

De weg naar NIAZ Qmentum accreditatie...

PZ H. Familie

Virginie Meesseman

Maart 2017

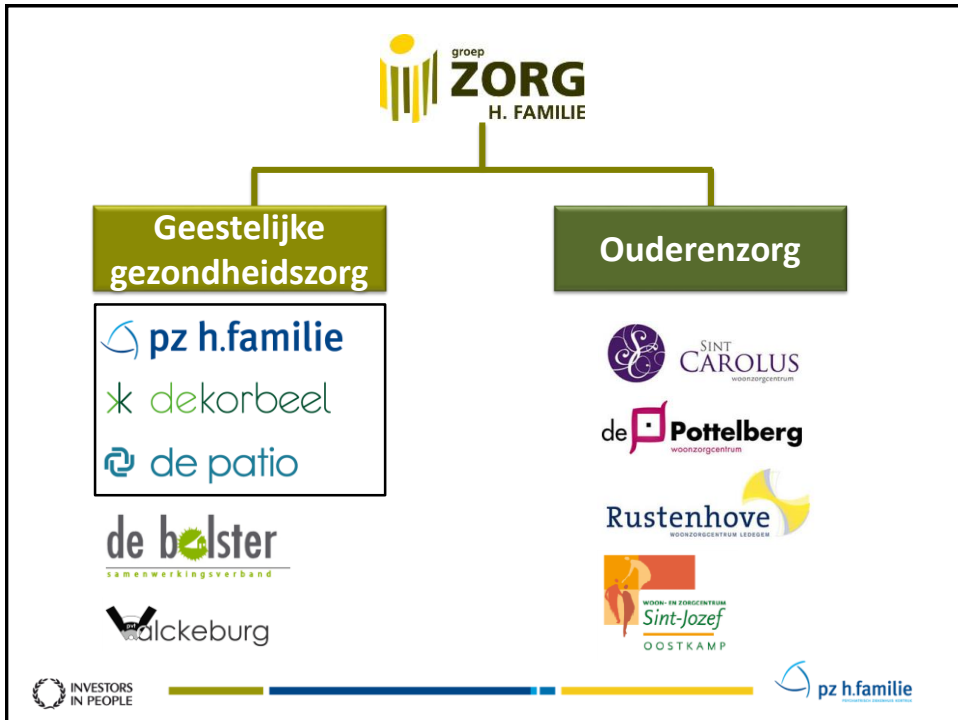
Versie 3



De weg naar ...

- **Korte voorstelling van het ziekenhuis**
- De weg naar...
 - Waarom accreditatie
 - De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit
- De auditweek
- En erna?...
- Enkele concrete voorbeelden
 - Patiëntendossier
 - Handhygiëne
 - Preventief onderhoud
 - Medicatiebeheer
 - Beleidsplannen
 - Indicatoren
- Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)





Korte voorstelling ziekenhuis		
Volwassenafdeling A-dienst	Kinder- en jeugdpsychiatrie K-dienst	Forensische jeugdpsychiatrie For-k dienst
 pz h.familie <small>PSYCHIATRISCH DIERENWEG KORTBOS</small>	 dekorbeel <small>WOON- EN ZORGCENTRUM KORTBOS</small>	 de patio <small>FORENSISCHE JEUGDPSYCHIATRISCHE KORTBOS</small>
<p>75 volledige hospitalisatie 15 daghospitalisatie</p> <p><i>1 opnameafdeling 4 open afdelingen Thuiszorg Polikliniek</i></p>	<p>24 volledige hospitalisatie 6 partiële hospitalisatie</p> <p><i>3 leefgroepen (leeftijdgebonden) Crisisopname (2) Schoolgroep Polikliniek JRB-k opnames (2)</i></p>	<p>8 For-k bedden 2 JRB-k bedden</p> <p><i>1 residentiële leefgroep Outreach</i></p>
		

De weg naar ...

- **Korte voorstelling van het ziekenhuis**
- **De weg naar...**
 - **Waarom accreditatie**
 - De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit
- De auditweek
- En erna?...
- Enkele concrete voorbeelden
 - Patiëntendossier
 - Handhygiëne
 - Preventief onderhoud
 - Medicatiebeheer
 - Beleidsplannen
 - Indicatoren
- Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)



Waarom accreditatie

- Al een goed uitgewerkt kwaliteit- en veiligheidssysteem
- Continu bezig met kwaliteit
- Kwaliteitscultuur beklemtonen
- Betrokkenheid van alle medewerkers
- Zorgprocessen verbeteren
- Historiek van auditen
- Enz.



SAMEN VOOR KWALITEIT!

ELKE MEDEWERKER

= KWALITEITSMEDEWERKER

**= VERANTWOORDELIJK VOOR DE
KWALITEIT EN VEILIGHEID**



Waarom NIAZ

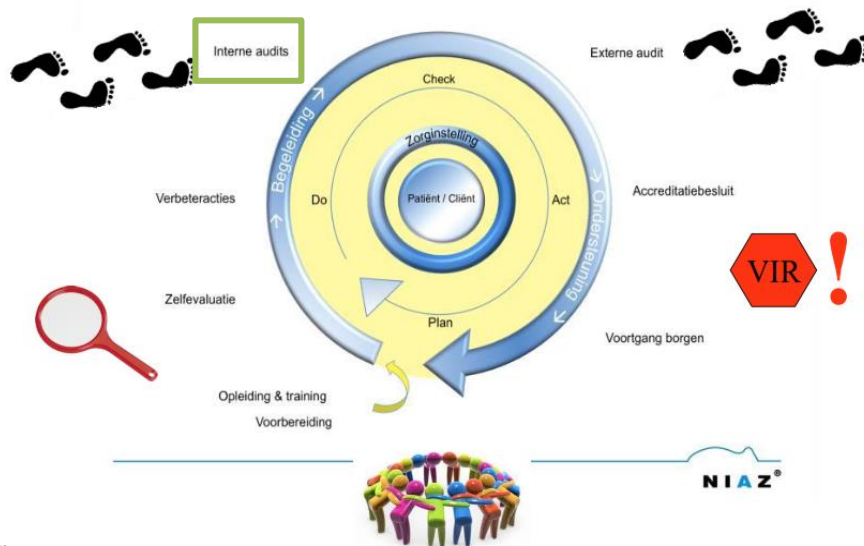
- NIAZ Nederlandstalig is
- Specifieke norm voor de 'geestelijke gezondheid'
- Digitale ondersteuning
 - Zelfevaluatie
 - Audits

De weg naar ...

- Korte voorstelling van het ziekenhuis
- De weg naar...
 - Waarom accreditatie
 - De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit
- De auditweek
- En erna?...
- Enkele concrete voorbeelden
 - Patiëntendossier
 - Handhygiëne
 - Preventief onderhoud
 - Medicatiebeheer
 - Beleidsplannen
 - Indicatoren
- Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)



NIAZ-QMENTUM ACCREDITATIECYCLUS



In aanloop naar Qmentum

- **Start in oktober 2011:**
opleiding tot interne auditor
- **Oktober 2011 – juni 2012:**
uitwerken intern auditsysteem
- **Oktober 2011 – december 2012:**
voorbereiding zelfevaluatie normkader 2.3.
- **Januari/maart 2013:**
NIAZ samenwerking met ACI ->
accreditatietraject PZ H Familie on-hold.



In aanloop naar Qmentum



- **Maart 2013- juni 2014:**
verkennen systeem JCI en NIAZ-Qmentum
- **Augustus 2014:**
vraag om “pilot” te worden
- **September 2014:**
goedkeuring door Raad van Bestuur
- **September/Oktober 2014:**
bekendmaking aan alle medewerkers

⇒ **Nog 2 jaar te gaan...**



Verdere tijdspad



	ACCREDITATIETRAJECT	ONDERZOEK	
COMMUNICATIE SENSIBILISATIE	Sept 2014	Samenstellen kwaliteitsteams	
		Kwaliteitsteams:	
	Okt	• Qmentum – normenkader leren kennen	
	Nov	• Samenstelling deelnemers zelfevaluatie → Kwaliteitsteams → Belang van medewerkers (bottom – up!)	<i>Nulmeting</i>
	Dec	• Uitzetten zelfevaluatie	
	Jan 2015	Zelfevaluaties	
April- mei 2016 → liP	Febr 2015	Samenstellen verbetereteams obv zelfevaluatie	<i>Meting 1</i>
	2015-2016	Uitvoeren verbeteracties	<i>Meting 2</i>
	2016	On-site survey	<i>Meting3</i>
			<i>Meting4</i>

De zelfevaluatie

NIAZ: een digitale tool tot zelfevaluatie

- Moet dit?
- Hoe doen we het? Plenair of individueel?
- Iedereen? Steekproef?
- Alle normen of enkel de gouden normen?
- Zijn de vragen duidelijk? Moeten we hulp bieden?

