

Beleidsnota 2024-2026

(goedgekeurd Raad van Bestuur 27.09.2023)

Inhoud

A.	Inleiding.....	2
B.	Sterkte-zwakte analyse	2
C.	De patiënt.....	4
D.	Medisch-verpleegkundig.....	4
E.	Farmaceutisch beleidsplan.....	10
F.	HRM en organisatie	13
G.	Kwaliteit.....	15
H.	Financieel-administratieve diensten	17
I.	Departement Facility.....	20
J.	Milieu en duurzaamheid	23
K.	Interne dienst preventie en bescherming op het werk (IDPBW).....	23
L.	Externe samenwerking.....	24
M.	Public relations.....	26

A. Inleiding

Met deze derde beleidsnota is het de ambitie van het ziekenhuis om de gezondheidszorg in de regio te versterken en te consolideren op langere termijn en de dienstverlening naar de patiënt verder te optimaliseren.

Deze beleidsnota werd voor het eerst opgemaakt na voorafgaande bevraging van de stakeholders, de huisartsenverenigingen, de ondernemingsraad, de medische raad en het bestuursorgaan. Hierdoor is er een breder draagvlak voor de richting waar we met het ziekenhuis uitgaan.

B. Sterkte-zwakte analyse

B.1 Sterktes ziekenhuis

- *Flexibiliteit in vele diensten zowel ondersteunende als medische diensten.*
- *Up-to-date infrastructuur.*
- *Veerkracht en samenhang van de medewerkers.*
- *Financieel performant.*
- *Constructief overleg artsen-medische raad, ondernemingsraad, directie en bestuursorgaan.*
- *Warme, persoonlijke zorg voor patiënten.*

B.2 Verbeterpunten / bedreigingen ziekenhuis

- *Het marktaandeel in de regio en in het bijzonder in Tiel kan nog toenemen.*
- *Het ondernemerschap mag groter;*
- *De ambitie en creativiteit van sommige diensten moet worden aangescherpt.*
- *De wachttijden en de doorlooptijden naar onderzoeken kunnen korter.*
- *Patiëntvriendelijkere dienstverlening (raadplegingen buiten kantooruren, mogelijkheid tot het maken van online-afspraken, een correcte bejegening, een patiëntvriendelijke communicatie, ...).*
- *Beleid i.v.m. duurzaamheid incl CO2 uitstoot.*
- *Verleiding van artsen en personeel door andere zorgorganisaties.*
- *Duurzaamheid*

B.3 Opportuniteiten voor het ziekenhuis

- *Het aantrekken van nieuwe artsen.*
- *De oprichtingen van een externe polikliniek.*
- *De samenwerking met AZ Delta-netwerk.*
- *Beleid i.v.m. duurzaamheid.*
- *Een schaalvergroting.*
- *Tijdige communicatie met familie/huisarts.*
- *Samenwerking met patiënten verenigingen.*
- *Het merk "Sint Andries" sterker maken zodat we aantrekkelijk blijven voor patiënten en medewerkers.*
- *Duurzaamheid*

B.4 Externe bedreigingen voor het ziekenhuis

- *De regelgeving die steeds hogere eisen stelt.*
- *De drang naar centralisatie.*
- *De schaalgrootte van het ziekenhuis.*
- *De samenwerking met AZ Delta-netwerk.*
- *De krapte op de arbeidsmarkt waardoor het aantrekken van artsen en medewerkers moeilijker wordt.*

- *Uitstroom van medewerkers door het afwerven en door pensioen.*

C. De patiënt

C.1 Beleving/betrokkenheid van de patiënt

- De patiënt zal actiever betrokken worden bij zijn eigen zorg (patient empowerment) en de werking van het ziekenhuis. Zo zal de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten en/of hun naasten benut worden om de kwaliteit en de werking te verbeteren. Hiervoor zal het ziekenhuis:
 - de huidige werking van het patiënten panel continueren en intensifiëren;
 - FlaQuM-dialooggroepen organiseren op basis van de resultaten van de QuickScan en
 - op gestructureerde manier bevestigingen organiseren op afdelingsniveau.

- *Maandelijks wordt op minimaal 1 afdeling een patiëntenbelevingsbevestiging georganiseerd (K S).*
- *Er wordt jaarlijks voor iedere dienst in de zorg en het medisch departement een tevredenheidsenquête bij patiënten georganiseerd. De terugkoppeling en bespreking van de resultaten gebeurt met medewerkers en artsen (K S).*

D. Medisch-verpleegkundig

D.1 Medisch beleid

D.1.1 Algemeen

Het medisch aanbod zal de komende jaren mede bepaald worden door studies van het KCE en anderen waarbij men zowel vanuit financiële als kwalitatieve overwegingen de zorg verder zal pogen te centraliseren.

- *Het ziekenhuis zal de studies en de eventuele conclusies kritisch opvolgen. En zal desgevallend verder binnen de sector het debat mee proberen te beïnvloeden.*

Binnen het ziekenhuis zullen de medische diensten in 2024 gevraagd worden om een nieuw ambitieus beleidsplan op te maken voor de uitbouw van hun dienst met concrete actiepunten die een antwoord bieden op de sterkte-zwakke analyse van het ziekenhuis.

- *De medische beleidsplannen worden opnieuw voorgesteld aan het BO en worden jaarlijks opgevolgd worden tijdens de dienstgesprekken.*

D.1.2 De dienst Orthopedie

Het is de ambitie om van de dienst orthopedie opnieuw een speerpunt te maken van het ziekenhuis.

- *Er worden na de versterking van de laatste jaren twee nieuwe collega's aangetrokken met elk hun eigen specialisme in heup- of kniepathologie.*
- *Er wordt in de periode 2024-2026 geïnvesteerd in een robot die ook bij heup- en kniegewrichten kan ingezet worden.*
- *Het is het de ambitie om tegen het eind van beleidsperiode in 1 op de 3 gemeenten van de aantrekkingszone een gemiddelde marktpenetratie van het ziekenhuis te halen.*

D.1.3 Materniteit

Het blijft de ambitie om de materniteit in het ziekenhuis te behouden.

- *Tegen eind 2026 zal het ziekenhuis jaarlijks 600 bevallingen realiseren.*
- *De onderwaterbevallingen worden gepromoot.*
- *De samenwerking met externe vroedvrouwen wordt gecontinueerd en uitgebreid waar mogelijk.*
- *Bij de volgende kaderinvulling wordt rekening gehouden met oncologische heelkundige gynaecologie.*

D.1.4 Robotchirurgie

De robotchirurgie wordt in de komende beleidsperiode uitgebouwd tot een sterk punt van het ziekenhuis.

