KWALITEITSINDICATOREN IN DE PALLIATIEVE ZORG:

WAAR STAAN WE EN WAT IS DE TOEKOMST

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

Inleidend woord door **Marc Michils**, algemeen directeur van Kom op tegen Kanker

#KwaliteitPZ

Implementeren van kwaliteitsindicatoren in de gespecialiseerde palliatieve zorg: hoe meten we, wat meten we en hoe ervaren de hulpverleners het?

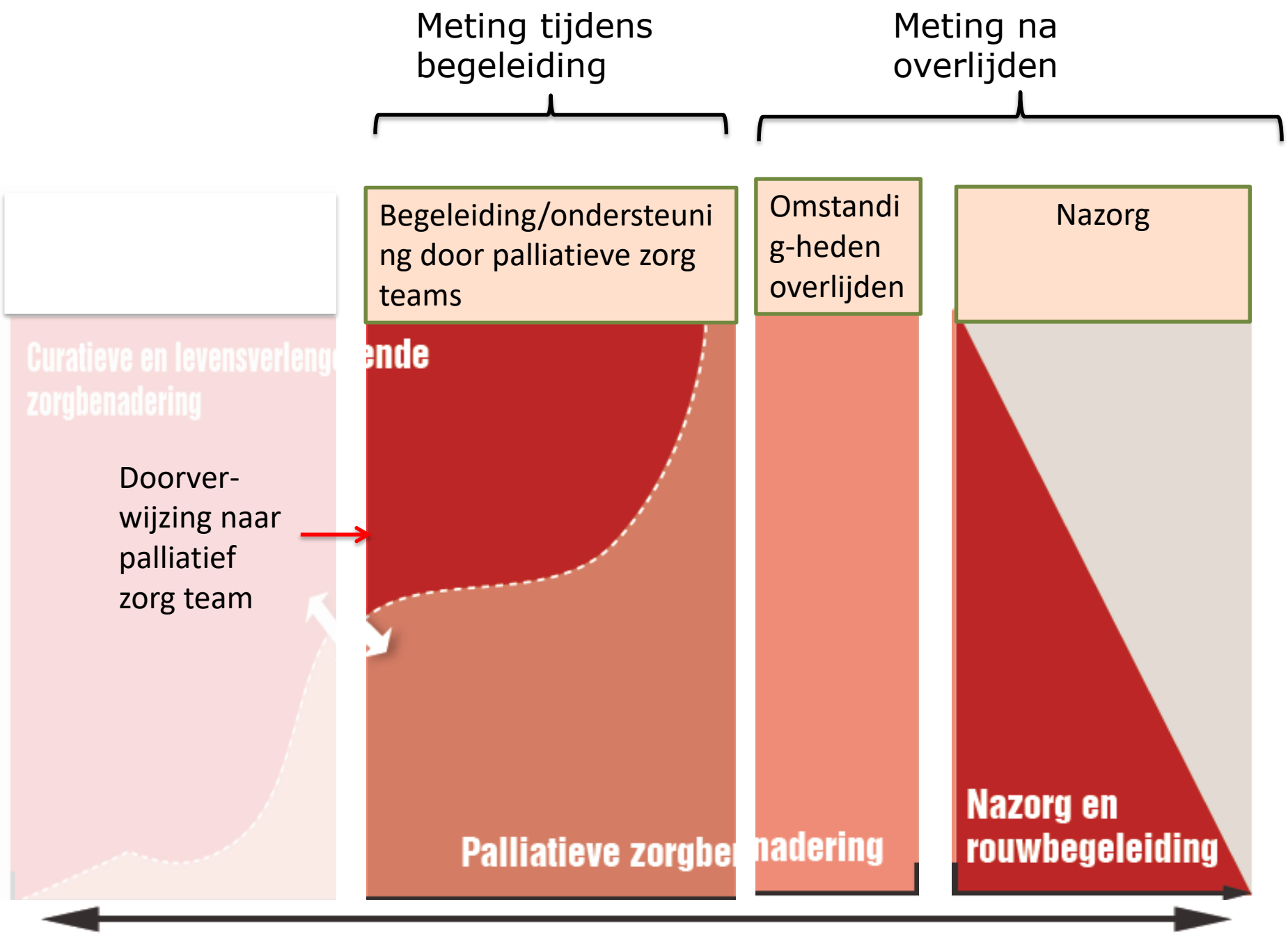
dr. Kathleen Leemans

#KwaliteitPZ

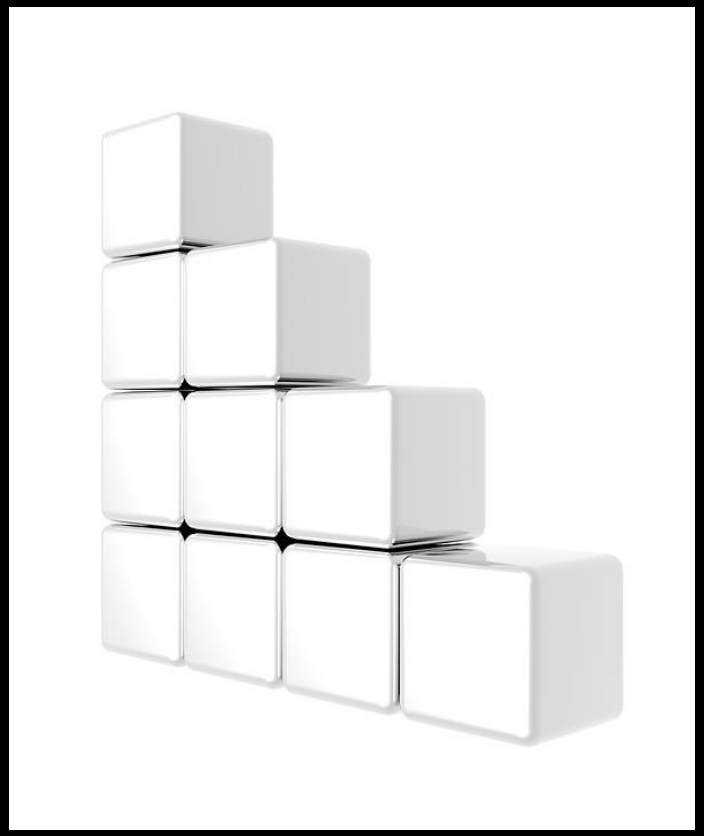
Multidisciplinaire thuisequipes

Palliatieve support teams

Palliatieve eenheden


Meting tijdens begeleiding
Meting na overlijden
Begeleiding/ondersteuning door palliatieve zorg teams
Omstandig-heden overlijden
Nazorg
Curatieve en levensverlenge
zorgbenadering
ende
Doorver-wijzing naar palliatief zorg team
Palliatieve zorgbe
nadering
Nazorg en rouwbegeleiding

Opbouw instrument



31 kwaliteitsindicatoren - 9 domeinen van palliatieve zorg

4 vragenlijsten

Nederlands en Frans !

Meetprocedure

9 domeinen van kwaliteit van palliatieve zorg

1. Fysieke aspecten van zorg
2. Psychosociale en spirituele aspecten van zorg
3. Informatie, communicatie en zorgplanning met de patiënt
4. Informatie, communicatie en zorgplanning met de familie
5. Informatie, communicatie en zorgplanning tussen de zorgverleners onderling
6. Type van zorg en omstandigheden rond het overlijden
7. Coördinatie en continuïteit van zorg
8. Steun aan de familie
9. Structuur van zorg

Kwaliteitsindicatoren?

Expliciet gedefinieerd, **meetbaar** item dat verwijst naar **uitkomsten, processen en structuren** van de zorg.

Geaggregeerd niveau (≠ individueel)

In een set - barometer

Voorbeeld

Percentage patiënten van wie de algemene symptoomlast werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal

Teller: aantal patiënten van wie de algemene symptoomlast werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie deze indicator gemeten werd

Extra tools ontwikkeld

Website en nieuwsbrieven

Handleiding en e-training

Helpdesk

Geautomatiseerd dataverwerkingssysteem

Feedbackrapporten

www.endoflifecare.be/kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg in Vlaanderen

Het systematisch monitoren en verbeteren van kwaliteit binnen je team!

Zowel de palliatieve eenheden, palliatieve support teams in ziekenhuizen als de multidisciplinaire begeleidingsequipes thuis kunnen gebruik maken van de indicatoren set om intern hun zorg te evalueren en verbeteren waar nodig.

Waarom kwaliteit van palliatieve zorg meten?

Waarom interesse in het meten van kwaliteit van palliatieve zorg?

MORE INFO

Meer informatie over kwaliteitsindicatoren

Wat zijn kwaliteitsindicatoren en hoe gebruiken we ze?

MORE INFO

Wij willen met de kwaliteitsindicatoren werken!

Nu werken met kwaliteitsindicatoren levert tal van voordelen op!

MORE INFO

Documenten en training voor de palliatieve teams

Overzicht van alle documenten, traingsbenodigdheden en nieuwsbrieven

MORE INFO

Documenten en benodigdheden

Documenten en training voor de palliatieve teams

De QPAC set bestaat uit volgende onderdelen:

- Kwaliteitsindicatoren set voor de palliatieve zorg
- Handleiding en vragenlijsten
- Meetprocedure en training
- Nieuwsbrieven die halfjaarlijks verschijnen

Kwaliteitsindicatoren set voor de palliatieve zorg

Raadpleeg hier de indicatoren set palliatieve zorg

MORE INFO

Handleiding en vragenlijsten voor de palliatieve teams

Raadpleeg hier de handleiding en vragenlijsten

MORE INFO

Trainingsfilmpjes en -documenten

Volg hier de training voor het meten van de kwaliteitsindicatoren

MORE INFO

Nieuwsbrief 'Kwaliteit van palliatieve zorg'

Raadpleeg hier de reeds verschenen nieuwsbrieven

MORE INFO

E-training

Trainingsfilmpjes en -documenten

Print eerst alle documenten af, alvorens u de trainingsfilmpjes bekijkt!

