

Jaar: 2021

1. Identificatie verbeteropportunities K&PV

- Kwaliteitsprioriteiten UZA (*programma Kwaliteit en Patiëntveiligheid*)
- Bevindingen accreditatie JCI 2018
- Bevindingen erkenning CCPC JCI Major Trauma Service 2019
- Risicoanalyse Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid

1.1. Prioriteitsdomeinen Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Vertrekkende van het [Kwaliteitshandboek UZA](#) wordt het jaarplan Kwaliteit & Patiëntveiligheid opgesteld. In dit jaarplan staan de belangrijkste focusgebieden benoemd, in lijn met de missie en de visie van het UZA en getypeerd door de Lean filosofie.

1.2. Risicoanalyse K&PV door stuurgroep K&PV

Door de stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid werd een risico identificatie en risico analyse uitgevoerd.

| Onderwerp | Impact | Kwetsbaarheid |
|--|--------|---------------|
| Implementatie en borging van dossiervoering in het EPD als onderdeel van kwaliteitsvolle en veilige zorg | Hoog | Hoog |
| Verdere implementatie en borging van de cultuur van voortdurend verbeteren (post)-COVID | Hoog | Midden |
| Compliance accreditatiekaders | Midden | Hoog |

1.3. Bevindingen JCI (*survey 2018*), JCI CCPC Major Trauma Service (*survey 2019*)

De bevindingen naar Kwaliteit en Patiëntveiligheid geformuleerd door de JCI surveyors naar aanleiding van de heraccreditatie JCI ziekenhuisbreed en het JCI CCPC Major Trauma Service legden eveneens een aantal ziekenhuisbrede verbetermogelijkheden in de kwaliteitsstructuur bloot. Deze werden ook als input gebruikt voor het opstellen van het jaarplan 2021.

De belangrijkste thema's welke verder opgevolgd zullen worden in 2021 zijn:

- Veiligheidscultuur (*incl. leren uit meldingen, ...*)
- Gericht sturen met data

2. Toelichting jaarplan 2021

2.1. Kwaliteitsvolle dossiervoering

2.1.1. Aanpassen procedures en werkinstructies

Naar aanleiding van de implementatie van het EPD dienen de processen m.b.t. dossiervoering te worden herzien. Dit betekent eveneens een opportuniteit om de procedures 'lean' te maken.

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Reinhart Maertens (MOI) |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Voorzien van lean procedures en werkinstructies ter ondersteuning van het implementeren en borgen van kwaliteitsvolle dossiervoering in het EPD |
| Startend op | Verderzetting 2020 (<i>go live EPD</i>) |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.1.2. Monitoring van tijdige, volledige en juiste dossiervoering

Voorzien van een structuur van monitoring en terugkoppeling aangaande dossiervoering:

- Voorafgaand go-live met de focus op dossiervoering in het huidige dossier en met aandacht voor de voorbereiding van dossiervoering in het EPD
- Na go-live met de focus op dossiervoering in het nieuwe EPD.

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Reinhart Maertens (MOI) |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Juiste, tijdige en volledige dossiervoering |
| Startend op | Verderzetting 2020 (<i>go live EPD</i>) |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.2. Verdere implementatie en borging van de cultuur van voortdurend verbeteren (post)-COVID

2.2.1. Integratie PM@UZA in structuur van voortdurend verbeteren

Net zoals A3 en just do it, is PM een methodiek om te komen tot verbetering en innovatie. De filosofie en structuur van deze methodieken is grotendeels gelijk. Om het voor de eindgebruiker duidelijk te houden, zal gewerkt worden naar een verdere integratie van deze methodieken onder de Lean filosofie.

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Michaël Vanmechelen |
| Projectcoördinator | Ingrid Roosen |
| Doelstellingen | Integratie van PM@UZA als tool tot verbeteren en innovatie binnen de structuur van voortdurend verbeteren en Lean filosofie. |
| Startend op | Verderzetting 2020 (<i>go live EPD</i>) |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.2.2. Voortdurend verbeteren op de werkvloer

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Projecteigenaar | Ingrid Roosen |
| Projectcoördinator | Afdeling Kwaliteit en Lean |

| | |
|----------------|--|
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evalueren, bijsturen en borgen van de aanwezige structuur van voortdurend verbeteren ▪ Installeren van een structuur van voortdurend verbeteren op diensten waar dit nog niet aanwezig is ▪ Uitbouwen van een opleidings- en coachingsstructuur ▪ Uitbouwen van een communicatiestructuur m.b.t. voortdurend verbeteren |
| Startend op | 01/09/2020 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.2.3. Structuur van werkgroepen en stuurgroepen

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Ingrid Roosen |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evalueren, bijsturen en borgen van de aanwezige structuur van werkgroepen en stuurgroepen |
| Startend op | 01/09/2020 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.2.4. Lean documentbeheer

Het documentsysteem wordt verder bijgestuurd volgens de principes van simplify JCI en uitgebreid naar beeldmateriaal.

