

KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ANNO 2009

***Rapportage over het contract ‘coördinatie kwaliteit en
patiëntveiligheid 2008-2009’***

**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

DANKWOORD

Het QS-team wenst uitdrukkelijk te bedanken:

- Dhr. Christiaan Decoster, Directeur-generaal van DG1 voor zijn continue ondersteuning bij de uitbouw van kwaliteit en patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen,
- de Belgische ziekenhuizen en hun directies,
- hun kwaliteitscoördinatoren,
- hun medewerkers patiëntveiligheid,
- de patiënten,
- de artsen,
- de Beleidscel van het Kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
- de Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie,
- de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid,
- de Werkgroep 'Taxonomie',
- de diensten 'datamanagement' en 'psychosociale gezondheidszorg' van DG 1
- alle sprekers die een bijdrage leverden aan de workshops, studiedagen, praktijkopleidingen en symposia.

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

© 2010 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/2010/2196/53
BP/PATIENN-BI10001

INHOUDSTAFEL

EXECUTIVE SUMMARY	7
BEKNOPT SAMENVATTING	13
VOORWOORD	19
INLEIDING	21
HOOFDSTUK 1. PIJLER 1: HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN EEN VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM	25
1. INLEIDING	26
2. CONTEXT EN METHODOLOGIE	26
2.1. De kernelementen van een patiëntveiligheids- managementsysteem	27
2.2. Het patiëntveiligheidsplan	28
2.3. De inhoud van de patiëntveiligheidscultuurmeting en de verbeteracties	29
2.4. De soorten indicatoren	32
2.5. Het Comité Patiëntveiligheid	32
3. RESULTATEN	33
3.1. Aantal en aard van de ingediende patiëntveiligheidsplannen	33
3.2. Verbeteracties op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting	35
3.3. Verbeteracties op meerdere dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting	37
3.4. Het Comité Patiëntveiligheid	45
4. DISCUSSIE	45
BIJLAGE	49

HOOFDSTUK 2.	
PIJLER 2: ANALYSEREN EN (HER)ONTWIKKELEN VAN EEN PROCES	55
1. INLEIDING	56
2. CONTEXT EN METHODOLOGIE	57
2.1. Terminologie	57
2.2. De gekozen verbeterprocessen	58
2.3. Het samenstellen van een multidisciplinair team	59
2.4. Het gebruik van Service Level Agreements (SLA's)	59
2.5. Het 10-stappenplan	60
2.6. De indicatoren	61
2.7. De sleutelinterventies	61
3. RESULTATEN	61
3.1. De gekozen verbeterprocessen	62
3.2. Het samenstellen van een multidisciplinair team	67
3.3. Het gebruik van Service Level Agreements (SLA's)	68
3.4. Het 10-stappenplan	68
3.5. De indicatoren	70
3.6. De sleutelinterventies	75
4. DISCUSSIE	81
HOOFDSTUK 3.	
PIJLER 3: INDICATOREN	83
1. INLEIDING	85
2. CONTEXT EN METHODOLOGIE	86
2.1. Definitie van kwaliteit en patiëntveiligheid	86
2.2. Definitie van indicatoren	86
2.3. Methode van gegevensverzameling	88
2.4. Methode van gegevensverwerking	89
3. RESULTATEN	89
3.1. Responsgraad	89
3.2. Totaal aantal geraadpleegde bronnen	90
3.3. Totaal aantal indicatoren	97
4. DISCUSSIE	110
BIJLAGE 1	113
BIJLAGE 2	114

HOOFDSTUK 4.	
BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN	117
1. INLEIDING	118
2. CONTEXT	118
2.1. Workshops, studiedagen en praktijkopleidingen	119
2.2. Overzicht van externe opleidingen	127
2.3. Interactie met de ziekenhuizen	127
2.4. Rapportage-instrumenten voor de ziekenhuizen	127
2.5. Website www.patient-safety.be	128
2.6. Week en symposium over patiëntveiligheid ‘Het vermijdbare vermijden’	128
2.7. Stimuleren en ondersteunen van ziekenhuisnetwerken	130
2.8. TIM-project (intramurale transfer)	130
BIJLAGE 1	133
BIJLAGE 2	134
BIJLAGE 3	135
BIJLAGE 4	137
BIJLAGE 5	139
BIJLAGE 6	140
BIJLAGE 7	141
BIJLAGE 8	144
HOOFDSTUK 5.	
ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST	147
1. KLANTGERICHTHEID	148
2. INNOVATIE	148
3. ONDERNEMINGSZIN	149
4. SAMENWERKING/NETWERKEN	149
OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2010	151
Leden Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie	151
Leden Federale Werkgroep Patiëntveiligheid	151
Leden Werkgroep Taxonomie	152

EXECUTIVE SUMMARY

In order to progressively improve and support the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals additional financing has been granted as part of the 'budget of financial means' (part B4) since July 2007. For the contract year 2008-2009 this budget was 7,2 million euros. 91% (n= 185) of the acute, psychiatric and long term care hospitals have signed a contract with the Federal Government for the contract year 2008-2009. These hospitals have engaged themselves to invest in improvements in the field of quality and patient safety. The three pillars of the contract are: a patient safety management system, processes and indicators. This triad provides the basis for a multi-year plan: every year the participating hospitals are asked to make new investments in elements with regard to quality and patient safety.

After an introduction that sets the context, a first chapter is presented in which the results are described on pillar 1 (development of a patient safety management system). In a second chapter pillar two is presented, i.e. how hospitals have (re)designed a range of processes. In a third chapter the results of pillar 3 are described, including the indicators that hospitals are using for the management of quality and patient safety. In a fourth chapter the content of a Federal supporting plan for hospitals is described and in a fifth chapter the future orientations on quality and patient safety as defined by the Federal Government will be discussed.

Chapter 1. Safety management system

In this chapter, which was based on 'pillar 1' (safety management system) hospitals were asked to develop four elements:

- a multi-year patient safety plan including strategic and operational goals;
- two improvements based on the results of a former measurement of the patient safety culture;
- a description of the indicators used in relation to the aforementioned actions of improvement;
- and finally to what extent the committee on patient safety is responsible for the coordination and follow-up of patient safety activities.

Results of this pillar have shown that 84% (155 out of 185 hospitals) indeed have a patient safety plan of which 80% is part of a global hospital strategic

plan. In long term care hospitals patient safety plans are in 38% of the cases no part of the global strategic plan, although this was the case for 18% of acute and psychiatric hospitals.

The majority of the patient safety plans is defined as a multi-annual plan and includes both strategic and operational objectives.

Concerning the actions of improvement, data show that 82% (130 out of 158 hospitals) have defined such actions with indicators. A total of 264 actions were based on the results of a previous (2007-2008) patient safety culture measurement. One out of four actions of improvement targets transfer of patients, however very few actions target the dimension 'manager/supervisor expectations and actions on patient safety' (2%), 'openness towards communication' (3%), 'management support for patient safety' (6%) and a 'nonpunitive response to error' (7%). A total of 861 indicators were defined in relation to the 264 actions for improvement. Process indicators were most often cited (56%), followed by structural indicators (38%) and outcome indicators (7%). Ten percent of all hospitals (n=13) has cited no single indicator in relation to the actions for improvement and no single hospital has cited for one action of improvement clear indicators that refer to structure, as well to process and outcome.

Concerning the role of the committee on patient safety, data show that in 8 out of 10 hospitals this committee is responsible for the co-ordination and follow-up of activities on patient safety.

Chapter 2. Analysis and (re)design of a (care) process

In this chapter, which was based on 'pillar 2', ((re)design of processes), hospitals were asked to develop five elements:

- to select an existing or new process from a predefined list. *Acute hospitals* could choose from a list including three options, a) an intramural process on patient transfer, b) a process based on the results of clinical indicators from the 'Multidimensional Feedback to Hospitals', c) a process chosen from a list of pathologies. *Psychiatric hospitals* were asked to select from the following options: a) a process on aggression, b) a process related to a management priority, c) a process for which a high volume of admissions were realized in the year 2007 or d) an intramural process on patient transfer. *Long term care hospitals* were allowed to evaluate their performance based on: a) a process for which a high volume of admissions were realized in the year 2007, b) an intramural process on patient transfer.
- to indicate if for the selected processes a multidisciplinary team was set in place;
- to indicate if Service Level Agreements (SLA's) were used;

- to apply a 10-phase approach for the development, improvement or analysis of the selected processes;
- to identify specific indicators and key interventions in relation to the selected process. Key processes were defined as ‘those interventions that truly have an impact on the result and/or timeliness of the process’.

Hospitals (n=185) have submitted a total of 202 improvement processes of which 68% were care processes and 32% were related to intramural transfer. 51% of the care processes from *acute hospitals* dealt with total hip and knee replacement, breast cancer and stroke.

67% of the care processes from *psychiatric hospitals* dealt with management priorities including metabolic syndrome, medication, communication and prevention of falls. 30% of the psychiatric hospitals initiated processes on intramural transfer.

77% of the care processes from *long term care hospitals* were related to pathologies for which in the year 2007 a high number of admissions were realized, including stroke and total knee replacement.

For 73% of the identified improvement processes (147 out of 202) a multi-disciplinary team was set in place with no significant differences between the three types of hospitals. Data show that in 1 out of 5 improvement processes (22%) the processes were subjected to service level agreements (SLA's). In acute hospitals this was the case for 29% of the processes and in long term care and psychiatric hospitals this was the case for 18% and 9% of the processes, respectively.

The full 10-phase plan was applied in 15% (n=30) of all improvement processes. In acute hospitals this was done for 13% (n=17) of the processes, in psychiatric hospitals this was the case for 16% (9 out of 56 processes) and in long term care hospitals the number was 24% (4 out of 17).

Indicators were defined for 66% of the improvement processes; psychiatric hospitals had the highest number of processes with indicators (84%). For all hospitals together 73% of the indicators were related to care processes and 27% were dealing with intramural transfer processes (mainly intramural processes within one single hospital or hospital campus).

Key interventions were defined for 65% of the improvement processes the psychiatric hospitals had the highest number of processes with key interventions (82%). For all hospitals together 70% of the key interventions dealt with care processes.

Chapter 3. Indicators

In this chapter, which was based on ‘pillar 3’, (indicators) hospitals were asked to develop two elements:

- a description of the indicators that are used for the management of quality and patient safety, and;
- to indicate from which sources they derived the above indicators.

The majority of hospitals have succeeded in providing an overview of indicators that are used for the management of quality and patient safety. In this context, acute, psychiatric and long term care hospitals use very different sources for selecting indicators. The three main sources from which *acute hospitals* select indicators are the two feedback reports from the Federal Government (Multidimensional Feedback to Hospitals and the Patient Safety Indicators Report) and the indicators provided by the Scientific Institute of Public Health. 36% of the acute hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources used by *psychiatric hospitals* are their own hospital-based indicator sets, the indicator set from the Flemish Government and the indicators of ‘Navigator’. Only 4% of the psychiatric hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources from which *long term care hospitals* derive indicators are indicators provided by the Scientific Institute of Public Health, the indicator set of the Flemish Government and self-developed indicator sets. Only 5% of the long term hospitals uses international sources for the selection of indicators. A total of 3,944 indicators were cited by the hospitals of which 2,235 indicators by acute hospitals, 1,290 indicators by psychiatric hospitals and 419 indicators by long term care hospitals. The mean number of indicators per hospital was 95 (median: 91). The total number of indicators in the section ‘others’ (= indicators defined by the hospitals themselves) was 3,025 (77%) compared to 919 indicators (23%) listed in the overview provided by the Federal Government. Acute hospitals use on average the highest number of indicators, followed by psychiatric hospitals and long term care hospitals. Data show a large variability in the number and type of indicators used.

Further analysis of the pooled top-5 indicators for the 4 dimensions (20 indicators in total) shows that 65% of the indicators used by acute hospitals, are outcome indicators in contrast to process indicators (15%) and structure indicators (20%). The same analysis revealed that in psychiatric hospitals 65% of the indicators are outcome indicators, 20% process indicators and 15% structure indicators. In long term care hospitals 50% of the indicators are outcome indicators, only 25% of the indicators are process indicators and 25% are structure indicators.

The existing diversity in the number and type of indicators reflects different views on what is considered quality and patient safety in a hospital setting. Moreover, hospitals gave different meanings to what they consider to be an indicator, especially those indicators that were cited in the section ‘others’. For a substantial part of them there was no clear reference to a numerator, denominator, the validity or reliability of the indicator used.

Chapter 4. Supporting plan

The fourth chapter presents an overview of all types of support the Federal Government provided towards hospitals during the period 2007-2010.

Chapter 5. Future orientations

In a last and final chapter some major future strategic orientations are presented. The Federal Government has defined four building blocks that determine high quality hospital management. These are: focus on clients, innovation, entrepreneurship and collaboration and/or networking. Each of these building blocks will be presented in relation to the three pillars of the contract ‘Coordination of Quality and Patient Safety’.

BEKNOPT SAMENVATTING

Om de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen progressief te bevorderen en te ondersteunen is sinds juli 2007 een bijkomende financiering goedgekeurd in het onderdeel B4 van het budget van de financiële middelen. Voor het contractjaar 2008-2009 betekende dit een budget van 7,2 miljoen euro. Voor het contractjaar 2008-2009 hebben 91 % (n = 185) van de acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen met de federale overheid een contract ondertekend waarbij het ziekenhuis zich engageert om verbeteringen in de kwaliteit en patiëntveiligheid door te voeren die zijn gestructureerd rond drie pijlers. Deze pijlers zijn een patiëntveiligheidssysteem, processen en indicatoren. De drie pijlers vormen de basis van een meerjarenplan waarbinnen jaarlijks steeds nieuwe elementen worden aangeboden aan de ziekenhuizen ter uitwerking.

Na een inleidend hoofdstuk worden in een eerste hoofdstuk de resultaten gepresenteerd van pijler 1 m.b.t. het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). In een tweede hoofdstuk wordt ingegaan op pijler 2, met name de wijze waarop ziekenhuizen hun zorgprocessen hebben hertekend. In het derde hoofdstuk worden de resultaten beschreven van pijler 3 die betrekking hebben op welke indicatoren de ziekenhuizen anno 2008-2009 gebruiken voor het sturen van de kwaliteit en de patiëntveiligheid.

In een vierde hoofdstuk wordt ingegaan op het ondersteuningsplan dat aan de ziekenhuizen werd aangeboden, en in een vijfde hoofdstuk worden de oriëntaties voor de toekomst m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid, die door de overheid in de toekomst zullen worden uitgewerkt, besproken.

Hoofdstuk 1. Veiligheidsmanagementsysteem

Voor de eerste pijler m.b.t. het veiligheidsmanagementsysteem werden aan de ziekenhuizen de volgende vier elementen gevraagd:

- het ontwikkelen van een meerjarig patiëntveiligheidsplan met strategische en operationele doelstellingen;
- het realiseren van twee verbeteracties op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting;
- het identificeren van gebruikte indicatoren in relatie tot de verbeteracties;
- het aangeven of het Comité Patiëntveiligheid instaat voor de coördinatie en de opvolging van de activiteiten m.b.t. patiëntveiligheid.

De resultaten van deze eerste pijler lieten zien dat 84 % (155 op 185) van de deelnemende ziekenhuizen een patiëntveiligheidsplan heeft ingediend, waarbij 80 % van deze plannen onderdeel zijn van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis. In Sp-ziekenhuizen vormen de patiëntveiligheidsplannen in iets meer dan 1 op 3 van de gevallen géén onderdeel van het algemeen strategisch plan van het ziekenhuis, in de acute en de psychiatrische ziekenhuizen is dit 18 %.

De veiligheidsplannen zijn in bijna alle gevallen meerjarig en omvatten strategische en operationele doelstellingen. Voor wat betreft de realisatie van de verbeteracties blijkt dat 82 % (130 van 158) van de ziekenhuizen verbeteracties mét indicatoren heeft geformuleerd. In totaal waren dit dus 264 verbeteracties gebaseerd op de patiëntveiligheidscultuurmeting uit het eerste contractjaar (2007-2008). In zijn globaliteit gaat 1 verbeteractie op 4 over overdracht en transfer. Ondanks de verbetermogelijkheden en de potentiële relatie met het versterken van leiderschap worden weinig verbeteracties geformuleerd over de dimensies ‘manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen’ (2 %), ‘openheid naar communicatie’ (3 %), ‘ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid’ (6 %) en ‘niet-bestrafende respons op fouten’ (7 %). Voor de 264 verbeteracties werden in totaal 861 indicatoren geformuleerd. Procesindicatoren worden het meest frequent geformuleerd (56 %), gevolgd door structuurindicatoren (38 %) en uitkomstindicatoren (7 %). Tien procent van de ziekenhuizen (n = 13) formuleert geen enkele indicator in relatie tot de opgestarte verbeteracties en geen enkel ziekenhuis formuleert voor eenzelfde verbeteractie indicatoren die zowel betrekking hebben op structuren, processen als resultaten.

Voor wat betreft de rol van het Comité Patiëntveiligheid is het zo dat in bijna 8 op 10 van de deelnemende ziekenhuizen dit Comité instaat voor de coördinatie en de opvolging van alle activiteiten m.b.t. patiëntveiligheid.

Hoofdstuk 2. Analyseren en (her)ontwikkelen van een proces

Voor de tweede pijler m.b.t. processen werd aan de ziekenhuizen de volgende vijf elementen gevraagd:

- een bestaand of nieuw (deel)proces te kiezen uit een vooraf opgegeven lijst. Voor de *acute ziekenhuizen* waren er drie keuzemogelijkheden: a) een intramuraal transferproces, b) een (deel)proces gebaseerd op de resultaten van de klinische indicatoren van de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen (MFZ), c) een (deel)proces gekozen uit een vooraf opgegeven lijst met pathologieën. Aan de *psychiatrische ziekenhuizen* werd gevraagd om een keuze te maken uit a) een (deel)proces over agressie, b) een (deel)proces

rond een beleidsmatige prioriteit, c) een (deel)proces waarvoor in 2007 een hoog aantal opnames werden gerealiseerd, d) een intramuraal transferproces. De *Sp-ziekenhuizen* konden hun eigen werking evalueren en analyseren aan de hand van a) een (deel)proces waarvan zij in 2007 een hoog aantal opnames hadden gerealiseerd, b) een intramuraal transferproces;

- voor het gekozen (deel)proces aan te geven of hiervoor een multidisciplinair team werd opgericht;
- aan te geven of er Service Level Agreements (SLA's) werden gebruikt;
- het gekozen (deel)proces te (her)ontwikkelen, te verbeteren en/of te (her)analyseren volgens een 10-stappenplan;
- de gebruikte indicatoren en sleutelinterventies te identificeren in relatie tot het gekozen verbeterproces. Sleutelinterventies werden gedefinieerd als 'interventies die daadwerkelijk een invloed hebben op het resultaat (uitkomst) en /of de doorstroomtijd van het proces'.

De deelnemende ziekenhuizen ($n = 185$) hebben in totaal 202 verbeterprocessen ingediend (op 178 ontvangen rapportages voor pijler 2). 68 % van alle ingediende verbeterprocessen waren zorgprocessen en 32 % ging over intramurale transfer.

51 % van de zorgprocessen uit de *acute ziekenhuizen* gingen over totale heupprothese, totale knieprothese, borstcarcinoom en CVA.

67 % van de zorgprocessen uit de *psychiatrische ziekenhuizen* hadden betrekking op beleidsmatige prioriteiten van de instelling zoals metabool syndroom, medicatie, zorgcommunicatie en valpreventie. 30 % van de psychiatrische ziekenhuizen heeft een verbeterproces opgestart over intramurale transfer.

77 % van de zorgprocessen uit de *Sp-ziekenhuizen* hadden betrekking op pathologieën waarvoor in 2007 een hoog aantal opnames werden gerealiseerd zoals CVA en totale knieprothese.

In totaal is voor 73 % van de ingediende verbeterprocessen (147 van de 202) een multidisciplinair team samengesteld. Er zijn geen grote verschillen op te merken tussen de 3 ziekenhuistypes. De resultaten leren ons dat voor 1 op 5 van alle ingediende verbeterprocessen (22 %) Service Level Agreements (SLA's) worden ontwikkeld. In acute ziekenhuizen is dit het geval voor 29 % van de verbeterprocessen, in Sp-ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen is dit respectievelijk voor 18 % en 9 % van de verbeterprocessen het geval.

In totaal is voor 15 % ($n = 30$) van de ingediende verbeterprocessen het 10-stappenplan helemaal doorlopen, tot en met de fase van borging. In de acute ziekenhuizen was dit 13 % ($n = 17$), in de psychiatrische ziekenhuizen 16 % (9 op 56) en in de Sp-ziekenhuizen 24 % (4 op 17).

Voor 66 % van de ingediende verbeterprocessen werden indicatoren geformuleerd. De psychiatrische ziekenhuizen hebben verhoudingsgewijs het grootste aantal verbeterprocessen met indicatoren ingediend (82 %). Voor alle zieken-

huizen samen ging het bij 73 % over indicatoren m.b.t. zorgprocessen, en 27 % ging over intramurale transferprocessen, voornamelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site.

Voor 65 % van de ingediende verbeterprocessen werden sleutelinterventies geformuleerd. De psychiatrische ziekenhuizen hebben verhoudingsgewijs het grootst aantal verbeterprocessen met sleutelinterventies ingediend (82 %). Voor alle ziekenhuizen samen ging 70 % van de sleutelinterventies over zorgprocessen.

Hoofdstuk 3. Indicatoren

Voor de derde pijler m.b.t. indicatoren werden aan de ziekenhuizen twee elementen gevraagd:

- in kaart brengen welke indicatoren ze gebruiken voor het sturen van de kwaliteit en patiëntveiligheid en;
- welke bronnen ze daarbij hanteren.

De meerderheid van de ziekenhuizen is erin geslaagd om een overzicht ('cartografie') op te maken van indicatoren die in het ziekenhuis worden gebruikt voor de sturing van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid. Acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen hanteren (zeer) verschillende bronnen om hun indicatoren te selecteren. De drie belangrijkste bronnen op basis waarvan *acute ziekenhuizen* indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn de indicatoren van de twee feedbackrapporten van de Federale Overheid (MFZ en PSI) en het WIV. 36 % van de acute ziekenhuizen hanteert internationale bronnen voor de selectie van indicatoren. De drie belangrijkste bronnen op basis waarvan *psychiatrische ziekenhuizen* indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn hun eigen ziekenhuisspecifieke indicatorensets en de indicatorensets van de Vlaamse Gemeenschap en Navigator. 4 % van de psychiatrische ziekenhuizen hanteert internationale bronnen voor de selectie van indicatoren. De drie belangrijkste bronnen op basis waarvan *Sp-ziekenhuizen* indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn deze van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Vlaamse Gemeenschap en eigen ontwikkelde indicatorensets. 5 % van de Sp-ziekenhuizen hanteert internationale bronnen voor de selectie van indicatoren.

Er werden door de ziekenhuizen in totaal 3.944 indicatoren opgelijst, waarvan 2.235 indicatoren door de acute ziekenhuizen, 1.290 indicatoren door de psychiatrische ziekenhuizen en 419 indicatoren door de Sp-ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 95 (mediaan: 91). Het totaal aantal indicatoren in de rubriek 'andere' (= indicatoren door de zieken-

huizen zelf ingebracht) bedroeg 3.025 (77 %) in vergelijking met 919 indicatoren (23 %) die werden geselecteerd uit het overzicht van het rapportering-instrument. Acute ziekenhuizen hanteren gemiddeld het grootst aantal indicatoren, gevolgd door de psychiatrische ziekenhuizen en de Sp-ziekenhuizen. Ziekenhuizen vertonen een belangrijke variabiliteit in het aantal en de soort van gebruikte indicatoren.

Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor de acute ziekenhuizen en voor alle dimensies bleek dat 65 % van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 15 % zijn procesindicatoren en 20 % zijn structuurindicatoren. Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor de psychiatrische ziekenhuizen voor alle dimensies bleek dat 65 % uitkomstindicatoren zijn. Slechts 20 % zijn procesindicatoren en 15 % zijn structuurindicatoren. Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor de Sp-ziekenhuizen voor alle dimensies blijkt dat 50 % van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 25 % zijn procesindicatoren en 25 % zijn structuurindicatoren.

De variabiliteit in het aantal en de soort van gebruikte indicatoren weerspiegelt een verschillende kijk door de ziekenhuizen op de begrippen kwaliteit en patiëntveiligheid. Er werd tevens een variabele invulling gegeven door de ziekenhuizen aan het begrip 'indicator'. Voornamelijk het aantal en de soort opgegeven 'indicatoren' in de categorie 'andere' doet vermoeden dat alle door het ziekenhuis opgevolgde elementen in het kader van kwaliteit en patiëntveiligheid automatisch het label 'indicator' hebben gekregen zonder dat echter een duidelijke noemer, teller of streefwaarde van toepassing is of dat er kan gerefereerd worden naar de validiteit, betrouwbaarheid en relevantie van wat wordt gemeten.

Hoofdstuk 4. Begeleidings- en ondersteuningsplan

In een vierde hoofdstuk worden alle vormen van begeleiding en ondersteuning, aangeboden door de federale overheid vanaf 2007 tot medio 2010, besproken.

Hoofdstuk 5. Oriëntaties voor de toekomst

In een afsluitend en vijfde hoofdstuk worden de oriëntaties voor de toekomst besproken. De overheid ziet vier bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid. Deze zijn: klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking. Elk van deze bouwstenen wordt besproken in relatie tot de drie pijlers van het contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en Patiëntveiligheid'.

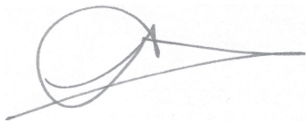
VOORWOORD

Het voorliggende rapport 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2009' is het tweede rapport in het kader van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'. We hopen dat dit rapport dezelfde enthousiaste reacties losmaakt zoals dit het geval was bij het eerste rapport uit deze reeks. Dit enthousiasme is grotendeels te verklaren doordat de ziekenhuizen in toenemende mate het belang erkennen van kwaliteit en patiëntveiligheid en deze thematieken een prominente plaats geven binnen hun eigen strategisch plan. Ziekenhuizen vragen ook expliciet dat de door hen verzamelde informatie teruggekoppeld wordt naar de sector. Dit laat hen toe zich te situeren ten aanzien van de sector en te leren van elkaar.

Ondanks de hogere participatie in vergelijking met het eerste contractjaar (van 169 naar 185 ziekenhuizen), de positieve dynamiek en de gepercipieerde vooruitgang binnen de ziekenhuizen op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid is er echter nog een lange weg te gaan. We staan immers voor grote uitdagingen zoals o.a. het objectiveren van de beoogde resultaten aan de hand van indicatoren, het coherent uitbouwen van de transmurale zorg en het verder integreren van de informatie- en communicatietechnologie in de zorg. Daarnaast stellen we vast dat de betrokkenheid van artsen en het expliciet engagement van ziekenhuisdirecties betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid zeker nog kan verhogen.

Het is overduidelijk dat het streven naar meer kwaliteit (en dus ook patiëntveiligheid) een continu proces is, zonder vaststaand eindpunt. De federale overheid wil hieraan, samen met de ziekenhuizen, ook de komende jaren verder werken en hen hierin ondersteunen.

Wij wensen u veel leesgenot,

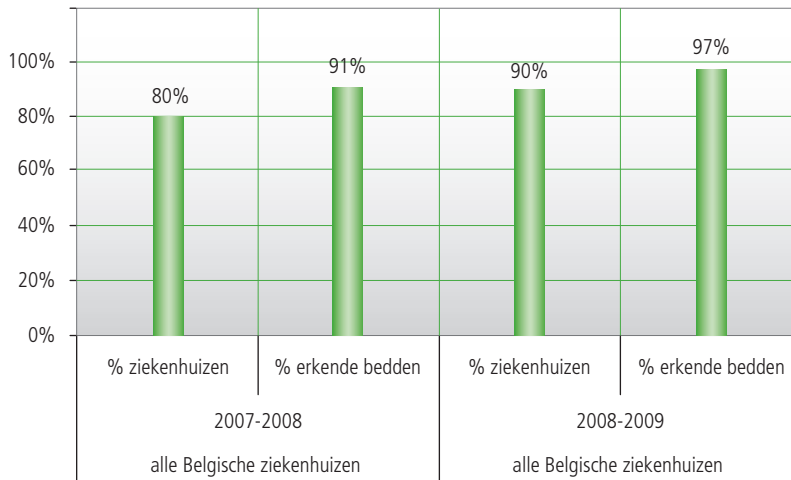


*Christiaan Decoster,
Directeur-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen*

INLEIDING

In 2006 formuleerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies m.b.t. de financiering van kwaliteit in ziekenhuizen. Er werd toen gekozen voor jaarlijkse contracten waarbij de ziekenhuizen zich op vrijwillige basis konden inschrijven. Zoals ook tijdens het eerste contractjaar 2007 werd er in het tweede contractjaar aan elk ziekenhuis een budget toegekend op basis van het aantal erkende bedden. Kleinere instellingen tot 100 erkende bedden ontvingen een bedrag van 10.000 euro. In totaal werd voor het contractjaar 2008-2009 een budget van 7,2 miljoen euro besteed aan dit project. De participatiegraad van de ziekenhuizen is sinds 2007 in belangrijke mate gestegen, van 80 % in 2007 (169) naar 90 % in 2008 (185). Omgezet in functie van erkende bedden steeg de participatie van 91 % in 2007 naar 97 % in 2008 (figuur 1).

Figuur 1: Participatiegraad van de Belgische ziekenhuizen aan het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'



Na het eerste contractjaar werden twee belangrijke keuzen gemaakt. Een eerste keuze betrof de differentiatie van het contract voor acute, psychiatrische

en Sp-ziekenhuizen, een tweede keuze bestond erin het contract te kaderen in een meerjarenplan (2008-2012) voor kwaliteit en patiëntveiligheid met drie basispijlers, vertrekkende van de triade van Donabedian: structuur, proces en resultaat.

In het verleden waren de kwaliteitsprojecten van de FOD VVVL (Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) in vele gevallen ad hoc projecten, zonder een echte langetermijnvisie. Om krachten en middelen optimaal te benutten werd daarom een meerjarenplan tot 2012 ontwikkeld, zodat zowel de ziekenhuizen als de federale overheid een duidelijk beeld hebben over de beoogde finaliteiten op langere termijn. Bovendien zijn kwaliteit en patiëntveiligheid thema's die, omwille van hun complexiteit, best gefaseerd en planmatig aangepakt worden. Daarom ook werd het meerjarenplan gestructureerd in drie pijlers die uiteraard niet los staan van elkaar.

Een eerste pijler gaat over het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS), een tweede pijler over zorgprocessen en een derde pijler over indicatoren. Deze drie pijlers zijn de basis van het meerjarenplan waarbinnen jaarlijks steeds nieuwe elementen worden aangeboden aan de ziekenhuizen ter uitwerking. In dat opzicht is het eerste contractjaar 2007 te beschouwen als een nulmeting. In de contracten vanaf 2008 wordt jaarlijks een verdere uitwerking gevraagd van specifieke elementen per pijler.

In het contract 2008 werd, voor de eerste pijler (VMS), gevraagd een patiëntveiligheidsplan op te stellen en 2 verbeteracties uit te werken op basis van de analyse van de cultuurmeting, die werd uitgevoerd in 2007. De tweede pijler (processen) had als focus de procesmatige aanpak van een intramuraal verbeterproces, *in casu* een zorgproces of een intramuraal transferproces. Aan acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen werden hiervoor zorgspecifieke thema's aangereikt waaruit deze een keuze konden maken. Pijler 3 (indicatoren) had als doel het in kaart brengen van de indicatoren die binnen de ziekenhuizen worden gebruikt voor het sturen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Ook hier werd gedifferentieerd per type ziekenhuis.

In de eerste drie hoofdstukken wordt gerapporteerd over de resultaten van de ziekenhuizen per pijler. Elk van deze hoofdstukken volgt eenzelfde structuur: na een oplijsting van de belangrijkste kernconclusies en een korte inleiding, volgt een toelichting over de context en de gebruikte methodologie, de resultaten en tenslotte een discussie. In hoofdstuk 4 wordt een totaaloverzicht gegeven van de aangeboden begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten vanaf 2007 tot medio 2010.

Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk over de oriëntaties voor de toekomst dat verder bouwt op de strategische visie zoals gepresenteerd in het rapport van het eerste contractjaar (2007).

Om de leesbaarheid van het rapport te verhogen worden enkel de meest essentiële gegevens gepresenteerd. Bijkomende informatie is terug te vinden in de bijlage na elk hoofdstuk of onder de vorm van pdf-documenten op www.patient-safety.be.

HOOFDSTUK 1.

