



H. HARTZIEKENHUIS
MOL

Beleidsplan Kwaliteit en veiligheid **2018**



H. HARTZIEKENHUIS
MOL

Inhoud

Beleidsplan Kwaliteit en veiligheid 2018 – 2021...1

1.....	Huidige stand van zaken...3
2.....	Methodologie en analyse...3
3.....	Planning 2018...4

1. Huidige stand van zaken

Als we momenteel een blik werpen op de huidige status van onze instelling zijn er een aantal opvallende zaken. Eerst en vooral is de zorg en de aandacht voor de patiënt en de kwaliteit hoger dan gemiddeld, de 'drive' achter het accreditatieproject is hier niet vreemd aan. Het ziekenhuis heeft zijn accreditatielabel eind 2017 dan ook met 97% behaald. De financiële jaarrekening vertoont een negatieve balans de middelen voor 2018 zijn beperkt.

Er zijn twee grote uitdagingen te volbrengen, de kwaliteit en veiligheid borgen en tegelijkertijd de financiële balans herstellen.

2. Methodologie en analyse

Tijdens de stuurgroep kwaliteit zal er d.m.v. onderstaande methodologie een plan voor 2018 en de volgende jaren opgemaakt worden. Er zal door deze werkgroep continue opvolging noodzakelijk zijn.

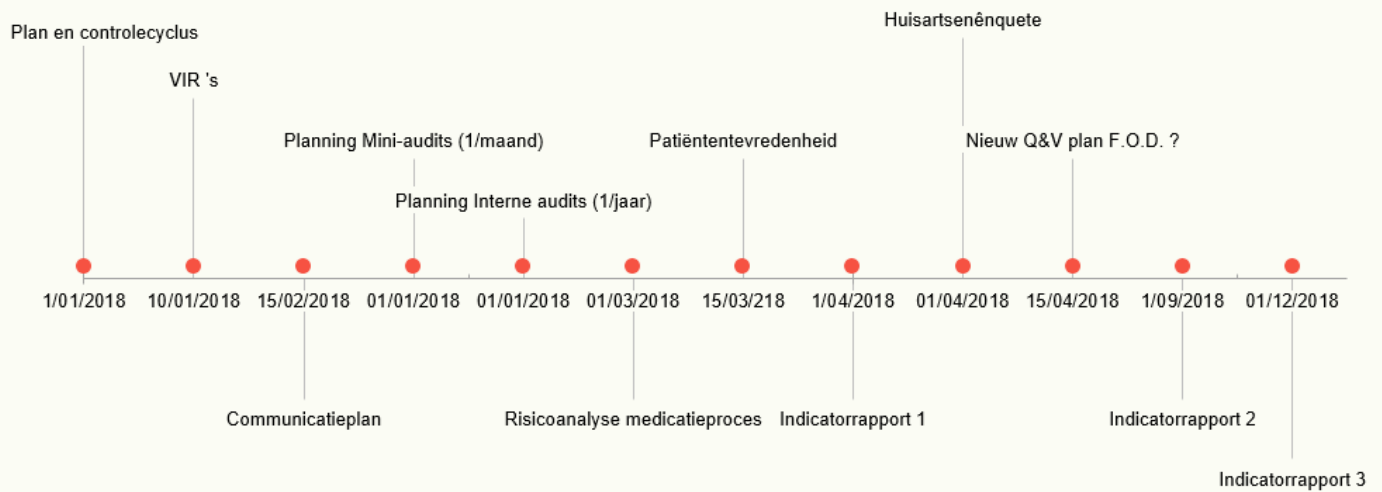
- Rekening houden met de financiële middelen 2018.
- Directie heeft een beleidsplan klaar de raakvlakken met kwaliteit en veiligheid worden bekeken, hier zal rekening mee gehouden worden tijdens de opmaak van het beleidsplan kwaliteit en veiligheid.
- De resultaten van het accreditatietraject door het NIAZ
- Onze taak bestaat er vooral in een aantal acties en initiatieven te bekijken en de artsen te helpen deze ideeën tot realiteit te brengen. Tijdens een gespreksronde met de afdelingen.
- Deze oefening is geen eindpunt, maar het opzetten van een continu proces waarin iedereen altijd oog moet hebben voor nieuwe evoluties en opportuniteiten m.b.t. kwaliteit en veiligheid.
- De verschillende projecten zijn duidelijk gedefinieerd en worden voortdurend op resultaten opgevolgd om tijdig te kunnen bijsturen.
- Tijdens het opmaken van het plan zal er rekening gehouden worden met de missie en visie van het ziekenhuis.
- Er zal eveneens een risicoanalyse gerealiseerd worden die de volgorde van de audits zal bewaken.
- Bekijken van de resultaten van indicatoren en incidenten
- Noden i.v.m. het volgende accreditatietraject tegen 2021
- Belangrijk om het kwaliteitsniveau nu behaald (cfr. NIAZ accreditatielabel) te borgen om de kwaliteit en veiligheid om termijn te handhaven.
- Reflectie naar de missie en visie