- *Hiervoor zullen naast algemene heelkunde en urologische ingrepen ook gynaecologische ingrepen via robotassistentie uitgevoerd worden.*
- *Het ziekenhuis zal een opleidingscentrum worden voor robotchirurgie voor andere geneesheren.*

D.1.5 Uitbreiding artsenkorps

Het artsenkorps zal naast de vervanging van artsen die met pensioen gaan verder uitgebreid worden.

- *In de periode van het beleidsplan neemt het artsenkorps toe met 5 artsen confer de uitbreiding in het verleden.*

D.1.6 Short stay

De short stay afdeling zal terug uitgebouwd worden tot een volwaardige afdeling die buiten de vakantieperiodes open blijft tijdens het weekend. Zo zal de geriatrische orthopedie terug op de afdeling C2 gehospitaliseerd worden om de verdere groei van de geriatrie mogelijk te maken na het aantrekken van een derde geriater.

- *Tegen het einde van 2026 wordt de short stay afdeling opnieuw een verpleegafdeling die ook in de weekends open blijft.*

D.1.7 Externe polikliniek

Het is de ambitie om in de aantrekkingszone van het ziekenhuis een externe polikliniek op te starten naast de poliklinieken in Aalter.

- *10 diensten worden gemotiveerd om consultaties in de nieuwe externe polikliniek te houden tegen eind 2024.*

D.1.8 Ontslagprocedure en bedplanning

De bedplanning wordt geoptimaliseerd zodat zowel de verpleegkundige als medewerkers van de ondersteunende diensten op een efficiënte en vlotte manier hun taken kunnen uitvoeren.

- *In iedere dienst worden tegen 2026 bij 70 % van de patiënten 24 uur voor het ontslag een ontslagplanning geregistreerd in het medisch dossier.*
- *Het aantal kamers dat dubbel (dagelijks onderhoud en SOP) gereinigd wordt beperkt tot max 5 per dag.*
- *Ziekenhuisbreed zullen 30% van de patiënten voor de middag het ziekenhuis verlaten en 90% voor 18:00.*

D.1.9 Aanbod medische diensten

Nieuwe medische activiteiten die in de medische beleidsplannen 2025-2027 in het Sint-Andriesziekenhuis worden aangehaald zullen onderzocht worden op hun haalbaarheid en zullen gerealiseerd worden indien de haalbaarheidsstudie positief is. Deze beleidsplannen zullen getoetst worden aan de sterkte-zwakte analyse van het ziekenhuis.

D.1.10 Multidisciplinair overleg en multidisciplinaire samenwerking.

Het multidisciplinair overleg en multidisciplinaire samenwerking wordt binnen iedere dienst uitgebouwd.

- *Iedere dienst neemt, zoals opgenomen in het medisch beleidsplan, deel aan MDO's relevant voor het verhogen van de kwaliteit en/of aantrekkelijkheid in functie van het verruimen van het marktaanbod.*

D.1.11 Opvolgprogramma's na opname

Digitale applicaties waarbij patiënten na een ziekenhuisopname ambulant kunnen worden opgevolgd worden uitgerold.

- *Drie verschillende apps waarbij ambulante zorg kunnen worden opgevolgd zijn eind 2026 uitgerold.*
- *Er wordt deelgenomen aan projecten rond thuishospitalisatie voor antibioticatherapie en chemotherapie.*

D.2 Care 4 Quality

De algemene doelstelling van het verpleegkundig en paramedisch departement is 'care 4 quality' dat wordt gerealiseerd vanuit 4 pijlers, namelijk: zorgkwaliteit, medewerkerskwaliteit, netwerking en zorginnovatie.

D.2.1 Zorgkwaliteit

Op basis van de uitgevoerde SWOT-analyse in het departement werden in het domein van zorgkwaliteit 3 prioriteiten weerhouden waar de komende periode op wordt ingezet, namelijk: pijnvrije zorg, patiënt empowerment en warme zorg.

D.2.1.1 Pijnvrije zorg

Het algologische team wordt uitgebouwd om het huidige pijnbeleid verder ziekenhuisbreed te implementeren waarbij er een structurele ondersteuning is van de afdelingen in de opvolging van de patiënten en de begeleiding van de zorgmedewerkers. Opvolging zal gebeuren aan de hand van indicatoren.

- *Per afdeling worden maandelijks 10 dossiers gecontroleerd op pijnbevraging en herevaluatie na pijnbeleid.*
- *Er is een jaarlijkse feedback op een teamvergadering met vermelding van de conclusies in het verslag.*
- *Het algologische team rapporteert maandelijks over het aantal uitgevoerde interventies per afdeling en in het bijzonder over aantal psychologische interventies uitgevoerd bij oncontroleerbare pijn. De resultaten worden halfjaarlijks besproken met apotheek.*
- *De zorgmedewerkers worden via e-learning begeleid.*
- *Er zal vanuit de eigen expertise jaarlijks een interne en een externe opleiding georganiseerd worden op basis van de noden geformuleerd door de afdelingen en de ELZ.*

D.2.1.2 Patient empowerment

- *Er wordt een pilootproject opgestart om bedside shift reporting te realiseren. Dit wordt bij positieve evaluatie uitgerold naar de andere afdelingen.*
- *In de geriatrische zorg wordt een beleid uitgewerkt om mantelzorgers meer te betrekken en in te zetten in de ondersteuning van de zorg voor hun familielid.*

D.2.1.3 Patiëntgerichte zorg

Hoewel het aantal klachten in het ziekenhuis beperkt is in vergelijking met de benchmark blijkt het aandeel van klachten omtrent de communicatie en de privacy van de patiënt een belangrijk aandeel te vormen.

- *Het aantal klachten over communicatie en bejegening van patiënten en hun familie daalt met 1/3^{de}.*
- *Jaarlijks worden 2 acties opgezet om de communicatie naar de patiënten en hun familie te verbeteren. De acties worden op een positieve manier benaderd en zijn gericht op het organiseren van een zorg ethisch labo, ervaringsgericht leren, privacy, respectvolle omgang, verbindende communicatie, casuïstiek, enz.*

D.2.2 Betrokkenheid medewerkers

D.2.2.1 Hoofdverpleegkundigenraad

Om de betrokkenheid en samenwerking onder de afdelingen te verhogen zal een hoofdverpleegkundigenraad worden opgestart. Dit overlegorgaan komt minstens 4 keer per jaar samen onder leiding van 2 voorzitters (hoofdverpleegkundigen), die instaan voor een agenda en de terugkoppeling met operationele adviezen naar het zorgmanagementteam.

