KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ANNO 2012

Rapportage over het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2012'

Directoraat-generaal Gezondheidszorg
Dienst Acute, Chronische Zorg en Ouderenzorg

Christiaan Decoster
Mark Etienne
Margareta Haelterman
Laure Istas
Agnès Jacquerye
Marius Laurent
Stéphanie Maquoi
Geert Olaerts
Hilde Peleman
Irene Vanden Bremt

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

patient-safety.be

.be

DANKWOORD

Het QS-team wenst uitdrukkelijk te bedanken:

- Dhr. Christiaan Decoster, Directeur-generaal van het DG Gezondheidszorg 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 'transversale ondersteuning' en de diensten 'datamanagement' en 'psychosociale gezondheidszorg' van het DG Gezondheidszorg,
- 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

© 2014 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/2014/2196/32
BP/PATIENN-BI 14001

INHOUDSTAFEL

EXECUTIVE SUMMARY 7

BEKNOPTE SAMENVATTING 15

VOORWOORD 23

INLEIDING 25

HOOFDSTUK 1.
PIJLER 1: PATIËNTVEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM 27

1. INLEIDING 30

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE 31
   2.1. Zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) 32
   2.2. Patiëntveiligheidscultuurmeting 33
   2.3. Proactieve risicoanalyse 36
   2.4. Toepassing van de WHO-taxonomie 37
   2.5. Overzicht van gemelde incidenten volgens ernstgraad (periode 01/04 – 30/06/2012) 37
   2.6. Meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten 38
   2.7. Comité Patiëntveiligheid 40

3. RESULTATEN 41
   3.1. Aantal geanalyseerde rapporten 41
   3.2. Zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) 41
   3.3. Patiëntveiligheidscultuurmeting 47
   3.4. Proactieve risicoanalyse 54
   3.5. Implementatie van het meld- en leersysteem voor incident- en en bijna-incidenten 57
   3.6. Taxonomie 62
   3.7. De coördinatie van patiëntveiligheidsinitiatieven door het Comité Patiëntveiligheid 64

4. VERGELIJKING VAN DE RESULTATEN VAN DE VIJF CONTRACTJAREN (2007-2012) 64

5. DISCUSSIE 66

HOOFDSTUK 2.
PIJLER 2: TRANSMURALE ZORGPROJECTEN 71

1. INLEIDING 73

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE 73
2.1. Belang van transmurale zorg 73
2.2. Definitie van transmurale zorg 73
2.3. Methode van gegevensverzameling en verwerking 74

3. RESULTATEN 76
3.1. Inleiding 76
3.2. Resultaten van ziekenhuizen die verbeteracties formuleerden voor het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 76
3.3. Resultaten van 28 ziekenhuizen met een nieuw transmuraal zorgproject in 2012 83

4. DISCUSSIE 90

HOOFDSTUK 3.
PIJLER 3: INDICATOREN 95

HOOFDSTUK 4.
BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN 97

1. INLEIDING 98

2. WORKSHOPS 98
2.1. Vereisten van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (1 januari 2012 – 31 december 2012) 98
2.2. Workshops 99

3. STIMULEREN EN ONDERSTEUNEN VAN ZIEKENHUISNETWERKEN 103

4. INTERACTIE MET DE ZIEKENHUIZEN 104

5. RAPPORTAGEDOCUMENTEN VOOR DE ZIEKENHUIZEN 104

6. WEBSITE 104

7. SYMPOSIUM 'KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID' 105

8. TIM-PROJECT (TRANSFERT INTRAMUROS DES PATIENTS) 106

9. HELPDESK VOOR DE TAXONOMIE 107

10. TERUGKOPPELING VAN DE GEAGGREERDE RESULTATEN UIT DE ZIEKENHUISRAPPORTEN 108

HOOFDSTUK 5.
ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST 109

OVERZICHT VAN DE VASTE WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2013 113

EXECUTIVE SUMMARY

In order to progressively promote and support quality and patient safety coordination in Belgian hospitals, additional funding was approved under part B4 of the hospitals' financial budget from July 2007. For the contract year 2012, i.e. the last contract year of the first multi-annual programme, a budget of 7,6 million euros was involved. In total a budget of 36.248.870 euros was allocated to the first multi-annual programme 2007-2012.

