AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

JAARVERSLAG 2021
TEAM KWALITEIT

Yolande Daelemans
Katleen Broeckx
Esther Verhelpen
Joyce Refuge
Annika Lietart
Nicole Galle
Jolien Raes

Jaarverslag

AZ JAN PORTAELS VEILIGE ZORG

Inhoudstafel

1.Inleiding 3
2. Organisatie van het kwaliteitsbeleid 3
2.1 Situering 3
2.2 Team kwaliteit 4
2.3 Comité kwaliteit en patiëntveiligheid 4
2. 4 Stuurgroep kwaliteit 5
2.5 Andere overlegplatforms 6
2.6 Extern overleg 6
2.6.1 Commissie Quality & Safety (Q&S) Algemene Ziekenhuizen, Zorgnet Icuro 6
2.6.2 Indicatorenforum, VIKZ/VIP² 6
2.6.3 BRIANT-overleg 7
2.7 Opleidingen en deelname aan (internationale) congressen team kwaliteit 7
2.7.1 Yolande Daelemans, kwaliteitscoördinator 7
2.7.2 Katleen Broeckx, stafmedewerker team kwaliteit 7
2.7.3 Esther Verhelpen, stafmedewerker team kwaliteit 8
2.7.4 Joyce Refuge, stafmedewerker team kwaliteit 8
3.Kwaliteit uitstralen 8
3.1 Vooruitgang projecten team kwaliteit 8
3.2 Excellente zorg 10
3.2.1 Patiënttevredenheid meten en opvolgen: Vlaamse Patiënten Peiling (VPP) 10
3.2.2 Patiënttevredenheid meten en opvolgen: PREMS 12
3.2.3 Meldingssysteem voor patiënten 13
3.2.4 Parameterbeleid en Early Warning Systeem (EWS) 13
3.3 Kwaliteit 13
3.3.1 Qualicor Europe 13
3.3.2 Resultaten veiligheidrondes 14
3.3.3 Interne audits 17
3.3.4 Morbidity & Mortality (M&M) - kransen binnen het medisch departement 18
3.3.5 Incidentmeldingssysteem 18
3.3.6 Indicatoren 22
3.3.7 Zorginspectie 31
3.3.8 Week van patiëntveiligheid 33
3.4 Medewerkers en cultuur 34
3.4.1 Patiëntenparticipatiecultuur peiling (PaCT) GGZ 34
3.4.2 Opleidingsbeleid 34
3.5 Processen en innovatie 34
3.5.1 Zorgpaden 34
3.5.2 Documentbeheersysteem 36
3.5.3 Kwaliteitsborden 36
3.6 Financieel 37
3.6.1 Pay for performance (P4P) 37

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

1. Inleiding

Sinds 2013 maakt team kwaliteit een jaarverslag op waarin de realisatie van activiteiten inzake kwaliteit en patiëntveiligheid staan beschreven.

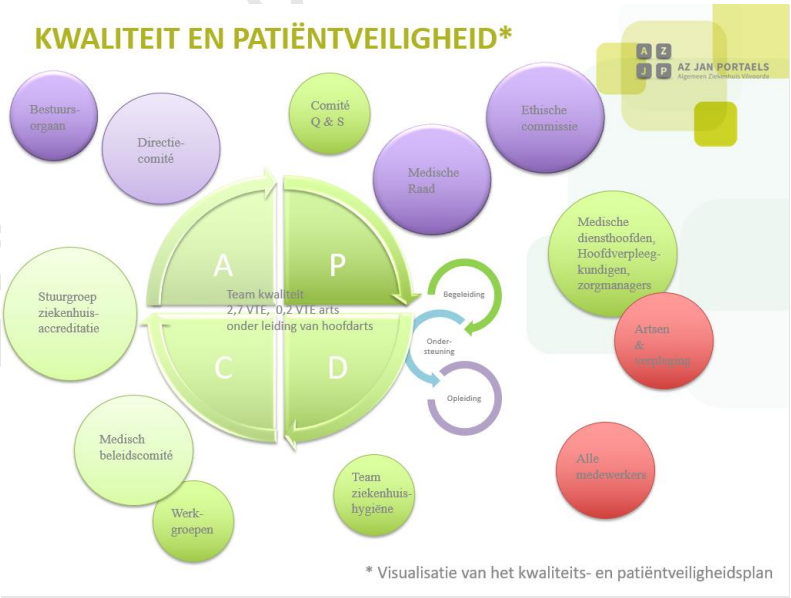
De activiteit van 2021 is beïnvloed geweest, net zoals in 2020, door de Covid-19 pandemie. Niettegenstaande deze wereldwijde pandemie is er binnen het AZ Jan Portaels getracht om het kwaliteitsbeleid te onderhouden. Zo is kwaliteit één van de strategische handvaten in het nieuwe strategische plan van het ziekenhuis en 1 van de transversale programma's. Dit houdt in dat er a.d.h.v. het lean managementsysteem kwaliteitsprojecten worden uitgewerkt en geïmplementeerd de komende 3 jaar. Deze projecten werden in 2021 verder uitgewerkt en geïmplementeerd.

Eisenkaders van de Vlaamse Overheid, Erkenningscriteria, VIP²/VIKZ, FRKVA, FOD-contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid', Accreditatie, … zijn de referentiekaders die worden gebruikt voor continue kwaliteitsverbetering. Hierin zitten ook vereisten inzake het veiligheidsmanagementsysteem.

2. Organisatie van het kwaliteitsbeleid

2.1 Situering

Kwaliteit zit verweven in verschillende structuren zodanig dat alle departementen betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid.



Afbeelding 1: Visualisatie van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsplan

Jaar AZJP Vilvoorde

2.2 Team kwaliteit

Centraal staat team kwaliteit, welke onder leiding staat van de hoofdarts.

Team kwaliteit heeft een strategische, adviserende en coördinerende rol inzake het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid in het AZ Jan Portaels. Aan de hand van methodieken (o.a. PDCA-cyclus), referentiekaders, sensibilisatiemateriaal, … zorgen zij ervoor om kwaliteit en patiëntveiligheid te borgen in het ziekenhuis. Hiervoor werken zij nauw samen met alle professionals in het ziekenhuis, die dagdagelijks in de praktijk staan en die fungeren als de inhoudsdeskundigen betreffende hun vakgebied.

Team kwaliteit bestond in 2021 uit volgende personen:

- Yolande Daelemans, stafmedewerker strategisch beleidsmedewerker en kwaliteitscoördinator (20%),
- Jolien Raes, administratieve ondersteuning (10%),
- Joyce Refuge, stafmedewerker Kwaliteit (100%),
- Esther Verhelpen, kwaliteitsmedewerker (80%),
- Katleen Broeckx, ziekenhuishygiënist en stafmedewerker kwaliteit (50%), tot april 2021,
- Dr. Laurence Peeters (20%)

Sinds begin april 2021 werd Katleen Broeckx fulltime ingezet op ziekenhuishygiëne en is begin december 2021 in zwangerschapsverlof gegaan.

In het laatste kwartaal van 2021 werd dr. Peeters vervangen door dr. Rutjes als kwaliteitsarts en kreeg Yolande Daelemans de mogelijkheid om door te groeien als directeur patiëntenzorg a.i..

2.3 Comité kwaliteit en patiëntveiligheid

Het comité komt normaal maandelijks samen, maar o.w.v. de covid-19 pandemie werden een aantal vergaderingen uitgesteld of via Teams georganiseerd.

Het comité bestaat uit volgende vaste leden:

- Hoofdarts
- Algemeen directeur
- Directeur patiëntenzorg
- Zorgmanagers
- Kwaliteitsarts
- Kwaliteitscoördinator
- Stafmedewerkers team kwaliteit
- Administratief medewerker team kwaliteit
- 7 stafmedewerkers i.f.v. hun rol als centrale coördinator (preventie adviseur, hoofdapotheker, ziekenhuishygiënist, procurement & facility manager,

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

dienstverantwoordelijke technische dienst, liaison geriatrie en coördinator dienst patiëntenbegeleiding)
- Ombudspersoon & juridisch stafmedewerker
- Stafmedewerker Zorgbeleid
- Patient Experience Officer

De terugkoppeling van gemelde incidenten en verbeteracties vanuit team kwaliteit verliep als volgt:
- Maandelijks ontvangen de leden van het comité kwaliteit en patiëntveiligheid een overzicht van de gemelde incidenten van de voorbije maand
- De directeur patiëntenzorg, de zorgmanagers, de hoofdverpleegkundigen en de medische diensthoofden kunnen via iProva, tab managementinformatie, een gedetailleerd overzicht terugvinden van alle gemelde incidenten
- Om de 3 maanden wordt een algemeen overzicht (trimestriële rapportage) van de gemelde incidenten en verbeteracties besproken op het directiecomité en het bestuursorgaan
- In het jaarverslag van team kwaliteit worden de structurele verbeteracties verzameld. Dit rapport wordt ter beschikking gesteld aan iedere medewerker via iProva en besproken op het bestuursorgaan, directiecomité en medische raad.

2. 4 Stuurgroep kwaliteit

Dit is een strategische stuurgroep die bestaat uit:
- Directiecomité
- Alle medische departementshoofden
- Coördinator en stafmedewerkers team kwaliteit
- Managers patiëntenzorg
- Voorzitter bestuursorgaan
- Voorzitter medische raad
- Hoofdapotheker
- Manager infrastructuur & technieken
- Procurement & facility manager
- IT-manager
- Stafmedewerker Zorgbeleid
- Ombudspersoon & juridisch stafmedewerker
- Datamanager

Deze vergadering wordt tweemaandelijks gehouden.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

De belangrijkste bevoegdheden zijn:

- Goedkeuring beleidsplan kwaliteit en patiëntveiligheid
- Opvolging van het kwaliteitsproces en kwaliteitsprojecten
- Nemen strategische en financiële beleidsbeslissingen inzake het kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

2.5 Andere overlegplatforms

Op vraag van andere comités wordt team kwaliteit uitgenodigd om een stand van zaken te komen geven. Voorbeeld hiervan zijn:

- Bestuursorgaan
- Directiecomité
- Medische raad
- Ondernemingsraad
- Medische diensthoofdenvergadering
- Hoofdverpleegkundigenvergadering
- …

Team kwaliteit werd op regelmatige basis uitgenodigd om deel te nemen aan vergaderingen die tot doel hebben de kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis te verbeteren, zoals:

- Herwerken opleidingsbeleid
- Pijnbeleid
- Parameter- en EWS beleid
- ...

2.6 Extern overleg

2.6.1 Commissie Quality & Safety (Q&S) Algemene Ziekenhuizen, Zorgnet Icuro

Maandelijks neemt team kwaliteit deel aan de Q&S-vergadering die Zorgnet Icuro organiseert. Tijdens de pieken van de covid-19 pandemie werden deze vergaderingen geannuleerd of aangepast naar online vergaderen. Op deze vergaderingen worden 'Best Practices' vanuit het Vlaamse ziekenhuislandschap uitgewisseld, evoluties rond Q&S vanuit het FOD en VIP²/VIKZ toegelicht, interessante literatuur ter beschikking gesteld en plenair vragen beantwoordt op veel gestelde vragen vanuit de ziekenhuizen aan de ziekenhuiskoepel. Interne debriefing van de vergadering wordt gepresenteerd door team kwaliteit op oa. directiecomité, comité kwaliteit & patiëntveiligheid,… afhankelijk van de behandelende onderwerpen.

2.6.2 Indicatorenforum, VIKZ/VIP²

Aansluitend na de Commissie Q&S, volgt het overleg Indicatorenforum onder voorzitterschap van VIKZ/VIP². Tijdens de pieken van de covid-19 pandemie werden deze vergaderingen geannuleerd of aangepast naar online vergaderen. Agendapunten zijn voorstelling

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

jaarkalender van de metingen, geplande ontwikkelingen, (vervolgstappen) ontwikkeling indicatoren, terugkoppeling resultaten indicatoren/VPP en organisatie externe audits.
Interne debriefing van de vergadering wordt gepresenteerd door team kwaliteit op oa. directiecomité, comité kwaliteit & patiëntveiligheid,… afhankelijk van de behandelende onderwerpen.

2.6.3 BRIANT-overleg

1x/trimester komen de kwaliteitsteams van de ziekenhuizen binnen het netwerk BRIANT samen voor een kwaliteitsoverleg. Deelnemende ziekenhuizen zijn het Imeldaziekenhuis Bonheiden, het Heilig Hartziekenhuis Lier en AZ Sint-Maarten Mechelen. De eerste vergadering vond plaats in mei 2021.
Voorzitterschap wordt afwisselend opgenomen door de kwaliteitscoördinator van elk team.
Agendapunten in 2021:

- Integraal risicomanagement
- Parameterbeleid
- Incidentmeldsysteem
- Keuze accreditatietrajecten
- Opzet documentbeheerssysteem
- Opvolgen intern toetsingsbeleid
- Coaching hoofdverpleegkundigen/medische diensthoofden mbt ontwikkeling kwaliteitsdenken
- Initiatieven rondom patiëntparticipatie
- Functieomschrijving kwaliteitscoördinator
- Organisatie patiënttevredenheidsmetingen
- EPD

Interne debriefing van de vergadering wordt gepresenteerd door team kwaliteit op oa. Directiecomité, comité kwaliteit & patiëntveiligheid,… afhankelijk van de behandelende onderwerpen.

