catheter ablatie. Het afwegen van de juiste therapie is erg belangrijk. Vooral omdat veel patiënten met hartritimestoornissen relatief jong zijn en de levenslange medicatie belangrijke invloed heeft op de levenskwaliteit en prognose.

Diagnose

Om de best mogelijke behandeling voor een aritmie te kunnen bepalen, is het nodig de precieze oorzaak te diagnosticeren. Via een klassieke EKG is het vaak moeilijk om de aritmie te documenteren. Een elektrofysiologisch onderzoek, uitgevoerd in de nieuwe Electronic Magnetic Conduction-zalen van het operatiekwartier, kan helpen om het hartweefsel dat de abnormale elektrische impulsen veroorzaakt en dus de aritmie veroorzaakt te lokaliseren.

Een elektrofysiologisch onderzoek wordt meestal aanbevolen aan patiënten met hartritimestoornissen of met risico op een plotse cardiale dood. Hoewel de behandeling meer invasief is dan een EKG geeft het onderzoek zelden aanleiding tot complicaties. Een elektrofysiologisch onderzoek wordt uitgevoerd onder lichte sedatie.

Behandeling

Als de metingen van het elektrofysiologisch onderzoek compleet zijn, wordt beslist of overgegaan wordt tot radiofrequentie catheter ablatie of dat andere behandelingen meer aangewezen zijn. Radiofrequentie catheter ablatie bestaat erin dat het weefsel verantwoordelijk voor de aritmie verhit wordt en het aritmiesubstraat wordt weggenomen.

De succesratio van de behandeling is erg hoog en bedraagt 90 tot 98 percent. Ook het risico op complicaties en herval is erg laag. Dankzij hoogtechnologisch ontwikkelingen is sinds kort ook mogelijk om meer complexere aritmieën op dergelijke wijze te behandelen.

2.2 Eerste ingreep voor diepe hersenstimulatie

Een 65-jarige truckchauffeur die al 25 jaar last had van zware bevingen in zijn rechterarm kreeg op 24 augustus met succes een hersenstimulator ingeplant door dr. Pieter Viaene, neuroloog, en dr. Dieter Peuskens, neurochirurg. Na de ingreep waren zijn bevingen volledig verdwenen en kon de man voor het eerst sinds lang opnieuw zelfstandig eten en drinken. Het was de eerste keer in Limburg dat een dergelijke operatie werd uitgevoerd.

Diepe hersenstimulatie is een van de nieuwere technieken in de behandeling van sommige degeneratieve neurologische aandoeningen. Vooral bij essentiële tremor en de ziekte van Parkinson

lijkt dit zijn vruchten af te werpen. Het ZOL kreeg een erkenning voor het uitvoeren van de ingreep. Het implanteren van diepe hersenelektroden mag in België enkel worden uitgevoerd in centra met specifiek erkende multidisciplinaire teams.

De procedure voor de implantatie start met een nauwgezette selectie van patiënten. Daarbij moet het wel degelijk gaan om patiënten die 'medicamenteus uitbehandeld' zijn. Uiteindelijk wordt elk dossier voorgelegd voor een speciale commissie van het RIZIV die al dan niet beslist tot terugbetaling van de hele procedure en het materiaal.

Het plaatsen van elektroden in de hersenen gebeurt met behulp van CT, MRI en een aangepast computerprogramma, na de fixatie van een extern kader op het hoofd van de patiënt. De ingreep vindt meestal onder een lichte verdoving plaats. De neuroloog moet tijdens de ingreep immers alle hersenfuncties continu kunnen beoordelen via rechtstreeks contact met de patiënt.

In de postoperatieve fase herstellen de patiënten vlot, gezien de ingreep weinig belastend is.

2.3 Nieuwe techniek voor heilkundige verwijdering van hersentumoren

Dr. Frank Weyns van de dienst neurochirurgie startte met een revolutionaire techniek voor de heilkundige wegname van kwaadaardige primaire hersentumoren. Er wordt vooraf aan de patiënt gevraagd om een medicijn te drinken dat ervoor zorgt dat de tumor tijdens de operatie gaat fluoresceren bij 'blue light'. Daardoor kan de chirurg de grenzen van de tumor beter zien en streven naar een volledige verwijdering. Dit vergroot de kans op langere overleving voor de patiënt.

Kwaadaardige hersentumoren hebben vaak een slechte prognose. Bij patiënten waarbij de tumor 'gunstig' gelegen is, en waar men bij verwijdering geen grote uitval verwacht (zoals halfzijdige verlamming, spraakstoornissen, etc.), worden deze hersentumoren normaal heilkundig verwijderd, waarna een behandeling met radiotherapie en chemotherapie volgt.

Hoe meer tumorale weefsel weggenomen wordt, hoe succesvoller de nabehandeling is en hoe groter de kans op een langere overleving. Maar een complete verwijdering is vaak moeilijk omdat het tumorweefsel tijdens de operatie via de microscoop moeilijk te onderscheiden valt van het omliggende, gezonde hersenweefsel. De resectie is dus vaak onvolledig door de moeilijke aflijning ten opzichte van het omliggend gezond hersenweefsel waarin belangrijke functies liggen zoals spraakgebied, bewegingscortex, enzovoort.

In het ZOL wordt de nieuwe techniek gebruikt in combinatie met andere nieuwe technieken zoals het gelijktijdig bewaken van de verschillende hersenfuncties tijdens de ingreep (peroperatieve monitoring) en het gebruik van neuro-navigatie technieken. Dit verhoogt uiteraard de veiligheid van operaties voor hersentumoren en leidt uiteindelijk tot betere lange termijn resultaten.

2.4 Gefenestreerde endoprothese

Een van de eerste operaties die in de nieuwe, hoogtechnologische angio-operatiezaal werd uitgevoerd, was meteen een primeur voor Limburg. Dr. Geert Lauwers en dr. Luc Stockx van het Limburgs Vaatcentrum plaatsten bij een 73-jarige man met een aneurysma voor de eerste keer een gefenestreerde endoprothese in de aorta ter hoogte van het abdomen of de buik.

Tot voor enkele jaren was behandelen enkel mogelijk via een zware, open operatie waarbij het uitgezette deel van de slagader vervangen wordt door een vaatprothese. Deze klassieke operatie vraagt een lange herstelperiode en houdt heel wat risico's in voor patiënten met een slechte algemene toestand.

Minimaal invasief

Enkele jaren geleden werd gestart met de plaatsing van endoprothesen via een kleine insnede in de lies. Deze minimaal invasieve behandeling is mogelijk bij ongeveer 50 % van de patiënten. De ingreep bestaat erin om een 'versteving' in de uitgezette slagader te schuiven waardoor de uitzetting niet meer onder druk staat. Deze endoprothese wordt in de aorta gefixeerd door middel van stents. Probleem is dat er steeds voldoende afstand moet zijn tussen de oorsprong van de nierslagaders en het begin van de uitzetting, de hals, om deze prothese afdoende te kunnen verankeren.

Nieuwe evolutie

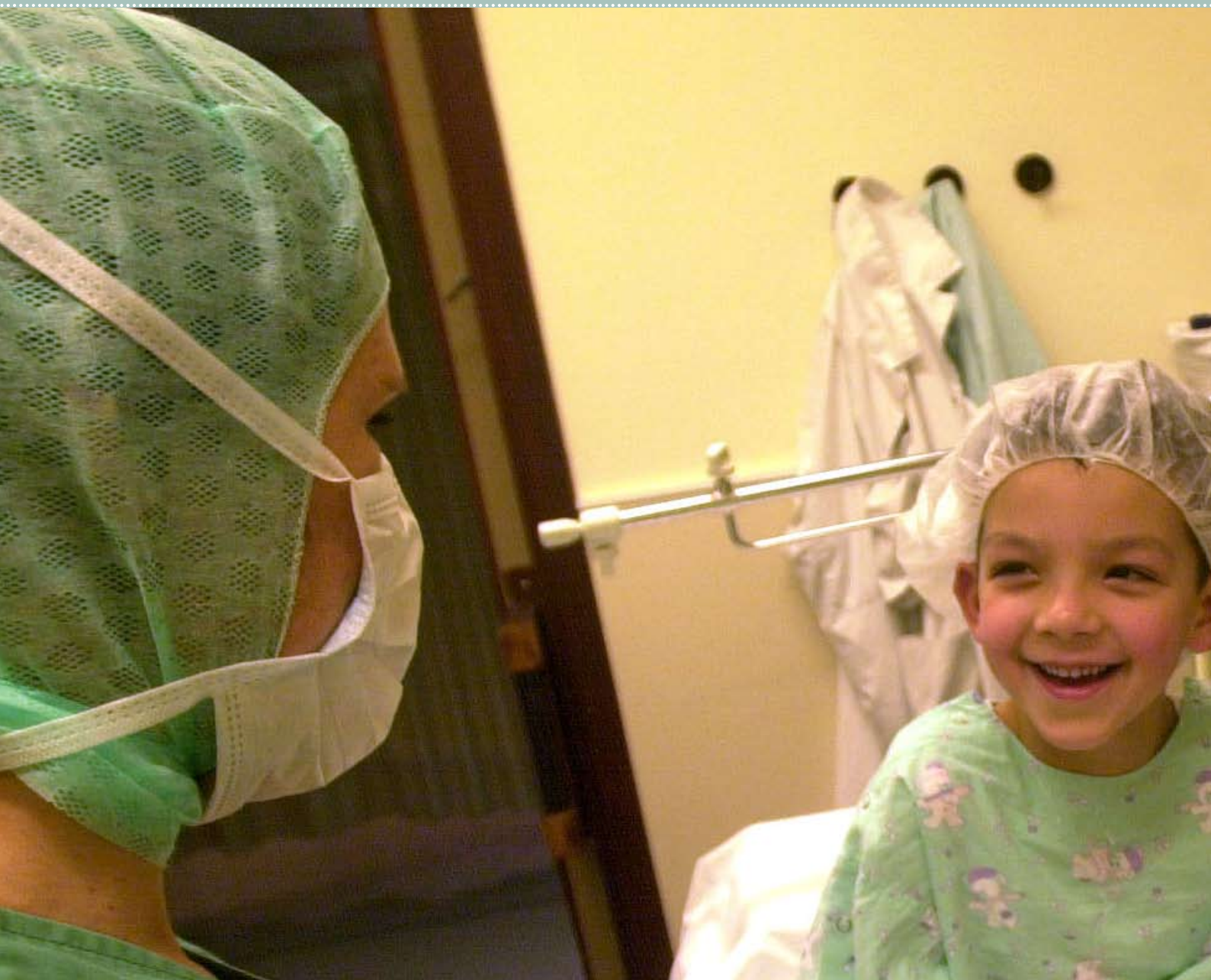
Een gefenestreerde endoprothese is een verdere ontwikkeling van deze techniek. De technische evolutie van het materiaal maakt het mogelijk om bij een voldoende lange hals de zijtakken, zoals nier- of darmslagaders, te incorporeren. Via openingen in de endoprothese worden deze takken door middel van afzonderlijke bedekte stents met de prothese verbonden, zodat de desbetreffende organen hierlangs van bloed worden voorzien.

De juiste positie van de endoprothese wordt bepaald met behulp van röntgenstralen, na het inspuiten van een contraststof. Wanneer de prothese op de juiste plaats zit, wordt ze opgevouwen en stroomt het bloed niet meer door het aneurysma. Deze ingreep wordt alleen uitgevoerd bij patiënten bij wie, omwille van medische redenen of chirurgisch-technische problemen, een heelkundige reconstructie minder aangewezen is.

Toptechnologie

Dat de ingreep in de nieuwe gecombineerde angio-operatiezaal plaatsvindt, heeft heel wat voordelen. Behalve de scherpe beeldkwaliteit kan het toestel in alle mogelijke richtingen rond de patiënt draaien wat een beter zicht op de bloedvaten geeft, wat veiliger en preciezer werken toelaat. Daarnaast hoeven er minder contraststof en röntgenstralen gebruikt te worden, hetgeen het risico op complicaties vermindert.





3. Aandacht voor zorg

3.1. Professioneel in zorg

3.1.1 Liaison endocrinologie

In 2007 werd in het ZOL een halftijdse liaisonverpleegkundige endocrinologie aangesteld. Deze startte op 7 verschillende verpleegafdelingen. Het ZOL is met dit initiatief een pionier in Vlaanderen.