De zelfevaluatie

BESLUIT: doen!

Resultaten zelfevaluatie = resultaten latere tracers

De aan te pakken **thema's** waren de volgende:

Vereiste InstellingsRichtlijnen (VIR)	THEMA'S UIT DE ZELFEVALUATIE - GEBORGD klik en je krijgt een overzicht met processen, documenten, indicatoren
Patiëntidentificatie	1. Incidenten
Handhygiëne	2. Misbruik
Incidenten melden	3. Diefstal
Training patiëntveiligheid	4. Medicatiebeheer
Preventief onderhoud	5. Patiëntidentificatie
Veilig injecteren	6. Ziekenhuishygiëne
Valpreventie	7. Patiëntdossier
Informatieoverdracht	8. Patiëntparticipatie
Hoog-risico-medicatie	9. Risicobeheersysteem
Medicatieverificatie	10. Outcome
	11. Toegang tot zorg
	12. Beleidsplannen
	13. Ethiek
	14. Investerings
	15. Medewerkersbeleid
	16. Middelen en apparatuur
	17. Governance
	18. Opleiding
	19. Informed consent
	20. Diagnost.beeldvorming
	21. Interne tracers

Uitzetten zelfevaluatie

- Min. 5 personen per normenset (indien niet mogelijk: in consensus)
- Max. 2 normensets per persoon
- Min. 50% uit rechtstreekse zorg
- Facilitaire diensten: sleutelfiguren
- Administratieve diensten: min. 25%
- Facilitaire en administratieve diensten enkel betrekken in niet – rechtstreekse zorg normen.

De zelfevaluatie uitzetten

- **Kwaliteitsteams per normenset**
- **Doel:**
 - Bepaling zelfevaluatie
 - Afspraak verdere opvolging normenset
- **Resultaat:**
 - Minimale steekproef van medewerkers (5)
 - Opvolging van de normenset via bestaande overlegkanalen

⇒ **Einde kwaliteitsteams**

⇒ **Start stuurgroep accreditatie**

	dienst						pers. med. klank	pers. kl.
	bolster	actief	1	2	3	4		
diensthoofd			1					
financieel			1					
psycholoog								
pedagoog								
sociale dienst								
vaktherapeut								
verpleegkundige								
diagnose	1			1	1			1
opvoeder								
schermw.								
informatie								
administratieve								
ondersteuning								
afdeling								
apotheek	1							1

De zelfevaluatie/normenset opvolgen

- **Infectiepreventie:** Comité Ziekenhuishygiëne
- **Medicatiebeheer:** Medisch Farmaceutisch Comité
- **Governance:** Raad van Bestuur en directie
- **Thema's leiderschap:** diensthoofdenoverleg en directiecomité
- **GGZ, ambulante zorg en verslavingszorg:** verpleegoverleg, beleidsvergaderingen, teamvergaderingen
- **Stuurgroep:** coördineert en behoudt overzicht

Ondersteuning in QPR (intranet)

- NIAZ zichtbaar op de startpagina

PROCESSEN

- 1 Management processen
- 2 Ondersteunende processen en veiligheid
- 3 Medewerkers processen
- 4 Klinische processen A-dienst
- 5 Klinische processen K-dienst en polikliniek
- 6 Klinische processen De Patio
- 7 Overkoepelend zorgbeleid

INDICATOREN

BELEIDSPANNEN

➔
 NAAR AFDELINGEN

VERSLAGEN

Audit vrijheidsbeperkende
maatregelen
Korbeel en Patio

NIAZ QMENTUM
ACCREDITATIE

Ondersteuning in QPR (intranet)

- Traject door iedereen te volgen

NIAZ Qmentum accreditatie

ALGEMEEN

Tijdsregistratie NIAZ

Externe audit Van planning tot verslag

Projectfiche NIAZ

Gerealiseerde punten tijdens accreditatietraject

Accreditatie stuurgroep verslagen

Overzicht actiepunten voor accreditatie

NIAZ/Qmentum overzicht normen

Overzicht actiepunten na oktober

Posters, affiches

(Archief: powerpoints, zelfevaluatie, werkmappen enz.)
 Accreditatietraject voorbereiding

Vereiste InstellingsRichtlijnen (VIR)

Patiëntidentificatie

Handhygiëne

Incidenten melden

Training patiëntveiligheid

Preventief onderhoud

Veilig injecteren

Valpreventie

Informatieoverdracht

Hoog-risico-medicatie

Medicatieverificatie

THEMA'S UIT DE ZELFEVALUATIE - GEBORGD
klik en je krijgt een overzicht met processen, documenten, indicatoren

1. Incidenten	11. Toegang tot zorg
2. Misbruik	12. Beleidsplannen
3. Diefstal	13. Ethiek
4. Medicatiebeheer	14. Investerings
5. Patiëntidentificatie	15. Medewerkersbeleid
6. Ziekenhuishygiëne	16. Middelen en apparatuur
7. Patiëntdossier	17. Governance
8. Patiëntparticipatie	18. Opleiding
9. Risicobeheerssysteem	19. Informed consent
10. Outcome	20. Diagnost. beeldvorming
	21. Interne tracers

Korte historiek van auditen

- 2011: Oproep interne auditoren (alle afdelingen)
- 2011: Opleiding door KERTEZA (2 artsen, 1 psychologe, 1 diensthoofd, 1 verpleegkundige, adjunct algemeen directeur, kwaliteitscoördinator en medewerker Bolster + kwaliteitscoördinatoren ouderenzorg)
- 2011: Auditcharter en auditcomité Groep Zorg
- 2011-2015: Audits binnen cyclus van 4 jaar
- 2012: Intervisie interne auditoren (jaarlijks)
- 2013: 2^e oproep interne auditoren + eigen opleiding + buddy's
- 2015: oproep nieuwe auditoren + eigen opleiding + AZG tracers + observatoren