2.7 Opleidingen en deelname aan (internationale) congressen team kwaliteit

2.7.1 Yolande Daelemans, kwaliteitscoördinator

Voorstelling resultaten eerste fase leerstoel Kwaliteit: online
Kwaliteit blijft en leeft: online
Webinar Qualicor: Crisis en continu verbeteren
Interne opleiding Interne auditor, team kwaliteit

2.7.2 Katleen Broeckx, stafmedewerker team kwaliteit

Het jaarverslag werd geschreven tijdens bevallingsverlof van Katleen waardoor dit luik niet aangevuld werd.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

2.7.3 Esther Verhelpen, stafmedewerker team kwaliteit

Opleiding banaba zorgmanagement

Interne opleiding Interne auditor, team kwaliteit

2.7.4 Joyce Refuge, stafmedewerker team kwaliteit

Opleiding kwaliteitscoördinator in de welzijns- en verzorgingssector, Amelior VZW

Opleiding Masterclass Zorgpaden, Netwerk Klinische Zorgpaden ULeuven

Opleiding Master Verpleegkunde en Vroedkunde, UAntwerpen

Opleiding Startende kwaliteitsmanager, Qualicor Europe

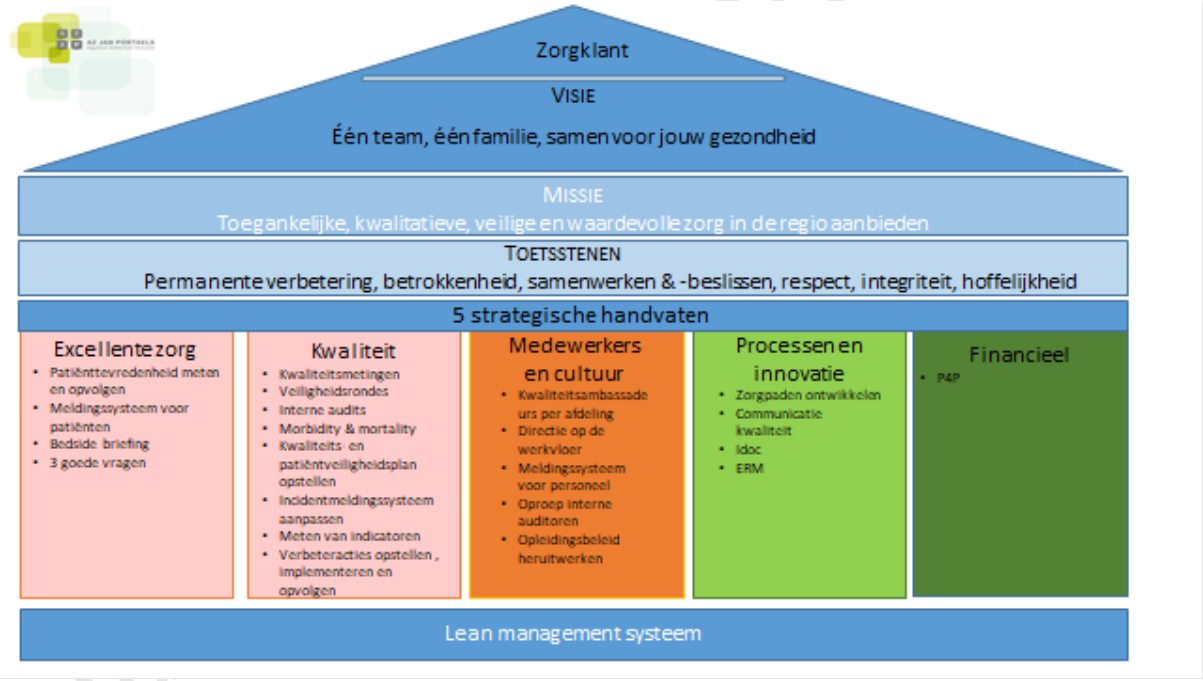
Workshop FOD cel kwaliteit & patiëntveiligheid – retrospectieve incidentanalyse

Interne opleiding VIR's, team kwaliteit

Interne opleiding Interne auditor, team kwaliteit

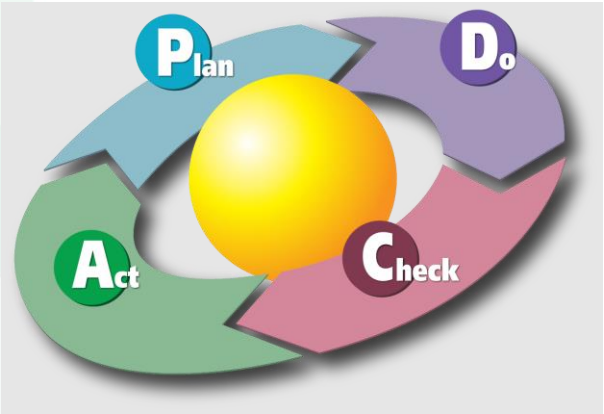
3. Kwaliteit uitstralen

3.1 Vooruitgang projecten team kwaliteit



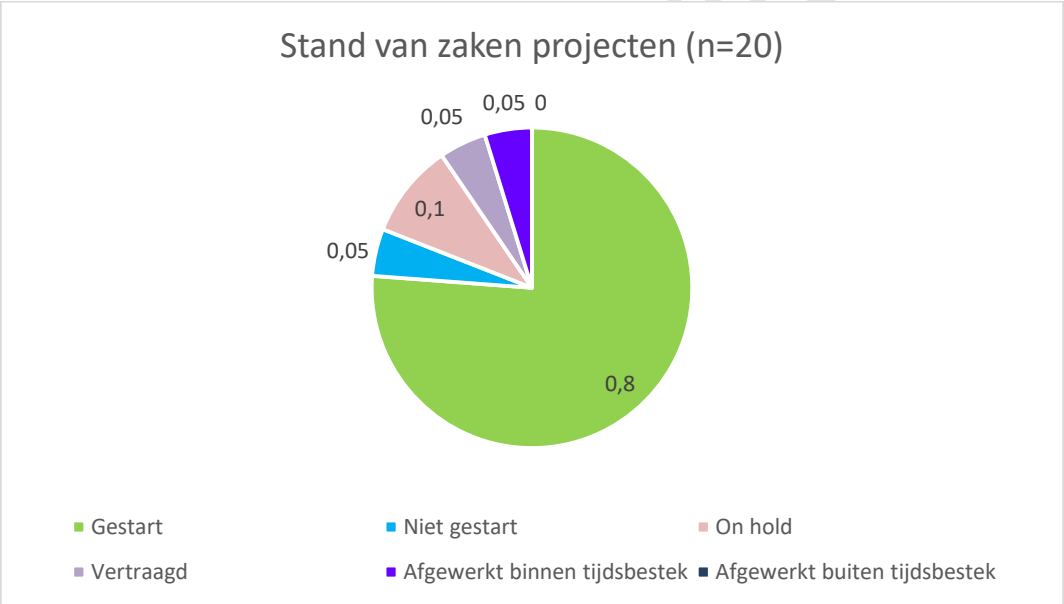
Afbeelding 2: Beleidsplan kwaliteit 2020 - 2023

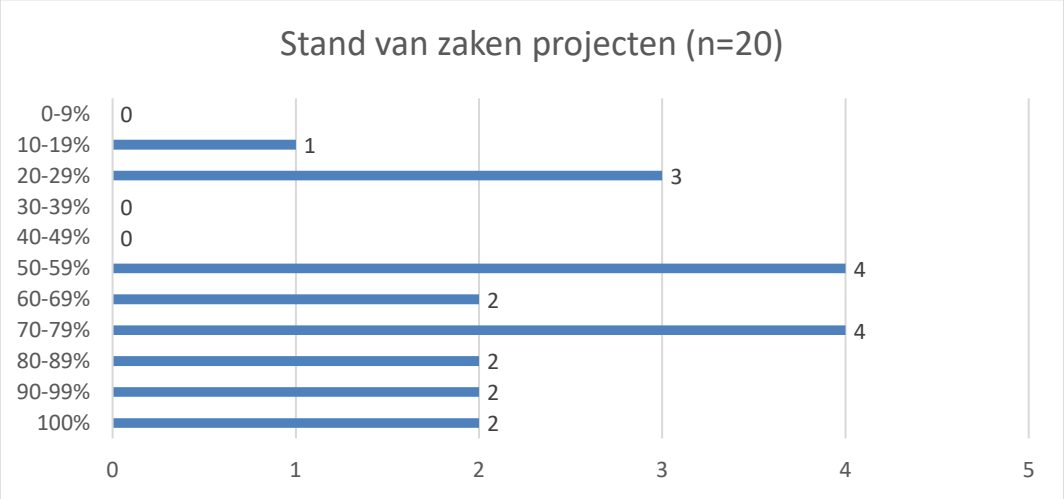
In 2019 werd kwaliteit opgenomen als strategisch handvat en als transversaal programma in het strategisch plan van het ziekenhuis. Dit houdt in dat er o.b.v. het lean managementsysteem projecten gedefinieerd werden per strategisch handvat die de komende jaren geïmplementeerd zullen worden. Hierbij zal steeds gebruik gemaakt worden van de PDCA-cyclus van Deming.



Afbeelding 3: PDCA-cyclus Deming

Op basis van mini-obeya vergaderingen (overleg team kwaliteit), die team kwaliteit zelf organiseert (2-wekelijks), wordt een stand van zaken bijgehouden van de verschillende gedefinieerde projecten. Op de stuurgroep kwaliteit worden de verschillende projecten voorgesteld.





Grafiek 1: Stand van zaken projecten

Van de 20 projecten zijn er eind 2021 2 projecten afgewerkt binnen het tijdsbestek. De meeste projecten zijn projecten die geen einddatum hebben en zullen verder lopen de komende jaren. Binnen deze projecten zijn er deelprojecten gedefinieerd en op basis hiervan kan de voortgang gemonitord worden. Hierbij zijn er 14 projecten die voor ≥50% afgewerkt zijn.

Van de 20 projecten hebben 5 projecten vertraging opgelopen (documentbeheersysteem, zorgpaden, kwaliteitsborden, communicatiekrantje en EWS en parameterbeleid). 2 projecten werden voorlopig on hold gezet (bedside briefing en transmuraal incident melden).
Hieronder volgt een overzicht van de verschillende projecten die lopende of afgewerkt zijn.

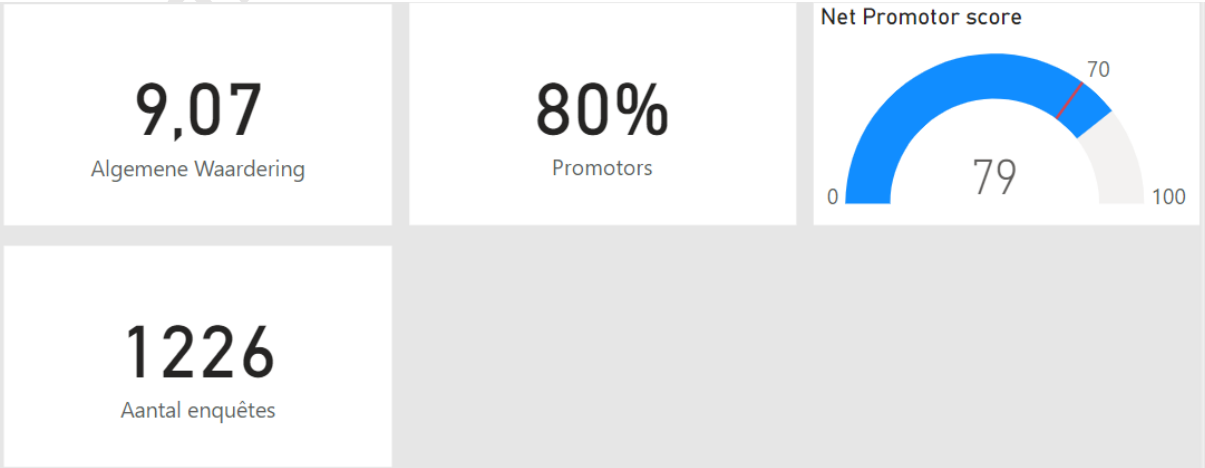
3.2 Excellente zorg

3.2.1 Patiënttevredenheid meten en opvolgen: Vlaamse Patiënten Peiling (VPP)

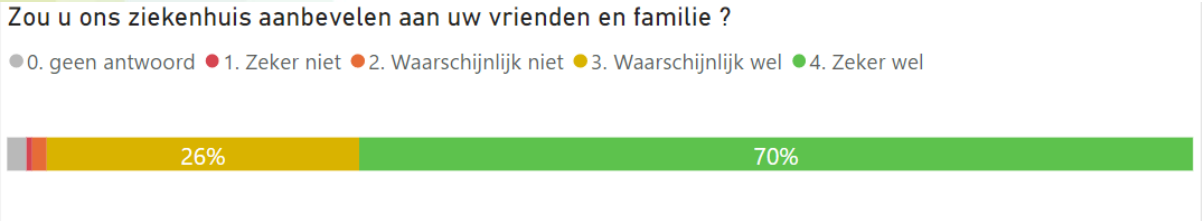
In 2021 werd de patiënttevredenheid gemeten a.d.h.v. de Vlaamse Patiënten Peiling van VIKZ. Het ziekenhuis neemt hier jaarlijks aan deel. De Vlaamse Patiënten Peiling is een tevredenheidsenquête die peilt naar de manier waarop een patiënt de verkregen zorg in het ziekenhuis heeft ervaren. Deze peiling telt normaal twee meetperiodes, één in het voorjaar en één in het najaar. De duurtijd is telkens zes weken. De vragenlijst werd afgenomen van 1 maart tot 11 april 2021 en van 20 september tot 31 oktober 2011 voor AZ, Dagziekenhuis en PAAZ. De bevraging van Pediatrie vond plaats van 6 december 2021 tot 6 maart 2022.
Op basis van de antwoorden zal de patient experience officer verschillende verbeteracties formuleren en implementeren.

Er werden in 2021 1226 ingevulde enquêtes van de Vlaamse Patiëntenpeiling ontvangen voor AZ, Dagziekenhuis en PAAZ samen.

Onderstaande resultaten zijn eigen berekeningen o.b.v. de doorgestuurde gegevens naar VIP² en nog niet gevalideerd.



Jaarverslag AZJP Vilvoorde



Er werden 3 verbeteracties geformuleerd na de bevraging van AZ, Dagziekenhuis en PAAZ:

1/ meer info aan de patiënt over de kosten
2/ meer inspraak van de patiënt in de behandeling
3/ steeds medewerkers identificatie

Voor pediatrie is de periode nog lopende bij het jaareinde.