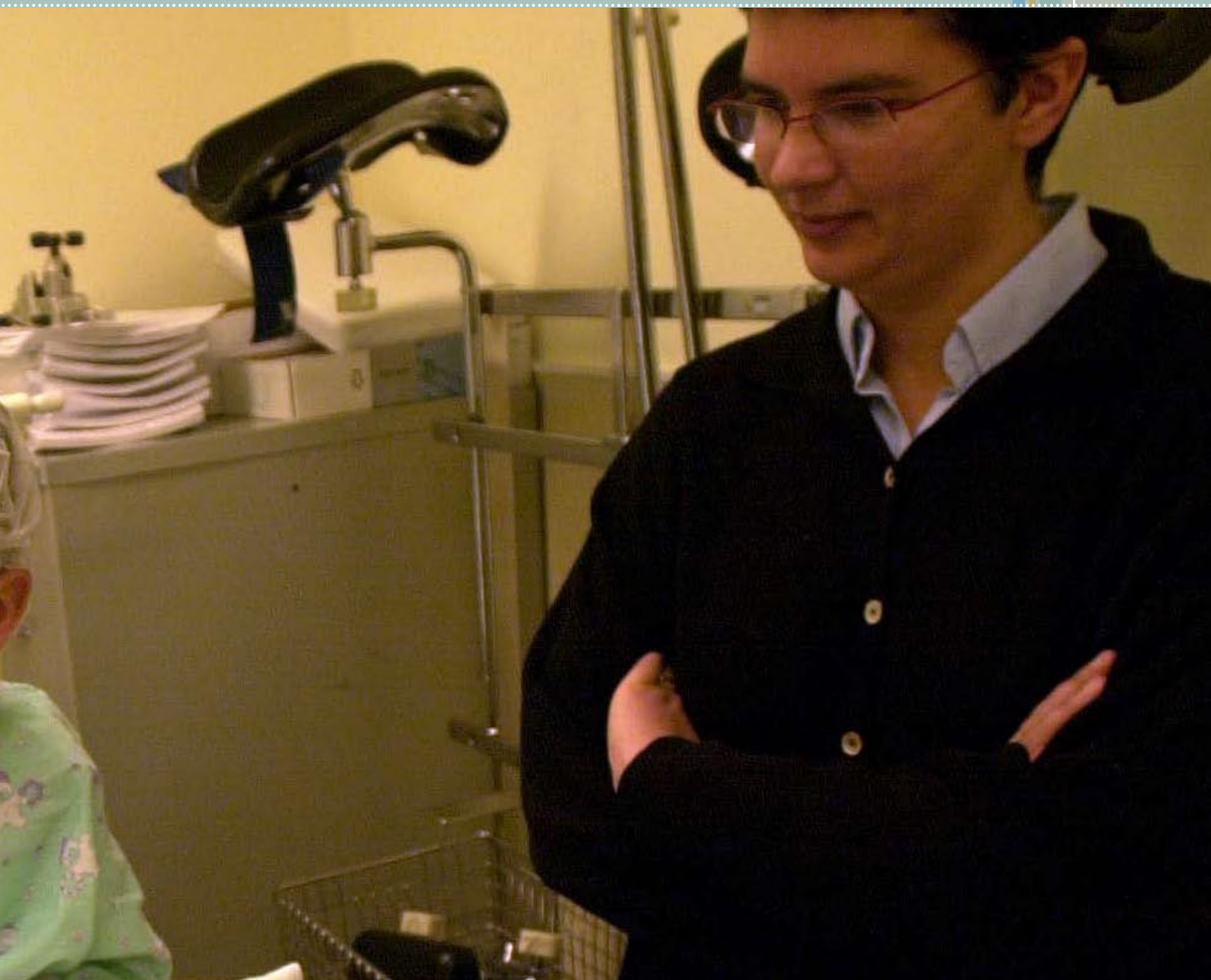
Lichamelijke stress, medicatie zoals cortisone, gebrek aan beweging en sondevoeding zijn eigen aan het ziekenhuisverblijf. Ze zorgen er soms voor dat patiënten af te rekenen krijgen met een onregelde glycemiespiegel. Dit wordt niet altijd tijdig opgemerkt. Een vertraagde genezing en wondheling en onder andere een verhoogd risico op infecties zijn het gevolg. Het probleem van glycemie-ontregeling kan zich voordoen bij gekende maar ook bij nieu-

we diabeten. Daarnaast kan het een tijdelijk probleem zijn na een periode van fysieke en lichamelijke stress (stressglycemie).

In een eerste fase werken de afdelingen vaatchirurgie, cardiochirurgie, neurochirurgie, pneumologie, oncologie, gynaecologie-verloskunde en intensieve zorgen actief mee aan het project. Maar ook de andere afdelingen kunnen tijdens de dag een beroep doen op een liaisonverpleegkundige endocrinologie. Zij overlegt met de endocrinoloog en komt ter plaatse voor advies, zorg of educatie.

3.1.2. Wondzorg en decubitus

Kwalitatieve wondzorg is een permanente bekommernis in een ziekenhuis. Er werd in 2007 grondig aandacht besteed aan de optimalisatie van het decubitusprotocol. Op alle verpleegafdelingen is er een continue registratie van decubitusletsels. Deze gegevens worden ook verwerkt binnen navigator. Voor de nieuwe



medewerkers werd het decubitusprotocol als verplichte vorming geïmplementeerd. De referentieverpleegkundigen kwamen enkele keren samen om de nieuwste evoluties te bespreken en de huidige stand van zaken op te volgen.

Daarnaast neemt het ZOL nog steeds het voorzitterschap waar van de werkgroep 'Wondzorg Limburgse Ziekenhuizen en Wit-Gele Kruis'. Op 22 maart 2007 ging in het ZOL de thema-avond wondzorg door over de toepassingen van hyperbare zuurstoftherapie en recente ontwikkelingen met betrekking tot wondzorg in de industrie. In totaal waren er 86 verpleegkundigen/ artsen van de diverse Limburgse ziekenhuizen en Wit-Gele Kruis aanwezig.

3.1.3 Klinische paden

Om het zorgproces efficiënt, veilig en volgens de laatste wetenschappelijke inzichten te laten verlopen, worden klinische paden

uitgewerkt. Een zorgcoördinator volgde de expertopleiding. Het afgelopen jaar werden er heel wat bestaande paden opnieuw geëvalueerd. Daarnaast zijn er enkele nieuwe paden in ontwikkeling of klaar voor implementatie. Het gaat om:

- klinisch pad voor de baby op de materniteit
- klinisch pad nefrectomie op gastro-enterologie
- knieprothese
- vagina voorwandplastiek
- laparoscopische prostatectomie

Daarnaast werden alle bestaande protocols / procedures en klinische paden aangepast in functie van MVG II.

Omdat de behoefte aan samenwerking met de eerste lijn groot is werd voor de eerste keer ook de ontwikkeling van een transmurale klinische pad opgestart nl. zorgpad mbt borstcarcinoom.



Dit kadert binnen een traject van de koning Boudewijnstichting en zal in 2008 gefinaliseerd worden.

3.1.3.1 Transmuraal pad borstcarcinoom

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw. Jaarlijks melden zich ongeveer 150 nieuwe borstkankerpatiënten in het ZOL en hun aantal neemt jaarlijks toe. Dit verdient de nodige aandacht qua kwaliteit van zorg. Sinds 2002 worden er in het ZOL een aantal gegevens geregistreerd van borstkankerpatiënten die in het ZOL behandeld werden. Gedurende 5 jaar werden er 742 patiënten geïnccludeerd. Intussen werd in samenwerking met partners uit de farmaceutische industrie een uitkomstgebaseerde databank ontwikkeld. Het betreft een gebruiksvriendelijk elektronisch medisch dossier dat alle klinische gegevens van de patiënt opslaat. Deze zijn tijdens de consultatie steeds on line beschikbaar voor alle artsen die betrokken zijn in de zorg. De prospectieve gegevensverzameling maakt het mogelijk om rapporten te maken over de overleving van een specifieke patiënt. Het is dan ook de bedoeling om deze databank op termijn te gebruiken om waar nodig de kwaliteit van therapie aan te passen.

Uit de literatuur blijkt dat complicaties na borstchirurgie vooral voorkomen tijdens of na de ontslagprocedure. Om de eerste lijn vlugger te betrekken en de opvang van de patiënt na de hospitalisatie te verbeteren, werkten het ZOL - onder leiding van dr. Eric De Jonge - en Listel het transmuraal klinisch pad borstcarcinoom uit. Het project kreeg de naam Zolistel en werd ontwikkeld in samenwerking met het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen en met steun van de Koning Boudewijnstichting. Dit specifiek met betrekking tot het vervullen van een gezamenlijke opdracht, namelijk het optimaliseren van borstkankerzorg in Limburg.

In 2006 werd een samenwerkingsstructuur tussen de eerste en tweede lijn besproken en uitgewerkt. In 2007 werd de werkwijze ontwikkeld volgens de methodiek van klinische paden en werd samen met studenten van de PHL een webapplicatie gemaakt.

In het kader van ZOListel vragen de 2 gespecialiseerde borstverpleegkundigen van het ZOL patiënten die net een borstoperatie hebben ondergaan of zij aan het project willen meewerken. Zij mogen zelf een coördinerend geneesheer kiezen – gynaecoloog of huisarts – en worden zes weken na de ingreep strikt opgevolgd met betrekking tot medicatie-inname, thuisverpleging, kinesithérapie, ... De werkwijze hiervoor werd uitgewerkt door een multidisciplinaire werkgroep die bestaat uit 16 medewerkers van de eerste lijn, inclusief patiëntenorganisaties, en 8 medewerkers uit het ziekenhuis.

Zo zullen tot half 2008 op systematische wijze gegevens verzameld worden over de huidige werkwijze en wordt gezocht naar de 'best practice'. Na analyse van de gegevens zal een transmuraal zorgpad uitgewerkt worden. Het totale project loopt tot eind 2009.

Op basis van de ervaringen met 'Zolistel borstcarcinoom' zal in de toekomst ook voor andere klinische paden in het ziekenhuis een transmurale verbreding uitgewerkt worden. De zorg voor de patiënt stopt immers niet als hij het ziekenhuis verlaat. Samenwerking tussen de verschillende partijen die betrokken zijn in die zorg is belangrijk in het bieden van een goede kwaliteit.

3.1.4 Registratie van gegevens

De voorbereiding van de implementatie van MVG II was een zeer groot project voor het verpleegkundig-paramedisch departement 2007.

Maar registratie van gegevens mag echter geen doel op zich zijn. MVG II is dan ook opgevat als een hefboom om processen te analyseren, procedures en protocollen te screenen en eventueel het verpleegdossier aan te passen. Belangrijk hierbij was dat het verpleegdossier een overzichtelijk werkinstrument moet blijven dat praktisch is in gebruik en waarin alle relevante informatie voor een kwalitatieve zorgverlening zo beknopt mogelijk beschreven staat. Op een aantal specifieke afdelingen werd het verpleegdossier aangepast.

Alle verpleegkundigen kregen een theoretische en praktische opleiding in MVGII.

3.1.5 Aankoop bedden en zetels

Er werden 60 nieuwe elektrische bedden aangekocht voor de afdelingen J10 - MIC. Gezien er veel patiënten met zware gynaecologische ingrepen gehospitaliseerd zijn op J10, betekenen deze bedden een grote meerwaarde.

Er werden een aantal alternatiematrassen aangekocht ter vervanging van de huidige systemen. De volgende jaren blijft het vervangen van deze matrassen een belangrijk item in het decubitusbeleid.

3.2 Met zorg voor de oudere patiënt

3.2.1 Zorgprogramma geriatrie

3.2.1.1 Liaison geriatrie

Het afgelopen jaar werd de interne geriatrie liaisonfunctie in het ZOL verder uitgebreid in overeenstemming met het nieuwe geriatrie zorgprogramma. In het ziekenhuis zien we immers een duidelijke verhoging van de gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten. Het aantal patiënten ouder dan 75 jaar steeg op nauwelijks drie jaar tijd met meer dan 35% op de niet-geriatrie diensten.

Sinds 1 september 2007 is het nieuwe Koninklijk Besluit met betrekking tot het geriatrie zorgprogramma van kracht. Dit beschrijft de normen waaraan een zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen voor de erkenning van een ziekenhuis. Het doel van het zorgprogramma is in de eerste plaats om via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en hierbij een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit na te streven.

Interne liaisonfunctie

De grote verandering die het geriatrie zorgprogramma teweegbrengt, heeft echter geen betrekking op de klassieke geriatrie hospitalisatiediensten en raadpleging, wel op de 'niet-G-diensten' in het ziekenhuis. Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt moet worden geëvalueerd om na te gaan of hij voldoet aan één van de criteria om opgenomen te worden in het zorgprogramma. Om

dit te verwezenlijken werd de interne liaison geriatrie in het ZOL uitgebreid.

In het ZOL is sinds januari 2005 een verpleegkundige aan het werk voor de geriatrie liaison. Zij geeft voornamelijk adviezen aan de verpleegkundigen en andere hulpverleners. Om een betere continuïteit te kunnen bieden, zijn sedert 1 september 2007 twee extra liaison verpleegkundigen van start gegaan. Daarnaast kan er ook een beroep gedaan worden op ergotherapeuten, logopedisten, kinesisten, diëtisten en psychologen. Dr. Anne Beyen, geneesheerspecialist in de geriatrie, leidt het team van de geriatrie liaison.

3.2.1.2 Project dagziekenhuis geriatrie uitgebreid

Het geriatrie dagziekenhuis bestaat in het ZOL al sinds februari 2003. In de loop van de jaren werd het progressief uitgebreid van 1 dag/week tot drie dagen per week. In het dagziekenhuis krijgen de patiënten ambulant een multidisciplinaire screening. Bij de meeste patiënten worden alle noodzakelijke onderzoeken op één dag afgerond. Naast de diagnostische onderzoeken kan men er ook terecht voor therapie.

In 2006 werd het ZOL geselecteerd voor het 'proefproject geriatrie dagziekenhuizen' van de van de federale overheid. Dit betekent dat alle patiëntengegevens moeten geregistreerd worden. De overheid hoopt zo een beeld te krijgen van de werking van de dagziekenhuizen om te komen tot een structurele financiering.

3.2.2 Project ondervoeding

Eén van de veel voorkomende complicaties in het ziekenhuis is ondervoeding. Dit kan ernstige gevolgen met zich meebrengen. Daarom is de aanpak van de ondervoeding tijdens een ziekenhuisverblijf een belangrijke en efficiënte vorm van preventie. In de internationale literatuur wordt de prevalentie van ondervoeding in het ziekenhuis geschat op 40 % bij opname. Voor België worden deze cijfers geschat op 30 à 40 %. Het gaat hier om een schatting aangezien cijfers over de reële omvang van de problematiek niet aanwezig zijn.