ELKE MEDEWERKER = KWALITEITSMEDEWERKER

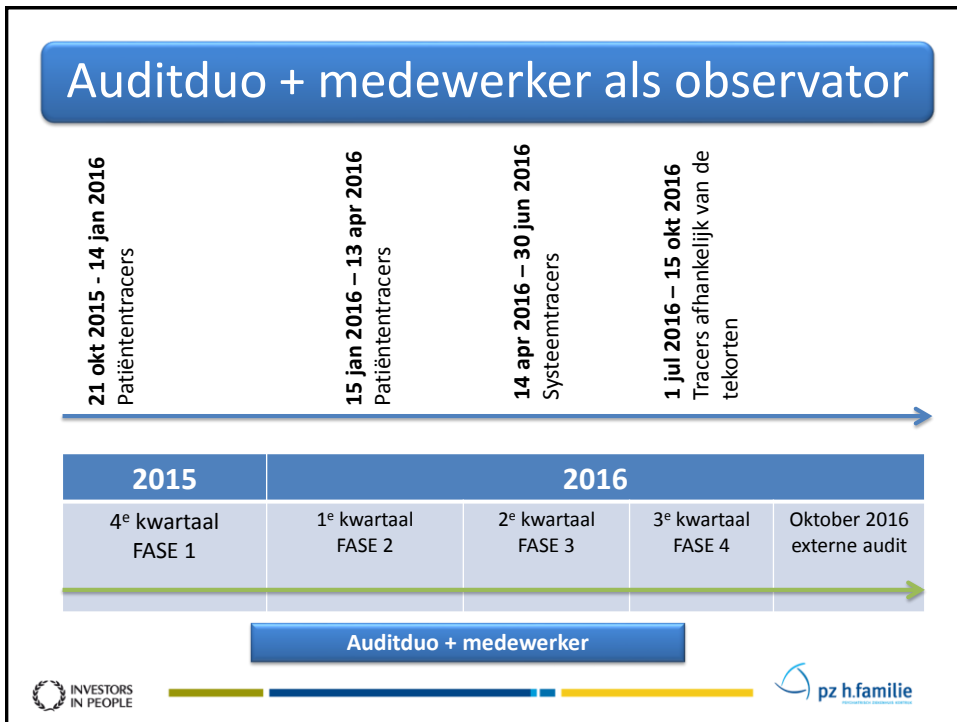


**TRACERS ALS LEERMOMENT VOOR IEDERE
MEDEWERKER**



**SAMEN VOOR KWALITEIT EN
PATIËNTVEILIGHEID**





Interne communicatie superbelangrijk

- Nieuwe afspraken vastleggen in procedures/ documenten -> QPR
- Communiceren via verschillende kanalen
 - Interactieve personeelsvergaderingen
 - Wat als je zelf patiënt bent?
 - VIR's met open boek
 - Screensavers
 - Preventieweek
 - Tracers met observatoren
 - Quickscans
 - Normen voor de disciplines
 - Personeelskrant (extra's)
 - Affiches
 - Weetjes van de week per afdeling
 - Opleidingen, e-learning
 - Folder voor patiënten
 - Krantje met VIR's, planning en tips en tricks
 - Teamvergaderingen, e.a.

Interactieve personeelsvergaderingen



WAT ZOU JE ZEKER WILLEN?



INVESTORS
IN PEOPLE



pz h.familie



INVESTORS
IN PEOPLE



pz h.familie

VOOR DE AUDIT

Goede planning

- Tracers op juiste moment
- Momenten met de artsen vrijhouden
- Telefonische contacten vastleggen
- Informed consent patiënten en toestemming rond audit en dossier inkijken
- Vergaderzalen vastleggen
- Enz.



De weg naar ...

- **Korte voorstelling van het ziekenhuis**
- **De weg naar...**
 - **Waarom accreditatie**
 - **De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit**
- **De auditweek**
- **En erna?...**
- **Enkele concrete voorbeelden**
 - Patiëntendossier
 - Handhygiëne
 - Preventief onderhoud
 - Medicatiebeheer
 - Beleidsplannen
 - Indicatoren
- **Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)**




De auditweek

- 5 auditoren, waarvan 1 in opleiding
- 4 dagen
- 18 tracers
- Gesprek met directie, raad van bestuur, medische raad, enz.
- Dagelijks contact met instellingscontact persoon
- Laatste dag terugkoppeling resultaten voor alle medewerkers

Wat erna?



- WIJ-gevoel
- Borgen van de afspraken (= valkuil)
- Het werk is niet af, mogelijkheden tot innovatie blijven komen


Besluit




DO's:
Iedereen betrekken
Neem tijd voor overleg:

- vermijd top down werken
- laat ruimte voor weerstand

⇒ Na de accreditatie: verbetercultuur organisatiebreed
⇒ Voorbeelden




- ⇒ 9 incidentanalyses na de accreditatie (nov-dec)
- ⇒ Acties worden meteen uitgevoerd of opgevolgd


⇒ Zaken zijn nu aangepakt, die voordien niet bespreekbaar waren
⇒ Stijging veiligheidscultuur

De weg naar ...

- **Korte voorstelling van het ziekenhuis**
- **De weg naar...**
 - Waarom accreditatie
 - De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit
- **De auditweek**
- **En erna?...**
- **Enkele concrete voorbeelden**
 - Patiëntendossier
 - Handhygiëne
 - Preventief onderhoud
 - Medicatiebeheer
 - Beleidsplannen
 - Indicatoren
- Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)




Elektronisch PatiëntenDossier (EPD)

FOKKE & SUKKE
ZIJN BLIJ MET HET ELEKTRONISCH
PATIËNTENDOSSIER

VROEGER DEED
DE VERPLEGING
DE OVERDRACHT

...MET EEN POST-IT
OP ONS VOORHOOFD



RGvT

INVESTORS
IN PEOPLE

pz h.familie

www.fokkesukke.nl

EPD - grondig bestuderen van de normen

- Hoe loopt het nu
- Waar moeten we naar toe
- Werkwijze - traject

7.7 Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.



9.5 Het team verkrijgt informed consent van de cliënt vóór het verlenen van diensten, zorg en behandeling.



Goud

- Navragen via de sociale diensten hoe toestemmingen worden bevraagd en worden opgeslagen in het EPD. Vaste afspraken en nieuwe documenten voor alle leefgroepen



INVESTORS
IN PEOPLE



pz h.familie



12.1

VEREISTE INSTELLINGSRICHTLIJN Het team hanteert een cliënt identificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.



Goud



- Ruim een jaar op voorhand wordt met Obasi overlegd om overal de foto zichtbaar te hebben in het dossier
- Mogelijkheid van klever en document met foto voor medicatiedoosjes in het EPD
- Afspraak dat een foto genomen wordt indien opname zonder identiteitskaart, dus ook fototoestellen zijn voorzien





INVESTORS
IN PEOPLE





pz h.familie

14.7  Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten. 

- Ontslagbrieven worden op hun inhoud nagezien



 

15.1  Het team houdt een volledig en actueel dossier bij voor elke cliënt. 

- De dossiers van elk team worden nagekeken op consequent invullen
- Afspraken welke inhoud waar komt waar nodig (vb synthese met doelstellingen, acties en evaluaties)
- Ongebruikte velden worden verwijderd
- Andere velden worden verplicht (vb contactgegevens)
- Concrete oplistings wat moet ingevuld worden per afdeling

Er zijn essentiële invulvelden gedefinieerd

EPD A-dienst richtlijnen en systeemtracer	EPD K-dienst richtlijnen en systeemtracer	EPD Patio richtlijnen en systeemtracer	EPD Korbeel ambulant richtlijnen en systeemtracer
---	---	--	---

A-dienst residentieel

- Bij iedere opgenomen pt een **observatie: volledig opgenomen pt**
 - nly 2 en nly 3: minstens 2x per week, eerste week van opname: dagelijks
 - bolde: dagelijks
 - wekelijks 1 nacht-observatie per pt + altijd eerste nacht van de opname
 - bij specifieke gebeurtenis komt dit altijd onmiddellijk in het dossier, gebruik van 'te lezen door' om het kenbaar te maken aan andere teamleden
 - labo afgenomen: noteren via 'labo afgenomen'
 - info van externe consulten via 'info dr specialist'
- Bij iedere opgenomen pt een **observatie: daghospitaal**
 - eerste dag DH: observatie noteren
 - wekelijks 1 observatie over de voorbije week
 - bij specifieke gebeurtenis komt dit altijd onmiddellijk in het dossier, gebruik van 'te lezen door' om het kenbaar te maken aan andere teamleden
 - labo afgenomen: noteren via 'labo afgenomen'
 - info van externe consulten via 'info dr specialist'
- **Verslaggeving van disciplines** gestart binnen de 5 werk dagen volgens voorzien tekstveldjes
- **Medicatie** wordt de dag zelf ingevoerd in het EPD bij start/aanpassing
- **IB** wordt binnen de 7 dagen na opname vastgelegd en gecommuniceerd naar de pt.
- **Primaire arts** wordt bij inschrijven aangeduid als behandelend psychiater of bij twijfel tegen eerstvolgend ochtendoverleg
- **Huisarts** wordt bij opname bevestigd en genoteerd onder contacten, indien geen huisarts: noteer 'geen'
- **Opnameverslag** wordt binnen de 5 uur na iedere opname ingebracht. We kijken naar de indeling die moet gevolgd en ingevuld worden
- ICE: **telefoonnummer** terug te vinden onder contacten + eigen gsm nummer vd pt
- Ieder team overleg wordt inhoudelijk gedocumenteerd onder '**behandelstrategie**', aanwezig zijn steeds aangeduid (doelen, behandelplan, evaluatie)
- **Dwangmaatregelen** worden op de dag zelf in het EPD gebracht en uitgeprint. Ondertekend door de arts binnen de volgende werkdag
- Intake en **outtake brieven** worden binnen de vooropgestelde termijn opgemaakt
- **Externe communicatie** van de disciplines zijn terug te vinden in de briefmodule
- **Incidenten** en bijna incidenten worden consequent aangemaakt binnen de 24 uur in de juiste categorie na het incident en consequent opgevolgd door de LG, waarbij de opvolging is afgerond binnen de maand.
- Naam vermelden van externe/interne arts die langs kwam of opgebeld werd tijdens **wachtdienst** als die niet de behandelend arts is.

