

KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ANNO 2008

***Rapportage over het contract ‘coördinatie kwaliteit en
patiëntveiligheid 2007-2008’***

**Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen
Dienst Acute, Chronische Zorg en Ouderenzorg**

Liesbeth Borgermans
Christiaan Decoster
Davy De Groote
Dominique Dicker
Margareta Haelterman
Agnès Jacquerye
Stéphanie Maquoi
Peter Osten
Hilde Peleman
David Sauwens
Evelyne Van Gastel

DANKWOORD

De cel 'kwaliteit en patiëntveiligheid' wenst uitdrukkelijk te bedanken: de Belgische ziekenhuizen, de artsen, de ziekenhuismedewerkers, de patiënten, de beleidscel van het kabinet van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de begeleidingscommissie voor ziekenhuisperformantie, de federale werkgroep patiëntveiligheid, de federale juridische werkgroep, de diensten datamanagement en psychosociale gezondheidszorg van DG1 en de dienst informatica van de FOD VVVL.

*Verantwoordelijke uitgever: Dirk Cuypers,
Victor Hortaplein 40 bus 10, B-1060 Brussel*

© 2009 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever.

Depot: D/2009/2196/21
BP/PATIENN-BI9001

INHOUDSTAFEL

EXECUTIVE SUMMARY	5
BEKNOPTE SAMENVATTING	9
VOORWOORD	13
INLEIDING	15
HOOFDSTUK 1.	
MISSIE, VISIE, DOELSTELLINGEN EN STRATEGIE	17
Inleiding	18
Methodologie	18
Resultaten	19
HOOFDSTUK 2.	
KWALITEITSSTRUCTUREN EN FUNCTIES	31
Inleiding	32
Methodologie	32
Resultaten	34
HOOFDSTUK 3.	
EVALUATIE PATIËNTVEILIGHEIDSCULTUUR	51
Inleiding	51
Methodologie	52
Resultaten	53
HOOFDSTUK 4.	
MELDING EN ANALYSE VAN INCIDENTEN EN BIJNA-INCIDENTEN	63
Inleiding	64
Methodologie	64
Resultaten	65
HOOFDSTUK 5.	
KWALITEITSPROJECTEN	77
Inleiding	78
Methodologie	78
Resultaten	79

HOOFDSTUK 6.	
INDICATOREN	87
Inleiding	88
Methodologie	88
Resultaten	92
 HOOFDSTUK 7.	
REFLECTIES OP HET CONTRACT EN DE ONDERSTEUNING VAN ZIEKENHUIZEN AANGEBODEN DOOR DE OVERHEID	119
 HOOFDSTUK 8.	
ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST	123
 OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN	127

Quality and patient safety in Belgian hospitals in the year 2008
Report on the quality and patient safety contract of 2007-2008

EXECUTIVE SUMMARY

Since July 2007, additional financing (annual budget of € 6.8 million) has been approved for the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals. This budget was linked to a contract for the coordination of quality and patient safety. The contract was signed by 80 % (n = 164) of the acute, psychiatric and long term care hospitals and consisted of six major parts. Hospitals were asked to report on the different parts of the contract.

1. The mission, vision, goals and strategy with regard to quality and patient safety

The first part of the contract aimed at further stimulating the hospitals to formulate a mission, a vision, goals and strategic objectives that also integrate patient safety.

The results show that most of the hospitals have a mission, a vision and strategic/operational goals. However, only half of the hospitals have a 'real mission' that meets sound criteria. In addition, the hospitals do not explicitly link their mission, vision and strategic goals. Another important finding is that most hospitals mix the terms 'mission', 'vision' and 'strategy'. It is also striking that the numbers and types of operational goals vary considerably between the different hospitals.

As to the communication of their mission and vision, the hospitals use many channels and they are very creative in spreading their mission and vision among patients and personnel. Other important conclusions to be made for this chapter are that only one in three hospitals applies general quality frameworks (like the EFQM model). In general, we can conclude that there is a need for standardisation and harmonisation with regard to the concept of 'quality and patient safety' in hospitals because those concepts are interpreted in a

very different way today. However, by doing so, one should take into account the specific features of each hospital as well as its patient population.

2. Structures and functions with regard to quality and patient safety

Within the framework of the second part of the contract, the hospitals were asked to give an overview of the existing structures with regard to quality and patient safety by means of an organisation chart. These are the committees or functions that are financed by the federal government and/or legally imposed. The committees that the hospitals have mentioned most frequently are the quality committee, the executive committee and the patient safety committee. More than half of the hospitals has established this committee in 2008. The patient safety committee is characterised by a large participation of board members and a multidisciplinary composition. Most of the hospitals also have at least one full-time equivalent quality coordinator. Finally, various channels are used to diffuse the organisation chart within the institution.

3. Hospital survey on patient safety culture

The third part of the contract aimed at assessing the patient safety culture. The federal authorities have used the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* of the AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) to do so. The results of this culture assessment have also been the subject of a benchmark that has been conducted for 132 Belgian hospitals. These results are presented in a separate report. Most of the participating hospitals (96 %) have conducted a hospital survey on patient safety culture according to a predefined methodology. The level of participation was lower for physicians than for other hospital staff. About half of the hospitals that have conducted the culture assessment has already formulated actions for improvement that are linked to the results of the culture assessment.

4. Reporting and analysing (near) incidents

The fourth part of the contract related to the reporting and analysing of incidents and near incidents.

The vast majority of the participating hospitals makes use of a system to report incidents and near incidents. There is, however, a whole range of issues that can be reported. The anonymity of the reporter, the unit and the patient

is mostly respected in long term care hospitals. In the acute and psychiatric hospitals, reporters can choose between anonymous and non-anonymous reports in more than half of the cases. The reporting system is usually confidential, which means that the patient's identifying data, the reporter and the unit are not mentioned to third parties. A large majority of the hospitals also has a hospital-wide reporting system. Hospital-wide reporting systems are mostly used in long term care hospitals, followed by psychiatric hospitals and acute hospitals.

In slightly more than half of the hospitals, the reporting is exclusively done in writing. A minority of the hospitals already has an electronic reporting system and in one third of the hospitals the system allows for both written and electronic reporting. A positive point is that the hospitals really take a lot of initiatives to stimulate reporting, which include both written and oral (formal and informal) forms of communication, campaigns and training.

One third of the hospitals, and particularly acute hospitals, uses specific methods to analyse incidents and near incidents. This shows that there is still a lot of work to be done in this field. In about half of the hospitals the incidents and near incidents are analysed by the quality coordinator. The analysis methods which were used vary a lot. The actions for improvement, which are based on the analyses, that are mentioned most frequently relate to medication and fall prevention.

5. The description of three quality projects

The fifth part of the contract related to the description of three new quality projects: one for the domain of 'economic performance' / 'capacity and innovation', one for 'clinical performance' and one for 'patient safety'. In all, more than 500 projects have been submitted, mostly by acute hospitals, followed by psychiatric hospitals and long term care hospitals. Many projects submitted by acute hospitals relate to supporting activities, medication, clinical pathways and hospital hygiene. Psychiatric hospitals have mainly developed projects on medication, staff policy, patient flows and aggression. Long term care hospitals have mainly submitted projects with regard to medication, hospital hygiene, fall prevention and registration and analysis of (near) incidents.

Medication safety is the subject on which the three types of hospitals have submitted the most projects.

6. Multidimensional feedback including further details on a selection of 12 indicators

The sixth part of the contract only applied to acute hospitals. The hospitals were asked to select 12 indicators and to develop actions for improvement in relation to the results of the indicators. They were asked to select three indicators per domain and to develop them in detail: 3 indicators for the domain of 'economic performance', 3 for 'capacity and innovation', 3 for 'clinical performance' and 3 for 'patient safety.' The following indicators have been cited the most for the respective fields: degree of financial independence, clinical pathways, caesarean/section and pressure ulcers. The actions for improvement have been subdivided into the following categories: financial management, human resource management, clinical aspects, informatics and patient safety.

The last chapter related to the report deals with the remarks and suggestions of the hospitals with regard to the contract.

A final chapter is dedicated to the framework of a long-range plan up to 2012. From 2008 onwards the yearly contracts will always be based on the Donabedian's triad and consist of three pillars: the development of a safety management system (structure), the analysis of processes (process) and the development of a multidimensional set of indicators (result). By 2012 all hospitals should have an integrated safety management system, assess both intramural and transmurial care processes and use an integrated and multidimensional set of indicators.

BEKNOPTE SAMENVATTING

Sinds juli 2007 is een bijkomende financiering goedgekeurd in het onderdeel B4 van het budget financiële middelen en dit voor de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen. Voor het contractjaar 2007-2008 betekende dit een budget van 6,8 miljoen euro. Het gerelateerde contract m.b.t. de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid werd door 80 % (n = 164) van de acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen ondertekend. Dit contract bestond uit zes grote onderdelen.

De ziekenhuizen dienden te rapporteren over de verschillende contractonderdelen.

1. Missie, visie, doelstellingen en strategie met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid

Een eerste contractonderdeel had als doel de ziekenhuizen verder aan te zetten tot het formuleren van een missie, visie, doelstellingen en strategische objectieven waarbinnen ook patiëntveiligheid werd gepositioneerd.

Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de ziekenhuizen beschikt over een missie, visie en strategische/operationele doelstellingen. Echter, de helft van de ziekenhuizen beschikt slechts over een 'echte missie' die beantwoordt aan sluitende criteria. De ziekenhuizen maken ook geen expliciete link tussen hun missie, visie en strategische doelstellingen. Een andere belangrijke vaststelling is dat de begrippen missie, visie en strategie door de meerderheid van de ziekenhuizen door elkaar worden gebruikt. Opvallend is ook dat er grote variaties zijn in aantal en soorten operationele doelstellingen tussen de verschillende ziekenhuizen.

Wat de communicatie van de missie en visie betreft, worden er talrijke kanalen gebruikt en ondernemen de ziekenhuizen vele creatieve acties om hun missie en visie naar patiënten en medewerkers te verspreiden. Andere belangrijke conclusies voor dit hoofdstuk zijn dat algemene kwaliteitskaders (type EFQM) door slechts een derde van de ziekenhuizen worden gehanteerd. Algemeen kan men stellen dat er een duidelijke nood is aan standaardisatie en harmonisatie van het begrip kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen omwille van de zeer verschillende invullingen die vandaag aan deze concepten

worden gegeven. Een dergelijke standaardisatie dient echter rekening te houden met de specificiteit van het ziekenhuis en zijn patiëntenpopulatie.

2. Structuren en functies m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid

Voor het tweede contractonderdeel dienden de ziekenhuizen de bestaande structuren m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid in kaart te brengen met behulp van een organogram. Het betreft hier de comités of functies die door de federale overheid worden gefinancierd en/of wettelijk zijn opgelegd. De comités die het frequentst door de ziekenhuizen worden vermeld, zijn het kwaliteitscomité, het directiecomité en het comité patiëntveiligheid. Dit laatste comité werd door meer dan de helft van de ziekenhuizen in 2008 opgericht. Het comité patiëntveiligheid wordt gekenmerkt door een grote participatie van directieleden en is multidisciplinair samengesteld. De meerderheid van de ziekenhuizen heeft ook minimaal één voltijds equivalent kwaliteitscoördinator. Ten slotte werd vastgesteld dat diverse kanalen worden gehanteerd om het organogram binnen de instelling te verspreiden.

3. Evaluatie van de patiëntveiligheidscultuur (ziekenhuisbrede cultuurmeting)

Een derde contractonderdeel had als doel de cultuur te meten m.b.t. patiëntveiligheid. De federale overheid heeft hiervoor gebruikgemaakt van de *Hospital Survey on Patient Safety Culture* van het AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*). De resultaten van de uitgevoerde cultuurmeting zijn tevens voorwerp geweest van een benchmarking die voor 132 Belgische ziekenhuizen werd uitgevoerd. Deze resultaten zijn uitgeschreven in een afzonderlijk rapport. De meeste deelnemende ziekenhuizen hebben een ziekenhuisbrede cultuurmeting uitgevoerd (96 %) conform de methodologische voorschriften. De participatiegraad van de artsen was hierbij lager dan deze van andere ziekenhuismedewerkers. Ongeveer de helft van de ziekenhuizen die de cultuurmeting uitvoerden, heeft reeds verbeteracties geformuleerd die gekoppeld zijn aan de resultaten van de cultuurmeting.

4. Melding en analyse van (bijna-)incidenten

Een vierde contractonderdeel had betrekking op het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten.

De overgrote meerderheid van de deelnemende ziekenhuizen beschikt over een meldsysteem van incidenten en bijna-incidenten. Er is wel een zeer grote diversiteit t.a.v. de onderwerpen die kunnen worden gemeld. De anonimiteit t.a.v. de melder, afdeling en patiënt wordt het meest gehanteerd in Sp-ziekenhuizen. In acute en psychiatrische ziekenhuizen bestaat er in meer dan de helft van de gevallen een keuze tussen anoniem en niet-anoniem melden. Het meldsysteem is meestal vertrouwelijk wat betekent dat de identificatiegegevens van de patiënt, de melder en de afdeling niet aan derden worden gecommuniceerd. Een grote meerderheid van de ziekenhuizen hanteert tevens een ziekenhuisbreed meldsysteem. Ziekenhuisbrede meldsystemen komen het meest voor in Sp-ziekenhuizen, gevolgd door de psychiatrische ziekenhuizen en acute ziekenhuizen.

In iets meer dan de helft van de ziekenhuizen gebeurt het melden uitsluitend schriftelijk. Een minderheid van de ziekenhuizen heeft reeds een elektronisch meldsysteem en in één derde van de ziekenhuizen kan er zowel schriftelijk als elektronisch worden gemeld. Een positieve vaststelling is dat er zeer veel initiatieven worden genomen door de ziekenhuizen om het melden te stimuleren. Het betreft schriftelijke en mondelinge (formele en informele) vormen van communicatie, campagnes en vorming.

Wat de analyse van incidenten en bijna-incidenten betreft, wordt door één derde van de ziekenhuizen specifieke methodes gehanteerd, voornamelijk in de acute ziekenhuizen. Op het vlak van analysemethoden voor incidenten en bijna-incidenten is dus nog belangrijk werk te verrichten. De analyse van incidenten en bijna-incidenten wordt in ongeveer de helft van de ziekenhuizen uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator. De diversiteit van de gebruikte analysemethoden is zeer groot. De meest genoemde verbeteracties, die op basis van de analyses gebeuren, gaan over medicatie en valpreventie.

5. Beschrijving van drie kwaliteitsprojecten

Een vijfde contractonderdeel had betrekking op de beschrijving van drie nieuwe kwaliteitsprojecten: één voor het domein 'economische prestatie'/'capaciteit en innovatie', één voor 'klinische prestatie' en één voor 'patiëntveiligheid'. In totaal zijn er meer dan 500 projecten ingediend. Vele door de acute ziekenhuizen ingediende projecten hebben te maken met ondersteunende activiteiten, medicatie, klinische paden en ziekenhuishygiëne. Psychiatrische ziekenhuizen behandelden voornamelijk projecten over medicatie, personeelsbeleid, in- en uitstroom van patiënten en agressie. De Sp-

ziekenhuizen hebben vooral projecten ingediend m.b.t. medicatie, ziekenhuishygiëne, valpreventie en de registratie en analyse van (bijna-)incidenten.

Medicatieveiligheid is het thema waarover de drie types van ziekenhuizen het grootste aantal projecten hebben geformuleerd.

6. Multidimensionele feedback met uitwerking van 12 gekozen indicatoren

Een zesde contractonderdeel was enkel van toepassing op de acute ziekenhuizen. Hier werd gevraagd om 12 indicatoren uit te kiezen en verbeteracties op te zetten. Aan de betrokken ziekenhuizen werd gevraagd om per domein drie indicatoren te kiezen en verder uit te werken: 3 voor de dimensie 'economische prestatie', 3 voor de dimensie 'capaciteit en innovatie', 3 voor de dimensie 'klinische prestatie' en 3 voor de dimensie 'patiëntveiligheid'. De meest geciteerde indicatoren voor de respectievelijke domeinen zijn: de graad van financiële onafhankelijkheid, klinische paden, keizersnedencijfer en decubitus. De gevraagde verbeteracties werden onderverdeeld in de volgende categorieën: 'beleid en strategie', 'organisatie', 'gegevensverwerking', 'sensibilisatie, informatie en opleiding' en 'klinische paden'.

In het laatste deel van het rapport wordt een hoofdstuk gewijd aan opmerkingen en suggesties die door de ziekenhuizen werden gegeven t.a.v. het contract.

In een afsluitend hoofdstuk worden de essentiële oriëntaties gegeven voor de toekomst in het kader van een meerjarenplan tot 2012. Vanaf 2008 zullen de jaarlijkse contracten tot 2012 telkens gebaseerd zijn op de triade van Donabedian en omvatten de volgende drie pijlers: de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (structuur), het analyseren van processen (proces) en de ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset (resultaat). Tegen 2012 is het de bedoeling dat alle ziekenhuizen beschikken over een geïntegreerd veiligheidsmanagementsysteem, dat ze intramurale én transmurale zorgprocessen evalueren én gebruikmaken van een geïntegreerde en multidimensionele set van indicatoren.

VOORWOORD

De missie van het Directoraat-generaal 'Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen' stelt dat we 'permanent willen bijdragen tot een patiëntgeoriënteerd gezondheidszorgbeleid dat kwaliteitsvol, veilig en betaalbaar is alsook financieel en geografisch toegankelijk voor iedereen'. Deze missie concretiseren we in de financiering van de ziekenhuizen, het ondersteunen van pilootprojecten en door het voorzien in een structurele financiering ter ondersteuning van ziekenhuizen in hun streven naar meer kwaliteit en patiëntveiligheid.

Door verschillende internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de OESO, de Europese Commissie en de Raad van Europa werden de afgelopen jaren belangrijke aanbevelingen geformuleerd op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. Ook de federale overheid wil als een actieve partner participeren aan het verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen.

Dit rapport omvat de resultaten van het eerste contractjaar en geeft een beeld van de stand van zaken van de kwaliteit en patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen anno 2008. De volgende jaren wordt, eveneens op contractuele basis, verder gewerkt aan deze thematiek. Het verheugt mij te kunnen vaststellen dat voor het tweede contractjaar (2008-2009) nu reeds 90 % van de ziekenhuizen (of 97 % van de erkende bedden) aan dit federale initiatief participeert .

De resultaten die in dit rapport van contractjaar 2007-2008 worden gepresenteerd, moeten daarom beschouwd worden als een stimulans voor de ziekenhuizen om op een permanente basis te blijven investeren in kwaliteit en patiëntveiligheid.

Wij wensen u veel leesgenot,



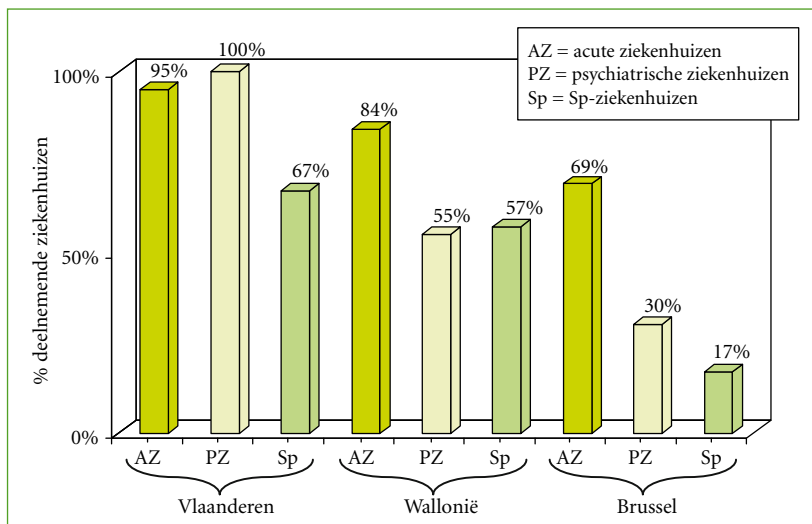
*Christiaan Decoster
Directeur-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen*

INLEIDING

In 2006 formuleerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies m.b.t. de financiering van kwaliteit in ziekenhuizen. In eerste instantie werd gekozen voor jaarlijkse contracten waarbij ziekenhuizen zich op vrijwillige basis konden inschrijven.

In 2007 werd een eerste contract voor de 'coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid' aangeboden aan alle Belgische Ziekenhuizen (n = 206). 80 % van de Belgische ziekenhuizen (acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen) of 164 instellingen hebben het contract met de federale overheid ondertekend en hebben een rapport ingediend in 2008. Aan elk deelnemend ziekenhuis werd een budget toegekend op basis van het aantal erkende bedden. Kleinere instelling tot 100 erkende bedden hebben een bedrag ontvangen van 10.000 euro. In totaal werd voor het contractjaar 2007-2008 een budget van 6,8 miljoen euro besteed aan dit project.

Græk: participatiegraad van de Belgische ziekenhuizen aan het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2007-2008', opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 206)



Om de door de overheid gevraagde rapportage te vereenvoudigen werd in samenwerking met de diensten 'Informatica' en 'Datamanagement' van de FOD VVVL een webtoepassing binnen de beveiligde omgeving van *Porta-Health*¹ ontwikkeld. Deze webtoepassing werd op voorhand inhoudelijk gevalideerd door drie externe experts (EHSAL) en door een groep kwaliteitscoördinatoren. De webtoepassing werd ook uitgebreid uitgetest in 7 Nederlandstalige en 8 Franstalige ziekenhuizen. Hier werd vooral gekeken naar technische onvolkomenheden en de gebruiksvriendelijkheid van het instrument. Het gebruik van de webtoepassing was geen verplichting voor de opmaak van het rapport. 80 % van de deelnemende ziekenhuizen heeft via de webtoepassing gerapporteerd over het contract, de resterende 20 % heeft dit op papier gedaan.

In de hierna volgende hoofdstukken worden de verschillende contractonderdelen besproken.

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om er rekening mee te houden dat het aandeel deelnemende ziekenhuizen per regio op het totaal aantal deelnemende ziekenhuizen sterkt verschilt. Zo zijn de Brusselse ziekenhuizen voor 9 % vertegenwoordigd in het totaal van alle deelnemende ziekenhuizen, voor Vlaanderen is dit 64 % en voor Wallonië 27 %.

Elk hoofdstuk begint met de kernconclusies gevolgd door een korte inleiding, een toelichting over de gebruikte methodologie waarmee de gegevens werden geanalyseerd en wordt er afgesloten met de resultaten.

Voor de hoofdstukken m.b.t. de kwaliteitsprojecten en de indicatoren was er zeer veel gedetailleerde informatie. Om de leesbaarheid van het rapport te verhogen werden enkel de meest frequente en relevante thema's weerhouden en beschreven. De volledige lijsten van kwaliteitsprojecten en indicatoren zijn als pdf-document beschikbaar op www.patient-safety.be. In het rapport is op de betreffende plaatsen de referentie duidelijk weergegeven.

Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk m.b.t. de oriëntaties voor de toekomst. Dit hoofdstuk beschrijft een strategische visie en biedt een kader voor de toekomstige contracten m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid tot 2012.

1 *Porta-Health* is de beveiligde webapplicatie van de FOD VVVL die door de zorginstellingen gebruikt wordt voor gegevensuitwisseling.

HOOFDSTUK 1.

MISSIE, VISIE, DOELSTELLINGEN EN STRATEGIE

Kernconclusies

- De meerderheid van de ziekenhuizen geeft aan te beschikken over een missie, visie en strategische/operationele doelstellingen.
- De begrippen missie, visie en strategie worden door de meerderheid van de ziekenhuizen door elkaar gebruikt.
- De ziekenhuizen maken geen expliciete link tussen hun missie, visie en strategische doelstellingen.
- De missie kwaliteit en patiëntveiligheid is bij de meerderheid van de ziekenhuizen synoniem of onderdeel van hun algemene missie.
- Slechts de helft van de ziekenhuizen beschikt over een 'echte missie' die beantwoordt aan sluitende criteria.
- Algemene kwaliteitskaders worden slechts door een derde van de ziekenhuizen gehanteerd.
- Ziekenhuizen communiceren langsheen diverse kanalen hun missie en visie naar patiënten en medewerkers.
- Ziekenhuizen ondernemen veel creatieve acties om hun missie en visie naar patiënten en medewerkers te verspreiden.
- Operationele doelstellingen variëren sterk in aantal en typologie tussen de verschillende ziekenhuizen.
- Er is nood aan standaardisatie en harmonisatie van het begrip kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen omwille van de zeer verschillende invullingen die vandaag door de ziekenhuizen aan deze concepten worden gegeven. Een dergelijke standaardisatie dient rekening te houden met de specificiteit van het ziekenhuis en zijn patiëntenpopulatie.

INLEIDING

Het eerste hoofdstuk m.b.t. de missie, visie en doelstellingen geeft de resultaten weer van de bevraging van ziekenhuizen die deel hebben genomen aan het contract ‘coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid’. De missie, visie en strategische doelstellingen vormen de basis van het gevoerde ziekenhuisbeleid, en zijn bijgevolg een *conditio sine qua non* voor het welslagen van een succesvol beleid inzake kwaliteit en patiëntveiligheid. De resultaten in dit hoofdstuk hebben daarom als doel een gedetailleerd antwoord te bieden op de vraag waar de ziekenhuizen vandaag staan op het vlak van missie, visie en doelstellingen. In dit kader wil de overheid het belang benadrukken van de rol van het ziekenhuismanagement in het vormgeven en expliciteren van de missie, visie en doelstellingen naar het personeel, de patiënten en hun families en alle andere partners waarmee het ziekenhuis samenwerkt.

METHODOLOGIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de volgende 13 vragen te beantwoorden:

- Heeft het ziekenhuis een geëxpliciteerde algemene missie?
- Heeft het ziekenhuis een geëxpliciteerde missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid?
- Beschrijf de missie m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid, indien beschikbaar.
- Welke kanalen worden gebruikt voor de communicatie van de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar de patiënten?
- Welke kanalen worden gebruikt voor de communicatie van de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar de ziekenhuismedewerkers?
- Welke acties heeft het ziekenhuis dit jaar ondernomen om de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid te promoten?
- Heeft het ziekenhuis een geëxpliciteerde algemene visie?
- Heeft het ziekenhuis een geëxpliciteerde visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid?
- Beschrijf de visie kwaliteit en patiëntveiligheid, indien beschikbaar.
- Welke acties heeft het ziekenhuis ondernomen om de visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid te promoten?
- Beschikt het ziekenhuis over strategische doelstellingen m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid?
- Beschikt het ziekenhuis over operationele doelstellingen m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid?

- Beschrijf de operationele doelstellingen m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid.

De resultaten zijn verwerkt op basis van de antwoorden die de ziekenhuizen schriftelijk hebben gegeven in ofwel de webtoepassing ofwel via een schriftelijk of elektronisch rapport dat de ziekenhuizen zelf hebben ingestuurd. De antwoorden werden in functie van de vraagstelling opgelijst in een voor deze analyse ontworpen classificatiesysteem.

De beperking van deze methode is dat enkel de gegevens werden geanalyseerd die door de ziekenhuizen zelf werden aangebracht. Hierbij valt onmiddellijk een belangrijk verschil op te merken tussen de ziekenhuizen voor wat de graad van detaillering in de antwoorden betreft. Sommige ziekenhuizen hebben op een eerder samenvattende wijze hun antwoorden geformuleerd, waar andere een zeer exhaustieve oplijsting hebben gegeven van de gevraagde elementen, inclusief de toevoeging van bijlagen zoals het strategisch rapport of andere beleidsdocumenten. Dit betekent dat sommige ziekenhuizen bepaalde elementen mogelijk niet hebben opgegeven terwijl die *de facto* toch aanwezig zijn in het ziekenhuis. Het risico van 'onderrapportering' is een beperking van de gehanteerde methode en de beschikbare webtoepassing. Anderzijds bestaat er ook een risico op 'overrapportering'. Ziekenhuizen hebben mogelijk elementen opgegeven die niet overeenkomen met de reële situatie in het ziekenhuis.