In the contract year 2012, 92 % (n=177) of the acute, psychiatric and long-term care hospitals signed a contract and committed themselves to improve quality and patient safety. These actions for improvement are structured in three pillars: a patient safety management system, integrated care projects and indicators. The three pillars are the basis of a long-range plan within 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 contract 2012. 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 authorities.

Chapter 1. Patient safety management system

For contract 2012, the content varied depending on the year in which the first patient safety culture assessment had been carried out in the hospitals.

The hospitals were asked to take the following actions:

- a self-assessment of the patient safety management system (all hospitals);
- an analysis of the results of the second patient safety culture assessment as well as a comparison of these results to those of the first patient safety culture assessment and the implementation of improvement actions (for hospitals that carried out a first patient safety culture assessment in the first contract year (2008));
- fulfilment of a second patient safety culture assessment at hospital level (for hospitals that carried out a first patient safety culture assessment in the second or third year of the contract (2009 or 2010));

- a proactive risk assessment (all hospitals);
- classification of five different incidents according to the WHO taxonomy up to the most detailed level (all hospitals);
- the provision of an overview of the reported incidents and their severity for the period from 1 April 2012 to 30 June 2012 (all hospitals).

In addition, all the hospitals had to give feedback on their reporting and learning system for (near) incidents and on the Patient Safety Committee.

173 out of 177 participating hospitals submitted a report.

62 % of the hospitals made use of more than one information source for the self-assessment of the patient safety management system, with the combination of the safety management system checklist and the patient safety culture assessment being the most common.

The most commonly used information sources for the self-assessment of the patient safety management system were the safety management system checklist and the patient safety culture assessment (respectively 84 % and 65 %) for all types of hospitals.

In acute hospitals, accreditation was the third most frequently used information source for the self-assessment of the patient safety management system.

Improvement actions were selected based on the self-assessment. 63 % (n=304) of the selected improvement actions were related to 6 of the 12 key elements, being:
- reporting and learning system for (near) incidents (14 %, n=69);
- retrospective incident analysis (11 %, n=55);
- patient safety plan (10 %, n=49);
- indicators (10 %, n=46);
- patient safety culture (9 %, n=43);
- leadership and involvement of management (9 %, n=42).

57 % of the hospitals (n=99) had good practices and agreed to share them.

More than half of the good practices (53 %, n=52) were related to the following issues: 'reporting and analysing' (27 %), 'leadership' (15 %) and 'medication' (10 %).

'Reporting and analysing' is and will remain an important issue in the hospitals: improvement actions are taken and hospitals have more and more good practices to share.

The selected key elements, improvement actions and good practices were validated by the hospital management in 80 % of the acute hospitals, 79 % of the psychiatric hospitals and 75 % of the long-term care hospitals.

In most of the hospitals participating in the second benchmarking, the results were presented to and/or discussed with the Patient Safety Committee or an equivalent structure (92 %, n=130) and the management/the board (82 %, n=115).
In total 287 improvement actions were reported. The three types of hospitals report the most improvement actions for the following dimensions:

- D02: organizational learning-continuous improvement (10 %, n=30);
- D05: communication openness (16 %, n=47);
- D10: hospital handoffs and transitions (25 %, n=71);
- O02: feedback and communication about error (18 %, n=53).

The dimensions 'hospitals handoffs and transitions' and 'feedback and communication about error' were the most frequently chosen to initiate improvement actions. These dimensions scored least positive results in both patient safety culture assessments.

A multidisciplinary team was set up for 3 out of 4 improvement actions (75 %, n=216), mostly in long-term care hospitals.

In total, 612 indicators were defined for 287 improvement actions. 61 % of the indicators were numerator and denominator indicators and 31 % yes or no indicators.

Outcome indicators were the most monitored, structure indicators the least.

Target values set in acute hospitals mainly concerned process indicators, whereas those in psychiatric hospitals and long-term care hospitals were mainly related to structure indicators.

The results for 7 out of the 10 indicators were discussed with the caregivers and the management. The focus was mainly on process and outcome indicators in acute hospitals, and on structure indicators in long-term care hospitals.