Documenten voor de training

1. kwaliteitsindicatoren_set_voor_de_palliatieve_zorgservices_in_vlaanderen.doc
2. schema_meetprocedure.pdf
3. voorbeeld_feedbackrapport_fictief.pdf
4. stappenplan_voor_succesvolle_implementatie.pdf
5. Handleiding :

handleiding_voor_hulpverleners_van_de_multidiscilpinaire_equipe.pdf

handleiding_voor_hulpverleners_van_het_palliatief_support_team.pdf

handleiding_voor_hulpverleners_van_de_palliatieve_eenheid.pdf

Introductie training

Deel I: Introductie tot het meten van kwaliteit van zorg

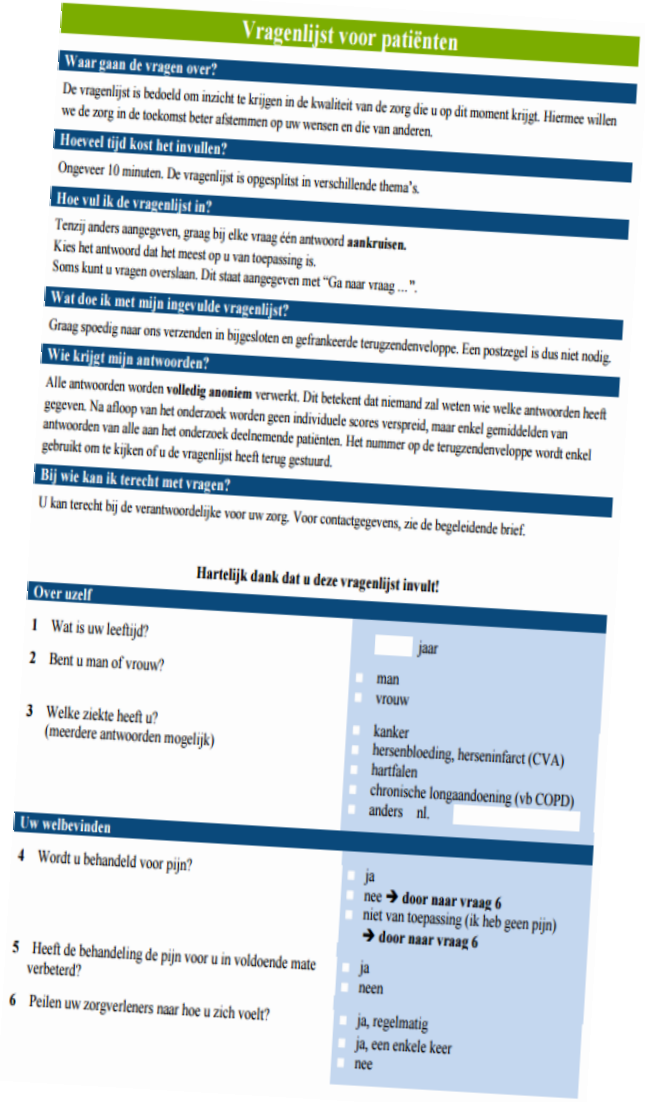
Start
STAP 1
Verantwoordelijke aanduiden (volgt éénmalige training)
STAP 2
Dataverzameling met kwaliteitsindicatoren
Oplijsten van patiënten
Vragenlijsten versturen
Vragenlijsten bezorgen aan de onderzoeker
STAP 3
Analyse van resultaten tbv rapport met kwaliteitsscores
Deze fase gebeurt door onderzoekers
STAP 4
Interpretatie van de resultaten (in team)
STAP 5
Actie ter verbetering van de zorg (in team)
STAP 6
Volgende meetperiode plannen (elke 6 maanden)

Teams doen 2x per jaar* een meting

4 vragenlijsten (dwarsdoorsnede):

- Alle patiënten onder hun begeleiding
- Alle patiënten die 4 weken tot 4 maanden geleden zijn overleden onder hun begeleiding.

*Ongeveer 2 FTE werkdagen per half jaar



Vragenlijst voor patiënten

Waar gaan de vragen over?

De vragenlijst is bedoeld om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg die u op dit moment krijgt. Hiermee willen we de zorg in de toekomst beter afstemmen op uw wensen en die van anderen.

Hoeveel tijd kost het invullen?

Ongeveer 10 minuten. De vragenlijst is opgesplitst in verschillende thema's.

Hoe vul ik de vragenlijst in?

Tenzij anders aangegeven, graag bij elke vraag één antwoord **aankruisen.**
Kies het antwoord dat het meest op u van toepassing is.
Soms kunt u vragen overslaan. Dit staat aangegeven met "Ga naar vraag ... ".

Wat doe ik met mijn ingevulde vragenlijst?

Graag spoedig naar ons verzenden in bijgesloten en gefrankeerde terugzendenveloppe. Een postzegel is dus niet nodig.

Wie krijgt mijn antwoorden?

Alle antwoorden worden **volledig anoniem** verwerkt. Dit betekent dat niemand zal weten wie welke antwoorden heeft gegeven. Na afloop van het onderzoek worden geen individuele scores verspreid, maar enkel gemiddelden van antwoorden van alle aan het onderzoek deelnemende patiënten. Het nummer op de terugzendenveloppe wordt enkel gebruikt om te kijken of u de vragenlijst heeft terug gestuurd.

Bij wie kan ik terecht met vragen?

U kan terecht bij de verantwoordelijke voor uw zorg. Voor contactgegevens, zie de begeleidende brief.

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

Over uzelf

1 Wat is uw leeftijd? — ☐ jaar

2 Bent u man of vrouw? — ☐ man ☐ vrouw

3 Welke ziekte heeft u? (meerdere antwoorden mogelijk) — ☐ kanker ☐ hersenbloeding, herseninfarct (CVA) ☐ hartfalen ☐ chronische longaandoening (vb COPD) ☐ anders nl.

Uw welbevinden

4 Wordt u behandeld voor pijn? — ☐ ja ☐ nee → **door naar vraag 6** ☐ niet van toepassing (ik heb geen pijn) → **door naar vraag 6**

5 Heeft de behandeling de pijn voor u in voldoende mate verbeterd? — ☐ ja ☐ neen

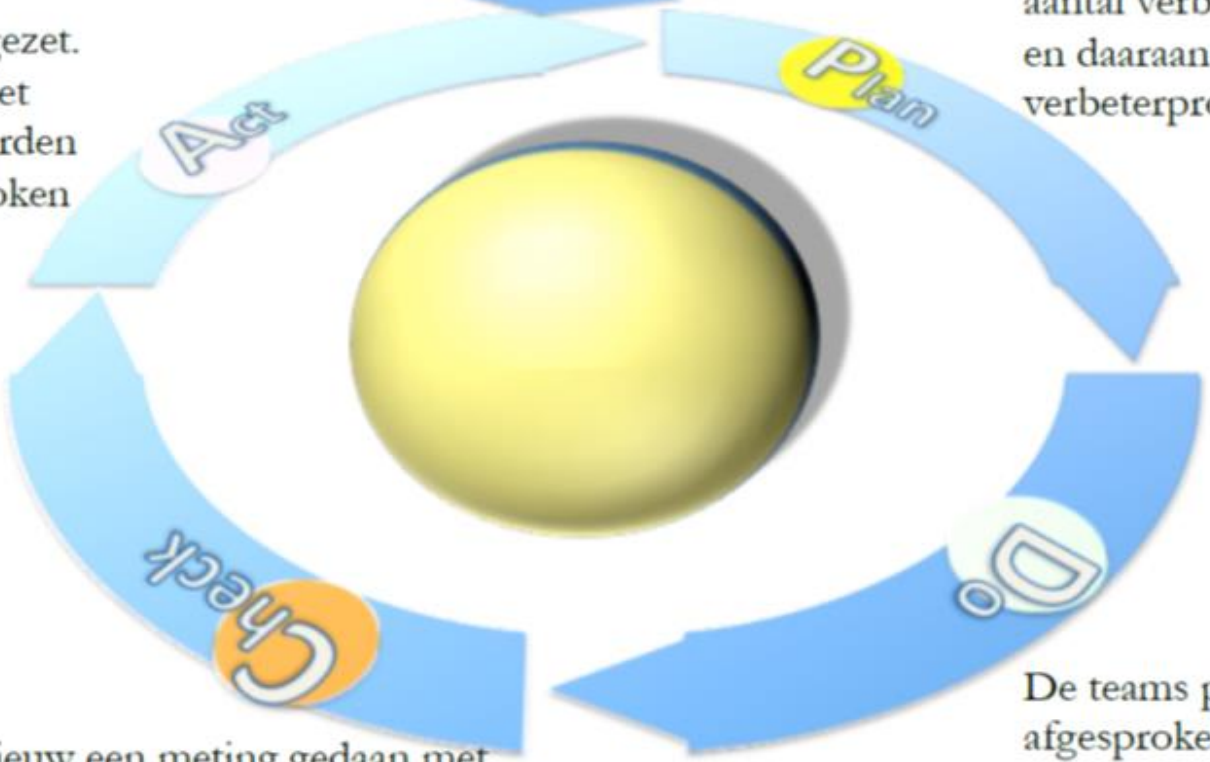
6 Peilen uw zorgverleners naar hoe u zich voelt? — ☐ ja, regelmatig ☐ ja, een enkele keer ☐ nee

Patiënten onder begeleiding	Patiënten 4w tot 4m overleden
Hele periode van zorg	***Laatste dagen en nazorg***
Uitkomst en proces van zorg	Patiënt Of Familielid	Nabestaande
Proces van zorg	Hulpverlener team	Hulpverlener team / Huisarts

Er wordt een eerste meting gedaan met de kwaliteitsindicatoren.
De teams bespreken en analyseren de de scores(**feedbackrapport**) in team

De processen die leidden tot verbeteringen worden verdergezet. Aspecten die niet verbeterden worden opnieuw besproken

De teams bepalen een aantal verbeterobjectieven en daaraan gekoppelde verbeterprocessen



De teams passen de afgesproken veranderingen toe in de praktijk

Er wordt opnieuw een meting gedaan met de kwaliteitsindicatoren (elke 6 maanden).
Er wordt nagegaan of de gewenste verbetering werd bereikt

Totstandkoming (2009-2014)

Met steun van Kom op tegen Kanker

Opbouwen van de set

- **Literatuurstudie + Expertpanels**
  - 85 kwaliteitsindicatoren

Testen van de set

- **Piloot studie**
  - Evaluatie van indicatoren en meetprocedure

Implementeren van de set

- **Expert panel**
  - Implementeerbaar instrument

1-05-2014

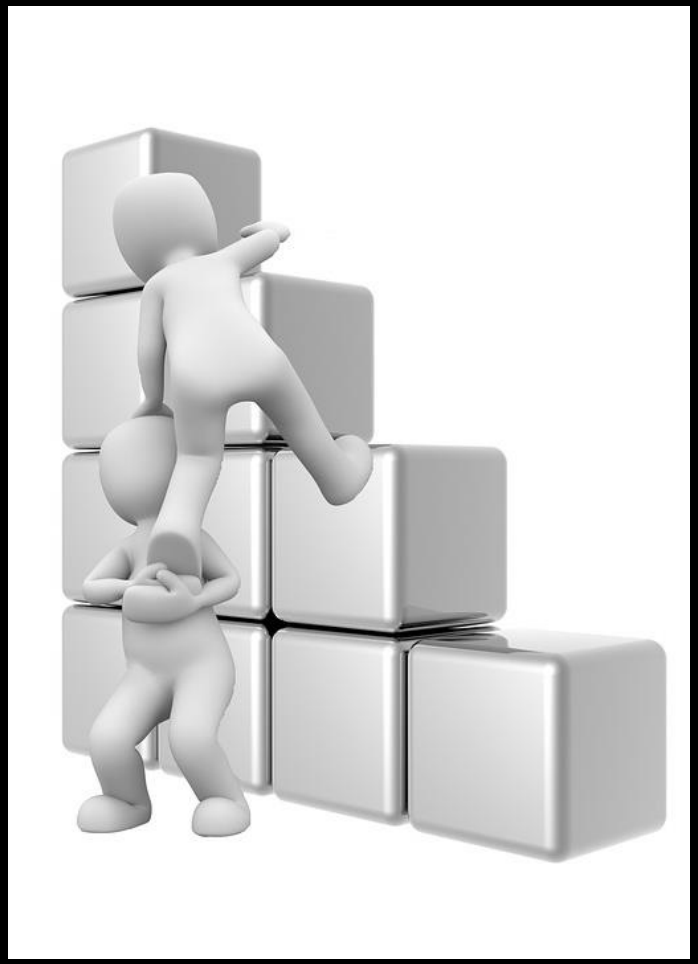
Vrij succesvolle implementatie

1. Doelpubliek van de indicatoren bereikt
2. Effectief starten met werken met de indicatoren
3. Behalen de teams de gewenste uitkomst
4. Implementeren van alle onderdelen van het instrument
5. Behoud van kwaliteitsmonitoring