Voor de verwerking van de resultaten wordt in functie van de vraagstelling en waar dit relevant werd bevonden een onderscheid gemaakt tussen de typologie van de ziekenhuizen (acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen) en de regio (Vlaanderen, Brussel, Wallonië).

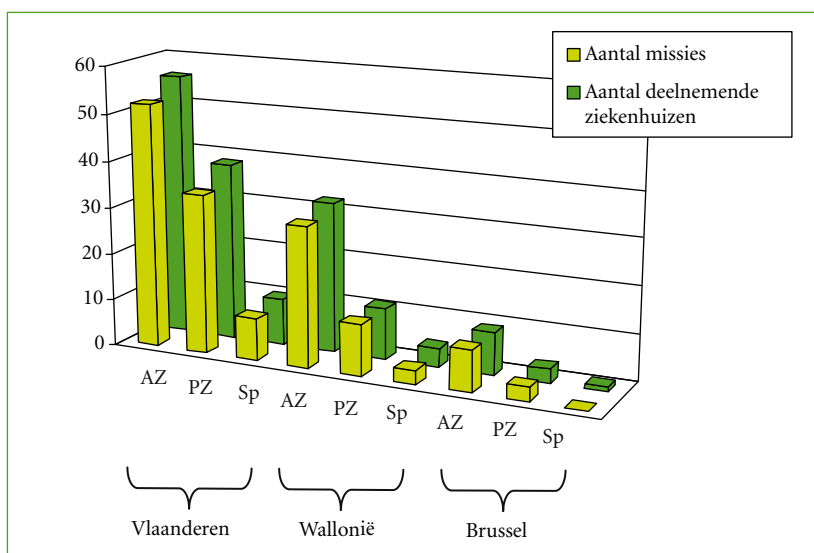
RESULTATEN

MISSIE

1. Algemene missies in ziekenhuizen

Door middel van een gesloten vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij beschikken over een geëxpliciteerde en algemene missie (= een missie die kenbaar is gemaakt doorheen het ziekenhuis). In totaal antwoordde 93 % op een totaal van 164 ziekenhuizen over een dergelijke missie te beschikken. Hierbij worden er geen opmerkelijke verschillen vastgesteld tussen de verschillende soorten ziekenhuizen noch tussen de verschillende regio's voor wat het aantal ziekenhuizen betreft dat stelt over een missie te beschikken of de inhoud van de missies.

Grafiek 1: aantal ziekenhuizen met algemene missie t.o.v. deelnemende ziekenhuizen (n = 164)



2. Missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid in ziekenhuizen

Door middel van een gesloten vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij beschikken over een missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid. Om deze vraag goed te kunnen begrijpen, werden de eigenschappen van een goed geformuleerde missie ter informatie aan de ziekenhuizen opgelijst. Een goed geformuleerde missie of 'opdrachtverklaring' geeft een beschrijving van de bestaanreden van de organisatie, de focus en de waarden. Een missie zegt wat de organisatie doet, welke haar kernopdracht is en waar ze voor staat. Een missie is tevens voldoende specifiek en geeft de dieperliggende objectieven ('ziel') van de organisatie weer. In totaal antwoordde ook hier 93 % van de in totaal 164 ziekenhuizen over een dergelijke missie te beschikken. Bij verdere analyse in functie van de hoger genoemde eigenschappen blijkt echter dat slechts 52 % van de ziekenhuizen over een 'echte' missie beschikt. Hierbij wordt tevens vastgesteld dat de missies van de ziekenhuizen uiteenlopende elementen bevatten die door de ziekenhuizen belangrijk worden geacht op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. Sommige ziekenhuizen hebben zeer korte kernachtige missies, waar andere opteren voor uitgebreide missies met een groot aantal elementen die ze belangrijk vinden voor kwaliteit en patiëntveiligheid.

Bij een verdere detailanalyse van de missies m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid blijkt dat 'basiswaarden' zoals respect, toegankelijkheid en integriteit een prominente plaats vervullen: 85 % van de ziekenhuizen vermeldt één of meerdere basiswaarden. Ziekenhuizen maken doorgaans minder melding van levensbeschouwelijke componenten zoals bijvoorbeeld de zorg die wordt opgevat vanuit een christelijke ingesteldheid. Slechts 14 % van de ziekenhuizen brengt dit element naar voren in hun missie. Opvallend is ook dat elementen die verwijzen naar multidisciplinariteit (38 %), transmuraliteit (24 %) en leiderschap (8 %) weinig aan bod komen. Algemene componenten die verwijzen naar kwaliteit en patiëntveiligheid worden dan wel weer beschreven (79 %). In tabel 1 staan de verschillende elementen (uitgedrukt in % t.a.v. alle deelnemende ziekenhuizen) opgenomen in de missies m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid.

Een ophijsting van voorbeelden van de verschillende elementen in de missies m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid kan worden teruggevonden op www.patient-safety.be (rubriek: contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'/rapport 2007-2008).

Tabel 1: componenten in de missies m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid in ziekenhuizen

<i>Componenten</i>	<i>% t.o.v. het totaal aantal deelnemende ziekenhuizen (n = 164)</i>
Basiswaarden	85 %
Algemene componenten kwaliteit en veiligheid van zorg	79 %
Klantgerichtheid	78 %
Personeelsgerichtheid	67 %
Multidisciplinariteit	38 %
Transmuraliteit	24 %
Levensbeschouwelijke componenten	14 %
Leiderschap	8 %

3. Kanalen voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar patiënten

Voor de vraagstelling m.b.t. welke kanalen het ziekenhuis gebruikt voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar *patiënten* werd de ziekenhuizen gevraagd om één of meerdere kanalen aan te duiden. De ziekenhuizen hadden tevens de mogelijkheid om kanalen te beschrijven die niet waren opgenomen in de lijst. Uit de resultaten blijkt dat posters (92 %), het internet (85 %), de ziekenhuiskrant (69 %), een onthaalmap voor patiënten (68 %) en directe contacten met patiënten (55 %) zijn veel gebruikte kanalen zijn om de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar de patiënten te communiceren. Alternatieve kanalen die worden aangewend zijn symposia en de pers (ondergebracht in de rubriek 'andere'), maar die worden slechts door een kleine minderheid van de ziekenhuizen gebruikt.

In tabel 2 is een overzicht weergegeven van de gebruikte kanalen.

Tabel 2: kanalen gebruikt voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar patiënten

Kanalen	% t.o.v. het totaal aantal deelnemende ziekenhuizen (n = 164)
Posters	92 %
Internet	85 %
Ziekenhuiskrant	69 %
Onthaalmap patiënten	68 %
Directe contacten met patiënten	55 %
Brochures	41 %
Mailings	10 %
Andere	5 %

4. Kanalen voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar ziekenhuismedewerkers

Voor de vraagstelling m.b.t. welke kanalen het ziekenhuis gebruikt voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar de *ziekenhuismedewerkers* werd de ziekenhuizen gevraagd om één of meerdere kanalen aan te kruisen. De ziekenhuizen hadden tevens de mogelijkheid om kanalen te

beschrijven die niet waren opgenomen in de lijst. De resultaten tonen aan dat de onthaalmap voor nieuwe medewerkers (92 %) het meest frequent gebruikte kanaal is om deze missie te communiceren. Andere veel gebruikte kanalen zijn de website van het ziekenhuis (85 %), het intranet (84 %) en het jaarverslag (55 %). Directe contacten met het personeel worden door 66 % van de ziekenhuizen aangewend om hun missie te communiceren. Alternatieve kanalen (aangeduid in de rubriek 'andere') voor de communicatie van de missie zijn symposia, workshops en beleidsvergaderingen voor diensthoofden (samen 3 %).

In tabel 3 volgt een overzicht van de gebruikte kanalen die voor de communicatie van deze missie worden gehanteerd.

Tabel 3: kanalen gebruikt voor de communicatie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid naar ziekenhuismedewerkers

<i>Kanalen</i>	<i>% t.o.v. het totaal aantal deelnemende ziekenhuizen (n = 164)</i>
Onthaalmap nieuwe medewerkers	92 %
Website ziekenhuis	85 %
Intranet	84 %
Lezingen	78 %
Ziekenhuiskrant	71 %
Directe contacten met het personeel	66 %
Personeelskrant	65 %
Jaarverslag	55 %
Mailings	33 %
Andere	3 %

5. Acties ter promotie van de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid

De ziekenhuizen werd gevraagd (door middel van een open vraagstelling) om de acties te beschrijven die zij in het voorgaande jaar hebben ondernomen om de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid te promoten. Voor deze analyse werden 6 antwoordcategorieën voorzien zoals aangegeven in de onderstaande tabel 4.

Tabel 4: acties ondernomen om de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid te promoten

<i>Ondernomen acties</i>	<i>% t.o.v. het totaal aantal deelnemende ziekenhuizen (n = 164)</i>
Organisatie van specifieke vergaderingen	90 %
Schriftelijke communicatie	75 %
Elektronische communicatie	72 %
Organisatie van infodagen	67 %
Specifieke acties	66 %
Workshops	55 %

De resultaten tonen dat de acties die de ziekenhuizen hebben ondernomen om het voorgaande jaar hun missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid te promoten zich hebben gericht op de organisatie van specifieke vergaderingen (90 %), infodagen (67 %) en schriftelijke communicatie (75 %) in diverse vormen. Ook het inter/intranet wordt veelvuldig aangewend voor de communicatie: 72 % van de ziekenhuizen maakt gebruik van dit kanaal. Meestal vermeldden de ziekenhuizen elementen die betrekking hebben op de missie op het internet. Ook de publicatie van het kwaliteitshandboek op het inter/intranet wordt regelmatig uitgevoerd waarin de missie kwaliteit en/of patiëntveiligheid van het ziekenhuis wordt geïntegreerd. Ziekenhuizen ondernemen ook veel 'creatieve acties' om de missie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid onder de aandacht te brengen. Deze acties gaan van het organiseren van specifieke symposia, over het maken van een bedrijfsfilmpje tot het organiseren van specifieke wedstrijden m.b.t. bijvoorbeeld het meest klantvriendelijke idee. 66 % van de ziekenhuizen maakt melding van deze 'creatieve acties' om de missie binnen (en buiten) het ziekenhuis te promoten. Een oplistng van voorbeelden van deze creatieve acties kan worden teruggevonden op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

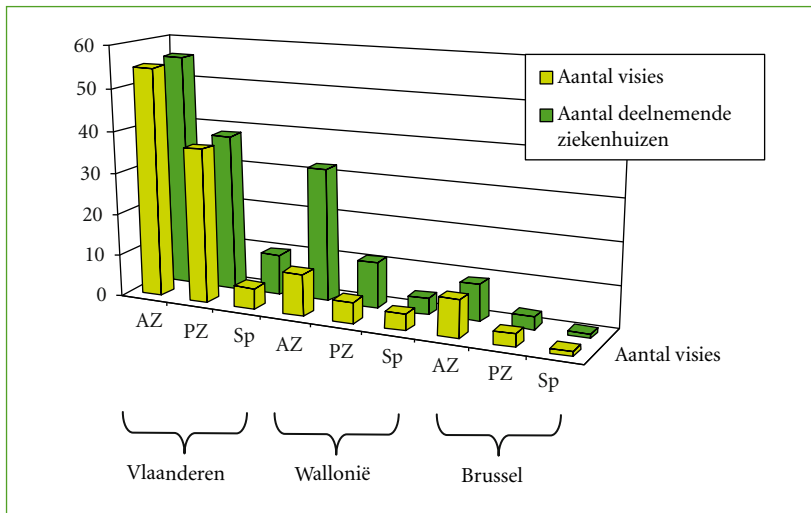
VISIE

1. Algemene visie

Door middel van een gesloten vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij beschikken over een geëxpliciteerde en algemene visie (= een vi-

sie die kenbaar is gemaakt doorheen het ziekenhuis). De eigenschappen van een goed geformuleerde visie werden hierbij ter informatie aan de ziekenhuizen opgelijst. De visie van een organisatie omschrijft haar langetermijnambitie. Een visie omvat de overtuigingen die een organisatie heeft over hoe de dingen in elkaar zitten en wat wenselijk is. Ze bevat tevens een brede zienswijze die gevormd is door de eigen ervaringen, waarden, normen, theorieën en maatschappelijke ontwikkelingen. Een visie duidt aan welke elementen in het beleid belangrijk worden bevonden, en wat hierbij de prioriteiten zijn.

Græk 2: aantal ziekenhuizen met algemene visie t.o.v. deelnemende ziekenhuizen (n = 164)



In totaal antwoordde 93 % (n = 164) van de ziekenhuizen over een dergelijke visie te beschikken. Belangrijk in deze context is dat 34 % van de ziekenhuizen spontaan vermeldt, gebruik te maken van een algemeen kwaliteitskader zoals EFQM of Kwadrant. Dit betekent dat het ziekenhuis zich bij de vormgeving van het beleid inspireert en laat leiden door verschillende dimensies van kwaliteit van de zorg.

2. Visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid

Aan de hand van een gesloten vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij beschikken over een visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid. Ook hier antwoordde 93 % van de ziekenhuizen op een totaal van 164 ziekenhuizen over een dergelijke visie te beschikken.

Er werd aanvullend (door middel van een open vraagstelling) gevraagd om de visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid te beschrijven. Deze visies werden vervolgens geanalyseerd waarbij de opgegeven componenten in 10 onderscheiden categorieën werden ingedeeld. Deze categorieën zijn: 1) leiderschap, 2) professionaliteit, 3) patiëntveiligheid, 4) netwerken, 5) multidisciplinariteit, 6) klantgerichtheid, 7) personeelsgerichtheid, 8) transmuraleiteit, 9) infrastructuur en 10) financiële middelen. De betekenis van deze categorieën wordt verduidelijkt in de onderstaande tabel 5.

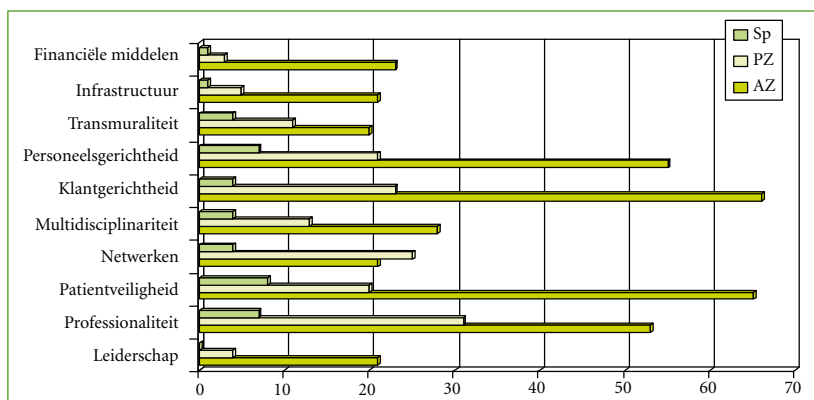
Tabel 5: verklaring van de categorieën voor de analyse van de componenten in de visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid

<i>Component</i>	<i>Verklaring</i>
Leiderschap	Verwijst naar elementen van leiderschap in de klinische zorgverlening, het wetenschappelijk onderzoek of andere vormen van maatschappelijke dienstverlening.
Professionaliteit	Verwijst naar elementen van professioneel handelen met het oog op het verbeteren van de zorgverlening in de directe of indirecte zin.
Patiëntveiligheid	Verwijst naar elementen van patiëntveiligheid in de brede zin van het woord.
Netwerken	Verwijst naar elementen van samenwerking tussen ziekenhuizen of met andere voorzieningen in de gezondheidszorg.
Multidisciplinariteit	Verwijst naar elementen die verband houden met de samenwerking en de uitwisseling van informatie tussen verschillende disciplines onderling.
Klantgerichtheid	Verwijst naar elementen die verband houden met een klantgericht beleid met inbegrip van tevredenheid van klanten.

<i>Component</i>	<i>Verklaring</i>
Personeelsgerichtheid	Verwijst naar elementen die verband houden met goed personeelsbeheer met inbegrip van verloning, arbeidsomstandigheden en tevredenheid van de medewerkers.
Transmuraliteit	Verwijst naar elementen van transmurale samenwerking die wordt aangegaan met individuele zorgverstrekkers en organisaties in de thuiszorg.
Infrastructuur	Verwijst naar elementen die verband houden met een investeringsbeleid op het vlak van infrastructuur, accommodatie en technische uitrusting.
Financiële middelen	Verwijst naar elementen die verband houden met de rentabiliteit van het ziekenhuis en de efficiënte inzet van middelen.

In de onderstaande figuur worden de componenten van de visie m.b.t. kwaliteit en/of patiëntveiligheid weergegeven zoals opgegeven door de ziekenhuizen en dit per type ziekenhuis.

Graefk 3: componenten in de visie kwaliteit en/of patiëntveiligheid volgens typologie van ziekenhuizen, uitgedrukt in absolute cijfers (n = 164)



Bij analyse van de componenten van de visies die door de ziekenhuizen (3 types samen) werden omschreven, valt het op dat slechts 15 % van de ziekenhuizen melding maakt van de component leiderschap. Andere minder voorkomende dimensies zijn netwerken (30 %), transmuraliteit (21 %), infra-

structuur (16 %) en financiële middelen (16 %). Dimensies die vaker worden vermeld, zijn personeelsgerichtheid (51 %), professionaliteit (55 %), en klantgerichtheid (57 %). Slechts 57 % van de ziekenhuizen vermeldt de component patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid wordt door de Sp-ziekenhuizen ook minder vaak (38 %) genoemd in vergelijking met de algemene ziekenhuizen (67 %) en de psychiatrische ziekenhuizen (53 %).

Een detailanalyse van de verschillende componenten in de visie kwaliteit en/of patiëntveiligheid toont aan dat de ziekenhuizen grote verschillen vertonen voor wat het aantal categorieën en de concrete invulling ervan betreft. Slechts 15 % van de ziekenhuizen geeft een concrete invulling aan alle 10 categorieën. Het aantal elementen dat in de verschillende categorieën wordt vermeld, varieert ook sterk per ziekenhuis, van geen enkel tot 14 elementen.

Een oplijsting van voorbeelden van deze elementen kan worden teruggevonden op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

DOELSTELLINGEN

1. Strategische doelstellingen in ziekenhuizen

Door middel van een gesloten vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij beschikken over strategische doelstellingen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid. De ziekenhuizen werden hierbij geïnformeerd over wat wordt verstaan onder goed geformuleerde doelstellingen. Met een doelstelling geeft een organisatie aan wat ze precies wil bereiken, wat ze wil realiseren en welke resultaten ze wil behalen. Strategische doelstellingen zijn doelstellingen op lange termijn. Operationele doelstellingen zijn doelstellingen op korte termijn en zijn idealiter 'SMART' geformuleerd. Dit wil zeggen: Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch of Resultaatgericht en Tijdsgebonden.

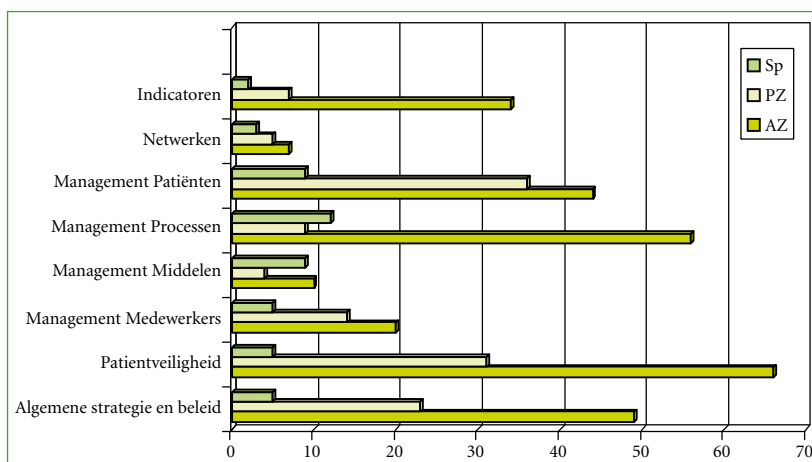
98 % van de 164 deelnemende ziekenhuizen zegt te beschikken over strategische doelstellingen.

2. Operationele doelstellingen in ziekenhuizen

Operationele doelstellingen zijn doelstellingen op korte termijn, meestal op jaarbasis. Het percentage ziekenhuizen dat zegt te beschikken over operationele doelstellingen is 94 % (n = 154). Het aantal operationele doelstellingen per ziekenhuis is echter sterk verschillend, met een spreiding van 4 tot 36.

3. Componenten van operationele doelstellingen

Græk 4: : componenten in de operationele doelstellingen volgens de typologie van ziekenhuizen (n = 164)



Bij een analyse van de componenten van de operationele doelstellingen die worden beschreven door de ziekenhuizen, valt het op dat slechts 62 % van het totaal aantal ziekenhuizen patiëntveiligheid naar voren schuift als een na te streven operationele doelstelling. Ook het onderdeel management van processen wordt door slechts 47 % van de ziekenhuizen vermeld. Algemene strategie en beleid, management van patiënten, medewerkers en middelen en netwerken worden vermeld door respectievelijk 47 %, 54 %, 39 %, 14 % en 9 % van de ziekenhuizen. Opvallend is dat het werken met indicatoren door slechts 26 % van de ziekenhuizen wordt vermeld.

Wat opvalt, is dat weinig ziekenhuizen hun operationele doelstellingen uitdrukken als becijferde en meetbare doelstellingen. Vaak worden de doelstellingen geformuleerd als een uit te voeren actie, waarbij geen tijds kader wordt vermeld waarbinnen de doelstellingen dienen te worden behaald. Het valt ook op dat een aantal doelstellingen onvoldoende specifiek zijn geformuleerd.

Als algemene conclusie kan gesteld worden dat de meerderheid van de ziekenhuizen aangeeft te beschikken over een missie, visie en strategische/operationele doelstellingen. De begrippen missie, visie en strategie worden evenwel door de meerderheid van de ziekenhuizen door elkaar gebruikt, waarbij de

ziekenhuizen geen expliciete link maken tussen hun missie, visie en strategische doelstellingen. De missie kwaliteit en patiëntveiligheid is bij de meerderheid van de ziekenhuizen synoniem of onderdeel van hun algemene missie en de helft van de ziekenhuizen beschikt slechts over een ‘echte missie’ die beantwoordt aan sluitende criteria. Opvallend is dat algemene kwaliteitskaders door slechts een derde van de ziekenhuizen wordt gehanteerd.

Ziekenhuizen communiceren via diverse kanalen hun missie en visie naar patiënten en medewerkers en ondernemen veel creatieve acties om hun missie en visie naar patiënten en medewerkers te verspreiden.

Operationele doelstellingen variëren sterk in aantal en typologie tussen de verschillende ziekenhuizen.

Er is nood aan de standaardisatie en harmonisatie van het begrip kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen omwille van de zeer verschillende invullingen die vandaag aan deze concepten door de ziekenhuizen worden gegeven. Een dergelijke standaardisatie dient echter rekening te houden met de specificiteit van het ziekenhuis en zijn patiëntenpopulatie.

HOOFDSTUK 2.

KWALITEITSSTRUCTUREN EN FUNCTIES

Kernconclusies

- De deelnemende ziekenhuizen gebruiken verschillende kanalen voor de verspreiding van het organogram van hun instelling.
- De meest frequent genoemde comités zijn het comité voor kwaliteit (40 %), het directiecomité (28 %) en het comité patiëntveiligheid (26 %).
- In de meerderheid van de ziekenhuizen (66 %) wordt maximum 1 voltijds equivalent medewerker aangesteld voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid.
- De meeste ziekenhuizen (54 %) hebben een comité patiëntveiligheid opgericht in 2008. Er werden geen verschillen vastgesteld per type ziekenhuis en per regio.
- In 46 % van de ziekenhuizen bestaan de comités patiëntveiligheid uit 5 tot 9 personen en in 32 % van de ziekenhuizen uit 10 tot 14 personen. We zien dat in 12 % van de ziekenhuizen het comité patiëntveiligheid uit maximum 4 personen is samengesteld.
- De directies (algemene, medische, verpleegkundige,...) zijn voornamelijk betrokken (90 %) bij het comité patiëntveiligheid. In slechts 45 % van de comités neemt de hoofdgeneesheer deel, men ziet hetzelfde percentage voor de deelname van artsen.
- Voor wat de taken betreft waarvoor het comité patiëntveiligheid verantwoordelijk is, hebben de ziekenhuizen een duidelijke visie: de taken zijn talrijk, gevarieerd en relevant. De taken hebben betrekking op beleidsmatige, strategische, operationele, communicatieve, administratieve, menselijke en culturele aspecten.

-
- Het thema kwaliteit en patiëntveiligheid wordt in 95 % van de ziekenhuizen geagendeerd bij de raad van bestuur en in 94 % bij het directiecomité. De frequentie waarmee dit gebeurt, verschilt evenwel: voor het directiecomité is de meest frequente score één maal per maand, terwijl voor de raad van bestuur de meest frequente score één keer per jaar is.

INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de structuren besproken die te maken hebben met kwaliteit en patiëntveiligheid. De functies van de personen die er deel van uitmaken, worden eveneens besproken.

Eerst wordt ingegaan op het organogram van de instellingen en de gebruikte kanalen voor de verspreiding ervan binnen de instelling.

Vervolgens worden de personen of de comités die instaan voor de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid en hun beschikbaarheid in werktijd besproken. Deze elementen worden vervolgens geanalyseerd in functie van de grootte van de instelling.

Nadien wordt nagegaan wanneer het comité patiëntveiligheid werd opgericht, wat de samenstelling is, uit hoeveel personen het comité bestaat en wat de taken zijn van de comités.

Ten slotte wordt gekeken of het thema kwaliteit en patiëntveiligheid wel degelijk op de raad van bestuur en het directiecomité wordt besproken.

METHODOLOGIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om in te gaan op de volgende acht aspecten:

- Plaats de structuren en functies van de instelling in een organogram.
- Welke kanalen worden gebruikt om het organogram te communiceren naar de ziekenhuismedewerkers?
- Welke perso(o)n(en) houdt/houden zich in het ziekenhuis bezig met de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid?
- Wat is de tijdsbesteding (in VTE) van de perso(o)n(en) die de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid op zich neemt/nemen?
- Is er reeds een comité patiëntveiligheid?
 - Zo ja, sinds wanneer?
 - Zo neen, wanneer zal het worden geïnstalleerd?

- Omschrijf de samenstelling van het comité patiëntveiligheid.
- Omschrijf de taken van het comité patiëntveiligheid.
- Wordt het thema kwaliteit en patiëntveiligheid geagendeerd op het directiecomité en de raad van bestuur? Indien ja, wanneer?

Er werden 3 soorten vragen gesteld.

- 1) Gesloten vragen: dit type vragen liet slechts een beperkte keuze van antwoorden toe. Soms werd een vrij veld voorzien om bepaalde aspecten beter te omschrijven. De gesloten vragen werden geanalyseerd met descriptieve kwantitatieve analyse (gemiddelde, mediaan, frequentietabel en histogram).
- 2) Open vragen die om een nauwkeurig antwoord vroegen (bv. sinds wanneer is het comité patiëntveiligheid opgericht?): dit type vragen vereist een kort en nauwkeurig antwoord. Deze vragen werden eveneens verwerkt met een descriptieve kwantitatieve analyse.
- 3) Open vragen: hier werd een beschrijving gevraagd in een vrij tekstveld. Categoriele analyse liet toe deze informatie te omschrijven.

Tevens werd het organogram opgevraagd dat toeliet de kwaliteitsstructuren van de ziekenhuizen beter te begrijpen.

De complexiteit en de grote variatie tussen de organogrammen maakten dat een grondige analyse van de verschillende organogrammen weinig relevant en niet realistisch was.

