

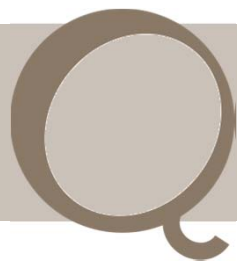
Ziekenhuisaccreditatie

ORPADT

Ann Van de Velde

18 april 2013





Inleiding

De Standaard

Goede cijfers, slechte ziekenhuizen

woensdag 23 mei 2012



Op 19 mei verscheen De Standaard en sprak met een patiënt nu: 'Eindelijk zal ik weten of een ziekenhuis te kiezen'

© Photo News

Patiënten die dit denken, zullen slechte ziekenhuizen. Een ziekenhuis met goede en misschien ook minder goede

Mochten ze bestaan, die goede en slechte auditverslagen van de Zorginspectie mogelijk pijnpunten proberen te identificeren gebeurt in dialoog met de zorgverstrekkers. Het verslag laten opnemen om ze zo goed mogelijk niets kan verbeterd worden, staan voor de hand liggend worden niet opgenomen door de

Test-Aankoop

Dit gebrek aan volledigheid blijkt uit de rapporten antibioticabeleid, twee belangrijke gebieden vermeld. Men focust op de centrale ziekenhuisinfecties (maar wel een

De reputatie van ziekenhuizen

28/3/2012

Vooralsnog zijn er geen objectieve publieke (toekomstige) patiënten toegang toe het raden is voor een bepaalde ingreep? De patiënten zijn aanbevelingen op zijn eigen mening van kwaliteit van ziekenhuizen is onaanvaardbaar om de kwaliteit van ziekenhuizen op eerdere te maken. In afwachting daarvan heeft de patiënt weerspiegelt. Ze stelde een aantal huisartsen verstrekt volgens u de beste medische aanbeveling die binnen een bepaald vakgebied universitaire ziekenhuizen vaak aanbevelen door te gaan over de knowhow en specifieke behandelen. De resultaten van het onderzoek 2012.

Enquête omtrent 13 vakgebieden

Het hoofddoel van de enquête was de reputatie die ze genieten bij artsen. Dat steekproef van huisartsen en specialisten beste zorg verstrekt aan een patiënt. Een van deze 13 vakgebieden valt: card (uitgezonderd zwangerschappen en bevalling) neurologie, oncologie, oogheelkunde, of werden zorgvuldig statistisch verwerkt. Ze bepaalde criteria en werden vervolgens

Een hulpmiddel om het gesprek aan te gaan

De mening van zorgverstrekkers vragen van een ziekenhuis met zijn arts bespreken ten dele objectief zijn. Hierbij speelt de

Gezondheidszorg

(Para)medici | Diagnose & behandeling | Geneesmiddelen & materialen | Het gezondheidsbeleid | Symptomen & ziektes | Ziekenhuizen

Transparante gezondheidszorg: een operatie met complicaties

29/5/2012

De Standaard publiceerde vorige week een reeks over de kwaliteit van Vlaamse ziekenhuizen. In navolging van Test-Aankoop paste ze de wetgeving op de openbaarheid van bestuur toe in de zorgsector. Op deze manier komt het thema opnieuw op de politieke agenda.



Wij stelden het gebrek aan transparantie in de gezondheidszorg al eerder aan de kaak. Wij vinden dat de overheid en ziekenhuizen open moeten communiceren over hoe goed de zorg in onze ziekenhuizen is. Omdat ze dat niet doen, vragen we zelf gegevens over de ziekenhuizen op om druk op de ketel zetten. Dit leidde alvast in Vlaanderen tot mooie resultaten.

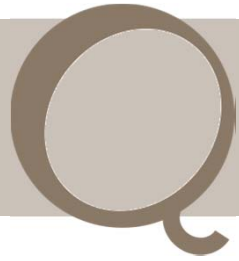
Het Vlaamse project: een stap in de goede richting

In Vlaanderen heeft men het eindelijk begrepen: meten is weten. Er wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen, in een samenwerkingsproject gedragen door de Vlaamse overheid en de sector. Ziekenhuizen zullen op vrijwillige basis de resultaten van de metingen op hun website publiceren. Voor ons is dit het verhoopte resultaat van onze acties. Er is echter één minpunt. Wij klopten aan bij Vlaams Minister Van Deurzen met het aanbod mee na te denken over wat gemeten moet worden en hoe dit te vertalen voor onze burgers. Wij verdedigen immers al jaren de belangen van de consument, ook op gebied van gezondheid. Informatie konden we krijgen, maar meedenken lijkt te veel gevraagd. Organisaties niet willen betrekken omdat ze kritisch zijn ingesteld, is verkeerd.

Het federale verzet tegen transparantie

De afgelopen jaren vroegen we bij de FOD Volksgezondheid een aantal gegevens op. Deze weigert niet alleen cijfers over de handhygiëne en de ziekenhuisbacterie vrij te geven, ook de rapporten van de ombudsdiensten mogen het daglicht niet zien. Na hun hardnekkige weigering het gevraagde over te maken, ondanks het voor ons positieve advies van de Commissie Openbaarheid van Bestuur, loopt er nu voor de ombudsdiensten een procedure voor de Raad van State.

Voor de cijfers over de ziekenhuisbacterie volgde de Raad van State het advies van de bevoegde Commissie. Deze stelt dat het belangrijk is dat de gegevens openbaar worden gemaakt, maar dat de kwaliteit van de gegevens op dit moment ongelijk is en er daar te veel risico's aan zijn verbonden. Ziekenhuizen hebben namelijk een bepaalde vrijheid in de keuze van de gegevens die ze aan de overheid moeten doorgeven. De Commissie vreest dat ziekenhuizen het vooral belangrijk zullen vinden hun goede naam en financiële belangen te beschermen, waardoor ze minder goed zullen meewerken aan het overheidssysteem (om ziekenhuisinfecties op te volgen).