29% doet vrijwillig mee

Provincie	Mobiele thuisequipes	Palliatieve eenheden	Palliatieve support teams
West-Vlaanderen	1 van 4	3 van 5	7 van 17
Oost-Vlaanderen	2 van 4	4 van 7	7 van 17
Antwerpen	2 van 4	4 van 7	2 van 21
Limburg	0 van 1	3 van 4	0 van 17
Vlaams-Brabant	0 van 2	3 van 6	0 van 11
	4 van 15 (27%)	18 van 29 (62%)	15 van 83 (18%)

Kwaliteitsgegevens



797 patiënten

Respons 70%

1061 hulpverleners (meting voor overlijden)

Respons 93%

1617 nabestaanden

Respons 53%

2732 hulpverleners (meting na overlijden)

Respons 90%

Domein 3: Informatie, communicatie en zorgplanning met de patiënt		Respondent	PST	PE	MBE
9	Voldoende informatie ontvangen over diagnose	Patiënt	79	81	83
10	Voldoende informatie ontvangen over ziekteverloop	Patiënt	76	77	80
11	Voldoende informatie ontvangen over palliatieve zorgopties	Patiënt	67	75	70
12	Duidelijke en niet tegenstrijdige informatie ontvangen	Patiënt	86	93	90
13	Zorgdoelen werden besproken	Hulpverlener	38	51	58
14	Levenseinde beslissingen werden besproken	Hulpverlener	81	89	94
15	Vraag naar behandel- of levenseindebeslissing werd serieus genomen	Nabestaande	94	97	97

Domein 7: Coördinatie en continuïteit van zorg		Respondent	PST	PE	MBE
25	Zorgdoelen werden doorgegeven	Hulpverlener	65	69	22
26	Patiëntendossier up-to-date gehouden	Hulpverlener	18	40	13
27	Wekelijks contact met de huisarts	Hulpverlener	48	30	87

Domein 8: Zorg voor familie		Respondent	PST	PE	MBE
28	Regelmatig spreken over zorgen voor de naaste	Nabestaande	52	74	70
29	Peilen naar hoe de naaste zich voelt	Nabestaande	64	85	80
30	Voldoende gesteund na het overlijden	Nabestaande	24	45	53
31	Voldoende hulp bij het zorgproces	Nabestaande	67	92	86

Ervaringen van hulpverleners

Tijdsbesteding

	PST	PE	MBE	Totaal
Vlot	1	3	0	4
Viel goed mee	5	9	2	16
Toch grote investering	5	4	2	11

Ervaringen van hulpverleners

Hulpmiddelen

+ Persoonlijke training
+ Handleiding
+ Ondersteuning bij opstarten
+ Opvolging door helpdesk

- Logboek

Ervaringen van hulpverleners

Aanwezigheid van een nood om kwaliteit van zorg te bewijzen

Aanwezigheid van een nood om verbetertrajecten op te zetten

Aanwezigheid van een wens om ideeën uit te wisselen en te leren van andere teams

“We hebben interesse in een kruisbestuiving op provinciaal niveau om na te vragen hoe andere teams dat interpreteren en wat ze ermee doen”

“We willen als team sterker worden door naar kwaliteit te kijken. We willen ook de positieve dingen bespreken met het team”

Ervaringen van hulpverleners

Neiging om kwetsbare patiënten en familie te beschermen

Positief effect van het meten van kwaliteitmeten op het gedrag van patiënten

“Soms is het moeilijk om het af te geven aan patiënten. Dan moeten we de balans opmaken: is deze in staat om het in te vullen? We willen niet bruskeren”

“Het zet deuren open voor bepaalde gesprekken, bijvoorbeeld rond euthanasie of gewoon positieve ervaringen. Anders hebben we geen feedback van patiënten of familie”

Ervaringen van hulpverleners

Gebrek aan tijd en personeel om kwaliteit van zorg te meten

Bereidheid om er als team aan te werken

Mogelijkheid om het gebruik van de kwaliteitsindicatoren te linken aan accreditatie

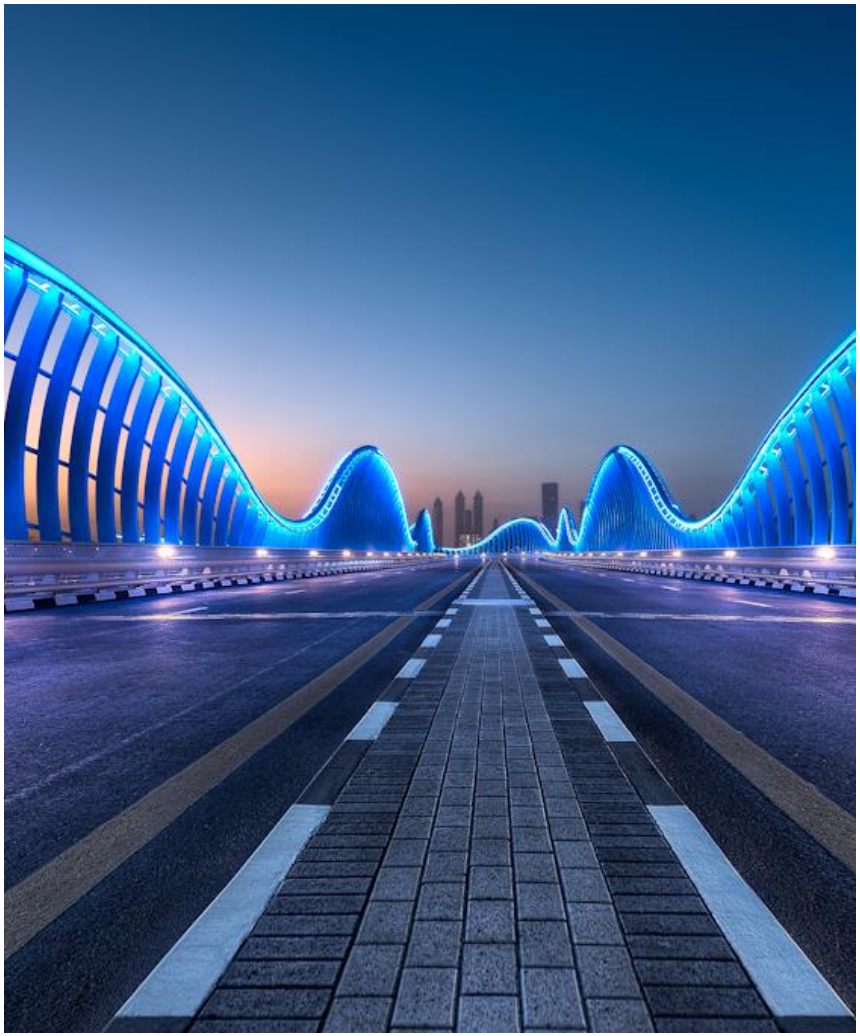
“Ik denk zeker dat het een pluspunt is als je je hogere leidinggevende ervan kan overtuigen dat dat mee kan spelen in uw accreditatie. En het kan zelfs sturend zijn in het kiezen van uw verbeteracties denk ik.”

Ervaringen van hulpverleners

Toekomst

	PST	PE	MBE	Totaal
Graag blijven doen	9	11	3	23
Onder voorwaarden	1	5	1	6
Niet blijven doen	1	0	0	1

Blik vooruit – wat brengt de toekomst?



Bestedigen

Kwaliteit blijven monitoren

Automatiseren

E-platform

Verbetertrajecten

Teams begeleiden

Coaching

→ beleidsaanbevelingen

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

Waar moeten we als team naar streven?
(van meten naar verbeteren)

prof. dr. Joachim Cohen

#KwaliteitPZ

Hoofdpunten

1. Vergelijking met andere palliatieve zorgvoorzieningen maakt het mogelijk prioriteiten te stellen in welke aspecten van zorg een team wil verbeteren
2. Een correcte vergelijking tussen teams houdt voldoende rekening met verschillen in ‘risicofactoren’
3. Een systematische evaluatie en aanpak is nodig om van het identificeren van verbeterpunten te gaan naar effectieve verbetering

Hoofdpunten

1. Vergelijking met andere palliatieve zorgvoorzieningen maakt het mogelijk prioriteiten te stellen in welke aspecten van zorg een team wil verbeteren
2. Een correcte vergelijking tussen teams houdt voldoende rekening met verschillen in ‘risicofactoren’
3. Een systematische evaluatie en aanpak is nodig om van het identificeren van verbeterpunten te gaan naar effectieve verbetering

We meten kwaliteitsindicatoren vooral met het oog op optimale kwaliteit van zorg

Controle

Vergroten van transparantie

Vergelijken kwaliteit

➔Zorgen dat kwaliteit optimaal is en verbetert waar nodig

Een kwaliteitsindicator is:

Een aanvaard en duidelijk gedefinieerd en meetbaar aspect van de zorg

Uitgedrukt op een geaggregeerd niveau

- Zorgvoorziening, regio, land

Gemeten op **individueel** niveau

- Via patient-gerapporteerde uitkomsten, schalen…

MAAR ~ uitkomstmaten

Een voorbeeld van een resultaat voor een kwaliteitsindicator

Voor team X :

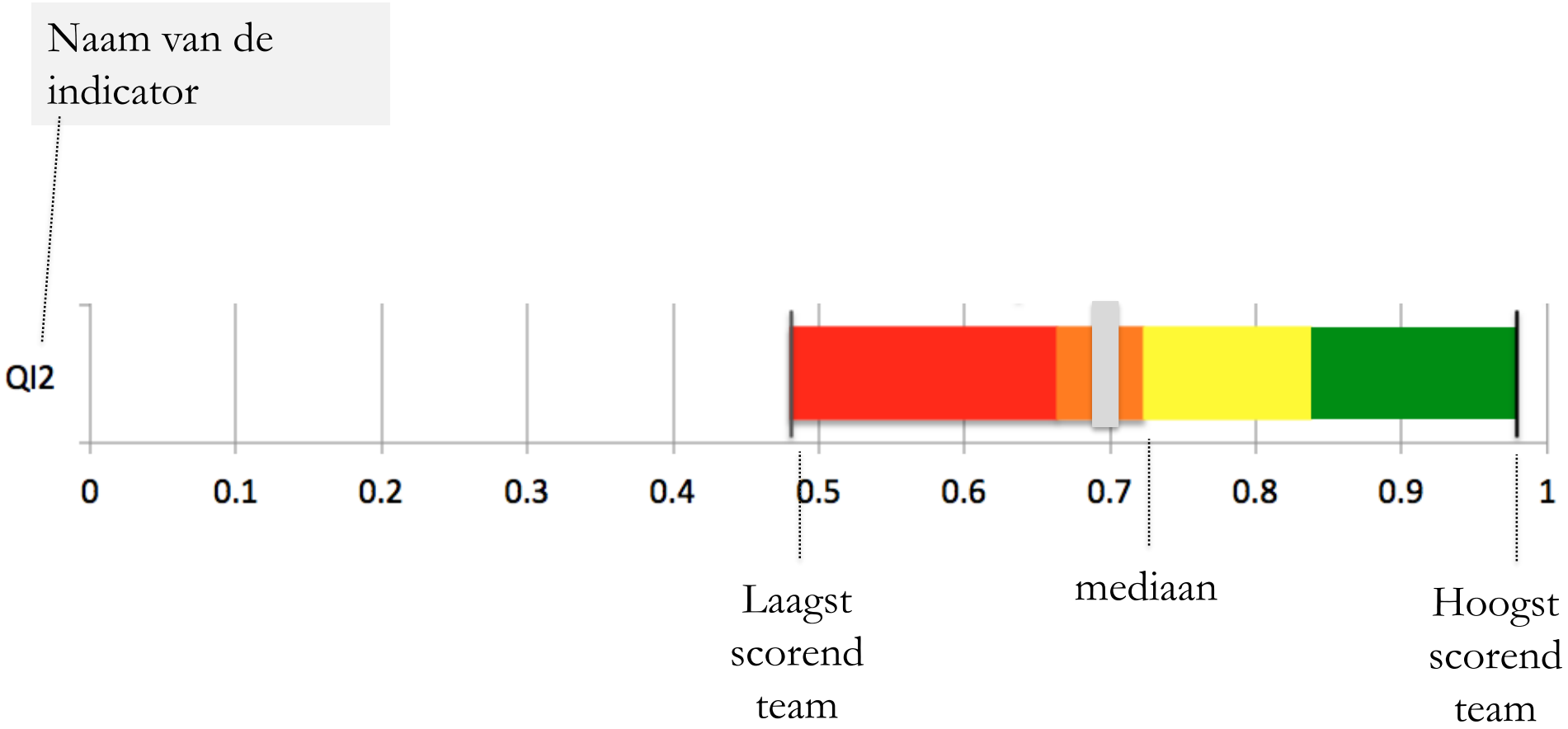
Voor 70% van de patienten was de symptoomlast onder controle?

