KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ANNO 2010

Rapportage over het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2009-2010'

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

Liesbeth Borgermans
Christiaan Decoster
Mark Etienne
Margareta Haelterman
Agnès Jacquerye
Stéphanie Maquoi
Peter Osten
Hilde Peleman
David Sauwens
Louiza Van Lerberghe

patient-safety.be

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

.be

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 Federale Werkgroep Patiëntveiligheid;
- de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit;
- het Netwerk van Medisch Farmaceutische Comités;
- de Werkgroep Taxonomie;
- de cel 'verpleegkunde', de cel 'reporting en support' van de dienst datamanagement en de dienst '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

© 2012 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/2011/2196/23
BP/PATIENN-BI 12001

INHOUDSTAFEL

EXECUTIVE SUMMARY 7

BEKNOPTE SAMENVATTING 13

VOORWOORD 21

INLEIDING 23

HOOFDSTUK 1.
PIJLER 1: HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN EEN PATIËNTVEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM 25

1. INLEIDING 27

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE 27
   - 2.1. De International Classification for Patient Safety (taxonomie) 29
   - 2.2. Retrospectieve analyse van incidenten 30
   - 2.3. Het XML-exportmodel 31

3. RESULTATEN 32
   - 3.1 Resultaten van de inhaalactiviteiten van ziekenhuizen: cultuurmeting en meerjarenplan voor patiëntveiligheid 34
   - 3.2. Aantal en aard van de gehanteerde meld- en leersystemen 34
   - 3.3. Het gebruik van de gevraagde minimale dataset uit de taxonomie 39
   - 3.4. De integratie van het XML-exportmodel 43
   - 3.5. Retrospectieve analysemethodes 44
   - 3.6. Meldformulieren 48
   - 3.7. Verbeteracties 48

4. VERGELIJKING VAN DE RESULATEN VAN HET EERSTE CONTRACTJAAR (2007-2008) MET HET DERDE CONTRACTJAAR (2009-2010) 51

5. DISCUSSIE 52

BIJLAGE 1 57

BIJLAGE 2 59

HOOFDSTUK 2.
PIJLER 2: ANALYSEREN EN (HER)ONTWIKKELEN VAN EEN INTRAMURAAL PROCES 61

1. INLEIDING 64

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE 64
   2.1. Definiëring 64
   2.2. Gekozen verbeterprocessen 65
   2.3. Het samenstellen van een multidisciplinair team 66
   2.4. Het gebruik van Service Level Agreements 67
   2.5. Het 10-stappenplan 67
   2.6. De indicatoren 68
   2.7. De sleutelinterventies 68

3. RESULTATEN 68
   3.1. De gekozen verbeterprocessen 69
   3.2. De karakteristieken van de ingediende verbeterprocessen 74
   3.3. Indicatoren 80
   3.4. De sleutelinterventies 87

4. VERGELIJKING VAN DE RESULATEN VAN HET TWEEDE CONTRACTJAAR (2008-2009) MET HET DERDE CONTRACTJAAR (2009-2010) 89

5. DISCUSSIE 91

HOOFDSTUK 3.
PIJLER 3: INDICATOREN 95

1. INLEIDING 98

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE 98
   2.1. Definitie van kwaliteit, patiëntveiligheid en indicatoren 98
   2.2. Methode van gegevensverzameling 98
   2.3. Methode van gegevensverwerking 99

3. RESULTATEN 100
   3.1. Responsgraad 100
   3.2. Aantal gebruikte indicatoren 100
   3.3. Het doel waarvoor indicatoren worden gebruikt 101
   3.4. Indicatoren die worden gebruikt voor het opzetten van verbeteracties 104

4. DISCUSSIE 128

HOOFDSTUK 4.
BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN 131

1. INLEIDING 132

2. WORKSHOPS 133
   2.1. Workshops over retrospectieve analysemethodes 133
   2.2. Workshops over taxonomie en XML 134
   2.3. Workshops over de patiëntveiligheidscultuurmeting 134

3. STIMULEREN EN ONDERSTEUNEN VAN ZIEKENHUISNETWERKEN 135

4. OVERZICHT VAN EXTERNE OPLEIDINGEN 135

5. INTERACTIE MET DE ZIEKENHUIZEN 136

6. RAPPORTAGEDOCUMENTEN VOOR DE ZIEKENHUIZEN 136

7. WEBSITE 136

8. WEEK EN SYMPOSIUM OVER KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID 137

9. TIM-PROJECT (TRANSFERT INTRAMUROS DES PATIENTS) 138

10. HELPDESK VOOR DE TAXONOMIE 139

11. TERUGKOPPELING VAN DE GEAGGREGEERDE RESULTATEN UIT DE ZIEKENHUISRAPPORTEN 140

BIJLAGE 1 141

BIJLAGE 2 143

BIJLAGE 3 146

HOOFDSTUK 5.
ORIENTATIES VOOR DE TOEKOMST 149

OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2011 153

EXECUTIVE SUMMARY

In order to progressively promote and support the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals, an additional funding was approved under part B4 of the hospitals' financial budget since July 2007. For the contract year 2009-2010 a budget of 7,2 million euro was involved. In the contract year 2009-2010, 91 % (n = 181) of the acute, psychiatric and long term care hospitals signed a contract and committed themselves to improve quality and patient safety. These improvement actions are structured around three pillars, i.e. a patient safety management system, intramural processes and indicators. The three pillars are the basis of a long-range plan to which new elements are added year after year to be developed by the hospitals.

After an introductive chapter, three chapters describe the results for each pillar. These are based on the reports that were submitted by the hospitals for the 2009-2010 contract. In a fourth chapter, we describe the support plan that is offered to the hospitals. Finally, we explain the future quality and patient safety orientations that will be developed by the federal service of health.

Chapter 1. Safety management system

For the first pillar on the safety management system, the hospitals were asked to do four elements:

- the development or description of an incident and near-incident reporting and learning system;
- analyzing five different incidents or near-incidents according to a retrospective analysis method and giving a description of the proposed improvement actions and formulated recommendations;
- classifying these five analyzed incidents according to the "International Classification for Patient Safety" (taxonomy) of the WHO, using and encoding at least the classes: type and characteristics of the incident and consequences for patient and organization (minimal dataset);
- adding a blank copy of all notification forms used in the institution.

The hospitals are stimulated to integrate the XML-exporting model as proposed by the federal authority in the electronic reporting and learning system for incidents and near-incidents.

The results of this first pillar indicated that 168 out of 178 hospitals (94 %) that submitted a report have a reporting and learning system for incidents and near-incidents. It is not clear whether this concerns a hospital wide system in all of the cases. Almost all hospital staff can make a report. Patients are allowed to report themselves in 10 % of the hospitals only.
Not all the hospitals have yet fully integrated the requested minimal dataset from the taxonomy.

PRISMA is the retrospective analysis method mostly used (64 %).
The incidents that were most frequently subject to analysis were about: medication/IV liquids (28 %), patient accidents (17 %), care process/procedure (16 %) and staff/patient behaviour (13 %). 6 % of the analyzed incidents dealt with a 'wrong patient'.
In 3 out of 4 of the analyzed incidents, there were one or more consequences for the institution.
Improvement actions that were initiated as a result of an incident were mostly about medication and procedures, protocols or recommendations. In 10 % of the improvement actions, additional training for staff were provided for.

Analyzed incidents were communicated to one or more care providers in almost all of the cases. In spite of the fact that 1 out of 4 analyzed incidents are about medication, relatively few analysed incidents were communicated to the hospital pharmacist and the medical-pharmaceutical committee.
The analysis of an incident has never been discussed with or communicated to the patients.

In comparison to the former contract years a positive evolution is to be noted in reporting and analyzing incidents and near-incidents: almost all of the hospital staff can make a notification and more knowledge was developed on retrospective analysis methods.

Chapter 2. Analysis and (re)development of an intramural process

In this chapter, which was based on 'pillar 2', (re)development of an intramural process, hospitals were asked to develop five elements:

- the selection of an existing or new process from a predefined list. *Acute hospitals* could choose from a list including four 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 that represents a high volume of available

data, d) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1. *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 2008, d) an intramural process on patient transfer, e) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1. *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 2008, b) an intramural process on patient transfer, c) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1.

- to indicate if for the aforementioned 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'.

Out of the 178 hospitals that submitted a report, 3 hospitals did not report on pillar 2. In total, 175 intramural improvement processes were described, of which 62 % were intramural care processes, 30 % is about intramural transfer, mainly intramural transfer within one and the same hospital or site, and 8 % of the improvement processes were initiated as a result of an analyzed incident from pillar 1.

The most frequently chosen pathologies in the *acute* hospitals are: CVA, breast carcinoma, total hip prosthesis and congestive heart failure. 4 out of 10 of the submitted improvement processes as a result of an incident analysis from pillar 1 are about medication and patient identification.

60 % of the intramural care processes from the *psychiatric hospitals* dealt with strategic priorities of the institution targeting metabolic syndrome, isolation policy and medication distribution. The intramural care processes on aggression were mainly about the management of aggression and taking care of staff after an aggression related incident.

30 % of the intramural care processes from the *long term care hospitals* were about pathologies with a large number of hospital admissions in 2008, such as total knee prosthesis and total hip prosthesis. 70 % of the intramural care pro-

cesses for which an improvement process was established were about themes like the quality of meals, patient satisfaction and tube feeding. The intramural improvement actions as a result of an incident analysis were mostly about medication (2 out of 3).

For 98 % of the submitted improvement processes, a *multidisciplinary team* was formed. No particular differences were noted between the three hospital types.
For almost 1 out of 3 submitted improvement processes *Service Level Agreements (SLA)* were concluded. For 42 % of the improvement processes (73/175) the requested *10-steps plan* was followed up to the phase of consolidation. Improvement processes that did not reach the consolidation phase are rather complex processes (such as intramural transfer processes, CVA, metabolic syndrome and medication).
A broadening of the themes for which improvement processes are formulated is to be noted in acute, psychiatric as well as in long term care hospitals. More attention is given to a number of critical care processes such as the implementation of the Safe Surgery Checklist in the operation room.

For the 175 submitted improvement processes, a total of 979 *indicators* were formulated. For 95 % of the submitted improvement processes at least 1 indicator was formulated. More than half of the hospitals formulated 5 indicators per improvement process. The formulated indicators were almost all clinical process indicators.

One out of 5 of the submitted indicators can be considered as a real indicator that was made sufficiently explicit and/or for which both a numerator and a denominator were formulated. The indicators from the psychiatric hospitals comparatively correspond most to the definition of a real indicator.

For 24 % of the improvement processes (25/103) from the *acute hospitals*, indicators were formulated that correspond to the criteria of a good indicator. In *psychiatric hospitals* this is the case for 32 % of the improvement processes, in *long term care hospitals* for 40 % of the improvement processes (6 out of 15).

For the 175 submitted improvement processes, a total of 904 *key interventions* were determined.

Chapter 3. Indicators

For the third pillar concerning indicators the hospitals were asked to verify, on the basis of the indicators listed in the cartography of the former contract year (2008-2009), whether or not these indicators were still used and, if so, to which purpose (quality consolidation or monitoring and follow-up of improvement actions). For the indicators used for the follow-up of improvement actions (target not achieved and/or problem), they were subsequently asked to determine the indicator (numerator, denominator), to indicate the target figure, to specify the hospital staff responsible for each indicator, to indicate to whom the results are communicated and the frequency of the formal communication.

98 % of the participating hospitals reported on pillar 3. 31 % of the initially determined indicators for the contract year 2008-2009 were not maintained in contract year 2009-2010. The average number of indicators per hospital is 67 (median = 60). 75 % of the indicators are used for following up the quality and patient safety policy. Most of the hospitals use up to 43 indicators for that purpose, 1 out of 4 hospitals use 69 indicators and 18 hospitals use over 100 indicators for following up the quality and patient safety policy. 25 % of the indicators are used for following up improvement actions. Most of the hospitals use 12 indicators at the most for that purpose.
Hospital staff responsible for the indicators that monitor improvement actions are mostly the quality coordinator or the patient safety manager (12 %), the head of the nursing department (8 %), the chief medical officer (7 %), the head nurse and/or middle management (7 %) or the physician (7 %).

40 % of the feedback on indicators is provided on a yearly basis, in 26 % of the cases this happens every 2 to 4 months, and in 13 % of the cases it is done on a half-year basis. This feedback mostly addresses a limited number of responsible people or commissions such as the nursing and medical direction.

In the 103 *acute care hospitals* 1960 indicators were selected representing 607 different indicators. 249 of these indicators originate from a predefined list, whereas the other indicators were defined by the hospitals themselves. 25 % of the top-five indicators are structural indicators, 10 % are process indicators and 65 % are outcome indicators.

In the 58 *psychiatric hospitals* 929 indicators were selected, representing 405 different indicators. 188 of these indicators originate from a predefined list, the other 217 were formulated by the hospitals themselves. 5 % of the top-

five indicators are structural indicators, 17 % are process indicators and 78 % are outcome indicators.

In the 16 *long term care hospitals* 225 indicators were selected, representing 138 different indicators. 80 of them originate from a predefined list, the other 58 indicators were formulated by the hospitals themselves. 23 % of the top-five indicators are structural indicators, 31 % are process indicators and 46 % are outcome indicators.

Chapter 4. Supporting plan

Every year the federal authority organizes supportive and guidance activities in the framework of the three pillars of the contract 'coordination of quality and patient safety' and they always combine theoretical insights and practical applications.

During the third contract year, the focus was on workshops on taxonomy (including XML) and the retrospective analysis methods PRISMA and SIRE. Besides a two-days' symposium on 'Quality and Patient safety' was organized in 2010.

The hospital networks in the respective regions remain active, each with their own dynamism.

In a fourth chapter, the support activities that took place between June 2010 and June 2011 are described.

Chapter 5. Future orientations

In a fifth and final chapter the orientations for the future are pointed out until 2017. First, we describe what is being asked for the contract year 2012. Subsequently, we clarify that focus on clients, innovation, entrepreneurship and collaboration and/or networking remain important points of attention and cornerstones for a highly effective hospital policy. In order to make this concrete, a consistent cooperation is searched for with the hospital federations and with the regions.

BEKNOPTE 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. Ook voor het contractjaar 2009-2010 betekende dit een budget van 7,2 miljoen euro. In het contractjaar 2009-2010 hebben 91 % (n = 181) acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen een contract ondertekend en zich daardoor geëngageerd om verbeteringen in de kwaliteit en patiëntveiligheid door te voeren. Deze verbeteracties zijn gestructureerd rond drie pijlers: een patiëntveiligheidsmanagementsysteem, intramurale 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 drie hoofdstukken gewijd aan de resultaten per pijler. Deze zijn gebaseerd op de rapportages zoals die door de ziekenhuizen werden ingediend voor het contract 2009-2010.

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

Hoofdstuk 1. Veiligheidsmanagementsysteem

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

- een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten te ontwikkelen of te omschrijven;
- vijf verschillende incidenten of bijna-incidenten te analyseren volgens een retrospectieve analysemethode en een omschrijving te geven van de voorgestelde verbeteracties en geformuleerde aanbevelingen;
- deze vijf geanalyseerde incidenten te classificeren volgens de "International Classification for Patient Safety" (taxonomie) van de WHO waarbij minstens de klassen 'type en karakteristieken van het incident en gevolgen voor patiënt en organisatie' (de minimale dataset) moeten worden gehanteerd en gecodeerd;
- een blanco kopie toe te voegen van alle gehanteerde meldformulieren in de instelling.

De ziekenhuizen werden gestimuleerd om het door de federale overheid aangeleverde XML-exportmodel te integreren in het elektronisch meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten.

De resultaten van deze eerste pijler geven aan dat 168 van 178 ziekenhuizen (94 %) die een rapport indienden, beschikken over een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. Het is niet duidelijk of het in alle gevallen gaat om een ziekenhuisbreed systeem. Er zijn grote regionale verschillen op te merken in de wijze van melden. De mogelijkheid om elektronisch te melden verschilt nogal per regio. In de Vlaamse ziekenhuizen hebben elektronische meldsystemen al meer ingang gevonden. In de meeste ziekenhuizen bestaat wel de keuzemogelijkheid tussen anoniem en nominatief melden en nagenoeg alle ziekenhuismedewerkers kunnen een melding maken. Patiënten kunnen dit in 10 % van de ziekenhuizen.

De gevraagde minimale dataset uit de taxonomie werd nog niet door alle ziekenhuizen volledig geïntegreerd.

De meest gebruikte retrospectieve analysemethode is PRISMA (64 %).
De incidenten die het meest frequent aan een analyse werden onderworpen, gingen over: medicatie/IV-vloeistoffen (28 %), ongeval van de patiënt (17 %), proces/procedure van zorg (16 %) en gedrag van personeel/patiënt (13 %). In 6 % van de geanalyseerde incidenten ging het om een 'verkeerde patiënt'.
Bij 3 op 4 van de geanalyseerde incidenten waren er een of meerdere gevolgen voor de instelling.

Verbeteracties die naar aanleiding van een incident werden opgestart gingen voornamelijk over medicatie en procedures, protocollen of aanbevelingen. In 10 % van de verbeteracties werd bijkomende vorming en opleiding voor het personeel voorzien.

Over bijna alle geanalyseerde incidenten werd gecommuniceerd met een of meerdere zorgverleners, maar relatief weinig met de ziekenhuisapotheker en het Medisch-Farmaceutisch Comité, ondanks het gegeven dat 1 op 4 van de geanalyseerde incidenten te maken hadden met medicatie. Geen enkele keer werd over de analyse van een incident gecommuniceerd met de patiënten.

In vergelijking met de vorige contractjaren is een positieve tendens merkbaar in het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten: bijna alle ziekenhuismedewerkers kunnen een melding maken en er is meer kennis verworven over retrospectieve analysemethodes.

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

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

- een bestaand of nieuw intramuraal (deel)proces te kiezen uit een vooraf opgegeven lijst. Voor de *acute ziekenhuizen* waren er vier 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 met een groot volume aan ziektebeelden waar gegevens voor beschikbaar zijn en d) een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1. 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 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd, d) een intramuraal transferproces. en e) een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1. De *Sp-ziekenhuizen* konden hun eigen werking evalueren en analyseren aan de hand van a) een (deel)proces waarvan in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd, b) een intramuraal transferproces en c) een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1;
- 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'.

Van de 178 ziekenhuizen die een rapport indienden hebben 3 ziekenhuizen niet gerapporteerd over pijler 2. In totaal werden 175 intramurale verbeterprocessen beschreven, 62 % hiervan zijn intramurale zorgprocessen, 30 % gaat over intramurale transfer, hoofdzakelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site en 8 % van de verbeterprocessen werden opgestart naar aanleiding van een geanalyseerd incident uit pijler 1.

De meest frequent gekozen pathologieën in de *acute ziekenhuizen* zijn: CVA, borstcarcinoom, totale heupprothese en congestief hartfalen. 4 op 10 van de

ingediende verbeterprocessen naar aanleiding van een incidentenanalyse uit pijler 1 heeft betrekking op medicatie en patiëntidentificatie.

60 % van de intramurale zorgprocessen uit de *psychiatrische ziekenhuizen* hebben betrekking op beleidsmatige prioriteiten van de instelling en gaan hoofdzakelijk over metabool syndroom, afzonderingsbeleid en geneesmiddelendistributie. De intramurale zorgprocessen over agressie hebben vooral betrekking op het omgaan met en het beheer van agressie en de opvang van medewerkers naar aanleiding van een agressie-incident.

30 % van de intramurale zorgprocessen uit de *Sp-ziekenhuizen* hebben betrekking op pathologieën waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werden gerealiseerd zoals totale knieprothese en totale heupprothese. 70 % van de intramurale zorgprocessen die aan een verbetertraject worden onderworpen, gaan over andere thema's zoals de kwaliteit van de maaltijden, patiëntentevredenheid en sondevoeding. De intramurale verbeteracties naar aanleiding van een incidentanalyse gaan voornamelijk over medicatie (2 op 3).

Voor 98 % van de ingediende verbeterprocessen werd een *multidisciplinair team* samengesteld. Er zijn hierbij geen opvallende verschillen gevonden tussen de drie ziekenhuistypes.

Voor bijna 1 op 3 van de ingediende verbeterprocessen worden *Service Level Agreements (SLA's)* afgesloten. Voor 42 % van de verbeterprocessen (73/175) werd het gevraagde *10-stappenplan*, tot en met de fase van borging, doorlopen. Verbeterprocessen die de fase van borging niet bereiken zijn eerder complexe processen (zoals intramurale transferprocessen, CVA, metabool syndroom en medicatie). Er is ook een verbreding te constateren in de thema's waarover verbeterprocessen worden geformuleerd en dit zowel in acute, psychiatrische als Sp-ziekenhuizen. Eveneens werd er meer ingespeeld op een aantal kritische intramurale zorgprocessen zoals bijvoorbeeld de implementatie van de Safe Surgery Checklist in het operatiekwartier.

Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 979 *indicatoren* geformuleerd. Voor 95 % van de ingediende verbeterprocessen werd minstens 1 indicator geformuleerd. Meer dan de helft van de ziekenhuizen formuleert per verbeterproces, 5 indicatoren. De geformuleerde indicatoren zijn *quasi* uitsluitend klinische procesindicatoren.

Een op 5 van de ingediende indicatoren kan worden beschouwd als een echte indicator die voldoende werd geëxpliciteerd en/of waar zowel een teller als

een noemer werden geformuleerd. De indicatoren uit de psychiatrische ziekenhuizen beantwoorden, verhoudingsgewijs, het meest aan de definitie van een echte indicator.

Voor 24 % van de verbeterprocessen (25/103) uit de *acute ziekenhuizen* worden indicatoren geformuleerd die beantwoorden aan de criteria van een goede indicator. In *psychiatrische ziekenhuizen* is dit het geval voor 32 % van de verbeterprocessen, in *Sp-ziekenhuizen* voor 40 % van de verbeterprocessen (6 op 15).

Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 904 *sleutelinterventies* bepaald.

Hoofdstuk 3. Indicatoren

Voor de derde pijler m.b.t. indicatoren werd aan de ziekenhuizen gevraagd om, op basis van de opgelijste indicatoren uit de cartografie van het vorige contractjaar (2008-2009), na te gaan of deze nog worden gebruikt en, indien ja, waarvoor (kwaliteitsborging of monitoring en het opvolgen van verbeteracties).

Voor de indicatoren die worden gebruikt voor het opvolgen van verbeteracties (streefcijfer niet behaald en/of probleem) werd vervolgens gevraagd om de indicator te definiëren (teller, noemer), het streefcijfer op te geven, de verantwoordelijke functie voor elke indicator te specificeren, aan te duiden aan wie over de resultaten werd gecommuniceerd en de frequentie van de formele communicatie aan te geven.

98 % van de deelnemende ziekenhuizen heeft gerapporteerd over pijler 3. 31 % van de oorspronkelijk aangeduide indicatoren uit contractjaar 2008-2009 werd niet behouden in contractjaar 2009-2010. Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis bedraagt 67 (mediaan = 60). 75 % van de aangeduide indicatoren werd gebruikt voor het opvolgen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid. De meeste ziekenhuizen hanteren hiervoor tot 43 indicatoren, 1 op 4 van de ziekenhuizen 69 indicatoren en 18 ziekenhuizen gebruiken voor het opvolgen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid meer dan 100 indicatoren. 25 % van de aangeduide indicatoren werd gebruikt voor het opvolgen van verbeteracties. De meeste ziekenhuizen gebruiken hiervoor maximum 12 indicatoren.

Ziekenhuismedewerkers verantwoordelijk voor de indicatoren voor het opvolgen van verbeteracties zijn meestal de kwaliteitscoördinator of de mede-

werker patiëntveiligheid (12 %), het hoofd van het verpleegkundig departement (8 %), de hoofdgeneesheer (7 %), het verpleegkundig diensthoofd en/of het middenkader (7 %) of de arts (7 %).

40 % van de gegeven feedback over indicatoren is jaarlijks, in 26 % van de keren gebeurt dit om de 2 tot 4 maanden en in 13 % van de gevallen gaat het om een semesteriële feedback. Deze feedback is meestal gericht naar een beperkt aantal verantwoordelijken of commissies zoals bijvoorbeeld aan de verpleegkundige en de medische directie.

In de 103 *acute ziekenhuizen* worden 1960 indicatoren aangeklikt wat overeenkomt met 607 verschillende indicatoren. 249 van deze indicatoren komen uit de vooraf opgegeven lijst, de overige 358 worden door de ziekenhuizen zelf geformuleerd. 25 % van de indicatoren uit de top vijf zijn structuurindicatoren. 10 % zijn procesindicatoren en 65 % zijn uitkomstindicatoren.

In de 58 *psychiatrische ziekenhuizen* worden 929 indicatoren aangeklikt wat overeenstemt met 405 verschillende indicatoren. 188 van deze indicatoren komen uit de vooraf opgegeven lijst, de overige 217 worden door de ziekenhuizen zelf geformuleerd. 5 % van de indicatoren uit de top vijf zijn structuurindicatoren. 17 % zijn procesindicatoren en 78 % zijn uitkomstindicatoren.

In de 16 *Sp-ziekenhuizen* worden 225 indicatoren aangeklikt wat overeenstemt met 138 verschillende indicatoren. 80 van deze indicatoren komen uit de vooraf opgegeven lijst, de overige 58 worden door de ziekenhuizen zelf geformuleerd. 23 % van de indicatoren uit de top vijf zijn structuurindicatoren, 31 % zijn procesindicatoren en 46 % zijn uitkomstindicatoren.

Hoofdstuk 4. Begeleidings- en ondersteuningsplan

De federale overheid organiseert jaarlijks begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten in het kader van de drie pijlers van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' en zijn steeds een combinatie van theoretische inzichten en praktische toepassingen.

In het derde contractjaar (2009-2010) lag de focus op workshops over de taxonomie (inclusief XML) en de retrospectieve analysemethodes PRISMA en SIRE. Ook in 2010 werd een tweedaags symposium 'Kwaliteit en patiëntveiligheid' georganiseerd.
De ziekenhuisnetwerken in de respectievelijke regio's blijven actief, met elk een eigen dynamiek.

In een vierde hoofdstuk worden de begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten toegelicht die plaatsvonden tussen juni 2010 en juni 2011.

Hoofdstuk 5. Oriëntaties voor de toekomst

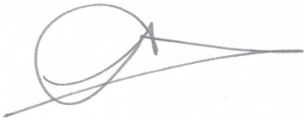
In een afsluitend en vijfde hoofdstuk worden de oriëntaties voor de toekomst besproken tot 2017. In eerste instantie wordt stilgestaan bij wat gevraagd wordt voor contractjaar 2012. Vervolgens wordt toegelicht dat klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking, als belangrijke bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid, belangrijke prioritaire aandachtspunten blijven. Om hieraan vorm te geven wordt een goede samenwerking nagestreefd met de ziekenhuiskoepels en met de gewesten en gemeenschappen.

VOORWOORD

Het voorliggende rapport 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2010' is reeds het derde rapport in het kader van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'. Met dit rapport wordt een versnelling hoger geschakeld in de zin dat, voor de drie pijlers van het contract waarover in dit rapport wordt gerapporteerd, er steeds meer gedetailleerde gegevens beschikbaar zijn. Ze geven een beeld van de huidige stand van zaken op het vlak van patiëntveiligheid, intramurale processen en indicatoren in Belgische ziekenhuizen. De huidige resultaten tonen dat 'het glas zowel halfvol is als halfleeg'. 'Halfvol' omdat steeds meer ziekenhuizen zich engageren tot ernstige inspanningen op het vlak van de bovengenoemde pijlers (het aantal deelnemende ziekenhuizen voor 2010 bedroeg 91 %) en omdat in de beleidsplannen van de ziekenhuizen de verschillende onderdelen van de projectpijlers duidelijk worden ingeschreven en waarbij door een meerderheid van de ziekenhuizen de facto ook belangrijke verbeterinitiatieven worden genomen. Maar het glas is ook 'halfleeg' omdat de reeds gekende pijnpunten – zoals deze werden gedocumenteerd in de voorbije projectjaren – nog steeds aanwezig zijn. In het bijzonder de betrokkenheid van directies en artsen blijft vaak onvoldoende om een integrale dynamiek rond kwaliteit en patiëntveiligheid op gang te brengen en de bereikte resultaten in dit kader te borgen. We stellen tevens vast dat de procesmatige aanpak van verbeteracties en de kennis over het formuleren en opvolgen van indicatoren nog voor verbetering vatbaar zijn.
Na drie projectjaren is de fase van sensibilisatie voorbij. Mede gezien de maatschappelijke evoluties over transparantie van kwaliteit en veiligheid zal in de (nabije) toekomst de vraag naar resultaten ongetwijfeld dwingender worden. Hierdoor zal het meetbare aspect van de zorg steeds belangrijker worden. Ziekenhuizen zullen dus in de komende jaren resultaten moeten kunnen voorleggen aan alle belanghebbenden. Dit zijn in de eerste plaats de patiënt en zijn/haar familie, de vele zorgverleners die dagelijks instaan voor de zorg alsook de verschillende overheden en andere stakeholders.

Het voorleggen van resultaten is niet alleen noodzakelijk omwille van de verplichting m.b.t. de maatschappelijke verantwoording van de middelen, het lijkt ons ook een (morele) verplichting aangezien het leveren van de best mogelijke en veilige zorg de kerntaak is van elk ziekenhuis. Het objectiveren van kwalitatieve en veilige zorg wordt dan ook een van de speerpunten in de on-

dersteuning die de federale overheid in de komende jaren aan de ziekenhuizen zal bieden.

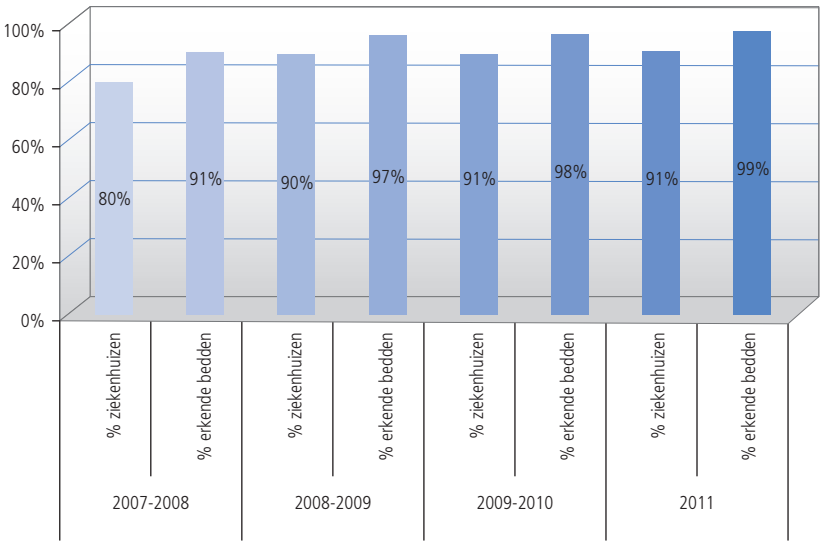


Christiaan Decoster,
Directeur-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen

INLEIDING

Na het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in 2006 m.b.t. de financiering van kwaliteit in ziekenhuizen, worden jaarlijkse contracten aangeboden aan de ziekenhuizen betreffende de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid. Ziekenhuizen participeren op vrijwillige basis. Aan elk deelnemend ziekenhuis werd een budget toegekend op basis van het aantal erkende bedden. Kleinere instellingen tot 100 erkende bedden ontvangen een bedrag van 10.000 euro. In totaal werd voor het contractjaar 2009-2010 een budget van 7,2 miljoen euro besteed aan dit project. Het percentage deelnemende ziekenhuizen is voor het derde jaar op rij gestegen: 80 % in 2007, 90 % in 2008 en 91 % in 2009. Omgezet in functie van het aantal erkende bedden steeg de participatie van 91 % in 2007 naar 98 % in 2009 (grafiek 1).

Grafiek 1: Participatiegraad van de Belgische ziekenhuizen aan het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'



De jaarlijkse contracten zijn gekaderd in het meerjarenplan kwaliteit en patiëntveiligheid (2007-2012) en is gebaseerd op 3 pijlers: structuur, proces en

resultaat (*cf.* triade van Donabedian). Het meerjarenplan werd ontwikkeld om een duidelijker beeld te krijgen over de beoogde finaliteiten op langere termijn, zowel voor de ziekenhuizen als voor de federale overheid.
Daarnaast zijn kwaliteit en patiëntveiligheid thema's die, door hun complexiteit, een gefaseerde en planmatige aanpak vragen.

De eerste pijler gaat over het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS), de tweede pijler over intramurale zorgprocessen en de derde pijler over indicatoren. Per pijler worden jaarlijks nieuwe elementen aangeboden aan de ziekenhuizen en wordt verder gebouwd op de gevraagde activiteiten van het jaar voordien, dit alles in functie van de beoogde einddoelstellingen per pijler tegen einde 2012.

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, de gebruikte methodologie, de resultaten en ten slotte een discussie. Waar mogelijk worden de resultaten uit de rapporten van het derde contractjaar (2009-2010) vergeleken met die uit het eerste en het tweede contractjaar. In hoofdstuk 4 wordt een totaaloverzicht gegeven van de aangeboden begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten.

Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk over de oriëntaties voor de toekomst dat verder bouwt op de strategische visie zoals gepresenteerd in de rapporten van de eerste twee contractjaren (2007 en 2008).

HOOFDSTUK 1.
PIJLER 1: HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN EEN PATIËNTVEILIGHEIDSMANAGEMENT-SYSTEEM

Kernconclusies

178 van de 181 ziekenhuizen hebben een rapport ingediend. Onderstaande kernconclusies hebben betrekking op 178 ziekenhuizen.