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Reinhart Maertens (MOI.7) |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | <p>Vanaf 31/03/2021 zijn lean sjablonen beschikbaar in docbase.</p> <p>Vanaf 31/03/2021 is er voorzien in een beheersysteem waar naast documenten ook instructiefilmpjes beheerd kunnen worden.</p> |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3. Compliance standaarden 7^{de} editie JCI en verbeteropportunities UZA - ziekenhuisbreed

2.3.1. International Patient Safety Goals

2.3.1.1. Compliance 7^{de} editie

2.3.1.1.1. IPSPG.3: medicatie

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementatie aangepast beleid en procedures ▪ Noodzaak uniforme labeling VANAS kast |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.1.1.2. IPSG.6: vallen

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Brigitte Claes |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verdere implementatie van het beleid aangaande valpreventie in de ambulante zone ▪ Impact zorgprogramma geriatric ▪ Inzetten van tools zoals sensor op kamer (gehospitaliseerde patiënt) |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.1.2. Verbeteropportunities UZA

2.3.1.2.1. International Patient Safety Goals (IPSG. 1, 2 en 4)

Wat betreft de patiëntveiligheidsdoelen, zien we geen evolutie in de indicatoren. De huidige opvolging wordt geëvalueerd, zowel proactieve en retrograde risico's worden in kaart gebracht en verbeterprojecten worden opgezet.

Tevens worden, waar nodig, nieuwe indicatoren geïnstalleerd.

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hans / Paul Van Aken |
| Projectcoördinator | Pauline Bossuyt |
| Doelstellingen | <p>Op 31/03/2021 zijn de voor de patiëntveiligheidsdoelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De processen geëvalueerd en verbeterprojecten opgestart 2. Indicatoren geëvalueerd en aangepast waar nodig |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.2. Access to Care and Continuity of Care (ACC)

2.3.2.1. Compliance 7de editie

2.3.2.1.1. Beleid en procedures

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | <p>Optimalisatie / herwerken van beleid en procedures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herwerking bestaande documenten, in overeenstemming met de patiëntenflow • Inzetten op implementatie waar nodig. (vb. transportmatrix) |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.2.1.2. Patiëntveiligheid en patiëntflow: interhospitaal transport

| | |
|-----------------|----------|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
|-----------------|----------|

| | |
|--------------------|--|
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Op 1/07/2021 is een PIT team operationeel in het UZA voor het organiseren van interhospitaal transport |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 01/07/2021 |

2.3.3. Patient-Centred Care

2.3.3.1. Compliance 7de editie

2.3.3.1.1. Regie bij de patiënt

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Inventariseren, installeren en uitbreiden UZA initiatieven waarbij de regie verschuift naar de patiënt en tevens de focus ligt op experience naast tevredenheid. |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 01/07/2021 |

2.3.3.2. Verbeteropportunities UZA

2.3.3.2.1. DNR

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Op 31/03/2021 is het DNR proces aangepast en geïmplementeerd zoals besproken tijdens het kwaliteitsforum. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uittekenen en implementatie van het nieuwe DNR proces ▪ Beleid en procedure wordt herschreven |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.4. Assessment of Patients

2.3.4.1. Compliance 7^{de} editie

2.3.4.1.1. Ambulante zone

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Brigitte Claes |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Ambulante Zone <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinisch onderzoek – afhankelijk van de discipline ▪ Pijnscreening – onvoldoende geïmplementeerd / borging (<i>traject kiosk</i>) |

| | |
|--------------|------------|
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/07/2021 |

2.3.4.1.2. Bijzondere patiëntenpopulaties (AOP en COP)

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Brigitte Claes |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | <p>Bijzondere patiëntenpopulaties</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact opstart zorgprogramma geriatrie ▪ Revisie van het beleid |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/07/2021 |