Is dat een goed resultaat?

Is dit een verbeterprioriteit?

Welke norm kunnen of moeten we halen?

Een vergelijking met anderen leert ons waar we staan


Naam van de indicator
QI2
0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1
Laagst scorend team
mediaan
Hoogst scorend team

- Hoofdpunten

1. Vergelijking met andere palliatieve zorgvoorzieningen maakt het mogelijk prioriteiten te stellen in welke aspecten van zorg een team wil verbeteren
2. Een eerlijke vergelijking tussen teams houdt voldoende rekening met verschillen in ‘risicofactoren’
3. Een systematische evaluatie en aanpak is nodig om van het identificeren van verbeterpunten te gaan naar effectieve verbetering

Correcte vergelijking vergt een *attributionele validiteit*

= de overtuiging dat waargenomen verschillen in de kwaliteitsindicatoren direct te maken hebben met de kwaliteit van zorg eerder dan met andere beïnvloedende factoren

➔ risicocorrectie

De kwaliteitsindicatoren worden voor een reeks factoren gecorrigeerd

- Leeftijd patiënt
- Geslacht patiënt
- Diagnose patiënt
- Kortademigheid patiënt
- (relatie mantelzorger tav patiënt)
- Lengte van begeleiding
- Type van palliatieve zorg voorziening

Berekening vergelijkende scores (benchmarks)

Voor elk team, per indicator:

- Berekening van een **voorspelde score** (logistische regressie)
- **Risico-gecorrigeerde score =**

Geobserveerde score/ voorspelde score * algemeen gemiddelde score (voor alle voorzieningen samen).

Resultaten na 4 metingen

Aantal metingen:

797 patiënten in begeleiding

1061 hulpverleners van patienten in begeleiding

1617 nabestaanden van overleden patienten

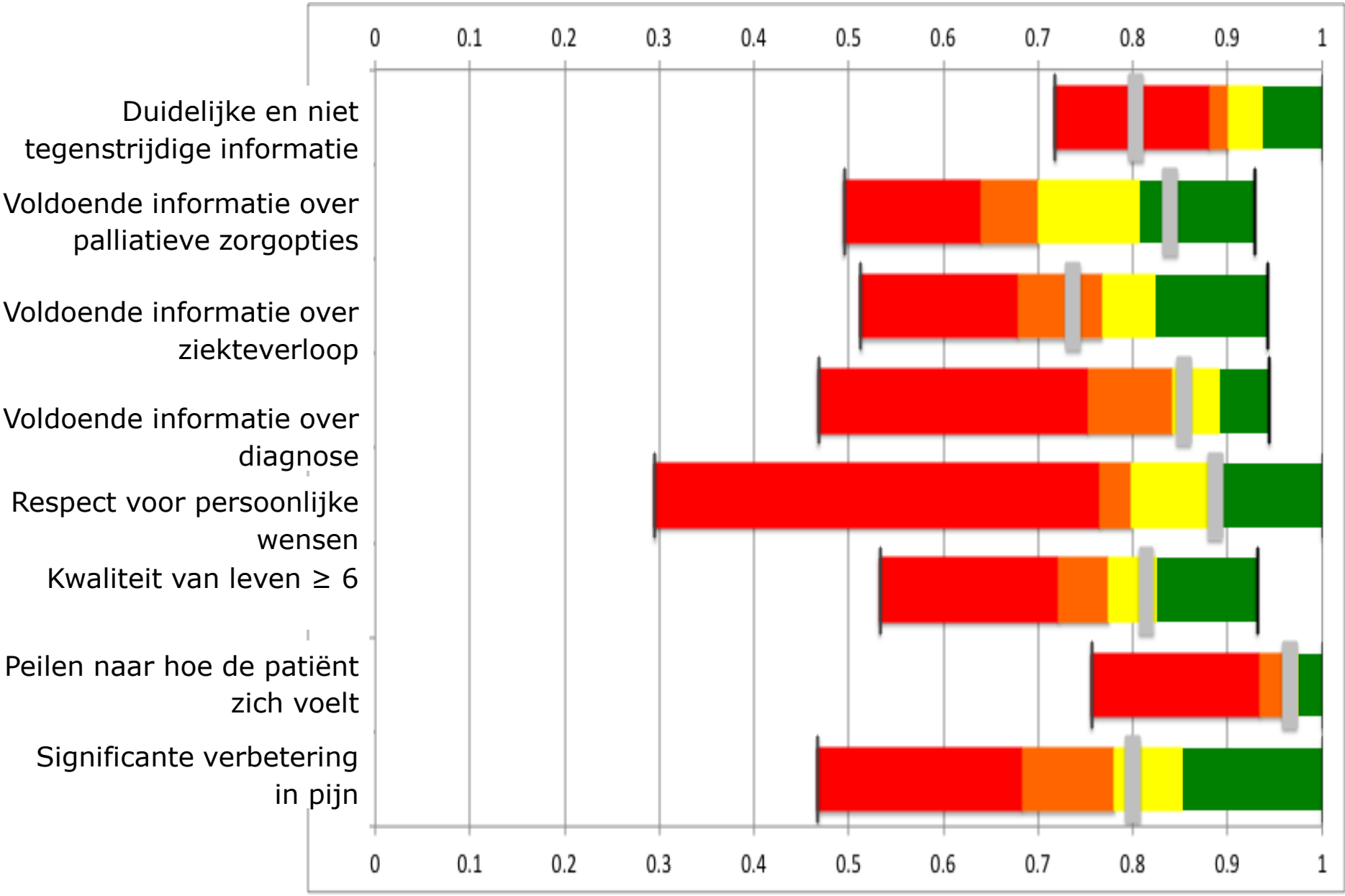
2732 hulpverleners van overleden patienten

34 teams*

(*: niet berekend indien n<10)

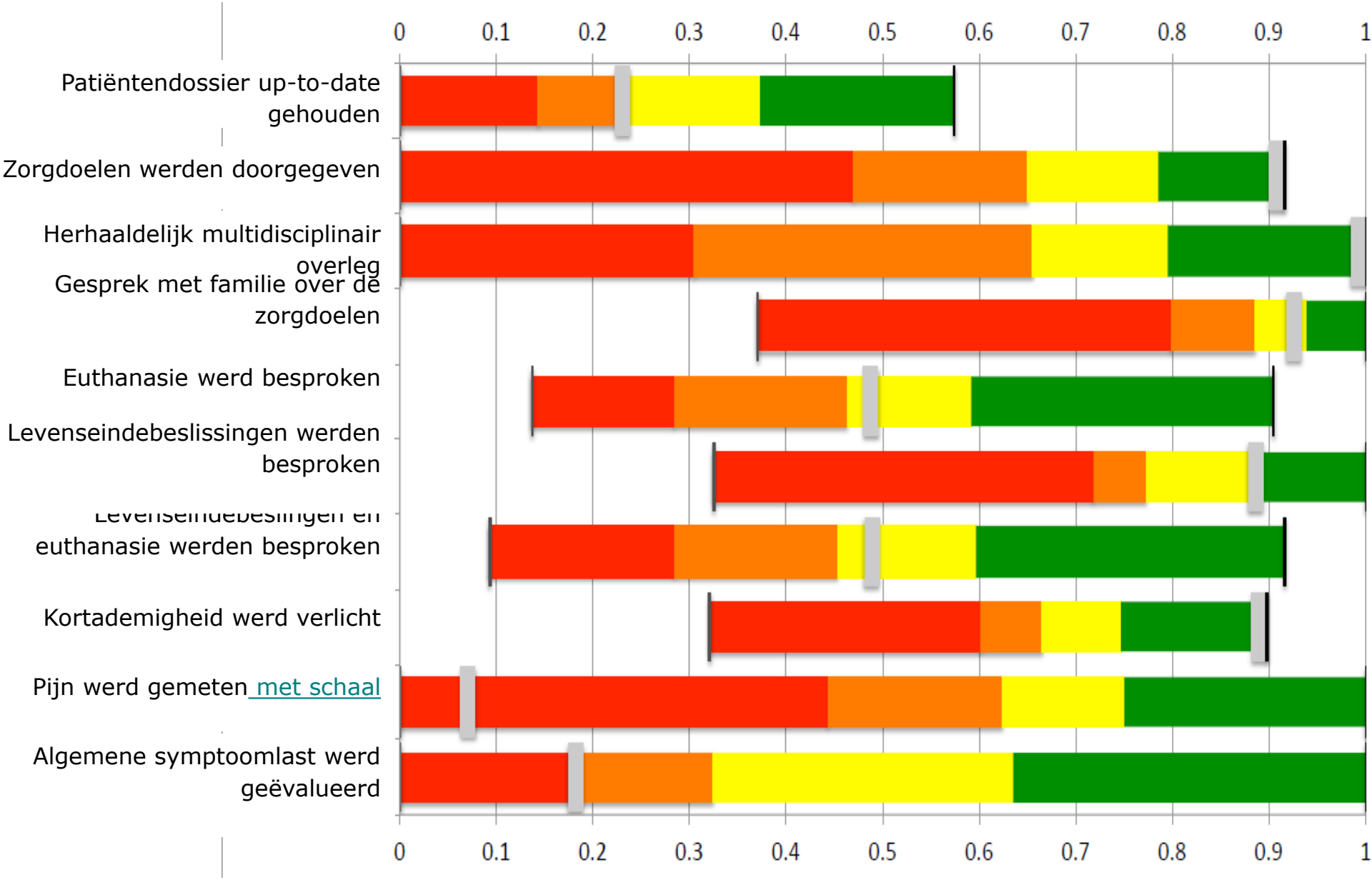
Kwaliteitsindicatoren gemeten via vragenlijst aan de patiënten

N= 797


0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1
Duidelijke en niet tegenstrijdige informatie
Voldoende informatie over palliatieve zorgopties
Voldoende informatie over ziekteverloop
Voldoende informatie over diagnose
Respect voor persoonlijke wensen
Kwaliteit van leven ≥ 6
Peilen naar hoe de patiënt zich voelt
Significante verbetering in pijn