PIJLER 1: HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN EEN VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Kernconclusies

- 84 % (155 op 185) van de deelnemende ziekenhuizen heeft een patiëntveiligheidsplan ingediend.
- 80 % van de 155 ingestuurde patiëntveiligheidsplannen zijn onderdeel van het **algemeen strategisch beleidsplan** van het ziekenhuis. In 20 % van de gevallen ging het om een afzonderlijk plan.
- 97 % van de ingediende veiligheidsplannen (151 van 155) is **meerjarig en omvat strategische en operationele doelstellingen**.
- Op basis van de patiëntveiligheidscultuurmeting uit het eerste contractjaar (2007-2008) hebben 130 van de 158 ziekenhuizen **verbeteracties mét indicatoren** geformuleerd. In totaal waren dit 264 verbeteracties.
- 1 op 4 van de verbeteracties heeft betrekking op **‘overdracht en transfer’**.
- Ondanks de verbetermogelijkheden en de potentiële relatie met het versterken van leiderschap worden weinig verbeteracties geformuleerd over de dimensies **‘manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen’** (2 %), **‘openheid naar communicatie’** (3 %), **‘ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid’** (6 %) en **‘niet-bestrafende respons op fouten’** (7 %).
- 28 ziekenhuizen brengen **eenzelfde verbeteractie** onder in **verschillende dimensies**.
- Voor de 264 verbeteracties werden in totaal **861 indicatoren** geformuleerd. In meer dan de helft van de gevallen (56 %) gaat het over procesindicatoren, 38 % zijn structuurindicatoren en 7 % uitkomstindicatoren.

- **Geen enkel ziekenhuis** formuleert voor eenzelfde verbeteractie indicatoren die zowel betrekking hebben op structuren, processen als resultaten.
- De meeste **indicatoren beantwoorden niet aan** de volgende **criteria**: definitie van teller en noemer, vastleggen van streefcijfers en verwijzing naar de betrouwbaarheid en validiteit.
- In bijna 8 op 10 van de deelnemende Belgische ziekenhuizen staat het **Comité Patiëntveiligheid** in voor de coördinatie en de opvolging van activiteiten m.b.t. patiëntveiligheid.

1. INLEIDING

Patiëntveiligheid is sinds enkele jaren een belangrijk thema voor de overheid en de ziekenhuizen. Veiligheidsmanagement kan vertaald worden als een structurele aanpak voor de beheersing van mogelijke risico's die de veiligheid van de patiënt in gevaar (kunnen) brengen.¹ Een van de basiselementen van een volwaardig veiligheidsmanagementsysteem is het formuleren van een meerjarig patiëntveiligheidsbeleid. Een dergelijk beleid ontwikkelt zich idealiter op basis van de resultaten van een cultuurmeting waarbij de zwakke dimensies op het vlak van veiligheid worden geïdentificeerd. Een dergelijke analyse wordt gekoppeld aan het bepalen van specifieke verbeterdoelstellingen, acties en indicatoren. Onder verbeterdoelstellingen en acties worden (multidisciplinaire) doelen en acties verstaan waarbij wordt getracht de zorg positief te beïnvloeden op het vlak van structuur en/of proces en/of resultaat of uitkomst.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

In het contract 2008–2009 werd aan de ziekenhuizen de volgende vier elementen gevraagd:

- het ontwikkelen van een meerjarig patiëntveiligheidsplan met strategische en operationele doelstellingen;
- het realiseren van twee verbeteracties op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting;
- het identificeren van gebruikte indicatoren in relatie tot de verbeteracties²;
- het aangeven of het Comité Patiëntveiligheid instaat voor de coördinatie en de opvolging van de activiteiten m.b.t. patiëntveiligheid.

¹ www.vmszorg.nl.

² Gegevens over indicatoren gekoppeld aan de geformuleerde verbeteracties werden bekomen via een bijkomende bevraging in april 2010.

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Om de bovenstaande elementen te verduidelijken wordt vooraf ingegaan op de volgende vijf aspecten:

- de kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem;
- het patiëntveiligheidsplan;
- de patiëntveiligheidscultuurmeting en de verbeteracties;
- de soorten indicatoren;
- het Comité Patiëntveiligheid.

De kernelementen worden herhaald om de context te situeren; voor de overige vier elementen wordt de gehanteerde methodologie verduidelijkt.

2.1. De kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem³

Er zijn 12 kernelementen die, idealiter, onderdeel zijn van een veiligheidsmanagementsysteem, gaande van leiderschap en betrokkenheid van het management over het systematisch opvolgen van eenduidig gedefinieerde patiëntveiligheidsindicatoren (tabel 1). Ziekenhuizen die een volwaardig patiëntveiligheidsmanagementsysteem willen ontwikkelen en implementeren dienen dus deze 12 elementen systematisch te voorzien.

Tabel 1: Kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem

- het opstellen van een patiëntveiligheidsplan
- leiderschap en betrokkenheid van het management
- inhoudelijke betrokkenheid van de verschillende disciplines in het ziekenhuis, in het bijzonder van de artsen
- het uitbouwen van een patiëntveiligheidscultuur
- het opstellen van een meldsysteem voor bijna-incidenten en incidenten
- het uitvoeren van een retrospectieve analyse van incidenten en bijna-incidenten
- het opmaken van een prospectieve risico-inventarisatie
- het systematisch opvolgen van eenduidig gedefinieerde patiëntveiligheidsindicatoren
- het integreren van alle informatiebronnen van patiëntveiligheid
- het betrekken van de patiënt als partner in het zorgproces, rekening houdend met de culturele identiteit van de patiënt
- het onderhouden van transmurale interactie (eerste lijn, thuiszorg)
- het permanent verbeteren van veilige zorg

³ www.vmszorg.nl.

2.2. Het patiëntveiligheidsplan

Het opstellen van een patiëntveiligheidsplan wordt beschouwd als een van de kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem (cf. 2.1) en wordt gezien als een van de middelen waarmee een ziekenhuis een consistent beleid en strategie op het vlak van patiëntveiligheid kan ontwikkelen. De argumenten om een patiëntveiligheidsplan op te stellen, worden door, ‘het Kenniscentrum van het VMS Veiligheidsprogramma’⁴, hieronder geformuleerd.

Een patiëntveiligheidsplan kan:

- een uitgewerkt stappenplan over patiëntveiligheid opleveren, gespreid over meerdere jaren;
- structuur en samenhang bieden en toelaten om activiteiten op het vlak van patiëntveiligheid te concretiseren;
- randvoorwaarden bepalen om patiëntveiligheid te bevorderen;
- taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastleggen;
- het leren in de organisatie sterk bevorderen;
- uiting zijn van effectief leiderschap en betrokkenheid van het ziekenhuismanagement m.b.t. patiëntveiligheid.

Idealiter is een dergelijk plan dus onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis, is het gespreid over meerdere jaren en omvat het strategische en operationele doelstellingen. Elk van deze elementen werd opgenomen in het contract 2008-2009 en bij de ziekenhuizen bevraagd.

Er werd nog geen kwalitatieve evaluatie uitgevoerd van de ingediende patiëntveiligheidsplannen. Het is echter aangewezen om de veiligheidsplannen grondig te analyseren. Voorlopig kan dus geen uitspraak gedaan worden over de kwaliteit van de ingediende veiligheidsplannen.

Er werd wel nagegaan of een ziekenhuis over een patiëntveiligheidsplan beschikt, of het onderdeel was van het algemeen strategische beleidsplan van het ziekenhuis en of het meerjarig was en strategische en operationele doelstellingen omvatte.

Voor de kwantitatieve analyse van de patiëntveiligheidsplannen werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd rapportagedocument (Excel), ontwikkeld door de federale overheid en dat de ziekenhuizen hebben ingevuld.

⁴ www.vmszorg.nl/Kenniscentrum.

2.3. De inhoud van de patiëntveiligheidscultuurmeting en de verbeteracties

In het contract 2007-2008 werd de ziekenhuizen gevraagd een ziekenhuisbrede patiëntveiligheidscultuurmeting uit te voeren met een gevalideerd meetinstrument van het AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Dit instrument, 'the Hospital Survey on Patient Safety Culture'⁵ bestaat uit 42 vragen gespreid over 12 dimensies met 10 veiligheidscultuurdimensies en 2 uitkomstdimensies.⁶

De patiëntveiligheidscultuurmeting is een perceptiemeting. Dit betekent dat nagegaan wordt bij artsen en andere ziekenhuismedewerkers wat hun beeld is van patiëntveiligheid in hun ziekenhuis.

In het eerste contractjaar (2007-2008) heeft 95 % van de deelnemende ziekenhuizen (160 op 169) een ziekenhuisbrede patiëntveiligheidscultuurmeting uitgevoerd. In het tweede contractjaar (2008-2009) hebben 22 ziekenhuizen (waarvan 21 'nieuwe' ziekenhuizen) de meting gedaan.

In het tweede contractjaar (2008-2009) dienden de ziekenhuizen de resultaten van de patiëntveiligheidsdimensies verder te analyseren en te interpreteren om vervolgens twee verbeteracties te formuleren. De gevraagde verbeteracties dienden minimaal 2 van de 12 vermelde dimensies uit het meetinstrument te omvatten. De 22 ziekenhuizen die de cultuurmeting in het tweede contractjaar uitvoerden, dienden nog geen verbeteracties te definiëren.

De resultaten werden in eerste instantie kwantitatief verwerkt. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een rapportagedocument (Excel), ontwikkeld door de federale overheid en ingevuld door de ziekenhuizen.

In tabel 2 worden de verschillende dimensies van het instrument voorgesteld met een korte omschrijving van de inhoud per dimensie. Deze omschrijvingen zijn afgeleid van de vragen uit het meetinstrument.

⁵ www.ahrq.gov/qual/hospculture.

⁶ Deze vragenlijst werd vertaald vanuit de originele Engelstalige vragenlijst naar het Nederlands, het Frans en het Duits en waar nodig aangepast aan de Belgische context. Op basis van een piloottest in het Ziekenhuis Oost-Limburg werd de Nederlandse vertaling psychometrisch gevalideerd volgens dezelfde methodiek als de validatie van de originele vragenlijst. De Franstalige versie werd vertaald door en getest in de Cliniques Universitaires Saint-Luc (Brussel) en het Tivoli ziekenhuis (La Louvière), en vervolgens psychometrisch gevalideerd. De Duitstalige versie werd in Zwitserland gevalideerd en aangepast aan de Belgische context door het St.-Nikolaus Ziekenhuis (Eupen).

Tabel 2: Overzicht van de 12 dimensies van ‘the Hospital Survey on Patient Safety Culture’

Patientveiligheidscultuurdimensies		
D01	Manager/supervisorverwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	1. De ‘supervisor’ toont waardering wanneer er gewerkt wordt met de uitgewerkte procedures in verband met patiëntveiligheid. 2. De ‘supervisor’ houdt ernstig rekening met suggesties van medewerkers/collega’s om patiëntveiligheid te verbeteren. 3. Wanneer de werkdruk toeneemt verwacht de ‘supervisor’ dat er sneller gewerkt wordt, zelfs als daarvoor stappen in de procedures moeten overgeslagen worden. 4. De ‘supervisor’ ziet steeds terugkerende problemen op het vlak van patiëntveiligheid over het hoofd.
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	1. Het ziekenhuis onderneemt acties om de patiëntveiligheid te verbeteren. 2. Fouten hebben al geleid tot positieve veranderingen. 3. Als veranderingen ter verbetering van patiëntveiligheid worden doorgevoerd, dan wordt de effectiviteit ervan steeds geëvalueerd.
D03	Teamwerk binnen afdelingen	1. Medewerkers en collega’s steunen elkaar in de werkomgeving. 2. Wanneer er veel werk op korte tijd gedaan moet worden, wordt samengewerkt als een team. 3. In de werkomgeving behandelen medewerkers/collega’s elkaar met respect. 4. Wanneer het zeer druk wordt komen andere medewerkers/collega’s helpen.
D04	Openheid naar communicatie	1. Medewerkers/collega’s kunnen vrijuit spreken wanneer ze iets zien dat de zorg voor de patiënt negatief beïnvloedt. 2. Medewerkers/collega’s kunnen beslissingen of acties van personen met een hogere hiërarchische positie kritisch, maar constructief, bespreekbaar maken. 3. Medewerkers/collega’s zijn bang om vragen te stellen wanneer er iets niet in orde lijkt.
D05	Feedback en communicatie over veiligheid	1. Er wordt feedback gegeven over veranderingen die gebeuren op basis van foutrapporteringen. 2. Er wordt informatie gegeven over fouten die gebeuren binnen de werkomgeving. 3. In de werkomgeving worden fouten besproken om te voorkomen dat ze opnieuw gebeuren.
D06	Niet-bestaftende respons op fouten	1. Medewerkers/collega’s hebben het gevoel dat fouten tegen hen gebruikt worden. 2. Wanneer een fout gerapporteerd wordt, bestaat het gevoel dat men zich vooral op de persoon richt en niet op het probleem. 3. Medewerkers/collega’s vrezen dat fouten die gemaakt worden in hun persoonlijk dossier bewaard blijven.

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Patientveiligheidscultuurdimensies		
D07	Bestaffing	1. Er is voldoende bestaffing om de werkbelasting aan te kunnen. 2. Medewerkers/collega's werken meer uren dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 3. Er worden teveel tijdelijke medewerkers ingeschakeld dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 4. Er wordt vaak gewerkt in een 'crisistoestand': er wordt geprobeerd te veel te doen en te snel.
D08	Ziekenhuismanagement-ondersteuning voor patiëntveiligheid	1. Het ziekenhuismanagement zorgt voor een werkklimaat dat patiëntveiligheid bevordert. 2. De acties van het ziekenhuismanagement illustreren dat patiëntveiligheid een topprioriteit is. 3. Het ziekenhuismanagement lijkt enkel geïnteresseerd in patiëntveiligheid als er iets is misgelopen.
D09	Teamwerk doorheen ziekenhuisafdelingen	1. Ziekenhuisafdelingen werken niet zo gecoördineerd samen. 2. Er is een goede samenwerking tussen afdelingen/diensten die vaak samenwerken. 3. Het is vaak onaangenaam om samen te werken met medewerkers/collega's van andere afdelingen/diensten. 4. Afdelingen/diensten werken goed samen om de best mogelijke zorgen aan de patiënten te kunnen bieden.
D10	Overdracht en transfer	1. Bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen worden zaken over het hoofd gezien. 2. Er gaat vaak belangrijke informatie over de patiënt verloren bij het wisselen van werkposten. 3. Er treden vaak problemen op bij het uitwisselen van informatie tussen afdelingen/diensten. 4. Het wisselen van werkposten is problematisch voor de patiënten in het ziekenhuis.
Uitkomstdimensies		
O01	Globale perceptie over veiligheid	1. Het is eerder toevallig dat er in de instelling geen ernstigere fouten gemaakt worden. 2. Patiëntveiligheid wordt nooit opgeofferd om meer werk gedaan te krijgen. 3. Er zijn problemen in verband met patiëntveiligheid in de werkomgeving. 4. Procedures en systemen zijn goed uitgewerkt om fouten te vermijden.
O02	Frequentie van 'event'-rapportering	1. Er wordt een fout gemaakt, maar deze fout wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt. Hoe vaak wordt dit gemeld? 2. Er wordt een fout gemaakt waarvan we weten dat deze fout de patiënt niet kan schaden. Hoe vaak wordt dit gemeld? 3. Er wordt een fout gemaakt die de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar hem uiteindelijk ongedeerd liet. Hoe vaak wordt dit gemeld?

2.4. De soorten indicatoren

Een zorgindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van de zorg.⁷ Er kan onderscheid gemaakt worden tussen structuurindicatoren, procesindicatoren en uitkomstindicatoren.

- **Structuurindicatoren** geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een instelling verantwoorde zorg kan leveren en gaan over de organisatie van het ziekenhuis en de afdelingen, het beleid, de personeelsomkadering en de financiële middelen.
- **Procesindicatoren** geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie, bijvoorbeeld over wachttijden en ligduur na een bepaalde chirurgische ingreep.
- **Uitkomstindicatoren** geven een indicatie over de uitkomst van de zorg, bijvoorbeeld over de mate van tevredenheid van patiënten, over de bejegening door medewerkers of over het percentage patiënten met complicaties na een bepaalde operatie.

Om een meer diepgaande analyse te kunnen doen van de indicatoren werd in april 2010 een bijkomende bevraging georganiseerd. Hierin werd gevraagd om de gebruikte indicatoren per verbeteractie te formuleren. De responsgraad op deze bijkomende bevraging was 85 %.

De opgegeven indicatoren werden vervolgens onderverdeeld in structuur-, proces- en resultaatsindicatoren. Deze oefening werd gedaan om na te gaan hoe ziekenhuizen indicatoren formuleren en in welke mate de ziekenhuizen, per verbeteractie, zowel structuur-, proces- als resultaatsindicatoren definiëren.

2.5. Het Comité Patiëntveiligheid

Het Comité Patiëntveiligheid is een overlegstructuur binnen het ziekenhuis die zich bezighoudt met de coördinatie van activiteiten gerelateerd aan patiëntveiligheid, zoals bijvoorbeeld de patiëntveiligheidscultuurmeting, het opvolgen en analyseren van de gemelde incidenten en bijna-incidenten, het sensibiliseren van ziekenhuismedewerkers en het communiceren over patiëntveiligheid naar management en ziekenhuismedewerkers. Idealiter is in dit comité ook het management en het medisch departement vertegenwoordigd.

7 P.J.A. Colsen, A.F. Casparie, *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*, Medisch Contact, 1995, 50: 297-299.

Uit de resultaten van het eerste contractjaar (2007-2008) bleek reeds dat 80 % van de deelnemende ziekenhuizen beschikt over een Comité Patiëntveiligheid. Bij de inhoudelijke analyse ervan werd gekeken naar de samenstelling, het jaar van oprichting, de grootte en de taken van de Comités Patiëntveiligheid.

In het tweede contractjaar (2008-2009) werd enkel cijfermatig nagegaan in hoeveel ziekenhuizen het Comité Patiëntveiligheid instaat voor de coördinatie en de opvolging van de activiteiten die verband houden met kwaliteit en patiëntveiligheid.

3. RESULTATEN

Hierna worden de resultaten voorgesteld in 5 onderdelen:

- het aantal en de aard van de ingediende veiligheidsplannen;
- de verbeteracties op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting;
- de verbeteracties op meerdere dimensies van de patiëntveiligheids-cultuurmeting;
- de geformuleerde indicatoren per verbeteractie;
- het Comité Patiëntveiligheid.

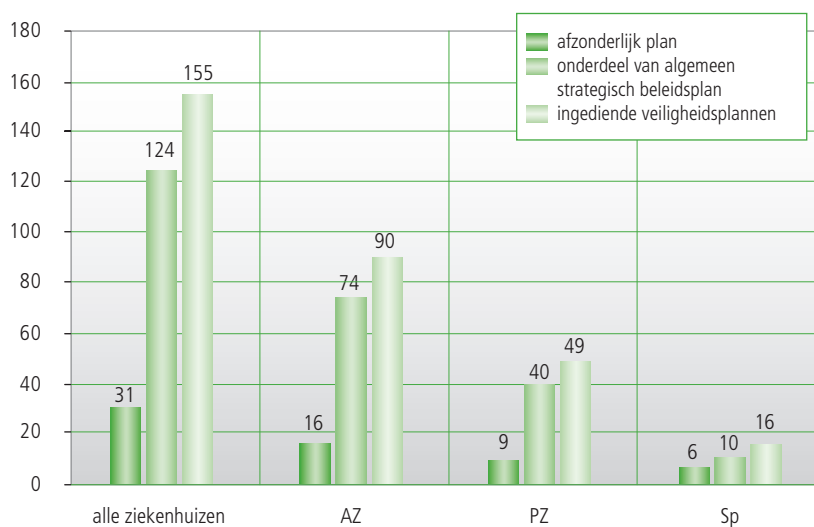
3.1. Aantal en aard van de ingediende patiëntveiligheidsplannen

In totaal heeft 84 % (n = 155) van de deelnemende ziekenhuizen (n = 185) een patiëntveiligheidsplan ingediend (figuur 1). Het percentage ingediende plannen is vergelijkbaar voor de 3 typen ziekenhuizen en bedraagt 83 % voor de acute ziekenhuizen en resp. 86 % en 84 % voor de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen.

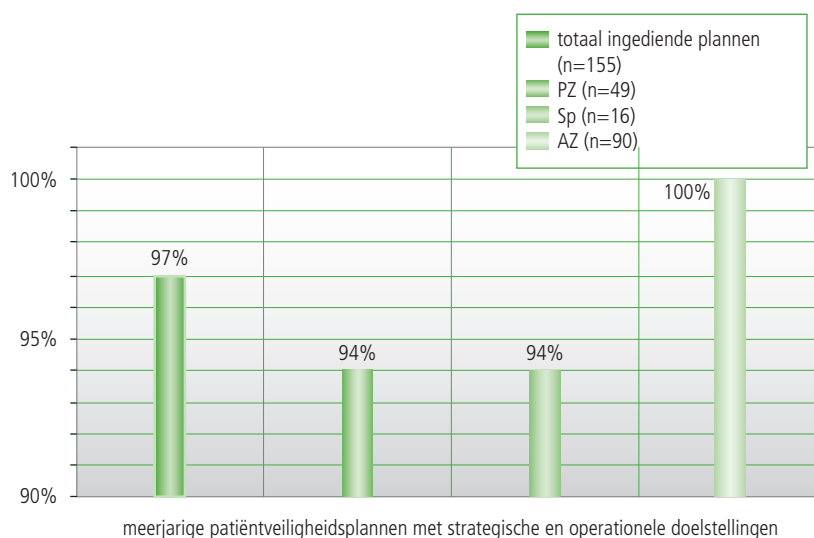
In 80 % van de 155 ingediende patiëntveiligheidsplannen is het een onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis. In 20 % van de gevallen ging het om een afzonderlijk plan (figuur 1). Er zijn kleine verschillen op te merken tussen de drie ziekenhuistypes: in Sp-ziekenhuizen vormen de patiëntveiligheidsplannen in iets meer dan 1 op 3 van de gevallen géén onderdeel van het algemeen strategisch plan van het ziekenhuis, in de acute en de psychiatrische ziekenhuizen is dit 18 %.

97 % van de ingediende veiligheidsplannen (151 van 155) is meerjarig en omvat tevens strategische en operationele doelstellingen, onafhankelijk van het feit of het patiëntveiligheidsplan al dan niet deel uitmaakt van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis (figuur 2). In de acute ziekenhuizen

Figuur 1: Aantal ingediende patiëntveiligheidsplannen in totaal en als onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan of als afzonderlijk plan, per type ziekenhuis



Figuur 2: % patiëntveiligheidsplannen dat gespreid is over meerdere jaren en strategische en operationele doelstellingen omvat, per type ziekenhuis



zijn alle ingediende veiligheidsplannen meerjarig, in de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen is dit het geval in 94 % van de gevallen. Door de gecombineerde vraagstelling was het onmogelijk om onderscheid te maken tussen meerjarige patiëntveiligheidsplannen en plannen met strategische en operationele doelstellingen.

3.2. Verbeteracties op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting

In totaal hebben 154 van de 158 ziekenhuizen die de cultuurmeting uitvoerden in het eerste contract, twee verbeteracties geformuleerd. 130 ziekenhuizen hebben voor deze verbeteracties ook indicatoren geformuleerd. In totaal gaat het om 264 verbeteracties waarvoor ook indicatoren werden bepaald. Hiervan formuleerden:

- 76 acute ziekenhuizen 137 verbeteracties, met een gemiddeld aantal verbeteracties van 1,8 per acuut ziekenhuis;
- 44 psychiatrische ziekenhuizen 102 verbeteracties, met een gemiddeld aantal verbeteracties van 2,3 per psychiatrisch ziekenhuis;
- 10 Sp-ziekenhuizen 25 verbeteracties met een gemiddeld aantal verbeteracties van 2,5 per Sp-ziekenhuis (tabel 3).

In zijn globaliteit gaat 1 verbeteractie op 4 ($n = 65$) over 'overdracht en transfer' (D10). In psychiatrische ziekenhuizen richt bijna 1 op 3 (31 %, $n = 32$) van de verbeteracties zich op deze dimensie. In acute en Sp-ziekenhuizen is dit 1 op 5. 36 % van alle verbeteracties betreft de dimensies 'feedback en communicatie over veiligheid' (D05, 13 %), 'teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen' (D09, 11 %) en de 'frequentie van 'event'-rapportering' (O02, 12 %). Verbeteracties over de uitkomstdimensie 'frequentie van 'event'-rapportering' worden verhoudingsgewijs vaker geformuleerd in acute (16 %) en Sp-ziekenhuizen (12 %). In psychiatrische ziekenhuizen is dit 7 %. Opvallend is ook dat er weinig verbeteracties worden geformuleerd over de dimensies 'manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen' (D01, 2 %) 'openheid naar communicatie' (D04, 3 %), 'ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid' (D08, 6 %) en 'niet-bestrafende respons op fouten' (D06, 7 %). In Sp-ziekenhuizen wordt voor 4 van de 12 dimensies geen enkele verbeteractie geformuleerd. Daar tegenover staat dat Sp-ziekenhuizen vaker verbeteracties formuleren voor de dimensie 'teamwerk binnen afdelingen' (D03, 20 %).

Tabel 3: Aantal verbeteracties per type ziekenhuis (in absolute cijfers en procenten)

Dimensie	Verbeteracties									
	AZ (n = 76)		PZ (n = 44)		Sp (n = 10)		Totaal (n = 130)			
	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%		
D01	Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen		5	4 %	1	1 %	0	0 %	6	2 %
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren		7	5 %	9	9 %	1	4 %	17	6 %
D03	Teamwerk binnen afdelingen		5	4 %	1	1 %	5	20 %	11	4 %
D04	Openheid naar communicatie		6	4 %	1	1 %	0	0 %	7	3 %
D05	Feedback en communicatie over veiligheid		14	10 %	16	16 %	4	16 %	34	13 %
D06	Niet-bestaftende respons op fouten		9	7 %	7	7 %	2	8 %	18	7 %
D07	Bestafting		9	7 %	3	3 %	0	0 %	12	5 %
D08	Ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid		10	7 %	5	5 %	0	0 %	15	6 %
D09	Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen		10	7 %	15	15 %	4	16 %	29	11 %
D10	Overdracht en transfer		28	20 %	32	31 %	5	20 %	65	25 %
O01	Globale perceptie over veiligheid		12	9 %	5	5 %	1	4 %	18	7 %
O02	Frequentie van 'event'-rapportering		22	16 %	7	7 %	3	12 %	32	12 %
Totaal			137	100%	102	100%	25	100%	264	100%

3.3. Verbeteracties op meerdere dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting

28 ziekenhuizen brengen eenzelfde verbeteractie onder in verschillende dimensies. Meestal wordt dit beperkt tot 2, maar er zijn ook ziekenhuizen die één verbeteractie classificeren onder 4 of 5 dimensies. In enkele gevallen worden voor deze verbeteracties verschillende indicatoren geformuleerd, maar de meerderheid van deze ziekenhuizen brengt verbeteracties met identieke indicatoren onder in verschillende dimensies (tabel 4).

Tabel 4: Aantal ziekenhuizen dat eenzelfde verbeteractie onderbrengt in verschillende dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting

n ziekenhuizen	D01	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	O01	O02
1												
1												
1												
5												
1												
2												
1												
1												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
1												
1												
28												

Vijf ziekenhuizen brengen de respectievelijke verbeteracties onder in de dimensies ‘teamwerk doorheen ziekenhuisafdelingen’ (D09) en ‘overdracht en transfer’ (D10) terwijl dit toch twee te onderscheiden dimensies zijn. De dimensie ‘teamwerk doorheen ziekenhuisafdelingen’ gaat voornamelijk over coördinatie en samenwerking tussen afdelingen en diensten; ‘overdracht en transfer’ heeft meer betrekking op het uitwisselen van informatie tussen afdelingen of diensten en over een goede communicatie bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen of bij het wisselen van werkposten.

Geformuleerde indicatoren per verbeteractie

In totaal werden door de 130 ziekenhuizen 861 indicatoren geformuleerd (tabel 5):

- 76 acute ziekenhuizen formuleerden 500 indicatoren, met gemiddeld 7 indicatoren per acuut ziekenhuis;
- 44 psychiatrische ziekenhuizen formuleerden 297 indicatoren, met gemiddeld 7 indicatoren per psychiatrisch ziekenhuis;
- 10 Sp-ziekenhuizen formuleerden 64 indicatoren met gemiddeld 6 indicatoren per Sp-ziekenhuis.

De door de ziekenhuizen geformuleerde indicatoren werden vervolgens ingedeeld in drie categorieën (tabel 6). Procesindicatoren worden het meest frequent geformuleerd (56 %), gevolgd door structuurindicatoren (38 %) en uitkomstindicatoren (7 %).

Tabel 6: Aantal indicatoren ingedeeld per categorie

	absolute cijfers	%
structuurindicatoren	323	38 %
procesindicatoren	478	56 %
uitkomstindicatoren	60	7 %
Totaal	861	100 %

Tien procent van de ziekenhuizen ($n = 13$) formuleert geen enkele indicator in relatie tot de opgestarte verbeteracties en geen enkel ziekenhuis formuleert voor eenzelfde verbeteractie indicatoren die zowel betrekking hebben op structuren, processen als resultaten.

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Tabel 5: Aantal indicatoren per dimensie en per type ziekenhuis

Dimensie	Indicatoren					
	AZ (n = 76)		PZ (n = 44)		Sp (n = 10)	
	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%
D01	17	3 %	5	2 %	0	0 %
D02	29	6 %	11	4 %	1	2 %
D03	15	3 %	1	0 %	8	13 %
D04	22	4 %	2	1 %	0	0 %
D05	48	10 %	43	14 %	10	16 %
D06	36	7 %	18	6 %	2	3 %
D07	33	7 %	31	10 %	0	0 %
D08	27	5 %	12	4 %	0	0 %
D09	29	6 %	48	16 %	18	28 %
D10	127	25 %	83	28 %	18	28 %
O01	24	5 %	18	6 %	2	3 %
O02	93	19 %	25	8 %	5	8 %
Totaal	500	100 %	297	100 %	64	100 %

Voorbeelden van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren voor de verschillende types van ziekenhuizen zijn voorgesteld in tabellen 7, 8 en 9. Deze voorbeelden zijn grotendeels weergegeven zoals de ziekenhuizen deze hebben geformuleerd. Soms werd de omschrijving lichtelijk aangepast om de anonimiteit te bewaren. Bij het nauwkeurig bekijken van de aangegeven indicatoren valt op dat het 'meetbare' nogal eens ontbreekt waardoor het onmogelijk is om voor de verbeteracties evoluties in de tijd te volgen en te monitoren, cijfermatige doelen te expliciteren, te vergelijken met andere eenheden of instellingen en verbeteracties bij te sturen.