- *Jaarlijks wordt minstens één advies van de hoofdverpleegkundigenraad uitgevoerd*

D.2.2.2 Professionalisering van zorgmedewerkers

D.2.2.2.1 Ondersteuning opstart nieuwe zorgmedewerkers

De inscholingsmappen worden in overleg met HRM herwerkt (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** p. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**).

D.2.2.2.2 Klinisch redeneren

- *Een opleidingsconcept om het klinisch redeneren van de zorgmedewerkers te verhogen wordt opgemaakt en geïmplementeerd. Alle verpleegkundigen doorlopen in de volgende periode alle orgaanstelsels tijdens dit pakket van interne vormingen. Een test op basis van kennis en casuïstiek zal opgemaakt worden via e-learning, dit met het oog op het detecteren van eventuele bijkomende opleidingsnoden.*

D.2.2.2.3 Veilige oncologische zorg

- *Alle verpleegkundigen van de interne afdelingen waar chemo wordt toegediend krijgen een interne opleiding op maat over chemoveiligheid en oncologische zorg.*
- *Via e-learning zal de kennis getest worden met het oog op het detecteren van eventuele bijkomende opleidingsnoden.*

D.2.2.2.4 Verpleegkundige casuïstiek en intervisie

- *Er zal een beleid opgemaakt worden waarbij twee keer per jaar een intern intervisiemoment zal georganiseerd worden per verblijfsafdeling. Elk intervisiemoment zal minstens 2 casussen bevatten die zich hebben voorgedaan op de afdeling die multidisciplinair wordt besproken.*

D.2.2.3 Ontslagmanagement

Het ontslagmoment wordt verder uitgewerkt met het oog op een betere ondersteuning van de verblijfsafdelingen en de artsen.

- *Binnen het beschikbare budget wordt een ontslagmanager aangeduid ter ondersteuning van de continuïteit van de zorg vnl. bij oudere patiënten. Op termijn zal deze ontslagmanager ingekanteld worden in de sociale dienst.*

D.2.2.4 Samenwerking met andere departementen

Het huidig structureel overleg tussen het verpleegkundig en facilitair departement zal verbreed en verdiept worden.

- *Het comité medisch materieel wordt hervormd (zie onder 0 p. 12).*
- *De referentenwerking wordt geoptimaliseerd.*

D.2.3 Zorginnovatie

Het zorgmanagementteam blijft op de hoogte van evoluties in het werkveld en implementeert 'state of the art' innovaties die een meerwaarde bieden voor een kwalitatieve veilige zorg van onze patiëntenpopulatie.

- *Het verpleegkundige departement bespreekt alle overheidsprojecten en kiest jaarlijks 1 project om aan deel te nemen.*

D.3 Ziekenhuishygiëne: preventie en controle zorginfecties

D.3.1 Toezicht op het basisprogramma

D.3.1.1 Handhygiëne blijft de hoeksteen van infectiebeheersing en een belangrijke pijler in de bevordering van patiëntveiligheid.

- *Jaarlijks zijn er 20 audits per FTE verpleegkundig ziekenhuishygiënist (o.b.v. checklists met structuur- en procesindicatoren) van het beleid doorheen het ziekenhuis in verband met standaardvoorzorgsmaatregelen en isolatie van besmette patiënten ter preventie van overdracht of indijking van besmettelijke kiemen. Er is een auditrapport of schriftelijke feedback.*
- *Handhygiënetoepassing wordt in 90 % van de opportuniteiten opgevolgd.*
- *98 % van de medewerkers is in orde met alle basisvereisten.*

D.3.1.2 Aandacht voor risico's gerelateerd aan de omgeving om infecties en kruisbesmetting te voorkomen.

Om de kwaliteit van reiniging en desinfectie van patiëntenkamers en de operatiekamer te optimaliseren zal het bestaande audit programma met behulp van fluorescentiecontroles en zullen ATP-metingen (adenosinetriofosfaat-meting, of snelle hygiënecheck) worden opgezet. Hierbij worden wissers afgenomen om de graad van verontreiniging eenvoudig en snel na te gaan. Dit zal gebruikt worden om het schoonmaakproces te verifiëren en bij te sturen, alsook als educatietool bij (nieuwe) medewerkers.

- *80 % of meer van de high-touch oppervlakken worden gereinigd tijdens de schoonmaak; met het ATP-toestel wordt gestreefd naar minder dan 1000 RLU bij de nameting.*
- *De ATP-metingen worden ingezet i.k.v. een infectierisico scan (IRIS). Er wordt gestreefd naar een jaarlijkse IRIS per afdeling. Dit is een gestandaardiseerde kwaliteitsronde omtrent verschillende items binnen infectiepreventie en antibioticabeleid. De resultaten worden visueel weergegeven in een plotdiagram, zodat per afdeling duidelijk is waar de actiepunten dienen op gericht te worden.*

D.3.2 Opleiding infectiebestrijding

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.

- *Jaarlijks wordt er een verplichte opleiding opgezet via E-learning die alle artsen en verpleegkundigen moeten doorlopen.*
- *Alle nieuwe medewerkers volgen een introductiedag waarbij de standaard voorzorgsmaatregelen en belangrijkste principes worden toegelicht.*
- *Alle nieuwe verpleegkundigen en vroedvrouwen volgen een kort opleidingsmoment bij een verpleegkundig ziekenhuishygiënist, waarbij specifiekere procedures, zorgbundels, audits en bijkomende aandachtspunten worden toegelicht en besproken. Waar nodig zal de verpleegkundig ziekenhuishygiënist nieuwe medewerkers nauwer begeleiden op de werkvloer zelf.*
- *Alle andere medewerkers die in contact komen met de patiënt moeten driejaarlijks een opleiding volgen.*
- *Ziekenhuishygiëne ondersteunt en werkt mee aan de uitwerking van automatisering bij repetitieve en manuele handelingen binnen Primuz.*

D.3.3 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). De frequentie is afhankelijk van de jaarlijkse risicoanalyse infectiepreventie.

- *Voor de procesaudits is er een registratieformulier en auditrapport of bewijs van feedback.*
- *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.*

E. Farmaceutisch beleidsplan

E.1 Toekomst apotheek

Nieuwe strengere regelgeving dwingt tot de werking van de apotheek binnen SAT te herbekijken omdat de investeringen te groot worden voor de huidige schaalgrootte.

- *Door de nieuwe PIC/S normen en de regelgeving m.b.t. de clean room wordt een integratie van de apotheek binnen het netwerk onderzocht in de loop van de huidige beleidsperiode.*

E.2 Informatisering

- Er wordt input gegeven aan UZ Brussel over de te voorziene functionaliteiten in het apotheekpakket. De nieuwe functionaliteiten van PrimUZ die de medicatieveiligheid verhogen worden geïmplementeerd.
- De implementatie van PrimUZ zorgt voor administratieve vereenvoudiging (vb. koppeling met CIVARS voor attestverwerking).

