

Handtekening alg. dir.	INSTRUCTIEVADEMECUM	In voege vanaf: 01/06/1999 Laatste revisie: 01/10/2018			
Nr. procedure: 205 Proc.eigenaar: kwaliteits- coördinator	VISIETEKST KWALITEITSHANDBOEK	pagina	1	van	22

Het kwaliteitshandboek van Psychiatrisch Centrum Mene

Inhoudsopgave

1. DEEL 1: HET KWALITEITSBELEID.....	4
1.1. Missie.....	4
1.2. Strategie.....	4
1.2.1. HET MANAGEMENTMODEL KWADRANT	5
1.2.2. DE BALANCED SCORECARD	7
1.2.3. EEN GEÏNTEGREERDE MANAGEMENTAANPAK	9
1.2.4. DE STERKTE-ZWAKTEANALYSE (SWOT)	11
1.2.5. DE STRATEGIEKAART PC MENEN.....	11
1.2.6. HET BELEIDSPLAN PC MENEN	12
1.3. Doorvertaling naar het operationeel niveau	12
2. DEEL 2: HET KWALITEITSSYSTEEM	12
2.1. Algemeen organogram	12
2.2. Organogram kwaliteit en patiëntveiligheid	12
2.2.1. KWALITEITSCOÖRDINATOREN	14
2.2.2. OMBUDSPERSOON	14
2.2.3. PREVENTIEADVISEUR	14
2.2.4. COMMISSIE IKZ	14
2.2.5. COMITÉ ZIEKENHUISHYGIËNE.....	15
2.2.6. MEDISCH-FARMACEUTISCH COMITÉ	15
2.2.7. COMITÉ MEDISCH MATERIAAL	15
2.2.8. COMITÉ HACCP	16
2.3. PROJECTTEAMS.....	16
2.4. VISIETEKSTEN, PROCESSEN, PROCEDURES EN INDICATOREN	16
2.5. BEHEER EN ACTUALISERING VAN HET KWALITEITSHANDBOEK.....	17
3. DEEL 3: ZELFEVALUATIE	17
3.1. METHODIEK	17
3.2. DOMEINEN.....	18
3.2.1. DE KLINISCHE PERFORMANTIE.....	18
3.2.2. DE OPERATIONELE PERFORMANTIE	19
3.2.3. DE EVALUATIE DOOR DE GEBRUIKER.....	19

3.2.4. DE EVALUATIE DOOR DE MEDEWERKERS..... 19

3.3. INDICATOREN 19

3.4. RESULTATEN 22

1. DEEL 1: HET KWALITEITSBELEID

1.1. Missie

De missie van het Psychiatrisch Centrum Mene is vervat in de opdrachtverklaring. Hier geeft onze voorziening aan welke haar kernopdracht is en welke waarden zij voorstaat.

Onze opdracht is een kwalitatief hoogstaande behandeling bieden aan volwassen en ouderen met psychiatrische problemen en dit maximaal rekening houdend met de individuele noden, wensen en levensbeschouwelijke overtuiging van de patiënt.

Dit betekent dat wij :

- voorzien in een **veilige, verantwoorde zorg en behandeling** en een respectvolle omgang met de patiënt;
- een patiëntgerichte zorg voorstaan, met aandacht voor **zorg op maat** en **continuïteit van zorg**;
- en dit, zo mogelijk, in **overleg met familie en omgeving**;
- een zorgaanbod bieden welke zowel **hospitalisatie** (volledige of partiële) als **ambulante zorgvormen** (nazorg, poliklinische activiteiten, thuiszorg, enz.) omvat;
- open staan voor elke vorm van **samenwerking met andere voorzieningen** die de realisatie van deze opdracht kan bevorderen;
- ons blijven **afstemmen op veranderende noden** van de patiënt en de samenleving;
- een **zorgzaam medewerkersbeleid** voeren, gestoeld op motivatie, waardering, professionalisering en ontplooiing van elke medewerker en dit binnen een participatieve organisatiestructuur;
- de kwaliteit van zorg en dienstverlening blijvend waarborgen door de **uitbouw van een kwaliteitssysteem**, waarbij op integrale, systematische en continue wijze de werking wordt geëvalueerd en zo mogelijk verbeterd.

Het Psychiatrisch Centrum O.-L.-Vrouw van Vrede (kortweg PCM) is een deel van de VZW "CIGB" (Christelijke Integrale Gezondheids- en Bejaardenzorg) en heeft als dusdanig de opdracht de globale doelstellingen van de VZW mee te realiseren.

Dit impliceert:

- het zichtbaar gestalte geven aan een **christelijke traditie en inspiratie**;
- het bewerkstelligen van een optimale samenwerking met, en wederzijdse ondersteuning van alle exploitaties van de VZW.

1.2. Strategie

Om bovenstaande doelstellingen te bereiken voorziet het PC O.-L.-Vrouw van Vrede de uitvoering van een reeks strategische acties. Hiermee geeft de voorziening aan hoe, of langs welke weg zij haar objectieven wil waarmaken.

De strategische acties hangen vast aan de missie en visie en aan de vooropgestelde doelstellingen. Ze worden gekozen op grond van hun *relevantie* en/of mogelijke *bijdrage aan* (“impact op”) de vooropgestelde doelen. Ook de afweging van sterke en zwakke punten binnen onze organisatie, en de opportuniteiten en bedreigingen in de omgeving (**SWOT-analyse**), speelt hier een rol. Er is bovendien een **tijdspad** vastgelegd, binnen welke termijnen deze acties dienen te worden ondernomen (prioriteitenniveaus). Alles samen resulteert deze oefening in een **samenhangend strategisch beleidsplan** voor het ziekenhuis.

Achtereenvolgens schetsen we:

- de gebruikte instrumenten: het managementmodel “Kwadrant” (EFQM) en de Balanced Scorecard (BSC);
- een schematische voorstelling van de onderlinge samenhang tussen beide instrumenten, in relatie met de methodologie van het procesmodel enerzijds en de beleidsmatige plantermijn anderzijds;
- de sterkte-zwakte (SWOT)-analyse;
- de strategiekaart van het PC Mene;
- het strategisch beleidsplan van het PC Mene.