Tabel 7: Voorbeelden van verbeteracties met *structuurindicatoren* per dimensie van de patiëntveiligheidscultuurmeting (voorbeelden uit verschillende ziekenhuizen)

Dimensie	Verbeteractie	Structuurindicatoren
D01	Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	Het vastleggen van een structuur met een beperkt aantal 'minimale' organisatiekenmerken op een standaardverpleegafdeling
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	Opvolgen van het maandelijks afficheren op de verpleegeenheden van aandachtspunten m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid
D03	Teamwerk binnen afdelingen	Aantal ongeplande opnames op een dienst voor intensieve zorgen (aantal ongeplande heropnames / totaal aantal ontslagen op een dienst voor intensieve zorgen)
D04	Openheid naar communicatie	Interdisciplinaire samenwerking: optimaliseren van de communicatie binnen het team
		Bevorderen van de feedback tussen de verschillende disciplines op de afdeling: organiseren van interne bijscholing
		Op de vergadering hoofdverpleegkundigen en paramedische diensthoofden: voorstellen resultaten cultuurmeting, informatie over online melden van incidenten en bijna-incidenten, aankondiging dat iedere individuele dienst meer uitleg kan krijgen

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Dimensie	Verbeteractie	Structuurindicatoren
D05	Feedback en communicatie over veiligheid	Terugkoppeling van metingen en bevragingen over patiëntveiligheid, kadering van de cijfers en eventuele veranderingen die op basis hiervan werden doorgevoerd
		Aantal vergaderingen waarin cijfers over patiëntveiligheid (voor wat betreft de domeinen medicatie, agressie, suïcide en valincidenten) worden gepresenteerd, gekaderd en besproken via de beschikbare communicatiekanalen in het managementteam, diensthoofden-vergadering, hoofdverpleegkundigen-vergadering
D06	Niet-bestaftende respons op fouten	Project 'niet bestaftende respons op fouten'
		Het manifest 'uitgangspunten voor veilig incidenten melden' is aanwezig op de afdelingen waar het meldsysteem is ingevoerd
D07	Bestafting	Het ontwikkelen en implementeren van een methode om op een objectieve manier de toewijzing van extra verpleegkundigen te kunnen realiseren in functie van de zwaarte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare verpleegkundige tijd
		% verpleegeenheden C-D-G welke de werklust i.f.v. patiëntenprofiel (high care patiënten, medium care patiënten en low care patiënten) visualiseren (= dagelijks monitoren)
D08	Ziekenhuismanagement-ondersteuning voor patiëntveiligheid	Ondersteuning ziekenhuismanagement voor patiëntveiligheid
		Agenderen van thema patiëntveiligheid op directiecomité
D09	Teamwerk doorheen de ziekenhuis-afdelingen	Verbeteren van de communicatie en coördinatie tussen afdelingen, gekaderd in de nieuwe zorgprocesstructuur
		Aantal overlegmomenten met het kernteam van elk zorgprocesprogramma
D10	Overdracht en transfer	Invoeren van een elektronisch verpleegdossier op alle verblijfsafdelingen tussen 24 augustus 2009 en 22 november 2011
		Afbouw centrale MVG-dienst met 1,6 VTE
O01	Globale perceptie over veiligheid	Ziekenhuisbreed uitvoeren van veiligheidsrondes
		% uitgevoerde veiligheidsrondes
O02	Frequentie van 'event'-rapportering	Melden en analyseren van bijzondere gebeurtenissen
		Het ziekenhuis beschikt over een geïntegreerd meldings- en analysesysteem voor bijzondere gebeurtenissen

Tabel 8: Voorbeelden van verbeteracties met *procesindicatoren* per dimensie van de patiëntveiligheidscultuurmeting (voorbeelden uit verschillende ziekenhuizen)

Dimensie	Verbeteractie	Procesindicatoren
D01	Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	Het vastleggen van een structuur met een beperkt aantal "minimale" organisatiekenmerken op een standaardverpleegafdeling (C-D-G)
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	Registratie van medicatiefouten
D03	Teamwerk binnen afdelingen	Triage op spoed
D04	Openheid naar communicatie	Een procedure brengen op elke teamvergadering
D05	Feedback en communicatie over veiligheid	Verbeteren van de feedback en communicatie over veiligheid
D06	Niet-bestaftende respons op fouten	Niet-bestaftende respons op fouten
D07	Bestaffing	Ondersteuning bij hoge werkdruk
D08	Ziekenhuis-management-ondersteuning voor patiëntveiligheid	Ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis
D09	Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen	Overlegmomenten binnen de afdelingen verhogen en optimaliseren

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Dimensie	Verbeteractie	Procesindicatoren
D10	Overdracht en transfer	De verbetering van de transmurale communicatie op het moment dat een gerontopsychiatrische patiënt naar een vervolghandelaar overgaat
		% van de interdisciplinaire ontslagformulieren die voldoen aan de vooropgestelde definitie: de informatie voor de vervolghandelaar wordt in een begrijpbare taal afgestemd op de patiënt en/of aan de vervolghandelaar doorgegeven
O01	Globale perceptie over veiligheid	Ontwikkelen van een fixatiearm beleid
		Het aanstellen van een referentiepersoon per afdeling
O02	Frequentie van 'event'-rapportering	Installeren van een incidentmeldingssysteem
		% feedback n.a.v. incidentmeldingen

Tabel 9: Voorbeelden van verbeteracties met uitkomstindicatoren per dimensie van de patiëntveiligheidscultuurmeting (voorbeelden uit verschillende ziekenhuizen)

Dimensie	Verbeteractie	Uitkomstindicatoren
D01	Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	Aantal gemelde incidenten en de betrouwbaarheid van de meldprocedure
		Aantal valincidenten
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	Invoeren van het gebruik van 2 specifieke formulieren voor het verzamelen van incidenten en overlijdens (Mortality – Morbidity – Quality)
		% overlijdens waarvoor een formulier Mortality – Morbidity – Quality (overlijden) werd ingevuld
D03	Teamwerk binnen afdelingen	Teamwerk binnen de afdeling
		Tevredenheidsmeting medewerkers
D04	Openheid naar communicatie	De analyse, ontwikkeling, verbetering van het multidisciplinaire proces 'metabool syndroom'
		Patiënten die worden behandeld met atypische antipsychotica en die ongewenste effecten vertonen
D05	Feedback en communicatie over veiligheid	Het transparanter maken van de verbeteringen en het motiveren van incidentmeldingen
		Valincidenten tijdens de dag

Dimensie	Verbeteractie	Uitkomstindicatoren
D06 Niet-bestaftende respons op fouten	Het ondersteunen van de meldingscultuur door het introduceren van een niet-bestaftende respons door de mogelijkheid tot anonieme melding te creëren	Het aantal binnengekomen anonieme klachten. Nominatieve meldingen blijven mogelijk
D07 Bestafting	Een betere kwaliteit met dezelfde personeelsbestafting door implementatie van STAN-monitoring in combinatie met een centrale monitoring van CTG	Het aantal secundaire sectio's
D08 Ziekenhuis-management-ondersteuning voor patiëntveiligheid	Opvang van personeel na een kritisch incident	% medewerkertevredenheid over opvang na een kritisch incident
D09 Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen	Optimalisatie van de medicamenteuze behandeling voor gepolymediceerde en/of geriatrische patiënten in het kader van een geplande chirurgische ingreep	Tevredenheid van extramurale zorgaanbieders en patiënten in relatie tot de ondersteuning van de klinische apotheker
D10 Overdracht en transfer	Informatieoverdracht bij interne mutaties	% patiëntendossiers met tijdige en volledige transferinformatie
O01 Globale perceptie over veiligheid	Valpreventie	Aantal valincidenten met letsels/totaal aantal valincidenten
O02 Frequentie van 'event'-rapportering	Valpreventie	Aantal meldingen van valincidenten geriatrie/1000 ligdagen

Om educatieve redenen en als illustratie zijn in bijlage aan dit hoofdstuk, drie uitgewerkte voorbeelden toegevoegd (één per type ziekenhuis), om te verduidelijken hoe indicatoren op structuur-, proces- en uitkomstniveau kunnen worden geformuleerd. In deze voorbeelden wordt eveneens aangegeven hoe indicatoren in relatie staan tot de missie en de visie van een organisatie m.b.t. de kwaliteit van de zorg.

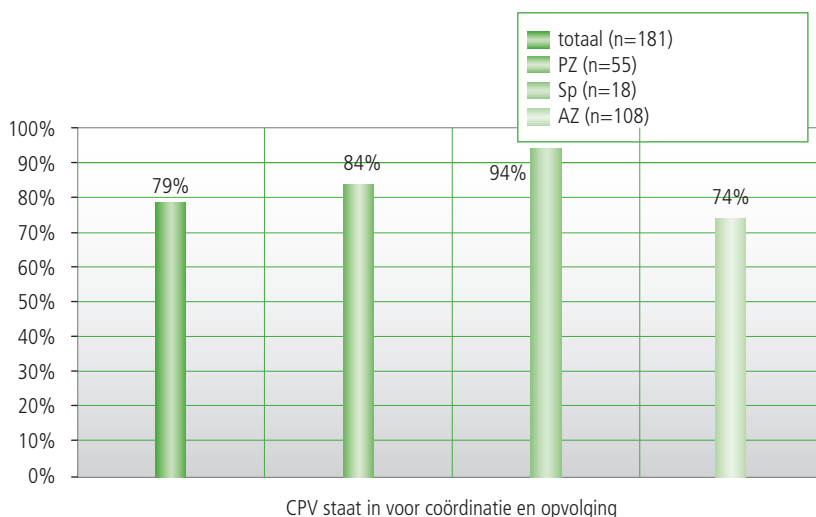
De gedetailleerde lijst van verbeteracties en de indicatoren van alle dimensies uit de patiëntveiligheidscultuurmeting is in pdf-formaat terug te vinden op www.patient-safety.be (zie contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport contract 2008-2009).

3.4. Het Comité Patiëntveiligheid

Het eerste contractjaar (2007-2008) leert dat 80 % van de ziekenhuizen reeds beschikken over een Comité Patiëntveiligheid.

Uit de rapportering van dit contractjaar blijkt dat het Comité instaat in bijna 8 op 10 van de ziekenhuizen (79 %) voor de coördinatie en de opvolging van activiteiten die verband houden met het patiëntveiligheidsplan, de patiëntveiligheidscultuurmeting en de verbeteracties. Uit figuur 3 blijkt dat dit verhoudingsgewijs het meest frequent het geval is in Sp-ziekenhuizen (94 %), gevolgd door psychiatrische ziekenhuizen (84 %) en acute ziekenhuizen (74 %).

Figuur 3: % Comités Patiëntveiligheid dat instaat voor de coördinatie en de opvolging van alle activiteiten m.b.t. patiëntveiligheid (in %)



4. DISCUSSIE

De analyse van het aantal patiëntveiligheidsplannen, de verbeteracties met de indicatoren gekoppeld aan de resultaten van de patiëntveiligheidscultuurmeting en het bevragen van het Comité Patiëntveiligheid, laat toe om de volgende conclusies en reflecties te formuleren.

-
1. Het merendeel van de ziekenhuizen beschikt over een **patiëntveiligheidsplan** dat meestal een onderdeel is van het globale strategisch plan van het ziekenhuis. Echter, bij 20 % van de ingediende patiëntveiligheidsplannen is het niet opgenomen in het algemeen strategisch plan. Dit doet veronderstellen dat in deze ziekenhuizen de patiëntveiligheid niet is geïntegreerd in het algemeen beleid en dat patiëntveiligheid als een apart onderdeel van het beleid beschouwd en een afzonderlijke uitwerking zou behoeven. Op dit moment kunnen nog geen uitspraken geformuleerd worden over de kwaliteit van de patiëntveiligheidsplannen. De meeste patiëntveiligheidsplannen zijn echter wel meerjarig en bevatten strategische en operationele doelstellingen.
 2. Ziekenhuizen formuleren een hoog aantal **verbeteracties** met indicatoren die gekoppeld zijn aan de resultaten van de individuele patiëntveiligheids-cultuurmetingen, die in 2007 werden uitgevoerd. 1 verbeteractie op 4 (n = 65) heeft betrekking op overdracht en transfer. Deze bevinding is in lijn met onderzoeksresultaten van Hellings et al. (2009) waarbij, op basis van benchmarkonderzoek, werd vastgesteld dat ziekenhuizen de dimensie 'overdracht en transfer' als het meest problematisch ervaren.⁸ Opvallend is wel dat enkele dimensies laag scoren. Het betreft voornamelijk dimensies waar het management en het leiderschap een rol kunnen vervullen, zoals bijvoorbeeld bij 'ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid' en 'niet-bestrafende respons op fouten' weinig worden gehanteerd en dus weinig verbeteracties bevatten, met respectievelijk 6 % en 7 % van de uitgevoerde verbeteracties. Het verbeteren van deze dimensies door middel van specifieke verbeteracties zou de gepercipieerde patiëntveiligheidscultuur kunnen verhogen en bijdragen tot de effectieve ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Zo zal bijvoorbeeld het ontwikkelen van een meld- en registratiesysteem voor (bijna-)incidenten, als onderdeel van een VMS, maar succesvol zijn als er een niet-bestrafende context ontwikkeld kan worden in het ziekenhuis, met een daadwerkelijke en consequente ondersteuning door het ziekenhuismanagement.
 3. Ziekenhuizen hanteren weinig uitkomstindicatoren bij de verbeteracties. De helft van de geformuleerde **indicatoren** zijn procesindicatoren, 38 % zijn structuurindicatoren en slechts 7 % uitkomstindicatoren. Het succes van verbeteracties kan niet louter worden afgetoetst aan de behaalde

⁸ J. Hellings & W. Schrooten, *Rapport Veiligheidscultuur in Belgische Ziekenhuizen: resultaten van een eerste onderzoek*, 2009.

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

waarden van structuur- en procesindicatoren, maar moet ook een voldoende aantal uitkomstindicatoren bevatten. Opvallend is ook dat geen enkel ziekenhuis er in slaagt om voor de voorgestelde verbeteracties indicatoren te formuleren die zowel betrekking hebben op structuur-, proces- als uitkomstniveau. Slechts een handvol ziekenhuizen formuleren meetbare indicatoren volgens het principe van teller/noemer en geven een indicatie over de betrouwbaarheid of validiteit van de gehanteerde indicator.

4. Ziekenhuizen slagen er niet altijd in om hun verbeteracties onder te brengen in de 'juiste' dimensie van de patiëntveiligheidscultuurmeting. Illustratief is dat een verbeteractie m.b.t. het implementeren van het elektronisch patiëntendossier om communicatie tussen zorgverleners te verbeteren door één ziekenhuis wordt ondergebracht in de dimensies 'teamwerk binnen afdelingen' (D03), 'openheid naar communicatie' (D04), 'feedback en communicatie over veiligheid' (D05) en 'overdracht en transfer' (D10). Deze verbeteractie hoort echter thuis in de dimensie 'overdracht en transfer' omdat deze dimensie gaat over het uitwisselen van informatie tussen afdelingen of diensten en over een goede communicatie bij het overbrengen van patiënten van de ene naar de andere afdeling of bij het wisselen van werkposten.
5. Het **Comité Patiëntveiligheid** krijgt een belangrijke rol toebedeeld bij de coördinatie en de opvolging van activiteiten i.v.m. patiëntveiligheid. In 8 op 10 van de Belgische ziekenhuizen is dit het geval.

BIJLAGE

Indicatoren in relatie tot de missie en de visie van de organisatie

Aan de hand van drie voorbeelden (één per type ziekenhuis) wordt getracht om te verduidelijken hoe indicatoren in relatie staan met de missie en de visie van een organisatie met betrekking tot de kwaliteit van zorg en hoe indicatoren op structuur-, proces- en resultaatsniveau kunnen worden geformuleerd.

Deze voorbeelden kunnen tevens meer inzicht verschaffen in de samenhang tussen de drie pijlers (structuren, processen, resultaten) van de contracten 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' van de FOD VVVL.

Voorbeeld acute ziekenhuizen: afdeling materniteit⁹

Missie:

Het verlenen van efficiënte en effectieve kraamzorg voor een positieve bijdrage aan de kraamtijd.

Visie:

Het tijdig verlenen van partusassistentie met de juiste deskundigheid naar volle tevredenheid van kraamvrouw en verloskundige. In deze visie komt tot uitdrukking wat deze materniteit belangrijk vindt, namelijk zorg:

1. die door een deskundige medewerker wordt verleend;
2. die op het juiste moment wordt geleverd;
3. waarover de patiënt in hoge mate tevreden is.

De visie geeft richting aan de organisatie of de afdeling en ligt meestal voor een wat langere periode vast. De visie is de basis voor het beleid en de daarbij behorende strategie van de instelling of de afdeling. Beleid en strategie worden

9 A. Van Dam, *Kwaliteitsindicatoren in de zorg*, ZBC Kennisbank, herziene versie 28 april 2010.

bijvoorbeeld vastgelegd in een meerjarenplan of jaarplan. Een beleidsplan is echter pas sturend, als er ook meetbare doelstellingen in staan.

Doelstellingen:

Deze materniteit heeft op basis van de visie de volgende drie doelstellingen bepaald:

1. 50 % van alle vroedvrouwen heeft voor het einde van het jaar de interne cursus gevolgd.
2. In 95 % van alle verleende kraamzorg is de vroedvrouw tijdig aanwezig bij de patiënt.
3. 90 % van de patiënten en verloskundigen is tevreden over de bejegening door de vroedvrouw.

Indicatoren:

Essentieel is nu dat deze materniteit weet of deze doelstellingen behaald worden. Dit gebeurt door indicatoren en bijbehorende normen te bepalen. De doelstellingen 1, 2 en 3 kunnen met de volgende indicatoren en bijbehorende normen worden gevolgd:

1. Structuurindicator: % medewerkers dat een cursus X heeft gevolgd.
2. Procesindicator: binnen een uur na melding van de aankomende bevalling is de vroedvrouw bij de patiënt aanwezig.
3. Uitkomstindicator: % patiënten en verloskundigen dat de bejegening in het patiëntentevredenheidsonderzoek met tenminste een 8 waardeert.

Voorbeeld psychiatrische ziekenhuizen: managementteam¹⁰

Missie:

Als psychiatrisch centrum willen wij de meest passende hulp bieden. We richten ons op de gehele mens, met zijn psychische, lichamelijke, spirituele en sociale noden.

Familiale gastvrijheid en blijvende eerbied voor de individuele persoon – ongeacht diens oorsprong, geslacht of overtuiging – staan centraal. We streven naar de hoogst mogelijke zelfstandigheid en levenskwaliteit. Een mens is mens

10 Voorbeeld uit een Belgisch psychiatrisch ziekenhuis.

door zijn verbondenheid met zijn omgeving. We hebben dan ook aandacht voor zijn familie en andere betrokkenen.

Intensief overleg is de basis van onze gespecialiseerde behandeling. Samen willen we een deskundige, kwaliteitsvolle, wetenschappelijk verantwoorde hulpverlening bieden. In samenwerking met externe zorgverstrekkers vormen we een brug naar de maatschappij.

Alle medewerkers staan ten dienste van een goede patiëntenwerking. Alle taken zijn daarbij even belangrijk en worden met zorg uitgevoerd in een klimaat van wederzijdse openheid, respect en luisterbereidheid.

Visie:

We willen de patiëntveiligheid en het welzijn van de werknemers optimaliseren. Hiervoor hebben we als zorgvoorziening informatie nodig, die we trachten te bekomen via een permanent rapporteringssysteem en de periodieke meting van indicatoren. We streven naar een open en transparante veiligheidscultuur waarin onze medewerkers en klanten aangemoedigd worden om deze veiligheidsgerelateerde informatie (bijzondere gebeurtenissen) te melden. We kiezen voor een gedocumenteerde, geïntegreerde en globale procesmatige aanpak om te komen tot een dynamisch risicobeheersingssysteem (DRBS), gedragen door de directie en alle medewerkers. We stellen ons op als een lerende organisatie waarbij we de competenties optimaliseren om de gepaste conclusies te trekken uit de aangeleverde informatie en vorming. We verbinden ons er toe om de algemeen geldende reglementeringen en richtlijnen zorgvuldig op te volgen, hiervoor de nodige middelen te voorzien en de verantwoordelijkheden vast te leggen op elk niveau. Hierbij aanvaarden we dat mensen fouten kunnen maken en richten we ons in de eerste plaats niet op het identificeren van schuldigen, maar op de analyse van de gebeurtenis(sen) om van daaruit de nodige preventiemaatregelen te implementeren.

Doelstellingen:

Het psychiatrisch ziekenhuis heeft op basis van deze visie de volgende doelstellingen bepaald:

1. De patiënt/bewoner en zijn omgeving wordt centraal gesteld, uitgaande van een maximale participatie en integratie.
2. Medewerkers en klanten worden aangemoedigd om veiligheidsgerelateerde informatie (bijzondere gebeurtenissen) te melden.
3. Competenties van medewerkers worden geoptimaliseerd.

Indicatoren:

Om te weten of het psychiatrisch ziekenhuis de doelstellingen heeft bereikt, worden indicatoren en normen bepaald.

1. Structuurindicator:
 - % patiënten dat onmiddellijk toegang heeft tot (delen) van hun elektronisch patiëntendossier;
 - % medewerkers die een interne bijscholing rond agressie heeft gevolgd de afgelopen 2 jaar.
2. Procesindicator: % medewerkers dat effectief een bijzondere gebeurtenis heeft gemeld het afgelopen jaar.
3. Uitkomstindicator: % medewerkers die een hoger veiligheidsgevoel ervaren (VAS), (3 maanden na de interne agressieopleiding).

Voorbeeld Sp-ziekenhuizen: verpleegkundig departement¹¹

Missie:

Binnen de instelling wordt de best mogelijke en verantwoorde verpleegkundige zorg verleend.

Visie:

Binnen het verpleegkundig departement willen we veilige en op wetenschappelijke evidentie gebaseerde kwaliteitszorg verlenen met behulp van sterke teams met gemotiveerde, deskundige en tevreden toegewezen verpleegkundigen die van opname tot ontslag verantwoordelijk blijven voor de patiënt en die dit doen met verantwoord gebruik van middelen met tevreden patiënten tot gevolg.

Doelstellingen:

Het verpleegkundig departement heeft op basis van deze visie de volgende doelstellingen bepaald:

1. De kans op schade aan de patiënt wordt tot 0 herleid door het nemen van preventieve maatregelen.

¹¹ Voorbeeld uit een Belgisch Sp-ziekenhuis.

2. Alle verpleegkundigen dienen minimaal 80 % te scoren op een specifieke kennistest met betrekking tot de kritische domeinen van de balansscorekaart.
3. 90 % van de medewerkers is tevreden met zijn/haar job.

Indicatoren:

Om te weten of het verpleegkundig departement de doelstellingen heeft bereikt, worden indicatoren en bijhorende normen bepaald.

1. Structuurindicator: % dagen dat gewerkt wordt onder de minimale personeelsbezetting.
2. Procesindicator: % verpleegkundigen dat een opleiding X heeft gevolgd.
3. Uitkomstindicator: % medewerkers dat minimum 80 % scoort voor jobtevredenheid.

HOOFDSTUK 2.

PIJLER 2: ANALYSEREN EN (HER)- ONTWIKKELEN VAN EEN PROCES

Kernconclusies

- In totaal werden door 178 van de 185 deelnemende Belgische ziekenhuizen **202 verbeterprocessen** ingediend.
- 68 % van alle verbeterprocessen zijn zorgprocessen, 32 % gaat over intramurale transfer, in 8 op 10 van de gevallen over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site.
- 51 % van de zorgprocessen uit de **acute ziekenhuizen** gaan over totale heupprothese, totale knieprothese, borstcarcinoom en CVA. Over blaascarcinoom, longcarcinoom en laparotomische cholecystectomie werd geen enkele verbeteractie ingediend.
- 67 % van de zorgprocessen uit de **psychiatrische ziekenhuizen** hebben betrekking op beleidsmatige prioriteiten van de instelling zoals metabool syndroom, medicatie, zorgcommunicatie en valpreventie. De zorgprocessen over agressie betreffen voornamelijk agressiebeheersing, beleid en preventie.
- 77 % van de zorgprocessen uit de **Sp-ziekenhuizen** hebben betrekking op pathologieën waarvoor in 2007 een hoog aantal opnames werden gerealiseerd zoals CVA en totale knieprothese.
- Voor 73 % van de verbeterprocessen werd een **multidisciplinair team** samengesteld. Hierbij zijn geen markante verschillen op te merken tussen de ziekenhuistypes.
- **Service Level Agreements (SLA's)** worden afgesloten voor 22 % van de verbeterprocessen.
- Voor 15 % van de opgestelde verbeterprocessen (30/202) kon het gevraagde **10-stappenplan** helemaal worden doorlopen, tot en met de fase van borging.

- Voor 66 % van de ingediende verbeterprocessen werden **indicatoren** geformuleerd en voor 65 % van de ingediende verbeterprocessen werden **sleutelinterventies** geformuleerd.
- 7 op 10 van de geformuleerde indicatoren en sleutelinterventies betroffen **zorgprocessen**, 1 op 3 ging over intramurale transfer, voornamelijk binnen eenzelfde ziekenhuis of site.
- **Acute ziekenhuizen** formuleren de meeste indicatoren over totale heupprothese, vaginale bevallingen en totale knieprothese. Sleutelinterventies worden voornamelijk bepaald voor totale heupprothese en diabetes.
- In **psychiatrische ziekenhuizen** worden de meeste indicatoren en sleutelinterventies geformuleerd over agressie, metabool syndroom en valpreventie.
- In **Sp-ziekenhuizen** is totale knieprothese het belangrijkste thema waarover indicatoren en sleutelinterventies worden opgemaakt (76 %).
- Ziekenhuizen formuleren **weinig meetbare indicatoren**: het ontbreken van het 'meetbare' laat niet toe evoluties in de tijd te volgen en te monitoren, cijfermatige doelen te expliciteren, te vergelijken met andere eenheden of instellingen en bij te sturen.
- Ziekenhuizen zijn **niet vertrouwd** met het begrip 'sleutelinterventie'.

1. INLEIDING

Zorgprocessen zijn processen waar doorgaans meerdere ziekenhuisafdelingen en/of teams bij betrokken zijn.

Uit de literatuur en uit verschillende praktijkervaringen blijkt dat het toepassen van zorgprocessen kan leiden tot een daling van:

- het aantal klachten,
- de variatie van zorg,
- het aantal onnodige onderzoeken en/of interventies,
- het aantal heropnames,
- het aantal ligdagen.

Zorgprocessen dienen volgens een specifieke methodiek te worden opgesteld (bv. de PDCA-cyclus) en moeten op regelmatige basis geëvalueerd en verbeterd worden. Vervolgens moet men nagaan of de doorgevoerde veranderingen

een daadwerkelijke verbetering tot stand hebben gebracht en is het noodzakelijk om dit te kunnen meten.¹² Daarom moeten de geformuleerde verbeteracties ‘SMART’ worden geformuleerd. Alleen zo kunnen de resultaten van de verbeteracties worden geëvalueerd. SMART staat voor: **S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ceptabel, **R**ealistisch en **T**ijdsgebonden. Dit wil zeggen dat de verbeteractie duidelijk moet zijn (specifiek), dat men moet kunnen nagaan of de verbeteractie gerealiseerd is (meetbaar), dat er voldoende draagvlak en betrokkenheid moet zijn (acceptabel), dat de verbeteractie uitvoerbaar is (realistisch) en dat er een duidelijke start- en einddatum is bepaald (tijdsgebonden).

In tegenstelling tot het eerste contractjaar (2007-2008) werd in het tweede contractjaar gedifferentieerd tussen de drie ziekenhuistypes. Acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen konden de keuze maken uit een vooraf opgegeven lijst met mogelijke thema's (zorgthema's en intramurale transfer). Intramurale transfer werd aan pijler 2 toegevoegd om ziekenhuizen de mogelijkheid te geven een verbeteractie op basis van de resultaten van de dimensie ‘overdracht en transfer’ van de patiëntveiligheidscultuurmeting te integreren in pijler 2. Intramurale transfer was een keuzemogelijkheid voor de drie ziekenhuistypes.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

In het contract 2008-2009 werd aan de Belgische ziekenhuizen gevraagd om:

- een bestaand of nieuw (deel)proces te kiezen uit een vooraf opgegeven lijst;
- voor het gekozen (deel)proces aan te geven of hiervoor een multidisciplinair team werd opgericht;
- aan te geven of er Service Level Agreements (SLA's) werden gebruikt;
- het gekozen (deel)proces te (her)ontwikkelen, te verbeteren en/of te (her)analyseren volgens een 10-stappenplan;
- de gebruikte indicatoren en sleutelinterventies te identificeren in relatie tot het gekozen verbeterproces.

Alvorens op elk van bovengenoemde aspecten en de gebruikte methodologie in te gaan, wordt eerst stilgestaan bij de gehanteerde terminologie.

2.1. Terminologie

Bij de verwerking van de resultaten werd onderscheid gemaakt tussen ‘verbeterprocessen’, ‘zorgprocessen’ en ‘intramurale transferprocessen’. Hierna wordt elk van deze begrippen verduidelijkt.

¹² www.nivel.nl.

- Verbeterprocessen: alle zorgprocessen en intramurale transferprocessen.
- Zorgprocessen:
 - in de acute ziekenhuizen: processen gebaseerd op een pathologie;
 - in de psychiatrische ziekenhuizen: processen gebaseerd op beleidsmatige prioriteiten, agressie of pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigen;
 - in Sp-ziekenhuizen: processen gebaseerd op pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigen.
- Intramurale transferprocessen:
 - processen over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site;
 - processen over intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis.

2.2. De gekozen verbeterprocessen

Voor de acute ziekenhuizen waren er drie keuzemogelijkheden:

1. een intramuraal transferproces;
2. een (deel)proces gebaseerd op de resultaten van de klinische indicatoren van de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen (MFZ)¹³;
3. een (deel)proces gekozen uit een vooraf opgegeven lijst met pathologieën met een groot volume aan ziektebeelden, waar gegevens voor beschikbaar zijn, waar Minimaal Klinische Gegevens (MKG) over bestaan of waarvoor reeds bestaande zorgprocessen met een multidisciplinair karakter zijn uitgewerkt.

De gekozen zorgprocessen konden betrekking hebben op de volgende pathologieën:

- congestief hartfalen (MFZ),
- AMI (Acuut Myocard Infarct) (MFZ),
- CAP (Community Acquired Pneumonia) (MFZ),
- CVA (Cerebrovasculair accident) (MFZ),
- heupfractuur (MFZ),
- laparotomische cholecystectomie (MFZ),
- keizersnede (MFZ),
- diabetes,
- totale heupprothese,
- totale knieprothese,
- laparoscopische cholecystectomie,

13 Het rapport 'Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen' (MFZ) van de FOD VVVL (april 2008) werd aan alle acute ziekenhuizen overgemaakt in het voorjaar van 2008.

- liesbreuk,
- vaginale bevallingen,
- prostaatcarcinomen,
- blaascarcinomen,
- borstcarcinomen,
- longcarcinomen,
- colorectale carcinomen.

Aan de psychiatrische ziekenhuizen werd gevraagd om een keuze te maken uit:

1. een (deel)proces over agressie;
2. een (deel)proces rond een beleidsmatige prioriteit;
3. een (deel)proces waarvan zij in 2007 een hoog aantal opnames hadden gerealiseerd;
4. een intramuraal transferproces.

De Sp-ziekenhuizen konden hun eigen werking evalueren en analyseren aan de hand van:

1. een (deel)proces waarvan zij in 2007 een hoog aantal opnames hadden gerealiseerd;
2. een intramuraal transferproces.

2.3. Het samenstellen van een multidisciplinair team

Voor het verbeteren en/of analyseren van een verbeterproces is het nodig een multidisciplinair team samen te stellen. Dit team is verantwoordelijk voor de keuze van het verbeterproject en kan ook bijdragen tot het creëren van voldoende draagvlak in de implementatiefase. Daarom is het aangewezen om ook directie en zorgmanagers in deze fase te betrekken.¹⁴

2.4. Het gebruik van Service Level Agreements (SLA's)

Voor het analyseren en (her)ontwikkelen van een bestaand of een nieuw proces kunnen ziekenhuizen gebruik maken van Service Level Agreements (SLA's) ter ondersteuning. De ziekenhuizen waren niet verplicht om gebruik te maken van SLA's.

¹⁴ www.zonmw.nl.

Een Service Level Agreement (SLA) is een overeenkomst tussen een dienstverlener en een klant over het minimaal aanvaardbare dienstverleningsniveau. SLA's zijn een belangrijk aspect van service management en worden in steeds meer organisaties gebruikt om de kwaliteit van dienstverlening tussen interne afdelingen en interne of externe klanten te beheren. Hoewel het concept zijn oorsprong in de ICT-wereld vond, worden SLA's nu ook steeds vaker in ziekenhuizen gebruikt om aan de toenemende verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van de zorg te kunnen voldoen. Ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld SLA's implementeren tussen enerzijds ondersteunende diensten (zoals medische beeldvorming, apotheek, revalidatie, voeding, schoonmaak, ...) en anderzijds de interne 'klanten': de zorgeenheden, waar de kernactiviteit van het ziekenhuis, de zorg voor de patiënt, gerealiseerd wordt. Dankzij de SLA's wordt de ondersteunende dienstverlening optimaal afgestemd op de kernzorg. De kwaliteit van de interne dienstverlening en als gevolg hiervan ook de kwaliteit van de zorg kan zo worden geoptimaliseerd.¹⁵

2.5. Het 10-stappenplan

De te volgen methodiek bij het opstellen, verbeteren of analyseren van het verbeterproces diende, voor de drie ziekenhuistypes, minstens de volgende 10 stappen te bevatten:

1. samenstellen van de multidisciplinaire werkgroep die het eigenlijke project zal uitvoeren;
2. bepalen van inclusie- en exclusiecriteria en het samenstellen van een indicatorenset;
3. uitvoeren van een voormeting, dossieranalyse en literatuurstudie;
4. opstellen van een eerste procesomschrijving en het bepalen van sleutelinterventies;
5. opstellen van een tweede procesomschrijving rekening houdend met de door het team opgestelde verbetervoorstellen en toetsing van het proces aan de realiteit;
6. ontwikkelen van de definitieve versie van het proces;
7. implementeren en educatie;
8. uitvoeren van een nameting;
9. analyseren van de nameting en waar nodig het proces aanpassen;
10. borgen van het proces.

De resultaten m.b.t. de gekozen verbeterprocessen, het multidisciplinair team, de Service Level Agreements (SLA's) en het 10-stappenplan werden door de

¹⁵ www.vlerick.be; www.medineews.be.

ziekenhuizen ingevuld in een gestandaardiseerd rapportagedocument (Excel) voor pijler 2 dat werd opgemaakt door de FOD VVVL. De gegevens werden kwantitatief verwerkt, op landelijk niveau en – indien relevant – ook per type ziekenhuis.

2.6. De indicatoren

Zorgindicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de zorg. Indicatoren geven richting aan een organisatie en zijn signalen van goede of slechte kwaliteit. In hoofdstuk 1 werd het onderscheid tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren verduidelijkt. In dit hoofdstuk wordt het accent gelegd op procesindicatoren die een indicatie geven over het verloop van processen in een organisatie.¹⁶

2.7. De sleutelinterventies

Het werken met processen heeft als meerwaarde de kwaliteit van zorg te verbeteren door klinische praktijkrichtlijnen in multidisciplinair verband te implementeren en dus de toepassing van de meest recente medische, paramedische en verpleegkundige kennis te optimaliseren. Sleutelinterventies zijn de meest belangrijke interventies in het zorgproces en hebben een impact op de doorlooptijd of de outcome van het proces.¹⁷ Het aanduiden van sleutelinterventies kan bijdragen aan de implementatie van richtlijnen.

Voor het verwerken van de resultaten m.b.t. indicatoren en sleutelinterventies werd gebruikt gemaakt van het gestandaardiseerd rapportagedocument voor pijler 2, aangevuld met bijkomende gegevens. Een bijkomende bevraging over indicatoren en sleutelinterventies werd in april 2010 georganiseerd. Hierin werd gevraagd om de gebruikte indicatoren en sleutelinterventies per verbeterproces te formuleren. De responsgraad op deze bijkomende bevraging was 85 %. De bijkomende gegevens hebben een meer diepgaande analyse toegelaten.

