

Algemeen beleidsplan 2021-2023 Sint-Andriesziekenhuis

1 Situering

De algemene beleidsnota van het ziekenhuis wordt opgemaakt op basis van de missie en de visie van het ziekenhuis die werd bepaald in overleg met alle medewerkers van het ziekenhuis.

Missie en visie Sint Andriesziekenhuis:

- Het Sint-Andriesziekenhuis is een regionaal ziekenhuis dat inzet op kwaliteitsvolle zorg.
- Wij bieden een volledig zorgtraject door optimale samenwerking en overleg met alle zorgverstrekkers, de patiënt en zijn omgeving.
- Wij werken doelgericht en staan voor een open communicatie en luisterbereidheid.
- Wij streven ernaar om ons professioneel en gemotiveerd in te zetten en werken empathisch en discreet.
- Wij willen nabijheid en betrokkenheid uitstralen, met respect voor iedereen.
- Wij blijven investeren in mensen en technologie, met respect voor de omgeving.



De missie en visie wordt schematisch als volgt voorgesteld binnen de organisatie:



2 Inhoud algemeen beleidsplan 2021-2023

A. Inleiding

- Deze beleidsnota gaat over de periode 2021-2023 en is een verdere uitvoering van de missie en de visie van het ziekenhuis. Zoals voorzien zullen de verschillende diensten aansluitend op deze beleidsnota hun beleidsnota per dienst maken voor de jaren 2022-2024.
- Deze nota geeft een globaal overzicht op basis van de huidige beschikbare informatie maar uiteraard weerhoudt dit het ziekenhuis niet om flexibel te zijn zodat kan ingespeeld worden op nieuwe opportuniteiten of trends.
- De geformuleerde SMART doelstellingen worden toegewezen aan één of meerdere leden van het uitgebreid directiecomité. Deze doelstelling wordt in principe gerealiseerd uiterlijk tegen het einde van de periode van deze beleidsnota tenzij anders is vermeld.

B. Sterkte-zwakte analyse

B.1 Sterktes ziekenhuis

- Het constructieve overleg dat in het verleden werd opgebouwd tussen artsen, directie en bestuur heeft zonder twijfel er toe bijgedragen dat er een gemeenschappelijke visie is die werd uitgevoerd. Dit is één en zo niet de belangrijkste factor voor het succes dat het ziekenhuis de laatste jaren kende.
- Het goede sociaal klimaat ondersteunde deze gemeenschappelijke visie en is eveneens onontbeerlijk voor de uitbouw en de dynamiek van het ziekenhuis.
- De sfeer van “open en directe communicatie” zal verder de beleidslijn van het ziekenhuis zijn.
- De laatste jaren werd er volop ingezet in de renovatie van het ziekenhuis waardoor er nu een moderne infrastructuur ter beschikking is.
- Het investeringsniveau was hoog tijdens de vorige beleidscyclus. Het ziekenhuis zal ook tijdens de nieuwe beleidscyclus verder investeren in infrastructuur en (medische) apparatuur.
- De laatste jaren was er reeds een verbeterde samenwerking met de eerste lijn.

B.2 Verbeterpunten ziekenhuis

- Het huidige elektronisch patiëntendossier is end of life. Een nieuw pakket kan de workload voor artsen en verpleging verbeteren maar kan ook een kwalitatieve meerwaarde betekenen voor de patiënt.
- Het nog niet hebben van een huisartsenwachtpost kan de samenwerking tussen eerst en tweede lijn intensifiëren.
- Alhoewel er inspanningen geleverd werden om nieuwe artsen aan te trekken bleven sommige vacatures vrij lang open staan of raken ze niet ingevuld.
- De wachttijden in het ziekenhuis bij consultaties en onderzoeken zijn een pijnpunt.
- De samenwerking tussen en binnen disciplines was soms behoorlijk stroef.

B.3 Opportuniteiten voor het ziekenhuis

- Het TRIAZ netwerk kende een moeizame start maar kan ook op vlak van het medisch aanbod een meerwaarde betekenen voor de patiënt van Tielt en omgeving.
- Het ziekenhuis is momenteel nog geen actieve speler in het medisch opvolgen van patiënten via mobiele applicaties (apps).



B.4 Externe bedreigingen voor het ziekenhuis

- Reeds een geruime tijd is er een consensus binnen de gezondheidszorg dat een grondige hervorming zich opdringt. Voor kleinere ziekenhuizen is er een extra bedreiging omdat door de budgettaire situatie deze hervorming mogelijks zal gaan in de richting van centralisatie, verdere schaalvergroting en aanbod beperking.
- De kwaliteitsonderzoeken leiden heel dikwijls tot het invoeren van kwantitatieve drempels.

C. De patiënt

C.1 Informatie omtrent kosten

- Omtrent het vooraf informeren van patiënten rond kosten is er nog marge voor verbetering. Binnen VIP² is dit een nieuwe topic dat verder opgevolgd zal worden. Tevens is dit een prioriteitsindicator binnen het ziekenhuis waarbij er per Q1-2020 een tevredenheid is van 50 % bij de patiënten. Het is de bedoeling om deze tevredenheid substantieel te verhogen naar 60 % op het einde van het beleidsplan. Hiervoor worden verschillende zaken opgenomen die betrekking hebben op het aantal prijssimulatie op de website (target van 100 simulaties tegen einde beleidsplan), infobrochures/folders alsook specifieke informed consents. We moeten uiteraard wel realistisch blijven dat tevredenheid over kosten, ergens een contradictie inhoudt. Tot slot mogen we niet uit het oog verliezen dat een zorgproces qua complexiteit en nauwkeurigheid wel verschillend is van een box-moving activiteit.

- *De tevredenheid m.b.t. het vooraf informeren van patiënten m.b.t. de kosten verhoogt van 50 % tot 60 % (G DZ).*
- *Van de meest courante ingrepen en onderzoeken zijn er 100 kostensimulaties beschikbaar op de website (G DZ).*

C.2 Betrokkenheid van de patiënt

- De policy van het wekelijks patiëntenbezoek, het opbellen, het betrekken van patiënten, het terugkoppelen op het directiecomité waaruit werkpunten komen, ... zal worden gecontinueerd.
- De patiënt zal bewuster betrokken worden in de zorg en de werking van het ziekenhuis. Zo kan de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten en/of hun naasten benut worden om de kwaliteit en de werking te verbeteren.. Hiervoor zal het ziekenhuis een patiënten samenkomst organiseren. Deze samenkomst zal geëvalueerd worden en desgevallend zal dit op een geregeld tijdstip herhaald worden.
- Zes disciplines zullen tegen 2023 worden aangemoedigd om voor specifieke patiëntengroepen terugkommomenten/evaluatiemomenten te organiseren waarbij de proms en prems aan bod komen.