1.2.1. Het managementmodel Kwadrant

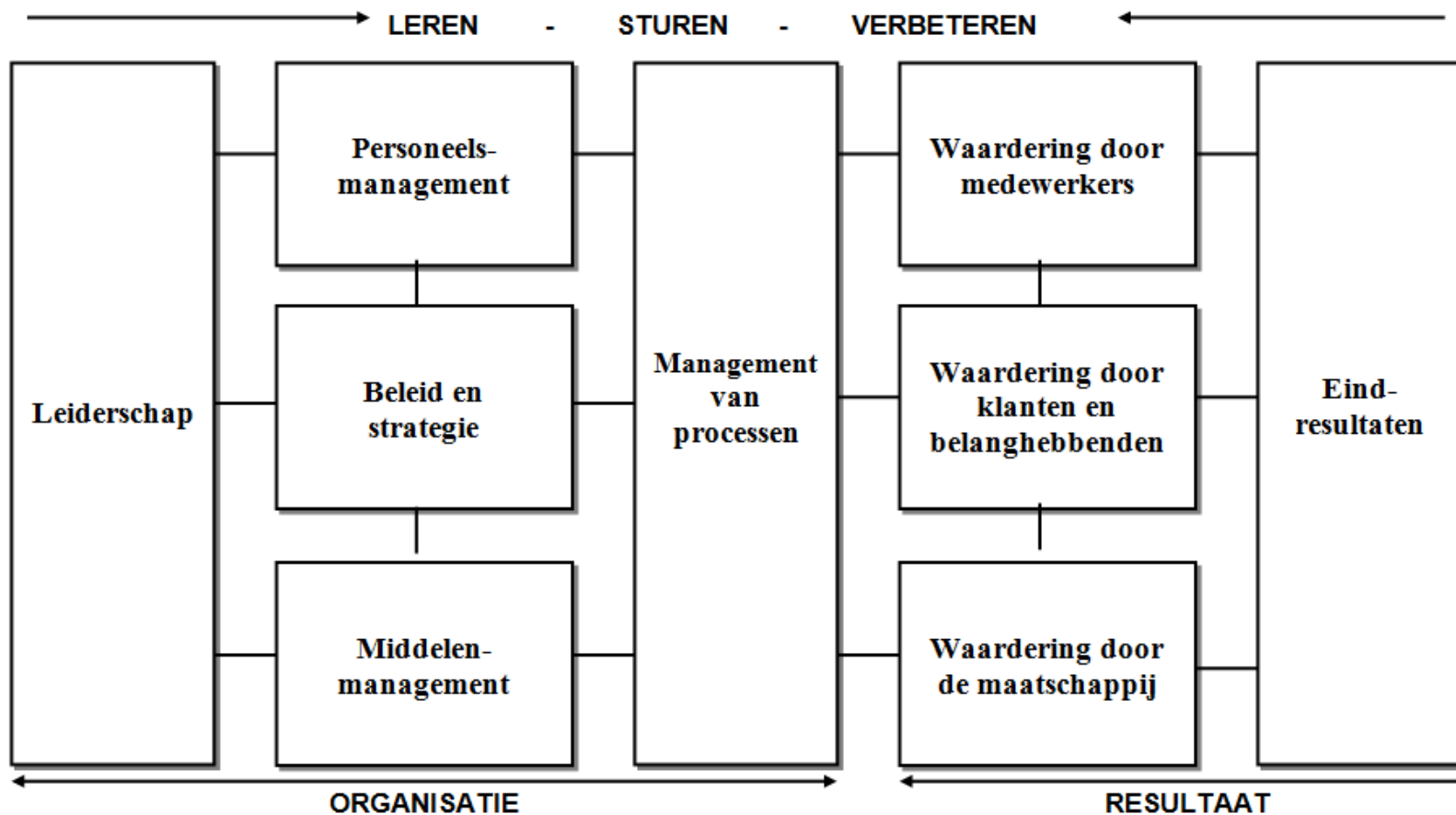
Het PCM koos voor het kwaliteitsmodel “**Kwadrant**”. Dit is een vertaling van het algemene EFQM-model (European Foundation for Quality Management), een veelgebruikt model in de sector van de gezondheidszorg.

Kenmerkend voor Kwadrant zijn o.m. de zelfevaluatie (cfr. SWOT-analyse), het aansturend vermogen t.a.v. de inrichting van de organisatie, de nadruk op een procesmatige en klantgerichte benadering van de werking van de organisatie, het belang van resultaatgerichtheid (“performantie”) en tenslotte het voortdurend leren en verbeteren.

Het model bestaat uit **9 aandachtsgebieden**: 5 organisatie- of management-gebieden en 4 resultaatgebieden, die in een cyclisch proces met elkaar samenhangen (cfr. infra: PDCA-cyclus). Hierdoor kan de organisatie zichzelf voortdurend aansturen, leren en verbeteren.

Hieronder wordt **het basismodel** schematisch weergegeven.

KWADRANT. Managementmodel voor zorgexcellentie¹.



¹ Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap K.U.Leuven, *Kwadrant. Een managementmodel voor zorgexcellentie*. Leuven, 2004.

1.2.2. De Balanced Scorecard

De Balanced Scorecard (BSC) is een instrument voor prestatiemeting (Kaplan & Norton, 1992²). Het is een instrument dat managers en medewerkers toelaat om relevante stuurinformatie te bekomen, zowel over de prestaties in het verleden, als over de factoren, die de toekomstige prestaties kunnen beïnvloeden.

Oorspronkelijk werd de Balanced Scorecard vooral gezien als een soort dashboard (de “cockpit” van de organisatie). De laatste jaren fungeert de BSC ook als een instrument om visie om te zetten in actie en toekomstgericht de strategie op te volgen³. Werken met de BSC kan helpen om te komen tot een dialoog over missie, visie, doelstellingen en strategie.

Centraal in het model staan de missie en de visie van de onderneming. De filosofie die aan de BSC ten grondslag ligt is dat een organisatie niet alleen moet kijken naar haar financiële resultaten, maar ook naar de minder tastbare of zichtbare factoren, die een invloed op het bedrijfsresultaat kunnen hebben. Op die manier worden vier “perspectieven” onderscheiden, waaraan het beleid en de strategie van de organisatie worden getoetst.

- ⇒ Finaliteit (eindresultaat): Hoe realiseren wij onze missie?
- ⇒ Klanten: Hoe doen we het (beter) bij onze klanten?
- ⇒ Interne processen: Hoe beheersen / verbeteren we onze processen?
- ⇒ Innoveren, leren & groei: Hoe ontwikkelen we ons leer- en groeivermogen?