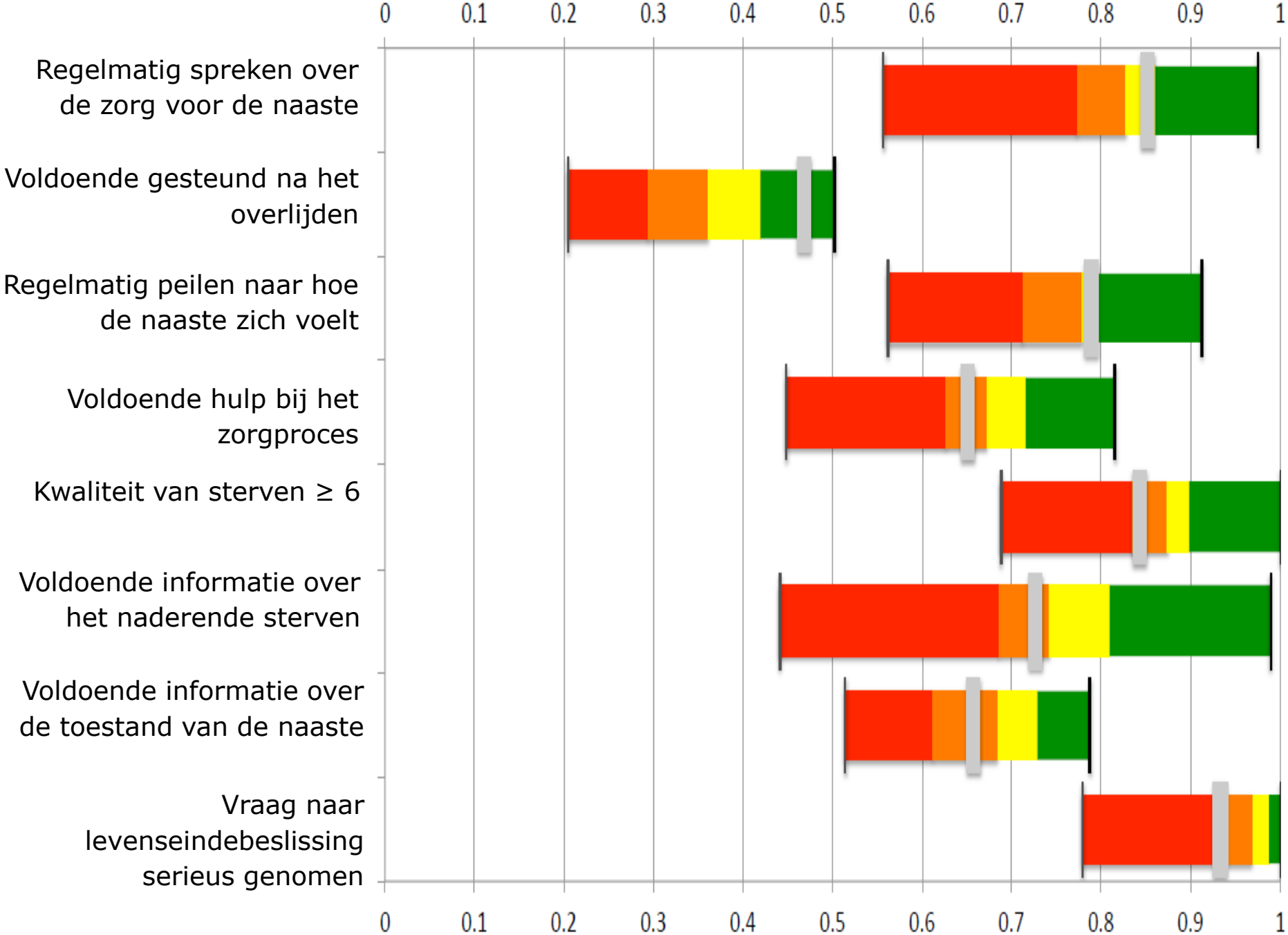
Kwaliteitsindicatoren gemeten via vragenlijst aan hulpverlener van patient in begeleiding

N= 1061


0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1
Patiëntendossier up-to-date gehouden
Zorgdoelen werden doorgegeven
Herhaaldelijk multidisciplinair overleg
Gesprek met familie over de zorgdoelen
Euthanasie werd besproken
Levenseindebeslissingen werden besproken
Levenseindebeslissingen en euthanasie werden besproken
Kortademigheid werd verlicht
Pijn werd gemeten met schaal
Algemene symptoomlast werd geëvalueerd

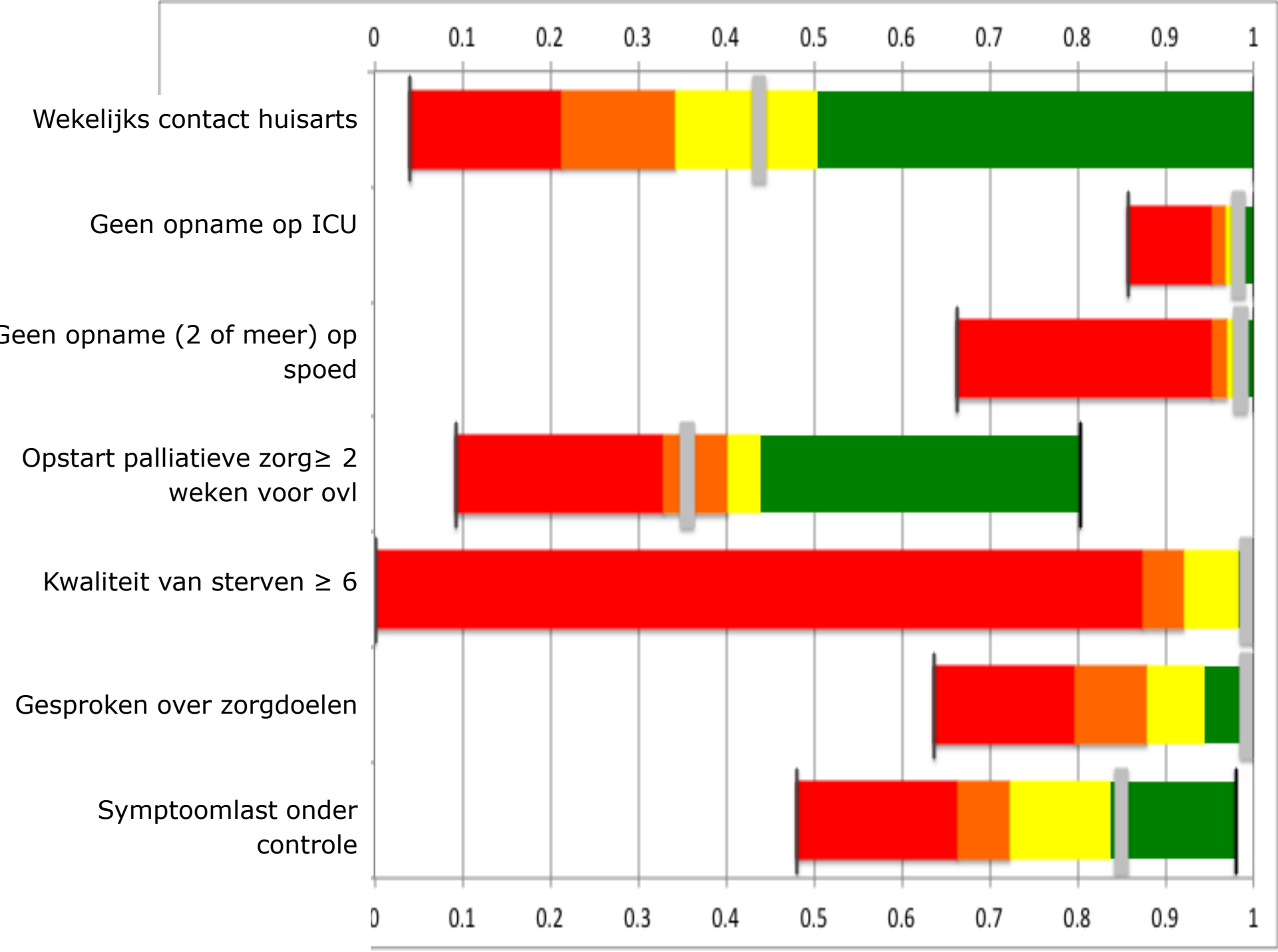
Kwaliteitsindicatoren gemeten via vragenlijst aan nabestaande van overleden patiënt

N= 1617


0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1
Regelmatig spreken over de zorg voor de naaste
Voldoende gesteund na het overlijden
Regelmatig peilen naar hoe de naaste zich voelt
Voldoende hulp bij het zorgproces
Kwaliteit van sterven ≥ 6
Voldoende informatie over het naderende sterven
Voldoende informatie over de toestand van de naaste
Vraag naar levenseindebeslissing serieus genomen

Kwaliteitsindicatoren gemeten via vragenlijst aan hulpverlener van overleden patiënt

N= 2732

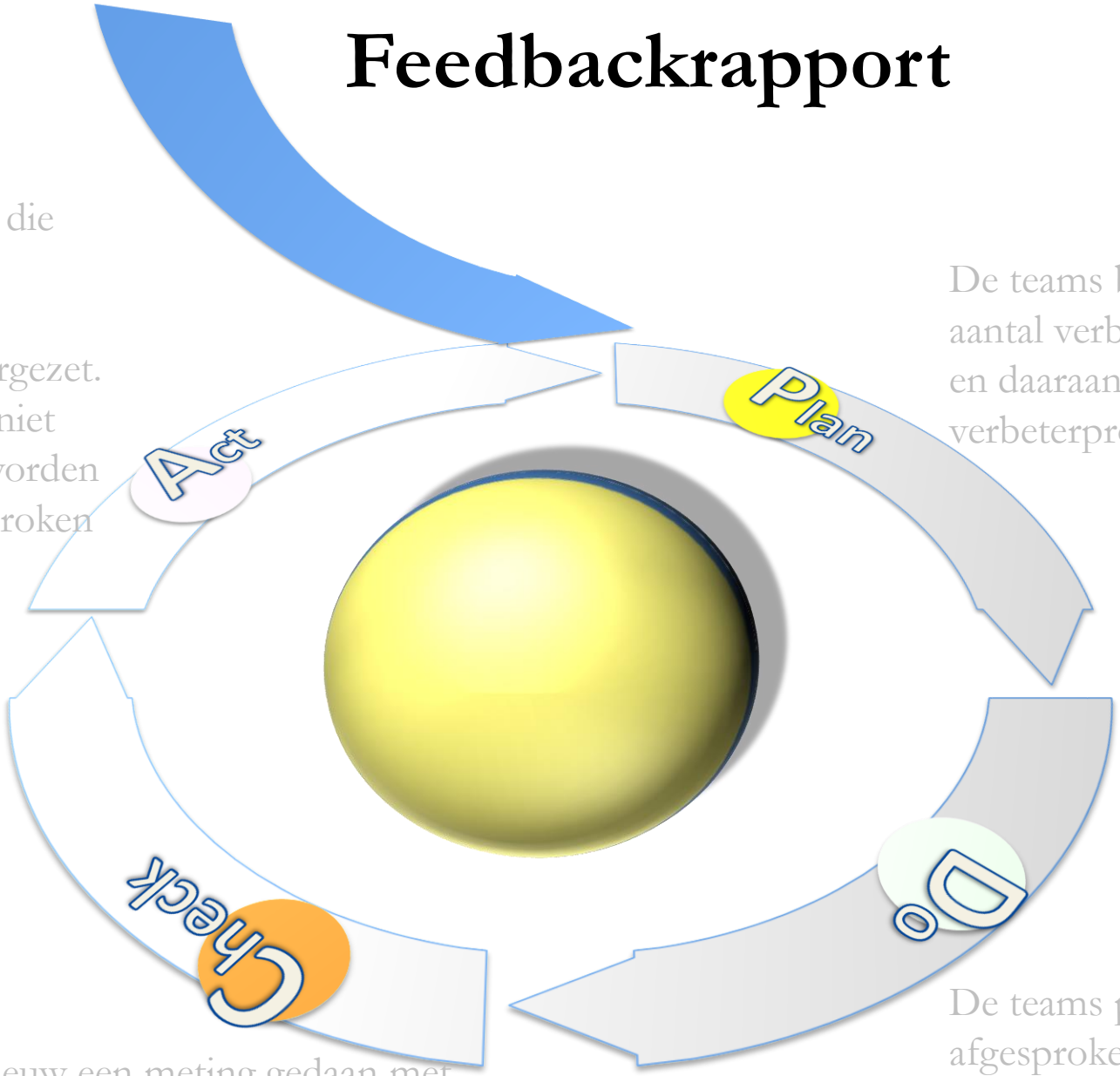

0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1
Wekelijks contact huisarts
Geen opname op ICU
Geen opname (2 of meer) op spoed
Opstart palliatieve zorg≥ 2 weken voor ovl
Kwaliteit van sterven ≥ 6
Gesproken over zorgdoelen
Symptoomlast onder controle