- 168 van de 178 ziekenhuizen (94 %) beschikken over een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. Het is niet duidelijk of het in alle gevallen gaat om een ziekenhuisbreed systeem.
- Er zijn grote regionale verschillen in de wijze van melden. Het elektronisch melden is mogelijk in bijna 8 op 10 van de Vlaamse ziekenhuizen, in Brussel en Wallonië kan dit in 4 op 10 van de ziekenhuizen.
- In 12 van de 30 grotere ziekenhuizen (vanaf 600 bedden) werd enkel schriftelijk gemeld.
- In 89 % van de ziekenhuizen (n = 149) bestaat de keuzemogelijkheid tussen anoniem en nominatief melden.
- Nagenoeg alle ziekenhuismedewerkers kunnen een melding maken, patiënten kunnen dat in 10 % van de ziekenhuizen.
- De gevraagde minimale dataset werd niet door alle ziekenhuizen volledig geïntegreerd. Alleen de klasse 'incidentkarakteristieken' komt voor in alle meld- en leersystemen.
- 62 % (n = 104) van de ziekenhuizen heeft het XML-exportmodel geïntegreerd.
- De meeste gebruikte analysemethode is PRISMA (64 %).

- De incidenten die het meest frequent aan een analyse werden onderworpen, gingen over: medicatie/IV-vloeistoffen (28 %), ongeval van de patiënt (17 %), proces/procedure van zorg (16 %) en gedrag van personeel/patiënt (13 %).

- In 6 % van de geanalyseerde incidenten ging het om een 'verkeerde patiënt'.

- Ziekenhuismedewerkers zijn niet beschroomd om ernstige incidenten te melden.

- Bij 3 op 4 van de geanalyseerde incidenten waren er gevolgen voor de instelling. Het gaat voornamelijk over 'bijkomende behandelingen of onderzoeken' en 'verstoorde workflow of langere wachttijden voor patiënten'

- In 96 % van de keren werd gecommuniceerd over een geanalyseerd incident, voornamelijk met de hoofdgeneesheer (15 %), het permanent overlegcomité tussen beheerder en artsen (14 %) en de hoofdverpleegkundige (10 %). Er werd weinig gecommuniceerd over de analyseresultaten met de apotheker, het Medisch-Farmaceutisch Comité en het Comité Patiëntveiligheid. Geen enkele keer werd over de analyse van een incident gecommuniceerd met de patiënten.

- Het aantal gebruikte meldformulieren in ziekenhuizen varieert van 1 tot 15.

- 59 % van de meldformulieren hadden betrekking op specifieke patiëntveiligheidsthema's zoals agressie, medicatie en vallen.

- De meeste verbeteracties die naar aanleiding van een incident werden opgezet gingen over medicatie (20 %), procedures, protocollen of aanbevelingen (18 %) en vorming of informatie aan het personeel (10 %).

- Bij vergelijking van de resultaten uit het eerste contractjaar (2007-2008) is m.b.t. het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten een positieve evolutie vast te stellen in de meldcultuur van de Belgische ziekenhuizen.

1. INLEIDING

Er zijn 12 kernelementen die, idealiter, onderdeel zijn van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem, gaande van leiderschap en betrokkenheid van het management tot het systematisch opvolgen van eenduidig gedefinieerde patiëntveiligheidsindicatoren (tabel 1). Ziekenhuizen die een volwaardig patiëntveiligheidsmanagementsysteem willen ontwikkelen en implementeren moeten deze 12 elementen systematisch voorzien. In het meerjarenplan en de daaruit voortvloeiende jaarcontracten van de federale overheid wordt gevraagd om, volgens onderstaand schema, enkele van deze kernelementen uit te voeren of te implementeren.

Tabel 1: Kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem met verwijzing naar het betreffende contractjaar

1. het opstellen van een patiëntveiligheidsplan (contractjaar 2) 2. leiderschap en betrokkenheid van het management (contractjaar 4 en 5, via pijler 3) 3. inhoudelijke betrokkenheid van de verschillende disciplines in het ziekenhuis, in het bijzonder van de artsen (contractjaar 4 en 5, via de pijlers 1 en 3) 4. het uitbouwen van een patiëntveiligheidscultuur (contractjaar 1, 2, 3, 4 en 5) 5. het opstellen van een meld- en leersysteem voor bijna-incidenten en incidenten (contractjaar 1, 3, 4 en 5) 6. het uitvoeren van een retrospectieve analyse van incidenten en bijna-incidenten (contractjaar 3 en 4) 7. het opmaken van een prospectieve risico-inventarisatie (contractjaar 5) 8. het systematisch opvolgen van eenduidig gedefinieerde (patiëntveiligheids) indicatoren (contractjaar 1, 2, 3, 4 en 5, via de pijlers 2 en 3) 9. het integreren van alle informatiebronnen van patiëntveiligheid (contractjaar 5) 10. het betrekken van de patiënt als partner in het zorgproces, rekeninghoudend met de culturele identiteit van de patiënt (contractjaar 5) 11. het onderhouden van transmurale interactie (contractjaar 4 en 5, via pijler 2) 12. het permanent verbeteren van veilige zorg (contractjaar 1, 2, 3, 4 en 5)				
Contractjaar 1	Contractjaar 2	Contractjaar 3	Contractjaar 4	Contractjaar 5
2007-2008	2008-2009	2009-2010	2011	2012

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

In het contract 2009-2010 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om de volgende acties te ondernemen:

- Het ontwikkelen en/of omschrijven van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten waarbij minimaal een aantal klassen uit de WHO-taxonomie moet opgenomen en verplicht gecodeerd moet worden.

Het gevraagde meld- en leersysteem kan ontwikkeld zijn (of worden) door het ziekenhuis, door een externe partij of door een commerciële firma. In alle gevallen moet het meld- en leersysteem voldoen aan:

1. de criteria zoals gedefinieerd door de federale werkgroep patiëntveiligheid; deze criteria zijn terug te vinden in bijlage 1;
2. de eisen die gesteld worden door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en haar uitvoeringsbesluit van 13 februari 2001. Dit betekent dat in het meld- en leersysteem de mogelijkheid om anoniem te melden voorzien moet worden.

De ziekenhuizen worden tevens aangemoedigd om een export van de gegevens in XML-formaat te voorzien.

- Een omschrijving van 5 geanalyseerde incidenten inclusief het verduidelijken van de gebruikte retrospectieve analysemethode, de voorgestelde verbeteracties en de geformuleerde aanbevelingen die daaruit zijn voortgevloeid. Eveneens moeten de geanalyseerde incidenten geclassificeerd worden volgens de International Classification for Patient Safety (taxonomie) van de WHO waarbij minstens de minimale dataset moet worden gehanteerd en gecodeerd. Deze minimale dataset omvat de klassen: type en karakteristieken van het incident en gevolgen voor patiënt en organisatie.

- Een blanco kopie van alle gehanteerde meldformulieren.

De 7 ziekenhuizen die pas vanaf 2008-2009 deelnemen aan het contract werd bijkomend gevraagd om:

- de resultaten van de uitgevoerde cultuurmeting te analyseren;
- verbeteracties op minstens 2 dimensies te formuleren en te implementeren.

De 8 ziekenhuizen die pas vanaf 2009-2010 deelnemen aan het contract werd naast het bovenstaande, gevraagd om:

- een ziekenhuisbrede cultuurmeting uit te voeren;
- een meerjarenplan voor patiëntveiligheid te ontwikkelen als onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis.

Vooraleer de resultaten te bespreken, wordt eerst ingegaan op de volgende elementen:

- de International Classification for Patient Safety (ICPS) van de WHO met de gevraagde minimale dataset;

- de retrospectieve analysemethodes;
- het XML-exportmodel.

2.1. *De International Classification for Patient Safety (taxonomie)*

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om in het meld- en leersysteem de mogelijkheid te voorzien om incidenten in te delen volgens de International Classification for Patient Safety van de WHO. De ICPS is een conceptueel raamwerk bestaande uit 10 grote klassen, 48 sleutelconcepten en ongeveer 700 begrippen. De oorspronkelijke versie van de ICPS, ontwikkeld door de World Alliance for Patient Safety[1] werd door de federale '*ad hoc* werkgroep taxonomie' aangepast aan de Belgische situatie en naar de drie landstalen vertaald. De WHO heeft aan de federale overheid de toelating gegeven om bijlage 1 van het ICPS-rapport te vertalen.

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 (gedeeltelijk) moeten worden behandeld.

Elke incidentmelding moet **minimaal** de volgende **hoofdklassen** omvatten:
klasse A: incidenttype
klasse B: gevolgen voor de patiënt (enkel de ernstgraad)
klasse D: incidentkarakteristieken
klasse H: gevolgen voor de organisatie

De **resterende hoofdklassen** uit de taxonomie kunnen door de ziekenhuizen **op facultatieve basis** geregistreerd worden. Het gaat om:
klasse C: patiëntkarakteristieken
klasse E: versterkende factoren
klasse F: verzachtende factoren
klasse G: detectie
klasse I: verbeteracties
klasse J: acties om het risico te beperken

Om ziekenhuizen te ondersteunen, werden in de loop van 2010, 7 workshops georganiseerd over de taxonomie.

1 www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/.

2.2. *Retrospectieve analyse van incidenten*

Retrospectieve analysemethodes zijn gebaseerd op het 'systeemdenken'. Het gaat niet over het zoeken van 'schuldigen', maar wel over het zoeken naar onvolkomenheden in het systeem (basisoorzaken).
De retrospectieve analyse van een incident is een systematisch onderzoek naar de oorzaken van een incident met als bedoeling het incident in de toekomst te voorkomen.
Verschillende methodes kunnen hiervoor gebruikt worden.

- PRISMA en RCA (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis) is een methode gebaseerd op de principes van de RCA (Root Cause Analysis). Beide methodes trachten aan de hand van het verzamelen van feitelijke gegevens over een 'incident' de oorzaken van het incident te achterhalen. RCA tracht alle basisoorzaken van één incidenttype in kaart te brengen. Het vinden van de verschillende basisoorzaken is nodig om de juiste verbeteracties te kunnen bepalen. PRISMA voegt aan de incidentanalyse een classificatie (Eindhoven Classificatie Model) van de gevonden basisoorzaken toe. Dit houdt in dat nader gedefinieerd wordt welke technische, organisatorische, menselijke en patiëntgerelateerde basisoorzaken een rol speelden op het moment dat het incident ontstond. Inzicht in deze basisoorzaken laat toe om bepaalde tendensen in de organisatie te detecteren waardoor doelgerichte verbeteracties kunnen worden opgesteld.

- SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) heeft eveneens de bedoeling om te voorkomen dat het incident opnieuw kan optreden. PRISMA zal meer geschikt zijn voor frequente incidenten waar al informatie over beschikbaar is om een analyse mee te doen, SIRE is meer geschikt voor een ernstig of complex incident.

- De BowTie-methode ('vlinderdasmodel') is eveneens een analysemethode waarmee op een systematische wijze een beeld kan worden verkregen van de risico's die in een organisatie aanwezig zijn en van de preventieve en herstelmaatregelen die hierop (kunnen) worden ingezet.
  In de BowTie-methode worden risico's, bedreigingen, preventieve en herstelmaatregelen in een model verenigd. Het kan gebruikt worden als retrospectieve analysemethode waarbij een incident geprojecteerd wordt op de BowTie en duidelijk wordt welke barrières hebben gefaald en wat de zwakke plekken zijn. Deze methode kan echter ook als proactieve analysemethode worden gebruikt waarbij risico's proactief worden geïdenti-

ficeerd en geanalyseerd. Het resultaat hiervan is een duidelijk overzicht van risico's waardoor mogelijke knelpunten kunnen worden gedetecteerd.

In de loop van 2010 werden, ter ondersteuning van de ziekenhuizen, 7 workshops over PRISMA en 7 workshops over SIRE georganiseerd.

2.3. *Het XML-exportmodel*

In 2010 werden de ziekenhuizen aangemoedigd om het, door de federale overheid, aangeleverde XML-exportmodel te implementeren in het meld- en leersysteem. Tegen einde 2011 wordt verondersteld dat ziekenhuizen het XML-exportmodel daadwerkelijk hebben geïntegreerd. De federale overheid vraagt echter niet dat instellingen hun incidenten aan haar zouden rapporteren. De federale overheid benadrukt echter wel het belang en het nut om incidentmeldingen na taxonomiecodering te exporteren via XML naar een database. Hierdoor worden immers belangrijke opportuniteiten gecreëerd. Zo kan elk ziekenhuis de XML-bestanden opslaan in een database die in het ziekenhuis zelf beheerd en bewaard wordt. Op die wijze kunnen geanonimiseerde, gecodeerde incidentmeldingen bewaard worden en is verdere statistische analyse mogelijk, vergelijking van de eigen meldingen over meerdere tijdsperiodes enz. Tevens kunnen instellingen, diensten of afdelingen die dat wensen vrijwillig besluiten om onderling hun gegevens samen te brengen in een centrale database, van waaruit analyses en verbeteracties voor het eigen ziekenhuis kunnen opgezet worden. Daarbij hebben ziekenhuizen de mogelijkheid om hun identiteit ofwel geheim te houden ofwel bekend te maken. In elk geval kan elk ziekenhuis de eigen gegevens herkennen in zulke geaggregeerde dataverzameling.

De federale overheid heeft de privésector gecontacteerd en gevraagd om het XML-exportmodel ook te integreren in de commerciële meldsystemen. Hierbij werden belangrijke criteria benadrukt die eerder ook aan de ziekenhuizen werden gecommuniceerd (*cf.* bijlage 1).

Ziekenhuizen die een meld- en leersysteem lieten ontwikkelen door de informatica-afdeling van hun instelling en waarbij het systeem toelaat dat de gegevens opgeslagen worden in een digitale database kunnen het XML-exportmodel eveneens integreren.

Ter ondersteuning van de ziekenhuizen en de commerciële firma's is een handleiding (guideline), een lege database en een programma voor het inle-

zen van de XML-files ontwikkeld. Daarnaast werd in januari 2011 een specifieke workshop georganiseerd en werd in het voorjaar van 2011 een helpdesk geïnstalleerd. Deze helpdesk is te consulteren via http://forum.icps-belgium.be/ en is bedoeld om ziekenhuizen te helpen in het correct registreren van incidenten volgens de taxonomie van de WHO en om ondersteuning te bieden bij het coderen van incidenten in het XML-formaat.

Ziekenhuizen waarbij de meldgegevens niet in een digitale database terechtkomen, kunnen het XML-exportmodel niet integreren. Een mogelijke oplossing hiervoor is dat deze ziekenhuizen (meestal kleinere instellingen) een overeenkomst afsluiten met een groter ziekenhuis uit de regio dat wél beschikt over een elektronisch meld- en leersysteem. De overeenkomst zou eruit kunnen bestaan dat een stukje schijfruimte gehuurd wordt van het grotere ziekenhuis tegen een overeen te komen prijs (hosting). Op die manier kan het kleinere ziekenhuis gebruikmaken van de faciliteiten van een elektronisch meld- en leersysteem zonder er zelf een te moeten aanschaffen.

3. RESULTATEN

De resultaten van pijler 1 werden door de ziekenhuizen ingevuld in een gestandaardiseerd rapportagedocument (Excel) dat werd opgemaakt door de federale overheid. De gegevens werden kwantitatief en kwalitatief verwerkt, op landelijk niveau en – indien relevant – ook per type ziekenhuis en per regio.

Van de 181 deelnemende ziekenhuizen hebben 178 ziekenhuizen een rapportagedocument ingediend (98 %). Drie acute ziekenhuizen hebben dat niet gedaan.

De verdere analyses zijn gebaseerd op de gegevens van deze 178 ziekenhuizen.

Na het overzicht van het aantal ziekenhuizen volgens het jaar van eerste deelname en volgens het jaar waarin een eerste cultuurmeting werd uitgevoerd, worden de gevraagde inhaalactiviteiten zoals de cultuurmeting en het meerjarenplan voor patiëntveiligheid besproken (*cf.* tabel 2).

Tabel 2: Aantal ziekenhuizen per type volgens jaar van eerste deelname en volgens jaar waarin een eerste cultuurmeting werd uitgevoerd (n = 178)

		2007-2008	2008-2009	2009-2010	totaal
AZ	eerste deelname	89	7	8	104
	eerste cultuurmeting	86	14	4	104
PZ	eerste deelname	52	4	2	58
	eerste cultuurmeting	48	7	3	58
Sp	eerste deelname	12	3	1	16
	eerste cultuurmeting	12	3	1	16
totaal	eerste deelname	153	14	11	178
	eerste cultuurmeting	146	24	8	178

Van de 178 ziekenhuizen die een rapport indienden (op 181 deelnemende ziekenhuizen) zijn er 153 die participeren vanaf het eerste jaar. Hiervan hebben 146 instellingen de cultuurmeting uitgevoerd. In het tweede contractjaar (2008-2009) en het derde contractjaar (2009-2010) hebben respectievelijk 24 en 8 ziekenhuizen de cultuurmeting uitgevoerd.

Omdat ziekenhuizen, afhankelijk van het jaar waarin ze voor het eerst aan het contract participeren, eventueel een inhaalbeweging moesten maken, wordt eerst ingegaan op de resultaten van deze inhaalactiviteiten.

Hierna volgen de resultaten voor pijler 1 uit het contract 2009-2010. Deze resultaten hebben betrekking op 178 ziekenhuizen en bestaan uit 7 onderdelen:
- inhaalactiviteiten;
- aantal en aard van de gehanteerde meld- en leersystemen;
- gebruik van de gevraagde minimale dataset uit de taxonomie;
- integratie van het XML-exportmodel;
- retrospectieve analysemethodes;
- meldformulieren;
- verbeteracties.

Ten slotte worden de resultaten uit het derde contractjaar (2009-2010) vergeleken met de resultaten uit eerste contractjaar (2007-2008). In beide contractjaren werd het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten expliciet bevraagd.

3.1. Resultaten van de inhaalactiviteiten van ziekenhuizen: cultuurmeting en meerjarenplan voor patiëntveiligheid

De hierna volgende resultaten hebben betrekking op de 8 ziekenhuizen die deelnemen vanaf het derde contractjaar (2009-2010) aan wie bijkomend gevraagd werd een ziekenhuisbrede cultuurmeting uit te voeren en een meerjarenplan voor patiëntveiligheid op te stellen.
4 van de 8 ziekenhuizen die nog een ziekenhuisbrede cultuurmeting moesten uitvoeren, hebben dit ook gedaan. In deze 4 ziekenhuizen varieerde de responsgraad tussen 6 % en 83 % voor de artsen, tussen 25 % en 72 % voor de ziekenhuismedewerkers en tussen 25 % en 70 % voor de totale responsgraad.

6 van de 8 ziekenhuizen die nog geen patiëntveiligheidsplan hadden opgesteld, hebben dit gedaan in het derde contractjaar. Deze 6 plannen waren gespreid over meerdere jaren, 2 van de 6 plannen vormden een onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan van de instelling. In 5 van de 6 plannen werden strategische en operationele doelstellingen geformuleerd.

3.2. Aantal en aard van de gehanteerde meld- en leersystemen

Na een weergave van het aantal ziekenhuizen met meld- en leersysteem wordt ingegaan op de wijze van melden (op regioniveau en volgens het aantal erkende ziekenhuisbedden), het anoniem of nominatief melden en op het profiel van de melder.

3.2.1. Aantal ziekenhuizen met een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten

In december 2010 beschikt 94 % (168 op 178) van de ziekenhuizen die een rapport indienden over een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten.

Na het eerste contractjaar (30 juni 2008) beschikte 80 % van de deelnemende ziekenhuizen over een meldsysteem, in de loop van 2011 zullen *quasi* alle Belgische ziekenhuizen beschikken over een meld- en leersysteem voor incidenten. Het is echter niet duidelijk of het in alle gevallen gaat om een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem.

Van de 10 ziekenhuizen die nog niet over een meldsysteem beschikken zijn er 9 die aangeven dat het in de loop van 2011 zal geïmplementeerd worden. De twee belangrijkste redenen voor het ontbreken van een meld- en leersysteem

waren: nog geen keuze kunnen maken voor een bepaalde commerciële firma en de onmogelijkheid om het meldsysteem op afdelingsniveau te veralgemenen naar het ganse ziekenhuis. 1 ziekenhuis gaf aan de hele oefening over kwaliteit en patiëntveiligheid opnieuw te doen omdat wat tot nu toe gerealiseerd werd onvoldoende was. Dit ziekenhuis is in de loop van 2010 opnieuw gestart met het formuleren van missie en visie en is dus nog niet in staat een meld- en leersysteem in te voeren.

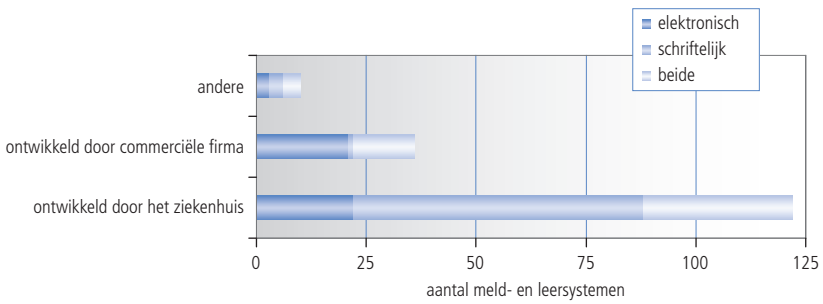
3.2.2. Aantal meld- en leersystemen ontwikkeld door het ziekenhuis of een commerciële firma

In 122 ziekenhuizen (73 %) werd het meld- en leersysteem ontwikkeld door de instelling zelf. 1 op 5 van de Belgische ziekenhuizen ging in zee met een commerciële firma (n = 36). Tien meld- en leersystemen werden noch door het ziekenhuis, noch door een commerciële firma ontwikkeld. Meer informatie hierover is niet beschikbaar.

In bijna de helft van de systemen, ontwikkeld door ziekenhuizen, bestaat de mogelijkheid om elektronisch te melden (n = 56). In 54 % van de keren (n = 66) kan er enkel schriftelijk worden gemeld.

In 97 % van de meld- en leersytemen, ontwikkeld door een commerciële firma, kan elektronisch gemeld worden (n = 35). In meer dan de helft van de keren gaat het over een louter elektronisch meldsysteem (n = 21).

Grafiek 1: Aantal meld- en leersystemen ontwikkeld door het ziekenhuis of een commerciële firma



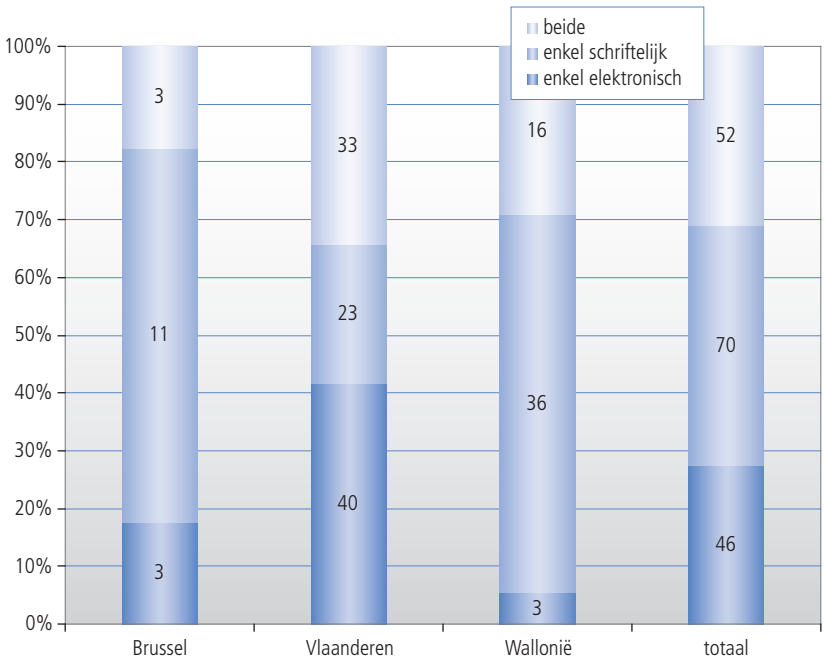
3.2.3. Wijze van melden

In 58 % van de Belgische ziekenhuizen kan elektronisch worden gemeld (n = 98). Hierbij gaat het ofwel over een louter elektronisch meldsysteem (27 %, n = 46) ofwel over een meldsysteem waarbij zowel elektronisch als schriftelijk kan worden gemeld (31 %, n = 52). In 42 % van de ziekenhuizen (n = 70) kan enkel schriftelijk gemeld worden (*cf.* grafiek 1).

3.2.3.1. Wijze van melden op regioniveau

Indien de wijze van melden bekeken wordt op regioniveau dan zijn er opvallende verschillen tussen de Vlaamse, Brusselse en Waalse ziekenhuizen. In 76 % van de Vlaamse ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om elektronisch te melden, in Brussel en Wallonië is dat respectievelijk in 36 % en 34 % van de ziekenhuizen het geval. Dit betekent dat in meer dan 6 op de 10 van de Brusselse en Waalse ziekenhuizen enkel de mogelijkheid bestaat om schriftelijk te melden (*cf.* grafiek 2).

Grafiek 2: Wijze van melden per regio



3.2.3.2. Wijze van melden volgens het aantal erkende ziekenhuisbedden

Er zijn zichtbare verschillen op te merken in de wijze van melden volgens het aantal erkende ziekenhuisbedden.

Van de 13 ziekenhuizen met minder dan 100 bedden zijn er 11 die enkel beschikken over een schriftelijk meldsysteem. In 2 van deze kleinere ziekenhuizen kan zowel schriftelijk als elektronisch worden gemeld.

Ziekenhuizen met een beddenaantal tussen 100 en 599 beschikken in 29 % van de keren (n = 36) over een uitsluitend elektronisch meldsysteem, in 38 % (n = 47) van de gevallen over een uitsluitend schriftelijk meldsysteem en in 34 % (n = 42) van deze ziekenhuizen kan zowel schriftelijk als elektronisch worden gemeld.

In ziekenhuizen vanaf 600 bedden wordt nog in 12 op de 30 keer enkel schriftelijk gemeld, in 8 op de 30 van deze ziekenhuizen bestaan beide mogelijkheden en in 10 ziekenhuizen met deze grootte kan enkel elektronisch worden gemeld.

3.2.4. Anoniem of nominatief melden

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd of de melder kan kiezen tussen nominatief of anoniem melden.

In 89 % van de 168 ziekenhuizen met een meld- en leersysteem heeft de melder de keuze (n = 149). In 19 ziekenhuizen bestaat die keuzemogelijkheid dus niet. Het gaat hier om 10 acute en 9 psychiatrische ziekenhuizen.

In 4 van de 19 ziekenhuizen werd gekozen voor louter anoniem melden. Sommige ziekenhuizen motiveerden deze keuze als volgt:

- indien medewerkers dat wensen, kunnen in het vrije tekstveld wel namen toegevoegd worden. Dit wordt echter afgeraden omdat de meldingsfiches door de leidinggevende worden bekeken en dus weet wie bij het incident betrokken is;
- in een ander ziekenhuis is bewust gekozen voor anoniem melden om een 'meldcultuur' in de instelling op gang te brengen.

In de andere ziekenhuizen werd gekozen voor nominatief melden hoewel sommige ziekenhuizen op termijn toch een keuzemogelijkheid voorzien. Hieronder volgen de beweegredenen van enkele ziekenhuizen voor nominatief melden:

- een anonieme melding bevat onvoldoende informatie om het incident diepgaand te analyseren. Door nominatief te melden kan gemakkelijker feedback aan de melder worden gegeven. Elk meldingsformulier wordt mede ondertekend door de hiërarchische overste waardoor de betrokkenheid van leidinggevenden wordt verhoogd;
- de identiteit van de melder wordt gevraagd maar het meldformulier zal aangepast worden zodat de melder de mogelijkheid krijgt om ook anoniem te melden;
- er kan anoniem gemeld worden door aan te loggen via de afdelingsaccount. Deze keuze werd gemaakt omdat een volledig anonieme melding onbruikbaar is;
- anoniem melden is een relatief begrip omdat in het uurrooster altijd kan nagegaan worden wie, wanneer voor welke patiënt verantwoordelijk was. Het is bevorderend voor de veiligheidscultuur als een incident bespreekbaar is met de betrokkenen. De mogelijkheid tot anoniem melden zal op termijn voorzien worden door de naam van de melder wel te vragen maar niet op het scherm te laten verschijnen. Na archivering in de database volgt volledige anonimisering;
- het meldsysteem is geïntegreerd in het elektronisch dossier. Het dossier is enkel en alleen toegankelijk met een individuele login waardoor diegene die meldt zichzelf identificeert;
- er kan enkel nominatief gemeld worden omdat het incident anders niet kan geanalyseerd worden. De ziekenhuismedewerkers hebben de garantie gekregen dat er geen sancties zullen volgen op basis van een incidentmelding. Na de analyse worden de gegevens geanonimiseerd;
- er wordt expliciet voor nominatief melden gekozen om een klimaat van vertrouwen en persoonlijke verantwoordelijkheid te creëren. Over deze beslissing werd gecommuniceerd met de ziekenhuismedewerkers die hiertegen geen bezwaar maakten. Er wordt veel belang gehecht aan de communicatie naar de melder over de genomen verbetermaatregelen;
- de voorkeur gaat uit naar 'nominatief' melden omdat dit een betrouwbare analyse ten goede komt. Er moet voorkomen worden dat er een cultuur ontstaat waarbij de verantwoordelijkheid van een medewerker stopt met het melden van een incident en de oplossing per definitie maar moet komen van Comité Patiëntveiligheid of de directie;
- de melding wordt geanonimiseerd na de analyse. Bovendien heeft de directie besloten dat er door andere personeelsleden geen pogingen mogen ondernomen worden om de melder te traceren. Elke poging hiertoe wordt als een ernstige overtreding beschouwd. Dit standpunt werd onder meer op de ondernemingsraad besloten en in de verslagen opgenomen. Elke medewerker ontvangt deze verslagen per mail.

3.2.5. Wie kan melden?

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om aan te kruisen welke zorgverleners in hun instelling een melding konden maken.

De overgrote meerderheid van de meldsystemen laat toe dat verpleegkundigen (98 %), artsen (94 %), ziekenhuisapothekers (90 %) en andere medewerkers bij de zorg (99 %) een melding kunnen maken. Het logistiek personeel zoals bv. de poetsdienst kan dat in 80 % van de gevallen.

Patiënten kunnen slechts in 10 % van de meldsystemen een specifiek incident melden. Hierbij moet opgemerkt worden dat patiënten in de meeste gevallen over andere kanalen beschikken om een incident te melden zoals via de patiëntentevredenheidsenquête of de ombudsdienst van het ziekenhuis. Het is niet duidelijk of incidenten die door patiënten worden gemeld, ook retrospectief geanalyseerd worden teneinde er verbetermaatregelen aan te koppelen.

In bijna 1 op 4 van de ontwikkelde meldsystemen (n = 63) kunnen ook 'anderen' melden (tabel 3). De categorie omvat onder meer: het administratief personeel, opname en onthaal, patiëntentransport, keuken, sociale dienst, paramedici, vrijwilligers en studenten verpleegkunde.

Tabel 3: Overzicht van ziekenhuismedewerkers die kunnen melden

	aantal meld-en leersystemen (n = 168)	%
alle andere medewerkers betrokken bij de zorg	166	99 %
verpleegkundige	165	98 %
arts	158	94 %
apotheker	151	90 %
logistiek personeel	134	80 %
anderen (bv. keukenpersoneel, studenten)	63	38 %
patiënten	17	10 %

3.3. Het gebruik van de gevraagde minimale dataset uit de taxonomie

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de 5 gekozen en te analyseren incidenten taxonomisch in te delen volgens de minimale dataset. In totaal werd

voor 714 incidenten de minimale dataset toegepast. Hierbij moeten de volgende opmerkingen worden gemaakt:

- niet alle ziekenhuizen doen een incidentanalyse;
- niet alle ziekenhuizen coderen de incidenten zoals gevraagd;
- niet alle ziekenhuizen hebben voor elke categorie een code toegevoegd;
- niet alle ziekenhuizen coderen tot op het diepst mogelijke niveau;
- niet alle ziekenhuizen hebben voor klasse 'incidenttype' 2 codes (proces en probleem) toegevoegd, mede te wijten aan de onduidelijkheid in het rapportagedocument;
- sommige ziekenhuizen hebben meerdere codes ingevuld terwijl er maar een gekozen mag worden;
- sommige ziekenhuizen hebben categorieën toegevoegd, zoals bv. voor decubitus.

Alle ziekenhuizen met een meld- en leersyteem hebben de klasse 'incidentkarakteristieken' opgenomen. De klassen 'incidenttype' en 'gevolgen voor de patiënt' werd resp. in 97 % (n = 163) en 96 % (n = 161) van de meld- en leersystemen voorzien. De klasse 'gevolgen voor de organisatie' komt voor in 87 % (n = 146) van de meld- en leersystemen (tabel 4).

Tabel 4: Mate waarin de 4 klassen van de minimale dataset van de taxonomie geïntegreerd zijn in de meld- en leersystemen van de ziekenhuizen (n = 168)

	n	%
incidenttype	163	97 %
incidentkarakteristieken	168	100 %
gevolgen patiënt	161	96 %
gevolgen organisatie	146	87 %

Hieronder worden enkele redenen genoemd waarom ziekenhuizen de minimale dataset (nog) niet hebben geïntegreerd:

- het nieuwe meld- en leersysteem is in voorbereiding. Het is voorzien dat de minimale dataset volledig wordt opgenomen (12 ziekenhuizen);
- de klasse 'gevolgen voor de organisatie' is moeilijk in te schatten door de melder. Daarom werd deze niet opgenomen in het meldformulier. Bij de analyse van het incident worden de gevolgen voor de organisatie wel meegenomen (3 ziekenhuizen);
- de klasse 'gevolgen voor de organisatie' zal worden opgenomen in 2011 (3 ziekenhuizen);

- om het melden aan te moedigen werd gekozen voor een minimalistische melding. De klasse 'incidenttype' wordt achteraf ingevuld;
- de minimale dataset was niet voorzien in het oorspronkelijke opzet en er worden geen aanpassingen meer gedaan;
- het gebruikte meldsysteem was al aangekocht voor de verspreiding van de criteria door de overheid.