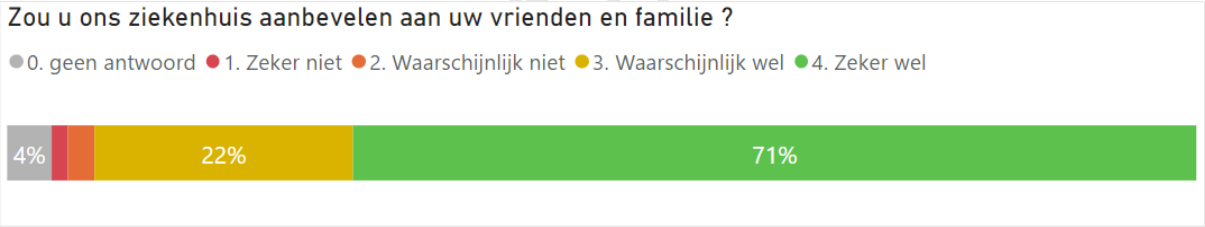
Jaarverslag AZJP Vilvoorde

3.2.2 Patiënttevredenheid meten en opvolgen: PREMS

Sinds juli 2021 werden er aanpassingen gemaakt aan de bestaande PREMS. Deze bevat nu een QR-code die gebruikt kan worden om de bevraging digitaal in te vullen. We hebben gemerkt dat de QR-code zelden gebruikt wordt.

Er werden in 2021 667 PREMS ingevuld door de zorgklanten. In juli zijn we overgeschakeld van systeem om de enquêtes te registreren (van Survey Monkey naar Forms).

Hier volgen een aantal resultaten :



In 2021 werd ook een aparte bevraging georganiseerd waarbij ambulante patiënten bevraagd werden naar hun ervaring en belangen binnen hun patiëntentraject.

Deze ging ondermeer over het maken van afspraken, parking, signalisatie, onthaal, toegankelijkheid, wachttijden, informatieoverdracht en vriendelijkheid.

Daarbij werden 43 patiënten actief bevraagd in maart en april door een studente die in de wachtzalen plaats nam tussen de patiënten.

Het optimaliseren van de signalisatie in het ziekenhuis werd als verbeteractie vanuit de gewone PREMS en de aparte bevraging geformuleerd.

Het plan is in 2022 te starten met vernieuwde PREMS, er worden namelijk ook dienstgebonden PREMS gemaakt met specifieke vragen.

Dit geeft ons meer en gedetailleerdere info via de verschillende ingangspoorten van het ziekenhuis, nl. dienst consultaties, medisch-technische diensten en de spoeddienst.

3.2.3 Meldingssysteem voor patiënten

Sinds 2019 hebben patiënten de mogelijkheid om (bijna)incidenten te melden via de website. Deze meldingen worden rechtstreeks doorgestuurd naar team kwaliteit die verdere acties onderneemt.

Tijdens 2021 werden er 6 meldingen geregistreerd door patiënten en/of hun familie, mantelzorger en kennissen. Na analyse blijkt het om officiële klachten te gaan die bestemd zijn voor de ombudsdienst. Team kwaliteit onderneemt in het voorjaar 2022 acties om de website duidelijker in te richten en dit op basis van de bevindingen die geformuleerd werden op basis van de indicator “website” door het VIKZ.

3.2.4 Parameterbeleid en Early Warning Systeem (EWS)

Uit studies blijkt dat veel opnames op intensieve zorgen kunnen vermeden worden, mits het toepassen van een correct parameterbeleid en implementatie van EWS (‘early warning score’). Door middel van EWS wordt er een score berekend per patiënt. Hoe hoger die score, hoe meer risico dat een patiënt achteruitgaat met risico tot opname op intensieve zorgen of overlijden. De EWS-score wordt berekend op basis van bepaalde parameters.
Binnen het ziekenhuis werd vastgesteld dat er geen uniform parameterbeleid aanwezig was. In 2021 werd de eerste aanzet gegeven om dit uit te werken. Daar de hulp ingeschakeld werd van medewerkers van intensieve zorgen heeft dit project vertraging opgelopen. Doel is om dit in 2022 geïmplementeerd te hebben.

3.3 Kwaliteit

3.3.1 Qualicor Europe

In de loop van 2021 werd de beslissing genomen om verder te gaan met Qualicor Europe en te gaan voor een continue monitoring met een audit omtrent basisveiligheid in juni 2022 gevolgd door sequentiële audits (3 in 5 jaar).

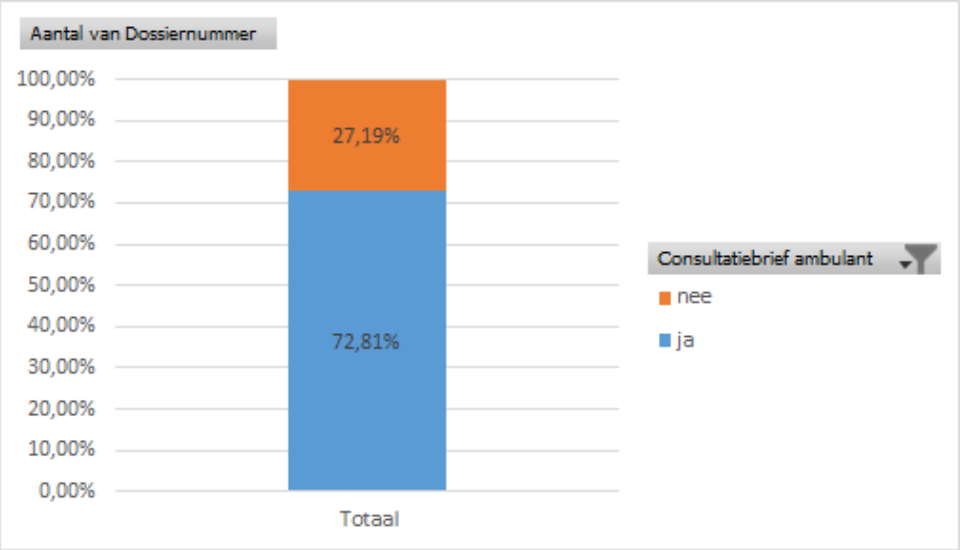
Om ons voor te bereiden op de audit omtrent basisveiligheid werden in 2021 alle procedures hieromtrent geüpdatet en werd het opleidingsbeleid hieromtrent uitgetekend. Daarnaast werden er ook 6 veiligheidsrondes uitgevoerd, 1 oefentracer aangevraagd door Qualicor Europe i.h.k.v. een opleiding kandidaat auditoren en 16 interne kwaliteitsaudits.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

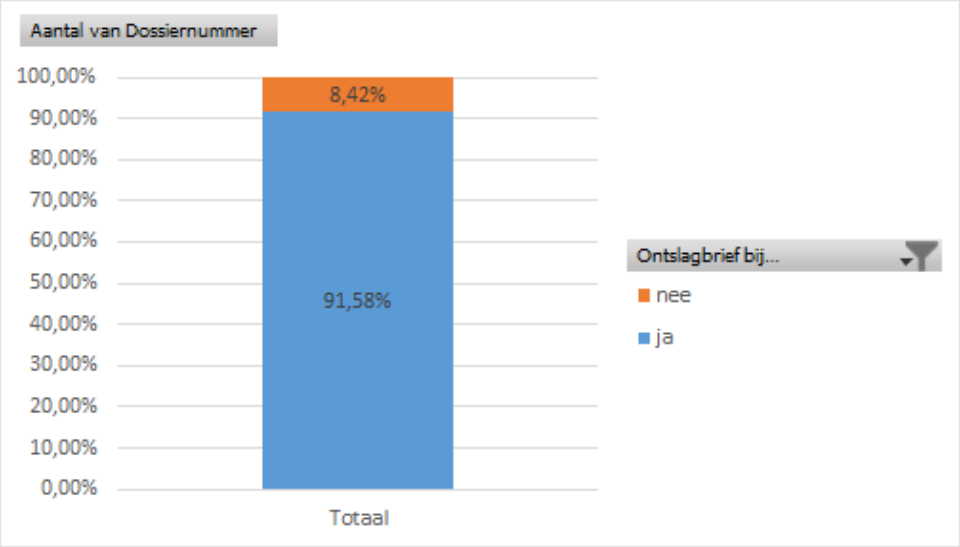
3.3.2 Resultaten veiligheidrondes

Er werden verschillende veiligheidsrondes uitgevoerd door team kwaliteit. Het parameterbeleid werd getoetst aan de hand van de stelling/bewering van de afdeling en controle op alle dossiers van de afdeling. Er werden 3 veiligheidsrondes uitgevoerd op patiëntenidentificatie door team kwaliteit, de afdelingen werden direct aangesproken op de te korten die op dat moment werden vastgesteld. Door het zorgmanagement werden de afdelingen die minder goed scoorden aangesproken om aan deze indicator te werken. De afdelingen die 100% scoorde werden door middel van een communicatie op spencer geprezen.

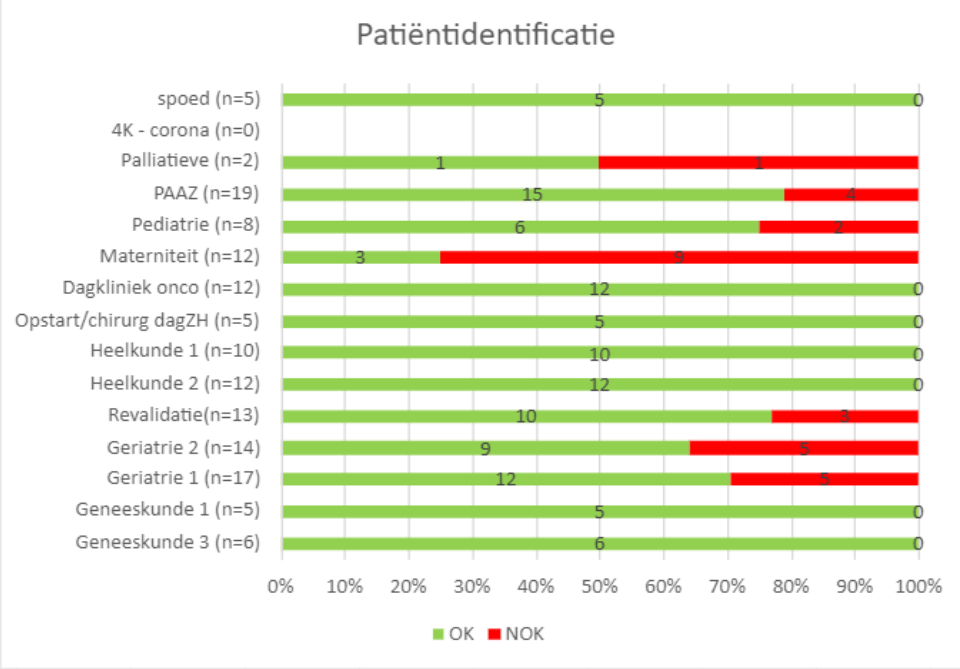
Aan de hand van de kwaliteitswet werd er een grootschalige dossiercontrole van 859 dossiers uitgevoerd op het aanwezig zijn van een consultatiebrief bij consult of een ontslagbrief bij een hospitalisatie.



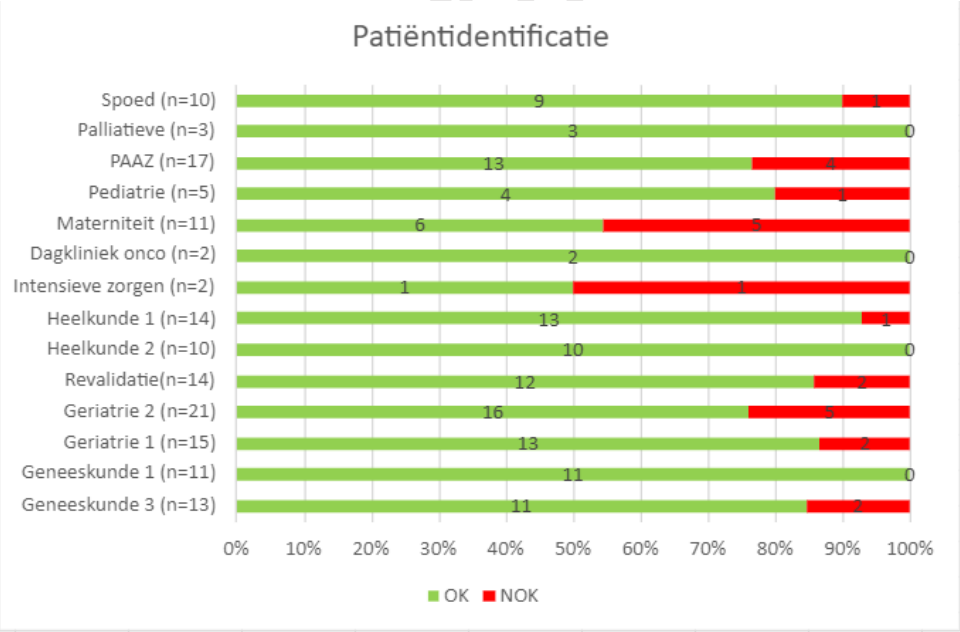
Grafiek 2: Controle aanwezigheid consultatiebrief