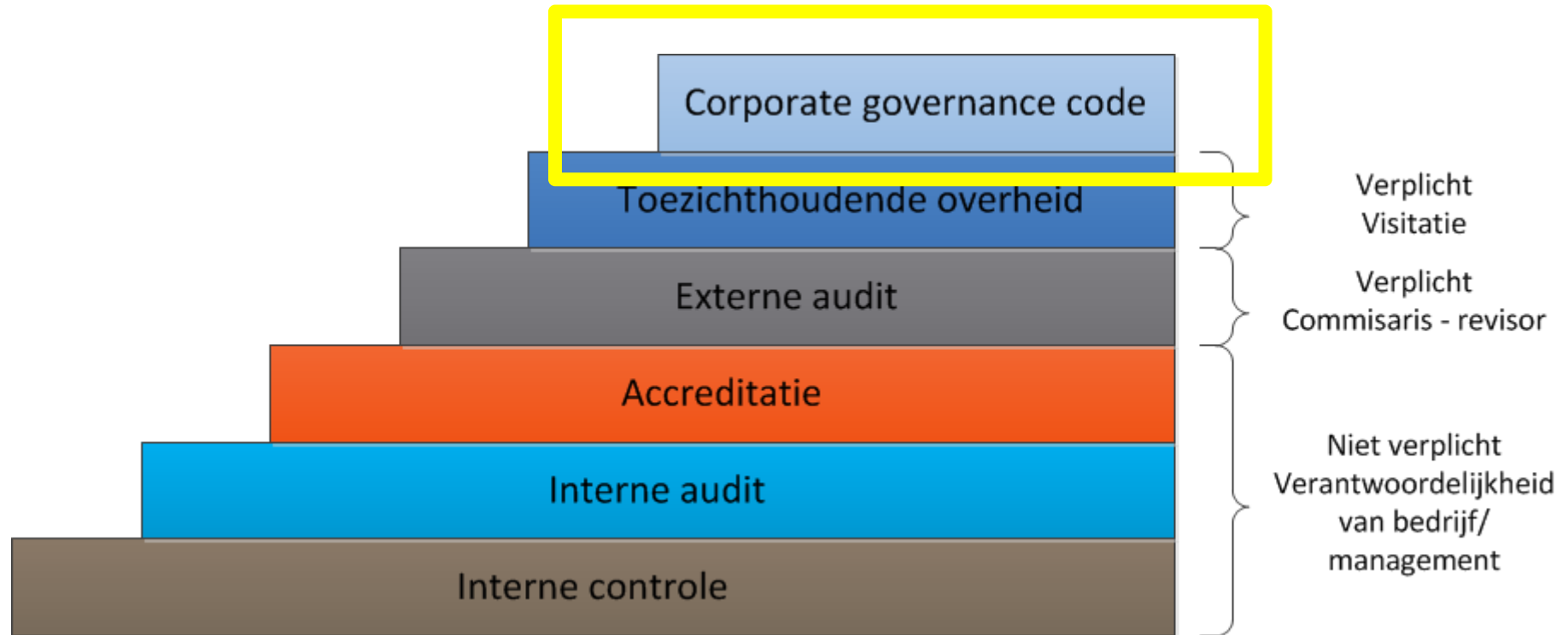
Inleiding

**Vraag naar (externe) verantwoording
groeit**

**→...alleen maar zeggen dat je je best
doet, volstaat niet meer...**



De controle trap



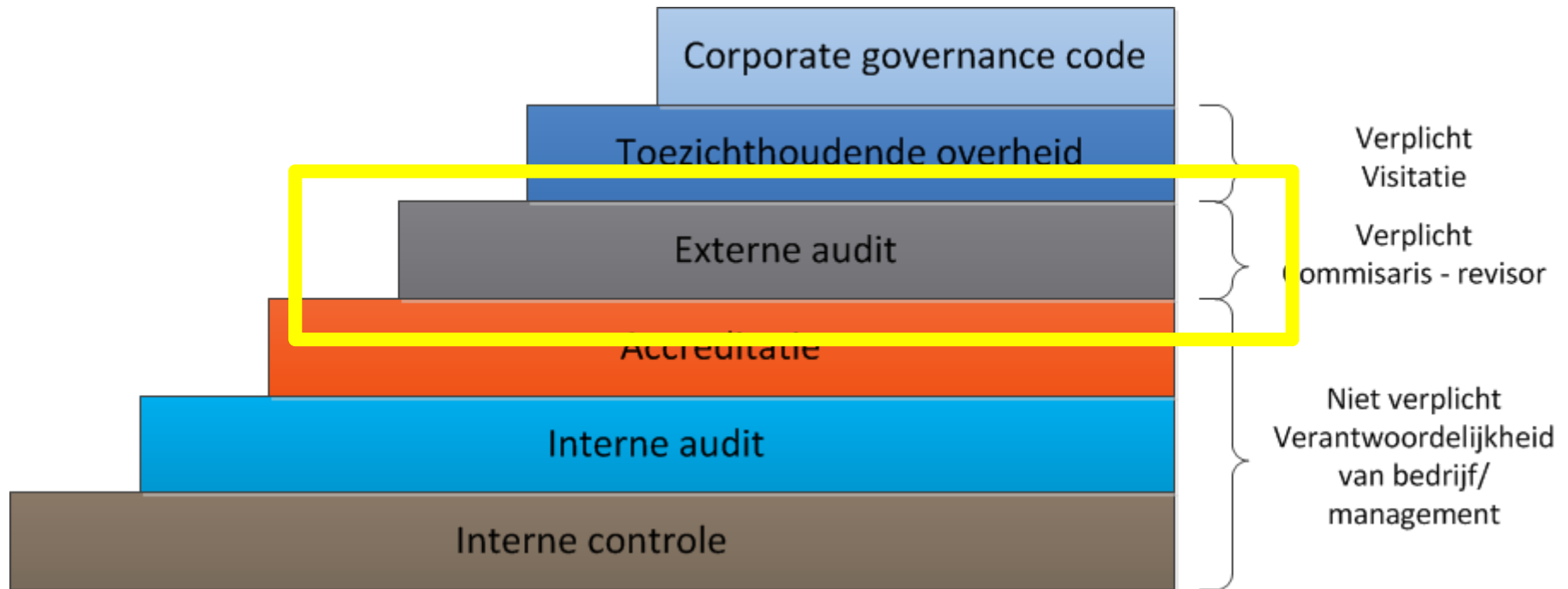


Hospital governance

- 'Hospital governance' verwijst in zijn essentie naar het geheel van controle- en evenwichtsmechanismen dat het besluitvormingsproces in ziekenhuizen vorm geeft (Eeckloo, 2008).
- Cfr. publicaties CZV (2006), ICURO (2012)
- Aanbevelingen:
 - transparantie en maatschappelijke verantwoording (aanbev. 5)
 - plaats voor Q&S, Audit en HR (aanbev. 10)