Hierna worden de verplichte velden van de minimale dataset gedetailleerd besproken. De resultaten zijn gebaseerd op de 5 incidenten die ziekenhuizen moesten omschrijven, analyseren en taxonomisch indelen volgens de minimale dataset van de WHO. Het is hierbij niet mogelijk om te achterhalen hoe en op welke basis de ziekenhuizen deze 5 incidenten selecteerden waardoor er niet kan gesproken worden van een representatieve steekproef. Onderstaande resultaten moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

3.3.1. Incidenttype

De incidenten die het vaakst aan een analyse werden onderworpen, hadden betrekking op:
- medicatie/IV-vloeistoffen (28 %, n = 347);
- ongeval van de patiënt (17 %, n = 208);
- proces/procedure van zorg (16 %, n = 192);
- gedrag van personeel/patiënt (13 %, n = 155).

Meer dan de helft van de incidenten met medicatie/IV-vloeistoffen had betrekking op:
- toediening aan de patiënt (n = 83);
- foute dosis/concentratie of frequentie van toediening (n = 48);
- fout geneesmiddel (n = 28);
- verkeerde patiënt (n = 24).

Incidenttype 'ongeval van de patiënt' wordt in de taxonomie onderverdeeld in twee grote categorieën: 'ongeval van de patiënt' en 'valpartijen'. Drie op vier van de geanalyseerde incidenten voor dit type betrof 'valpartijen'. Het gaat hierbij voornamelijk over 'uitglijden' en 'evenwichtsverlies' waarbij 'bed', 'stoel' en 'toilet' de meest betrokken objecten zijn.

In een op vijf van de geanalyseerde incidenten m.b.t. 'proces/procedure van zorg' werd aangegeven dat het gaat om het proces 'therapie/interventie'. Als probleem werd het meest frequent 'onvolledig of niet juist uitgevoerd' aangegeven.

Geanalyseerde incidenten van het type 'gedrag van personeel/patiënt' betroffen voornamelijk 'gedrag van de patiënt' (86 %, n = 134) waarbij het vooral gaat over fysieke agressie, automutilatie/zelfmoord, wegloopgedrag en agressie t.o.v. een niet-levend object.

In de taxonomie werd een specifieke code voorzien voor alle incidenten die te maken hebben met een verkeerde patiënt. Deze codes eindigen systematisch met 'z'. 6 % (n = 76) van de toegekende codes voor incidenttype hebben te maken met een verkeerde patiënt (tabel 5). De klasse 'medicatie' is hierbij het meest frequent.

Tabel 5: Overzicht van incidenttypes waarbij het gaat om de verkeerde patiënt (n = 76)

incidenttype	n	Code
medicatie	24	aecz
administratie m.b.t. de zorg	17	aabz
proces/procedures van zorg	14	abbz
bloed/bloedproducten	11	afcz
documentatie	8	acbc[2]
voeding	2	agcz
zuurstof/gas/stoom	0	ahcz
totaal	76 (6 %)	

3.3.2. Incidentkarakteristieken (plaats van het incident)

Incidentkarakteristieken in acute ziekenhuizen hadden voornamelijk betrekking op 'zorg tijdens een specifieke procedure', 'zorg op een gewone verpleegafdeling' of 'zorg op een hospitalisatiedienst'. In psychiatrische ziekenhuizen was dit 'behandeling in het ziekenhuis' en in Sp-ziekenhuizen 'zorg op een gewone verpleegafdeling'.

3.3.3. Gevolgen voor de patiënt (ernstgraad[3])

In bijna 1 op 4 van de geanalyseerde incidenten is de schade 'licht', in 1 op 5 van de keren is de schade matig. In 14 % van de gevallen is de schade ernstig

2 Deze code is foutief en zal worden aangepast.
3 De betekenis van de verschillende ernstgraden wordt omschreven in bijlage 2 van dit hoofdstuk.

of overlijdt de patiënt. In 43 % van de geanalyseerde incidenten is er geen schade aan de patiënten. Hierbij wordt nogmaals benadrukt dat deze cijfers niet kunnen geëxtrapoleerd worden. Het gaat hier immers om een niet-representatieve steekproef.

3.3.4. Gevolgen voor de instelling

Bij 3 op 4 van de geanalyseerde incidenten waren er gevolgen voor de instelling. Het gaat voornamelijk over 'bijkomende behandelingen of onderzoeken' en 'verstoorde workflow of langere wachttijden voor andere patiënten'. In psychiatrische ziekenhuizen werd in 10 % van de geanalyseerde incidenten het gevolg 'beschadiging van de eigendom van het ziekenhuis' gecodeerd. Sommige ziekenhuizen geven aan dat één incident aanleiding geeft tot meerdere gevolgen. In 3 % van de keren werd de code 'geen gevolgen voor de instelling' aangeduid.

3.4. De integratie van het XML-exportmodel

In totaal heeft 62 % (n = 104) van ziekenhuizen met een meld- en leersysteem het XML-exportmodel geïntegreerd. In 6 op 10 van de keren gebeurde dit door het ziekenhuis zelf. 44 % (n = 31) van de ziekenhuizen met een uitsluitend schriftelijk systeem is erin geslaagd XML te integreren, voor de ziekenhuizen met een louter elektronisch systeem is dit gelukt in 83 % (n = 38) van de ziekenhuizen. 17 % van de ziekenhuizen (n = 8) met een volledig elektronisch meldsysteem heeft XML niet geïntegreerd (zie tabel 6).

Tabel 6: Mate waarin het XML-exportmodel geïntegreerd is in de meld- en leersystemen van de Belgische ziekenhuizen, opgedeeld volgens de wijze van melden (in absolute cijfers en %)

	enkel elektronisch		enkel schriftelijk		beide		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
XML niet geïntegreerd	8	17 %	39	56 %	17	33 %	64	38 %
XML geïntegreerd	38	83 %	31	44 %	35	67 %	104	62 %
algemeen totaal	46	100 %	70	100 %	52	100 %	168	100 %

Ziekenhuizen die op 31 december 2010 XML (nog) niet geïntegreerd hebben, geven hiervoor de volgende redenen op:

- het XML-exportmodel wordt in de loop van 2011 geïntegreerd (n = 23);
- er is een grote variëteit aan systemen en er wordt gestreefd naar eenvormigheid. 5 ziekenhuizen geven aan hiervoor samen te werken met een ziekenhuiskoepel;
- transport van gegevens via XML zal pas mogelijk zijn na aankoop van een commercieel meld- en leersysteem (n = 3). In 6 ziekenhuizen is deze aankoop ook gepland;
- de taxonomie is niet toegevoegd aan het huidige meldsysteem (n = 2);
- er wordt gewacht op informatie en instructies van de federale overheid (n = 4);
- een gezamenlijk systeem voor een groep ziekenhuizen is in voorbereiding (n = 6);
- er is geen expertise in het ziekenhuis (n = 3);
- door de kleinschaligheid van de instelling worden de kosten afgewogen tegen de baten (n = 2);
- exportmogelijkheid is niet relevant gezien het ontbreken van een eenduidige interpretatie en registratie en bijgevolg variatie in de codering (n = 1);
- er wordt enkel schriftelijk gemeld, export van gegevens via XML wordt niet voorzien (n = 9).

3.5. Retrospectieve analysemethodes

In het kader van de federale contracten werd aan de ziekenhuizen gevraagd om, bijkomend, de 5 incidenten retrospectief te analyseren. Ziekenhuizen konden hierbij kiezen uit: PRISMA, RCA, SIRE en BowTie (tevens een proactieve methode).

Hierna wordt een overzicht gegeven van de gebruikte retrospectieve analysemethodes door de ziekenhuizen. Vervolgens worden deze in relatie gebracht met de ernstgraad van het incident. Ten slotte wordt ingegaan op de communicatie over de resultaten van de uitgevoerde analyses.

In totaal hebben 178 van de 181 deelnemende ziekenhuizen een rapport ingediend en werden 714 incidenten retrospectief geanalyseerd. Dit betekent dat niet alle ziekenhuizen daadwerkelijk 5 incidenten retrospectief hebben geanalyseerd.

In 84 % van de geanalyseerde incidenten werd de methode PRISMA (n = 460) of RCA (n = 141) gebruikt[4].

10 % van de incidenten (n = 72) werd geanalyseerd volgens de SIRE-methodiek, 6 % (n = 41) volgens de BowTie-methode (tabel 7).

Tabel 7: Overzicht van de gehanteerde analysemethodes in de Belgische ziekenhuizen, per type ziekenhuis (n = 714)

	AZ		PZ		Sp		totaal	
	N	%	n	%	n	%	n	%
PRISMA	260	61 %	166	73 %	34	54 %	460	64 %
RCA	101	24 %	33	14 %	7	11 %	141	20 %
SIRE	52	12 %	6	3 %	14	22 %	72	10 %
BowTie	10	2 %	23	10 %	8	13 %	41	6 %
totaal	423	100 %	228	100 %	63	100 %	714	100 %

3.5.1. Gebruikte analysemethode volgens ernstgraad

In 1 op 3 van de uitgevoerde analyses werd de PRISMA-methode gebruikt voor incidenten vanaf ernstgraad 'matig'. De SIRE-methode, die volgens de literatuur vooral bedoeld is voor de meer ernstige incidenten, werd in 6 % van de gevallen waarbij de ernstgraad minstens 'matig' was, gebruikt. Voor RCA is dit 10 % en voor BowTie 3 %.

3.5.2. Communicatie over de resultaten van de uitgevoerde analyses

Over 96 % van de uitgevoerde analyses (n = 689) werd gecommuniceerd met een of meer ziekenhuisstructuren of -medewerkers (tabel 8).

4 In PRISMA wordt, in tegenstelling tot RCA, een classificatie van technische, organisatorische, menselijke en patiëntgerelateerde basisoorzaken opgemaakt waardoor meer doelgerichte verbeteracties kunnen worden opgesteld.

Tabel 8: Overzicht van het aantal uitgevoerde incidentanalyses waarover werd gecommuniceerd

	uitgevoerde analyses	analyses waarover werd gecommuniceerd	
	n	n	%
PRISMA	460	449	98 %
SIRE	72	63	88 %
RCA	141	138	98 %
BowTie	41	39	95 %
totaal	714	689	96 %

Over bijna 4 van de 10 uitgevoerde incidentanalyses (38 %) werd gecommuniceerd met de hoofdgeneesheer (15 %, n = 100), het permanent overlegcomité tussen beheerder en artsen (14 %, n = 93) en de hoofdverpleegkundige (10 %, n = 72). Over 9 % (n = 63) van de uitgevoerde analyses werd gecommuniceerd met de kwaliteitscoördinator en/of de patiëntveiligheidscoördinator. Op het Comité Kwaliteit en/of Patiëntveiligheid werd in 6 % (n = 41) van de gevallen gecommuniceerd over de uitgevoerde analyses. Over 35 incidentanalyses (5 %) werd gecommuniceerd met de apotheker (n = 30) en met het Medisch-Farmaceutisch Comité (n = 5).
Over geen enkel uitgevoerde incidentanalyse werd gecommuniceerd met de arts-hygiënist, het ethisch comité, de raad van beheer of met patiënten (tabel 9).

In de categorie 'andere' werd een grote variëteit aan structuren en werkgroepen aangeduid.

Tabel 9: Overzicht van ziekenhuisstructuren en -medewerkers aan wie over incidentanalyses werd gecommuniceerd

	PRISMA	SIRE	RCA	BowTie	totaal	
	n	n	n	n	n	%
andere	67	14	23	5	109	15,8 %
hoofdgeneesheer	77	6	9	8	100	14,5 %
permanent overlegcomité tussen beheerder en artsen	62	6	13	12	93	13,5 %
hoofdverpleegkundige-diensthoofd (en/of middenkader)	60	2	5	5	72	10,4 %

	PRISMA	SIRE	RCA	BowTie	totaal	
	n	n	n	n	n	%
kwaliteit en/of patiëntveiligheidscoördinator	28	9	26	0	63	9,1 %
hoofd van het verpleegkundig departement	30	3	14	0	47	6,8 %
comité kwaliteit en/of patiëntveiligheid	32	1	8	0	41	6,0 %
financieel directeur	20	5	3	3	31	4,5 %
apotheker	21	5	3	1	30	4,4 %
verpleegkundige-hygiënist	10	3	5	0	18	2,6 %
directeur informatica	9	1	6	0	16	2,3 %
transfusiecomité	3	1	5	0	9	1,3 %
preventieraadgever	4	0	3	0	7	1,0 %
verpleegkundigen	6	0	1	0	7	1,0 %
medisch directeur	2	1	3	0	6	0,9 %
directiecomité	5	0	0	0	5	0,7 %
medisch-farmaceutisch comité	2	2	1	0	5	0,7 %
adjunct van de directie	4	0	0	0	4	0,6 %
artsen	2	0	2	0	4	0,6 %
logistiek departement	0	0	4	0	4	0,6 %
medische raad	0	0	0	4	4	0,6 %
algemeen directeur	1	1	1	0	3	0,4 %
comité voor medisch materiaal	3	0	0	0	3	0,4 %
administratief directeur	1	1	0	0	2	0,3 %
verpleegkundige en/of paramedische raad	0	0	2	0	2	0,3 %
comité voor preventie en veiligheid op het werk	0	1	0	0	1	0,1 %
comité voor ziekenhuishygiëne	0	1	0	0	1	0,1 %
commissie voor evaluatie van de kwaliteit van zorg	0	0	0	1	1	0,1 %
paramedisch personeel	0	0	1	0	1	0,1 %
arts-hygiënist	0	0	0	0	0	0,0 %
ethisch comité	0	0	0	0	0	0,0 %
raad van beheer	0	0	0	0	0	0,0 %
patiënten	0	0	0	0	0	0,0 %
totaal	449	63	138	39	689	100 %

3.6. Meldformulieren

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om een blanco kopie toe te voegen van alle meldformulieren die in het ziekenhuis worden gebruikt. Op een na hebben alle ziekenhuizen met een meld- en leersysteem (n = 168) dit gedaan.
167 ziekenhuizen hebben samen 327 meldformulieren doorgestuurd. Het aantal gebruikte meldformulieren varieert van 1 tot 15.

41 % van alle ingediende meldformulieren (n = 135) betrof algemene meldformulieren. Het overige deel (n = 192) ging over specifieke patiëntveiligheidsthema's zoals medicatie en agressie.

De 135 algemene meldformulieren kunnen worden onderverdeeld in:
- formulieren waarbij de terminologie uit de taxonomie volledig werd geïntegreerd (n = 32);
- formulieren waarbij de terminologie niet werd geïntegreerd en waarbij de classificatie achteraf moest gebeuren door de persoon verantwoordelijk voor de incidentanalyse (n = 103). Deze formulieren waren ofwel voorgestructureerd (n = 82) ofwel bevatten ze open tekstvelden (n = 21).

De 192 formulieren over specifieke patiëntveiligheidsthema's hebben betrekking op een grote variatie aan thema's. Valincidenten, medicatie en agressie zijn de belangrijkste thema's waarvoor afzonderlijke meldformulieren ontwikkeld werden (resp. 11 %, 9 % en 7 %).

3.7. Verbeteracties

In totaal werden 795 verbeteracties opgestart naar aanleiding van een incident (*cf.* tabel 10).
De meeste verbeteracties gingen over medicatie (20 %), procedures, protocollen aanbevelingen (18 %).

De verbeteracties over medicatie hadden bijvoorbeeld betrekking op het optimaliseren van het medicatieverdeelsysteem, het ontwikkelen van een elektronisch medicatiebeheerssysteem, het herschikken van de medicatiekast, het lanceren van een oproep op alle verpleegafdelingen voor meer alertheid, controle en nauwkeurigheid, zowel bij het klaarzetten als bij het toedienen van de medicatie.

Verbeteracties over procedures, protocollen en aanbevelingen werden geformuleerd of herzien voor bijvoorbeeld prikaccidenten, besmettelijke ziekten, ventrikeldrainage, alcoholgebruik en drugs, onthaal, opname en ontslag.

In 10 % van de keren werd specifieke vorming voor of informatie aan het personeel gegeven (inclusief stagiairs). Thema's die hierbij onder meer aan bod kwamen waren: reanimatietechnieken, ADHD, aanvragen voor preoperatieve onderzoeken, allergieën, fixatie, bloedtransfusie en isolatie.

De verbeteracties m.b.t. medisch materiaal (6,5 %) gaan bijvoorbeeld over slijtage en defecten van apparatuur en het betrekken van de ondersteunende diensten bij de aankoop en/of het gebruik van een toestel.

De meeste verbeteracties over patiëntenidentificatie (6 %) gaan over het identificeren van labomonsters en patiëntenidentificatie aan de hand van armbandjes.

Infrastructurele verbeteringen (5 %) hadden voornamelijk betrekking op het zorgen voor aangepaste verlichting, een sneller herstel van defecten en het behandelen van de vloer met antislipmateriaal.

De meeste verbeteracties in het operatiekwartier (4,9 %) gingen over de implementatie van de Safe Surgery Checklist van de WGO.

Verbeteracties naar aanleiding van een valincident (4,7 %) waren onder meer: de ontwikkeling van een procedure valpreventie, het screenen van het valrisico, het registreren van valincidenten, informatie over vallen aan zorgverleners en infrastructurele aanpassingen.

Iets meer dan 3 % van de verbeteracties waren patiëntgericht. Deze verbeteracties gingen bijvoorbeeld over het informeren van patiënten over het voorkomen van valincidenten (het veilig opstaan uit rolstoel of zetel, het dragen van aangepast schoeisel) en het belang van correcte medicamenteuze therapie waarbij de verantwoordelijkheid van de patiënt wordt benadrukt.

Andere verbeteracties hadden onder meer betrekking op voeding, agressie, fixatie, bloed en transfusie, transfer… (*cf.* tabel 10).

Tabel 10: Overzicht van thema's waarover verbeteracties werden gestart naar aanleiding van een incident (n = 795)

thema	n	%
medicatie	159	20,0 %
procedures/protocollen/aanbevelingen	139	17,5 %
vorming/informatie aan personeel n.a.v. een incident/instrueren stagiairs	79	9,9 %
medisch materiaal	52	6,5 %
identificatie	48	6,0 %
infrastructuur	40	5,0 %
operatiekwartier	39	4,9 %
vallen	37	4,7 %
actie/informatie patiënten	27	3,4 %
voeding	22	2,8 %
agressie	22	2,8 %
fixatie	21	2,6 %
bloed/transfusie	18	2,3 %
transfer	15	1,9 %
bestaffing	13	1,6 %
verbeteren communicatie	12	1,5 %
spoed	11	1,4 %
toezicht patiënten	10	1,3 %
afzondering	8	1,0 %
elektronisch patiëntendossier	6	0,8 %
suïcide	5	0,6 %
sterilisatie	3	0,4 %
decubitus	3	0,4 %
multidisciplinaire werkgroep	3	0,4 %
infecties	2	0,3 %
open meldcultuur creëren	1	0,1 %
totaal	795	100 %

4. VERGELIJKING VAN DE RESULATEN VAN HET EERSTE CONTRACTJAAR (2007-2008) MET HET DERDE CONTRACTJAAR (2009-2010)

In het eerste contractjaar (2007-2008) werden de ziekenhuizen de eerste keer bevraagd over het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten. In het derde contractjaar (2009-2010) stond dit thema centraal in pijler 1 van het contract. Een vergelijking van de resultaten tussen beide contractjaren is dus zeker opportuun.

Einde 2010 heeft 94 % van de deelnemende Belgische ziekenhuizen een meld- en leersystemen voor incidenten en bijna-incidenten. Na het eerste contractjaar (juni 2008) had 80 % van de ziekenhuizen dergelijk systeem.

Anno 2010 is het niet duidelijk of alle gebruikte meld- en leersystemen ziekenhuisbreed zijn. In 2008 gaf 80 % van de deelnemende ziekenhuizen aan te beschikken over een ziekenhuisbreed meldsysteem.

In vergelijking met 2008 is de mogelijkheid om elektronisch te melden toegenomen in Vlaanderen (van 57 % naar 76 %) en Brussel (van 14 % naar 36 %). In Wallonië is er een *status quo* (34 %).

In juni 2008 bestond in 53 % van de ziekenhuizen de keuzemogelijkheid tussen anoniem en nominatief melden, in 2010 is dit 89 %. Hierbij moet opgemerkt worden dat het voorzien van keuzemogelijkheid een van de federale criteria was (*cf.* bijlage 1) omdat het meld- en leersysteem moet voldoen aan de eisen die gesteld worden door de privacywetgeving (wet van 8 december 1992 en haar uitvoeringsbesluit van 13 februari 2001).

In juni 2008 gaf 51 % van de ziekenhuizen aan dat alle ziekenhuismedewerkers een melding konden maken, in 2010 kunnen nagenoeg alle medewerkers een melding maken. Het aandeel artsen en verpleegkundigen die kunnen melden is substantieel toegenomen. Volgens de ingediende rapporten in 2010 kunnen artsen in 94 % van de ziekenhuizen een melding doen (8 % in 2008) en verpleegkundigen kunnen dat in 98 % van de gevallen (12 % in 2008).

In juni 2008 werden door 31 % (n = 43) van de ziekenhuizen specifieke methodes gehanteerd voor het analyseren van een incident of bijna-incident. Hierbij werd een grote variëteit aan methodes vastgesteld. In 2010 werd het retrospectief analyseren van incidenten en bijna-incidenten opgenomen in het contract waardoor we kunnen stellen dat alle deelnemende ziekenhui-

zen (n = 178) incidenten of bijna-incidenten hebben geanalyseerd. Niet alle ziekenhuizen zijn er echter in geslaagd om, zoals gevraagd, 5 incidenten of bijna-incidenten te analyseren.

De meeste verbeteracties die, naar aanleiding van een incident werden opgestart, gingen over medicatie en dit zowel in het eerste (2007-2008) als in het derde contractjaar (2009-2010).

5. DISCUSSIE

De hierboven beschreven resultaten en conclusies zijn gebaseerd op de rapportages zoals die door de ziekenhuizen werden ingediend voor het contract 2009-2010. De federale overheid beschikt niet over de mogelijkheid om diepgaand te onderzoeken of de ingediende gegevens waarheidsgetrouw zijn.

Bij de verwerking van de resultaten is vastgesteld dat de meeste ziekenhuizen met ernst geantwoord hebben op pijler 1. Een aantal ziekenhuizen rapporteert echter ondermaats en geven bijvoorbeeld een heel oppervlakkige of summiere omschrijving van de gevraagde incidenten. Sommige ziekenhuizen kiezen vijf keer hetzelfde incidenttype en beschrijven vijf keer dezelfde verbeteractie.

Ziekenhuizen hebben geen schroom gehad om ernstige incidenten te melden en te analyseren. Het aandeel ziekenhuismedewerkers dat kan melden is, in vergelijking met 3 jaar geleden, ook sterk gestegen. Deze beide vaststellingen zijn een mogelijke indicatie van een positieve evolutie in de meldcultuur van ziekenhuizen.

In 10 % van de ziekenhuizen kunnen ook patiënten een melding maken van een incident of bijna-incident. Het is niet duidelijk of incidenten, gemeld door patiënten, worden geanalyseerd en naar hen teruggekoppeld.

De meeste ziekenhuizen hebben incidenten of bijna-incidenten geclassificeerd volgens de taxonomie hoewel niet alle ziekenhuizen de minimale dataset volledig hebben geïntegreerd in het meld- en leersysteem zoals gevraagd. Ook niet alle ziekenhuizen coderen tot op het diepste niveau waardoor het lerend vermogen deels verloren gaat. Als bijvoorbeeld enkel de klasse 'medicatie/IV-vloeistoffen' wordt gecodeerd, is het nog moeilijk uit te maken of het gaat over het formularium, over distributie, dosering, vervallen medicatie of verkeerde patiënt. Gerichte verbeteracties kunnen op basis van dergelijke summiere classificatie onmogelijk geformuleerd worden.

Enkele kritische kanttekeningen bij sommige klassen uit de taxonomie zijn belangrijk om te vermelden:

- sommige incidenttypes zijn onvoldoende uitgewerkt of ontbreken. De classificatie voor 'valpartijen' is te beperkt en decubitus is in de taxonomie niet te coderen. Sommige ziekenhuizen hebben daarom, voor deze incidenttypes, bijkomende codes toegevoegd;
- in de taxonomie ontbreekt ook de klasse 'schade aan andere personen dan de patiënt' (zorgverleners, familie, medepatiënt) en de klasse 'gedrag' laat niet toe om 'gedrag van anderen dan de patiënt of zorgverleners' te coderen (familie, medepatiënt...);
- de klasse 'incidentkarakteristieken' is gemakkelijker te hanteren in acute, dan in psychiatrische en Sp-ziekenhuizen;
- psychologische schade, materiële en financiële schade zijn niet te coderen in de WHO-taxonomie.

Aanpassingen van de taxonomie zijn gepland op het niveau van de WHO.

Het is belangrijk te weten dat een meld- en leersysteem slechts een beperkt aantal van het totaal aantal (bijna-)incidenten dat zich in een ziekenhuis voordoet, capteert. De vraag stelt zich eveneens in welke mate de gehanteerde systemen het 'registreren' overstijgen. Het melden op zich draagt immers niet bij tot het verbeteren van patiëntveiligheid. Met andere woorden: het is moeilijk te bepalen in welke mate het meld- en leersysteem gebruikt wordt om uit ervaringen te leren en de opgedane kennis om te zetten in gerichte verbeteracties die projectmatig uitgevoerd worden.

In vergelijking met drie jaar geleden kan zowel in Vlaanderen als in Brussel meer elektronisch gemeld worden. In Wallonië is er een *status quo*. Daarnaast blijkt dat in 12 op 30 van de grotere ziekenhuizen (vanaf 600 bedden) nog enkel schriftelijk gemeld wordt.
De discussie over elektronisch of schriftelijk melden is geen triviale discussie en de stelling dat het niet van belang is hoe er gemeld, àls er maar gemeld wordt, is niet helemaal correct. Inderdaad, het melden op zich alleen draagt niet bij tot een betere patiëntveiligheid, maar wél wat er met de melding gebeurt achteraf. Elektronisch melden moet in deze context verder gestimuleerd worden omdat het belangrijke opportuniteiten oplevert. De meest relevante worden hieronder kort omschreven:

- een eenvoudig en voor iedereen toegankelijk elektronisch meldformulier, als onderdeel van een ruimer meld- en leersysteem, is tijdsbesparend en de administratieve lasten worden tot een minimum beperkt;

- elektronische meldsystemen bieden de mogelijkheid tot het maken van grafieken, tabellen en overzichtelijke rapportages die te allen tijde kunnen aangemaakt of opgevraagd worden. Dit kunnen nuttige beleidsinstrumenten zijn om het patiëntveiligheidsgebeuren inzichtelijker te maken voor de ziekenhuismedewerkers en het ziekenhuismanagement;
- het in een database opslaan van geclassificeerde basisoorzaken volgens het Eindhoven Classificatie Model (PRISMA) laat toe om, na verloop van tijd, zicht te krijgen op de meest voorkomende basisoorzaken zodat verbeteracties veel doelgerichter kunnen worden uitgewerkt;
- een elektronisch meldsysteem biedt ook de mogelijkheid tot het koppelen van verbeteracties aan de melding en om feedback te geven aan de melder. Het geven van snelle feedback waarbij ook zichtbaar gemaakt wordt dat de analyse van de meldingen werkelijk bijdraagt tot een betere patiëntveiligheid, is essentieel om de meldingsbereidheid in stand te houden. Eveneens kan ook de communicatie over de resultaten van de uitgevoerde analyses met de betrokken ziekenhuisorganen of -medewekers gefaciliteerd worden. Het spreekt voor zich dat meldingsbereidheid en communicatie over de resulaten van de incidentanalyses alleen maar kunnen in een niet-bestraffende veiligheidscultuur. Het ziekenhuismanagement speelt een centrale rol om dergelijke cultuur actief te stimuleren en te ondersteunen;
- elektronisch melden is ook belangrijk met het oog op standaardisering van elektronische gegevensuitwisseling. De federale overheid heeft een XML-exportmodel laten ontwikkelen en stimuleert de ziekenhuizen om dit model te implementeren in het meld- en leersysteem. Met het oog op gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen op termijn, is een elektronisch meldsysteem een noodzakelijke voorwaarde;
- theoretisch gezien zou één geïntegreerd en ziekenhuisbreed meld- en leersysteem waarin ook incidenten m.b.t. radiotherapie, medische beeldvorming, hemovigilantie, ziekenhuisinfecties… kunnen gemeld worden, het best mogelijke scenario zijn. Om dit op langere termijn eventueel mogelijk te maken is een elektronisch meld- en leersysteem dat deze specifieke topics integreert, noodzakelijk.

Het ontwikkelen en implementeren van een elektronisch meldsysteem werd door sommige kleinere ziekenhuizen als niet-haalbaar beschouwd. Er moet nagedacht worden over creatieve oplossingen om het elektronisch melden, op termijn, voor alle Belgische ziekenhuizen mogelijk te maken.

Het is niet duidelijk of het retrospectief analyseren van incidenten of bijna-incidenten systematisch gebeurt in de ziekenhuizen. De vraag stelt zich in welke mate de analyses zich beperken tot de gevraagde vijf uit het contract. Wel kan

gesteld worden dat de meeste ziekenhuizen meer kennis hebben verworven over specifieke analysemethodes, hetzij via de workshops over PRISMA en SIRE, georganiseerd door de federale overheid, hetzij door vormingen of trainingen bij externe opleidingsinstituten of -organisaties.

Over de resultaten van *quasi* alle geanalyseerde incidenten werd gecommuniceerd met een of meerdere ziekenhuisstructuren of -medewerkers. Met de hoofdgeneesheer, het permanent overlegcomité tussen beheerder en artsen en de hoofdverpleegkundige werd het meest frequent gecommuniceerd. Het valt op dat er slechts in zeer beperkte mate gecommuniceerd werd met de apotheker en met het Medisch-Farmaceutisch Comité. Dit is een belangrijke vaststelling vooral gezien het feit dat de incidenten die door de ziekenhuizen het meest frequent gekozen werden om te analyseren betrekking hadden op medicatie. Ook met het Comité Patiëntveiligheid werd weinig gecommuniceerd over de resultaten van de uitgevoerde analyses. In geen enkel ziekenhuis werd, volgens de ingediende rapporten, over de resultaten gecommuniceerd met patiënten.

Concluderend kan gesteld worden dat de implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem in de Belgische ziekenhuizen in evolutie is. Jaar na jaar wordt gewerkt aan enkele belangrijke kernelementen. Er zijn positieve tendensen merkbaar zoals bijvoorbeeld een wellicht wijzigende meldcultuur en het verwerven van meer kennis over retrospectieve analysemethodes. Daarnaast is er nog heel wat verbetermarge op het vlak van implementatie van eigentijdse, geïntegreerde en ziekenhuisbrede meld- en leersystemen en het communiceren over de resultaten van de uitgevoerde incidentanalyses met de betrokken comités of ziekenhuismedewerkers.

Een daadwerkelijke en actieve betrokkenheid van het medisch en het verpleegkundig korps, de ziekenhuisdirecties en alle andere zorgverleners is en blijft essentieel voor de implementatie van een geïntegreerd patiëntveiligheidsmanagementsysteem.

BIJLAGE 1

Criteria voor een meld- en leersysteem van incidenten en bijna-incidenten

In de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid van 4 juni 2009 werd een aantal criteria afgesproken waaraan een intern meld- en leersysteem minimaal moet voldoen:

- de primaire doelstelling van een meldsysteem is te leren uit ervaring en de opgedane kennis om te zetten in verbeteracties ('leer- en verbeterinstrument'). Het is hierbij van belang te onderstrepen dat het rapporteren op zich niet bijdraagt tot het verbeteren van patiëntveiligheid;
- wanneer binnen het ziekenhuis een ernstig incident of een bijna-incident (near-miss) gemeld wordt, moet dit leiden tot een verder diepgaand onderzoek, waarbij de onderliggende oorzaken en de bijdragende factoren (systeemfalen) van het incident kunnen geïdentificeerd worden (Root Cause Analysis of systeemanalyse).
  Idealiter wordt dit onderzoek uitgevoerd binnen de eigen instelling. De leerervaringen en aanbevelingen voor 'best practices' kunnen verspreid worden naar andere zorgorganisaties;
- ziekenhuizen moeten de mogelijkheid hebben 'experten' op te leiden in Root Cause Analysis;
- het meldsysteem is niet-bestraffend: het systeem heeft niet als doel het identificeren of bestraffen van het personeel dat betrokken is bij een incident. De melder moet zekerheid krijgen dat er geen straf, noch ander negatief gevolg aan de melding gegeven wordt;
- het meldsysteem is onafhankelijk tegenover elke andere partij die bestraffend zou kunnen optreden;
- het meldsysteem heeft een facultatief karakter: het melden van incidenten en bijna-incidenten is vrijwillig, zonder enige sanctie op het niet-melden;
- de melding is confidentieel: de identificatiegegevens van de patiënt, de melder, de instelling mogen nooit aan derden worden vrijgegeven;
- het meldsysteem biedt de mogelijkheid anoniem te melden.
  Aandachtspunten hierbij zijn:
  - het niveau van anonimisering (bv. Comité voor Patiëntveiligheid of Team voor Patiëntveiligheid);

  - het beheer van en de toegang tot de databank;
  - keuzes over centraal (één meldpunt op organisatieniveau) of decentraal melden (op afdelingsniveau);
- het meldsysteem is bij voorkeur 'open-ended' en moet alle mogelijke risico's capteren in een breed spectrum van de zorgverlening. Dit includeert het melden van incidenten en bijna-incidenten, maar ook van risico's, risicovolle situaties en omstandigheden, verbetersuggesties...;
- in principe zou iedereen een melding moeten kunnen maken binnen de desbetreffende zorgorganisatie: alle zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici, apothekers), patiënten, familie, huisarts...;
- ziekenhuizen moeten zélf de wijze van melden (meldproces) bepalen. Dit kan eventueel beschreven worden in een meldprotocol dat voor de medewerkers beschikbaar is. Dit omvat de wijze waarop een melding kan geschieden (elektronisch, schriftelijk, mondeling, per mail...) en welk instrument (d.i. meldformulier: vrije tekstvelden en/of checklists, gecodeerd...) hiervoor gehanteerd wordt. Het doel is om tot een snelle, efficiënte, eenvoudige, gebruiksvriendelijke en voor iedereen duidelijke wijze van melden te komen (laagdrempelig systeem);
- de voorkeur gaat naar een eenvoudige classificatie van de meldingen (*cf.* Deense systeem). Het voorstel is een voorlopige vereenvoudigde versie te distilleren vanuit de WHO-taxonomie met een aantal (10-tal) elementen dat minimaal verplicht gecodeerd kan worden;
- de aanwezigheid van een feedbacksysteem (zichtbare respons) is essentieel; de feedback situeert zich op drie niveaus:
  - onmiddellijke feedback naar de melder;
  - een tijdige feedback over de resultaten van de analyses naar alle medewerkers;
  - een verspreiding van ervaringen en kennis naar andere organisaties.