- De migratie van de apotheeksoftware naar een nieuw platform wordt doorgevoerd om te voldoen aan de nieuwe regelgeving omtrent traceerbaarheid van medicatie en implantaten. Bij deze migratie wordt wel rekening gehouden met een mogelijke integratie.

- *De implementatie van een nieuwe apotheeksoftware werd gerealiseerd.*
- *Voor de attesten die verplicht via eHealth aangevraagd moeten worden, is de koppeling met PrimUZ opgezet.*

E.3 Distributie

- Er wordt geïnvesteerd in een nieuw distributiemodel tegen 1 januari 2026 waarbij ingezet wordt op de traceerbaarheid van alle afleveringen door apotheek tegen eind 2026.
- Er wordt omgeschakeld naar steriel aangeleverde implantaten.

- *20 % van alle afleveringen door apotheek zijn traceerbaar tot op lotniveau.*
- *80 % van de implantaten worden steriel aangeleverd.*

E.4 Bereidingen

Door de nieuwe wetgeving in het kader van bereidingen (PIC/S) wordt tegen uiterlijk 1 januari 2026 alle bereidingen van de apotheek gecentraliseerd op netwerkniveau. Hiertoe worden ook de nodige wijzigingen doorgevoerd op vlak van praktische organisatie van het dagziekenhuis, ...

Er worden duidelijke afspraken gemaakt met de netwerkziekenhuizen over de organisatie van de cleanroom en de financiële impact. cf. E.1 p. 10.

- *Er wordt PIC/S conform gewerkt voor alle bereidingen vanaf 1 januari 2026.*
- *Er worden duidelijke afspraken gemaakt rond de praktische organisatie.*
- *Er worden duidelijke afspraken gemaakt rond het financieringsmodel.*

E.5 Adviserende rol van de apotheek

- Er wordt bij UZ Brussel aangedrongen om voorschrijffondersteuning te voorzien in PrimUZ.
- 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.
- Na de implementatie van PrimUZ & de migratie van de apotheeksoftware wordt een deel van de vrijgekomen tijd geïnvesteerd in front-office klinische farmacie.

Tegen het einde van de beleidscyclus wordt minstens 0, 1 FTE front-office ingezet voor klinische farmacie.

E.6 Aankoopbeleid farmacie-medisch materiaal

- *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.*
- *Ook voor kleinere bedragen wordt afgestemd met AZ Delta om het formularium waar mogelijk te uniformiseren. Hierbij wordt wel nog steeds rekening gehouden met de ziekenhuis specifieke setting.*
- *Het comité medisch materieel wordt hervormd zodat ook ICT, de technische dienst, de aankoopdienst zijn vertegenwoordigd. De samenstelling van dit comité wordt leaner gemaakt en de vergaderfrequentie wordt verhoogd. In het overleg zal er specifiek aandacht worden besteed aan het testbeleid en de introductie van nieuwe materieel.*

F. HRM en organisatie

F.1 Schaarste aan bekwame medewerkers

De verdere uitstroom van de babyboom generatie en dit in combinatie met een schaarste aan bekwaam (zorg)personeel leidt ertoe dat het aantrekken van nieuwe medewerkers een continue uitdaging blijft.

- *Op het einde van het beleidsplan zal de employer branding campagne geëvalueerd worden met het oog op het verder zetten of vernieuwen van de campagne.*

F.1.1 VTO / Opleidingsniveau

Het aantrekken van voldoende gekwalificeerde medewerkers en de vorming en bijscholing van medewerkers zal steeds belangrijker worden in het kader van levenslang leren. Hierdoor is het noodzakelijk dat verpleegkundigen zich verder kunnen en willen bijscholen. Het ziekenhuis zal ook participeren aan het project FLA (Federal Learning account) van de overheid dat nog in zijn kinderschoenen staat.

Het ziekenhuis streeft ernaar om de benchmark te halen van geschoolde bachelor-verpleegkundigen en zal bijscholingen op de werkvloer faciliteren.

- *In het ziekenhuis wordt een digitaal overzicht van onze vormingen geïmplementeerd.*
- *Bij invoering van de FLA wordt dit project ondersteund en wordt nagegaan hoe dit verder kan ingevoerd worden.*
- *Iedere medewerker krijgt tijdens de volgende beleidsperiode gemiddeld 5 en minimaal 3 dagen vorming.*
- *Het ziekenhuis zal verder binnen binnen SAT of buiten het netwerk inzetten op bijscholingen. Het ontwikkelen van specifieke programma's voor bepaalde kerngroepen en het delen van kennis kan hier een voorbeeld in zijn.*

F.1.2 Studenten

Studenten die goede stage-ervaringen hebben of een goede vakantiejob (in de verpleging) uitoefenen krijgen een arbeidsovereenkomst tijdens hun stage of hun vakantiejob.

- *Voor studenten is er een aantrekkelijke taakhoud en ze worden beschouwd als een toekomstige collega. De mentoren krijgen vorming om hierover te waken.*
- *Er worden jaarlijks minstens 7 medewerkers aangetrokken die stage liepen of als jobstudent werkten in het ziekenhuis.*

F.1.3 Zij-instromers

Als werkgever binnen de social profit is er een sociale rol te vervullen. Naast de samenwerking met sociale economie moeten ook andere initiatieven verder worden ondersteund.

- *Het SAT wil het label halen van een inclusieve onderneming. Hierdoor investeren we verder in taalcoaching op de werkvloer, zetten we werkpleklers op waardoor we de afstand tot de arbeidsmarkt verder verkleinen.*

F.2 Onthaal / Inscholingbeleid

De inscholing van nieuwe medewerkers is cruciaal zowel voor het welbevinden van de nieuwe medewerker als voor de effectiviteit op de werkvloer.

- *Het systeem van peter/meters op de werkvloer wordt ingevoerd voor iedere nieuwe medewerker.*
- *Er wordt een opleiding voorzien voor de meters en peters om zo meer kennis te hebben bij de begeleiding van nieuwe medewerkers. (trainer on the job).*
- *De inscholingsmappen worden geüpdatet met de focus op een betere vertaling van de verwachtingen op de werkvloer.*

F.3 Werkdruk

Naast het aantrekken van nieuwe medewerkers is het ook essentieel om de huidige medewerkers goed te ondersteunen en deze aan boord te houden. Er wordt gestreefd naar een optimale invulling van het personeelsbehoefteplan. 'Onder' het personeelsbehoefteplan werken geeft een grote werkdruk aan het overblijvende personeel.