The FMEA or HFMEA method was the most frequently chosen for a proactive risk assessment (77 %). 'Medication' was the most frequently chosen issue in the three types of hospitals, followed by 'admission/discharge/handover' and 'identity vigilance'. 'Suicide' and 'self-mutilation' were also important issues for a proactive risk assessment in the psychiatric hospitals.

Proactive analysis was carried out based on the data of the reporting and learning system for (near) incidents and the implementation of new or revised procedures.

In 94 % of the hospitals, a proactive risk analysis was carried out by a multidisciplinary working group with representatives of the management level in most hospitals. Patients or their families were involved in only 4 out of the 173 hospitals.

Based on the results of a proactive risk analysis, improvement actions relating to the assessed risks were initiated.

There was a hospital-wide reporting and learning system for incidents and near-miss incidents in 96 % of the hospitals. The possibility existed of reporting electronically in almost 3 out of 4 hospitals. The most commonly used software was commercial software.

Out of ten hospitals, four had parallel reporting systems for specific incidents, such as for hemovigilance, aggression and pharmacovigilance.

Patients had the possibility to report an incident through a specific channel in 1 out of 4 hospitals.

The minimal dataset of the WHO taxonomy was used in 9 out of 10 hospitals.

In the period between the 1st of April 2012 and the 30th of June 2012, 20.911 incidents were reported, 327 of which were classified as severity 3 or 4.
The most common incident types were: 'accident of the patient', 'conduct of staff/patient' and 'liquid/iv medication'. Out of the 327 reported incidents, 77 (24 %) were not analysed.

The coding was done up to the most detailed level for 90 % of all codes assigned to the class 'incident type (procedure)' and 95 % to the class 'incident type (problem)'. The class 'consequences for the patient' (severity) was coded

up to the most detailed level in 99 % of the cases and the class 'consequences for the institution' in 73 % of the cases.

Forty two incidents involved a wrong patient.

The Patient Safety Committee ensured coordination of all patient safety initiatives in 88 % of the hospitals (n=153).

Chapter 2. Integrated care projects

Out of the 173 hospitals, 169 reported their results on integrated care on time (99 acute, 54 psychiatric and 16 long-term care hospitals).

In 2012, 83 % of the hospitals opted to carry on the integrated care project chosen in 2011.
In 2011, the dimensions where items most frequently scored negatively, were 'clinical information systems', 'decision support' and 'delivery system design'. However, 4 out of 10 hospitals did not develop improvement actions for the dimension 'clinical information systems' and 6 out of 10 hospitals for 'decision support'. But most hospitals defined at least one improvement actions for the dimension 'delivery system design', because it has the highest number of quality items (28 out of the 61 items).
In 2011, 47 % of the hospitals scored the quality item 'availability of an ICT support tool for promoting integrated care' negatively. However, less than half of these hospitals developed improvement actions on this matter in 2012. For the quality item 'funding and legal aspects of the care process have been sufficiently examined', conversely: 1 out of 3 hospitals scored it negatively in 2011, but 70 % of the hospitals developed an improvement action.
Half of the hospitals that opted to carry on the integrated care project chosen in 2011 used the 7-phase model (70 out of 141).
Out of the 70 hospitals, 64 systematically used the 7-phase model.
Twelve hospitals were able to complete the 7 phases of the model, including the consolidation phase. A small half of the hospitals succeeded in reaching phase 4, the phase of development. This phase is intended to assess whether the basic requirements are met before starting the integrated care project.
It is not clear why hospitals do not use the 7-phase model, while the methodology is based on the PCDA methodology.

In 2012, 28 out of the 169 hospitals started a new integrated care project and carried out a SWOT analysis (20 acute, 6 psychiatric and 2 long-term care hospitals).

The results of the 28 hospitals followed the same trend as those of the 165 hospitals that had carried out a SWOT analysis in 2011.

Chapter 3. Indicators

Year after year, the results of the hospital reports showed indicators are a difficult concept. A minority of the hospitals succeeded in defining appropriate indicators and /or relating indicators to key interventions. Indicators remain a crucial element in the context of the second multi-annual programme (2013-2017). Indeed, hospitals are asked to develop, implement, re-evaluate and monitor the chosen improvement actions following a process approach. Well-defined and relevant indicators are necessary for that purpose.