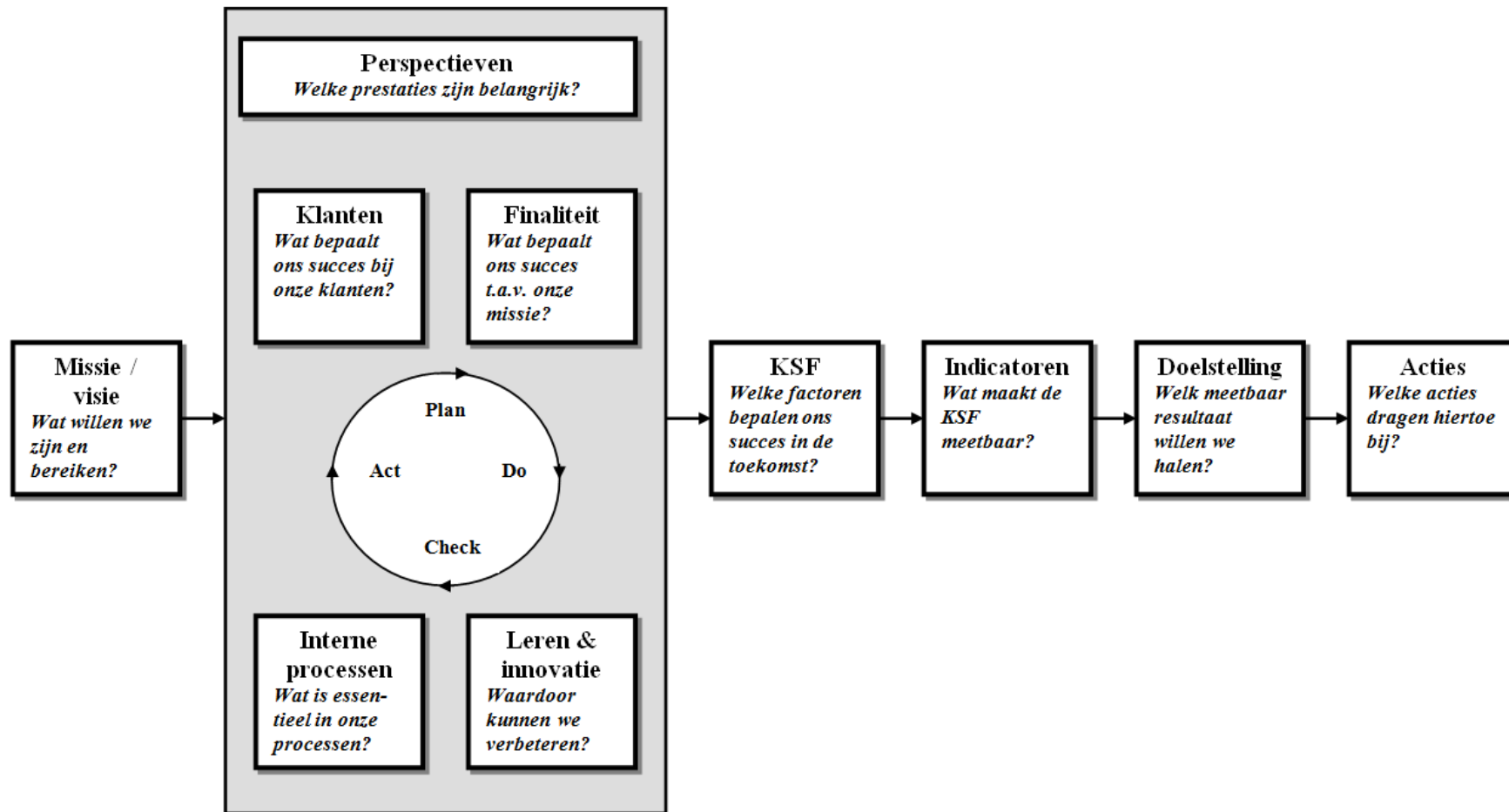
Deze vier perspectieven staan niet los van elkaar, maar hangen met elkaar samen. De BSC gaat uit van de veronderstelling, dat er tussen de vier perspectieven oorzaak-gevolgrelaties bestaan. Leren en innovatie bij de medewerkers is nodig om tot effectieve en efficiënte processen te komen. De kwaliteit van de processen is vervolgens van invloed op de waardering door de klant. Een goed resultaat bij de klant tenslotte bepaalt mee het eindresultaat (financieel, realisatie van de missie, continuïteit).

Binnen elk perspectief worden, gelinkt aan doelstellingen, kritieke succesfactoren (KSF) geformuleerd, die met indicatoren worden opgevolgd (meting). Wanneer de balanced scorecard gebruikt wordt in samenhang met een kwaliteitsmodel (zoals Kwadrant) en met het procesmanagementmodel (in het bijzonder de PDCA-cyclus), dan kan de koppeling worden gemaakt tussen de prestatiemeting enerzijds en beleid & strategie anderzijds.

Hieronder wordt schematisch de invoeringsaanpak van de balanced scorecard weergegeven.

² WALBURG, J., *Integrale kwaliteitszorg in de gezondheidszorg*. Deventer, Kluwer Bedrijfsinformatie, 1997.

³ A. JORISSEN & W. BRUGGEMAN (red.), *De Balanced Scorecard in de praktijk. Een leidraad voor strategische prestatiemeting*. Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 1999.



1.2.3. Een geïntegreerde managementaanpak

Adequate beleid- en strategiebepaling vereist een gestructureerde en geïntegreerde aanpak. Missie en visie geven vooral de **richting** aan, waarin de organisatie zich op lange termijn wil positioneren en ontwikkelen.

Om ook in de praktijk in de aangegeven richting te kunnen presteren is, op middellange termijn, een congruente **inrichting** van de organisatie noodzakelijk. Kwaliteits- of managementmodellen kunnen hier goede houvasten geven. Zelfevaluatie of sterkte-zwakteanalyse, waarop de strategische, tactische en operationele planning wordt gebaseerd, kan met dergelijke modellen op een systematische wijze worden benaderd.

Een organisatie presteert tenslotte via haar processen, of m.a.w. via haar dagelijkse **verrichtingen** (korte termijn).