BIJLAGE 2

Detail van gevraagde minimale dataset

Elke incidentmelding moet **minimaal** de volgende **hoofdklassen** omvatten:

klasse A: incidenttype

aa	administratie m.b.t. de zorg
ab	proces procedure van de zorg
ac	documentatie
ad	zorggerelateerde infectie (facultatief[5])
ae	medicatie/IV-vloeistoffen
af	bloed/bloedproducten
ag	voeding
ah	zuurstof/gas/stoom
ai	medische hulpmiddelen/apparatuur
aj	gedrag van personeel/patiënt
ak	ongeval van de patiënt
al	infrastructuur/gebouw/aanpassingen
am	middelen/organisatie/beheer

klasse B: gevolgen voor de patiënt (ernstgraad)

De gevolgen voor de patiënt hebben betrekking op het type schade, de graad van schade en de sociale en/of economische impact van het incident. Alleen de graad van schade is verplicht om te coderen, de andere velden zijn facultatief. Geen, lichte, matige, ernstige schade of overlijden wordt in de taxonomie als volgt gedefinieerd:

bba geen schade: het incident heeft geen enkel gevolg voor de patiënt d.w.z. dat er geen symptomen worden waargenomen en dat er geen bijkomende behandeling is vereist;

5 Zorggerelateerde infectie is een facultatief veld omdat dit type incident al verplicht geregistreerd moet worden voor het WIV.

bbb lichte schade: de patiënt vertoont lichte symptomen of beperkt functieverlies; de schade is minimaal of matig maar van korte duur; er is geen of slechts minimale interventie vereist (bv. extra observatie of onderzoek);

bbc matige schade: het incident veroorzaakt symptomen waardoor verdere interventie (bv. bijkomende operaties, behandelingen) noodzakelijk is of een verlengde ligduur nodig is of het incident veroorzaakt permanente, langdurige schade of functieverlies bij de patiënt;

bbd ernstige schade: het incident veroorzaakt de nood tot levensreddend ingrijpen, majeure chirurgische of medische behandeling die de levensverwachting verkort, is noodzakelijk of het incident veroorzaakt zware permanente, langdurige schade of functieverlies bij de patiënt;

bbe overlijden: het overlijden van de patiënt werd veroorzaakt of, op korte termijn, bespoedigd door het incident.

klasse D: incidentkarakteristieken

da oorsprong van het incident (stadium/fase van de zorgverlening, uur en datum van het incident)
db ontdekking/waarneming van het incident (stadium/fase van de zorgverlening, uur en datum van het incident)
dc verslaggeving van het incident (stadium/fase van de zorgverlening, uur en datum van het incident)

klasse H: gevolgen voor de organisatie

ha beschadiging van de eigendom van het ziekenhuis
hb verhoogd middelengebruik ten behoeve van de patiënt
- hba verlengde opnameduur
- hbb opname op een gespecialiseerde dienst
- hbc bijkomende onderzoeken of behandelingen
- hbd verstoorde workflow/langere wachttijden voor andere patiënten
- hbe bijkomende bestaffing vereist
- hbf bijkomend materiaal vereist ten gevolge van het incident

hc media aandacht
hd formele klacht
he beschadiging van de goede naam van het ziekenhuis
hf juridische gevolgen
hg andere
hh geen

HOOFDSTUK 2. PIJLER 2: ANALYSEREN EN (HER) ONTWIKKELEN VAN EEN INTRAMURAAL PROCES

Kernconclusies

178 van de 181 ziekenhuizen hebben een rapport ingediend. 3 ziekenhuizen hebben niet gerapporteerd over pijler 2. Onderstaande kernconclusies hebben betrekking op 175 ziekenhuizen en **175 verbeterprocessen**.

- 70 % van alle verbeterprocessen zijn intramurale zorgprocessen, 30 % gaat over intramurale transfer, hoofdzakelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (80 %).

- In **acute ziekenhuizen** zijn de ingediende verbeterprocessen in de helft van de gevallen intramurale zorgprocessen. De meest frequent gekozen pathologieën zijn CVA, borstcarcinoom, totale heupprothese en congestief hartfalen. Over colorectaal carcinoom, prostaatcarcinoom, blaascarcinoom, longcarcinoom, CAP, diabetes en laparotomische cholecystectomie werd geen enkel verbeterproces ingediend. 4 op 10 van de ingediende intramurale verbeterprocessen naar aanleiding van een incidentanalyse uit pijler 1 heeft betrekking op medicatie (n = 2) en patiëntidentificatie (n = 2).

- 60 % van de intramurale zorgprocessen uit de **psychiatrische ziekenhuizen** hebben betrekking op beleidsmatige prioriteiten van de instelling en gaan hoofdzakelijk over metabool syndroom, afzonderingsbeleid en geneesmiddelendistributie. De intramurale zorgprocessen over agressie hebben vooral betrekking op het omgaan met en het beheer van agressie en de opvang van medewerkers naar aanleiding van een agressie-incident.

- 30 % van de intramurale zorgprocessen uit de **Sp-ziekenhuizen** hebben betrekking op pathologieën waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd zoals totale knieprothese en totale heupprothese. 70 % van de intramurale zorgprocessen die aan een verbetertraject worden onderworpen, gaan over andere thema's zoals de kwaliteit van de maaltijden, patiëntentevredenheid en sondevoeding. De intramurale verbeteracties naar aanleiding van een incidentanalyse gaan voornamelijk over medicatie (2 op 3).

- Voor 98 % van de ingediende verbeterprocessen werd een **multidisciplinair team** samengesteld. Er zijn hierbij geen opvallende verschillen gevonden tussen de drie ziekenhuistypes.

- Voor bijna 1 op 3 van de ingediende verbeterprocessen worden **Service Level Agreements (SLA's)** afgesloten.

- Voor 42 % van de verbeterprocessen (73 op 175) werd het gevraagde **10-stappenplan**, tot en met de fase van borging, doorlopen.

- Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 979 **indicatoren** geformuleerd.

- Voor 95 % van de ingediende verbeterprocessen werd **minstens 1 indicator** geformuleerd. Meer dan de helft van de ziekenhuizen formuleert per verbeterproces, 5 indicatoren.

- De geformuleerde indicatoren zijn *quasi* uitsluitend **klinische procesindicatoren.**

- Een op 5 van de ingediende indicatoren kan worden beschouwd als een **echte indicator** die voldoende werd geëxpliciteerd en/of waar zowel een teller als een noemer werden geformuleerd. De indicatoren uit de psychiatrische ziekenhuizen beantwoorden, verhoudingsgewijs, het meest aan de definitie van een echte indicator (27 %, n = 70).

- Voor **24 %** van de verbeterprocessen (25 op 103) uit de **acute ziekenhuizen** worden indicatoren geformuleerd die beantwoorden aan de criteria van een goede indicator. Over heupfractuur, keizersneden, liesbreuk, vaginale bevalling, laparascopische cholecystectomie, acuut myocard infarct en totale knieprothese werd geen enkele indicator teruggevonden die beantwoordt aan de criteria.

- Voor **32 %** van de verbeterprocessen (18 op 57), ingediend door de **psychiatrische ziekenhuizen**, zijn de indicatoren voldoende gespecificeerd met een duidelijke omschrijving van de doelpopulatie.
- Voor **40 %** van de verbeterprocessen (6 op 15) uit de **Sp-ziekenhuizen** worden volwaardige indicatoren geformuleerd met een duidelijke omschrijving van teller en noemer.
- Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 904 **sleutelinterventies** bepaald.
- Voor 92 % van de ingediende verbeterprocessen werd minstens 1 sleutelinterventie geformuleerd. 55 % van de ziekenhuizen formuleert per verbeteractie 6 tot 10 sleutelinterventies.
- Het **vergelijken** van de resultaten uit de rapporten van het tweede contractjaar (2008-2009) levert de volgende conclusies op:
  - de verhouding tussen het aantal intramurale zorgprocessen en het aantal intramurale transferprocessen is identiek (resp. 70 % en 30 %);
  - voor de psychiatrische ziekenhuizen blijft metabool syndroom een belangrijke prioriteit;
  - voor bijna alle ingediende verbeterprocessen werd een multidisciplinair team samengesteld (98 %). Dat is substantieel meer dan in het tweede contractjaar (2008-2009) (73 %);
  - SLA's worden opgesteld voor 1 op 3 van de ingediende verbeterprocessen. In het tweede contractjaar (2008-2009) gebeurde dit voor 1 op 5 van de verbeterprocessen;
  - het volledige stappenplan werd voor 42 % van de verbeterprocessen helemaal doorlopen, in het tweede contractjaar (2008-2009) was dit het geval voor 14 % van de verbeterprocessen;
  - voor meer dan 90 % van de ingediende verbeterprocessen worden indicatoren en sleutelinterventies geformuleerd, in het tweede contractjaar (2008-2009) gebeurde dit voor 66 % van de verbeterprocessen.
- Meer dan de helft van de ziekenhuizen (58 %) slaagt er niet in een verbeterproces te **borgen** binnen een tijdspanne van anderhalf jaar.

1. INLEIDING

Zoals in het tweede contractjaar (2008-2009) werd in het derde contractjaar (2009-2010) gedifferentieerd tussen de drie ziekenhuistypes. Acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen konden als verbeterproces kiezen uit een bestaand of nieuw intramuraal zorgproces, een intramuraal transferproces of een intramuraal verbeterproces naar aanleiding van een geanalyseerd incident uit pijler 1.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

In het derde contractjaar (2009-2010) werd aan de ziekenhuizen opnieuw gevraagd om:

- een bestaand of nieuw intramuraal (deel)proces te kiezen uit een vooraf opgegeven lijst;
- voor het gekozen intramuraal (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 intramuraal (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 de bovengenoemde aspecten en de gebruikte methodologie in te gaan, worden enkele begrippen gedefinieerd.

2.1. Definiëring

Bij de verwerking van de resultaten werd onderscheid gemaakt tussen verbeterprocessen, intramurale zorgprocessen, intramurale transferprocessen en verbeteracties naar aanleiding van een geanalyseerd incident uit pijler 1. Hierna wordt elk van deze begrippen verduidelijkt.

- Verbeterprocessen:
  alle intramurale zorgprocessen, intramurale transferprocessen en verbeteracties opgestart na een incidentanalyse.
- Intramurale 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 2008;
  - in Sp-ziekenhuizen: processen gebaseerd op pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigen in 2008.

- Intramurale transferprocessen:
  - processen over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site;
  - processen over intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis.
- Intramurale verbeterprocessen naar aanleiding van een incident:

sedert het derde contractjaar (2009-2010) kunnen ziekenhuizen ook kiezen voor een verbeterproces dat werd opgestart na de retrospectieve analyse van een incident uit pijler 1 waarin gevraagd werd om 5 incidenten retrospectief te analyseren (*cf.* beschrijving pijler 1).

2.2. Gekozen verbeterprocessen

De ziekenhuizen konden hun eigen werking evalueren en analyseren op basis van het gekozen proces.

Voor de **acute ziekenhuizen** waren er vier keuzemogelijkheden:

1. een intramuraal transferproces;
2. een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1;
3. een intramuraal (deel)proces gebaseerd op de resultaten van de klinische indicatoren van de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen (MFZ)[6];
4. een intramuraal (deel)proces gekozen uit een vooraf opgegeven lijst met pathologieën met een groot volume aan ziektebeelden, waar gegevens voor beschikbaar zijn, waar Minimale Ziekenhuisgegevens (MKG) over bestaan of waarvoor reeds bestaande intramurale zorgprocessen met een multidisciplinair karakter zijn uitgewerkt.

   De gekozen intramurale 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);

6 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.

- diabetes;
- totale heupprothese;
- totale knieprothese;
- laparascopische cholecystectomie;
- liesbreuk;
- vaginale bevallingen;
- prostaatcarcinoom;
- blaascarcinoom;
- borstcarcinoom;
- longcarcinoom;
- colorectaal carcinoom.

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

1. een intramuraal (deel)proces over agressie;
2. een intramuraal (deel)proces rond een beleidsmatige prioriteit;
3. een intramuraal (deel)proces waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd;
4. een intramuraal transferproces;
5. een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1.

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

1. een intramuraal (deel)proces waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd;
2. een intramuraal transferproces;
3. een intramuraal verbeterproces, opgestart na een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1.

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, zorgmanagers en artsen in deze fase te betrekken[7].

7 www.zonmw.nl.

2.4. Het gebruik van Service Level Agreements

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

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.[8]

2.5. Het 10-stappenplan

De te volgen methodiek bij het opstellen, verbeteren of analyseren van het verbeterproces moest, voor de drie ziekenhuistypes, minstens de volgende 10 stappen 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 rekeninghoudend met de door het team opgestelde verbetervoorstellen en toetsing van het proces aan de realiteit;
6. ontwikkelen van de definitieve versie van het proces;

8 www.vlerick.be; www.medinews.be.

7. implementeren en educeren;
8. uitvoeren van een nameting;
9. analyseren van de nameting en waar nodig het proces aanpassen;
10. borgen van het proces.

Deze methodiek werd reeds opgelegd sedert het tweede contractjaar (2008-2009).

2.6. De indicatoren

Zorgindicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de zorg. In dit hoofdstuk wordt het accent gelegd op procesindicatoren die een indicatie geven over het verloop van processen in een organisatie.[9]

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 het resultaat van het proces.[10] Het bepalen van sleutelinterventies kan bijdragen tot de implementatie en het opvolgen van richtlijnen.

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

3. RESULTATEN

De resultaten worden weergegeven in 4 grote onderdelen:

- de gekozen verbeterprocessen waarbij het onderscheid gemaakt wordt tussen intramurale zorgprocessen, intramurale transferprocessen en intramurale verbeterprocessen op basis van een geanalyseerd proces uit pijler 1;

9 www.zichtbarezorg.nl.

10 K. Vanhaecht, *Patiëntveiligheid door klinische paden*, Symposium patiëntveiligheid, stand van zaken, CZV-KULeuven, 2008.

- de karakteristieken van de ingediende verbeterprocessen volgens de 10-stappenmethodologie en de mate van borging;
- de indicatoren;
- de sleutelinterventies.

Ten slotte worden de resultaten uit het derde contractjaar (2009-2010) vergeleken met de resultaten uit het tweede contractjaar (2008-2009).

3.1. De gekozen verbeterprocessen

Hierna wordt een globaal overzicht gegeven van de ingediende verbeterprocessen waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen intramurale zorgprocessen, intramurale transferprocessen en intramurale verbeterprocessen naar aanleiding van een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1. Vervolgens worden de aantallen en de aard van de gekozen verbeterprocessen weergegeven, eerst voor alle ziekenhuizen, vervolgens per type ziekenhuis.

3.1.1. Het aantal ingediende verbeterprocessen

De deelnemende Belgische ziekenhuizen (n = 181) hebben in totaal 175 verbeterprocessen ingediend. Drie acute ziekenhuizen hebben over geen enkele pijler gerapporteerd, 2 psychiatrische ziekenhuizen en 1 Sp-ziekenhuis hebben niet gerapporteerd over pijler 2.

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

	AZ	PZ	Sp	totaal
n deelnemende ziekenhuizen	106	59	16	181
n ingediende verbeterprocessen	103	57	15	175
n ziekenhuizen die geen verbeterproces hebben ingediend	3	2	1	6

3.1.2. De aard van de ingediende verbeterprocessen

62 % van alle ingediende verbeterprocessen zijn intramurale zorgprocessen, 30 % gaat over intramurale transfer. Ongeveer 8 op 10 (43 op 53) van de intramurale transferprocessen betreft intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site. 7 % van de ingediende verbeterprocessen zijn gebaseerd op een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1 (tabel 2).

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

	AZ		PZ		Sp		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
intramurale zorgprocessen	53	51 %	46	81 %	10	67 %	109	62 %
intramurale transferprocessen	40	39 %	11	19 %	2	13 %	53	30 %
intramurale verbeterprocessen n.a.v. een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1	10	10 %	0	0 %	3	20 %	13	7 %
totaal	103	100 %	57	100 %	15	100 %	175	100 %

3.1.3. De gekozen verbeterprocessen in de acute ziekenhuizen

De acute ziekenhuizen hebben in totaal 103 verbeterprocessen ingediend (op een totaal van 106 ontvangen rapporten). Drie ziekenhuizen hebben geen rapport ingediend en dus ook geen verbeterproces.
51 % van de gekozen verbeterprocessen gaat over een intramuraal zorgproces. 8 op 10 van deze processen komt uit de vooraf opgegeven lijst met pathologieën, de overige processen zijn klinische processen zoals een verbeterproces over het observatiebeleid voor kritisch zieke patiënten op C- en D-diensten, een proces over de ziekte van Alzheimer, een over de implementatie van een zorgbundel over ventilatie-geassocieerde pneumonieën (VAP) en zes verbeterprocessen in het kader van 'veilige chirurgie' (tabel 3).

Bijna de helft van de ingediende intramurale zorgprocessen gaat over 4 specifieke pathologieën: congestief hartfalen (9 %), totale heupprothese (11 %), borstcarcinoom (13 %) en CVA (15 %). Voor colorectaal carcinoom, prostaatcarcinoom, blaascarcinoom, longcarcinoom, CAP, diabetes en laparotomische cholecystectomie werd geen enkel verbeterproces ingediend.

10 % (n = 10) van de verbeterprocessen is gestart naar aanleiding van een incidentanalyse uit pijler 1 en ging over de volgende thema's:

- medicatie (n = 2): 1 verbeterproces over het voorschrijven van medicatie tot en met de toediening aan de patiënt; 1 verbeterproces over het elektronisch cytostaticavoorschrift;
- patiëntenidentificatie (n=2): invoeren van (nieuwe) identificatie-armbandjes;
- decubitus: aanmeten en aantrekken van TED-kousen volgens de instructies en de handleiding;

- intraveneuze katheters: plaatsen volgens de geldende procedure;
- valincident: ontwikkelen van een digitaal meldformulier, geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier;
- links/rechts-incident: herontwikkeling van de procedure door het invoeren van verplichte velden in het elektronisch patiëntendossier m.b.t. de links/rechts-aanduiding en het inlassen van een time-out bij de aanvang van elke orthopedische electieve ingreep;
- patiëntentraject van zwangere vrouwen die zich aanmelden op spoedgevallen;
- onderhoud van endoscopen: verbetering proces naar aanleiding van het vinden van aprofytische mycobacterieën in een aantal monsters van bronchoalveolaire vloeistof tijdens endoscopie.

Bijna 4 op 10 van de verbeterprocessen gaat over intramurale transferprocessen, voornamelijk over transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site.

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

	n	%
observatiebeleid voor kritisch zieke patiënten op C- en D-diensten	1	2 %
ziekte van Alzheimer	1	2 %
heupfractuur	1	2 %
implementatie VAP-zorgbundel	1	2 %
keizersnede	2	4 %
liesbreuk	2	4 %
vaginale bevalling	2	4 %
laparoscopische cholecystectomie	3	6 %
acuut myocard infarct (AMI)	4	8 %
totale knieprothese	4	8 %
congestief hartfalen	5	9 %
proces in het kader van 'veilige chirurgie'	6	11 %
totale heupprothese	6	11 %
borstcarcinoom	7	13 %
cerebrovasculair accident (CVA)	8	15 %
totaal intramurale zorgprocessen	53	51 %
verbeterproces op basis van een geanalyseerd incident uit pijler 1	10	10 %

	n	%
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	7	18 %
intramurale transfer binnen het ziekenhuis of op een site	33	82 %
totaal intramurale transferprocessen	40	39 %
totaal	103	100 %

3.1.4. De gekozen verbeterprocessen in psychiatrische ziekenhuizen

Door de psychiatrische ziekenhuizen werden in totaal 57 verbeterprocessen uitgevoerd. Twee ziekenhuizen hebben geen verbeterproces ingediend.

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

	n	%
beleidsmatige prioriteit	34	60%
agressie	9	16 %
hoog aantal opnames	3	5 %
totaal intramurale zorgprocessen	46	81 %
verbeterproces op basis van een geanalyseerd incident uit pijler 1	0	0 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	9	82 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	2	18 %
totaal intramurale transferprocessen	11	19 %
totaal	57	100 %

81 % van de ingediende verbeterprocessen zijn intramurale zorgprocessen. 60 % gaat over een beleidsmatige prioriteit, 16 % over agressie en 5 % heeft te maken met intramurale zorgprocessen waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames is gerealiseerd. 1 op 5 van de ingediende verbeterprocessen gaat over intramurale transfer, voornamelijk binnen eenzelfde ziekenhuis of site (tabel 4).

De meest voorkomende beleidsmatige prioriteiten waarvoor verbeterprojecten werden opgesteld, gaan over:
- metabool syndroom (n = 9);
- afzonderingsbeleid (n = 6);
- geneesmiddelendistributie (n = 5);
- het geïnformatiseerd patiëntendossier (n = 3).

De overige 11 beleidsmatige prioriteiten waarvoor verbeteracties werden opgestart zijn:
- beleid rond het beheer van incidenten;
- betrekken familie van de patiënt bij behandeling;
- nazorgplanning;
- opnamebeleid;
- organisatie therapeutische activiteiten;
- psychosenzorg;
- suïcidepreventiebeleid;
- uitkomstenmanagement: het meten van de effectiviteit van de behandeling;
- voeding;
- vroegdiagnostiek ouderenpsychiatrie;
- zorgbeleid epilepsie.

De intramurale zorgprocessen over agressie (n = 9) gaan voornamelijk over het omgaan met en het beheer van agressie en de opvang van medewerkers naar aanleiding van een agressie-incident.

Drie ziekenhuizen hebben een zorgproces opgestart m.b.t. een hoog aantal gerealiseerde opnames in 2008. Een verbeterproject betroffen de preventie van valincidenten bij gerontopsychiatrische patiënten, een project ging over het proces van gedwongen opnames. Een ziekenhuis gaf geen specificatie van het gekozen verbeterproces.

Geen enkel psychiatrisch ziekenhuis stelt een verbeterproces op n.a.v. een retrospectief geanalyseerd incident uit pijler 1.

3.1.5. De gekozen verbeterprocessen in Sp-ziekenhuizen

Door de Sp-ziekenhuizen werden 15 verbeterprocessen ingediend. Een ziekenhuis heeft dit niet gedaan.
10 verbeterprocessen zijn intramurale zorgprocessen. 3 van deze processen hadden betrekking op pathologieën waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd. 7 van de ingediende processen gingen over andere thema's (*cf.* tabel 5).

De 3 intramurale zorgprocessen met een hoog aantal opnames in 2008 betroffen de volgende drie pathologieën:
- polypathologie en comorbiditeit bij geriatrische patiënten;
- klinisch pad totale knieprothese;
- zorgtraject na een heupprothese.

De 7 intramurale zorgprocessen over andere thema's betroffen:
- de verbetering van de kwaliteit en de keuze van de maaltijden;
- de verbetering van de procedure patiëntentevredenheidsenquête;
- het gebruik van sondevoeding;
- de implementatie van het patiëntenidentificatiesysteem;
- verbetering van het medicatietraject;
- een zorgpad voor ambulante revalidatie van MS-patiënten;
- valincidenten.

Van de 3 verbeterprocessen die gestart zijn naar aanleiding van een incidentanalyse uit pijler 1 gingen er twee over medicatie en een over de reorganisatie van het maaltijdproces in 2 rondes omwille van de hoge nood aan extra begeleiding en ondersteuning van patiënten bij het eten.

2 ziekenhuizen dienden een verbeterproces in over intramurale transfer: een over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site en een over intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis.

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

	n	%
hoog aantal opnames in 2008	3	30 %
andere thema's	7	70 %
totaal intramurale zorgprocessen	10	67 %
verbeterproces op basis van een geanalyseerd incident uit pijler 1	3	20 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	1	50 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	1	50 %
totaal intramurale transferprocessen	2	13 %
totaal	15	100 %

3.2. *De karakteristieken van de ingediende verbeterprocessen*

Achtereenvolgens wordt gekeken of een multidisciplinair team voor het analyseren en/of verbeteren van het gekozen proces werd opgericht, of er SLA's werden gebruikt en de mate waarin het 10-stappenplan werd doorlopen (tabel 6).

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

proces. In totaal is voor 98 % van de ingediende verbeterprocessen (171 van de 175) een multidisciplinair team samengesteld. Er zijn *quasi* geen verschillen op te merken tussen de 3 ziekenhuistypes. De bevraging liet niet toe om na te gaan wie deel uitmaakt van het multidisciplinair team.

Ziekenhuizen konden vrijblijvend gebruikmaken van SLA's. Voor bijna 1 op 3 van de ingediende verbeterprocessen werden SLA's ontwikkeld, verhoudingsgewijs het meest in de acute ziekenhuizen (40 %, n = 41).

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.

Uit tabel 6 blijkt dat 42 % van de ziekenhuizen het 10-stappenplan, tot en met de fase van borging, doorlopen hebben. Er zijn geen grote verschillen op te merken tussen de drie types ziekenhuizen.

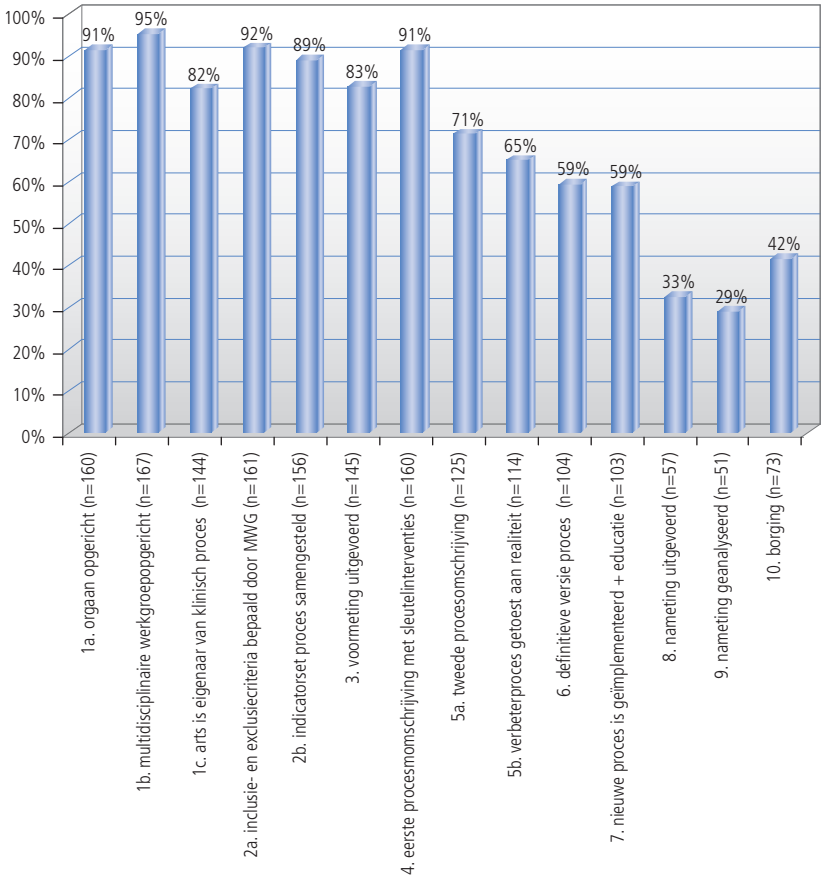
Tabel 6: Karakteristieken van de ingediende verbeterprocessen per type ziekenhuis

	AZ		PZ		Sp		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ingediende verbeterprocessen	103		57		15		175	
samenstellen van een multidisciplinair team	101	98 %	55	96 %	15	100 %	171	98 %
gebruik van SLA's	41	40 %	12	21 %	1	7 %	54	31 %
10-stappenplan helemaal doorlopen	44	43 %	22	39 %	7	47 %	73	42 %

De mate waarin de respectievelijke processtappen werden bereikt voor alle verbeterprocessen is weergegeven in grafiek 1. Hieruit blijkt dat voor 91 % van de verbeterprocessen een eerste procesomschrijving met sleutelinterventies (stap 4) geformuleerd kon worden. Voor 83 % van de verbeterprocessen werd een voormeting uitgevoerd, in 89 % van de gevallen is een multidimensionele indicatorenset samengesteld en voor 92 % van de verbeterprocessen werden inclusie- en exclusiecriteria bepaald door de MWG (multidisciplinaire werkgroep). In 82 % van de verbeterprocessen is een arts eigenaar.

Hoe verder men gaat in de verbetercyclus, hoe minder ziekenhuizen (verbeterprocessen) erin slagen om, binnen een tijdsbestek van 18 maanden, het 10-stappenplan helemaal te doorlopen.

Grafiek 1: Mate (%) waarin de respectievelijke processtappen werden bereikt voor alle verbeterprocessen (n = 175)



Mate van borging

Het is een interessante oefening om, per ziekenhuistype, na te gaan welke processen al/niet geborgd werden.

Voor de acute ziekenhuizen (tabel 7) kan vastgesteld worden dat de fase van borging **niet** werd bereikt voor:

- 20 % van de verbeterprocessen over congestief hartfalen (n = 1);
- 25 % van de verbeterprocessen over totale knieprothese (n = 1);
- 50 % van de verbeterprocessen over liesbreuk (n = 1), vaginale bevalling (n = 1), acuut myocard infarct (n = 2) en een verbeterproces op basis van een geanalyseerd incident uit pijler 1 (n = 5);

- 57 % van de verbeterprocessen over intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis (n = 4) en borstcarcinoom (n = 4);
- 63 % van de verbeterprocessen over cerebrovasculair accident (CVA) (n = 5);
- 67 % van de verbeterprocessen over laparascopische cholecystectomie (n = 2), totale heupprothese (n = 4) en intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (n = 22);
- 67 % van de verbeterprocessen in het kader van veilige chirurgie (n = 4);
- alle verbeterprocessen over heupfractuur (n = 1) en keizersnede (n = 2).

Tabel 7: Mate van borging van verbeterprocessen in de acute ziekenhuizen (n = 103)

	ingediend	geborgd	niet geborgd	niet geborgd (%)
observatiebeleid voor kritisch zieke patiënten op C-en D-diensten	1	1	0	0%
ziekte van Alzheimer	1	1	0	0%
implementatie VAP-bundel	1	1	0	0%
congestief hartfalen	5	4	1	20%
totale knieprothese	4	3	1	25%
liesbreuk	2	1	1	50%
vaginale bevalling	2	1	1	50%
acuut myocard infarct (AMI)	4	2	2	50%
verbeterproces op basis van een geanlyseerd incident uit pijler 1	10	5	5	50%
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	7	3	4	57%
borstcarcinoom	7	3	4	57%
cereborvasculair Accident (CVA)	8	3	5	63%
laparoscopische cholecystectomie	3	1	2	67%
totale heupprothese	6	2	4	67%
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	33	11	22	67%
proces in het kader van veilige chirurgie	6	2	4	67%
heupfractuur	1	0	1	100%
keizersnede	2	0	2	100%
totaal	103	44	59	57%

Voor de psychiatrische ziekenhuizen (tabel 8) werd de fase van borging **niet** bereikt voor:

- 40 % van de verbeterprocessen over geneesmiddelendistributie (n = 2);
- 56 % van de verbeterprocessen over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site (n = 5);
- 67 % van de verbeterprocessen over het afzonderingsbeleid (n = 4) en agressie (n = 6);
- 89 % van de verbeterprocessen over metabool syndroom (n = 8);
- alle verbeterprocessen over het zorgbeleid epilepsie (n = 1), voeding (n = 1), nazorgplanning (n = 1), psychosenzorg (n = 1), uitkomst-management (n = 1), intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis (n = 2) en verbeterprocessen over het geïnformatiseerd patiëntendossier (n = 3).

