Expéditeur/Afzender:
Publiest Belgique/Paul Meyer
Chaussée de Haecht 547 Haachtsesteenweg
Bruxelles 1030 Brussel

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS·BE

Officieel tijdschrift van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen / Revue officielle de l'Association Belge des Hôpitaux

Bureau de dépôt/Afgiftekantoor: Wavre/Waver (Mont-Saint-Guibert) - Hospitals.be - N° d'agréation/Goedkeuringsnummer: P910197 - Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever: Francis de Crée, rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, 1060 Bruxelles/Brussel

KWALITEITSMETING EN TRANSPARANTIE
VERBETEREN ZORGKWALITEIT



LE DIAMANT POUR LE CHWAPI

3.23
TRIMESTRIEL
Octobre | Décembre 2023
DRIEMAANDELIJKS
Oktober | December 2023



Convergences: a caring hospital, include nature in the architecture to re-enchant the Hospital

CHU Angers · Convergences

in partnership with Sabh

assar inclusive architecture

brussels • antwerp • liège • paris • luxembourg • assar.com

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



4>5 Voorwoord / Édito
Francis de Drée

6>12 Kwaliteitsmeting en transparantie verbeteren zorgkwaliteit
Om de kwaliteit van zorg in Vlaanderen te meten, vergelijken en rapporteren bepaalt het VIKZ, volgens een strikte methodologie, indicatoren.

14>15 Quel modèle de qualité choisir?
De nombreux hôpitaux ont entrepris un trajet d'accréditation avec un organisme extérieur. Avec le temps, la durabilité et la pertinence du trajet sont remises en question. Le FlaQqM est une alternative.

16 De ervaring van AZ Delta: Delta Q
In het kwaliteitskader van AZ Delta ligt de focus niet alleen op de geleverde zorg, maar ook op de dienstverlening.

18>20 Le modèle qualité de Saint-Luc
Plutôt que de répéter le processus d'accréditation cette année, la direction des Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL) à Bruxelles a choisi une autre voie.

22>26 Le Diamant pour le CHwapi
Après le niveau Platine, c'est maintenant le niveau Diamant de Accréditation Canada International que le CHwapi à Tournai peut afficher à l'entrée.

28>29 UZ Leuven: blij maar met nuance
World's Best Hospitals: Newsweek moet het beter doen.

32>33 Zorgkwaliteit in een breder kader
Over P4P, het PAQS in Wallonië, Sciensano, V4H

34 Inauguration de la Télécardiologie et du CardioLounge aux Cliniques de l'Europe

35 Innovatieve craniofaciale kliniek geopend in Kliniek Sint-Jan

U vindt alle artikelen en meer op
Retrouvez les articles et plus sur

www.hospitals.be

Revue officielle de Hospitals.be
Officieel tijdschrift van Hospitals.be
ISSN: 1379-7786
Membre de la Fédération internationale des Hôpitaux
Lid van de Internationale Federatie der Ziekenhuizen
Membre de la Fédération de la Presse périodique de Belgique
Lid van de Federatie van de Periodieke Pers van België

Hospitals.be
L'Association Belge des Hôpitaux est une association sans but lucratif, conformément à la loi du 27 juin 1921. D'après ses statuts (art. 3): «L'Association a pour objet de contribuer au développement et au progrès de la science hospitalière, et spécialement à l'étude des problèmes de gestion et d'organisation interne et externe des établissements de soins, notamment par la diffusion de publications, l'organisation de réunions d'études et de conférences, etc. Elle peut représenter ses membres dans tous groupements et/ou instances publiques et/ou privées concernées par le domaine médico-hospitalier, médico-social et sanitaire».
De Belgische Vereniging der Ziekenhuizen is een vereniging zonder winstoogmerk, volgens de wet van 27 juni 1921. Artikel 3 van haar statuten luidt: "Het doel van de Vereniging is het bijdragen tot de ontwikkeling en bevordering der ziekenhuiswetenschappen en in het bijzonder tot de studie van de interne en externe beheers- en organisatieproblemen in de gezondheidzorginstellingen, o.a. door het verspreiden van publicaties, het organiseren van studiedagen, conferenties, enz. Ze mag haar leden vertegenwoordigen in alle groeperingen en/of openbare en/of privé-instanties die zich bezighouden met ziekenhuis-, medicosociale en gezondheidstaken".

Président/Voorzitter:
Francis de Drée - e-mail: francis.dedree@hospitals.be
Secrétariat/Secretariaat:
Rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, Bruxelles 1060 Brussel
Tel.: 02/543.78.19 – Internet: www.hospitals.be

AVIS/BERICHT
La reproduction, même partielle, des articles de la revue Hospitals.be est interdite sans autorisation préalable. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
Artikels uit dit tijdschrift mogen worden overgenomen na toestemming van de redactie; bronvermelding is verplicht.
De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van hun artikels.

RÉDACTION/REDACTIE
Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever
Rédacteur en chef/Hoofdredacteur:
Francis de Drée
Rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, Bruxelles 1060 Brussel
e-mail: francis.dedree@hospitals.be
Coordination de la rédaction/Redactiecoördinatie:
Michelle Cooreman
Secrétariat de rédaction/Eindredactie: Claudine De Kock
Comité de rédaction/Redactiecomité:
Marie Loriaux, Yves Maule

RÉALISATION ET PRODUCTION/ ONTWERP EN UITVOERING
Publiest
Chaussée de Haecht 547 Haachtsesteenweg
Bruxelles 1030 Brussel
Tel.: 02/245.47.74
e-mail: office@publiest.be
Mise en pages/Lay-out: Pierre Ghys - info@ultrapetita.com
Photos/Foto's: stock.adobe.com/ingimage.com/

Photo de couverture/Coverfoto: INGimage - ultrapetita
Impression/Druk: DB-Group - Bruxelles

PUBLICITÉ/RECLAMEREGIE
Publiest
Tel.: 02/245.47.74
Directeur de la publicité /Directeur van de publiciteit:
Paul Meyer - paulmeyer@publiest.eu

ABONNEMENT
e-mail: info@hospitals.be

LA QUALITÉ HOSPITALIÈRE À L'ÉPREUVE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE?

Dans ce numéro, vous trouverez un passionnant état des lieux des initiatives et des résultats en termes de qualité au sein des hôpitaux belges. Les cycles d'amélioration continue y prennent différentes formes, avec des résultats probants attestés par des organisations internationales.

Émergence de l'I.A.

Dans une société qui évolue de plus en plus vite, la qualité hospitalière doit elle aussi s'adapter constamment. Depuis plusieurs mois, un raz-de-marée appelé «intelligence artificielle» (I.A.) touche de grands pans de notre vie: la communication, la connaissance, le travail, l'économie... La santé ne fait pas exception.
Les promesses d'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux dues à l'I.A. sont immenses au niveau des diagnostics, des traitements et des processus administratifs et logistiques. En ce qui concerne les diagnostics cliniques, citons les applications I.A. dans les domaines cardiologique et radiologique. Les algorithmes de suivi des paramètres dans les unités de soins ou aux soins intensifs offrent de nouvelles perspectives. Les commandes hospitalières soutenues par l'I.A. permettent une gestion logistique plus fluide et rapide.
Une relative prudence doit cependant être observée car les applications issues de l'I.A. utilisées couramment sont encore peu nombreuses.
Revenons un instant à la question de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'hôpital. Elle nécessite l'analyse d'un grand nombre de données. L'I.A. peut aider à analyser les données existantes pour prévenir la survenue de chutes, d'infections ou d'autres événements indésirables par exemple. Le reporting «qualité» peut lui aussi être largement facilité par des algorithmes automatisés.

La prudence reste de mise

Il ne faut pas négliger toutefois les défis colossaux que représente l'introduction rapide – et parfois chaotique – de processus et d'outils gérés par l'I.A. dans les hôpitaux. La protection des données, l'évaluation objective des coûts et des bénéfices, au-delà des aspects monétaires, ou l'acceptation, des patients comme des professionnels de santé, représentent des questions complexes à court terme.
À plus long terme, d'autres questions se posent. L'I.A. va-t-elle permettre de réduire les biais du système de soins de santé ou, au contraire, les renforcer? Comment éviter que l'I.A. déshumanise les soins? Comment s'assurer du maintien et du renforcement de l'expérience et des compétences des professionnels de santé? Les patients et le personnel des hôpitaux vont jouer un rôle essentiel dans la définition des bonnes réponses pour, inlassablement, améliorer la qualité.

Permettez-moi de clôturer cet éditorial, écrit sans l'aide de l'I.A., par quelques mots d'espoir pour l'année nouvelle. Que 2024 soit remplie de découvertes, d'échanges humains et de réalisations individuelles et collectives positives!



Francis de Drée

Président de hospitals.be

ZIEKENHUIS-KWALITEIT OP DE PROEF GESTELD DOOR AI?

In dit nummer vindt u een boeiende inventaris van de initiatieven en resultaten met betrekking tot kwaliteit in de Belgische ziekenhuizen. De cycli van permanente verbetering nemen er verschillende vormen aan, met overduidelijke resultaten, bevestigd door internationale organisaties.

Opkomst van AI

In een maatschappij die steeds sneller evolueert, moet ook de ziekenhuiskwaliteit zich constant aanpassen. Sinds een aantal maanden heerst de vloedgolf van 'artificial intelligence' (AI) of kunstmatige intelligentie over cruciale delen van ons leven: communicatie, kennis, werk, economie … Gezondheid is hierop geen uitzondering.
De beloften van kwaliteitsverbetering door AI in de ziekenhuizen zijn groot, op vlak van diagnose, behandeling, en administratieve en logistieke processen. In de klinische diagnostiek denken we aan AI-toepassingen in de cardiologie en radiologie. Algoritmes voor de opvolging van parameters in zorgeenheden of op Intensieve Zorg bieden nieuwe perspectieven. Ziekenhuisbestellingen ondersteund door AI maken een vlotter en sneller logistiek beheer mogelijk.
Relatieve voorzichtigheid is evenwel vereist omdat de toepassingen van AI die routinematig gebruikt worden, nog niet zo talrijk zijn.
Keren we even terug naar de vraag over kwaliteit en veiligheid van zorg verleend in het ziekenhuis. Deze vereist analyse van een groot aantal gegevens. AI kan helpen om de bestaande gegevens te analyseren voor preventie van, bijvoorbeeld, vallen, infecties of andere bijwerkingen. Het rapporteren van 'kwaliteit' kan ook in grote mate vergemakkelijkt worden door geautomatiseerde algoritmes.

Voorzichtigheid blijft geboden

We moeten evenwel de enorme uitdagingen niet negeren die de snelle – en soms chaotische – introductie van processen en instrumenten, beheerd door AI, in de ziekenhuizen met zich meebrengt. Gegevensbescherming, objectieve evaluatie van kosten en baten, bovenop het financiële aspect, of aanvaarding door patiënten en zorgverleners, voegen complexiteit toe op korte termijn. Op langere termijn stellen zich andere humane vragen. Zal AI bias in het gezondheidszorgsysteem kunnen verminderen of integendeel doen toenemen? Hoe zal AI vermijden dat zorg ontmenselijkt? Hoe zullen behoud en versterking van ervaring en competenties van zorgverleners gegarandeerd blijven? Patiënten en ziekenhuispersoneel zullen een essentiële rol spelen in de definitie van goede antwoorden om de kwaliteit onvermoeibaar te verbeteren.

Om het voorwoord af te sluiten, geschreven zonder hulp van AI, enkele woorden van hoop voor het nieuwe jaar. Moge 2024 bol staan van ontdekkingen, menselijke uitwisselingen, en positieve individuele en collectieve realisaties!



Francis de Drée

Voorzitter van hospitals.be

HET VLAAMS INSTITUUT VOOR KWALITEIT VAN ZORG (VIKZ)

KWALITEITSMETING EN VERBETEREN ZORGKWALITE

Sinds 2019 meet, vergelijkt en rapporteert het VIKZ over de kwaliteit van zorg in algemene ziekenhuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Ze doen dat in een vervolg op het Vlaams indicatoren project VIP², dat in Vlaanderen al sinds 2011 voor algemene ziekenhuizen en sinds 2013 voor de geestelijke gezondheidszorg, initiatieven op vlak van indicatoren voor zorgkwaliteit nam. Svin Deneckere, directeur van het VIKZ, verklaart nader hoe het instituut te werk gaat.



Het VIKZ definieert 'kwaliteit in de zorg' als de mate waarin de zorg geleverd aan individuen en patiëntenpopulaties de gewenste zorgresultaten verbetert, waarbij zorg wordt geleverd volgens de voorhanden zijnde (medische) kennis – al of niet ondersteund met wetenschappelijke standaarden – en volgens de verwachtingen van de patiënten. Svin Deneckere legt uit dat zes dimensies worden gehanteerd om kwaliteit in de zorg te omschrijven en dus ook te evalueren. "Het betekent dat kwaliteit van zorg op zich een breed concept is en een systeembenadering vereist. Persoonsgerichtheid (wat we vroeger patiëntgerichte of patiëntgestuurde zorg noemden) is een eerste dimensie waaraan kwalitatieve zorg moet voldoen. Dit omvat een correcte dienstverlening, gebaseerd op ervaring, en zorg op maat van de patiënt, overeenkomend met diens doelstellingen." Een tweede dimensie van zorgkwaliteit is effectiviteit. Effectieve zorg betekent dat de zorg wordt geleverd

TRANSPARANTIE EIT

Michelle Cooreman



Svin Deneckere
Directeur van het VIKZ

conform de evidence-based practice (EBP), up-to-date met de expertise, en dat daarmee ook de doelen worden bereikt (doeltreffende zorg). Dat gaat met andere woorden specifiek naar outcomes van zorg. Bijvoorbeeld, de kans om complicaties te hebben, om vroegtijdig te overlijden, om heropgenomen te worden … zijn heel strikt outcome gerichte aspecten van kwaliteit van zorg. Naast effectiviteit is er ook efficiëntie: kwaliteit wordt vaak onterecht in een paradox geplaatst met efficiëntie, in die zin dat efficiëntere zorg een negatieve impact zou hebben op kwaliteit. Dat is niet correct: efficientie is een bijkomende dimensie van zorgkwaliteit. Efficiënte zorg leveren gaat bijvoorbeeld over wachttijden, doorlooptijden, ook over overuse van medicatie, van technische middelen, of van medische beeldvorming.