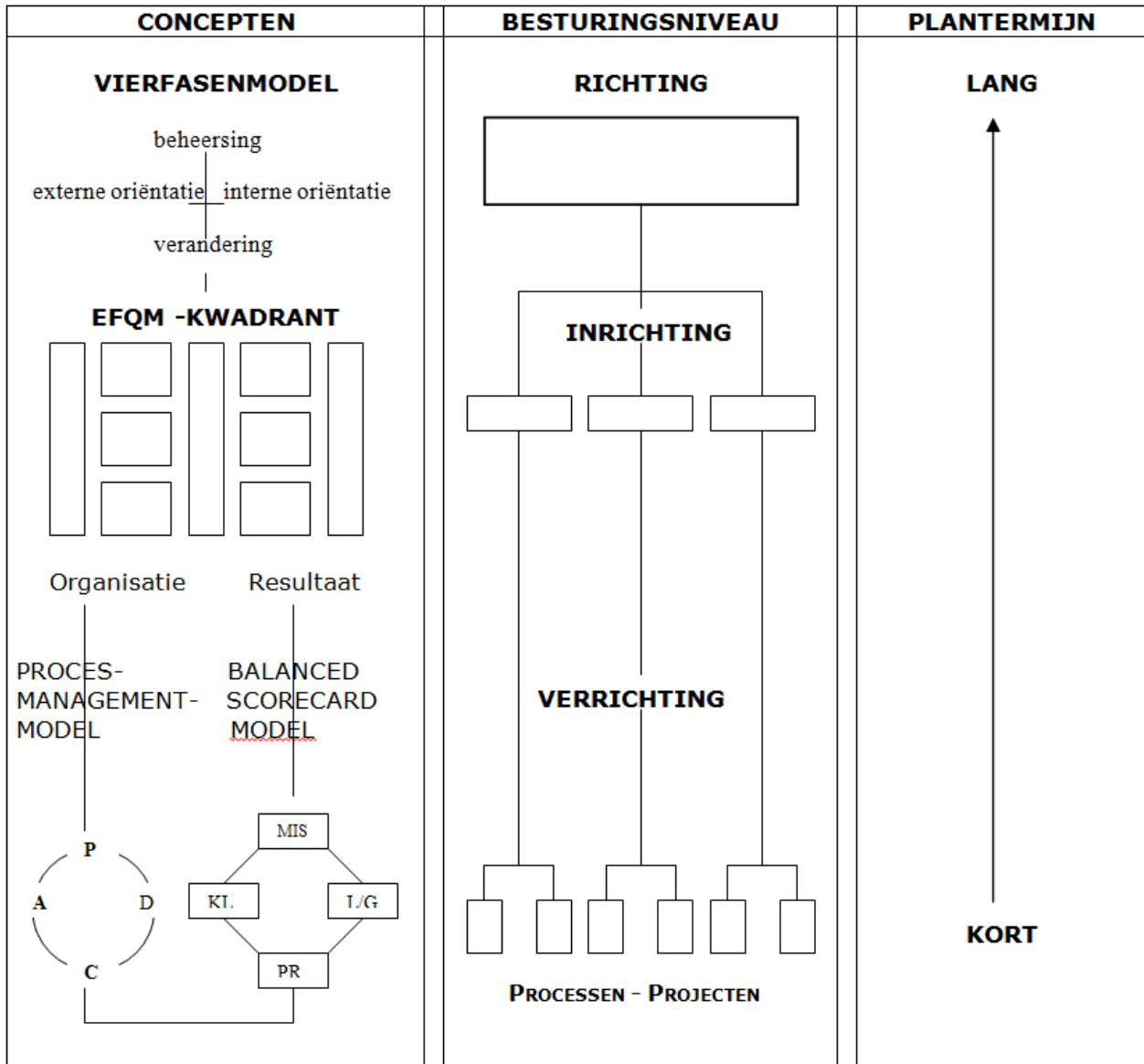
Deze verrichtingen worden aangestuurd, enerzijds via de methodiek van het **procesmanagement**, anderzijds via een hieraan gerelateerd meetsysteem, de **balanced scorecard**.

Het procesmanagementmodel, dat in onze benadering standaard wordt gehanteerd, is gebaseerd op de Demingcyclus (Shewartcyclus) of de **PDCA-cyclus**. Deze omvat een kringproces, dat meerdere malen kan worden doorlopen, met de volgende stappen:

- ⇒ **Plan:** plannen
- ⇒ **Do:** uitvoeren
- ⇒ **Check:** evalueren (meten)
- ⇒ **Act:** verbeteracties uitvoeren.

Hieronder tonen wij een schematisch overzicht van deze geïntegreerde managementaanpak, met de plaats van Kwadrant en de Balanced Scorecard, in relatie met het besturingsniveau en de beleidsmatige plantermijn⁴.

⁴ HARDJONO, T. & R. BAKKER, *Management van processen. Identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen*. Deventer, Kluwer, 2002.



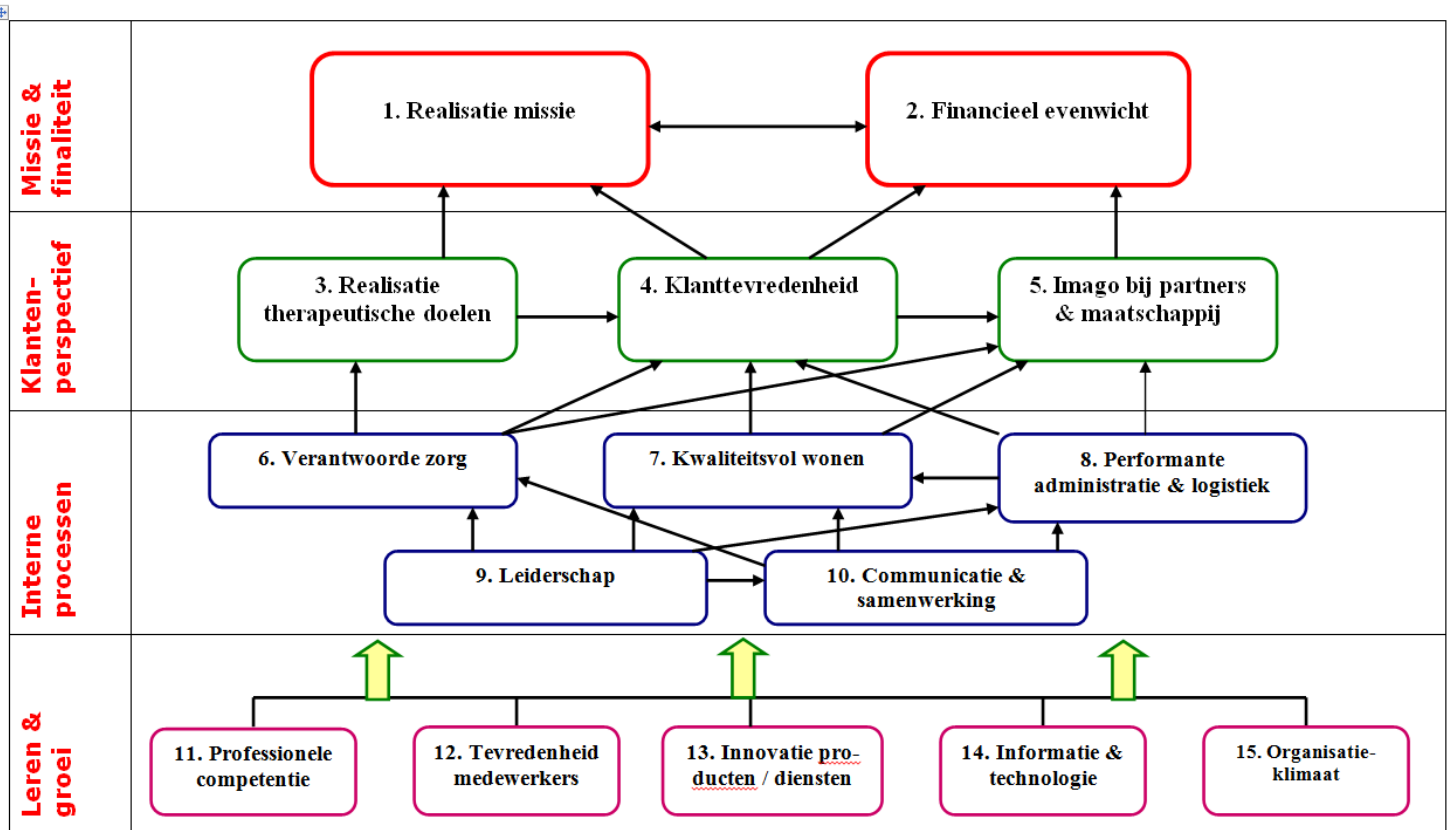
1.2.4. De sterkte-zwakteanalyse (SWOT)

Het strategisch beleid wordt ontwikkeld op grond van de missie en visie van het ziekenhuis. Missie en visie moeten worden omgezet in actie. Modellen of instrumenten als EFQM en Balanced Scorecard kunnen hierbij helpen. Het strategisch beleidsplan krijgt mede inhoud vanuit de sterkte-zwakteanalyse. Deze analyse wordt gestroomlijnd aan de vier perspectieven van de Balanced Scorecard.