3. RESULTATEN

De resultaten worden weergegeven in 6 onderdelen:

- de gekozen verbeterprocessen waarbij het onderscheid gemaakt wordt tussen ‘zorgprocessen’ en ‘intramurale transferprocessen’;

¹⁶ www.zichtbarezorg.nl.

¹⁷ Kris Vanhaecht, CZV-KULeuven, 2008.

- het samenstellen van een multidisciplinair team;
- het gebruik van Service Level Agreements (SLA's);
- het 10-stappenplan;
- de indicatoren;
- de sleutelinterventies.

3.1. De gekozen verbeterprocessen

Hierna wordt een globaal overzicht gegeven van de ingediende verbeterprocessen waarbij de processen over intramurale transfer worden onderscheiden van de zorgprocessen. Vervolgens worden de aantallen en de aard van de gekozen verbeterprocessen weergegeven, eerst voor alle ziekenhuizen, vervolgens per type ziekenhuis.

3.1.1. Aantal ingediende verbeterprocessen

De deelnemende Belgische ziekenhuizen (n = 185) hebben in totaal 202 verbeterprocessen ingediend (op 178 ontvangen rapportages voor pijler 2). Twaalf ziekenhuizen hebben meer dan één verbeterproces ingediend. Zes ziekenhuizen hebben geen verbeterproces ingediend (tabel 1).

Tabel 1: Aantal ingediende verbeterprocessen door alle Belgische ziekenhuizen en per type ziekenhuis

	AZ		PZ		Sp		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
n deelnemende ziekenhuizen	109	59 %	57	31 %	19	10 %	185	100 %
n ontvangen rapportages voor pijler 2	106	60 %	54	30 %	18	10 %	178	100 %
n ingediende verbeterprocessen	129	64 %	56	28 %	17	8 %	202	100 %

64 % van de ingediende verbeterprocessen was afkomstig uit de acute ziekenhuizen, 28 % uit de psychiatrische ziekenhuizen en 8 % uit de Sp-ziekenhuizen.

3.1.2. Aard van de ingediende verbeterprocessen

68 % van alle ingediende verbeterprocessen zijn zorgprocessen, 32 % gaat over intramurale transfer. Ongeveer 8 op 10 (51 op 64) van de intramurale transferprocessen betreft intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 2).

Tabel 2: Aard van de ingediende verbeterprocessen door alle Belgische ziekenhuizen en per type ziekenhuis

	AZ		PZ		Sp		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zorgprocessen	86	67 %	39	70 %	13	76 %	138	68 %
intramurale transferprocessen	43	33 %	17	30 %	4	24 %	64	32 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	33	25 %	14	25 %	4	24 %	51	25 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	10	8 %	3	5 %	0	0 %	13	7 %
Totaal	129	100 %	56	100 %	17	100 %	202	100 %

Hierna worden de verbeterprocessen besproken, per type ziekenhuis.

3.1.3. Gekozen verbeterprocessen in de acute ziekenhuizen

De acute ziekenhuizen hebben in totaal 129 verbeterprocessen (op een totaal van 106 ontvangen rapporten) ingediend. Drie ziekenhuizen hebben geen enkel verbeterproces ingediend (tabel 1).

67 % van de ingediende verbeterprocessen is een zorgproces. Hiervan is 60 % gekozen uit een vooraf opgegeven lijst met pathologieën, 7 % betreft 'andere' klinische processen zoals bv. een proces over de zorgbundel 'centraal veneuze lijn'. 33 % gaat over intramurale transferprocessen (tabel 2).

De helft (51 %) van de ingediende zorgprocessen gaat over totale heupprothese (22 %), totale knieprothese (10 %), borstcarcinoom (10 %) en CVA (9 %).

Voor blaascarcinoom, longcarcinoom en laparotomische cholecystectomie werd geen enkel verbeterproces ingediend.

77 % van de ingediende intramurale transferprocessen gaan over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 3).

Tabel 3: Aard van de ingediende verbeterprocessen door de acute ziekenhuizen

	n	%
totale heupprothese	19	22 %
totale knieprothese	9	10 %
borstcarcinoom	9	10 %
CVA	8	9 %
keizersnede	6	7 %
AMI	6	7 %
vaginale bevallingen	5	6 %
diabetes	5	6 %
heupfractuur	4	5 %
colorectale carcinomen	2	2 %
liesbreuk	2	2 %
laparoscopische cholecystectomie	2	2 %
congestief hartfalen	1	1 %
prostaatcarcinoom	1	1 %
CAP	1	1 %
blaascarcinoom	0	0 %
longcarcinoom	0	0 %
laparotomische cholecystectomie	0	0 %
andere	6	7 %
Totaal zorgprocessen	86	100 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	33	77 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	10	23 %
totaal intramurale transferprocessen	43	100 %
Totaal	129	

3.1.4. Gekozen verbeterprocessen in de psychiatrische ziekenhuizen

Door de psychiatrische ziekenhuizen werden in totaal 56 verbeterprocessen ingediend (op een totaal van 54 ontvangen rapporten). Twee ziekenhuizen hebben geen verbeterproces ingediend (tabel 1).

70 % van de ingediende verbeterprocessen zijn zorgprocessen. Hiervan gaat 67 % over op een beleidsmatige prioriteit, 26 % over agressie en 8 % heeft betrekking op zorgprocessen waarvoor in 2007 een hoog aantal opnames zijn gerealiseerd. 30 % of 17 van de 56 ingediende verbeterprocessen gaat over intramurale transfer (tabellen 2 en 4).

De ingediende zorgprocessen over beleidsmatige prioriteiten gaan over metabool syndroom (n = 5), medicatie (n = 4), zorgcommunicatie (n = 3), valpreventie (n = 3), isolatie en dwangmaatregelen (n = 2), ondervoeding bij ouderen (n = 1), het elektronisch patiëntendossier (n = 1), fixatie (n = 1), crisishantering (n = 1), diagnostiek en therapie (n = 1), nazorgplanning (n = 1), ontslagproces (n = 1) slikproblemen (n = 1) en veiligheidsmetingen (n = 1).

De zorgprocessen over agressie (n = 10) hadden voornamelijk betrekking op agressiebeheersing, beleid en preventie.

Drie psychiatrische ziekenhuizen hebben een zorgproces opgestart m.b.t. een hoog aantal gerealiseerde opnames in 2007. De thema's waren:

- crisisobservatie op een ontwenningafdeling;
- klinisch pad 'majeure depressie';
- isolatie.

82 % van de transferprocessen had betrekking op intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site, 18 % op intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis (tabel 4).

Tabel 4: Aard van de ingediende verbeterprocessen door de psychiatrische ziekenhuizen

	n	%
beleidsmatige prioriteit	26	67 %
agressie	10	26 %
hoog aantal opnames	3	8 %
Totaal zorgprocessen	39	100 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	14	82 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	3	18 %
Totaal intramurale transferprocessen	17	100 %
Totaal	56	

3.1.5. Gekozen verbeterprocessen in de Sp-ziekenhuizen

Door de Sp-ziekenhuizen werden 17 verbeterprocessen ingediend (op een totaal van 18 ontvangen rapporten). Eén Sp-ziekenhuis heeft geen verbeterproces ingediend (tabel 1).

76 % van de ingediende verbeterprocessen zijn zorgprocessen. Hiervan heeft 77 % betrekking op pathologieën waarvoor in 2007 een hoog aantal opnames zijn gerealiseerd, 23 % van de zorgprocessen gaat over andere thema's. Bijna 1 op 4 (24 %) van de ingediende verbeterprocessen is een proces over intramurale transfer (tabellen 2 en 5).

De ingediende zorgprocessen met een hoog aantal opnames betrof volgende pathologieën:

- CVA (3 ziekenhuizen);
- totale knieprothese (2 ziekenhuizen);
- totale heupprothese (1 ziekenhuis);
- ziekten en aandoeningen van het hart- en vaatstelsel (1 ziekenhuis);
- chronische multipathologie als uitlokkende factor voor valincidenten (1 ziekenhuis).

Twee ziekenhuizen hebben het ingediende verbeterproces niet gespecificeerd.

Andere verbeterprocessen die werden ingediend gingen over het extern contractueel vervoer van MS-patiënten (n = 1), het opnameproces (n = 1), en medicatie (n = 1).

Tabel 5: Aard van de ingediende verbeterprocessen door de Sp-ziekenhuizen

	n	%
hoog aantal opnames	10	77 %
andere	3	23 %
Totaal zorgprocessen	13	100 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	4	100 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	0	0 %
Totaal intramurale transferprocessen	4	100 %
Totaal	17	

3.2. Het samenstellen van een multidisciplinair team

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd of een multidisciplinair team werd samengesteld voor het verbeteren en/of analyseren van het gekozen verbeterproces.

In totaal is voor 73 % van de ingediende verbeterprocessen (147 van de 202) een multidisciplinair team samengesteld. Er zijn geen grote verschillen op te merken tussen de 3 ziekenhuistypes. Voor verbeterprocessen in Sp-ziekenhuizen wordt iets vaker een multidisciplinair team opgericht (76 %). In acute en psychiatrische ziekenhuizen is dit respectievelijk 73 % en 71 % (tabel 6).

Het was niet mogelijk om na te gaan of directies, artsen en zorgmanagers hierbij betrokken waren.

Tabel 6: Karakteristieken van de ingediende verbeterprocessen per type ziekenhuis

	AZ		PZ		Sp		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ingediende verbeterprocessen	129	100 %	56	100 %	17	100 %	202	100 %
samenstellen van een multidisciplinair team	94	73 %	40	71 %	13	76 %	147	73 %
gebruik van SLA's	37	29 %	5	9 %	3	18 %	45	22 %
10-stappenplan helemaal doorlopen	17	13 %	9	16 %	4	24 %	30	15 %

3.3. Het gebruik van Service Level Agreements (SLA's)

Ziekenhuizen konden vrijblijvend gebruik maken van SLA's.

De resultaten leren ons dat voor 1 op 5 van alle verbeterprocessen (22 %), SLA's worden ontwikkeld. In acute ziekenhuizen is dit het geval voor 29 % van de verbeterprocessen, in Sp-ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen is dit respectievelijk in 18 % en 9 % van de verbeterprocessen het geval (tabel 6).

3.4. Het 10-stappenplan

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om, bij het opstellen, verbeteren of analyseren van het gekozen proces, de PDCA-cyclus te volgen. De onderstaande resultaten hebben betrekking op de mate waarin het 10-stappenplan werd gevolgd. De ziekenhuizen dienden twee verschillende vragen te beantwoorden m.b.t. het verbeterproces en het 10-stappenplan:

- werd voor het verbeterproces het 10-stappenplan helemaal doorlopen?
- duid aan welke stappen er voor het verbeterproces werden afgewerkt.

Wanneer men de antwoorden van beide vragen naast elkaar legt, ziet men licht verschillende resultaten.

3.4.1. 10-stappenplan helemaal doorlopen, tot en met de fase van borging

In totaal is voor 15 % (n = 30) van de ingediende verbeterprocessen het 10-stappenplan helemaal doorlopen, tot en met de fase van borging. In de acute ziekenhuizen was dit 13 % (17 op 129), in de psychiatrische ziekenhuizen 16 % (9 op 56) en in de Sp-ziekenhuizen 24 % (4 op 17) (tabel 6).

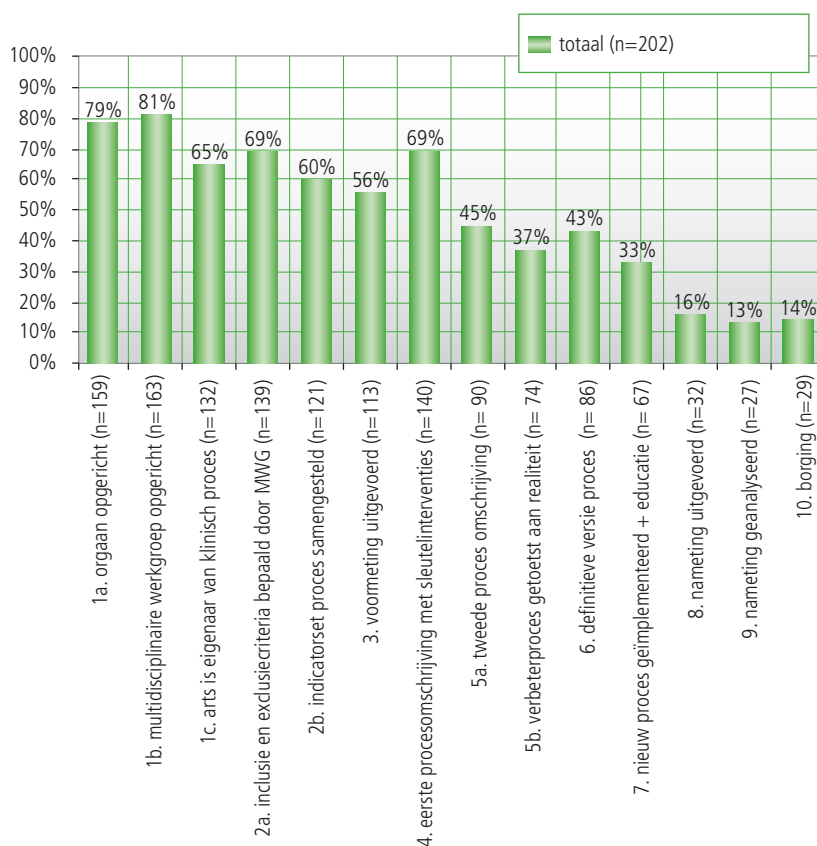
3.4.2. Mate waarin de respectievelijke processtappen werden bereikt voor alle verbeterprocessen

De mate waarin de respectievelijke processtappen werden bereikt voor alle verbeterprocessen is weergegeven in grafiek 1. Hieruit blijkt dat voor 69 % van de verbeterprocessen een eerste procesomschrijving met sleutelinterventies (stap 4) geformuleerd kon worden. Voor deze processen werden alle voorafgaandelijke fasen niet allemaal gevolgd. Zo is bijvoorbeeld maar voor 56 % van de verbeterprocessen een voormeting uitgevoerd, in 60 % van de gevallen is een indicatorenset samengesteld en voor 69 % van de verbeterprocessen werden inclusie- en exclusiecriteria bepaald door de MWG (Multidisciplinaire WerkGroep). In 65 % van de verbeterprocessen is een arts eigenaar.

Volgens deze gegevens bereikt men de borging voor 29 verbeterprocessen (14 %), in tegenstelling tot de cijfers van vorige paragraaf waar sprake is van 30 verbeterprocessen met volledig doorlopen stappenplan.

Hoe verder men gaat in de verbetercyclus, hoe minder ziekenhuizen (verbeterprocessen) erin slagen om het 10-stappenplan helemaal te doorlopen. De meeste ziekenhuizen hebben dan ook aangegeven dat de 10 stappen binnen het tijdsbestek van één jaar niet allemaal konden worden doorlopen.

Figuur 1: Mate (%) waarin de respectievelijke processtappen werden bereikt voor alle verbeterprocessen



3.5. De indicatoren

3.5.1. Aantal verbeterprocessen met indicatoren

Voor 66 % van de ingediende verbeterprocessen werden indicatoren geformuleerd. De psychiatrische ziekenhuizen hebben verhoudingsgewijs het grootste aantal verbeterprocessen met indicatoren ingediend (82 %) (tabel 7).

Tabel 7: Aantal verbeterprocessen met indicatoren

	AZ		PZ		Sp		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aantal ingediende verbeterprocessen	129		56		17		202	
aantal verbeterprocessen met indicatoren	75	58 %	46	82 %	12	71 %	133	66 %

3.5.2. Aard van de geformuleerde indicatoren voor alle ziekenhuizen samen

Voor 133 van de 202 ingediende verbeterprocessen werden 840 indicatoren geformuleerd. 73 % hiervan betrof indicatoren over zorgprocessen, 27 % ging over intramurale transferprocessen, voornamelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabellen 7 en 8).

Tabel 8: Aard van de geformuleerde indicatoren

	aantal indicatoren		aantal processen met indicatoren		aantal ingediende processen	
	n	%	n	%	n	%
zorgprocessen	611	73 %	94	71 %	138	68 %
intramurale transferprocessen	229	27 %	39	29 %	64	32 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	200	24 %	32	24 %	51	25 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	29	3 %	7	5 %	13	7 %
Totaal	840	100%	133	100%	202	100%

Ziekenhuizen formuleren gemiddeld 6,5 (611/94) indicatoren per zorgproces en 6 indicatoren per intramuraal transferproces (229/39).

Hierna worden de indicatoren besproken, per type ziekenhuis.

3.5.3. Indicatoren in de acute ziekenhuizen

De acute ziekenhuizen hebben indicatoren geformuleerd voor 75 van de 129 ingediende verbeterprocessen. In totaal worden hiervoor 532 indicatoren (op een totaal van 840) geformuleerd. 78 % hiervan betrof indicatoren over zorgprocessen (414 op 532), 22 % ging over intramurale transfer (118 op 532) (tabel 9).

55 % van de indicatoren over zorgprocessen gaan over totale heupprothese (20 %), vaginale bevallingen (20 %) en totale knieprothese (n = 15 %). Voor alle andere zorgprocessen is het % ingediende indicatoren lager dan 10 %. Opvallend is het hoog gemiddeld aantal indicatoren voor vaginale bevallingen (21) totale knieprothese (15), AMI (12), colorectale carcinomen (11) en heupfractuur (10). Voor alle andere zorgprocessen varieert het gemiddelde tussen 2 en 8 indicatoren per proces.

De indicatoren m.b.t. intramurale transferprocessen betreffen hoofdzakelijk indicatoren over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (79 %).

Tabel 9: Indicatoren in de acute ziekenhuizen

	aantal indicatoren		gemiddeld aantal indicatoren per proces
	n	%	
totale heupprothese	83	20 %	8
vaginale bevallingen	83	20 %	21
totale knieprothese	61	15 %	15
CVA	34	8 %	7
heupfractuur	29	7 %	10
borstcarcinoom	24	6 %	3
AMI	24	6 %	12
colorectale carcinomen	22	5 %	11
keizersnede	22	5 %	7
diabetes	13	3 %	3
liesbreuk	4	1 %	4
prostaatcarcinoom	4	1 %	4

	aantal indicatoren		gemiddeld aantal indicatoren per proces
	n	%	
laparoscopische cholecystectomie	2	0 %	2
congestief hartfalen	0	0 %	0
CAP	2	0 %	2
blaascarcinoom	0	0 %	0
longcarcinoom	0	0 %	0
laparotomische cholecystectomie	0	0 %	0
andere zorgprocessen	7	2 %	2
Totaal zorgprocessen	414	100 %	8
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	93	79 %	6
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	25	21 %	5
Totaal intramurale transferprocessen	118	100 %	6
Totaal	532		4

3.5.4. Indicatoren in de psychiatrische ziekenhuizen

De psychiatrische ziekenhuizen formuleren in totaal 212 indicatoren voor 46 van de 56 ingediende verbeterprocessen met gemiddeld 5 indicatoren per verbeterproces. 61 % van de indicatoren over een zorgproces is gerelateerd aan een beleidsmatige prioriteit, 36 % gaat over agressie. 3 % van de indicatoren hebben betrekking op een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigd. De indicatoren over intramurale transfer gaan bijna uitsluitend over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (94 %) (tabel 10).

Tabel 10: Indicatoren in de psychiatrische ziekenhuizen

	aantal indicatoren		gemiddeld aantal indicatoren per proces
	n	%	
beleidsmatige prioriteit	86	61 %	4
agressie	50	36 %	6
hoog aantal opnames	4	3 %	2
Totaal zorgprocessen	140	100 %	5

	aantal indicatoren		gemiddeld aantal indicatoren per proces
	n	%	
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	68	94 %	5
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	4	6 %	2
Totaal intramurale transferprocessen	72	100 %	5
Totaal	212		5

67 % van de indicatoren over beleidsmatige prioriteiten gaan over metabool syndroom (24 %), valpreventie (16 %), isolatie en dwangmaatregelen (14 %) en fixatie (13 %) (tabel 11).

Tabel 11: Indicatoren over beleidsmatige prioriteiten in de psychiatrische ziekenhuizen

	aantal indicatoren	
	n	%
metabool syndroom	21	24 %
valpreventie	14	16 %
isolatie en dwangmaatregelen	12	14 %
fixatie	11	13 %
diagnostiek en therapie	5	6 %
medicatie	4	5 %
ontslagproces	4	5 %
veiligheidsmetingen	4	5 %
elektronisch patiëntendossier	3	3 %
zorgcommunicatie	3	3 %
nazorgplanning	2	2 %
ondervoeding bij ouderen	1	1 %
crisishantering	1	1 %
slikproblemen	1	1 %
Totaal	86	100 %

De indicatoren over agressie hebben betrekking op het aantal agressie-incidenten, auto-agressie, agressie t.o.v. personen en objecten en afzonderingsmaatregelen en fixaties ten gevolge van agressie.

De indicatoren over een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigde in 2007 hadden betrekking op crisisobservatie op een ontweningsafdeling.

3.5.5. Indicatoren in de Sp-ziekenhuizen

De Sp-ziekenhuizen formuleren in totaal 96 indicatoren voor 12 van de 17 ingediende verbeterprocessen met gemiddeld 8 indicatoren per verbeterproces. 65 % van de indicatoren over zorgprocessen is gerelateerd aan een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigd, 35 % gaat over andere zorgprocessen. De indicatoren over intramurale transfer hebben enkel betrekking op intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 12).

Tabel 12: Indicatoren in de Sp-ziekenhuizen

	aantal indicatoren		gemiddeld aantal indicatoren per proces
	n	%	
hoog aantal opnames	37	65 %	12
andere	20	35 %	3
Totaal zorgprocessen	57	100 %	6
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	39	100 %	13
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	0	0 %	0
Totaal intramurale transferprocessen	39	100 %	13
Totaal	96		8

De indicatoren over pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigden in 2007 hebben voornamelijk betrekking op totale knieprothese (76 %) en CVA (11 %) (tabel 13).

Tabel 13: Indicatoren over pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigden in 2007 in de Sp-ziekenhuizen

	aantal indicatoren	
	n	%
totale knieprothese	28	76 %
CVA	4	11 %
totale heupprothese	3	8 %
chronische multipathologie	2	5 %
Totaal	37	100 %

De indicatoren over andere zorgprocessen gaan over extern contractueel vervoer van MS-patiënten, het opnameproces en medicatie.

Bij de rapportering over het stappenplan m.b.t. de verbeterprocessen (paragraaf 3.4.2.) vermeldt 60 % van de ziekenhuizen dat een indicatorenset werd samengesteld voor het verbeterproces. Wanneer men echter de opgegeven indicatoren nauwkeurig bekijkt, dan ontbreekt vaak het ‘meetbare’ (teller, noemer, streefcijfers, etc.). Hieruit kan men afleiden dat ziekenhuizen het concept ‘indicator’ onvoldoende beheersen waardoor hoogstwaarschijnlijk processen en resultaten onvoldoende worden opgevolgd en bijgestuurd.

Alle aangeleverde indicatoren (per verbeterproject en per type ziekenhuis) zijn terug te vinden in pdf-formaat op de website: www.patient-safety.be (zie contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport contract 2008-2009).

3.6. De sleutelinterventies

Sleutelinterventies werden gedefinieerd als ‘interventies die daadwerkelijk een invloed hebben op het resultaat (uitkomst) en/of de doorstroomtijd van het proces’. Het is aan te bevelen om niet meer dan 10 sleutelinterventies per proces te definiëren.

3.6.1. Aantal verbeterprocessen met sleutelinterventies

Voor 65 % van de ingediende verbeterprocessen werden sleutelinterventies geformuleerd. De psychiatrische ziekenhuizen hebben verhoudingsgewijs het

grootst aantal verbeterprocessen met sleutelinterventies ingediend (82 %) (tabel 14).

Tabel 14: Aantal verbeterprocessen met sleutelinterventies

	AZ		PZ		Sp		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
n ingediende verbeterprocessen	129		56		17		202	
aantal verbeterprocessen met sleutelinterventies	77	60 %	46	82 %	9	53 %	132	65 %

3.6.2. Aard van de geformuleerde sleutelinterventies

Voor 132 van de 202 ingediende verbeterprocessen werden 890 sleutelinterventies geformuleerd. 70 % hiervan betrof sleutelinterventies over zorgprocessen, 30 % ging over intramurale transferprocessen, voornamelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 15). Ziekenhuizen beschrijven gemiddeld 7 sleutelinterventies (627/94) per verbeterproces.

Tabel 15: Aard van de geformuleerde sleutelinterventies

	aantal sleutelinterventies		aantal processen met sleutelinterventies		aantal ingediende processen	
	n	%	n	%	n	%
zorgprocessen	627	70 %	94	71 %	138	68 %
intramurale transferprocessen	263	30 %	38	29 %	64	32 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	221	25 %	31	23 %	51	25 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	42	5 %	7	6 %	13	7 %
Totaal	890	100 %	132	100 %	202	100 %

Hierna worden de sleutelinterventies besproken per type ziekenhuis.

3.6.3. Sleutelinterventies in de acute ziekenhuizen

De acute ziekenhuizen hebben 510 sleutelinterventies geformuleerd voor 77 van de 129 ingediende verbeterprocessen (tabellen 14 en 16). 73 % (373 op 510) hiervan betrof sleutelinterventies over zorgprocessen, 27 % (137 op 510) ging over intramurale transfer (tabel 16).

Tabel 16: Sleutelinterventies in de acute ziekenhuizen

	aantal sleutelinterventies		gemiddeld aantal sleutelinterventies per proces
	n	%	
totale heupprothese	87	23 %	8
diabetes	36	10 %	9
borstcarcinoom	31	8 %	3
CVA	30	8 %	6
keizersnede	29	8 %	10
vaginale bevallingen	30	8 %	8
AMI	26	7 %	9
heupfractuur	26	7 %	9
andere zorgprocessen	27	7 %	7
totale knieprothese	20	5 %	5
colorectale carcinomen	14	4 %	7
laparoscopische cholecystectomie	6	2 %	6
liesbreuk	3	1 %	3
prostaatcarcinoom	5	1 %	5
CAP	3	1 %	3
congestief hartfalen	0	0 %	0
blaascarcinoom	0	0 %	0
longcarcinoom	0	0 %	0
laparotomische cholecystectomie	0	0 %	0
Totaal zorgprocessen	373	100 %	7
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	110	80 %	7
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	27	20 %	5
Totaal intramurale transferprocessen	137	100 %	7
Totaal	510		7

33 % van de geformuleerde sleutelinterventies voor zorgprocessen gaat over totale heupprothese (23 %) en diabetes (10 %). Voor alle andere zorgprocessen is het % ingediende sleutelinterventies lager dan 10 %.

Het gemiddeld aantal sleutelinterventies voor alle verbeterprocessen bedraagt 7. De sleutelinterventies m.b.t. intramurale transferprocessen betreffen hoofdzakelijk sleutelinterventies over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 16).

3.6.4. Sleutelinterventies in de psychiatrische ziekenhuizen

De psychiatrische ziekenhuizen formuleren in totaal 321 sleutelinterventies voor 46 van de 56 ingediende verbeterprocessen met gemiddeld 7 sleutelinterventies per verbeterproces (tabellen 14 en 17). 58 % van de sleutelinterventies over zorgprocessen is gerelateerd aan een beleidsmatige prioriteit, 39 % gaat over agressie en 2 % op een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigt.

De sleutelinterventies over intramurale transfer gaan bijna uitsluitend over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 17).

Tabel 17: Sleutelinterventies in de psychiatrische ziekenhuizen

	aantal sleutelinterventies		gemiddeld aantal sleutelinterventies per proces
	n	%	
beleidsmatige prioriteit	124	58 %	6
agressie	84	39 %	9
hoog aantal opnames	5	2 %	5
Totaal zorgprocessen	213	100 %	7
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	93	86 %	7
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	15	14 %	8
Totaal intramurale transferprocessen	108	100 %	7
Totaal	321		7

37 % van de sleutelinterventies over beleidsmatige prioriteiten gaan over metabool syndroom (19 %) en valpreventie (18 %), (tabel 18). Het aantal sleutelinterventies voor de andere verbeterprocessen is telkens lager dan 10 %.

De sleutelinterventies over agressie hebben ondermeer betrekking op agressiebeleid, het hertekenen van het agressiebeheersingsproces, het omgaan met stress ten gevolge van agressie.

De sleutelinterventies over een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigde in 2007 hadden betrekking op crisisobservatie op een ontweningsafdeling.

Tabel 18: Sleutelinterventies over beleidsmatige prioriteiten in de psychiatrische ziekenhuizen

	aantal sleutelinterventies	
	n	%
metabool syndroom	24	19 %
valpreventie	22	18 %
medicatie	11	9 %
fixatie	9	7 %
slikproblemen	9	7 %
ontslagproces	8	6 %
elektronische patiëntendossier	6	5 %
crisishantering	6	5 %
veiligheidsmetingen	6	5 %
isolatie en dwangmaatregelen	6	5 %
ondervoeding bij ouderen	5	4 %
nazorgplanning	5	4 %
zorgcommunicatie	4	3 %
diagnostiek en therapie	3	2 %
Totaal	124	100 %

3.6.5. Sleutelinterventies in de Sp-ziekenhuizen

De Sp-ziekenhuizen formuleren in totaal 59 sleutelinterventies voor 9 van de 17 ingediende verbeterprocessen met gemiddeld 7 sleutelinterventies per verbeterproces (tabellen 14 en 19). 71 % van de sleutelinterventies over een zorgproces is gerelateerd aan een pathologie dat een hoog aantal opnames vertegenwoordigt, 29 % gaat over andere zorgprocessen. De sleutelinterventies over intramurale transfer hebben enkel betrekking op intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 19).

Iets meer dan de helft van de sleutelinterventies over pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigden in 2007 gaan over totale knieprothese (52 %). Totale heupprothese en CVA vertegenwoordigen hetzelfde aantal sleutelinterventies (17 %). Over chronische multipathologie werden 4 sleutelinterventies geformuleerd (14 %) (tabel 20).

Tabel 19: Sleutelinterventies in de Sp-ziekenhuizen

	aantal sleutelinterventies		gemiddeld aantal sleutelinterventies per proces
	n	%	
hoog aantal opnames	29	71 %	6
andere	12	29 %	6
Totaal zorgprocessen	41	100 %	6
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	18	100 %	9
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	0	0 %	0
Totaal intramurale transferprocessen	18	100 %	9
Totaal	59		7

Tabel 20: Sleutelinterventies over pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigden in 2007 in de Sp-ziekenhuizen

	aantal sleutelinterventies	
	n	%
totale knieprothese	15	52 %
totale heupprothese	5	17 %
CVA	5	17 %
chronische multipathologie	4	14 %
Totaal	29	100 %

De sleutelinterventies over andere zorgprocessen gaan over extern contractueel vervoer van MS-patiënten en het opnameproces.

Bij het nauwkeurig bekijken van de opgegeven sleutelinterventies blijkt duidelijk dat de kenmerken van sleutelinterventies zoals hoger bepaald onvoldoende aan bod komen in de geformuleerde sleutelinterventies.

Alle aangeleverde sleutelinterventies (per verbeterproject en per type ziekenhuis) zijn terug te vinden in pdf-formaat op de website: www.patient-safety.be (zie contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport contract 2008-2009).

4. DISCUSSIE

De analyse van de gekozen verbeterprocessen, het samenstellen multidisciplinair team, de Service Level Agreements (SLA's), het 10-stappenplan, de geformuleerde indicatoren en sleutelinterventies laat toe om de volgende zeven conclusies en reflecties te formuleren.

- 1 op de 3 van de gekozen processen gaat over intramurale transfer, voornamelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (8 op 10). Het feit dat ziekenhuizen een verbeterproces over transfer ook binnen pijler 1 konden indienen, zou een gedeeltelijke verklaring kunnen zijn voor de talrijke processen over intramurale transfer.
2. Voor 3 op 4 van de ingediende verbeterprocessen werd een **multidisciplinair team** samengesteld. Uit de ingestuurde gegevens kon niet afgeleid worden of hierbij ook directie en zorgmanagers betrokken waren. Dit is

belangrijk, onder meer om voldoende draagvlak te creëren in de implementatiefase.