Nog drie dimensies van kwaliteit van zorg

- *Geïntegreerde zorg:* voldoende geïntegreerde zorg betekent dat de schakels van het zorgtraject van een bepaalde patiënt voldoende op elkaar moeten afgestemd zijn. De patiënt komt ergens vandaan (via huisarts, spoed …) en gaat na zijn verblijf in het ziekenhuis ergens naartoe (huis, woonzorgcentrum …). Het risico op kwaliteitsverlies wordt hoger wanneer er onvoldoende afgestemd wordt tussen deze schakels. Dat betreft dan coördinatie, communicatie, delen van informatie zodanig dat het zorgtraject van de patiënt doorheen de verschillende organisaties en structuren vlot verloopt en niet leidt tot een deficit in kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.
- *Gelijkwaardigheid:* elke gebruiker heeft eenzelfde toegang tot kwaliteitsvolle zorg, los van zijn persoonlijke kenmerken zoals leeftijd, inkomen, geslacht …
- *Veiligheid:* is eveneens een onderdeel van zorgkwaliteit hoewel quality & safety vaak naast elkaar worden genoemd. Veiligheid gaat bijvoorbeeld over zorggerelateerde schade zoals de kans om een nosocomiale infectie op te lopen, een valincident of vermijdbare doorligwonden, maar ook medicatieveiligheid en overuse en misuse van medicatie (antibiotica, benzodiazepines, psychofarmaca) …

Geïntegreerd kwaliteitsbeleid in Vlaanderen

Het geïntegreerd kwaliteitsbeleid in Vlaanderen is opgebouwd rond drie pijlers.

Centraal staat het toezichtsmodel: de Vlaamse overheid houdt toezicht in de verschillende Vlaamse voorzieningen op een aantal minimale vereisten, zowel in ziekenhuizen als woonzorgcentra, kinderopvang … Dat betekent dat inspecteurs ongeveer jaarlijks in een voorziening op bezoek gaan om te toetsen of deze aan een aantal minimale vereisten van kwaliteit voldoet. "Minimale vereisten zijn dan bijvoorbeeld handhygiëne, dossiervorming, interne transfers of transfers naar andere organisatie, met andere woorden minimale vereisten waaraan de zorgvoorziening moet voldoen om een minimaal niveau in de kwaliteit van zorg te halen."

Dit centrale model bestaat al meer dan 20 jaar. Om een meer continue kwaliteitsopvolging mogelijk te maken werd een **tweede pijler** opgezet**: de kwaliteitsindicatoren,** waarmee de kwaliteit, gericht op bepaalde domeinen en op bepaalde EBP-indicatoren, kan worden gemonitord en evolutie in kaart kan worden gebracht. Dat werd de centrale opdracht van het VIKZ. "Kwaliteitsindicatoren gaan meer over het streven van kwaliteitsverbetering en excellentie in kwaliteit, en kunnen ook meer op een continue manier worden opgevolgd", aldus de directeur.

De **derde pijler** is wat we **accreditatie** noemen, een kwaliteitscertificaat voor ziekenhuizen toegekend door de International Society for Quality in Health Care (ISQua), een externe wereldwijde organisatie van toetsingsinstituten in de zorg. Hier gaat het om meer dan minimale vereisten, maar het checken van een ganse set procedures, in bepaalde domeinen. In het kwaliteitsdecreet heeft de Vlaamse overheid omschreven dat elke voorziening in Vlaanderen zich extern kan laten toetsen door een internationaal erkende organisatie, zonder verplichting.

Kwaliteit van zorg op zich is een breed concept en vereist een systeembenadering

"Het toezichtsmodel is een absolute vereiste: elke zorginstelling wordt getoetst door de Vlaamse overheid. Het meten van kwaliteitsindicatoren is op dit moment nog vrijblijvend. Als voorziening kan je kiezen om met het VIKZ in zee te gaan of niet. Het nieuwe kwaliteitsdecreet bepaalt echter wel dat een kernset van kwaliteitsindicatoren dienen te worden gemeten en maakt zo een meer structurele basis voor deelname aan het VIKZ mogelijk. Dit decreet werd goedgekeurd in mei 2023 maar moet nog uitmonden in uitvoeringsbesluiten."
https://www.departementwvg.be/kwaliteitsdecreet

Rol van het VIKZ

De bevoegdheid van kwaliteit van zorg op niveau van voorzieningen is eerder een regionale bevoegdheid. Dezelfde bevoegdheid op niveau van de individuele zorgverstrekkers (chirurg, huisarts, thuisverpleegkundige …) is meer een federale bevoegdheid, en wordt geregeld door een kwaliteitswet. Voor Vlaanderen is er op niveau van voorzieningen een kwaliteitsdecreet. "Vanuit het initiatief van de zorgsector en de Vlaamse overheid is het VIKZ opgericht met als doel om een bevoegdheid van de Vlaamse overheid, namelijk kwaliteitsopvolging en het bieden van transparantie in de zorg, in de praktijk omzetten. We hebben een beheersovereenkomst met het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en krijgen daartoe een subsidie. In de beheersovereenkomst staan de opdrachten van het VIKZ en welke termijnen daar tegenover staan. Om dit te kunnen opvolgen, dienen we tussentijdse en eindverslagen per jaar te maken voor onze opdrachtgever."
Het VIKZ werd formeel opgericht in 2017 maar is operationeel vanaf 2019. Bij de oprichting zijn de VIP² initiatieven volledig overgenomen door het VIKZ. Om een meer overkoepelende benadering te kunnen bewerkstelligen, werden de sectoren Vlaamse woonzorgcentra (residentiële ouderenzorg) en eerste lijn erbij geïntegreerd. Het activiteitendomein is op die manier overkoepelend over verschillende sectoren van de Vlaamse gezondheidszorg.
"Vanuit onze opdracht werken we essentieel rond drie dimensies: persoonsgerichtheid, veiligheid en effectiviteit. Om de persoonsgerichtheid te onderzoeken doen we ervaringsmetingen en patiëntenpeilingen. Bijvoorbeeld in woonzorgcentra in Vlaanderen zetten we metingen op omtrent de kwaliteit van leven, wonen en zorg bij bewoners. Een ander voorbeeld is het meten van de mate waarin de behandelplannen in de eerste lijn – maar ook in de geestelijke gezondheidszorg – echt op maat zijn van de patiënt, de burger. Is er voor die patiënt een geïndividualiseerd behandelplan, wordt dat tijdig opgesteld, voldoende opgevolgd, tijdig besproken met de patiënt en zo nodig aangepast?"
De finale doelstelling is de burger te informeren over de kwaliteit van zorg die de voorziening van zijn keuze in Vlaanderen biedt en hem/haar de mogelijkheid te bieden voorzieningen te vergelijken.

Wat zijn indicatoren en hoe worden ze bepaald?

Een indicator is een gestandaardiseerde maatstaf om kwaliteit van zorg over een bepaald domein (met name: veilige zorg, persoonsgerichtheid, effectiviteit) op te volgen door ze herhaaldelijk te meten. Met indicatoren kan variatie in kwaliteit van zorg transparant worden gemaakt. Het meest recente voorbeeld is de publicatie van de kwaliteit van borstkankerzorg in de Vlaamse ziekenhuizen (www.zorgkwaliteit.be). Om de zorgkwaliteit te meten werd een set indicatoren bepaald samen met een multidisciplinaire groep van klinische experten in drie fasen van de



© stock.adobe.com

zorg: diagnose, behandeling en outcome, concreet overlevingskans. Uit de gemeten indicatoren kan men afleiden of diagnose en behandeling correct gebeurden. Bijvoorbeeld: de start van de behandeling – dit moet binnen de 6 weken na de diagnose gebeuren –, het risico op een tweede ingreep – hier moet je ernaar streven dat dit rond de 10% ligt, wat meteen ook een indicatie kan zijn van de kwaliteit van de eerste ingreep. Ook de overlevingskans wordt berekend en die kan variëren waardoor het in Vlaanderen wel uitmaakt in welk ziekenhuis vrouwen worden behandeld voor borstkanker.

Er loopt een heel **traject van ontwikkeling van een indicatorenset**, het verzamelen, verwerken en terugkoppelen van data tot de uiteindelijke publicatie.

"De ontwikkeling van een indicator gebeurt steeds met experten uit de sector, meestal onder leiding van een hoofdarts. Nemen we als voorbeeld de ontwikkeling van een nieuwe indicatorenset rond suïcidepreventie. Dan nodigen we experten op vlak van suïcidepreventie uit, bijvoorbeeld het VLESP (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie) maar ook clinici zoals psychiaters en psychologen die vertrouwd zijn met de materie, en de Vlaamse overheid. We stellen een ontwikkelingsgroep samen en doorlopen met die groep een traject van ontwikkeling dat toch zo'n 6 tot 9 maanden duurt. Daarna kijken we hoe we de preventie van suïcide in een instelling meetbaar kunnen maken, met andere woorden welke SMART (Specifiek Meetbaar Aanvaardbaar Realistisch en Tijdsgebonden) parameters kunnen we gebruiken, en daaraan koppelen we normen. Dat kunnen internationale normen zijn op basis van EBP-richtlijnen – als die er zijn, dan is heel duidelijk dat zij de norm worden – bijv. binnen 24 uur na opname in een psychiatrische instelling moet er een risicoscreening voor suïcide gebeuren. Als er echter minder duidelijke of geen EBP-normen voorhanden zijn, komen we tot normen op basis van expertconsensus", legt de directeur uit.

Toetsing in de voorzieningen

Die normen worden getoetst in elke voorziening die zich bereid heeft verklaard mee te doen. De resultaten voor elke voorziening worden vergeleken met het Vlaamse gemiddelde (of een streefwaarde dat is het gemiddelde van de resultaten van de metingen van alle voorzieningen). "Zo kunnen we bepalen of een voorziening statistisch significant onder, gelijk of boven het Vlaamse gemiddelde valt. Als ook een norm wordt bepaald, berekenen we of die



Om de zorgkwaliteit in geval van borstkanker te meten werd een set indicatoren bepaald samen met een multidisciplinaire groep van klinische experten in drie fasen van de zorg: diagnose, behandeling en overlevingskans

voorziening statistisch significant onder, gelijk of boven die streefwaarde zit. De burger kan dan op onze website www.zorgkwaliteit.be de resultaten voor een gekozen voorziening bekijken en vergelijken met andere voorzieningen. Als burger ben je zorgzoeker en dat zoeken naar zorg willen we mee ondersteunen. Nu is het vaak zo dat de patiënt een voorziening kiest op basis van de aanbevelingen van de huisarts, de nabijheid, de klein- of grootschaligheid van de voorziening. Het is niet alleen de bekendheid of de vaardigheid van de specialist die impact heeft op de kwaliteit van zorg maar het hele ziekenhuisteam, de zorg rond de hospitalisatie, de begeleiding tot de afstemming met de eerste lijn. Die keuzes proberen we mee te ondersteunen door informatie over de kwaliteit van zorg."

Verschillende sets

Een instelling in Vlaanderen is niet verplicht (momenteel toch) om met het VIKZ in zee te gaan. Maar wie dat wel doet, dient een minimale kernset van indicatoren te meten. Deze indicatoren zijn opgezet per sector (eerste lijn, algemene ziekenhuizen, woonzorgcentra, en centra geestelijke gezondheidszorg). Dit zijn indicatoren die voldoende relevant, haalbaar – wat overeenkomt met meetbaar – en evidence-based zijn om een beeld te krijgen van de zorgkwaliteit in die instelling. Daarnaast zijn er nog optionele sets waarin een keuze kan worden gemaakt. "Wie bijvoorbeeld wil focussen op doorligwonden, kan deelnemen aan de set indicatoren rond doorligwonden. Dat zijn vaak indicatoren die nog in ontwikkeling zijn, waarvan nog niet voldoende vaststaat of ze voldoende betrouwbaar, haalbaar en relevant zijn om te blijven meten. Ze kunnen later, in overeenstemming met de sector, worden toegevoegd aan de minimale kernset van indicatoren. De doelstelling is steeds op basis van het meten van kwaliteit inzicht creëren en dan via benchmarking eigen resultaten te vergelijken met peerinstellingen. Uiteindelijk willen we kwaliteitsverbetering stimuleren op basis van data en kennisuitwisseling", verklaart de directeur. "Onze opdracht is vooral gefocust op meten, opvolgen, en publiek rapporteren. In onze huidige werking is niet voorzien dat we in de voorzieningen ook verbeteringstrajecten opstarten. Dat is ook eerder de rol van de ziekenhuizen zelf, van de koepels, de wetenschappelijke instellingen ..."

Transparantie naar de burgers toe

Transparantie is er ook naar de burgers toe. Al is de prikkel naar verbetering de voornaamste doelstelling van transparantie van zorgkwaliteit, informatie naar de burgers is eveneens een doel. Het is echter nog niet zo gebruikelijk dat burgers zich informeren over de zorgkwaliteit alvorens ze een bepaalde instelling kiezen, dus daarin heeft het VIKZ nog campagne te voeren. "Het is vaak ook soms complexe informatie, en die moet op een voldoende toegankelijke en begrijpelijke manier naar de burger worden gebracht. Daar streven we naar."

De website van het Amerikaanse Newsweek publiceert elk jaar een lijst van 'World's Best hospitals'. In de lijst die 250 ziekenhuizen bevat, staan ook Belgische ziekenhuizen. De opstellers pretenderen wel dat ze "bij het opstellen van de lijst rekening houden met verschillende factoren zoals reputatie van het ziekenhuis, outcome-indicatoren en patiëntenervaringen maar als je de kleine lettertjes leest van de gehanteerde methodologie, dan is de plaats in de ranking – althans voor Vlaanderen en voor veel andere landen ook – vaak alleen gebaseerd op reputatie. Ook ik kan op basis van reputatie zeggen dat UZ Leuven een topziekenhuis is in Vlaanderen maar om een echte beoordeling te maken, heb je een evidence-based antwoord nodig." (Zie ook artikel p. 28-29.) Als ziekenhuis heb je zelfs de mogelijkheid dat wat te gaan promoten. door bijvoorbeeld campagne te voeren bij huisartsen. De lijst is dus onderhevig aan kritiek. Een ander gevoelig punt bij het opmaken van de lijst betreft het beheer en de veiligheid van persoonlijke gegevens, de beruchte GDPR. In Frankrijk stelt het Franse magazine 'Le Point' al 20 jaar een jaarlijks palmares op van haar ziekenhuizen en klinieken. Maar vorig jaar weigerde de regering om de gegevens van de database die de activiteit van de

ziekenhuizen meet, vrij te geven. Censuur, politieke druk stond op de voorpagina; mogelijke bias waardoor controle van de administratie nodig was, klonk het aan officiële kant. Beknotting van onze vrijheid, was het antwoord en dat kan onze zuiderburen niet kwalijk worden genomen.