- *Jaarlijks wordt elke dienst 3 maal per jaar door de dienst kwaliteit bezocht om patiënten te betrekken bij hun zorg (S M).*
- *Eén patiënten samenkomst wordt georganiseerd (P L).*
- *Het aantal terugkommomenten voor een specifieke patiëntengroep wordt in de periode van de beleidsnota verhoogd tot in totaal 4 (A G).*
- *De mogelijkheden voor een (permanente) elektronische patiëntenbevraging worden onderzocht (S M).*



C.3 Wachtijd patiënt

- Mits het maken van goede afspraken kunnen de wachttijden bij raadplegingen worden beperkt. Dit bewees de COVID-19 pandemie.
 - *De wachttijd voor patiënten op raadpleging wordt beperkt. In een eerste fase bedraagt deze voor 80 % van de patiënten minder dan 45 min. In een volgende fase wordt deze nog verder geoptimaliseerd (P L & A G).*

C.4 Digitalisering

- Het ziekenhuis wil verder digitaliseren en wil bv het gebruik van mobiele applicaties en hiermee het opvolgen van patiënten introduceren in het ziekenhuis.
 - *De helft van de consultaties zal elektronisch van thuis uit kunnen geboekt worden door de patiënt (G DZ).*
 - *Alle pre-opnameboekjes worden gedigitaliseerd (G DZ).*
 - *Er zullen tegen het einde van de cyclus twee apps in gebruik zijn om patiënten te monitoren (A G & G DZ).*

D. Medisch-verpleegkundig

D.1 Regionaal zorgstrategisch plan

- Een nieuw regionaal zorgstrategisch plan wordt ingediend bij de overheid. Dit plan zal enerzijds de renovatie van de verpleegafdelingen voorzien maar anderzijds ook de nodige infrastructurele uitbreiding op sommige diensten
 - *Het regionaal zorgstrategisch plan wordt ingediend tegen 01/01/2023. (P L).*

D.2 Elektronisch patiëntendossier

- De uitrol van het EPD (PRIMUZ) zal gedurende dit beleidsplan grote aandacht verdienen. Dit behelst een excellent projectmanagement gecombineerd met kwaliteitsvolle en voldoende medewerkers. De eerste stap is gezet met de GAP analyse.
- De implementatie van een EPD is geen ICT project maar vereist engagement van alle betrokken verpleegkundigen, administratieve en paramedische diensten en artsen. Dit impliceert ook dat er ziekenhuis breed wordt geanalyseerd versus dienst specifieke zaken. Deze transitie zal ook voldoende opleiding vergen voor alle medewerkers, artsen om de ICT vaardigheden (algemeen) en voor PRIMUZ (specifiek) te verbeteren.
 - *Primuz is uitgerold tegen eind 2023 (G DZ).*
 - *Alle medewerkers die gebruik maken van het EPD zullen verplicht een ICT opleiding volgen in kader van PRIMUZ (GDZ, EVN).*

D.3 Bottom-up benadering

- *Het ziekenhuis faciliteert alle medische diensten die een ziekenhuis overschrijdende associatie uitbouwen (P L).*



D.4 Medische beleidsplannen

- Alle medische diensten maken tegen eind 2021 een medisch beleidsplan op voor de periode 2022-2024.
 - *In de beleidsplannen van alle medische diensten wordt minstens één medische indicator met meting van medische outcome geïmplementeerd (P L & A G).*
 - *De indicatoren en de targets worden bepaald in overleg met de cel beleidsinformatie (L R).*

D.5 Uitbouw medische diensten

- De uitbouw van de medische diensten is belangrijk voor de gewenste toename van de ziekenhuisactiviteit.
 - *De eind 2020 nieuw opgerichte diensten, de psychiatrische dagkliniek en de Sp psychogeriatricie, worden in 2021 verder uitgebouwd en werken, tegen 1 januari 2022 op volle capaciteit (P L & A G).*
 - *Alle diensten die volgens de marktanalyse minder attractief zijn hebben via specifieke acties hun attractiviteit verhoogd (P L & A G).*

D.6 Medisch kader

- Het medisch kader moet de komende drie jaar uitgebreid worden over de verschillende medische disciplines. Dit zal besproken worden met de medische raad en de verschillende diensten zodat deze uitbreiding in consensus zal gebeuren. Deze uitbreiding is noodzakelijk om de positie van het ziekenhuis in de toekomst te vrijwaren.
- Belangrijk bij het aantrekken van nieuwe artsen is dat deze de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis vergroten door het aanbieden van nieuwe technieken en onderzoeken waardoor extra patiënten worden aangetrokken.
- Niet enkel binnen de discipline maar ook tussen de disciplines moet er een verdieping komen in de multidisciplinaire benadering van de patiënt.
 - *Het medisch kader wordt met 6 FTE (verdeeld over de verschillende medische disciplines) uitgebreid en ingevuld (P L & A G).*
 - *Een multidisciplinaire allergiekliniek, de bekkenbodempklinik en de dienst urogynaecologie wordt uitgebouwd.*

D.7 Opname- en ontslagbeleid

- De wachttijden worden beperkt.
- In functie van lean-werken voor het facilitair departement worden patiënten tijdig ontslagen.
 - *Voor de geplande dagopnames worden de patiënten die behandeld/onderzocht worden in de namiddag niet voor 11u00 opgenomen (P L & A G).*
 - *Het aantal patiënten dat ontslagen wordt voor de middag zal verdubbeld zijn (tot 35 %) t.o.v. het begin van de beleidsperiode (P L & A G).*

D.8 Innovatie

- Het ziekenhuis heeft de ambitie om ook de technologische evoluties te volgen zo zal de mogelijkheid van robotchirurgie in het Sint-Andriesziekenhuis niet a priori uitgesloten worden.
 - *Een kosten-baten analyse van robotchirurgie is opgesteld en een planning van aanschaf is desgevallend goedgekeurd (G DZ).*

D.9 Consultaties

- Het is belangrijk dat patiënten steeds een consultatie kunnen krijgen buiten de arbeidsuren.
 - *Alle artsen houden wekelijks minstens één avond of weekend consultaties (P L & A G).*



D.10 Betrokkenheid artsen

- De betrokkenheid van de artsen en actieve participatie aan dienstvergaderingen en diverse comités blijft een belangrijk aandachtspunt om ook verder een optimale samenwerking en communicatie te bevorderen binnen het Sint-Andriesziekenhuis en dit tussen de diverse echelons.

- *Iedere arts woont jaarlijks minstens één dienstvergadering bij (A G).*

D.11 Samenwerking verpleegkundig-paramedisch- & medisch departement bij de implementatie van zorgpaden.

- Het verpleegkundig-paramedisch departement zal om kwaliteitsvolle en patiënt veilige zorg aan te bieden in samenwerking met de artsen uniforme procedures opstellen en nieuwe zorgpaden ontwikkelen waarbij ieder zorgpad een voldoende aantal patiënten kan omvatten. Het zorgaanbod (verpleegkundig en paramedisch) wordt afgestemd en zal verder inspelen op de medische beleidsplannen.

- *Er worden 6 nieuwe zorgpaden ontwikkeld waarbij ieder zorgpad meer dan 50 patiënten op jaarbasis kan omvatten (I W & O J).*

- *In de zorgpaden worden telkens twee procesindicatoren opgevolgd (I W & O J).*

D.12 Senior Friendly Hospital

- De best mogelijke kwalitatieve zorg aan de geriatrische patiënt wordt nagestreefd. Om dit te waarborgen kan dit door externen worden afgetoetst.