De FOD Volksgezondheid startte met een pilootproject voor het aanstellen van een voedingsverantwoordelijke en een voedings-team in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België. De doelstelling van dit overheidsproject is om via het aanstellen van een voedingsverantwoordelijke & een voedings-team de risicopatiënten binnen een interdisciplinair verband op te sporen en hen op een veilige, gecontroleerde manier de meest adequate nutritionele behandeling te geven.

Voor ons ziekenhuis nemen de geriatrie diensten en de afdelingen Intensieve Zorgen deel aan dit project. In het najaar van 2008 zullen de resultaten van dit onderzoek en de daaruit ontwikkelde acties ziekenhuisbreed verspreid worden.

3.2.3 Nieuwe locatie voor SP-chronische ziekten

Op 4 april verhuisde de Sp-Chronische Ziekten naar de nieuw-gebouwde afdeling (LB0) op campus St.-Barbara. Het gaat om een ruime afdeling met een grote dagzaal en een mooie, aangepaste patiëntentuin. Het aantal bedden (SP- en G-bedden) werd gebracht van 21 naar 30 en er werden 4 nieuwe verpleegkundigen en 1 logistiek medewerker aangesteld.

De Sp-Chronische Ziekten richt zich tot - voornamelijk bejaarde - patiënten met meervoudige pathologieën waarbij een langdurige specialistische behandeling en revalidatie noodzakelijk zijn.

De patiënt van de Sp-dienst is dus in de praktijk een geriatrische patiënt die verdere specialistische behandeling en revalidatie krijgt. Na ontslag worden meer dan 90% van de patiënten geplaatst in een rusthuis of RVT-instelling.

De infrastructuur en inrichting van de Sp-dienst zijn afgestemd op revalidatie en maken de patiënt alvast vertrouwd met het gemeenschapsleven in een rusthuis.

De Sp-dienst onderscheidt zich van de klassieke verpleegeenheid door een grote centrale leefkamer waar de patiënt het grootste gedeelte van de dag in dagkledij kan doorbrengen en een patiënt-veilige tuin die direct aansluit op de afdeling. De nieuwe accommodatie biedt heel wat mogelijkheden voor het organiseren van activiteiten voor de patiënten.

3.2.4 Ontslagmanagement

Het afgelopen jaar zijn het aantal dossiers in verband met ontslagmanagement bij de dienst patiëntenbegeleiding opnieuw toegenomen. De stijging van de gemiddelde leeftijd van de patiënt en de nog steeds dalende ligduur zijn hier wellicht niet vreemd aan.

Ontslagmanagement is een gestructureerde en patiëntgerichte ontslagvoorbereiding, waarbij een sterke interdisciplinaire samenwerking tussen ziekenhuiswerkers onderling en hulpverleners uit de thuiszorg wordt uitgebouwd. Nationaal onderzoek (1999) toont aan dat patiënten met ontslagmanagement significant vaker naar huis gaan na opname en minder snel worden geïnstitutionaliseerd. Dit in vergelijking met patiënten met een standaard ontslagvoorbereiding.

3.3 Zorg op kindermaat

3.3.1 Grootst aantal bevallingen ooit

Het ZOL telde in 2007 2.118 bevallingen, het grootste aantal ooit. Hieronder waren er 50 tweelingen en 2 drielingen. In totaal gaat het dus om 2.172 borelingen.

Hiermee haalt het ZOL 26,35% van alle Limburgse bevallingen. Dit is een stijging van 1% ten opzichte van 2006.

In 2007 werden er in het ZOL 522 keizersnedes uitgevoerd, een daling van 0,5%. Slechts 434 bevallingen werden ingeleid, een daling van 8,3%. Het aantal epidurale verdovingen tot slot daalde met 6%.

Ook de afdeling Maternale Intensieve Zorgen (MIC) kende met een bezetting van 99,5% een druk jaar. De afdeling Neonatale Intensieve Zorgen had een bezetting van 84%.

3.3.2 Kindernefroloog

Professor Proesmans, kindernefroloog en één van de grondleggers van dit specialisme in Vlaanderen, houdt sinds 2007 een maandelijkse raadpleging in het ZOL. Huisartsen worden ook uitgenodigd om hun kindernefrologische problemen rechtstreeks aan prof. Proesmans te voor te stellen als zij dit wensen.

3.3.3 Inhalatietherapie bij kinderen

In samenwerking met studenten van de KHLim en de afdeling Pediatrie werd een project uitgewerkt rond inhalatietherapie bij kinderen. Inhalatietherapie bij jonge kinderen vergt immers een andere aanpak dan bij volwassenen. De studenten hebben een grondige literatuurstudie gedaan en namen een test af bij de verpleegkundigen over hun kennis van inhalatietherapie. Tijdens een dienstvergadering werd een vormingsmoment georganiseerd door de studenten waarbij de aandachtspunten werden belicht en de resultaten van de kennistest werden besproken. Bijkomend werden een medicatiefiche en informatiefolders ontwikkeld over de 3 meest voorkomende inhalatiemethoden bij kinderen.

3.3.4 20 jaar rondleidingen op kindermaat

Sinds 1987 worden er door de dienst Pediatrie rondleidingen georganiseerd voor kleuters van de derde kleuterklas. De bedoeling van het project is kleuters op een speelse manier wegwijs te maken in het ziekenhuis. Wat oorspronkelijk een eenmalig project was, is uitgegroeid tot een vaste waarde binnen het ziekenhuis. Vooral de positieve reacties van de scholen hebben hiertoe bijgedragen.

Omdat het ZOL deze bezoeken in 2007 al 20 jaar lang organiseerde, werd het project extra in de kijker zetten. Het hele schooljaar kregen de klasjes een wit (Kiwanis)popje mee om in de klas, na hun bezoekje, te bekleden, versieren en samen met een verhaaltje terug te sturen. Deze werkjes werden tentoongesteld in het ziekenhuis.





4. Patientveiligheid, onze zorg

4.1 ZOL bouwt aan veilige zorg

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen staat internationaal in de belangstelling. Ondanks de vanzelfsprekendheid van veilige zorg is de realisatie ervan een complexe aangelegenheid en een grote uitdaging. Missen is menselijk en daarom dient een samenhangend veiligheidssysteem ontwikkeld te worden, als onderdeel van een kwaliteitssysteem.

Een eerste stap in het streven naar een veilige patiëntenzorg is het meten van de veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Het ZOL was in 2005 het eerste Belgische ziekenhuis dat een dergelijke meting ziekenhuisbreed uitvoerde. Alle medewerkers die rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de klinische zorg en die in actieve dienst zijn, werden uitgenodigd om aan de meting deel te nemen. De bevraging gebeurde volledig anoniem.

Intussen hebben reeds een tiental ziekenhuizen een meting uitgevoerd, alle met hetzelfde instrument.

In 2007 werd in het ZOL de tweede meting afgerond. Positief is dat binnen de dimensies waaraan sinds de eerste meting veel aandacht werd besteed, ook daadwerkelijk een vooruitgang werd vastgesteld. Maar de bescheidenheid van deze vooruitgang illustreert de hardnekkigheid waarmee een cultuur in een organisatie geworteld is. Aangenomen wordt dat voor daadwerkelijke cultuurwijzigingen een periode van een tiental jaar moet vooropgesteld worden.

Veiligheidsmanagementsysteem

In de visie dat 'errors' ontstaan als gevolg van een falend systeem, is de uitbouw van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) essentieel. Dit VMS mag geen losstaand systeem zijn maar moet deel uitmaken van het integraal kwaliteitssysteem. De organisatorische verantwoordelijken in de ziekenhuizen, zowel op niveau van de medische diensten als op managementniveau, vervullen een belangrijke rol in dit afstemmingsproces. Het hoofddoel is de veiligheid voor patiënten tijdens het traject doorheen de zorgverlening te bevorderen. Het is de bedoeling om vanuit het systeem risico's prospectief op te sporen, (bijna-) incidenten te registreren en te analyseren en verbeteracties te plannen.

In het ZOL wordt het geïntegreerde veiligheidsmanagementsysteem stapsgewijs ingebouwd in de organisatie van het ziekenhuis en de zorg. Het systeem is opgebouwd rond 3 essentiële componenten. Vooreerst maken directie en management van patiëntveiligheid een prioriteit en verlenen ze de nodige slagkracht om verbeteracties te sturen. Daarnaast werd er een beleidsadviseur aangesteld en werden riskmanagers aangeduid met patiëntveiligheid als uitdrukkelijke opdracht. Zij zijn de drijvende kracht achter het veiligheidsmanagementsysteem en inventariseren de risico's in een centrale databank. De betrokkenheid van iedere afdeling en ieder medisch specialisme is van groot belang. Hiertoe werd een oproep gedaan bij verpleegkundigen en artsen om zich kandidaat te stellen als veiligheidsexpert. Een veiligheidsexpert fungeert als aanspreekpersoon zowel voor de collega's op de werkvloer als voor de beleidsadviseur en riskmanagers.

Daarnaast brengt hij patiëntveiligheid op de agenda bij dienstoverleg. Veiligheidsexperten zullen het netwerk gaan vormen om risico's bespreekbaar te maken en het meldingssysteem handen en voeten te geven. Momenteel hebben 63 verpleegkundige en 17 artsen zich kandidaat gesteld.

Daarnaast wordt binnen het ZOL ook sterk de noodzaak gevoeld om de patiënt en de huisarts, bij dit veiligheidssysteem te betrekken. Ook zij hebben immers een rol en verantwoordelijkheid op te nemen. Daarnaast kunnen ze een actieve rol spelen bijvoorbeeld in de doorstroming van klinische gegevens, door het stellen van vragen of bij het opvolgen van procedures.

Lerende organisatie

Via een structurele aanpak en gerichte acties tracht het ZOL op actieve wijze het ziekenhuissysteem te optimaliseren, om incidenten te voorkomen en mogelijke schade te beperken. De continue, systematische aanpak naar veiligheid tracht eveneens de veiligheidscultuur van het ziekenhuis te verbeteren en zo het ziekenhuis om te vormen tot een lerende organisatie. Veiligheid is immers niet de taak van één of enkele individuen. Iedereen, in alle lagen van de ziekenhuisorganisatie en zelfs buiten de ziekenhuisorganisatie heeft een belangrijke, actieve rol te vervullen om de zorg voor de patiënt veiliger te maken.

4.2 Projecten patiëntveiligheid

4.2.1 Verdere uitbouw incidentmeldingssysteem

Om te weten welke patiëntonveilige situaties zich in het ziekenhuis voordoen en om daaruit te leren voor de toekomst werd een incidentmeldingssysteem uitgewerkt. Het gaat om een systeem dat niet bestraffend, vertrouwelijk en onafhankelijk is zodat zorgverleners zich niet geremd voelen om incidenten te rapporteren wanneer ze zich voordoen. In een volgende fase zal actief gewerkt worden om de incidenten ook gestructureerd bespreekbaar te maken op de afdelingen.

4.2.2 Patiëntidentificatie (ID)

Om de patiëntveiligheid te verbeteren krijgt elke patiënt bij opname in het ziekenhuis een bandje met volledige en correcte informatie met betrekking tot zijn of haar identificatie. Dit bandje wordt gecheckt bij kritische punten in het zorgtraject zoals bij toediening van medicatie, voor elk onderzoek en voor een operatieve ingreep.

4.2.3 Veiliger werken met cytostatica

Om de veiligheid voor zowel patiënt als personeel te verhogen, worden regelmatig veegtesten uitgevoerd. Op basis van de resultaten werden de bestaande protocollen over het omgaan met cytostatica aan een update onderworpen. Via bijscholingen werd de basiskennis van verpleegkundigen doorheen het hele ziekenhuis in verband met cytostatica geactualiseerd. De belangrijkste invalshoek naar patiëntveiligheid hier is immers de basiskennis over het omgaan met cytostatica en poortkatheters.

4.2.4 Geneesmiddelen

Het voorschrijven, bestellen, leveren van medicatie bestaat uit verschillende stappen en neemt nog veel tijd in beslag. Dit is een risico voor de patiëntveiligheid. Om dit proces te vereenvoudigen en veiliger te maken, zal overgestapt worden naar het elektronisch medisch voorschrift. In 2007 werden de eerste demo's georganiseerd in samenwerking met de dienst Informatica en Apotheek. Om de informatie-uitwisseling tussen de apotheek en de zorg te verbeteren is de apotheek maandelijks aanwezig op het overleg zorgcoördinatoren.

4.2.5 Klinisch apotheker

In het kader van patiëntveiligheid werd in het ZOL gestart met een pilootproject rond 'klinische farmacie'. De doelstelling van het project is een bijdrage te leveren tot een veilige en doeltreffende therapie door advies te verlenen aan artsen en verpleegkundigen met betrekking tot het medicatiegebruik.

Concreet betekent dit dat de klinische apotheker naar de zorgafdeling gaat en voorstellen formuleert in verband met het medicatiegebruik van individuele patiënten. Hij baseert zich hiervoor op de pathologie, het klinisch beeld, de medische voorgeschiedenis en de thuismedicatie van de patiënt.

Enkele specifieke aandachtspunten betreffen de thuismedicatie, voeding, peri-operatieve medicatie, dosisaanpassing bij nierinsufficiëntie, geneesmiddeleninteracties en antibioticarichtlijnen.

Indien nodig kan de klinische apotheker een voorstel tot wijziging van therapie doen.