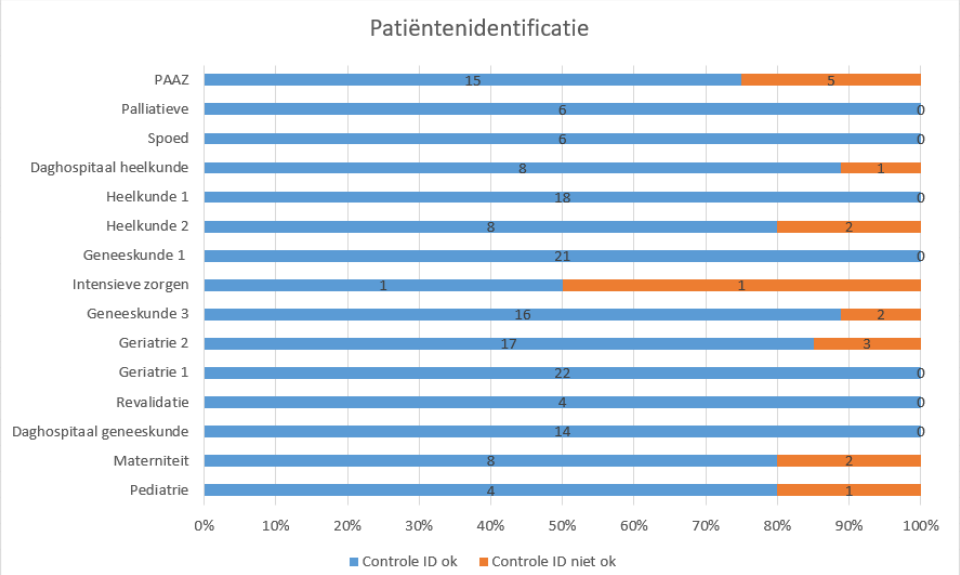
Grafiek 3: controle aanwezigheid ontslagbrief bij hospitalisatie



Grafiek 4: Interne veiligheidsronde patiëntenidentificatie 30/07/2021



Grafiek 5: Interne veiligheidsronde patiëntenidentificatie 03/09/2021



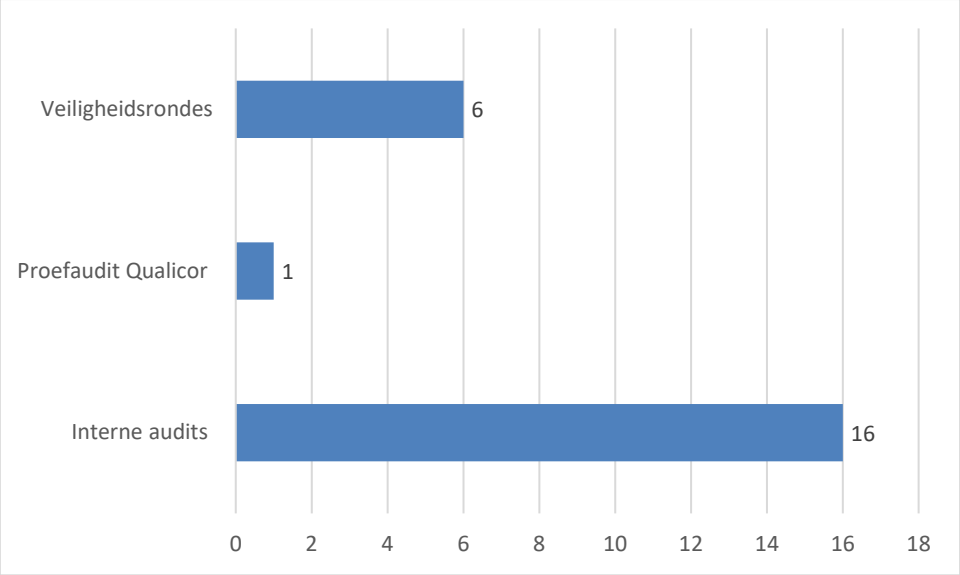
Grafiek 6: Interne veiligheidsronde patiëntenidentificatie 08/10/2021

controle rea-koffer afdeling	Inventaris komt overeen met de inhoud	rea-koffer is op slot
Geneeskunde 1	ok	ok
Geneeskunde 3	nok	ok
Revalidatie	ok	ok
Heelkunde 1	ok	ok
Heelkunde 2	nok	ok
Geriatrie 1	ok	ok
Geriatrie 2	ok	ok
Pediatrie	nok	ok
Materniteit	nok	ok
Intensieve zorgen	nok	ok
Dag onco	ok	ok
Dag heelkunde	ok	ok
Palliatieve	nvt	ok
PAAZ	ok	ok
Endoscopie/pijnkliniek	nok	ok
AZE	ok	ok
Spoed	ok	ok

Grafiek 7: Veiligheidsronde controle op rea-koffer 20/09/2021

controle verdovingskast afdeling	Inventaris komt overeen met de inhoud	Kast is op slot
Geneeskunde 1	ok	ok
Geneeskunde 3	nok	ok
Revalidatie	ok	ok
Heelkunde 1	ok	nok
Heelkunde 2	nok	ok
Geriatrie 1	ok	ok
Geriatrie 2	ok	nok
Pediatrie	ok	ok
Materniteit	ok	ok
Intensieve zorgen	nok	ok
Dag onco	nvt	nvt
Dag heelkunde	ok	ok
Palliatieve	ok	ok
PAAZ	nvt	nvt
Endoscopie	nok	ok

Grafiek 8: Veiligheidsronde controle op verdovingskast 20/09/2021



Grafiek 9: overzicht controles

3.3.3 Interne audits

In 2021 werden 28 medewerkers opgeleid als interne auditor. Met deze medewerkers werden 15 interne audits georganiseerd. Verdeeld met 2 tot 3 interne auditoren gingen zijn met een normenset op pad om deze af te toetsen op de betrokken afdelingen. De resultaten waren als volgt:

- Ambulante zorg: **6** van de **35** normen waren niet voldaan
- CSA: **13** van de **110** normen waren niet voldaan
- Diagnostische beeldvorming: **24** van de **96** normen waren niet voldaan
- Excellente zorg: **15** van de **56** normen waren niet voldaan
- GGZ: **14** van de **100** normen waren niet voldaan
- Hospice, palliatieve zorg rond levenseinde: **1** van de **62** normen was niet voldaan
- Infectiepreventie en bestrijding: **8** van de **99** normen waren niet voldaan
- Kritieke zorg: **5** van de **77** normen waren niet voldaan
- Leiderschap: **36** van de **142** normen waren niet voldaan
- Medicatiebeheer: **9** van de **152** normen waren niet voldaan
- Oncologische zorg: **18** van de **136** normen waren niet voldaan
- Revalidatie: **14** van de **41** normen waren niet voldaan

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- Spoed: **51** van de **71** normen waren niet voldaan
- Transfusie: **12** van de **58** normen waren niet voldaan
- Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen: **11** van de **53** normen waren niet voldaan

De opvolging van deze normen die als onvoldoende werden gescoord moeten nog opgevolgd worden. In 2022 zal er gewerkt worden aan een platform dat dit mogelijk maakt. Er zal een centraal verbeterbord ontwikkeld worden door team kwaliteit.
De normenset 'governance' en 'verloskundige zorg' zullen in 2022 nog geaudit worden aan de hand van de normenset. De andere audits zullen (indien mogelijk) onder de vorm van een tracer geaudit worden.

3.3.4 Morbidity & Mortality (M&M) - kransen binnen het medisch departement

Tijdens 2021 werden de nodige contacten gelegd om een M&M kernteam op te richten met als doel de opstart van de eerste M&M-kransen in 2022. De praktische organisatie werd uitgewerkt, alsook de planning voor 2022. Alle artsen werden persoonlijk via een werkmail op de hoogte gesteld over de start van M&M-kransen en uitgenodigd voor deelname.

Het kernteam M&M is samengesteld uit Dr Rutjes (gynecoloog – kwaliteitsarts) en DR Neyens (Intensivist) met administratieve ondersteuning van een stafmedewerker kwaliteit.

3.3.5 Incidentmeldingssysteem

Een gedetailleerd jaarverslag mbt. Het incidentmeldsysteem staat ter beschikking via team kwaliteit en het documentbeheersysteem.

Opstart hernieuwd meldsysteem vanaf 9 november 2021

Sinds 2013 biedt het AZJP de mogelijkheid aan de eigen medewerkers om patiëntonveilige incidenten(*) te melden via IFlow van IProva Infoland. Vanaf het begin werden incidenten via een centraal opvolgsysteem opgevolgd en afgehandeld.
Uit een intensieve bevraging via diverse werkgroepen (artsen, hoofdverpleegkundigen en centrale coördinatoren) gecombineerd met een ziekenhuisbrede enquête in het najaar van 2021 (met 246 deelnemers) blijkt dat een centrale opvolging de huidige verwachtingen omtrent de opvolging en afhandeling van incidenten niet meer inlost.
Daarnaast werden de richtlijnen, opgesteld door het FOD, over de definiëring van een incident en interpretatie van de graad van schade tgv. het incident voor de patiënt niet eenduidig opgevolgd. Het opladen van correcte incidenten, in het kader van onze deelname aan de P4P-indicatorenset 2020 met als onderdeel "Implementatie VMS: % conform gecodeerde incidentmeldingen", kon niet meer gegarandeerd worden. Eénmaal per jaar laadt team kwaliteit (periode maart-april) de incidentmeldingen op in het programma van FOD, cel kwaliteit en patiëntveiligheid. Vanaf 2022 volgen we hiervoor

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

de registratie op basis van taxonomie 3.0, met als minimale dataset: incidenttype, incidentkarakteristieken, gevolgen voor de patiënt en gevolgen voor de organisatie.

Om tegemoet te komen aan alle bezorgdheden omtrent het centraal opvolgsysteem heeft team kwaliteit, samen met de verschillende werkgroepen, een volledig hernieuwd decentraal meldsysteem ontwikkeld. Op 9 november 2021 is het AZJP gestart met een decentraal opvolgsysteem.

Het hernieuwd meldsysteem biedt opportuniteiten om de tekortkoming in het oud meldsysteem op te vangen. De nieuwe "no blame, no shame"-cultuur, die zich hopelijk in het komende jaar zal installeren, geeft een decentraal team de kans om actief mee na te denken over patiëntonveilige situaties. Inzetten op verbeteracties en deze samen uitvoeren vormt de basis om de herhalingslus van patiëntonveilige situaties uit te schakelen. De inzet van elke zorgmedewerker is hierbij van onschatbaar belang. Directie, zorgmanagement en team kwaliteit zijn de melders, die patiëntonveilige situaties melden, zeer dankbaar voor de kans die wordt aangeboden om via een leeropportuniteit de dagelijkse zorg voor onze patiënt veilig en kwaliteitsvol te maken.

Conclusies oud meldsysteem (01/01/2021-08/11/2021)

- Gemiddeld werden er 55 incidenten/maand geregistreerd (range 44-81, excl. november en december) tijdens 2021. In totaal werden er 564 incidenten geregistreerd waarvan 531 incidenten werden aanvaard en 33 meldingen afgewezen.
- De meeste incidenten werden geregistreerd op spoedgevallen, Geriatrie 1 en Operatiekwartier & recovery (totaal n = 183). Incidenten worden geregistreerd op basis van de locatie waar het incident ontdekt is.
- De meest voorkomende incidenttypes zijn proces/procedure van zorg (26%), ongeval van de patiënt (24%) en gedrag van personeel/patiënt (11%). Slechts 3% van de incidenten is gekoppeld aan het incident medicatie/IV vloeistoffen. In het AZJP staat dit incidenttype, in 2021, op de 8e plaats van geregistreerde incidenttypes.
- Bij 66% van de incidenten heeft geen schade voor de patiënt veroorzaakt. Bijna 22% van de incidenten veroorzaakt lichte schade. Matige schade wordt vastgesteld bij 10% van de incidenten. Respectievelijk 1.5% van de incidenten (n= 8) lleidt tot ernstige schade en 0.75% (n = 4) van de incidenten leidt tot een overlijden. De graad van schade van het incident werd in het oud incidentmeldsysteem beoordeeld door de melder. De inschatting kon nadien nog gecorrigeerd worden door de centrale coördinator of team kwaliteit. Hoewel er in het meldformulier een pop-up verscheen om de graad van schade tgv. het incident voor de patiënt te beoordelen, werd dit veelal niet gevolgd. De graad van schade werd mogelijks beïnvloed door een emotionele inschaling door de melder en was niet gebaseerd op basis van de FOD-richtlijnen.
- "Factoren mbt. Medewerkers" (54%) en "factoren gericht op de organisatie of omgeving" (15%) werden het meest aangeduid als verbeteracties.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

Conclusie hernieuwd meldsysteem (09/11/2021-31/01/2022)

- Er werden 141 patiëntonveilige situaties geregistreerd.
- Verpleegkundigen is de beroepsgroep die de meeste incidenten registreren.
- Medewerkers werkzaam op de afdelingen Geriatrie 1, Pediatrie en Radiologie hebben samen 31 incidentmeldingen geregistreerd.
- De afdelingen waarop de meeste incidenten ontstaan zijn Spoedgevallen, Geriatrie 1 en Radiologie. Samen 57 incidenten (excl. afgewezen incidenten).
- Per maand worden er gemiddeld 47 incidenten geregistreerd en gemiddeld 5 incidenten afgewezen.
- De nieuwe decentrale verantwoordelijkheid is mogelijks een bepalende factor waarbij decentrale coördinatoren de nodige competenties dienen te ontwikkelen om het decentraal team te betrekken bij de opvolging en afhandeling van incidenten. Deze vorm van overlegcultuur op de eigen afdeling is nog niet overal aanwezig. Team HR staat steeds ter beschikking om handvaten aan te reiken om de nodige competenties te ontwikkelen bij de decentrale coördinatoren.
- De focus bij de melder ligt momenteel op het registreren van incidenten* en veel minder op bijna-incidenten. Dit betekent dat decentrale coördinatoren in hoofdzaak aan de slag gaan met retrospectieve analyses en veel minder op basis van prospectieve analyses. De grote winst ligt evenwel thv. de bijna-incidenten waarbij de patiëntonveilige situatie op tijd gestopt werd door een medewerker waardoor het incident de patiënt niet heeft bereikt. Een decentraal team dat zich over bijna-incidenten kan buigen zal zich, op termijn, inzetten op preventie en een kritische blik doorheen de eigen aangeboden zorgen. Wachten tot het ogenblik dat een incident zich effectief heeft gemanifesteerd zorgt voor een startsituatie waarbij er zeer gemakkelijk gezocht wordt naar diegene die een fout heeft begaan. Dit effect heb je veel minder bij bijna-incidenten. Het is een uitdaging om op lange termijn de focus van incidenten naar bijna-incidenten te verschuiven maar zeker de moeite waard.
- “Ongeval van een patiënt” is het meest voorkomende incidenttype, gevolgd door “proces/procedure van zorg” en “medicatie/IV vloeistoffen”. Team kwaliteit zal samen met de afdeling apotheek gerichte acties ontwikkelen om de alertheid omtrent medicatiefouten meer onder de aandacht te brengen. Hopelijk zien we hiervan een effect doorheen het komend jaar. Slechts 3% van de incidenten wordt geregistreerd als een medisch incident terwijl medicatiefouten één van de meest voorkomende incidenten is in een ziekenhuis.
- Gelukkig ondervindt de patiënt bij de meeste incidenten geen schade voor de patiënt. Decentrale coördinatoren kunnen de hulp inschalen van de hoofdbehandelaar van de patiënt bij het toewijzen van de graad van schade voor de patiënt.
- Er werd geen enkel incident geregistreerd met graad van schade “ernstig” of “overlijden”.
- De meerderheid van de incidenten wordt afgesloten met “geen gevolgen voor de organisatie”. In een sterke minderheid van de incidenten wordt “beschadiging van de goede naam van het ziekenhuis” en “verlengde opnameduur” genoteerd als mogelijk gevolg.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- Momenteel wordt het decentraal team bij slechts de helft van de incidenten betrokken (51%).
- Bijna 65% van de meldingen bevat de identiteit van de hoofdbehandelaar van de patiënt.
- Volgens de decentrale coördinatoren wordt in 13% van de incidenten de patiënt en/of zijn familie geïnformeerd over de patiëntonveilige situatie. In net geen 9% van de incidenten wordt de patiënt en/of zijn familie betrokken bij de afhandeling van een incident. Deze cijfers tonen de moeilijke evenwichtsoefening aan die er bestaat over het topic open disclosure versus de mogelijke juridische gevolgen van incidenten.