Jaarlijks wordt decentraal een sterkte-zwakteanalyse uitgevoerd bij alle diensten en zorgdivisies (patiëntenzorg, administratie en logistiek). De resultaten worden vervolgens rechtstreeks door de directie met de betrokken diensten en zorgdivisies besproken. Op grond van deze bespreking worden verder concrete actieplannen afgesproken, die in het beleidsplan worden opgenomen.

1.2.5. De strategiekaart PC Mene

De strategiekaart toont op schematische wijze de kritieke succesfactoren, waarop het ziekenhuis in haar strategisch beleid wil focussen. Deze factoren zijn geordend binnen de vier perspectieven van de Balanced Scorecard, waarbij bovendien hun onderlinge samenhang is aangegeven.



1.2.6. Het beleidsplan PC Mene

In het beleidsplan geeft het ziekenhuis concrete invulling aan haar strategisch beleid. De acties, waarmee het ziekenhuis zijn strategische doelstellingen wil realiseren, worden benoemd en gepland (tijdspad).

Het beleidsplan biedt een overzicht van de lopende actieplannen, geordend volgens het algemeen procesmodel van het ziekenhuis. In het Access-programma "Actieplannen" is het tijdspad, de status, prioriteit en toewijzing te consulteren.

1.3. Doorvertaling naar het operationeel niveau

Beleid en strategie moeten tenslotte in de concrete praktijk ten uitvoer worden gebracht. Hiervoor is een doorvertaling nodig van missie, visie, doelstellingen en strategie op ziekenhuisniveau naar het niveau van de zorgverstrekkende eenheden of behandelafdelingen. Dit resulteert in afdelingsbeleidsplannen, die een congruente verbijzondering vertegenwoordigen van het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis.

2. DEEL 2: HET KWALITEITSSYSTEEM

2.1. Algemeen organogram

Het algemeen organogram is terug te vinden in het Instructievademecum.

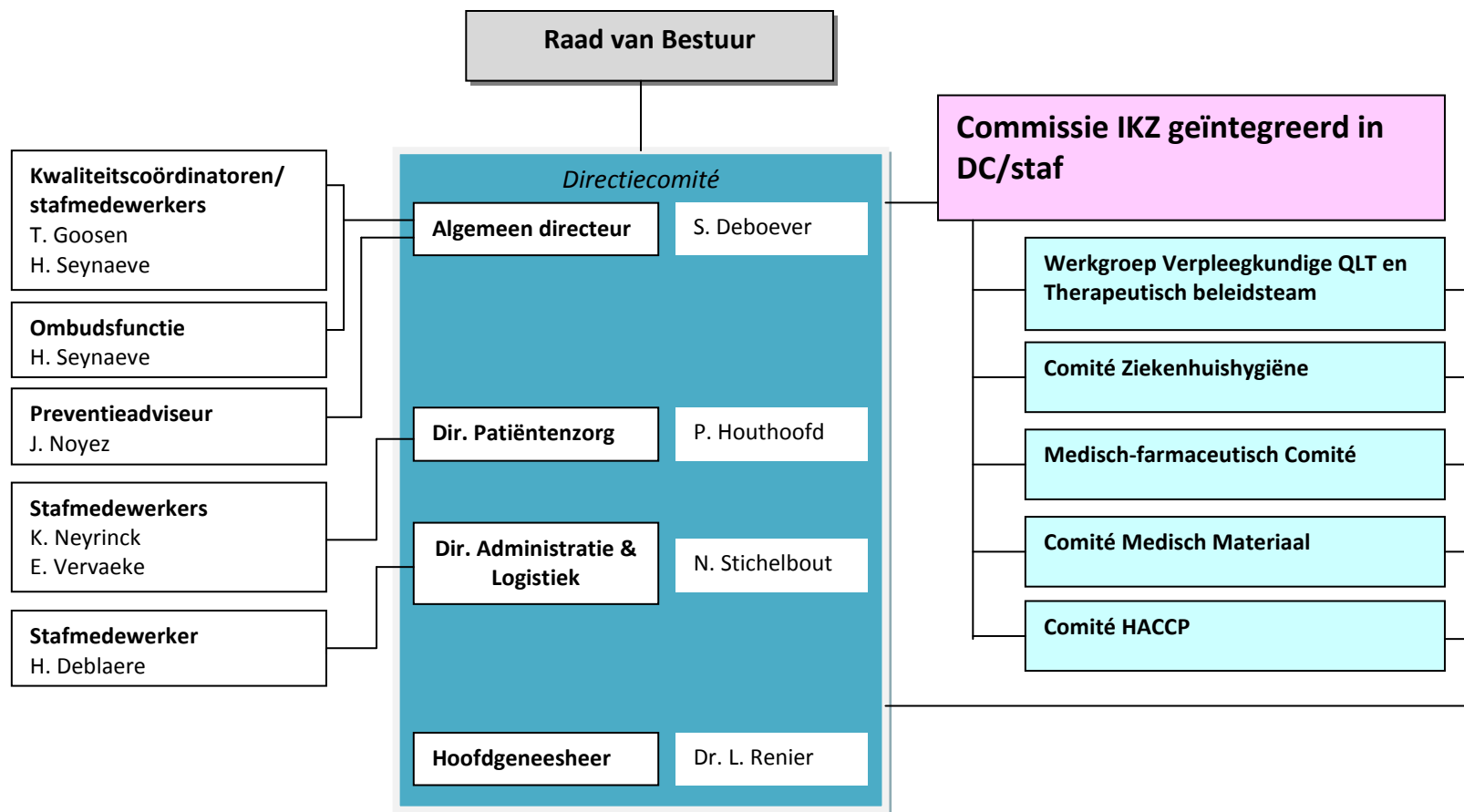
2.2. Organogram kwaliteit en patiëntveiligheid

Het organogram kwaliteit en patiëntveiligheid biedt ondersteuning om op een efficiënte manier zicht te blijven behouden op de uiteenlopende kwaliteitsinspanningen, die door verschillende diensten of organen, op verschillende plaatsen en echelons binnen de organisatie, worden geleverd.