4.2.6 Gebruik van pictogrammen aan het patiëntenbed

Een bepalende factor binnen patiëntveiligheid is goede communicatie. Een onderdeel daarvan is een goede doorstroming van patiënteninformatie naar zorgverleners en familie. De zorgverleners van de afdeling W3 (geriatrie) ontwikkelden verschillende pictogrammen met basisinfo over de mogelijkheden van hun patiënten. Hulpbehoevende of verwarde patiënten kunnen immers gevaar lopen als de omgeving handelingen bij hen stelt die niet overeenkomen met hun mogelijkheden of met hun gezondheidstoestand. De pictogrammen werden aangebracht op een klein magneetbord aan het bed van de patiënt. Wegens het succes van deze manier van communicatie was er een uitbreiding naar andere diensten zoals D25 (neurologie), LBI (inwendige, revalidatie) en W5 (geriatrie). In samenspraak met deze diensten werd het systeem verder verfijnd en werd het aanbod van pictogrammen afgesproken.

De pictogrammen zijn symbolen of afbeeldingen die op een eenvoudige en overzichtelijke manier informatie geven over de patiënt en zijn mogelijkheden. Het correct gebruik van dit communicatiekanaal is een belangrijke stap vooruit in het streven naar een veilige omgeving voor onze patiënt.

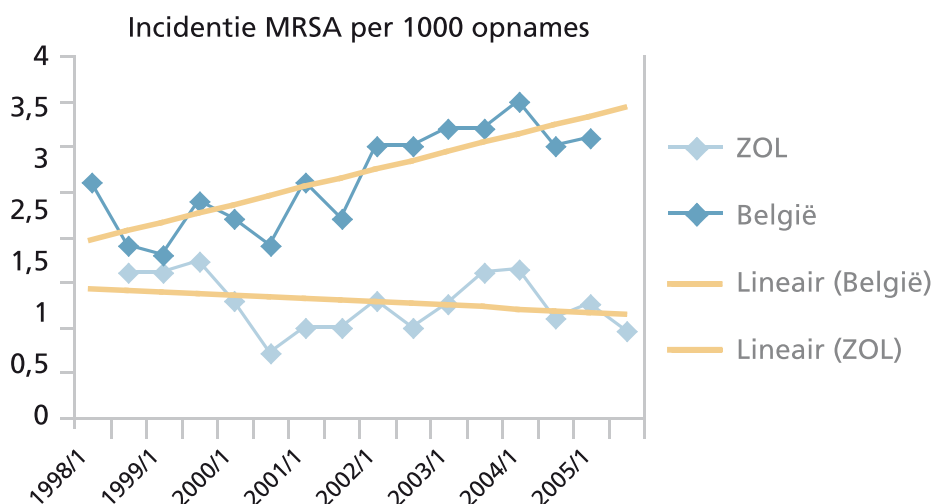
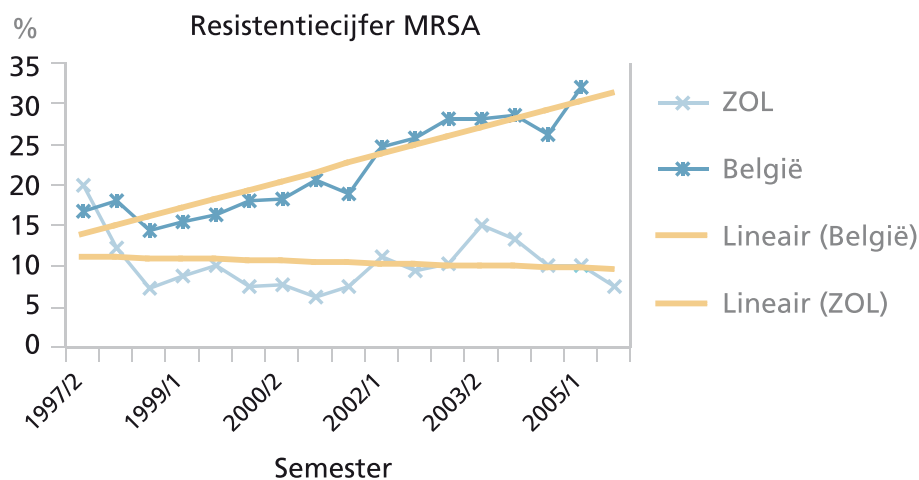
4.3 Rationeel gebruik van antibiotica in de dagelijkse praktijk

Zopas is door de publicatie in het Belgisch Staatsblad voor ieder ziekenhuis de verplichting ontstaan om een Antibioticabeleidsgroep te installeren. Het Ziekenhuis Oost-Limburg was van bij de aanvang één van de ziekenhuizen die kon deelnemen aan het pilootproject in dit verband. Deze rol werd dan ook zeer resoluut opgenomen. Een geneesheer-infectioloog werd aangetrokken, meerdere geneesheren volgden een bijkomende opleiding en een dynamische commissie nam meerdere initiatieven.

Intussen kunnen reeds meerdere jaren relevante gegevens worden geproduceerd en konden we de cijfers van 2007 inkijken tot op arts- en patiëntenniveau. Het totale antibioticaverbruik in het ZOL blijft dalen, ondanks de stijgende activiteit. Dit verbruik is daarenboven goed afgestemd op de voorhanden pathologie. Het verwondert dan ook niet dat het ZOL een zeer gunstige positie kan presenteren wat betreft resistentie en isolatie.

Het antibioticabeleid is dus zeer goed afgestemd op de in het ZOL aanwezige populatie van bacteriën en hun gevoeligheid. Want zoals ieder ziekenhuis heeft ook het ZOL te kampen met (multi-) resis-

tente kiemen. Op bepaalde afdelingen in het ziekenhuis was er een toename van het aantal multi-resistente *Enterobacter aerogenes*. Maar door toezicht op het antibioticagebruik conform de aanbevelingen en het toepassen van ziekenhuishygiënische maatregelen, is het probleem opnieuw onder controle. De methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* incidentie (~1/1000 opnames) en resistentiecijfers (~10%) van het Ziekenhuis Oost-Limburg zijn de laatste jaren stabiel gebleven. En in vergelijking met de nationale cijfers (respectievelijk ~3/1000 opnames en ~30%) scoort het ziekenhuis bijzonder goed. Wat *Clostridium difficile* betreft zijn er in het verleden beperkte outbreaks geweest op enkele afdelingen. Intussen zijn de antibioticarichtlijnen neergeschreven in een handig boekje 'Antibioticabeleid 2007'. Ze zijn ook beschikbaar op intranet waar ze actueel kunnen gehouden worden. Zij vormen een goed vertrekpunt voor kwalitatief gebruik van antibiotica. Het boekje werd ook ter beschikking gesteld van de huisartsen en verwijzers uit de regio van het ZOL omdat samenwerking ook op dit niveau erg belangrijk is.





5. Patiëntentevredenheid, een permanente bekommernis

	2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	% minder dan tevreden	% meer dan tevreden	% minder dan tevreden	% meer dan tevreden	% minder dan tevreden	% meer dan tevreden
ZOL	1,30	77,10	1,30	80,50	1,00	79,30
Sint-Jan	1,40	76,80	1,70	78,20	0,70	78,00
André-Dumont	0,80	78,70	0,50	88,00	1,20	80,50
Sint-Barbara	2,00	75,40	0,00	78,20	2,90	85,40

5.1 Patiëntentevredenheid blijft hoog

De patiëntentevredenheid in het ZOL blijft hoog. In de loop van de zomer 2007 werden de resultaten verwerkt van het patiëntentevredenheidsonderzoek dat liep van november 2006 tot en met juni 2007. Het betreft een negende bevragsingsperiode voor gehospitaliseerde patiënten waarbij in totaal 1054 enquêtes werden afgenomen.

Het aantal 'meer dan tevreden' patiënten bedraagt op ZOL-niveau 79,30% ten opzichte van 80,50% tijdens de vorige meting. Het aantal "minder dan tevreden" is nog gedaald en bedraagt 1 %. Enkel tijdens de meting in 2002-2003 is dit meer dan 2 % geweest.

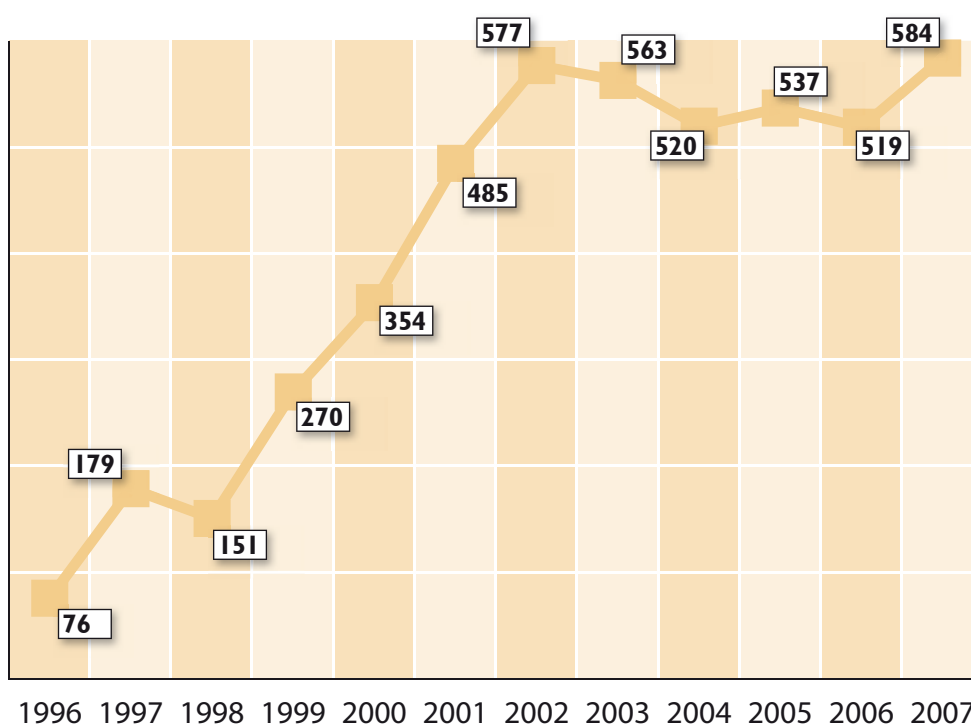
5.2 Lerend ziekenhuis

Patiënten willen steeds beter geïnformeerd worden en willen steeds meer zelf de regie voeren over hun behandeling en verzorging in het ziekenhuis. Dit vereist het zoeken naar andere manieren van organisatie in het zorgtraject.

Patiënten die niet tevreden zijn over het zorgproces of een probleem willen melden, kunnen terecht bij de ombudsman. Afgelopen jaar werden er in het ZOL 584 klachten behandeld. Dit aantal zegt meer over de laagdrempeligheid van de procedure en de manier waarop er met klachten wordt omgegaan.

Professionele klachtenbehandeling met de nodige passie kan er voor zorgen dat het aantal geregistreerde klachten in het ziekenhuis stijgt, maar dat de ontevredenheid van patiënten daalt. In ons ziekenhuis worden 87% van de klachten afgehandeld in 3 maanden.

De doelstelling van de klachtenbehandeling in het ZOL is dat zowel de klagende patiënt als de aangeklaagde beroepsbeoefenaar zich met respect behandeld weten en dat een klacht wordt gezien als een stimulans om te komen tot een betere patiëntenzorg.



**Aantal klachten
per jaar
in het ZOL**

Vanaf 1996 tot 2007

6. Afstemming en samenwerking

6.1 Met de eerste lijn

Permanent werken aan goede communicatie...

Het ZOL vindt een goede samenwerking met de verwijzers van de eerste lijn essentieel. Om de verwijzers te informeren over nieuwe therapeutische mogelijkheden, nieuwe artsen en andere ziekenhuisgebonden informatie wordt 4 keer per jaar het ZOLarium gepubliceerd. Het ZOLarium is het tijdschrift van de Wetenschappelijk Raad van het ZOL. Deze Wetenschappelijke Raad organiseert elk jaar ook een tiental druk bijgewoonde bijscholingssessies op maat van de verwijzers.

Om samenwerkingsprojecten en beleidsmatige onderwerpen te bespreken, worden jaarlijks enkele overlegvergaderingen met de voorzitters van de verschillende huisartsenkringen georganiseerd. In 2007 werden er twee werkgroepen opgericht. Een eerste werkgroep, met afgevaardigden van de huisartsen en van het ZOL, legde zich toe op de oppuntstelling van de verslaggeving rond de spoedgevallendienst. Een tweede werkgroep verdiepte zich in de elektronische communicatie tussen huisartsen en het ziekenhuis. Daarnaast is het ZOL nog steeds actief in de Lokale Begeleidingscommissie en werd een eerste transmuraal klinisch pad uitgewerkt in verband met borstcarcinoom.

6.2 Netwerking

Een ziekenhuis met expertfuncties, zoals het ZOL, heeft akkoorden met basisziekenhuizen nodig om deze expertfuncties verder uit te kunnen bouwen, zowel op kwalitatief vlak als op kwantitatief vlak. Hierdoor kon een goed afgestemde ziekenhuiswerking in de brede regio Oost-Limburg ontstaan die de best mogelijke zorg kan realiseren voor de betrokken bevolking. Door te investeren in een goede samenwerking kan ook geanticipeerd worden op het mogelijke ontstaan van zorgregio's voor de ziekenhuizen.

Een goede samenwerking tussen ziekenhuizen berust in belangrijke mate op de kwaliteit van de samenwerking die tussen de medische diensten van de betreffende ziekenhuizen kan opgebouwd worden. Afgelopen jaren namen veel diensten van het ZOL initiatief op dit vlak en werden goede samenwerkingsakkoorden gesloten tussen de ziekenhuizen en de betrokken medische diensten.