- Hoofdpunten

1. Vergelijking met andere palliatieve zorgvoorzieningen maakt het mogelijk prioriteiten te stellen in welke aspecten van zorg een team wil verbeteren
2. Een eerlijke vergelijking tussen teams houdt voldoende rekening met verschillen in ‘risicofactoren’
3. Een systematische evaluatie en aanpak is nodig om van het identificeren van verbeterpunten te gaan naar effectieve verbetering

Feedbackrapport

De processen die leidden tot verbeteringen worden verdergezet. Aspecten die niet verbeterden worden opnieuw besproken



De teams bepalen een aantal verbeterobjectieven en daaraan gekoppelde verbeterprocessen

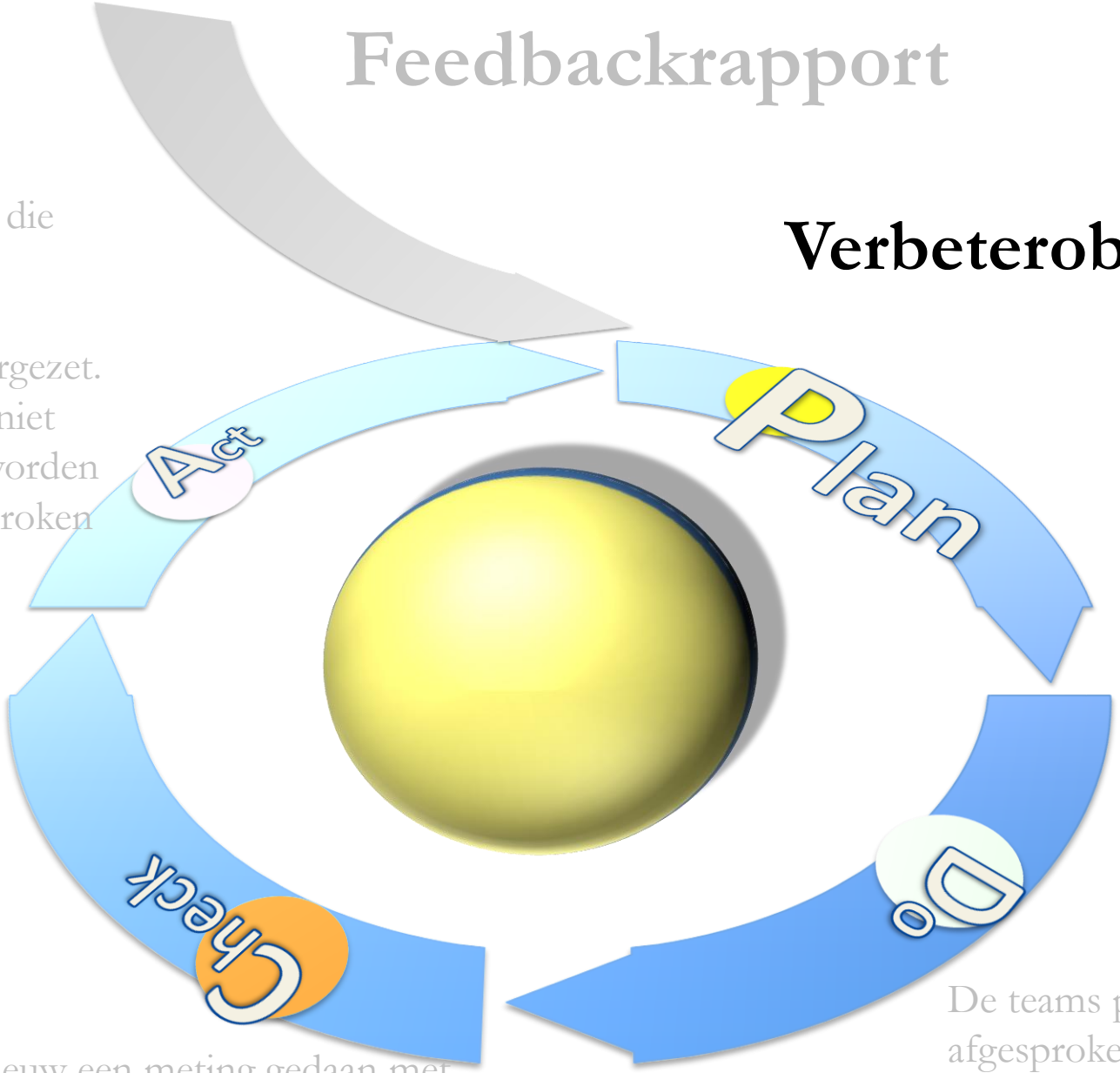
De teams passen de afgesproken veranderingen toe in de praktijk

Er wordt opnieuw een meting gedaan met de kwaliteitsindicatoren (elke 6 maanden). Er wordt nagegaan of de gewenste verbetering werd bereikt

Feedbackrapport

Verbeterobjectieven

De processen die leidden tot verbeteringen worden verdergezet. Aspecten die niet verbeterden worden opnieuw besproken



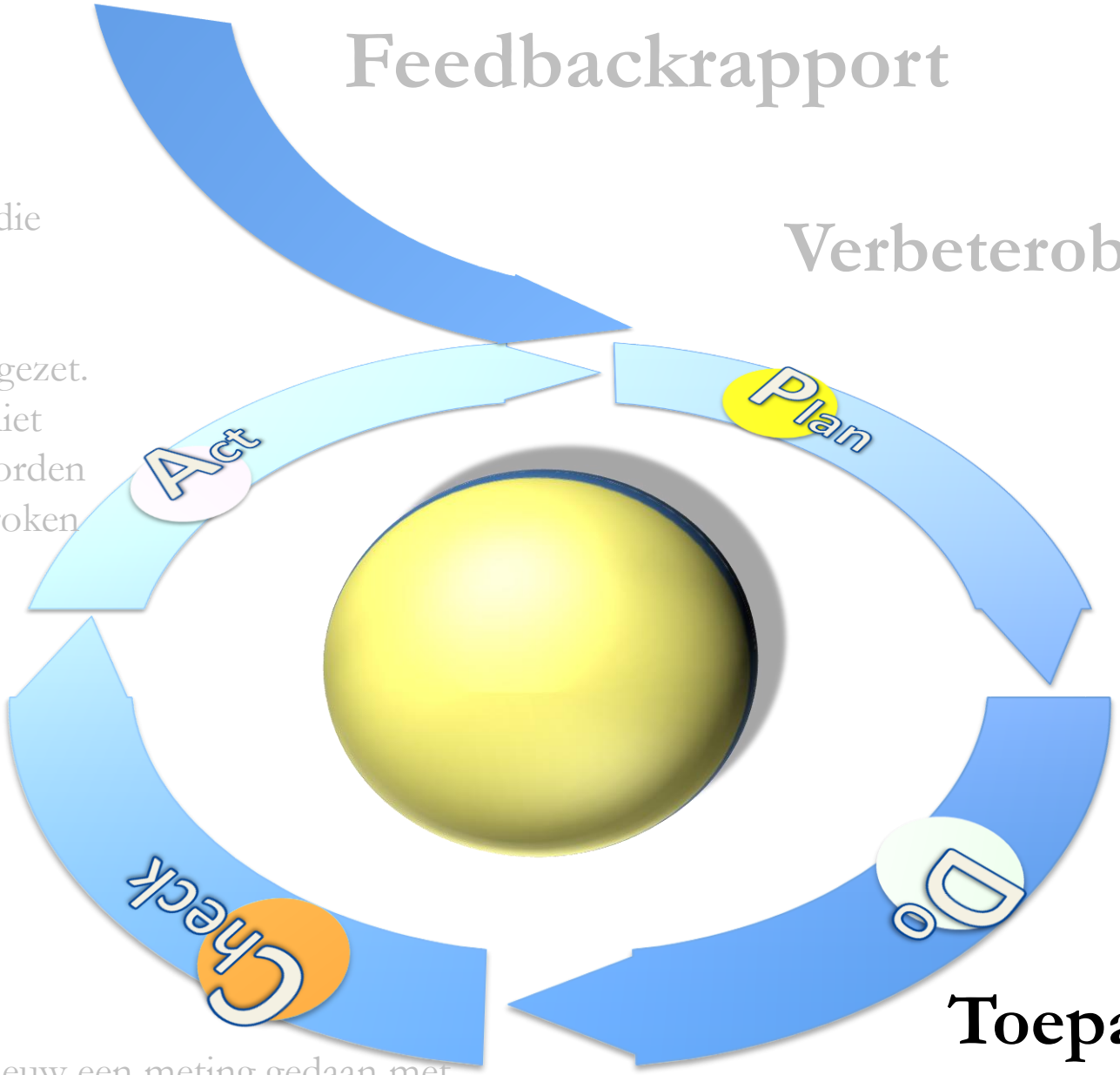
De teams passen de afgesproken veranderingen toe in de praktijk

Er wordt opnieuw een meting gedaan met de kwaliteitsindicatoren (elke 6 maanden). Er wordt nagegaan of de gewenste verbetering werd bereikt