In het kader van werkbaar werk zal er ingezet worden op re-integratie. Medewerkers moeten de kans krijgen om via aparte trajecten in samenwerking met de arbeidsgeneesheer het werk te kunnen herstarten.

- *Het re-integratiebeleid van langdurige zieken wordt verder aangepast waarbij tegen 2026 een beleid van 'haalbaar werk' wordt uitgewerkt.*
- *Er wordt gezocht naar elementen om vaste medewerkers en kennis te behouden zoals bv systemen van anciënniteitsverlof.*
- *Er is maximaal 2 FTE afwijking op jaarbasis ten opzichte van het personeelsbehoefteplan.*

F.4 Werken met dezelfde missie en visie – waarden en cultuur

Iedere medewerker van de #topzorgersfamilie werkt met dezelfde waarden en normen wat zorgt voor een duidelijke eigen SAT-cultuur binnen de organisatie.

- *De waarden en normen worden verder uitgewerkt zodat iedereen binnen het ziekenhuis werkt volgens deze waarden en normen.*
- *Het ziekenhuis ambieert het label van sportbedrijf.*
- *Een nieuwe 3-jaarlijkse tevredenheidsenquête zal opgestart worden in 2025-2026.*

F.5 Leiderschap

Leidinggevendens dienen meer en meer manager te worden op de werkvloer. In de vorige beleidsperiode werd de eerste aanzet gegeven voor een traject voor onze leidinggevendens, doch behelsde dit enkel de basisprincipes. Het overbrengen van minder leuke boodschappen blijft een uitdaging.

- *Een bijkomende opleiding wordt gegeven aan de leidinggevendens zodat zij de manager van de afdeling zijn.*

F.6 Digitalisering

In de komende beleidsperiode wordt ook binnen HR ingezet op een verdere digitalisering.

- *Een digitale module voor aanvraag voor de medewerker van tijdskrediet of ouderschapverlof wordt ontwikkeld.*
- *Er is een digitaal dossier waarbij de werknemer zelf online bepaalde wijzigingen kan doorvoeren.*

G. Kwaliteit

G.1 Algemeen

- *Het is de ambitie van het ziekenhuis om verder genomineerd te worden bij de 20 beste ziekenhuizen van België.*
- *Het Sint-Andriesziekenhuis scoort in 70 % van de benchmarks van toepassing op de ziekenhuissector beter dan het gemiddelde.*

G.2 FlaQuM-traject

- Na de keuze voor FlaQuM zal in de beleidscyclus 2024-2026 de implementatie van het FlaQuM-verhaal een belangrijke rol opeisen.
- Op basis van de resultaten van de QuickScan, zullen er diverse FlaQuM-dialooggroepen worden georganiseerd vanaf 2024. In deze dialooggroepen gaan in samenwerking met de interne en externe klant werken aan een geïntegreerd en gedragen kwaliteitsbeleid, als essentieel onderdeel van onze cultuur. Belangrijk hierbij zijn:
 - de uitkomst en tevredenheid van de patiënt en zijn omgeving,
 - de werktevredenheid van de medewerkers en
 - de procedurele correctheid.

- *Er zullen frequent interne audits uitgevoerd worden ter voorbereiding aan de externe toetsing van de overheid, o.a. zorginspecties, externe audits.*
- *De resultaten van de QuickScan voorzien in FlaQuM zal als uitgangspunt dienen voor het kwaliteitsbeleid.*
- *De uitwerking van dit kwaliteitsbeleid gebeurt, in overleg met de interne en externe klant, via FlaQuM-dialooggroepen. Hierbij zal de focus liggen op de knelpunt dimensies.*
- *Het ziekenhuis bekommt een positief rapport bij elke FlaQuM externe toetsing.*
- *Er gaat 10 x per jaar één interne audit of patiëntentracer door.*

G.3 Patiëntendossier

- *Elke patiënt beschikt over een patiëntendossier dat voldoet aan de minimale vereisten van het 'generiek eisenkader' en zo van toepassing aan de vereisten van de specifieke zorgtrajecten.*
- *Er worden, op basis van de binnen het CKPV bepaalde indicatoren, minimaal 10 patiëntendossiers per afdeling per maand gecontroleerd. De resultaten van deze controles worden gecommuniceerd naar de medewerkers. Indien dit nodig blijkt worden, in samenwerking met de leidinggevende(n), verbetertrajecten opgezet.*

G.4 Data-gedreven ziekenhuis

- Het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis zal worden (bij-)gestuurd op basis van data, verkregen uit interne en externe metingen.
 - Uit de diverse georganiseerde externe metingen wordt binnen het directiecomité beslist welke op dat moment relevant zijn voor onze organisatie.
- *Het ziekenhuis neemt deel voor zover als relevant ervaren aan de externe metingen die van toepassing zijn op het ziekenhuis.*
 - *Alle verkregen data worden transparant gecommuniceerd naar de interne en externe klant.*

G.5 Procedurele werking

De procedure-bibliotheek wordt opgeschoond met als doel de irrelevante procedures eruit te verwijderen en de verwijzing naar JCI-normen te wijzigen naar de diverse eisen- en referentiekaders.

- *Alle beleidslijnen en procedures zijn op het einde van de beleidscyclus, indien van toepassing, gelinkt aan de diverse eisen- en referentiekaders.*

G.6 Veiligheidsincidentmeldingen

De drempel tot het melden van (bijna-)incidenten wordt verlaagd, door enerzijds de meldingsprocedure te vereenvoudigen en anderzijds verder in te zetten op een veilige meldcultuur.

- *De incidentmeldingen worden aangegrepen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Verbeteracties worden opgesteld op basis van de feedback vanuit de de incidentmeldingen en klachten, met en door de betrokken medewerkers en artsen, om zo de accountability van de werkvloer te verhogen.*
- *Er worden, tegen het einde van de beleidscyclus, 20 % meer veiligheidsincidenten gemeld.*
- *Er start een meting om op te volgen hoe vaak een (bijna-)incident leidt tot een verbeteractie.*

H. Financieel-administratieve diensten

H.1 Financieel gezond blijven

Tijdens de voorziene beleidsperiode wordt gestreefd naar een positief bedrijfsresultaat. Hiervoor is een strikte opmaak en opvolging van de begroting noodzakelijk.

- *Er is een jaarlijks positief bedrijfsresultaat voor de beleidsperiode.*
- *Op een structurele manier worden nice to have projecten bekomen via de oprichting van een steunfonds.*

H.2 Digitaal werken

De verdere digitalisering is van belang en een noodzakelijke voorwaarde om meer data gedreven te werken. Anderzijds moet het digitaal werken finaal resulteren in een efficiëntieverhoging van het ganse proces.