De controle trap

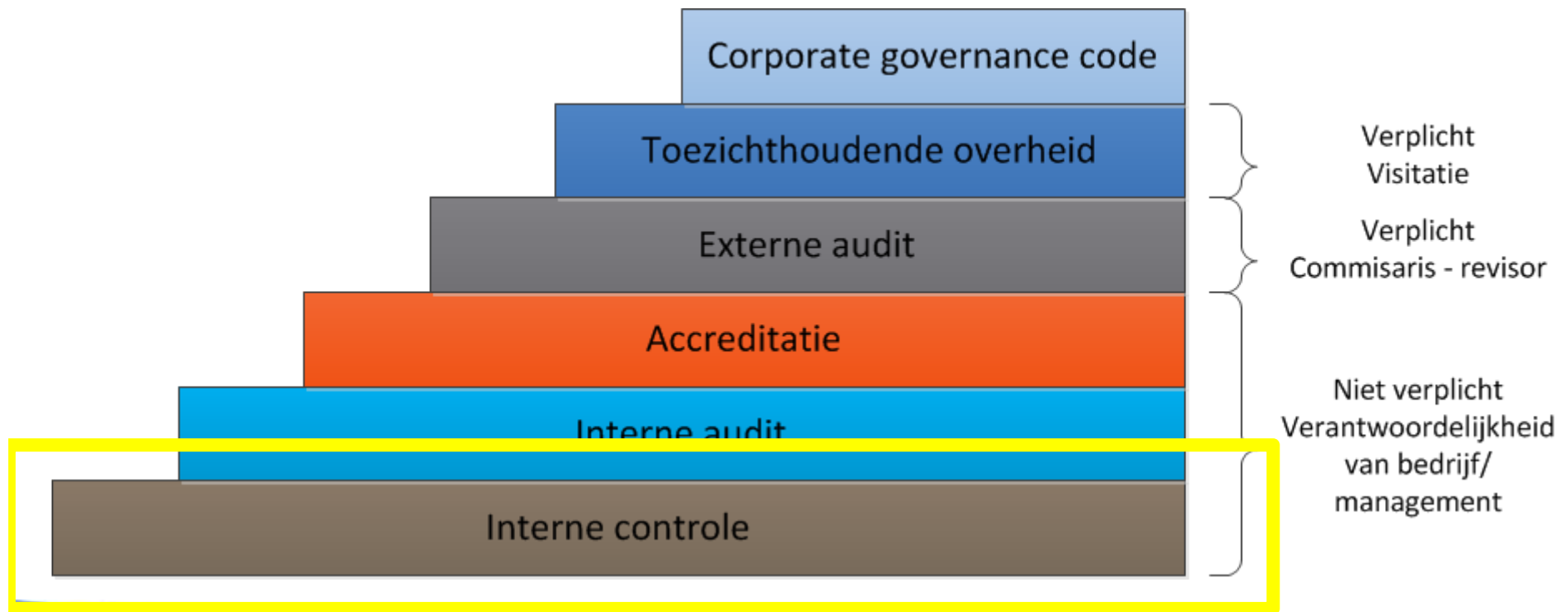


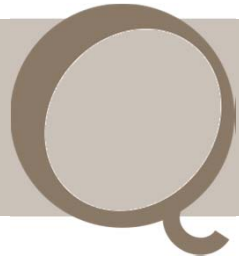


Externe audit

- De **boekhouding** en de **jaarrekening** van het ziekenhuis en de werking van de dienst die de centrale inning organiseert, wordt wettelijk gecontroleerd door de **bedrijfsrevisor** die door de beheerder wordt aangesteld (Art. 86-91, Wet op de ziekenhuizen).

De controle trap





Interne controle

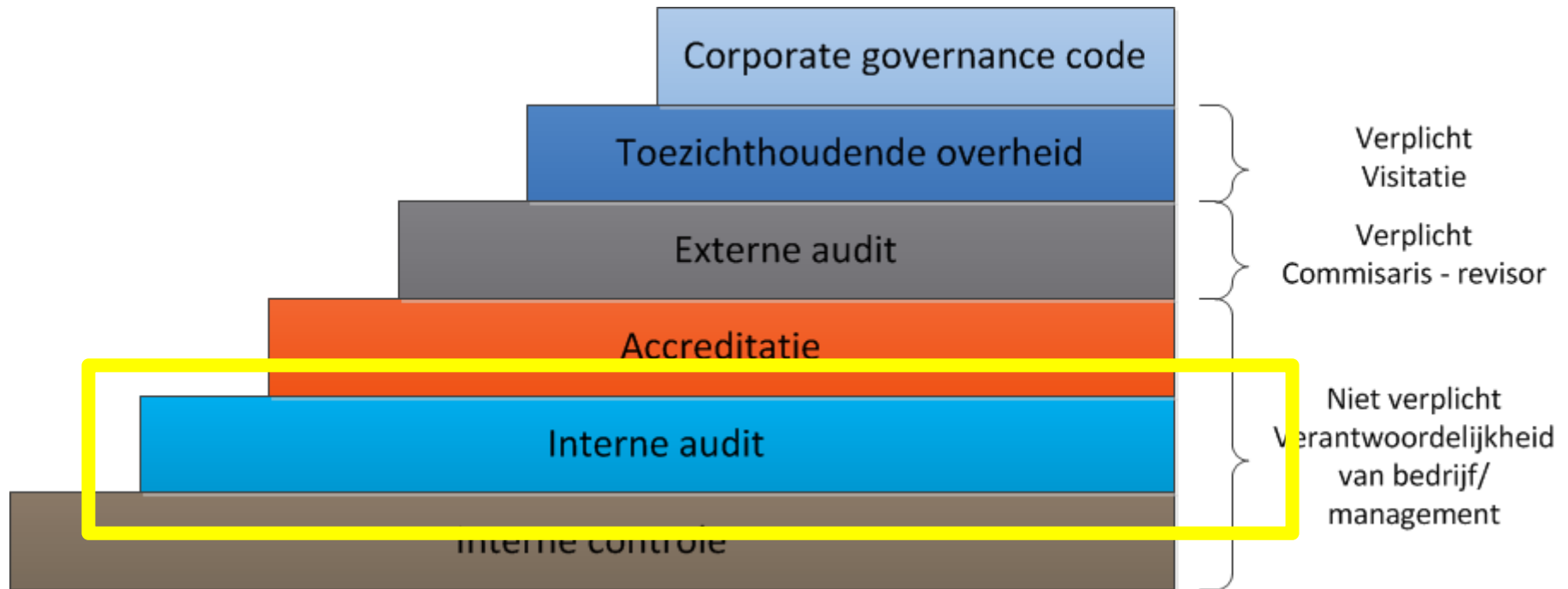
- Is het geheel van **maatregelen en procedures** die ontworpen zijn om een redelijke mate van zekerheid te verschaffen over:
 - het bereiken van doelstellingen
 - het naleven van wetgeving en procedures
 - de beschikbaarheid van betrouwbare financiële en beheersinformatie
 - het efficiënt en economisch gebruik van middelen
 - de bescherming van activa
 - het voorkomen van fraude



Delegeren van taken en bevoegdheden
+ verantwoordelijk blijven
→ nood om controle uit te oefenen