2.3.5. Care of Patients

2.3.5.1. Compliance 7^{de} editie

2.3.5.1.1. Suïcide

| | |
|--------------------|-----------------------------------|
| Projecteigenaar | Kaat Siebens |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Inzetten op verdere implementatie |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/07/2021 |

2.3.5.1.2. Clinical Alarm System Management

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Kaat Siebens / Paul Van Aken |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afbakenen van de scope per specifieke patiëntenpopulatie / eenheid ▪ Opstellen beleid / procedure ▪ Pilot: neonatologie, cardiologie ▪ Uitdaging: monitoring |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.1.3. Management of Lasers

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Paul Van Aken |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Acties in functie van opleiding, bescherming patiënt en zorgverleners, inspectie / testing / onderhoud |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.1.4. Reanimatie

2.3.5.1.4.1. Installeren van een verbeterstructuur op basis van effectieve MUG oproepen

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Koen Monsieus |
| Projectcoördinator | An Van de Velde / Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Metten van tijdigheid van interne MUG oproepen |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.1.4.2. Installeren van een verbeterstructuur op basis van VMS meldingen en KPI's

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Koen Monsieus |
| Projectcoördinator | An Van de Velde / Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Identificatie en implementatie van KPI's VMS backoffice reanimatieraad |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.1.4.3. Borgen van de opleidingsstructuur reanimatie @ UZA (skillslab)

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Koen Monsieus |
| Projectcoördinator | An Van de Velde / Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Borgen van de opleidingsstructuur (skillslab) |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.1.5. Borgen van opleiding procedurele sedatie onder bevoegdheden reanimatieraad

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Koen Monsieus |
| Projectcoördinator | An Van de Velde / Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Borgen van de opleidingsstructuur aangaande ALS procedurele sedatie |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.5.2. Verbeteropportunities UZA

2.3.5.2.1. End of life

| | |
|--------------------|-----------------------------------|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Inzetten op verdere implementatie |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.6. Anesthesia and Surgical Care

2.3.6.1. Verbeteropportunities UZA

2.3.6.1.1. Preoperatieve consultatie

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Michaël Vanmechelen, Bart Bracke |
| Projectcoördinator | Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Alle patiënten die in aanmerking komen voor preoperatieve consultatie, oriënteren naar preoperatieve consultatie. |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.7. Medication Management and Use

2.3.7.1. Compliance 7^{de} editie

2.3.7.1.1. Monitoring MMU

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluatie Geneesmiddelenmanagementsysteem: installeren KPI's ▪ Inzetten op datagestuurd werken, waarbij VMS, lijsten prevalidatie (QPS.8) en indicatoren gebruikt worden als brongegevens. |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.7.1.2. Prevalidatie (SIP)

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Installeren van een structuur voor het uitvoeren van prevalidatie 24/7 |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.7.1.3. Temperatuurmonitoring (SIP)

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Installeren van temperatuurmonitoring in-hospitaal en in de voertuigen |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.7.1.4. Thuismediatie en stalen

| | |
|-----------------|------------------|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
|-----------------|------------------|

| | |
|--------------------|---|
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Risk assessment op thuismedicatie en stalen – waar en wanneer heeft men deze ontvangen en hoe werd deze thuis of voor aankomst in het ziekenhuis opgeslagen |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.7.2. Verbeteropportunities UZA

2.3.7.2.1. Documentbeheer

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | An Van de Velde |
| Doelstellingen | Simplify JCI: boomstructuur procedures uitwerken medicatiebeheer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thematische opbouw / verantwoordelijke binnen apotheek ▪ Implementatie van beleid en procedures |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.7.2.2. Verdoving

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Jo Swartenbroekx |
| Projectcoördinator | Ilse Schepens / (An Van de Velde) |
| Doelstellingen | Optimalisatie van het beheer van verdoving, vertrekkende van een HFMEA |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/06/2021 |

2.3.8. Quality Improvement and Patient Safety

2.3.8.1. Compliance 7de editie

2.3.8.1.1. Veiligheidsmeldsysteem 'UZA meldt en leert'

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Koen Van Hoeck |
| Projectcoördinator | Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proces bijsturen ▪ Beleid en procedures herschrijven / optimaliseren ▪ Meldsysteem aanpassen ▪ Focus op analyse en leren |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.8.2. Verbeteropportunities UZA