De gegevensinvoer gebeurde door een Nederlandstalige medewerker voor de Nederlandstalige ziekenhuizen en een Franstalige medewerker voor de Franstalige ziekenhuizen. De ingevoerde gegevens werden vervolgens samengebracht en samen verwerkt. De resultaten werden per type ziekenhuis (acuut, psychiatrisch of Sp) en per regio (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) geanalyseerd. Vastgestelde verschillen worden besproken in de tekst.

In de kwantitatieve analyse werden percentages berekend: in de noemer staat het aantal ziekenhuizen dat op de specifieke vraag heeft geantwoord. Onvolledige of onnauwkeurige antwoorden werden ondergebracht in de categorie 'niet gepreciseerd'.

Bij de analyse werden enkele methodologische beperkingen vastgesteld. Een eerste beperking houdt verband met de mogelijk verschillende interpretatie van de gestelde vragen. Bepaalde open vragen werden inderdaad op een verschillende manier geïnterpreteerd door de ziekenhuizen en de antwoorden

waren daardoor moeilijk in te schatten. Een voorbeeld hiervan is de vraag naar de beschrijving van de ziekenhuismedewerkers die instaan voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis. Een aantal ziekenhuizen antwoordde dat dit de taak was van een comité, andere instellingen hebben alle leden van het desbetreffend comité opgesomd en nog andere ziekenhuizen vermeldden enkel de verantwoordelijke persoon voor de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid.

Bij het opvragen van de functies zijn de talrijk opgegeven omschrijvingen gegroepeerd. Bij het samenbrengen van de Nederlandstalige en Franstalige gegevens was het trouwens geen eenvoudige opdracht om gelijkaardige functies te identificeren.

Een andere belangrijke beperking heeft te maken met het beperkt aantal deelnemende Sp-ziekenhuizen (10 in Vlaanderen, 4 in Wallonië en 1 in Brussel). Het was inderdaad moeilijk om significante verschillen te interpreteren ten opzichte van de 2 andere soorten ziekenhuizen.

Enkele ziekenhuizen hebben de vragen op een onduidelijke manier beantwoord en vele vragen niet ingevuld. Dit betekent een beperking bij het weergeven van de stand van zaken in de deelnemende ziekenhuizen.

Een laatste beperking heeft betrekking op de vraag of het thema patiëntveiligheid op de agenda van de raad van bestuur wordt geplaatst. Veertien ziekenhuizen of 8,5 % van de deelnemende ziekenhuizen hebben deze vraag niet beantwoord. Hierdoor wordt het percentage van negatieve antwoorden waarschijnlijk onderschat.

RESULTATEN

1. Organogram

Vormgeving en inhoud van de organogrammen zijn erg gevarieerd. Sommige instellingen gaven het organogram zeer bondig weer (op maximum 1 pagina) terwijl andere een gedetailleerd organogram voorstelden waardoor de hele complexiteit van de instelling duidelijk werd.

Bij het vaststellen van dergelijke variatie leek het ons niet gepast en niet haalbaar dit verder te analyseren. Het organogram heeft wel geholpen bij het in kaart brengen van de structuren rond kwaliteit en patiëntveiligheid.

De kanalen waarlangs het organogram verspreid wordt binnen de instelling zijn in dalende rangorde van voorkomen in tabel 1 opgelijst.

Vier ziekenhuizen hebben deze vraag niet beantwoord en werden dus van het totaal afgetrokken. Vier andere ziekenhuizen vermeldten dat de wijze waarop

de verspreiding zou gebeuren nog niet vastgelegd was; zij werden opgenomen in de analyse en ondergebracht in de categorie ‘andere’.

De ziekenhuizen gebruiken gemiddeld 4 kanalen om het organogram te verspreiden.

Van de 160 ziekenhuizen die op de vraag hebben geantwoord, zijn het intranet ($n = 122$), de onthaalbrochure voor nieuw aangeworven personeelsleden ($n = 110$) en de directe contacten met het personeel ($n = 94$) de drie kanalen waarvan het meest voorkeur werd gegeven om het organogram te verspreiden.

Ziekenhuizen vernoemen ook vaak: lezingen ($n = 60$), jaarrapporten ($n = 54$), website ($n = 44$) en personeelsblad ($n = 39$) als verspreidingskanalen van het organogram.

De categorie ‘andere’ omvat alle andere kanalen waarlangs de verspreiding gebeurt. In deze categorie zijn vergaderingen van teams of van het middenkader ($n = 16$), de informatiedag voor de nieuwkomers ($n = 12$) en het kwaliteitshandboek ($n = 11$) de drie meest geciteerde kanalen. Enkel de Vlaamse ziekenhuizen vernoemen het kwaliteitshandboek. Ten gevolge van het Vlaamse Kwaliteitsdecreet van 1997 moeten de Vlaamse ziekenhuizen immers beschikken over een kwaliteitshandboek.

Tabel 1: gebruikte kanalen voor de verspreiding van het organogram ($n = 160$)

<i>Gebruikte kanalen</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Intranet	76 %	122
Onthaalbrochure voor de nieuwkomers	69 %	110
Directe contacten met het personeel	59 %	94
Andere	46 %	74
Lezingen	38 %	60
Jaarrapport	34 %	54
Website	27 %	44
Personeelsblad	24 %	39
Mailings	17 %	27
Ziekenhuiskrant	14 %	23

2. Personen die zich bezighouden met de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid

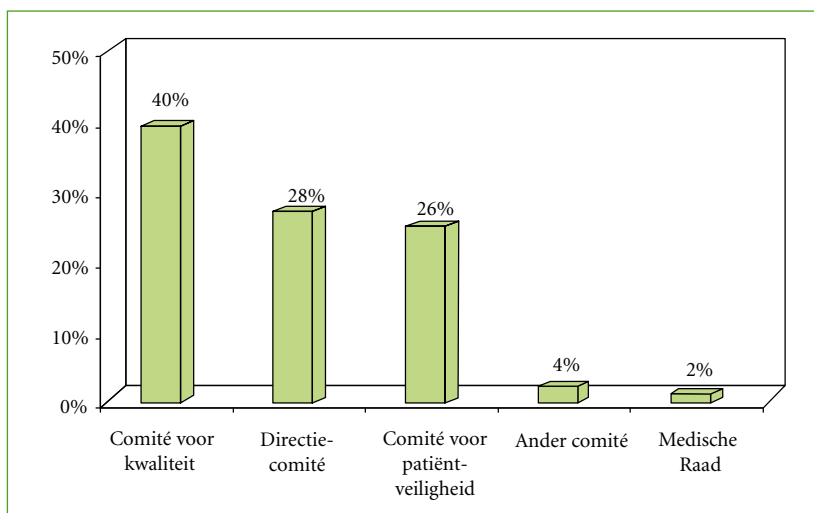
Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de personen die zich bezighouden met de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid in het ziekenhuis, aan te duiden. 159 ziekenhuizen hebben deze vraag beantwoord, 4 acute ziekenhuizen hebben niet geantwoord en 1 ziekenhuis heeft verklaard dat het over geen comité voor kwaliteit beschikt of geen persoon in dienst heeft die is aangesteld voor de coördinatie.

De ziekenhuizen hebben op 2 verschillende manieren geantwoord:

- 1) ofwel stelde het ziekenhuis het comité voor de coördinatie van kwaliteit voorop: dit gebeurde bij 31 % (n = 50) van de ziekenhuizen (zie grafiek 1);
- 2) ofwel lijstte het ziekenhuis de persoon of personen op met hun functies in de instelling; dit gebeurde bij 69 % (n = 109) van de antwoorden. Verschillende ziekenhuizen hebben hoogstwaarschijnlijk alle leden van het comité opgesomd in plaats van de verantwoordelijke voor de coördinatie van de kwaliteit aan te duiden (zie grafiek 2).

Bij de eerste groep van antwoorden zijn de meest frequent opgegeven comités het comité voor kwaliteit (n = 20), het directiecomité (n = 14) en het comité patiëntveiligheid (n = 13).

Grafiek 1: comité verantwoordelijk voor kwaliteit en patiëntveiligheid (n = 50)

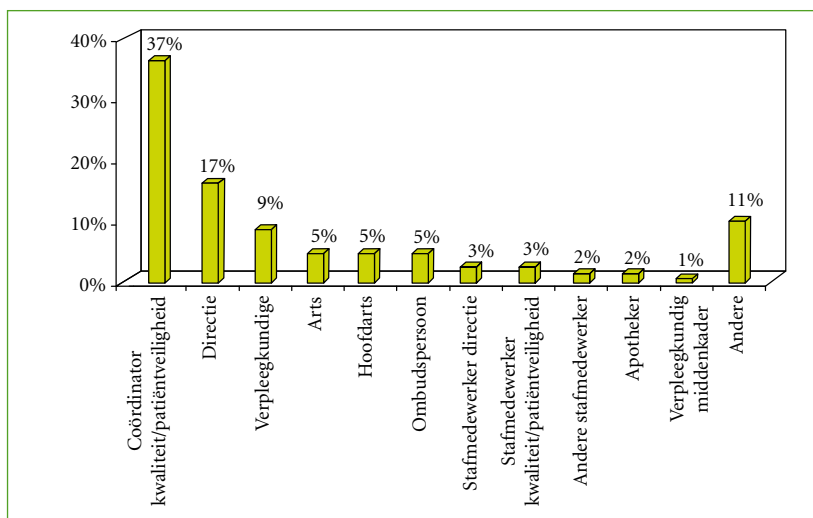


Bij de tweede groep antwoorden lag het accent op de personen die instaan voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid. Bij de meeste van de 109 ziekenhuizen zijn verschillende personen betrokken. In totaal werden maar liefst 321 functies opgegeven.

De drie meest frequent genoemde functies zijn de coördinator voor kwaliteit/patiëntveiligheid (kwaliteitscoördinator,...) (n = 118), de directie (algemene, medische, verpleegkundige,...) (n = 54) en de verpleegkundigen (verpleegkundige, hoofdverpleegkundige,...) (n = 30). Pas op de vierde en vijfde plaats komen de artsen (n = 17) en de hoofdgeneesheer (n = 17).

De categorie 'andere' (n = 34) groepeert functies die maar één enkele keer werden opgegeven (bv. coördinator klinische paden, datamanager, psycholoog,...).

Græek 2: functies van de ziekenhuismedewerkers, aangesteld voor de coördinatie van kwaliteit/patiëntveiligheid (n = 321)



3. Arbeidstijd uitgedrukt in voltijds equivalenten, toegekend voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de arbeidstijd in te schatten die besteed wordt aan de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid en om dit uit te drukken in aantal voltijds equivalenten (VTE). 154 ziekenhuizen hebben deze vraag beantwoord. In de categorie 'onnauwkeurig' zijn de 5 ziekenhuizen

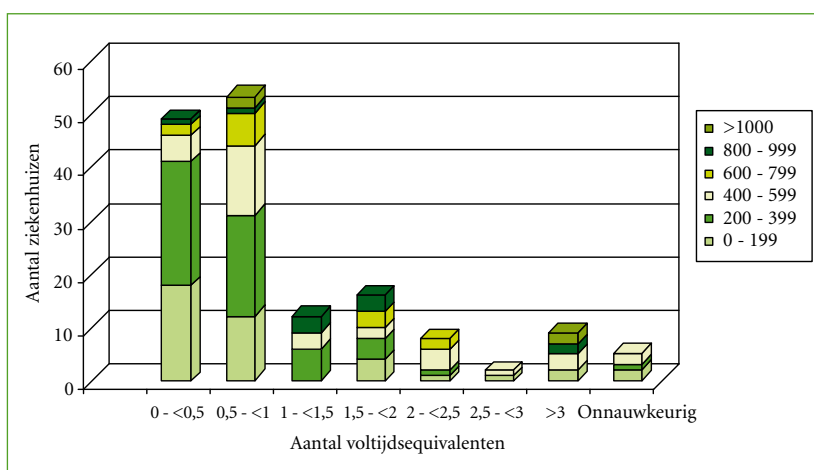
opgenomen die op een onnauwkeurige manier hebben geantwoord (bv. naar gelang de behoeften, enkele uren per week,...).

Uit grafiek 3 blijkt dat de werktijd, die aan de coördinatie van kwaliteit wordt toegekend, voor alle ziekenhuizen samen een asymmetrische verdeling volgt. De meerderheid van de ziekenhuizen (66 %) (n = 102) geeft aan dat ze maximaal 1 voltijds equivalent personeelslid aanstellen voor de coördinatie van de kwaliteit. Slechts 9 ziekenhuizen delen mee dat er meer dan 3 VTE voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid verantwoordelijk zijn.

Bij het lezen van tabel 2 kan, in het algemeen, vastgesteld worden dat met een stijgend aantal bedden de percentages naar rechts verschuiven wat overeenkomt met een stijgende werktijd die voor deze taak wordt toegekend. Zo is op te merken dat instellingen met 400 tot 799 erkende bedden meestal tussen 0,5 et 1 VTE aangeven voor de coördinatie van kwaliteit in tegenstelling tot de kleinere instellingen, die meestal 0,5 VTE of minder aangeven.

Bij de Sp-ziekenhuizen is het percentage het hoogst in de categorie 0 - <0,5. Dit is te verklaren door de kleinere omvang van dit type ziekenhuizen in vergelijking met de 2 andere types van ziekenhuizen.

Grafiek 3: arbeidstijd (in VTE), toegekend aan de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid in functie van het aantal erkende bedden (n = 154)



Tabel 2: arbeidstijd (in VTE), toegekend aan de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid in functie van het aantal erkende bedden (n = 154)

	Aantal VTE											
Aantal bedden		0 - <0,5	0,5 - <1	1 - <1,5	1,5 - <2	2 - <2,5	2,5 - <3	>3	Onnauwkeurig	Totaal (n)	Totaal (%)	Geen antwoord
	0 – 199	45 %	30 %	0 %	10 %	3 %	3 %	5 %	5 %	40	100 %	4
	200 – 399	43 %	35 %	11 %	7 %	2 %	0 %	0 %	2 %	54	100 %	3
	400 – 599	15 %	39 %	9 %	6 %	12 %	3 %	9 %	6 %	33	100 %	2
	600 – 799	15 %	46 %	0 %	23 %	15 %	0 %	0 %	0 %	13	100 %	1
	800 – 999	10 %	10 %	30 %	30 %	0 %	0 %	20 %	0 %	10	100 %	0
	>1000	0 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	4	100 %	0
	Totaal (n)	49	53	12	16	8	2	9	5	154		10
	Totaal (%)	32 %	34 %	8 %	10 %	5 %	1 %	6 %	3 %		100 %	

Hieruit mag echter niet besloten worden dat ziekenhuizen met meer dan 3 VTE voor de coördinatie van kwaliteit uitsluitend grote ziekenhuizen zijn met meer dan 800 bedden (zie tabel 3). Twee ziekenhuizen met minder dan 199 bedden en 3 ziekenhuizen met 400 tot 599 bedden geven immers aan dat meer dan 3 VTE werken aan de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Tabel 3: ziekenhuizen met meer dan 3 voltijds aangestelde personeelsleden voor de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid in functie van het aantal erkende bedden (n = 9)

Aantal bedden	0 - 199	200 - 399	400 - 599	600 - 799	800 - 999	>1000	Totaal
> 3 VTE	2	0	3	0	2	2	9

4. Aanwezigheid van een comité patiëntveiligheid

In grafiek 4 wordt weergegeven wanneer het comité werd opgericht of wanneer dit nog moest gebeuren in de ziekenhuizen die nog geen comité hadden. 162 ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord.

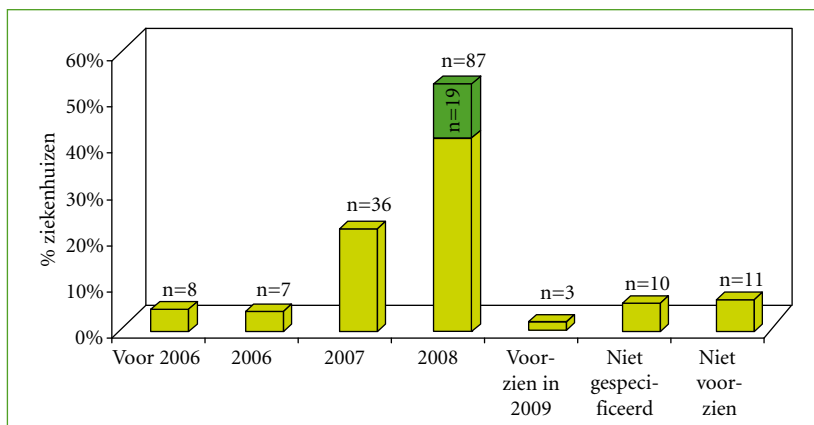
De meeste ziekenhuizen (54 %) (n = 87) hebben hun comité patiëntveiligheid opgericht in 2008. Op het ogenblik dat het rapport ingediend moest worden (30 juni 2008), beschikten 19 ziekenhuizen nog niet over een comité maar waren ze van plan het nog in 2008 op te richten. 51 ziekenhuizen (31 %) beschikten reeds over een comité dat voordien (meestal in 2007) was opgericht. Tien ziekenhuizen (6 %) beweerden een comité te hebben maar hebben geen datum van oprichting opgegeven in het rapport.

Drie ziekenhuizen (2 %) waren van plan om een comité op te richten in 2009 en elf ziekenhuizen (7 %) voorzien niet in een oprichting van een comité patiëntveiligheid.

Samengevat kan worden gesteld dat, op 30 juni 2008, van de 162 ziekenhuizen die deze vraag beantwoord hebben, 129 ziekenhuizen beschikten over een comité patiëntveiligheid en 33 ziekenhuizen nog geen comité hadden.

Op basis van deze resultaten kan worden verondersteld dat het contract ‘coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid 2007-2008’ waarschijnlijk heeft bijgedragen tot het oprichten van een comité patiëntveiligheid.

Grafiek 4: jaar van oprichting van een comité patiëntveiligheid (n = 162)



5. Samenstelling van het comité patiëntveiligheid

De resultaten die in grafiek 5 en tabel 4 worden voorgesteld, hebben enkel betrekking op de ziekenhuizen (n = 121) die de samenstelling van hun comité patiëntveiligheid gedetailleerd hebben weergegeven en wiens comité vóór 30 juni 2008 (datum van indiening van rapport) was opgericht.

Bijgevolg werden, wegens gebrek aan gegevens, in deze analyse niet opgenomen: 3 ziekenhuizen die niet geantwoord hebben op de vraag, 33 ziekenhuizen die nog niet over een comité beschikten op het ogenblik van het indienen van het rapport en 7 ziekenhuizen die beweerden over een comité te beschikken zonder het te beschrijven.

Directies (algemene, medische, verpleegkundige,...) zijn meestal wel betrokken (n = 109) in de comités voor patiëntveiligheid. In minder dan de helft van de ziekenhuizen nemen de hoofdgeneesheer (n = 54) en de artsen (n = 54) deel aan de activiteiten van het comité patiëntveiligheid.

Bij de meeste ziekenhuizen (81 %) (n = 98) nemen één of meerdere personen die rond kwaliteit werken (bv. kwaliteitscoördinator), deel aan het comité patiëntveiligheid.

Verpleegkundigen (verpleegkundige, hoofdverpleegkundige,...) en apothekers krijgen eveneens een belangrijke rol toebedeeld (resp. 52 % (n = 63) en 44 % (n = 53)).

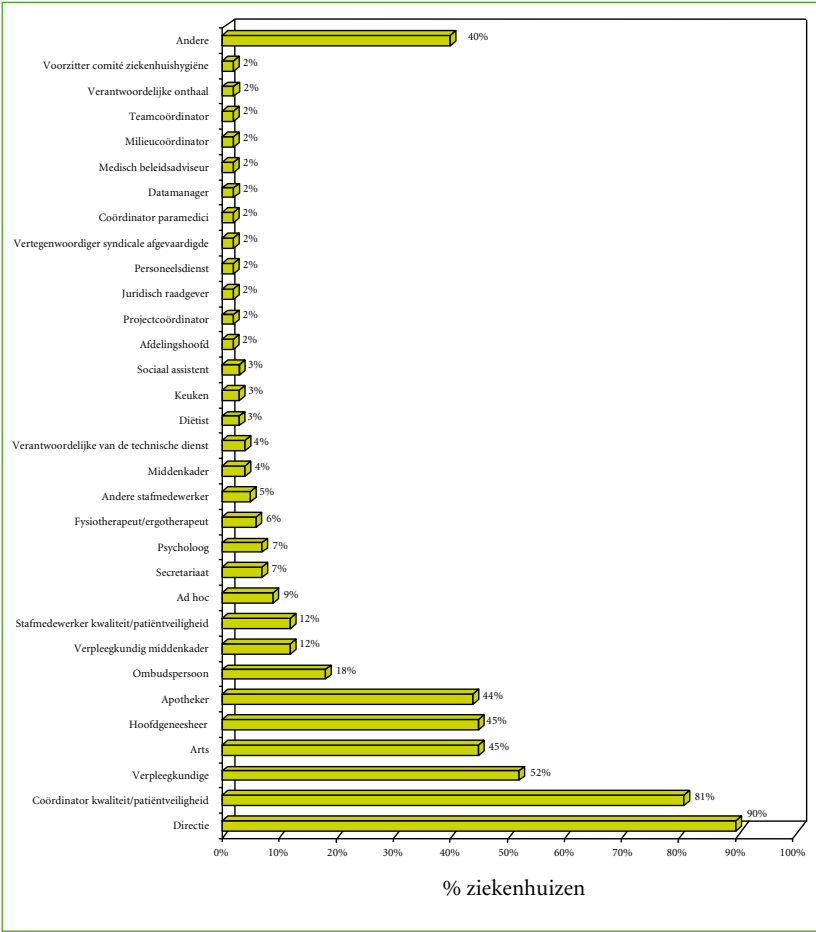
Andere functies zoals de ombudspersoon (18 %) of het verpleegkundig middenkader (12 %) kunnen eveneens deelnemen.

Een meer gedetailleerd overzicht van de samenstelling van de comités is te vinden in grafiek 5 waar alle functies, die meer dan één keer werden genoemd, opgenomen zijn. De functies die slechts één keer werden vernoemd door de ziekenhuizen zijn samengebracht in de categorie 'andere'. Tabel 4 toont de volledige lijst met functies die in de categorie 'andere' opgenomen zijn.

9 % van de ziekenhuizen heeft geantwoord dat een ziekenhuismedewerker 'ad hoc' aan de activiteiten van het comité patiëntveiligheid deelneemt. Het was niet mogelijk om deze ziekenhuismedewerker onder te brengen in een specifieke functie.

Op basis van de resultaten kan men besluiten dat de comités voor patiëntveiligheid multidisciplinair zijn samengesteld en dat ze in 90 % van de ziekenhuizen ondersteund worden door leden van de directie. Participatie van de hoofdgeneesheer gebeurt in slechts 45 % van de ziekenhuizen.

Grafiek 5: ziekenhuismedewerkers die deelnemen aan het comité patiëntveiligheid (n = 121)



Tabel 4: ziekenhuismedewerkers die deelnemen aan het comité patiëntveiligheid: detail van de categorie ‘andere’ (slechts één keer genoemd) (n = 121)

Verantwoordelijke voor linnen en onderhoud	Hoofd van de medisch-technische dienst en polykliniek
Verantwoordelijke communicatie	Hoofd van de dienst patiëntenzorg
Verantwoordelijke laboratorium	Hoofd van de technische dienst
Verantwoordelijke MZG	Hoofd van het administratief departement
Verantwoordelijke patiëntenzorg	Algemeen diensthoofd
Verantwoordelijke van de personeelsdienst	Hoofd van de dienst onderhoud en hygiëne
Verantwoordelijke van de bloedbank	Hoofd van de sociale dienst
Verantwoordelijke van de medische informatie	Hoofd acute zorgen
Vertegenwoordiger van het administratief departement	Hoofd van de gesloten hospitalisatieafdeling
Vertegenwoordiger van het laboratorium	Hoofd chronische zorgen
Vertegenwoordiger van het personeel	Manager beleidsinformatie
Vertegenwoordiger van het technisch departement	Beheerder van de medische beeldvorming
Vertegenwoordiger van de bloedbank	Beheerder van de hospitalisatie
Vertegenwoordigers van de verschillende campussen	Dienst anesthesie
Vertegenwoordiger van de paramedische dienst	Medisch-technische dienst
Vertegenwoordiger van de sociale dienst	Technische dienst
Vertegenwoordiger van de verzekering	Bediende
Voorzitter van de medische audit	Boekhouder
Voorzitter van het medisch-farmaceutisch comité	ICT
Coördinator van de crisisafdeling	Laboratorium voor klinische biologie
Coördinator klinische paden	Medewerker patiëntenbegeleiding
Coördinator revalidatie	Psychomotorisch therapeut
Medisch coördinator	Stafmedewerker hoofdgeneesheer
Diensthooft intensieve zorgen	Stuurgroep leden zorgeenheden

6. Grootte van het comité patiëntveiligheid

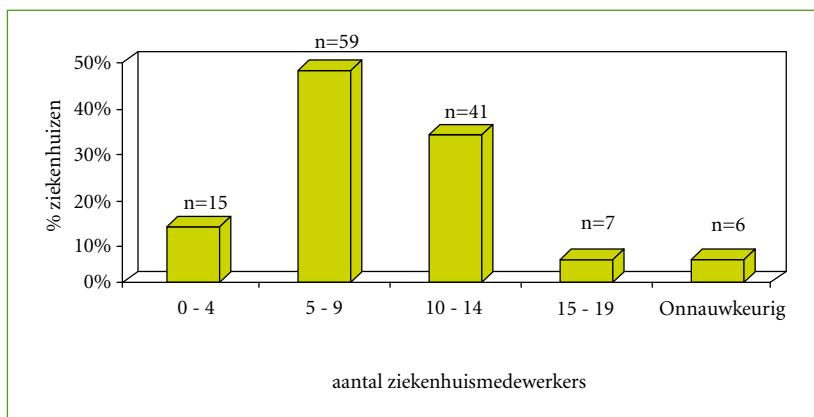
Grafiek 6 toont het aantal ziekenhuismedewerkers waaruit het comité patiëntveiligheid is samengesteld. Deze vraag werd door 128 ziekenhuizen beantwoord, 3 ziekenhuizen hebben niet geantwoord en 33 ziekenhuizen beschikten nog niet over een comité op 30 juni 2008 (de indieningsdatum van het rapport).

De meeste comités (in 46 % van de ziekenhuizen) bestaan uit 5 tot 9 of uit 10 tot 14 ziekenhuismedewerkers (in 32 % van de ziekenhuizen). In 12 % van de ziekenhuizen is het comité patiëntveiligheid samengesteld uit maximum 4 ziekenhuismedewerkers.

De gemiddelde grootte van het comité is 8 ziekenhuismedewerkers, het kleinste comité bestaat uit 2 en het grootste uit 19 ziekenhuismedewerkers.

Er werd geen verschil vastgesteld tussen de regio's of het type ziekenhuis.

Grafiek 6: aantal ziekenhuismedewerkers in het comité patiëntveiligheid (n = 128)



7. Taken van het comité patiëntveiligheid

Hieronder worden de resultaten van 128 ziekenhuizen weergegeven, 3 ziekenhuizen hebben deze vraag niet beantwoord en 33 ziekenhuizen hadden nog geen comité patiëntveiligheid op 30 juni 2008 (de indieningsdatum van het rapport).

Voor de verdere analyse van de taken werden de gegevens in de volgende 10 categorieën ondergebracht:

- Strategie kwaliteit en patiëntveiligheid
- Acties kwaliteit en patiëntveiligheid
- Organogram
- Personeelsmanagement
- Indicatoren
- Projecten
- Patiëntveiligheidscultuur
- Rapporteren van (bijna-)incidenten
- Communicatie
- Contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' en Vlaams kwaliteits-decreet

De taken die volgens de ziekenhuizen tot de verantwoordelijkheid van het comité patiëntveiligheid behoren, worden hieronder per categorie besproken.

In totaal werden 551 taken geïnventariseerd, wat neerkomt op een gemiddelde van 4 verschillende taken per comité patiëntveiligheid.