3. Voor 22 % van de verbeterprocessen werden **Service Level Agreements** afgesloten. De ziekenhuizen waren contractueel niet verplicht om dit te doen. SLA's kunnen echter bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van de interne dienstverlening en, als gevolg daarvan, ook aan de kwaliteit van de zorg.
4. Slechts een minderheid van de ziekenhuizen (15 %) slaagt erin om het vooropgestelde **10-stappenplan**, gebaseerd op de PDCA-cyclus, tot en met de fase van borging in één jaar tijd te doorlopen. Ziekenhuizen geven hierbij aan dat een tijdsperiode van een jaar te kort is voor het doorlopen van de volledige cyclus, zeker als het gaat over omvangrijke processen. Sp-ziekenhuizen slagen er iets vaker in om de 10 stappen te doorlopen (24 %). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat Sp-ziekenhuizen doorgaans kleinschaligere instellingen zijn waar processen minder omvangrijk zijn en medewerkers sneller met elkaar overleggen.
5. Het is logisch dat, hoe verder men evolueert in de verbetercyclus, hoe minder verbeterprocessen de volgende stap bereiken. Het is daarentegen wel eigenaardig dat voormetingen niet altijd worden uitgevoerd (stap 3) alvorens over te gaan naar een eerste procesomschrijving met sleutelinterventies (stap 4).
6. Ziekenhuizen formuleren gemiddeld **6,5 indicatoren** per zorgproces en 6 indicatoren per intramuraal transferproces. De conclusie uit pijler 1, dat ziekenhuizen weinig meetbare indicatoren formuleren is ook voor pijler 2 van toepassing. Het ontbreken van het 'meetbare' laat niet toe evoluties in de tijd te volgen en te monitoren, cijfermatige doelen te expliciteren, te vergelijken met andere eenheden of instellingen en bij te sturen.
7. Ziekenhuizen beschrijven gemiddeld **7 sleutelinterventies** per verbeterproces. Uit de omschrijvingen van de sleutelinterventies is af te leiden dat ziekenhuizen niet vertrouwd zijn met het begrip 'sleutelinterventie'. Zo zijn er bijvoorbeeld meerdere ziekenhuizen waarbij indicatoren en sleutelinterventies identiek zijn, terwijl dit toch twee verschillende elementen zijn. Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van de processen, sleutelinterventies kunnen bijdragen aan de implementatie van verbeteracties en/of richtlijnen.

HOOFDSTUK 3.

PIJLER 3: INDICATOREN

Kernconclusies

- De meerderheid van de ziekenhuizen is erin geslaagd om een **overzicht** op te maken **van indicatoren** die in het ziekenhuis worden gebruikt **voor de sturing van het kwaliteits- en het patiëntveiligheidsbeleid**.
- Ziekenhuizen hanteren **zeer diverse bronnen** om hun indicatoren te selecteren, waarbij de acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen (zeer) verschillende bronnen hanteren.
- De drie belangrijkste **bronnen** op basis waarvan **acute ziekenhuizen** indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn de indicatoren van de **2 feedbackrapporten van de Federale Overheid** (MFZ en PSI) en het **Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid**.
- **36 %** van de acute ziekenhuizen hanteert **internationale bronnen** voor de selectie van indicatoren.
- De drie belangrijkste **bronnen** op basis waarvan **psychiatrische ziekenhuizen** indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn hun eigen **ziekenhuisspecifieke indicatorensets en de indicatorensets van de Vlaamse Gemeenschap en Navigator**.
- **4 %** van de psychiatrische ziekenhuizen hanteert **internationale bronnen** voor de selectie van indicatoren.
- De drie belangrijkste **bronnen** op basis waarvan **Sp-ziekenhuizen** indicatoren selecteren voor het sturen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid zijn deze van het **Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Vlaamse Gemeenschap en eigen ontwikkelde indicatorensets**.
- **5 %** van de Sp-ziekenhuizen hanteert **internationale bronnen** voor de selectie van indicatoren.

- Er werden door de ziekenhuizen in totaal **3.944 verschillende indicatoren opgelijst**, waarvan 2.235 indicatoren door de acute ziekenhuizen, 1.290 indicatoren door de psychiatrische ziekenhuizen en 419 indicatoren door de Sp-ziekenhuizen.
- Het **gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 95** (mediaan: 91).
- Het totaal aantal verschillende indicatoren in de rubriek '**andere**' (= indicatoren door de ziekenhuizen zelf ingebracht) bedroeg **3.025 (77 %)** in vergelijking met 919 indicatoren (23 %) die werden geselecteerd uit het overzicht van het rapporteringsinstrument.
- Acute ziekenhuizen hanteren gemiddeld het grootst aantal indicatoren (106), gevolgd door de psychiatrische ziekenhuizen (82) en de Sp-ziekenhuizen (68).
- Ziekenhuizen vertonen een **belangrijke variabiliteit in het aantal en de soort** van gebruikte indicatoren.
- **Na weging** zijn de indicatoren in de **dimensie 'economische, financiële en IT-performantie' het meest voorkomend**, gevolgd door indicatoren in de dimensie 'personeels- en teamgerichtheid', 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid' en 'klinische performantie'.
- Een **substantieel aandeel van de indicatoren is niet conform aan de definitie van een 'echte' indicator** (teller/noemer, streefwaarden).
- Bij een analyse van de **top 5-indicatoren voor de acute ziekenhuizen** en voor alle dimensies blijkt dat **65 % van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 15 % zijn procesindicatoren en 20 % zijn structuurindicatoren.**
- Bij een analyse van de **top 5-indicatoren voor de psychiatrische ziekenhuizen** en voor alle dimensies blijkt dat **65 % uitkomstindicatoren zijn. Slechts 20 % zijn procesindicatoren en 15 % zijn structuurindicatoren.**
- Bij een analyse van de **top 5-indicatoren voor de Sp-ziekenhuizen** en voor alle dimensies blijkt dat **50 % van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 25 % zijn procesindicatoren en 25 % zijn structuurindicatoren.**

- De variabiliteit in het aantal en de soort van gebruikte indicatoren weer- spiegelt een **verschillende kijk door de ziekenhuizen op de begrippen kwaliteit en patiëntveiligheid**.
- Het is **niet duidelijk wat het aantal is en de soort van indicatoren die noodzakelijk zijn voor de sturing van kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen**.

1. INLEIDING

De doelstelling van deze derde pijler van het contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en Patiëntveiligheid' was het in kaart brengen van welke indicatoren door de ziekenhuizen anno 2009 worden aangewend voor het sturen van de kwaliteit en patiëntveiligheid. Deze doelstelling wordt hierna verder omschreven als 'opmaak van een cartografie'.

Een nationale cartografie van gebruikte indicatoren voor de algemene, psychi- atrische en Sp-ziekenhuizen ontbreekt tot op heden. Deze bevinding is verras- send in het licht van de verschillende internationale initiatieven (OESO, WGO, EUNetPaS, PATH) gericht op o.a. benchmarking van indicatoren. Bovendien hebben we geleerd uit het eerste contractjaar van het contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en Patiëntveiligheid' (2007-2008) dat slechts 26 % van de Belgische ziekenhuizen het werken met indicatoren als een operationele doel- stelling belangrijk vond.

De resultaten die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd dienen te worden gepositioneerd t.a.v. twee belangrijke oriëntaties voor de toekomst. Een *eer- ste* oriëntatie is dat de FOD VVVL (naar analogie van de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen) de ziekenhuizen een verbeterd inzicht wil ge- ven t.a.v. de indicatoren die ze vandaag gebruiken, en in het bijzonder voor wat betreft de aspecten 'multidimensionaliteit' en 'evenwichtige verdeling' van de indicatoren volgens verschillende dimensies. Dimensies die de overheid momenteel belangrijk vindt bij het sturen van kwaliteit en patiëntveiligheid zijn: (A) klinische performantie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-performantie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid. De overheid is van oordeel dat de ziekenhuizen een steeds beter inzicht dienen te verwerven tussen enerzijds de missie, visie en de stra- tegie van het ziekenhuis en anderzijds de uitkomsten van de zorg. Hiernaast is het ook belangrijk dat ziekenhuizen de onderlinge samenhang tussen de resultaten van verschillende indicatoren beter gaan begrijpen. Een *tweede* ori- entatie waarom de ziekenhuiscartografie belangrijk is, is omdat de overheid wil werken aan de ontwikkeling van een nationale indicatorenset m.b.t. zie-

kenhuisperformantie (klinische en niet-klinische domeinen). Deze nationale set van indicatoren zou door de overheid aangewend kunnen worden voor een publieke verantwoording van de beschikbare middelen, en zou de basis kunnen zijn voor een toekomstig stimuli beleid ('Pay for Quality') op basis van indicatoren uit administratieve gegevensbanken zoals in andere landen.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

2.1. Definitie van kwaliteit en patiëntveiligheid

De overheid heeft bewust geopteerd voor een brede definitie van het begrip kwaliteit, waarvan patiëntveiligheid als een onderscheiden onderdeel wordt gezien. De internationale literatuur biedt geen sluitende definitie m.b.t. wat wordt verstaan onder kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis. Daarom werd geopteerd om de meest gangbare definitie van kwaliteit zoals gedefinieerd door het IOM¹⁸ te gebruiken. Kwaliteit wordt door het IOM gedefinieerd als *'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'*. Kernaspecten of dimensies van kwaliteit die door het IOM naar voren worden geschoven zijn o.a. effectiviteit, efficiëntie, veiligheid, tijdigheid, billijkheid, toegankelijkheid en patiëntgestuurde zorg.

De FOD VVVL heeft voorts gebruik gemaakt van een eigen ontwikkeld en breed classificatiesysteem om indicatoren in te delen voor deze pijler.¹⁹ Dimensies van dit classificatiesysteem zijn: (A) klinische performantie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-performantie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid. Deze dimensies zijn evenwel niet mutueel exclusief, waardoor er voldoende mogelijkheid bestaat om de indicator in de meest geschikte dimensie onder te brengen.

2.2. Definitie van indicatoren

Indicatoren worden in de literatuur aangeduid als prestatie-indicatoren, kwaliteitsindicatoren, outcome indicatoren, enz. Bouckaert (1999) beschrijft een prestatie-indicator als 'een indicatie van de kwantiteit en de kwaliteit van de prestaties of uitkomsten die worden vooropgesteld (ex ante) of werden gere-

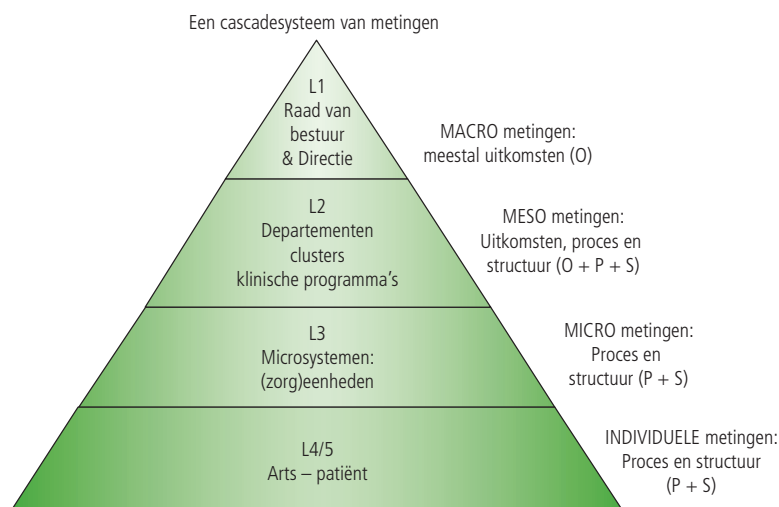
18 K.N. Lohr, ed., *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Washington, DC, National academy Press, 1990.

19 Deze dimensies zijn niet identiek aan de dimensies die worden gehanteerd in het kader van de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen, 2008.

aliseerd (ex post) en die worden aangeduid in kwantificeerbare grootheden.²⁰ Een zorgindicator is dus een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van de zorg.²¹ Er kan onderscheid gemaakt worden tussen structuurindicatoren, procesindicatoren en uitkomstindicatoren.

- **Structuurindicatoren** geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een instelling verantwoorde zorg kan leveren en gaan over de organisatie van het ziekenhuis en de afdelingen, het beleid, de personeelsomkadering en de financiële middelen.
- **Procesindicatoren** geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie, bijvoorbeeld over wachttijden en ligduur na een bepaalde chirurgische ingreep.
- **Uitkomstindicatoren** geven een indicatie over de uitkomst van de zorg, bijvoorbeeld over de mate van tevredenheid van patiënten, over de bejegening door medewerkers of over het percentage patiënten met complicaties na een bepaalde operatie.

Afhankelijk van de verschillende niveaus in een organisatie worden verschillende soorten indicatoren gehanteerd. De niveaus en hun respectievelijke soort indicatoren is samengevat gepresenteerd in de onderstaande figuur 'een cascadesysteem van metingen'.²²



20 G. Bouckaert, T. Auwers, *Prestaties meten in de overheid*, Overheidsmanagement nr. 5, Brugge, Die Keure, 1999c.

21 P.J.A. Colsen, A.F. Casparie, *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*, Medisch Contact, 1995, 50: 297-299.

22 Institute for Healthcare Improvement.

Werken met indicatoren vereist dat er een heldere, liefst schriftelijk vastgelegde, 'visie' of 'strategisch plan' aanwezig is in de organisatie. Indicatoren worden immers afgeleid van de visie en de strategische doelstellingen. De strategie dient verder te worden 'vertaald' tot in alle uithoeken van de organisatie. Perspectieven of resultaatsgebieden zijn hierbij slechts herkenbaar indien ze in hun onderlinge samenhang (intern/extern, verticaal, complementair) worden toegepast. Het is ook belangrijk dat de indicatoren aangepast zijn aan het besturingsniveau (en daarmee hanteerbaar worden qua aantal) en dat de indicatoren bij voorkeur valide, betrouwbaar en relevant zijn. Een prestatie-indicator heet *valide*, als hij daadwerkelijk een beeld geeft van de realiteit die hij wordt verondersteld te meten (meet ik wel wat ik denk te meten?). Een prestatie-indicator heet *betrouwbaar*, als er voldoende garanties zijn dat nauwkeurig en objectief is gemeten (kon ik te weten komen wat ik nu denk te weten?). Een prestatie-indicator heet *relevant* als hij een antwoord geeft op een managementprobleem en tijdig beschikbaar is (heb ik er nu iets aan?). Niet elke door ziekenhuizen gehanteerde indicator is vandaag valide en betrouwbaar.²³ Deze criteria worden hoe dan ook belangrijk geacht bij de ontwikkeling van indicatorensets.

2.3. Methode van gegevensverzameling

Ten einde de ziekenhuizen toe te laten op een vlotte manier een overzicht te genereren van indicatoren m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid, werd hun een uitgebreid overzicht aangeboden van *individuele indicatoren*, waarbij de rubrieken van het Navigator indicatorenstelsel²⁴ werden gehanteerd. Het aangeboden overzicht van individuele indicatoren was het resultaat van een niet-systematische review van de wetenschappelijke en grijze literatuur.²⁵ Het doel was om een maximum aan relevante indicatoren op te lijsten, zonder evenwel een exhaustief overzicht na te streven. Een overzicht van deze rubrieken kan worden teruggevonden www.patient-safety.be (zie contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport contract 2008-2009). De ziekenhuizen hadden tevens de mogelijkheid om per rubriek bijkomende indicatoren toe te voegen via een afzonderlijke sectie 'andere'.

Bijkomend werd gevraagd om de *bronnen* aan te duiden op basis waarvan de indicatoren worden geselecteerd of ontwikkeld. Hiertoe werd aan de zieken-

23 H.C.J. Vrolijk, G. Cotteleer, K.J. Kramer, T.C. van Leeuwen en H.H. Luesink, *Performance-indicatoren*, Den Haag, LEI, 2003 Rapport 8.03.01; ISBN 90-5242-798-4.

24 De indicatorset van navigator© algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

25 Referenties kunnen worden teruggevonden op [www.patient-safety.be/contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/rapport contract 2008-2009](http://www.patient-safety.be/contract%20co%C3%B6rdinatie%20kwaliteit%20en%20pati%C3%ABntveiligheid/rapport%20contract%202008-2009).

huizen een schriftelijk overzicht van potentiële bronnen gepresenteerd, waarbij telkens de mogelijkheid bestond om ook ‘andere’ bronnen toe te voegen die niet in het overzicht waren opgenomen. Ziekenhuisspecifieke indicatorensets werden ook als mogelijke bron voor indicatoren in beschouwing genomen.

2.4. Methode van gegevensverwerking

De overzichten met indicatoren en bronnen zoals ingestuurd door de verschillende types van ziekenhuizen werden verwerkt in Excel. De indicatoren werden ingedeeld in vier onderscheiden dimensies: (A) klinische prestatie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-prestatie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid (voor de verschillende types van ziekenhuizen). De indeling van de indicatoren gebeurde door medewerkers van de FOD. Gegeven er geen sluitende definities mogelijk waren voor de verschillende dimensies is het mogelijk dat een indicator die werd ingedeeld in bijvoorbeeld de dimensie ‘klinische prestatie’ ook kon worden ingedeeld in de dimensie ‘patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid’. Waar mogelijk werd getracht om een advies van een expert te verkrijgen in geval de indeling van een indicator voorwerp was van discussie.

Bij een analyse van het verschillende aantal indicatoren per dimensie zou een weergave van het aantal aangeduide indicatoren per dimensie een vertekend beeld geven aangezien er in de dimensie klinische prestatie 168 indicatoren werden opgeteld, in de dimensie patiëntveiligheid 162 en slechts 21 en 20 indicatoren in respectievelijk de dimensies economische prestatie en personeelsgerichtheid. Daarom werd bij de analyse van het aantal indicatoren per dimensie een methodiek van weging toegepast (beschreven in bijlage 1).

Verder werden de indicatoren van de top 5 ingedeeld volgens structuur, proces en resultaat. Om af te sluiten werd ook gekeken naar indicatoren die nooit werden gebruikt.

3. RESULTATEN

3.1. Responsgraad

Een totaal van 183 ziekenhuizen (108 acute, 56 psychiatrische en 19 Sp-ziekenhuizen) op 185 deelnemende ziekenhuizen heeft het rapportage-instrument ingevuld met aanduiding van welke bronnen en indicatoren in het ziekenhuis worden gebruikt. In totaal hebben twee ziekenhuizen niet geantwoord, waarvan één psychiatrisch en één acuut ziekenhuis.

3.2. Totaal aantal geraadpleegde bronnen

Alle ziekenhuizen samen hebben in totaal 65 verschillende bronnen geraadpleegd op basis waarvan indicatoren werden geselecteerd of ontwikkeld. Deze bronnen zijn zeer divers, en omvatten zowel gekende nationale als internationale bronnen alsook ziekenhuisspecifieke indicatorensets. Aangezien er opmerkelijke verschillen zijn tussen de drie typen van ziekenhuizen wordt een afzonderlijke bespreking gemaakt per type ziekenhuis.

3.2.1. Bronnen geraadpleegd door de acute ziekenhuizen (n = 108)

De 108 acute ziekenhuizen hebben in totaal 38 bronnen aangeduid op basis waarvan indicatoren werden geselecteerd of intern ontwikkeld in het ziekenhuis. Meerdere bronnen aanvinken kon. Het gemiddeld aantal bronnen aangeduid door de acute ziekenhuizen is 5,7. Vijftig procent van de ziekenhuizen consulteert 3 tot 6 bronnen (figuur 1). Gegeven de ziekenhuizen verschillende bronnen konden aanvinken is het niet duidelijk of de volledige indicatorensets van deze bronnen dan wel enkel specifieke indicatoren worden gebruikt. Deze analyse werd ook niet uitgevoerd.

De meest frequent geraadpleegde bronnen (tabel 1) zijn deze van de Federale Overheid (Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen en Feedback m.b.t. Patient Safety Indicatoren) en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, met respectievelijk 78 %, 72 % en 76 % van de acute ziekenhuizen die deze bronnen hebben geselecteerd. Opvallend is dat ook 40 % van de ziekenhuizen aangeeft een eigen ziekenhuisspecifieke indicatorset als bron te hebben ontwikkeld voor de sturing van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid. Het was niet uit de gegevens op te maken vanwaar de indicatoren uit deze ziekenhuisspecifieke sets afkomstig zijn. Een bevraging van de ziekenhuizen over dit thema²⁶ leert dat deze indicatorensets meestal het resultaat zijn van een eigen uitgevoerd literatuuronderzoek en/of keuzen die binnen het ziekenhuis worden gemaakt volgens prioriteiten en noodwendigheden. Opvallend is dat indicatorensets voor bepaalde beroepsgroepen en bepaalde medische specialismen slechts door respectievelijk iets meer dan 1 op 4 en 1 op 5 van de ziekenhuizen als bron worden gebruikt. Internationale indicatorensets zoals bijvoorbeeld deze van de WHO, NHS, OECD en PATH worden door 1/3^e (37 ziekenhuizen) van de acute ziekenhuizen gebruikt (zonder de rubriek 'andere'). Wat opvalt is dat er bijna geen ziekenhuizen zijn die de nieuwste generatie-indicatoren, met name de PROM ('patient reported outcome measures'),

26 Expertenvergadering in 2009 met acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen m.b.t. het gebruik van indicatoren.

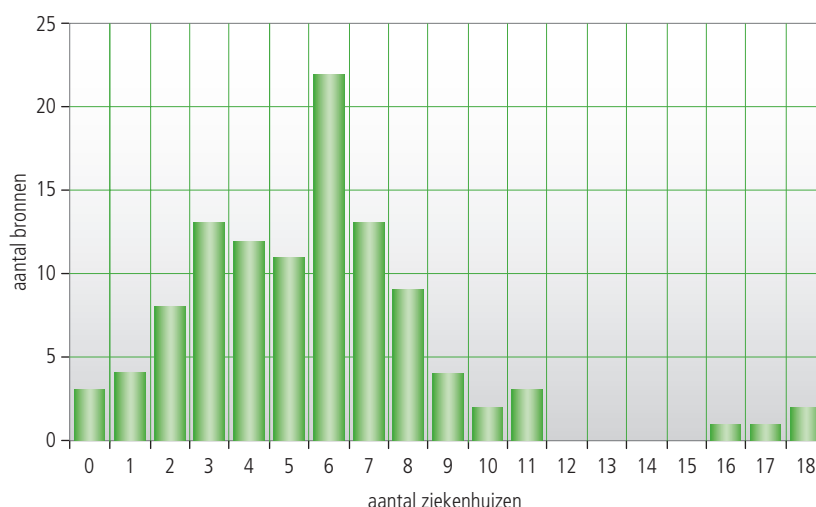
als indicatoren vermelden. Bijvoorbeeld klachten van patiënten worden bijna nooit (2 %) als een bron voor de ontwikkeling van indicatoren beschouwd en resultaten van algemene patiënttevredenheidsmetingen als bron voor indicatoren werd slechts door één acuut ziekenhuis vermeld.

Tabel 1: Bronnen van indicatoren aangeduid door acute ziekenhuizen (n = 108)

Bronnen	Aantal ziekenhuizen	%
Multidimensionele Feedback naar de ziekenhuizen van de Federale Overheid	84	78 %
Surveillance indicatoren nosocomiale infecties van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)	82	76 %
Feedback van de PSI (Patient Safety Indicatoren) van de Federale Overheid	78	72 %
Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE)	53	49 %
Navigator indicatorenset	52	48 %
IKED (diabetes)	44	41 %
Indicatorset ontwikkeld binnen het ziekenhuis	43	40 %
Klinische Performantie-indicatoren voor het Kwaliteitsbeleid van de Algemene Vlaamse Ziekenhuizen	33	31 %
Indicatorset voor bepaalde beroepsgroepen (bv. verpleegkundige indicatoren)	30	28 %
Bepaalde medische specialismen (bv. medisch laboratorium, cardiologie, stomatologie, dermatologie, plastische heelkunde, reumatologie, anesthesie, psychiatrie, nefrologie, ...)	23	21 %
Klinische Kwaliteitsindicatoren van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk	12	11 %
Indicatoren uit het buitenland:	37	36 %
NHS	2	2 %
PATH	10	9 %
JCAHO	4	4 %
AHRQ	4	4 %
QIP	1	1 %
OECD	1	1 %
Helics	4	4 %
SlmPatiE	2	2 %

Bronnen	Aantal ziekenhuizen	%
WHO	6	6 %
Danish National Indicator Project	3	3 %
Andere:	44	41 %
Benchmark 3M	5	5 %
Valincidenten	3	3 %
Incident melding	3	3 %
Accreditatie	2	2 %
Indicatoren m.b.t agressie	2	2 %
Anatomo-pathologie	2	2 %
Eusoma borstkliniek	2	2 %
ISO 9001 Vruchtbaarheidskliniek	2	2 %
ISP 15189 Klinisch labo	2	2 %
Netwerk Klinisch Paden	2	2 %
MVG/MZG	2	2 %
Klachten van patiënten	2	2 %
SAPS II (Simplified Acute Physiology Score)	2	2 %
Performantiecijfers Studiebureau Stevens	1	1 %
Algemene patiëntentevredenheid	1	1 %
Benchmarking tussen ziekenhuizen m.b.t. HRM-indicatoren	1	1 %
Decubitus	1	1 %
ESAC (European Surveillance of Antibiotics Consumption)	1	1 %
Interne audit	1	1 %
Indicatorenset klinische biologie	1	1 %
Malnutritie	1	1 %
Systeem Omnipro	1	1 %
MUG registratie FOD Volksgezondheid	1	1 %
Parameters spoedgevallen	1	1 %
PIT-registratie	1	1 %
PROM (Picker institute, UK)	1	1 %

Figuur 1: Aantal bronnen aangeduid door de acute ziekenhuizen (n = 108)



3.2.2. Bronnen geraadpleegd door de psychiatrische ziekenhuizen (n = 56)

De 56 psychiatrische ziekenhuizen hebben in totaal 19 bronnen aangeduid op basis waarvan indicatoren werden geselecteerd of ontwikkeld. Meerdere bronnen aanvinken kon. Het gemiddeld aantal bronnen dat door de psychiatrische ziekenhuizen werd gehanteerd is 2. 37 van de 56 ziekenhuizen vermeldde 1 en 2 bronnen voor de selectie van indicatoren.

De voornaamste bron is de eigen ziekenhuisspecifieke indicatorsets (71 % van de ziekenhuizen), waarvan het niet duidelijk is hoe deze individuele sets binnen de ziekenhuizen werden opgebouwd.

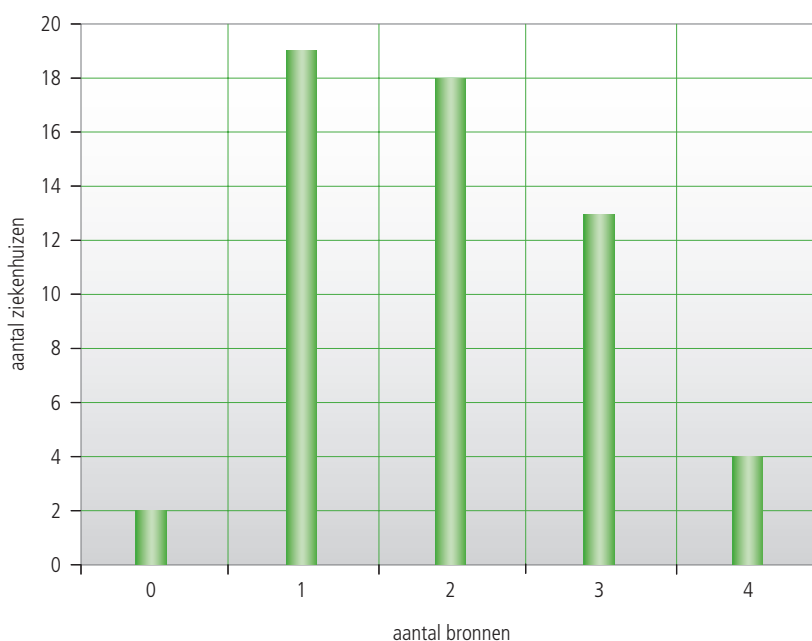
De indicatorset van de Vlaamse gemeenschap wordt door 41 % van de psychiatrische ziekenhuizen als bron gehanteerd. De Navigator indicatorset wordt door 25 % van de ziekenhuizen gebruikt. Gegevens van tevredenheidsmetingen worden door 9 % van de ziekenhuizen gehanteerd. Opvallend is dat er melding wordt gemaakt van indicatorsets die het resultaat zijn van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, maar waarbij in verhouding slechts twee ziekenhuizen deze indicatorsets hebben vermeld. 4 % van de

psychiatrische ziekenhuizen hanteert internationale bronnen voor de selectie van indicatoren (zonder de rubriek ‘andere’).

Tabel 2: Bronnen van indicatoren aangeduid door psychiatrische ziekenhuizen (n = 56)

Bronnen	Aantal ziekenhuizen	%
Indicatorset ontwikkeld binnen het ziekenhuis	40	71 %
Klinische Performantie-indicatoren voor het Kwaliteitsbeleid van de Psychiatrische Vlaamse Ziekenhuizen	23	41 %
Navigator indicatorenset	14	25 %
Indicatorset specifiek voor bepaalde beroepsgroepen (bv. verpleegkundige indicatoren)	2	4 %
Indicatorset of geselecteerde indicatoren uit het buitenland	1	2 %
Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en verslaving (Nederland)	1	2 %
Andere:	26	46 %
MPG-registratie	6	11 %
Gegevens tevredenheidsmeting patiënten en personeel (bv. Delta)	5	9 %
Indicatorset die ontwikkeld werd binnen Instelling Broeders Van Liefde	3	5 %
Software pakket (QPR)	2	4 %
The Maudsley Prescribing Guidelines 9th edition	1	2 %
Ad hoc naar aanleiding van specifieke studies	1	2 %
ATO (Brugge)	1	2 %
Benchmarkgroep psychiatrische ziekenhuizen	1	2 %
Balanced Scorecard	1	2 %
Kwadrant	1	2 %
Indicatorset ontwikkeld in samenwerking met de Benchmarkinggroep Psychiatrische Ziekenhuizen Oost-Vlaanderen	1	2 %
Staff Observation Agression Scale	1	2 %
SWOT-analyse	1	2 %

Figuur 2: Aantal bronnen aangeduid door de psychiatrische ziekenhuizen (n = 56)



3.2.3. Bronnen geraadpleegd door de Sp-ziekenhuizen (n = 19)

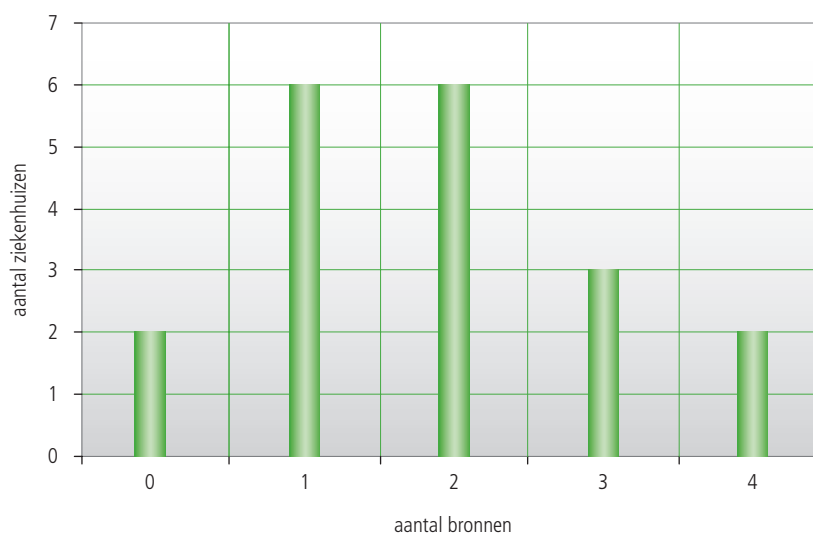
De 19 Sp-ziekenhuizen hebben in totaal 8 bronnen aangeduid op basis waarvan indicatoren werden geselecteerd of ontwikkeld. Het gemiddeld aantal bronnen bedraagt 1,8. We noteren dat 12 van de 19 ziekenhuizen slechts 1 of 2 bronnen heeft aangeduid.

Sp-ziekenhuizen hanteren het meest frequent de indicatorenset van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) m.b.t. ziekenhuisinfecties. Dit was het geval voor de helft (47 %) van de Sp-ziekenhuizen. Ook de eigen ziekenhuisspecifieke indicatorensets werden als tweede belangrijkste bron aangeduid voor de gebruikte indicatoren (42 %), gevolgd door de indicatorset van de Vlaamse Gemeenschap (37 %) en indicatorsets voor specifieke beroepsgroepen (37 %). Internationale bronnen worden slechts door één ziekenhuis gehanteerd (5 %), en enkel binnen de rubriek 'andere'.

Tabel 3: Bronnen van indicatoren aangeduid door Sp-ziekenhuizen (n = 19)

Bronnen	Aantal ziekenhuizen	%
Surveillance indicatoren nosocomiale infecties van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)	9	47 %
Indicatorset ontwikkeld binnen het ziekenhuis	8	42 %
Klinische Performantie-indicatoren voor het Kwaliteitsbeleid van de Vlaamse Sp-ziekenhuizen	7	37 %
Indicatorset specifiek voor bepaalde beroepsgroepen (bv. verpleegkundige indicatoren)	7	37 %
Indicatorset specifiek voor bepaalde medische specialismen	1	5 %
Andere:	3	16 %
The Center for Case-management CFCM (critical indicators from evidence based practice)	1	5 %
FONA	1	5 %
Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (CBO, Nederland)	1	5 %

Figuur 3: Aantal bronnen aangeduid door de Sp-ziekenhuizen (n = 19)



3.2.4. Specifieke bronnen

Bij een analyse van specifieke bronnen zoals de indicatoren van de Vlaamse Gemeenschap (tabel 4) valt het op dat meer dan de helft van de acute ziekenhuizen in Vlaanderen deze indicatorset als bron heeft aangeduid. Deze aantallen zijn iets hoger bij de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen. In Brussel is er één psychiatrisch ziekenhuis dat melding maakt van deze bron.