Tabel 8: Mate van borging van verbeterprocessen in de psychiatrische ziekenhuizen (n = 57)

	ingediend (n)	geborgd (n)	niet geborgd (n)	niet geborgd (%)
beleid rond het beheer van incidenten	1	1	0	0 %
betrekken familie van de patiënt bij de behandeling	1	1	0	0 %
opnamebeleid	1	1	0	0 %
organisatie therapeutische activiteiten	1	1	0	0 %
suïcidepreventiebeleid	1	1	0	0 %
vroegdiagnostiek ouderenpsychiatrie	1	1	0	0 %
valincidenten bij gerontopsychiatrische patiënten	1	1	0	0 %
proces van gedwongen opnames	1	1	0	0 %
geen specificatie van het proces	1	1	0	0 %
geneesmiddelendistributie	5	3	2	40 %
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	9	4	5	56 %
afzonderingsbeleid	6	2	4	67 %
agressie	9	3	6	67 %
metabool syndroom	9	1	8	89 %
zorgbeleid epilepsie	1	0	1	100 %
voeding	1	0	1	100 %
nazorgplanning	1	0	1	100 %
psychosenzorg	1	0	1	100 %
uitkomstenmanagement: het meten van de effectiviteit van de behandeling	1	0	1	100 %
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	2	0	2	100 %
geïnformatiseerd patiëntendossier	3	0	3	100 %
totaal	57	22	35	61 %

Voor de Sp-ziekenhuizen (tabel 9) werd de fase van borging **niet** bereikt voor alle verbeterprocessen m.b.t.:

- het zorgpad ambulante revalidatie van MS-patiënten (n = 1);
- de verbetering van de procedure patiëntentevredenheidsenquête (n = 1);

- het gebruik van sondevoeding (n = 1);
- het medicatietraject (n = 1);
- zorgtraject na een heupprothese (n = 1);
- de implementatie van het patiëntidentificatiesysteem (n = 1);
- polypathologie en comorbiditeit bij geriatrische patiënten (n = 1);
- valincidenten (n = 1).

Tabel 9: Mate van borging van verbeterprocessen in de Sp-ziekenhuizen (n = 15)

	ingediend (n)	geborgd (n)	niet geborgd (n)
klinisch pad totale knieprothese	1	1	0
verbetering van de kwaliteit en de keuze van de maaltijden	1	1	0
medicatieproces	2	2	0
reorganisatie van het maaltijdproces	1	1	0
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	1	1	0
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	1	1	0
zorgpad voor ambulante revalidatie van MS-patiënten	1	0	1
verbetering procedure patiëntentevredenheidsenquête	1	0	1
het gebruik van sondevoeding	1	0	1
verbetering van het medicatietraject	1	0	1
zorgtraject na een heupprothese	1	0	1
verbeterproces patiëntidentificatie	1	0	1
polypathologie en comorbiditeit bij geriatrische patiënten	1	0	1
valincidenten	1	0	1
totaal	15	7	8

3.3. *Indicatoren*

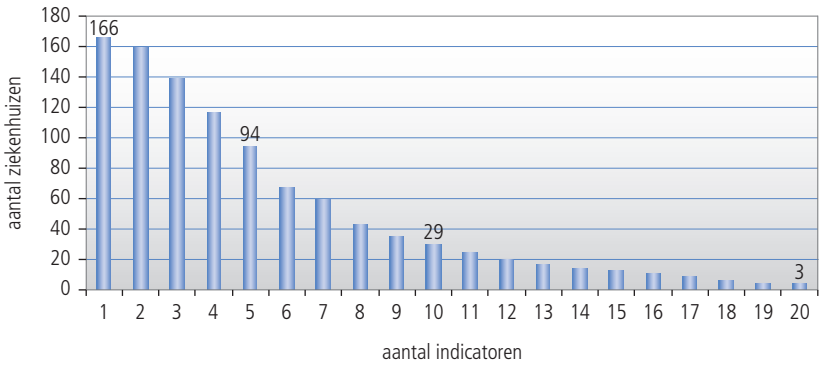
Aan de ziekenhuizen werd gevraagd welke indicatoren gebruikt werden voor de opvolging van het gekozen proces.

3.3.1. *Aantal indicatoren en indeling volgens omschrijving*

Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 979 indicatoren geformuleerd: 622 door de acute ziekenhuizen, 262 door de psychiatrische ziekenhuizen en 95 door de Sp-ziekenhuizen.

Van de 175 ziekenhuizen die een verbeterproces hebben ingediend, zijn er 166 die voor de gedefinieerde verbeterprocessen minstens een indicator hebben bepaald. Meer dan de helft van de ziekenhuizen (n = 94) formuleert per verbeterproces, 5 indicatoren. Er zijn drie ziekenhuizen die voor het gekozen verbeterproces 20 indicatoren bepalen (grafiek 2). Acht ziekenhuizen hebben geen enkele indicator geformuleerd.

Grafiek 2: Aantal ziekenhuizen volgens het aantal geformuleerde indicatoren



Na analyse van deze indicatoren werd vastgesteld dat slechts 1 op 5 (n = 196) van deze indicatoren kunnen worden beschouwd als een echte indicator waarbij zowel een teller als een noemer werd geformuleerd.

Bij 19 % van de indicatoren werd enkel een teller geformuleerd (n = 188), in 10 % van de gevallen werd een percentage vermeld (n = 95) waardoor de indicator te weinig geëxpliciteerd werd zodat de doelpopulatie niet gekend is. De helft van de indicatoren zijn niet als indicator te beschouwen omdat ze ofwel verwijzen naar een domein (bv. medewerkerstevredenheid), ofwel geformuleerd worden als een vraag ofwel een beschrijving zijn van een bepaalde activiteit (bv. invullen van het vernieuwd valregistratieformulier). Een streefwaarde werd 9 keer vermeld (tabel 10).

Tabel 10: Omschrijving van indicatoren

	AZ		PZ		Sp		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
teller/noemer	105	17 %	70	27 %	21	22 %	196	20 %
percentage	49	8 %	37	14 %	9	9 %	95	10 %
streefwaarde	9	1 %	0	0 %	0	0 %	9	1 %
teller	103	17 %	65	25 %	20	21 %	188	19 %
geen indicator	356	57 %	90	34 %	45	47 %	491	50 %
totaal	622	100 %	262	100 %	95	100 %	979	100 %

In minder dan 1 op 5 van de geformuleerde indicatoren door de acute ziekenhuizen beantwoordt deze aan de definitie van een goede indicator (n = 105). In Sp-ziekenhuizen is dat in meer dan 1 op 5 van de keren (n = 21). De indicatoren geformuleerd door de psychiatrische ziekenhuizen beantwoorden, verhoudingsgewijs, het meest aan de definitie van een echte indicator (n = 70).

De geformuleerde indicatoren zijn *quasi* uitsluitend klinische procesindicatoren.
De verdere analyse van de indicatoren heeft enkel betrekking op de 196 indicatoren waarvoor zowel een teller als een noemer werd geformuleerd omdat het toelaat de juiste omschrijving van de doelpopulatie te kennen.

Hierna wordt bekeken voor hoeveel en voor welke intramurale verbeterprocessen goede indicatoren werden geformuleerd en worden enkele voorbeelden van goed geformuleerde indicatoren gegeven, telkens per type ziekenhuis.

3.3.2. *Verbeterprocessen uit de acute ziekenhuizen met goed geformuleerde indicatoren per thema*

Door de acute ziekenhuizen werden in totaal 103 intramurale verbeterprocessen ingediend. Voor 25 verbeterprocessen, gespreid over 7 thema's, werden enkele goede indicatoren geformuleerd (tabel 11). Dit betekent echter niet dat alle indicatoren voor de betreffende processen beantwoorden aan de definitie van een echte indicator.

Voor minder dan de helft van de verbeterprocessen (15 op 33) over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site worden goede indicatoren geformuleerd; voor intramurale transfer tussen verschillende sites van een-

zelfde ziekenhuis is dat het geval voor 1 verbeterproces op 7. Voor de verbeterprocessen, opgestart naar aanleiding van een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1 konden voor 4 op 10 van de gevallen goede indicatoren worden geformuleerd. Voor de pathologieën totale heupprothese, CVA, borstcarcinoom en congestief hartfalen was dat het geval voor 5 van de 26 ingediende verbeterprocessen (resp. 2, 1, 1 en 1). Voor de volgende pathologieën waarvoor verbeterprocessen werden opgestart, werden geen indicatoren geformuleerd die beantwoorden aan de criteria van een goede indicator: heupfractuur, keizersnede, liesbreuk, vaginale bevalling, laparascopische cholecystectomie, acuut myocard infarct en totale knieprothese.

Tabel 11: Aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren in acute ziekenhuizen

	aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren	aantal ingediende verbeterprocessen
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	15	33
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	1	7
incidentanalyse	4	10
cerebrovasculair accident (CVA)	2	8
totale heupprothese	1	6
borstcarcinoom	1	7
congestief hartfalen	1	5
totaal aantal ingediende verbeterprocessen	25	103

3.3.3. Voorbeelden van goed geformuleerde indicatoren uit de acute ziekenhuizen per thema

De volgende indicatoren beantwoorden aan de definitie van een echte indicator waarbij zowel de teller als de noemer duidelijk worden gespecificeerd:

- **intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site:** aantal onvolledige overdrachten/totaal aantal gecontroleerde overdrachten met betrekking tot thuismedicatie;
- **intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis:** aantal verkeerd georiënteerde aanvragen voor opname/totaal aantal aanvragen voor opname;

- **incidentanalyse:** aantal correct gefixeerde intraveneuze katheters/totaal aantal intraveneuze katheters;
- **cerebrovasculair accident (CVA):** aantal patiënten met CVA die een aspiratiepneumonie doen/totaal aantal CVA patiënten;
- **totale heupprothese:** aantal patiënten gescreend op osteoporose of waarbij screening op osteoporose is gepland/totaal aantal patiënten;
- **borstcarcinoom:** aantal patiënten met psychologisch consult/totaal aantal patiënten in de borstkliniek;
- **congestief hartfalen:** aantal vermijdbare heropnames ten gevolge van congestief hartfalen/totaal aantal heropnames ten gevolge van congestief hartfalen.

3.3.4. Verbeterprocessen uit de psychiatrische ziekenhuizen met goed geformuleerde indicatoren per thema

Door de pychiatrische ziekenhuizen werden in totaal 57 intramurale verbeterprocessen ingediend. Voor 18 verbeterprocessen (32 %) werden enkele goede indicatoren geformuleerd (tabel 12). Net als voor de acute ziekenhuizen geldt ook hier dat niet alle indicatoren in deze 18 verbeterprocessen beantwoorden aan de definitie van een echte indicator.

Voor minder dan helft van de verbeterprocessen (13 op 33) over beleidsmatige prioriteiten worden goede indicatoren geformuleerd; voor agressie was dat het geval voor 2 van de 9 verbeterprocessen. Voor verbeterprocessen over pathologieën die een hoog aantal opnames vertegenwoordigen worden enkel goede indicatoren geformuleerd over het verbeterproces 'preventie van valincidenten bij gerontopsychiatrische patiënten'. Voor intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis waren de indicatoren voor 1 op 9 van de verbeterprocessen goed geformuleerd, voor intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis was dat het geval voor 1 op 2 van de verbeterprocessen.

Tabel 12: Aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren in pychiatrische ziekenhuizen

	aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren	aantal ingediende verbeterprocessen
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	1	9
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	1	2
beleidsmatige prioriteit	13	33
agressie	2	9
hoog aantal opnames	1	4
subtotaal	18	57
totaal aantal ingediende verbeterprocessen	18	57

3.3.5. Voorbeelden van goed geformuleerde indicatoren uit de psychiatrische ziekenhuizen per thema

De volgende indicatoren beantwoorden aan de definitie van een echte indicator waarbij zowel de teller als de noemer duidelijk worden gespecificeerd:

- **intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site:** aantal transfers met volledig patiëntendossier en transferfiche/totaal aantal transfers;
- **intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis:** aantal multidisciplinaire verslagen/totaal aantal transfers;
- **beleidsmatige prioriteit (metabool syndroom):** aantal patiënten van afdeling X met een BMI > 30/totaal aantal opgenomen patiënten op afdeling X;
- **agressie:** aantal agressie-incidenten t.o.v. andere personen/totaal aantal agressie-incidenten;
- **hoog aantal opnames:** aantal meldingen van valincidenten op de afdelingen ouderenpsychiatrie/1.000 ligdagen.

3.3.6. Verbeterprocessen uit de Sp-ziekenhuizen met goed geformuleerde indicatoren per thema

Door de Sp-ziekenhuizen werden in totaal 15 intramurale verbeterprocessen ingediend. Voor 6 van deze verbeterprocessen (40 %) werden enkele goede indicatoren geformuleerd (tabel 13). Net als voor de acute en de psychiatrische ziekenhuizen geldt ook voor de Sp-ziekenhuizen dat niet alle indicatoren in deze 6 verbeterprocessen beantwoorden aan de definitie van een echte indicator.

Voor 2 op 7 van de verbeterprocessen, geformuleerd onder 'andere thema's' worden volwaardige indicatoren geformuleerd. Het gaat hier over processen over maaltijden en de implementatie van het patiëntenidentificatiesysteem.
Voor 2 op 3 van de verbeterprocessen die opgestart zijn naar aanleiding van een retrospectieve incidentanalyse uit pijler 1, werden de indicatoren geformuleerd volgens de definitie van een echte indicator en werden teller en noemer duidelijk gespecificeerd.
Het verbeterproces over totale knieprothese, onder de rubriek: 'hoog aantal opnames' is het enige waarover goed geformuleerde indicatoren werden ingediend. Voor het verbeterproces over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site beantwoordden de indicatoren niet aan de definitie, voor het verbeterproces over intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis was dat wel het geval.

Tabel 13: Aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren in Sp-ziekenhuizen

	aantal verbeterprocessen met goed geformuleerde indicatoren	aantal ingediende verbeterprocessen
intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site	0	1
intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis	1	1
incidentanalyse	2	3
hoog aantal opnames	1	3
andere thema's	2	7
totaal aantal ingediende verbeterprocessen	6	15

3.3.7. Voorbeelden van goed geformuleerde indicatoren uit de Sp- ziekenhuizen per thema

De volgende indicatoren beantwoorden aan de definitie van een echte indicator waarbij zowel de teller als de noemer duidelijk worden gespecificeerd:

- **intramurale transfer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis:** aantal uitgevoerde transfers tussen verschillende sites volgens de procedure/totaal aantal transfers tussen verschillende sites;
- **incidentanalyse:** aantal onduidelijke voorschriftenlijnen/totaal aantal voorschriftenlijnen;
- **hoog aantal opnames (totale knieprothese):** aantal patiënten waarbij op dag 28 de thuiszorg volledig is georganiseerd/totaal aantal patiënten;
- **andere thema's (implementatie van het patiëntenidentificatiesysteem):** aantal aanwezige identificatiebandjes met correcte en volledige informatie/totaal aantal observaties.

3.4. 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.

3.4.1. Het aantal sleutelinterventies

Voor de 175 ingediende verbeterprocessen worden in totaal 904 sleutelinterventies bepaald, 541 door de acute ziekenhuizen, 285 door de psychiatrische ziekenhuizen en 78 door de Sp-ziekenhuizen.

Van de 175 ziekenhuizen die een verbeterproces hebben ingediend, zijn er 161 die voor de gedefinieerde verbeterprocessen minstens een sleutelinterventie hebben bepaald. Veertien ziekenhuizen hebben geen enkele sleutelinterventie geformuleerd.

Bijna de helft van de ziekenhuizen (n = 73) formuleert per verbeterproces, 1 tot 6 sleutelinterventies. 55 % van de ziekenhuizen (n = 88) formuleert per verbeteractie 5 tot 10 sleutelinterventies.

3.4.2. Enkele voorbeelden van sleutelinterventies

Een goed zorgproces wordt gekenmerkt door het expliciet vermelden van indicatoren en sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice, patiëntverwachtingen en kenmerken. Sleutelinterventies zijn de meest belangrijke interventies in een zorgproces die impact hebben op de doorlooptijd of het resultaat.[11] Er is echter nog geen wetenschappelijke methode ontwikkeld om sleutelinterventies te detecteren of te selecteren. Daarnaast is het aantal sleutelinterventies waarvoor wetenschappelijke evidentie beschikbaar is, beperkt.[12]

Het is niet mogelijk om de ingediende sleutelinterventies door de ziekenhuizen te beoordelen of te evalueren. Ter illustratie wordt, per type ziekenhuis, een voorbeeld weergegeven, zonder hierover uitspraken te doen. Omdat indicatoren in relatie staan tot sleutelinterventies worden, per verbeterproces, de beide weergegeven.

Acuut ziekenhuis: verbeterproces acute beroerte (CVA)

Indicator:
aantal ligdagen van patiënten met een beroerte/totaal aantal opgenomen patiënten met een beroerte

Sleutelinterventies:
1. heteroanamnese: tijdstip ontstaan beroerte, recente gastro-intestinale bloeding; recente bloeding urinewegen, recent schedeltrauma, recente andere beroerte;
2. bloedafname: glycemie, trombocytengehalte en INR;
3. bloeddruk;
4. CT hersenen;
5. beslissing trombolyse volgens criteria door neuroloog;
6. opname midcare: continue monitoring.

Psychiatrisch ziekenhuis: verbeterproces over afzondering

Indicator:
aantal afzonderingen waarbij voorafgaand overleg is gepleegd met een geneesheer/totaal aantal afzonderingen

11 Kris Vanhaecht, *Patiëntveiligheid door klinische paden. Symposium patiëntveiligheid, stand van zaken*, CZV-K.U.Leuven, 2008.

12 J.J.E. Van Everdingen, J.S. Burgers en W.J.J. Assendelft, *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Sleutelinterventies:
1. bij iedere afzondering is er een primaire reden van afzonderen geformuleerd;
2. om de veiligheid van patiënt en personeel te waarborgen, wordt een veiligheidscontrole uitgevoerd aan het begin van de afzondering;
3. bij elke afzondering wordt toezicht gehouden, frequentie en wijze van toezicht wordt genoteerd op het toezichtsblad;
4. bij elke afzondering wordt een afsprakenplan gemaakt.

Sp-ziekenhuis: verbeterproces over patiëntenidentificatie

Indicator:
aantal aanwezige identificatiebandjes met correcte en volledige informatie/ totaal aantal observaties

Sleutelinterventies:
1. aanbrengen van het identificatiebandje bij opname;
2. aanhouden van identificatiebandje bij transfer naar andere verpleegdienst;
3. verwijderen van identificatiebandje voor onderzoek in het ziekenhuis;
4. verwijderen van identificatiebandje voor onderzoek in ander ziekenhuis;
5. verwijderen en vervangen van identificatiebandje (langdurig verblijf).

4. VERGELIJKING VAN DE RESULATEN VAN HET TWEEDE CONTRACTJAAR (2008-2009) MET HET DERDE CONTRACTJAAR (2009-2010)

In het tweede contractjaar (2008-2009) werd aan de ziekenhuizen voor de eerste maal gevraagd om een bestaand of nieuw intramuraal (deel)proces te verbeteren of te (her)analyseren. De ziekenhuizen hadden hiervoor een jaar de tijd. In het derde contractjaar (2009-2010) kregen ziekenhuizen hiervoor 1,5 jaar de tijd.

In het tweede contractjaar (2008-2009) werden 202 verbeterprocessen ingediend (op 178 deelnemende ziekenhuizen), in 2009-2010 waren het 175 verbeterprocessen (op 181 deelnemende ziekenhuizen).

Zoals in het tweede contractjaar ging ook in het derde contractjaar (2009-2010) 7 op 10 van de verbeterprocessen over intramurale zorgprocessen. 3 op 10 ging over intramurale transfer, voornamelijk over intramurale transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site.

De helft van de ingediende intramurale zorgprocessen uit de acute ziekenhuizen (n = 26) gaan over CVA, borstcarcinoom, totale heupprothese en congestief hartfalen. Ook in het tweede contractjaar (2008-2009) waren dit de belangrijkste gekozen pathologieën. In contractjaar 3 (2009-2010) werden ook 6 verbeterprocessen ingediend in het kader van 'veilige chirurgie'. Over blaascarcinoom, longcarcinoom en laparatomische cholecystectomie werd, net zoals in contractjaar 2 (2008-2009), geen enkele verbeteractie ingediend. In het derde contractjaar (2009-2010) werd, in tegenstelling tot contractjaar 2, niet gerapporteerd over verbeterprocessen m.b.t. colorectaal carcinoom, prostaatcarcinoom, CAP en diabetes.

72 % van de intramurale zorgprocessen uit de psychiatrische ziekenhuizen hebben te maken met beleidsmatige prioriteiten van de instellingen. Metabool syndroom blijft ook dit jaar een belangrijk thema. Daarnaast worden ook het afzonderingsbeleid en de geneesmiddelendistributie aangehaald als prioritair. Dit was niet het geval in contractjaar 2. De intramurale zorgprocessen over agressie gaan, zoals vorig jaar, over agressiebeheersing maar ook over, en dit is nieuw, de opvang van medewerkers naar aanleiding van een agressie-incident.

Slechts 1 op 5 van de intramurale zorgprocessen uit de Sp-ziekenhuizen hebben betrekking op pathologieën waarvoor in 2008 een hoog aantal opnames werd gerealiseerd, in het vorige contractjaar was dit 3 op 4. In het derde contractjaar (2009-2010) kiezen Sp-ziekenhuizen frequenter andere thema's om een verbeterproces rond te organiseren.

Voor 98 % van de ingediende verbeterprocessen werd een multidisciplinair team samengesteld. Dat is substantieel meer dan in het tweede contractjaar (2008-2009) waar dat het geval was voor 73 % van de verbeterprocessen. Net als vorig jaar, zijn er ook dit jaar geen markante verschillen op te merken tussen de ziekenhuistypes.

Voor bijna 1 op 3 van de ingediende verbeterprocessen werden Service Level Agreements (SLA's) afgesloten, in het tweede contractjaar (2008-2009) gebeurde dit voor 22 % van de verbeterprocessen.

Voor 42 % van de opgestelde verbeterprocessen (73 op 175) kon het gevraagde 10-stappenplan helemaal worden doorlopen, tot en met de fase van borging. In het tweede contractjaar (2008-2009) was dat het geval voor 14 % van de verbeterprocessen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat ziekenhuizen in het derde contractjaar (2009-2010) anderhalf jaar de tijd hadden om het verbeterproces af te ronden. In het tweede contractjaar (2008-2009) kregen ze hiervoor 1 jaar de tijd.

In tabel 14 wordt de mate van uitvoering van de verschillende processtappen uit contractjaar 2, vergeleken met contractjaar 3.

Tabel 14: Mate van uitvoering van de verschillende processtappen in contractjaar 2 en 3

		contractjaar 2 (2008-2009)	contractjaar 3 (2009-2010)
STAP 1	orgaan	79 %	91 %
	multidisciplinaire werkgroep (MWG)	81 %	95 %
	arts is eigenaar	65 %	82 %
STAP 2	inclusie- en exclusie-criteria	69 %	92 %
	indicatorenset proces	60 %	89 %
STAP 3	voormeting	56 %	83 %
STAP 4	eerste procesomschrijving met sleutelinterventies	69 %	91 %
STAP 5	tweede procesomschrijving	45 %	71 %
	verbeterproces getoetst aan realiteit	37 %	65 %
STAP 6	definitieve versie proces	43 %	59 %
STAP 7	nieuw proces geïmplementeerd + educatie	33 %	59 %
STAP 8	nameting uitgevoerd	16 %	33 %
STAP 9	nameting geanalyseerd	13 %	29 %
STAP 10	borging	14 %	42 %

Voor bijna alle ingediende verbeterprocessen werden indicatoren (95 %) en sleutelinterventies (92 %) geformuleerd, in het tweede contractjaar (2008-2009) gebeurde dit voor 66 % van de verbeterprocessen.

5. DISCUSSIE

De hierboven beschreven resultaten en conclusies zijn gebaseerd op de rapportages zoals die door de ziekenhuizen werden ingediend voor het contract 2009-2010. De federale overheid beschikt niet over de mogelijkheid om diepgaand te onderzoeken of de ingediende gegevens waarheidsgetrouw zijn.

Bij de verwerking van de resultaten is vastgesteld dat 3 ziekenhuizen (2 psychiatrische en 1 Sp-ziekenhuizen) niet gerapporteerd hebben over pijler 2. Ziekenhuizen die rapporteren over pijler 2, zijn niet altijd volledig en nauw-

keurig in hun rapportages. Zo zijn er 8 ziekenhuizen die niet rapporteren over indicatoren en 13 ziekenhuizen formuleren geen enkele sleutelinterventie.

Bijna 1 op de 3 van de gekozen verbeterprocessen gaat over intramurale transfer, voornamelijk over intramural transfer binnen eenzelfde ziekenhuis of site. Ook in het tweede contractjaar (2008-2009) was dit het geval. Op basis van de resultaten uit de eerste cultuurmeting (2007-2008) hebben heel wat ziekenhuizen een verbeterproces opgestart over transfer. Deze tendens lijkt zich verder te zetten in het derde contractjaar (2009-2010).

Voor *quasi* alle ingediende verbeterprocessen werd een multidisciplinair team samengesteld (98 %). Dit is een positieve evolutie. Het samenstellen van een multidisciplinair team is belangrijk voor de coördinatie van de verschillende rollen van alle betrokkenen in het verbeterproces (ook die van patiënten).

Service Level Agreements worden afgesloten voor bijna 1 op 3 van de ingediende intramurale zorgprocessen. De kwaliteit van de interne dienstverlening kan hierdoor worden verhoogd waardoor, indirect, ook de kwaliteit van de zorg kan verbeteren.

Het derde contractjaar (2009-2010) besloeg een tijdspanne van anderhalf jaar (van 1 juli 2009 tot 31 december 2010). Ziekenhuizen beschikten hierdoor over meer tijd om het gevraagde 10-stappenplan te doorlopen, tot en met de fase van borging. Desondanks slaagt bijna 60 % van de ziekenhuizen er toch niet in om het proces binnen de vooropgestelde tijd af te ronden. Opvallend is ook dat voormetingen niet altijd worden uitgevoerd (stap 3), vooraleer over te gaan naar een eerste procesomschrijving met sleutelinterventies en dat 42 % van de verbeterprocessen de fase van borging hebben bereikt (stap 10), terwijl voor slechts 33 % van de verbeterprocessen een nameting werd uitgevoerd (stap 8).

Na analyse van de ingediende indicatoren werd vastgesteld dat slechts 1 op 5 van de indicatoren kan worden beschouwd als een echte indicator die voldoende werd gespecificeerd en waarbij zowel een teller als een noemer werd geformuleerd. De helft van de ingediende indicatoren is niet adequaat geformuleerd, verwijzen naar een domein (zoals 'medewerkerstevredenheid') of worden geformuleerd als vraag of als beschrijving van een bepaalde activiteit (zoals 'invullen van het vernieuwd valregistratieformulier'). De indruk ontstaat dat het voor ziekenhuizen geen evidentie is om een indicator meetbaar te formuleren. Door het ontbreken van het meetbare kunnen evoluties in de tijd echter niet opgevolgd of gemonitored worden.

Het bepalen van sleutelinterventies is belangrijk omdat deze een grote impact kunnen hebben op de doorlooptijd van het proces of het resultaat. Het probleem is dat er weinig wetenschappelijke evidentie bestaat over aantal en aard van pathologiespecifieke sleutelinterventies.

Concluderend kan gesteld worden dat het volledig doorlopen van de PDCA-cyclus, tot en met de fase van borging, moeilijk te realiseren is binnen een tijdspanne van anderhalf jaar. Hoewel, na vergelijking met het tweede contractjaar, positieve evoluties worden vastgesteld in de verschillende stappen van het verbeterproces, rijzen toch vragen over de betrouwbaarheid en de nauwkeurigheid van de doorgestuurde gegevens (bv. % nameting uitgevoerd *versus* % borging). Verbeterprocessen die de fase van borging niet bereiken zijn eerder complexe processen (zoals intramurale transferprocessen, CVA, metabool syndroom en medicatie). Anderzijds is er een verbreding te constateren in de thema's waarover verbeterprocessen worden geformuleerd en dit zowel in acute, psychiatrische als Sp-ziekenhuizen. Eveneens werd er meer ingespeeld op een aantal kritische intramurale zorgprocessen zoals bijvoorbeeld de implementatie van de *Safe Surgery Checklist* in het operatiekwartier.

HOOFDSTUK 3.
PIJLER 3: INDICATOREN

Kernconclusies

- **98 %** van de ziekenhuizen die deelnemen aan het contract hebben gerapporteerd over pijler 3.
- Na vergelijking van de resultaten tussen het tweede en het derde contractjaar blijkt dat **31 %** van de initiële indicatoren door de ziekenhuizen **niet** werd **weerhouden**. Een groot deel van de indicatoren uit het tweede contractjaar (2008-2009) doorstond de toets met de definitie van een 'echte' indicator niet.
- Het **gemiddeld aantal indicatoren** per ziekenhuis bedraagt **67** (mediaan = 60).
- ¾ van de indicatoren werd gebruikt voor het **opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid** en ¼ voor het opvolgen van **verbeteracties** m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid.
- 6 ziekenhuizen gebruiken geen enkele indicator meer uit het tweede contractjaar (2008-2009) voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.
- 15 ziekenhuizen volgen geen enkele indicator meer uit het tweede contractjaar (2008-2009) in het kader van verbeteracties (9 acute, 3 psychiatrische en 3 Sp-ziekenhuizen).
- Het merendeel van de ziekenhuizen behoudt maximaal 43 indicatoren om kwaliteit en patiëntveiligheid op te volgen; ¼ van de ziekenhuizen gebruikt hiervoor 69 indicatoren, 18 ziekenhuizen gebruiken er meer dan 100 voor.
- Het merendeel van de ziekenhuizen gebruikt maximaal 12 indicatoren om verbeteracties op te zetten.
- Er bestaat een **onevenwicht** tussen de indicatoren in de verschillende dimensies: 57 % heeft betrekking op dimensie B rond 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid', slechts 9 % heeft betrekking op dimensie C 'economische, financiële en IT-performantie'.

- Voor de indicatoren die worden gebruikt voor het opzetten van verbeteracties zijn voornamelijk de kwaliteitscoördinatoren (12 %), de hoofden van het verpleegkundig departement (8 %), de hoofdgeneesheren (7 %), de verpleegkundige-diensthoofden en/of het middenkader (7 %) en de artsen (7 %) verantwoordelijk.

- Het geven van **feedback** over indicatoren gebeurt in 40 % van de ziekenhuizen jaarlijks, in 26 % om de 2 tot 4 maanden en in 13 % van de ziekenhuizen gebeurt dit halfjaarlijks.

- Terugkoppeling over de resultaten van de indicatoren gebeurt aan 1, 2 of 3 ziekenhuismedewerkers, comité(s) en/of stuurgroepen.

- Resultaten van indicatoren worden het meest frequent teruggekoppeld met de **verpleegkundige** en de **geneeskundige directie**.

- De **acute ziekenhuizen** hebben 1.960 hits aangeduid, wat overeenkomt met 607 indicatoren. 249 van deze indicatoren komen uit een, door de federale overheid, aangeleverde lijst en 358 'andere' indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld.

- Uit analyse van de **top 5** van de indicatoren voor **acute ziekenhuizen** en voor alle dimensies samen, blijkt dat **65 %** van de indicatoren, **resultaatsindicatoren** zijn, slechts **10 %** zijn **procesindicatoren** en **25 %** zijn **structuurindicatoren**.

- De **psychiatrische ziekenhuizen** hebben 929 hits aangeduid, wat overeenkomt met 405 indicatoren. 188 van deze indicatoren komen uit een, door de federale overheid, aangeleverde lijst en 217 'andere' indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld.

- Uit analyse van de **top 5** van de indicatoren voor **psychiatrische ziekenhuizen** en voor alle dimensies samen, blijkt dat **78 %** van de indicatoren, **resultaatsindicatoren** zijn, slechts **17 %** zijn **procesindicatoren** en **5 %** zijn **structuurindicatoren**.

- De **Sp-ziekenhuizen** hebben 225 hits aangeduid, wat staat voor 138 indicatoren. 80 indicatoren komen uit een, door de federale overheid, aangeleverde lijst en 58 'andere' indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld.

- Uit analyse van de **top 5** van de indicatoren voor **Sp-ziekenhuizen** en voor alle dimensies samen, blijkt dat **46 %** van de indicatoren **resultaatsindicatoren** zijn, **31 %** zijn **procesindicatoren** en **23 %** zijn **structuurindicatoren**.

- Zowel bij de acute, psychiatrische als Sp-ziekenhuizen staat de indicator '**spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen'** in de top 5 van meest gebruikte indicatoren.

1. INLEIDING

De doelstelling van de pijler 'indicatoren' is ziekenhuizen verder te sensibiliseren en kritisch te laten reflecteren over het gebruik van multidimensionele indicatoren (indicatoren m.b.t. klinische performantie, patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, economische, financiële en IT-performantie, en personeelsgerichtheid en teamgerichtheid).

In het tweede contractjaar (2008-2009) moesten de ziekenhuizen in kaart brengen welke indicatoren zij gebruiken om kwaliteit en patiëntveiligheid te sturen. Het was de eerste keer dat op een dergelijke schaal een inventaris werd gemaakt van kwaliteits- en patiëntveiligheidsindicatoren die de Belgische ziekenhuizen gebruiken. De opgegeven indicatoren (gemiddeld 95 per ziekenhuis in contractjaar 2008-2009) vertoonden echter een belangrijke variabiliteit in het aantal en de soort van gebruikte indicatoren, waarbij een substantieel aantal niet conform was aan de definitie van een 'echte indicator'. De federale overheid besloot daarom een stap verder te gaan. In het derde contractjaar werd gevraagd om de opgegeven indicatoren uit het tweede contractjaar verder te detailleren volgens het doel waarvoor ze werden gebruikt (monitoring of verbeteracties). Deze detaillering wordt hieronder verder beschreven.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

2.1. Definitie van kwaliteit, patiëntveiligheid en indicatoren

Voor de definities i.v.m. kwaliteit en patiëntveiligheid (IOM) en de soorten indicatoren (structuur, proces, resultaat) wordt verwezen naar het rapport 2008-2009 (p. 86 en volgende).

2.2. Methode van gegevensverzameling

In het tweede contractjaar (2008-2009) werd gevraagd om de indicatoren aan te duiden die ziekenhuizen opvolgen voor het sturen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Hiervoor werd in het rapporteringsinstrument van de federale overheid een lijst met indicatoren ter beschikking gesteld.