Categorie 1: strategie kwaliteit en patiëntveiligheid

Een eerste taak van het comité patiëntveiligheid bestaat erin de strategie, het beleid (n = 32) en de prioriteiten (n = 6) te bepalen met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid. Vervolgens kan het aanbevelingen voor het directiecomité formuleren (n = 12). Bepaalde comités voor patiëntveiligheid (n = 18) stellen actieplannen voor en bouwen een strategie uit.

Het comité patiëntveiligheid legt eveneens de visie en missie vast (n = 11) en de doelstellingen (n = 8) voor wat kwaliteit en patiëntveiligheid betreft.

Categorie 2: acties m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid

Een tweede categorie van taken is meer operationeel en heeft betrekking op de initiatieven en acties die rond kwaliteit en patiëntveiligheid genomen worden. Om kwaliteit en patiëntveiligheid te optimaliseren wordt de implementatie van de activiteiten m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid gecoördineerd door het comité patiëntveiligheid (n = 32). Het comité werkt hiervoor een gepaste methode uit (n = 3).

Het comité patiëntveiligheid staat ook in voor de evaluatie van kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis (n = 5). Het moet procedures en protocol-

len (n = 5) verbeteren en vanuit een preventieve benadering risico's oplijsten en evalueren (n = 11).

Het comité staat borg voor het uitvoeren van het beleid en de strategie van kwaliteit en patiëntveiligheid (n = 8) en krijgt hiervoor verschillende opdrachten en verantwoordelijkheden toegewezen. Zo is het verantwoordelijk voor de coördinatie bij het opzetten van actieplannen (n = 10), het stimuleren van nieuwe initiatieven (n = 5) en het begeleiden van teams (planning, aanmoediging, ondersteuning,...)(n = 13).

Ten slotte evalueert het comité patiëntveiligheid de behaalde resultaten (n = 3) en zal het, daar waar nodig, acties bijsturen (n = 2).

Categorie 3: organogram

Het comité patiëntveiligheid is eveneens verantwoordelijk voor het vastleggen van het organogram en de aanpassing ervan (n = 4).

Categorie 4: personeelsmanagement

Het comité patiëntveiligheid staat in voor het toewijzen van het personeel dat ter beschikking wordt gesteld voor het uitvoeren van activiteiten m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid (aanwerving indien nodig, oprichten van werkgroepen in functie van projecten,...) (n = 11).

Bij deze taken behoort ook de organisatie van opleidingen en symposia op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid (n = 13).

Categorie 5: indicatoren

Het comité patiëntveiligheid analyseert relevante informatie uit rapporten zoals het rapport 'Multidimensionele Feedback voor de Ziekenhuizen', het rapport 'Ziekenhuishygiëne', het rapport 'Feedback van de Patient Safety Indicators', de patiënttevredenheidsenquêtes of het klachtenregister (n = 20).

Het bepaalt indicatoren (of boordtabellen) in relatie met kwaliteit en patiëntveiligheid, volgt ze op en analyseert ze (n = 15).

Het comité staat ook in voor registraties van kwaliteits- of patiëntveiligheids-indicatoren (zoals bijvoorbeeld Navigator) (n = 1).

Categorie 6: projecten

Binnen deze categorie kunnen de taken in drie delen worden opgesplitst. Eerst en vooral zijn er de coördinatie, de supervisie en de analyse van de kwaliteits- en patiëntveiligheidsprojecten (n = 31). Nadien komt het bepalen van projecten die moeten worden ontwikkeld (n = 14) en ten slotte de inventarisatie van de bestaande kwaliteits- en patiëntveiligheidsprojecten (n = 3).

Categorie 7: patiëntveiligheidscultuur

Het comité patiëntveiligheid is ook verantwoordelijk voor de verspreiding van de enquête voor het meten van de patiëntveiligheidscultuur (n = 18). Het comité analyseert de resultaten (n = 16) en bepaalt welke verbeteracties moeten worden opgezet (n = 11). Het comité staat ook in voor informatieverbreiding aan de directie (n = 2) en aan alle ziekenhuismedewerkers (n = 1).

In het algemeen is het de taak van het comité patiëntveiligheid om de veiligheidscultuur in het ziekenhuis te verbeteren door o.a. een open klimaat te bevorderen (n = 12).

Categorie 8: melden van incidenten en bijna-incidenten

Voor wat de (bijna-)incidenten betreft, is het comité patiëntveiligheid in een eerste fase verantwoordelijk voor het ontwikkelen en operationaliseren van een meldsysteem en voor de analyse van (bijna-)incidenten (n = 30). Het meldsysteem dient te worden uitgetest en aangepast indien nodig. Het comité legt eveneens de rapportagemodaliteiten vast t.a.v. de melder (n = 1).

Eens het meldsysteem op punt staat, wordt overgegaan tot het melden van de (bijna-)incidenten (n = 25). Vervolgens worden de (bijna-)incidenten door de leden van het patiëntveiligheidscomité geanalyseerd (oorzaken nagaan, oplossingen zoeken, aanbevelingen en verbeteracties formuleren) (n = 37).

De resultaten van deze analyses worden aan de ziekenhuismedewerkers gecommuniceerd met de bedoeling hieruit te leren (n = 11). Het comité formuleert eveneens aanbevelingen voor het directiecomité (n = 4).

Het comité patiëntveiligheid sensibiliseert de ziekenhuismedewerkers over het belang van het melden van (bijna-)incidenten en voor het correct uitvoeren van de verbeteracties die op basis van de uitgevoerde analyses werden uitgewerkt (n = 3).

Categorie 9: communicatie

Het comité patiëntveiligheid speelt tevens een rol in het communiceren en het verspreiden van de informatie zowel binnen als buiten de instelling. Het comité informeert en motiveert de ziekenhuismedewerkers voor de thema's patiëntveiligheid en risicobeheer (met inbegrip van de nieuwe medewerkers) (n = 21).

Het comité patiëntveiligheid is het aanspreekpunt voor alles wat te maken heeft met kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis (n = 3). Het comité waakt tevens over het imago van het ziekenhuis op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid (n = 1).

Het comité is de drijvende kracht achter informatie-uitwisseling, afstemming en overleg tussen de verschillende werkgroepen die instaan voor de verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid (bv. het comité voor hemovigilantie, het comité voor ziekenhuishygiëne, het comité voor permanente vorming, het ethisch comité, de werkgroep decubitus, het comité voor het verpleegkundig dossier en de verpleegkundige gegevens) (n = 9).

Het comité zorgt voor de implementatie van communicatiemiddelen op vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid (intranet,...) (n = 2).

Her comité informeert alle ziekenhuismedewerkers over zijn activiteiten binnen het ziekenhuis (n = 19) en rapporteert regelmatig aan het directiecomité (n = 12).

Categorie 10: contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' en Vlaams kwaliteitsdecreet

Een laatste categorie van taken betreft het administratief opvolgen van het contract voor de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid en de operationele aspecten ervan (zoals bijvoorbeeld de projectfiches en het in te dienen rapport) (n = 11).

Ten slotte stelt het comité het kwaliteitshandboek op en actualiseert het, conform de richtlijnen van het Vlaams Kwaliteitsdecreet van 1997 (n = 5).

Uit de gegeven antwoorden blijkt dat er in de ziekenhuizen een duidelijke visie bestaat over de taken en de verantwoordelijkheden van het comité patiëntveiligheid. Aan de hand van de tien categorieën, die *a posteriori* werden opgemaakt, is af te leiden dat de taken van het comité patiëntveiligheid, tal-

rijk, relevant en gevarieerd zijn en ook betrekking hebben op kwaliteit of zich niet strictu-sensu beperken tot patiëntveiligheid.

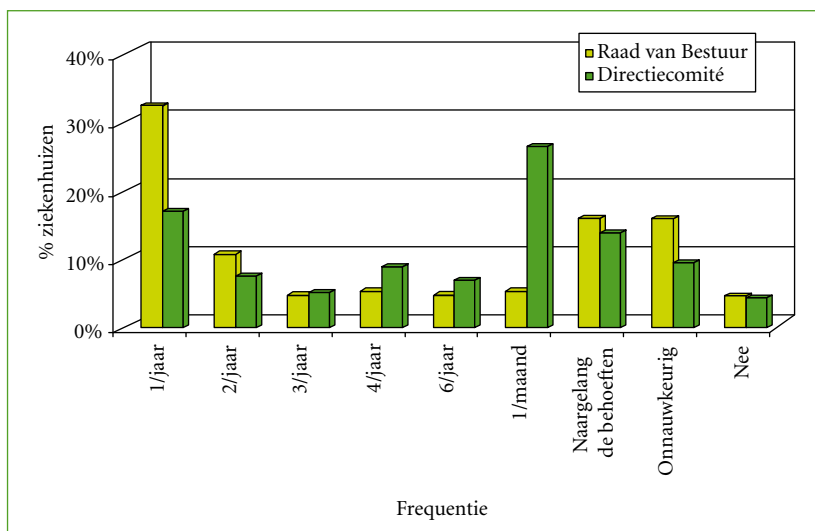
8. *Het thema kwaliteit en patiëntveiligheid op de agenda van het directiecomité en de raad van bestuur*

Deze laatste categorie van vragen geeft informatie over het agenderen van het thema kwaliteit en patiëntveiligheid bij het directiecomité en de raad van bestuur. Indien dit gebeurde, werd eveneens naar de frequentie ervan gevraagd. Voor het rapporteren naar het directiecomité en de raad van bestuur hebben respectievelijk 158 en 150 ziekenhuizen geantwoord.

Uit de antwoorden blijkt dat 95 % van de ziekenhuizen (n = 143) het thema kwaliteit en patiëntveiligheid agenderen bij de raad van bestuur en 96 % (n = 151) bij het directiecomité (zie grafiek 7).

Het valt op dat het thema vaker besproken wordt door het directiecomité (meest voorkomende antwoord: maandelijks) dan door de raad van bestuur (meest voorkomende antwoord: jaarlijks).

Grafiek 7: agenderen van het thema patiëntveiligheid bij het directiecomité (n = 158) en de raad van bestuur (n = 150)



HOOFDSTUK 3. EVALUATIE PATIËNTVEILIGHEIDS- CULTUUR

Kernconclusies

- 96 % van de deelnemende ziekenhuizen heeft een ziekenhuisbrede cultuurmeting uitgevoerd met een gevalideerd meetinstrument en conform de methodologische voorschriften.
- De participatiegraad van de artsen was lager dan deze van ziekenhuismedewerkers (mediaan resp. 45 % en 69 %).
- De variatie in responsgraad is groter bij de artsen dan bij de ziekenhuismedewerkers en varieert in functie van type ziekenhuis en van regio.
- 84 % van de deelnemende ziekenhuizen stelde de resultaten van de cultuurmeting voor aan het directiecomité. In 66 % van de gevallen werden de resultaten voorgesteld aan de ziekenhuismedewerkers.
- 51 % van de ziekenhuizen die de cultuurmeting hebben uitgevoerd, hebben reeds verbeteracties geformuleerd, gekoppeld aan de resultaten van de cultuurmeting.

INLEIDING

In het derde onderdeel van het contract werd aan de ziekenhuizen gevraagd om een ziekenhuisbrede cultuurmeting uit te voeren. Hiervoor maakte de federale overheid gebruik van de *Hospital Survey on Patient Safety Culture* van het AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Een Nederlandstalige gevalideerde versie van de cultuurmeting werd reeds ter beschikking gesteld door het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). De Franstalige versie werd ontwikkeld in samenwerking met het CHU Tivoli en de Cliniques Universitaires Saint-Luc. 96 % van de deelnemende ziekenhuizen heeft een ziekenhuisbrede cultuurmeting uitgevoerd conform de methodologische voorschriften.

In een tweede fase werd aan alle deelnemende ziekenhuizen de mogelijkheid geboden om, op vrijwillige basis, hun gegevens beschikbaar te stellen aan het *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* voor een externe benchmarking. Aan deze benchmarking namen 132 Belgische ziekenhuizen deel (80 % van alle deelnemende ziekenhuizen). Een rapport met de resultaten van deze specifieke benchmarking is gepubliceerd op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/pijler 1).

METHODOLOGIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de volgende 5 vragen te beantwoorden:

- Is de cultuurmeting ziekenhuisbreed uitgevoerd en volledig afgewerkt?
- Wat was de responsrate bij artsen, ziekenhuismedewerkers en in totaal?
- Aan wie werden de resultaten van de cultuurmeting voorgesteld?
- Hoe werden de resultaten van de cultuurmeting voorgesteld?
- Welke verbeteracties werden geformuleerd op basis van de resultaten van de cultuurmeting?

Bovenstaande vragen waren een combinatie van open en gesloten vragen waarbij in een aantal gevallen ook nog ruimte werd voorzien om sommige onderwerpen concreter te omschrijven. De gegevens die ziekenhuizen hebben ingegeven in de webtoepassing, ofwel schriftelijk hebben meegedeeld, werden in een gegevensbestand ingevoerd en verwerkt.

Bij de verwerking van de gegevens werd een onderscheid gemaakt tussen de types ziekenhuizen (acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen) en de regio's (Vlaanderen, Brussel, Wallonië). Waar relevant werd dit onderscheid gehandhaafd in de resultaten.

Er werd door de ziekenhuizen een verschillende interpretatie gegeven aan de eerste vraag in mate van afwerking van de cultuurmeting. Voor sommige ziekenhuizen was het distribueren en verzamelen van de enquêteformulieren van de cultuurmeting reeds voldoende om cultuurmeting als volledig afgewerkt te beschouwen, terwijl andere ziekenhuizen het volledige proces beschouwden, tot en met het opstellen van verbeteracties op basis van de cultuurmeting. Daarom werd bij de verwerking van de gegevens de vraag gereduceerd tot: 'Is de cultuurmeting ziekenhuisbreed uitgevoerd?'

De vraag over de responsrate kwam ook terug in het rapport van de benchmarking, uitgevoerd door het *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)*. De gegevens verschilden wat van elkaar om 2 redenen. Ten eerste geeft dit rapport de resultaten weer van 158 ziekenhuizen die aan de cultuurmeting deelnamen, terwijl

het rapport van het *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* de resultaten weergeeft van 132 Belgische ziekenhuizen die vrijwillig deelnamen aan de benchmarking. Ten tweede is dit rapport gebaseerd op de cijfers aangereikt door de ziekenhuizen, terwijl het *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* werkte met inclusie- en exclusiecriteria op de gegevensbank waardoor de cijfers wijzigden.

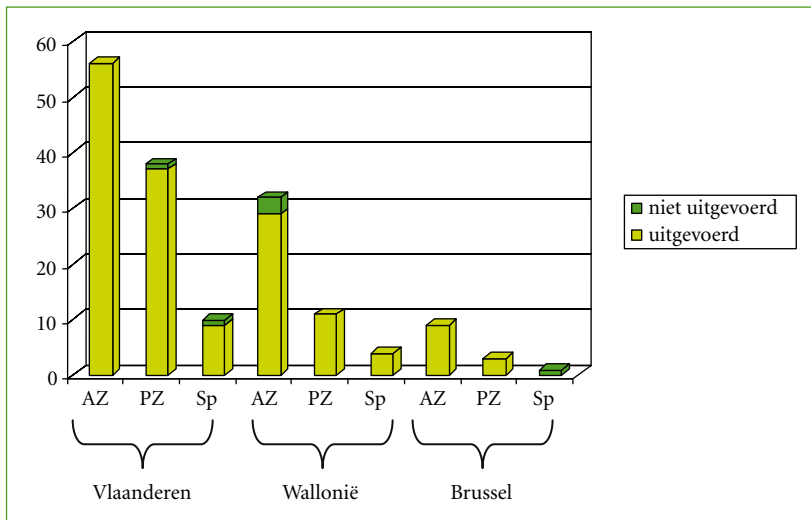
Veel ziekenhuizen gebruikten de 12 dimensies van de cultuurmeting om aan te tonen waar verbeteracties genomen (zullen) worden. Andere ziekenhuizen gaven verbeteracties weer, zonder dat deze gekoppeld waren aan de 12 dimensies. De verbeteracties die door de ziekenhuizen werden weergegeven, werden ondergebracht in de 12 dimensies. Voor verbeteracties waar dit niet mogelijk was, werd een categorie 'andere' voorzien.

RESULTATEN

1. Aantal ziekenhuizen dat de cultuurmeting ziekenhuisbreed heeft uitgevoerd

Door middel van een gesloten vraag werd aan de ziekenhuizen gevraagd of de cultuurmeting ziekenhuisbreed en volledig werd uitgevoerd.

Græk 1: aantal ziekenhuizen dat de cultuurmeting ziekenhuisbreed heeft uitgevoerd (n = 158)



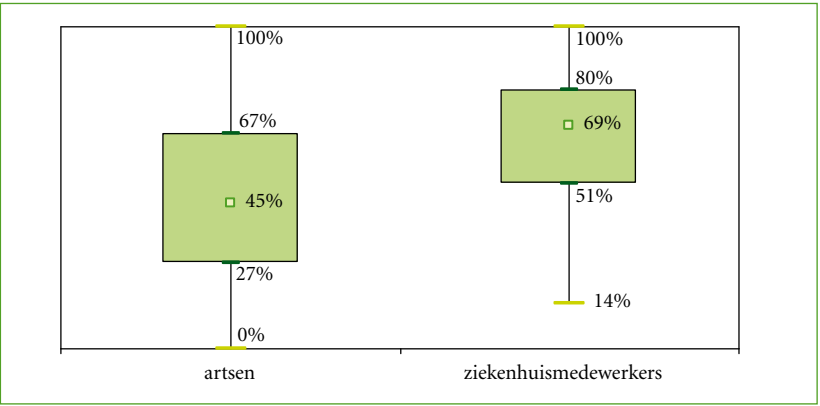
Van de 164 deelnemende ziekenhuizen hebben er 158 de cultuurmeting ziekenhuisbreed uitgevoerd (96 %) conform de voorschriften. Er waren dus 6 ziekenhuizen (4 %) die de cultuurmeting ofwel niet volgens de voorschriften hebben uitgevoerd, ofwel helemaal niet hebben uitgevoerd. Twee ziekenhuizen gaven geen redenen op waarom de cultuurmeting niet werd uitgevoerd. Twee andere ziekenhuizen gaven als redenen op: het ontbreken van een Duitstalige gevalideerde versie van het meetinstrument en het aanstellen van een nieuwe kwaliteitscoördinator waardoor de cultuurmeting niet tijdig kon worden uitgevoerd. Twee ziekenhuizen voerden de cultuurmeting uit, maar niet conform de voorschriften: de cultuurmeting werd uitgevoerd aan de hand van een steekproef, niet ziekenhuisbreed; het andere ziekenhuis heeft bepaalde vragen niet weerhouden voor het behoud van de anonimiteit.

2. Responsgraad

Door middel van een open vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd om de totale responsgraad (in percentage) in te vullen alsook de responsgraad voor artsen en ziekenhuismedewerkers.

Uit figuur 1 blijkt dat de responsgraad een stuk hoger ligt bij de ziekenhuismedewerkers (mediaan 69 %) dan bij de artsen (mediaan 45 %). De variabiliteit is zowel bij de artsen als de ziekenhuismedewerkers groot.

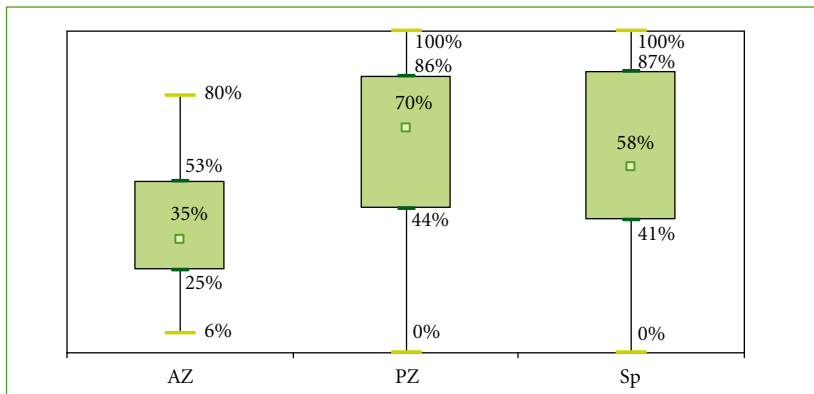
Figuur 1: responsgraad van de artsen tegenover de andere ziekenhuismedewerkers



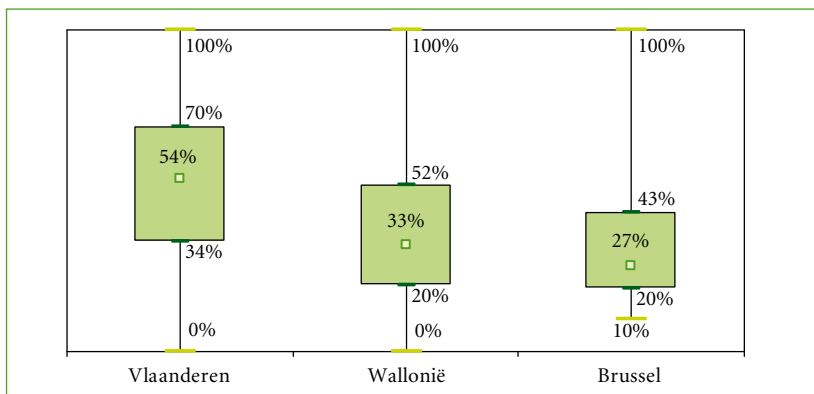
2.1. Responsgraad van artsen volgens type ziekenhuis en regio

Wanneer de gegevens van de artsen afzonderlijk beschouwd worden (figuur 2), valt op dat, ondanks de grote variabiliteit, de responsgraad in psychiatrische en Sp-ziekenhuizen hoger ligt dan in de acute ziekenhuizen (mediaan resp. 70 %, 58 % en 35 %). De variabiliteit is tevens lager in de acute ziekenhuizen dan in de psychiatrische en Sp-ziekenhuizen. Bij een vergelijkende analyse van de regio's (figuur 3), zien we dat de responsgraad van artsen in Wallonië en Brussel ongeveer even hoog lag (mediaan resp. 33 % en 27 %), maar lager was dan de responsgraad van artsen in Vlaanderen (mediaan 54 %).

Figuur 2: responsgraad van de artsen per type ziekenhuis



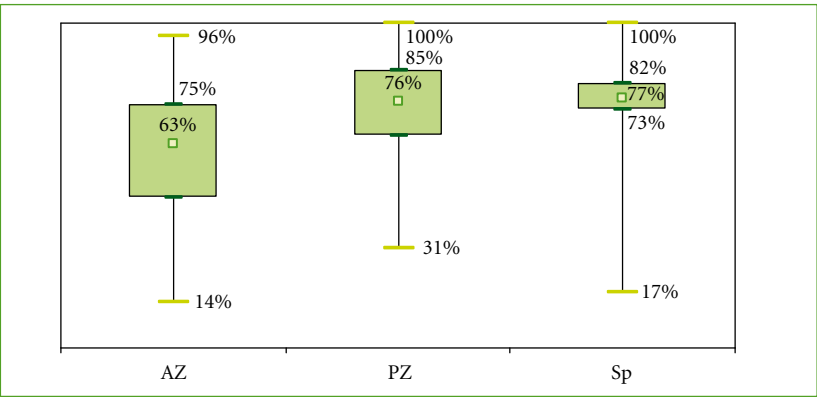
Figuur 3: responsgraad van de artsen per regio



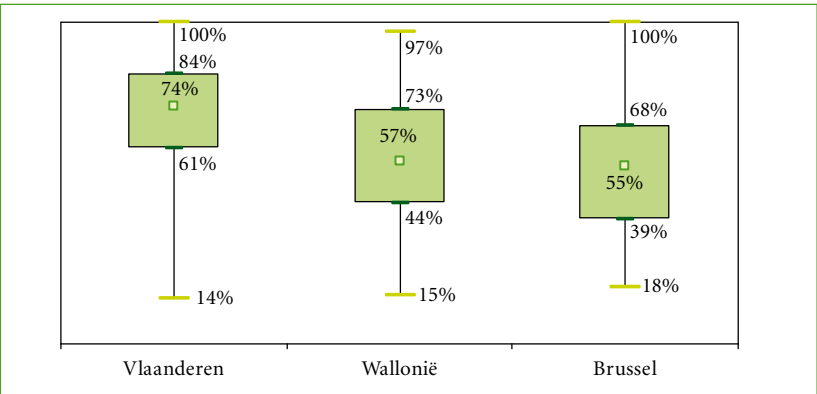
2.2. Responsgraad van ziekenhuismedewerkers volgens type ziekenhuis en regio

In het algemeen is de responsgraad van ziekenhuismedewerkers variabel tussen en binnen de verschillende types ziekenhuizen. Uit figuur 4 blijkt dat de responsgraad in psychiatrische (mediaan 76 %) en Sp-ziekenhuizen (mediaan 77 %) hoger ligt dan in de acute ziekenhuizen (mediaan 63 %). De variabiliteit in de Sp-ziekenhuizen is wel veel beperkter dan bij de acute en psychiatrische ziekenhuizen. Ook ziet men dezelfde trend per regio in de responsgraad van ziekenhuismedewerkers zoals bij de artsen (zie figuur 5). De participatiegraad in Vlaanderen ligt hoger dan in Wallonië en Brussel (mediaan resp. 74 %, 57 % en 55 %).

Figuur 4: responsgraad van de ziekenhuismedewerkers per type ziekenhuis



Figuur 5: responsgraad van de ziekenhuismedewerkers per regio



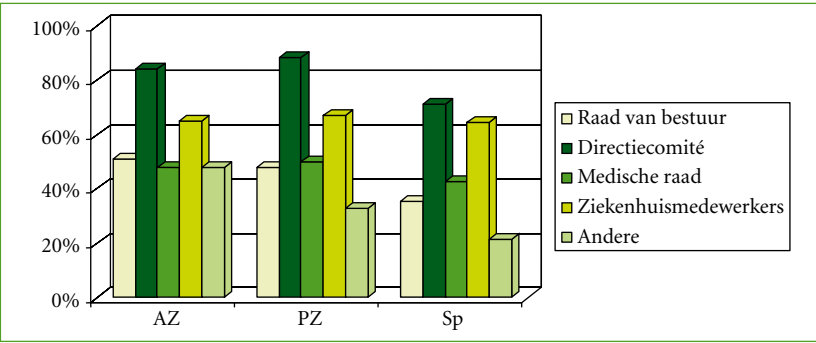
3. *Voorstelling van de resultaten aan de verschillende doelgroepen*

Door middel van een gesloten vraag werd aan de ziekenhuizen gevraagd of de resultaten van de cultuurmeting voorgesteld werden aan de raad van bestuur, het directiecomité, de medische raad en aan de ziekenhuismedewerkers. Ook kon nog een open vraag worden ingevuld indien de resultaten werden voorgesteld aan anderen.

Van alle 158 ziekenhuizen die een cultuurmeting hebben uitgevoerd, hebben 147 ziekenhuizen (92 %) de resultaten van de cultuurmeting voorgesteld aan minstens één groep personen op het tijdstip van indiening van het rapport (30 juni 2008). Uit de analyse van de resultaten per type ziekenhuis zijn er nauwelijks verschillen tussen acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen. Per regio zien we wel grote verschillen. In Vlaanderen hebben 101 ziekenhuizen (97 %) de resultaten voorgesteld aan minstens één groep. In Wallonië (37 ziekenhuizen) en Brussel (9 ziekenhuizen) lagen de percentages lager (resp. 88 % en 75 %). Dit verschil is te verklaren doordat in de Franstalige ziekenhuizen de cultuurmeting later werd uitgevoerd. Het Franstalige meetinstrument werd begin 2008 gevalideerd en getest en werd daardoor later ter beschikking gesteld aan de Franstalige ziekenhuizen. Hierdoor hebben de Franstalige ziekenhuizen minder tijd gehad om hun resultaten aan diverse doelgroepen voor te stellen.