In het organogram zijn de functies en comités vermeld die een rol spelen in het omvattende gebied van kwaliteit & patiëntveiligheid, en zijn schematisch de hoofdlijnen van hun onderlinge verhoudingen en samenhang geschetst. De formele overlegorganen zijn adviserend naar de directie, terwijl vertegenwoordigers van directie ook lid kunnen zijn van deze overlegorganen. De directie is verantwoordelijk voor het algemeen beleid en zorgt voor de aansturing van de ontwikkeling, realisatie en beheersing op het inhoudelijke vlak.

Deze functies en overlegorganen worden hieronder meer in extenso toegelicht: enerzijds voor de functies hun organografische positionering en opdracht, anderzijds voor de overlegorganen hun samenstelling en opdracht.

Organogram Kwaliteit en Patiëntveiligheid 2018



2.2.1. Kwaliteitscoördinatoren

De kwaliteitscoördinatoren zijn verantwoordelijk en bevoegd voor het concipiëren, implementeren en evalueren van een geïntegreerd kwaliteitssysteem en om hierover aan de directie te rapporteren. In het raam van dit kwaliteitssysteem hebben zij intern een adviserende, uitvoerende en probleem detecterende opdracht en treden ze op als vertegenwoordiger of aanspreekpunt van de organisatie t.a.v. externe instanties (overheden, voorzieningen uit de sector, ...).

2.2.2. Ombudspersoon

De hoofdopdracht van de ombudspersoon is het bemiddelen bij klachten, die door patiënten van het ziekenhuis en/of hun familie, t.a.v. medewerkers of de organisatie als zodanig, bij hem worden aangemeld. Hij rapporteert hierover aan de directie. Hij is aanspreekpersoon voor de externe ombudsfunctionarissen (provinciaal Overlegplatform, federale ombudsdienst).

2.2.3. Preventieadviseur

De preventieadviseur is verantwoordelijk en bevoegd voor het concipiëren, implementeren en evalueren van een geïntegreerd risicobeheerssysteem voor de hele organisatie, met name de medewerkers, de patiënten en alle derden die de campus van het ziekenhuis betreden. Hij rapporteert hierover aan de directie. Hij is secretaris van het comité preventie & bescherming en aanspreekpersoon voor de arbeidsinspectie.

2.2.4. Commissie IKZ

De commissie IKZ coördineert de werkzaamheden m.b.t. kwaliteit en (patiënt)veiligheid in de organisatie, bewaken van kwaliteitsmethodieken. De commissie is geïntegreerd in het DC staf-overleg dat elke eerste maandag van de maand plaats vindt, behalve in de maand augustus.

Samenstelling:

- Stafmedewerkers IKZ
- Stafmedewerker patiëntenzorg
- Stafmedewerker administratie – logistiek
- Algemeen directeur
- Directeur administratie – logistiek
- Directeur patiëntenzorg
- Hoofdgeneesheer

Opmerkingen:

- De commissie IKZ coördineert, bewaakt en adviseert. Dit wil zeggen dat het thematisch kwaliteitswerk door de onderliggende organen, die elke op hun domein rond kwaliteit en patiëntveiligheid actief zijn, wordt uitgevoerd.
- Het bewaren van het overzicht, inclusief het detecteren van overlap of hiaten, is een belangrijk objectief. Rapportering op regelmatige basis naar directie is hiervan een essentieel onderdeel.
- De agenda van de commissie IKZ is deels generiek, deels thematisch (actuele themata).

- Er dient over gewaakt te worden dat niet elke actie binnen een functie, dienst of team, onder de noemer “kwaliteit” wordt gebracht.

2.2.5. Comité ziekenhuishygiëne

Het comité voor ziekenhuishygiëne oefent toezicht uit op verzorgingstechnieken en afzonderingsmethodes voor besmettelijke ziekten, werkt richtlijnen uit m.b.t. het huishoudelijk onderhoud der lokalen, spoort bronnen van infectie op, stelt regels vast aangaande mededeling van en toezicht op gevallen van infectie bij patiënten en personeel en voorziet in een gepaste opleiding voor de betrokken medewerkers, geeft advies betreffende verbouwingwerken.

Samenstelling:

- Directie patiëntenzorg
- Hoofdgeneesheer
- Apotheker
- Verpleegkundig-ziekenhuishygiënist
- Geneesheer-ziekenhuishygiënist
- Diensthoofd huishoudelijk onderhoud
- Economaat
- Referentieverpleegkundigen

Frequentie van overleg: 5 maal per jaar.

2.2.6. Medisch-farmaceutisch comité

Het medisch-farmaceutisch comité staat in voor de opvolging van de voorwaarden waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend (cfr. KB 4/3/1991, art. 25).

Samenstelling:

- Algemeen directeur
- Apotheker
- Hoofdgeneesheer
- Psychiaters
- Directie patiëntenzorg

Frequentie van overleg: 2 maal per jaar.

2.2.7. Comité medisch materiaal

Het comité ‘medisch materiaal’ staat in voor de opvolging van de voorwaarden waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend (cfr. KB 4/3/1991, art. 26), geeft advies omtrent aankoop en gebruik van medisch materiaal.

Samenstelling:

- Apotheker
- Directeur patiëntenzorg
- Hoofdgeneesheer

- Verpleegkundig-ziekenhuishygiënist
- Geneesheer ziekenhuishygiënist
- Diensthoofd huishoudelijk onderhoud
- Economaat

Frequentie van overleg: 2 maal per jaar.

2.2.8. Comité HACCP

Het comité HACCP verleent advies aan de directie m.b.t. de structurele en organisatorische voorwaarden, waaraan moet worden voldaan volgens de HACCP-normen.

Samenstelling

- Chef-kok
- Economaat
- Diensthoofd huishoudelijk onderhoud
- Preventieadviseur
- Geneesheer ziekenhuishygiënist
- Verpleegkundig ziekenhuishygiënist

Frequentie van overleg: 2 maal per jaar.

2.3. Projectteams

Projectteams kunnen worden opgericht in het raam van de uitvoering van de generieke fasen van projectmanagement. Projecten, die opgenomen zijn in het beleidsplan m.b.t. integrale kwaliteitszorg (of die om dwingende redenen adjunctief zouden moeten worden opgestart), worden ook volgens de methodiek van projectmanagement aangepakt.

2.4. Visieteksten, processen, procedures en indicatoren

Het ontwikkelen en publiceren van visieteksten, processen, procedures en indicatoren, gekoppeld aan het strategisch beleid van het ziekenhuis, gebeurt met ondersteuning van informaticatools, en volgens de richtlijnen van het ziekenhuis (zie ook in het Instructie Vademecum procedure 'Opmaak en beschikbaarstelling van procedures' en de handleiding 'Opmaak van een procedure' (gebruik van sjabloon).

Alle gevalideerde visieteksten, processen & procedures en handleidingen zijn te consulteren in het 'Instructievademecum'.