Borging

- 4 pc's in een lokaal
- Van iedere leefgroep 1 of 2 personen
- Checklist wordt overlopen
- Niet alleen controle, maar vooral uitleg en duiding zodat mensen 'graag' komen omdat ze weten dat ze dan beter voorbereid zijn



Handhygiëne



INVESTORS
IN PEOPLE

pz h.familie

Eén van de normen rond infectiepreventie was handhygiëne

VIR 6.3 VEREISTE INSTELLINGSRICHTLIJN De instelling voorziet de medewerkers van middelen om te voldoen aan de aanbevolen richtlijnen op het gebied van handhygiëne.

Goud

INVESTORS
IN PEOPLE

pz h.familie

Handhygiëne

- Nota concrete afspraken rond basishouding handhygiëne: wanneer en hoe handen wassen
- Affiche niezen en hoesten voor ptn en mw

Niezen en hoesten, voorkom besmetting!



- Nieuwe affiche handhygiëne in alle burelen en toiletten

HOE ONTSMET IK MIJN HANDEN met handalcohol?



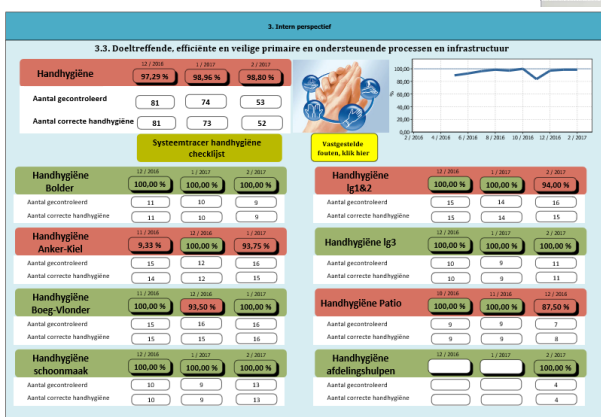
HOE WAS IK MIJN HANDEN met water en zeep?






• Systeemtracer

Datum:		
	Aantal aanwezige mw	Aantal OK
Geen nagellak		
Verwijderbare armbanden		
Geen ringen		
Nagels niet te lang*		
Verzorging bij pt: uurwerk / armbanden af		
Invalvakken		
*Nagels niet te lang: kijk naar de handpalm en je mag geen nagels zien.		



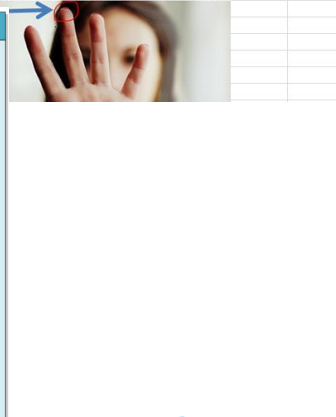
3.3. Doeltreffende, efficiënte en veilige primaire en ondersteunende processen en infrastructuur

Handhygiëne (12/2016: 97,23%, 1/2017: 98,96%, 2/2017: 98,80%)

Aantal gecontroleerd	81	74	53
Aantal correcte handhygiëne	81	73	52

Systeemtracer handhygiëne checklijst

Handhygiëne	12/2016	1/2017	2/2017
Bolder (100,00%)	100,00%	100,00%	100,00%
Aantal gecontroleerd	11	10	9
Aantal correcte handhygiëne	11	10	9
Anker-Kiel (9,33%)	100,00%	100,00%	93,75%
Aantal gecontroleerd	15	12	16
Aantal correcte handhygiëne	14	12	15
Boeg-Vriend (100,00%)	100,00%	93,50%	100,00%
Aantal gecontroleerd	15	16	15
Aantal correcte handhygiëne	15	15	15
Handhygiëne schoonmaak (100,00%)	100,00%	100,00%	100,00%
Aantal gecontroleerd	10	9	13
Aantal correcte handhygiëne	10	9	13



Handhygiëne (12/2016: 100,00%, 1/2017: 100,00%, 2/2017: 94,00%)

Aantal gecontroleerd	15	14	16
Aantal correcte handhygiëne	15	14	15

Handhygiëne Ig3 (100,00%)



Aantal gecontroleerd	10	9	11
Aantal correcte handhygiëne	10	9	11

Handhygiëne Patio (100,00%)

Aantal gecontroleerd	9	9	7
Aantal correcte handhygiëne	9	9	8

Handhygiëne afdelingshulp (100,00%)

Aantal gecontroleerd	9	9	4
Aantal correcte handhygiëne	9	9	4

- Alle toiletten en lokalen met lavabo's nakijken: overal papieren handdoekjes en uniforme zeepdispensers over het volledige zh
- Jan met de lamp: via UV-licht nagaan of men voldoende ontsmetting gebruikt en die overal aanbrengt



Preventief onderhoud



Opdracht:

- Preventief onderhoud medisch materiaal



- Wat verstaan we hieronder?
- Welke toestellen, welke niet?
- Inventarisaties van het materiaal.
- Wie kan helpen...?
- Hoe moet het?
-



Medisch materiaal



7.8.3.1
Procedure onderhoud medisch materiaal

7.8.3.2
Procedure opvolging medisch materiaal


Overzicht medisch materiaal (waar te vinden)

- Ademtester alcohol
- AED-toestel
- Bloeddrukmeter
- Glucosemeter
- Koortsthermometer
- Reanimatiemateriaal
- EHBO Korbbeel



- AED-toestel
- afspraken rond onderhoud reanimatiemateriaal
- overal dezelfde bloeddrukometers
- onthaalbeleid nieuwe medewerkers






HOOG RISICO



Medicatiebeheer

Medicatiebeheer

Zelfevaluatie ikv NIAZ/Qmentum accreditatie
Nieuw referentiekader zorginspectie
Toekomstige samenwerking met apotheek AZ



VASTSTELLING:

Verbeterpunten op verschillende normcriteria of geen uniforme afspraken in het ziekenhuis op:

- X Medicatieverificatie**
- X Hoog-risico-medicatie beleid**
- X Retourneer beleid**
- X Beleid rond thuismedicatie**
- X Beleid van medicatie onder beheer van de patiënt**
- X Standaard beleid rond bewaren medicatie**
- X Standaard beleid rond temperatuurcontrole**



Enz.



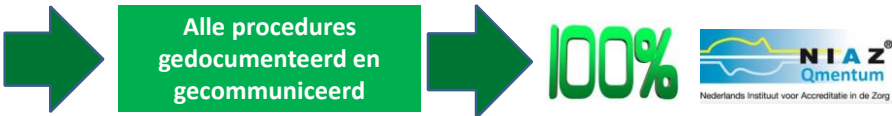
WERKWIJZE

- Benoemen van **medicatiereferenten** per afdeling = verpleegkundige verantwoordelijk voor de procedure medicatie op de afdeling
- MFC uitbreiden met referenten, applicatieverantwoordelijke medicatiepakket en kwaliteitscoördinator = **MFC+**
- MFC+ als **beslissingsorgaan**
- MFC+ samenkomsten **maandelijks**
- **Thema per thema aanpakken** en afspraken maken, terugkoppelen en aftoetsen bij collega's en volgende MFC+ bijsturen.
- Afspraken schriftelijk vastleggen in **procedures**
- **Communicatie** via personeelskrant, poster, overleg verpleegkundigen op de afdelingen, hoofdverpleegkundigenoverleg, medische raad, enz.



RESULTAAT

- ✓ Medicatieverificatie
- ✓ Hoog-risico-medicatie beleid
- ✓ Retourneer beleid
- ✓ Beleid rond thuismedicatie
- ✓ Beleid rond medicatie onder beheer van de patiënt
- ✓ Standaard beleid rond bewaren medicatie
- ✓ Standaard beleid rond temperatuurcontrole
- Enz.