- *Het Sint-Andriesziekenhuis behaalt het externe (Nederlandse) label: "Senior Friendly Hospital" tegen het einde van deze beleidscyclus (M SA).*

D.13 De kracht van warme zorg

- Ziekenhuizen worden voortdurend uitgedaagd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Naast het implementeren van nieuwe technologieën en technieken wordt het belang van participatie van de patiënt in zijn of haar zorgproces meer en meer onderstreept.

- *Het Sint-Andriesziekenhuis zal 2 x deelnemen aan de internationale WMTY-dag (What matters to you) en hiermee verder inzetten op "de kracht van warme en empathische zorg". (M SA).*

- *Er genieten 20 zorgverleners een training in het zorg ethisch lab sTIMUL waarbij de zorgverleners de plaats innemen van zorgontvangers (M SA).*

D.14 Medicatiefouten reduceren

- Medicatiefouten kunnen zware gevolgen hebben. Zware medicatiefouten zijn uitzonderlijk, maar ook "kleine" medicatiefouten zoals een verkeerde dosering of een verkeerd geneesmiddel toedienen, gebeuren op een frequente basis.

- De meest voorkomende oorzaken van medicatiefouten zijn: een moeilijk leesbaar handschrift van de arts, soortgelijke namen van geneesmiddelen en foutieve berekening van de dosering (Jones & Treiber, 2010).

- *Medicatiefouten worden met 30 % gereduceerd (S V / M SA).*



D.15 Europese reanimatie opleiding in het SAT

- De voorbije jaren werd er geïnvesteerd in externe opleiding advanced life support (ALS) voor medewerkers van de dienst spoedgevallen en intensieve zorg.
- Binnen het medisch en verpleegkundig departement zijn er nu instructeurs om deze erkende opleiding (waar de internationale richtlijnen opgesteld door de European Resuscitation Council (ERC) worden aangeleerd) te verzorgen.
 - *Medewerkers van het Sint-Andriesziekenhuis zullen om een opleiding te kunnen geven het certificaat van het ERC behalen. Hiertoe zullen samen met andere ziekenhuizen twee externe opleidingen ALS zullen in het Sint-Andriesziekenhuis georganiseerd worden. Hieraan nemen 4 medewerkers van het Sint-Andriesziekenhuis gratis deel (M SA).*

D.16 Virtual is the new reality

- Virtueel of gewoon 'echt' kunnen beleven wordt een verwachting van een toekomstige patiënt of werknemer. Hierin kan het Sint-Andriesziekenhuis zich nog onderscheiden van andere ziekenhuizen.
 - *De toekomstige patiënt kan tegen begin 2023 vanop afstand op een interactieve manier 6 diensten van het Sint-Andriesziekenhuis ontdekken. (M SA).*

D.17 Ziekenhuishygiëne: preventie en controle zorginfecties

- Toezicht op het basisprogramma: de nodige audits zullen gebeuren op vlak van de standaardvoorzorgsmaatregelen. Daarnaast blijft de handhygiëne een hoeksteen in de infectiebeheersing en zal ook de nodige aandacht geschonken worden infectierisico's gerelateerd aan de omgeving. In 2021 wordt een audit programma geïmplementeerd met behulp van fluorescentiecontroles om de kwaliteit van reiniging en desinfectie in patiëntenkamers en de operatiekamer te optimaliseren en de operationele efficiëntie van het schoonmaakgebeuren te verbeteren.
- Communicatie
Implementatie van een goed werkend elektronisch patiëntendossier tegen 2023. Binnen de verschillende werkgroepen voor de verdere evolutie van PRIMUZ neemt ook ziekenhuishygiëne actief deel. Het is de bedoeling om te komen tot een dynamische isolatieknop zodat de actuele isolatiestatus tijdens een opname kan weergegeven en/of aangepast worden en hierdoor de communicatie en informatiedoorstroming over te nemen maatregelen verbeterd (optimalisatie huidige code 90).
- Opleiding
Het ziekenhuis biedt voorlichting en educatie over werkwijzen ter preventie en bestrijding van infecties, i.e. de verspreiding en implementatie van richtlijnen en te nemen voorzorgen aan medewerkers, artsen, patiënten, familieleden en andere zorgverleners wanneer zij betrokken zijn bij de zorg.
- Preventie van het infectierisico met betrekking tot bijzondere omstandigheden zoals invasieve handelingen (surveillances)

De inachtneming van procedures en de eventuele zorgbundel toepassing wordt de volgende 3 jaar intensiever onderworpen aan procesaudits (desinfectie van de endocavitare echografiesondes, operatiekwartier, verloskamer, CLABSI, VAP, POWI, CAUTI, andere lokale



procesaudits). Hiervoor moet er een registratieformulier en auditrapport of bewijs van feedback zijn. De frequentie is afhankelijk van de jaarlijkse risicoanalyse infectiepreventie.

- *Jaarlijks gebeuren minstens 20 audits van het beleid doorheen het ziekenhuis in verband met standaardvoorzorgsmaatregelen en isolatie van besmette patiënten ter preventie van overdracht of indijking van besmettelijke kiemen.*
- *Handhygiënetoepassing moet in 90% van de opportuniteiten opgevolgd worden en 98% personeelsleden is in orde met alle basisvereisten.*
- *80% of meer van de high-touch oppervlakken worden gereinigd tijdens de schoonmaak.*
- *Jaarlijks wordt er een verplichte opleiding opgezet via E-learning waar alle artsen en personeelsleden voor moeten slagen, zo niet moet een klassikale opleiding gevolgd worden.*
- *Er is een continue surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen.*

D.18 Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg en personeelsvriendelijker beleid per cluster

- De mobiele equipe kan geoptimaliseerd worden door de bestaffing ervan in te delen in clusters. Op deze manier wordt ingezet op veilige(re) zorg en wordt een grotere tevredenheid bij het personeel bekomen.
- De flexibiliteit tussen de dag en nacht equipe wordt verhoogd. Hiervoor wordt de opsplitsing in een vaste dag- & nachtequipe verlaten.
 - *De volgende clusters in de mobiele equipe worden gerealiseerd: moeder & kind (pediatrie, materniteit en N*), kritieke diensten (spoedgevallen, intensieve zorgen en recovery), C, D en G.*
 - *De dag- en nacht equipes zijn in elkaar verweven.*



E. Farmaceutisch beleidsplan

E.1 Informatisering

- Gebruik van geneesmiddelen in het operatiekwartier zal gescand worden waardoor de administratieve load zal verminderen en het risico op transcriptiefouten verdwijnt. De vrijgekomen tijd kan geherinvesteerd worden in het aanleveren van de medicatie per zaal in het operatiekwartier.
- De implementatie van een nieuw elektronisch patiëntendossier zal als momentum gebruikt worden om vanuit de apotheek ondersteuning te bieden en te sensibiliseren rond correct voorschrijven en registreren van toedieningen. Door een correcte registratie aan de basis, zal het aantal rechtzettingen a posteriori verminderd worden.
- De bestaande voorschrijfprofielen worden getoetst aan de meest recente medische literatuur en worden ziekenhuis breed geüniformiseerd.
- Bij de introductie van het nieuw elektronisch patiëntendossier zal bij het voorschrijven van attest plichtige geneesmiddelen door de arts ook onmiddellijk de attest-reden geregistreerd worden. Hierdoor heeft de arts onmiddellijk zicht op problemen betreffende terugbetaling en kan de patiënt hierover geïnformeerd worden. Ook vermindert dit het aantal laattijdig vervulde attesten, waardoor de facturatieflow vlotter verloopt.
 - *95 % van de medicatie verbruikt op het OK wordt gescand (S V).*
 - *80 % van de voorschrijfprofielen wordt ziekenhuis breed geüniformiseerd (S V).*
 - *Bij de ontwikkeling van een nieuw zorgpad, wordt steeds een bijpassend voorschrijfprofiel opgesteld (S V).*
 - *De attesten > 3 maand achterstallig worden met 50 % gereduceerd (S V).*
 - *De administratieve rechtzettingen in apotheek worden met 25 % gereduceerd (S V).*