Over het verzamelen van patiëntengegevens

Veiligheid en privacy van data zijn een heel belangrijk aspect omdat het VIKZ data verzamelt uit de voorzieningen zelf via andere dataleveranciers of secundaire databases (zoals de minimale ziekenhuisgegevens, facturatiegegevens, Belrai-registraties). De data moeten op een correcte en informatieveilige manier bij hen terecht kunnen komen (rekening houdend met de GDPR-aspecten) en van daaruit terug naar de voorzieningen gaan of naar de burger via communicatie op de website. De procedures die daarbij moeten worden gerespecteerd, zijn heel intensief.

Hoe gaat het VIKZ om met het verzamelen van patiëntengegevens? "We volgen hier de voorhanden zijnde wetgeving en leggen waar nodig dossiers ter goedkeuring voor aan het Informatieveiligheidscomité. Ook is er binnen het VIKZ een Toezichtscommissie, een onafhankelijk toezichthoudend orgaan, die niet alleen toeziet op de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren, maar eveneens of de procedures op vlak van informatieveiligheid zijn gevolgd. De vraag is daarenboven: in welke mate is het VIKZ of een gelijkaardig instituut bevoegd om data – verzameld uit secundaire databases – effectief te gebruiken en resultaten te publiceren? Veel instituten deden hetzelfde maar ze hadden niet altijd het engagement van die voorzieningen om dat evenzo te kunnen/mogen doen. Daar kan het dan op vastlopen. In Vlaanderen werken we met een engagementsverklaring, wat betekent dat als een voorziening ervoor kiest om met het VIKZ in zee te gaan, weten ze dat de data zullen worden gebruikt om publiek te rapporteren als de procedures van primaire en secundaire validatie zijn gevolgd zoals beoordeeld door de Toezichtscommissie. Dat is eraan gekoppeld. Maar het grote verschil met bijvoorbeeld Newsweek is dat we nooit een ongefundeerde ranking van ziekenhuizen zullen opstellen. Want of een instelling nu op de 2de of op de 8ste plaats staat in de lijst, dat kan helemaal nietszeggend zijn. Een numeriek verschil op een bepaalde indicator van 5 of 10% waardoor de ene instelling op 2 staat en de andere op 8, reflecteert niet noodzakelijk een statistisch significant verschil, laat staan een klinisch relevant verschil. We ondersteunen dit soort rankings dus niet. Wat we wel doen, is inzicht bieden: scoort een ziekenhuis statistisch significant hoger, gelijk of lager dan haar peers? Daarover moet het gaan. We geven wel een percentage maar vermelden er ook direct bij of dit statistisch significant afwijkend is of niet. Een voorbeeld: de 5-jaarsoverleving na borstkanker in Vlaanderen bedraagt 85%. Is dat bij een ziekenhuis 83% en bij een ander 90%, dan kan dat verschil van 7% groot lijken. Het zegt evenwel niets over de statistische significantie ervan, noch over de klinische relevantie. Om een verschil van enkele maanden voor de patiënt relevant te maken, moet het namelijk ook gaan over levenskwaliteit."

Variatie tussen ziekenhuizen is niet per se slecht, zolang het niet om 'onverantwoorde' variatie gaat. Bijvoorbeeld: de tijd tussen het binnenkomen in het ziekenhuis na een beroerte thuis met de ziekenwagen op Spoed, en het geven

Wie is het VIKZ?

"We zijn een klein team maar een grote organisatie", zo verwoordt de directeur Svin Deneckere het.

- Het **vaste team** bestaat uit 9 mensen: coördinatoren die projecten ontwikkelen en coördineren, en vooral data-analisten.
- Daar omheen zitten heel wat **adviesen besluitvormingsorganen** waarin de sector, de overheden, de universiteiten, de kennisinstellingen, de beroepsverenigingen betrokken zijn.
- De rol van de **directeur** is ervoor te zorgen dat de ontwikkelingen waaraan wordt gewerkt, voldoende zijn afgestemd met de verschillende stakeholders.
- Alle mensen die op een of andere manier betrokken zijn bij het VIKZ, vormen een grote **netwerkorganisatie**.
- Naast het bestuur, zijn er bureaus, ontwikkelingsgroepen, een toezichtscommissie, een wetenschappelijke adviesraad, allemaal structuren die nodig zijn en waarbij dus heel wat mensen betrokken zijn.


© stock.adobe.com

van de levensreddende trombolyse moet beperkt blijven tot 30 tot 45 minuten om een impact te hebben op de overleving van de patiënt en op complicaties. Het kan dan onverantwoorde variatie zijn, indien een ziekenhuis die 45 minuten niet haalt voor zijn gemiddelde patiënt, terwijl het andere ziekenhuis dat wel haalt voor 90% van de patiënten, dan is dat een onverantwoorde variatie. En dan moet het beperken van onverantwoorde variaties het streefdoel zijn.

Sterke methodologie loont

De missie van het VIKZ is het meten en transparant brengen van wetenschappelijk gefundeerde informatie over zorgkwaliteit in Vlaanderen, met de nodige duiding en met een cruciale betrokkenheid van de sector, experten en patienten. "Participatie van de sector en de sterkte van onze methodologie is onze basis. We zien dat het werk dat het VIKZ levert steeds relevanter wordt, waarbij de resultaten op de indicatoren ook opgepikt worden voor beleidsvoering bij de bevoegde overheden. Hoewel dit op zich een positief gegeven is, kom je dan op een gevoeliger pad dat de nodige ongerustheid kan creëren voor publicatie. Deze evenwichtsoefening vormt dan ook een belangrijke uitdaging voor het VIKZ waarbij de sterkte van de methodologie primeert."

De sterkte van de methodologie is gebaseerd op een rigoureus besluitvormingstraject en verschillende validatiestappen. Na het bepalen van de indicatoren met de expertengroep is er vooreerst een prevalidatie of primaire validatie bij een aantal ziekenhuizen waar een pilotstudie gebeurt, zeg maar een soort test in een ziekenhuis of WZC. De meetprocedures worden getest, en er worden data verzameld, die naar de instelling worden teruggekoppeld. Die instelling krijgt dan de kans om met ons uit te klaren of die data wel kloppen, in welke mate niet en of de indicatoren moeten worden aangepast. Daarna volgt een brede meting waaraan iedereen kan deelnemen, gevolgd door een secundaire validatie. De voorzieningen krijgen opnieuw alle resultaten te zien en de tijd om de resultaten voor hun voorziening na te kijken en te bevestigen. Na elke fase in het traject (ontwikkeling – primaire validatie – secondaire validatie) volgt er een besluitvormingstraject naar de Toezichtcommissie (extern toezichthoudend orgaan dat de procedures bewaakt) en die uiteindelijk het finale go moet geven tot publicatie. "Tussen het meten en het publiceren van data is een intensief traject met een lange doorlooptijd. Maar we staan achter onze methodologie en het evidence-based karakter ervan. De voorzieningen krijgen bovendien de kans om een toelichting te schrijven bij hun resultaten op onze website. Ze kunnen ook aangeven wat ze intussen hebben gedaan ter verbetering."

Meten in de tijd

Het is bovendien interessant om naar de evolutie van de cijfers van bepaalde indicatoren te kijken. Dan kan men vaststellen dat de resultaten op heel wat aspecten doorheen de tijd verbeteren. "Het geeft ons het vertrouwen dat kwaliteitsmeting en transparantie werken. Het is trouwens één van onze basisprincipes dat metingen van indicatoren worden herhaald. Dat kan jaarlijks of om 2 of 3 jaar in functie van het soort indicator, de tijdsinvestering bij ons en in de voorzieningen. Omdat we in de tijd meten, kunnen we de evolutie opvolgen: voor de meeste indicatoren zien we een positieve evolutie. We hebben helemaal niet de intentie om te zeggen dat deze positieve evolutie alleen door kwaliteitsmeting en transparantie komt – er zijn ook verbeteringen in therapie, accreditatietrajecten, toezicht, enz. - maar kwaliteitsmeting en transparantie is er zeker een onderdeel van. We creëren bewustzijn, geven inzicht en informatie om gerichte verbeteringstrajecten op te zetten."

La mesure de la qualité et la transparence améliorent la qualité des soins

Depuis 2019, le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) mesure, compare et établit des rapports sur la qualité des soins dans les hôpitaux généraux, les maisons de repos et de soins et les établissements de soins psychiatriques en Flandre. Les institutions qui s'engagent avec le VIKZ – il n'y a pour l'instant encore aucune obligation –, acceptent de checker un noyau d'indicateurs. Un indicateur est un étalon standardisé permettant de faire le suivi de la qualité des soins dans un domaine déterminé en les mesurant régulièrement. La mesure des indicateurs peut rendre transparentes les variations dans la qualité des soins pour l'établissement, les collaborateurs et les citoyens.

«L'élaboration d'un indicateur s'effectue toujours avec des experts du secteur, généralement sous la direction d'un médecin-chef. Pour pouvoir mesurer, nous cherchons quels sont les paramètres SMART (Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste et Temporel) que nous pouvons utiliser, et nous y couplons des normes. Cela peut être des normes internationales sur la base des directives EBP (Evidence Based Practice). Toutefois, si les normes EBP sont moins claires ou s'il n'y en a pas, nous établissons des normes basées sur un consensus d'experts», explique Svin Deneckere, directeur du VIKZ.



Sovereign cloud: ontdek de voordelen van de cloud voor uw gegevens (en de gezondheidssector)

Cloudsystemen zijn niet meer weg te denken en gegevensbescherming in de gezondheidssector is crucialer dan ooit. Om die redenen introduceert Proximus NXT de 'sovereign cloud', die het mogelijk maakt om te genieten van de voordelen van cloud én uw gegevens adequaat te beschermen. Sterk versleutelde gegevens, een hyperbeveiligde omgeving en een uiterst discrete verwerking zijn de kernwoorden. Maak kennis met digitale gemoedsrust.

De sovereign cloud is een hostingmodel dat deel uitmaakt van Proximus Cloud Fusion, het beheerplatform voor uw hybride cloudoplossingen. Dankzij een ongeëvenaarde versleuteling beantwoordt de sovereign cloud aan de strengste Europese normen. Zo bent u zeker van de allerbeste bescherming van uw gegevens.

Drie mogelijkheden, een maximale tevredenheid

Proximus NXT bied een oplossing die past bij elke uitdaging. De gezondheidssector krijgt de keuze uit drie opties: een sovereign cloud op basis van een sterke versleuteling op publieke cloud (Microsoft), een 'gedeconnecteerde' sovereign cloud (Google) en de private cloud van Proximus.

Voor een oplossing op maat biedt Proximus NXT zijn klanten een onafhankelijke begeleiding om een soepele en adequate migratie te verzekeren.

Een lengte voorsprong op de concurrentie

Aangezien de beveiligingsnormen voortdurend evolueren en alsmaar complexer worden, is de sovereign cloud allesbehalve overbodig. In de toekomst zullen veel ondernemingen zo'n sovereign cloud zelfs opleggen als een conditio sine qua non voor een vruchtbare en serene samenwerking.

- Verzeker uw conformiteit met de Europese wetgeving.
- Trek meer zorgprofessionals aan.
- Garandeer een uitstekende bescherming voor uw patiëntgegevens.



Inspired by tech, **driven by people**

Meer weten over de 'sovereign cloud'?

Beveiliging is niet langer een rem op uw migratie naar de cloud. We vertellen er u graag meer over.

› Neem contact op met een expert

proximus NXT health

ACCRÉDITATION OU PAS?

QUEL MODÈLE DE QUALITÉ CHOISIR?



Ces dernières années, de nombreux hôpitaux ont entrepris un trajet d'accréditation en vue de l'obtention d'un label de qualité pour la sécurité des soins par un organisme extérieur. Les hôpitaux reçoivent le label pour un nombre d'années limité et décident s'ils veulent ou pas se faire (ré)accréditer. D'autres hôpitaux optent pour un modèle de qualité alternatif.

L'accréditation est un certificat de qualité basé sur la mesure de plusieurs items se rapportant à la qualité des soins. Et même si le label n'est pas une garantie de qualité, une étude danoise de 2016 notamment soutient l'hypothèse que l'accréditation des établissements hospitaliers conduit à de meilleurs soins aux patients[1]. L'obtention d'une accréditation n'est pas obligatoire. Mais elle permet de gagner des «points» qui ne comptent que dans une mesure limitée dans le financement des hôpitaux. Néanmoins, les autorités publiques ont clairement indiqué être convaincues des

avantages de l'accréditation dans l'analyse, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité et de la sécurité des soins aux patients.

Contrairement à l'inspection par les autorités flamandes ou wallonnes, les hôpitaux décident eux-mêmes s'ils veulent se faire accréditer. En Flandre, pour les hôpitaux généraux on collabore principalement avec deux organisations, la Joint Commission International (JCI) et le Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg (NIAZ, désormais Qualicor). Dans la partie francophone du pays, 17 hôpitaux ont un label de Accreditation Canada International (ACI); d'autres établissements hospitaliers francophones ont opté pour le trajet avec la Haute Autorité de Santé (HAS) (France). Un quatrième acteur, Euromedi, suit actuellement le processus d'accréditation chez ISQua. Car, pour pouvoir proposer un cycle d'accréditation, l'organisation et son manuel doivent être à leur tour accrédités au niveau international.
L'International Society for Quality in Health Care (ISQua) est une organisation internationale de professionnels hospitaliers qui promeut l'amélioration de la qualité dans les soins de santé[2]. Son site web https://isqua.org indique qu'elle œuvre depuis plus de 30 ans à la qualité et la sécurité des soins de santé dans le monde entier via l'éducation, le partage des connaissances, les évaluations externes, le soutien des systèmes de soins et le réseautage. Son réseau s'étend sur 70 pays et 6 continents.