Op de vraag aan wie de resultaten werden voorgesteld (grafiek 2), zijn geen uitgesproken verschillen merkbaar in de antwoorden van de verschillende types ziekenhuizen. Voor alle ziekenhuizen samen werden de resultaten het vaakst voorgesteld aan het directiecomité. Dit orgaan werd in 135 ziekenhuizen (84 %) ingelicht over de resultaten van de cultuurmeting. In 105 ziekenhuizen (66 %) werden de resultaten aan de ziekenhuismedewerkers voorgesteld. De raad van bestuur en de medisch raad werden resp. 78 (49 %) en 77 (48 %) keer ingelicht. Vervolgens waren er nog 65 ziekenhuizen die de resultaten voorstelden aan 'anderen'. In tabel 1 wordt verduidelijkt wat ziekenhuizen verstaan onder 'anderen'.

Graek 2: voorstelling van de resultaten per type ziekenhuis (n = 158)



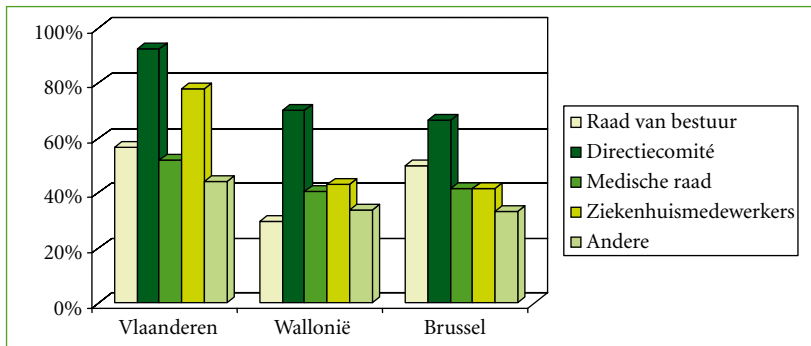
Tabel 1: ‘anderen’ die op de hoogte werden gebracht van resultaten cultuurmeting

Het cijfer tussen haakjes is het aantal ziekenhuizen dat de resultaten van de cultuurmeting aan deze personen/groepen heeft voorgesteld.

Stuurgroep kwaliteit en/of patiëntveiligheid (34)
Niveau management (15)
Diensthooften en/of afdelingshooften (11)
Artsen (9)
Hoofdverpleegkundigen (9)
Externen (7)
Verpleegkundigen (7)
Andere stuurgroepen dan kwaliteit en patiëntveiligheid (5)
Coördinatiecomité en/of coördinator (4)
Dienstoverleg paramedici (2)
Huisartsen (2)
Algemene vergadering (1)
Kadermeeting (1)
Medische staf (1)
Preventieadviseur (1)
Professionelen van het instituut (1)
Werkgroep geriaters (1)

In grafiek 3 worden de resultaten per regio voorgesteld. Hieruit blijkt dat het voorstellen van de resultaten in Vlaanderen vaker gebeurt aan de verschillende doelgroepen in vergelijking met Wallonië en Brussel. Het directiecomité werd in alle regio's het frequentst op de hoogte gebracht van de resultaten van de cultuurmeting. In Vlaanderen lag dit percentage op 92 %, in Wallonië op 70 % en in Brussel op 67 %. De grootste regionale verschillen zien we bij raad van bestuur. Waar de rapportage over de resultaten aan de raad van bestuur het op één na grootst is in Brussel, wordt in Wallonië de raad van bestuur het minst vaak op de hoogte gebracht van de resultaten.

Grafiek 3: voorstelling van de resultaten per regio (n = 158)



4. Wijze van voorstellen van de resultaten

Door middel van een open vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd op welke wijze de resultaten van de cultuurmeting werden voorgesteld. De antwoorden op deze vraag waren heel uiteenlopend, gaande van het gebruik van een PowerPoint-presentatie, tot een gedetailleerde beschrijving van welke resultaten op welke wijze per doelgroep werden voorgesteld. Een groot aantal ziekenhuizen heeft de resultaten op verschillende manieren voorgesteld, afhankelijk van de doelgroep. 95 ziekenhuizen (65 %) die op het moment van indienen van hun rapport resultaten hebben voorgesteld, hebben dit gedaan aan de hand van een mondelinge presentatie met PowerPoint. 42 ziekenhuizen (29 %) publiceerden een artikel in het personeelsblad, ziekenhuiskrant of in een nieuwsbrief. 32 ziekenhuizen (22 %) stelden een rapport ter beschikking en 32 ziekenhuizen hebben de resultaten beschikbaar gesteld op het intranet. Tien ziekenhuizen deelden de resultaten mee per mail (7 %).

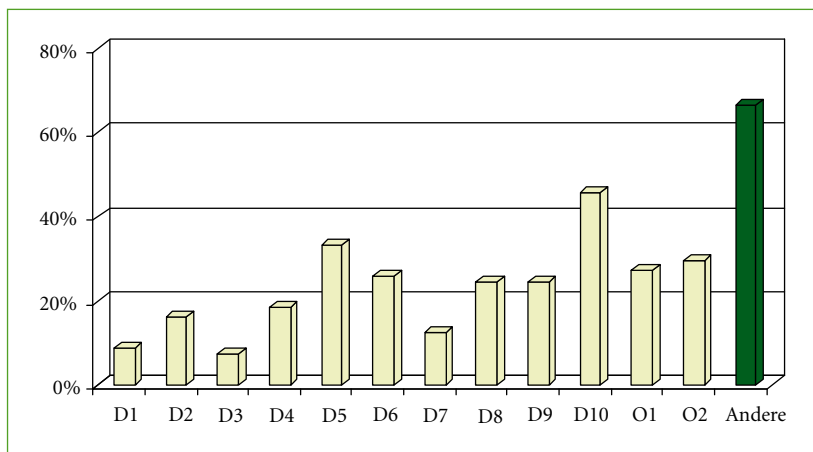
5. Verbeteracties

Door middel van een open vraagstelling werd aan de ziekenhuizen gevraagd of zij reeds verbeteracties hebben geformuleerd en wat deze verbeteracties inhouden. Van de ziekenhuizen die reeds de cultuurmeting hebben uitgevoerd, antwoordden 72 (45 %) dat het nog te vroeg was om concrete verbeteracties op te stellen of dat de acties het voorwerp zijn van een toekomstig plan. Dit wijst erop dat de tijd tussen het ontvangen van de gegevens van de cultuurmeting en het indienen van het rapport te kort was voor vele ziekenhuizen om concrete verbeteracties te definiëren, te plannen en uit te voeren. Ondanks de korte tijdspanne gaven 81 ziekenhuizen (51 %) aan dat ze reeds verbeteracties hebben opgesteld.

In tabel 2 zien we de 12 dimensies van de cultuurmeting volgens de AHRQ. Grafiek 4 toont de verbeteracties van de ziekenhuizen volgens deze 12 dimensies.

Tabel 2: de 12 dimensies van de veiligheidscultuurmeting volgens de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<i>Tien veiligheidscultuurdimensies:</i>
D1. Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen
D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren
D3. Teamwerk binnen afdelingen
D4. Openheid naar communicatie
D5. Feedback en communicatie over veiligheid
D6. Niet-bestaftende respons op fouten
D7. Bestaffing
D8. Ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid
D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen
D10. Overdracht en transfer
<i>Twee outcome-dimensies:</i>
O1. Globale perceptie over veiligheid
O2. Frequentie van 'event'-rapportering

Graefk 4: verbeteracties per dimensie in de ziekenhuizen (n = 81)

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat de meeste verbeteracties zich situeren in de dimensies: overdracht en transfer (D10), feedback en communicatie over veiligheid (D5), frequentie van 'event'-rapportering (O2), globale perceptie over veiligheid (O1) en niet-bestaftende respons op fouten (D6). Hierbij valt op dat de meeste verbeteracties zich situeren in dimensies met de minst positieve scores volgens de cultuurmeting: overdracht en transfers (D10), niet-bestaftende respons op fouten (D6) en frequentie van 'event'-rapportering (D2). Dit onderstreept duidelijk het belang van de cultuurmeting. Het laat ziekenhuizen toe acties te ondernemen waar deze het meest nodig zijn. Een uitzondering hierop is dimensie D7, de bestafting. Het aantal verbeteracties ter bevordering van de bestafting is beperkt, nochtans scoorde die dimensie eveneens relatief hoog in de cultuurmeting.

Naast verbeteracties in de 12 dimensies hebben 54 ziekenhuizen (67 %) nog 'andere' verbeteracties geformuleerd. De lijst van 'andere' verbeteracties die minstens twee keer werden geformuleerd, is te vinden in tabel 3. Eén verbeteractie springt meteen in het oog. 31 ziekenhuizen hebben namelijk aangegeven dat ze een meldsysteem voor incidenten willen uitbouwen, met daaraan gekoppeld een gepast analysesysteem voor incidenten. Het belang van een degelijk meldsysteem wordt dus duidelijk onderkend door de ziekenhuizen.

Tabel 3: ‘andere’ verbeteracties op basis van cultuurmeting (n = 54)
Het cijfer tussen haakjes geeft weer hoeveel ziekenhuizen deze verbeteractie formuleerden.

• Het (verder) uitbouwen van meldsysteem en implementeren systeem incidentenanalyse (31)
• Medicatieveiligheid (7)
• Het opstarten van verschillende nieuwe projecten om patiëntveiligheid te verbeteren (6)
• Een update van procedures en processen (6)
• De negatieve connotatie ‘fout’ vervangen door incident (zo verdwijnt ‘schuld’-gevoel) (4)
• Patiëntveiligheid vast agendapunt op teamoverleg, personeelsvergadering, directiecomité (3)
• De resultaten van de cultuurmeting patiëntveiligheid communiceren naar medewerkers (2)
• Het dragen van identificatiebandjes (2)
• Info bij het onthaal van nieuwe medewerkers (2)
• Valpreventie (2)
• Verdere participatie aan overheidsinitiatieven (2)
• Het meten van kwaliteitsindicatoren (2)
• Het oprichten van een comité patiëntveiligheid (2)

6. Deelname aan een externe benchmarking

Alle deelnemende ziekenhuizen konden op vrijwillige basis deelnemen aan een externe benchmarking. Hieraan hebben 132 ziekenhuizen deelgenomen. Een uitgebreid rapport over deze externe benchmarking werd opgesteld door Johan Hellings en Ward Schrooten van het *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)*. Hierin zijn de gedetailleerde resultaten terug te vinden van de externe benchmarking. De responsgraad en de scores van de verschillende AHRQ-dimensies worden er uitgebreid in toegelicht. De responsgraad is, zoals reeds aangegeven, lichtjes verschillend van de cijfers in dit rapport. De scores van de verschillende dimensies sluiten goed aan bij de resultaten op welke dimensies ziekenhuizen verbeteracties plannen.

Het rapport met alle resultaten van de externe benchmarking is gepubliceerd op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/pijler 1).

HOOFDSTUK 4.

MELDING EN ANALYSE VAN INCIDENTEN EN BIJNA-INCIDENTEN

Kernconclusies

- Bijna 85 % van de deelnemende ziekenhuizen beschikt over een meldsysteem van incidenten en bijna-incidenten.
- Er bestaat een grote diversiteit aan onderwerpen waarover kan worden gemeld.
- De anonimiteit t.a.v. de melder, de afdeling en de patiënt wordt het meest frequent gehanteerd in Sp-ziekenhuizen. In acute en psychiatrische ziekenhuizen bestaat er in méér dan de helft van de gevallen een keuze tussen anoniem en niet-anoniem melden.
- 9 op 10 van de deelnemende ziekenhuizen met een meldsysteem geven aan dat het gaat om een vertrouwelijk meldsysteem. Dit betekent dat de identificatiegegevens van patiënt, melder en afdeling niet aan derden worden gecommuniceerd.
- 8 op 10 van de deelnemende ziekenhuizen met een meldsysteem hanteren een ziekenhuisbreed meldsysteem.
- Ziekenhuisbrede meldsystemen komen het meest voor in Sp-ziekenhuizen en het minst in acute ziekenhuizen.
- In meer dan de helft van de ziekenhuizen kan énkél schriftelijk worden gemeld.
- Het melden wordt gestimuleerd via schriftelijke en mondelinge vormen van communicatie, campagnes en vorming.
- Specifieke methodes om (bijna-)incidenten te analyseren worden slechts door 1/3 van de ziekenhuizen gehanteerd.
- De gebruikte analysemethodes zijn zeer divers en niet altijd geschikt voor het beoogde doel.
- In Vlaamse ziekenhuizen staat de kwaliteitscoördinator in bijna 6 op 10 van de gevallen in voor de analyses, in Wallonië is dat 1 op 4.
- Verbeteracties gaan vooral over medicatie en valpreventie.

INLEIDING

In het vierde deel van het contract werden aan de deelnemende ziekenhuizen gegevens opgevraagd met betrekking tot het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten.

METHODOLOGIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de volgende 8 vragen te beantwoorden:

- Beschikt het ziekenhuis over een meldsysteem van (bijna-)incidenten?
- Wat kan worden gemeld?
- Wie kan melden?
- Wat zijn de kenmerken van het gebruikte meldsysteem?
 - Verloopt het melden al dan niet anoniem of bestaat er een keuze?
 - Is het meldsysteem vertrouwelijk?
 - Tot op welk niveau is het meldsysteem geoperationaliseerd?
 - Hoe verloopt het melden?
- Welke initiatieven worden genomen om het melden te stimuleren?
- Worden er specifieke methodes gehanteerd voor de analyse van (bijna-)incidenten en indien ja, welke?
- Wie voert de analyses uit?
- Welke verbeteracties werden, op basis van de geanalyseerde meldingen, geformuleerd?

Bovenstaande vragen waren een combinatie van open en gesloten vragen met meerdere antwoordcategorieën en waarbij in vele gevallen ook nog ruimte was voorzien om sommige items concreter te omschrijven. De verkregen informatie werd verwerkt en, indien relevant, opgesplitst per regio (Vlaanderen, Brussel en Wallonië) en per type ziekenhuis (acuut, psychiatrisch en Sp).

De twee belangrijkste methodologische beperkingen kunnen worden samengevat als volgt:

- Een aantal essentiële kernbegrippen zoals ‘meldsysteem’, ‘incident’, ‘bijna-incident’ en ‘analysemethode’ werden, noch in het contract, noch in de ontwikkelde webtoepassing, voldoende omschreven. Dit heeft ertoe geleid dat deze begrippen vrij werden geïnterpreteerd door de deelnemende ziekenhuizen waardoor de resultaten niet altijd eenduidig konden worden geïnterpreteerd.

- Voor sommige vragen waren geen antwoordcategorieën voorzien of waren er meerdere, niet-exclusieve, antwoordmogelijkheden.

RESULTATEN

Hierna wordt een overzicht gegeven van de resultaten per gestelde vraag. Er wordt, indien relevant, een overzicht gegeven in absolute cijfers en percentages, per type ziekenhuis en per regio.

1. Aanwezigheid van meldsystemen van (bijna-)incidenten?

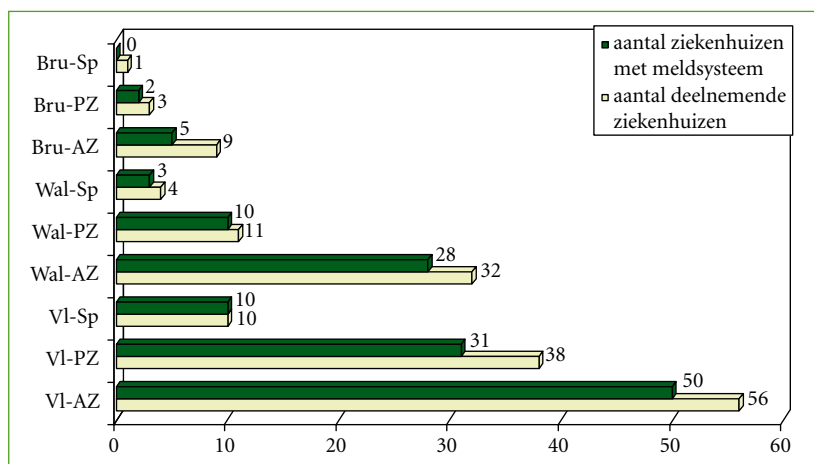
Bijna 85 % van de deelnemende ziekenhuizen beschikt over een meldsysteem van incidenten en bijna-incidenten. In absolute cijfers uitgedrukt beschikken 139 ziekenhuizen van de 164 ziekenhuizen over een meldsysteem. Vijfentwintig deelnemende ziekenhuizen beschikken dus niet over een meldsysteem.

Van de acute ziekenhuizen beschikt 86 % over een meldsysteem, in psychiatrische ziekenhuizen is dit 83 % en in Sp-ziekenhuizen is dit 87 %. Als de percentages bekeken worden per regio dan is er in bijna 88 % van de Vlaamse deelnemende ziekenhuizen een meldsysteem aanwezig, in Brussel is dat 54 % en in Wallonië 87 %.

Tabel 1: ziekenhuizen met een meldsysteem, opgesplitst per type ziekenhuis en per regio (n = 139)

	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>AZ</i>	50	89,29 %	5	55,56 %	28	87,50 %	83	85,57 %
<i>PZ</i>	31	81,58 %	2	66,67 %	10	90,91 %	43	82,69 %
<i>Sp</i>	10	100,00 %	0	0,00 %	3	75,00 %	13	86,67 %
<i>Totaal</i>	91	87,50 %	7	53,85 %	41	87,23 %	139	84,76 %

Grafiek 1: overzicht van het aantal ziekenhuizen met een meldsysteem o.b.v. het aantal deelnemende ziekenhuizen, opgesplitst per type en per regio (in absolute cijfers) (n = 139)



2. Gemelde thema's

De ziekenhuizen werd gevraagd over welke inhoudelijke onderwerpen kan worden gemeld. Omdat de begrippen 'incident' of 'bijna-incident' niet sluitend waren gedefinieerd, konden de instellingen deze begrippen 'vrij' interpreteren. Hierdoor hebben sommige ziekenhuizen algemene beschrijvingen gegeven m.b.t. wat werd gemeld, waar andere een gedetailleerde beschrijving hebben gegeven.

In het algemeen kan onderscheid worden gemaakt tussen algemene onderwerpen en zeer specifieke onderwerpen waarover gemeld wordt. Hierna volgen enkele voorbeelden:

- Algemene onderwerpen: alle mogelijke (bijna-)incidenten en problemen op het vlak van communicatie, medewerkers, familie van patiënten, labo-aanvragen, hygiënisch onderhoud, opname, organisatie, zorgprocessen, medicatie, procedures en behandelingen.
- Specifieke onderwerpen: agressie, brandwonden, decubitus, diefstal, hemo-vigilantie, mondinfecties, MRSA, nosocomiale infecties, ondervoeding, overlijdens, patiëntidentificatieproblemen, farmacovigilantie, postoperatieve complicaties, prikongevallen, slikproblemen, transfusieproblemen en -reacties, urineweginfecties, valincidenten, vandalisme, wondinfecties, zelfmoordpogingen, zelfverminking.

3. Kenmerken van de melder

51 % van de ziekenhuizen geeft aan dat 'iedereen' gemachtigd is om te melden. Frequentie categorieën zijn 'alle medewerkers betrokken bij de zorg' (15 %), 'verpleging' (12 %) en 'artsen' (8 %). Daarnaast werden 20 afzonderlijke categorieën vermeld door de ziekenhuizen. Deze zijn ondergebracht onder de rubriek 'andere' (14 %). Onder de categorie 'andere' vallen onder meer: het technisch en administratief personeel, logistieke medewerkers en apothekers.

Tabel 2: overzicht van ziekenhuismedewerkers die kunnen melden (%)
(n = 139)

<i>Ziekenhuismedewerkers die kunnen melden</i>	<i>%</i>
Iedereen	51 %
Alle medewerkers betrokken bij de zorg	15 %
Verpleging	12 %
Artsen	8 %
Andere categorieën	14 %
<i>Totaal</i>	<i>100 %</i>

4. Kenmerken van het gebruikte meldsysteem

De deelnemende ziekenhuizen werden bevraagd over de kenmerken van het gebruikte meldsysteem. De volgende aspecten waren hierbij belangrijk:

- de anonimiteit van het meldsysteem (t.a.v. de melder, t.a.v. de afdeling, t.a.v. de patiënt);
- de keuzemogelijkheid tussen anoniem en niet-anoniem melden;
- de vertrouwelijkheid van het meldsysteem;
- de graad van operationalisering van het meldsysteem (ziekenhuisbreed, afdelingsniveau, meerdere afdelingen);
- de wijze waarop het melden verloopt (schriftelijk, elektronisch of beide).

Hierna wordt op elk van deze kenmerken ingegaan.

4.1. De anonimiteit van het meldsysteem en keuzemogelijkheden

In Vlaanderen beschikt bijna de helft van de deelnemende ziekenhuizen over een meldsysteem waar de keuze bestaat tussen anoniem of niet-anoniem mel-

den. In Brussel is dit 29 % en in Wallonië bedraagt het 66 %. Meldsystemen waarbij anoniem kan worden gemeld t.a.v. de melder doet zich voor in 33 % van de ziekenhuizen. Anonimiteit t.a.v. de afdeling en de patiënt is minder frequent met respectievelijk 14 % en 23 %.

Ook hier moeten de cijfers met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ziekenhuizen met een meldsysteem waarbij zowel anoniem als niet-anoniem kan worden gemeld, konden ook nog afzonderlijk aangeven dat het meldsysteem anoniem was t.a.v. melder, afdeling of patiënt. Dit betekent dat een ziekenhuis steeds alle alternatieven kon aanduiden waardoor mogelijks dubbeltellingen zijn opgetreden.

Tabel 3: wijze van anoniem melden, opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 139)

	<i>anoniem t.a.v. melder</i>		<i>anoniem t.a.v. afdeling</i>		<i>anoniem t.a.v. patiënt</i>		<i>keuze tussen anoniem en niet-anoniem</i>		<i>aantal ziekenhuizen met meldsysteem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Vlaanderen</i>	29	31,87 %	11	12,09 %	17	18,68 %	45	49,45 %	91	65,47 %
<i>Brussel</i>	3	42,86 %	1	14,29 %	1	14,29 %	2	28,57 %	7	5,04 %
<i>Wallonië</i>	14	34,15 %	8	19,51 %	14	34,15 %	27	65,85 %	41	29,50 %
<i>Totaal</i>	46	33,09 %	20	14,39 %	32	23,02 %	74	53,24 %	139	100,00 %

	<i>anoniem t.a.v. melder</i>		<i>anoniem t.a.v. afdeling</i>		<i>anoniem t.a.v. patiënt</i>		<i>keuze tussen anoniem en niet-anoniem</i>		<i>aantal ziekenhuizen met meldsysteem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>AZ</i>	30	36,14 %	15	18,07 %	19	18,68 %	47	56,63 %	91	65,47 %
<i>PZ</i>	8	18,6 %	2	4,65 %	7	14,29 %	22	51,16 %	7	5,04 %
<i>Sp</i>	8	61,54 %	3	23,08 %	6	34,15 %	5	38,46 %	41	29,50 %
<i>Totaal</i>	46	33,09 %	20	14,39 %	32	23,02 %	74	53,24 %	139	100,00 %

Tabel 3 geeft eveneens aan dat anonimiteit t.a.v. de melder, afdeling en patiënt zich, verhoudingsgewijs, het meeste voordoet in Sp-ziekenhuizen. In acute en psychiatrische ziekenhuizen bestaat er in meer dan de helft van de gevallen een keuze tussen anoniem en niet-anoniem melden.

4.2. De vertrouwelijkheid van het meldsysteem

Het begrip ‘vertrouwelijkheid van het meldsysteem’ werd als volgt omschreven: ‘een vertrouwelijk meldsysteem houdt in dat de identificatiegegevens van de patiënt, de melder en van de instelling niet aan derden worden gecommuniceerd’.

Tabel 4: vertrouwelijkheid van het meldsysteem, opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 139)

	Vlaanderen			Brussel			Wallonië		
	aantal ziekenhuizen met meldsysteem	vertrouwelijk		aantal ziekenhuizen met meldsysteem	vertrouwelijk		aantal ziekenhuizen met meldsysteem	vertrouwelijk	
	n	n	%	n	n	%	n	n	%
AZ	50	50	100,00 %	5	5	100,00 %	28	22	78,57 %
PZ	31	28	90,32 %	2	2	100,00 %	10	7	70,00 %
Sp	10	9	90,00 %	0	0	0,00 %	3	3	100,00 %
Totaal	91	87	95,60 %	7	7	100,00 %	41	32	78,05 %

Uit tabel 4 kan worden afgeleid dat 96 % van de Vlaamse deelnemende ziekenhuizen met een meldsysteem zegt te beschikken over een vertrouwelijk meldsysteem, in Brussel is dat 100 % en in Wallonië 78 %.

4.3. Het niveau van operationalisering van het meldsysteem

Een meldsysteem kan operationeel zijn op ziekenhuisniveau (= ziekenhuisbreed), op afdelingsniveau of op meerdere afdelingen.

Uit tabel 5 blijkt dat bijna 80 % van de deelnemende ziekenhuizen zegt te beschikken over een ziekenhuisbreed meldsysteem. Een meldsysteem op slechts één afdeling komt voor in 18 % van de ziekenhuizen en over een meldsysteem op meerdere afdelingen wordt slechts door een kleine 3 % van de ziekenhuizen gerapporteerd.

Zowel in Vlaanderen, Brussel als Wallonië zijn ziekenhuisbrede meldsystemen het frequentst, respectievelijk 85 %, 57 % en 73 %.

Ziekenhuisbrede meldsystemen komen het meeste voor in Sp-ziekenhuizen (92 %), gevolgd door de psychiatrische ziekenhuizen met 84 %. In de acute ziekenhuizen is 76 % van de meldsystemen ziekenhuisbreed.

Tabel 5: niveau van operationalisering van het meldsysteem opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 139)

	ziekenhuisbreed		op 1 afdeling		op meerdere afdelingen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Vlaanderen</i>	77	84,62 %	13	14,29 %	1	1,10 %
<i>Brussel</i>	4	57,14 %	1	14,29 %	2	28,57 %
<i>Wallonië</i>	30	73,17 %	11	26,83 %	0	0,00 %
<i>Totaal</i>	111	79,86 %	25	17,99 %	3	2,78 %

	ziekenhuisbreed		op 1 afdeling		op meerdere afdelingen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>AZ</i>	63	75,90 %	17	20,48 %	3	3,61 %
<i>PZ</i>	36	83,72 %	7	16,28 %	0	0,00 %
<i>Sp</i>	12	92,31 %	1	7,69 %	0	0,00 %
<i>Totaal</i>	111	79,86 %	25	17,99 %	3	2,78 %

4.4. Wijze waarop het melden verloopt

Alle deelnemende ziekenhuizen werden bevraagd over de manier waarop er gemeld kan worden: schriftelijk, elektronisch of beide.

Uit tabel 6 blijkt dat in bijna 55 % van de gevallen het melden nog uitsluitend schriftelijk verloopt. In bijna 17 % van de ziekenhuizen met een meldsysteem gebeurt het melden uitsluitend elektronisch en in 29 % van de ziekenhuizen kan er zowel schriftelijk als elektronisch worden gemeld.

In zowel Vlaanderen, Brussel als Wallonië zijn de meldsystemen uitsluitend schriftelijk in respectievelijk 47 %, 86 % en 66 % van de gevallen.

Als de wijze van melden bekeken wordt per type ziekenhuis dan is het schriftelijk melden de meest voorkomende manier van melden, zowel in de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen, respectievelijk 52 %, 49 % en 92 %.