- *Software voor artificiële intelligentie binnen de medische registratie wordt geïnstalleerd. Op die manier kan 30 % van alle codering worden voorgesteld i.p.v. te moeten opgezocht. Dit percentage neemt toe bij de verdere uitrol van het EPD.*

H.2.1 EPD

Er is een ambitie om het elektronisch patiëntendossier PRIMUZ uit te rollen tegen de zomer 2024 bij alle diensten. Er wordt ingezet op een maximale digitalisering van de interne aanvragen.

- *Er is een verder uitbreiding van het digitaal proces zowel inkomende als uitgaande facturen. De bedoeling is om 60 % van de inkomende facturen (+/- 43 % in 2022) via EDI te ontvangen. Voor de uitgaande facturatie rekenen we op een 10 % van de patiënten die hiervoor kiest.*
- *Het digitaal werken moet er ook voor zorgen dat het papierverbruik binnen het ziekenhuis drastisch gaat dalen met 50 %. In 2022 werd er voor 13.873 euro aan papier gekocht.*
- *De uitrol van PRIMUZ (inclusief ordercommunicatie) is vervolledigd tegen de zomer 2024. Nadien zal er een herwerking nodig zijn om bepaalde processen verder te optimaliseren.*
- *De aangekochte Microsoft licenties worden optimaal ingezet. Dit behelst het opzetten van teams kanalen, migreren van SharePoint naar de cloud alsook van start te gaan met het gebruik de power functionaliteit (power apps voor basis formulieren, power query, power bi).*

H.3 Efficiëntie verhoging

Binnen de administratieve processen wordt er jaarlijks gestreefd om processen te her evalueren en efficiënter te maken. Dit wordt actief besproken tijdens team overleg. We wensen hierbij jaarlijkse één proces te optimaliseren voor zowel de boekhouding, onthaal als ICT.

Tevens wensen we ziekenhuis breed in te zetten op RPA (robotic, process, automation). Dit betreft frequent terugkerende taken die in een flow diagram kunnen gegoten worden. Het idee is om dit te gaan inzetten op diverse processen binnen het ziekenhuis.

- *Tegen het einde van de beleidscyclus zullen 15 processen geautomatiseerd zijn.*
- *In kader van efficiënt werken op lange termijn en vlot kunnen opzoeken wordt op ICT ingezet op duidelijke documentatiestandaarden.*

H.4 LEAN-management

- Via het lean-denken is de werking van het ziekenhuis efficiënter waardoor ook de werkdruk voor de medewerker verlaagt.
- De werking van de werkgroep 'MoeDa' wordt herbekeken. Er wordt een structuur opgezet die de implementatie van het lean-denken in de organisatiecultuur faciliteert.

- *Tegen juni 2024 is er een duidelijke structuur om het lean-denken te verspreiden binnen het ziekenhuis.*
- *Jaarlijks worden 3 lean-verbeterpunten uitgewerkt.*

H.5 Informatie voor de patiënt

Het is duidelijk dat de inspraak, informatie aan de patiënt belangrijk is omtrent kosten. Hiervoor worden de komende beleidsperiode opnieuw een aantal acties opgezet.

- *Per medisch discipline wordt er een olijsting gemaakt van de meest frequente prestaties en wordt dit conform het te verwachten KB geafficheerd.*
- *Er zijn 100 kostensimulaties op de website die ook geactualiseerd worden tijdens deze beleidscyclus.*

H.6 Toegankelijke zorg

Het ziekenhuis is vlot bereikbaar voor de patiënten en huisartsen.

- *Ruim de helft van de diensten gaat het online boeken van afspraken faciliteren. 20 % van de afspraken worden online gemaakt.*
- *Er is een vlotte integratie naar de huisartsen toe zodat het ziekenhuis vlot toegankelijk is zowel digitaal als telefonisch. Hiervoor wordt ingezet op verdere ontwikkelingen in Primuz.*
- *Er is een overleg met de huisartsen na de uitrol van Primuz (in 2024) om de integratie en de toegankelijkheid verder te bespreken.*

H.7 Veilige systemen

Cyberaanvallen zijn alledaags geworden en ondanks alle inspanningen is er nooit 100 % zekerheid. Het ziekenhuis investeert in acties die de veiligheid van de data gaat garanderen.

- *Een ISO 27001 certificaat wordt behaald tegen eind 2024.*
- *Een SIEM oplossing wordt geïmplementeerd tegen eind 2024.*
- *Er is een verdere segmentatie van het netwerk, zodat bij een aanval de impact steeds onder controle blijft.*
- *Continue phishing campagnes naar artsen en personeelsleden en een jaarlijkse sensibiliseringsactie worden opgezet.*

H.8 Rapportering

De rapportering op kwartaalbasis van het ziekenhuis wordt verfijnd door voor bepaalde kostenplaatsen (operatiekwartier, ICT, technische dienst) een opvolging van de kosten te voorzien.

De rapportering vanuit PRIMUZ is belangrijk maar moet verder uitgewerkt worden door UZ Brussel. De nodige inzichten en rapportering worden voorzien.

- *De financiële regeling van de artsen zal overzichtelijker gemaakt worden.*
- *Er is een proef en saldibalans van de medische (technische) diensten.*

I. Departement Facility

I.1 Technische dienst

- De verdere uitwerking van het masterplan is noodzakelijk om de voorziene groei van de medische activiteit toe te laten.
- *Het dagziekenhuis D wordt in gebruik genomen op de nieuwe locatie in oktober 2024.*
- *De dienst SPG en de dienst fysiotherapie worden in gebruik genomen op de nieuwe locatie in augustus 2024.*
- *De aankoopdienst breidt uit (op plaats waar nu ICT gehuisvest is) tegen december 2024 .*
- Het opgemaakte vlekkenplan met impact op de locatie van labo, apotheek, sterilisatie , ICT en preop zal uitgevoerd of aangepast worden afhankelijk van de beslissing (PICs normen) voor de apotheek
- De nodige verbouwingen n.a.v. de verhuis/afbraak van het huidige WZC.
- Het nieuwe zorgstrategisch plan van het ziekenhuis zal na het goedgekeurd regionaal zorgstrategisch plan moeten uitgevoerd worden. De verwachting is echter dat dit nog niet in de periode van de huidige beleidsnota zal starten.
- De veranderende regelgeving en de vraag naar steeds meer administratieve gegevens, die deels worden opgevraagd door de overheid (traceringen aankoop goederen en voeding, energieaudit, milieu, verwarmingsaudit, EPC, afvalregistratie, ADR, ...) en deels dienen ze als bewijsvoering van goed onderhoud wanneer er toch calamiteiten zouden optreden (bijhouden keuringen, onderhoudsattesten, testen waterkwaliteit, indienststellingsverslagen, ...), zorgen ervoor dat onze techniekers meer en meer administratie i.p.v. werk op de werkvloer dienen uit te voeren. Om hieraan het hoofd te kunnen bieden zal de werking van de huidige helpdesk van de technische dienst worden herbekeken in functie van het ganse departement facility en de aansturing van de Ultimobonnen.
- *De organisatie van de technische dienst wordt aangepast.*
- Door de toenemende complexiteit van de installaties worden extra opleidingen voorzien.
- *Elke medewerker volgt minstens 1 specifiek voor zijn vakgebied aangepaste opleiding per jaar.*
- *Een evaluatie van het ultimo platform wordt gemaakt.*