FlaQuM: une approche durable

Lors d'un trajet d'accréditation toutes les procédures et pratiques sont évaluées en profondeur et, pour un certain nombre d'aspects, cela a permis d'ouvrir les yeux. Mais «après avoir suivi une ou deux fois un trajet d'accréditation, sa durabilité et, surtout, sa pertinence deviennent moins grandes. Et pas mal d'hôpitaux se trouvent dans cette phase aujourd'hui. C'est de là qu'est né le Flanders Quality Model (FlaQuM), à l'initiative de la KU Leuven. La question était: pouvons-nous maintenant établir une accréditation où, en première instance, nous tenons compte des différents aspects et contextes flamands – la JCI est américaine et n'a pas toujours le même contexte – et pouvons-nous aussi y donner une suite plus durable», explique Svin Deneckere, directeur du VIKZ (Vlaams Instituut voor Kwaliteit in de Zorg). «Plus durable dans le sens que le risque que la pertinence de l'accréditation puisse diminuer avec le temps est évité. C'est pourquoi FlaQuM part d'une autoévaluation, de vos résultats, de vos processus, et sur base de cette autoévaluation vous essayez d'améliorer des aspects spécifiques. Si vous faites cela, vous pouvez participer à une trajectoire de croissance. Le but n'est pas de toujours vérifier la même base, mais d'améliorer en continu et c'est plus durable.» Une vingtaine d'hôpitaux sont actuellement dans un trajet FlaQuM. Récemment, le modèle FlaQuM, qui se compose de trois piliers (Penser-Agir-Apprendre), a obtenu une reconnaissance et une validation internationales par ISQuaEEA (une association créée par ISQua en 2018 dans le but d'effectuer les évaluations externes) avec la note maximale de 97%.

> Contrairement à l'inspection par les autorités flamandes ou wallonnes, les hôpitaux décident eux-mêmes s'ils veulent se faire accréditer

FlaQuM-Quickscan est un outil d'évaluation de l'expérience des patients, des proches et des collaborateurs avec l'institution de soins, qui mesure à la fois le degré de préoccupation envers les patients et leurs proches et aussi envers les collaborateurs. Outre ces scores d'expérience, on mesure également des indicateurs objectifs, comme la mortalité, la réadmission, la durée du séjour, les escarres et les infections nosocomiales.

D'autres modèles de qualité

D'autres hôpitaux choisissent de démarrer leur propre trajet d'accréditation, au départ de défis spécifiques, comme l'UZ Gent et les Cliniques universitaires Saint-Luc (voir article en p. 18-21). L'AZ Delta (Roulers) a aussi conçu son propre modèle de qualité (voir article en p. 16).

[1] Bogh SB, Falstie-Jensen AM, Hollnagel E, Holst R, Braithwaite J, Johnsen SP. Improvement in quality of hospital care during accreditation: A nationwide stepped-wedge study. Int J Qual Health Care. 2016 Dec 1;28(6):715-720. doi: 10.1093/intqhc/mzw099. PMID: 27578631.
[2] http://isqua.org/docs/accreditation/cf-001-iap-application-form.docx

www.jointcommissioninternational.org
www.qualicor.eu
www.accreditation.ca
www.has-sante.fr
https://flaqum.org
www.euromediinternational.com

GENERIEK KWALITEITSKADER

DE ERVARING VAN AZ DELTA: DELTA Q



Joline Goossens
Directeur Kwaliteit AZ Delta Roeselare
www.azdelta.be

"Kwaliteit in de ruime betekenis van het woord is één van de strategische prioriteiten van het ziekenhuis", legt Joline Goossens, directeur Kwaliteit van AZ Delta in Roeselare, uit. "Met de wervende slagzin 'De best mogelijke gezondheid en zorg voor onze patiënten, samen, nu en morgen!' wordt meteen duidelijk waarvoor we met Delta Q, ons kwaliteitskader, wensen te gaan."

Om dit te realiseren, ligt de focus niet alleen op de kwaliteit van de geleverde zorg, maar ook op de kwaliteit van de dienstverlening. "We willen alle medewerkers en artsen dan ook kritisch laten stilstaan bij de eigen werking en streven ernaar om het kwaliteitsdenken een onderdeel van de organisatiecultuur te laten worden. Kwaliteit is immers meer dan het afvinken van lijstjes en het rapporteren en benchmarken van resultaten."

Wat houdt Delta Q in?

Delta Q is een generiek kwaliteitskader met als doel iedereen binnen het ziekenhuis te laten stilstaan bij de vragen: Wat betekent kwaliteit concreet in de functie die ik uitvoer? Hoe kan ik bijdragen aan een kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening? Hoe kan (ik) de zorg- en dienstverlening continu verbeteren?
De normen uit dit generiek kwaliteitskader werden vertaald naar een kwaliteitshandboek waarin concrete verwachtingen, procedures en afspraken opgenomen werden. Zo wordt kwaliteitsvol werken binnen het hele ziekenhuis geconcretiseerd. Twee exemplaren van het kwaliteitshandboek werden uitgewerkt, één voor zorg en één voor zorgondersteuning. De link tussen het normenkader (wat wordt verwacht), het kwaliteitshandboek (hoe werken we in de praktijk) en het procedurehandboek (wat zijn de concrete afspraken) wordt zo duidelijk gemaakt.

Hoe wordt kwaliteit continu opgevolgd?

In het kader van externe kwaliteitstoetsing volgt AZ Delta actief de principes en de aangereikte initiatieven vanuit het Vlaamse driepijlermodel op: (1) Meewerken aan inspecties van de Vlaamse overheid en het opvolgen van wettelijke vereisten. (2) Actieve deelname aan het meten en opvolgen van kwaliteitsindicatoren op vraag van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en deelname aan het federaal overheidsprogramma 'Pay for Performance' (P4P) algemene ziekenhuizen. (3) Actieve deelname aan ziekenhuisbrede en dienstspecifieke accreditatieprogramma's.
"Als ziekenhuis nemen we ook deel aan heel wat benchmarkinitiatieven die toelaten ons te positioneren t.o.v. andere ziekenhuizen (VIKZ, Vlaams Ziekenhuisnetwerk van de KU Leuven, Belgische kankerregistraties, benchmarks binnen het ziekenhuisnetwerk, enz.)."
Het intern auditsysteem is zo opgebouwd dat de naleving van alle wet- en regelgeving, alsook de normen van Delta Q periodiek getoetst worden. De doelstelling is tweeledig. "Enerzijds willen we tijdig kritische werkpunten detecteren en anticiperen op risico's, anderzijds willen we ook in kaart brengen wat goed loopt binnen onze werking en deze best practices delen."
De dienst kwaliteit staat onder meer in voor de coördinatie van het auditmanagementsysteem, de opleiding en de coaching van interne auditoren. De geauditeerde diensten zijn verantwoordelijk voor de opvolging van dienstspecifieke bevindingen. De ziekenhuisbrede trends worden centraal opgevolgd door de dienst kwaliteit.



© AZ Delta



Cloud souverain : explorez les bienfaits du cloud pour vos données (et la santé)

Le cloud est là pour durer. Et la protection des données dans le secteur des soins de santé est plus critique que jamais. Raison pour laquelle le cloud souverain de Proximus NXT change la donne et vous permet de poser le bon diagnostic pour protéger vos données. Données solidement cryptées, protection hypersécurisée et traitement en toute discrétion. Découvrez la tranquillité d'esprit numérique.

Le cloud souverain ? Ce modèle d'hébergement fait partie de Proximus Cloud Fusion, la plateforme de gestion de vos solutions de cloud hybride. Grâce à un cryptage inégalé, le cloud souverain répond aux normes européennes les plus strictes. Oui, vous bénéficiez du plus haut niveau de protection de vos données.

Trois possibilités, une satisfaction maximale

Proximus NXT voit les choses en grand. Le secteur des soins de santé dispose de trois options : le cloud souverain basé sur un cryptage fort (Microsoft), le cloud souverain « déconnecté » (Google) et le cloud privé de Proximus.

Pour une solution sur mesure, Proximus NXT accompagne les organisations de manière indépendante. L'objectif est une migration souple et adéquate.

Une longueur d'avance sur la concurrence

Avec l'évolution et la complexification des standards de sécurité, le cloud souverain est loin d'être superflu. À l'avenir, il est même certain que de nombreuses entreprises en feront une condition sine qua non en vue d'une collaboration fructueuse et sereine.

- Assurez votre conformité au regard de la législation européenne.
- Attirez davantage de professionnels de la santé.
- Sécurisez fermement les données de vos patients.



Inspired by tech, **driven by people**

En savoir plus sur le cloud souverain ?

La sécurité n'est plus un frein à votre migration vers le cloud. Parlons-en.

› Contacter un expert

proximus NXT health

ACCRÉDITATION ET RANKING

LE MODÈLE QUALITÉ DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Jean Stoefs
Directeur Qualité
Cliniques universitaires Saint-Luc
UCL-Bruxelles



© CUSL / H. Depasse

En mars 2019, les Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL) à Bruxelles ont obtenu une accréditation niveau Platine avec Accréditation Canada International (ACI). Plutôt que de répéter le processus cette année, la direction a choisi une autre voie. Jean Stoefs, directeur Qualité à Saint-Luc, nous éclaire sur le raisonnement suivi.

« Le renouvellement de l'accréditation ACI arrivait en fin de crise COVID et nous nous sommes interrogés. L'évolution du référentiel ACI (vers sa version 4) et la mise en place de notre nouveau dossier informatisé nécessitaient de revisiter de nombreuses procédures. Réaliser ce travail, parfois laborieux, dans un contexte d'épuisement professionnel de certains métiers et de perte de sens ne nous a pas semblé la voie la plus constructive. L'enjeu selon nous était de remettre du sens dans les pratiques, tout en gardant celles-ci alignées avec les meilleures pratiques internationales. Nous nous sommes alors engagés dans la construction de notre "modèle qualité institutionnel", qui s'appuie sur tous les éléments mis en place grâce à l'accréditation et qui les formalise dans un "référentiel qualité" interne, construit avec nos collègues. Cette réflexion a été facilitée par le premier processus d'accréditation. Sans lui, nous n'aurions probablement pas eu la maturité nécessaire et les éléments essentiels pour élaborer un système de qualité fonctionnel. Nous avions le sentiment que le système était suffisamment mature (réunions mensuelles du Comité Qualité avec

la direction, revue systématique des événements indésirables…) et qu'il était surtout nécessaire que chacun se l'approprie davantage plutôt que de le faire reconnaître une fois de plus par l'extérieur. Nous avons donc finalement décidé de modifier notre approche, soutenus par notre conseil d'administration.»

La création du référentiel propre

«En 2022, nous avons instauré un processus participatif pour demander aux collaborateurs leur définition de la qualité des soins.» Une dizaine de dimensions ont été déterminées dans des focus groups, qui ont réuni une centaine de collaborateurs de tous horizons. Chaque dimension comprend une cinquantaine de thématiques (administration du médicament, gestion du patient fragile, prévention des chutes, identitovigilance*, etc.). On y retrouve tous les grands thèmes de l'OMS ou des référentiels d'accréditation, mais adaptés au contexte de Saint-Luc. «Le processus participatif a permis de mettre davantage l'accent sur certaines thématiques qui nous semblaient importantes (par exemple la nutrition ou la qualité de l'accueil et de la relation avec les patients).»
Pour chaque thématique, un groupe de travail, comprenant personnel de terrain et experts, a été mis en place. Leur mission est de définir les «bonnes pratiques» (10-15 par thématique), des instructions très concrètes à destination du personnel pour faire vivre la qualité sur le sujet, et de revoir toutes les procédures liées. L'objectif étant d'atteindre au minimum le niveau des standards internationaux.
«Le travail avance bien et, début 2024, nous disposerons d'une sorte de "super manuel qualité" détaillant notre vision de la qualité, les grandes procédures et les bonnes pratiques. À la différence d'un référentiel d'accréditation, les exigences ne sont pas génériques mais spécifiques à notre institution et à ses modes de fonctionnement, ce qui facilite l'adhésion du personnel. Les bonnes pratiques reflètent le travail tel qu'il est réalisé par notre personnel de terrain, avec leurs outils et leur vocabulaire habituels. Cependant, il ne suffit pas d'avoir un référentiel, il faut aussi mettre en place la structure pour auditer et analyser les événements indésirables, revoir les procédures s'il le faut. C'est pour cela que nous parlons de "modèle qualité": il désigne l'ensemble des activités qui nous permettent de garantir des soins de qualité et de faire évoluer nos pratiques de façon continue.»

**L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'usager afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge.*

Les accréditations spécialisées

En plus de l'accréditation institutionnelle, un hôpital peut aussi obtenir des accréditations (certifications ou agréments) spécialisées. Elles s'appliquent à un ou plusieurs services. «Par exemple, notre service d'hématologie qui fait des greffes, a une accréditation internationale qui s'appelle JACIE. Sans cette accréditation, le service ne peut pas réaliser et facturer certains actes. Nous avons aussi un centre de traumatologie niveau 1, pour les patients polytraumatisés. Toutes ces activités nécessitent des accréditations, certifications ou agréments particuliers. Nous en avons 31 à Saint-Luc, avec à chaque fois un système qualité propre, mais qui ne concerne qu'un nombre limité de services.»
Une accréditation spécialisée peut être obtenue via un organisme national ou international. Elles ont largement précédé l'accréditation institutionnelle et la démarche évolue vers de plus en plus de certifications spécialisées chaque année.

Le classement de Newsweek

Cette année encore, les Cliniques universitaires Saint-Luc sont classées parmi les 250 meilleurs hôpitaux

DOCTEUR, VOUS CHERCHEZ UNE BONNE SECRETAIRE ?



Notre école, le
CENTRE DE CULTURE ET DE FORMATION, (C.C.F)
est spécialisée dans la formation de secrétaires médicales.

Gratuitement,
nous aidons nos élèves diplômées à trouver un emploi.

Gratuitement,
partout en Belgique, nous pouvons vous aider à trouver votre secrétaire.
Que vous la souhaitiez bilingue ou non, à temps complet ou partiel, n'hésitez pas à nous téléphoner ou à nous écrire.