Afgevaardigden van het ZOL maken deel uit van de bestuursorganen van volgende samenwerkingsstructuren:

- vzw MS- en Revalidatiecentrum te Overpelt
- vzw Limburgs PET Centrum te Hasselt
- vzw Kinderpsychiatisch Centrum te Genk
- vzw Limburgs Oncologisch Centrum (ZOL, CAZ, VJZ): te Hasselt en Genk
- vzw Ziekenhuis Maas- en Kempen te Bree-Maaseik



7. Onderzoek en accreditering

7.1 Lage rugpijn: rust roest

Chronische lage rugpijn is een van de meest voorkomende klachten, zowel op de raadpleging bij de huisarts als in de pijncentra. De socio-economische impact van dit probleem wordt als aanzienlijk erkend, toch schijnt het in België aan een gestandaardiseerde aanpak te ontbreken. Het Federaal Kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE)-project “Chronische lage rugpijn” bekeek het probleem vanuit drie verschillende invalshoeken. Het ZOL nam actief deel aan deze uitgebreide studie.

Dr. De Bie, dr. Peuskens, dr. Vandevenne en dr. Vanelderen van het ZOL werkten mee aan de analyse en de interpretatie van de literatuur omtrent de diagnose en behandeling van chronisch lage rugpijn; het deel van de studie dat onder leiding van prof. Nielsens, dienst Revalidatie en Fysische Geneeskunde van de Universitaire ziekenhuizen St. Luc, in Brussel werd uitgevoerd. De dienst Anesthesie / Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL nam het tweede deel van dit project voor zijn rekening, onder leiding van dr. Jan Van Zundert.

Het deel arbeids- en verzekeringsgeneeskunde werd door de dienst van prof. Mairiaux van de Universiteit van Luik uitgevoerd.

7.2 Baarmoederhalskanker onderzocht

Dr. Gregg Van de Putte, gynaecoloog-oncoloog, promoveerde tot doctor in de medische wetenschappen aan de medische faculteit van de universiteit van Oslo. Met zijn thesis ‘Prognostic factors in early stage squamous cell cervical carcinoma’ zocht hij naar de factoren die het verloop of de uitkomst van baarmoederhalskanker bepalen.

7.3 Depressie en suicidepreventie

Het ZOL heeft zich in 2007 geëngageerd om te participeren in een langdurig onderzoek naar depressie en suicidepreventie, met het oog op een optimalisatie van de basisopleiding van verpleegkundigen. Dit project wordt gedragen door de Katholieke Hogeschool Limburg, in samenwerking met ZOL, Virga Jesse Ziekenhuis, LUCAS en Similes. Naast een financiële ondersteuning door het ZOL heeft Epsoma zich ook geëngageerd om de nodige inhoudelijke ondersteuning te bieden aan de projectverantwoordelijken.

7.4 Accreditering departement Gynaecologie en Verloskunde

Het departement Gynaecologie en Verloskunde van het ZOL heeft een accreditering gekregen van de European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) voor de opleiding van specialisten. Het ZOL is het eerste ziekenhuis in Limburg dat dit kwaliteitslabel krijgt en het derde in België.

Het EBCOG heeft als doel het verbeteren van de gezondheid van moeders en hun baby's. Zij doen dit onder andere door kwaliteitsstandaarden op te leggen aan opleidingsprogramma's voor gynaecologen in alle Europese landen.

Het label geeft de dienst de mogelijkheid om buitenlandse studenten aan te trekken en de eigen artsen naar het buitenland te sturen om extra ervaring en deskundigheid op te doen. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om het departement te positioneren in een Europese context. In een situatie waar de regelgeving bepaald wordt door Europa is dit almaar belangrijker.

7.5 Accreditering voor Labo Klinische Biologie

Het laboratorium Klinische Biologie van het ZOL heeft een accreditatie behaald van BELAC voor analyses betreffende hematologie, scheikunde, moleculaire diagnostiek en microbiologie volgens de Europese ISO-norm 15189. De erkenning is geldig voor 3 jaar. Via regelmatige toezichten worden de accrediteringsvoorwaarden opgevolgd.

Aan de accreditatie ging een lange periode van hard werken vooraf. Alle procedures en kwaliteitscontroles werden verfijnd en uitgeschreven in een kwaliteitshandboek. De audit werd op 17 en 18 oktober 2007 uitgevoerd door 4 deskundigen.



8. Congressen in het ZOL

Congres Multidisciplinaritis

De diensten Psychologie, Patiëntenbegeleiding en Liaisonpsychiatrie hebben de krachten gebundeld om een congres te organiseren met als titel: 'Multidisciplinaritis: wie helpt?'. Dit congres werd opgezet vanuit de visie dat zorg door velen niet altijd betere resultaten oplevert. Het werkingsmodel van het ZOL, waarbij de psychosociale zorg sterk geïntegreerd is, is vrij uniek en werd op dit congres kritisch getoetst. Dit zeer specifieke thema werd door een 160-tal toehoorders bijgewoond, waaronder heel wat externe zorgverleners en beleidsmedewerkers.

ThoraZOL

De derde editie van ThoraZOL vond plaats met een specifiek aanbod van cardiale, cardiovasculaire en pulmonale thema's. De praktische uitwerking van deze editie gebeurde net als de vorige keren door de leidinggevendenden van het thoraxcentrum en tal van andere ZOLmedewerkers.

Er werden enkele cardiologische thema's behandeld. Daarnaast werden een aantal innovatieve ontwikkelingen binnen de pneumologie en thoraco-vasculaire chirurgie toegelicht.

Congres orthopedie

De organisatie van het tweede congres Orthopedie werd kleinschalig en binnen het ZOL gehouden.

Doelstelling van de organisatie is toenadering en afstemming te verkrijgen binnen orthopedie tussen de verschillende campusen. Dit wat betreft geneesheren, verpleegkundigen en andere gezondheidsmedewerkers die betrokken zijn bij de behandeling, opvolging, begeleiding en verzorging van de orthopedische patiënt in het ZOL. Gezien het multidisciplinaire karakter van de orthopedische patiënt, werden ook alle aanverwante zorgverstrekkers uitgenodigd. Voor de geneesheren organiseerden de orthopedisten de avond vóór een programma tijdens de vergadering van de Wetenschappelijke Raad van het ZOL.

Verloskundige monitoring

Standaardisering in de interpretatie van verloskundige monitoring bevordert kwaliteit en groepsgeest. In 2007 vond in het ZOL een mini-symposium plaats over de huidige, meest geavanceerde methode van foetale bewaking tijdens de bevalling: de STAN-monitor. Deze monitor vormt een combinatie van de klassieke cardiotocograaf (CTG) - die al jaren is ingeburgerd in elke verloskamer wereldwijd - én het foetale electrocardiogram (ECG). Dit symposium vond plaats in aanwezigheid van prof. dr. Karl Rosen, de 'vader' van het foetale ECG. Het symposium, dat toegankelijk was voor vroedvrouwen en gynaecologen, telde 190 inschrijvingen.

Opleiding, training en herevaluatie blijven noodzakelijk om de STAN-monitor optimaal en efficiënt te kunnen gebruiken. In het ZOL werd dit aangepakt via het organiseren van gezamenlijke maandelijkse monitorbesprekingen door gynaecologen en vroedvrouwen samen. Hier worden uitgebreid de interessantste tracés van de voorbije maand besproken en kan de interpretatietechniek worden geoefend. Het volgen van de besprekingen is een absolute voorwaarde geworden in het ZOL om als vroedkundige verantwoord bevallingen en pathologische zwangerschappen te begeleiden in de verloskamer en de MIC.

Themanamiddag Patiëntveiligheid

Tijdens de nationale week van de patiëntveiligheid vond in het ZOL de themanamiddag patiëntveiligheid plaats. Na een algemene inleiding op het thema werd de groep ingedeeld voor de interactieve workshops over het risico op ondervoeding in het ziekenhuis, medicatieveiligheid en transfers van patiënten.

Hoe communiceren met klagende patiënten?

Vanuit een samenwerkingsverband tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg en de Cliniques Universitaires Saint-Luc van de UCL werd, met de steun van de Koning Boudewijnstichting, een symposium georganiseerd met als gerenommeerde spreker prof. dr. Leonard Marcus van de Harvard University te Boston. Hij is de oprichter en directeur van het programma "Negotiation and Conflict Resolution" in de gezondheidszorg aan de Harvard School of Public Health.

Prof. dr. Leonard Marcus kon de 93 aanwezige ziekenhuisartsen uit Vlaanderen en Wallonië op een interactieve en begeistere manier een aantal waardevolle inzichten en praktische technieken aanreiken in het aanpakken en oplossen van conflicten met patiënten.



9. ZOL bouwt

9.1 'Schiepse Bos' werd parking

Neen, niet het bos maar wel de straat voor het ziekenhuis die sinds 1983 de naam "Schiepse Bos" draagt, werd op minder dan 2 jaar tijd omgebouwd tot een 450 meter lange, deels overdekte parking. Het complex bestaat uit twee verdiepingen, ligt gedeeltelijk ondergronds en biedt plaats aan 1520 wagens. De ontwerpers wisten het gebouw ook perfect aan te sluiten op het ziekenhuis. Op het ingesloten 'dorpsplein', voorheen een 'verloren hoek', werd een monumentaal glaskunstwerk geïnstalleerd en drie waterbekkens. Door de kanaalverbinding van deze bronnen met de lager gelegen vijver krijgt het plein een nieuwe aantrekkingskracht en wordt het mooi geïntegreerd in het geheel. Het gebouw wordt in 2008 afgewerkt.

Mindervaliden

Van de 1520 parkeerplaatsen zijn er 62 extra brede bestemd voor mindervaliden. Deze bevinden zich op beide verdiepingen ter hoogte van de hoofdingang. Hier zijn er, in de nabijheid van de lift, ook steeds een aantal nieuwe rolstoelen beschikbaar. Een muntsysteem moet ervoor zorgen dat ze niet op de parking blijven rondslingeren.

Samen met het nieuwe parkeergebouw werd ook een nieuw ticket- en betalingssysteem ingevoerd. De tarieven blijven ongewijzigd. Bij het binnen en buiten rijden kan ook rechtstreeks met Proton- of Visa betaald worden.

Investeren in veiligheid en ruimte

De permanente camerabewaking en de verlichting in en om het gebouw verbeteren de veiligheid voor bezoekers, patiënten en hun geparkeerde wagens. Door de lage inplanting en de open zijanten van het gebouw werd een vrij open ruimte gecreëerd. Dit open karakter is ook kenmerkend voor het dorpsplein en werd verder geaccentueerd met rustgevend water- en groenpartijen. Op zonnige dagen zal het glaskunstwerk van Joost Van Santen op het plein voor een aangenaam kleur- en lichtspel zorgen.

9.2 Nieuwe interne bewegwijzering op campus Sint-Jan

Uit een bevraging in 2005 bij 179 patiënten die voor een eerste maal op raadpleging kwamen in het ZOL bleek dat 4 op 10 patiënten de bewegwijzering 'niet duidelijk' vonden. Een werkgroep werkte een nieuw bewegwijzeringsplan uit.

De bewegwijzering werd bekeken vanuit het oogpunt van de patiënt en bezoeker, maar ook met de implicaties voor het personeel van het onthaal en de inschrijvingen en van de logistiek werd rekening gehouden.

In het verleden werd een eerste aanzet gegeven om de bewegwijzering om te schakelen naar een systeem met letters en cijfers. De werkgroep besliste met dit concept verder te gaan en dit toe te passen voor verpleegafdelingen, raadplegingen, medisch-technische en alle overige diensten van het ziekenhuis.

Gezien in het ZOL nog een groot aantal verbouwingen op het programma staan, heeft het werken met dit concept het grote voordeel dat bij verhuis de bewegwijzering niet aangepast dient te worden. Enkel de borden aan de raadplegingen dienen eventueel verplaatst te worden indien de inplanting van een toegangsdeur wijzigt.

9.3. Werken Sint-Barbara naar eindspurt

De bouwwerken in Sint-Barbara gingen verder in het kader van het zorgstrategisch plan. Zo werd het operatiekwartier grondig gerenoveerd. Zaal 3 werd ont dubbeld en de andere zalen kregen een opknapbeurt zodat Sint-Barbara nu over 5 volwaardige operatiezalen beschikt. Het vernieuwde operatiekwartier werd uitgerust met een ruime ontwaakruimte en ook de centrale sterilisatie werd vernieuwd.

Naast het operatiekwartier werden ook LC0 (geriatrie), LCI (inwendige, heelkunde en geriatrie) en LB0 (SP-chronische) vernieuwd. Tot slot werden de wegenis en de parking heraangelegd.

Om de volledig vernieuwde campus aan het grote publiek te tonen, zal Sint-Barbara op 5 oktober 2008 deelnemen aan de Open Bedrijvendag.





Goede zorg is

1. Zorg voor onze medewerkers

1.1 Vooruitstrevend HRM-beleid

Om een goede zorg te kunnen realiseren, moet je een beroep kunnen doen op goede verpleegkundigen en tal van andere medewerkers. Daarom is het belangrijk dat medewerkers zich goed voelen in hun vel en dat een vlotte combinatie van werk en privé-leven mogelijk is. Dit wordt in het ZOL bijvoorbeeld gerealiseerd door een soepele toekenning van de verlofstelsels, deeltijds werk en het aanbieden van flexibele kinderopvang voor medewerkers met posten in kinderdagverblijf AD Wombat (vzw A. Dumont) op de zorgcampus. Daarnaast is er veel aandacht voor het coachen, functioneren en evalueren van medewerkers. Ook het blijven ijveren voor een specifiek statuut voor de medewerkers in openbare ziekenhuizen, is een bekommernis.