Tabel 6: wijze waarop het melden verloopt opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 139)

	<i>schriftelijk</i>		<i>elektronisch</i>		<i>beide</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Vlaanderen</i>	43	47,25 %	17	18,68 %	31	34,07 %
<i>Brussel</i>	6	85,71 %	1	14,29 %	0	0,00 %
<i>Wallonië</i>	27	65,85 %	5	12,20 %	9	21,95 %
<i>Totaal</i>	76	54,68 %	23	16,55 %	40	28,77 %

	<i>schriftelijk</i>		<i>elektronisch</i>		<i>beide</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>AZ</i>	43	51,81 %	13	15,66 %	27	32,53 %
<i>PZ</i>	21	48,84 %	9	20,93 %	13	30,23 %
<i>Sp</i>	12	92,31 %	1	7,69 %	0	0,00 %
<i>Totaal</i>	76	54,68 %	23	16,55 %	40	28,77 %

5. Initiatieven om het melden te stimuleren

Via een open vraag werd aan de deelnemende ziekenhuizen gevraagd welke initiatieven er worden genomen om het melden van (bijna-)incidenten te stimuleren.

Het melden wordt voornamelijk gestimuleerd via schriftelijke en mondelinge vormen van communicatie, campagnes en vorming. Hierna worden enkele voorbeelden opgesomd:

- schriftelijke communicatie:
rapporten (per kwartaal, jaarlijks), intranet, dienstnota's, informatiebrochure, meldschrift, personeelskrant, posters, specifieke richtlijnen over bv. voeding en antibioticabeleid, snelberichten, memo's,...;
- mondelinge communicatie:
diensthoofdenvergadering, bespreking in de verschillende comités in ziekenhuizen, informele gesprekken en vergaderingen, casusbesprekingen, referentiepersonen,...;
- campagnes:
themadagen, sensibiliseringscampagnes,...;
- vorming:
intra muros en *extra muros*,...

6. Analyse van incidenten en bijna-incidenten

In dit onderdeel werden de deelnemende ziekenhuizen bevraagd over de analyse van (bijna-)incidenten. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de volgende vragen:

- Worden er specifieke analysemethoden gehanteerd?
- Welke analysemethoden worden gehanteerd?
- Door wie wordt de analyse uitgevoerd?
- Welke verbeteracties werden op basis van de analyses uitgevoerd? De ziekenhuizen werd gevraagd om hier minstens één voorbeeld van te geven.

6.1. Het gebruik van specifieke analysemethoden

Slechts 43 van de 139 deelnemende ziekenhuizen met een meldsysteem (31 %) zegt specifieke methodes te hanteren voor de analyse van incidenten en bijna-incidenten. Het gebruik van analysemethoden ligt het hoogst in de acute ziekenhuizen (77 %).

Tabel 7: gebruik van specifieke analysemethoden voor (bijna-)incidenten opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 43)

	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AZ	19	70,37 %	3	100,00 %	11	84,62 %	33	76,74 %
PZ	5	18,52 %	0	0,00 %	2	15,38 %	7	16,28 %
Sp	3	11,11 %	0	0,00 %	0	0,00 %	3	6,98 %
Totaal	27	100,00 %	3	100,00 %	13	100,00 %	43	100,00 %

6.2. Typologie van analysemethoden

Er wordt door de ziekenhuizen een grote diversiteit aan analysemethoden gehanteerd voor de analyse van incidenten en bijna-incidenten. Tabel 8 biedt een overzicht van de gehanteerde methoden.

Tabel 8: overzicht van de gehanteerde methoden

<i>Gehanteerde analysemethoden</i>	
• Casusbespreking • Excel-document • FMEA • HFMEA • Multidisciplinaire evaluatie • Navigator • Omnipro • Prisma • Procesanalyse	• Questiondata • RCA-Vanops • Ritermodel • Sbar • Sire • Snap • Spss • Statistische methode • Zelf ontwikkelde methode

Uit dit overzicht valt af te leiden dat er instrumenten vermeld worden die geen methodes zijn voor de analyse van incidenten en bijna-incidenten, zoals bv. navigator, spss. Er is ook geen duidelijkheid over ‘methodes’ zoals ‘Excel-document’, ‘statistische methode’ of ‘zelf ontwikkelde methode’.

7. Persoon die de analyses uitvoert

Aan de deelnemende ziekenhuizen werd gevraagd om aan te geven wie de analyses uitvoert. Er waren drie antwoordcategorieën voorzien: de kwaliteitscoördinator, een stafmedewerker, en andere. Bij de omschrijving van het begrip ‘andere’ werd een grote variëteit aan ziekenhuismedewerkers vermeld.

Uit tabel 9 blijkt dat de analyses in bijna 52 % van de gevallen uitgevoerd worden door de kwaliteitscoördinator. 37 % van de analyses wordt gedaan door een stafmedewerker, in 14 % van de gevallen gebeurt dit door anderen.

In de Vlaamse deelnemende ziekenhuizen worden de analyses in bijna alle gevallen uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator (57 %) of door een stafmedewerker (40 %). In Brussel en Wallonië worden de analyses in iets meer dan 40 % van de gevallen uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator of een stafmedewerker (resp. 43 % en 32 %).

Tabel 9: ziekenhuismedewerkers die de analyse uitvoeren, opgesplitst per regio en per type ziekenhuis (n = 139)

	<i>kwaliteitscoördinator</i>		<i>stafmedewerker</i>		<i>andere</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Vlaanderen</i>	52	57,14 %	36	39,56 %	3	3,30 %
<i>Brussel</i>	3	42,86 %	3	42,86 %	1	14,29 %
<i>Wallonië</i>	17	41,46 %	13	31,71 %	11	26,83 %
<i>Totaal</i>	72	51,80 %	52	37,41 %	15	13,89 %

	<i>kwaliteitscoördinator</i>		<i>stafmedewerker</i>		<i>andere</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>AZ</i>	45	54,22 %	31	37,35 %	7	8,43 %
<i>PZ</i>	22	51,16 %	19	44,19 %	2	4,65 %
<i>Sp</i>	5	38,46 %	2	15,38 %	6	46,15 %
<i>Totaal</i>	72	51,80 %	52	37,41 %	15	13,89 %

In de acute ziekenhuizen worden de analyses in 54 % van de gevallen uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator. In 37 % van de keren gebeurt dit door een stafmedewerker. In de psychiatrische ziekenhuizen is een gelijkaardige tendens op te merken, in de Sp-ziekenhuizen wordt de helft van de analyses uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator of een stafmedewerker.

Bij de concretisering van het begrip ‘andere’ werden voornamelijk de volgende omschrijvingen gegeven:

- leidinggevend (medisch directeur, administratief directeur, personeelsdirecteur, afdelingshoofden);
- leden van comités en commissies (ziekenhuishygiëne, patiëntveiligheid, klachtencommissie, fona).

8. **Geformuleerde verbeteracties**

Er bestaat een grote diversiteit in de verbeteracties die worden gekoppeld aan de resultaten van de geanalyseerde meldingen. Deze acties gaan van het verbeteren van de communicatie tot het ontwikkelen van een klinisch pad. Verbeteracties m.b.t. medicatie en valpreventie worden het meest genoemd.

- Verbeteracties m.b.t. medicatie hebben onder meer betrekking op de volgende aspecten: etikettering, implementatie van een elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, het optimaliseren van eenduidigheid in de voorschriften en het opvolgen van het antibioticagebruik.
- Om valincidenten te voorkomen worden de volgende verbeteracties geformuleerd: antislipvloer in badkamers, nieuw fixatiemateriaal, benadrukken van veilig schoeisel voor patiënten, stand van de bedden als aandachtspunt voor verpleging, oprichting van een werkgroep en het uitwerken van een valpreventieprotocol.

HOOFDSTUK 5.

KWALITEITSPROJECTEN

Kernconclusies

- In totaal zijn 506 projecten ingediend: 305 projecten door de acute ziekenhuizen, 159 door de psychiatrische ziekenhuizen en 42 door de Sp-ziekenhuizen.
- De acute ziekenhuizen hebben 305 projecten ingediend, gespreid over 16 thema's. 62 % hiervan is dienstgerelateerd en betreft projecten die te maken hebben met ondersteunende activiteiten, medicatie, klinische paden en ziekenhuishygiëne.
- De psychiatrische ziekenhuizen hebben 159 projecten ingediend, gespreid over 17 thema's. 55 % hiervan heeft te maken met ondersteunende activiteiten en betreft projecten over medicatie, personeelsbeleid, in- en uitstroom van patiënten en agressie. In vergelijking met de acute en de Sp-ziekenhuizen is het opvallend dat de psychiatrische ziekenhuizen verhoudingsgewijs meer projecten formuleren over het thema 'personeelsbeleid' (8 %).
- De Sp-ziekenhuizen hebben 42 projecten ingediend, gespreid over 13 thema's. 64 % hiervan betreft projecten over ondersteunende activiteiten of heeft te maken met medicatie, ziekenhuishygiëne, valpreventie en de registratie en analyse van (bijna-)incidenten.
- Medicatieveiligheid is het thema waarover zowel de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen het grootste aantal projecten hebben ingediend.

INLEIDING

In contractdeel 5 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om drie projecten in te dienen: één project over economische performantie/capaciteit en innovatie, één project over klinische performantie en één project over patiëntveiligheid.

METHODOLOGIE

Alle ingediende projecten werden gelezen en beoordeeld door de medewerkers van de cel kwaliteit en patiëntveiligheid. Met de term 'beoordelen' wordt bedoeld dat er werd nagegaan in welke mate de projecten lerend en inspirerend konden zijn voor andere ziekenhuizen. Deze oefening bestond uit drie fasen:

1. In eerste instantie werd bijvoorbeeld nagegaan of het onderwerp van het project innoverend was voor de zorgverlening of dat de procesmatige aanpak goed werd uitgewerkt. Om een dergelijke evaluatie mogelijk te maken werden de projecten beoordeeld met de volgende vragen in het achterhoofd:
 - In welke mate werd het ziekenhuismanagement betrokken bij de voorbereiding, uitvoering en nazorg van het project?
 - Wat was het niveau van operationalisering van het project (dienst, afdeling, ziekenhuisbreed)?
 - Werde het project multidisciplinair aangepakt?
 - Werde het project procesmatig uitgewerkt?
 - Heeft het project geleid tot resultaten en hoe werden deze gemeten?
 - Werden er reeds verbeteracties geformuleerd en hoe worden deze opgevolgd?

Een bijkomend element bij de analyse van de projecten was de organisatie van het symposium tijdens de week voor patiëntveiligheid op 6 en 7 november 2008. Alle projecten werden gelezen met de thema's van het symposium in het achterhoofd. Concreet ging het over: de rol van het ziekenhuismanagement in patiëntveiligheid, zorgbundels, patiëntveiligheid in psychiatrische ziekenhuizen en medicatieveiligheid.

2. In een tweede fase werden de 'geselecteerde' projecten uit fase 1 herlezen in functie van de thema's van het symposium.
3. In een derde fase werden een 18-tal Nederlandstalige en Franstalige projecten uit acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen weerhouden. De medewerkers van de cel kwaliteit en patiëntveiligheid hebben de ziekenhuizen die

deze projecten hadden ingediend, bezocht. De bedoeling hiervan was om een grondige bespreking van de projecten mogelijk te maken met het oog op een beter begrip van de inhoud van het project, de aanpak en de organisatie van deze projecten in de betreffende ziekenhuizen. Eveneens werd er gepeild naar de bereidheid van het ziekenhuis om het project te presenteren tijdens het symposium. Hierbij werd expliciet een bijdrage gevraagd van zowel het ziekenhuismanagement als de projectverantwoordelijke.

Bij gebrek aan definiëring van de begrippen 'klinische performantie', 'economische performantie', 'capaciteit en innovatie' en 'patiëntveiligheid' hebben vele ziekenhuizen de projecten niet in de gevraagde domeinen ondergebracht. Daarom werden de projecten bij de analyse thematisch ingedeeld.

RESULTATEN

In dit onderdeel worden de resultaten enkel kwantitatief geanalyseerd. Er wordt eerst ingegaan op het aantal ingediende projecten om nadien, per type ziekenhuis, een thematisch overzicht van de projecten te geven.

1. Aantal ingediende projecten

In het contractjaar 2007-2008 hebben 164 ziekenhuizen geparticipeerd wat theoretisch overeenkomt met 492 ingediende projecten (3 projecten per ziekenhuis).

In totaal zijn er echter 506 projecten ingediend: 305 projecten door de acute ziekenhuizen, 159 door de psychiatrische ziekenhuizen en 42 door de Sp-ziekenhuizen. Dit betekent dat enkele ziekenhuizen méér dan drie projecten hebben uitgewerkt.

2. Overzichtslijst ingediende projecten per thema

Aangezien het hoofddoel van dit contractonderdeel is dat ziekenhuizen van elkaar kunnen leren, is er een overzichtslijst gemaakt van de ingediende projecten per thema en per type ziekenhuis. Op die manier is het voor de ziekenhuizen gemakkelijk om andere ziekenhuizen te contacteren met projecten over hetzelfde thema. De federale overheid hoopt zo het netwerken tussen de ziekenhuizen te stimuleren. Logischerwijze wordt om die reden geen onderscheid gemaakt tussen projecten van Nederlandstalige en Franstalige ziekenhuizen. De volgorde van de projecten wordt bepaald door het erkenningsnummer van het ziekenhuis.

Een gedetailleerde lijst van alle projecten per type ziekenhuis en per thema is gepubliceerd op www.patiënt-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

3. Thema's van projecten

In totaal werden, voor de drie types ziekenhuizen samen, 23 thema's onderscheiden. De thema's zijn gerangschikt van meest naar minst voorkomend, met uitzondering van het thema 'andere thema's veiligheidsmanagement' dat terug te vinden is achteraan de lijst.

Tabel 1: overzicht van de thema's van alle ingediende projecten door alle deelnemende ziekenhuizen (n = 164)

	<i>Thema's projecten</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten	79	15,6 %
2	Medicatie	65	12,8 %
3	Dienstgerelateerde projecten	53	10,5 %
4	Klinische paden	33	6,5 %
5	Ziekenhuishygiëne	33	6,5 %
6	Personeelsbeleid	24	4,7 %
7	In- en uitstroom patiënten	23	4,5 %
8	Malnutritie	23	4,5 %
9	Valpreventie	21	4,2 %
10	Registratie en analyse van (bijna-)incidenten	21	4,2 %
11	Fixatie	16	3,2 %
12	Wachttijden	13	2,6 %
13	Pijnbeleid	12	2,4 %
14	Agressie	12	2,4 %
15	Decubitus	10	2,0 %
16	Zorgplan patiënt	10	2,0 %
17	Patiëntidentificatie	8	1,6 %
18	Pathologiegebonden projecten	8	1,6 %
19	Patiëntendossier	7	1,4 %
20	Isolatie	7	1,4 %

	<i>Thema's projecten</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
21	Suicide	4	0,8 %
22	Ontwenning	3	0,6 %
23	Andere thema's veiligheidsmanagement	21	4,2 %
	<i>Totaal</i>	<i>506</i>	<i>100 %</i>

De rubrieken 'projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten', 'dienstgerelateerde projecten' en 'projecten over andere thema's veiligheidsmanagement' zijn eerder overkoepelend en worden hierna verder verduidelijkt.

In de 'projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten' worden voornamelijk activiteiten omschreven op het vlak van infrastructuurwerken, energiebeheer, milieu, facturatie, beheer van bedden enz.

De 'dienstgerelateerde projecten' werden enkel ingediend door de acute ziekenhuizen en behandelen de thema's die gerelateerd zijn aan specifieke diensten of afdelingen zoals de afdeling orthopedie, het operatiekwartier, de sterilisatieafdeling, enz.

De 'projecten over andere thema's veiligheidsmanagement' gaan over een variëteit aan thema's. Enkele voorbeelden: de patiëntveiligheidskaart, sensibilisering van de patiënten over opnamerisico's, risicotaxatie, organisatiecultuur en de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem.

Hierna wordt dieper ingegaan op de thema's per type ziekenhuis. De projecten worden per thema telkens gerangschikt van meest naar minst voorkomend, met uitzondering van 'andere thema's veiligheidsmanagement' dat achteraan de lijst voorkomt.

4. Thema's per type ziekenhuis

De acute ziekenhuizen hebben 305 projecten ingediend, gespreid over 16 thema's.

62 % hiervan is dienstgerelateerd of betreft projecten die te maken hebben met ondersteunende activiteiten, medicatie, klinische paden en ziekenhuis-hygiëne.

Tabel 2: overzicht van de thema's van de ingediende projecten door de acute ziekenhuizen (n = 305)

	<i>Acute ziekenhuizen</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Dienstgerelateerde projecten*	53 (52)	17,4 %
2	Projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten	42	13,8 %
3	Medicatie	38	12,5 %
4	Klinische paden	28	9,2 %
5	Ziekenhuishygiëne	28	9,2 %
6	Malnutritie*	18 (17)	5,9 %
7	Fixatie	13	4,3 %
8	In- en uitstroom patiënten*	13 (12)	4,3 %
9	Valpreventie	11	3,6 %
10	Patiëntidentificatie	11	3,6 %
11	Pijnbeleid	10	3,3 %
12	Personeelsbeleid	9	3,0 %
13	Wachttijden	8	2,6 %
14	Registratie en analyse van (bijna-)incidenten	8	2,6 %
15	Decubitus	7	2,3 %
16	Andere thema's veiligheidsmanagement	8	2,6 %
	<i>Totaal</i>	<i>305</i>	<i>100 %</i>

* *Eén acuut ziekenhuis wenste niet opgenomen te worden in een publieke lijst met de projecten. Dit verklaart het cijfer tussen haakjes bij drie thema's.*

De psychiatrische ziekenhuizen hebben 159 projecten ingediend, gespreid over 17 thema's. 55 % hiervan heeft te maken met ondersteunende activiteiten of betreft projecten over medicatie, personeelsbeleid, in- en uitstroom van patiënten en agressie. In vergelijking met de acute en de Sp-ziekenhuizen is het opvallend dat de psychiatrische ziekenhuizen verhoudingsgewijs meer projecten formuleren over het thema 'personeelsbeleid' (8 %).

Tabel 3: overzicht van de thema's van de ingediende projecten door psychiatrische ziekenhuizen (n = 159)

	<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten*	29 (28)	18,2 %
2	Medicatie	22	13,8 %
3	Personeelsbeleid*	13 (12)	8,2 %
4	In- en uitstroom patiënten	12	7,5 %
5	Agressie*	12 (11)	7,5 %
6	Zorgplan patiënt	10	6,3 %
7	Registratie en analyse van (bijna-)incidenten	9	5,7 %
8	Pathologiegebonden projecten	8	5,0 %
9	Patiëntendossier	7	4,4 %
10	Isolatie	7	4,4 %
11	Malnutritie	4	2,5 %
12	Suïcide	4	2,5 %
13	Fixatie	3	1,9 %
14	Valpreventie	3	1,9 %
15	Ontwenning	3	1,9 %
16	Klinische paden	2	1,3 %
17	Andere thema's veiligheidsmanagement	11	6,9 %
	<i>Totaal</i>	<i>159</i>	<i>100 %</i>

* *Eén psychiatrisch ziekenhuis wenste niet opgenomen te worden in een publieke lijst met de projecten. Dit verklaart het cijfer tussen haakjes bij drie thema's.*

De Sp-ziekenhuizen hebben 42 projecten ingediend, gespreid over 13 thema's. 64 % hiervan betreft projecten over ondersteunende activiteiten of heeft te maken met medicatie, ziekenhuishygiëne, valpreventie en de registratie en analyse van (bijna-)incidenten.

Tabel 4: overzicht van de thema's van de ingediende projecten door Sp-ziekenhuizen (n = 42)

	<i>Sp-ziekenhuizen</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projecten m.b.t. ondersteunende activiteiten	8	19,0 %
2	Medicatie	5	11,9 %
3	Ziekenhuishygiëne	5	11,9 %
4	Valpreventie	5	11,9 %
5	Registratie en analyse van (bijna-)incidenten	4	9,5 %
6	Klinische paden	3	7,1 %
7	Decubitus	3	7,1 %
8	Fixatie	2	4,8 %
9	In- en uitstroom patiënten	2	4,8 %
10	Malnutritie	1	2,4 %
11	Personeelsbeleid	1	2,4 %
12	Pijnbeleid	1	2,4 %
13	Andere thema's veiligheidsmanagement	2	4,8 %
	<i>Totaal</i>	<i>42</i>	<i>100 %</i>

5. Exclusieve en gemeenschappelijke thema's

Sommige thema's werden exclusief ingediend door acute ziekenhuizen, andere door psychiatrische ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ook heel wat thema's die door de verschillende types van ziekenhuizen werden geformuleerd.

Alle deelnemende ziekenhuizen hebben projecten ingediend over de volgende thema's: fixatie, registratie en analyse van (bijna-)incidenten, valpreventie, malnutritie, in- en uitstroom patiënten, personeelsbeleid, klinische paden en ondersteunde activiteiten.

Dienstgerelateerde projecten en projecten m.b.t. patiëntidentificatie en wachttijden werden enkel ingediend door de acute ziekenhuizen.

Pathologiegebonden projecten en projecten m.b.t. ontwenning, suïcide, isolatie, patiëntendossier, zorgplan patiënt en agressie werden enkel ingediend door de psychiatrische ziekenhuizen.

Projecten met als thema's decubitus, pijnbeleid en ziekenhuishygiëne werden zowel ingediend door acute als door Sp-ziekenhuizen.

Medicatieveiligheid is het thema waarover zowel de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen het grootste aantal projecten hebben ingediend.

HOOFDSTUK 6.

INDICATOREN

Kernconclusies

- De resultaten van dit hoofdstuk hebben enkel betrekking op 97 acute ziekenhuizen die samen 1.161 indicatoren hebben geselecteerd.
- 2.487 verbeteracties werden voorgesteld met als doel de resultaten van de indicatoren te verbeteren.
- De 3 indicatoren die het frequentst werden geselecteerd voor de dimensie klinische prestatie waren 'het keizersnedencijfer' (20 %), 'letaliteit t.g.v. heupfractuur' (14 %) en de 'ziekenhuissterfte t.g.v. myocardinfarct' (14 %).
- De 3 frequentst gekozen indicatoren m.b.t. de dimensie economische prestatie zijn de 'graad van financiële onafhankelijkheid' (16 %), 'prestatie-verblijfsduur 1' (15 %) en de 'acid test' (13 %).
- De 3 indicatoren die het frequentst werden gekozen voor de dimensie capaciteit en innovatie zijn: 'klinische paden' (17 %), 'personeelsverloop' (12 %) en het 'percentage daghospitalisatie' (11 %).
- De 3 indicatoren die het frequentst werden gekozen voor de dimensie patiëntveiligheid zijn 'decubitus ulcus (PSI 3)' (13 %), 'postoperatieve sepsis (PSI 13)' (8 %) en 'failure to rescue (PSI 4)' (7 %).
- In het algemeen zijn de functies van de verantwoordelijke personen die werden vermeld voor de respectievelijke indicatoren coherent met de specificiteit van de vermelde indicatoren.
- De verbeteracties situeren zich op de volgende niveaus: 'beleid en strategie', 'organisatie', 'gegevensverwerking', 'sensibilisatie, informatie en opleiding' en 'klinische paden'.

INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de resultaten voorgesteld van de indicatoren die door de deelnemende acute ziekenhuizen (n = 97) in contractjaar 2007-2008 werden geselecteerd.

Op basis van de rapporten 'Multidimensionele feedback naar de ziekenhuizen' (MFZ-2008) en 'Feedback van patiëntveiligheidsindicatoren' (PSI-2008) dienden de acute ziekenhuizen 3 indicatoren te selecteren uit elk van de volgende dimensies: klinische prestatie (MFZ), economische prestatie (MFZ), capaciteit en innovatie (MFZ), en patiëntveiligheid (PSI). Voor elk van deze 12 indicatoren dienden de ziekenhuizen tevens de verantwoordelijke persoon aan te duiden alsook de verbeteracties te beschrijven gerelateerd aan de respectievelijke indicatoren. Beide feedbackrapporten worden in de praktijk nog te weinig of onvoldoende gebruikt. Ze bieden nochtans de mogelijkheid om de resultaten van de individuele ziekenhuizen te vergelijken met andere instellingen (benchmarking) en om interne processen en activiteiten na te gaan om op basis daarvan verbeteracties te starten. In sommige gevallen kan de feedback ook gebruikt worden om de kwaliteit van de te verzamelen gegevens te verbeteren. In eerste instantie wordt een globaal beeld van de geselecteerde indicatoren beschreven met inbegrip van de categorieën van verbeteracties. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de geselecteerde indicatoren in dalende volgorde van voorkomen.

De indicatoren worden voorgesteld per dimensie en in dezelfde volgorde als in de twee feedbackrapporten.

Ten slotte wordt ook de functie van de ziekenhuismedewerker, verantwoordelijk voor de respectievelijke indicatoren en de verbeteracties, beschreven.

Een beschrijving van alle indicatoren en een exhaustieve lijst van verbeteracties per type indicator zoals voorgesteld door de ziekenhuizen kan worden teruggevonden op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

METHODOLOGIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om, per indicator, de vijf onderstaande rubrieken uit te werken:

- omschrijving van de indicator
- eigenaarschap van de indicator
- vastgelegde streefdoelen van de indicator
- huidige stand van zaken van de indicator
- de verbeteracties die werden gedefinieerd in relatie tot de gekozen indicatoren

De ziekenhuizen konden, via de webtoepassing of op papier, gebruikmaken van een lijst van alle indicatoren per dimensie. De indicatoren werden weergegeven volgens de structuur en volgorde van de feedbackrapporten (MFZ en PSI). Indicatoren die door de ziekenhuizen niet in de juiste dimensie werden ondergebracht, werden bij de verwerking van de resultaten in het juiste domein ondergebracht en indicatoren die geen voorwerp waren van de feedback werden verwijderd. De verdere analyse gebeurde op basis van deze gecorrigeerde overzichten.

In eerste instantie worden, per dimensie, de 3 à 5 meest voorkomende indicatoren beschreven. Deze indicatoren vertegenwoordigen minimum 50 % van de indicatoren zoals geselecteerd door de ziekenhuizen, met uitzondering van indicatoren die werden ondergebracht in de categorie 'andere'. Deze indicatoren zijn aangeduid in het vet in de tabel 'verdeling van de gekozen indicatoren'. Voor elk van deze indicatoren werd het beste resultaat, het minst goede resultaat, het gemiddelde of de mediaan berekend. Een beschrijving van al deze indicatoren is terug te vinden op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

- Voor de indicatoren uit de dimensies 'economische performantie', 'capaciteit en innovatie' werden enkel de resultaten van het recentste jaar weergegeven.
- Voor de indicatoren 'patiëntveiligheid', werden de cijfers berekend voor de periode 1999 tot 2004.
- Voor de indicatoren 'klinische performantie' werd de afwijking (%) berekend voor de periode 2001 tot 2004 of voor de periode 2002 tot 2005. A (%) komt overeen met de afwijking van het ziekenhuis voor de betreffende periode vergeleken met het nationale gemiddelde voor dezelfde periode.

Door de gegevens te analyseren, konden de resultaten van ziekenhuizen die één welbepaalde indicator hadden gekozen, vergeleken worden met de resultaten van alle ziekenhuizen zoals deze weergegeven zijn in de feedbackrapporten.

Aangezien de oefening over indicatoren de bedoeling had om ziekenhuizen aan te zetten precies die indicatoren te selecteren waarvoor minder goede resultaten werden behaald, is het logisch dat de gekozen indicatoren door de ziekenhuizen gerelateerd waren aan minder goede resultaten.

In tweede instantie wordt de functie beschreven van de ziekenhuismedewerker(s) verantwoordelijk voor de gekozen indicator.

De resultaten zijn voorgesteld in frequentietabellen. Een veelheid van functies werd opgegeven. Deze werden gegroepeerd in de volgende 14 categorieën: algemene directie, adjunct-algemene directie, financieel departement, administratieve directie, boekhouding, directiecomité, coördinatie van de kwaliteit, dienst minimale ziekenhuisgegevens (MZG), medische directie, verpleegkundig/paramedisch departement, personeelsdienst, informaticadepartement, 'andere' en 'geen antwoord'). Indien een bepaalde categorie géén gegevens omvat, wordt deze niet weergegeven in de tabellen.