CENTRE DE CULTURE ET DE FORMATION

Bd du Souverain, 198 - 1160 Bruxelles - tel : 02/ 673 35 57
www.culture-formation.be

Début 2024, nous disposerons d'une sorte de «super manuel qualité» détaillant notre vision de la qualité, les grandes procédures et les bonnes pratiques

au monde selon le magazine américain Newsweek, avec 4 autres hôpitaux belges. Bien que pour Jean Stoefs ce soit réjouissant pour la Belgique d'avoir autant d'hôpitaux sur cette liste, «nous considérons cela comme un signe de qualité parmi d'autres. La méthodologie de ce classement se base principalement sur la recommandation de personnes interviewées, partout dans le monde».
Depuis cette année, Newsweek/Statista intègre la notion de qualité au travers des PROMs (Patient Reported Outcome Mesures). Pour un hôpital, il s'agit de récolter les questionnaires patients avant et après une intervention/hospitalisation, et de les utiliser pour améliorer la qualité. La mesure des résultats cliniques rapportés par le patient est finalement la mesure ultime de la qualité, ce qu'une accréditation qui s'intéresse aux processus ne va pas mesurer.

Mesurer les outcomes

Dans les prochaines années, le but est de continuer à travailler sur la mesure des résultats cliniques (les outcomes) pour déterminer si les patients ont une meilleure survie ou une meilleure qualité de vie, sans pour autant comparer les résultats des différents hôpitaux ou établir un ranking. «J'ai l'impression que la population n'est pas encore tout à fait prête à interpréter ces résultats et que le corps médical n'est pas tout à fait prêt à les montrer. Selon moi, l'enjeu est que chaque hôpital commence d'abord à mesurer et utiliser ces mesures en interne pour s'améliorer. Par exemple en identifiant quel trajet de soins donne de meilleurs résultats. Ensuite, participer à un benchmark avec plusieurs centres internationaux permet de dire que les résultats de l'hôpital sont meilleurs ou pas que la moyenne. En connaître les raisons permettra d'améliorer la qualité, les moins bons apprenant des meilleurs.»

Un enjeu futur?

Le ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, a lancé une étude (UCLouvain et KU Leuven) pour intégrer des indicateurs de qualité (infections et mortalité intra-hospitalière) dans le financement P4P (Pay for Performance). Il est en effet possible de calculer pour chaque catégorie de maladies (APR-DRG) la mortalité dans l'hôpital et de vérifier si elle est au niveau attendu, supérieure ou inférieure (méthode HSMR). Cela donnera une bonne idée de la performance de chaque hôpital par rapport aux autres. Ces indicateurs pourraient paraître en 2024 et vont dans le sens de la transparence sur la qualité.
Aujourd'hui, le montant attribué pour être accrédité dans le P4P est très faible par rapport au coût et ne couvre même pas les frais d'accréditation. À l'heure actuelle, l'enjeu d'une accréditation n'est donc pas financier.

En conclusion

«La qualité des soins reste un processus d'amélioration continue qui progresse au fil du temps. En 2016-2020, nous avons travaillé sur l'accréditation pour mettre en pratique les normes. Maintenant, nous pérennisons, pour que les bonnes idées instaurées avec l'accréditation restent sur le terrain, tout en élaguant ce qui n'est pas/plus pertinent ou en renforçant certains accents. La troisième étape sera de renforcer le travail sur les outcomes. Une fois que les processus de l'hôpital sont rôdés, ce sont les résultats cliniques atteints qui importent. L'accréditation est un outil, pas une fin en soi», conclut Jean Stoefs.

Het kwaliteitsmodel van de Cliniques universitaires Saint-Luc

Eerder dan te kiezen voor een volgend accreditatietraject met Accréditation Canada International (ACI), hebben de Cliniques universitaires Saint-Luc stappen gezet om een eigen kwaliteitsmodel op poten te zetten. Jean Stoefs, directeur Kwaliteit in Saint-Luc, legt uit wat de redenering was en hoe dat in zijn werk is gegaan. Na een bevraging van de medewerkers over hun definitie van kwaliteit, werden thema's geïdentificeerd. Voor elk thema werden zeer concrete instructies uitgeschreven om kwaliteit zichtbaar te maken, en alle procedures daaraan gelinkt werden herzien. Begin 2024 moet dit 'superhandboek' kwaliteit klaar zijn.



Le refus de soins et ses implications

Le droit à l'autodétermination signifie que les patients peuvent refuser d'être soignés. La loi sur les droits des patients stipule que « *le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement pour une intervention* ». Ce droit s'applique à condition que le patient soit informé de tous les risques considérés comme pertinents pour pouvoir prendre une décision de refus en connaissance de cause. Notre article détaille les implications de ce droit de refus dans différents types de situation auxquels le prestataire de soins peut être confronté.

Le « refus éclairé »

Ce « refus éclairé » est contraignant pour le prestataire de soins, même lorsque le traitement est utile ou qu'il permet de sauver la vie. Le prestataire de soins ne peut pas ignorer la décision de refus simplement parce qu'il estime que la décision semble incorrecte d'un point de vue médical. En outre, **tout traitement du patient sans son consentement constitue une atteinte à l'intégrité physique et donc un délit**. Tout ce que le prestataire de soins peut faire, c'est essayer de persuader le patient, mais sans faire pression sur lui. S'il n'y parvient pas, il ne peut pas être blâmé par le patient par la suite.

La décision de refus n'implique pas que le patient perd le droit à une prestation de qualité. Par conséquent, le prestataire de soins est **toujours tenu de poursuivre les soins d'urgence** visant à soulager la **douleur**, les **soins palliatifs** ou les **soins d'hygiène**.

Quelles implications en cas d'urgence et tentatives de suicide ?

La doctrine considère que, bien qu'un médecin doit aider un patient en grand danger, l'article *422bis* du code pénal (cf. l'omission coupable) n'oblige pas le médecin à soigner un patient qui résiste. Selon la doctrine, même dans le contexte d'une tentative de suicide initiée, le prestataire de soins doit respecter le refus de soins et n'a pas le droit d'exécuter le traitement contre la volonté du patient.

Toutefois, la loi sur les droits des patients prévoit que « *lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient* ».

Par conséquent, si la décision de refus ou la capacité du patient n'est pas connue ou claire, il est permis d'effectuer l'acte nécessaire. **En cas de doute, il convient d'agir dans l'intérêt de la vie, même en cas de tentative de suicide**.

Qu'en est-il des soins dits "concordants" ?

Les patients peuvent également refuser des soins pour des autres raisons, par exemple lorsqu'ils souhaitent être traités uniquement par des prestataires de soins du même sexe ou de la même religion (soins dits « concordants »).

Il ressort des avis de l'Ordre des médecins et de la jurisprudence que la demande du patient doit en principe être satisfaite. Mais le libre choix des médecins n'est pas illimité et l'organisation des services d'attente et d'urgence ne peut dépendre de critères sans rapport avec sa compétence professionnelle.

Si, dans une telle situation, un patient refuse les soins du prestataire disponible, il convient **d'essayer, dans les limites du possible, de fournir des soins de qualité, notamment en cas de danger de mort**.

Peut-on refuser des traitements médicalement futiles ?

Un prestataire de soins a également le droit (dans les cas non urgents) de mettre fin à un (accord de) traitement. Cela soulève la question de savoir si les prestataires de soins peuvent refuser de fournir des soins en raison de la futilité médicale (dits « décisions de non-traitement »). La réponse à cette question n'est pas simple.

Il n'y a généralement **pas de consensus pour déterminer si un traitement est utile**. L'évaluation de la qualité de vie est un jugement de valeur. Il est donc défendu que le prestataire de soins n'a le **droit de refuser de traiter que dans les cas de traitements *physiologiquement* futiles** (étant les traitements qui n'ont plus d'effets thérapeutiques).

Dans le cas d'un traitement médical ***quantitativement* ou *qualitativement* futile** (c.-à-d. respectivement les traitements qui peuvent encore avoir un effet thérapeutique mais dont le taux de réussite est très faible et les traitements qui ont un effet thérapeutique mais dont l'effet est discutable), le **droit de décision appartient au patient** (ou au représentant du patient). Le prestataire de soins doit dès lors respecter la décision.

En vertu de sa liberté de conscience et contractuelle, un prestataire de soins ne peut en principe pas être contraint d'effectuer ce qu'il considère comme un traitement qualitativement futile. Il a le droit de résilier l'accord de traitement dans des situations non urgentes.

Dans une situation de danger où l'obligation de fournir des soins au patient est avérée, le prestataire de soins sera néanmoins obligé d'entamer le traitement médical, même s'il le considère lui-même comme futile. En cas de conflit, il peut agir dans l'intérêt du patient "incapable", comme prévu par la loi.

Conclusion

Le droit à l'autodétermination signifie que les patients peuvent refuser d'être soignés. Cette décision est contraignante pour le prestataire de soins, même lorsqu'il s'agit d'un traitement utile. Il demeure néanmoins une exception : des situations d'urgence où il convient d'agir dans l'intérêt de la vie.

Découvrez l'article sur :

www.amma.be/fr/gestiondesrisquesmedicaux

Vous souhaitez plus d'informations sur le sujet ? Contactez Olga Apaligan | T.: 02/274.53.73 | olga.apaligan@amma.be
Vous souhaitez plus d'informations sur nos assurances ? Contactez AMMA Assurances | T.: 02/209.02.21 | consult@amma.be

IMPACT D'UNE ACCRÉDITATION SUR L'HÔPITAL

LE DIAMANT POUR LE CHWAPI



Delphine Uyttendaele
Coordinatrice de l'amélioration continue dans les soins, CHwapi



Dr Gilles Moreau
Spécialiste en réadaptation cardio-pulmonaire et membre du comité d'amélioration continue, CHwapi



Brigitte Dubois
Responsable du département Pharmacie, CHwapi

www.chwapi.be

En 2013, le Gouvernement wallon a établi un nouveau «Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers». En 2015-2016, une des priorités était de «préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation». Trois ans plus tard, en juin 2019, le CHwapi (Centre Hospitalier de Wallonie picarde) à Tournai obtenait le niveau Platine de Accréditation Canada International (ACI). Aujourd'hui, c'est le plus haut niveau, le Diamant, qui est affiché à l'entrée.



© Chwapi

Au CHwapi, dans ce contexte d'accréditation, Delphine Uyttendaele décrit son rôle en tant que coordinatrice de l'amélioration continue dans les soins: «Il s'agit de coordonner la démarche d'accréditation pour véhiculer des bonnes pratiques en termes de qualité et de sécurité. Nous considérons l'accréditation comme un outil pour booster la culture d'amélioration continue au sein de notre institution».

L'historique

En 2017, le CHwapi se fait accompagner par un organisme extérieur d'accréditation – en l'occurrence Accréditation Canada International (ACI) – afin de développer la culture d'amélioration continue à l'intérieur de l'institution et d'augmenter la qualité et la sécurité des services offerts. L'objectif est d'obtenir un label démontrant la volonté de s'inscrire dans cette démarche. L'hôpital obtient un premier label de niveau Platine et un second contrat conduit à l'obtention du label Diamant en mars 2023. «Le premier cycle, jusqu'en juin 2019, a permis aux équipes d'appréhender cette méthodologie, de comprendre les critères, de mettre en place toutes les procédures, les politiques, etc. pour arriver à instaurer un socle d'amélioration continue. En entamant le deuxième cycle, nous avions une plus grande maîtrise des attendus pour obtenir le label, avec la volonté de consolider le socle déjà acquis, mais aussi d'aller plus loin, d'ajouter en quelque sorte la cerise sur le gâteau, avec les critères Diamant.»



Un bâton dans les roues?

«Au moment de nous lancer dans le deuxième contrat, nous ignorions que nous allions vivre 2 années de crise COVID. Il était nécessaire de mobiliser l'hôpital pour chercher un label et, en même temps, de réagir à la crise sanitaire avec les différentes vagues, et cette réorganisation perpétuelle dans nos services. Cependant, les équipes ont directement mis en avant la force de la première démarche d'accréditation. Elle a permis de se remettre en question rapidement afin de corriger et d'améliorer nos processus. Elle nous a aidés dans la réflexion pour prendre les décisions qui s'imposaient dans le cadre de la crise. Que ce soit dans l'ouverture/fermeture de services, mais aussi pour réécrire une procédure rapidement, mettre en place un plan adéquat pour des secteurs spécifiques. Cela a donc laissé des traces positives et une maturité au niveau de nos équipes.»

Changer son fusil d'épaule

Toutefois, après avoir surmonté la crise sanitaire, en partie grâce aux bénéfices du premier cycle, en 2022 le contrôle pour le deuxième cycle approche à grands pas. Pour réinciter les équipes fatiguées à se préparer à cette visite, il fallait garder du sens dans la démarche. «Nous leur avons alors demandé de travailler les critères qu'elles estimaient avoir le plus de valeur ajoutée pour le patient et pour elles-mêmes, sans se soucier du fait que ce soit pour un certain niveau d'accréditation en particulier. Les choses se sont faites de façon plus naturelle avec moins de contraintes que celles vécues lors du premier cycle.» Par exemple: un infirmier, intrigué par le fait que certaines personnes quittaient la salle d'attente des Urgences avant d'être vues, a proposé d'en examiner les raisons et de trouver une solution, bien que ce soit un critère du niveau Diamant. «Comme nous ne savions pas ce qui motivait ces patients, nous avons demandé à l'accueil, lorsqu'ils annonçaient leur départ, de leur poser quelques questions sur leurs raisons. Et, en fonction des réponses, par exemple un temps d'attente plus long que prévu, des solutions d'amélioration ont été fixées. Pour l'infirmier, c'était important. Et travailler de cette manière a donné plus de sens aux équipes.»

De plus, un comité d'amélioration continue (une fusion du comité qualité et sécurité, et du comité accréditation) a été mis en place, la finalité étant l'amélioration continue et pas l'accréditation ou le label en soi. Dans ce comité d'amélioration continue, chaque membre pilote un référentiel (un livre de référence de ACI), avec une équipe de référents, accompagnés par des coachs. Ils sont parvenus à s'approprier le référentiel et à mettre tout en œuvre pour faire respecter les critères demandés pour la visite de vérification (audit). Le niveau d'accompagnement a été relativement fructueux, notamment auprès des nouvelles recrues.