E.2 Traceerbaarheid

- Door de implementatie van de medical device regulation, zal een hoger aandeel van de implantaten een unieke implantaatidentificatie hebben. Het is de ambitie om voor elk implantaat op elk moment de status te kennen waardoor verder zal ingezet worden op de traceerbaarheid van de implantaten van het moment van levering tot het moment van gebruik/vernietiging. Verder wordt ook een uitbreiding van het centraal traceringsregister verwacht, een nationale database waar de implantaatgegevens per patiënt geregistreerd moeten worden. Hierbij zal de nodige software om dit te ondersteunen onontbeerlijk zijn om dit te realiseren zonder belangrijke bijkomende administratieve belasting.
 - *Van de eigen implantaten & de implantaten in consignatie is steeds het aantal aanwezig en de eerstkomende vervaldatum gekend (S V).*



E.3 Aankoopbeleid

- Het huidige beleid van samenaankoop op netwerkniveau zal verdergezet en geïntensifieerd worden waardoor het wenselijk is om de bevoegde comités (MFC, CMM) op netwerkniveau te organiseren.
- Bij de samenaankoop van invasieve medische hulpmiddelen of implantaten zal gestreefd worden naar hogere uniformiteit tussen de verschillende artsen. Een ondersteuning van de medische en algemene directie zal hiervoor noodzakelijk zijn.
- Het stockbeheer voor invasieve medische hulpmiddelen zal geoptimaliseerd worden. Door de kleinschaligheid van het ziekenhuis en de hoge stukprijs van deze materialen, is het belangrijk om het volume en aanbod waar mogelijk te beperken, zonder de continuïteit van zorg in het gedrang te brengen. Indien deze in grote hoeveelheden aangekocht moeten worden, dient nagegaan te worden of deze via het netwerk kunnen aangekocht worden. Dit om het risico op verval te minimaliseren.
 - *Er worden op netwerkniveau 2 dossiers rond samenaankoop van invasieve medische hulpmiddelen of implantaten gerealiseerd (S V).*
 - *De waarde van vervallen apotheekproducten wordt met 20 % verlaagd (S V).*

E.4 Adviserende rol van de apotheek

- Na de introductie van het nieuwe elektronisch patiëntendossier zal de apotheek zijn adviserende functie betreffende het geneesmiddelenbeleid bij de patiënt intensifiëren. De nodige veiligheidschecks zullen binnen het elektronisch patiëntendossier geïmplementeerd worden zodat een bericht wordt gestuurd naar de apotheker bij een risicovolle combinatie van factoren waarbij geneesmiddelen betrokken zijn.
- Eens de beslissingsondersteuning en automatische berichten goed geïntroduceerd zijn en op een correcte wijze gebruikt worden, zal de focus van de apotheker verschuiven van 'basis' controles naar het bieden van ondersteuning in specifieke casussen waar een geautomatiseerde beslissingsondersteuning tekort schiet.
- Op basis van een analyse van de verkregen informatie zal bepaald worden welke diensten of patiëntenpopulaties 'front office' klinische farmacie ondersteuning krijgen.
- De geneesmiddelen gerelateerde VIMSAT-meldingen zullen geanalyseerd worden. Op basis van vastgestelde trends zal vanuit apotheek ingezet worden op educatie van de verpleegkundigen, door middel van ontwikkeling van ondersteunend materiaal of effectieve opleidingssessies, per afdeling of ziekenhuis breed.
 - *Vanaf de implementatie van het EPD worden jaarlijks 5 veiligheidschecks geïmplementeerd (S V).*
 - *Vanaf 2023 wordt minstens 0,1 FTE front-office ingezet voor klinische farmacie (S V).*
 - *De apotheek voorziet de nodige vorming omtrent farmacologie en de ICT-toepassing zodat alle verpleegkundigen hieromtrent tijdens de beleidscyclus een opleiding krijgen. (S V).*

E.5 Geneesmiddelenverbruik

- Geneesmiddelen vormen een belangrijke uitgave waarvan de financiële waarde jaar na jaar toeneemt.
 - *Jaarlijks wordt omtrent het verbruik van geneesmiddelen voor iedere arts een individuele feedback voorzien. Als referentie wordt het pathologieverantwoord gebruik genomen (L R).*



F. HRM en Organisatie

F.1 VTO

- Een goed opgeleide medewerker is van groot belang voor het ziekenhuis maar door de stijgende complexiteit en de noodzaak om kennis te verspreiden in de volledige organisatie is het niet evident om dit te realiseren. Omdat externe opleidingen duur en tijdsintensief zijn zullen specifieke opleidingen meer intern of op netwerkniveau georganiseerd worden.
 - *De helft van alle functie specifieke opleidingen voor BBT/BBK, functiecomplement, zorgkundigen, stewards wordt binnen het netwerk georganiseerd (E VN).*
- Binnen het Sint-Andriesziekenhuis zal meer aandacht besteed worden aan leiderschapstraject. Dit leiderschapstraject moet ervoor zorgen dat leidinggevendenden weerbaarder zijn op de werkvloer en beslissingen correct kunnen implementeren maar ook in vraag stellen.
 - *Een leiderschapstraject, inclusief opvolging, wordt uitgerold (E VN).*
 - *Het aantal burn-outs bij leidinggevendenden is gehalveerd (E VN).*

F.2 Tevredenheid

- Er wordt een nieuwe tevredenheidsenquête georganiseerd bij de medewerkers waarbij de scores op de aanbevelingsgraad, de samenwerking, het werkklimaat en de sfeer en de werkdruk en de werkbelasting verbeteren.
- Telewerk kan het aantal bureelplaatsen doen beperken.
 - *Er wordt een nieuwe brede tevredenheidsenquête gehouden in het ziekenhuis (E VN).*
 - *Voor ieder item van de tevredenheidsenquête wordt de gemiddelde score van de benchmark behaald (Dircom).*
 - *Tweejaarlijks wordt een personeelsfeest georganiseerd (E VN).*
 - *Jaarlijks wordt voor iedere medewerker een budget voor teambuilding voorzien (E VN).*
 - *Er is een jaarlijks terugkommoment voor gepensioneerden (E VN).*
 - *Het beleid m.b.t. telewerk wordt geëvalueerd en wordt waar mogelijk uitgebreid tot meerdere functies waarbij leidinggevendenden (m.u.v. leden van het uitgebreid directiecomité) niet op voorhand worden uitgesloten (E VN).*