De federale overheid heeft alle indicatoren geclassificeerd in vier dimensies:
1. dimensie A : indicatoren m.b.t. klinische performantie;
2. dimensie B : indicatoren m.b.t. patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid;
3. dimensie C : indicatoren m.b.t. tot economische, financiële en IT-performantie;
4. dimensie D : indicatoren m.b.t. tot personeels- en teamgerichtheid.

Vervolgens werd, in het derde contractjaar (2009-2010) een individuele overzichtsfiche naar de ziekenhuizen gestuurd met:

- de top 20 van gebruikte indicatoren (zonder rekening te houden met de verschillende dimensies);
- de top 5 van gebruikte indicatoren, per dimensie en per type ziekenhuis (acuut, psychiatrisch en Sp);
- alle, door het ziekenhuis aangeduide, indicatoren geclassificeerd volgens de 4 dimensies.

In 2009-2010 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om voor elke dimensie en voor elke aangeduide indicator aan te geven waarvoor die werd gebruikt. Bepaalde indicatoren werden door de ziekenhuizen niet weerhouden: enerzijds omdat ze niet meer werden gebruikt, anderzijds omdat het niet ging om 'echte' indicatoren (met een duidelijke definiëring) of omdat ze niet konden worden gemeten.

In de resultaten worden enkel die indicatoren weergegeven die daadwerkelijk door de ziekenhuizen worden gebruikt om kwaliteit en patiëntveiligheid op te volgen of om verbeteracties op te zetten.

Voor de indicatoren, opgesteld in het kader van verbeteracties, werd gevraagd om de volgende elementen te verduidelijken:

1. een beschrijving en/of definiëring van de indicator;
2. het streefcijfer;
3. een beschrijving van de verbeteracties;
4. het aanduiden van de verantwoordelijke (functie of comité) voor de geselecteerde indicator;
5. het aanduiden van de ziekenhuismedewerker(s) en/of organen aan wie de indicatorresultaten worden meegedeeld;
6. de frequentie van terugkoppeling.

De streefcijfers en een gedetailleerde analyse van de opgestarte verbeteracties worden in dit rapport niet toegelicht.

2.3. *Methode van gegevensverwerking*

De door de ziekenhuizen gegenereerde overzichten van indicatoren zoals hierboven beschreven, werden verwerkt in Excel. De volgende variabelen werden geanalyseerd:

1. de responsgraad;
2. het aantal gebruikte indicatoren voor het sturen van kwaliteit en patiëntveiligheid;

3. het doel waarvoor de indicatoren werden gebruikt (kwaliteitsopvolging of verbeteracties);
4. de indicatoren die worden gebruikt in het kader van verbeteracties werden diepgaander geanalyseerd en de volgende aspecten komen hierbij aan bod:
   - aantal 'hits' in functie van de dimensie;
   - aantal 'hits' in functie van de verantwoordelijke persoon (functie) voor de betreffende indicator;
   - terugkoppeling van de resultaten;
   - per type ziekenhuis:
     – aantal indicatoren en 'hits';
     – top 20 van de meest gebruikte indicatoren per dimensie;
     – top 5 van de meest gebruikte indicatoren per dimensie.

3. RESULTATEN

3.1. Responsgraad

In totaal rapporteerden 177 van de 181 deelnemende ziekenhuizen (98 %) over pijler 3 (103 acute, 58 psychiatrische en 16 Sp-ziekenhuizen). Vier acute ziekenhuizen hebben niet geantwoord op pijler 3: 1 ziekenhuis werkt met een aangepast contract, een ziekenhuis heeft geen rapport ingediend, een ander ziekenhuis heeft de rapportage ingediend na het verstrijken van de gevraagde indieningsdatum, 2 ziekenhuizen die het afgelopen jaar fuseerden, hebben in plaats van 2 rapporten, 1 rapport ingediend.

3.2. Aantal gebruikte indicatoren

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om voor elke indicator, aangeduid in het tweede contractjaar (2008-2009), aan te geven of deze nog werd gebruikt in het derde contractjaar (2009-2010).

Gemiddeld worden 67 indicatoren gebruikt per ziekenhuis (mediaan = 60). De som van de 'hits' van de indicatoren uit het derde contractjaar (2009-2010) bedraagt 11.933.

Een '*hit*' wordt gedefinieerd als de selectie van een *indicator door een ziekenhuis.* *Bijvoorbeeld:* de indicator *'totale mortaliteit'* die door 20 ziekenhuizen werd aangevinkt, staat voor 20 hits.

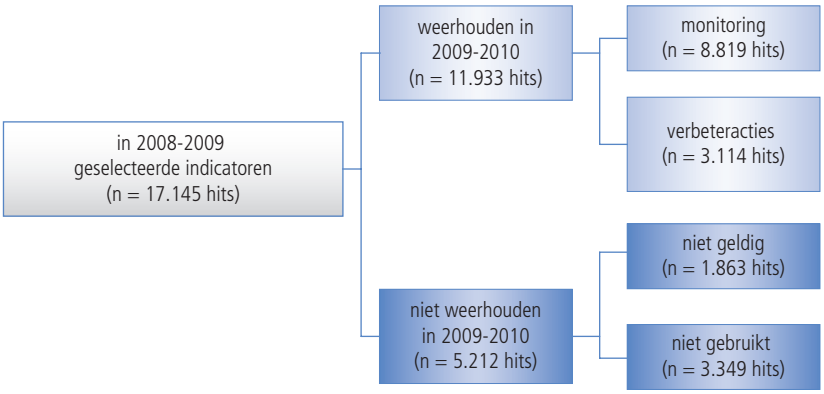
Naast de weerhouden indicatoren (n = 11.933 hits) werd een aantal indicatoren ook niet weerhouden (n = 5.212 hits) (grafiek 1).

Bij de weerhouden indicatoren kan onderscheid gemaakt worden tussen indicatoren gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid (n = 8.819 hits) en indicatoren in het kader van verbeteracties (n = 3.114 hits).

Bij de niet-weerhouden indicatoren kan onderscheid worden gemaakt tussen: niet-geldige indicatoren, bv. omdat er geen noemer werd bepaald (n = 1.863 hits) en niet meer gebruikte indicatoren (n = 3.349 hits).

De acute ziekenhuizen plaatsten het grootste aantal indicatoren onder de rubriek van niet-weerhouden indicatoren.

Grafiek 1: Overzicht van geselecteerde indicatoren (hits)



De niet-weerhouden indicatoren uit het derde contractjaar (n = 5.212 hits) worden in dit rapport niet verder toegelicht.

3.3. *Het doel waarvoor indicatoren worden gebruikt*

Indicatoren worden gebruikt om kwaliteit en patiëntveiligheid op te volgen (wanneer het streefcijfer is bereikt) en om verbeteracties op te zetten.

In het derde contractjaar is 74 % van de gebruikte indicatoren (n = 8.819 hits) bedoeld voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid omdat bv. het streefcijfer werd bereikt. Indicatoren die worden opgevolgd in het kader van het opzetten van verbeteracties vertegenwoordigen ruim een kwart van de gebruikte indicatoren (n = 3.114 hits, 26 %) (*cf.* tabel 1).

Tabel 1: Indeling van het aantal hits naar gebruik en per type ziekenhuis (AZ, PZ, Sp)

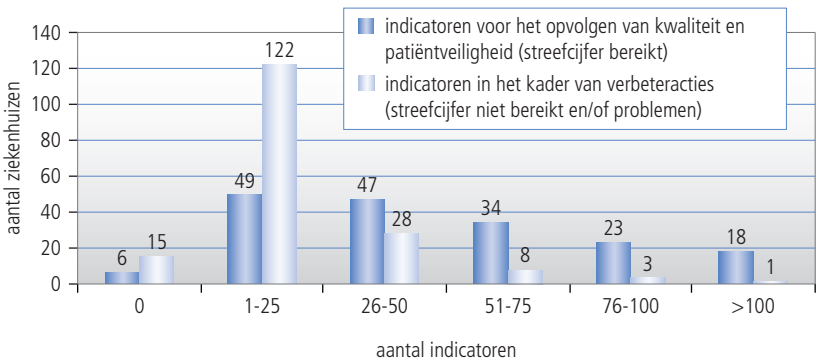
	AZ (n = 103)		PZ (n = 58)		Sp (n = 16)		totaal (n = 177)	
	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%
indicatoren voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid (streefcijfer bereikt)	5.721	74 %	2.392	72 %	706	76 %	8.819	74 %
indicatoren in het kader van verbeteracties (streefcijfer niet bereikt en/of problemen)	1.960	26 %	929	28 %	225	24 %	3.114	26 %
totaal aantal hits van de gebruikte indicatoren	7.681		3.321		931		11.933	

Noot: *% = percentage van het totaal van alle ziekenhuizen van éénzelfde type*

Hierna wordt ingegaan op de verdeling van het aantal ziekenhuizen in functie van het aantal gebruikte indicatoren uit het tweede contractjaar (2008-2009).

Het aantal indicatoren werd onderverdeeld in categorieën (*cf.* grafiek 2).
6 ziekenhuizen gebruiken geen enkele indicator meer uit het tweede contractjaar om verbeteracties op te zetten (9 acute, 3 psychiatrische en 3 Sp-ziekenhuizen).

Grafiek 2: Verdeling van het aantal ziekenhuizen in functie van het aantal gebruikte indicatoren



Noot: *een ziekenhuis dat geen enkele indicator uit het tweede contractjaar (2008-2009) meer gebruikt, bevindt zich in de klasse '0'.*

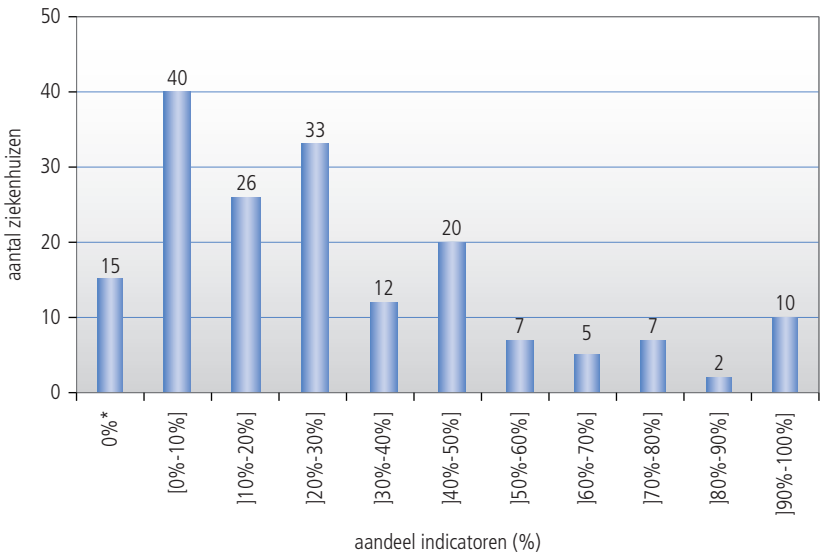
Voor het monitoren van kwaliteit en patiëntveiligheid volgen 96 ziekenhuizen (54 %) tussen de 1 en de 50 indicatoren op, een kwart van de ziekenhuizen volgt minimaal 69 indicatoren op, 18 ziekenhuizen volgen meer dan 100 indicatoren op. 6 ziekenhuizen maken van geen enkele indicator meer gebruik voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Om verbeteracties op te zetten, gebruiken 122 ziekenhuizen (69 %) tussen de 1 en de 25 indicatoren. Het merendeel van de ziekenhuizen (90 op 177) gebruikt hiervoor maximaal 12 indicatoren en 40 ziekenhuizen gebruikt meer dan 25 indicatoren.

Het is interessant om een beeld te krijgen op het aantal indicatoren die worden gebruikt voor het opzetten van verbeteracties t.o.v. het totaal aantal gebruikte indicatoren.
Gemiddeld werd 29,7 % van de indicatoren gebruikt in het kader van verbeteracties (mediaan = 22 %).

De aantallen indicatoren werden onderverdeeld in klassen (*cf.* grafiek 3.) In 114 van de 177 ziekenhuizen worden minimaal 30 % van de indicatoren gebruikt voor het opzetten van verbeteracties. Hierin zitten tevens de 15 ziekenhuizen die geen enkele indicator meer gebruiken voor verbeteracties die wel werd geselecteerd in het tweede contractjaar (2008-2009).

Grafiek 3: Aantal ziekenhuizen volgens het aandeel gebruikte indicatoren voor monitoring en verbeteracties



3.4. Indicatoren die worden gebruikt voor het opzetten van verbeteracties

Van de aangeduide indicatoren (11.933 hits[13]) werd 26 % (3.114 hits) gebruikt om verbeteracties op te zetten. Alle onderstaande analyses hebben enkel betrekking op indicatoren in het kader van verbeteracties.

3.4.1. Indicatoren en dimensies

Net zoals in het tweede contractjaar heeft de federale overheid de indicatoren die door de ziekenhuizen worden opgevolgd om verbeteracties op te zetten, onderverdeeld in de vier onderstaande dimensies:

1. dimensie A : indicatoren m.b.t. klinische performantie;
2. dimensie B : indicatoren m.b.t. patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid;
3. dimensie C : indicatoren m.b.t. tot economische, financiële en IT-performantie;
4. dimensie D : indicatoren m.b.t. tot personeels- en teamgerichtheid.

Wanneer gekeken wordt naar het aantal indicatoren (hits) per dimensie, kan worden vastgesteld dat het merendeel (57 %) betrekking heeft op dimensie B. Er is ook een groot aantal indicatoren (hits) (23 %) voor dimensie A, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen waar de dimensie D de overhand heeft op dimensie A. De dimensies D en C vertegenwoordigen resp. 11 % en 9 % van het aantal indicatoren (hits) (*cf.* tabel 2).

De indicatoren uit het tweede contractjaar (2008-2009) hadden vernamelijk betrekking op de dimensies A en B (168 in dimensie A, 162 in dimensie B, 21 in dimensie C en 20 in dimensie D).

13 Een 'hit' wordt gedefinieerd als de selectie van een indicator door een ziekenhuis.

Tabel 2: Indeling van de indicatoren (hits) volgens dimensies en per type ziekenhuis

dimensie	AZ (n = 103)		PZ (n = 58)		Sp (n = 16)		totaal (n = 177)	
	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%
A	544	28 %	154	17 %	26	12 %	724	23 %
B	1.062	54 %	589	63 %	130	58 %	1.781	57 %
C	164	8 %	83	9 %	24	11 %	271	9 %
D	190	10 %	103	11 %	45	20 %	338	11 %
totaal	1.960		929		225		3.114	

Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

3.4.2. *Functie van de ziekenhuismedewerkers, comité of stuurgroep, verantwoordelijk voor de indicatoren*

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om, voor de indicatoren die worden gebruikt in het kader van verbeteracties, aan te geven wie (functie), welk comité of stuurgroep daarvoor verantwoordelijk was.

Uit tabel 3 blijkt dat ongeveer 15 % van de indicatoren (hits) niet tot de verantwoordelijkheid behoort van ziekenhuismedewerkers of comités uit de opgegeven lijst met 31 functies uit het rapportagedocument van de federale overheid.[14] De keuzemogelijkheid 'andere functies' werd het vaakst aangekruist (n = 485) en voor 82 indicatoren (hits) werd geen antwoord gegeven.

De 485 functies uit de categorie 'andere' werden gehergroepeerd en onderverdeeld in de volgende categorieën: de personeelsdienst (n = 94), de verantwoordelijken voor de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) (n = 39) en het voedingscomité of de diëtist (n = 38). Een aantal indicatoren werd gekoppeld aan de functies van meerdere ziekenhuismedewerkers (n = 77). Op sommige

14 Drie functies werden nooit geselecteerd: de ethische commissie van het ziekenhuis, het comité voor medisch materiaal en de raad van bestuur. Deze zijn niet opgenomen in tabel 3.

functies wordt niet verder ingegaan omwille van een te grote variatie en deze zijn ondergebracht in de categorie 'andere functies – diversen' (n = 237).

In het algemeen zijn het de kwaliteitscoördinatoren (12 %), de hoofden van het verpleegkundig departement (8 %), de hoofdgeneesheren (7 %), de hoofdverpleegkundigen en/of het middenkader (7 %) en de artsen (7 %) verantwoordelijk voor indicatoren in het kader van verbeteracties.

Voor de 724 indicatoren (hits) in dimensie A (klinische performantie), werd het meest frequent de functie van arts (17 %), hoofdgeneesheer (15 %) of kwaliteitscoördinator (10 %) aangeduid.

Voor de 1.781 indicatoren (hits) in dimensie B (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid) werden het meest frequent de kwaliteitscoördinatoren (16 %), de hoofdverpleegkundigen en/of het middenkader (9 %) en het comité patiëntveiligheid (8 %) aangeduid. Het valt op dat ziekenhuisapothekers (4,4 %), het medisch-farmaceutisch comité (0,4 %) en de medische raad (0 %) niet frequent betrokken worden voor de opvolging van indicatoren in dit domein.

Voor de 271 indicatoren (hits) in dimensie C (economische, financiële en IT-performantie) zijn het logischerwijze personen met een financiële verantwoordelijkheid die het meest frequent werden aangeduid zoals de financieel directeur (34 %), de algemeen directeur (9 %) en het directiecomité (8 %).

Voor de 338 indicatoren (hits) in dimensie D (personeels- en teamgerichtheid) worden verpleegkundige afdelingshoofden (31 %) en de personeelsdienst (28 %) het meest frequent als verantwoordelijke aangeduid.

Tabel 3: Indeling van de indicatoren (hits) per dimensie in relatie tot de aangeduide verantwoordelijke functie

functie van de verantwoordelijke	A		B		C		D		totaal	
	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%
adjunct van de directive	65	9 %	18	1 %	2	1 %	2	1 %	87	2,8 %
hoofd van het verpleegkundig departement	22	3 %	118	7 %	4	1 %	105	31 %	249	8,0 %
permanent overlegcomité tss beheerder en artsen	16	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	16	0,5 %
directiecomité	10	1 %	21	1 %	23	8 %	16	5 %	70	2,2 %
comité voor preventie en veiligheid op het werk	0	0 %	2	0 %	0	0 %	0	0 %	2	0,1 %
transfusiecomité	0	0 %	20	1 %	0	0 %	0	0 %	20	0,6 %
comité voor ziekenhuishygiëne	8	1 %	102	6 %	0	0 %	0	0 %	110	3,5 %
medisch-farmaceutisch comité	2	0 %	8	0 %	0	0 %	0	0 %	10	0,3 %
comité pPatiëntveiligheid	10	1 %	137	8 %	0	0 %	1	0 %	148	4,8 %
commissie voor evaluatie van de zorgkwaliteit	2	0 %	8	0 %	0	0 %	0	0 %	10	0,3 %
verpleegkundige en/of paramedische raad	0	0 %	1	0 %	0	0 %	0	0 %	1	0,0 %
medische raad	3	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	0,1 %
preventieraadgever	0	0 %	9	1 %	2	1 %	7	2 %	18	0,6 %
coördinator kwaliteit en patiëntveiligheid	71	10 %	292	16 %	4	1 %	11	3 %	378	12,1 %
administratief directeur	4	1 %	5	0 %	20	7 %	12	4 %	41	1,3 %
financieel directeur	0	0 %	0	0 %	92	34 %	1	0 %	93	3,0 %
algemeen directeur	3	0 %	12	1 %	25	9 %	19	6 %	59	1,9 %
directeur informatica	0	0 %	1	0 %	6	2 %	2	1 %	9	0,3 %

functie van de verantwoordelijke	A		B		C		D		totaal	
	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%
logistiek directeur	0	0 %	6	0 %	4	1 %	2	1 %	12	0,4 %
medisch directeur	46	6 %	41	2 %	20	7 %	7	2 %	114	3,7 %
verpleegkundige en/of paramedische raad	16	2 %	44	2 %	2	1 %	4	1 %	66	2,1 %
hoofdverpleegkundige en /of middenkader	50	7 %	155	9 %	4	1 %	12	4 %	221	7,1 %
verpleegkundige-hygiënist	11	2 %	128	7 %	2	1 %	2	1 %	143	4,6 %
arts	122	17 %	91	5 %	6	2 %	0	0 %	219	7,0 %
arts-hygiënist	24	3 %	101	6 %	0	0 %	0	0 %	125	4,0 %
hoofdgeneesheer	108	15 %	111	6 %	14	5 %	0	0 %	233	7,5 %
paramedisch personeel	1	0 %	1	0 %	0	0 %	0	0 %	2	0,1 %
ziekenhuisapotheker	6	1 %	80	4 %	2	1 %	0	0 %	88	2,8 %
andere – diversen	54	7 %	135	8 %	17	6 %	31	9 %	237	7,6 %
andere: voedingscomité of diëtist	15	2 %	23	1 %	0	0 %	0	0 %	38	1,2 %
andere: personeelsdienst	0	0 %	0	0 %	0	0 %	94	28 %	94	3,0 %
andere: verantwoordelijke MZG	13	2 %	18	1 %	8	3 %	0	0 %	39	1,3 %
andere: meerdere personen	25	3 %	46	3 %	3	1 %	3	1 %	77	2,5 %
geen antwoord	17	2 %	47	3 %	11	4 %	7	2 %	82	2,6 %
totaal	724		1.781		271		338		3.114	

Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

3.4.3. Terugkoppeling van de resultaten

Hierna wordt ingegaan op de mate waarin de resultaten van de indicatoren worden teruggekoppeld. Eerst wordt stilgestaan bij de frequentie van de terugkoppeling, vervolgens wordt gekeken naar de functie van de ziekenhuismedewerker(s), comité(s) of stuurgroep(en) naar wie de resultaten worden teruggekoppeld.

3.4.3.1. Frequentie van terugkoppeling

Voor 40 % van de aangeduide indicatoren (hits) gebeurt een jaarlijkse terugkoppeling, voor 26 % van de indicatoren (hits) gebeurt dit om de 2 tot 4 maanden en voor 13 % van de aangeduide indicatoren (hits) is er een halfjaarlijkse terugkoppeling.
Voor minder dan 1 % van de indicatoren (hits) werd nooit een terugkoppeling voorzien en 4 % van de indicatoren (hits) werd niet gekoppeld aan een communicatiefrequentie (tabel 4).

Er zijn geen grote verschillen tussen de dimensies. Een jaarlijkse terugkoppeling blijkt de trend te zijn. Bij dimensie C en D komt de maandelijkse terugkoppeling vaker voor (resp. 16 en 19 %) dan bij dimensie A of B (resp. 6 en 8 %).

Tabel 4: Frequentie van terugkoppeling per dimensie

frequentie van terugkoppeling	A		B		C		D		totaal	
	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%	hits	%
minstens 1 keer per week	9	1 %	45	3 %	7	3 %	26	8 %	87	3 %
maandelijks	40	6 %	138	8 %	44	16 %	64	19 %	286	9 %
om de 2 à 4 maanden	184	25 %	547	31 %	40	15 %	41	12 %	812	26 %
semesterieel	113	16 %	243	14 %	35	13 %	21	6 %	412	13 %
jaarlijks	294	41 %	674	38 %	127	47 %	138	41 %	1.233	40 %
> 1 jaar	12	2 %	23	1 %	0	0 %	19	6 %	54	2 %
andere	25	3 %	41	2 %	2	1 %	14	4 %	82	3 %
nooit	12	2 %	7	0 %	6	2 %	1	0 %	26	1 %
geen antwoord	35	5 %	63	4 %	10	4 %	14	4 %	122	4 %
totaal	724		1.781		271		338		3.114	

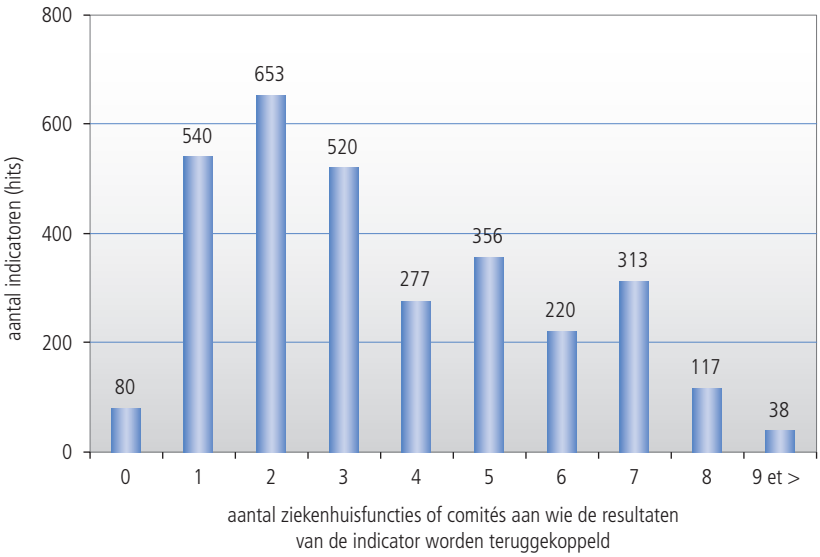
Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

3.4.3.2. Functie(s), comité(s) en stuurgroep(en) aan wie de resultaten worden teruggekoppeld

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om, voor de gebruikte indicatoren in het kader van verbeteracties, aan te geven aan wie de resultaten worden teruggekoppeld. Ziekenhuizen konden hiervoor in het rapportagedocument van de federale overheid een keuze maken uit een lijst met 11 functies.

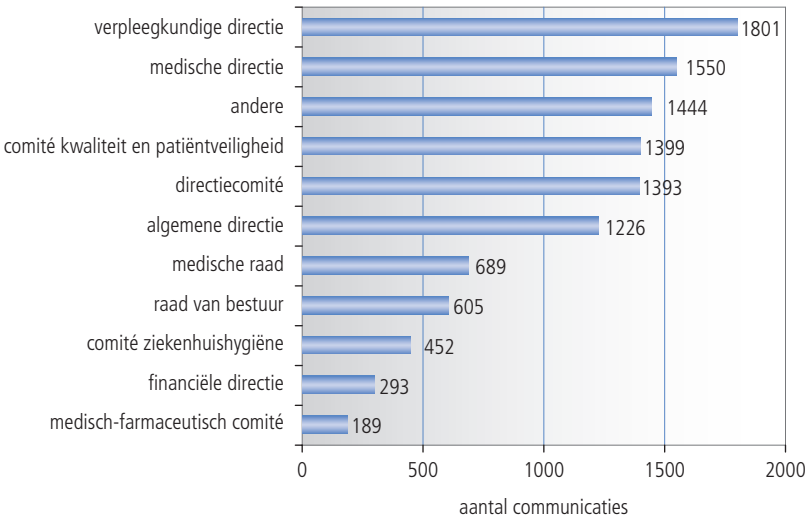
In het algemeen is terugkoppeling over de resultaten van de indicatoren voorzien naar 1, 2 of 3 functies of comités (grafiek 4). Voor 80 indicatoren (hits) werd door 32 ziekenhuizen niet verduidelijkt aan wie de resultaten worden teruggekoppeld.

Grafiek 4: Aantal ziekenhuisfuncties, comités of stuurgroepen aan wie de resultaten van de indicator worden teruggekoppeld (0 = geen verduidelijking)



De resultaten van de indicatoren werden het meest teruggekoppeld met de verpleegkundige en de medische directie. In de categorie 'andere functies' worden de verpleegkundigen en de artsen het meest genoemd (*cf.* grafiek 5).

Grafiek 5: Overzicht van de functies aan wie de resultaten worden teruggekoppeld, volgens frequentie



De terugkoppeling over de resultaten van de indicatoren naar directiecomité en algemene directie heeft voornamelijk betrekking op indicatoren uit dimensie B (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid).

3.4.4.Acute ziekenhuizen

3.4.4.1. Aantal indicatoren en hits in acute ziekenhuizen

In de 103 ziekenhuizen werden in totaal 607 indicatoren opgegeven in het kader van verbeteracties. Dit zijn 1.960 hits[15] (*cf.* tabel 5). Bepaalde indicatoren worden door meerdere ziekenhuizen opgevolgd. Dat is onder meer het geval voor 27 acute ziekenhuizen die dezelfde indicator gebruiken voor keizersneden. Andere indicatoren worden dan weer in slechts een enkel ziekenhuis gevolgd. Dat is het geval voor een ziekenhuis dat als enige een zeer specifieke indicator gebruikt voor hartchirurgie.

15 Ter herinnering: een 'hit' wordt gedefinieerd als de selectie van een indicator door een ziekenhuis.

Van de 607 aangeduide indicatoren komen er 249 uit de lijst van het rapporteringsinstrument van de federale overheid uit het tweede contractjaar (2008-2009), 358 indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld en werden ondergebracht in de categorie 'andere' (*cf.* tabel 5).

De indicatoren uit de voorgestelde lijst zijn minder talrijk dan deze uit de categorie 'andere' (resp. 249 en 358). De indicatoren uit de lijst worden echter meer gebruikt (resp. 1.584 hits tegen 376).

De indicatoren uit de categorie 'andere' worden nagenoeg allemaal een keer gebruikt (358 indicatoren op 376 hits). Dat kan worden verklaard door het feit dat deze indicatoren vrij specifiek zijn voor het ziekenhuis waar ze worden gebruikt.

Tabel 5: Overzicht van het aantal indicatoren en de hits in de acute ziekenhuizen (n = 103)

AZ (n = 103)	lijst			andere		totaal
aantal indicatoren	249	41 %	<	358	59 %	607
hits	1.584	81 %	>	376	19 %	1.960

3.4.4.2. Top 20 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de acute ziekenhuizen

In de top 20 zijn overwegend indicatoren terug te vinden uit dimensie B (13 indicatoren op 20). Daarnaast staan er ook 3 indicatoren uit de dimensies C en D en 1 indicator uit dimensie A (tabel 6).

7 indicatoren uit de top 20 worden minimaal door een kwart van de ziekenhuizen gebruikt. De eerste indicator uit de top 20, *tevredenheidsmeting bij patiënten,* werd door een derde van de acute ziekenhuizen gebruikt (34 ziekenhuizen op 103).

Tabel 6: Top 20 van de meest gebruikte indicatoren door de acute ziekenhuizen, per dimensie (n=103)

	naam van de indicator	hits	%	dimensie
1	tevredenheidsmetingen bij patiënten	34	33%	B
2	performantie in termen van verblijfsduur	32	31%	C
3	percentage absenteïsme bij het personeel (1 dag, lange termijn)	29	28%	D
4	incidentie van MRSA opgelopen in ziekenhuis	28	27%	B
4'	totaal aantal gemelde incidenten	28	27%	B
6	percentage keizersneden	27	26%	A
7	spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	26	25%	B
8	gebruik van handalcohol voor handhygiëne	25	24%	B
9	totaal aantal valincidenten	24	23%	B
10	totale prevalentie van decubitus	23	22%	B
10'	totale prevalentie van decubitus die zich ontwikkeld heeft tijdens de ziekenhuisopname	23	22%	B
12	aantal klachten bij de ombudsdienst	22	21%	B
12'	gebruik van antibiotica in het ziekenhuis in zijn geheel	22	21%	B
14	gebruik van hospitalisatiecapaciteit	21	20%	C
15	totaal aantal valincidenten met verwonding tot gevolg	20	19%	B
15'	rentabiliteitsniveau	20	19%	C
15'	aantal VTE per eenheid	20	19%	D
15'	aantal uitzendkrachten op totaal personeelsbestand	20	19%	D
19	percentage naleving van de voorschriften (compliance) door de zorgverleners	19	18%	B
20	3 indicatoren ex-aequo (deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne; totaal verbruik van antibiotica in het ziekenhuis; valincidenten van patiënten op bepaalde eenheden)	18	17%	B

Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

Tussen het tweede en het derde contractjaar is het aantal hits sterk gewijzigd. In het derde contractjaar (2009-2010) werd een indicator uit de top 20 maximaal door slechts een derde van de ziekenhuizen gebruikt terwijl in het tweede contractjaar (2008-2009) alle indicatoren uit de top 20 door meer dan 80 % van de ziekenhuizen werden gebruikt. Deze verandering is te wijten aan het feit dat men eerder geen onderscheid maakte tussen indicatoren die worden opgevolgd in het kader van verbeteracties en deze met betrekking tot het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Indicatoren die het derde contractjaar niet langer in de top 20 staan, zijn indicatoren die hoofdzakelijk worden gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Het gevolg hiervan is dat zowel de inhoud als de volgorde van de indicatoren uit de top 20 tussen het tweede en het derde contractjaar is gewijzigd. Indicator 1 uit de top 20 in het derde contractjaar stond in de top 20 van het tweede contractjaar slechts op de 9de plaats. Mede hierdoor scoren de meer patiëntgerichte indicatoren uit dimensie B, zoals de *tevredenheidsmetingen bij patiënten* nu sterker.

3.4.4.3. Top 5 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de acute ziekenhuizen

Uit de analyse van de top 5 van indicatoren uit de acute ziekenhuizen blijkt dat voor **dimensie A** (klinische performantie), de indicator *percentage keizersneden* het meeste voorkomt (26 %). 3 andere indicatoren uit deze top 5 hebben eveneens betrekking op keizersneden en 1 op septicaemie in een intensive care afdeling. Ongeveer 1 acuut ziekenhuis op 6 maakt gebruik van de weinig specifieke indicator *totale ziekenhuissterfte* (*cf.* tabel 7).

De top 5 van indicatoren in dimensie A uit het derde contractjaar (2009-2010) is niet gewijzigd ten opzichte van het tweede contractjaar (2008-2009).

Voor **dimensie B** (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid) werd de indicator *tevredenheidsmeting bij patiënten* het meest frequent aangeduid (33 %), gevolgd door de indicator *incidentie van nosocomiaal verworven MRSA* (27 %). Twee indicatoren uit de top 5 zijn gerelateerd aan het melden van incidenten. Dit kan verklaard worden doordat ziekenhuizen in het derde contractjaar sterk bezig geweest zijn met de uitbouw van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (*cf.* pijler 1).