De indicatoren zoals opgenomen in de Navigator indicatorenset ontwikkeld door het centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KUL (tabel 5), worden door 33 acute ziekenhuizen in Vlaanderen en door 17 acute ziekenhuizen in Wallonië vermeld. In Brussel zijn er twee ziekenhuizen die deze indicatorset als bron hebben vermeld. Voor de psychiatrische ziekenhuizen zijn er voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel respectievelijk 8, 3 en 3 ziekenhuizen die de Navigator indicatorenset als bron hebben vermeld.

Tabel 4: Indicatorenset van de Vlaamse gemeenschap: aantal ziekenhuizen die ze gebruikt

	Vlaanderen	Brussel
AZ	33	0
PZ	22	1
Sp	7	0

Tabel 5: Navigator indicatorenset: gebruik in Vlaamse en Franstalige ziekenhuizen

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
AZ	33	17	2
PZ	8	3	3

3.3. Totaal aantal indicatoren

In totaal werden er door alle ziekenhuizen samen (acute, psychiatrische en Sp) 3.944 verschillende indicatoren opgelijst. Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 95 (mediaan: 91). Het totaal aantal indicatoren in de rubriek 'andere' (= indicatoren door de ziekenhuizen zelf ingebracht) bedroeg 3.025 (77 %) in vergelijking met 919 indicatoren (23 %) die werden geselecteerd uit het overzicht van het FOD rapporteringsinstrument. Dit is een opvallende verhouding van 3/1 en wijst bovendien op de grote variabi-

liteit in de gebruikte indicatoren. In tabel 6 is het aantal indicatoren volgens subklassen weergegeven. Van de 183 ziekenhuizen waren er 9 ziekenhuizen die minder dan 25 indicatoren hebben opgegeven/aangevinkt en 8 ziekenhuizen die meer dan 200 indicatoren hebben aangekruist of bijgevoegd. Er waren geen ziekenhuizen die geen enkele indicator hebben opgegeven.

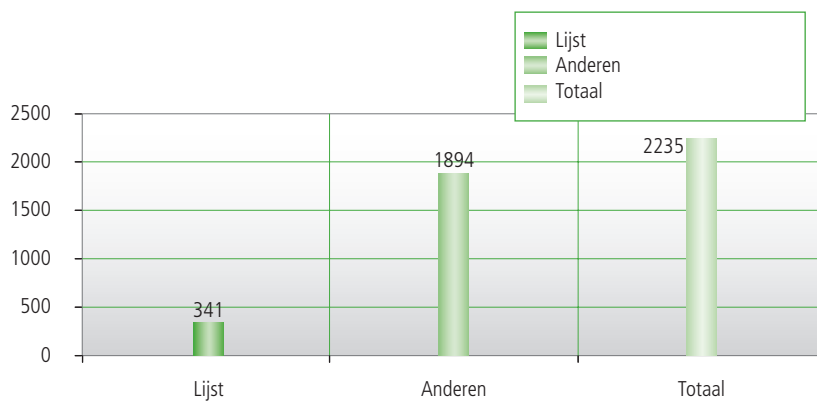
Tabel 6: Spreiding van het aantal ziekenhuizen i.f.v. het aantal indicatoren ingedeeld per subklasse voor alle ziekenhuizen samen

Subklassen met aantal indicatoren	Aantal ziekenhuizen
1-25	9
26-50	30
51-75	35
76-100	37
101-125	29
126-150	21
151-175	6
176-200	8
201-225	6
226-250	0
251-275	0
276-300	1
301-325	0
326-350	0
351-375	1

3.3.1. Indicatoren in acute ziekenhuizen

De 108 acute ziekenhuizen hebben in totaal 2.235 verschillende indicatoren opgelijst, waarvan 1.894 die door de ziekenhuizen zelf werden ingebracht en 341 indicatoren die werden geselecteerd uit het rapporteringsinstrument (figuur 4). Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 106 (mediaan: 99). In tabel 7 wordt de verdeling van het aantal indicatoren gepresenteerd voor de acute ziekenhuizen. Van de 108 ziekenhuizen waren er 3 ziekenhuizen die minder dan 25 indicatoren hebben opgegeven/aangevinkt en 5 ziekenhuizen die meer dan 200 indicatoren hebben aangekruist of bijgevoegd. Er waren geen ziekenhuizen die geen enkele indicator hebben opgegeven.

Figuur 4: Spreiding van het aantal indicatoren voor de acute ziekenhuizen



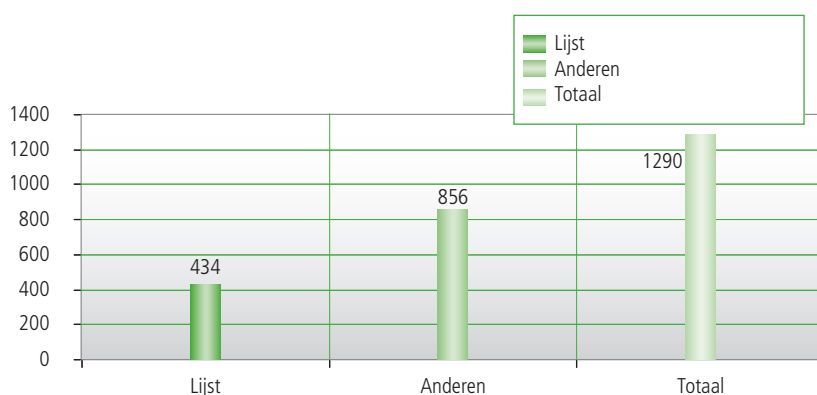
Tabel 7: Spreiding van het aantal ziekenhuizen i.f.v. het aantal indicatoren ingedeeld per subklasse voor de acute ziekenhuizen (n = 108)

Aantal indicatoren	Aantal ziekenhuizen
1-25	3
26-50	9
51-75	19
76-100	23
101-125	23
126-150	14
151-175	4
176-200	8
201-225	4
226-250	0
251-275	0
276-300	1

3.3.2. Indicatoren in psychiatrische ziekenhuizen

De 56 psychiatrische ziekenhuizen hebben samen 1.290 verschillende indicatoren aangeduid, waarvan 856 indicatoren zelf door de ziekenhuizen werden ingebracht en 434 indicatoren die werden geselecteerd uit het rapporteringsinstrument (figuur 5). Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 82 (mediaan: 65). In tabel 8 wordt de verdeling van het aantal indicatoren gepresenteerd voor de psychiatrische ziekenhuizen. Van de 56 ziekenhuizen waren er 5 ziekenhuizen die minder dan 25 indicatoren hebben opgegeven/aangevinkt en 3 ziekenhuizen die meer dan 200 indicatoren hebben aangekruist of bijgevoegd. Er waren geen ziekenhuizen die geen enkele indicator hebben opgegeven.

Figuur 5: Spreiding van het aantal indicatoren voor de psychiatrische ziekenhuizen



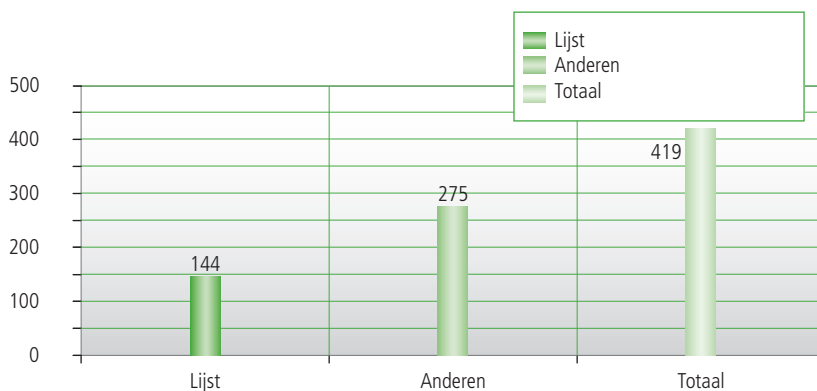
Tabel 8: Spreiding van het aantal ziekenhuizen i.f.v. het aantal indicatoren ingedeeld per subklasse voor de psychiatrische ziekenhuizen (n = 56)

Aantal indicatoren	Aantal ziekenhuizen
1-25	5
26-50	17
51-75	9
76-100	9
101-125	5
126-150	6
151-175	2
176-200	0
201-225	2
226-250	0
251-275	0
276-300	0
301-325	0
326-350	0
351-375	1

3.3.3. Indicatoren in Sp-ziekenhuizen

De 19 Sp-ziekenhuizen hebben samen 419 verschillende indicatoren aangeduid, waarvan er 275 zelf door de ziekenhuizen werden ingebracht en 144 werden geselecteerd uit het FOD rapporteringsinstrument (figuur 6). Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedroeg 68 (mediaan: 64). In tabel 9 wordt de verdeling van het aantal indicatoren gepresenteerd voor de Sp-ziekenhuizen. Van de 19 Sp-ziekenhuizen waren er maar twee ziekenhuizen dewelke minder dan 25 indicatoren hebben opgegeven/aangevinkt en geen enkel ziekenhuis dat meer dan 150 indicatoren had aangekruist of bijgevoegd. Er waren geen ziekenhuizen die geen enkele indicator hebben opgegeven.

Figuur 6: Spreiding van het aantal indicatoren voor de Sp-ziekenhuizen



Tabel 9: Spreiding van het aantal ziekenhuizen i.f.v. het aantal indicatoren ingedeeld per subklasse voor de Sp-ziekenhuizen (n = 19)

Aantal indicatoren	Aantal ziekenhuizen
1-25	2
26-50	2
51-75	5
76-100	5
101-125	3
126-150	3
91-105	3
106-120	0
121-135	0
136-150	1

3.3.4. Indicatoren volgens de verschillende dimensies voor de acute ziekenhuizen

De indicatoren werden bij de resultatenverwerking ingedeeld in de dimensies (A) klinische prestatie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-prestatie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid.

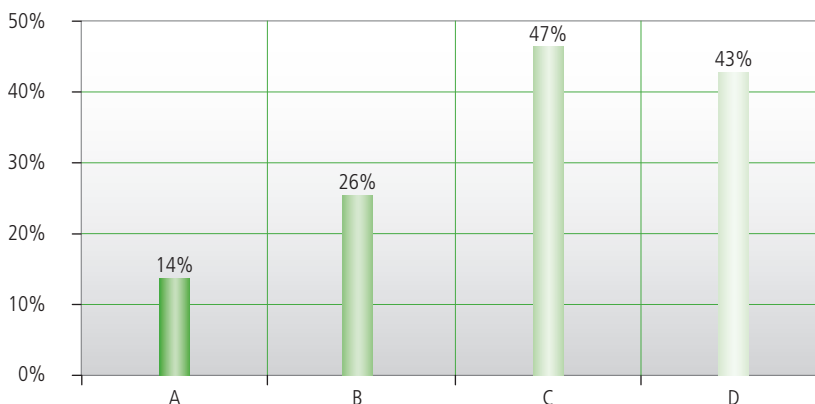
Na weging blijkt dat gemiddeld 14 % van de indicatoren van dimensie A werden aangeduid, 26 % van de dimensie B, 47 % van de dimensie C en 43 % van de dimensie D (figuur 7).

Bij een analyse van de ‘top 5’ van indicatoren voor de acute ziekenhuizen blijkt voor de dimensie ‘klinische performantie’ dat het percentage keizersneden het meest frequent werd aangeduid (tabel 10). Opvallend is dat in deze top 5 er 3 indicatoren betrekking hebben op keizersneden, en slechts één indicator op een ander klinisch aspect, met name de incidentie van septicemieën op een eenheid voor intensieve zorg. Bijna 1 op de 4 acute ziekenhuizen gebruikt de weinig specifieke indicator ‘totale ziekenhuissterfte’.

Voor de dimensie ‘patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid’ werd de incidentie van MRSA opgelopen in het ziekenhuis het meest frequent aangeduid, gevolgd door het aantal klachten bij de ombudsdienst. Voor de dimensie ‘economische, financiële en IT-performantie’ werd het niveau van cashflow door 96 van de 108 ziekenhuizen aangeduid, waarbij echter geen enkele indicator m.b.t. tot IT werd aangeduid. Voor de laatste dimensie ‘personeels- en teamgerichtheid’ bleek het aantal voltijdse verpleegkundige equivalenten de meest frequent voorkomende indicator.

Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor alle dimensies blijkt dat 65 % (n = 13) van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 15 % (n = 3) zijn procesindicatoren en 20 % (n = 4) zijn structuurindicatoren.

Figuur 7: Acute ziekenhuizen: gewogen procentueel aandeel van indicatoren volgens dimensie



Overzichten van de top 20-indicatoren voor de acute ziekenhuizen (ongeacht de dimensies) zijn opgenomen in bijlage 2.

Bij een analyse van indicatoren die nooit werden geselecteerd blijkt dat de acute ziekenhuizen quasi alle indicatoren hebben aangeduid, met uitzondering van twee indicatoren in de dimensie patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid: ‘complicaties bij het gebruik van sedativa en analgetica toegediend door niet-anesthesisten bij invasieve diagnostische procedures’ en ‘aantal patiënten van wie de thuismedicatie niet gekend is > 24 u na opname in het ziekenhuis’.

Tabel 10: Top 5 van indicatoren volgens dimensie voor acute ziekenhuizen en volgens structuur (S), proces (P) en resultaat (R) (n = 108)

I. DIMENSIE KLINISCHE PERFORMANTIE	N	%	S	P	R
% keizersneden	88	81 %			X
Totale ziekenhuissterfte	79	73 %			X
Aantal eerste keizersneden	77	71 %			X
Relatief aandeel van keizersneden in het totale aantal bevallingen	70	65 %			X
Incidentie van septicemieën op een eenheid voor intensieve zorg	65	60 %			X
II. DIMENSIE PATIËNTVEILIGHEID EN PATIËNT-GERICHTHEID	N	%	S	P	R
Incidentie van MRSA opgelopen in ziekenhuis	105	97 %			X
Aantal klachten bij de ombudsdienst	105	97 %			X
MRSA: deelname aan de nationale surveillance	102	94 %		X	
Prevalentie Clostridium difficile (nationale surveillance)	100	93 %			X
Deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne	99	92 %		X	
III. DIMENSIE ECONOMISCHE, FINANCIËLE EN IT-PERFORMANTIE	N	%	S	P	R
Niveau van cashflow	96	89 %			X
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	94	87 %			X
Graad van financiële onafhankelijkheid	93	86 %	X		
Rentabiliteitsniveau	91	84 %			X
Performantie in termen van verblijfsduur	87	81 %			X

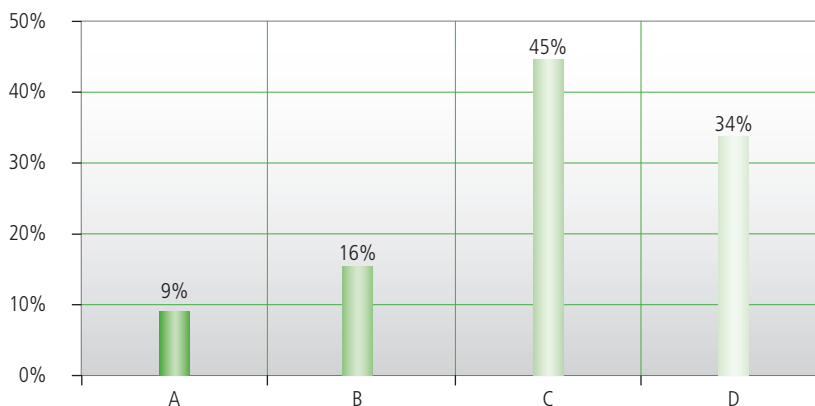
IV. DIMENSIE PERSONEELS-EN TEAMGERICHTHEID	N	%	S	P	R
Aantal VTE verpleegkundigen per eenheid	104	96 %	X		
Aantal gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/ paramedisch personeel	88	81 %		X	
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	87	81 %	X		
Percentage absentieisme bij het personeel (1 dag, lange termijn)	85	79 %			X
Specialisatiegraad verpleegkundigen	82	76 %	X		

3.3.5. Indicatoren volgens de verschillende dimensies voor de psychiatrische ziekenhuizen

De indicatoren werden bij de resultatenverwerking ingedeeld in de dimensies (A) klinische performantie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-performantie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid.

Na weging blijkt dat gemiddeld 9 % van de indicatoren van dimensie A werden aangeduid, 16 % van de dimensie B, 45 % van de dimensie C en 34 % van de dimensie D (figuur 8).

Figuur 8: Psychiatrische ziekenhuizen: gewogen procentueel aandeel van indicatoren volgens dimensie



Bij een analyse van de ‘top 5’ van indicatoren (tabel 11) voor de psychiatrische ziekenhuizen blijkt dat voor de dimensie ‘klinische performantie’ de indicator m.b.t. het aantal vrijwillige opnames het meest frequent werd geselecteerd (71 % van de ziekenhuizen). De top 5 van indicatoren voor deze dimensie omvat indicatoren die allemaal betrekking hebben op ‘opnames’ en één m.b.t. ‘ontslag’. Voor de dimensie ‘patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid’ werd het aantal klachten bij de ombudsdienst het meest frequent geselecteerd (93 % van de ziekenhuizen) en voor de dimensie ‘economische, financiële en IT-performantie’ werd het gebruik van de hospitalisatiecapaciteit het meest frequent aangeduid (82 % van de ziekenhuizen) waarbij geen enkele indicator m.b.t. IT werd aangeduid. Voor de vierde dimensie personeels- en teamgerichtheid werd het aantal voltijdse verpleegkundige equivalenten per eenheid het meest frequent aangeduid (89 % van de ziekenhuizen).

Tabel 11: Top 5 van indicatoren volgens dimensie voor psychiatrische ziekenhuizen en volgens structuur (S), proces (P) en resultaat (R) (n = 56)

I. DIMENSIE KLINISCHE PERFORMANTIE	n	%	S	P	R
Aantal vrijwillige opnames	40	71 %			X
Aantal ontslagen waarbij een ontslagbrief gemaakt is binnen de week na ontslag	34	61 %			X
Aantal opnames sinds minimum 24 uur gepland	27	48 %			X
Aantal ongeplande opnames	23	41 %			X
Opname sinds minder dan 24 uur gepland	23	41 %			X
II. DIMENSIE PATIENTVEILIGHEID EN PATIENT-GERICHTHEID	n	%			
Aantal klachten bij de ombudsdienst	52	93 %			X
Aantal tevredenheidsmetingen bij patiënten (indicator 2.2. en 2.3.)*	45	80 %		X	
Aantal tevredenheidsmetingen bij patiënten*	41	73 %		X	
Aantal geëiste ontslagen van de betrokkene of andere en zonder akkoord van het behandelend team	38	68 %			X
Aantal afzonderingen	38	68 %			X
III. DIMENSIE ECONOMISCHE, FINANCIËLE EN IT-PERFORMANTIE	n	%			
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	46	82 %			X
Liquïditeit	44	79 %			X
Rentabiliteitsniveau	41	73 %			X
Niveau van cashflow	39	70 %			X
Financiële dekking	39	70 %	X		

IV. DIMENSIE PERSONEELS- EN TEAMGERICHTHEID	n	%	
Aantal VTE verpleegkundigen per eenheid	50	89 %	X
Aantal gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	50	89 %	X
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	41	73 %	X
Absenteïsme bij het personeel (1 dag, lange termijn)	40	71 %	X
Aantal uitgevoerde tevredenheidsmetingen bij het personeel	38	68 %	X

* het betreffen afzonderlijke indicatoren van een verschillend hiërarchisch niveau.

Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor alle dimensies blijkt dat 65 % (n = 13) van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 20 % (n = 4) zijn procesindicatoren en 15 % (n = 3) zijn structuurindicatoren.

Overzichten van de top 20-indicatoren voor de psychiatrische ziekenhuizen (ongeacht de dimensie) zijn opgenomen in bijlage 2.

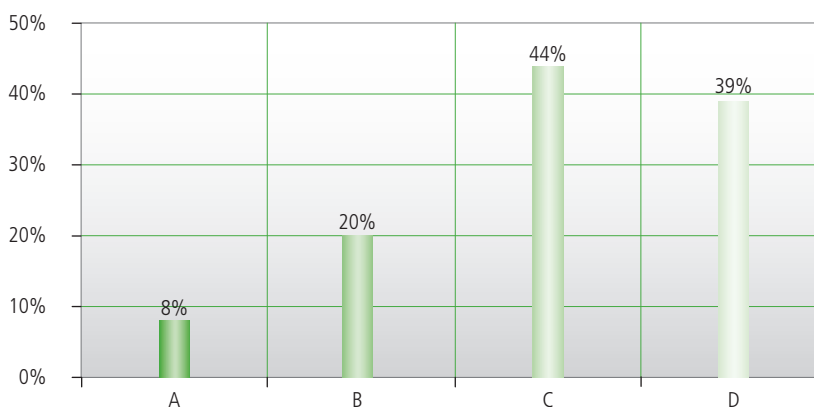
Bij een analyse van de indicatoren die nooit werden geselecteerd valt het op dat enkel voor de eerste dimensie 'klinische prestatie' een reeks van 10 indicatoren nooit werden aangeduid. Het betrof indicatoren met betrekking tot het aantal patiënten die een verschillend aantal gesprekken met de psychiater of een begeleider hadden gehad en patiënten die in de acute behandelingsfase van schizofrenie behandeld werden met verschillende dosissen van klassieke antipsychotica. Voor de overige drie dimensies werden alle indicatoren minstens één keer aangeduid.

3.3.6. Indicatoren volgens de verschillende dimensies voor de Sp-ziekenhuizen

De indicatoren werden bij de resultatenverwerking ingedeeld in de dimensies (A) klinische prestatie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-prestatie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid.

Na weging blijkt dat gemiddeld 8 % van de indicatoren van dimensie A werden aangeduid, 20 % van de dimensie B, 44 % van de dimensie C en 39 % van de dimensie D (figuur 9).

Figuur 9: Sp-ziekenhuizen: gewogen procentueel aandeel van indicatoren volgens dimensie



Bij een analyse van de top 5 van geselecteerde indicatoren (tabel 12) blijkt dat voor de dimensie ‘klinische prestatie’ de Sp-ziekenhuizen het meest frequent de totale ziekenhuissterfte hebben aangeduid (79 % van de ziekenhuizen). Voor de dimensie ‘patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid’ werd het meest frequent de incidentie van MRSA aangeduid, samen met de deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne, het gebruik van handalcohol en het totaal aantal valincidenten (84 % van de ziekenhuizen). Voor de dimensie ‘economische, financiële en IT-prestatie’ zien we dat vier indicatoren met een gelijk percentage de top 5 aanvoeren, zijnde het gebruik van de hospitalisatiecapaciteit, de informaticakosten, het niveau van cashflow en het rentabiliteitsniveau. Bij een analyse van de top 5-indicatoren voor alle dimensies blijkt dat 50 % (n = 10) van de indicatoren uitkomstindicatoren zijn. Slechts 25 % (n = 5) zijn procesindicatoren en 25 % (n = 5) zijn structuurindicatoren.

Overzichten van de top 20-indicatoren voor de Sp-ziekenhuizen zijn opgenomen in bijlage 2.

Bij een analyse van indicatoren die nooit worden gebruikt in de verschillende dimensies is het aandeel veel hoger bij een vergelijking met de acute en de psychiatrische ziekenhuizen. Voor de dimensie ‘klinische prestatie’ werden er 22 indicatoren nooit geselecteerd. Dit kan echter in belangrijke mate worden verklaard doordat het ging om indicatoren die *de facto* nooit kunnen worden opgevolgd binnen Sp-ziekenhuizen zoals ‘de incidentie van ziekenhuissterfte op een eenheid voor intensieve zorg’ of ‘intubatiegeassocieerde pneumonien’.

op een eenheid voor intensieve zorg' gezien deze instellingen niet beschikken over deze diensten.

Voor de dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid' werden er 36 indicatoren nooit aangeduid. Naar analogie met de voorgaande dimensie 'klinische prestatie' kan ook voor deze dimensie worden vastgesteld dat het merendeel van de indicatoren niet van toepassing is voor de Sp-ziekenhuizen zoals bijvoorbeeld 'intubatiedagen op een dienst voor intensieve zorg' of 'het aantal dagen met centraal-veneuze katheters op een dienst voor intensieve zorg'. Voor andere indicatoren is dit echter niet het geval en noteren we dat de indicatoren zoals 'het aantal patiënten dewelke gefixeerd worden' of 'agressie t.o.v. objecten' nooit worden gebruikt.

Voor de dimensie 'economische, financiële en IT-prestatie' werden alle indicatoren minstens één keer aangeduid. Voor de dimensie personeels- en teamgerichtheid werd slechts één indicator nooit aangeduid, zijnde het aantal verspreide informatiebrochures t.a.v. personeel binnen een bepaalde tijdseenheid.

Tabel 12: Top 5 van indicatoren volgens dimensie voor Sp-ziekenhuizen en volgens structuur (S), proces (P) en resultaat (R) (n = 19)

I. DIMENSIE KLINISCHE PERFORMANTIE	N	%	S	P	R
Totale ziekenhuissterfte	15	79 %			X
Aantal risicopatiënten waarvan een specifieke voedingsanamnese wordt afgenomen	7	37 %		X	
Aantal risicopatiënten die een consultatie krijgen met de diëtist(e)	6	32 %		X	
Aantal ziekenhuisinfecties	5	26 %			X
Aantal risicopatiënten waarbij een specifiek protocol wordt opgestart m.b.t. malnutritie	5	26 %		X	
II. DIMENSIE PATIËNTVEILIGHEID EN PATIËNTGERICHTHEID	N	%	S	P	R
Incidentie van MRSA	16	84 %			X
Deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne	16	84 %		X	
Totaal verbruik van handalcohol	16	84 %			X
Totaal aantal valincidenten	16	84 %			X
Aantal klachten bij de ombudsdienst	14	74 %			X

III. DIMENSIE ECONOMISCHE, FINANCIËLE EN IT-PERFORMANTIE	N	%	S	P	R
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	14	74 %			X
Informaticakosten	14	74 %			X
Niveau van cashflow	14	74 %			X
Rentabiliteitsniveau	14	74 %			X
Financiële dekking	13	68 %	X		
IV. DIMENSIE PERSONEELS- EN TEAMGERICHTHEID	N	%	S	P	R
Aantal VTE per eenheid	17	89 %	X		
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	17	89 %	X		
Aantal gevolgd bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	16	84 %		X	
Aantal artsen per eenheid	13	68 %	X		
Specialisatiegraad verpleegkundigen	13	68 %	X		

4. DISCUSSIE

De analyse van de cartografie van indicatoren die vandaag door de ziekenhuizen worden gebruikt, geeft aanleiding tot vier belangrijke conclusies.

Ten eerste vertonen de ziekenhuizen een belangrijke variatie t.a.v. het aantal en de soort indicatoren die werden aangeduid om het beleid m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid te sturen. Deze variabiliteit is meer uitgesproken bij de acute ziekenhuizen in vergelijking met de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal indicatoren is bij de psychiatrische ziekenhuizen en de Sp-ziekenhuizen ook veel lager in vergelijking met de acute ziekenhuizen. Bij de opmaak van de cartografie hebben de ziekenhuizen mogelijk verschillende definities gehanteerd van wat enerzijds onder kwaliteit en patiëntveiligheid en anderzijds onder sturing wordt verstaan. Een meer uitgebreide versus een meer enge interpretatie van wat onder kwaliteit en patiëntveiligheid en sturing wordt verstaan kan aanleiding zijn geweest tot een grotere of kleinere keuze van het aantal en de soort geselecteerde indicatoren. Het zou daarom nuttig kunnen zijn om verder onderzoek te doen naar de associatie tussen het gebruik van algemene kwaliteitssystemen (bv. EFQM) in het ziekenhuis en het aantal en de soort gebruikte indicatoren. Er is tevens nood aan een standaardisatie van het begrip kwaliteit en patiëntvei-

ligheidsbeleid volgens de typologie van de ziekenhuizen. Deze definitie wordt bij voorkeur in consertatie met de sector opgemaakt en heeft uiteraard een evolutief karakter.

Een tweede belangrijke conclusie is dat er een variabele invulling werd gegeven door de ziekenhuizen aan het begrip 'indicator'. Met name het aantal en de soort opgegeven 'indicatoren' in de categorie 'andere' doet vermoeden dat alle door het ziekenhuis opgevolgde elementen in het kader van kwaliteit en patiëntveiligheid automatisch het label 'indicator' hebben gekregen zonder dat evenwel een duidelijke noemer, teller of streefwaarde van toepassing is of dat er kan gerefereerd worden naar de validiteit, betrouwbaarheid en relevantie van hetgeen wordt gemeten.

Een derde belangrijke conclusie is dat er een onevenwichtige verdeling bestaat in het aantal indicatoren voor de dimensies (A) klinische prestatie, (B) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, (C) economische, financiële en IT-prestatie, en (D) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid. Na weging bleek dat gemiddeld de indicatoren van de dimensie C en D meer werden aangeduid dan A en B waarbij er gemiddeld minder dan 15 % van de indicatoren werden aangeduid in de dimensie A.

Een vierde belangrijke conclusie is dat uitkomstindicatoren substantieel meer voorkomen dan proces- en structuurgebonden indicatoren. Dit kan mogelijks worden verklaard doordat deze indicatoren als belangrijker worden geacht voor het management van het ziekenhuis in vergelijking met structuur en procesindicatoren. Uit de literatuur blijkt echter dat structuurindicatoren (zoals personeelsbezetting of kwalificatie van de zorgverleners) in belangrijke mate bepalend zijn voor de resultaten die op het vlak van de processen en (klinische) uitkomsten worden behaald.

BIJLAGE 1

Techniek van weging

Voor de weging van de indicatoren voor de vier dimensies werd de volgende berekening toegepast (voorbeeld voor de acute ziekenhuizen).

Stap 1: In totaal werden er 371 indicatoren opgelijst in het rapporteringsdocument met de volgende verdeling: dimensie A 168, dimensie B 162, dimensie C 21, en dimensie D 20. De indicatoren ‘andere’ werden niet meegenomen in de analyse.

Stap 2: Het gemiddeld aantal aangeduide indicatoren per dimensie werd berekend. Dit gemiddelde aantal bedroeg voor dimensie A: 24, B: 43, C: 40 en D: 9.

Stap 3: Het gemiddeld aantal aangeduide indicatoren werd gedeeld door het aantal opgelijste indicatoren. Voorbeeld voor dimensie A: $24/168 = 14\%$.

Dus als het resultaat voor dimensie A: 14 % bedraagt, betekent dit dat de ziekenhuizen gemiddeld 14 % van de beschikbare, opgelijste indicatoren hebben aangeduid.

Deze weging heeft wel enkele beperkingen. Vooreerst wordt verondersteld dat de indicatoren onafhankelijk zijn van elkaar. Ten tweede konden bepaalde indicatoren maar aangeduid worden in ziekenhuizen met gespecialiseerde diensten (zoals indicatoren m.b.t. cardiochirurgie).

BIJLAGE 2

Tabel A: Acute ziekenhuizen (n = 108), top 20 van geselecteerde indicatoren (ongeacht de dimensie)

Naam indicator	n	%
Incidentie van MRSA opgelopen in ziekenhuis	105	97,22 %
Aantal klachten bij de ombudsdienst	105	97,22 %
Aantal VTE verpleegkundigen per eenheid	104	96,30 %
MRSA: deelname aan de nationale surveillance	102	94,44 %
Clostridium difficile: deelname aan de nationale surveillance	100	92,59 %
Deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne	99	91,67 %
Aantal transfusiereacties	98	90,74 %
Resistentiecijfer Staphylococcus aureus	97	89,81 %
Tevredenheidsmetingen bij patiënten	96	88,89 %
Niveau van cashflow	96	88,89 %
Gebruik van handalcohol voor handhygiëne*	95	87,96 %
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	94	87,04 %
Graad van financiële onafhankelijkheid	93	86,11 %
Percentage nosocomiaal verworven MRSA	92	85,19 %
Totaal verbruik van handalcohol*	92	85,19 %
Incidentie van Clostridium difficile	91	84,26 %
Rentabiliteitsniveau	91	84,26 %
Gebruik van antibiotica in het ziekenhuis in zijn geheel	90	83,33 %
Gevolgde bijscholing door verpleegkundig/paramedisch personeel	88	81,48 %
Percentage keizersneden	88	81,48 %

* het betreffen 2 afzonderlijke indicatoren van een verschillend hiërarchisch niveau.

Tabel B: Psychiatrische ziekenhuizen (n = 56), top 20 van geselecteerde indicatoren (ongeacht de dimensie)

Naam indicator	n	%
Aantal klachten bij de ombudsdienst	52	92,86 %
Aantal VTE verpleegkundigen per eenheid	50	89,29 %
Gevolgdde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	50	89,29 %
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	46	82,14 %
Tevredenheidsmetingen bij patiënten*	45	80,36 %
Liquïditeit	44	78,57 %
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	41	73,21 %
Tevredenheidsmetingen bij patiënten*	41	73,21 %
Rentabiliteitsniveau	41	73,21 %
Percentage absentieïsme bij het personeel (1 dag, lange termijn)	40	71,43 %
Aantal vrijwillige opnames	40	71,43 %
Niveau van cashflow	39	69,64 %
Financiële dekking	39	69,64 %
Uitgevoerde tevredenheidsmetingen bij het personeel	38	67,86 %
Aantal geëiste ontslagen van de betrokkene of andere en zonder akkoord van het behandelend team	38	67,86 %
Aantal afzonderingen	38	67,86 %
Graad van financiële onafhankelijkheid	37	66,07 %
Aantal ontslagen met wederzijds akkoord	37	66,07 %
Aantal patiënten die afgezonderd worden	37	66,07 %
Aantal ontslagen zonder overleg	35	62,50 %

* het betreft verschillende indicatoren.