F.3 Administratieve vereenvoudiging en loonafwerking

- Het ziekenhuis zal inzetten op een digitaal personeelsdossier..
 - *Door de personeelsdienst zullen 90 % van de attesten vanaf 2021 digitaal worden aangeleverd (E VN).*
 - *De SAGA-toepassing wordt uitgebreid zodat verlofwensen digitaal kunnen gemeld worden (E VN).*
- De diensthoofden zullen gesensibiliseerd worden om meer aandacht te besteden aan de anomalieën van de tijdsregistratie.
 - *Het maximum aantal op te lossen anomalieën bij een loonafwerking is op de laatste werkdag lager dan 100 (Dircom).*

F.4 Trajectbegeleiding personeel

- Bij steeds meer medewerkers bestaat de wil om continu bij te leren, te ontwikkelen en te groeien en veranderen daarom vaker van job.
 - *Een bevraging omtrent carrièreplanning en jobrotatie wordt ziekenhuis breed gehouden (E VN).*



F.5 FTE – nieuwe medewerkers

- In de komende periode is het aantrekken van voldoende medewerkers enerzijds om de groei van het ziekenhuis te continueren en anderzijds om te voorzien in de vervanging van medewerkers die met pensioen gaan een grote uitdaging. Hiervoor werd ondertussen een branding campagne opgezet.
 - *Het aantal sollicitaties voor verpleegkundigen is met 50 % toegenomen ten opzichte van de vorige beleidsperiode (E VN).*
 - *De toekomstige werknemer kan tegen begin 2022 vanop afstand op een digitale wijze het Sint-Andriesziekenhuis ontdekken (E VN).*
- Bij de aanwerving van nieuwe medewerkers zal verder ingezet worden op hogere scholingsgraad. Het percentage bachelors t.o.v. graduaat is de voorbije jaren verhoogd van 48.6 % in 2017 naar 53 % in 2019.
 - *De scholingsgraad (bachelors vs. gegradueerden) zal verhogen tegen 2023 tot 58 % bachelors, dit is 1 % boven het gemiddelde van alle ziekenhuizen (57 %) (E VN).*

F.6 Intredebegeleiding

- Het is belangrijk dat het ziekenhuis meer aandacht heeft voor de toekomstige werkrachten. Hierbij moeten meer medewerkers aangetrokken kunnen worden die hier stage hebben gedaan of jobstudent zijn geweest.
- De rekrutering van jobstudenten binnen het verpleegkundig departement dient voor de overgrote gedeelte ook te komen uit de vele stageperiodes die men hier heeft doorgebracht.
 - *Jaarlijks sluiten minstens 5 medewerkers die stage liepen in het Sint-Andriesziekenhuis een arbeidsovereenkomst af (E VN).*
 - *De overeenkomsten met 80 % van de jobstudenten worden ieder jaar afgerond tegen eind februari (E VN).*
 - *De tevredenheidsenquête gehouden op het einde van de stage wordt geactualiseerd en wordt uitgebreid naar artsen; er wordt ingezet op een stijging van de respons met 25 % (A G & E VN).*

F.7 Gouden griepcertificaat

- De grieprik verkleint de kans dat medewerkers de griep krijgen en beschermt patiënten. In 2018 & 2019 werden de inspanningen om medewerkers te overtuigen zich te laten vaccineren beloond met het gouden griepcertificaat van het Agentschap Zorg & gezondheid door een percentage te behalen van meer dan 80 %. Door deze hoge vaccinatiegraad daalt het afwezigheidspercentage tot onder het gemiddelde van de benchmark.
 - *Ieder jaar wordt een vaccinatiegraad van 80 % behaald (M SA en F V).*
 - *Het afwezigheidspercentage blijft onder het gemiddelde van de benchmark (Dircom).*

F.8 Management opleiding artsen.

Door de toenemende complexiteit vereist ook het aansturen van de medische diensten d enodig e managemet skills. Er zal een opleiding voorzien worden voor de artsen in ziekenhuismanagement.

- *Er wordt een managmentopleiding voorzien voor de artsen tijdens de volgende beleidscyclus.*



F.9 Vrijwilligerswerk

- Vrijwilligers kunnen op diverse diensten binnen het ziekenhuis zich nuttig maken.
- Daarnaast is ook van belangrijk om onze vrijwilligers in de spotlight te zetten en mee te doen met diverse initiatieven die vrijwilligers aantrekken.
 - *Een quotum van 50 vrijwilligers wordt bereikt tegen eind 2023 (E VN).*
 - *Er wordt ieder jaar deelgenomen aan de week van de vrijwilliger of aan een gelijkaardig initiatief (E VN).*



G. Kwaliteit

G.1 Accreditatie

- Door de corona-crisis werd het nut van een tweede, derde accreditatie versneld in vraag gesteld door meerdere ziekenhuizen. Ook binnen het artsencorps groeien twijfels over de accreditatie.
- Het ziekenhuis blijft overtuigd van de noodzaak om de resultaten extern te laten toetsen. Het ziekenhuis wil dan ook tijdens de volgende beleidscyclus steeds geaccrediteerd zijn of geaudit worden op zijn kwaliteitswerking door een externe instantie.
- Het ziekenhuis zal tijdens deze beleidscyclus een keuze maken van externe toetsing. Dit kan verder accreditatie zijn, maar dit kan ook eventueel het systeem van de Vlaamse Overheid worden of zelfs nog een ander. Binnen het ziekenhuis gaat de voorkeur uit naar een systeem waarbij de nadruk ligt op het beoordelen van de medische outcome en dit zal dan ook medebepalend zijn in de keuze van het kwaliteitssysteem. Uiteraard zal dit ook op netwerkniveau besproken en afgestemd worden.
- Verder blijft er ingezet worden op externe toetsing van de overheid, zoals Zorginspectie, Audit ziekenhuizen, ...
 - *Een keuze van externe toetsing wordt gemaakt waarbij de nadruk ligt op de medische outcome (P L / A G / S M).*
 - *Een positief audit rapport wordt bekomen (S M / Dircom).*

G.2 Meting van de outcome

- Er zal een aanzet gegeven worden om meer en meer over te schakelen van een meting van het proces en de procedures naar echte outcome meting. (P4P, medische indicatoren, zorgpaden, proms en prems). Voor de bepaling van targets zal zoveel als mogelijk gebruik worden gemaakt van benchmarking.
 - *In ieder medisch beleidsplan en in ieder zorgplan wordt minstens één outcome indicator opgenomen (A G & I W & O J).*
 - *Met de 2 andere netwerkziekenhuizen wordt het overleg en de samenwerking omtrent dit type indicatoren verhoogd onder de vorm van minstens één jaarlijks overleg (L R).*
 - *Een deelname aan de benchmark van 3M waarin > 80 ziekenhuizen zijn opgenomen (VG en MZG) wordt onderzocht (L R).*

G.3 Benchmark resultaten

- *Het ziekenhuis neemt deel aan alle VIP² registraties of metingen die van toepassing zijn op het Sint-Andriesziekenhuis (S M).*