L'enjeu de demain

Il importe maintenant de continuer à faire vivre les outils mis en

Nous considérons l'accréditation comme un outil pour booster la culture d'amélioration continue au sein de notre institution

place et de garder en permanence la capacité des collaborateurs de se remettre en question, d'auto-évaluer leur fonctionnement, de se former, de se demander si telle pratique a réellement de la valeur pour les patients et pour eux-mêmes. Cette évaluation continue se fera «par un management soutenant dans cette dynamique, poussant en permanence les gens à rester en veille et explorer leur possibilité d'améliorer leur flux. L'aspect culturel va surtout être traduit à travers le leadership et le management qui va continuer à accompagner le terrain. Au-delà de l'accompagnement de nos équipes, il y a des audits qui permettent de voir si les pratiques continuent à être suivies, des garde-fous à travers nos indicateurs et nos procédures pour savoir là où il faut corriger. Chaque événement qui se produit se doit d'être une opportunité de réflexion sur ce qui a été mis en place. Un prochain audit sera envisagé lorsque nous serons rassemblés sur le site unique», conclut Delphine Uyttendaele.

Le vécu du médecin

Le Dr Gilles Moreau, spécialiste en réadaptation cardio-pulmonaire et membre du comité d'amélioration continue, évoque sa perception du trajet d'accréditation. «En 2017, j'étais relativement nouveau dans le processus hospitalier même. Au début, j'ai trouvé les démarches un peu abstraites, mais elles ont eu essentiellement deux retombées positives pour moi. D'une part, le fait que les choses ont été balisées, éclaircies, documentées, décrites dans des procédures. D'autre part, nous avons dû travailler en équipe pour réaliser tout cela, ce qui a permis de brasser pas mal de gens dans l'hôpital et de se mettre en contact. Le réseau qui a été formé ainsi a été une expérience très positive. Comme je travaille en indépendant dans l'hôpital, les réunions sont des collaborations consenties plus que des obligations. Le soignant peut le vivre différemment. Ceci dit, il y a eu des réunions de brainstorming très agréables, par exemple, la conception d'une charte éthique lors du premier cycle. Comme le travail est organisé en petits comités, en petits groupes, la charge n'est pas énorme pour la plupart des intervenants.»



© Chwapi

Un des axes importants pour le Dr Moreau est le projet «classe thérapeutique» avec le patient, la famille et le médecin, qui est désormais beaucoup plus institutionnalisé, en grande partie grâce à l'accréditation. «Au début, quand je suis arrivé, beaucoup de cas étaient juste classés NTBR sans être plus étoffés. Quand nous avions un patient dans ce cas, il fallait prendre seul des décisions. C'est un des points à améliorer encore, mais les mœurs ont changé.» Idem pour le patient partenaire qui est davantage au centre des soins, de sa propre décision. Les soins ont évolué d'une médecine plus patriarchale vers une médecine plus participative. Une culture avec plus de recul sur ses pratiques est une bonne évolution vers l'objectif d'amélioration de la qualité des soins.»
«Les aspects visibles de l'accréditation sont, entre autres, le développement de l'offre de formation, de nouvelles collaborations avec des partenaires externes, des changements logistiques, des portes de locaux de soins et de pharmacie plus sécurisées et l'organisation des médicaments plus restrictive.
«Je me doutais bien que notre comité d'amélioration continue allait persister car la volonté de garder le focus sur l'amélioration continue est bien présente.»

Au niveau de la pharmacie hospitalière

La démarche d'accréditation pour obtenir un label permet d'améliorer de manière continue et structurelle les process dans le département pharmacie et, de façon plus générale, au niveau du circuit du médicament, comme nous l'explique Brigitte Dubois, responsable de ce département. «Cela nous oblige à harmoniser nos processus. Toutes nos procédures sont revues. Elles sont également auditées pour s'assurer qu'elles sont connues, appliquées et mises à jour pour s'adapter au terrain, en lien avec notre organisation et nos moyens.»
De plus, la démarche à suivre a été vécue comme un levier pour favoriser les collaborations interdisciplinaires et prendre le temps de se réunir pour en discuter. Il a ainsi été possible de mieux communiquer sur les obligations, légales ou organisationnelles, de la pharmacie et les difficultés rencontrées dans le cas de critères multidisciplinaires nécessitant l'implication d'autres départements.
Toutes les mesures imposées l'ont été à la suite d'un consensus en amont. La législation est importante dans le domaine pharma-

Accréditation spécialisée pour la Chirurgie du Rachis

Le CHwapi vient d'être accrédité comme Centre d'Excellence pour la Chirurgie du Rachis (Spinal Surgery Center of Excellence – SSCoE) d'après EUROSPINE, la société scientifique européenne du rachis.

Cette année, il y a exactement 30 ans que les hôpitaux du Hainaut occidental ont décidé de mutualiser les moyens pour créer un service de neurochirurgie performant à la Dorcas. Celui-ci a été lancé par le Dr Gérald Lozes. En 2016, la neurochirurgie a emménagé dans le nouveau bloc opératoire du site Union et 1 million d'euros a été investi pour un matériel up to date. Aujourd'hui, les chirurgiens du CHwapi disposent du système d'imagerie chirurgicale peropératoire 2D/3D O-ARM associé à une navigation des instruments et des implants (qui augmente la précision de la chirurgie et évite l'irradiation du personnel de la salle d'opération) ainsi que d'un système de caméra orbitale ORBEYE, appareillage de nouvelle génération pour la microchirurgie.
Pendant la visite, l'organisme d'accréditation allemand CERT iQ a audité toutes les parties prenantes dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients de la Spine Unit, sous l'angle de la qualité et du suivi. L'accréditation est une récompense pour l'ensemble des équipes mobilisées par cette approche thérapeutique: médecine physique, algologie, radiologie, unité de soins, bloc opératoire, secrétariats, orthopédie, urgences, soins intensifs, infectiologie, etc.



© Chwapi

> Chaque événement qui se produit se doit d'être une opportunité de réflexion sur ce qui a été mis en place

ceutique et elle doit rester appliquée. Grâce à une ouverture d'esprit et en écoutant les problématiques du terrain, il a été possible d'adapter, à un certain moment, les processus pour répondre à la législation, tout en suivant le référentiel de l'accréditation.

Augmenter le taux de critères validés

Chaque pharmacien a été désigné responsable d'un nombre de critères significatifs du référentiel gestion du médicament. «Il devait les suivre et apporter des solutions ou mettre en place des procédures ou prendre des mesures, et ce, en association avec les autres collaborateurs concernés. Le chef de service de la pharmacie et le pharmacien qualité s'assuraient de la cohérence et servaient de levier lorsqu'il y avait des difficultés.» Par ailleurs, une communication régulière avec les équipes était aussi mise en place, «c'est-à-dire une communication sur l'avancée et les évolutions positives ainsi que des échanges sur les points d'amélioration vers tous les membres de l'équipe. Nous essayons de voir avec eux ce qu'il était requis de mettre en place pour améliorer les résultats des audits. Au lieu d'être imposée, une procédure est partagée par les collaborateurs impliqués afin de trouver le meilleur compromis et de favoriser l'adhésion des équipes infirmières, médicales et de la pharmacie».

Le côté post accréditation

L'accréditation est un levier pour améliorer la démarche qualité: elle vise à ce que celle-ci fasse partie au quotidien de l'ADN de chaque collaborateur. Afin d'y arriver, il est important de continuer à donner du sens et donc de bien expliquer l'intérêt du changement d'un processus à tous les intervenants du circuit du médicament (ce qui intègre également les services support comme la logistique ou le nettoyage) pour garantir la satisfaction des patients et la qualité des soins.
«Au niveau de la pharmacie, pour maintenir la qualité, il faut continuer à mesurer, maintenir les audits sur les différentes étapes du circuit du médicament qui va de la prescription à la tarification. Nous avons une démarche maintenant bien intégrée qui se poursuit avec l'analyse de tous les événements indésirables au sein du circuit du médicament. Il y a également une analyse des résultats des enquêtes de satisfaction – patient et collaborateur – pour continuer de répondre aux attentes de tous.»
En mesurant, on se rend également compte de ce qui fonctionne ou non. Cela permet de mettre en place des actions pour améliorer la qualité et la sécurité (formations, sensibilisation, révision des procédures, etc.), ce qui implique une charge de travail et la nécessité de définir ou revoir si besoin les priorités. «Nous allons bien sûr maintenir les échanges interdisciplinaires pour garder la cohérence entre procédure et réalité du terrain. Cela veut dire que la pharmacie sortira davantage de ses murs pour s'intégrer de manière encore beaucoup plus structurelle dans les unités de soins. D'autre part, parce que je crois que c'est un levier important dans l'amélioration continue de la qualité, il est impératif de poursuivre son investissement dans le développement innovant – que ce soit dans les processus d'automatisation ou de digitalisation – car notre objectif est de libérer du temps pour des activités à plus forte valeur ajoutée, ce qui nous permettra d'avoir encore un meilleur suivi de la qualité des soins», précise Brigitte Dubois.

Accreditatielabel Diamant voor het CHwapi

Drie jaar na het accreditatieniveau Platinum bereikte het Centre Hospitalier de Wallonie picarde (CHwapi) in Doornik het hoogst bereikbare niveau bij Accréditation Canada International (ACI): Diamant. In de COVID-periode heeft het doorlopen van het eerste accreditatietraject hen geen windeieren gelegd. Om de motivatie voor een tweede traject onmiddellijk daarna hoog te houden, werd het geweer van schouder veranderd. Aan het personeel werd gevraagd om aan die criteria te werken waarvan ze vonden dat die een meerwaarde hadden voor de patiënten en voor henzelf, zonder naar een welbepaald accreditatieniveau toe te werken. Daardoor is dit traject op een meer natuurlijke wijze verlopen, met minder belasting dan tijdens de eerste cyclus.



Zorgweigering en zijn implicaties

Het recht op zelfbeschikking houdt in dat patiënten in principe, en om welke reden dan ook, mogen weigeren om verzorgd te worden. De Wet Patiëntenrechten stipuleert dat "*de patiënt het recht heeft om de toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken*", op voorwaarde dat de patiënt wordt geïnformeerd over alle risico's die als relevant kunnen beschouwd worden om een overwogen weigeringsbeslissing te kunnen nemen. Ons artikel beschrijft de implicaties van dit weigeringsrecht in verschillende soorten situaties waarmee zorgverleners te maken kunnen krijgen.

De "geïnformeerde weigering"

Deze "geïnformeerde weigering" is bindend voor de zorgverlener, ook wanneer het een zinvolle of levensreddende behandeling betreft. De zorgverlener mag de weigeringsbeslissing niet zomaar naast zich neerleggen omdat hij van mening is dat de beslissing vanuit medisch oogpunt onjuist lijkt. Meer zelfs, **elke behandeling van de patiënt zonder diens toestemming betreft een aantasting van de fysieke integriteit en dus een misdrijf**. Het enige wat de zorgverlener kan doen is de patiënt trachten te overreden, zonder hem echter onder druk te zetten. Slaagt de zorgverlener hier niet in, dan kan dit hem achteraf niet door de patiënt of diens familie worden verweten.

De weigeringsbeslissing houdt echter niet in dat de patiënt geen recht meer heeft op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking, zodat de zorgverlener er wel nog toe gehouden is de **noodzakelijke pijnbestrijdende, palliatieve of hygiënische verzorging** voort te zetten.

Welke implicaties inzake spoedgevallen en zelfdodingspogingen?

In de rechtsleer wordt overwogen dat, alhoewel een arts een patiënt die in groot gevaar verkeert dient te helpen, artikel *422bis* Sw. (schuldig hulpverzuim) een arts niet verplicht een patiënt te behandelen die zich daartegen verzet. Ingevolge het bovenstaande wordt gesteld dat ook in het kader van een aangevatte zelfdodingspoging de zorgverlener de zorgweigering dient te respecteren en niet het recht heeft om de behandeling tegen de wil van de patiënt uit te voeren.

De Wet Patiëntenrechten laat evenwel toe dat "*wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt, iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt gebeurt*".

Indien de weigeringsbeslissing of de wilsbekwaamheid van de patiënt niet gekend of niet duidelijk is, is het in spoedeisende situaties derhalve toegelaten om de noodzakelijke handeling te stellen. **Bij twijfel dient derhalve in het voordeel van het leven te worden gehandeld en geldt de hulpverleningsplicht onverminderd, ook bij zelfdodingspogingen**. Indien het om een voornemen tot zelfdodingspoging gaat, kan de zorgverlener slechts trachten om de patiënt van zijn voornemen af te brengen, en de politie te verwittigen.

Wat met de zogenaamde "concordante zorg"?

Patiënten kunnen ook zorg weigeren omwille van andere redenen, bijvoorbeeld omdat zij wel wensen behandeld te worden, maar enkel door zorgverleners van hetzelfde geslacht, dezelfde religie of dezelfde etnische afkomst (de zgn. "concordante zorg").

Uit de adviezen van de Orde der Artsen en de rechtspraak volgt dat dit in principe dient te worden ingewilligd, doch de vrije artsenkeuze niet onbeperkt is en de organisatie van wacht- en urgentiediensten niet afhankelijk kunnen zijn van criteria die geen verband houden met de professionele bekwaamheid van de zorgverlener.

Indien een patiënt in een dergelijke situatie zorg van de (beschikbare) zorgverlener weigert, dient binnen **de perken van het mogelijke toch geprobeerd te worden om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken, in het bijzonder in het geval van levensgevaar.**

Kan men medisch zinloze behandelingen weigeren?

De zorgverlener heeft eveneens het recht om (in niet spoedeisende gevallen) een einde te stellen aan de behandeling(sovereenkomst). De vraag stelt zich daarbij of zorgverleners mogen weigeren om zorg te verstrekken wegens medische zinloosheid (de zogenaamde 'niet-behandelbeslissingen'). Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig.

Nu er veelal **geen consensus is over de vraag wanneer een behandeling zinvol is** en de beoordeling van de levenskwaliteit een waardeoordeel betreft, wordt verdedigd dat **slechts in gevallen van *fysiologisch* zinloze behandelingen** (d.i. behandelingen die geen enkel therapeutisch effect hebben) de zorgverlener het beslissingsrecht heeft om het aanvatten of verderzetten van de behandeling te weigeren.