MEDICATIE DISTRIBUTIE	Voorschrijven	Verstrekking	Bewaren afdeling	Klaarzetten	Controle en toedienen	Retourneren	Verwerken retours
<p>Wv</p> <p>Algemene richtlijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verleefre medicatie. • Noteer de indicatie voor het vrijgeven van thuismedicatie in observaties. • Schrijf, binnen de 24 uur, medicatie voor in EPD. <p>Voorschrijven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Min. uit formularium • Min. in eente vorm • Vermijd haver pillen • Vermijd bereikdigen • Houid rekening met allergieën, bijwerkingen 	<p>Arts</p> <p>Bil.ogname:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verleefre medicatie. • Medicatie soort, op naam, voor 7 dagen geleverd. Uitzondering hierop is de verleveringscode van de afdeling. <p>Nalevering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vul het naleveringsformulier in. <p>Aanpak:</p> <p>Aanpak:</p> <p>Medicatie soort, op naam, voor 7 dagen geleverd. Uitzondering hierop is de verleveringscode van de afdeling. <p>Nalevering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vul het naleveringsformulier in. <p>Aanpak:</p> <p>Aanpak:</p> <p>Medicatie soort, op naam, voor 7 dagen geleverd. Uitzondering hierop is de verleveringscode van de afdeling. <p>Nalevering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vul het naleveringsformulier in. </p></p>	<p>VPK</p> <p>Bil.ogname:</p> <p>Stak medicatiebak voor patient. (naam + voornaam + geboortedatum en fil-nummer)</p> <p>Bil.ogname:</p> <p>Controleer de medicatie distributie. Stak de aangeleverde medicatie in de medicatiebak.</p> <p>Bil.ogname:</p> <p>Teken aan de recepte het naleveringsdocument af</p> <p>Stak medicatiebak</p> <p>Medicatiebak</p> <p>Bevat enkel medicatie!</p>	<p>Nachtpak</p> <p>Zet medicatie klaar voor 1 dag. Gebruik medicatieschema in EPD.</p> <p>Teken in EPD slat af als 'klaargezet'.</p> <p>Dag-VPK tekent af na controle en klaarzetten van resterende medicatie v.d. druppels en stropen.</p>	<p>VPK</p> <p>Controleer, kort voor toediening, de klaargezette medicatie. Gebruik medicatieschema in EPD. Teken in EPD af als 'klaargezet'.</p> <p>Controle en toediening gebeurt door de patiënt.</p> <p>Bij toediening haalt patient of VPK de medicatie uit de blister.</p> <p>Teken in EPD af als 'toegeleend'.</p>	<p>Nachtpak / VPK</p> <p>Retourneer, alle medicatie 'op naam van de patient' via de retourzakjes.</p> <p>Nachtpak retourneert gestropte medicatie.</p> <p>Dagpak retourneert bij ontgng.</p> <p>Dit gebeurt in het kader van voorraatbeheer.</p> <p>Houd de retourbak proper.</p> <p>bb-K</p> <p>Overleg met behandelend arts welke medicatie je mag meegenen met de contact. leef (noot mee met de zorg)</p>	<p>Aanpak</p> <p>identificeer alle medicatie met vervaldatum en lotnummer kan terug in distributie gebracht worden.</p>	
<p>Materiaal</p> <p>EPD</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>RETOURBAK</p> <p>ZAKES OM TE LEVEREN</p>	<p>EPD</p> <p>Retourzak</p>



Conclusie

- Alle **functies** verantwoordelijk voor *het* medicatiebeheer- en toediening zijn **betrokken** bij de veranderingen
- Meer duidelijkheid bij verpleegkundigen over het **waarom van beslissingen**
- Meer **begrip en transparantie tussen** artsen, apotheek en verpleegkundigen mbt het hele traject van medicatie
- Een minder gekend overlegorgaan “MFC” is **levend en actief geworden**
- Cultuurverandering: iedere functie begrijpt zijn **aandeel** in de ketting van distributie
- Cultuurverandering: **meer melding van (bijna-) incidenten + incidentanalyses**
- Medicatiebeheer is **veiliger**



PZ.H. Familie (PZ)

Medicatiebeheer

1

19/07/2016

Cécile De Keyser – Apotheek

7.3.1
Verantwoordelijkheden en overleg

7.3.9
Retourneren van medicatie

7.3.2
Selectie, formularium, bestellen en (na)levering van medicatie

7.3.10
Monitoring therapie en geneesmiddelenbewaking

7.3.3
Voorraden en bewaren van (thuis)medicatie

7.3.11
Terugroepen van medicatie

7.3.4
Medicatieverificatie

7.3.12
Hoog-Risico-Medicatie (HR-medicatie) en LASA - medicatie

7.3.5
Voorschrijven of wijzigen van medicatie

7.3.13
Guidelines medicamenteuze therapie

7.3.6
Medicatieverstreking

7.3.14
Medicatie - info voor patiënten en medewerkers (vorming, powerpoints, enz.)

7.3.7
Bereidingen van medicatie

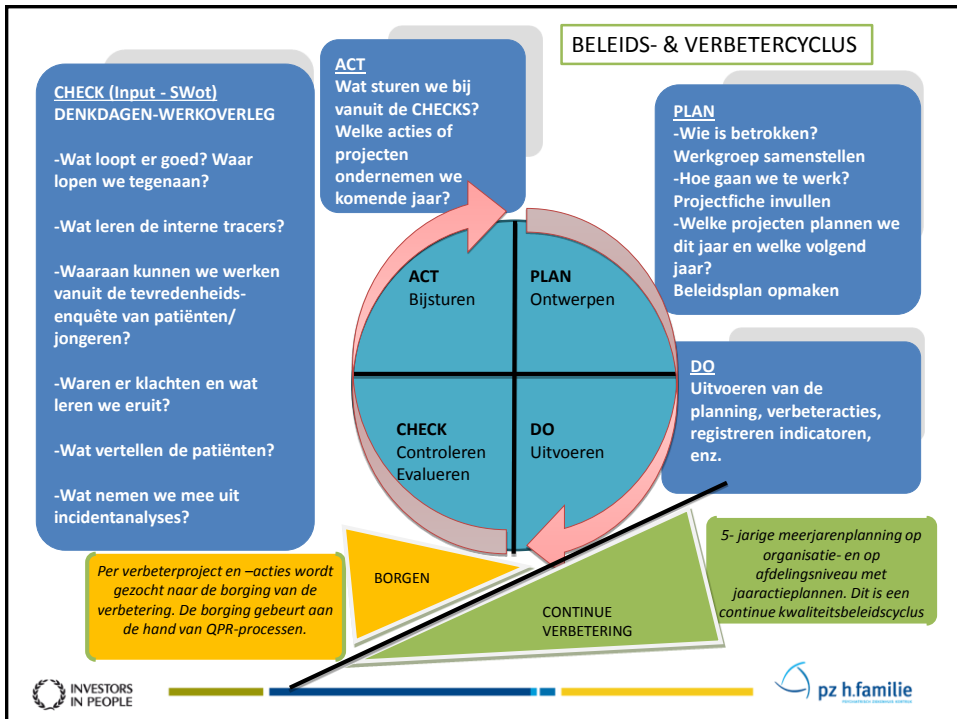
Steekproefcontroles medicatie

7.3.8
Klaarzetten, controle en toedienen van medicatie

Noodprocedures medicatie



Beleidsplannen



1. Beleidsplan waar?

PZ Heuge Familie 19970219

Digitale Documenten - Projectbeheer

PROCESSEN

- 1 Management processen
- 2 Onderzoeksmatige processen en veiligheid
- 3 Medewerkers processen
- 4 Klinische processen A-dienst
- 5 Klinische processen K-dienst en politiekliniek
- 6 Klinische processen De Patlo
- 7 Overkoepelend zorgbeleid