G.4 Open cultuur

- De bestaande open cultuur wordt verder behouden d.w.z. dat er een open communicatie is over de genomen beleidsbeslissingen. Alle beslissingen kunnen dan ook gemotiveerd worden waarbij een correcte en eerlijke besluitvorming het doel moet zijn waarbij het belang van de organisatie primordiaal is maar waarbij steeds gepoogd wordt om dit maximaal in overeenstemming te brengen met de belangen van de individuele medewerker.
 - *Iedere dienstmededeling en elk dienstorder wordt voldoende gemotiveerd; zo nodig wordt de motivatie expliciet vermeld (Dircom).*
- De beslissingen in de organisatie worden maximaal in overleg en consensus genomen met de diverse stakeholders nl. de raad van bestuur, directie, medische raad en ondernemingsraad.
- Het stakeholdersoverleg wordt verder georganiseerd maar zal meer inhoudelijke punten behandelen waar er een advies wordt gevraagd.
 - *Er worden tijdens deze beleidscyclus 6 adviezen gevraagd aan het stakeholdersoverleg (P L).*

G.5 Patiëntendossier

- Een patiëntendossier dient te voldoen aan enkele vereisten: volledig, geïntegreerd, toegankelijk voor iedereen, beschermend in het kader van privacy & gestandaardiseerd.
 - *Aan het eisenkader van een patiëntendossier (Zorginspectie, ...) wordt voldaan (A G, S M & G DZ).*
 - *De overschakeling naar het nieuwe EPD wordt in kwaliteitscijfers opgevolgd oor middel van dossiercontroles – open & gesloten (S M).*

G.6 LEAN

- Door het 'LEAN denken' te implementeren in het ziekenhuis en het meer streven naar uniformiteit en standaardisatie, willen we het ziekenhuis efficiënter maken. Door middel van een werkgroep willen we standaardisatie brengen en complex zaken gestroomlijnd uitwerken en implementeren. Het uiteindelijke doel blijft meer handen aan bed, meer tijd bij de patiënt (werkgroep MOE DA).
 - *De werkgroep MOE DA werkt jaarlijks 5 verbeterpunten uit (SM & G DZ).*



H. Financieel-administratieve diensten

H.1 Financieel gezonde organisatie

- Het ziekenhuis blijft de ambitie hebben om ondanks het hoge investeringsritme ook tijdens de volgende beleidscyclus een financieel gezonde onderneming te blijven.
 - *Er is ieder jaar een positief bedrijfsresultaat (Dircom).*

H.2 Opnamedienst (onthaal, centrale inschrijving, kasdienst, (pre)-opname)

- Binnen de opnamedienst zal het EPD een prioritair project zijn dat de komende jaren moeten zorgen voor een betere dienstverlening naar de patiënten en/of de interne stakeholders zonder de efficiëntie of de kwaliteit te verlagen.
- Een dienstvergadering versterkt de teamgeest en zorgt voor een voldoende communicatie en informatiedeling.
 - *Jaarlijks wordt binnen de dienst één efficiency verbetering uitgevoerd (G DZ).*
 - *De frequentie van dienstvergaderingen wordt opgedreven naar één keer per kwartaal (G DZ).*

H.2.1 Pre-opname/voorinschrijving

- Bij de opstart van de pre-opname is het aantal patiënten dat gebruik maakt van de pre-opname/voorinschrijving beperkt tot 55 % (2019). Door de COVID-19 crisis en de verplichting om vooraf een neuswisser te nemen, gaan alle patiënten naar de pre-opname/voorinschrijving. Hierdoor wordt de patiënt ontzorgd de dag van de opname en gaat er geen tijd verloren de dag van de opname aan het onthaal. Bijkomend wordt hierdoor de patiëntveiligheid vergroot gezien de patiënt beter geïnformeerd is, alle nodige risico's vooraf gedetecteerd zijn (MRSA, COVID-19,...) en de nodige informed consents getekend zijn.
 - *80 % van de patiënten maken gebruik van de pre-opname/voorinschrijving (G DZ & M SA).*

H.2.2 Inningsproces – samenwerking met OCMW's hinterland

- Het inningsproces binnen het ziekenhuis zal verder geoptimaliseerd worden. Na de introductie van de sms'en naar de patiënt en het inschakelen van een incassobureau zal het introduceren van QR codes geïntegreerd worden.
 - *QR codes worden geïntegreerd op de facturen tegen eind 2021 (G DZ).*
- De grootste zorg en aandacht moet besteed worden aan het vinden van oplossingen voor patiënten die niet in regel zijn met de ziekteverzekering. Voor dergelijke patiënten komt de factuur van +/- 500 euro per dag volledig ten laste van patiënt. Hierbij is het cruciaal dat er de komende jaren geïnvesteerd wordt in een goeie samenwerking met de verschillende OCMW's van het hinterland. Essentieel hierbij is dat de patiënt gesensibiliseerd wordt zodat hij of zij bereid is om hieraan mee te werken.
 - *De jaarlijkse afboeking van verloren vorderingen wordt beperkt tot 150.000 euro (G DZ).*
 - *Het totaal bedrag dat moet worden doorgeven aan externe partner, het zogenaamde toevertrouwd bedrag, is niet groter dan 350.000 euro (G DZ).*



H.2.3 Patiëntentransport

- De organisatie van externe patiënten transporten zal geoptimaliseerd worden zodat dit minder tijdsintensief wordt en kostenefficiënter wordt.
 - *Om een betere afstemming te bekomen wordt Booqit geïmplementeerd (G DZ).*
 - *Er zal een marktbevraging gebeuren voor de transporten die buiten Mutas lopen zodat dit zowel voor de patiënt als voor het ziekenhuis gebeurt aan scherpe marktprijzen (G DZ).*

H.2.4 Aanpassing avondconsultaties

- Het onthaal wordt aangepast zodat de nodige service kan geboden worden voor de avondconsultaties voor artsen.
 - *De huidige werkregeling wordt aangepast (G DZ).*

H.3 Boekhouding – facturatie

- De boekhouding en facturatie zullen evolueren van een wettelijke verplichting naar een business partner.
- De dynamiek van deze diensten zal verhoogd worden door stand-up vergaderingen en regelmatige dienstvergaderingen. Hierbij zal naast een korte informatie overdracht en opvolging vooral gezocht worden naar efficiëntie verbeteringen.
 - *Er wordt jaarlijks binnen de dienst 1 efficiëntie verbetering gerealiseerd. (GDZ)*
 - *Er worden wekelijks stand-up vergaderingen georganiseerd en 2 dienstvergaderingen georganiseerd (G DZ).*

H.3.1 Digitalisering van prestatiestaten/afrekening dokters

- Verspilling van papier wordt vermeden.
 - *De huidige papieren prestatiestaten worden gedigitaliseerd (G DZ).*
- Er zal verder ingezet worden op zowel kwaliteitsvolle als tijdige afwerking van de kostenstaten. Een financiële regeling met artsen volgens het KISS principe is hiervoor noodzakelijk.
 - *Ieder jaar worden eind juni de kostenstaten opgeleverd (G DZ).*
 - *Het aantal correcties die na bespreking met de artsen moeten uitgevoerd worden zal beperkt worden tot maximaal 50.000 euro per jaar. Dit wordt opgevolgd in de jaarlijkse boeking van de uitzonderlijke kosten (G DZ).*