De controle trap





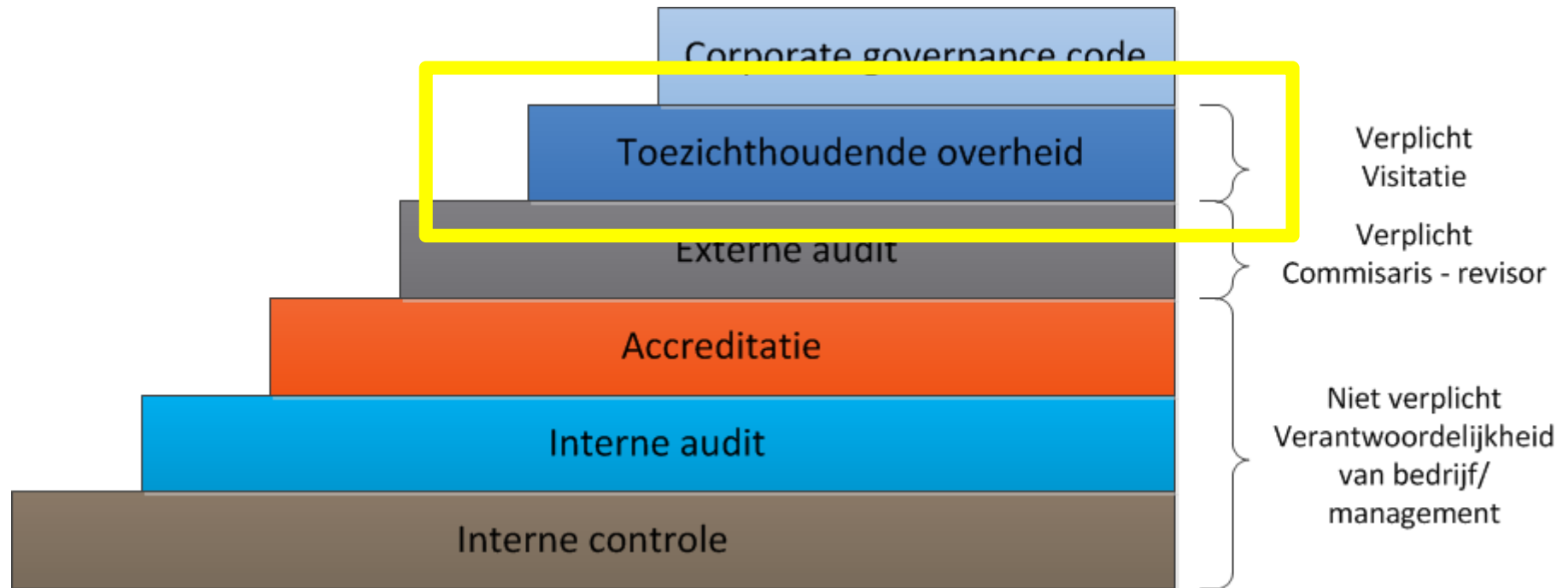
Interne audit

- 'Internal auditing is an **independent** , **objective** assurance and **consulting** activity designed to **add value** and **improve** an organization's operations. It helps an organization accomplish its **objectives** by bringing a **systematic, disciplines approach** to **evaluate and improve** the effectiveness of risk-management, control and governance processes.'

(Institute of Internal Auditors)



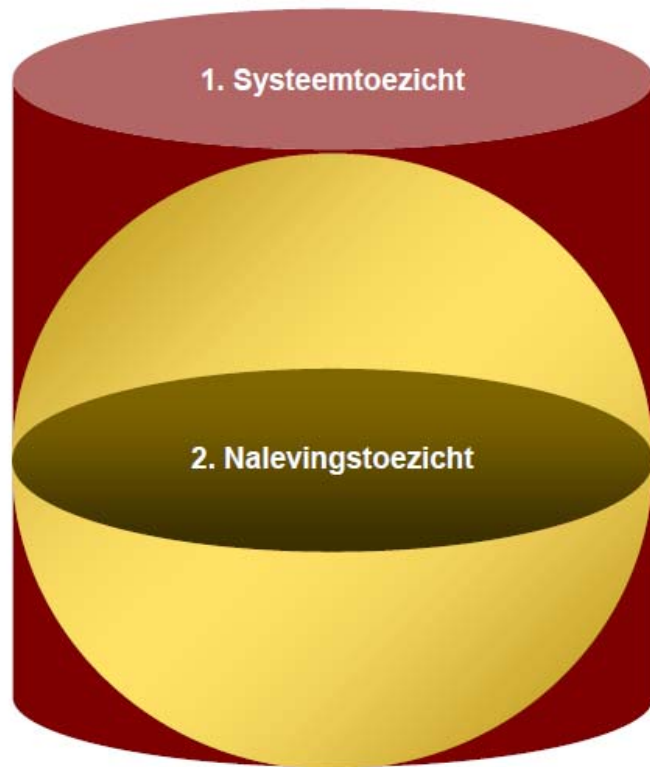
De controle trap



Nieuw toezichtsmodel

- Studiedag 6 december 2012: Het nieuwe toezichtsmodel voor de algemene ziekenhuizen
- Evolutie:
 - Inspectie gericht op erkenningsnormen
 - Kwaliteitsaudit (visitatie) → OLV: 2005 + 2011
 - Nieuw toezichtsmodel → vanaf 2013
- Nieuw toezichtsmodel:
 - Systeemtoezicht
 - Nalevingstoezicht

Nieuw toezichtsmodel



→ Kan het ziekenhuis kwaliteitswaarborgen bieden naar de toekomst?

→ Is het nu in orde? (=toetsen van de dagelijks geleverde kwaliteit van zorg)



Nieuw toezichtsmodel

1. Systeemtoezicht

- Nadruk op het doorlichten van het organisatiebrede systeem achter de geleverde zorg
 - is er een beleid/systeem?
 - hoe zorgt men voor implementatie?
 - opvolging implementatie?
 - opvolging resultaten?
- Vrijstelling kan verkregen worden indien men in een accreditatietraject zit
 - ISQua-geaccrediteerde organisatie
 - uiterlijk 31/12/2012: informeren of men al dan niet kiest voor accreditatie
 - uiterlijk 31/12/2017: informeren over het resultaat van de accreditatie-audit