2.3.8.2.1. Structuur voortdurend verbeteren

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Ingrid Roosen |
| Doelstellingen | zie 2.2 Verdere implementatie en borging van de cultuur van voortdurend verbeteren |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.8.2.2. Sturen met data

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Stefanie Macours |
| Doelstellingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beleid en procedures herschrijven / optimaliseren ▪ Tools introduceren op maat van effectieve implementatie ▪ Validatiestructuur optimaliseren voor indicatoren ▪ Validatiestructuur uitwerken voor rapporten |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/10/2021 |

2.3.9. Prevention and Control of Infections

| | |
|--------------------|-------------------|
| Projecteigenaar | Hilde Jansens |
| Projectcoördinator | Mounia Gribi |
| Doelstellingen | Cfr. jaarplan PCI |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.10. Governance, Leadership and Direction

Zie projecten binnen de hoofdstukken SQE en FMS (*ziekenhuisnoodplan*)

2.3.11. Facility Management and Safety

| | |
|--------------------|-------------------|
| Projecteigenaar | Dirk De Man |
| Projectcoördinator | Mounia Gribi |
| Doelstellingen | Cfr. jaarplan FMS |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.12. Staff Qualifications and Education

2.3.12.1. Evaluatie van artsen

| | |
|--------------------|------------------|
| Projecteigenaar | Guy Hans |
| Projectcoördinator | Stefanie Macours |

| | |
|----------------|---|
| Doelstellingen | Installeren outcome indicatoren per medische discipline |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.12.2. Opleidingsprogramma

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Liesbeth Van den Mosselaer |
| Projectcoördinator | Ingrid Roosen |
| Doelstellingen | Installeren en borgen van een programma van onboarding en continue opleiding, vertrekkende van het huidige programma |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/12/2021 |

2.3.13. Management of Information

2.3.13.1. Kwaliteitsvolle en veilige zorg m.b.t. het gebruik van mobiele toestellen

De kwaliteit, veiligheid en confidentialiteit van het gebruik van mobiele toestellen voor het contacteren, informeren en bevragen van patiënten garanderen.

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Reinhart Maertens |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Vanaf 31/03/2021 is er een duidelijk beleid uitgewerkt en geïmplementeerd aangaande het werken met mobiele toestellen (communicatie via sms, e-mail, UZA@home, ...) conform de geldende wet- en regelgeving. |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.13.2. Documentbeheersysteem m.b.t. het gebruik van beeldmateriaal

Het documentsysteem wordt verder bijgestuurd volgens de principes van simplify JCI en uitgebreid naar beeldmateriaal.

| | |
|--------------------|---|
| Projecteigenaar | Reinhart Maertens |
| Projectcoördinator | Laura Heeren |
| Doelstellingen | Uitbreiding van het huidige documentbeheersysteem naar het beheer van beeldmateriaal (i.k.v. beleid en procedures). |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/03/2021 |

2.3.14. Medical Professional Education

2.3.14.1. Verbeteropportunities UZA

2.3.14.1.1. Opleidingsprogramma ASO's

| | |
|-----------------|------------|
| Projecteigenaar | Guy Hubens |
|-----------------|------------|

| | |
|--------------------|---|
| Projectcoördinator | Eline Lippevelt |
| Doelstellingen | Evalueren en bijsturen van het huidige onboarding- en opleidingsprogramma van ASO's |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/07/2021 |

2.3.14.1.2. Supervisiedocument ASO's

| | |
|--------------------|--|
| Projecteigenaar | Guy Hubens |
| Projectcoördinator | Ingrid Roosen |
| Doelstellingen | Uniformiseren van de flow achter de privilegingdocumenten van stafleden en de supervisiedocumenten van ASO's |
| Startend op | 01/01/2021 |
| Eindigend op | 31/07/2021 |

2.3.15. Human Subjects Research Programs

2.3.15.1. Compliance JCI 7^{de} editie

'Indicator GCP' → Momenteel is er geen verantwoordelijke voor het aanleveren van deze data.

2.3.16. Jaarplan werkgroepen

Zie docbase voor de werkgroepspecifieke jaarplannen.

2.4. Compliance CCPC, DGU en verbeteropportuniteiten – Zorgprogramma's

2.4.1. Zorgprogramma Major Trauma Service

Zie jaarplan Zorgprogramma Major Trauma Service

2.4.2. Zorgprogramma Stroke

Verdere uitbouw van het zorgprogramma Stroke binnen het UZA, conform CCPC standaarden en zoals gedocumenteerd in het jaarplan Stroke Program.