H.3.2 Budget ownership/kostenbeheersing

- Er wordt een budget ownership gecreëerd bij de verschillende afdelingen zodat deze zelf bewust nadenken welke kosten er geoptimaliseerd kunnen worden en hiervoor de nodige acties uitvoeren.
 - *Een 10 -tal afdeling (ICT, technische dienst, voedingsdienst, schoonmaak, ...) heeft zicht op de operationele kosten en investeringen van de afdeling (G DZ).*
 - *In het kader van kostenbeheersing wordt een marge analyse voor de apotheek opgesteld (G DZ).*

H.4 Financiële regeling artsen

- De omgeslagen kosten op basis van aantal medewerkers wordt op een meer billijke manier verdeeld tussen alle disciplines. Deze herverdeling zal budgettair neutraal zijn voor het ziekenhuis. De directe kostenregeling blijft onveranderd.
 - *Tegen begin 2023 is de financiële regeling met de artsen aangepast (P L / G DZ).*



H.5 ICT

- Het belang van ICT neemt jaarlijks toe, wat te merken is binnen alle afdelingen. Medische toestellen vereisen steeds een koppeling met het netwerk, patiënten opvolgen wordt meer en meer digitaal met apps en sensoren. Dit alles impliceert dat om dit uit te werken we zeker over voldoende gekwalificeerde ICT medewerkers moeten beschikken
 - *Het personeelsbehoefteplan voor de dienst ICT is voor 100 % ingevuld (G DZ).*
- Tevens moeten ook de medewerkers opgeleid worden (zie luik EPD) maar omgekeerd moet ICT ook naar de vloer worden gebracht.
 - *De nodige opleidingen voor het EPD worden voor de artsen, verpleegkundigen en paramedici georganiseerd (G DZ).*
 - *Er worden jaarlijks vier overlegmomenten met de referenten verpleging belegd (G DZ).*
 - *Binnen de dienst ICT worden jaarlijks 3 dienst specifieke verbeteringen uitgewerkt (G DZ).*

H.5.1 On-boarding proces medewerkers

- Binnen het ziekenhuis worden nieuwe medewerkers, uitdiensten of medewerkers die van functie wijzigingen op een accurate en snelle manier de juiste rechten toegekend voor alle bestaande applicaties (> 100 applicaties).
- Hiervoor is een functiematrix opgesteld die nu vooral moet toegepast worden.
 - *Het proces van het toekennen van rechten verloopt geautomatiseerd zodat het tijdsverloop tussen aanvraag en implementatie maximaal twee werkdagen is (G DZ, AVU) en dit voor alle aspecten omtrent digitale, fysieke toegang alsook benodigde werkinstrumenten (pc, printer, arbeidskledij)*

H.5.2 Opstarten ISO 27001

- Door het toenemend belang van ICT, een stringenter wetgeving (GDPR, minimale kwaliteitsnormen) en de toename van het risico op cybercriminaliteit, moeten er voldoende inspanningen gedaan worden om de veiligheid van de gegevens te borgen.
 - *Een security audit wordt opnieuw uitgevoerd (G DZ).*
 - *De eerste stappen worden gezet richting een ISO 27001 certificaat (G DZ).*

H.5.3 Optimaliseren van responstijd van tickets

- Binnen ICT wordt er gewerkt met prioritering van tickets.
 - *Per type ticket is er een duidelijke en haalbare responstijd die wordt gecommuniceerd naar alle medewerkers (G DZ). Hierbij wordt er nagestreefd dat 85% van de tickets conform de voorziene tijd wordt opgelost. SPO, SP1 de dag zelf, AP1 binnen de drie werkdagen, SP2 binnen de week, AP2 binnen de twee weken, SP3 binnen de maand en AP3 binnen de drie maanden*
 - *Het aantal tickets per persoon neemt niet toe door de organisatie van opleiding en door het gebruik van robuuste technologie (G DZ).*

H.5.4 Samenwerking externe leveranciers

- Om zowel een optimale responstijd te garanderen, veilige systemen te bekomen en om tevens een snel evoluerende technologie op te volgen, is voor de ICT afdeling een goede samenwerking met externe leveranciers nodig.
 - *Cruciale leveranciers worden geïdentificeerd en met deze leveranciers/partners worden duidelijke SLA afgesproken wat aanleiding kan geven tot een andere keuze/boetebedingen (G DZ).*



I. Departement Facility

I.1 Technische dienst

- Door de verdere uitwerking van het masterplan en de hierbij voorziene groei van de medische activiteit moet er ook een groei in de infrastructuur voorzien worden.
 - *De verbouwingen van de dagziekenhuizen D en C en de pijnkliniek worden afgewerkt tegen eind 2022 (A VU).*
 - *De SP-afdeling wordt gebouwd tegen eind 2021 (A VU).*
 - *Het burelenplan (tgv bijkomende artsen) wordt uitgerold tegen eind 2022 (A VU).*
 - *De spoedgevallendienst wordt verbouwd tegen eind 2021 (A VU).*
 - *Een huisartsenwachtpost wordt gebouwd tegen eind 2021 (A VU).*
 - *De nodige verbouwingen n.a.v. de verhuis/afbraak van het huidige WZC worden uitgevoerd tegen eind 2023 (A VU).*
- Meerdere medewerkers van de technische dienst bereiken de pensioenleeftijd tijdens deze beleidscyclus. Tijdsige vervanging is noodzakelijk om de dienstverlening verder te kunnen verzekeren.
- Het personeelsbehoefteplan zal steeds tijdig ingevuld worden (A VU).
- Door de toenemende complexiteit van de installaties worden extra opleidingen voorzien.
 - *Elke medewerker volgt minstens 1 specifiek voor zijn vakgebied aangepaste opleiding per jaar (A VU).*

I.2 Aankoop en voorraadbeheer

- Na de implementatie van het stockbeheer in de core business wordt het stockbeheer verder uitgerold.
 - *De ondersteunende diensten zullen opgenomen zijn in het scanningsysteem en het systeem wordt verder uitgebreid voor de niet-voorraadproducten (A VU).*
 - *Het verder uitbouwen van de samen aankoop en het verhogen van het aantal raamcontracten blijft actueel. Elk jaar worden er minstens 5 contracten afgesloten (A VU).*
 - *De efficiëntie van het magazijn wordt verhoogd door het samenbrengen van het magazijn voor de steriele goederen met het magazijn in de aankoopdienst. Dit kan verwezenlijkt worden op het ogenblik dat ICT verhuist is naar zijn nieuwe locatie (A VU).*
 - *De aankoopprocedure wordt verfijnd, de wettelijke vereisten van de preventie worden geïncorporeerd en de procedure wordt strikt toegepast (A VU).*