3. Planning 2018

Kwaliteit en veiligheid 2018

TIJDLIJN





1. Het optimaliseren van de plannings en controlecyclus

Een optimale plannings- en controlecyclus is noodzakelijk om het kwaliteitstelsysteem te borgen en het bestaande kwaliteitsniveau te handhaven.

- Beleidsplan directie en K&V communiceren, doelen opvolgen en bijsturen.
- Afspraken maken naar opvolging en bijsturing PDCA, plan van aanpak.

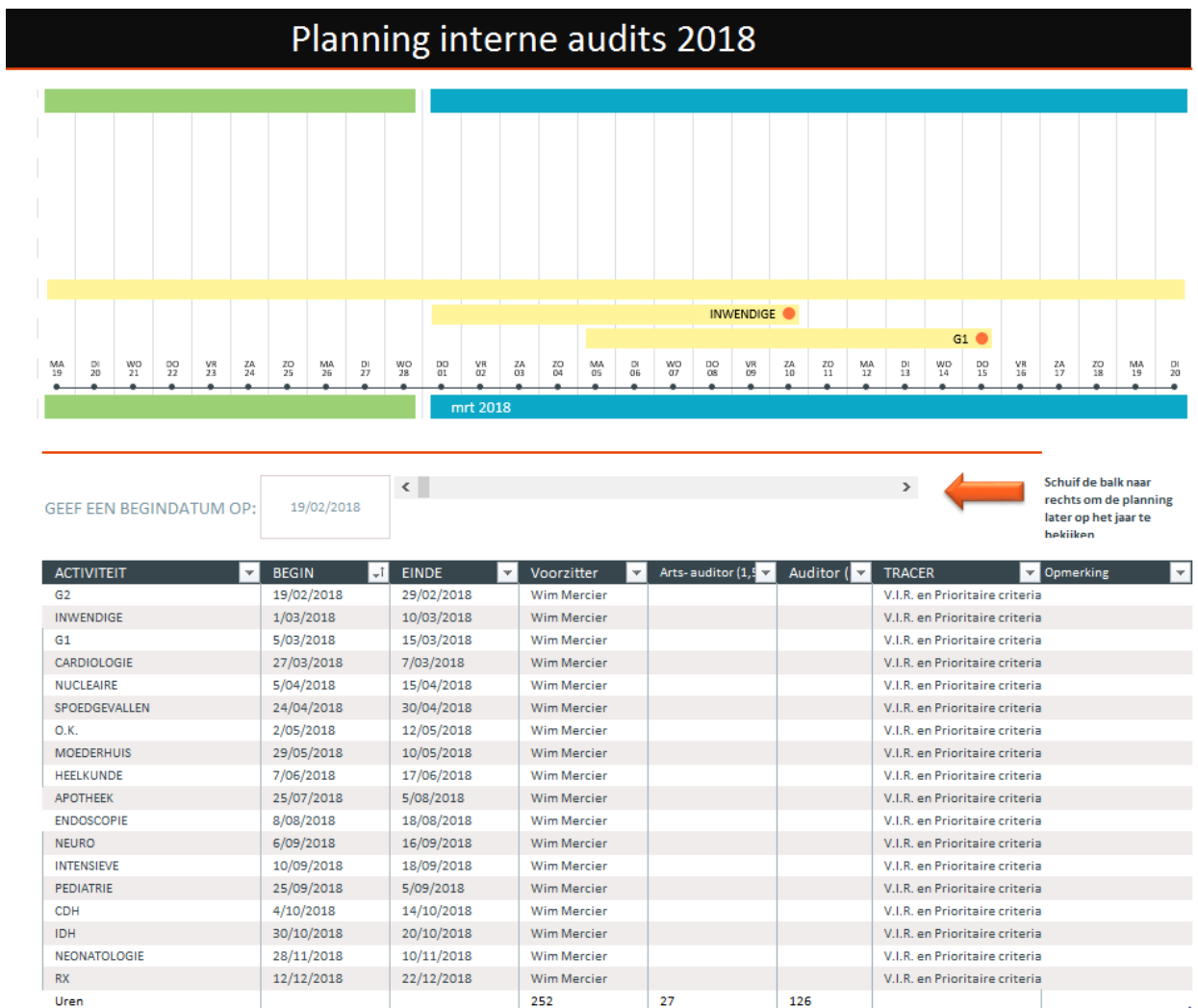
2. Het opstarten van de accreditatiestatus tegen 2021