I.2 Aankoop en voorraadbeheer

I.2.1 Aankoopbeheer

- Het ziekenhuis zal verder inzetten op samen aankoop en het afsluiten van raamcontracten.

- *Elk jaar worden er minstens 5 raamcontracten afgesloten.*

- 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 verhuisd is naar zijn nieuwe locatie.

- Om het aankoopproces te verduidelijken naar de gebruikers toe wordt de aankoopprocedure aangepast en verbeterd d.m.v. het invoeren van een checklist.

- *De aankoopprocedure wordt aangevuld met een checklist en wordt gedigitaliseerd.*

- *Er wordt indien de werking het toelaat afgestemd binnen het netwerk voor de aankopen en voor ICT streven we naar uniforme hard- en software.*

I.3 Schoonmaak

- Het opgezette kwaliteitssysteem wordt behouden en waar nodig aangepast om de evoluties in de markt te volgen.

- *Alle schoonmaak medewerkers krijgen via de begeleiding van de leverancier regelmatig een opleiding in de nieuwste schoonmaaktechnieken.*

- *Het ATP-controlesysteem wordt ingevoerd i.s.m. ziekenhuishygiëne.*

- *Het Dagelijks Controle Systeem = gedigitaliseerde opvolging controles op de werkvloer voor de schoonmaak wordt uitgerold.*

- De werking van de schoonmaakdienst wordt gedigitaliseerd om de efficiëntie van de schoonmaak verder te verbeteren.

- *De inzet van medewerkers wordt beter afgestemd op het werkvolume (verschuiving naar SOP).*

- Innovatie is ook bij de schoonmaak geen loos begrip. We gaan onderzoeken in welke mate robots een meerwaarde kunnen betekenen in de schoonmaak.

- *Er wordt onderzocht in welke mate robots in de schoonmaak nuttig kunnen zijn.*

I.4 Voedingsdienst

- De nieuwe trends op vlak van catering in de zorg worden opgevolgd en afgetoetst op de haalbaarheid binnen SAT.

- *Het diensthoofd voeding onderzoekt minstens 2 nieuwe trends.*
- *De oncopatiënten zullen een menu krijgen aangepast aan hun noden.*
- *Er wordt aangepaste en verbeterde lepelbare en vloeibare voeding aangeboden aan de oncopatiënten. IDDSI (zie lepelbrood).*
- Het servicelevel voor de catering in het restaurant verhoogt d.m.v. een uitbreiding in het aanbod. Dit door:
 - een warme pasta bar in het restaurant;
 - een salade bar met vernieuwd concept en aanbod.

- *Het assortiment wordt uitgebreid met zo mogelijk een pastabar en saladbar in het restaurant.*
- *Het aanbieden van meeneemmaaltijden voor medewerkers wordt uitgevoerd tegen midden 2024.*
- *Drie tevredenheidsindicatoren (van de patiënt, van de bezoeker aan het restaurant en van het personeel over het aanbod in het restaurant) worden één maal per jaar opgevolgd.*
- *Stockbreuken in het personeelsrestaurant worden beperkt en overschotten worden verkocht.*
- *De capaciteit van de keuken wordt optimaal benut via de uitbreiding van externe beleveringen.*

I.5 Beheer (medisch) materieel

- *Waardevol medisch materieel wordt met een tag uitgerust tegen eind 2026.*
- *Het centraal opslagmagazijn wordt door alle verpleegafdelingen gebruikt.*

J. Milieu en duurzaamheid

- Het ziekenhuis wenst in te zetten op duurzaamheid en de milieuproblematiek en wenst dit op een gestructureerde wijze aan te pakken.

- *Er wordt per jaar een project voor extra energiebesparing uitgewerkt.*
- *Er wordt een energiebesparing van 20 % gerealiseerd door het plaatsen van PV-panelen en een warmtekrachtkoppeling.*
- *Er wordt deelgenomen aan een energiegemeenschap om bij lokale overproductie energiedelen met medewerkers mogelijk te maken.*
- *Er wordt gezocht naar mogelijke participaties in alternatieve energiebronnen (wind, zon,...)*
- *Gelet op het toenemend belang wordt een halftijdse stafmedewerker 'duurzaamheid' aangetrokken om het duurzaamheidsverhaal op te volgen en uit te werken. Dit kan i.s.m. een andere organisatie.*
-

- In het zero waste verhaal wordt ingezet op het beperken van het verlies van voeding en de vergaderingsbroodjes.

- *De haalbaarheid van broodbestelapplicatie wordt onderzocht en desgevallend ingevoerd.*
- *Verlies van vergaderbroodjes worden beperkt door in de dr. Colle zaal geen broodjes te leveren en voor andere interne vergaderingen deze te beperken.*
- *Waste watch programma wordt geïntegreerd om data te verkrijgen!*
- *De voedselverspilling wordt met 5 % beperkt .*

- Het ziekenhuis zal zijn engagementen in het kader van de greendeal waarmaken.

- *Onderzoek naar de omzetting van het keukenafval tot biogas.*
- *De hoeveelheid (in gewicht) afval wordt in verhouding tot het aantal opnames verminderd met 2 %.*
- *Het opgestarte project afvalbesparing in het OK wordt afgerond.*
- *ADR procedures worden opgemaakt.*

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

- *De verdere uitvoering van risicoanalyses op de werkposten wordt opgenomen. Er wordt bij 10 werkposten een risicoanalyse uitgevoerd.*
- *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.*
- *Nieuwe wetgeving toepassen (warmte en koel audit, energieaudit, EPC publieke gebouwen, ...).*
- *vernieuwen van het legionellaplan (om de 5 jaar).*
- *Opvolgen van de nieuwe wetgeving en de nodige gegevens verzamelen voor de rapporten voor de overheid.*

L. Externe samenwerking

L.1 Samenwerking met eerste lijn

De schaarste aan zorgmedewerkers, de toenemende vraag naar vooral chronische zorg en de medische vooruitgang o.a. via ICT zal tot gevolg hebben dat de samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerste lijn (zowel huisarts als thuisverpleging) verder zal toenemen. Het SAT zorgt voor een vlotte communicatie via de elektronische dossiers met de eerste lijn vanaf uiterlijk januari 2026.