Uitbreiding effectieven

Het aantal betaalde VTE steeg van 1.766,02 VTE in 2005 naar 1.799,87 VTE in 2006 en 1.837,38 VTE in 2007. Er was afgelopen jaar met andere woorden een aangroei van 37,51 VTE. De categorie verplegend/verzorgend personeel kent de grootste stijging; +17,31 VTE.

In totaal gaat het om 2.549 medewerkers. Hiernaast zijn er nog tal van vrijwilligers, stagairs, assistenten en ruim 200 geneesheren.

1.2. Nieuwe voordelen

Het afgelopen jaar werden ook heel wat inspanningen gedaan om medewerkers van het ZOL extra voordelen te geven:

1.2.1 Hospitalisatieverzekering gerealiseerd

Het ZOL biedt medewerkers en hun gezinsleden sinds 1 januari 2007 de mogelijkheid om op facultatieve basis bij Swiss Life een

mensenwerk



zeer voordelige en uitgebreide hospitalisatieverzekering af te sluiten. Het huidige systeem van voordeeltarieven bij de raadplegingen en hospitalisatie bleef bestaan.

De hospitalisatieverzekering die het Ziekenhuis Oost-Limburg met Swiss Life onderhandeld heeft, is een verzekering die een uiterst volledige dekking biedt. Volgende waarborgen zijn verzekerd, onafhankelijk van de tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering: hospitalisatie, pré – en posthospitalisatie, palliatieve zorgen en zware ziekten.

De hospitalisatieverzekering bevat eveneens een derde-betaler-systeem (AssurCard) en een repatriërings -en bijstandsverzekering in het buitenland (Mondial Assistance).

Medewerkers konden het aanbod erg appreciëren. In 2007 hebben zich 2.294 personen – waaronder medewerkers, familieleden en artsen – aangesloten.

1.2.2 Pensioenplan voor de contractuelen in de steigers

Na een jarenlange juridische strijd heeft de Raad van State het ZOL uiteindelijk groen licht gegeven om haar medewerkers een groepsverzekering voor pensioensparen aan te bieden. Het ZOL is daarmee de eerste autonome verzorgingsinstelling in Vlaanderen die deze groepsverzekering aan haar medewerkers kan aanbieden.

Voor de 88% medewerkers met een contractueel statuut is dit goed nieuws. Dat maakt dat zij in staat zullen zijn om extra te sparen voor hun pensioen, een welkome aanvulling gezien de huidige pensioenproblematiek in België. Door de groepsverzekering wordt het ZOL zeker ook aantrekkelijker als werkgever voor (jonge) mensen die in de zorgsector wensen te werken.

De groepsverzekering van het ZOL bestaat uit 2 plannen: naast een eigen bijdrageplan voorziet het ZOL jaarlijks in een extra premie (bonusplan) die door het ZOL als werkgever wordt toegekend.

Het eerste plan behelst een maandelijkse eigen bijdrage van de medewerker die wordt gereserveerd voor pensioenvorming. Bij het persoonlijk bijdrageplan wordt door het ZOL een percentage van het bruto basismaandloon afgehouden op het loon van de aangeslotene, in functie van de leeftijd.

Het tweede plan is een collectief bonusplan. Dit plan is innovatief in de ziekenhuissector. Het ziekenhuis legt hier voor de medewerker, ingestapt in het ZOL-statuuut, een bedrag opzij voor zijn pensioen. Een deel van het financieel resultaat van het ziekenhuis wordt jaarlijks voorzien en individueel toegewezen aan de medewerker. Door dagdagelijkse aandacht voor kostenbesparing, een kostenbewust omgaan met werkmiddelen, zoals energie (denk maar aan de voorbije actie ZOL-energieK), kosten voor administratie e.a., kunnen het resultaat en de bonus hoger worden.

1.3 Het ZOL als magneetziekenhuis

Eind mei 2007 nam verpleegkundig-paramedisch directeur Solange Indenklee deel aan een rondreis langs magneetziekenhuizen in de Verenigde Staten. Magneetziekenhuizen zijn ziekenhuizen die een 'Magnet Award' behaalden, een soort van accreditatie voor 4 jaar, gebaseerd op excellentie in verpleegkunde en in 'patient outcome'. In feite zijn het voorbeeldziekenhuizen die hoge kwaliteitseisen voorop stellen. Dit met een dubbel resultaat: een goede zorg en tevreden personeel.

Deze rondreis werd georganiseerd door het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen en had als doel een beter beeld te krijgen van de werking van de magneetziekenhuizen.

De schaarheid aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt maakt dat het ZOL extra inspanningen moet doen om goede verpleegkundigen aan te trekken en te houden. Ziekenhuis Oost-Limburg moet een magneetziekenhuis blijven. Contacten met scholen, infomiddag voor studenten, competentiegerichte selectiegesprekken, opleiding en intervisie voor nieuwe medewerkers kunnen hiervoor hulpmiddelen zijn.

Daarnaast krijgen hoofdverpleegkundigen de kans om zich via het Clinical Leadership Project (CLP) verder te ontplooiën als leidinggevende. De CLP-visie wordt intussen verder geïntegreerd binnen de werking van het ziekenhuis.

1.3.1 Goede begeleiding

Het ZOL blijft veel belang hechten aan de begeleiding van zowel stagiairs als nieuwe medewerkers. Er werd een intervisie georganiseerd voor stagementoren. Veel aandacht gaat ook uit naar de jaarlijkse afdelingsbezoeken van de scholen. Zowel stafmedewerker, programmamanager als zorgcoördinator wonen samen met de stagementoren van de respectievelijke afdelingen deze bezoeken bij. De rechtstreekse contacten zorgen voor de optimalisatie van de werking.

Voor de promotie van de verpleging werden informatiemiddagen georganiseerd voor de laatstejaars van het secundair onderwijs.

Voor werving van nieuwe verpleegkundigen werden twee informatiemiddagen georganiseerd. Potentiële medewerkers kregen informatie over tewerkstellingsplaatsen, doorgroeimogelijkheden en personeelsbeleid. Ze kregen ook de mogelijkheid om afdelingen in het ziekenhuis te bezoeken.

1.3.2 Leiderschapskwaliteiten van de hoofdverpleegkundigen optimaliseren

Het CLP (Clinical Leadership Project) werd verder gezet in samenwerking met ZMK (Ziekenhuis Maas en Kempen), MZNL (Maria Ziekenhuis Noord Limburg) en MS Overpelt. Er werd maandelijks overleg gepleegd met de local facilitator (medewerker ZOL). De CLP-methodiek wordt door de hoofdverpleegkundige als meerwaarde ervaren. Daarom werd door hen een themadag georganiseerd in verband met competentiegericht werken. Op deze wijze wordt de methodiek verspreid over het ganse ziekenhuis. Het ZOL is lid van het CLP-netwerk.

1.3.3 Competentiemanagement

In 2006 werden er nieuwe richtlijnen vastgesteld rond het houden van functionerings- en evaluatiegesprekken in het ZOL. Om het competentieprofiel van de verpleegkundige actiever te kunnen gebruiken werd – in overleg met de syndicale organisaties – een nieuwe evaluatiestaat voor verpleegkundige opgesteld die opgebouwd is rond de competenties van een verpleegkundige. Alle hoofdverpleegkundigen werden getraind in het gebruik van het afsprakenblad en de nieuwe evaluatiestaat. De nieuwe evaluatiestatuten worden in 2008 officieel in gebruik genomen.

1.4 $E = (MV)^2$, Gelijkheid in het kwadraat

$E = (MV)^2$ werd uitgewerkt door de provincie Limburg in samenwerking met de werkgroep Arbeid van de Limburgse VrouwenRaad (LVR) en de provinciale dienst Gelijke Kansen. Dit project wil bedrijven sensibiliseren en aanzetten om actie te ondernemen rond gendergelijkheid voor mannen en vrouwen op de werkvloer. Ook het ZOL werd geselecteerd om aan het project mee te werken.

In het kader van het project werd een didactische film opgenomen waaraan Limburgse bedrijven meewerken. Van de geselecteerde bedrijven wordt gevraagd goede praktijkvoorbeelden te leveren die collega-bedrijven kunnen inspireren tot een genderbewust HRM-beleid.

In het ZOL werd de personeelsbegeleider Jaak Vandewaerde in de schijnwerpers gezet. Ook de zin van het herinschakelingsbudget sprak de initiatiefnemers erg aan.



2. Naar een aangename en professionele werkomgeving

2.1 ZOLenergieK is euro's sparen en vriendelijk voor het milieu

Het ZOL verbruikt jaarlijks 20.000.000 kWh. Dat is zoveel als 5.000 huisgezinnen. Daarnaast blijft de energievraag in het ziekenhuis groeien. Dit door de uitbreiding van de oppervlakte, de grotere vraag naar koeling, meer technieken, meer comfort, enz... Samen met de almaar stijgende energieprijzen zorgt dit voor een immense budgettaire druk.

De Vlaamse overheid heeft oktober uitgeroepen tot maand van de energiebesparing. Ook het ZOL deed mee en startte op 1 oktober een actieve campagne voor een bewust energiegebruik. Dit gebeurde samen met elektriciteitsleverancier Luminus, die ondersteunt met know-how en sensibiliseringsmateriaal ter beschikking stelt.

ZOLenergieK werd opgebouwd rond 5 actiepunten, namelijk verwarming, verlichting, elektrische apparaten, liften en het melden van defecten. In de loop van de maand oktober werden er stickers op de deuren geplakt om medewerkers en bezoekers eraan te herinneren printers en PC's af te zetten na gebruik, het licht uit te doen bij het verlaten van het lokaal en de verwarming op 16°C te zetten na de werkuren. Daarnaast werd er gevraagd zoveel mogelijk de trap te nemen in plaats van de lift en defecten als lekkende kranen en toiletten onmiddellijk te melden om waterverlies te vermijden.

Vanaf 1 januari 2008 neemt het ZOL 100% groene energie af van Luminus. Daarnaast werden al groene daken aangelegd (dak Aula, L-blok, VIPA 3,...).

De actie ZOLenergieK liep in de maand oktober maar er wordt uiteraard een permanente inspanning verwacht van de medewerkers. De evolutie van het energiegebruik en de energiestromen zullen nauwgezet opgevolgd worden en opgenomen worden als een evaluatiepunt in de beleidsinformatie. Dit als voorbereiding voor het opstellen van een energieprestatiecertificaat. Het besluit van de Vlaamse regering van 20 april 2007 stelt immers dat elke gebruiker van een publiek gebouw uiterlijk op 1 januari 2009 voor elke gebouwsite hierover moet beschikken.

Om te evalueren waar verbeteringen in de energievoorziening mogelijk zijn werd in samenwerking met Axima Services een technische energie-audit uitgevoerd in het ZOL. Hieruit komen een reeks maatregelen naar voor die een nog veel grotere impact zullen hebben op het energiegebruik dan de sensibiliseringscampagne. Toch zal de besparing niet spectaculair zijn omdat het ZOL reeds over een goede infrastructuur en goede installaties beschikt. Er werden energietellers aangekocht die het mogelijk zullen maken om het energieverbruik beter op te delen.

Afkicken! In het ZOL

Het ZOL spoort zijn medewerkers aan tot energie- en milieuvriendelijk omgaan met onze omgeving. Voor het derde jaar op rij organiseerde het provinciebestuur Limburg samen met Mobidesk Limburg de actie "Afkicken! ... autoluw naar het werk" van 2 mei tot 1 juni 2007.

Het ZOL telde in 2007 84 deelnemers. In 2006 waren er dit slechts 55. Samen legden ze in totaal 15 630 duurzame kilometers af, op te splitsen als volgt:

- fietsers:..... 9.737 km's
- voetgangers:..... 25 km's
- bus:..... 1.254 km's
- trein:..... 156 km's
- carpool:..... 4.458 km's

De totaal uitgespaarde CO²-uitstoot bedroeg 3.126 kg.

2.2 Naar een rookvrij ziekenhuis

Het ZOL is toegetreden tot het Netwerk van Rookvrije Ziekenhuizen en ondertekende de Europese code. Het ziekenhuis volledig rookvrij maken is een consequentie die hier aan vast zit. De initiatieven worden opgevolgd en gecoördineerd door een werkgroep 'ZOL Rookvrij', die ook voorstellen formuleert voor de strategie en de implementatie van het rookbeleid in het ziekenhuis.

In het ZOL wordt sinds jaren in de week van de internationale Werelddag zonder tabak (31 mei) actie gevoerd om personeel en patiënten te informeren over de gevaren van roken. Diensten zoals Cardiologie en Longziekten hebben in hun adviezen en behandeling permanent aandacht voor deze problematiek. Ook bij de vroegvrouwen-consulenten op de dienst Gynaecologie zijn roken en gewichtscontrole reeds jaren belangrijke aandachtspunten in de begeleiding van de zwangeren. Medewerkers en patiënten die willen stoppen met roken kunnen voor begeleiding terecht bij de rookstopconsulent.

2.3 Veiligheid in het ZOL

Veiligheid van patiënten, bezoekers en personeel is sinds jaren een bezorgdheid van het ZOL. Het ziekenhuis beschikt sinds 1998 (als eerste Limburgs ziekenhuis) over een erkende interne bewakingsdienst, die sinds 2003 verdubbeld is in effectieven en sinds 2007 naast het toezicht op goederen ook toezicht op personen mag uitoefenen. Vandaag zijn er 10 vergunde interne bewakingsagenten in het ZOL en 4 vergunde veiligheidsstewards, aangesteld in het kader van het generatiepact in september 2007.

Het ziekenhuis pakt de 2 meest voorkomende problemen (diefstal en agressie) op een systematische manier aan, waarbij een combinatie wordt gemaakt van preventieve maatregelen om criminaliteit te voorkomen en fysieke en detectie maatregelen om de pakkans bij diefstal/agressie te verhogen.