- Organisatie blijven trainen op de VIR' in 2018
- Continueren van Miniaudits frequentie 1X per maand

PLANNING MINI-AUDIT 2018 tot en met 02/2019																			
AUDITEE (ik krijg een audit)	AUDITOR (wij organiseren de audit)																Datum	AUDITNR.	
	IK	LABO	RX/NUCL.	PED.	OK	N*	MAT	NEURO.	INW	IZA	HEELK	G2	G1	IDH	CDH	CARD			SPOED
CARDIOLOGE	1																	19 tot 23/03/2018	1
CDH	2	1																16 tot 20/04/2018	2
IDH	3	2	1															21 tot 25/05/2018	3
G1	4	3	2	1														18 tot 22/06/2018	4
G2	5	4	3	2	1													17 tot 21/09/2018	5
HEELKUNDE	6	5	4	3	2	1												22 tot 26/10/2018	6
INTENSEVE	7	6	5	4	3	2	1											19 tot 23/10/2018	7
INWENDIGE	8	7	6	5	4	3	2	1										10 tot 14/12/2018	8
NEUROLOGE	9	8	7	6	5	4	3	2	1									21 tot 25/01/2019	9
MATERNITEIT	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1								18 tot 22/02/2019	10
NEONATOLOGE		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1								
OPERATEKWARTIER			10	9	8	7	6	5	4	3	2	1							
PEDIATRE				10	9	8	7	6	5	4	3	2	1						
RADIOLOGE					10	9	8	7	6	5	4	3	2	1					
LABO						10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				
SPOEDGEVALLEN							10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
NUCLEAIRE								10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
CARDIOLOGE									10	9	8	7	6	5	4	3	2		
CDH										10	9	8	7	6	5	4	3		
IDH											10	9	8	7	6	5	4		
G1												10	9	8	7	6	5		
G2													10	9	8	7	6		
HEELKUNDE														10	9	8	7		
INTENSEVE															10	9	8		
INWENDIGE																10	9		
NEUROLOGE																	10		



- c. Uitvoeren van Interne audits frequentie 1X per jaar per afdeling.
Volgorde van afdelingen en tracers te bepalen aan de hand van een risicoanalyse.



- d. Communicatieplan en planning accreditatietraject tot en met 2021
e. Implementatie zodra beschikbaar NIAZ criteria 4.0

3. Risicoanalyse medicatieproces, risico's beperken tot implementatie nieuwe E.P.D.

- a. Uitvoeren risicoanalyse



- b. Verbeteracties implementeren om de risico's te beperken.
- 4. Optimaliseren van patiënttevredenheidstool**
 - a. Evalueren van huidige tool
 - b. Bevraging optimaliseren
- 5. Uitvoeren van een huisartsenenquête**
 - a. Tevredenheid van de huisartsen bevragen met het uitvoeren van een enquête
 - b. Verbeteracties uitvoeren aan de hand van de resultaten.
- 6. Implementatie nieuw kwaliteit en veiligheidsplan F.O.D.**
 - a. Er komt een nieuw plan communicatie en implementatie
- 7. Optimalisatie van het incidentmeldingsysteem**
 - a. Evaluatie
 - b. Proces incidenten aanpassen betreft pijnpunten.
- 8. Identificatiearmbandjes optimaliseren**
- 9. Family Centered Care project**