De top 5 van dimensie B was anders in het tweede contractjaar (2008-2009)[16]: 3 indicatoren wijzigden. De 2 resterende indicatoren zijn: *de incidentie van nosocomiaal verworven MRSA* en *het gebruik van handalcohol voor handhygiene*. De 3 andere indicatoren uit de top 5 van het tweede contractjaar worden in het derde contractjaar hoofdzakelijk gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Voor **dimensie C** (economische, financiële en IT-performantie) werd de indicator *performantie in termen van verblijfsduur* het meest frequent geselecteerd (31 %).

De trend met betrekking tot de top 5 voor dimensie C bleef sinds het tweede contractjaar (2008-2009) ongewijzigd: 4 indicatoren zijn nog dezelfde. De enige indicator die in het derde contractjaar (2009-2010) niet werd weerhouden, is het *cashflowniveau.* Deze indicator werd in het tweede contractjaar door 96 % van de acute ziekenhuizen overgenomen en werd in het derde contractjaar voornamelijk gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.[17] Eerder werd al aangestipt dat er in het tweede contractjaar geen enkele IT-indicator de top 5 haalde. Voor het derde contractjaar geldt dezelfde vaststelling.

Voor **dimensie D** (personeels- en teamgerichtheid) bleek de indicator *absenteïsmepercentage bij het personeel* het meest frequent voor te komen (28 %).

De trend voor de top 5 bleef ongewijzigd: 4 indicatoren zijn niet veranderd. De enige indicator die in het derde contractjaar (2009-2010) niet werd weerhouden is: *gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel.* Deze indicator, die het tweede contractjaar door 81 % van de acute ziekenhuizen werd overgenomen, werd in 2009-2010 hoofdzakelijk gebruikt in het kader van het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.[18]

16 In de gegevens van het tweede contractjaar (2008-2009) werd geen onderscheid gemaakt tussen 'indicatoren in het kader van verbeteracties' en ' indicatoren voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid'.

17 *Ibid.*

18 *Ibid.*

Tabel 7: Top 5 van de meest gebruikte indicatoren door de acute ziekenhuizen, per dimensie

DIMENSIE A: klinische performantie	hits	%	S	P	R
percentage keizersneden	27	26%			*
totale ziekenhuissterfte	16	16%			*
aantal keizersneden	16	16%			*
relatief aandeel van keizersneden in het totale aantal bevallingen	15	15%			*
incidentie van septicemieën op een eenheid voor intensieve zorg	14	14%			*
DIMENSIE B: patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid	**hits**	**%**	**S**	**P**	**R**
tevredenheidsmetingen bij patiënten	34	33%		*	
incidentie van MRSA opgelopen in ziekenhuis	28	27%			*
totaal aantal gemelde incidenten	28	27%			*
spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	26	25%			*
gebruik van handalcohol voor handhygiëne	25	24%		*	
DIMENSIE C: economische, financiële en IT-performantie	**hits**	**%**	**S**	**P**	**R**
performantie in termen van verblijfsduur	32	31%			*
gebruik van hospitalisatiecapaciteit	21	20%			*
rentabiliteitsniveau	20	19%			*
graad van financiële onafhankelijkheid	14	14%	*		
acid-test	12	12%			*
DIMENSIE D: personeels-en teamgerichtheid	**hits**	**%**	**S**	**P**	**R**
percentage absenteïsme bij het personeel	29	28%			*
aantal VTE per eenheid	20	19%	*		
aantal uitzendkrachten op totaal personeelsbestand	20	19%	*		
specialisatiegraad verpleegkundigen	17	17%	*		
kwalificatiegraad verzorgend personeel	15	15%	*		

Noot:
S = structuur;
P = proces;
R = resultaat.

Na analyse van de indicatoren uit de top 5 en voor alle dimensies samen blijkt dat 65 % (n = 13) van de indicatoren, resultaatsindicatoren zijn, 10 % (n = 2) zijn procesindicatoren en 25 % (n = 5) zijn structuurindicatoren.

3.4.5. Psychiatrische ziekenhuizen

3.4.5.1. Aantal indicatoren en hits in psychiatrische ziekenhuizen

In de 58 psychiatrische ziekenhuizen werden in totaal 405 indicatoren opgegeven in het kader van verbeteracties. Dit komt overeen met 929 hits (*cf.* tabel 8).

Bepaalde indicatoren worden door meerdere ziekenhuizen opgevolgd. Dat is onder meer het geval voor 15 psychiatrische ziekenhuizen die voor 'afzondering' eenzelfde indicator gebruiken. Andere indicatoren worden daarentegen slechts door een enkel ziekenhuis gevolgd. Dat is het geval voor een ziekenhuis dat als enige een zeer specifieke indicator gebruikt met betrekking tot de toediening van een neurolepticum.

Van de 405 aangeduide indicatoren komen er 188 indicatoren uit de lijst van het rapporteringsinstrument van de federale overheid uit het tweede contractjaar (2008-2009), 217 indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld en werden ondergebracht in de categorie 'andere' (tabel 8).
De indicatoren uit de voorgestelde lijst zijn minder talrijk dan deze uit de categorie 'andere' (resp. 188 en 217). De indicatoren uit de lijst worden echter meer gebruikt (resp. 708 hits tegen 221).

De indicatoren uit de categorie 'andere' worden bijna allemaal een keer gebruikt (217 indicatoren op 221 hits). Dit kan worden verklaard door het feit dat deze indicatoren vrij specifiek zijn voor het ziekenhuis waar ze worden gebruikt.

Tabel 8: Overzicht van het aantal indicatoren en de hits in de psychiatrische ziekenhuizen (n = 58)

PZ (n = 58)	lijst		andere	totaal
aantal indicatoren	188 (46%)	<	217 (54%)	405
hits	708 (76%)	>	221 (24%)	929

3.4.5.2. Top 20 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de psychiatrische ziekenhuizen

In de top 20 zijn overwegend indicatoren terug te vinden uit dimensie B (14 indicatoren op 20). Daarnaast staan er ook 4 indicatoren uit dimensie D en telkens 1 indicator uit de dimensies A en C (tabel 9).

6 indicatoren uit de top 20 worden minimaal door een kwart van de ziekenhuizen gebruikt. De eerste indicator uit de top 20, *tevredenheidsmeting bij*

patiënten, werd door 41 % van de psychiatrische ziekenhuizen gebruikt (24 ziekenhuizen op 58).

Tabel 9: Top 20 van de meest gebruikte indicatoren door de psychiatrische ziekenhuizen, per dimensie

	naam van de indicator	hits	%	dimensie
1	tevredenheidsmetingen bij patiënten	24	41%	B
2	aantal ontslagen waarbij een ontslagbrief gemaakt is binnen de week na ontslag	22	38%	A
3	uitgevoerde tevredenheidsmetingen bij het personeel	18	31%	D
3'	patiënten die afgezonderd worden	18	31%	B
5	totaal aantal gemelde incidenten	16	28%	B
6	afzondering	15	26%	B
7	spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	14	24%	B
8	frequentie van agressieve incidenten t.o.v. andere personen	13	22%	B
8'	gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	13	22%	D
10	percentage absenteïsme bij het personeel	12	21%	D
11	frequentie van agressie t.o.v. objecten	11	19%	B
11'	afzondering > 24 uur	11	19%	B
11'	klaargezette medicatie die niet overeenstemt met het medicatieschema	11	19%	B
11'	gebruik van hospitalisatiecapaciteit	11	19%	C
15	afzondering in combinatie met fixatie	10	17%	B
15'	aantal klachten bij de ombudsdienst	10	17%	B
17	totaal aantal valincidenten op een dienst psychogeriatrie	9	16%	B
17'	frequentie van auto-agressie	9	16%	B
17'	suïcidepogingen met overlijden tot gevolg	9	16%	B
20	aantal VTE per eenheid	8	14%	D
20'	patiënten met incidenten van agressie t.o.v. andere personen	8	14%	B

Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

Tussen het tweede en het derde contractjaar is het aantal hits sterk gewijzigd. In het derde contractjaar (2009-2010) werd een indicator uit de top 20 maximaal door slechts 41 % van de ziekenhuizen gebruikt terwijl in het tweede contractjaar (2008-2009) alle indicatoren uit de top 20 door meer dan 62 % van de ziekenhuizen werden gebruikt. Dit verschil is te wijten aan het feit dat in het tweede contractjaar geen onderscheid gemaakt werd tussen indicatoren die worden opgevolgd in het kader van verbeteracties en deze met betrekking tot het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Indicatoren die het derde contractjaar niet langer in de top 20 staan, zijn indicatoren die hoofdzakelijk worden gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Het gevolg hiervan is dat zowel de inhoud als de volgorde van de indicatoren uit de top 20 tussen het tweede en het derde contractjaar is gewijzigd. Indicator 1 uit de top 20 in het derde contractjaar stond in de top 20 van het tweede contractjaar slechts op de 16de plaats. Mede hierdoor springen de meer patiëntgerichte indicatoren uit dimensie B, zoals de *tevredenheidsmetingen bij patiënten* meer in het oog.

3.4.5.3. Top 5 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de psychiatrische ziekenhuizen

Uit de analyse van de top 5 van indicatoren uit de psychiatrische ziekenhuizen blijkt dat voor **dimensie A** (klinische performantie), de indicator *aantal ontslagen waarvoor een ontslagbrief in de week na het ontslag wordt opgesteld* als meest voorkomende indicator werd opgegeven (38 %) (*cf.* tabel 10).

De top 5 van indicatoren in dimensie A in 2008-2009 vertoonde een ander beeld: de enige indicator die terug te vinden is, is de eerste indicator *aantal ontslagen waarvoor een ontslagbrief in de week na het ontslag wordt opgesteld.* De overige indicatoren worden door een beperkt aantal ziekenhuizen gebruikt (3 tot 6 psychiatrische ziekenhuizen) en 9 indicatoren nemen de vijfde plaats in. De 4 indicatoren die zich nog in de top 5 van 2008-2009 bevonden en nu niet meer, worden meestal gebruikt voor de monitoring van kwaliteit en patiëntveiligheid in 2009-2010.

Voor **dimensie B** (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid) werd de indicator *patiënttevredenheidsmeting* het meest frequent aangeduid (41 %), gevolgd door de indicator *patiënten die afgezonderd worden* (31 %).
Net zoals in de acute ziekenhuizen, zijn ook in de psychiatrische ziekenhuizen twee indicatoren uit de top 5 gerelateerd aan het melden van incidenten. Ook

hier kan de verklaring gevonden worden in het feit dat ziekenhuizen in het derde contractjaar sterk bezig geweest zijn met de uitbouw van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (*cf.* pijler 1).

De top 5 van dimensie B zag er anders uit in het tweede contractjaar (2008-2009)[19]: 3 indicatoren wijzigden. De 2 weerhouden indicatoren zijn: *patiënttevredenheidsmeting* en *afzondering* en de 3 andere indicatoren uit de top 5 van het tweede contractjaar worden in het derde contractjaar hoofdzakelijk gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Voor **dimensie C** (economische, financiële en IT-performantie) werd de indicator *gebruik van de hospitalisatiecapaciteit* het meest frequent geselecteerd (19 %).

De trend met betrekking tot de top 5 voor dimensie C bleef sinds het tweede contractjaar (2008-2009) ongewijzigd: 4 indicatoren zijn nog dezelfde. De enige indicator die in het derde contractjaar (2009-2010) niet werd weerhouden, is *financiële dekking*. Deze indicator werd in het tweede contractjaar door 70 % van de psychiatrische ziekenhuizen overgenomen en werd in het derde contractjaar voornamelijk gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.[20]

Voor **dimensie D** (personeels- en teamgerichtheid) bleek de indicator *tevredenheidsmeting bij het personeel* het meest frequent voor te komen (31 %).

De top 5 van indicatoren in dimensie D uit het derde contractjaar (2009-2010) is niet gewijzigd ten opzichte van het tweede contractjaar (2008-2009).

19 In de gegevens van het tweede contractjaar (2008-2009) werd geen onderscheid gemaakt tussen 'indicatoren in het kader van verbeteracties' en 'het opvolgen van de kwaliteit en patiëntveiligheid'.
20 *Ibid.*

Tabel 10: Top 5 van de meest gebruikte indicatoren door de psychiatrische ziekenhuizen, per dimensie

DIMENSIE A: klinische performantie	hits	%	S	P	R
aantal ontslagen waarbij een ontslagbrief gemaakt is binnen de week na ontslag	22	38%			*
verblijfsduur van opgenomen patiënten > 5 jaren	6	10%			*
aantal opnames van patiënten waarbij een ontslagperspectief staat vermeld in het patiëntendossier binnen de 14 dagen na opname-datum	4	7%			*
verblijfsduur van opgenomen patiënten > 1 jaar en ≤ 2 jaren	4	7%			*
9 ex-aequo (6.1.3; 6.2.1; 6.4.1; 7.1; 7.1.8; 8.1.3 ;11.3.2 ; 13.3.1; 13.5.1)	3	5%			
DIMENSIE A: klinische performantie	hits	%	S	P	R
tevredenheidsmetingen bij patiënten	24	41%		*	
patiënten die afgezonderd worden	18	31%			*
totaal aantal gemelde incidenten	16	28%			*
afzondering	15	26%			*
spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	14	24%			*
DIMENSIE C: economische, financiële en IT-performantie	hits	%	S	P	R
gebruik van hospitalisatiecapaciteit	11	19%			*
performantie in termen van verblijfsduur	6	10%			*
liquïditeit	5	9%			*
rentabiliteitsniveau	5	9%			*
niveau van cashflow	4	7%			*
DIMENSIE D: personeels-en teamgerichtheid	hits	%	S	P	R
uitgevoerde tevredenheidsmetingen bij het personeel	18	31%		*	
gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	13	22%		*	
percentage absenteïsme bij het personeel	12	21%			*
aantal VTE per eenheid	8	14%	*		
2 ex-aequo (1.3 aantal openstaande vacatures verpleegkundigen; 1.8 kwalificatiegraad verzorgend personeel)	6	10%			

Noot:
S = structuur;
P = proces;
R = resultaat.

Na analyse van de indicatoren uit de top 5 voor alle dimensies samen (exclusief *ex aequo*) blijkt dat 78 % (n = 14) van de indicatoren, resultaatsindicatoren zijn, 17 % (n = 3) zijn procesindicatoren en 5 % (n = 1) zijn structuurindicatoren.

3.4.6. Sp-ziekenhuizen

3.4.6.1. Aantal indicatoren en hits in Sp-ziekenhuizen

In de 16 Sp-ziekenhuizen werden in totaal 138 indicatoren opgegeven in het kader van verbeteracties. Dit komt overeen met 225 hits[21] (*cf.* tabel 11). Bepaalde indicatoren worden door meerdere ziekenhuizen opgevolgd. Dat is bijvoorbeeld het geval voor 6 Sp-ziekenhuizen die dezelfde indicator gebruiken over *ondervoeding bij opname*. Andere indicatoren worden door een enkel ziekenhuis opgevolgd. Dat is het geval voor een ziekenhuis dat als enige een zeer specifieke indicator gebruikt met betrekking tot de keuze voor levensbeeindiging bij patiënten in persisterende neuro-vegetatieve status.

Van de 138 aangeduide indicatoren komen er 80 uit de lijst van het rapporteringsinstrument van de federale overheid uit het tweede contractjaar (2008-2009), 58 indicatoren werden door de ziekenhuizen zelf voorgesteld en werden ondergebracht in de categorie 'andere' (*cf.* tabel 11).

De indicatoren uit de voorgestelde lijst zijn talrijker dan deze uit de categorie 'andere' (resp. 80 en 58) en ze worden meer gebruikt (resp. 167 hits tegen 58).

De indicatoren uit de categorie 'andere' worden allemaal een keer gebruikt (58 indicatoren op 58 hits). Dat kan worden verklaard door het feit dat deze indicatoren vrij specifiek zijn voor het ziekenhuis waar ze worden gebruikt.

Tabel 11: Overzicht van het aantal indicatoren en de hits in de Sp-ziekenhuizen (n = 16)

Sp (n = 16)	lijst		andere	totaal
aantal indicatoren	80 (58%)	>	58 (42%)	138
hits	167 (74%)	>	58 (26%)	225

21 Een 'hit' wordt gedefinieerd als de selectie van een indicator door een ziekenhuis.

3.4.6.2. Top 20 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de Sp-ziekenhuizen

In de top 20 zijn overwegend indicatoren terug te vinden uit dimensie B (14 indicatoren). Daarnaast staan er ook 4 indicatoren uit de dimensie D, 2 indicatoren uit de dimensie C en 1 indicator uit dimensie A (tabel 12).

10 indicatoren uit de top 20 worden minimaal door een kwart van de ziekenhuizen gebruikt. De eerste indicator uit de top 20, *spontane melding van medicatiefouten via een systeem voor het melden van incidenten*, werd door bijna een Sp-ziekenhuis op twee overgenomen (7 ziekenhuizen op 16).

Tabel 12: Top 20 van de meest gebruikte indicatoren door de Sp-ziekenhuizen, per dimensie

	naam van de indicator	hits	%	dimensie
1	spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	7	44%	B
2	prevalentie van malnutritie bij opname	6	38%	B
3	handhygiëne : percentage naleving van de voorschriften (compliance) door de zorgverleners	5	31%	B
3'	gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	5	31%	D
5	medicatiefouten verdeeld over het ganse traject van voorschrift tot toediening van een geneesmiddel	4	25%	B
5'	aantal klachten bij de ombudsdienst	4	25%	B
5'	gebruik van handalcohol voor handhygiëne	4	25%	B
5'	specialisatiegraad verpleegkundigen	4	25%	D
5'	kwalificatiegraad verzorgend personeel	4	25%	D
5'	aantal VTE per eenheid	4	25%	D
11	infecties als gevolg van zorg	3	19%	A
11'	valincidenten van patiënten op bepaalde eenheden	3	19%	B
11'	het herhaald voorkomen van valincidenten bij éénzelfde patiënt	3	19%	B
11'	tevredenheidsmetingen bij patiënten	3	19%	B
11'	totaal aantal valincidenten	3	19%	B
11'	totaal aantal gemelde incidenten	3	19%	B
11'	deelname aan de derde nationale campagne ter promotie van de handhygiëne	3	19%	B

	naam van de indicator	hits	%	dimensie
11′	prevalentie van malnutritie die zich ontwikkeld heeft tijdens de ziekenhuisopname	3	19%	B
11′	totale ontwikkeling van malnutritie die zich ontwikkeld heeft tijdens de ziekenhuisopname	3	19%	B
11′	gebruik van hospitalisatiecapaciteit	3	19%	C
11′	gemiddelde verblijfsduur van patiënten met een specifieke pathologie	3	19%	C

Noot:
A = dimensie 'klinische performantie';
B = dimensie 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid';
C = dimensie 'economische, financiële en IT-performantie';
D = dimensie 'personeels- en teamgerichtheid'.

Tussen het tweede en het derde contractjaar is het aantal hits sterk gewijzigd. In het derde contractjaar (2009-2010) werd een indicator uit de top 20 maximaal door 44 % van de ziekenhuizen gebruikt terwijl in het tweede contractjaar (2008-2009) alle indicatoren uit de top 20 door meer dan 68 % van de ziekenhuizen werden gebruikt. Deze verandering is te wijten aan het feit dat eerder geen onderscheid werd gemaakt tussen indicatoren die worden opgevolgd in het kader van verbeteracties en deze met betrekking tot het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Indicatoren die het derde contractjaar niet langer in de top 20 staan, zijn indicatoren die hoofdzakelijk worden gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Het gevolg hiervan is dat zowel de inhoud als de volgorde van de indicatoren uit de top 20 tussen het tweede en het derde contractjaar is gewijzigd. Indicator 1 uit de top 20 in het derde contractjaar stond niet in de top 20 van het tweede contractjaar.

3.4.6.3. Top 5 van de meest gebruikte indicatoren en bijbehorende dimensies in de Sp-ziekenhuizen

Uit de analyse van de top 5 van indicatoren uit de Sp-ziekenhuizen blijkt dat voor **dimensie A** (klinische performantie), de indicator *infecties als gevolg van de zorg* het meeste voorkomt (19 %).

De top 5 van indicatoren in dimensie A uit het derde contractjaar (2009-2010) is niet gewijzigd ten opzichte van het tweede contractjaar (2008-2009).

Voor **dimensie B** (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid) werd de indicator *spontane melding van medicatiefouten via een systeem voor het melden van incidenten* door nagenoeg een Sp-ziekenhuis op twee aangeduid (7 op 16 Sp-ziekenhuizen). Ook hier kan de verklaring gevonden worden in het feit dat ziekenhuizen in het derde contractjaar sterk bezig geweest zijn met de uitbouw van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (*cf.* pijler 1).

De indicatoren *prevalentie van ondervoeding bij opname* en *handhygiëne: nalevingspercentage met betrekking tot de aanbevelingen voor zorgverstrekkers* werd respectievelijk in 38 % en 31 % van de gevallen aangeduid.

De top 5 van dimensie B gaf in het tweede contractjaar (2008-2009) een ander beeld[22]: 4 indicatoren wijzigden. De enige indicator die stand heeft gehouden is *het aantal klachten bij de ombudsdienst.* De overige indicatoren uit de top 5 van 2008-2009 worden in 2009-2010 voornamelijk gebruikt voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Voor **dimensie C** (economische, financiële en IT-performantie) werd de indicator *gebruik van de hospitalisatiecapaciteit* en de indicator *gemiddelde verblijfsduur van patiënten met een specifieke pathologie* aangestipt als het meest voorkomend (19 %).
De trend met betrekking tot de top 5 voor dimensie C bleef sinds het tweede contractjaar (2008-2009) ongewijzigd. De enige indicator die in het derde contractjaar (2009-2010) niet werd overgenomen is de indicator *IT-kosten.* Deze indicator die in het tweede contractjaar door 74 % van de Sp-ziekenhuizen werd overgenomen, werd in het derde contractjaar hoofdzakelijk gebruikt bij het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid (een enkel ziekenhuis volgt deze indicator op in het kader van verbeteracties).

Voor **dimensie D** (personeels- en teamgerichtheid) blijkt de indicator *gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel* het meest frequent voor te komen (31 %).

De top 5 van indicatoren in dimensie D uit het derde contractjaar (2009-2010) is niet gewijzigd ten opzichte van het tweede contractjaar (2008-2009).

22 In de gegevens van het tweede contractjaar (2008-2009) werd geen onderscheid gemaakt tussen 'indicatoren in het kader van verbeteracties' en 'het opvolgen van de kwaliteit en patiëntveiligheid'.

Tabel 13: Top 5 van de meest gebruikte indicatoren door de Sp-ziekenhuizen, per dimensie

DIMENSIE A: klinische performantie	hits	%	S	P	R
infecties als gevolg van zorg	3	19%			*
aantal risicopatiënten waarvan een specifieke voedingsanamnese wordt afgenomen	2	13%		*	
aantal risicopatiënten waarbij een specifiek protocol wordt opgestart m.b.t. malnutritie	2	13%		*	
totale ziekenhuissterfte	2	13%			*
6 ex-aequo (11.3; 11.7; 11.8; 11.9; 17.8.2; 20.4.7)	1	6%			
DIMENSIE B: patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid	hits	%	S	P	R
spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssysteem voor incidentmeldingen	7	44%			*
prevalentie van malnutritie bij opname	6	38%			*
handhygiëne : percentage naleving van de voorschriften (compliance) door de zorgverleners	5	31%		*	
3 ex-aequo (3.3 gebruik van handalcohol voor handhygiëne; 12.8.2 medicatiefouten verdeeld over het ganse traject van voorschrift tot toediening van een geneesmiddel; 13.3.1 aantal klachten bij de ombudsdienst)	4	25%			*
DIMENSIE C: economische, financiële en IT-performantie	hits	%	S	P	R
gebruik van hospitalisatiecapaciteit	3	19%			*
gemiddelde verblijfsduur van patiënten met een specifieke pathologie	3	19%			*
5 ex-aequo (5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5)	2	13%			
DIMENSIE D: personeels-en teamgerichtheid	hits	%	S	P	R
gevolgde bijscholingen door verpleegkundig/paramedisch personeel	5	31%		*	
specialisatiegraad verpleegkundigen	4	25%	*		
kwalificatiegraad verzorgend personeel	4	25%	*		
aantal VTE per eenheid	4	25%	*		
6 ex-aequo (1.15; 1.2; 1.3; 1.4; 1,5; 1.7)	2	13%			

Noot:
S = structuur;
P = proces;
R = resultaat.

Na analyse van de indicatoren uit de top 5 en voor alle dimensies samen (exclusief *ex aequo*'s) blijkt dat 46% (n = 6) van de indicatoren, resultaatsindi-

catoren zijn, 31 % (n = 4) zijn procesindicatoren en 23 % (n = 3) zijn structuurindicatoren.

4. DISCUSSIE

Bijna alle ziekenhuizen (98 %), hebben het rapportagedocument ingevuld en teruggestuurd naar de federale overheid.

Bij een vergelijking van het aantal aangeduide indicatoren uit het tweede en het derde contractjaar valt het op dat maar liefst een derde van de indicatoren die in het tweede contractjaar (2008-2009) werden aangeduid niet meer werden weerhouden in het derde contractjaar (2009-2010).

Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ofwel hebben de ziekenhuizen voor de analyse in het derde contractjaar enkel die indicatoren weerhouden die daadwerkelijk als indicator kunnen worden beschouwd (voor de sturing van kwaliteit en patiëntveiligheid), ofwel was er sprake van een zekere onzorgvuldigheid bij het invullen van de cartografie in het tweede contractjaar.

Waar in het tweede contractjaar (2008-2009) gemiddeld 95 indicatoren werden aangeduid door de ziekenhuizen is dit aantal gedaald naar 67 in het derde contractjaar (2009-2010), wat nog steeds relatief hoog is. Van alle aangeduide indicatoren worden er 3 op 4 gehanteerd voor de opvolging van kwaliteit en patiëntveiligheid en slechts 1 op 4 voor de opvolging van specifieke verbeteracties.

Het onevenwicht in het aantal indicatoren volgens de verschillende kwaliteitsdimensies blijft ook in het derde contractjaar (2009-2010) bestaan. 57 % van de gebruikte indicatoren heeft betrekking op de dimensie B (patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid), waar slechts 9 % betrekking heeft op de dimensie C (economische, financiële en IT-performantie). In het tweede contractjaar (2008-2009) werd nog het grootst aantal indicatoren opgetekend in de dimensie C. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de indicatoren van dimensie C vaak structureel verankerde indicatoren betreffen, ingedeeld in de categorie 'opvolgen kwaliteit en patiëntveiligheid'.

Een veelheid van ziekenhuismedewerkers en/of comités blijkt verantwoordelijk te zijn voor de opvolging van de indicatoren. De kwaliteitscoördinatoren lijken hier een prominente taak te vervullen, naast de verantwoordelijken van het verpleegkundig departement en de hoofdgeneesheren. Opvallend is dat

de algemene directie minder frequent werd genoemd, terwijl zou kunnen worden verwacht dat voor de zogeheten macro-indicatoren m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid de algemene directie een belangrijke opvolgingstaak te vervullen heeft. Vermoedelijk worden directies enkel geïnformeerd in geval van institutionele projecten en niet in geval van afdelingsgebonden projecten. Opvallend is ook dat indicatoren verbonden aan informatie en communicatietechnologie zeer weinig worden opgevolgd, terwijl het belang ervan zeer groot is voor de kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.

De opvolging van de indicatoren gebeurt voor de meerderheid van de indicatoren op jaarbasis. De vraag rijst of deze jaarlijkse frequentie van rapportage een voldoende proactieve benadering mogelijk maakt voor de meeste indicatoren. De internationale literatuur biedt echter weinig houvast voor wat betreft de opvolgingsfrequentie van niet-klinische indicatoren.

Uit de top 5 van zowel de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen blijkt een duidelijk effect van pijler 1. In het derde contractjaar (2009-2010) werd aan de ziekenhuizen immers gevraagd om een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten te ontwikkelen en/of te implementeren. De indicator *spontane meldingen van medicatiefouten via een rapporteringssyteem voor incidentmeldingen* staat bij de drie ziekenhuistypes in de top 5 van meest gebruikte indicatoren.

Als de resultaten afzonderlijk worden bekeken voor de drie ziekenhuistypes dan blijkt dat zowel de acute, de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen een groter aantal indicatoren opgeven behorende tot de categorie 'andere' in vergelijking tot indicatoren zoals opgelijst door de federale overheid. In het verlengde met de resultaten uit het tweede contractjaar (2008-2009) zijn ook in het derde contractjaar (2009-2010) de overgrote meerderheid van de indicatoren uitkomstindicatoren, ten nadele van proces- en structuurindicatoren. Enkel de Sp-ziekenhuizen hanteren een meer gebalanceerd beleid t.a.v. de soort indicatoren. Alhoewel resultaatsindicatoren belangrijk zijn voor het opvolgen van kwaliteit en patiëntveiligheid, wordt in de internationale literatuur ook het belang van structuur- en procesindicatoren geduid.

HOOFDSTUK 4. BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN

Kernconclusies

- De federale overheid blijft de ziekenhuizen verder ondersteunen bij de uitvoering van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'.
- Tussen juni 2010 en juni 2011 werden 23 workshops georganiseerd waar in totaal 722 ziekenhuismedewerkers voor inschreven.
- De workshops worden opgevat als een combinatie van het aanbrengen van theoretische inzichten en het illustreren van praktijkvoorbeelden door ziekenhuismedewerkers.
- De georganiseerde workshops behandelen voornamelijk thema's over het patiëntveiligheidsmanagementsysteem (pijler 1).
- De participatiegraad van het 4de symposium 'kwaliteit en patiëntveiligheid' vertoonde een dalende trend, het aantal aanwezige leidinggevenden en artsen eveneens.
- Een kritische reflectie dringt zich op met betrekking tot het bekomen van een duidelijker engagement van directies, artsen en leidinggevenden m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid.
- De ziekenhuisnetwerken continueren de eerder opgestarte activiteiten.

1. INLEIDING

Reeds in 2008 is de federale overheid gestart met het ontwikkelen van een begeleidings-en ondersteuningsplan voor de ziekenhuizen. Het doel hiervan is om ziekenhuizen daadwerkelijk te ondersteunen bij de uitvoering van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'.
In het eerste contractjaar (2007-2008) hadden ziekenhuizen deze behoefte duidelijk aangegeven. Om op de vraag van de ziekenhuizen in te gaan, is de federale overheid in 2008 onder meer gestart met het organiseren van workshops en het stimuleren van de ziekenhuisnetwerken. In de verschillende contractjaren worden steeds nieuwe elementen gevraagd. De workshops behandelen thema's die, voor het betreffende contractjaar, van toepassing zijn. Deze thema's kunnen ook onderwerp van agenda zijn tijdens de bijeenkomsten van de ziekenhuisnetwerken. Naast het organiseren van workshops en het stimuleren van het netwerken tussen de ziekenhuizen, worden de initiatieven die de afgelopen jaren werden opgestart, verdergezet. Het gaat over:

- het ter beschikking stellen van een overzicht van externe opleidingen;
- het bevorderen van de interactie met de ziekenhuizen;
- het ontwikkelen van gebruiksvriendelijke rapportagedocumenten voor de ziekenhuizen;
- het ontwikkelen van een informatieve website;
- het jaarlijks organiseren van een week en symposium over kwaliteit en patiëntveiligheid;
- het continueren van het TIM-project (intramurale transfer);
- het terugkoppelen van de geaggregeerde resultaten uit de ziekenhuisrapporten.

Nieuw in 2011 is de helpdesk voor de taxonomie. Deze helpdesk is te consulteren via http://forum.icps-belgium.be/ en is bedoeld om ziekenhuizen te helpen in het correct registreren van incidenten volgens de taxonomie van de WHO en om ondersteuning te bieden bij het coderen van incidenten in het XML-formaat.
Hierna worden de activiteiten beschreven die in het kader van het begeleidings- en ondersteuningsplan van juni 2010 tot juni 2011 werden georganiseerd.[23]

Over sommige begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten wordt meer gedetailleerd gerapporteerd in de bijlage op het einde van dit hoofdstuk.

23 In het rapport over het tweede contractjaar: 'Kwaliteit en patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen anno 2009' werd uitvoerig gerapporteerd over de begeleidings-en ondersteuningsactiviteiten die werden georganiseerd in 2007, 2008, 2009 en 2010 (tot juni).

2. WORKSHOPS

In het kader van het derde contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntenveiligheid' 2009-2010 werd gevraagd om vijf incidenten te beschrijven en de toegepaste retrospectieve analysemethode, evenals de uitgevoerde verbeteracties te specificeren. De ziekenhuizen moeten deze incidenten tevens in de taxonomie van de WHO classificeren. In dit kader werden ziekenhuizen eveneens gestimuleerd om het ontwikkelde XML-exportmodel te implementeren. In het vierde contractjaar (2011) werd aan de ziekenhuizen ook gevraagd een tweede cultuurmeting uit te voeren.

Tussen juni 2010 en juni 2011 werden over elk van de hierboven genoemde thema's 23 workshops georganiseerd waar in totaal 722 ziekenhuismedewerkers voor inschreven. Deze workshops gingen over:

- retrospectieve analysemethodes:
  - SIRE[24] (14 workshops, 339 inschrijvingen);
  - PRISMA[25] en SIRE (3 workshops voor nieuwe ziekenhuismedewerkers[26], 72 inschrijvingen);
- taxonomie (2 workshops voor nieuwe ziekenhuismedewerkers[27], 33 inschrijvingen);
- XML-exportmodel (2 workshops, 139 inschrijvingen);
- patiëntveiligheidscultuurmeting (2 workshops, 139 inschrijvingen).

2.1. Workshops over retrospectieve analysemethodes

Tussen juni 2010 en juni 2011 werden 16 workshops georganiseerd over retrospectieve analysemethodes: 2 over PRISMA en 14 over de SIRE-methodiek.