Met behulp van camera's aan de meeste ingangen van het ziekenhuis, toegangscontrole op de dienstingangen en veiligheidsslots met alarm worden ongewenste bezoekers uit de kritische ruimten van het ziekenhuis gehouden en wordt de veiligheid van de patiënt en personeel verhoogd. De veiligheid in het ziekenhuis is een expliciet aandachtspunt van het ziekenhuisbeleid, er worden risico-analyses uitgevoerd en er wordt geïnvesteerd in technische maatregelen. Het aantal camera's is de afgelopen jaren van 8 naar

52 gestegen en het ziekenhuis beschikt over meer dan 70 deuren die m.b.v. elektronische toegangscontrole worden beheerd.

Cijfers geven aan dat agressie aandacht vraagt. Het ziekenhuis reageert hierop door haar interne bewakingsdienst en personeel beter op te leiden, een personenalarm voor personeel op agressiegevoelige diensten te voorzien en te zorgen voor een grotere visibiliteit van bewakingsagenten in het ziekenhuis. Recent is de aanwezigheid van de interne bewaking op campus St.-Jan ook uitgebreid naar de campussen Andre Dumont en Sint-Barbara.

2.4 Rampenplanning

Elk jaar wordt er een rampoefening georganiseerd. Afwisselend is dit een interne oefening of een externe. Op 8 mei 2007 werd een grootscheepse oefening opgezet op KRC Genk, samen met de externe partners als Brandweer Genk en het Rode Kruis.

Wat was het gegeven? Tijdens een spannende wedstrijd ontstond oproer bij de supporters. Als snel brak er paniek los en waren er heel wat slachtoffers. Hulpcentrum 100 werd verwittigd en de oefening kon van start gaan... Het extern ziekenhuisrampenplan werd onmiddellijk afgekondigd. Ambulances, MUG's, artsen, verpleegkundigen en ambulanciers vertrokken naar het rampterrein om hulp te bieden.

Het werd een complexe oefening, vooral omdat er zoveel partijen betrokken waren en omdat ze plaatshad op een groot terrein. De oefening is bijzonder goed verlopen en na afloop werden de verbeterpunten besproken. De coördinatoren en de deelnemers ontvingen felicitaties van de directie.

De Preventiedienst en de Spoedgevallendienst van het ZOL staan samen in voor het opstellen van de interne en externe ziekenhuisrampenplannen. Rampenplanning is een erg complexe taak geworden in een groot ziekenhuis als het ZOL. In eerste instantie is er het extern ziekenhuisrampenplan. Dit bestaat uit de organisatie van de ziekenhuisdiensten voor de opvang van de slachtoffers. Hieronder hoort ook het Medisch Interventieplan Limburg, dat bij een ramp ontwikkeld wordt op de site zelf. Daarnaast is er een extern rampenplan voor de opvang van gecontamineerde slachtoffers en zijn er interne ziekenhuisrampenplannen voor bij brand, explosie, evacuatie, hittegolf e.a....

Interne rampenplanning

In het ZOL staat de dienst Preventie in voor de interne rampenplanning. Zij organiseerden, samen met Vorming en Organisatieontwikkeling, brandblusoefeningen voor het personeel. In opvolging hiervan werd in oktober 2007 gestart met een opleiding voor de evacuatie van patiënten bij calamiteit. In het voorjaar werd hiervoor een trainingsfilm gemaakt, waarin onze eigen coördinatoren rampenplanning optreden als acteurs. De opleiding was verplicht voor alle ZOLmedewerkers.

2.5 Op de werkvloer

2.5.1 Griepvaccin

Medewerkers die dit wensen, kunnen zich gratis laten inenten tegen griep. Om het aantal vaccinaties te verhogen, werd er extra campagne georganiseerd door de dienst preventie en milieu.

2.5.2 Risicoanalyse 'Functionele diensten'

In het kader van de uitvoering van het Jaaractieplan 2007 heeft de dienst Preventie en Milieu risicoanalyses laten uitvoeren op diverse functionele diensten. Na de risicoanalyse op arbeidsveiligheid in de werkateliers, heeft de externe dienst Encare Prevent zich voornamelijk gefocust op de arbeidsveiligheid bij het uitvoeren van taken op de werkplaatsen zelf. Zo werden onder meer de taken van de biotechniekers, loodgieters, electriciens en schilders bekeken. Bijkomend gaat de externe dienst voorstellen adviseren om de huidige tekortkomingen op te lossen en concrete voorstellen uitwerken ter verbetering van de huidige situatie.

2.5.3 Basisveiligheid poetspersoneel

De periodieke opleiding 'basisveiligheid poetspersoneel' werd aangepast. De nieuwe formule, waarin wordt afgestapt van een zuivere theoretische module, integreert een meer hedendaagse aanpak. Deze nieuwe aanpak maakt een progressief en efficiënt risicobeheer mogelijk, met een aangepaste tussenkomst van de preventieadviseur (combinatie van expertise en analyse). Op die manier is er niet enkel top-down informatie (expertise), maar ook bottom-up (analyse), wat een sterke meerwaarde is in de informatieoverdracht.







ZOL steunt Bokonzi

VAN 26 tot 30 november 2007 vond de jaarlijkse actieweek plaats ten voordele van ons partnerziekenhuis in Bokonzi. In de jaarrekening 2007 van het ZOL werd 25.293 euro voorzien voor het steunfonds.

Het ZOL heeft sinds 2003 een partnerschap met het ziekenhuis van Bokonzi in Congo via het project Ziekenhuis voor Ziekenhuis van de niet-gouvernementele organisatie Memisa. Met de steun van heel wat sympathisanten werd de afgelopen jaren al heel wat gerealiseerd ter plaatse. Dr. Guy Coppens

bracht in augustus nog een bezoek aan de gezondheidszone ginds. "In Bokonzi verloopt de organisatie van de gezondheidszorg ondertussen behoorlijk, al zijn er zeker nog heel wat punten tot verbetering," besloot hij na zijn reis. Zo werden alle muren geschilderd en is er stromend water in het ziekenhuis, verschillende verpleegkundigen haalden hun diploma, de zonnepanelen zijn hersteld, de jeep werd gerepareerd en de watertoren werd verstevigd. Dringende projecten zijn onder andere een de vernieuwing van het operatiezaaltje waar schimmels op de muren groeien en de vloer aan het verzakken is en dakgoten zodat de grond voor het ziekenhuisgebouw niet verder erodeert.

Nieuw is ook dat er, naast dr. Erik Nzapakembi, een tweede arts gestart is. Hij zal naast het klinische werk ook de directeursfunctie van het ziekenhuis waarnemen.

Dr. Erik Nzapakembi drukt erop hoe waardevol de steun van het ZOL is voor de plaatselijke bevolking: "De steun van het Ziekenhuis Oost-Limburg, in samenwerking met Memisa, is voor de bevolking van Bokonzi letterlijk van levensbelang. Niet alleen is er nu elektriciteit en watervoorziening in het centrale ziekenhuis. Dankzij een speciaal fonds krijgen ook de allerarmsten de noodzakelijke medische zorgen. En daar zijn we heel fier op. We voelen dat we er niet alleen voorstaan. Dat er collega's artsen en verpleegkundigen en heel wat vrijwilligers zijn in het ZOL die ons helpen en die met ons meeleven. Dat is voor mezelf en mijn equipe zeer belangrijk. Het doorbreekt ons isolement. Wij hopen dat dit partnerschap nog heel lang doorgaat."

1. Nieuwe geneesheren

- Marc Brosens, *radiotherapeut*
- Rudi Campo, *gynaecoloog, IVF-specialist*
- Caroline De Raedt, *psychiater*
- Eric De Smet, *revalidatie-arts*
- Pieter De Vooght, *anesthesist, algoloog*
- Tom Fret, *anesthesist*
- Herbert Guttermann, *cardiochirurg*
- Nele Lemkens, *ORL-arts*
- Liesbeth Meylaerts, *radioloog*
- Leen Noë, *radiotherapeut*
- Maximo Rivero-Ayerza, *cardioloog*
- Otto Soepenbergh, *oncoloog, hematoloog*
- Jeroen Van Melkebeke, *anesthesist*
- Katlijne Vanslembroek, *vaatchirurg*
- Maria Wirix, *oogarts*

	2004	2005	2006	2007
HOSPITALISATIE				
verpleegdagen	233.574	231.831	233.518	232.235
opnames	31.975	32.526	32.393	32.752
ligduur	7,30	7,13	7,21	7,09
bezettingsgraad	80,82 %	81,45 %	82,27 %	82,64 %
FORFAITS				
dagziekenhuis	28.734	30.400	31.990	31.932
Chirurgisch dagziekenhuis	11.151	11.539	13.146	12.131
subtotaal 1	39.885	41.939	45.136	44.063
hemodialyse	24.750	26.325	28.130	29.489
conventies	213.419	256.469	278.924	314.946
revalidatie	6.439	8.032	6.054	7.839
subtotaal 2	244.608	290.826	313.108	352.274
Totaal forfaits	284.493	332.765	358.244	396.337
AMBULANT				
bezoeken	332.697	338.828	352.539	365.282
consulten	361.713	365.446	385.582	397.455

Aantal OK-ingrepen	27.057	27.204	28.112	28.667
Aantal bevallingen	1.880	1.914	1.944	2.118

CONTACTGEGEVENS

Beheer en directie:		
Dr. Mieke Dezeure (voorzitter):	089/32.13.01	secr. 089/32.13.02
Johan Hellings (algemeen directeur):	089/32.13.05	secr. 089/32.13.02
Dr. Hubert Vandeput (medisch directeur):	089/32.15.05	secr. 089/32.15.02
Solange Indenkleef (verpleegk.-param. directeur)	089/32.16.05	secr. 089/32.16.02
Peter Hermans (personeelsdirecteur)	089/32.17.05	secr. 089/32.17.02
Lydia Moors (financieel directeur)	089/32.18.05	secr. 089/32.18.02
Patiëntenbegeleiding		
Patricia Vrancken	089/32.16.51	
Pastorale Dienst	089/32.14.71	
Andere levensbeschouwingen	089/32.16.51	
Ombudsdienst/klachtenbeheer		
Jean Dreezen	089/32.15.21	
Kwaliteitsadviseur		
Tilly Postelmans	089/32.16.46	
Patiëntveiligheid		
Dr. Ward Schrooten	089/32.13.22	
Ziekenhuishygiëne		
Dr. Els Oris (geneesheer-ziekenhuishygiëne)	089/32.46.61	
Apotheek		
Luc Vandorpe	089/32.14.05	
Bloedtransfusiecentrum		
	089/32.59.02	
Financiële dienst		
	089/32.19.40	
Centrale afspraken		
	089/32.51.51	
Dienst Pers en Communicatie		
	089/32.17.60	
Vorming		
Sylvain Haekens	089/32.17.51	
Personeelsbegeleiding		
Jaak Vandewaerde	089/32.17.15	

FINANCIËLE RESULTATEN

ZIEKENHUIS OOST LIMBURG Balans 2007			2007 31.12.2007 Euro	2006 31.12.2006 Euro	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro
		Codering					
	Activa						
	Vaste activa	20/28	155.893.386,85	137.901.533,99	126.408.923,93	114.460.329,06	103.912.673,97
I	Oprichtingskosten	20	885.564,47	976.841,74	929.593,85	1.386.952,97	479.322,80
II	Immateriële vaste activa	21	892.058,92	1.114.464,05	1.428.877,49	1.753.406,14	1.206.369,44
III	Materiële vaste activa	22/27	154.115.763,46	135.810.228,20	124.050.452,59	111.319.969,95	102.226.981,73
	A Terreinen en Gebouwen	22	116.301.646,11	97.059.463,42	83.161.749,37	75.274.376,40	58.724.015,45
	B Materieel voor medische uitrusting	23	25.103.032,28	21.958.294,94	14.971.521,24	14.829.017,52	16.409.959,63
	C Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	24	9.113.706,02	9.700.229,22	9.107.777,02	9.322.075,83	8.636.553,18
	D Huurfinanciering en soortgelijke rechten	25	245.505,87	301.661,94	0,00	0,00	0,00
	E Overige materiële vaste activa	26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	F Vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	27	3.351.873,18	6.790.578,68	16.809.404,96	11.894.500,20	18.456.453,47
IV	Financiële vaste activa	28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Vlottende activa	29/58	90.229.672,68	90.509.638,28	91.559.419,76	100.553.500,14	93.941.646,19
V	Vorderingen op meer dan één jaar	29	536.397,15	734.603,36	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29
	A Vorderingen voor prestaties	290	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	B Overige vorderingen	291	536.397,15	734.603,36	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29
VI	Voorraden en bestellingen in uitvoering	3	4.233.314,77	3.790.656,54	3.698.922,64	3.768.303,91	3.653.813,65
	A Grondstoffen en leveringen	31	4.233.314,77	3.790.656,54	3.698.922,64	3.768.303,91	3.653.813,65
	B Vooruitbetalingen op voorraad inkopen	36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C Bestellingen in uitvoering	37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VII	Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/41	81.288.881,83	78.255.025,36	78.143.762,30	84.423.979,79	79.846.858,98
	A Vorderingen voor prestaties	400/409	75.039.354,41	69.069.798,85	69.822.638,66	78.082.140,99	74.670.103,64
	1. Patiënten	400	6.701.754,95	7.580.561,29	8.927.116,91	8.452.463,65	8.059.323,38
	2. Verzekeringsinstellingen	402	57.682.277,19	54.358.674,73	55.247.746,25	63.274.475,42	51.396.123,70
	3. Inhaalbedragen	403	10.067.250,09	7.420.363,74	6.775.210,54	7.600.054,72	15.332.735,24
	4. Te innen opbrengsten	404	2.098.210,07	1.571.267,10	900.954,37	835.951,44	1.765.115,28
	5. Provisie dubieuze debiteuren	406/9	-1.510.137,89	-1.861.068,01	-2.028.389,41	-2.080.804,24	-1.883.193,96
	B Overige vorderingen	41	6.249.527,42	9.185.226,51	8.321.123,64	6.341.838,80	5.176.755,34
	1. Geneesheren tandartsen verpl en paramed	415	0,00	5.719,75	5.719,75	5.719,75	5.719,75
	2. Overige	411/4 416/9	6.249.527,42	9.179.506,76	8.315.403,89	6.336.119,05	5.171.035,59
VIII	Geldbeleggingen	51/53	1.660.000,00	1.100.000,00	1.800.000,00	3.753.000,00	0,00
IX	Liquide middelen	54/58	913.689,40	4.945.755,55	2.953.799,18	3.429.965,47	6.310.768,06
X	Overlopende rekeningen	490/1	1.597.389,53	1.683.597,47	4.036.465,85	4.067.103,99	2.793.637,21
	Totaal der Activa	20/58	246.123.059,53	228.411.172,27	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16