- *Het ziekenhuis zal inzetten op de mogelijkheden van de nieuwe technologieën om minimum 1 pathologie per jaar via de thuiszorg te monitoren of op te volgen.*
- *In samenspraak met de eerstelijnszones organiseren we jaarlijks minstens 2 opleidingen vanuit onze expertise voor de zorgverleners uit de eerstelijnszone.*
- *De begeleidingscommissie komen minimaal één maal per jaar samen.*

En bijzondere aandacht zal gaan naar een antwoord op de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de samenwerking met een ambulante opvolging.

- *Het ziekenhuis zal de samenwerking met de GGZ intensifiëren.*

L.2 Ziekenhuisnetwerk

Het ziekenhuis zal deel uitmaken van een goed werkend netwerk en zal constructief meewerken aan de opbouw van het vertrouwen zonder afbreuk te doen aan de sterktes van het ziekenhuis.

- *Tijdens de volgende beleidscyclus zal een regionaal zorgstrategisch plan worden opgemaakt en ingediend.*
- *Tegen het eind van de beleidscyclus wordt minstens één van de bevoegde comités (comité ziekenhuishygiëne, antibioticacomité of medisch farmaceutisch comité) op netwerkniveau georganiseerd.*

L.3 Autonomie SAT, toekomstige structuur?

De medische evolutie zorgt voor een verdere subspecialisatie van de medische zorg en de vraag naar duurdere investeringen. Dit impliceert dat men voldoende patiënten moet hebben om deze nieuwe apparatuur rendabel te kunnen exploiteren.

Deze tendens tot schaalvergroting wordt door de overheid versterkt via de zorgprogramma's en de normering waar niet enkel kwalitatieve en juridische criteria doorwegen maar steeds meer en meer kwantitatieve vb. in de discussie over materniteit, borstkliniek, ...

De noodzaak aan besparingen waar we de komende jaren zullen mee geconfronteerd worden zal dit verder versterken. Besparingen moeten hier niet begrepen worden als een vermindering van budgetten maar eerder als een niet evenredig stijgen van het budget bij een stijgende vraag naar zorg.

Deze evolutie wordt tot slot ook bevorderd door de verdere subspecialisatie in de verpleging en de schaarste aan medewerkers en dit niet enkel in het verpleegkundig departement maar ook in de ondersteunende domeinen.

Het Sint-Andriesziekenhuis zal zich verder maximaal inzetten op het behouden of bekomen van zorgprogramma's. Hiervoor zal men actief tussenkomen in het debat hierover.

De weerhouden denkpijlen van de denkdag georganiseerd met medische diensthoofden, medische raad, directie en een delegatie van de ondernemingsraad begin 2023 worden verder de leidraad voor het sturen van het ziekenhuis:

- een netwerk vormen met AZ Delta maar met afdwingbare garanties voor de medische activiteit,
- samen met AZ Delta aansluiten bij een ander netwerk.

Hierbij wordt de nodige alertheid behouden voor eventuele opportuniteiten die zich zouden aandienen ten gevolge van wijzigingen in het landschap of in de netwerksamenstellingen in de regio.

Na de verkiezingen in 2024 zal vanaf 2025 het momentum er zijn om de grote hervormingen in de gezondheidszorg door te voeren (herijking honoraria, nieuwe ziekenhuisfinanciering,...).

Mocht na de verkiezingen in 2024 het momentum er zijn om de grote hervormingen in de gezondheidszorg door te voeren (herijking honoraria, nieuwe ziekenhuisfinanciering,...) zullen al deze uitdagingen (verkortingsligduur, steeds duurdere medische investeringen, drang naar centralisatie van de overheid, budgettaire beperkingen, de moeilijkheid om artsen en medewerkers aan te trekken zullen) besproken worden tijdens een denkdag. Het ziekenhuis zal de komende jaren het ziekenhuis zich verder versterken zodat de beste condities kunnen afgedwongen worden voor de patiënten van onze regio, maar ook voor de artsen en de medewerkers.

L.4 Vertegenwoordiging in werkgroepen

Het is de ambitie van het ziekenhuis om vertegenwoordigd te zijn en te wegen op de besluitvorming van de overheid via lidmaatschap in werkgroepen.

M. Public relations

Het is de ambitie om 10 keer per jaar de pers te halen met een medisch gerelateerd item van het ziekenhuis.

- *Op zowel op LinkedIn als Instagram zijn er 40 medisch gerelateerde posts.*

Met de dienst communicatie wordt verder ingezet op professionalisering en efficiëntie.

- *Jaarlijks worden er in 8 gemeenten/steden een infoavond georganiseerd, waarbij er gemiddeld 60 participanten zijn.*
- *Een magazine voor de inwoners van het hinterland inclusief Beernem wordt verdeeld.*
- *Er is een voldoende aantal posts op sociale media, concreet hebben we voor ogen om: 40 berichten op facebook en 40 berichten op LinkedIn te plaatsen.*
- *Er is een nieuwe website tegen het einde van de beleidsperiode, waarbij we alvast het zoeken voor de patiënt van informatie faciliteren (inbouwen van een search engine).*
- *Nationale themadagen- en weken worden steeds vermeld op de website van het ziekenhuis.*
- *Er worden jaarlijks 4 medisch specialismes in de kijker gezet door een filmpje, artikel of ander event.*
- *Binnen de dienst communicatie wordt ingezet op video.*
- *De nieuwe artsen worden op LinkedIn en de website aangekondigd met een video-opname.*

Uiteraard is het van cruciaal belang om ook de verwijzers, huisartsen voldoende te betrekken. Hiervoor worden de onderstaande acties uitgevoerd:

- *Er is een nieuwe en professionele look & feel van ons magazine "InfoSat".*
- *Een jaarlijkse eindejaar borrel wordt georganiseerd, waarin wordt beoogd om minimaal 25 huisartsen aanwezig te hebben.*
- *Er gaat jaarlijks etentje voor de nieuwe huisartsen door. De nieuwe huisartsen worden hiervoor 2 opeenvolgende jaren uitgenodigd.*
- *Tegen het einde van de beleidscyclus wordt ieder kwartaal onder elektronische vorm als medewerkersinformatie verspreid.*