Nieuw toezichtsmodel

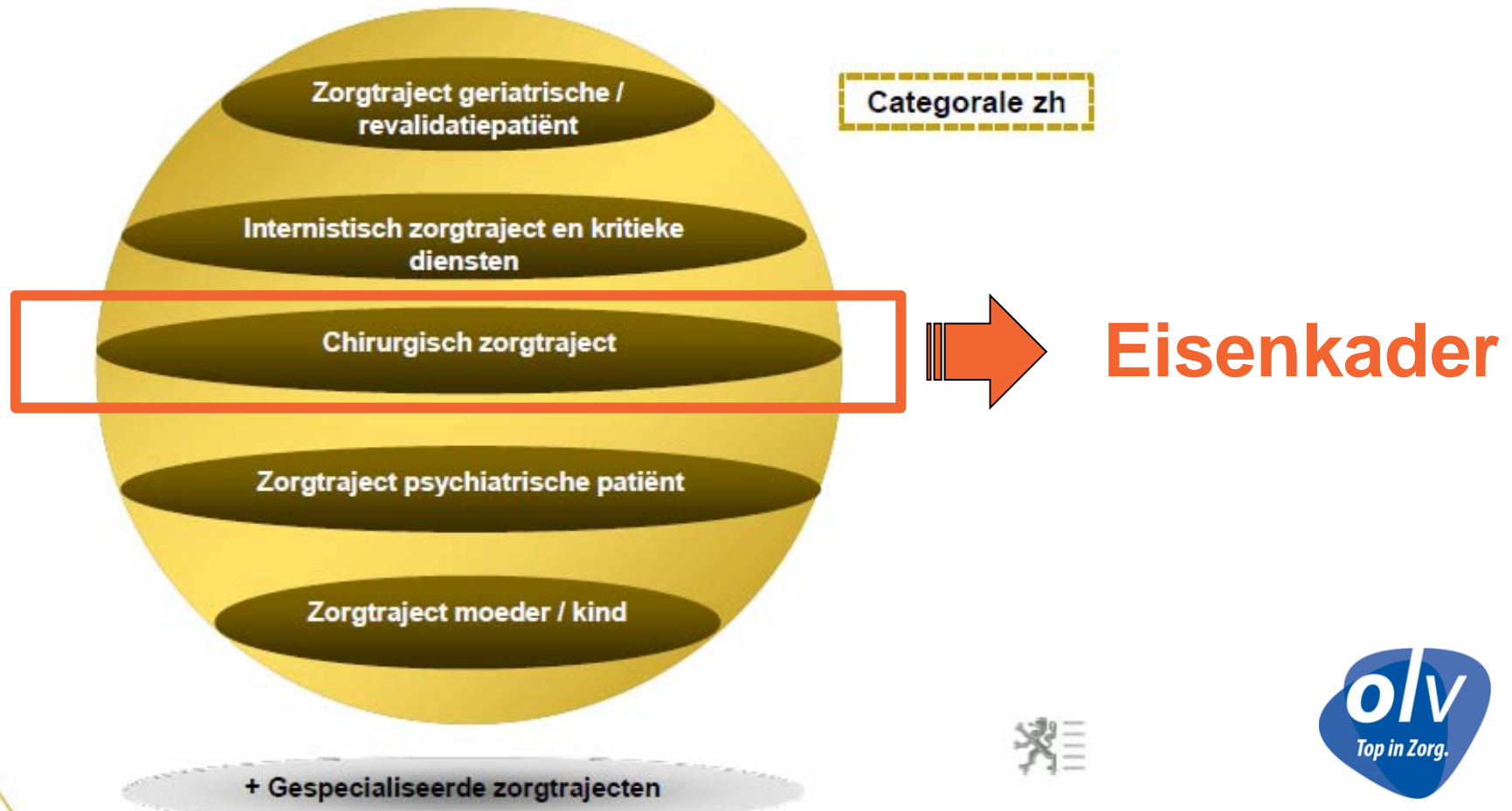
2. Nalevingstoezicht

- **Vanaf 1 maart 2013**
- Onaangekondigd – geen voorafgaande zelfevaluatie
 - Korte, gerichte inspectiebezoeken
 - Gestandaardiseerd en transparant
 - Gedifferentieerd (check 1 – check 2 – check 3)
- Op 3 niveaus:
 - Structuren (vb. personeel – infrastructuur)
 - Processen (vb. procedures)
 - Resultaten (vb. reële uitvoering)
- D.m.v. interviews, observaties, dossierchecks en patiëntenbevraging
- **Focus op zorgtrajecten** (1 zorgtraject/jaar)

Nieuw toezichtsmodel

Nalevingstoezicht

- Zorgtrajecten



Chirurgisch zorgtraject

Chirurgisch

Algemeen

zorg
inspectie

- 1 inspectiedag **per campus** met chirurgische activiteit
 - Grootte inspectieploeg varieert
 - Januari: onlinebevraging (5')
- Onaangekondigd
 - Coördinerend inspecteur
 - Steeds aankondigingsgesprek en afrondend gesprek
- Bij aankomst:
 - Lijst met noodzakelijke documenten en dossiers voor inspectie
 - Aantal zaken kan men voorbereiden



Chirurgisch zorgtraject

Chirurgisch

Waar wordt geïnspecteerd?

zorg inspectie

The diagram features a large yellow sphere representing the surgical care trajectory. Inside the sphere, on a dark horizontal plane, are five white circles representing inspection points: 'C', 'C dag', 'CSA', 'OK', and 'Recover'. The 'C' point is on the left, followed by 'C dag', 'CSA' in the center, and 'OK' and 'Recover' on the right. The sphere is set against a white background with a blue decorative element on the left and a grey shadow at the bottom.

Logo of the Dutch Health Inspectorate (Zorginspectie), featuring the text 'zorg inspectie' and a grid of yellow dots.

Logo of the Dutch Health Care Inspectorate (OLV), featuring the text 'olv' and 'Top in Zorg.' with a stylized figure.

Chirurgisch zorgtraject



Chirurgisch zorgtraject

Hoe anticiperen?

→ Eisenkader chirurgisch zorgtraject

- 4 onderdelen:

1. C-dienst en chirurgisch dagziekenhuis
2. Operatiekwartier
3. Centrale sterilisatie
4. Bloedtransfusie & ziekenhuisbloedbank

- Opbouw eisen:

- Eenzelfde eisenkader voor de chirurgische patiënt voor alle Vlaamse ziekenhuizen ongeacht accreditatie:

- Juridische erkenningsnormen
- Internationale guidelines
- Gevalideerde en haalbare standaarden

- Link met project kwaliteitsindicatoren (Vlaams QIP)