In het geval van een ***kwantitatief* of *kwalitatief* zinloze medische behandeling** (d.i. behandelingen die wel een therapeutisch effect kunnen hebben maar waarvan de succesratio zeer laag is, respectievelijk behandelingen die wel een therapeutisch effect hebben maar waarbij in vraag gesteld wordt of het effect wel voldoende is) **ligt het beslissingsrecht bij de patiënt** (of diens vertegenwoordiger), wiens beslissing de zorgverlener dient te respecteren.

Alhoewel een zorgverlener, ingevolge zijn gewetens- en contractuele vrijheid, in principe niet kan gedwongen worden om een naar zijn oordeel kwalitatief zinloze behandeling uit te voeren en het recht heeft om in niet urgente situaties de behandelingsovereenkomst stop te zetten, zal de zorgverlener in een gevaarssituatie, waarin de zorgverlener verplicht is om aan de patiënt in groot fysiek gevaar zorg te verstrekken, gehouden zijn de medische behandeling in te stellen, ook al is hij zelf van oordeel dat deze zinloos is. Bij conflict kan de zorgverlener overeenkomstig de wet in het belang van de "wilsonbekwame" patiënt kan handelen.

Besluit

Het recht op zelfbeschikking houdt in dat patiënten mogen weigeren om verzorgd te worden. Deze beslissing is bindend voor de zorgverlener, ook wanneer het een zinvolle of levensreddende behandeling betreft. Er bestaat nochtans een uitzondering: spoedeisende situaties waarbij in het voordeel van het leven wordt gehandeld.

Ontdek het artikel ook op:
www.amma.be/nl/medischrisicobeheer

Wenst u meer informatie over dit onderwerp? Neem contact op met Olga Apaligan | T.: 02/274.53.73 | olga.apaligan@amma.be
Wenst u meer informatie over onze verzekeringen? Neem contact op met AMMA Verzekeringen | T.: 02/209 02 21 | consult@amma.be

BESTE ZIEKENHUIZEN WERELDWIJD

UZ LEUVEN: BLIJ MAAR MET NUANCE



Voor het vijfde jaar op rij hebben het Amerikaanse magazine Newsweek en het dataplatform Statista een lijst opgesteld van World's Best Hospitals. UZ Gasthuisberg (KU Leuven) staat als eerste Belgische ziekenhuis op positie 48, gevolgd door UZ Gent op positie 123, Hôpital Erasme (ULB) op plaats 146, en tot slot, Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL Louvain) op plaats 200. De andere Belgische ziekenhuizen vallen buiten de top 250.

Meer dan 2300 ziekenhuis in 28 landen kwamen op de lijst terecht. Voor de eerste keer werd een top 250 van algemene ziekenhuis opgesteld. De beste ziekenhuizen per land werden eveneens opgelijst, en per land daarbij nog een lijst van de beste gespecialiseerde ziekenhuizen. Het is de bedoeling van de opstellers om de reputatie en de prestaties van de ziekenhuizen over de landsgrenzen heen te vergelijken. Dit jaar werd een nieuw element toegevoegd in het scoremodel, de PROMs (Patient's Reported Outcome Mesures), enquêtes die ziekenhuizen uitvoeren bij patiënten om hun perceptie te meten van welzijn en levenskwaliteit voor en na een hospitalisatie. De top 3 is Amerikaans, hoe kan het anders: Mayo Clinic Rochester, Cleveland Clinic, Massachusetts General Hospitals in Boston. Het eerste Europese ziekenhuis is het Karolinska Universitair ziekenhuis in Zweden (Solna).

Onderhevig aan bias

Prof. dr. Dirk De Ridder, directeur Kwaliteit UZ Leuven en directeur strategie Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, is blij met hun plaats in de ranking maar nuanceert ook.

"De resultaten zijn uiteraard een opsteker voor ons eigen kwaliteitsbeleid, voor onze medewerkers die dagdagelijks bijdragen aan de kwaliteit en de reputatie van ons ziekenhuis en deze resultaten zijn vertrouwenswekkend voor de patiënten en hun naasten die beroep willen doen op de diensten van UZ Leuven. Maar enige nuance is noodzakelijk."

"De methodologie die Newsweek gebruikt, wordt continu verbeterd, maar blijft onderhevig aan een zekere bias. Zo is 49% van de score gebaseerd op aanbeveling en inschatting van de reputatie van het betrokken ziekenhuis door artsen uit het eigen land. 5% van de score is gebaseerd op aanbeveling en inschatting van de reputatie van het betrokken ziekenhuis door artsen uit het buitenland. Die inschatting van de reputatie van een ziekenhuis is enigszins subjectief."


© stock.adobe.com

tieve cijfers beschikt omtrent patiëntenervaringen, kwaliteitsdata enz. is dus zeer moeilijk en wetenschappelijk weinig betrouwbaar. De Belgische data hieromtrent zijn onvoldoende om een gefundeerde internationale vergelijking mogelijk te maken en het verbeteren van de Belgische data zou dus een doel moeten zijn voor de overheidsdiensten die hiervoor verantwoordelijk zijn."
"Samengevat zijn we uiteraard blij met ons resultaat, maar zijn we ons zeer bewust van de relativiteit van de gebruikte methodologie. Newsweek verbetert ieder jaar de gebruikte methodologie en we hopen dat de Belgische overheden er zullen in slagen om progressief betere data ter beschikking te stellen, zodat onze ziekenhuizen op een meer objectieve manier kunnen vergeleken worden met onze internationale collega's."

https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023

Nood aan officiële data

14,5% van de score is gebaseerd op patiëntenervaringen, maar gezien er voor België geen officiële data beschikbaar zijn, gebruikt men hiervoor Google Star Rating als alternatief. Dit is een beoordelingssysteem gebruikt door Google om de prestaties van een bedrijf te bepalen op basis van klantervaringen (reviews). Het gaat van 1 tot 5 sterren, waarbij 5 de beste score is. Bij de berekening wordt een gemiddelde van de reviews gehanteerd.
"Ook voor de kwaliteitsgegevens van een ziekenhuis waren voor België geen data beschikbaar en wordt dus eveneens de Google Star Rating gebruikt", gaat prof. De Ridder verder. "Gezien deze minder betrouwbaar is, wordt het gewicht van deze subscores in de totale score dan ook gereduceerd. Dit betekent voor de Belgische ziekenhuizen dat de uiteindelijke score voor meer dan 70% berust op inschattingen van de reputatie van een ziekenhuis door artsen, gezondheidswerkers en ziekenhuisdirecties."
"De vergelijking met internationale ziekenhuizen en gezondheidssystemen waar men wel over objec-

UZ Leuven: une satisfaction nuancée

Quatre hôpitaux belges figurent dans la liste des World's Best Hospitals 2023. S'il est satisfait de la place qu'occupe l'UZ Leuven dans ce ranking, le Pr Dirk De Ridder, directeur Kwaliteit UZ Leuven et directeur Strategie Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, se permet toutefois de nuancer.
«Il est évident que ces résultats constituent un encouragement et une reconnaissance pour notre politique en matière de qualité, pour nos collaborateurs qui contribuent chaque jour à la qualité et à la réputation de notre hôpital et ils suscitent aussi la confiance des patients et de leurs proches qui souhaitent recourir aux services de l'UZ Leuven. Il convient néanmoins de les nuancer. La méthodologie utilisée par Newsweek est améliorée en permanence, mais elle reste soumise à un certain biais.»



DES PARAVENTS HYGIÉNIQUES ET TRANSLUCIDES

Une question de bon sens et de réflexion sur les coûts

Imaginez un établissement de soins de santé où chaque chambre commune est baignée par la lumière du jour grâce aux paravents translucides Silentia et où les rideaux de séparation n'assombrissent pas la pièce. Bénéficier d'une lumière naturelle en abondance est confortable et attrayant pour les patients et les soignants. Imaginez des paravents fonctionnels et esthétiques. Imaginez avec quelle facilité vous manipulez ces paravents d'une seule main, ce qui vous permet de les nettoyer rapidement et efficacement et de préserver un environnement propre et hygiénique.

DURABILITÉ ET RENTABILITÉ

Avec un total de 318 paravents Silentia innovants, le ZNA Cadix a résolument opté pour l'efficacité en matière d'hygiène, une prévention maximale des infections et une rentabilité durable. Les paravents translucides en polycarbonate résistant aux chocs ne laissent pas seulement passer un maximum de lumière du jour, mais contribuent également à un avenir plus durable. Non pas parce qu'ils se décomposent facilement, mais parce qu'ils sont recyclables à 99,8 %. En 1990, l'UZA a été le premier hôpital belge à commander un certain nombre de paravents Silentia. Aujourd'hui, 33 ans plus tard, ils sont toujours utilisés. Cela prouve l'exceptionnelle qualité suédoise.

POUR UN ESPACE DE SOINS PLUS LUMINEUX, PLUS PROPRE ET PLUS EFFICACE

Les paravents Silentia se manipulent très facilement grâce à des charnières à mémoire de forme qui suivent la trajectoire de pliage. La surface est résistante aux impuretés et reste donc propre et hygiénique. Son nettoyage se fait en un clin d'œil. Il suffit de nettoyer la poignée avec une lingette désinfectante et le tour



est joué ! Plus besoin de laver des rideaux à haute température, de les désinfecter, de les sécher, de les repasser et de les ranger. Accrocher des rideaux de rechange, réparer les crochets, les coutures et les ourlets mal fixés, plier et emballer, étiqueter et stocker... : tout cela appartient au passé. Avec les paravents Silentia, vous pouvez vous concentrer sur ce qui compte vraiment : offrir des soins exceptionnels à vos patients.

Elandir, fier distributeur de Silentia
0475 89 15 98
dcg.baert@elandir.be
www.elandir.be



HYGIËNISCHE EN LICHTDOORLATENDE VOUWSCHERMEN

Een kwestie van gezond verstand en kostenbewust denken

Stelt u zich een zorginstelling voor waar elke meerpersoonskamer baadt in het daglicht door de lichtdoorlatende Silentia vouwschermen en waar separatiegordijnen de kamer niet verduisteren. Volop daglicht is comfortabel en uitnodigend voor patiënten en zorgverleners. Stelt u zich vouwschermen voor die functioneel en esthetisch zijn. Stelt u zich het gemak voor van het bedienen van deze vouwschermen met slechts één hand, zodat u ze snel en efficiënt kunt schoonmaken en de omgeving proper en hygiënisch blijft.

DUURZAAMHEID EN KOSTENEFFICIËNTIE

Met in totaal 318 innovatieve Silentia vouwschermen koos ZNA Cadix resoluut voor hygiëne-efficiëntie, een maximale infectiepreventie en duurzame kostenefficiëntie. De lichtdoorlatende privacyschermen van slagvast polycarbonaat laten niet alleen maximaal daglicht binnen, met hun hoge recycleerbaarheid van 99,8% dragen ze ook bij aan een duurzamere toekomst. Niet dat ze vlug stuk gaan. In 1990 bestelde UZA als eerste Belgische ziekenhuis een aantal Silentia vouwschermen. Tot op vandaag, 33 jaar later, zijn die nog steeds in gebruik. Dat bewijst hun uitzonderlijke Zweedse kwaliteit.

VOOR EEN HELDERDERE, SCHONERE EN EFFICIËNTERE ZORGRUIMTE

U bedient de Silentia vouwschermen heel eenvoudig dankzij geheugenscharnieren die het vouwpad volgen. Het oppervlak is vuilafstotend zodat ze schoon en hygiënisch blijven. Reinigen gebeurt in een handomdraai. Even de handgreep schoonmaken met een desinfecterend doekje en klaar! Geen gedoe meer met het wassen van gordijnen op hoge



temperatuur, desinfecteren, drogen, strijken en opbergen. Ook het ophangen van reservegordijnen, het herstellen van losgekomen haken, naden en zomen, opvouwen en verpakken, labelen en stockeren...: alles behoort tot het verleden. Met Silentia vouwschermen kunt u zich concentreren op wat écht belangrijk is: het bieden van uitzonderlijke zorg aan uw patiënten.

Elandir, trotse verdeler van Silentia
0475 89 15 98
dcg.baert@elandir.be
www.elandir.be

ZORGKWALITEIT IN EEN BREDER KADER

Het VIKZ staat los van de FOD Volksgezondheid maar er wordt wel goed op mekaar afgestemd. De raakvlakken zijn dan ook groot wat kwaliteit van zorg, kwaliteitsopvolging en financiering van zorgkwaliteit betreft.



Het platform PAQS zet zich in voor de continue verbetering van de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid in zorginstellingen in Brussel en Wallonië.

"We hebben regelmatig structureel overleg met de federale overheid om af te stemmen over elkaars doelstellingen en meer concrete afspraken te maken. Willen we bijvoorbeeld een nieuwe indicatorenset rond antibioticagebruik opzetten en de federale overheid heeft een gelijkaardig initiatief, dan stemmen we af wie wat doet en wanneer, en proberen we informatie uit te wisselen", aldus Svin Deneckere, directeur VIKZ.

P4P: kwaliteit versus financiering

Het P4P (Pay for Performance)-programma werd ontwikkeld door de werkgroep Pay for Quality (P4Q) van de FOD Volksgezondheid. Er zijn pathologie gelinkte P4P-indicatoren, en ziekenhuisbrede structuurindicatoren (zoals accreditatie) en ziekenhuisbrede resultaatsindicatoren (zoals patiëntenervaringen) die allen mee een impact hebben op de financiering van elke individuele instelling. Het P4P-programma werd gestart in 2018 en in de opeenvolgende beleidsplannen als een prioriteit aangekondigd. Internationaal onderzoek toont echter dat "de effecten van P4P op vlak van kwaliteit relatief beperkt zijn. Het systeem P4P in België beschikt momenteel ook over een relatief beperkt budget. Het kwaliteitsverschil waarvoor je meer of minder zou vergoed worden, is daarom eerder laag waardoor het te weinig effect heeft", gaat Svin Deneckere verder .