Concrete verbeteracties

Hieronder een overzicht van concrete verbeteracties die werden uitgerold nav. ernstige incidenten:

- Heractivatie kernteam "zorgberoerte" onder begeleiding van team kwaliteit waarbij concrete verbeteracties worden besproken en geïmplementeerd: beschikbaarheid actilyse thv. CT-lokaal, inschakelen HAIO's thv. spoed igv. vermoeden CVA, aanpassing beroertebundel, bespreking mogelijkheid heractivering stroke-alarm, evaluatie verantwoordelijkheid technologen bij de interpretatie CT blanco en opleidingsbeleid HAIO's/verpleegkundigen stroke-unit. De resultaten van de medische indicatoren uit de BIC4Life studie vormen de basis voor verdere uitrol verbeteracties.
- Uitrol van een ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. E-learnings en webinar voor leidinggevenden in maart 2022. Beide tools worden tevens ter beschikking gesteld voor de artsen. Een specifieke opleiding wordt voorzien onder de vorm van casusbesprekingen voor de afdeling spoedgevallen, gecoördineerd door hoofdverpleegkunde PAAZ. E-learning van VLESP zal ter beschikking worden gesteld voor de teamleden van spoed (najaar 2022).
- De REA-oproepen wordt omgeleid naar een vaste telefoon.
- BLS-opleidingen worden georganiseerd voor zorg en niet-zorg medewerkers vanaf voorjaar 2022.
- Algemene richtlijnen inzake parameterbeleid wordt geïmplementeerd voorjaar 2022. In een latere termijn worden de aandachtspunten gegroepeerd rondom de EWS-score en het Rapid Response Team.
- De kleurcode van de EWS en parameters wordt weergegeven in het medisch dossier zodat artsen snel een overzicht kunnen consulteren over de gezondheidstoestand van hun patiënt.
- Introductie van het tabblad ECG aan het medisch dossier waarin alle eerder uitgevoerde ECG's worden gegroepeerd. De tab is toegankelijk gesteld voor elke arts.
- Identificatie van elke overleden patiënt thv. de rouwkamer bij overdracht naar de begrafenisondernemer. Een dubbele patiëntenidentificatie wordt uitgevoerd door de logistieke dienst in bijzijn van de begrafenisondernemer.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- De installatie van MOZOS-toegang door gynecologen zodat de patiëntenoverdracht volgens GDPR-richtlijnen kan worden gewaarborgd.
- Koppeling van de saturatiemeter aan het DECTalarm op REVA/D1.
- Vervanging van de High Flows Vapotherm door Airvo Optiflow. Procedure, installatie stock medisch apparatuur thv. Stock zorgmagazijn, onder supervisie van logistieke dienst.
- Flow dringende procedure operatiekwartier werd geactualiseerd en goedgekeurd op de OK-commissie.
- Uitrol van InfoHos over elke ziekenhuisafdeling (implementatie laatste afdelingen voorzien in voorjaar 2022).

De lijst is niet volledig. Een deel van verbeteracties werden geïmplementeerd zonder centrale registratie. De ontwikkeling van een centraal verbeterplatform (implementatie najaar 2022) is voorzien.

3.3.6 Indicatoren

Externe indicatoren

Het AZ Jan Portaels nam in 2020 deel aan alle indicatoren van het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) van de Vlaamse overheid (www.zorgkwaliteit.be). Door de Covid-19 pandemie werd de deelname aan indicatoren sterk gereduceerd.

- **VPP**

Zie hoger 'Patiënttevredenheid'.

- **SSC (checklijst veilige heelkunde)**

Jaarlijks vraagt de overheid om de gegevens van een door hun bepaalde periode van de SSC door te geven. Het gebruik van de checklijst geeft aan dat het ziekenhuis aandacht besteedt aan de door de WHO uitgelichte aandachtspunten. Deze indicator is louter een weergave van het gebruik (naleving) van de SSC.

De officiële resultaten moeten (eind januari 2022) nog ontvangen worden. Op basis van voorlopige resultaten werd bij 89,1% van de 22 uit te voeren controles daadwerkelijk uitgevoerd voor, tijdens en na een chirurgische ingreep. Slechts scorende disciplines zijn oftalmologie en plastische heelkunde.
Daarnaast werden 99,7% van de voorziene controles daadwerkelijk uitgevoerd voor, tijdens en na een chirurgische ingreep.

- **Decubitus**

De indicator decubitus is een nieuwe externe indicator die dient gemeten te worden. Het voorkomen van de aanwezigheid van doorligwonden of decubituswonden wordt internationaal gezien als een wezenlijk element van kwaliteitsvolle zorg. Decubituswonden zijn immers niet alleen pijnlijk, ze zijn ook moeilijk behandelbaar en geven op langere termijn aanleiding tot een verminderde gezondheid en kwaliteit van leven. De behandeling ervan is

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

ook intensief en duur, waardoor preventie des te belangrijker is. Om een indicatie te krijgen van de zorg rond decubitus wordt de procesindicator rond risicobepaling en de outcome-indicator verworven decubitus gemeten. Bedoeling is dat het ziekenhuis 4 keer per jaar informatie hiervan doorgeeft aan VIP².
Door de Covid-19 pandemie werd in 2021 maar 1 keer informatie doorgegeven aan de overheid. De andere keren werden on hold gezet. Op basis van de eerste feedback werd de indicatorfiche door de overheid nog verder aangepast.

- **Website**

Deze indicator maakt het mogelijk om een vergelijking te maken tussen de verschillende ziekenhuizen op het vlak van service. Het instrument werd ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform vzw en vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt. Het instrument gaat na in welke mate ziekenhuiswebsites informatie aanbieden die relevant is voor patiënten en in welke mate deze informatie toegankelijk, gebruiksvriendelijk en 'vindbaar' is.

Op basis van de voorlopige gegevens behaalde het ziekenhuis een score van 67,6%. In een confirmatierapport werden nog een aantal opmerkingen bezorgd aan het VIKZ (Vlaams instituut voor kwaliteit van zorg) en o.b.v. deze gegevens werd het percentage aangepast. Het definitieve resultaat moet op datum van vandaag (31/01/2022) nog ontvangen worden.
Binnen Zorgnet Icuro is de ongerustheid geuit omtrent deze indicator. Alle ziekenhuizen werden streng beoordeeld op deze indicator. Deze bemerkingen werden ook aan VIKZ bezorgd, waarna zij dit intern zullen opnemen. Een nieuwe feedback hieromtrent werd nog niet ontvangen.

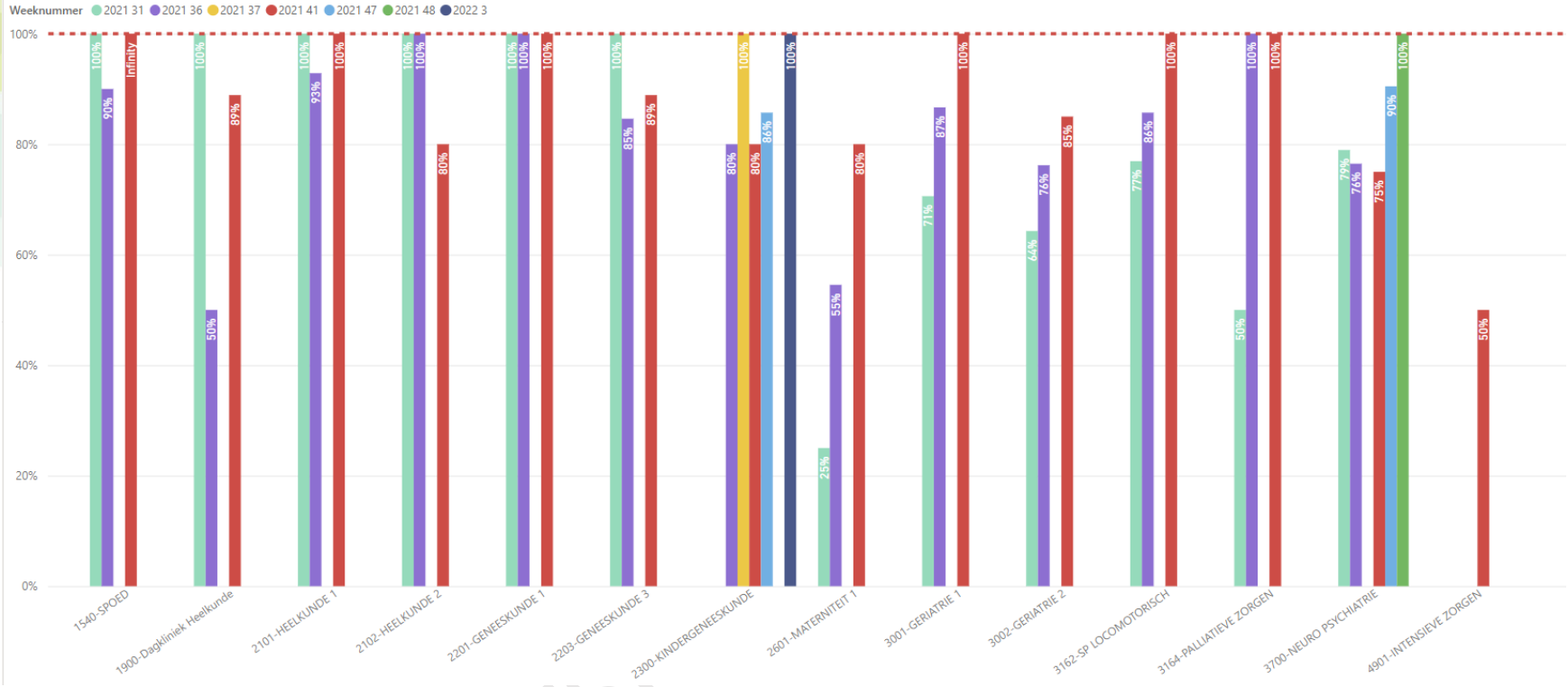
Interne indicatoren

In 2020 werd het beleid uitgewerkt voor het meten en communiceren van indicatoren, waarbij er een onderscheidt gemaakt werd in:

- Ziekenhuisbrede indicatoren
- Verpleegkundige indicatoren
- Medische indicatoren

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- Patiëntidentificatie

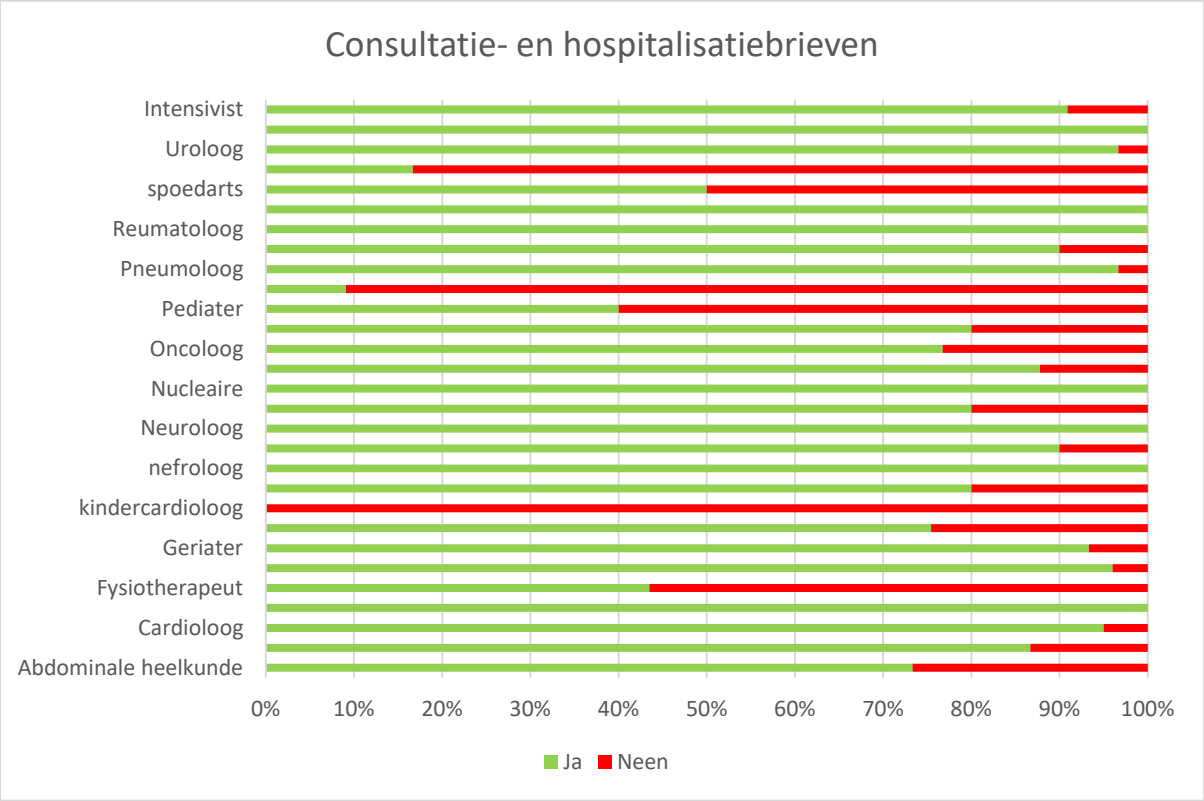


Grafiek 10: overzicht resultaten controle patiëntidentificatie

In 2022 werden er op verschillende tijdstippen controles gedaan op de indicator patiëntidentificatie (week 31, 36 & 41). De meeste afdelingen behaalden een score van 100%. Bepaalde afdelingen die laag scoorden tijdens de ziekenhuisbrede controles hebben als verbeteracties zelf controles uitgevoerd.