Voorbeeld eisenkader

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
<p><u>Norm: KB 23 oktober 1964. Algemene inrichting / Organisatorische normen 10</u> <i>Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen</i></p> <p><u>Norm: KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1997, moet voldoen.</u></p>				
<p><i>Het dossier van een gehospitaliseerde zieke bevat onder meer volgende documenten en gegevens:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>De uitslagen van de klinische, radiologische, biologische, functionele en histopathologische onderzoeken</i> <input type="checkbox"/> <i>De ingestelde behandeling</i> <input type="checkbox"/> <i>De evolutie van de aandoening</i> 				
	<p>Er is een dagelijkse zaalronde tijdens de week, al of niet aan het bed van de patiënt, waarbij alle patiënten besproken worden.</p>		<p>100%</p>	
	<p>In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.</p>		<p>100%</p>	
		<p>Van de zaalronde is er steeds een weergave door een geneesheer in het individuele dossier van de patiënt (bv. wijzigingen in behandeling, opstarten nieuwe items, aanvragen ondertekend door de arts / vermelding 'idem' bij geen wijzigingen ...).</p>	<p>100%</p>	
		<p>Indien de zaalronde gebeurt door</p>	<p>100%</p>	

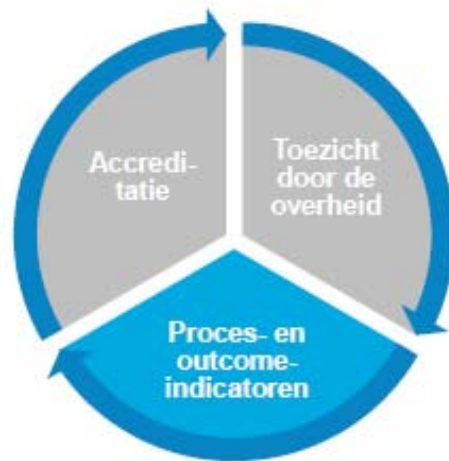
Voorbeeld eisenkader

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Patiëntidentificatie				
		<u>Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze</u>		Patient Identification. Geneva: World Health Organization, 2007.
		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> <input type="checkbox"/> <u>naam + voornaam, aangevuld met geboortedatum of</u> <input type="checkbox"/> <u>naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer</u> (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)	100%	Wright A, et al. Bar Coding for Patient Safety. New Eng J Med 2005.
		<u>Patiëntidentificatie wordt minstens angewend voor:</u> <input type="checkbox"/> <u>patiënt</u> <input type="checkbox"/> <u>dossier</u> <input type="checkbox"/> <u>voorschriften (onderzoek, behandeling, etc...)</u> <input type="checkbox"/> <u>medicatie</u> <input type="checkbox"/> <u>staalafname</u> <input type="checkbox"/> <u>onderzoek</u> <input type="checkbox"/> <u>behandeling</u>	100%	

Link Quality Indicator Project

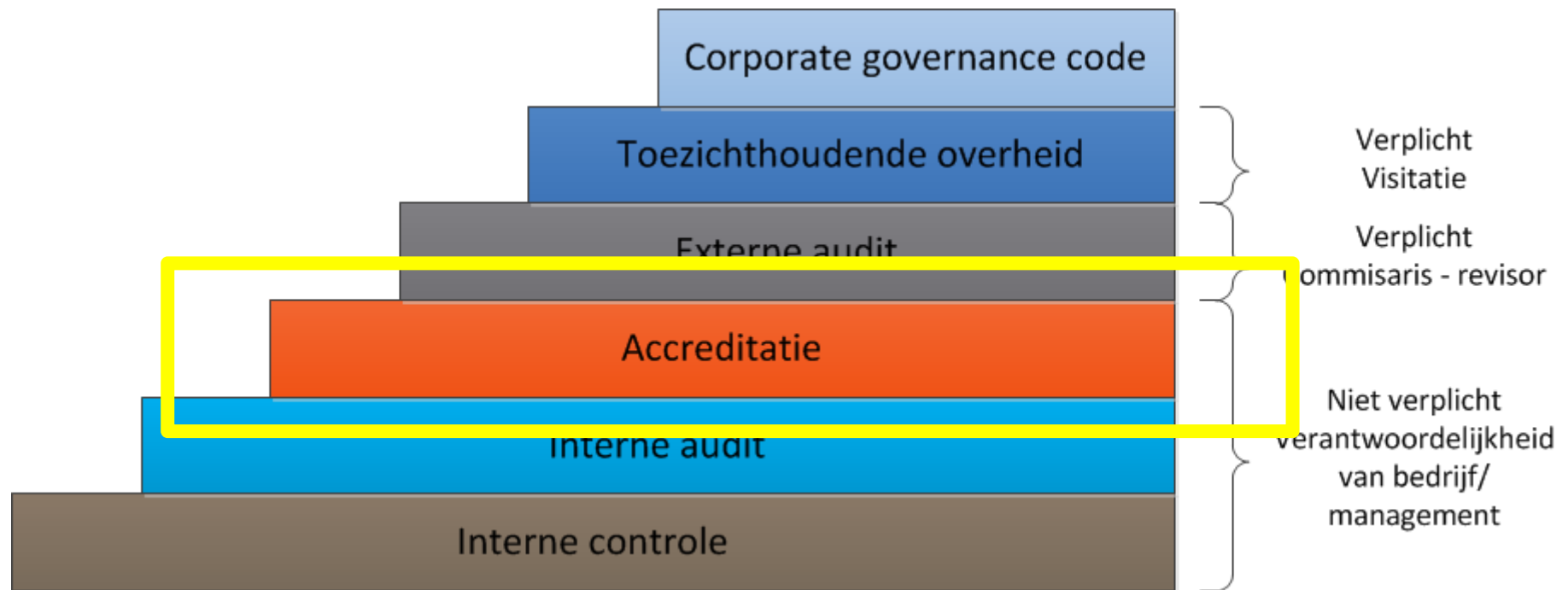
Eerste te valideren QI basisset 2012



- Indicatoren Moeder en Kind (5)
- Indicatoren Oncologie – borstkanker (13)
- Indicatoren Orthopedie (4)
- Indicatoren Cardiologie (4+)
- Ziekenhuisbrede indicatoren (7+)
 - Heropname
 - Medicatieveiligheid: een volledig voorschrift
 - Gebruik van de safe surgery checklist
 - Ziekenhuishygiëne: incidentie van MRSA-sepsis
 - Ziekenhuishygiëne: goede handhygiëne
 - Patiëntenidentificatie
 - Kwaliteit van de patiënteninformatie website van het ziekenhuis
 - Patiëntentevredenheid

+ publicatie (i.k.v. openbaarheid van bestuur)

De controle trap





Ziekenhuisaccreditatie

- **Wat** is accreditatie ?
- **Voordelen** van accreditatie ?
- **Hoe** behaalt het ziekenhuis een accreditatie?
- **Hoe** kunnen wij ons **voorbereiden**?