INDICATOREN

BELEIDSPANNEN

NAAR AFDELINGEN

VERSLAGEN

NIJZ OMBENTUM ACCREDITATIE

2. Kies je afdeling

Beleidsplannen

Beleidsplan Bolder	Beleidsplan Leefgroep 1	Beleidsplan apotheek	Beleidsplan heuken
Beleidsplan Anker	Beleidsplan Leefgroep 2	Beleidsplan armen	Beleidsplan technische dienst
Beleidsplan Klaf	Beleidsplan Leefgroep 3	Beleidsplan receptie en klinisch secretariaat	Beleidsplan schoonmaak
Beleidsplan Breeg	Beleidsplan IBS A	Beleidsplan administratie	Beleidsplan afdelingshulpjes
Beleidsplan Vlinder	Beleidsplan ACCO	Beleidsplan onderwijzen en schoolzorg	
Beleidsplan Fender	Beleidsplan Korfball ambulant	Beleidsplan directe en staf	
	Beleidsplan Patlo Residentieel		
			Beleidsplan overkoepelend

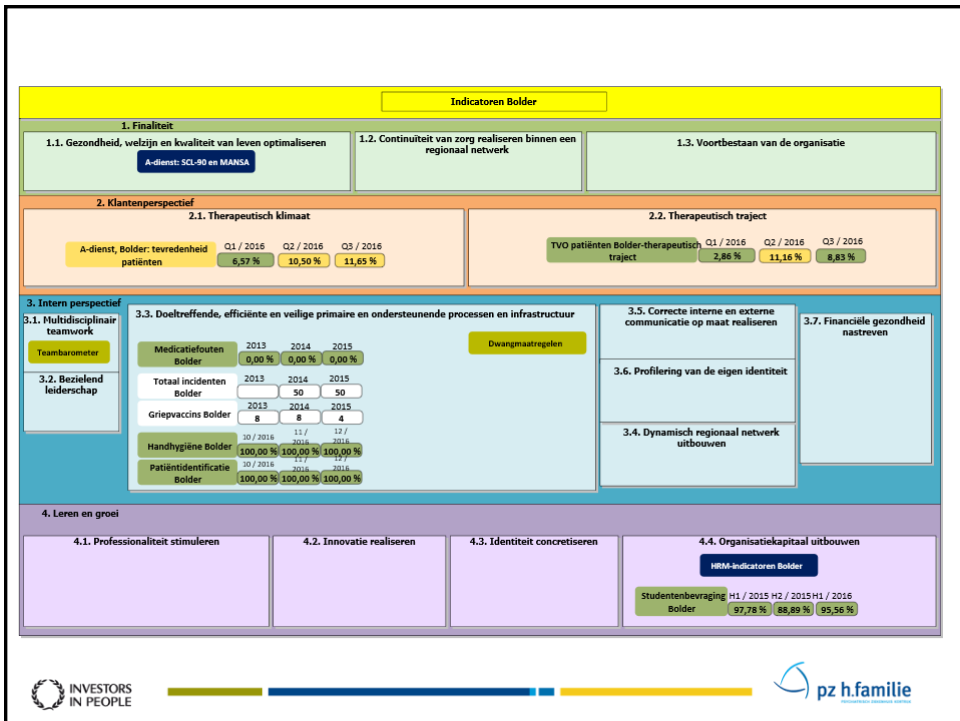
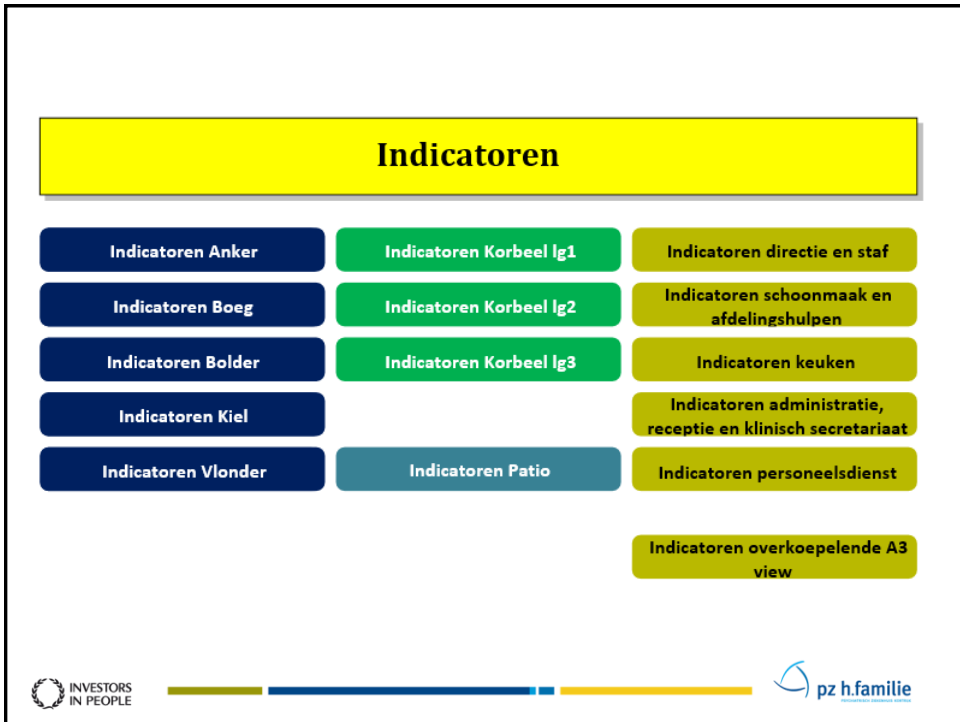
Beleidsplan artikel
Handhaving beleidsplan
Projectieve afstemming

3. Projecten zijn geordend volgens strategisch plan van het ziekenhuis. Zo is duidelijk hoe afdelingsprojecten bijdragen aan de doelstellingen van het ziekenhuis.

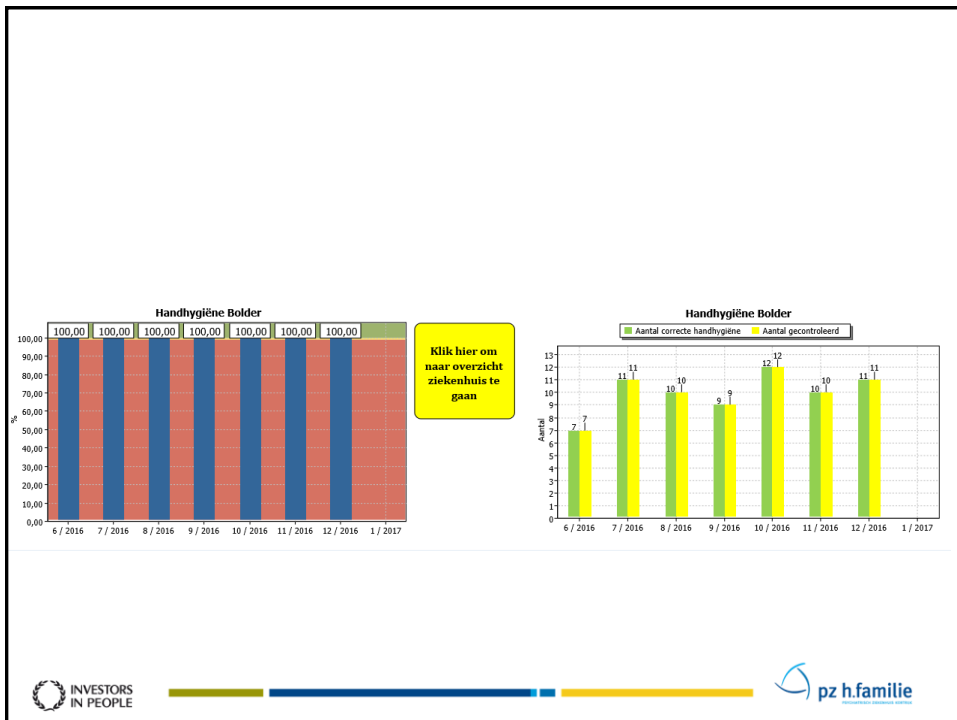
Vlinder Afdeling Vlinder Invullocat afdelingsprojecten