	ZIEKENHUIS OOST LIMBURG Balans 2007		2007 31.12.2007 Euro	2006 31.12.2006 Euro	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro
	Passiva						
	Eigen Vermogen	10 tot 15-18	61.655.754,29	60.499.293,09	57.084.761,05	48.942.115,97	40.977.789,19
I	Dotaties	10			0,00		0,00
II	Herwaarderingsmeerwaarden	12			0,00		0,00
III	Reserves	13	18.938.125,02	16.240.744,51	13.339.150,14	9.927.323,50	7.978.853,60
	A Wettelijke reserves	130			0,00		0,00
	B Niet-beschikbare reserves	131	18.938.125,02	16.240.744,51	13.339.150,14	9.279.995,93	7.331.526,03
	C Beschikbare reserves	133			0,00	647.327,57	647.327,57
IV	Overgedragen resultaat	14	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
V	Investeringssubsidies	15	39.425.555,27	40.966.474,58	40.453.536,91	35.722.718,47	29.706.861,59
VI	Sluitingspremies	18			0,00		0,00
	Voorzieningen		10.495.862,02	7.809.301,08	10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92
VII	Voorzieningen voor risico's en kosten	16	10.495.862,02	7.809.301,08	10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92
	Schulden	17/49	173.971.443,22	160.102.578,10	150.480.744,71	154.119.790,38	147.736.525,05
VIII	Schulden op meer dan één jaar	17	86.728.791,55	80.247.034,98	73.454.388,84	73.065.833,71	75.376.420,33
	A Financiële schulden	170/4	86.728.791,55	80.247.034,98	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35
	1. Achtergestelde leningen	170	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2. Niet-achtergestelde leningen	171	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3. Schulden voor huurfinanciering en soortgelijke	172	184.129,40	241.329,55	0,00	0,00	0,00
	4. Kredietinstellingen	173	85.542.736,17	79.003.779,45	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35
	5. Overige leningen	174	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	B Handelsschulden	175	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C Voorschotten Ministerie van Volksgezondheid	177	1.001.925,98	1.001.925,98	1.001.925,98	1.001.925,98	1.001.925,98
	D Overige schulden	178/9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX	Schulden op ten hoogste één jaar	42/48	83.660.821,10	74.942.950,12	71.118.798,79	75.604.918,99	66.619.697,84
	A Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	42	13.952.724,14	13.401.460,11	11.535.173,77	12.035.579,00	11.346.542,63
	B Financiële schulden	43	8.271.391,62	5.450.000,01	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01
	1. Kredietinstellingen	430/4	8.271.391,62	5.450.000,01	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01
	2. Overige leningen	435/9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	C Lopende schulden	44	43.722.584,59	41.484.920,72	42.336.374,46	44.806.077,22	38.669.761,63
	1. Leveranciers	440/444	20.313.014,77	19.349.075,13	18.225.237,76	21.290.444,96	16.861.677,10
	2. Te betalen wissels	441	0,00		0,00	0,00	0,00
	3. Inhaalbedragen	443	2.443.557,47	2.225.930,87	3.288.844,23	4.462.813,80	3.320.672,98
	4. Geneesheren, tandartsen verplegend personeel en paramedici	445	20.966.012,35	19.909.914,72	20.822.292,47	19.052.818,46	18.487.411,55
	D Ontvangen vooruitbetalingen	46	169.781,48	580.225,37	159.833,19	400.881,34	356.353,75
	E Schulden met betrekking tot belastingen bezoldigingen en sociale lasten	45	17.457.652,77	13.970.727,21	12.643.393,48	11.649.216,84	10.981.398,56
	1. Belastingen	450/3	2.515.390,74	1.952.497,20	1.979.528,91	105.912,57	59.533,82
	2. Bezoldigingen en sociale lasten	454/9	14.942.262,03	12.018.230,01	10.663.864,57	11.543.304,27	10.921.864,74
	F Overige schulden	47/48	86.686,50	55.616,70	44.023,88	472.068,29	65.641,26
X	Overlopende rekeningen	492/3/9	3.581.830,57	4.912.593,00	5.907.557,08	5.449.037,68	5.740.406,88
	Totaal der Passiva	10/49	246.123.059,53	228.411.172,27	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16

FINANCIËLE RESULTATEN

	Ziekenhuis Oost Limburg Resultatenrekening 2007		Boekjaar 2007 Euro	Boekjaar 2006 Euro	Boekjaar 2005 Euro	Boekjaar 2004 Euro	Boekjaar 2003 Euro
I.	Bedrijfsopbrengsten	70/74	254.811.172,44	241.378.897,55	235.586.513,21	223.835.969,23	211.239.304,18
A.	Omzet	70	236.780.751,30	224.078.381,88	213.304.830,54	204.436.481,80	194.376.604,40
	Budget financiële middelen	700	82.716.119,67	80.491.425,15	76.291.781,42	73.583.453,35	71.419.685,58
	Geraamd inhaalbedrag van het lopend boekjaar	701	2.087.432,00	1.797.078,80	831.797,78	-874.727,54	-1.458.616,57
	Supplementen kamers	702	703.659,15	732.101,55	758.907,80	597.172,25	568.883,85
	Forfaits conventies R.I.Z.I.V.	703	13.786.943,29	12.613.362,97	12.056.770,88	11.122.277,68	9.989.591,89
	Diverse opbrengsten	704	18.229.200,65	15.993.935,48	14.420.758,45	14.487.434,60	13.569.072,80
	Farmaceutische en daarmee gelijkgestelde producten	705	24.000.789,62	22.273.476,44	20.849.267,57	19.463.561,57	18.270.549,24
	Honoraria	709	95.256.606,92	90.177.001,49	88.095.546,64	86.057.309,89	82.017.437,61
B.	Geactiveerde interne productie	72	0,00	0,00	6.327,62	194.670,39	145.314,76
C.	Overige bedrijfsopbrengsten	74	18.030.421,14	17.300.515,67	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02
	Bedrijfssubsidies	740	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Overige	741/9	18.030.421,14	17.300.515,67	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02
II.	Bedrijfskosten	60/64	251.269.629,61	236.842.380,13	228.846.700,50	219.040.382,28	203.318.359,16
A.	Voorraden en leveringen	60	57.514.070,41	54.927.558,94	51.897.648,42	50.735.881,55	47.339.465,48
	1. Inkopen	600/8	57.956.728,64	55.019.292,84	51.828.267,15	50.850.371,81	47.495.741,95
	2. Wijziging in de voorraad (toename-, afname +)	609	-442.658,23	-91.733,90	69.381,27	-114.490,26	-156.276,47
B.	Diensten en bijkomende leveringen	61	67.232.181,38	64.247.185,75	67.924.689,90	63.047.432,91	58.730.739,08
	1. Diensten en leveringen	610/8	14.530.629,57	14.549.660,49	17.355.617,44	16.244.785,19	14.555.851,19
	2. Voorschotten geneesheren	619	52.701.551,81	49.697.525,26	50.569.072,46	46.802.647,72	44.174.887,89
C.	Bezoldigingen en sociale lasten	62	100.117.891,54	94.527.626,85	89.035.044,48	84.097.465,38	78.729.890,07
D.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten op immateriële en materiële vaste activa	630	14.434.497,88	12.624.023,74	12.957.294,68	11.711.186,77	10.925.846,06
E.	Waardeverminderingen op vlottende activa	631/4	-350.930,12	16.704,24	-52.414,83	204.679,95	-18.647,78
	(toevoegingen +, terugnemingen -)						
F.	Voorzieningen voor risico's en kosten	635/7	4.307.084,50	3.493.047,13	1.256.523,96	4.363.487,08	3.555.935,91
	(toevoegingen +, terugnemingen -)						
G.	Overige bedrijfskosten	640/8	8.014.834,02	7.006.233,48	5.827.913,89	4.880.248,64	4.055.130,34
III.	Bedrijfswinst (+)	70/64	3.541.542,83	4.536.517,42	6.739.812,71	4.795.586,95	7.920.945,02
	Bedrijfsverlies (-)	64/70					
IV.	Financiële opbrengsten	75	2.953.995,74	1.897.099,56	1.684.571,24	926.107,30	881.118,02
A.	Opbrengsten uit financiële vaste activa	750	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B.	Opbrengsten uit vlottende activa	752	129.178,74	118.563,63	100.071,21	79.340,31	46.360,81
C.	Subsidies in kapitaal en intresten	753	2.812.850,01	1.753.110,38	1.555.911,17	809.241,57	810.473,57
D.	Andere financiële opbrengsten	754/9	11.966,99	25.425,55	28.588,86	37.525,42	24.283,64
V.	Financiële kosten	65	4.131.105,27	3.460.618,03	3.357.244,99	3.254.965,89	3.542.524,91
A.	Kosten voor investeringsleningen	650/4	3.772.292,94	3.368.571,31	3.225.572,21	3.200.438,19	3.173.390,63
B.	Kosten voor kredieten op korte termijn	656	347.416,62	83.354,45	121.301,96	44.208,14	356.878,77
C.	Diverse financiële kosten	657/9	11.395,71	8.692,27	10.370,82	10.319,56	12.255,51
VI.	Winst (+)	70-65	2.364.433,30	2.972.998,95	5.067.138,96	2.466.728,36	5.259.538,13
	Verlies (-)	65/70					

	Ziekenhuis Oost Limburg Resultatenrekening (vervolg) 2007		Boekjaar 2007 Euro	Boekjaar 2006 Euro	Boekjaar 2005 Euro	Boekjaar 2004 Euro	Boekjaar 2003 Euro
VII.	Uitzonderlijke opbrengsten	76	2.925.482,68	6.652.102,62	3.496.885,68	2.411.192,72	1.929.421,06
A.	Terugneming van afschrijvingen en van waardeverminderingen op immateriële en materiële vaste activa	760	231.989,22	0,00	0,00		589.372,27
B.	Terugneming van waardeverminderingen op financiële vaste activa	761	0,00	0,00	0,00		0,00
C.	Terugneming van voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	762	1.620.523,56	6.149.711,03	3.194.295,28	1.613.340,03	587.094,43
D.	Meerwaarden bij de realisatie van vaste activa	763	0,00	0,00	10.937,09		0,00
E.	Andere uitzonderlijke opbrengsten van het boekjaar	764/8	559,55	0,00	0,00		0,00
F.	Opbrengsten m.b.t. vorige boekjaren	769	1.072.410,35	502.391,59	291.653,31	797.852,69	752.954,36
VIII.	Uitzonderlijke kosten	66	2.592.535,47	6.723.507,20	5.152.197,98	2.929.451,18	3.502.318,05
A.	Uitzonderlijke afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten, op immat. en mat. vaste activa	660	260.000,00	260.000,00	491.989,22	0,00	1.047.417,33
B.	Waardeverminderingen op financiële vaste activa	661	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C.	Voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	662	321.599,10	63.127,05	217.800,00	4.015,10	604.956,09
D.	Minderwaarden bij de realisatie van vaste activa	663	0,00	0,00	0,00		0,00
E.	Andere uitzonderlijke kosten van het boekjaar	664/8	211.366,24	4.874,81	648.703,57	218.081,71	4.299,93
F.	Kosten m.b.t. vorige boekjaren	669	1.799.570,13	6.395.505,34	3.793.705,19	2.707.354,37	1.845.644,70
IX.	Winst van het boekjaar (+)	70/66	2.697.380,51	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
	Verlies van het boekjaar (-)	66/70					
	Bestemmingen en voorheffingen						
	A. Te bestemmen winstsaldo	70/69	5.989.454,51	6.193.668,37	6.703.900,66	5.240.543,90	6.978.715,14
	1. Te bestemmen winst van het boekjaar	70/66	2.697.380,51	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
	Te verwerken verlies van het boekjaar (-)	66/70					
	2. Overgedragen winst van het vorige boekjaar	790	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
	Overgedragen verlies van het vorige boekjaar (-)	690					
	B. Onttrekking van de eigen middelen	791/2					
	1. aan het kapitaal en aan de uitgiftepremies	791					
	2. aan de reserves (-)	792					
	C. Toevoeging aan de reserves	691/2	2.697.380,51	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
	Toevoeging aan de reserves	692	2.697.380,51	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
	D. Over te dragen resultaat						
	1. Over te dragen winst (-)	693	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
	2. Over te dragen verlies	793	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	E. Tussenkost van derden in het verlies	794	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