- **'Visietekst':** bepaalt de visie van het PCM over een bepaald thema, kadert het thema, beschrijft waar we naar toe willen en op welke manier, ... Vaak wordt ook de reden en manier van tot stand komen van de visie en de gekoppelde processen en procedures toegelicht.
- **Proces:** bestaat uit een aaneenschakeling van stappen waarbij activiteiten worden uitgevoerd die bijdragen tot het realiseren van een vastgelegd eindresultaat. Bij elke stap kunnen mensen, materialen, uitrustingsgoederen of andere middelen worden ingezet.
- **Procedure:** is een omschreven werkwijze of -methode, die bij een gegeven proces formeel is vastgelegd, na validering van deze werkwijze of -methode en na fiattering door de leiding van dit ziekenhuis. De

procedure legt de afspraken tussen medewerkers vast m.b.t. de opeenvolging van de te ondernemen stappen, de respectievelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden hierbij, en desgevallend ook van de hieraan verbonden informatie- en documentenstromen.

- **‘Handleiding’**: een handleiding is concreter dan een procedure, het is een gedetailleerd stappenplan met instructies hoe iets moet gebeuren. Soms kunnen de instructies ook in de procedure verwerkt worden. Het is aan de opsteller om een keuze te maken of een aparte handleiding nuttig is. Dit wordt meestal gedaan voor praktische of technische handelingen of protocols.

Alle indicatoren zijn te consulteren via het Access-programma **‘Dashboard’**.

INSTRUCTIEVADEMECUM: Raadplegen van procedures

01. Beleid en strategie - Missie en Visie
02. Zorggerelateerde processen
03. Ondersteunende processen
04. Medewerkersbeleidsprocessen
05. DIVERSE INSTRUCTIES

01.01. Algemeen beleid
01.02. Zorggerelateerd beleid
01.03. Ondersteunend beleid
01.04. Medewerkersbeleid

ZOEKTERM (laat leeg voor volledig procedureboek)

Zoek enkel in de naam van de procedure | Zoek in naam EN inhoud van de procedure | ZOEK

!!! = kan niet doorzocht worden met de zoekfunctie		Aantal procedures:	6	Proceduretekst - Procesmodel	Kopieer link met CTRL+C
121	Communicatie - Visietekst	Houthoofd Patricia			#\Vile1\
118	Missie van het P.C. O.L.Vrouw van Vrede	Dierboever Serge			#\Vile1\
155	Organigram	Dierboever Serge			#\Vile1\
85	Overlegstructuren - referentiepersonen	Dierboever Serge			#\Vile1\
95	Overlegstructuren - Visietekst	Dierboever Serge			#\Vile1\
132	PR - Visietekst	Brunael Annelies			#\Vile1\

2.5. Beheer en actualisering van het kwaliteitshandboek

Het functioneel beheer en de actualisering van het kwaliteitshandboek behoren tot de verantwoordelijkheid en het bevoegdheidsdomein van de kwaliteitscoördinatoren.

Het algemeen beheer en de formele goedkeuring van het kwaliteitshandboek behoren tot het bevoegdheidsdomein van de algemeen directeur.

3. DEEL 3: ZELFEVALUATIE

3.1. Methodiek

Met ‘zelfevaluatie’ wordt een systematische beoordeling bedoeld van de processen, structuren en resultaten in het raam van onze bedrijfsvoering als ziekenhuis. Dit wil zeggen: een methodisch onderzoek van hoe en met welke resultaten onze organisatie presteert. De zelfevaluatie is het

instrument, waarmee de organisatie haar werking aanstuurt, beheerst en verbetert. Of met andere woorden: het is de toets voor de uitvoering van ons kwaliteitsbeleid in de praktijk.

Bij de methodiek van de zelfevaluatie zullen respectievelijk de volgende stappen worden doorlopen⁵.

1. Gegevens verzamelen. Dit houdt de registratie en verwerking in van gegevens, die voortkomen uit de toepassing van meetinstrumenten.
2. Doelstellingen formuleren. De uitkomsten van de metingen stellen de organisatie in staat om concrete kwaliteitsdoelstellingen te formuleren (SMART: doelstellingen zijn specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, resultaatgericht en tijdgebonden).
3. Acties uitvoeren. Om de doelstellingen in de praktijk te realiseren, geeft het ziekenhuis aan welke acties daarvoor nodig zullen zijn en binnen welk tijdspad deze zullen worden uitgevoerd.
4. Resultaat evalueren. Hier onderzoekt de organisatie of en in welke mate de vooropgestelde doelstellingen werkelijk werden bereikt. Dit gebeurt door het uitvoeren van volgmetingen, die op hun beurt weer nieuwe gegevens opleveren.
5. Nieuwe acties ondernemen. Indien blijkt dat de doelstellingen (nog) niet werden bereikt, zal de organisatie nieuwe acties plannen, teneinde verder te verbeteren in de richting van de gestelde doelen⁶.

Deze cyclus wordt in maximaal vijf jaar doorlopen, en zo nodig herhaald tot blijkt dat de doelstellingen zijn gerealiseerd. Werkwijzen, waarvan is aangetoond dat zij tot consistent goede resultaten leiden, worden in gevalideerde procedures vastgelegd. Dit is kwaliteitsborging. Hiermee kan de voorziening verzekeren, dat werkwijzen die nu tot goede resultaten leiden, ook in de toekomst zullen worden onderhouden. De zelfevaluatie geldt als het instrument om de uitvoering van het kwaliteitsbeleid in de praktijk te kunnen waarborgen.

3.2. Domeinen

In de geestelijke gezondheidszorg zijn er kwaliteitsaspecten die meetbaar zijn, andere aspecten zijn dit minder of (voorlopig nog) niet. De meetbare kwaliteitsaspecten kunnen ondergebracht worden in 4 grote domeinen.

3.2.1. De klinische performantie

Dit betreft aspecten, die rechtstreeks verbonden zijn met de klinische zorg voor onze patiënten. Dit zijn in eerste instantie de sleutelprocessen, die direct aan onze missie zijn verbonden:

- aanmelding;

⁵ Hiermee wordt de Deming- of PDCA-cyclus aangegeven (Plan - Do - Check - Act).

⁶ Acties: een mogelijke actie kan ook zijn: het bijstellen of herformuleren van de doelen.

- opname en onthaal;
- observatie / diagnostiek;
- behandeling / therapie;
- ontslagvoorbereiding en ontslag;
- nabehandeling.

Met meting van de klinische performantie toont het ziekenhuis aan hoe het op dit domein presteert.