<p>1. Doelstelling</p> <p>1.1. Doelstelling, uitdaging en kwaliteit van leven optimaliseren</p>	<p>1.2. Doelstelling van zorg relatieve kosten een regionaal netwerk</p>	<p>1.3. Voorbereiden van de organisatie</p>		
<p>2. Middelen/activiteit</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p>2.1. Thematische klassiek</p> <p>Vlinder de ruit profilet beleving</p> <p>FZ: Informatie concept en info voor patiënten (Inz)</p> <p>FZ: patiëntparticipatie (Inz)</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>2.2. Thematische spaga</p> <p>Vlinder: digitale processen - jaard en ruit</p> <p>Vlinder Bolder: afstemming dienstverlening</p> </td> </tr> </table>			<p>2.1. Thematische klassiek</p> <p>Vlinder de ruit profilet beleving</p> <p>FZ: Informatie concept en info voor patiënten (Inz)</p> <p>FZ: patiëntparticipatie (Inz)</p>	<p>2.2. Thematische spaga</p> <p>Vlinder: digitale processen - jaard en ruit</p> <p>Vlinder Bolder: afstemming dienstverlening</p>
<p>2.1. Thematische klassiek</p> <p>Vlinder de ruit profilet beleving</p> <p>FZ: Informatie concept en info voor patiënten (Inz)</p> <p>FZ: patiëntparticipatie (Inz)</p>	<p>2.2. Thematische spaga</p> <p>Vlinder: digitale processen - jaard en ruit</p> <p>Vlinder Bolder: afstemming dienstverlening</p>			
<p>3. Samenwerking</p> <p>3.1. Multidisciplinair teamwerk</p> <p>FZ: ondersteuning van middelen en apparatuur in kaart brengen (Inz)</p> <p>FZ: procedure medisch optimaliseren (Inz)</p> <p>FZ: richtlijnbeheersysteem uitrollen (Inz)</p> <p>3.2. Breidbare kennis</p> <p>FZ (P) (Inz) netwerk groep agenzie, draagvlakstrategie, kennis actualiseren en opleiding</p> <p>FZ: patiëntidentificatie (Inz)</p> <p>FZ: Pijnsiguro-medicatie (Inz)</p> <p>FZ: incidentenopsporing en cijfers (Inz)</p> <p>FZ: medicatiebeheer optimaliseren (Inz)</p> <p>FZ: procedure presentatie digital (Inz)</p> <p>3.3. Samenwerkingsverband</p> <p>FZ(A) artikel 107</p> <p>3.4. Versterken samenwerking met andere afdelingen</p> <p>3.5. Promotie van de eigen afdeling</p> <p>3.6. Financiële prestaties verbeteren</p> <p>FZ: procedure investeringen actualiseren (Inz)</p>				
<p>4. Landen en groei</p> <p>4.1. Professionaliteit ontwikkelen</p> <p>FZ: studietoelastatie via Progress</p> <p>02: IP hercertificatie</p> <p>FZ: e-learning en opleiding mee (Inz)</p> <p>4.2. Innovatie realiseren</p> <p>FZ: tracer audit (Inz)</p> <p>FZ: NIJZ/O-mentum accreditatie afstemmen</p> <p>4.3. Inzetbaarheid ontwikkelen</p> <p>FZ: ethiek en advies actualiseren en beleidsmaten (Inz)</p> <p>4.4. Responsiviteit verbeteren</p> <p>FZ: versiere ontwikkeling BPS</p> <p>02: QPR in de volken en documentatie</p>				

Indicatoren







En nog veel meer...

- **Veiligheidsmanagement** is meer uitgewerkt. Vb. meer medicatie incidenten melden, meer incident-analyses
- Goede opvolging van de **patiëntveiligheidscultuurmeting**
- **Patiëntidentificatie** is uitgewerkt
- **Patiëntparticipatie** heeft meer vorm gekregen
- **Ethische waarden en patiëntenrechten** zijn beter gekend
- **Risicomanagement** is uitgewerkt

En nog veel meer...

- **Governance** en goed bestuur zijn ism raad van bestuur uitgewerkt
- Goede opvolging van de **patiëntveiligheidscultuurmeting**
- **Opleidingen** via e-learning en meer gestandaardiseerd
- Beleid rond **informatieoverdracht** van patiëntgegevens is beschreven
- **Rol van de IB** is duidelijker
- **Documentbeheersysteem** actueel
- Enz.



De weg naar ...

- **Korte voorstelling van het ziekenhuis**
- **De weg naar...**
 - **Waarom accreditatie**
 - **De voorbereiding: de zelfevaluatie; ondersteuning QPR; interne tracers; vóór de audit**
- **De auditweek**
- **En erna?...**
- **Enkele concrete voorbeelden**
 - **Patiëntendossier**
 - **Handhygiëne**
 - **Preventief onderhoud**
 - **Medicatiebeheer**
 - **Beleidsplannen**
 - **Indicatoren**
- **Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)**





Parallel onderzoek naar de inspanningen en effecten van accreditatie(traject)



INSPANNINGEN



Inleiding

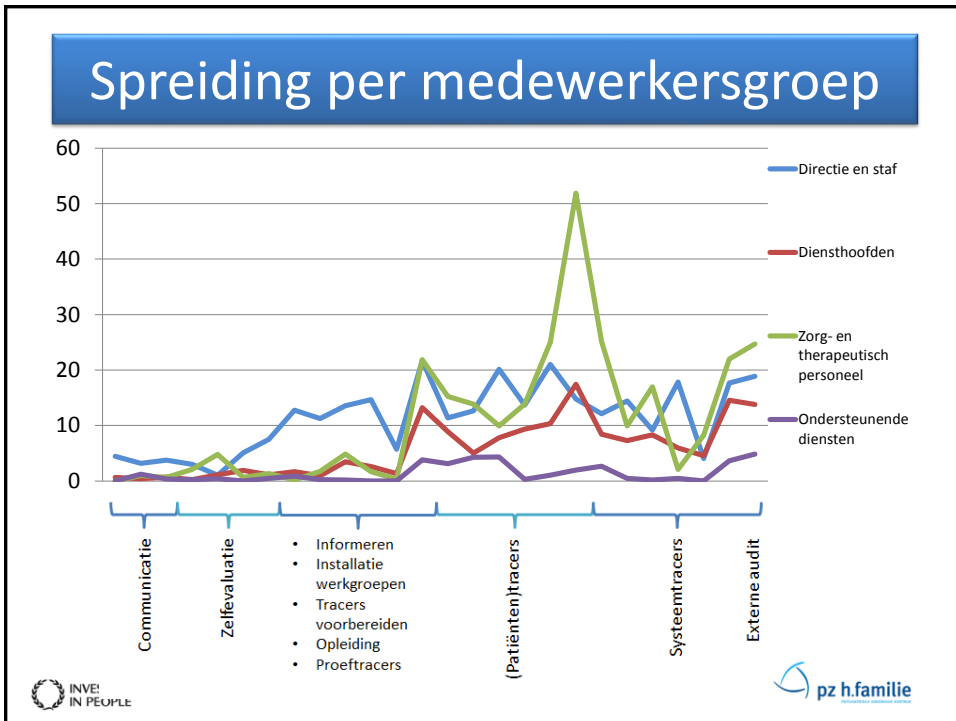
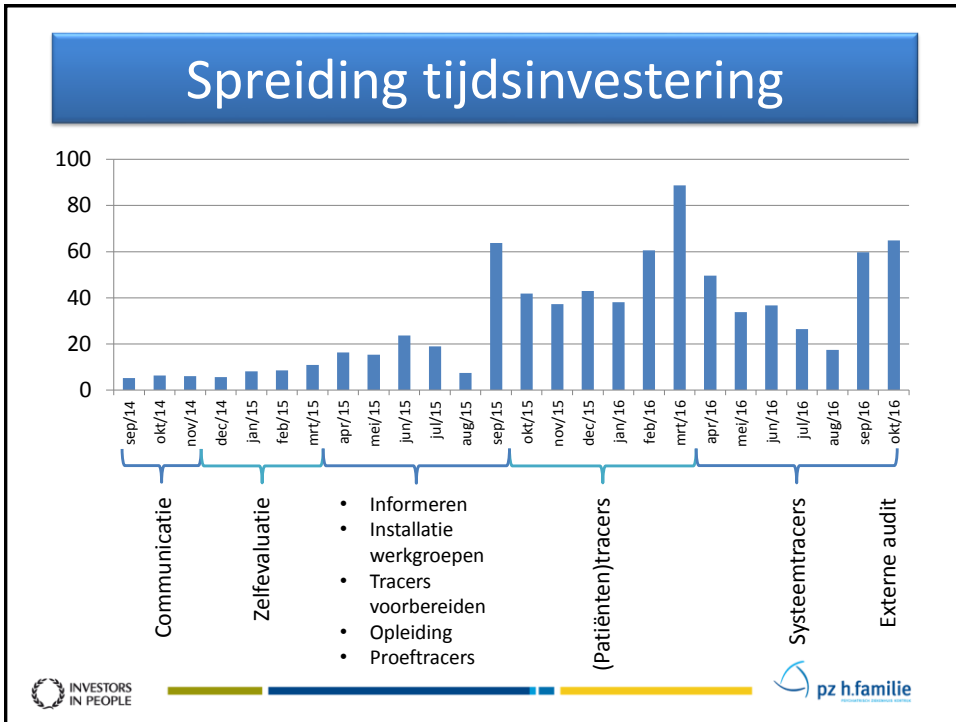
- Qmentum accreditatietraject: sept 2014 - okt 2016
- Tijdsregistratie van alle activiteiten ifv de accreditatie
- Registratie-eenheid: minuten
- Rapportage-eenheid: dagen (7,6u)
- 230 medewerkers, 8 artsen