Ten slotte werd een lijst opgesteld van alle verbeteracties die de ziekenhuizen hebben omschreven. De resultaten worden voorgesteld in een frequentietabel. De verbeteracties worden, per dimensie en per indicator, ingedeeld in de volgende 6 categorieën. Indien een categorie niet werd ingevuld, werd deze weggelaten uit de tabellen.

1. De categorie 'beleid en strategie' omvat alle verbeteracties gelinkt aan de strategische doelstellingen (bv. definitie van het preventiebeleid, definitie van een strategisch plan, personeelsbeleid (werving, lonen, extralegale voordelen,...)), de deelname aan campagnes of projecten, de creatie van werkgroepen, grote investeringen of aankopen.
2. De categorie 'organisatie' omvat de acties voor het implementeren van de verbeteracties op het terrein (bv. het implementeren van een preventiebeleid, verminderen van vertragingen van de facturatie,...), de revisie of ontwikkeling van procedures en protocollen, doorgevoerde correcties vertrekkende van de geobserveerde resultaten, aankopen (kleine investeringen) en het personeelsbeleid.
3. De categorie 'gegevensverwerking' omvat alle acties in relatie tot beheer en verwerking van gegevens: verzamelen, codering, analyse, audits, benchmarking en opvolging van gegevens.
4. De categorie 'sensibilisatie, informatie en opleiding' (personeel, patiënten, klanten/leveranciers, familie,...) heeft betrekking op aspecten van sensibilisatie, vorming, imago van het ziekenhuis, communicatie en discussies binnen de comités.
5. De categorie 'klinische paden' (ontwikkeling, opvolging en methodologie) omvat de aspecten m.b.t. de ontwikkeling en de opvolging van de methode van klinische paden. De aspecten m.b.t. het gegevensbeheer en informatie

en opleiding die betrekking hebben op klinische paden werden echter ondergebracht in de categorieën 3 en 4.

6. De categorie die werd aangeduid als ‘niet relevant’ omvat de elementen die niet kunnen worden beschouwd als verbeteracties (bv. opvolging van acties, verificatie van de validiteit van de resultaten zoals ter beschikking gesteld door de FOD, uitleg over het waarom van een minder goed resultaat,...) of elementen die geen relatie vertoonden met de voorgestelde indicator. In deze categorie bevinden zich (en dan voornamelijk voor de dimensie economische performantie) die items die eerder beschouwd kunnen worden als doelen en niet als echte verbeteracties.

Om de subjectiviteit van deze classificatie zoveel mogelijk in te perken, werd de hierboven beschreven oefening uitgevoerd in twee fasen: twee medewerkers hebben afzonderlijk de verschillen geanalyseerd en in geval van twijfel werd een derde persoon geconsulteerd.

Een volledige lijst van verbeteracties per indicator is terug te vinden op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

De belangrijkste methodologische beperkingen worden hieronder kort omschreven.

- Een eerste beperking betreft de indicatoren die door de ziekenhuizen werden geselecteerd maar die geen voorwerp uitmaken van de twee feedbackrapporten. Deze indicatoren werden ondergebracht in een categorie ‘andere’. Deze categorie werd niet in detail geanalyseerd daar ze strikt genomen geen deel uitmaakt van het contract. Het aantal indicatoren dat werd ingedeeld in deze categorie voor de vier dimensies is echter relatief groot (van 10 % tot 29 %). Dit gegeven verhindert dan ook een globale conclusie t.a.v. het gebruik van indicatoren van de twee feedbackrapporten door de deelnemende ziekenhuizen.
- Voor de selectie van de indicatoren ‘patiëntveiligheid’ hebben vele ziekenhuizen niet het feedbackrapport m.b.t. patiëntveiligheidsindicatoren gebruikt, maar wel het rapport MFZ. In dit laatste rapport werd de dimensie ‘patiëntgerichtheid’ gebruikt (met indicatoren over patiëntentevredenheid en informatie aan de patiënt). Ook deze indicatoren werden ondergebracht in de categorie ‘andere’.

-
- De gehanteerde classificatie voor het onderbrengen van de verbeteracties is arbitrair en heeft dus een subjectief karakter, ondanks de gebruikte werkwijze. Door een gebrek aan detaillering in de beschrijving van de verbeteracties zijn fouten in de classificatie niet volledig uit te sluiten.
 - Een laatste beperking heeft te maken met de berekening van de gemiddelden. In de MFZ is het gemiddelde berekend voor het geheel van de Belgische acute ziekenhuizen. Voor de analyse in dit hoofdstuk werd het gemiddelde berekend, vertrekkende van de individuele waarden van de ziekenhuizen die een bepaalde indicator hebben geselecteerd. De invloed van de absolute waarden afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis of het volume van de activiteiten gaat hierdoor verloren.

RESULTATEN

1. Algemene beschrijving

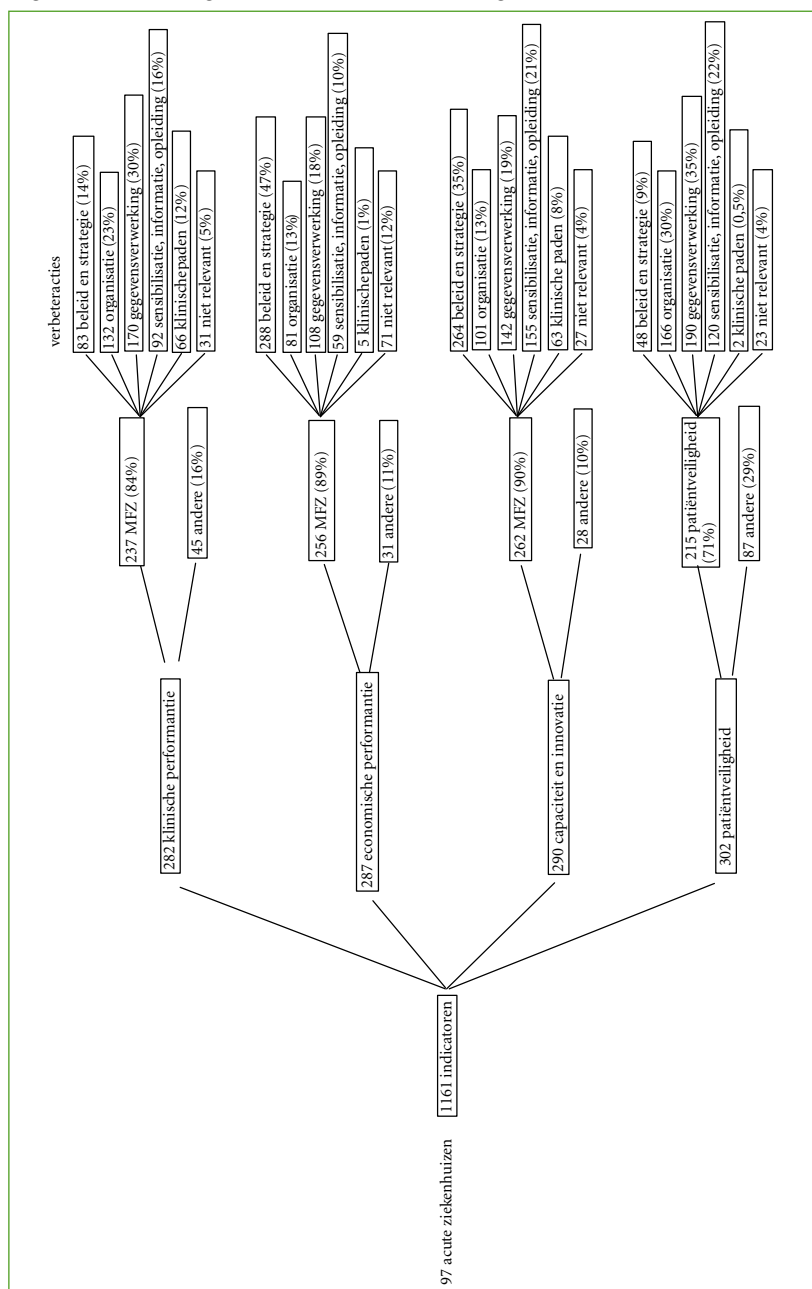
Deze algemene beschrijving laat toe de verdeling van de gekozen indicatoren beter in kaart te brengen. 84 van de 97 acute ziekenhuizen hebben 12 indicatoren gekozen (zoals gevraagd in het contract), 7 ziekenhuizen hebben méér dan 12 indicatoren weerhouden en 6 ziekenhuizen hebben minder dan 12 indicatoren beschreven. In totaal werden 1.162 indicatoren geselecteerd. In het schema wordt de verdeling per dimensie verduidelijkt.

De categorieën ‘andere’ varieert van 10 % (n = 28) voor de dimensie ‘capaciteit en innovatie’ tot 29 % (n = 87) voor de dimensie ‘patiëntveiligheid’.

Zestien (1 %) projecten werden in de verkeerde dimensie ondergebracht. Alvorens aan de analyse te beginnen werden deze indicatoren in de juiste dimensie geplaatst.

In totaal hebben de ziekenhuizen 2.487 verbeteracties opgegeven (met uitsluiting van de categorieën ‘andere’). Dit stemt overeen met gemiddeld 3 verbeteracties per indicator.

Figuur 1: verdeling van de indicatoren en de gerelateerde verbeteracties



2. Indicatoren klinische performantie

De dimensie 'klinische performantie' van het MFZ-rapport bevat 7 indicatoren. In totaal werden 282 klinische indicatoren omschreven waarvan 237 uit het rapport. De categorie 'andere' telt 45 indicatoren, wat overeenkomt met 16 % van de indicatoren van deze dimensie (bv. behandeling van diabetespatiënten buiten de dienst interne geneeskunde, aantal acties m.b.t. voeding, septicemiecijfer, gebruik van antibiotica,...). De drie indicatoren die het frequentst werden gekozen, zijn: het 'keizersnedencijfer' (20 %), het 'intramuraal letaliteitscijfer na opname voor heupfractuur' (14 %) en de 'ziekenhuissterfte na opname voor een acuut myocard infarct' (14 %) (zie tabel 1). Deze 3 indicatoren worden hieronder beschreven. De beschrijving van alle indicatoren is te raadplegen op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

Tabel 1: verdeling van de gekozen indicatoren klinische performantie (n = 282)

<i>Indicatoren 'klinische performantie'</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Keizersnedencijfer	56	19,86 %
Andere	45	15,96 %
Intramuraal letaliteitscijfer na opname voor heupfractuur	40	14,18 %
Ziekenhuissterfte na opname voor acuut myocard infarct	39	13,83 %
Intramuraal letaliteitscijfer na opname voor acute beroerte	37	13,12 %
Laparotomisch cholecystectomiecijfer	30	10,64 %
Intramuraal letaliteitscijfer na opname pneumonie (community-acquired pneumonia)	23	8,16 %
Intramuraal letaliteitscijfer na opname voor congestief hartfalen	12	4,26 %
<i>Totaal</i>	282	100 %

2.1. Keizersnedencijfer (n = 56)

Voor de ziekenhuizen die deze indicator hebben weerhouden, varieert de afwijking van het keizersnedencijfer voor de periode t.o.v. het nationaal gemiddelde van -66 (beste resultaat) tot 54 (minst goede resultaat). Het gemiddelde cijfer ligt iets hoger (6,02 %) dan het gemiddelde van het geheel van de Belgische ziekenhuizen zoals berekend in de MFZ.

Resultaat	periode A (%)
Beste resultaat	-66,00
Gemiddelde	6,02
Minst goede resultaat	54,00

De medische directie is verantwoordelijk voor deze indicator in 80 % van de ziekenhuizen.

Verantwoordelijke	n	%
Medische directie	45	80,36 %
Verpleegkundig departement	3	5,36 %
Kwaliteitscoördinator	2	3,57 %
Algemene directie	1	1,79 %
Directiecomité	1	1,79 %
Andere	4	7,14 %

Er waren 136 verbeteracties: de meeste verbeteracties werden geklasseerd in de categorieën 'gegevensverwerking' (40 %) en 'sensibilisatie, informatie en opleiding' (22 %).

Verbeteracties	n	%
Gegevensverwerking	54	39,71 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	30	22,06 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	27	19,85 %
Beleid en strategie	8	5,88 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging, methodologie)	8	5,88 %
Niet relevant	9	6,62 %

2.2. Ziekenhuissterfte na opname voor een acuut myocard infarct (AMI) (n = 39)

Voor de ziekenhuizen die deze indicator hebben weerhouden, varieert de afwijking van de ziekenhuissterfte voor AMI voor de periode t.o.v. het nationaal gemiddelde van -46 (beste resultaat) tot 155 (minst goede resultaat). Het gemiddelde cijfer ligt iets hoger (15,72 %) dan het gemiddelde van het geheel van de Belgische ziekenhuizen zoals berekend in de MFZ.

<i>Resultaat</i>	<i>periode A (%)</i>
Beste resultaat	-46,00
Gemiddelde	15,72
Minst goede resultaat	155,00

In 95 % van de ziekenhuizen is de medische directie verantwoordelijk voor deze indicator.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medische directie	37	94,87 %
Kwaliteitscoördinator	1	2,56 %
Andere	1	2,56 %

Van de 108 verbeteracties zijn de meeste onder te brengen in de categorieën 'gegevensverwerking' (27 %) en 'organisatie (uitvoering op het terrein)' (22 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gegevensverwerking	29	26,85 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	24	22,22 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	21	19,44 %
Beleid en strategie	18	16,67 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging, methodologie)	12	11,11 %
Niet relevant	4	3,70 %

2.3. Intramuraal letaliteitscijfer na opname voor heupfractuur (n = 40)

Voor de ziekenhuizen die deze indicator hebben weerhouden, varieert de afwijking van het intramuraal letaliteitscijfer na opname voor heupfractuur voor de periode t.o.v. het nationaal gemiddelde van -54 (beste resultaat) tot 63 (minst goede resultaat). Het gemiddelde cijfer ligt iets hoger (9,39 %) dan het gemiddelde van het geheel van de Belgische ziekenhuizen zoals berekend in de MFZ.

Resultaat	periode A (%)
Beste resultaat	-54,00
Gemiddelde	9,39
Minst goede resultaat	63,00

In 78 % van de ziekenhuizen is de medische directie verantwoordelijk voor deze indicator.

Verantwoordelijke	n	%
Medische directie	31	77,50 %
Verpleegkundig departement	2	5,00 %
Directiecomité	1	2,50 %
Kwaliteitscoördinator	1	2,50 %
Andere	5	12,50 %

Er waren 72 verbeteracties: de meeste verbeteracties werden geklasseerd in de categorieën 'gegevensverwerking' (32 %) en 'klinische paden (oprichting, opvolgen en methodologie)' (22 %).

Verbeteracties	n	%
Gegevensverwerking	23	31,94 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging, methodologie)	16	22,22 %
Beleid en strategie	13	18,06 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	11	15,28 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	4	5,56 %
Niet relevant	5	6,94 %

Samenvattend voor deze 3 indicatoren kan besloten worden dat de ziekenhuizen die deze indicatoren kozen, hogere gemiddelde cijfers hebben dan het gemiddelde van alle Belgische ziekenhuizen zoals berekend in de MFZ. De medische directie is het departement dat het meest betrokken is bij deze indicatoren. De verbeteracties behoren vooral tot de categorie ‘gegevensverwerking’ wat zou kunnen betekenen dat de resultaten van de MFZ de ziekenhuizen ertoe heeft aangezet om de kwaliteit en de opvolging van de gegevens te bekijken.

3. *Indicatoren economische performantie*

De dimensie ‘economische performantie’ van het MFZ-rapport bevat 10 indicatoren. In totaal werden 287 indicatoren omschreven waarvan 256 uit het rapport MFZ. De categorie ‘andere’ omvat 31 indicatoren wat overeenkomt met 11 % van de indicatoren binnen deze dimensie (bv. ‘ziekteverzuim van het onderhoudspersoneel’, ‘geneesmiddelendistributie’, ‘optimalisatie van het beddenbeheer’,...). De drie indicatoren die het frequentst werden gekozen, zijn: ‘de graad van financiële onafhankelijkheid’ (16 %), ‘de performantie-verblijfsduur 1’ (16 %) en de ‘acid test’ (13 %) (zie tabel 2). Deze 3 indicatoren worden hieronder beschreven. De beschrijving van alle indicatoren is te raadplegen op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

Tabel 2: verdeling van de gekozen indicatoren economische performantie (n = 287)

<i>Indicatoren ‘economische performantie’</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Graad van financiële onafhankelijkheid	47	16,38 %
Performantie-verblijfsduur 1	45	15,68 %
Acid test	37	12,89 %
Andere	31	10,80 %
Rentabiliteit 1	30	10,45 %
Niveau van cashflow	28	9,76 %
Performantie-verblijfsduur 2	26	9,06 %
Financiële dekking	13	4,53 %
Rentabiliteit 1bis	12	4,18 %
Rentabiliteit 2	11	3,83 %
Rentabiliteit 2bis	7	2,44 %
<i>Totaal</i>	<i>287</i>	<i>100 %</i>

3.1. Graad van financiële onafhankelijkheid (n = 47)

De mediaan voor deze indicator uit de MFZ bedroeg 29,79 in 2005. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 1ste en de 112de positie, met waarden gaande van 1,24 tot 76,94 (voor het jaar 2005). De mediaan van deze ziekenhuizen is vergelijkbaar met deze van alle Belgische ziekenhuizen.

Resultaat	2005
Beste resultaat	76,94
Mediaan	30,31
Minst goede resultaat	1,24

Het financiële departement is verantwoordelijk voor deze indicator in 68 % van de ziekenhuizen.

Verantwoordelijke	n	%
Financieel departement	32	68,09 %
Algemene directie	5	10,64 %
Administratieve directie	3	6,38 %
Adjunct-algemene directie	2	4,26 %
Boekhouding	2	4,26 %
Directiecomité	1	2,13 %
Coördinatie kwaliteit	1	2,13 %
Geen antwoord	1	2,13 %

Van de 100 meest voorkomende verbeteracties zijn de meeste onder te brengen in de categorie 'beleid en strategie' (49 %).

Verbeteracties	n	%
Beleid en strategie	49	49,00 %
Gegevensverwerking	14	14,00 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	8	8,00 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	2	2,00 %
Niet relevant	27	27,00 %

3.2. Acid test (n = 37)

De mediaan voor deze indicator uit de MFZ bedroeg 1,27 in 2005. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 9de en de 111de positie, met waarden gaande van 0,59 tot 2,57 (voor het jaar 2005).

Rekening houdend met de evolutie van de mediaan tussen 2002 en 2005, kan worden gesteld dat de ziekenhuizen die deze indicator kozen, ziekenhuizen zijn die het snelst een verbetering van hun resultaten hebben bereikt in de loop van deze 4 jaar. Wanneer gekeken wordt naar de mediaan van alle Belgische ziekenhuizen dan is er ook wel een gelijkmatige toename, maar minder snel dan deze van de ziekenhuizen die deze indicator kozen (mediaan in 2002: 0,97 < 1,06 (nationale mediaan) en in 2005: 1,40 > 1,27 (nationale mediaan)).

<i>Resultaat</i>	<i>2005</i>
Beste resultaat	2,57
Mediaan	1,40
Minst goede resultaat	0,59

Het financiële departement is verantwoordelijk voor deze indicator in 76 % van de ziekenhuizen.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Financieel departement	28	75,68 %
Adjunct-algemene directie	2	5,41 %
Boekhouding	2	5,41 %
Directiecomité	2	5,41 %
Administratieve directie	1	2,70 %
Geen antwoord	2	5,41 %

De 92 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën 'beleid en strategie' (51 %) en 'organisatie' (uitvoering op het terrein) (27 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Beleid en strategie	47	51,09 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	25	27,17 %
Gegevensverwerking	10	10,87 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	2	2,17 %
Niet relevant	8	8,70 %

3.3. Performantie-verblijfsduur 1 (n = 45)

De nationale mediaan voor deze indicator bedroeg 95,76 in 2007. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 5de en de 113de positie, met waarden gaande van 68,17 tot 107,89 voor 2007. De mediaan van deze ziekenhuizen is vergelijkbaar met de mediaan van alle Belgische ziekenhuizen.

<i>Resultaat</i>	<i>2007</i>
Beste resultaat	107,89
Mediaan	95,54
Minst goede resultaat	68,17

Zowel het financiële departement (29 %) als het medische departement (22 %) zijn verantwoordelijk voor deze indicator.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Financieel departement	13	28,89 %
Medische directie	10	22,22 %
Dienst Minimale Ziekenhuisgegevens	8	17,78 %
Algemene directie	6	13,33 %
Administratieve directie	3	6,67 %
Adjunct-algemene directie	2	4,44 %
Andere	2	4,44 %
Geen antwoord	1	2,22 %

De 109 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën ‘beleid en strategie’ (27 %), ‘sensibilisatie, informatie en opleiding’ (26 %) en ‘gegevensverwerking’ (21 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Beleid en strategie	29	26,61 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	28	25,69 %
Gegevensverwerking	23	21,10 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	20	18,35 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging, methodologie)	4	3,67 %
Niet relevant	5	4,59 %

Ziekenhuizen die kozen voor de indicatoren ‘financiële onafhankelijkheid’ en ‘performantie-verblijfsduur 1’ vertonen een vergelijkbare mediaan met de MFZ. Wanneer ziekenhuizen kiezen voor de ‘acid test’ als indicator, verbeteren deze sneller hun resultaten dan de Belgische ziekenhuizen. De mediaan van de ziekenhuizen die deze indicator kozen, gaat van 0,97 in 2002 naar 1,4 in 2005, terwijl de mediaan van de Belgische ziekenhuizen gaat van 1,06 in 2002 naar 1,27 in 2005.

Het financiële departement is voornamelijk betrokken bij de indicatoren ‘graad van financiële onafhankelijkheid’ en ‘acid test’, terwijl de indicator ‘performantie-verblijfsduur 1’ voornamelijk een zaak is van het financiële departement, het medische departement en de Dienst Minimale Ziekenhuisgegevens.

De verbeteracties van de twee eerste indicatoren situeren zich voornamelijk in de categorie ‘beleid en strategie’. Verbeteracties m.b.t. ‘performantie-verblijfsduur 1’ situeren zich voornamelijk in de categorie ‘beleid en strategie’, ‘sensibilisatie, informatie en opleiding’ en ‘organisatie’ (uitvoering op het terrein).

4. Indicatoren capaciteit en innovatie

De dimensie ‘capaciteit en innovatie’ van het MFZ-rapport bevat 11 indicatoren. De indicator ‘behoud van het instrument’ is samengesteld uit twee subindicatoren (behoud van het medisch instrument en behoud van het niet-medisch instrument). In totaal werden 290 indicatoren omschreven waarvan 262 uit het rapport MFZ. De categorie ‘andere’ omvat 28 indicatoren wat overeenkomt met 10 % van de indicatoren binnen deze dimensie (bv.

energiekosten per m², bezettingsgraad van het operatiekwartier,...). De vier indicatoren die het frequentst werden gekozen, zijn: 'klinische paden' (17 %), 'personeelsverloop' (12 %), 'percentage daghospitalisatie' (11 %) en 'gebruik van hospitalisatiecapaciteit' (9 %) (zie tabel 3). Deze 4 indicatoren worden hieronder beschreven. De beschrijving van alle indicatoren is te raadplegen op www.patient-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiënt-veiligheid/rapport 2007-2008).

Tabel 3: verdeling van de gekozen indicatoren capaciteit en innovatie (n = 290)

<i>Indicatoren 'capaciteit en innovatie'</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Klinische paden	49	16,90 %
Personeelsverloop	34	11,72 %
Percentage daghospitalisatie	33	11,38 %
Andere	28	9,66 %
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	27	9,31 %
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	26	8,97 %
Specialisatiegraad verpleegkundigen	20	6,90 %
Informaticakosten	18	6,21 %
Afvalverwijdering	18	6,21 %
Behoud van het instrument	18	6,21 %
Percentage uitzendkrachten	11	3,79 %
Openstaande vacatures verpleegkundigen	8	2,76 %
<i>Totaal</i>	<i>290</i>	<i>100 %</i>

4.1. Gebruik van hospitalisatiecapaciteit (n = 27)

De nationale mediaan voor deze indicator bedroeg 96,35 in 2007. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 6de en de 113de positie, met waarden gaande van 56,19 tot 112,3 voor 2007. De mediaan van deze ziekenhuizen ligt dicht bij de mediaan van alle Belgische ziekenhuizen.

<i>Resultaat</i>	<i>2007</i>
Beste resultaat	112,30
Mediaan	93,87
Minst goede resultaat	56,19

Voornamelijk de algemene directie (30 %) en de medische directie (26 %) zijn verantwoordelijk voor deze indicator.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Algemene directie	8	29,63 %
Medische directie	7	25,93 %
Personeelsdienst	4	14,81 %
Financieel departement	2	7,41 %
Directiecomité	2	7,41 %
Administratieve directie	1	3,70 %
Verpleegkundig departement	1	3,70 %
Departement informatica	1	3,70 %
Geen antwoord	1	3,70 %

De 65 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën 'beleid en strategie' (40 %) en 'gegevensverwerking' (25 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Beleid en strategie	26	40,00 %
Gegevensverwerking	16	24,62 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	11	16,92 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	9	13,85 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging en methodologie)	1	1,54 %
Niet relevant	2	3,08 %

4.2. Percentage daghospitalisatie (n = 33)

De nationale mediaan voor deze indicator bedroeg 77,9 in 2007. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 1ste en de 106de positie, met waarden gaande van 66,13 tot 89,44 voor 2007. De mediaan van deze ziekenhuizen is vergelijkbaar met de nationale mediaan van alle Belgische ziekenhuizen. Hierbij valt op dat het best gepositioneerde ziekenhuis (eerste plaats), ervoor gekozen heeft om met deze indicator te werken.

Resultaat	2007
Beste resultaat	89,44
Mediaan	76,54
Minst goede resultaat	66,13

In 52 % van de ziekenhuizen is de medische directie verantwoordelijk voor deze indicator.

Verantwoordelijke	n	%
Medische directie	17	51,52 %
Financieel departement	5	15,15 %
Algemene directie	3	9,09 %
Verpleegkundig departement	2	6,06 %
Administratieve directie	1	3,03 %
Directiecomité	1	3,03 %
Dienst Minimale Ziekenhuisgegevens	1	3,03 %
Andere	1	3,03 %
Geen antwoord	2	6,06 %

De 75 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën 'sensibilisatie, informatie en opleiding' (28 %), 'beleid en strategie' (24 %) en 'organisatie' (uitvoering op het terrein) (24 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sensibilisatie, informatie en opleiding	21	28,00 %
Beleid en strategie	18	24,00 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	18	24,00 %
Gegevensverwerking	13	17,33 %
Niet relevant	5	6,67 %

4.3. Personeelsverloop (n = 34)

De nationale mediaan voor deze indicator bedroeg 17,73 in 2005. Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 3de en de 109de positie, met waarden gaande van 4,95 tot 54,66 voor 2005. De mediaan van deze ziekenhuizen is vergelijkbaar met de nationale mediaan van alle Belgische ziekenhuizen.

<i>Resultaat</i>	<i>2005</i>
Beste resultaat	4,95
Mediaan	18,15
Minst goede resultaat	54,66

Voornamelijk de personeelsdienst (50 %) en het verpleegkundig departement (32 %) zijn verantwoordelijk voor deze indicator.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Personeelsdienst	17	50,00 %
Verpleegkundig departement	11	32,35 %
Administratieve directie	2	5,88 %
Financieel departement	1	2,94 %
Algemene directie	2	5,88 %
Directiecomité	1	2,94 %

De 132 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën 'beleid en strategie' (46 %), 'gegevensverwerking' (29 %) en 'sensibilisatie, informatie en opleiding' (22 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Beleid en strategie	61	46,21 %
Gegevensverwerking	38	28,79 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	29	21,97 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	2	1,52 %
Niet relevant	2	1,52 %

4.4. Klinische paden (n = 49)

Deze indicator is gebaseerd op het percentage patiënten dat in de loop van het jaar in aanmerking komt een klinisch pad te volgen.

Ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, situeren zich tussen de 4de en de 115de positie in 2005. Hoewel deze indicator vaak gekozen werd, is het zeer moeilijk deze te vergelijken met de nationale waarden doordat een groot aantal ziekenhuizen deze vraag niet heeft beantwoord in het MFZ-rapport.

Voornamelijk de medische directie (45 %) en het verpleegkundig departement (24 %) zijn verantwoordelijk voor deze indicator.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medische directie	22	44,90 %
Verpleegkundig departement	12	24,49 %
Coördinatie kwaliteit	5	10,20 %
Algemene directie	1	2,04 %
Andere	9	18,37 %

De 142 verbeteracties werden voornamelijk ondergebracht in de categorieën ‘klinische paden (ontwikkeling, opvolging en methodologie)’ (44 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging en methodologie)	62	43,66 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	25	17,61 %
Gegevensverwerking	23	16,20 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	19	13,38 %
Beleid en strategie	9	6,34 %
Niet relevant	4	2,82 %

Voor wat de ziekenhuizen betreft die de vier meest geselecteerde indicatoren kozen, kan eigenlijk geen enkele conclusie worden getrokken in relatie tot algemene resultaten op Belgisch niveau: de medianen waren ofwel vergelijkbaar ofwel was er onvoldoende beschikbare informatie in het rapport MFZ. De verantwoordelijkheid van de respectievelijke directies varieert afhankelijk van de indicator. Voor de indicatoren ‘personeelsverloop’ en ‘klinische paden’, werden gemiddeld 4, respectievelijk 3 verbeteracties opgesteld. Wanneer gekeken wordt naar de verbeteracties is er geen dominante categorie te bepalen.

5. *Indicatoren patiëntveiligheid*

In de dimensie ‘patiëntveiligheid’ zijn de 20 indicatoren opgenomen van het PSI-rapport. Indicator PSI 2 is opgesplitst in 2 deelindicatoren en indicator PSI 4 in 6 deelindicatoren. In totaal werden 302 indicatoren opgegeven waarvan 215 uit het PSI-rapport. De categorie ‘andere’ bevat 87 indicatoren, hetzij 29 % van alle indicatoren van deze dimensie (bv. ‘bemiddeling’, ‘patiënteninformatie’, ‘medicatiefouten’,...). De PSI ‘decubitus ulcus’ (13 %), ‘post-operatieve sepsis’ (8 %), ‘failure to rescue’ (7 %), ‘infecties als gevolg van zorg’ (6 %) en ‘ziekenhuissterfte in APR-DRG’s met lage mortaliteit’ (6 %) zijn de 5 frequentst uitgekozen indicatoren (zie tabel 4). Deze 5 indicatoren worden hieronder beschreven. Een beschrijving van alle indicatoren is terug te vinden op www.patiënt-safety.be (rubriek: contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport 2007-2008).

De cijfers waarnaar gerefereerd wordt, hebben enkel betrekking op de klas-sieke hospitalisatie en worden uitgedrukt in aantallen per 1.000 verblijven.

Tabel 4: verdeling van de gekozen patiëntveiligheidsindicatoren (PSI) (n = 302)

<i>Indicatoren patiëntveiligheid</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Andere	87	28,81 %
Decubitus ulcus	38	12,58 %
Postoperatieve sepsis	23	7,62 %
‘Failure to rescue’	22	7,28 %
Infecties als gevolg van zorg	18	5,96 %
Ziekenhuissterfte in APR-DRG’s met lage mortaliteit	18	5,96 %
Postoperatieve diep-veneuze trombose of longembolie	13	4,30 %
Transfusiereactie	12	3,97 %
Lichaamsvreemd voorwerp dat tijdens de ingreep wordt achtergelaten	9	2,98 %
Postoperatieve heupfractuur	8	2,65 %
Postoperatieve respiratoire insufficiëntie	8	2,65 %
Complicaties ten gevolge van anesthesie	8	2,65 %
Dehiscentie van wond na abdomino-pelvine heekunde	7	2,32 %
Postoperatieve bloeding of hematoom	6	1,99 %
Obstetrisch trauma tijdens een keizersnede	5	1,66 %
Iatrogene pneumothorax	4	1,32 %
Postoperatieve fysiologische en metabole complicaties	4	1,32 %
Accidentele punctie of laceratie	4	1,32 %
Obstetrisch trauma tijdens een instrumentele vaginale bevalling	4	1,32 %
Obstetrisch trauma tijdens een niet-instrumentele vaginale bevalling	3	0,99 %
Geboortetrauma bij pasgeborene	1	0,33 %
<i>Totaal</i>	<i>302</i>	<i>100 %</i>

5.1. Ziekenhuissterfte in APR-DRG's met lage mortaliteit (n = 18)

Deze indicator bestaat uit 2 deelindicatoren met name 'ziekenhuissterfte in APR-DRG's met lage mortaliteit (volwassenen)' (n = 15) en 'ziekenhuissterfte in APR-DRG's met lage mortaliteit (kinderen)' (n = 3)

5.1.1. Ziekenhuissterfte in APR-DRG's met lage mortaliteit (volwassenen) (n = 15)

In het rapport over de patiëntveiligheidsindicatoren (PSI-rapport) bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 0,67 (voor 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, schommelt tussen 0,39 en 3,62. Het gemiddeld cijfer van deze ziekenhuizen (1,23/1.000 verblijven) is hoger dan het nationaal gemiddelde.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	0,39
Gemiddelde	1,23
Minst goede resultaat	3,62

5.1.2. Ziekenhuissterfte in APR-DRG's met lage mortaliteit (kinderen) (n = 3)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 0,22 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 0,2 en 0,65. Het gemiddeld cijfer (0,45/1.000 verblijven) van deze ziekenhuizen is hoger dan het nationaal gemiddelde.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	0,20
Gemiddelde	0,45
Minst goede resultaat	0,65

De medische directie is verantwoordelijk in 67 % van de ziekenhuizen voor beide deelindicatoren.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medische directie	12	66,67 %
Dienst MZG	3	16,67 %
Adjunct-algemene directie	1	5,56 %
Andere	2	11,11 %

Veertien van de 23 verbeteracties zijn geklasseerd in de categorie ‘gegevensverwerking’.

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gegevensverwerking	14	53,85 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	3	11,54 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	2	7,69 %
Niet relevant	4	15,38 %

5.2. Decubitus ulcus (n = 38)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 15,39 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 3,19 en 46,35. Hun gemiddeld cijfer (15,24/1.000 verblijven) is vergelijkbaar met het nationaal gemiddelde.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	3,19
Gemiddelde	15,24
Minst goede resultaat	46,35

Voor deze indicator is voornamelijk (68 %) het verpleegkundig departement aangesteld.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Verpleegkundig departement	26	68,42 %
Medische directie	4	10,53 %
Kwaliteitscoördinator	2	5,26 %
Andere	6	15,79 %

Van de 146 verbeteracties zijn de meeste initiatieven ondergebracht in de categorieën ‘organisatie (uitvoering op het terrein)’ (34 %), ‘sensibilisatie, informatie en opleiding’ (27 %) en ‘gegevensverwerking’ (27 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Organisatie (uitvoering op het terrein)	50	34,25 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	40	27,40 %
Gegevensverwerking	39	26,71 %
Beleid en strategie	14	9,59 %
Niet relevant	3	2,05 %

5.3. ‘Failure to rescue’ (n = 22)

Deze indicator werd berekend voor 6 zorgcomplicaties. Het aantal ziekenhuizen dat deze deelindicatoren heeft gekozen, staat tussen haakjes vermeld.

- acute nierinsufficiëntie (n = 5)
- sepsis (n = 2)
- diep-veneuze trombose of longembolie (n = 6)
- cardiogene shock of hartstilstand (n = 2)
- pneumonie (n = 2)
- gastro-intestinale bloeding of acute zweer (n = 5)

Deze deelindicatoren werden door een zeer beperkt aantal ziekenhuizen weerhouden.

5.3.1. Acute nierinsufficiëntie (n = 5)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 284,34 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 273,76 en 473,68.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	273,76
Gemiddelde	364,43
Minst goede resultaat	473,68

5.3.2. Sepsis (n = 2)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 219,83 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen varieert tussen 170,45 en 244,05.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	170,45
Gemiddelde	207,25
Minst goede resultaat	244,05

5.3.3. Diep-veneuze trombose of longembolie (n = 6)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 119,98 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 56,6 en 176,83.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	56,60
Gemiddelde	134,63
Minst goede resultaat	176,83

5.3.4. Cardiogene shock of hartstilstand (n = 2)

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 470,22 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 258,06 en 482,35.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	258,06
Gemiddelde	370,21
Minst goede resultaat	482,35

5.3.5. *Pneumonie (n = 2)*

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 220,52 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 228,57 en 231,96.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	228,57
Gemiddelde	230,27
Minst goede resultaat	231,96

5.3.6. *Gastro-intestinale bloeding of acute zweer (n = 5)*

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 71,77 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 79,37 en 105,49.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	79,37
Gemiddelde	94,00
Minst goede resultaat	105,49

In het algemeen kan men stellen dat het medisch departement verantwoordelijk is voor deze indicator (91 %).

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medische directie	20	90,91 %
Adjunct-algemene directie	1	4,55 %
Andere	1	4,55 %

Van de 40 verbeteracties kan men 40 % in de categorie 'gegevensverwerking' onderbrengen.

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gegevensverwerking	16	40,00 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	8	20,00 %
Beleid en strategie	6	15,00 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	6	15,00 %
Niet relevant	4	10,00 %

5.4. Infecties als gevolg van de zorg (n = 18)

Deze indicator beschrijft 2 types zorginfecties: infectie of ontsteking op interne prothese, implantaat of vaattent en andere of overige vormen van iatrogene infecties.

In het PSI-rapport bedraagt het nationaal cijfer voor deze indicator 1,64 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert tussen 0,38 en 5,07. Hun gemiddeld cijfer (2,02/1.000 verblijven) is vergelijkbaar met het nationaal gemiddelde.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	0,38
Gemiddelde	2,02
Minst goede resultaat	5,07

De verantwoordelijkheid voor deze indicator ligt vooral bij het verpleegkundig departement (50 %) en bij de medische directie (44 %).

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Verpleegkundig departement	9	50,00 %
Medische directie	8	44,44 %
Andere	1	5,56 %

Er waren 51 verbeteracties die men heeft ondergebracht in volgende categorieën: ‘gegevensverwerking’ (35 %) en ‘organisatie (uitvoering op het terrein)’ (33 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gegevensverwerking	18	35,29 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	17	33,33 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	10	19,61 %
Beleid en strategie	5	9,80 %
Klinische paden (ontwikkeling, opvolging, methodologie)	1	1,96 %

5.5. Postoperatieve sepsis (n = 23)

Het nationaal cijfer voor deze indicator bedraagt 14,3 (per 1.000 verblijven). Het cijfer van de ziekenhuizen die deze indicator hebben gekozen, varieert van 5,13 tot 30,49. Hun gemiddeld cijfer (16,33/1.000 verblijven) is vergelijkbaar met het nationaal gemiddelde.

<i>Resultaat</i>	<i>Cijfer (/1.000 verblijven)</i>
Beste resultaat	5,13
Gemiddelde	16,33
Minst goede resultaat	30,49

In 83 % van de ziekenhuizen ligt de verantwoordelijkheid voor deze indicator bij de medische directie.

<i>Verantwoordelijke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medische directie	19	82,61 %
Verpleegkundig departement	2	8,70 %
Andere	2	8,70 %

De meeste van de 59 verbeteracties kan men onderbrengen in de categorieën ‘gegevensverwerking’ (37 %), ‘organisatie (uitvoering op het terrein)’ (27 %) en ‘sensibilisatie, informatie en opleiding’ (24 %).

<i>Verbeteracties</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gegevensverwerking	22	37,29 %
Organisatie (uitvoering op het terrein)	16	27,12 %
Sensibilisatie, informatie en opleiding	14	23,73 %
Beleid en strategie	4	6,78 %
Niet relevant	3	5,08 %

De gemiddelde waarden van de ziekenhuizen die ‘decubitus ulcus’, ‘infecties als gevolg van zorg’ en ‘postoperatieve sepsis’ hebben weerhouden, verschillen weinig ten opzichte van het nationaal gemiddelde. Daarentegen hebben de ziekenhuizen die gewerkt hebben rond ‘ziekenhuissterfte in APR-DRG’s met lage mortaliteit bij de volwassenen’ gemiddeld minder goede resultaten aangezien hun gemiddeld cijfer hoger is dan het nationaal gemiddelde zoals berekend in het PSI-rapport. Men moet hierbij wel rekening houden met de kleine aantallen.

De medische en de verpleegkundige directies zijn de 2 departementen die het meest betrokken zijn bij de geanalyseerde indicatoren. Voor de indicator ‘decubitus ulcus’ werden de meeste verbeteracties opgezet (gemiddeld 3,8 initiatieven).

Voor de vijf indicatoren situeren de meeste verbeteracties zich in de categorie ‘gegevensverwerking’ en in mindere mate in de categorie ‘organisatie’ (uitvoering op het terrein).

HOOFDSTUK 7.

REFLECTIES OP HET CONTRACT EN DE ONDERSTEUNING VAN ZIEKENHUIZEN AANGEBODEN DOOR DE OVERHEID

Kernconclusies

De ziekenhuizen hebben een veelheid van opmerkingen geformuleerd over het contract en zich globaal positief uitgesproken over de aangeboden ondersteuning vanuit de overheid. Opmerkingen die werden geformuleerd, hadden betrekking op:

- opleiding en informatie;
- informaticaplatform voor het coderen van het rapport;
- financiële ondersteuning;
- ondersteuning voor de uitvoering van het contract;
- instrumenten;
- ruimere deadlines;
- vraag naar netwerking;
- opmerkingen over het contract;
- uitwerking van een wettelijk kader m.b.t. een meldsysteem voor incidenten;
- ondersteuning door het team van de FOD Volksgezondheid;
- harmonisering van de regionale en nationale beleidslijnen;
- indicatoren;
- positief effect van het contract op de institutionele dynamiek in termen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

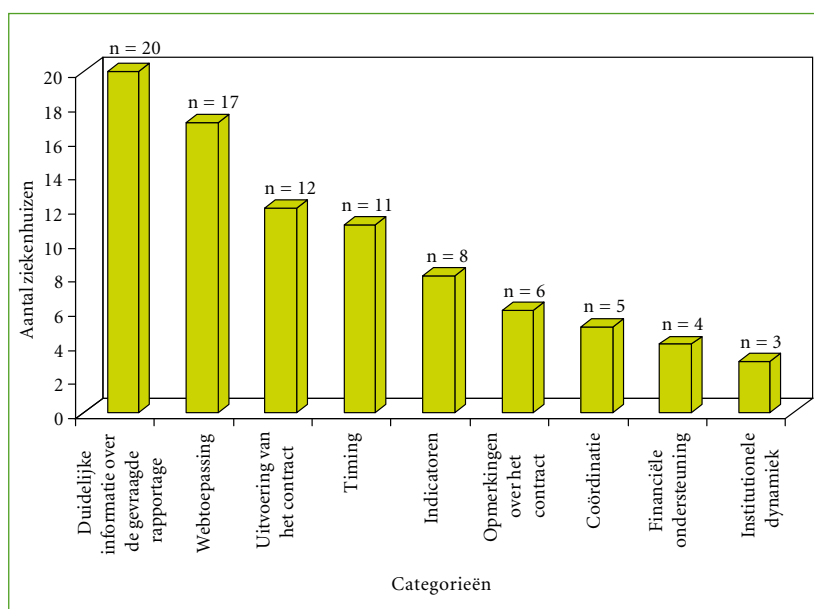
METHODOLOGIE

Aan het eind van de vragenlijst die in het kader van het contract 'coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid 2007-2008' aan de ziekenhuizen werd voorgelegd, werden twee open vragen gesteld. Bij de eerste vraag kregen de ziekenhuizen de mogelijkheid om bijkomende opmerkingen te formuleren

of vragen te stellen over het contract. Vervolgens werd aan de ziekenhuizen gevraagd welke steunmaatregelen vanuit de overheid de kwaliteit en de patiëntveiligheid nog verder zouden kunnen verbeteren.

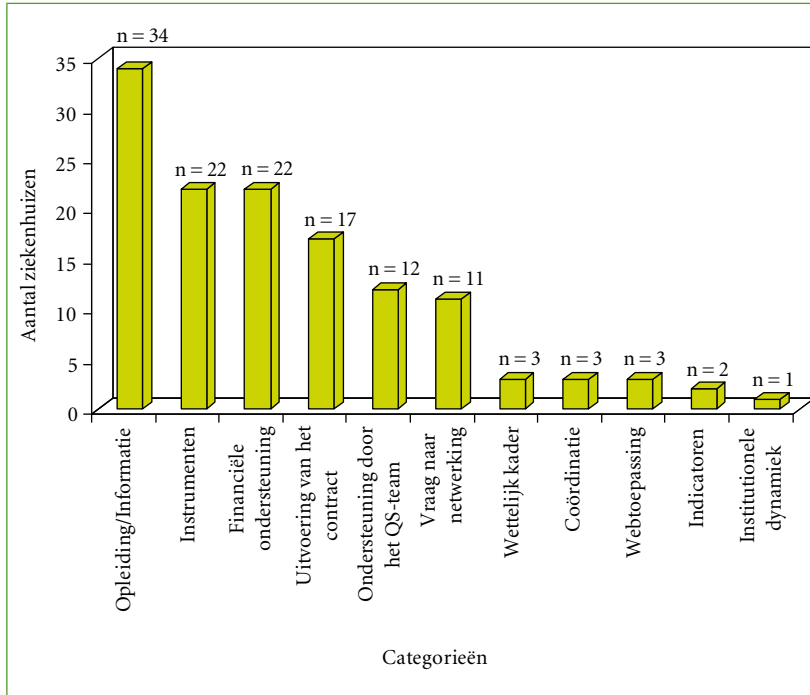
In de onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel ziekenhuizen voor verschillende antwoordcategorieën opmerkingen hebben geformuleerd.

Graefk 1: aantal ziekenhuizen met opmerkingen per categorie (n = 72)



Belangrijke opmerkingen hadden betrekking op de gebruiksvriendelijkheid van de aangeboden webtoepassing die door een substantieel aantal ziekenhuizen niet positief werd beoordeeld. Een andere belangrijke groep van opmerkingen had betrekking op de noodzaak om het contract in de toekomst aan te passen in functie van de karakteristieken van de verschillende types van ziekenhuizen: algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Kleine instellingen hebben in dit kader de aandacht gevraagd voor hun specifieke financiering. De huidige financiering van kleine instellingen werd niet steeds gunstig bevonden in termen van de gevraagde inspanningen voor het contract. De helft van de ziekenhuizen heeft suggesties geformuleerd voor ondersteuning van de ziekenhuizen door de federale overheid, waarbij de verschillende categorieën zijn weergegeven in de onderstaande grafiek.

Graefk 2: aantal ziekenhuizen met opmerkingen per categorie (n = 82)



Belangrijk is dat een substantieel aantal ziekenhuizen heeft aangegeven behoefte te hebben aan vorming en informatie. Een andere gewenste vorm van ondersteuning door de overheid betreft het ter beschikking stellen van specifieke instrumenten, alsook begeleiding bij het opzetten van netwerken tussen ziekenhuizen en het faciliteren van de communicatie tussen de ziekenhuizen. De aangeboden ondersteuning door de federale overheid in het kader van het contract werd door de ziekenhuizen globaal positief beoordeeld, alsook het perspectief op een meerjarenplan ter bevordering van de institutionele dynamiek t.a.v. kwaliteit en patiëntveiligheid.

HOOFDSTUK 8.

ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST

Het is essentieel voor de ziekenhuizen dat ze weten en begrijpen welke strategische oriëntaties betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid de overheid op lange termijn wil nastreven. De federale overheid gelooft in een globale, geïntegreerde en langetermijnbenadering van kwaliteit en patiëntveiligheid waarbij patiëntveiligheid wordt beschouwd als een onderdeel van kwaliteit.

Door kennis te nemen van de strategische oriëntaties kunnen de ziekenhuizen de aangeboden ondersteuning en begeleiding van de overheid ook beter integreren in hun dagelijkse werking, en in hun beleid anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen die door de overheid worden geïnitieerd en ondersteund. Het is voor de overheid essentieel dat zij met de ziekenhuizen in de komende jaren een samenwerkingsrelatie ontwikkelt die gebaseerd is op 'partnerschap'. Dit betekent dat de overheid niet louter wordt gezien in een rol van 'toezichthouder', maar actief met de ziekenhuizen op zoek gaat naar hoe de performantie van de Belgische ziekenhuizen kan worden verbeterd in het komende decennium. De overheid wil in permanente interactie treden met de sector, en dit zowel met haar leidinggevenden, de artsen-specialisten als met de zorgverleners 'in het veld'. Deze interactie moet ertoe leiden dat de beide partijen groeien naar een gedeelde visie van wat de betekenis is van een 'performant' ziekenhuis in het komende decennium. Het is in het licht van de visie op wat de bouwstenen zijn van een performant ziekenhuisbeleid dat het contract kwaliteit en patiëntveiligheid voor de volgende jaren is vormgegeven.

De overheid ziet vier bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid. Deze zijn: klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking.

- **Klantgerichtheid**

Ziekenhuizen zijn er in de eerste plaats voor de vraag van hun 'klanten': betrouwbaar, bekwaam en veilig. Het is ondertussen een cliché maar de uitdrukking 'de patiënt staat centraal' heeft wel verstrekkende gevolgen voor het ziekenhuis. Het betekent immers dat alle zorgverleners en instanties rond de patiënt hun activiteiten op elkaar afstemmen, zodat de patiënt snel weet wat de oorzaak is van de klachten en, bij voorkeur aansluitend, een behandeling kan ondergaan. Klantgerichtheid vertaalt zich ook in een respectvolle en empathi-

sche bejegening van klanten, het respecteren van de privacy, luisteren naar en rekening houden met wensen en noden, goede informatieverstrekking en een gericht beleid rond klachtenbehandeling en interculturele bemiddeling.

- Innovatie

Ziekenhuizen moeten permanent werken aan innovatie in het verbeteren en vernieuwen van de diagnostiek, de behandeling en de zorg. Innovaties zijn ook permanent nodig op het vlak van het personeelsbeleid, loopbaanbeleid, competentie management en de organisatie van de ondersteunende diensten. Technologische ontwikkelingen (informatie- en communicatietechnologie) zullen de komende jaren grote veranderingen veroorzaken in de zorg en de ondersteunende processen. Ziekenhuizen moeten streven naar het (inter)nationaal excelleren in de behandeling en zorg voor bepaalde patiëntengroepen en in de ontwikkeling daarvan. Excellentie heeft ook betrekking op de toepassing van 'nieuwe' managementconcepten, althans voor wat hun toepassing binnen de ziekenhuizen betreft.

- Ondernemingszin

Ziekenhuizen moeten zichzelf (leren) beschouwen als zorgondernemers, gericht op de behoeften van patiënten en met een open oog voor medewerkers. Dit vraagt een specifieke leiderschapsstijl van het ziekenhuismanagement die zowel inspirerend en coachend alsook sturend moet zijn. Leiderschap en nieuwe organisatievormen binnen de ziekenhuizen zullen een groeiend belang kennen in het innoveren en verbeteren van zorg- en ondersteunende processen.

- Netwerking

Ziekenhuizen moeten hun strategische doelstellingen nastreven door middel van samenwerkingsverbanden met derden. Ziekenhuizen delen binnen een lokaal of nationaal netwerk hun ervaringen, zoeken naar 'best practices' en zijn bereid tot benchmarking t.a.v. belangrijke indicatoren en praktijken. Deze netwerking kan gebeuren op het niveau van kwaliteitscoördinatoren, specialisten, leidinggevendenden, ondersteunende diensten en met combinaties van deze partijen.

Het is dus in het licht van deze vier bouwstenen dat het meerjarenplan m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid werd vormgegeven.

De federale overheid wil dat ziekenhuizen in de komende jaren progressief en structureel zullen investeren in kwaliteit en patiëntveiligheid en heeft hiervoor in een bijkomende en structurele financiering voorzien via het contract

‘coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid’. Dit contract is vanaf dit jaar gebaseerd op drie pijlers die hieronder worden besproken.

1) De ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem

In dit eerste onderdeel wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te ontwikkelen. Een VMS is een structuur waarin zowel bestaande als nieuwe methoden, instrumenten en acties om patiëntveiligheid te verbeteren een plaats krijgen. In de contracten van de komende jaren wordt gefaseerd gewerkt aan een veiligheidsmanagementsysteem. Zo wordt dit jaar bijvoorbeeld gevraagd een veiligheidsplan te ontwikkelen. In de komende jaren wordt telkens op een ander aspect gefocust waaronder bijvoorbeeld een meldsysteem van incidenten en bijna-incidenten, retrospectieve en proactieve risico-inventarisatie en transmurale interactie. Tegen 2012 is het de bedoeling dat alle ziekenhuizen beschikken over een geïntegreerd veiligheidsmanagementsysteem.

2) Het analyseren van processen

Voor dit onderdeel wordt van de ziekenhuizen verwacht dat zij ieder jaar een zorgproces multidisciplinair evalueren, en dit zowel zorginhoudelijk als op procesniveau om uiteindelijk in 2012 ook een transmurale zorgproces te evalueren.

3) Ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset

Het doel van het onderdeel ‘indicatoren’ is dat de ziekenhuizen stapsgewijs leren werken met indicatoren in relatie tot hun strategische doelstellingen om uiteindelijk tegen 2012 te evolueren naar het gebruik van een geïntegreerde en multidimensionele set van indicatoren binnen elk ziekenhuis.

Het is dus de bedoeling dat alle ziekenhuizen tegen 2012 beschikken over een geïntegreerd veiligheidsmanagementsysteem, intramurale én transmurale zorgprocessen evalueren én gebruikmaken van een geïntegreerde en multidimensionele set van indicatoren.

Concluderend kan er worden gesteld dat het meerjarenplan ertoe moet bijdragen dat de Belgische ziekenhuizen op een geïntegreerde en permanente wijze investeren in kwaliteit en patiëntveiligheid en op die manier ook internationaal excelleren op deze domeinen.

OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 MAART 2009

Leden Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie *

Dhr. Casteleyn Hugo
Dr. De Bakker Bert
Prof. Dr. De Coster Patrick
Prof. Dr. De Wever Alain
Prof. Dr. Désir Daniel
Prof. Dr. Durant Guy
Prof. Dr. Gillet Pierre
Prof. Dr. Kips Johan
Dr. Rigauts Hans
Dr. Vermeyen Karel

Leden Federale Werkgroep Patiëntveiligheid *

Dr. de Bethune Xavier
Dhr. Bruyneel Patrick
Dhr. De Greef Johan
Prof. Dr. Desuter Gauthier
Dr. Fivez Firmin
Prof. Dr. Gillet Pierre
Dhr. Happe Christophe
Prof. Dr. Heller Francis
Dhr. Hellings Johan
Prof. Dr. Laurent Marius
Dhr. Meyers Ludo
Prof. Dr. Robays Hugo
Mevr. Somers Annemie
Dr. Van Looy Luc

Leden Federale Juridische Werkgroep *

Prof. Dr. Callens Stefaan
Mevr. Dijkhoffz Willeke
Dhr. Guinotte Laurent
Mevr. Huberts Claire
Dr. Maes Sophie
Prof. Dr. Schamps Geneviève

Mevr. Vandesteene Anne
Prof. Dr. Vandewoude Koenraad
Dr. Van Looy Luc
Prof. Dr. Vansweevelt Thierry

* Met dank ook aan Prof. Dr. Arthur Vleugels voor zijn bijdrage in de begeleidingscommissie voor ziekenhuisperformantie, de federale werkgroep patiëntveiligheid en de federale juridische werkgroep.