Wat is accreditatie

- Accreditatie is een proces waarbij een zorginstelling wordt beoordeeld door een **externe organisatie**, om te bepalen of deze voldoet aan een aantal eisen (**normen**) die gericht zijn op het verbeteren van de veiligheid en zorgkwaliteit
- Accreditatie is een zichtbare indicatie dat een instelling ernaar streeft om de **veiligheid en kwaliteit** van de patiëntenzorg te verbeteren, een veilige zorgomgeving te garanderen en doorlopend te blijven werken aan risicoverkleining voor patiënten en medewerkers





Wat is accreditatie

- Accrediatie gaat na
 - of het ziekenhuis een **stelsysteem** heeft om kwaliteit van zorg te evalueren, te verbeteren en te borgen
 - of er in het ziekenhuis een **cultuur** heerst die continu kwaliteit en patiëntveiligheid in de zorg opvolgt en verbetert
- Accrediatie gebeurt op basis van **vrijwilligheid**
- Accrediatie heeft wereldwijd bekendheid gekregen als een effectief **middel** om kwaliteit te evalueren en te beheersen





Wat is accreditatie

- **Wat is het verschil met visitatie?**
 - visitatie is een verplichte audit (controle) georganiseerd door de overheid
 - bij accreditatie neemt het ziekenhuis **zelf het initiatief** om zich te spiegelen aan kwaliteitsstandaarden
 - een **externe organisatie** komt het ziekenhuis doorlichten en toetst de reële zorgkwaliteit aan omschreven hoogstaande (internationale) normen en standaarden





Voordelen van accreditatie

- **Intrinsieke factoren**
 - veilige, efficiënte zorg- en werkomgeving
 - vertrouwen van de patiënt in de organisatie
 - zorgkwaliteit zichtbaar maken
 - leiding gericht op kwaliteit, samenwerking en stellen van prioriteiten
 - aantrekkingspool voor patiënten en zorgverleners
 - voorbereiding op toekomstige regelgeving
 - kapstok voor verdere kwaliteitsverbetering
 - voorbereiden op toekomstige ontwikkelingen in de zorg





Waarom accrediteren

- **Extrinsieke factoren – inspelen op:**
 - op maatschappelijke verwachtingen
 - op verwachtingen vanuit de EU
 - op verwachtingen Vlaams beleidsniveau
 - onderdeel 'goed bestuur'
 - ...



Accreditatie: wat? waarom? hoe?

- Hoe?

→ 2 grote spelers voor Vlaamse ziekenhuizen



- Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
- oprichting in 1998
- ISQua-certificatie voor organisatie + standaarden + training
- standaarden: voortbouwend op EFQM-model



- The Joint Commission International
- oprichting in 1994
- ISQua-certificatie voor organisatie + standaarden + training
- standaarden: afkomstig van Joint Commission





Hoe accreditatie behalen

- Externe evaluatie door de Joint Commission International (JCI)
 - de opdracht van JCI is het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg binnen de internationale gemeenschap
 - JCI biedt verschillende programma's aan, die erop gericht zijn zorginstellingen te stimuleren om continue, duurzame verbetering te realiseren aan de hand van internationale consensus **normen**, de International **Patient Safety Goals** en **metingen**





Hoe accreditatie behalen

- **Normen**

Patient	Organisatie
Patiëntveiligheid (Patient Safety Goals)	Kwaliteitsverbetering en pt.veiligheid
Toegang tot zorg en zorgcontinuïteit	Preventie en beheersing infecties
Rechten patiënt en familie	Bestuur, leiding en directie
Evaluatie van patiënten	Faciliteitenbeheer en veiligheid
Zorg voor patiënten	Kwalificaties/educatie medewerkers
Anesthesie en chirurgische zorg	Communicatie en informatiebeheer
Beheer en gebruik medicatie	
Voorlichting patiënt en familie	

JCI Standards



Intentie van COP.3

Zorginstellingen leveren zorg aan allerlei soorten patiënten met de meest uiteenlopende zorgbehoeften. Sommige patiënten worden als risicopatiënt beschouwd op basis van hun leeftijd of toestand of de kritieke aard van hun behoeften. Doorgaans worden kinderen en ouderen ook bij deze groep ingedeeld, aangezien ze vaak niet uitdrukkingsvaardig zijn, geen inzicht hebben in het zorgproces en niet betrokken kunnen worden bij de besluitvorming over hun zorg. Hetzelfde geldt voor de angstige, verwarde of comateuze spoedpatiënt, bij wie het inzicht ontbreekt in het zorgproces, juist op het moment dat zorg snel en efficiënt moet worden geleverd.

Daarnaast leveren zorginstellingen allerlei diensten, waarvan sommige als riskant worden beschouwd: omdat er complexe apparatuur nodig is voor de behandeling van een levensbedreigende aandoening (dialysepatiënten), vanwege de aard van de aandoening (toediening van bloed en bloedproducten), omdat de patiënt mogelijk letsel kan oplopen (door onrustbanden) of vanwege toxische effecten veroorzaakt door bepaalde risicomedicatie (bijvoorbeeld chemotherapie).

Beleidsmaatregelen en procedures zijn belangrijke hulpmiddelen voor medewerkers om inzicht in deze patiënten en diensten te verkrijgen en op een grondige, competente en uniforme wijze te kunnen reageren. De leidinggevenden zijn verantwoordelijk voor

- het bepalen welke patiënten binnen de instelling als risicopatiënt moeten worden aangemerkt, en welke diensten als riskante dienst;
- het gezamenlijk ontwikkelen van relevante beleidsmaatregelen en procedures; en
- het opleiden van medewerkers in de implementatie van de beleidsmaatregelen en procedures.

De patiënten en diensten die zijn gespecificeerd bij COP.3.1 t/m COP 3.9, indien deze in de instelling aanwezig zijn, worden bij het proces betrokken. Andere patiënten en diensten worden er eveneens bij betrokken als zij deel uitmaken van de patiëntenpopulatie en diensten binnen de instelling.

Ook hebben instellingen soms behoefte aan een inventarisatie van de bijkomende risico's van bepaalde procedures of zorgplannen (bijvoorbeeld de noodzaak om diepveuze trombose, doorligplekken en vallen te voorkomen). Dergelijke risico's, indien daar sprake van is, kunnen worden voorkomen door voorlichting aan medewerkers en door het ontwikkelen van de juiste beleidsmaatregelen en procedures. (Zie ook PFR.1.5, ME 1 en 2)

Meetbare elementen van COP.3

- 1 De leidinggevenden van de instelling hebben bepaald welke patiënten risicopatiënten zijn en welke diensten risicodiensten.
- 2 De leidinggevenden ontwikkelen relevante beleidsmaatregelen en procedures.
- 3 Medewerkers zijn opgeleid om de relevante beleidsmaatregelen en procedures op de zorg te kunnen toepassen.

Norm COP.3.6

De zorg voor dialysepatiënten is onderworpen aan beleidsmaatregelen en procedures.