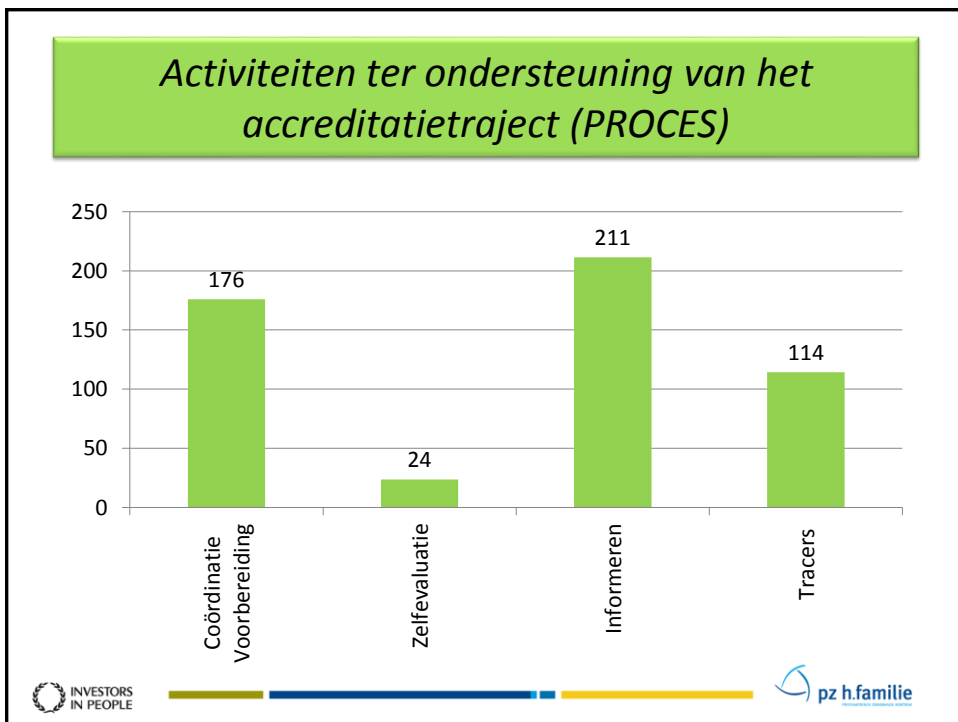
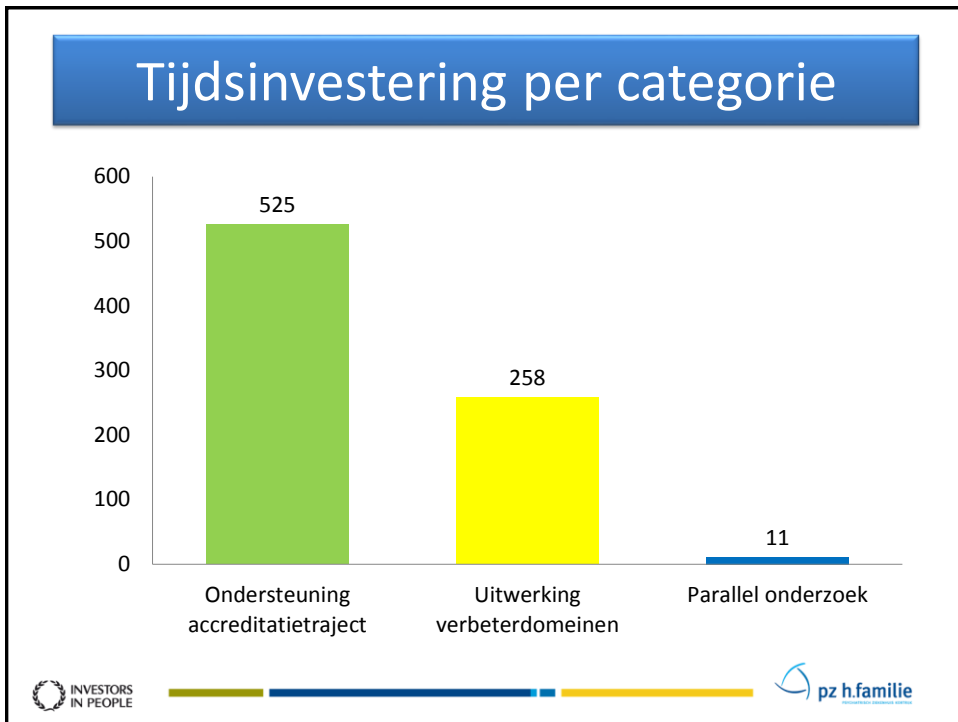


Totale tijdsinvestering

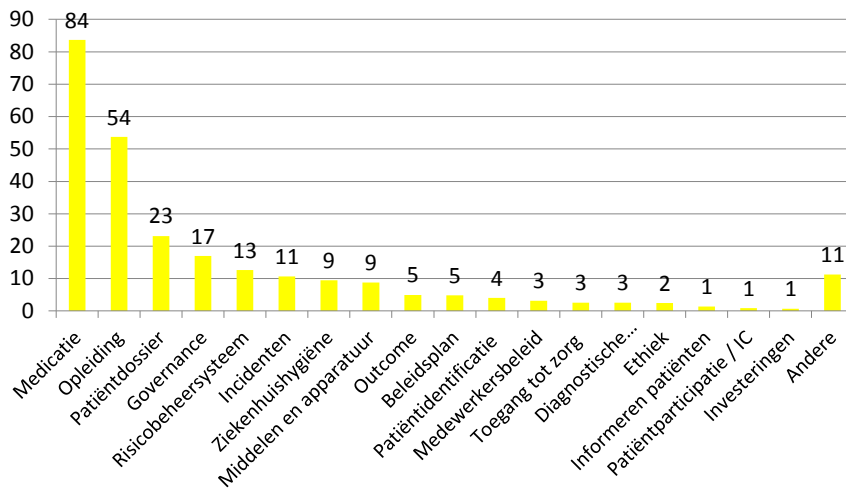
- 362.086 minuten (registratie-eenheid)
- 6035 uren
- 794 dagen (7,6 u – rapportage-eenheid)
- Gemiddeld 30,5 dagen / maand
- 1,6 FTE op jaarbasis







Uitwerking verbeterdomeinen obv de zelfevaluatie en de tracers (INHOUD)



Conclusies

- Accreditatietraject is een gezamenlijk project; geen project van de “top” maar van iedereen
- Continu engagement en ondersteuning vanuit directie en staf
- Grote betrokkenheid van diensthoofden
- Betrekken van medewerkers in werkgroepen (inhoud) én het uitvoeren van tracers (proces) creëren gedragenheid en betrokkenheid binnen de gehele organisatie
- Engagement van artsen is een kritische succesfactor
- Investeren in coördinatie en communicatie is cruciaal
- Uitwerking van verbeterdomeinen (inhoud) vereist een dubbele tijdsinvestering in trajectondersteuning (proces)

- ZIJN ER NOG VRAGEN?