Jaarverslag

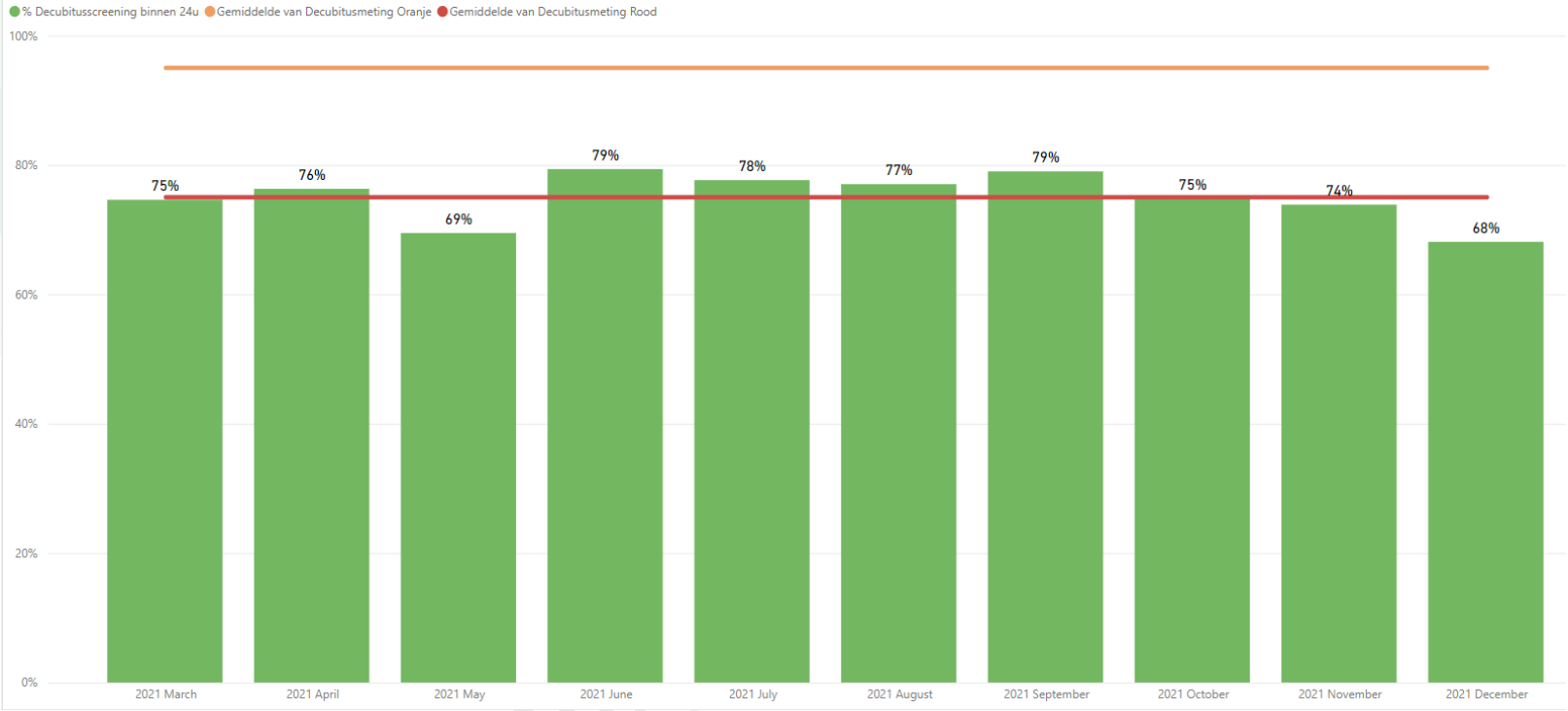
- **Dossieranalyse**



Grafiek 11: resultaat controle op hospitalisatie- en consultatiebrieven

N.a.v. de communicatie van de overheid omtrent het in werking treden van de kwaliteitswet werd er een controle uitgevoerd op de aanwezigheid van een hospitalisatie- en consultatiebrief in het dossier van de patiënt. Hieruit blijkt dat niet alle medische disciplines 100% scoorden. Met deze disciplines is in overleg getreden en hieruit bleek dat artsen ook verslagen op een andere plaats maakten, waaruit geen automatische hospitalisatie- of consultatiebrief genereerde. Dit werd opgenomen met IT en de oplossing werd gecommuniceerd naar de medische diensthoofden.

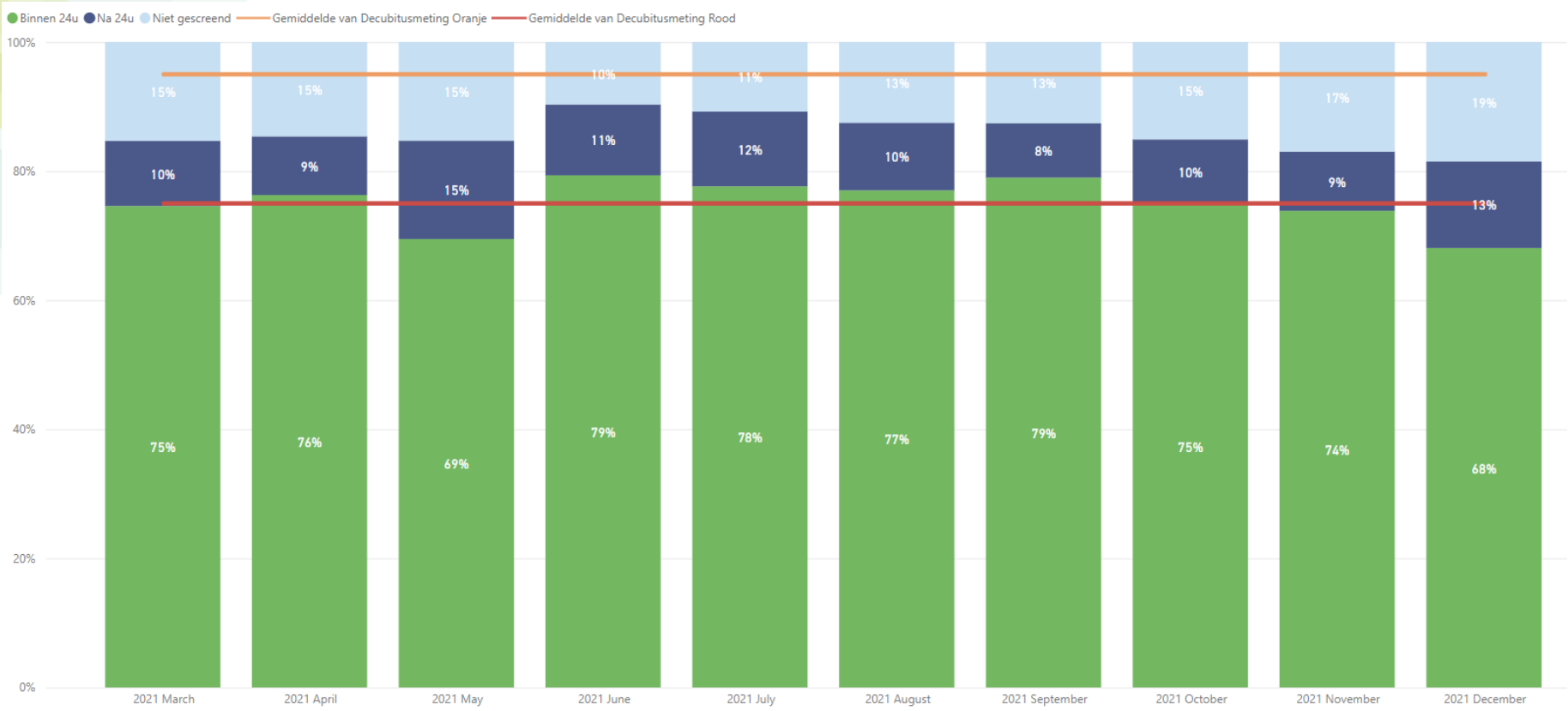
- **Decubitus**



Grafiek 12: % decubitusscreening op de eerste afdeling

Bij elke opgenomen patiënt moet er een decubitusscreening gebeuren binnen de 24 uur na de opname. Uit de gemeten indicator blijkt dat we gemiddeld maandelijks nipt binnen de streefwaarden zitten. Deze indicator werd, net zoals de andere indicatoren gecommuniceerd op de kwaliteitsborden en wordt opgenomen door de hoofdverpleegkundigen.

Jaarversie

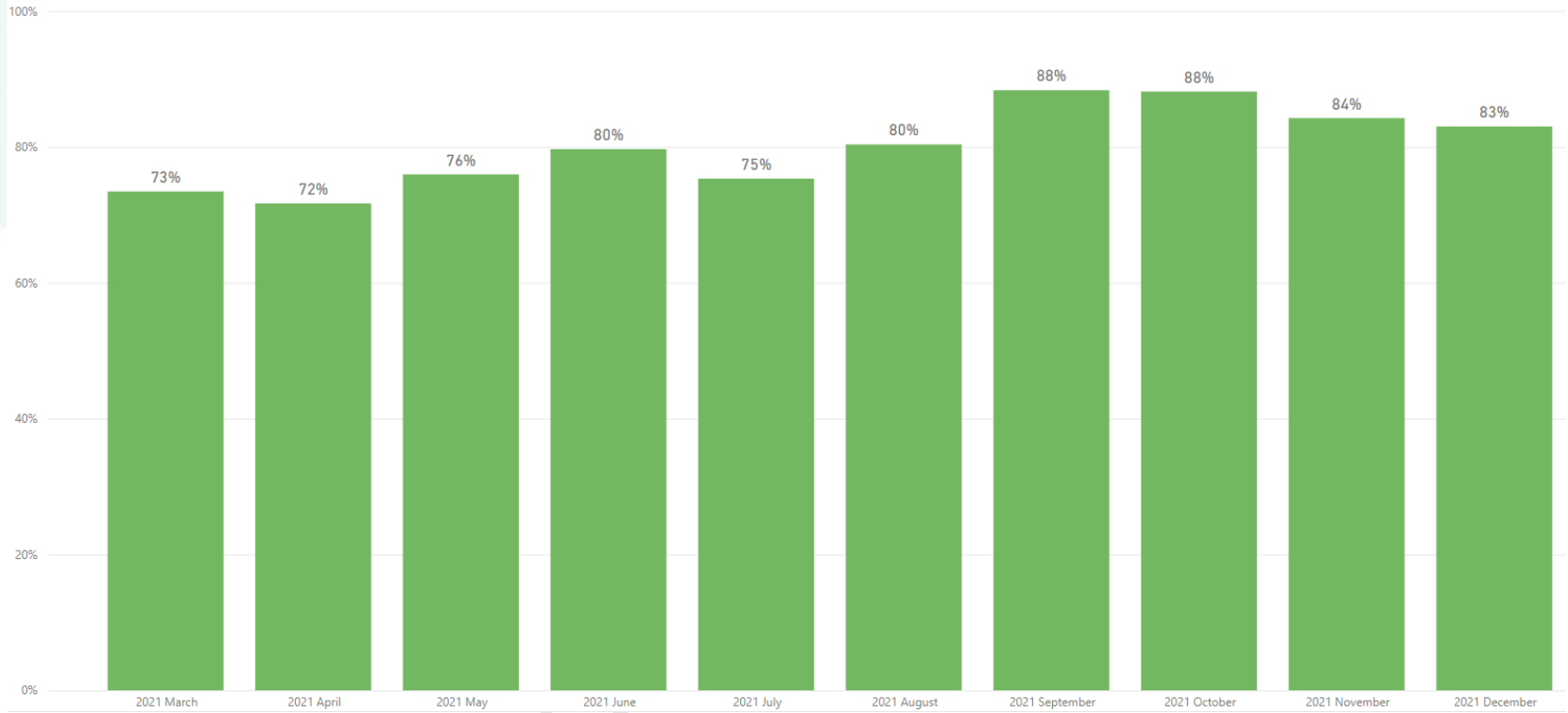


Grafiek 13: % decubitusscreening op de eerste afdeling

Binnen de indicator decubitusscreening blijkt dat er voornamelijk gescreend werd, maar dat er gemiddeld maandelijks rond de 14% geen screening wordt uitgevoerd of later dan 24 uur (gemiddeld 11%).