Feedbackrapport

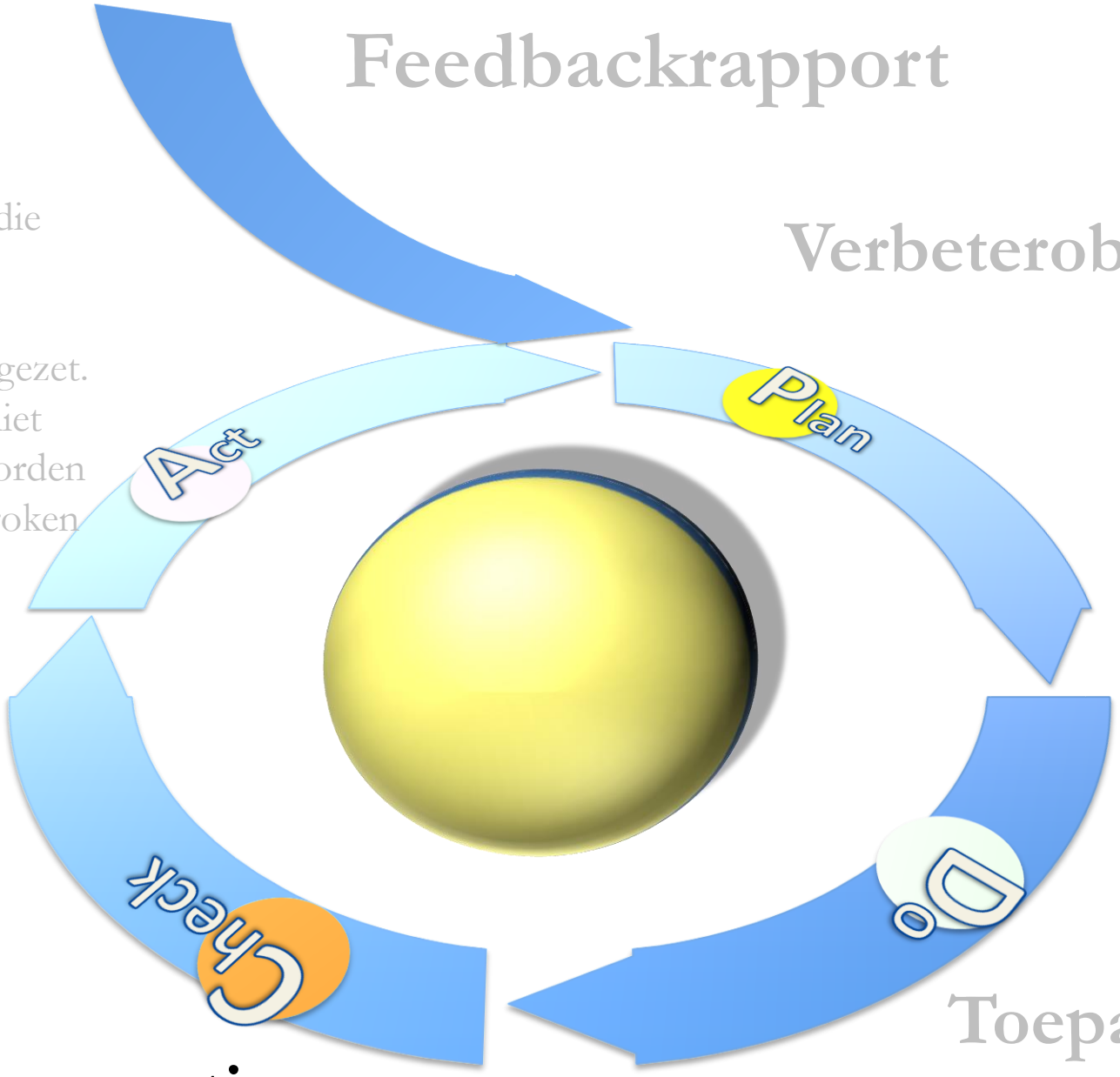
De processen die leidden tot verbeteringen worden verdergezet. Aspecten die niet verbeterden worden opnieuw besproken

Verbeterobjectieven

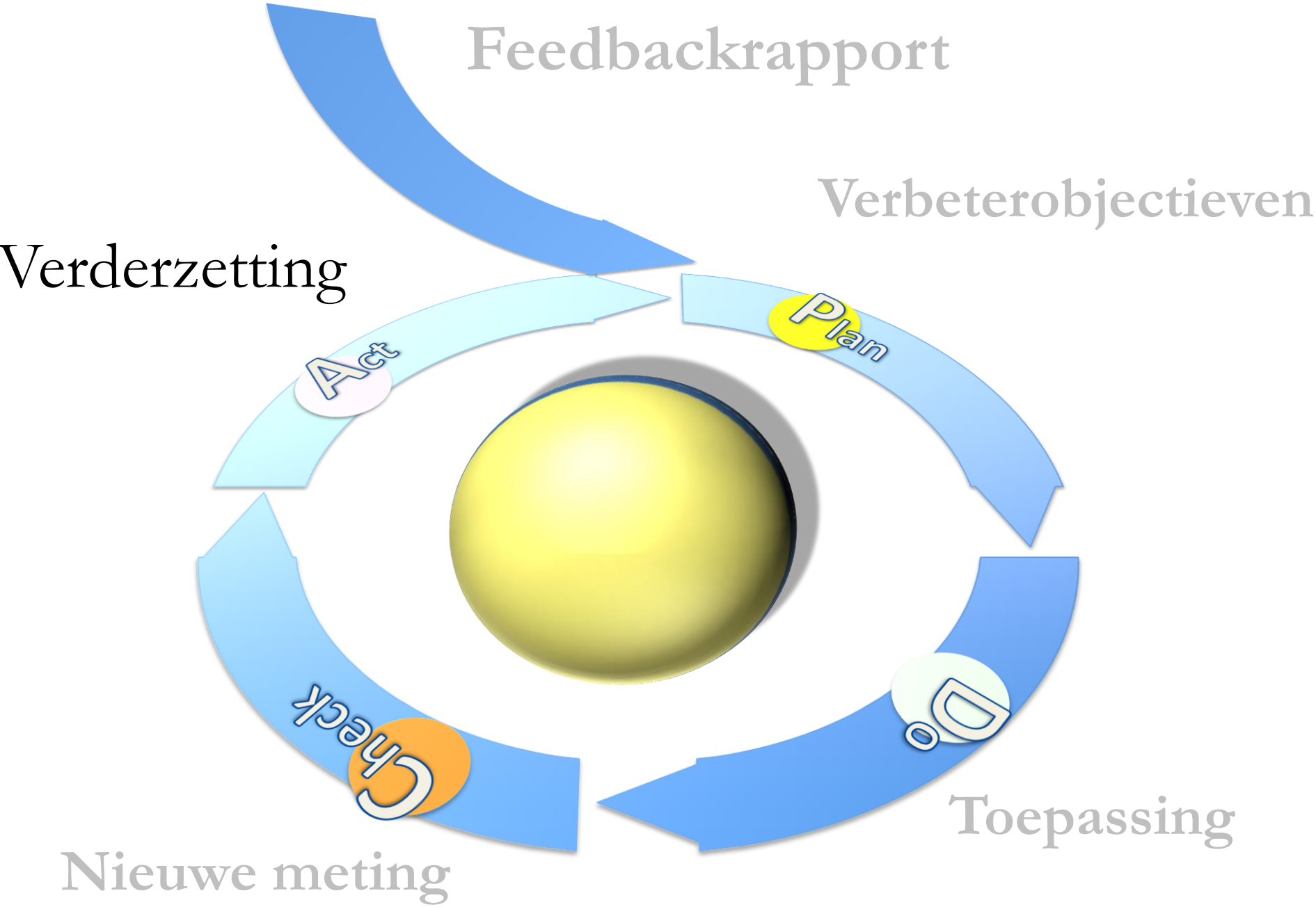


Toepassing

Er wordt opnieuw een meting gedaan met de kwaliteitsindicatoren (elke 6 maanden). Er wordt nagegaan of de gewenste verbetering werd bereikt



De processen die leidden tot verbeteringen worden verdergezet. Aspecten die niet verbeterden worden opnieuw besproken


Feedbackrapport
Verbeterobjectieven
Verderzetting
Plan
Do
Check
Act
Toepassing
Nieuwe meting

Hoofdpunten

1. Vergelijking maakt het mogelijk prioriteiten te stellen verbetering zorg
2. Een correcte vergelijking is daarbij nodig
3. Er is nog een weg van weten naar verbeteren

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

Onze weg naar een

betere kwaliteit van zorg

Getuigenissen uit de praktijk:
Dr. Martine De Laet (UZ Gent)
Inge Kustermans (AZ Sint-Lucas)

#KwaliteitPZ

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Kwaliteit zichtbaar maken
Werken met kwaliteitsindicatoren

© 2017 Universitair Ziekenhuis Gent

Kwaliteit zichtbaar maken” is één van de strategische opties van het UZ Gent. Om dit te bereiken dient kwaliteitsopvolging een prominente plaats te krijgen in het algemeen beleid van het ziekenhuis.

Accreditering

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

Het UZ Gent streeft er voortdurend naar om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een ziekenhuisbrede accreditering maakt dit aantoonbaar. Met dit internationale kwaliteitslabel wil het UZ Gent aan patiënten, bezoekers en verwijzers een duidelijk signaal geven dat het ziekenhuis een veilige en goed georganiseerde zorginstelling is. Accreditering is een belangrijk project voor het UZ Gent omdat iedereen doordrongen moet zijn van het belang om te denken en te werken op een kwaliteitsvolle manier. Motivatie en betrokkenheid van de medewerkers is cruciaal voor het welslagen van dit project.

De weg naar accreditering

Het NIAZ-QMentum eisenkader omvat welomschreven bepalingen op GOLD niveau betreffende uitkomstindicatoren in vier normen:

- Oncologische Zorg: Het team meet uitkomsten van de oncologische zorgverlening
- Geestelijke gezondheidszorg: Het team meet uitkomsten van GGZ
- **Palliatieve zorg: Het team meet uitkomsten van de zorgverlening**
- Revalidatie: Het team meet uitkomsten van de zorgverlening

De methodiek voor het systematisch, centraal gecoördineerd opvolgen van uitkomst-indicatoren wordt daarom bij deze vier diensten als **piloot** geïnitieerd. Hierbij worden minstens uitkomstindicatoren voor de belangrijkste pathologiëen opgemaakt, waar nodig en relevant aangevuld met procesindicatoren.

119
BELGIE – BELGIQUE
PB – PP
3961
UZ letters
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UGent UZ GENT
DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT
JRG 24, NR 119
JUNI – JULI – AUGUSTUS 2014
Afzendadres: De Pintelaan 185 – 9000 Gent | Toelating gesloten verpakking nr. 03/60 | Afgiftekantoor Gent X

Beleidsvisie: Opvolgen van klinische proces- en uitkomstindicatoren

© 2017 Universitair Ziekenhuis Gent

Beleidsvisie: Opvolgen van klinische proces-en uitkomstindicatoren UZGent

"Onderstaande kwaliteitsindicatoren worden bepaald door het gevalideerde indicatorenset: "Kwaliteitsindicatoren in de palliatieve zorg ontwikkeld door de Alliantie Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde van de Vrije Universiteit Brussel en de Universiteit Gent, in samenwerking met de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.
Ze werden verder uitgewerkt zodanig dat ze bruikbaar en registreerbaar zijn In de setting van het UZ Gent."

"Beleidsvisie: Opvolgen van klinische proces- en outcome indicatoren"

Welke indicatoren gaan we meten?

Keuze uit het minimale set

Uit elk domein één indicator

Prioriteiten leggen

Aanpassen aan de klinische en organisatorische realiteit= meetbaar tijdens opname, werkbelasting

Registreerbaar in elektronisch dossier

Vasstellen van de norm/streefdoel

Registreren van resultaten

Interpretatie en analyse

Manier van bijsturen

© 2017 Universitair Ziekenhuis Gent

Keuze van kwaliteitsindicatoren

Fysieke aspecten van zorg (3)

Percentage patiënten dat een pijnmeting kreeg, al dan niet met een pijnschaal

Norm: 100% bij alle cognitief adequate patiënten

Psychosociale aspecten van zorg(7)

Percentage patiënten met een score van 5 of meer voor levenskwaliteit

Standaard: alle patiënten die cognitief adequaat zijn en een overleving van meer dan één week

Registratie: bevragen wekelijks, noteren EPD tijdens MDO. Norm: 70%

Communicatie en zorgplanning patiënt(13)

Percentage patiënten bij wie navraag gedaan werd over hoe deze dacht over beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

Standaard: alle patiënten die cognitief adequaat zijn in de eerste 3 dagen na opname, minimum één gesprek. Registratie EPD: observatieblad einde leven. Norm: 60%

© 2017 Universitair Ziekenhuis Gent

Keuze van kwaliteitsindicatoren

Communicatie en zorgplanning met naasten (18)

Percentage patiënten voor wie een formeel gesprek met arts over de voorkeuren van de zorg plaatsvond met de naasten in de eerste week na de opname

Standaard: alle naasten van patiënten die één week of meer zijn opgenomen

Registratie in EPD. Medisch palliatief dossier. Norm: 60%

Communicatie tussen de hulpverleners(19)

Percentage patiënten over wie minstens 1 maal per week een formeel multidisciplinair overleg (MDO) over de zorgdoelstellingen van de patiënt plaatsvond

Standaard: alle patiënten met een overleving van minimum één week

Registratie EPD, observatieblad MDO/ alle disciplines ingevulden en besluit met zorgdoelen geformuleerd

Norm: 90%

© 2017 Universitair Ziekenhuis Gent

Keuze van kwaliteitsindicatoren

Omstandigheden rond het overlijden(21)

Percentage patiënten bij wie de stervenskwaliteit 5 of meer scoorde op een schaal van 0 tot 10 (volgens zorgverleners)

Probleem: objectiveren kwaliteit van sterven. Hoe scoren? bijvb afwezigheid van pijn, onrust, reutel?