3.2.2. De operationele performantie

Dit betreft aspecten, die onrechtstreeks verbonden zijn met de klinische zorg voor onze patiënten. Dit zijn processen in de hele organisatie, die noodzakelijk zijn om de klinische zorg voor onze patiënten mogelijk te maken. Grosso modo kunnen hier twee grote subdomeinen worden onderscheiden:

- de sturende en voorwaardescheppende processen: hiermee geeft de organisatie de richting aan, waarin gewerkt zal worden; tevens wordt de organisatie dusdanig ingericht, dat de voorwaarden aanwezig zijn om in de praktijk volgens de aangegeven richting te kunnen werken;
- de ondersteunende processen: dit zijn vooral de administratieve en facilitaire processen.

Met meting van de operationele performantie toont het ziekenhuis aan hoe het op dit domein presteert.

3.2.3. De evaluatie door de gebruiker

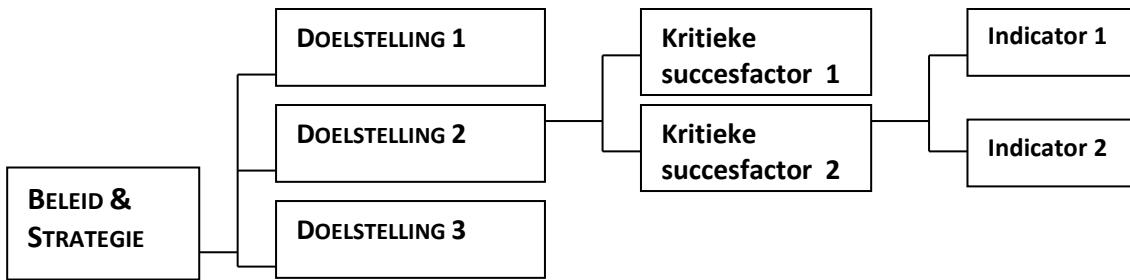
Hier gaat het over de perceptie van onze cliënten (patiënt, familie, verwijzer, maatschappij): hoe ervaren zij de verstrekte diensten (zorg) en producten? Deze evaluatie gebeurt aan de hand van opinie- of perceptiemetingen, maar ook de dagelijkse contacten en eventuele klachten kunnen hier relevante informatie opleveren.

3.2.4. De evaluatie door de medewerkers

Hier gaat het over de perceptie van onze eigen medewerkers: hoe ervaren zij hun werk en werkomgeving? Deze evaluatie gebeurt aan de hand van een opiniemeting (medewerkerstevredenheidsonderzoek: BING-enquête).

3.3. Indicatoren

Bij de zelfevaluatie is het essentieel, dat wat geëvalueerd (gemeten) wordt, verband houdt met de doelstellingen, die vanuit beleid en strategie werden geformuleerd. Of met andere woorden: er moet een verbinding bestaan tussen de indicator en het beleid. Deze verbindingslijn kan als volgt worden voorgesteld.



Een kritieke succesfactor is een kwalitatief begrip, dat beschrijft van welke elementen succes in onze onderneming afhangt, op welke domeinen wij moeten of willen excelleren en waar wij kunnen aan toetsen of wij in ons opzet zijn geslaagd.

Een indicator is een meetbare variabele, die ons een meer concrete aanwijzing geeft over de mate waarin wij er in geslaagd zijn om onze kritieke succesfactoren, verbonden aan de vooropgestelde doelstellingen, te realiseren.

Om de prestaties van ons ziekenhuis op bovenstaande domeinen in kaart te brengen, werd enerzijds een keuze gemaakt uit de kernset van indicatoren, die door de administratie van de Vlaamse overheid aan de psychiatrische ziekenhuizen ter beschikking werd gesteld. Anderzijds zal het ziekenhuis ook verder metingen uitvoeren met indicatoren, die niet in deze indicatorenset zijn opgenomen.

Hiernavolgend is de lijst opgenomen van indicatoren, door prioritering geselecteerd uit de kernset van indicatoren, ons door de Vlaamse overheid ter beschikking gesteld. Bij elke indicator is aangegeven

- de naam van de indicator;
- de interne verantwoordelijke in ons ziekenhuis;
- en de frequentie van opvolging.

	NAAM	VERANTWOORDELIJKE	FREQUENTIE
KLINISCHE PERFORMANTIE			
1	Aanvaarding bij aanmelding	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
2	Verblijfsduur van de patiënt	Directeur patiëntenzorg	jaarlijks
3	Door visie onderbouwde behandelprogramma's	Stafmedewerker patiëntenzorg	3-jaarlijks
4	Schriftelijke zorgcommunicatie	Applicatieverantwoordelijke Obasi	jaarlijks
5	Aanwezigheid op therapie	Kwaliteitscoördinator	3-jaarlijks

6	Geneesmiddelendistributie	Directeur patiëntenzorg	3-jaarlijks
7	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Directeur patiëntenzorg	jaarlijks
8	Klachtenbemiddeling (frequentie – resultaat)	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
9	Tentamina suicide	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
10	Wijze van ontslag	Directeur patiëntenzorg	jaarlijks
11	Geplande nazorg	Directeur patiëntenzorg	jaarlijks
12	Ontslagvoorbereiding	Ontslagmanager	jaarlijks
13	Effectieve nazorg	Directeur patiëntenzorg	jaarlijks
14	Zorgcommunicatie bij ontslag (ontslagbrief)	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
OPERATIONELE PERFORMANTIE			
15	Wachttijd bij aanmelding (<i>dringend/niet dringend</i>)	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
16	Wachttijd bij opname (<i>dringend/niet dringend</i>)	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
17	Informatieverstrekking naar externe partners	Stafmedewerker patiëntenzorg	3-jaarlijks
18	Vormings-, trainings- en opleidingstijd	Stafmedewerker administratie-logistiek	jaarlijks
19	Kwalificatiegraad van medewerkers	Stafmedewerker administratie-logistiek	jaarlijks
20	Werktijdbesteding	Kwaliteitscoördinator	2-jaarlijks
21	Maaltijdproductie (HACCP)	Chef-kok	2-jaarlijks
22	Maaltijddistributie	Chef-kok	2-jaarlijks
23	Kwaliteit huishoudelijk onderhoud	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks
24	Factuur van de patiënt (<i>nader te bepalen</i>)	Stafmedewerker administratie-logistiek	jaarlijks
PERCEPTIE GEBRUIKER			
25	Patiënttevredenheid	Kwaliteitscoördinator	jaarlijks ⁷
26	Perceptie familie patiënt	Kwaliteitscoördinator	3-jaarlijks
27	Perceptie gebruikers OBASI-applicaties	Applicatieverantwoordelijke Obasi	3-jaarlijks

⁷ Perceptie patiënt: jaarlijkse een meting, sequentieel: onthaal, ontslag, transfer, verblijf (cyclus van 4 jaar).

PERCEPTIE MEDEWERKER			
28	Medewerkerstevredenheid	Algemeen directeur	3-jaarlijks

3.4. Resultaten

Alle resultaten zijn te consulteren enerzijds via het ACCESS-programma 'Dashboard', anderzijds via de verschillende rapportages.