2.4.3. Zorgprogramma Perioperatief Pijnzorgketen Traject

Verdere uitbouw van het perioperatief pijnzorgketen traject binnen het UZA, conform CCPC standaarden en zoals gedocumenteerd in het jaarplan Perioperatief Pijnzorgketen traject.

2.4.4. Overige dienstspecifieke programma's

Wanneer afdelingen of medische diensten deelnemen aan dienstspecifieke accreditaties en erkenningen en hiervoor de ondersteuning wensen door de afdeling Kwaliteit en Lean, zal deze ondersteuning normaliter geboden worden.

Zo nodig en / of mogelijk, zal tijdens de Stuurgroep K&PV een afstemming gebeuren van deze dienstspecifieke accreditaties en erkenningen en de ziekenhuisbrede kwaliteitsprioriteiten.

2.5. Communicatie, ondersteuning en coaching

| Onderwerp | Periode |
|---|---------|
| Beleidsdag Artsen K&PV 'Bridging the gap for Q&PS' – te bepalen | Q2 2021 |
| Opzetten structuur van dialoog met decentraal netwerk (en uitvoering) – voortzetting 2021 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mango ▪ Netwerk backoffice UZA ▪ Netwerk decentrale kwaliteitsmedewerkers ▪ ea | Q2 2021 |
| Nieuwsbrieven, UZAconnect, Puls, MagUZA | continu |

2.5.1. Meten en opvolgen

- Uitvoeren van Patient Record Reviews (PRR) met een multidisciplinair team (*frequentie aangepast aan de desbetreffende dienst / verpleegeenheid*)
- Uitvoeren van tracers (*frequentie aangepast aan de desbetreffende dienst / verpleegeenheid*)
- Aanbieden van en opvolgen van de resultaten van de checklist (*self assessment*)
- *Monitoring resultaten van decentrale kwaliteitsbewaking zoals peer review (dossiercontrole door verpleegkundigen), auditchecklisten, audits door ziekenhuishygiëne, veiligheidsrondgangen door de technische dienst, ...*

2.5.2. Deelname aan en compliance met kwaliteitsinitiatieven van de overheid

2.5.2.1. Doel

Met de kwaliteitsinitiatieven wil de overheid samen met de zorgsector de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen (*in kaart brengen en*) verbeteren. Ziekenhuizen kunnen de informatie intern gebruiken of zich met elkaar vergelijken. De informatie helpt een patiënt ook om, in overleg met zijn arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Tevens zijn aan een aantal van deze initiatieven financiering verbonden.

- Deelname aan Vlaams Indicatorenproject (VIP²)
 - Zie <https://www.zorgkwaliteit.be>
- Deelname aan en acties in kader van de Zorginspectie
 - Afwerking acties nalevingstoezicht: zie [actietabel Zorginspectie](#)
- Opvolging van de ziekenhuisbrede en pathologiegebonden indicatorenset van het Pay for Performance programma

3. Goedkeuring

Het jaarplan K&PV wordt opgesteld in overleg met de Stuurgroep K&PV, en ter goedkeuring voorgelegd aan de Stuurgroep K&PV en het Directiecomité.

Het jaarplan K&PV wordt tevens ter kennisgeving voorgelegd aan het Auditcomité en de Raad van Bestuur. (*zie notulen*)

4. Opvolging status van het jaarplan

Een volledig overzicht van de voortgang van de status is raadpleegbaar op UZAconnect>Afdeling Kwaliteit>Stuurgroep K&PV>programma K&PV.

De activiteiten van de verschillende werkgroepen en comités zijn terug te vinden in docbase.

5. Definities en afkortingen

| | |
|------|-----------------------------------|
| FMEA | Failure Mode and Effects Analysis |
| GRIM | Geïntegreerd risicomanagement |

| | |
|-------|--|
| ICHOM | International Consortium for Health Outcomes Measurement |
| JCI | Joint Commission International |
| K&PV | Kwaliteit en Patiëntveiligheid |
| RM | Risicomanagement |
| ZHH | Ziekenhuishygiëne |
| SG | Stuurgroep |
| MET | Multi Experten Team |
| VMS | Veiligheidsmeldsysteem |
| PO&I | Procesoptimalisatie en -innovatie |