Coördinatie en continuïteit van zorg(25)

Percentage patiënten bij wie de zorgverleners de zorgdoelstellingen en de reanimatiestatus kregen tijdens of na de opname

DNR code wordt bevestigd of aangepast één weekdag na opname en Informed Consent ingevuld. Standaard: alle patiënten. Registratie EPD, therapiebeperking/ informed consent. Norm: 100%

Zorg voor familie(29)

Percentage nabestaanden dat aangaf dat de zorgverleners regelmatig peilden naar hoe ze zich voelden. Standaard: alle patiënten met een overleving van minimum één week Registratie EPD, observatieblad MDO, psychosociaal. Norm: 70%

“Evidence is important and exciting, but only a small part of reality”

Meten≠ weten

Is “kwaliteitsvolle” zorg altijd goede zorg?

Aandacht voor de menselijke factor en de relatie in zorgprocessen

Visie op zorg

Creativiteit en leergierigheid als de weg naar verandering

Samenwerking en leren van elkaar

De nederigheid om te luisteren naar noden van patiënten en families en van hen te leren

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

az sint-lucas
BRUGGE

Zorg is onze natuur

Ervaringen AZ Sint-Lucas Brugge

> 2 mei 2017

NIAZ®
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

Agenda

- Motivatie voor deelname
- Concrete werking
- Aan de slag met de resultaten
- Ervaren knelpunten

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

1. Motivatie tot deelname

- Kwaliteitswerking – indicatorenmeting
- Input voor beleidscyclus
- Objectieve weergave van subjectieve ervaringen
- Mogelijkheden tot benchmark en evolutie over meerdere meetmomenten heen

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

2. Concrete werking

- Belang van samenwerking en gedeelde inspanningen
- Concreet:
  - Verantwoordelijke aanduiden voor dit project
  - Vragenlijsten nummeren door een vrijwilliger
  - Gehospitaliseerde patiënten oplijsten adhv een patiëntenlijst
  - Werkverdeling maken om de vragenlijsten af te nemen

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

2. Concrete werking

- Nabestaanden oplijsten adhv een lijst met patiënten die overleden zijn de afgelopen 6 weken tot 6 maanden
- Elk teamlid bekijkt deze lijst en we verdelen het werk om de nabestaanden op te bellen en de vragenlijst te versturen
- Respons bijhouden
- Verantwoordelijke werkt alles af en stuurt data door naar de onderzoeker

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

3. Aan de slag met de resultaten

- Analyse in overleg met medisch coördinator – verpleegkundig coördinator – zorgmanager
- Analyse en bespreking op kernteam → concrete input voor beleidsplan
- Bijkomend: evolutie naar visuele weergave op teamsite van enkele indicatoren voor alle betrokkenen binnen het PST

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

4. Ervaren knelpunten

- Aparte registratie los van elektronisch patiëntendossier, hierdoor grote werklast.
- Opbellen van de nabestaanden vraagt heel wat tijd, belang van teamwerking!
- Indicatoren brengen niet de volledige zorg in kaart – opmerking van nabestaanden.

az sint-lucas
BRUGGE
Zorg is onze natuur

Tot slot

- Positieve balans inspanningen/knelpunten t.o.v. outcome.
- Vragende partij voor verderzetting van de indicatorenmeting.

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

Panelgesprek met de sector:
over kwaliteit meten en verbeteren

Moderator **prof. dr. Lieve Van den Block**

#KwaliteitPZ

KWALITEITSINDICATOREN IN DE PALLIATIEVE ZORG:

WAAR STAAN WE EN WAT IS DE TOEKOMST

Koffiepauze tot 11:30

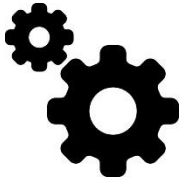
#KwaliteitPZ

Kwaliteit van palliatieve zorg: beleidsaanbevelingen

Benjamin Werrebrouck

#KwaliteitPZ

14 beleidsaanbevelingen

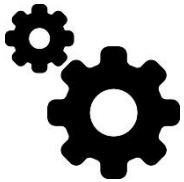


Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?

Wat is nodig voor dataverwerking, datapresentatie en datamanagement?

Wat is er nodig om van monitoren naar verbeteren te gaan?

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?

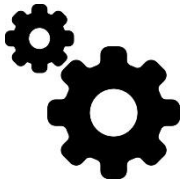


Wij adviseren een **verdere implementatie** van de kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg in de gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen, rekening houdend met de andere aanbevelingen die vooropgesteld worden.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?

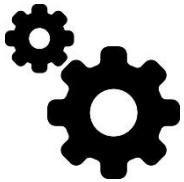
Er dienen **gesprekken opgestart** te worden met **alle betrokken partijen** (overheid, op te richten Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, Federatie palliatieve zorg Vlaanderen en onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde) met betrekking tot de verdere bestendiging en uiteindelijke overdracht van de kwaliteitsindicatoren naar de palliatieve sector.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



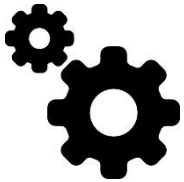
Om de kwaliteit van de gespecialiseerde palliatieve zorg te monitoren, adviseren wij om een **kwaliteitsmonitoringsprogramma** op te stellen waarbinnen de kwaliteitsindicatoren een plaats innemen ter evaluatie van de zorg.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



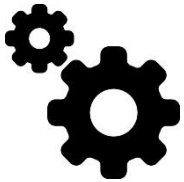
Voor een realistische implementatie van de kwaliteitsindicatoren in de gespecialiseerde palliatieve zorg voorzieningen is een **herevaluatie van de financiering** nodig zodat alle teams ruimte hebben om met kwaliteitsverbetering bezig te zijn.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



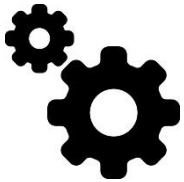
De Vlaamse overheid kan het **gebruik** van de kwaliteitsindicatoren **aanbevelen** aan alle gespecialiseerde palliatieve zorg voorzieningen die te maken krijgen met een **audit** van hun zorg. Daarnaast kan de Vlaamse overheid een mogelijk audit afstemmen op de inhoud van de kwaliteitsindicatoren om dubbele registratie te vermijden.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



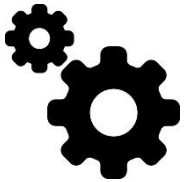
De **hoogste leidinggevende organen** van de organisatie (zoals raad van bestuur) van de gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen dienen **geresponsabiliseerd** te worden in het proces van kwaliteitsmonitoring en verbetering. Het is hun taak om mee in overleg te gaan met de voorzieningen over het opstellen van een kwaliteitsplan, verbeterdoelen en -trajecten.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



Om een draagvlak te creëren voor kwaliteitsmonitoring, en –verbetering moeten **alle actoren** uit de gespecialiseerde palliatieve zorg, van het hoogste leidinggevende orgaan van de organisatie (zoals raad van bestuur) tot de vrijwilliger, blijvend **gesensibiliseerd** worden over het nut van het meten van kwaliteit, en het noodzakelijke van meten van kwaliteit wanneer men de zorg wil verbeteren.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?



De kwaliteitsindicatoren set moet **blijvend geëvalueerd** worden, en indien nodig aangepast aan de acute noden van de hulpverleners binnen de palliatieve zorg, zodat de kwaliteit van zorg op gepaste wijze kan worden gemonitord.

Wat is nodig voor dataverwerking, -presentatie en –management?

Om de gespecialiseerde palliatieve zorg voorzieningen in staat te stellen zichzelf te vergelijken met andere gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen, kan er best een **persoonlijke signalisatiemeter** aangeboden worden waarop de teams hun eigen gegevens en scores te zien krijgen en de benchmark scores per indicator voor zowel de gelijkaardige voorzieningen als alle voorzieningen samen (deze scores zijn gecorrigeerd voor verschillen in de patiëntenpopulatie).

Wat is nodig voor dataverwerking, -presentatie en –management?

Om het meetproces met de kwaliteitsindicatoren verder te automatiseren adviseren wij om een **e-applicatie** te ontwikkelen die de hulpverleners in staat stelt zelf data-input te doen en de resultaten van hun kwaliteitsmetingen onmiddellijk op te vragen via een persoonlijke signalisatiemeter met eigen kwaliteitsresultaten en benchmark gegevens.

Wat is nodig voor dataverwerking, -presentatie en –management?

Administratieve taken zoals het oplijsten van patiënten en respondenten voor de kwaliteitsmetingen, het verzamelen van vragenlijsten en het doorsturen van de data aan de dataverwerker, kunnen, als het team hiervoor kiest, opgenomen worden **door derden**, zoals een kwaliteitscoördinator die settingoverschrijdend werkt.

Wat is nodig voor dataverwerking, -presentatie en –management?

Wij adviseren het ontwikkelen van een **standaard onderdeel** in het **elektronisch patiëntendossier** toegankelijk voor alle leden van de gespecialiseerde palliatieve zorg voorziening zodat alle voorzieningen over dezelfde informatie beschikken voor het uitvoeren van de kwaliteitsmetingen.

Wat is nodig om van monitoren naar verbeteren te gaan?

Wij adviseren om de gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen te **ondersteunen** bij het opstellen van **verbeterdoelen** en het uitzetten van **verbeteracties**.

Wat is nodig om van monitoren naar verbeteren te gaan?

Wij adviseren een **kwaliteitsoverleg** voor gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen, zowel op **meso-** als **macroniveau**. Door overlegmomenten te organiseren rond kwaliteit van zorg die toegankelijk zijn voor de palliatieve zorgteams, creëer je een forum voor concrete vragen van teams en kunnen ze elkaar oplossingen aanreiken en concrete tips meegeven ter verbetering van de zorg.

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

Panelgesprek met het beleid: over de toekomst van kwaliteit meten en de link met het beleid

Moderator **prof dr Luc Deliens**

#KwaliteitPZ

Slotwoord door **Jo Vandeurzen**,
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin

#KwaliteitPZ

KWALITEITSINDICATOREN IN DE PALLIATIEVE ZORG:

WAAR STAAN WE EN WAT IS DE TOEKOMST

END-OF-LIFE CARE RESEARCH GROUP

UNIVERSITEIT GENT

VUB

#KwaliteitPZ

SAVE THE DATE

CONGRES OVER INTEGRATIE VAN PALLIATIEVE ZORG IN ZORGTRAJECTEN VAN MENSEN MET KANKER EN COPD

17/11/2017 - GENT

Integrate

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

UNIVERSITEIT GENT

KU LEUVEN LUCAS