Tabel C: Sp-ziekenhuizen (n = 19), top 20 van geselecteerde indicatoren (ongeacht de dimensie)

Naam indicator	n	%
Aantal VTE verpleegkundigen per eenheid	17	89,47 %
Kwalificatiegraad verzorgend personeel	17	89,47 %
Gevolgte bijscholing door verpleegkundig/paramedisch personeel	16	84,21 %
Incidentie van MRSA	16	84,21 %
Deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne	16	84,21 %
Totaal verbruik van handalcohol	16	84,21 %
Totaal aantal valincidenten	16	84,21 %
Totale ziekenhuissterfte	15	78,95 %
Gebruik van hospitalisatiecapaciteit	14	73,68 %
Aantal klachten bij de ombudsdienst	14	73,68 %
Informaticakosten	14	73,68 %
Niveau van cashflow	14	73,68 %
Rentabiliteitsniveau	14	73,68 %
Gebruik van handalcohol voor handhygiëne	14	73,68 %
Totaal aantal valincidenten met verwonding tot gevolg	14	73,68 %
Aantal artsen per eenheid	13	68,42 %
Specialisatiegraad verpleegkundigen	13	68,42 %
Aantal verwijzingen van andere ziekenhuizen / verzorgingsinstellingen	13	68,42 %
Tevredenheidsmetingen bij patiënten	13	68,42 %
Graad van financiële dekking	13	68,42 %

HOOFDSTUK 4. BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN

Kernconclusies

- De ziekenhuizen hebben een duidelijke vraag geformuleerd aan de federale overheid om voldoende **proactieve ondersteuning en coaching** te voorzien voor de drie pijlers van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'.
- De georganiseerde begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten onder de vorm van workshops, studiedagen en/of praktijkopleidingen zijn steeds een **combinatie van theoretische inzichten en praktische toepassingen**.
- **8 op 10** van de ingeschreven personen voor de georganiseerde activiteiten neemt ook effectief deel.
- Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn **kerndoelstellingen** van elk ziekenhuis. De indruk ontstaat dat deze thema's nog altijd de zaak zijn van de kwaliteitscoördinator of de medewerker patiëntveiligheid.
- De begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten georganiseerd voor **ziekenhuisdirecties**, zoals de workshops over EFQM en bepaalde onderdelen van het symposium over patiëntveiligheid, **bereiken** deze doelgroep **onvoldoende**.
- Het aantal deelnemers aan het jaarlijks symposium 'Het vermijdbare vermijden' **neemt toe van jaar tot jaar**.
- Het **QS-team** streeft naar een vlotte toegankelijkheid en moedigt constructieve feedback van de ziekenhuizen aan.
- Elk **netwerk** heeft een **eigen dynamiek** ontwikkeld.
- Het TIM-project heeft aangetoond dat **transfer een complex gebeuren** is.

1. INLEIDING

In het kader van de jaarlijkse contracten 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' werd, door de cel 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid' (QS-team)²⁷ van de federale overheid, een meerjarenplan tot 2012 ontwikkeld. Vanaf het tweede contractjaar (2008-2009) werd er gedifferentieerd tussen acute, psychiatrie en Sp-ziekenhuizen en zijn de contracten gebaseerd op drie pijlers: structuren, processen en resultaten (triade van Donabedian). De gevraagde activiteiten worden jaarlijks gedetailleerd beschreven in de contracten. Uit de rapporten die de ziekenhuizen hebben ingediend voor het eerste contractjaar (2007-2008) kwam duidelijk naar voren dat er vraag was naar ondersteuning en coaching van de federale overheid. Eveneens bleek er een behoefte te zijn aan opleiding, (het bevorderen van) netwerken tussen de ziekenhuizen en aan concrete ondersteuning voor de uitvoering van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'.²⁸ Het vertalen van de theoretische concepten 'kwaliteit' en 'patiëntveiligheid' naar de praktijk is immers een complex gegeven omdat het niet alleen een verandering in cultuur en gedrag vraagt, maar ook een aanpassing van de ziekenhuisorganisatie en van werkmethodes. Tenslotte is ook efficiënt leiderschap essentieel om tot resultaten te komen.²⁹ Om op de reële behoefte van de ziekenhuizen in te spelen, is het QS-team, in samenwerking met de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid³⁰, in de loop van 2008 gestart met het ontwikkelen van een begeleidings- en ondersteuningsplan voor de ziekenhuizen.

2. CONTEXT

Het verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid vereist maatregelen op verschillende niveaus. Zowel ziekenhuisbrede acties, gestuurd door het management, als activiteiten op de werkvloer zijn hierbij belangrijk. In het eerste contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid (2007-2008)', werd daarom

27 De cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de federale overheid is identiek aan het QS-team. De benaming QS-team wordt verderop in de tekst gehanteerd omdat deze het beste is gekend bij de ziekenhuizen.

28 M. Haelterman, H. Peleman, L. Borgemans, 'Verwachtingen naar en ondersteuning van de ziekenhuissector' In J. Hellings, *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Basisinzichten en verkenning van veiligheidscultuur*, Kluwer, 2009, p. 39-47.

29 NHS, *The "How to Guide" for Implementing Human Factors in Healthcare*, Version 1, 2009, www.patientsafetyfirst.nhs.uk.

30 De ledenlijst van de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid is terug te vinden achteraan dit boekje.

gevraagd om, op ziekenhuisniveau, een visie, missie en strategische doelstellingen te ontwikkelen in relatie tot kwaliteit en patiëntveiligheid. Eveneens werd aanbevolen om aandacht te hebben voor communicatie tussen zorgverleners, om het personeel te sensibiliseren en te stimuleren tot het volgen van vorming en opleiding. Deze maatregelen kunnen daadwerkelijke hefboomen zijn in het bekomen van een succesvolle verandering. Het QS-team wil, als partner in deze beweging, een effectieve bijdrage leveren door het organiseren van verschillende begeleidings- en ondersteuningsvormen zoals:

- het organiseren van workshops, studiedagen en praktijkopleidingen (2.1);
- het ter beschikking stellen van een overzicht van externe opleidingen (2.2);
- het bevorderen van de interactie met de ziekenhuizen (2.3);
- het ontwikkelen van gebruiksvriendelijke rapportage-instrumenten voor de ziekenhuizen (2.4);
- het ontwikkelen van een informatieve website (2.5);
- het jaarlijks organiseren van een week en symposium over patiëntveiligheid (2.6);
- het stimuleren en ondersteunen van ziekenhuisnetwerken (2.7);
- het ondersteunen van een project over intramurale transfer (TIM) (2.8).

Om het overzicht van de activiteiten te behouden in de tekst wordt meer gedetailleerde informatie in de bijlagen achteraan het hoofdstuk opgenomen.

Voor zover er gegevens zijn, worden de resultaten voor de verschillende onderdelen weergegeven.

Hierna wordt concreter ingegaan op de verschillende vormen van aangeboden begeleiding en ondersteuning. Dit overzicht beperkt zich niet tot contractjaar 2008-2009. In 2007 werden onder meer belangrijke activiteiten georganiseerd over de patiëntveiligheidscultuurmeting waarover nog niet werd gerapporteerd. Voor 2010 wordt gerapporteerd over de ondersteuningsactiviteiten tot en met juni 2010.

2.1. Workshops, studiedagen en praktijkopleidingen

Het QS-team van de federale overheid heeft zich geëngageerd om in functie van de inhoud van het contract workshops, studiedagen en praktijkopleidingen te organiseren voor beleidsvoerders, ziekenhuisdirecties, artsen, kwaliteitscoördinatoren en medewerkers die rechtstreeks bij kwaliteit en patiëntveiligheid betrokken zijn. De geselecteerde thema's staan steeds in relatie tot de drie pijlers van de contracten 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' en worden zowel vanuit theoretisch als praktisch oogpunt benaderd. Onder

het motto ‘leren van elkaar’ wordt beroep gedaan op experts met ervaring in specifieke patiëntveiligheidsaspecten.

Om de toegankelijkheid te verhogen worden de workshops en de praktijkopleidingen in één taal georganiseerd. Het QS-team waakt erover dat de gekozen thema’s steeds op dezelfde manier in de beide landstalen worden behandeld zodat éénzelfde boodschap wordt overgebracht. Over de meeste thema’s worden meerdere bijeenkomsten georganiseerd. Het beperken van het aantal deelnemers per groep verhoogt de onderlinge interactie tussen de deelnemers onderling en tussen de deelnemers en de sprekers. Sommige ondersteunende activiteiten komen in aanmerking voor accreditering van artsen en ziekenhuisapothekers.

De uiteenzettingen van de sprekers zijn steeds beschikbaar op de website: www.patient-safety.be (zie ondersteuningplan/workshops).

2.1.1. Workshops, georganiseerd in 2007

In het eerste contractjaar (2007-2008) werd aan de ziekenhuizen gevraagd een ziekenhuisbrede veiligheidscultuurmeting uit te voeren. Het instrument dat hiervoor verplicht moest gebruikt worden was de ‘Hospital Survey on Patient Safety’ van de AHRQ. Om ziekenhuizen voor te bereiden op het uitvoeren van deze cultuurmeting werden hiertoe 3 workshops georganiseerd in 2007. In de theoretische uiteenzetting werd het kader geschetst waarbinnen patiëntveiligheid dient gesitueerd te worden en werd het belang van veiligheidscultuur onderstreept. Vervolgens werd ingegaan op het gebruik en de interpretatie van het meetinstrument van de AHRQ. Tenslotte werden, door twee acute ziekenhuizen, de ervaringen met de cultuurmeting in de praktijk toegelicht. De overzichtsfiguur is terug te vinden in bijlage 1.

2.1.2. Workshops, georganiseerd in 2008

Medio 2008 had 96 % van de deelnemende ziekenhuizen (158 op 164) een ziekenhuisbrede cultuurmeting uitgevoerd. Deze ziekenhuizen konden, vrijblijvend, de bekomen gegevens beschikbaar stellen aan het Ziekenhuis Oost-Limburg voor het uitvoeren van een benchmark. In een eerste fase namen 132 Belgische ziekenhuizen hieraan deel (80 % van de deelnemende ziekenhuizen). Over de resultaten van deze benchmark werden in 2008, 3 workshops georganiseerd (bijlage 2) en verscheen het rapport: *‘Veiligheidscultuur in Belgische ziekenhuizen: resultaten van een eerste onderzoek’*.³¹

31 J. Hellings & W. Schrooten, *Rapport Veiligheidscultuur in Belgische Ziekenhuizen: resultaten van een eerste onderzoek*, 2009.

2.1.3. Workshops, studiedagen en praktijkopleidingen, georganiseerd in 2009

Uit de rapportage over het eerste contractjaar (2007-2008) bleek dat slechts 1 op 3 van de Belgische ziekenhuizen gebruik maken van algemene kwaliteitskaders. Deze vaststelling was een belangrijke motivatie om hierover een specifieke activiteit te organiseren voor ziekenhuisdirecties. In 2009 werd tevens veel aandacht besteed aan het melden, analyseren en classificeren van (bijna-) incidenten, elementen die in het contract 2008-2009 werden opgenomen en waarop het QS-team pro-actief wilde inspelen.

In 2009 werden in totaal 13 activiteiten georganiseerd (bijlage 3) waarvan:

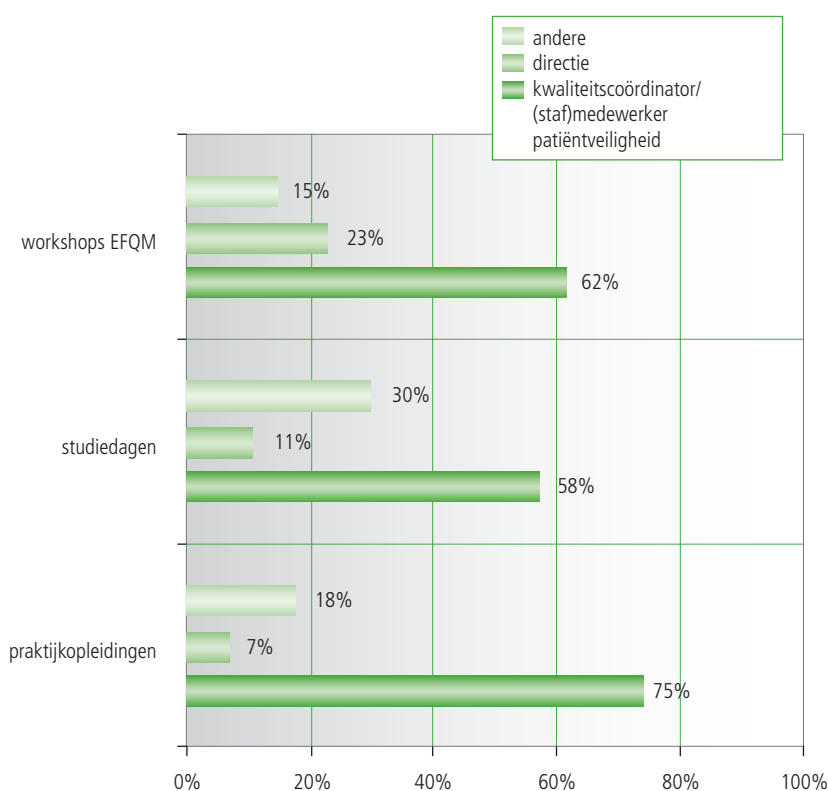
- 2 workshops over de patiëntveiligheidscultuurmeting voor nieuwe deelnemende ziekenhuizen aan het contract 2008-2009;
- 7 workshops over EFQM voor ziekenhuisdirecties;
- 2 studiedagen over het melden, analyseren en classificeren van incidenten voor kwaliteitscoördinatoren en (staf)medewerkers patiëntveiligheid;
- 2 praktijkopleidingen over retrospectieve analysemethodes voor kwaliteitscoördinatoren en (staf)medewerkers patiëntveiligheid.

De workshops over EFQM, de studiedag en de praktijkopleiding over retrospectieve analysemethodes werden respectievelijk door 70 %, 97 % en 57 % van de deelnemende ziekenhuizen aan het contract 2008-2009 bijgewoond (zie bijlage 3).

Uit figuur 1 blijkt dat de studiedag en de praktijkopleiding in grote mate gevolgd werden door de beoogde doelgroep, zijnde de kwaliteitscoördinatoren en de (staf)medewerkers patiëntveiligheid. Alhoewel de workshops over EFQM speciaal werden ingericht voor de ziekenhuisdirecties, bleek maar 1 op de 4 aanwezigen hiertoe te behoren.

Hierna wordt op elk van de bovengenoemde activiteiten uit 2009 dieper ingegaan.

Figuur 1: Functie van de deelnemers aan de activiteiten, georganiseerd in 2009



2.1.3.1. Workshop patiëntveiligheidscultuurmeting

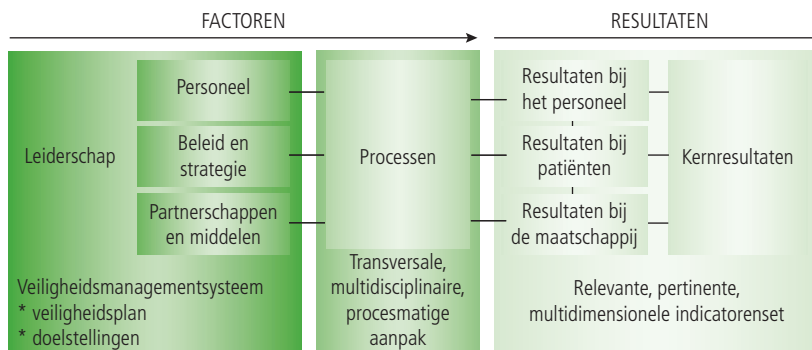
Om de 21 nieuwe deelnemende ziekenhuizen aan het contract 2008-2009 te instrueren over de uit te voeren patiëntveiligheidscultuurmeting, werden twee bijkomende workshops georganiseerd. De inhoud van deze workshops kwam in grote mate overeen met de inhoud van de workshops georganiseerd in 2007.

2.1.3.2. Workshops EFQM

Het excellentiemodel EFQM (European Foundation Quality Management) is een managementsmodel dat in Europa in verschillende instellingen wordt gebruikt. Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KU-Leuven (CZV) heeft het EFQM-model omgezet en aangepast voor de

zorgsector (Kwadrant). Dit instrument stelt organisaties in staat zichzelf te evalueren met als doel de sterke punten en de domeinen die prioritair moeten worden verbeterd in kaart te brengen en om de verdere verbetering van kwaliteit op een solide en gestructureerde manier te beheren. In het kader van deze workshops werd het EFQM-model theoretisch toegelicht en vervolgens voorgesteld vanuit patiëntveiligheidsperspectief (figuur 2) onder de naam “patiëntveiligheid bekeken door de bril van het EFQM-model”. Hierbij werd geïllustreerd hoe dit model kan gebruikt worden als inspiratiebron en leidraad voor een zelfevaluatie van het patiëntveiligheidssysteem in de organisatie. Tenslotte werd, aan de hand van concrete ziekenhuiservaringen, de operationalisering van het EFQM-model in de praktijk toegelicht.

Figuur 2: ‘Patiëntveiligheid bekeken door de bril van het EFQM-model’ (E. De Schepper)



2.1.3.3. Studiedag: melden, analyseren en classificeren van incidenten

In pijler 1 van het contract ‘Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid’ (2009-2010) werd aan de ziekenhuizen gevraagd een meld- en leersysteem te ontwikkelen voor incidenten en bijna-incidenten. Met dit instrument kunnen omvang en frequentie van incidenten en bijna-incidenten in beeld worden gebracht waardoor gerichte verbeteracties kunnen worden opgesteld.

Tijdens deze studiedag kwamen de volgende vier thema’s aan bod:

- een stand van zaken van de meld- en leersystemen in de Belgische ziekenhuizen, op basis van de resultaten van het eerste contractjaar (2007-2008);
- een toelichting over de implementatie van een meld- en leersysteem in een acuut ziekenhuis;
- een eerste kennismaking met de ICPS (International Classification for Patient Safety) van de WGO (taxonomie);

- een theoretische benadering met een casus van retrospectieve analysemethoden, als introductie op de praktijkopleiding.

2.1.3.4. Praktijkopleiding: retrospectieve analysemethoden

Pijler 1 van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' (2009–2010) vereist dat ziekenhuizen vijf incidenten retrospectief analyseren. Om ziekenhuizen hierin te ondersteunen werden praktijkopleidingen voor kleine groepen georganiseerd voor acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen. Deze praktijkopleidingen werden gegeven door ziekenhuismedewerkers die reeds beschikten over voldoende ervaring met de analysemethode en zo hun verworven kennis konden delen met de deelnemers.

2.1.4. Workshops en praktijkopleidingen, georganiseerd in 2010

De workshops en praktijkopleidingen, georganiseerd in de eerste helft van 2010 hadden voornamelijk betrekking op het gebruik van de ICPS (International Classification for Patient Safety) van de WGO (taxonomie) en op de retrospectieve analysemethoden PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis). In het contract 2008-2009 werd aan ziekenhuizen immers gevraagd om 5 incidenten retrospectief te analyseren en te classificeren volgens de WGO-taxonomie.

De eerste helft van 2010 werden 12 workshops georganiseerd: 5 over de taxonomie en 7 over PRISMA (bijlage 4). Aan deze workshops hebben respectievelijk 191 en 179 ziekenhuismedewerkers deelgenomen.

De workshops over SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie), een tweede retrospectieve analysemethode, worden georganiseerd vanaf september 2010.

2.1.4.1. Workshops taxonomie

In het contract 2008-2009 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om vijf, retrospectief geanalyseerde incidenten, taxonomisch in te delen volgens de International Classification for Patient Safety van de WGO.

De International Classification for Patient Safety (ICPS) van de WGO is niet de enige taxonomie voor incidenten die bestaat. Enkele andere voorbeelden zijn:

- Taxonomie for Error Reporting, Root Cause Analysis and Analysis of Practice Responsibility (TERCAP);
- NCC MERP Taxonomy of Medication Error;

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Patient Safety Taxonomy;
- ...

De federale overheid koos voor de ICPS omdat het een model is dat op een consistente wijze toepasbaar is in de gezondheidszorg.

De oorspronkelijke versie van de ICPS, ontwikkeld door de World Alliance for Patient Safety³² werd door de federale ‘ad hoc werkgroep taxonomie’³³ aangepast aan de Belgische situatie en naar de drie landstalen vertaald.

In enkele ziekenhuizen werd het gebruik van de taxonomie ook uitgetest. In de toekomst zullen nog aanpassingen en verbeteringen nodig zijn, onder meer ook omdat vanuit de WGO de komende jaren wijzigingen zullen worden doorgevoerd.

Een bondige omschrijving van het conceptueel raamwerk van het ICPS is te lezen in bijlage 5.

Het taxonomisch indelen van incidenten en bijna-incidenten is waardevol omdat:

- het zorgt voor een gemeenschappelijk taalgebruik;
- omdat gegevens geaggregeerd en geanalyseerd kunnen worden op verschillende niveaus:
 - op niveau van de individuele ziekenhuizen: ontdekken van patronen en tendensen in gegevensbanken
 - op niveau van meerdere ziekenhuizen: netwerk, regionaal, nationaal, internationaal (benchmark)
 - op niveau van specialismen (zoals bv. in Nederland voor neonatologie en radiotherapie);
- het richtinggevend en sturend kan zijn bij het in kaart brengen van de belangrijkste zorgaspecten;
- de beschikbare middelen door het ziekenhuis gemakkelijker kunnen geprioritiseerd worden;

Ook de input van gebruikers is essentieel. Daarom deed het QS-team einde 2009 een oproep aan de ziekenhuizen om, bij wijze van oefening, minstens één incident taxonomisch in te delen en om de problemen en onduidelijkheden die hierbij ervaren werden, te inventariseren.

³² <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.

³³ De ledenlijst van de werkgroep taxonomie is terug te vinden achteraan dit boekje.

Méer dan 100 ziekenhuizen hebben op deze oproep gereageerd. Op basis van de aangegeven probleempunten werden de workshops georganiseerd en werd een handleiding³⁴ voor de ziekenhuizen opgemaakt.

De workshops over taxonomie bevatten twee grote onderdelen:

- een theoretische inleiding waarbij onder meer ingegaan werd op het belang van de taxonomie en
- een meer praktisch onderdeel met de analyse van een casus waarbij ziekenhuizen daadwerkelijk de kans kregen om één of meerdere incidenten taxonomisch in te delen. Op basis van de ervaren probleempunten werd een discussie gevoerd.

2.1.4.2. Workshops PRISMA

Hoewel er verschillende methodes bestaan om de (bijna-)incidenten retrospectief te analyseren, heeft de federale overheid gekozen voor twee methodes die reeds hun efficiëntie hebben bewezen: de PRISMA-methode³⁵ en de SIRE-methode³⁶.

Het model van Reason^{37, 38}, gebaseerd op de systeemtheorie, geeft aan dat (bijna-)incidenten ontstaan door een samengaan van actieve en latente tekortkomingen.

PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) is gebaseerd op de theorie van Reason en omvat drie belangrijke onderdelen: de omschrijving van incidenten, de classificatie van de oorzaken (Eindhoven Classificatie) en de omzetting in maatregelen die moeten worden genomen in de instellingen (op structureel en/of organisatorisch vlak). PRISMA heeft als voornaamste doelstelling een (bijna-)incident diepgaand te analyseren. Door het grondig bestuderen van de context en de omstandigheden waarin het (bijna-)incident gebeurde, kunnen de actieve en de latente tekortkomingen in beeld worden gebracht waardoor structurele verbeteracties kunnen opgesteld worden.³⁹

34 De handleiding voor het gebruik van de taxonomie in Belgische ziekenhuizen werd aan alle ziekenhuizen doorgemaild en is te downloaden op www.patient-safety.be/contract_coördinatie_kwaliteit_en_patiëntveiligheid/contract_2009-2010.

35 I. Hemmes, P. Zweekhorst, *Prisma Praktisch. Tijdig leren van (bijna-) incidenten*, Bilthoven, Colofon, 2008.

36 I.P. Leistikow, K.den Ridder, B. de Vries, *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*. Patiëntveiligheid, Utrecht, Elsevier Gezondheidszorg, 2009.

37 J. Reason, *Human error: models and management*, *BMJ* 2000, 320: 768-770.

38 J. Reason, *Understanding adverse events: human factors*, *Qual Health care* 1995, 4: 80-89.

39 *Herontechnologies, handleiding retrospectieve incidentanalyse*, april 2009.

2.2. Overzicht van externe opleidingen

In de loop van de voorbije jaren gaven ziekenhuizen aan dat er een behoefte bestaat aan vorming op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid en dat een overzicht over vormingsmogelijkheden, georganiseerd door externe partijen, wel nuttig zou zijn.

Het QS-team van de FOD heeft deze vraag geconcretiseerd en een overzicht opgesteld en gestructureerd in de volgende drie categorieën:

- opleidingen over kwaliteit en patiëntveiligheid;
- nationale en internationale congressen over kwaliteit en patiëntveiligheid;
- andere opleidingen over kwaliteit.

Een overzicht van het aanbod aan externe opleiding is te vinden op www.patient-safety.be (zie contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/ondersteuningsplan/externe opleidingen).

Het opleidingsaanbod wordt door het QS-team jaarlijks en bij het begin van het academiejaar geactualiseerd.

2.3. Interactie met de ziekenhuizen

Aankondigingen van begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten, inschrijvingen, mededelingen over het contract en andere informatie gebeuren per mail. Het QS-team stuurt deze mails consequent naar zowel de ziekenhuisdirecties als de contactpersonen voor het contract. Het QS-team vindt het belangrijk dat ook de ziekenhuisdirecties de evolutie van de werkzaamheden over het contract kunnen opvolgen.

Ziekenhuizen kunnen met vragen steeds terecht bij de medewerkers van het QS-team, hetzij telefonisch, hetzij via het qs@health.fgov.be mailadres of via het individueel mailadres van de medewerkers. Een belangrijke indicator voor het QS-team in dit verband is dat 95 % van de mails beantwoord worden binnen de 24 uur.

2.4. Rapportage-instrumenten voor de ziekenhuizen

Bij de start van de contracten in 2007 werden aan de ziekenhuizen instrumenten ter beschikking gesteld om de rapportage te vergemakkelijken. In het eerste contractjaar werd een webtoepassing ontwikkeld die vrijblijvend door de ziekenhuizen kon gebruikt worden. 80 % van de ziekenhuizen heeft de rapportage over het eerste contractjaar via deze webtoepassing uitgevoerd. Vanaf het tweede con-

tractjaar (2008-2009) worden de rapportage-instrumenten in Word en per pijler ontwikkeld. Het gebruik van deze rapportage-instrumenten is wel verplicht.

2.5. Website www.patient-safety.be

De website www.patient-safety.be is een onderdeel van www.health.belgium.be, de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Onder het luik 'gezondheidszorg' en vervolgens 'zorginstellingen', kan de pagina over patiëntveiligheid worden geopend. Via www.patient-safety.be kan ook rechtstreeks ingelogd worden.

Alle belangrijke informatie over het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' is te vinden via de vier hoofdrubrieken: 'missie', 'week voor patiëntveiligheid', 'contract Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' en 'ondersteuningsplan'. Ook de instrumenten (cultuurmeting, rapportagedocumenten, handleiding taxonomie), de programma's en de presentaties van de workshops en het symposium patiëntveiligheid kunnen geconsulteerd en gedownload worden. Inschrijvingen op het contract, de workshops en het symposium patiëntveiligheid gebeuren eveneens via deze website. Op de hoofdpagina staat telkens de meest actuele informatie. De documenten over de voorbije jaren zijn terug te vinden onder de rubriek 'meer over dit thema'.

2.6. Week en symposium over patiëntveiligheid 'Het vermijdbare vermijden'

Sedert 2007 organiseert de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een Week voor Patiëntveiligheid, telkens in het najaar (oktober of november). Voor deze actie werd een logo en een huisstijl ontwikkeld. Om de doelgroep te sensibiliseren voor het thema worden affiches en brochures met het programma ter beschikking gesteld aan ziekenhuizen en onderwijsinstellingen. Een eerste aspect van de week bestaat uit de organisatie van een meerdaags symposium onder de titel 'Het vermijdbare vermijden', waar een variëteit aan thema's wordt behandeld (bijlage 6). De beoogde doelgroepen zijn de zorgverstrekkers zoals ziekenhuisdirecties, kaderleden, artsen, verpleegkundigen, ziekenhuisapothekers, kwaliteitscoördinatoren, (staf) medewerkers patiëntveiligheid en alle personen die betrokken zijn in de zorgsector. Jaarlijks worden enkele bijzondere accenten gelegd. In 2008 bijvoorbeeld werd een halve dag georganiseerd onder de titel 'Boards on board' over de rol van het ziekenhuismanagement in patiëntveiligheid. In 2009 werd de rol van de verpleegkundigen belicht. Tijdens de jaarlijkse symposia ontvangen de ziekenhuizen steeds een eerste feedback van de resultaten van de ingediende rappor-

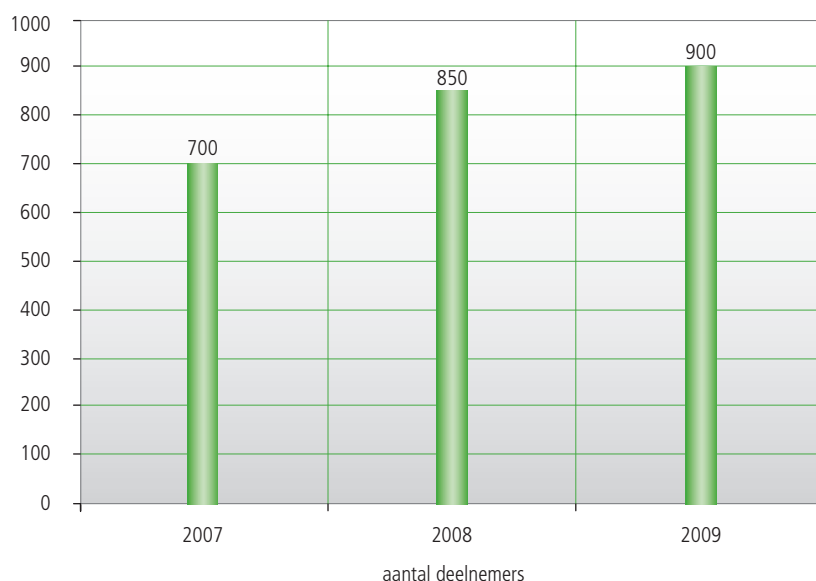
ten in het kader van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'. Eveneens wordt erover gewaakt dat de drie types van ziekenhuizen en de beide landsgedeelten evenwichtig aan bod komen.

Een tweede aspect gaat over het geven van de mogelijkheid aan ziekenhuizen om specifieke patiëntveiligheidsprojecten voor te stellen aan collega's uit andere ziekenhuizen. Hiervoor werden tijdens de symposia van 2007 en 2009 postersessies georganiseerd.

Ten derde ondersteunt en verzoekt de federale overheid de ziekenhuizen om zich tijdens de week voor patiëntveiligheid actief te engageren door, binnen de eigen instelling, het thema patiëntveiligheid centraal te stellen. Ziekenhuizen kunnen voor de ziekenhuismedewerkers bijvoorbeeld een affichecampagne voeren, informatiesessies of seminars organiseren.

In figuur 3 kan men de evolutie van het aantal deelnemers volgen vanaf 2007.

Figuur 3: Aantal deelnemers aan het symposium 'Het Vermijdbare Vermijden' in 2007, 2008 en 2009



2.7. Stimuleren en ondersteunen van ziekenhuisnetwerken

In het najaar van 2008 heeft het QS-team alle deelnemende ziekenhuizen bevestigd naar de behoefte aan specifieke ondersteuning voor een goede uitvoering van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'. De volgende twee vragen werden gesteld:

1. Welke problemen ervaart of voorziet u bij de uitvoering van de respectievelijke pijlers?
2. Geef aan welke ondersteunende maatregelen noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van respectievelijke pijlers.

Het QS-team heeft de verkregen informatie samengevat en vervolgens, tijdens groepsbijeenkomsten, teruggekoppeld met zowel de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen. Deze oefening maakte duidelijk dat er wel degelijk een belangrijke behoefte aan ondersteuning en coaching bestond en resulteerde in het oprichten van 5 bijkomende ziekenhuisnetwerken.

In het Nederlandstalige landsgedeelte werden 2 bijkomende netwerken opgericht: 1 voor de psychiatrische en 1 voor de Sp-ziekenhuizen. De acute ziekenhuizen hadden aangegeven geen directe behoefte te hebben aan een bijkomend netwerk en zouden de specifieke elementen uit het contract bespreken in de bestaande regionale netwerken.

In het Franstalige landsgedeelte werden 3 bijkomende netwerken opgericht: 1 netwerk met acute en Sp-ziekenhuizen, 1 netwerk met de psychiatrische ziekenhuizen (QualPsy).