Over de PRISMA-methode werden al eerder (in 2009 en in het voorjaar van 2010) 7 workshops georganiseerd. Maar om nieuw aangeworven kwaliteitscoördinatoren en/of medewerkers patiëntveiligheid de kans te geven zich bij te scholen in de methode, werden 2 extra workshops georganiseerd voor nieuwkomers. Hiervoor schreven 44 ziekenhuismedewerkers in.

24 SIRE: Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie.
25 PRISMA: Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis.
26 In het voorjaar van 2010 werden over PRISMA 7 workshops georganiseerd met 179 deelnemers.
27 In het voorjaar van 2010 werden over taxonomie 5 workshops georganiseerd met 191 deelnemers.

De workshops over de SIRE-methode werden in twee fasen georganiseerd. De SIRE-methode is immers opgevat als een stappenplan (stap 1 tot 7). De stappen 1 tot 4 werden behandeld in 14 workshops, georganiseerd in het voor- en het najaar van 2010. Twee van deze workshops waren bedoeld voor nieuwe ziekenhuismedewerkers. Over de stappen 5 tot 7 werden workshops georganiseerd in het voorjaar van 2011. In totaal hebben zich 339 ziekenhuismedewerkers voor de workshops over SIRE ingeschreven.

2.2. Workshops over taxonomie en XML

Ook over de taxonomie werden al eerder (in 2009 en in het voorjaar van 2010) 7 workshops georganiseerd. Maar om nieuw aangeworven kwaliteitscoördinatoren en/of medewerkers patiëntveiligheid de kans te geven zich hierin bij te scholen, werden 2 extra workshops georganiseerd voor nieuwkomers. Hiervoor schreven 33 ziekenhuismedewerkers in.

In het derde contractjaar (2009-2010) werden de ziekenhuizen aangemoedigd om het ontwikkelde XML-exportmodel te implementeren in het meld- en leersysteem. De federale overheid benadrukt hierbij het belang en het nut om incidentmeldingen na taxonomiecodering te exporteren via XML naar een database. Ter ondersteuning van de ziekenhuizen en de commerciële firma's werd een handleiding (guideline), een lege database en een programma voor het inlezen van de XML-files ontwikkeld. Om deze instrumenten toe te lichten werd een workshop XML georganiseerd. Hiervoor schreven zich 149 ziekenhuismedewerkers (informatici) in (*cf.* bijlage 1).

De ontwikkelde software kan gedownload worden op www.patient-safety.be.

2.3 Workshops over de patiëntveiligheidscultuurmeting

In het vierde contractjaar (2011) werd aan de ziekenhuizen gevraagd een tweede patiëntveiligheidscultuurmeting uit te voeren.
Om die ziekenhuizen opnieuw vertrouwd te maken met de methodologie werden twee specifieke workshop georganiseerd. Daarbij werden de essentiële elementen waarmee rekening moet gehouden worden, voorgesteld. Ook de mogelijkheid om opnieuw deel te nemen aan het benchmarkonderzoek, gecoördineerd door de UHasselt, werd toegelicht. Voor deze workshops waren 139 ziekenhuismedewerkers ingeschreven (*cf.* bijlage 1).

Uit de analyse van de resultaten van de tevredenheidsenquêtes van de deelnemers blijkt dat de workshops grotendeels tegemoetkomen aan de noden en verwachtingen van de deelnemers.

Een beschrijving van de workshops is beschikbaar op de website www.patient-safety.be.

3. STIMULEREN EN ONDERSTEUNEN VAN ZIEKENHUISNETWERKEn

Sedert 2009 zijn, in de context van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' bijkomende ziekenhuisnetwerken opgericht. In Vlaanderen werden twee netwerken opgericht: 1 voor psychiatrische ziekenhuizen en 1 voor Sp-ziekenhuizen. In Wallonië gingen eveneens twee nieuwe netwerken van start: 1 netwerk met acute en Sp-ziekenhuizen en 1 netwerk met psychiatrische ziekenhuizen (QualPsy).

Het QS-team bevordert en ondersteunt de netwerken, onder meer op de volgende manieren:
- door het coördineren van de vergaderingen volgens precies afgelijnde thema's;
- door de mogelijkheid te bieden om best practices actief te delen waardoor kennisuitwisseling wordt bevorderd;
- door het leveren van logistieke steun (vergaderzalen).

De 4 hierboven genoemde netwerken hebben ook in 2010 de activiteiten verdergezet, elk volgens eens eigen dynamiek. Meer details hierover zijn terug te vinden in bijlage 2.

4. 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.
Ook in 2010 heeft het QS-team een overzicht opgesteld met een aanbod aan externe vormingsmogelijkheden. Drie categorieën worden hierbij onderscheiden:
1. opleidingen over kwaliteit en patiëntveiligheid;
2. nationale en internationale congressen over kwaliteit en patiëntveiligheid;
3. andere opleidingen over kwaliteit.

5. INTERACTIE MET DE ZIEKENHUIZEN

Alle mededelingen over patiëntveiligheid en het contract gebeuren per mail. Via deze weg wordt gecommuniceerd over de workshops, het symposium, de rapportagedocumenten, de ziekenhuisnetwerken enz. Het QS-team stuurt deze mails consequent naar zowel de ziekenhuisdirecties als de contactpersonen voor het contract. In de loop van de jaren is gebleken dat ziekenhuizen vragende partij zijn om de communicatie niet te beperken tot deze twee personen. Dit is een positieve evolutie. Over sommige thema's worden ook andere ziekenhuismedewerkers geïnformeerd, zoals bijvoorbeeld de hoofdgeneesheren over de klinische indicatoren van de multidimensionele feedback.

Ziekenhuizen kunnen met vragen steeds terecht bij de medewerkers van het QS-team, hetzij telefonisch, hetzij via qs@gezondheid.belgie.be of via het individueel mailadres van de medewerkers.

Een gestroomlijnde en betere communicatie blijft voor de federale overheid een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst.

6. RAPPORTAGEDOCUMENTEN VOOR DE ZIEKENHUIZEN

Bij de start van de contracten in 2007 werden aan de ziekenhuizen instrumenten ter beschikking gesteld om de rapportage te vergemakkelijken. Vanaf het derde contractjaar (2009-2010) werden de rapportagedocumenten ontwikkeld in Excel die ook toelaten om de gegevens op een efficiëntere manier te analyseren op nationaal niveau.
Het gebruik van ontwikkelde rapportagedocumenten is verplicht.

7. WEBSITE

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. Ook via www.patient-safety.be kan rechtstreeks ingelogd worden.

Alle 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'.

In de loop van 2010 werden twee hoofdrubrieken toegevoegd: *Safe Surgery* en *VAP* (Ventilatie Geassocieerde Pneumonie). Hoewel deze twee thema's niet gerelateerd zijn aan het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' zijn ze wel zeer relevant voor een veilige zorg.

8. WEEK EN SYMPOSIUM OVER KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID

In november 2010 werd de vierde week en het vierde symposium georganiseerd over kwaliteit en patiëntveiligheid.
De ziekenhuizen werden opnieuw aangemoedigd om specifieke patiëntveiligheidsacties te ondernemen tijdens de vierde week voor patiëntveiligheid en om zich actief te engageren door, binnen de eigen instelling, patiëntveiligheid centraal te stellen.

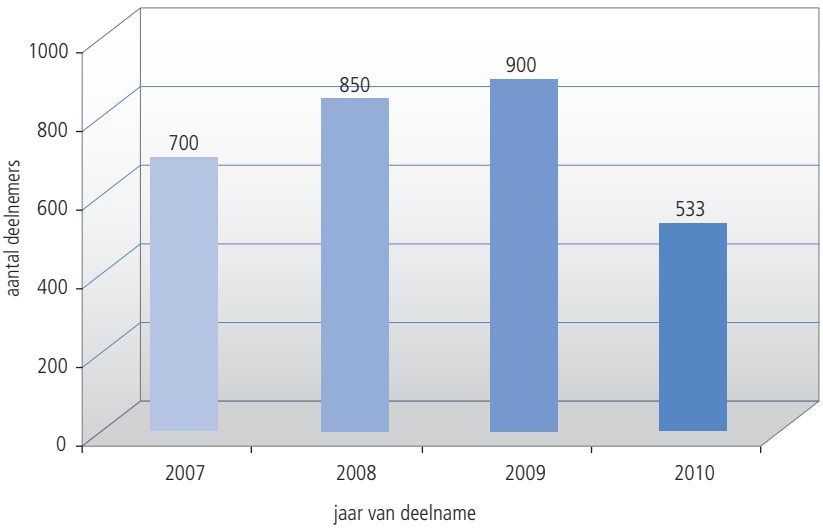
Het vierde symposium was een combinatie van lezingen over specifieke thema's en een postersessie.
Voor de lezingen wordt steeds gestreefd naar een evenwichtig programma waarbij zowel de acute, de psychiatrische als de Sp-ziekenhuizen aan bod komen.
De vier grote thema's waren:
1. 'terugblik en vooruitzichten';
2. 'zorgprocessen kritisch bekeken';
3. 'innovatieve verbeteracties';
4. 'kwaliteit en patiëntveiligheid: wat betekent dit in psychiatrische en Sp-ziekenhuizen?'.

Tijdens het symposium werden 29 posters voorgesteld en er was, voor de eerste keer, ook een publieksprijs te winnen. De publieksprijs ging naar: de poster van het CHU Mont-Godinne (A.S. Cornet, B. Krug *et al.*) over hoe de medewerkers warm gemaakt kunnen worden voor patiëntveiligheid en de poster van het AZ Damiaan (Nathalie Baillieul *et al.*) over hoe de veiligheidscultuur kan versterkt worden.

Voor de eerste keer vertoonden zowel de participatiegraad als de tevredenheidsgraad een dalende trend en waren er *quasi* geen directieleden, artsen of leiding-

gevenden aanwezig (*cf.* grafiek 1). Deze vaststelling heeft het QS-team bijkomend versterkt in de overtuiging dat expliciete actie moet ondernomen worden om artsen en leidinggevenden te betrekken bij het kwaliteits- en patiëntveiligheidsgebeuren. Hiervoor worden onder meer de ziekenhuiskoepels gecontacteerd met de vraag om gezamenlijk werk te maken van het aspect 'leiderschap'. Een tweede belangrijke conclusie die genomen werd, was om het symposium te organiseren ná de week voor patiëntveiligheid. Hierdoor krijgen ziekenhuismedewerkers de kans om aan het symposium te participeren zonder dat de georganiseerde patiëntveiligheidsinitiatieven in de eigen instelling in het gedrang hoeven te komen.

Grafiek 1: Aantal deelnemers aan het symposium kwaliteit en patiëntveiligheid in 2007, 2008, 2009 en 2010



9. TIM-PROJECT (TRANSFERT INTRAMUROS DES PATIENTS)

Net zoals in het tweede contractjaar, werd ook in het derde contractjaar (2009-2010) veel aandacht besteed aan intramurale transfer. Drie op 10 van de ingediende verbeterprocessen in pijler 2 ging hierover. Voor dit project werd in 2009 een overeenkomst afgesloten tussen de FOD Volksgezondheid en de drie 'Ecoles de Santé Publique'[28] met de opdracht methodologische ondersteuning

28 Respectievelijk: Université Catholique de Louvain (UCL), Université Libre de Bruxelles (ULB) en Université de Liège (ULg).

uit te werken over intramurale transfer (TIM-project). Deze overeenkomst werd verlengd en thematisch uitgebreid tijdens het derde contractjaar (2009-2010). Er werd verdergewerkt aan de aanbevelingen m.b.t. intramurale transfer van stabiele patiënten. Eveneens werd dit project met twee thema's uitgebreid:
- TEM: extramurale transfer van stabiele patiënten;
- TIMI: intramurale transfer van instabiele patiënten.

De voornaamste doelstellingen van het TIM-project zijn:
- op korte termijn: het inventariseren, analyseren, meten en verbeteren van de procedure inzake intramurale transfer;
- op langere termijn: het ontwikkelen en uittesten van een model voor patiëntentransfer om het vervolgens te veralgemenen.

Over het TEM en het TIMI-netwerk wordt gerapporteerd in bijlage 3.

10. HELPDESK VOOR DE TAXONOMIE

De helpdesk voor de taxonomie heeft als bedoeling om ziekenhuizen te ondersteunen om incidenten correct te classificeren volgens de taxonomie en om te verduidelijken hoe deze incidenten kunnen gecodeerd worden in het XML-exportmodel.
De helpdesk bestaat uit drie onderdelen:
1. Het onderdeel 'Ask & Discuss' (A & D)
   Hiermee kunnen gebruikers met elkaar in discussie treden. Er kunnen vragen gesteld worden en andere gebruikers kunnen deze beantwoorden of er feedback op geven. De bediscussieerde onderwerpen en vragen worden vervolgens besproken op de tweemaandelijkse bijeenkomsten van de werkgroep taxonomie. Bij complexe vragen wordt een antwoord geformuleerd op basis van consensus van de werkgroep. Relevante of weerkerende topics zullen geherformuleerd worden als een standaard FAQ.
2. Het onderdeel 'Frequently Asked Questions' (FAQ's)
   In dit onderdeel is een set van standaardantwoorden terug te vinden op veel gestelde vragen. Deze antwoorden worden door de werkgroep taxonomie geformuleerd, rekening houdend met de gevoerde discussies op de helpdesk.
3. Het onderdeel 'download'
   Hier is de meest actuele versie van de handleidingen (taxonomie, XML…) en andere instrumenten terug te vinden.

Elke gebruiker kan in de eigen taal vragen stellen. Om misverstanden, misinterpretaties en/of semantische discussies te vermijden, worden de antwoorden in het Engels geformuleerd.
Om toegang te krijgen tot de helpdesk, vragen te stellen en/of antwoorden te bekijken, moet een gebruiker zich eerst registreren door een gebruikersnaam en paswoord te creëren. Na bevestiging per email, kan de gebruiker zich aanmelden.
Deze helpdesk kan geconsulteerd worden via http://forum.icps-belgium.be.

11. TERUGKOPPELING VAN DE GEAGGREGEERDE RESULTATEN UIT DE ZIEKENHUISRAPPORTEN

De resultaten uit de jaarlijkse ziekenhuisrapporten worden door het QS-team op geaggregeerd niveau verwerkt en onder de vorm van een publicatie met de ziekenhuizen teruggekoppeld. Een eerste publicatie verscheen in 2008[29], een tweede in 2009.[30] Deze rapporten kunnen worden geraadpleegd op de website www.patient-safety.be. Eveneens wordt een powerpointpresentatie ter beschikking gesteld waarin de resultaten worden samengevat en die ziekenhuizen kunnen gebruiken om binnen de eigen instelling over de resultaten te communiceren.

29 L. Borgermans *et al.*, *Kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2008. Rapportage over het contract kwaliteit en patiëntveiligheid 2007-2008*, FOD Volksgezondheid, 2008.

30 L. Borgermans *et al.*, *Kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2009. Rapportage over het contract kwaliteit en patiëntveiligheid 2008-2009*, FOD Volksgezondheid, 2009.

BIJLAGE 1

Overzicht van workshops, georganiseerd tussen juni 2010 en juni 2011

thema	aantal sessies	aantal deelnemers	sprekers
SIRE 1 (deel 1)	7	73 + 107 = 180	Franstalige workshops • X. De Béthune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) • D. Putzeys (CHR de la Citadelle, Liège) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) Nederlandstalige workshops • A. Van de Velde (O.L.Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • A. Schollaert (P.C. Sleidinge)
XML-exportmodel	2	115 + 24 = 139	L. Van Looy (GZA, Antwerpen) M. Devos (Calidos)
SIRE (deel 2)	9	77 + 82 = 159	Franstalige workshops • X. De Béthune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)) • D. Putzeys (CHR de la Citadelle, Liège) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) Nederlandstalige workshops • Van de Velde (O.L.Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • T. Nelis (Jessa Ziekenhuis, Hasselt)
patiëntveiligheids-cultuurmeting	2	46 + 93 = 139	Franstalige workshops • D. Sauwens (FOD Volksgezondheid) • Vlayen (Universiteit Hasselt) • M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) Nederlandstalige workshops • Vlayen (Universiteit Hasselt) • X. Morret (Sint-Andriesziekenhuis, Tielt)

thema	aantal sessies	aantal deelnemers	sprekers
PRISMA (voor starters)	1	28	M. Etienne (GZA, Antwerpen) A. Braet (AZ Sint-Blasius, Dendermonde)
taxonomie (voor starters)	2	13 + 20 = 33	Franstalige workshops • M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) Nederlandstalige workshops • T. Coolen (AZ Groeninge) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • T. Nelis (Jessa Ziekenhuis, Hasselt)
SIRE 1 (voor starters)	1	29	• Van de Velde (O.L.Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen)
PRISMA/SIRE 1 (voor starters)	1	15	• M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) • C. De Leeuw (CH Jean Titeca, Brussel) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies)

BIJLAGE 2

Omschrijving en activiteiten van de ziekenhuisnetwerken

1. Nederlandstalig netwerk voor psychiatrische ziekenhuizen

Voor de psychiatrische ziekenhuizen werden tussen juni 2010 en juli 2011, drie overlegmomenten georganiseerd waarop volgende specifieke onderwerpen aan bod kwamen:

- Patiëntveiligheidscultuurmeting 2011
  Ter voorbereiding van de patiëntveiligheidscultuurmeting 2011 werd aan het netwerk van de psychiatrische ziekenhuizen een actieve inbreng gevraagd voor het aanpassen van de vragenlijst aan de psychiatrische ziekenhuizen. Deze oefening gebeurde onder de coördinatie van Mevr. Annemie Vlayen van de Uhasselt. De rubrieken 'primaire werkomgeving' en 'functie' werden aangepast waardoor de vragenlijst meer geschikt werd voor de psychiatrische ziekenhuizen, ook in functie van het tweede benchmarkonderzoek in 2012.

- Transmurale processen binnen de psychiatrische ziekenhuizen
  Als voorbereiding op het contract 2011 werden psychiatrische ziekenhuizen gevraagd om na te denken over transmurale processen binnen de psychiatrie.

- Het gebruik van de taxonomie in psychiatrische ziekenhuizen
  Aan de hand van een ziekenhuisvoorbeeld werd de taxonomie verder verduidelijkt en meer specifiek benaderd vanuit de invalshoek van de psychiatrische ziekenhuizen.

- Het ontwikkelen van een basisset van indicatoren voor de psychiatrische ziekenhuizen.
  Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om een voorstel uit te werken over indicatoren of indicatordomeinen. Drie voorstellen werden toegelicht door de betrokkenen.

De inhoud van de vergaderingen wordt in grote mate bepaald door de deelnemende ziekenhuizen. Hierdoor sluit de inhoud ervan goed aan met de concrete vragen die zich stellen in de dagelijkse psychiatrische ziekenhuispraktijk.

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

2. Nederlandstalig netwerk voor Sp-ziekenhuizen

Ook voor de Sp-ziekenhuizen werden tussen juni 2010 en juli 2011, drie overlegmomenten georganiseerd met als thema's:

- incidenten m.b.t. medicatie in Sp-ziekenhuizen;
- voorstel van verbetertraject medicatieveiligheid;
- contract 2011;
- samenstelling van uniforme indicatordomeinen voor de Sp-ziekenhuizen;
- voorbereiding overleg FOD Volksgezondheid en Vlaams Agentschap Zorg en Welzijn met betrekking tot indicatoren in de Sp-ziekenhuizen.

De hierboven genoemde thema's werden grotendeels bepaald door de Sp-ziekenhuizen zelf.

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

3. Franstalig netwerk voor acute en Sp-ziekenhuizen

Tijdens 5 vergaderingen van 19 ziekenhuizen werden de volgende drie thema's behandeld:

- De analyse van incidenten
  Aan de hand van concrete voorbeelden werden incidenten retrospectief geanalyseerd volgens de PRISMA- en/of SIRE-methodiek.

- Opleiding groepsanimatie
  21 kwaliteitscoördinatoren volgden 2 (van 4) modules m.b.t. groepsanimatie. Hierbij lag het accent op de verbale en niet-verbale communicatie.

- Gemeenschappelijke sensibiliseringsinitiatieven
  Net als bij de campagne voor handhygiëne willen de leden van dit netwerk een sensibiliseringscampagne op het getouw zetten m.b.t. het dragen van de patiëntidentificatiearmbandjes.

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

4. QualPsy – Franstalig netwerk van psychiatrische ziekenhuizen

Van bij de oprichting, in december 2007, is het QualPsy-netwerk samengesteld uit de coördinatoren 'kwaliteit en patiëntveiligheid' van 17 Franstalige psychiatrische ziekenhuizen uit Wallonië en Brussel. De leden van het netwerk komen elke maand een dag lang samen. Door dit netwerk werden 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 werkmethodes 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.

QualPsy benadrukt dat de psychiatrie zich niet louter beperkt tot een medicamenteuze aanpak. Naast de impact van de geneesmiddelen op de symptomatologie is ook de therapeutische relatie met de patiënt en/of zijn familie cruciaal. Daarom werd een project gestart waarbij de kwaliteit van de therapeutische relatie en het belang van actieve participatie van de patiënt aan zijn behandeling centraal staan. Andere aandachtspunten voor dit netwerk zijn agressie en isolatiebeleid. Ook met betrekking tot de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (art. 107) werden initiatieven genomen, meer bepaald over de kwaliteit van de communicatie tussen teams.

Meer informatie over dit netwerk is te bekomen bij eric.pierrard@fracarita.org.

BIJLAGE 3

TEM netwerk – TIMI netwerk

Hierna worden de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot het TEM-netwerk en het TIMI-netwerk toegelicht.
TEM staat voor: extramurale transfer van patiënten (Transfert ExtraMuros des patients).
TIMI staat voor: intramurale transfer van instabiele patiënten (Transfert IntraMuros des patients Instables).

1. TEM (Transfert ExtraMuros des patients)

In de loop van 2010 en 2011 werden twee vormingsdagen georganiseerd over extramurale transfer.

Tijdens de eerste dag werd ingegaan op de bestaande literatuur m.b.t. dit thema. Uit een meta-analyse in 2010 van 5.739 artikels werden er 12 weerhouden (4 Amerikaanse, 4 Europese, 3 Australische en 1 Jamaciaanse studie). Op basis van deze literatuurstudie werden de volgende vaststellingen geformuleerd:

- het is moeilijk om een precieze definitie te vinden van niet-dringend ziekenhuisvervoer;
- de toestand van de betrokken patiënten in de resp. onderzoeken is sterk verschillend maar niet kritiek;
- er wordt geen onderscheid gemaakt tussen het begrip 'vervoer' en het begrip 'transfer';
- er bestaat heel wat onwetendheid over de noden bij een extramurale transfer: gebrek aan aangepaste procedures, geen goede communicatiemethodes tussen de betrokken instellingen, geen gepaste vervoermiddelen en onvoldoende geschikt personeel;
- niet goed uitgevoerde transfers zijn van 6 % naar 4 % terug te brengen indien het begeleidingspersoneel voldoende gekwalificeerd is terwijl het percentage goed uitgevoerde transfers stijgt van 0 tot 20 % bij overgekwalificeerd begeleidingspersoneel;
- standaardisering van het transferproces is cruciaal;
- goede communicatie is essentieel voor een goed transferproces;

- van bij de ziekenhuisopname moet reeds nagedacht worden over het ontslag van de patiënt en is het essentieel dat alle betrokken diensten, ook de sociale dienst, expliciet betrokken worden;
- een extramuraal transferproces bestaat uit een geheel van schakels die op efficiënte manier moeten worden geïntegreerd in elk zorgproces of klinisch pad.

De tweede vormingsdag was gewijd aan de manier waarop extramurale transfer moet worden aangepakt vanuit de betrokken ziekenhuisdiensten (donoreenheden en receptoreenheden).

2. *TIMI (Transfer IntraMuros des patients Instables)*

In de loop van 2010 werd een studiedag georganiseerd over intramurale transfer van instabiele patiënten (TIMI) bedoeld voor verantwoordelijken en zorgverleners van de diensten spoed, reanimatie, anesthesie en andere hoogrisicodiensten. Aan deze studiedag namen 101 deelnemers deel uit 29 Belgische en 2 buitenlandse ziekenhuizen (het Universitair Medisch Centrum van Utrecht en het CHU van Dijon).

De volgende vier onderdelen kwamen aan bod:

- een theoretische uiteenzetting waarbij TIMI toegelicht werd door twee Belgische spoedartsen en waarbij Prof. Quenot (Dijon) een illustratie gaf van de in Frankrijk toegepaste methodologie en de 99 aanbevelingen in verband met TIMI;
- zes workshops over de aanbevelingen met de volgende thema's:
  - epidemiologie van ongewenste gebeurtenissen in relatie met de patiënt en de omgeving (19 aanbevelingen);
  - materiaal, monitoring en toezicht (22 aanbevelingen);
  - materiaal, monitoring en toezicht (22 andere aanbevelingen);
  - voorbereiding van de patiënt voor transport (18 aanbevelingen);
  - human resources en opleiding (8 aanbevelingen);
  - organisatie, architectuur en traceerbaarheid (10 aanbevelingen).

  Elke deelnemer werd gevraagd om een mening te geven over de aanbevelingen die werden geformuleerd door het Stuurcomité van de drie instellingen van de 'Ecoles de Santé Publique francophones' en door de leden van het wetenschappelijk comité[31] (5 spoedartsen);

31 Dr. Jacques Berré, kliniekhoofd, intensive care, ULB Erasme, Dr. Yves Laurent, intensive care, Centre Hospitalier Lobbes – Jolimont, Dr. Didier Ledoux, Intensive care, ULg, Dr. Jean-Pierre Quenot, diensthoofd, medische reanimatie, CHU Dijon (France), Prof. Dr.

- een film over postoperatieve transfer van een patiënt in een levensbedreigende situatie (Bas De Vries, Universitair Medisch Centrum van Utrecht);
- een rondetafelgesprek onder leiding van Prof F. Thys (UCL) waarbij de resultaten werden voorgesteld over de stemming van de deelnemers over de 99 aanbevelingen.

De 99 Franse aanbevelingen werden zeer positief onthaald. De deelnemers stelden de vraag naar follow-up van de aanbevelingen, naar begeleiding in de ziekenhuizen voor de intramurale transfer van instabiele patiënten en naar een multicenterstudie met Frankrijk. Tegen de start van het academiejaar 2011-2012 zal het Stuurcomité, in overleg met de leden van het wetenschappelijk comité enkele voorstellen uitwerken.

De film over postoperatieve transfer werd als zeer bruikbaar geëvalueerd omdat hieruit duidelijk bleek dat gedragswijziging essentieel is voor een betere intramurale transfer van instabiele patiënten.

Frédéric Thys, diensthoofd, spoeddienst, UCL Saint-Luc.

HOOFDSTUK 5. ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST

In dit hoofdstuk worden de oriëntaties voor de toekomst besproken tot 2017. In het vorige rapport 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2009' werd reeds aangegeven dat de na te streven doelstellingen betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid voor de federale overheid prioritaire aandachtspunten blijven.

De resultaten van de voorgaande projectjaren leren immers dat er nog een lange weg af te leggen valt voor de meeste onderdelen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit neemt niet weg dat er reeds een aantal belangrijke elementen zijn gerealiseerd door de ziekenhuizen. Het meten van de patiëntveiligheidscultuur waar verbeteracties aan gekoppeld worden, de positieve evolutie in het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten en de toegenomen aandacht voor procesverbeteringen zijn belangrijke ontwikkelingen in de goede richting. Een groot verbeterpotentieel blijft echter aanwezig voor wat betreft de ontwikkeling en implementatie van patiëntgerichte zorg, het gebruik van multidimensionele indicatoren op de verschillende niveaus van het ziekenhuis alsook de uitbouw van transmurale zorg. Een belangrijk knelpunt blijft ook de betrokkenheid van directies, artsen en leidinggevenden wat door de overheid wordt beschouwd als een essentiële randvoorwaarde voor de realisatie van (verbeteringen in) kwaliteit en patiëntveiligheid. Directies, artsen en leidinggevenden zijn immers cruciale spelers in het definiëren en implementeren van een performant ziekenhuisbeleid zoals de overheid dit voorstaat.

De bouwstenen van een performant ziekenhuisbeleid zijn klantgerichtheid, innovatie, ondernemingszin en samenwerking en/of netwerking. De eerste bouwsteen (klantgerichtheid) ziet de overheid als het voldoen aan de verwachtingen van de klant. Niet enkel de patiënt maar ook zijn/haar familie valt hierbij onder de noemer van 'klant'. Steeds belangrijker voor klantgerichtheid wordt het concept van *relationship-based care*. Dit concept gaat verder dan goede communicatie tussen een individuele zorgverstrekker en de patiënt. Het betekent dat iedereen die op directe en indirecte wijze is betrokken bij de zorg alle noodzakelijke maatregelen en inspanningen stelt om alle facetten van de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit heeft betrekking op zowel

de communicatie als alle andere materiële en immateriële processen die de zorg beïnvloeden. Zoals door Katie Holtrop – een ervaringsdeskundige op het vlak van relationship-based care – wordt gesteld: *relationship-based care is not a soft option.* De overheid onderschrijft deze visie.

Voor de tweede bouwsteen (innovatie) wordt dit door de overheid gedefinieerd als het ontwikkelen en/of implementeren van nieuwe of verbeterde producten, diensten, processen, systemen, organisatorische structuren of businessmodellen die als doel hebben toegevoegde waarde te creëren voor patiënten/klanten en waarbij een verbeterde efficiëntie, effectiviteit, patiëntveiligheid, toegankelijkheid en duurzaamheid worden nagestreefd. Innovatie zal de komende jaren impliceren dat kwaliteit en patiëntveiligheid zal worden ingebracht in de bestaande zorgprogramma's. Dit veronderstelt dan wel dat de zorgprogramma's volgens bepaalde randvoorwaarden verder ontwikkelen, waaronder wordt verstaan de beschikbaarheid van structuur, proces en resultaatsindicatoren en processen onder de vorm van bijvoorbeeld zorgpaden.

De derde bouwsteen (ondernemingszin) weerspiegelt in essentie de factor leiderschap waarbij in de context van het contract coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid planmatig en doelgericht verbeteringen in de kwaliteit en patiëntveiligheid worden nagestreefd door directies en leidinggevenden op verschillende niveaus. Meer dan ooit heeft het ziekenhuiswezen behoefte aan inspirerend leiderschap waardoor patiënten echt centraal worden geplaatst, medewerkers worden gevaloriseerd en de samenwerking met de eerste lijn, andere ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen wordt verbeterd.

Wat betreft de vierde bouwsteen (samenwerking en/of netwerking) zullen het stijgend aantal chronisch zieken en patiënten met complexe zorgvragen de ziekenhuizen er verder toe aanzetten om te investeren in transmurale zorg, waarbij een veelheid van samenwerkingsverbanden moet worden uitgewerkt en geoptimaliseerd.

De federale overheid zal het accent op deze vier bouwstenen verder intensifiëren. Een goede samenwerking met de ziekenhuiskoepels wordt hierbij nagestreefd. De samenwerking met de ziekenhuiskoepels moet aanleiding geven tot nieuwe synergieën meer bepaald met betrekking tot het (verder) motiveren van ziekenhuisdirecties om leiderschap op te nemen voor kwaliteit en patiëntveiligheid.

In 2012, het laatste jaar van het eerste meerjarenplan, wil de overheid streven naar een integratie van alle informatiebronnen betreffende patiëntveiligheid

waaronder bijvoorbeeld patiëntentevredenheidsmetingen en proactieve analysemethoden (pijler 1).

Voor pijler 2 wordt de focus gelegd op transmurale zorg en wordt, op basis van de uitgevoerde SWOT-analyse, aan de ziekenhuizen gevraagd om het gekozen transmuraal proces verder uit te werken tegen einde 2012.

Voor pijler 3 (indicatoren) zal de federale overheid afstemmen met de ziekenhuiskoepels, de ziekenhuisnetwerken, de gemeenschappen en gewesten en andere betrokken partijen. In het kader van het contract 2012 zal de focus van de federale overheid liggen op het ontwikkelen van een ondersteuningsplan m.b.t. indicatoren voor de ziekenhuizen en dit in samenwerking met de betrokken actoren.

Het tweede meerjarenplan (2013-2017) is in voorbereiding. De oorspronkelijke pijlers (structuur, proces en resultaat) blijven behouden maar worden thematisch geïntegreerd. De topics voor de komende jaren zullen, gezien de evolutie, rekening houden met de op gang komende accrediteringsbeweging in de ziekenhuizen. De federale overheid zal enkele topics die hiervoor belangrijk zijn, zoals bv. patiëntidentificatie en safe surgery, integreren in het nieuwe meerjarenplan.

OVERZICHT VAN DE BETROKKEN WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2011

Leden Federale Werkgroep Patiëntveiligheid

Dr. de Béthune Xavier
Dhr. De Greef Johan
Mevr. Delgaudine Marie
Mevr. De Troyer Vera
Dhr. Etienne Mark
Dhr. Goossens Bart
Dhr. Happe Christophe
Prof. Dr. Heller Francis
Dr. Hellings Johan
M. Hermand Bernard
Prof. Dr. Krug Bruno
Dr. Laurent Marius
Dhr. Nelis Thijs
Prof. Dr. Robays Hugo
Prof. Dr. Vandekerckhove Bart
Dr. Van Looy Luc

Leden Werkgroep Taxonomie

Dr. Braet Anja
Dr. de Béthune Xavier
Dhr. Etienne Mark
Dhr. Goossens Bart
Dhr. Hermand Bernard
Mevr. Kerstens Wendy
Prof. Dr. Krug Bruno
Dr. Laurent Marius
Dhr. Nelis Thijs
Mevr. Postelmans Tilly

Mevr. Schollaert Anneleen
Dhr. Van Daele Patrick
Dr. Van de Candelaere Stefan
Mevr. Van de Velde Ann
Dr. Van Looy Luc
Dr. Vandenbosch Kristel