I.3 Hoteldienst

I.3.1 Schoonmaak

- Het opgezette kwaliteitssysteem wordt verder gevolgd en volgt de evoluties in de markt.
 - *Alle schoonmaaksters zullen via de begeleiding van de leverancier een opleiding krijgen in de nieuwste schoonmaaktechnieken (A VU).*
- De werking van de schoonmaakdienst wordt geoptimaliseerd.
 - *De plateauwerking wordt verder opgevolgd en verfijnd zodat de invulling van handen op de werkvloer wordt geoptimaliseerd (A VU).*
 - *De digitalisering wordt op punt gesteld zodat op elke werkwagen d.m.v. een tablet de onmiddellijke opvolging en registratie kan gebeuren om zo verloren arbeid te beperken (dagplanning, veiligheidsfiches, werkfiches, ...) (A VU).*
- Coaching van communicatievaardigheden voor de medewerkers omtrent het assertief en respectvol communiceren onderling, met patiënten (ook moeilijke) en bezoekers is noodzakelijk.
 - *Alle medewerkers van de schoonmaakdienst krijgen hiervoor een opleiding (A VU).*

I.3.2 Catering- Kwaliteitsopvolging

- De nieuwe trends op vlak van catering in de zorg worden systematisch onderzocht op nieuwe mogelijkheden om de kennis verder te ontwikkelen en te anticiperen op opportuniteiten.
 - *Het diensthoofd voeding onderzoekt minstens 2 nieuwe trends (A VU).*
- Het servicelevel voor de catering in het restaurant en voor de brood-buffetwagen kan worden verhoogd.
 - *Er komt een grotere variatie in de menucycli (A VU).*
 - *Het aanbieden van meeneemaaltijden voor medewerkers wordt onderzocht en via een proefproject getest en geëvalueerd (A VU).*
 - *Drie tevredenheidsindicatoren (van de patiënt, van de bezoeker aan het restaurant en van het personeel over het aanbod in het restaurant) worden opgevolgd (A VU).*
 - *De receptuur en de opvolging van allergenen gekoppeld aan de foodkost zal worden gestandaardiseerd. Een ICT-tool die deze zaken eenvoudig opvolgen wordt aangekocht (A VU).*
- Autocontrole en tracement worden verder uitgewerkt.
 - *Er zal gepoogd worden om een smiley te behalen in de huidige of uiterlijk in de volgende beleidscyclus (A VU).*

J. Milieu en leefmilieu

- Het ziekenhuis wenst een duurzame onderneming te worden en ook aan de milieuproblematiek dient de nodige verdere aandacht besteed te worden.
 - *Het voorzien van één alternatieve energiebron (zonne-energie, ...) wordt onderzocht en indien haalbaar uitgevoerd (A VU).*
 - *De opportuniteit van de omzetting van het keukenafval tot biogas wordt onderzocht en indien haalbaar uitgevoerd (A VU).*
 - *Het gebruik van de fiets wordt verder gestimuleerd (Dircom).*
 - *De eerste 8 oplaadpalen voor elektrische wagens worden voorzien (A VU).*
 - *De hoeveelheid (in gewicht) afval wordt in verhouding tot het aantal opnames verminderd met 2 % (A VU).*
 - *De voedselverspilling wordt met 5 % beperkt (A VU).*



K. Interne dienst preventie en bescherming op het werk (IDPB)

- In het vorige beleidsplan werd gestart met het opzetten van het DRBS.
 - *De verdere uitvoering van risicoanalyses op de werkposten wordt opgenomen. Er wordt bij 10 werkposten een risicoanalyse uitgevoerd. (A VU).*
 - *Om te voldoen aan de wettelijke bepalingen vereist bij de bestelling van machines, BPM'S, gevaarlijke producten, ed. dient de procedure van de drie groen lichten te worden gevolgd.*
 - *De procedure van drie groene lichten worden verwerkt in de aankoopprocedure (A VU).*
 - *De praktische uitvoering van de noodplanning werd verschoven naar de IDPB. De afstemming van het noodplan met de technische installaties en vice versa wordt nagezien en geoptimaliseerd (A VU).*
 - *Het nieuwe AREI wordt ingevoerd (A VU).*
- De eerste opvang van agressie aanvallen met aansluitend een doorverwijzing naar de second victim procedure wordt uitgewerkt.
 - *Hiervoor volgen de medewerkers in de preventiedienst een opleiding (A VU).*

L. Externe samenwerking

L.1 Het TRIAZ netwerk

- Het Triaz netwerk krijgt vorm tijdens de volgende drie jaar waarbij de opmaak van een medisch zorgstrategisch plan de belangrijkste uitdaging is. Dit zal immers bepalen welke diensten er nog binnen het ziekenhuis kunnen aangeboden worden. Het uitgangspunt blijft hierbij “decentraal aanbieden wat kan, centraliseren wat moet”.
 - *Een zorgstrategisch plan wordt ingediend (P L).*
- Zowel de raad van bestuur, de medische raad als het uitvoerend orgaan van het netwerk moeten effectief werkzaam zijn. Dit moet zich vertalen in effectieve samenwerkingen op het operationeel vlak waarbij een evenwicht wordt gevonden tussen de individuele autonomie van de ziekenhuizen en een voldoende afstemming en integratie van werkwijzen. Hierbij zou vooral op vlak van adviserende comités een integratie mogelijk moeten zijn.
 - *De raad van bestuur, de medische raad en het uitvoerend orgaan komen min 3 x per jaar samen (P L).*
 - *Minimaal twee comités hebben een geïntegreerde werking (P L).*

L.2 Samenwerking huisartsen

- Er wordt gestreefd naar een goede samenwerking met de huisartsen.
 - *Er is een jaarlijkse samenkomst met de huisartsenvereniging (P L & A G).*
 - *Er is een jaarlijkse kennismaking met nieuwe huisartsen in de regio (P L & A G).*
 - *Een huisartsenwachtpost op de campus van het ziekenhuis wordt uitgebaat (P L & A G).*



M. Public relations

M.1.1 Interne en externe communicatie

- Interne en externe communicatie neemt aan belang toe. Voor de komende beleidsperiode zijn onderstaande aspecten cruciaal om tot een blijvend succes te komen:
 - *De aanwezigheid op sociale media neemt toe en Instagram als kanaal wordt opgestart. 1/5^{de} van het aantal in vergelijking met AZ Delta (de netwerkziekenhuizen ?) wordt door een voldoende gebruik en geschikte content gerealiseerd (G DZ).*
 - *De employer branding campagne (zie ook boven) wordt jaarlijks opgevolgd (E VN).*
 - *Via digital signage wordt een digitale communicatie met bezoekers, patiënten en werknemers opgestart (G DZ).*
 - *Jaarlijkse zijn er minimaal 3 overlegmomenten met de PR werkgroep (samen met artsen) (G DZ).*
 - *Er worden 8 infoavonden per jaar in de gemeenten/steden van het hinterland georganiseerd waarbij gemiddeld 40 personen aanwezig zijn (G DZ).*
 - *Er zijn een 3-tal actieve samenwerkingen met patiëntenverenigingen (G DZ).*
 - *Ieder kwartaal wordt een medische dienst in de kijker gezet (G DZ).*
 - *De bouw van een nieuwe website wordt opgestart (G DZ).*

M.1.2 Open bedrijvendag

- Op het einde van de beleidsnota zal het ziekenhuis 100 jaar bestaan. Dit wordt in de kijker gezet.
- In 2023 zal de afdeling psycho-geriatrie op de zesde verdieping beschikken over nieuwe infrastructuur.
 - *In 2023 wordt deelgenomen aan de open bedrijvendag (Dircom).*