Een basis van kwaliteit zou er steeds moeten zijn, al mag variatie, zowel gelinkt aan pathologie als aan patiëntervaringen, niet uitgesloten worden. "Het VIKZ meet ook patiëntervaringen, en dat op verschillende aspecten, bijvoorbeeld rond de mate waarin de patiënt ervaart dat er een goede communicatie naar hem toe is. Zo is informatie over de kostprijs een van de indicatoren waarin we over al de jaren van metingen heel weinig evolutie zien. Dat is nog steeds een van de laagste scores. Rond privacy en veiligheid noteren we wel statistisch significante verbeteringen,

Nationale kwaliteitsindicatoren

Ook Sciensano verzamelt kwaliteitsindicatoren meer bepaald voor infectiepreventie en -controle in ziekenhuizen die acute zorg verlenen.
De Belgische ziekenhuizen zijn verplicht om de kwaliteit van hun programma's voor infectiepreventie en -controle op te volgen op basis van deze kwaliteitsindicatoren (Koninklijk besluit van 22.06.2017). Sciensano coördineert het project, zorgt voor de verzameling, de analyse en de publicatie van de gegevens. De nationale en regionale resultaten worden jaarlijks in een nationaal verslag online gepubliceerd.
https://www.sciensano.be/nl/biblio/quality-indicators-infection-prevention-and-control-acute-care-hospitals-report-2022-data-and

Er bestaat ook een Lastenboek Kwaliteitsindicatoren voor Ziekenhuishygiëne, uitgewerkt door de groep 'kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne' in samenwerking met het Federaal Platform voor ziekenhuishygiëne (BAPCOC) en Sciensano.

maar kostprijs is een moeilijke. Er mag variatie zijn in de patiëntenervaringen omdat patiënten verschillende andere aspecten kunnen belangrijk vinden."

Waalse tegenhanger

In Wallonië en Brussel worden algemene ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen geag-



© ingimage.com

gregeerd en geïnspecteerd door AVIQ (Agence pour une vie de qualité) voor de rekening van de Franse Gemeenschap (Fédération Wallonie Bruxelles). De tegenhanger van het VIKZ in Vlaanderen, is het PAQS in Wallonië en Brussel (Platforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients, zie magazine hospitals.be 4/2021). Het platform zet zich in voor de continue verbetering van de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid in zorginstellingen in Brussel en Wallonië. Het is de bedoeling alle ziekenhuisactoren hieromtrent te sensibiliseren. Hoe ze dat doen in de dagelijkse praktijk, wordt op hun website (www.paqs.be) duidelijk gemaakt: via opleidingen en individuele follow-up om kennis en vaardigheden van professionals te ontwikkelen en versterken, via programma's om de uitwisseling van kennis te bevorderen, via het verspreiden op grote schaal van pertinente hulpmiddelen en via een netwerk en samenwerkingen met stakeholders actief op het gebied van hoogwaardige en continu verbeterde gezondheidszorg.
PAQS heeft een Livre Mauve met een geheel van strategische acties ter verbetering van patiëntveiligheid samengesteld en de Waalse regering engageert zich in haar Déclaration de Politique Régionale 2019-2024 om deze in de praktijk om te zetten.

Culturele verschillen

Oncologie-indicatoren worden berekend door het Kankerregister, een federaal instituut, en worden door het VIKZ transparant gemaakt in Vlaanderen. Maar, hoewel alle data ook beschikbaar zijn op ziekenhuisniveau, worden ze vooralsnog op Waals en Brussels niveau niet openbaar gemaakt. Hetzelfde gebeurde met vaccinatiegraden. "In COVID-tijden hebben wij ook ingezet op het transparant maken van de vaccinatiegraad bij personeel in zorgvoorzieningen in Vlaanderen. Dezelfde vraag werd ook aan Brussel en Wallonië gesteld maar daar is men uiteindelijk niet op ingegaan. In Vlaanderen is een cultuur van kwaliteitsmeting en transparantie veel meer en veel langer doorgedrongen", benadrukt de directeur van het VIKZ.

Value-4-Health: kwaliteit versus kosten

Het principe 'value based healthcare' betekent toegevoegde waarde op vlak van gezondheid creëren, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de maatschappij. Met andere woorden, kwaliteit aftoetsen aan efficiëntie: hoeveel kwaliteit is te halen tegenover de kosten die daarvoor nodig zijn.
Kwaliteit wordt vaak ook bekeken vanuit een breder perspectief waar er wordt gewerkt naar vijf doelstellingen ('quintuple aim'), toegepast op het gezondheidszorgsysteem: ervaringen van de patiënt met zorgkwaliteit verbeteren, een betere gezondheid op populatieniveau, meer aandacht voor het welzijn van de zorgteams, gelijkheid in de zorg creëren (iedereen in de gemeenschap heeft recht op dezelfde hoogkwalitatieve zorg) en de kostprijs van zorg onder controle houden.
Dit gaat over initiatieven die breder gaan dan één enkele voorziening: bijv. het verbeteren en uitbreiden van zorgpaden bij chronische zorg zoals rond het voorkomen van diabetes. Het initiatief kan ook liggen bij de overheid, een regio of een eerstelijnszone.

La qualité des soins dans un contexte plus large

Le programme P4P (Pay for Performance) a été conçu par le groupe de travail Pay for Quality (P4Q) du SPF Santé publique. Il y a des indicateurs P4P liés à la pathologie et des indicateurs à l'échelle de l'hôpital, notamment des indicateurs structurels (comme l'accréditation) et des indicateurs de résultats (comme les expériences des patients). Tous les indicateurs ensemble ont un impact sur le financement de chaque institution individuelle.
Le pendant du VIKZ flamand en Wallonie et à Bruxelles est la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), dont nous avons déjà parlé dans hospitals.be 4/2021. Son objectif est de sensibiliser encore davantage tous les acteurs hospitaliers à ces problématiques. Dans son Livre Mauve, la PAQS propose un ensemble d'actions stratégiques pour l'amélioration de la sécurité des patients, et le gouvernement wallon s'engage à les traduire en pratique dans sa Déclaration de Politique Régionale 2019-2024.
www.paqs.be

DEUX NOUVEAUTÉS AUX CLINIQUES DE L'EUROPE

TÉLÉCARDIOLOGIE ET CARDIOLOUNGE

Grâce au soutien financier de la Fondation Princesse Léa et Prince Alexandre, les Cliniques de l'Europe, site Sainte-Élisabeth, à Uccle, ont pu réaliser deux projets en cardiologie. Un service de Télécardiologie et un CardioLounge préparent la prise en charge du patient cardiologique aux défis de demain.


© Cliniques de l'Europe

Le virage ambulatoire est inévitable, tout en optimisant la qualité des soins qui est un des points du plan stratégique des Cliniques. Lors de la pandémie de COVID, les consultations téléphoniques ou vidéo ont permis le suivi de beaucoup de patients chroniques. Mais la crise sanitaire s'éloignant, les équipes médicales ont été submergées. Face au manque de personnel infirmier qualifié et à l'augmentation des coûts, il fallait faire correspondre l'évolution technologique avec des hospitalisations de courte durée, voire de 1 jour. De plus, les évolutions économique, médicale et sociétale vont dans le même sens.

Après une intervention élective

Le CardioLounge est un espace où le patient entre et sort le jour même après une intervention élective dans la salle de cathétérisme, par exemple une coronarographie, sans être hospitalisé dans une unité de soins, le plateau technique de cardiologie étant situé juste à côté de l'espace lounge. En sélectionnant les patients et en s'assurant qu'une surveillance à domicile est en place, le patient peut sortir même après la pose d'un stent. Dans le CardioLounge les patients sont pris en charge par les mêmes infirmières avant et après l'intervention et par les cardiologues qui ont réalisé l'intervention. L'espace est confortable et convivial tout en permettant une certaine confidentialité/intimité. Une fois que le patient a quitté l'hôpital le jour même, et afin de renforcer la première ligne de soins, il peut être intégré dans un trajet de télésurveillance via une procédure Day after. Le patient à domicile est connecté via différentes technologies à l'équipe médicale spécialisée sur un site distant.

Un suivi de surveillance rapprochée

«La télécardiologie est l'interface entre le patient et l'équipe de cardiologie», explique le Dr Bernard Deruyter, chef du service de Cardiologie. En plus du service post-procédure, la télécardiologie peut être appliquée à différentes autres pathologies: dans la clinique de l'insuffisance cardiaque pour le suivi des patients insuffisants cardiaques, et dans la rythmologie pour le monitoring des appareils implantés (pacemaker, défibrillateur) et le suivi des patients porteurs de devices non implantés (holter prolongé, montre connectée, loop recorder, application santé des smartphones...).
Une infirmière, formée pour prendre en charge spécifiquement ce type de patients, est disponible dans un local dédié et à des plages horaires définies. Elle a un accès direct aux dossier médical du patient et bénéficie d'une ligne directe pour les appels et les mails des patients et de la première ligne de soins. Les contacts sont notés dans le dossier du patient et le médecin traitant reçoit un rapport. Bien que l'objectif soit de détecter rapidement une anomalie, de stabiliser le patient à distance et de le prendre en charge plus rapidement avant que son état puisse se dégrader et qu'il doive être hospitalisé en urgence, cette nouvelle interface ne remplace en aucun cas le service des Urgences.

Pour de plus amples informations:
https://www.cliniquesdeleurope.be/fr/service/cardiologie.

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK VAN COMPLEXE TANDZORG

INNOVATIEVE CRANIOFACIALE KLINIEK GEOPEND

In de Kliniek Sint-Jan, site Middaglijn, in Sint-Joost-ten-Node, werd net voor de 'grote uittocht' een multidisciplinaire en geïntegreerde samenwerking voorgesteld op vlak van tandzorg. De bestaande afdeling tandheelkunde werd gemoderniseerd en uitgebreid met een gloednieuw plateau om zo de nieuwe craniofaciale kliniek onderdak te bieden.

De infrastructuur werd uitgebreid met innovatieve technologieën zoals een camera voor digitale afdrukken, 3D-simulatiesoftware, apparatuur voor computergeleide implantaatchirurgie, een systeem voor dynamische occlusie met bewegingstrackers, 3D-radiografie van de nieuwste generatie en een stralingsvrij systeem voor houdingsanalyse. Ramin Marashi is de coördinator van de nieuwe kliniek.

Ten dienste van alle patiënten

Een patiënt met kaakpijn kan met behulp van deze ultrageavanceerde apparatuur en technologieën een volledige analyse krijgen van schedel, kaak, onderkaakbewegingen en zelfs houding.
"Je staat er niet altijd bij stil, maar craniofaciale pijn kan ook voortvloeien uit een asymmetrische houding, en omgekeerd", aldus M-Ali Khamaktchian, diensthoofd gespecialiseerde tandheelkunde.
De craniofaciale kliniek is toegankelijk voor alle patiënten aan conventioneel tarief; voor prestaties die buiten de nomenclatuur vallen worden de prijzen die in de universitaire ziekenhuizen gangbaar zijn, gehanteerd. De patiënt zal sowieso vooraf te weten komen wat het behandelplan hem/haar zal kosten.
De tandartsen en chirurgen werken daarbij rechtstreeks samen met maxillofaciale kinesisten en osteopaten, en met de diensten orthopedie, fysische geneeskunde, reumatologie, NKO en neurologie van Kliniek Sint-Jan.
De nieuwe afdeling hoopt de wachttijden voor patiënten zo kort mogelijk te houden, bijv. enkele weken voor kinderen met tandproblemen, aldus Kathleen Buelens, pediatrisch tandarts.

Inzetten op opleiding

De *Académie Européenne d'Implantologie Orale* is een opleidingscentrum voor tandartsen en tandspecialisten, dat sinds 2021 bestaat in Kliniek Sint-Jan. Voorzitter is prof. Thierry Charles, coördinator prof. Eric Rompen.
Een ultramoderne vergaderruimte naast de tandzorgkabinetten is uitgerust met verschillende reuzenschermen, HD-camera's en alle apparatuur die nodig is om geluid en beeld in real time wereldwijd uit te zenden. Specialisten kunnen in de zaal lesgeven, hun ervaringen delen met anderen om de meest geschikte behandeling(en) voor een specifiek probleem voor te stellen en zelfs live chirurgische ingrepen uit te voeren, in virtuele aanwezigheid van collega's van over de hele wereld. "Practici verkiezen live chirurgie te zien, zo zal het ook mogelijk zijn om hier live demonstraties te zien die op congressen elders ter wereld worden uitgevoerd", verzekert ons nog het diensthoofd.
Vanaf oktober 2023 zal een nieuwe academie, de *Académie Européenne d'Orthodontie et d'Occlusodontie numérique,* starten met haar opleidingen (voorzitter: Dr. Arash Zarrinpour).

"Hier bieden we kwaliteitszorg aan voor al onze patiënten. We werken met een zeer breed panel aan specialisten binnen een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak, waardoor patiënten niet van de ene dienst naar de andere worden doorverwezen voor een duidelijk antwoord op hun vragen. Ze krijgen meteen de juiste informatie en kennen hun behandelplan aan het einde van de consultatie", besluit Alexandre Deschuymere, algemeen directeur van Kliniek Sint-Jan.

Contact: secretariaat dienst Gespecialiseerde tandheelkunde, Kliniek Sint-Jan, tel. 02/225.95.00, e-mail: info@kddental.be



Aan het loket van uw gemeente of zwembad, op school of online... Betalingen ontvangen was nog nooit zo makkelijk!

Maak kennis met onze betaaloplossingen voor uw inwoners en bezoekers.

Noden veranderen, en ook u wil vast iedereen de mogelijkheid geven om veilig en op een hedendaagse manier te betalen. Of het nu aan het loket bij uw gemeentehuis of buurtzwembad is, voor het reserveren van theatertickets, het bestellen van warme maaltijden op school, of voor het factureren van bewoners van uw woonzorgcentrum...

Dankzij de expertise van onze partners, kan u gebruikmaken van:

- **Mollie**, voor alle internetbetalingen
- **Payconiq**, voor betalingen via smartphone
- **Payworld** en **Worldline** voor betaalterminals
- **Twikey** om terugkerende betalingen en facturen te digitaliseren

Stuk voor stuk oplossingen op maat, volledig afgestemd op uw specifieke situatie en betaalprotocollen én in alle eenvoud te integreren in uw reportingsysteem. Bovendien kan u rekenen op de expertise van ons team van e-consultants.

Betalingen ontvangen was nog nooit zo simpel. In alle veiligheid, rechtstreeks op uw rekening en zonder de risico's van cashbetalingen.

Meer weten? Neem contact op met uw relatiebeheerder, die helpt u met plezier verder.

Belfius

Belfius Bank NV, Karel Rogierplein 11, 1210 Brussel – IBAN BE23 0529 0064 6991 – BIC GKCCBEBB - RPR Brussel – BTW BE 0403.201.185 – No FSMA 19649 A.