Jaarverslag

- **Pijn**



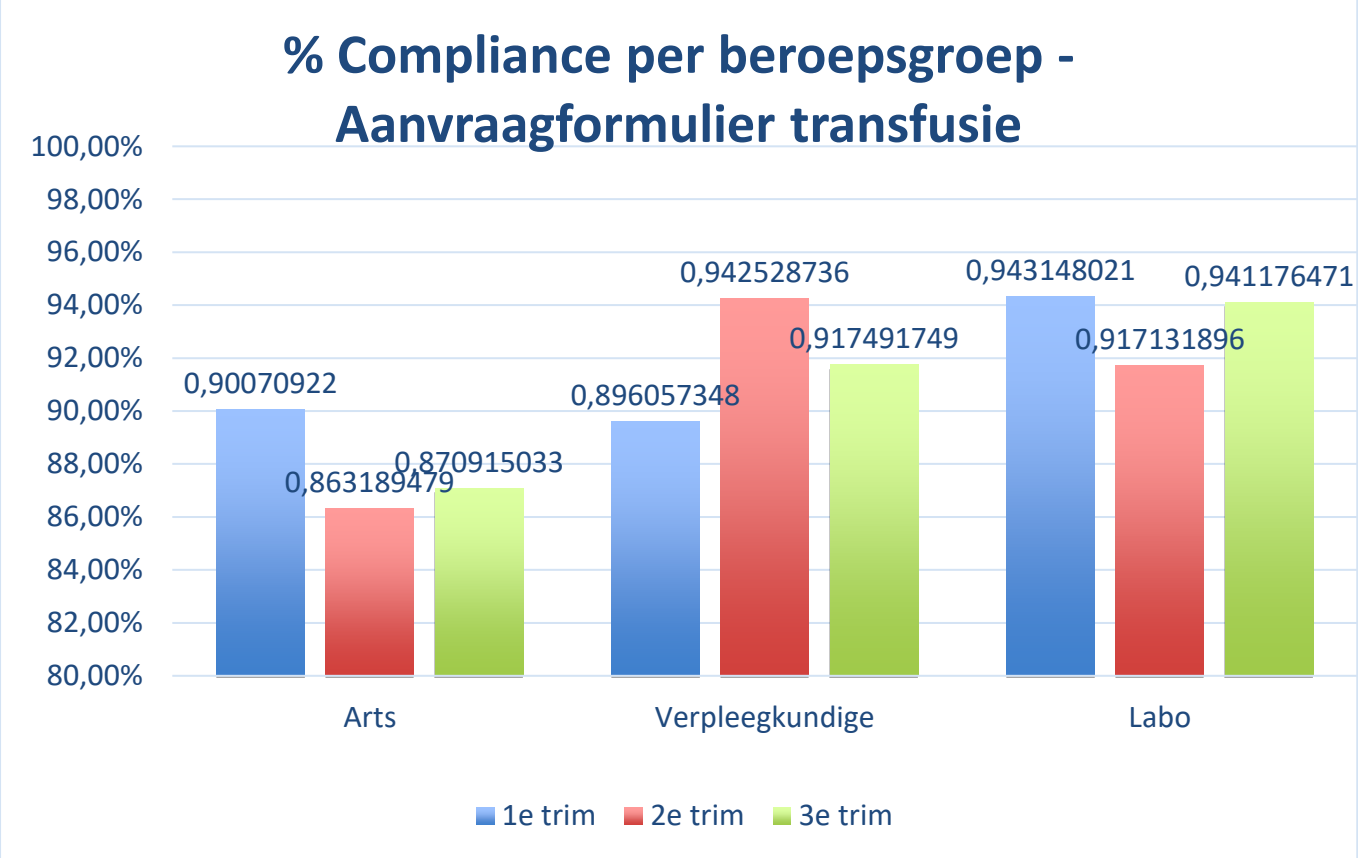
Grafiek 14: % zorgperiodes met pijnmeting

Deze indicator geeft weer dat er gemiddeld bij 80% van de zorgperiodes een pijnmeting werd geregistreerd. Dit is een onder rapportering. De medewerkers bevragen de patiënten wel (cfr. VPP) maar noteren dit niet steeds in het dossier.

Jaarverslag

- **Hemovigilantie**

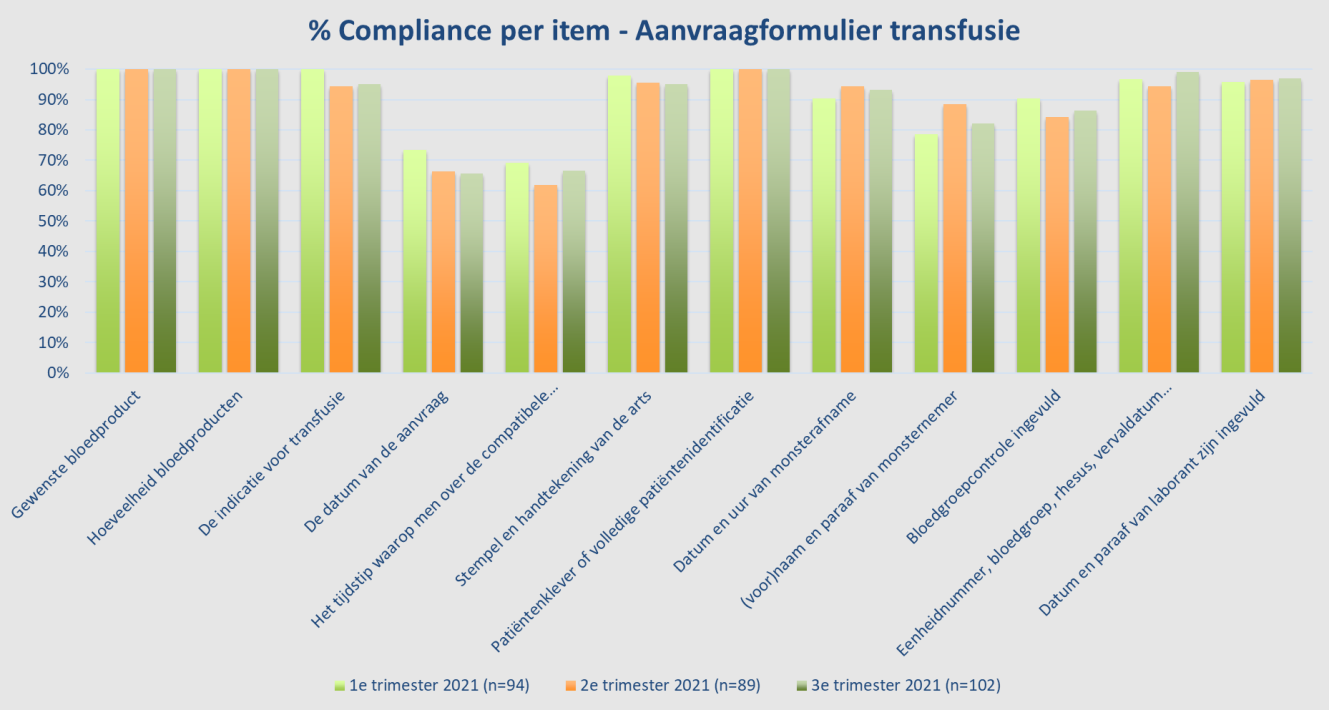
Maandelijks (3° week) werden alle transfusiedossiers en het aanvraagformulier bekeken. Op het aanvraagformulier zijn er verschillende secties die zowel door een arts, verpleegkundige en door het labo ingevuld moeten worden.



Grafiek 15: % compliance per beroepsgroep (aanvraagformulier)

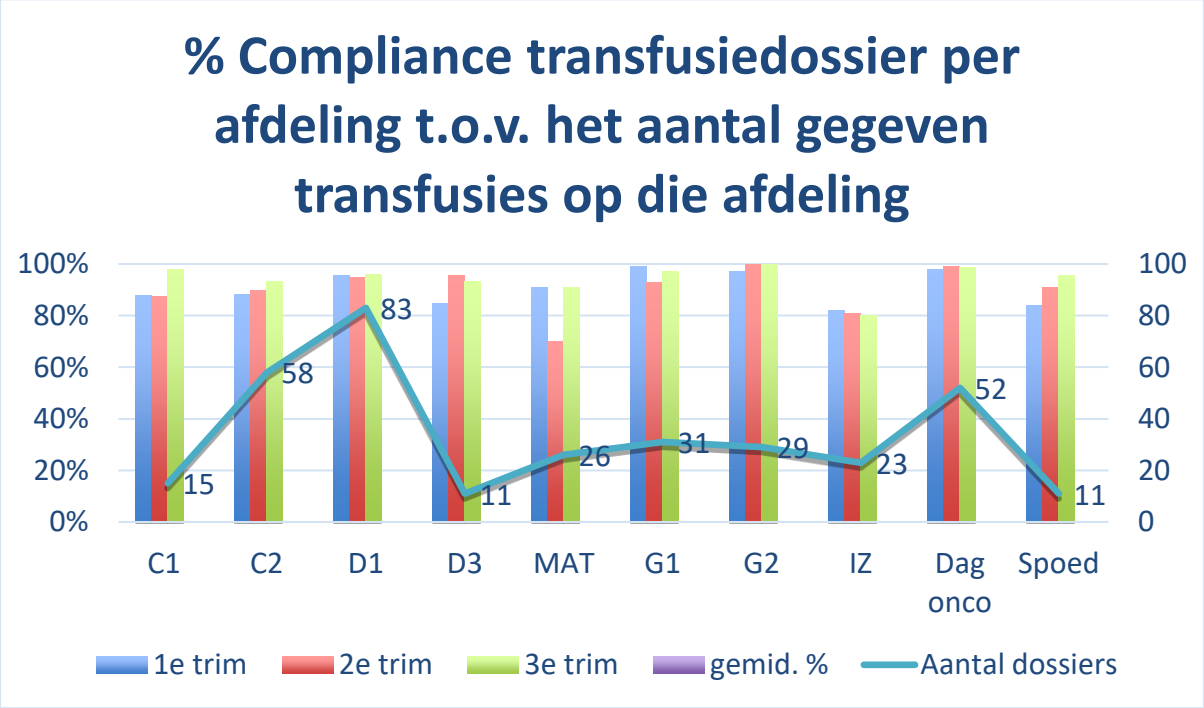
Uit de resultaten blijkt dat de medewerkers van het labo het aanvraagformulier het correctst invulden, gevolgd door de verpleegkundigen en de artsen.

Jaarverslag



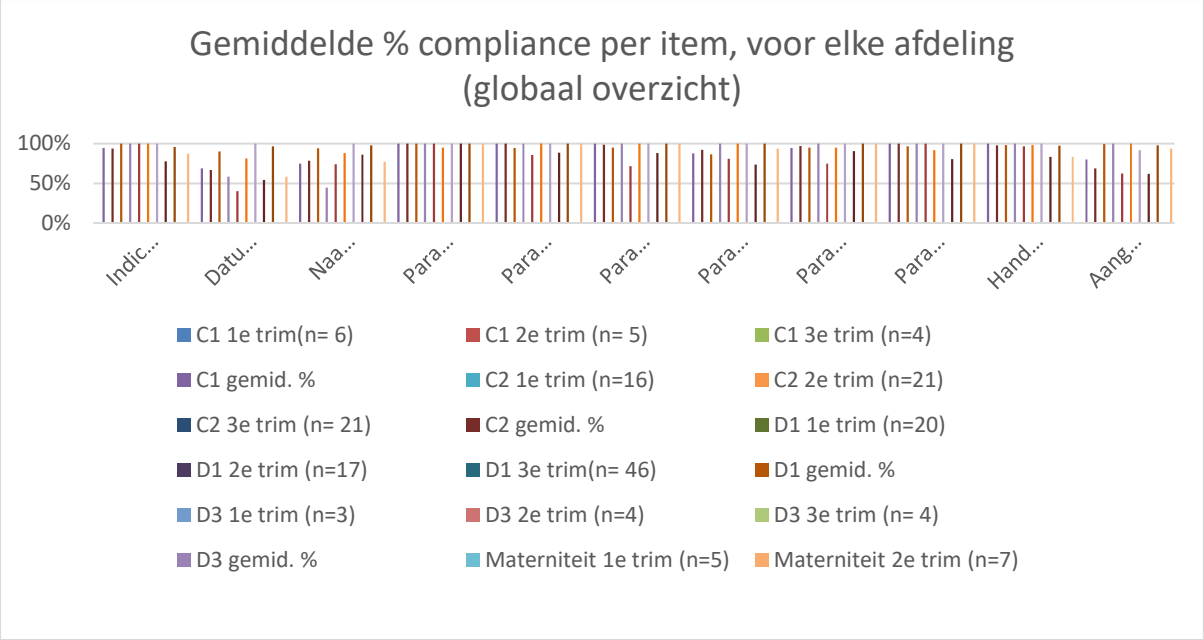
Grafiek 16: % compliance per item (aanvraagformulier)

Datum van de aanvraag en tijdstip waarop men over de compatibele bloedproducten wenst te beschikken werden het minst ingevuld op het aanvraagformulier.



Grafiek 17: % compliance transfusiedossier per afdeling

De afdeling intensieve zorgen scoort het laagst op de compliance van het transfusie dossier. Een verklaring hiervoor is de soms hoge aantallen die gegeven moeten worden aan 1 patiënt.



Grafiek 18: % compliance per item (transfusiedossier)

Datum- en begin uur transfusie en naam van de toediener wordt het minst vaak ingevuld in het transfusiedossier.

Verbeteracties aanvraagformulier

- Sensibilisatie artsen, verpleegkundigen en labo medewerkers
- Opleiding nieuwe zorgprofessionals (arts, verpleegkundigen en labo medewerkers)

Verbeteracties transfusiedossier:

- Digitalisatie van het dossier
- Feedback via de kwaliteitsborden naar de afdelingen
- Tijdsmonitoring tussen ophaling transfusie en toediening
- Audit gepland voor informed consent en brochure
- Opleiding nieuwe zorgprofessionals (arts, verpleegkundigen en labo medewerkers)

3.3.7 Zorginspectie

Op 06 augustus 2021 vond er een zorginspectie plaats rond het thema suïcidepreventie. Volgende punten waren in orde:

- Schriftelijke afspraken m.b.t. detectie en (her)bevragen van suïcidaliteit
- Schriftelijke afspraken m.b.t. interventies bij verhoogde suïcidaliteit
- Schriftelijke afspraken m.b.t. vorming over detectie en behandeling van suïcidaal gedrag
- Schriftelijke afspraken m.b.t. documenteren, registreren en evalueren
- Beleid rond infrastructurele en medicatie gebonden preventiemaatregelen

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

Volgende opmerkingen werden gedefinieerd:

- Schriftelijke afspraken over de vervolgzorg voor suïcidale personen
- Schriftelijke afspraken na een suïcidepoging
- Schriftelijke afspraken na een suïcide
- Bevraging naar suïcidale gedachten en gedrag aantoonbaar maken in het dossier

Volgende verbeteracties werden ondernomen:

Schriftelijke afspraken omtrent vervolgzorg

Ontslagvoorbereiding begint reeds bij begin van opname. Dit door het zich verschaffen van een duidelijk beeld over:

- De context van de patiënt. Wie is betrokken in de zorg (hulpverleners, vrienden, familie, …) en hoe verloopt dit?
- De kwetsbaarheidsfactoren, beschermende factoren en uitlokkende factoren dewelke het risico op suïcide kunnen verhogen of doen dalen.
- De ambulante hulpverleners (huisarts, thuiszorg, psycholoog,...) en/of andere vervolgzorg worden ingelicht over de suïcidaliteit van de betrokken patiënt.