Deze nieuwe netwerken en hun activiteiten worden opgeschreven in bijlage 7. Momenteel is er geen cijfermatige evaluatie van de netwerken mogelijk. Nochtans stelt men vast dat de verschillende netwerken steunen op een actieve deelname van de ziekenhuismedewerkers en dat ze beantwoorden aan een behoefte en dat ze elk een eigen dynamiek hebben ontwikkeld.

2.8. TIM-project (intramurale transfer)

Intramurale transfer is een belangrijk thema in de contracten 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid' (pijlers 1 en 2). Uit de eerste cultuurmeting bleek reeds dat de dimensie 'overdracht en transfer' door vele ziekenhuizen gepercipieerd wordt als een probleemdimensie.⁴⁰ Er werden dus ook veel verbeteracties over geformuleerd, zowel in pijler 1 als in pijler 2 van het contract.

⁴⁰ M. Haelterman, *La mesure de la culture, de quoi s'agit-il et pourquoi?*, Mons, CREAS, 23 januari 2009.

In maart 2009 werd een overeenkomst afgesloten tussen de FOD Volksgezondheid en de drie 'Ecoles de Santé Publique van de Université Catholique de Louvain (UCL), de Université Libre de Bruxelles (ULB) en Université de Liège (ULg) met de opdracht methodologische ondersteuning uit te werken over intramurale transfer (TIM-project).

De voornaamste doelstellingen van het TIM-project zijn:

- op korte termijn: het inventariseren, analyseren, meten en verbeteren van de procedure inzake intramurale transfer en de risico's;
- op langere termijn: het ontwikkelen en uittesten van een beheersmodel voor patiëntentransfer en het vervolgens te veralgemenen.

In eerste instantie zijn in dit project 12 Franstalige, acute ziekenhuizen betrokken. De deelnemende ziekenhuizen werden ondergebracht in 4 groepen en eenheden in functie van de donor- en receptoreenheden:

- Groep 1: transfer van zorgeenheden naar een technische dienst (3 ziekenhuizen);
- Groep 2: transfer van zorgeenheden naar een revalidatiedienst (Sp) (4 ziekenhuizen);
- Groep 3: transfer van intensieve zorg naar de eenheid geneeskunde (2 ziekenhuizen);
- Groep 4: transfer van intensieve zorg naar de eenheid chirurgie (3 ziekenhuizen).

Op basis van het 10-stappenplan, gebaseerd op de PDCA-cyclus van pijler 2 van het contract werden 10 opleidingsdagen georganiseerd voor verpleegkundigen en artsen van de donoreenheden (DE) en receptoreenheden (RE) en voor de TIM-referentiepersoon van de twaalf betrokken ziekenhuizen.

De 10 opleidingsdagen werden opgebouwd volgens eenzelfde structuur. Na een theoretische toelichting werden werkgroepen samengesteld om de theoretische informatie te bespreken en om feedback te geven over de realisaties van de verschillende ziekenhuizen in de periode tussen de verschillende opleidingsdagen. Vervolgens werden de acties bepaald die per instelling moesten worden geïmplementeerd tegen de volgende opleidingsdag. Elke sessie werd geëvalueerd aan de hand van een formulier.

De methodologie die gevolgd werd voor de 10 fasen staat omschreven in bijlage 8.

Hoewel de 10 fasen door de meeste ziekenhuizen werden opgestart, moeten deze verder worden verankerd. Het TIM-project heeft aangetoond dat transfer een complex gebeuren is. De implementatie van boordtabellen van procedu-

res en van protocollen alsook van de aanbevelingen kent immers een progressief verloop. De betrokken ziekenhuizen staan in voor de veralgemening van de methodologie over intramurale transfer en voor een verdere uitdieping van de sleutelinterventies.

Het is aan te bevelen om de protocollen en de richtlijnen over intramurale transfer, die ontwikkeld werden door het Franstalige netwerk 'TIM' ook te verspreiden naar de Nederlandstalige ziekenhuizen.

BIJLAGE 1

Overzicht van workshops, georganiseerd in 2007

Thema:	Patiëntveiligheidscultuur
Aard van de ondersteuning:	workshop
Aantal bijeenkomsten:	2 NL–1 FR
Doelgroep:	ziekenhuisdirecties, kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid
Aantal deelnemers:	240
Data:	NL: 7 november 2007, 5 oktober 2007
	FR: 14 december 2007
Sprekers:	Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
	Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
	Mark Etienne, AZ Sint-Augustinus, Wilrijk
	Brenda Droesbeke, AZ Sint-Blasius, Dendermonde
	Agnès Jacquerye, Hôpital Erasme, QS-team
	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière
	Vinciane Doutreluingne, CHU Tivoli, La Louvière
	Hugues Michel, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussel
Meer info op:	www.patient-safety.be/contract coördinatie kwaliteit en patiënt-veiligheid/ondersteuningsplan/workshops

BIJLAGE 2

Overzicht van workshops, georganiseerd in 2008

Thema:	Patiëntveiligheidscultuur: inzichten vanuit de resultaten van de cultuurmeting
Aard van de ondersteuning:	workshop
Aantal bijeenkomsten:	2 NL-1 FR
Doelgroep:	ziekenhuisdirecties, kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid
Aantal deelnemers:	375
Data:	NL: 4 en 10 juni 2008 FR: 12 juni 2008
Sprekers:	Christiaan Decoster, FOD VVVL
	Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
	Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
	Dominique Gainvorste, FOD VVVL
	Bruno Monaco, CHU de Charleroi
	Hugues Michel, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussel
	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière
	Sébastien Bartholomé, CH Tubize, Nivelles
	Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
Meer info op:	www.patient-safety.be/contract coördinatie kwaliteit en patiënt-veiligheid/ondersteuningsplan/workshops

BIJLAGE 3

Overzicht van workshops, studiedagen en praktijkopleidingen, georganiseerd in 2009

Thema	Patiëntveiligheidscultuur	EFQM	Melden, analyseren en classificeren van incidenten	Retrospectieve analysemethodes
Aard van de ondersteuning:	workshop	workshop	studiedag	praktijkopleiding
Aantal bijeenkomsten:	1 NL–1 FR	4 NL–3 FR	1 NL–1 FR	5 parallelsessies NL 3 parallelsessies FR
Doelgroep:	nieuwe deelnemende ziekenhuizen aan het contract 2008-2009	ziekenhuis-directies	kwaliteitscoördinatoren en (staf) medewerkers patiëntveiligheid	kwaliteitscoördinatoren en (staf) medewerkers patiëntveiligheid
Aantal deelnemers:	21	130 (70 %*)	180 (97 %*)	105 (57 %*)
Data:	NL: 14 januari 2009	NL: 10, 11, 17 en 18 maart 2009	NL: 12 mei 2009	NL: 25 mei 2009
	FR: 23 januari 2009	FR: 24, 26, 27 maart 2009	FR: 19 mei 2009	FR: 8 en 19 juni 2009
Sprekers:	Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	Erik De Schepper, Universiteit Antwerpen Management School	Margareta Haelterman, QS-team FOD	Bart Goossens, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout
	Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	Hugo Castelyn, AZ Sint-Blasius Dendermonde	Corine Steyvers, UZ Gent	Machtild Hartmann, UZ Leuven
	Laurence Treccani, CHU de Charleroi	Hans Rigauts, AZ Sint-Jan Brugge	Luc Van Looy, GasthuisZusters Antwerpen, Wilrijk	Peter Osten, Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie, Oostende–QS-team FOD

Thema	Patiëntveiligheidscultuur	EFQM	Melden, analyseren en classificeren van incidenten	Retrospectieve analysemethoden
	Thanh-Vu Nguyen, CHU de Charleroi	Delphine Morlot, CH du Luxembourg	Chrétien Haenen, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Maastricht	Anja Braet, Brenda Droeskbeke, AZ Sint Blasius, Dendermonde
		Nathalie Zandecki, CHU Charleroi	Gauthier Desuter, Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles	Ann Van de Velde, O.L.Vrouw, Aalst
		Françoise Romano-Giro et Stéphanie Blaise, Clinique Dr E.Bohler, Luxembourg	Aurore Mayeux et Guy Clyncemallie, CHwapi, Tournai	Patrick van Daele, Imelda Ziekenhuis, Bonheiden
			Anne-Sophie Nyssen, Faculté de Psychologie, Liège	Tilly Postelmans, Ziekenhuizen Oost-Limburg, Genk
			Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)	Mark Etienne, GasthuisZusters Antwerpen, Wilrijk
				Anne-Sophie Nyssen, Faculté de Psychologie, Liège
				Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
Meer info op:	www.patient-safety.be/contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/ondersteuningsplan/workshops			

(*): % op basis van het aantal deelnemende ziekenhuizen aan het contract 2008-2009.

BIJLAGE 4

Overzicht van workshops, georganiseerd in 2010 (t/m juni 2010)

Thema	Taxonomie	PRISMA
Aard van de ondersteuning:	workshop	workshop
Aantal bijeenkomsten:	3 NL–2 FR	4 NL–3FR
Doelgroep:	kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid	kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid
Aantal deelnemers:	191	179
Data:	NL: 28 januari, 10 en 24 februari 2010 FR: 28 januari en 10 februari 2010	NL: 10 maart, 29 april, 12 mei, 3 juni 2010 FR: 9, 11 en 15 juni 2010
Sprekers:	Luc Van Looy, GZA Antwerpen	Anja Braet, AZ Sint-Blasius, Dendermonde
	Anja Braet, AZ Sint-Blasius, Dendermonde	Thijs Nelis, Jessa Ziekenhuis, Hasselt
	Mark Etienne, GZA, Antwerpen	Mark Etienne, GZA, Antwerpen
	Patrick Van Daele, Imeldaziekenhuis, Bonheiden	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière
	Thijs Nelis, Jessa Ziekenhuis, Hasselt	Bruno Krug, Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir
	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière	Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
	David Sauwens, QS-team FOD	Carine De Leeuw, CH Jean Titeca Brussel
	N. Belghezi, CHU de Mons	Dominique Putzeys, CHR de la Citadelle, Luik
	Dominique Gainvorste, CHP de Mons	Bernard Hermand, Centre Neurologique William Lennox, Ottignies
	Corinne Courtois, Bernard Hermand, Centre Neurologique William Lennox, Ottignies	
Meer info op:	www.patient-safety.be/contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid/ondersteuningsplan/workshops	

BIJLAGE 5

Bondige omschrijving van het conceptueel raamwerk van het ICPS

De ICPS (International Classification for Patient Safety) is een conceptueel raamwerk bestaande uit 10 grote klassen, 48 sleutelconcepten en ongeveer 700 begrippen.

Een volledige classificatie van een incident is niet altijd zinvol en zeker niet altijd nodig. Daarom werd door de federale overheid een minimale dataset bepaald waarbij 4 (van de 10) klassen moeten worden behandeld.

Elke incidentmelding moet minimaal de volgende klassen omvatten:

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| A: Incidenttype (12 sleutelconcepten met per concept de opdeling probleem/proces) | } | Minimale dataset |
| D: Incidentkarakteristieken (plaats van het incident) | | |
| B: Gevolgen voor de patiënt (ernstgraad) | | |
| H: Gevolgen voor de organisatie (7 sleutelconcepten) | | |

De resterende klassen uit de taxonomie kunnen door de ziekenhuizen op facultatieve basis geregistreerd worden. Het gaat hier om de volgende klassen:

- | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|
| C. Patiëntkarakteristieken | } | Facultatieve klassen |
| E. Versterkende factoren | | |
| F. Verzachtende factoren | | |
| G. Detectie | | |
| I. Verbeteracties | | |
| J. Acties om het risico te beperken | | |

BIJLAGE 6

Overzicht van de thema's van de symposia, georganiseerd in 2007, 2008 en 2009

Symposium 'Het vermijdbare vermijden'			
Jaar:	2007	2008	2009
Data:	22, 23 en 24 oktober 2007	6 en 7 november 2008	17 en 18 november 2009
Aantal deelnemers:	700	850	900
Thema's:	1. Patiëntveiligheid op internationaal niveau 2. Nationaal patiëntveiligheidsbeleid 3. Medicatieveiligheid 4. Ziekenhuishygiëne 5. Patiëntveiligheid in de zorg 6. No-fault wetgeving 7. Indicatoren en instrumenten voor patiëntveiligheid	1. Boards on board: de rol van het ziekenhuismanagement in patiëntveiligheid 2. Patiëntveiligheid in actie 3. Patiëntveiligheid: ook in psychiatrische ziekenhuizen 4. Het geneesmiddelen-circuit: nog veiliger	1. Patiëntveiligheid in Belgische Ziekenhuizen, ervaringen en rapportage 2. Safe Surgery, Saves Lives 3. Medicatieveiligheid 4. De rol van de verpleegkundigen in patiëntveiligheid
Posters:	30	geen postersessie	22
Meer info op:	www.patient-safety.be/week voor patiëntveiligheid		

BIJLAGE 7

Omschrijving en activiteiten van de netwerken

1. *Nederlandstalig netwerk voor psychiatrische ziekenhuizen*

Op basis van de bevraging in het najaar van 2008 werden de verschillende ondersteuningsbehoeften per pijler opgesteld en hebben de psychiatrische ziekenhuizen deze gerangschikt volgens prioriteit. Dit resulteerde in een lijst met 7 prioriteiten.

- Prioriteit 1: hoe VMS integreren in het bestaand kwaliteitssysteem?
- Prioriteit 2: hoe risico's benoemen binnen de bestaande zorgprocessen?
- Prioriteit 3: voorbeelden van werkbare meld- en leersystemen
- Prioriteit 4: hoe de veiligheidscultuur verbeteren?
- Prioriteit 5: hoe procesmatig denken implementeren in het ziekenhuis?
- Prioriteit 6: concrete voorbeelden van zorgprocessen
- Prioriteit 7: voorbeeld van een cartografie van indicatoren.

Elke bijeenkomst had één van bovenstaande prioriteiten als thema. In de beginfase werd de inhoudelijke input voornamelijk geleverd door het QS-team. Onder het motto 'leren van elkaar' stelden ziekenhuizen ook eigen projecten voor aan elkaar. Zo werden bijvoorbeeld tijdens een bijeenkomst over zorgprocessen, 5 ziekenhuizen bereid gevonden een presentatie te doen (zie tabel). De bijeenkomst werd afgesloten met een interactief debat over zorgprocessen in de psychiatrie.

Programma werkvergadering over zorgprocessen (prioriteit 6)

PZ Heilige Familie Kortrijk	processen (tot en met guidelines) in kaart brengen d.m.v. QPR
PC OLV van Vrede Menen	processen in een psychiatrische setting
PC Sint Jozef Pittem	metabool syndroom
PZ OLV Brugge	metabool syndroom
PC Sint-Jan Baptist	mutatieprocedure en formulier
OPZC Rekem	interactief debat over processen in de psychiatrie

Vanaf 2010 werden de thema's bepaald in overleg met de psychiatrische ziekenhuizen. In juni 2010 bijvoorbeeld was de bijeenkomst van het netwerk gewijd aan de toepassing van de taxonomie in een psychiatrische setting.

Dit netwerk komt jaarlijks 3 à 4 keer samen.

Meer informatie over dit netwerk is te bekomen bij de medewerkers van het QS-team of via qs@health.fgov.be.

2. Nederlandstalig netwerk voor Sp-ziekenhuizen

De werkwijze en de gevolgde methodologie voor het Nederlandstalige netwerk voor Sp-ziekenhuizen vertoont veel gelijkenissen met dat van de psychiatrische ziekenhuizen. De opgestelde prioriteitenlijst varieerde licht.

- Prioriteit 1: hoe VMS integreren in het bestaand kwaliteitssysteem?
- Prioriteit 2: voorbeelden van werkbare meld- en leersystemen
- Prioriteit 3: hoe risico's benoemen binnen de bestaande zorg-processen?
- Prioriteit 4: voorbeeld van een cartografie
- Prioriteit 5: hoe procesmatig denken implementeren in het ziekenhuis?
- Prioriteit 6: hoe de veiligheidscultuur verbeteren?
- Prioriteit 7: concrete voorbeelden van zorgprocessen.

Vanaf 2010 werden de thema's bepaald in overleg met de Sp-ziekenhuizen. De laatste bijeenkomst in juni 2010 bijvoorbeeld was gewijd aan het ontwikkelen van een multidimensionale indicatorenset voor Sp-ziekenhuizen.

Dit netwerk komt jaarlijks 3 à 4 keer samen.

Meer informatie over dit netwerk is te bekomen bij de medewerkers van het QS-team of via qs@health.fgov.be.

3. Franstalig netwerk voor acute en Sp-ziekenhuizen

Het Franstalige netwerk van acute en Sp-ziekenhuizen werd in maart 2009 opgericht door de kwaliteitscoördinatoren van deze ziekenhuizen. Dit netwerk wordt gecoördineerd door twee leden, het QS-team staat in voor de logistieke ondersteuning. Dit netwerk vergadert om de twee maanden en in juni 2010 waren 19 Franstalige ziekenhuizen betrokken. De toetreding tot het netwerk gebeurt op vrijwillige basis en kan op eenvoudig verzoek.

Dit netwerk heeft als missie geformuleerd: “Het oprichten van een vrijwillige, transversale structuur tussen ziekenhuizen waardoor het mogelijk is om ervaring, informatie en instrumenten te delen betreffende het uitvoeren van prioritaire acties die voortvloeien uit het contract ‘Coördinatie van de Kwaliteit en de Patiëntveiligheid’”.

De visie van dit netwerk luidt: “De implementatie en het behoud van een dynamiek m.b.t. het delen van ervaringen en het ontwikkelen van competenties van de ziekenhuismedewerkers in de zorginstellingen”. De in deze optiek gevolgde pistes zijn: het gezamenlijk optimaliseren van organisatorische structuren, het uitwerken van methodologieën, procedures en instrumenten en deze formaliseren in specifieke documenten.

Meer informatie over dit netwerk is terug te vinden op: <http://sites.google.com/site/reseauaigusp/>.

4. Franstalig netwerk voor psychiatrische ziekenhuizen (QualPsy)

Het netwerk ‘QualPsy’ is het netwerk van kwaliteitscoördinatoren van de Franstalige psychiatrische ziekenhuizen. Ook dit netwerk wordt gecoördineerd door enkele leden en ook hier levert het QS-team een eerder logistieke bijdrage. Dit netwerk vergadert 9 volle dagen per jaar. De voorzitter wordt jaarlijks verkozen door alle leden. De werking van het netwerk wordt beschreven in een huishoudelijk reglement.

Door dit netwerk worden de volgende doelstellingen geformuleerd:

- het ondersteunen van de leden in het uitvoeren van het contract ‘Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid’, onder meer door het aanreiken van methodologieën voor de drie pijlers;
- het uitdenken van werkmethode- en instrumenten ter verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid specifiek voor de psychiatrische zorg;
- het evolueren naar een zelflerende groep m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid in de psychiatrische zorg;
- het ontwikkelen van partnerschap en samenwerking met het QS-team.

Meer informatie over dit netwerk is te bekomen bij: Eric Pierrard eric.pierard@fracarita.org of Patrice Collodoro p.collodoro@isosl.be.

BIJLAGE 8

Methodologie van de TIM-opleiding

- Fase 1:
toepassen van de WWWHWW-methode (Wat, Wie, Waar, Hoe, Wanneer, Waarom) zowel door de donoreenheden als de receptoreenheden en zowel binnen de eigen eenheid als gedurende de transfer;
- Fase 2:
analyseren van de huidige procedures en opstellen van een checklist om de behoeften tussen 2 transfereenheden te concretiseren;
- Fase 3:
selectie van indicatoren en uitvoeren van een eerste meting;
- Fase 4:
afnemen van interviews van personeelsleden en patiënten om alle actoren in het project te betrekken en om beter zicht te krijgen op de kernelementen die belangrijk zijn voor transfer;
- Fase 5:
aanvullen van de bekomen informatie met een literatuurstudie; opstellen van een overeenkomst tussen de diensten;
- Fase 6:
bepalen van sleutelinterventies om ziekenhuizen te ondersteunen in de implementatie van de afgesloten overeenkomsten, de protocollen en de aanbevelingen. Deze hele aanpak werd tijdens de opleidingsdagen gestaafd met internationale ervaringen. Zo werd onder meer Dr. J.M. Guérin van het Hôpital Lariboisière (Paris), uitgenodigd;
- Fase 7:
herzien van de sleutelinterventies en eerste discussie over de implementatie van de boordtabellen;
- Fase 8:
evaluatie en consolidatie van de projecten in elke betrokken instelling;
- Fase 9:
beheren van de verandering; hiervoor werd Patrice Gobert, arbeidspycholoog en docent 'People Management' ingeschakeld;
- Fase 10:
toepassen van de ontwikkelde protocollen en procedures en aanbevelingen en de veralgemening van de TIM-procedure.

Methodologie per fase

Fasen	Donoreenheid (DE)	Transfer	Receptoreenheid (RE)
1	• WWWHWW • Analyse huidige procedure • Beslissing – planning – voorbereiding	• WWWHWW • Analyse huidige procedure	• WWWHWW • Analyse huidige procedure • Ontvangst – aanvraag – planning – voorbereiding
2	• Checklist • Patiëntendossier • Klinische behandeling • Informeren patiënt, enz. • Hoteldiensten • Administratie • Organisatie • 1ste test	• Analyse van de behoeften van DE en RE en transport opdat de patiënt zou worden overgeplaatst en optimaal zou worden behandeld (efficiëntie en veiligheid) • Document inzake de overdracht en de traceerbaarheid • 1ste test	• Checklist • Patiëntendossier • Klinische behandeling • Hoteldiensten • Administratie • Organisatie • 1ste test
3	• Identificatie van indicatoren • Test van de indicatoren	• Identificatie van indicatoren • Test van de indicatoren	• Identificatie van indicatoren • Test van de indicatoren
4	• Stem van het personeel en de patiënt	• Stem van het personeel en de patiënt	• Stem van het personeel en de patiënt
5		• Overeenkomst tussen de diensten • Voornaamste indicatoren	
6	• Sleutelinterventies	• Sleutelinterventies	• Sleutelinterventies
7	• Sleutelinterventies • Boordtabellen	• Sleutelinterventies • Boordtabellen	• Sleutelinterventies • Boordtabellen
8	• Balans van de situatie • Consolidering	• Balans van de situatie • Consolidering	• Balans van de situatie • Consolidering
9	• Beheer van de verandering	• Beheer van de verandering	• Beheer van de verandering
10	• Procedures / Protocollen • Aanbevelingen	• Procedures / Protocollen • Aanbevelingen	• Procedures / Protocollen • Aanbevelingen

HOOFDSTUK 5.

ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST

Zoals in het vorige rapport ‘Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2008’ werd aangegeven, menen we dat het belangrijk is dat de ziekenhuizen weten en begrijpen welke strategische oriëntaties de overheid nastreeft op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. Niet enkel de korte termijn-, ook de langetermijnvisie is hierbij belangrijk. De Federale Overheid heeft alle belang bij het stimuleren van kwaliteitsvolle en veilige zorg in de ziekenhuizen, gegeven de overheid instaat voor de financiering van de zorg en dus voor de maatschappelijke verantwoording van de beschikbare middelen. Ondanks de Eurobarometer van de Europese Commissie aangeeft dat de Belgische bevolking zeer tevreden is met de geleverde zorg zijn er veel gegevens en rapporten die wijzen op het belangrijke verbeterpotentieel van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen.

Globaal gesteld kunnen we er niet omheen dat de na te streven doelstellingen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid – die door de federale overheid aan de ziekenhuizen zullen worden voorgesteld in de toekomst – een steeds dwingender karakter zullen krijgen. De overheid hanteert hierbij het principe van ‘meten is weten’, waarbij we van oordeel zijn dat het aspect ‘meten’ nog steeds onvoldoende aan de orde is binnen de Belgische ziekenhuizen. Het voorgaande betekent enerzijds dat ziekenhuizen zich in een steeds sneller tempo moeten organiseren om aan deze doelstellingen tegemoet te komen, maar anderzijds ook dat de verwachtingen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid steeds duidelijker zullen worden en scherper afgelijnd. Het belang van valide indicatoren kan hierbij niet voldoende worden onderlijnd. De overheid wil dan ook een nationale indicatorenset presenteren aan de ziekenhuizen binnen een periode van 5 jaar met een beperkt aantal indicatoren die essentieel zijn voor de kwaliteit en patiëntveiligheid. In het licht van deze doelstellingen is het principe van ‘pay for quality’ dan ook een logische evolutie, of in andere woorden ‘no quality, no pay’. Dit alles veronderstelt dat het ziekenhuis ook aangepaste structuren (comités) opricht of bestaande structuren (comités) een heroriëntatie geeft m.b.t. zijn rollen en taken om kwaliteit en patiëntveiligheid te maximaliseren. Ook processen zullen moeten worden gestroomlijnd, waarbij klinische (transmurale) paden moeten worden ingevoerd of verder moeten worden verankerd. De overheid zal deze evoluties trachten te ondersteunen door een aangepaste informatisering en methodologische ondersteuning.

De overheid ziet vier bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid. Deze zijn: klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking. In het eerste rapport uit deze reeks hebben we getracht om uit te leggen wat deze begrippen inhoudelijk betekenen. In dit tweede rapport 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2009' gaan we een stap verder en stellen we enkele nieuwe strategische oriëntaties voor in het licht van de vier hogergenoemde bouwstenen, en in functie van de drie pijlers van het project (VMS, processen en indicatoren).

1. KLANTGERICHTHEID

Voor wat betreft de eerste bouwsteen (klantgerichtheid) wil de overheid dat maatregelen in het kader van patiëntveiligheid en patiëntgerichte communicatie een grotere aandacht krijgen. Sommige ziekenhuizen hebben zelf reeds het initiatief genomen om bijvoorbeeld iedere patiënt bij opname van een identificatiebandje te voorzien of specifieke checklists te hanteren bij heelkundige ingrepen. In de eerste pijler VMS zal hier de komende jaren aandacht aan worden besteed. Communicatieve aspecten van de zorg kunnen een belangrijke faciliterende factor zijn bij patiëntveiligheid. Patiënten kunnen worden gevraagd om zelf ook aandacht te hebben voor aspecten van patiëntveiligheid, en bij vragen of twijfel hierover dit aan het personeel te communiceren.

Voor de tweede pijler, 'processen', zal patiënteneducatie meer gerichte aandacht krijgen binnen de ziekenhuizen. Goede informatieverstrekking naar de patiënten (klanten) onder de vorm van patiënteneducatie wordt immers steeds belangrijker door de snel groeiende groep van chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, COPD, astma. Elk van deze patiënten vereist een geïndividualiseerd educatieaanbod. Patiënten consulteren steeds vaker het internet voor het opsporen van informatie over hun ziekte of deze van een familielid, zodat het ziekenhuis moet voorzien in wetenschappelijk correcte informatie. In deze context is het aspect 'empowerment', waarbij patiënten worden gestimuleerd om maximaal te participeren aan het verzorgings- en behandelingsproces, zeer belangrijk. Het ziekenhuis zal in de toekomst worden gevraagd om te evalueren hoe ze in de informatiebehoeften van haar verschillende patiëntengroepen kan voorzien. Hiertoe zullen (zorg) processen moeten worden hertekend (pijler 2), alsook aangepaste en patiënt-gerelateerde indicatoren (pijler 3) worden voorzien.

2. INNOVATIE

Een tweede bouwsteen (innovatie) betekent voor pijler 1 (VMS) dat het patiëntveiligheidsplan stapsgewijs wordt geïmplementeerd en geëvalueerd over

de komende jaren. Belangrijk hierbij is dat ziekenhuizen op basis van de WHO-taxonomie incidenten en bijna-incidenten retrospectief en proactief leren analyseren en hieraan verbeterdoelstellingen verbinden. Tegen 2012 zou ieder ziekenhuis dan moeten beschikken over een geïntegreerd patiëntveiligheidsplan. Binnen de tweede pijler (proces) zal verder worden geïnvesteerd in het verbeteren van zowel klinische processen als processen die te maken hebben met de transfer van patiënten. Transmurale zorg zal ook hoog op de agenda komen te staan van de federale overheid. Binnen pijler 3 zal alle aandacht worden toegespitst op de ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset. De overheid zal de ziekenhuizen een set van indicatoren presenteren die kan dienen als leidraad voor de ontwikkeling van de eigen indicatorenset. Het zal in de toekomst ook steeds belangrijker worden dat voor een aantal indicatoren ook echte streefcijfers worden voorzien, alsook dat de uitkomsten van deze indicatoren toegankelijk worden gemaakt voor een breder publiek.

3. ONDERNEMINGSZIN

Informatisering is een belangrijk aspect voor de toekomstige gezondheidszorg, en in dit kader ook voor pijler 1 waarbij in de toekomst wordt gestreefd naar de implementatie van een geïntegreerd elektronisch patiëntveiligheidssysteem. Voor pijler 2 zal in de toekomst gekeken worden naar de opportuniteit van accreditatie, al dan niet verleend door een nationale of internationale instelling. Hiertoe is het belangrijk dat met name de ziekenhuisdirecties een grotere betrokkenheid en in dit kader een meer geprofileerd leiderschap ontwikkelen t.a.v. kwaliteit en patiëntveiligheid, en hun strategische plannen in functie hiervan (her)oriënteren. De overheid wil initiatieven nemen om de betrokkenheid van directies t.a.v. kwaliteit en patiëntveiligheid in de toekomst te vergroten. Ondernemingszin voor pijler 3 betekent dat zal worden geëvalueerd hoe een ziekenhuis er in slaagt een multidimensionele indicatorenset te implementeren en dit binnen alle geledingen van de organisatie. Ook hier is opnieuw de betrokkenheid van de directies van groot belang aangezien zij de visie en strategie van de organisatie moeten omzetten in multidimensionele meetbare indicatoren.

4. SAMENWERKING/NETWERKEN

De component leiderschap, alhoewel belangrijk voor alle pijlers van het contract, willen we doelbewust naar voren schuiven als bouwsteen voor een performant ziekenhuisbeleid waarbij wordt geïnvesteerd in samenwerking en netwerken die de patiëntveiligheid, de kwaliteit van specifieke zorgprocessen en de ontwikkeling van indicatoren ten goede komt. Meer dan ooit zal er in

de toekomst moeten worden geïnvesteerd in transmurale zorgprocessen en de ontwikkeling van hieraan gerelateerde indicatoren. We kunnen maar spreken over geïntegreerde zorg indien alle partners in de gezondheidszorg, *in casu* de eerste en tweede lijn er in slagen om naadloze zorg voor de patiënt te organiseren in een complementair model van zorg.

	VMS	PROCES	INDICATOREN
KLACHTGERICHTHEID	Patiëntgerichte communicatie en maatregelen	Patiënteneducatie	Ontwikkeling van patiëntgebonden indicatoren
INNOVATIE	Implementatie van een patiëntveiligheidsplan Retrospectief en proactief analyseren van incidenten	Procesmatige verbetering van klinische processen, transferprobleem	Ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset
ONDERNEMINGSZIN	Informatisering	Accreditatie	Implementatie van een multidimensionele indicatorenset
SAMENWERKING/ NETWERKEN	Leiderschap	Ontwikkeling van transmurale zorgprocessen	Ontwikkeling van transmurale indicatoren

OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2010

Leden Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie

Dhr. Casteleyn Hugo
Dr. Aelvoet Willem
Dhr. De Bakker Bert
Dhr. Decoster Christiaan
Prof. Dr. De Coster Patrick
Prof. Dr. De Wever Alain
Prof. Dr. Désir Daniel
Prof. Dr. Durant Guy
Prof. Dr. Gillet Pierre
Dr. Haelterman Margareta
Mevr. Ouraghi Samira
Prof. Dr. Kips Johan
Dhr. Renaut Jean-Claude
Dr. Rigauts Hans
Dr. Vermeyen Karel

Leden Federale Werkgroep Patiëntveiligheid

Dr. de Bethune Xavier
Dhr. Bruyneel Patrick
Mevr. Courtois Corinne
Dhr. De Greef Johan
Mevr. Delgaudine Marie
Prof. Dr. Desuter Gauthier
Dhr. Etienne Mark
Dr. Fivez Firmin
Prof. Dr. Gillet Pierre
Dhr. Happe Christophe
Dr. Heller Francis
Dr. Hellings Johan

Dr. Laurent Marius
Dhr. Meyers Ludo
Dhr. Nelis Thijs
Prof. Dr. Robays Hugo
Mevr. Somers Annemie
Dr. Van Looy Luc

Leden Werkgroep Taxonomie

Dhr. Aerts Koen
Dr. Bassleer Bernard
Dr. Beeckman Nele
Dr. Braet Anja
Mevr. Courtois Corinne
Dr. de Béthune Xavier
Dhr. Etienne Mark
Dr. Gilson Patrick
Dhr. Goossens Bart
Dhr. Hermand Bernard
Dr. Laurent Marius
Dhr. Nelis Thijs
Mevr. Postelmans Tilly
Mevr. Schollaert Anneleen
Dr. Schrooten Ward
Dhr. Staes Tom
Dhr. Van Daele Patrick
Dr. Van de Candelaere Stefan
Mevr. Van de Velde Ann
Dr. Van Looy Luc
Dr. Vandenbosch Kristel