Intentie van COP.3.1 t/m COP.3.9

Beleidsmaatregelen en procedures moeten worden afgestemd op de specifieke risicopopulatie of risicodienst om het betreffende risico op correcte en effectieve wijze te kunnen beperken. Het is vooral belangrijk dat in de beleidsmaatregel of procedure is aangegeven

- a) hoe de planning plaatsvindt, met inbegrip van het inventariseren van verschillen tussen volwassen en pediatrie populaties, of andere bijzondere factoren;
- b) welke documentatie het zorgteam nodig heeft om effectief te kunnen werken en communiceren;
- c) of bijzondere factoren met betrekking tot toestemming een rol spelen, indien van toepassing;
- d) welke eisen gelden voor de bewaking van patiënten;
- e) welke bijzondere kwalificaties of vaardigheden de medewerkers binnen het zorgproces bezitten; en
- f) welke gespecialiseerde apparatuur beschikbaar is en gebruikt wordt.

Klinische richtlijnen en klinische routes zijn vaak nuttig bij het ontwikkelen van de beleidsmaatregelen en procedures en kunnen daarin worden opgenomen. (Zie ook PFR 1.4, ME 2; PFR.1.5, ME 1 en 2; en AOP.1.7)

NB: Voor norm COP.3.1 t/m COP.3.9 moet in de vereiste beleidsmaatregelen en procedures rekening zijn gehouden met elementen a) t/m f) van de intentieverklaring.

Meetbare elementen van COP.3.6

1 De zorg voor dialysepatiënten is onderworpen aan relevante beleidsmaatregelen en procedures.

2 Dialysepatiënten ontvangen zorg conform de beleidsmaatregelen en procedures.





Hoe accreditatie behalen

- **Hoe verloopt zo'n accreditatie (survey JCI):**
 - team van specialisten (arts, verpleegkundig, administratie, ...) komen naar het ziekenhuis
 - meerdere dagen (4 à 5 dagen)
 - volgen van het 'traject van de patiënt'
 - opname van de patiënt
 - verblijf van de patiënt
 - onderzoek/behandeling van de patiënt
 - ontslag van de patiënt
 - methode:
 - interviews patiënt, familie, medewerkers
 - dossieranalyses
 - scoresysteem: volledig voldoen, gedeeltelijk voldoen, niet voldoen

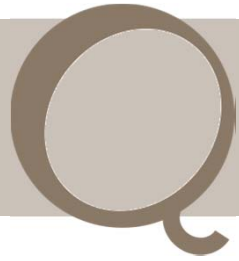




Hoe voorbereiden

- Lange afstand af te leggen...
...goede voorbereiding is belangrijk!!
- Projectstructuur
- Zelfevaluatie
- GAP-analyse
- Verbeterinitiatieven
- Intern auditsysteem



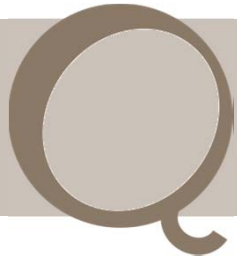


Hoe voorbereiden

- **Intern auditsysteem**
 - op basis van 'traject van de patiënt'
 - aftoetsen van de standaarden
 - leermoment: waar staan we?

'opendeur'





Tot slot

commitment alle artsen en medewerkers



Cultuur kwaliteit & patiëntveiligheid



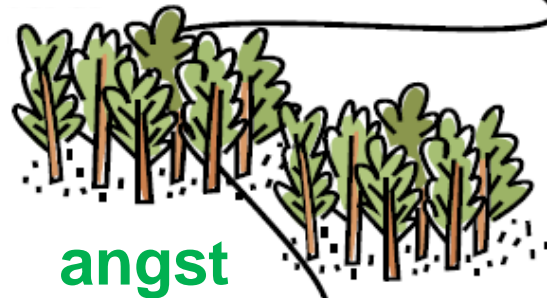
interne audit

GAP-analyse

pro-actief

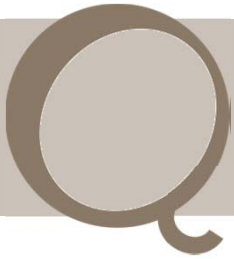


reactief



angst





Tot slot

commitment alle artsen en medewerkers

interne audit

GAP-analyse

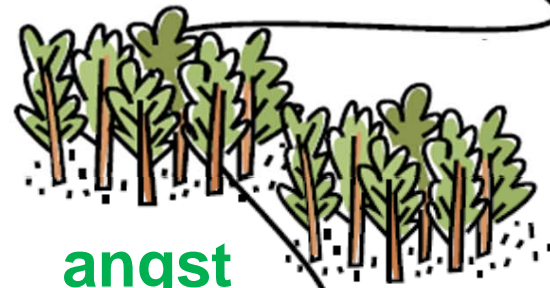
COMMUNICATIE



pro-actief



reactief



angst





Deelaccreditatie: CCPC - JCI

(Clinical Care Program Certification)

- CCP: Clinical Care Programs
- Certification in 15 areas
 - Heart Failure
 - Acute Myocardial Infarction
 - Primary Stroke
 - Chronic Kidney Disease
(Stages I to IV)
 - Palliative Care *(all types)*
 - HIV/AIDS Management
 - Pain Management
 - Joint Replacement *(all types)*
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
 - Diabetes Mellitus *(Types 1 and 2)*
 - End-Stage Renal Disease
 - Traumatic Brain Injury
 - Cancer *(all types)*
 - Asthma
 - Transplantation *(all types)*



Deelaccreditatie: CCPC - JCI

(Clinical Care Program Certification)

Group A	Group B	Group C
<p>Programs that are primarily outpatient in nature and rely on the host organization for little or no direct patient support.</p>	<p>Programs that are primarily outpatient in nature, but do rely on the host organization for direct patient support such as for blood banking, laboratory analysis and diagnostic imaging (but not for invasive procedures and surgical procedures).</p>	<p>Programs that are primarily in-patient in nature and include invasive and surgical procedures.</p> <p>Evaluation of host organization: These programs can only be surveyed if the host organization/hospital is currently accredited by JCI.</p>
<p>Example: A home care based palliative care program.</p>	<p>Example: A hospital based outpatient Diabetes Mellitus management program.</p>	<p>Example: An organ transplant, joint replacement, Acute Myocardial Infarction, primary stroke, traumatic brain injury, chronic kidney disease programs.</p>

Deelaccreditatie: CCPC - JCI

(Clinical Care Program Certification)

- Inhoud:
 - IPSTG
 - Program Leadership and Management (PLM)
 - Delivering or Facilitating Clinical Care (DFC)
 - Supporting Self-Management (SSM)
 - Clinical Information Management (CIM)
 - Performance
 - Measurement and Improvement (PMI)