Suïcidepreventie is een gegeven waarbij teamwork vereist is. Dit betekent dat iedere hulpverlener op de PAAZ een bepaalde taak op zich kan en moet nemen. Goede communicatie over wie, wat doet is hierbij essentieel.

Schriftelijke afspraken na een suïcidepoging

Wanneer men geconfronteerd wordt met iemand die een suïcide(poging) ondernomen heeft, dient men in eerste instantie de nodige somatische zorg te verlenen (indien nodig interne REA 8100) en de verantwoordelijke psychiater of arts van wacht te contacteren. Daarnaast is het ook belangrijk om te zorgen voor de veiligheid van de suïcidepoger. Er dient zo snel mogelijk een eerste gesprek met de suïcidepoger te gebeuren om enerzijds de persoon empathisch op te vangen en anderzijds het suïciderisico en de onmiddellijke behandelingsnoden in te schatten. Volgende aspecten kunnen in dit gesprek aan bod komen: informatie over de suïcidepoging en huidige emoties en acute suïcidaliteit. Daarnaast dient er ook aandacht te zijn voor de medepatiënten en betrokken hulpverleners. Een suïcidepoging van een patiënt kan voor extra stress, onrust en bezorgdheid zorgen. Bovendien is er een gevaar op copycatgedrag bij kwetsbare personen in de omgeving van de patiënt. Zorg dus voor voldoende opvang en ondersteuning voor medepatiënten en betrokken hulpverleners. Denk hierbij aan de volgende zaken:

- Spreek af hoe, wanneer en door wie de medepatiënten, de betrokken hulpverleners en evt familie/naasten geïnformeerd worden over de suïcide(poging) van de patiënt. Bespreek dit indien mogelijk met de patiënt zelf.
- Organiseer opvang voor medepatiënten en hulpverleners die hier nood aan hebben.
- Zorg voor voldoende tijd en ruimte voor ondersteuning en intervisie.
- Wees extra alert voor mogelijke tekenen van suïcidaliteit bij medepatiënten en hulpverleners.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- Second victim beleid voor medewerkers in het ziekenhuis

Schriftelijke afspraken na een suïcide:

Evaluatie en registratie

Elke suïcide(poging) wordt geregistreerd en geëvalueerd, ook wanneer die zich buiten de afdeling/ziekenhuis voorgedaan heeft. Deze informatie is immers belangrijk om het suïciderisico te kunnen inschatten en om het suïcidepreventiebeleid te evalueren. Deze registratie gebeurt in het EPD en via een incidentmelding. Ga na wat goed en minder goed verlopen is in de opvolging van de suïcidepoger en welke maatregelen eventueel getroffen kunnen worden om suïcidepogingen in de toekomst te vermijden. Dit wordt steeds in team besproken en teruggekoppeld aan de preventieadviseur van het ziekenhuis.

Rapportering

De risicotaxatie en bijhorende streefacties worden opgenomen in het elektronische patiëntendossier (EPD) binnen het tabblad PAAZ en/of behandelplan.
De rapportering van een suïcide(poging) gebeurt ook in het EPD alsook wordt een incidentmelding gedaan via IPROVA. Indien er bijhorende streefacties worden vooropgesteld door het team worden deze mee opgenomen in het EPD-tabblad PAAZ en/of behandelplan.
Indien nodig zal het Second Victim beleid voor medewerkers in het ziekenhuis worden opgestart door de leidinggevende.

Ondernomen acties door de leidinggevende van PAAZ zelf:
Bevraging naar suïcidale gedachten en gedrag aantoonbaar maken in het dossier: 30% van de bekeken dossiers waren niet in orde toen.
Het ging hierbij over het registreren bij opname. Dit ging over patiënten die niet meteen op de PAAZ werden opgenomen maar eerst op een andere afdeling verbleven.
Dus door ons suïcidepreventiebeleid ziekenhuisbreed uit te rollen zal dit worden aangepakt. Daarnaast werd dit in het team besproken want ook wij moeten dit natuurlijk doen als de patiënt bij ons wordt opgenomen. Daarbij werd de afspraak gemaakt dat er steeds van een oranje code wordt uitgegaan indien het nog niet bevraagd is.

3.3.8 Week van patiëntveiligheid

Jaarlijks (derde week van november) organiseert team kwaliteit een 'week van patiëntveiligheid' waarbij een focus gelegd wordt op bepaalde topics omtrent kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit jaar heeft team kwaliteit een veiligheidsfilmpje opgenomen. In dit filmpje kwamen de verschillende aspecten van basisveiligheid aan bod die (meestal) verkeerd werden uitgevoerd. Aan de medewerkers werd gevraag dom de 'fouten' te identificeren en door te sturen naar team kwaliteit. Door de drukte binnen het ziekenhuis en de covid-19 pandemie werd dit filmpje weinig bekeken. Het filmpje zal geïntegreerd worden in het opleidingsbeleid. De winnaars zijn de medewerkers van de Palliatieve Eenheid De Cirkel. Zij

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

hebben een waardebon gewonnen die geconsumeerd kan worden bij de lokale koffiebar STOOM.Vilvoorde.

3.4 Medewerkers en cultuur

3.4.1 Patiëntenparticipatiecultuur peiling (PaCT) GGZ

In het kader van het ondersteuningsplan bij het uitvoeren van het derde meerjarenprogramma "Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2018-2022" van de FOD Volksgezondheid organiseert de Universiteit Gent, in samenwerking met het Universitair Ziekenhuis Gent in 2021 opnieuw een patiëntenparticipatiecultuur peiling aangepast aan de specifieke setting van de Psychiatrische Ziekenhuizen (en PAAZ-diensten). Patiëntenparticipatie draagt immers bij tot betere gezondheidsuitkomsten en zet de patiënt centraal in de zorg.

Deze peiling heeft als **doel:**

(1) inzicht te bieden in de mate van patiëntenparticipatie op uw afdelingen in het algemeen en de mate van patiëntenparticipatie gelinkt aan patiëntveiligheid in het bijzonder;

(2) een basis te bieden voor het opzetten van verbeteringstrajecten m.b.t. patiëntenparticipatie.

(3) resultaten van de peiling te kunnen vergelijken met de resultaten van de vorige patiëntenparticipatiecultuur peiling (2016) op voorwaarde dat de afdeling en het ziekenhuis deelnamen aan deze laatste peiling.

De peiling werd gehouden in het najaar (22 september- 31 oktober 2021). De resultaten worden door de organisator pas teruggekoppeld begin 2022.

3.4.2 Opleidingsbeleid

Team kwaliteit ondersteunt de opleidingsverantwoordelijke bij de uitwerking van een nieuw opleidingsbeleid. Dit opleidingsbeleid bestaat uit verschillende opleidingsdagen waarin verschillende leerdoelen zijn in opgenomen. Aan de hand van een rondvraag bij de leidinggevenden zijn er 13 leerdoelen opgenomen tijdens deze opleidingsdag, dit ter opfrissing van de kennis van de medewerkers. Elk leerdoel is geformuleerd en opgesteld in samenspraak met de expert van dit leerdoel.

3.5 Processen en innovatie

3.5.1 Zorgpaden

Een zorgpad is een "complexe interventie" om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader.

Karakteristieken van een zorgpad zijn:

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

- *Een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op „evidence", „best practice" en patiëntverwachtingen en hun kenmerken*
- *Het vergemakkelijken van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie*
- *Het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie*
- *Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten*
- *Het identificeren van de verantwoorde middelen*

Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het verbeteren van "risk-adjusted" resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik.

(Vanhaecht K., Van Gerven E., Deneckere S., Lodewijckx C., Panella M., Vleugels A., Sermeus W. 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011)

Eind 2017 werd beslist om lid te worden van het Netwerk Klinische Paden (NKP) van de KU Leuven. Het NKP voorziet een methodologie om zorgpaden te ontwikkelen.

Volgende zorgpaden zijn geïmplementeerd in het ziekenhuis:

- Totale knieprothese
- Totale heupprothese
- Coloncarcinoom
- Normale bevalling
- Stroke

In 2020 werden 2 medewerkers van team kwaliteit ingeschreven om de opleiding te volgen en te starten met het ontwikkelen van volgende zorgpaden:

- Bariatrische chirurgie
- COPD

Gedurende 2021 was het de bedoeling om deze zorgpaden te finaliseren, maar o.w.v tijdsgebrek binnen team kwaliteit en de focus op de covid-19 pandemie werden deze zorgpaden on hold gezet.

Volgende zorgpaden werden in 2021 wel uitgewerkt:

- Keizersnede
- Orale antitumorale therapie (oncologie)

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

Door bij de ontwikkeling van het zorgpad heupprothese te worden ondersteund door het NKP, werd ons ook de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan volgende studie: Retrospective benchmarking study for Rapid Recovery of Fragility Hip Fractures in Europe. Dit maakt het mogelijk om te benchmarken met andere deelnemende ziekenhuizen.

Ook de neurologen met het zorgpad stroke nemen deel aan een studie van NKP: "Evaluation of the current care processes for stroke care in Flemish hospitals".

3.5.2 Documentbeheersysteem

Eind 2020 werd beslist om over te schakelen van documentbeheersysteem: van iProva naar Sharepoint. In de loop van 2021 werd de structuur opgesteld hiervoor, sjablonen ontwikkeld en een prioritering op te stellen voor het updaten van de bestaande documenten. De documenten die niet meer nodig zijn werden verwijderd en de documenten m.b.t. basisveiligheid werden geüpdatet.
De bedoeling was om de omschakeling te maken naar het nieuwe systeem op 01/01/2022. Maar door de personeelswisseling binnen een team kwaliteit zal dit naar een andere datum in 2022 verschoven worden. Het is wel mogelijk om via spencer de geüpdatet documenten te raadplegen.

3.5.3 Kwaliteitsborden

Kwaliteitsborden zijn een vorm van communicatiemiddel om kwaliteit zichtbaar en bespreekbaar te maken op de afdelingen. Kwaliteitsborden laten in 1 oogopslag zien of men op een afdeling werkt aan kwaliteitsvolle zorg. Door middel van kwaliteitsborden op alle (zorg)afdelingen worden de resultaten van de geleverde zorg op een begrijpelijke, overzichtelijke en erg visuele manier weergegeven. Als ziekenhuis en afdeling willen we hiermee niet alleen de patiënten en hun familie informeren, maar ook verantwoording afleggen over de kwaliteit van de door ons geleverde zorg. Patiënten en hun familie/naasten kunnen de medewerkers hierover aanspreken.

Daarnaast zijn kwaliteitsborden ook een eenvoudige manier om iedere medewerker en zorgverstrekker actief te betrekken bij de zorgverlening en als team continu samen te werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid. Zowel successen als werkpunten komen aan bod, waardoor een dynamiek gecreëerd wordt om samen nog beter te doen.

Op deze borden hangen de ziekenhuisbrede als de afdelingsspecifieke indicatoren, verbeteracties en verbeterkruis. Via dit laatste wordt gemonitord of een verbeteractie geïmplementeerd en geborgd is.
In het tweede deel van 2021 werden op verschillende afdelingen kwaliteitsborden uitgerold. Doel is om in 2022 alle afdelingen van een bord te voorzien en hier actief mee te werken.

Jaarverslag AZJP Vilvoorde

3.6 Financieel: Pay for performance (P4P)

In het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering werd in 2018 het "Pay for Performance" programma (P4P) ingevoerd. "Pay for Performance" is het mechanisme dat de beloning voor geleverde zorg rechtstreeks in verband brengt met de bereikte resultaten op gebied van structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren. Voor het berekenen van de P4P-indicatoren heeft de FOD Volksgezondheid gebruik gemaakt van gegevens die reeds voor andere doeleinden verzameld zijn, om bijkomende registratielast voor de ziekenhuizen te vermijden.

Ons ziekenhuis behaalde een score van 68,20/80.

P4P-SCORE **68,20/80 PUNTEN**		
ZIEKENHUISBREDE INDICATOREN **53,20/55 PUNTEN**		PATHOLOGIEGEBONDEN INDICATOREN **15/25 PUNTEN**
STRUCTUUR **38,20/40 PUNTEN**	RESULTAAT **15/15 PUNTEN**	PROCES **15/25 PUNTEN**
ISQua-accreditatiestatus die op datum 15 maart 2021 van toepassing is: **25/25 PUNTEN**	Patiëntenervaringen en patiëntgerichtheid op: - C- en D-diensten: **10/10 PUNTEN** - dienst materniteit: **5/5 PUNTEN**	% niet-geregistrireerde pTNM - Schildklierkanker: **3/5 PUNTEN** - Maagkanker: **3/5 PUNTEN** - Endometriumkanker: **3/5 PUNTEN** - niercortexkanker: **3/5 PUNTEN** - Blaaskanker: **3/5 PUNTEN**
Deelname aan niet-verplichte klinische registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en/of kwaliteitslabels: **3,20/5 PUNTEN**		
Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is: **10/10 PUNTEN**		

Tabel 1: overzicht puntenverdeling i.h.k.v. het federaal P4P-programma