For the above reasons, seven specific workshops on indicators, taking into account the three types of hospitals, were organised in accordance with the 'train-the-trainer' principle. The workshops were intended specifically for quality coordinators, patient safety staff and care providers. In total 220 hospital staff members participated.

Chapter 4. Support plan

Every year the FPS Health organises supportive and guidance activities in the framework of the three pillars of the contract 'quality and patient safety coordination' and these always combine theoretical insights and practical applications. During the fifth contract year, the focus was on workshops on analyse methods and indicators. A symposium on 'Quality and Patient safety' was also organised in 2012.

Hospital networks in the regions remained active, each with their own dynamic.

In the fourth chapter, comments are given on guidance and supportive activities which took place between September 2012 and mid-2013.

Chapter 5. Future orientations

In a fifth and final chapter, orientations for the future are pointed out until 2017, focussing on the contents of the second five-year programme until 2017. The four main stones for an outstanding hospital policy, i.e. customer

friendliness, innovation, entrepreneurship, cooperation and/or networking, are maintained as a guideline and operationally expressed in generic and specific topics.

Generic themes are similar for all types of hospitals and deal with safety management, leadership, communication as well as patient and family empowerment. Specific themes deal with high-risk medication, Safe Surgery[1], identity vigilance or deprivation of liberty measures[2] and integrated care.

1 Only for acute hospitals.
2 Only for psychiatric hospitals.

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 2012, het laatste contract binnen het eerste meerjarig programma, betekende dit een budget van 7,6 miljoen euro. In totaal werd aan het eerste meerjarig programma 2007-2012 een budget besteed van 36.248.870 euro.

In het contractjaar 2012 hebben 92 % (n=177) 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, transmurale zorgprojecten en indicatoren.

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 2012. 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 FOD Volksgezondheid in de toekomst zullen worden uitgewerkt, toegelicht.

Hoofdstuk 1. Patiëntveiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Voor het contract 2012 werd de inhoud gedifferentieerd tussen de ziekenhuizen, afhankelijk van het jaar waarin de eerste cultuurmeting werd uitgevoerd.

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd de volgende acties uit te voeren:

- een zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) (alle ziekenhuizen);
- een analyse van de resultaten van de tweede cultuurmeting waarbij de resultaten vergeleken werden met de eerste cultuurmeting en de implementatie van verbeteracties (voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in 2008);

- een tweede ziekenhuisbrede cultuurmeting (voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in 2009 of 2010);
- een proactieve risicoanalyse (alle ziekenhuizen);
- het coderen van vijf verschillende incidenten tot op het diepste niveau en volgens de WHO-taxonomie (alle ziekenhuizen);
- een overzicht geven van de gemelde incidenten en hun ernstgraad voor de periode van 1 april 2012 tot 30 juni 2012 (alle ziekenhuizen).

Bijkomend werden aan alle ziekenhuizen opnieuw enkele vragen gesteld over het meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten en over het Comité Patiëntveiligheid.

173 van de 177 deelnemende ziekenhuizen hebben een rapport ingediend.

62 % van de ziekenhuizen maakten gebruik van meer dan één informatiebron voor de zelfevaluatie van het VMS waarbij de combinatie van de VMS-checklist en de cultuurmeting de meest voorkomende was.

De meest gebruikte informatiebronnen voor de zelfevaluatie van het VMS waren de VMS-checklist en de cultuurmeting (84 % versus 65 %) en dit voor alle ziekenhuistypes.

In acute ziekenhuizen is accreditering de derde meest gebruikte informatiebron voor de zelfevaluatie van het VMS.

Op basis van de zelfevaluatie van het VMS werden verbeteracties geselecteerd. 63 % (n=304) van de geselecteerde verbeteracties had betrekking op 6 van de 12 kernelementen, met name:
- het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (14 %, n=69);
- retrospectieve incidentanalyse (11 %, n=55);
- het patiëntveiligheidsplan (10 %, n=49);
- indicatoren (10 %, n=46);
- patiëntveiligheidscultuur (9 %, n=43);
- leiderschap en betrokkenheid van het management (9 %, n=42).

57 % van de ziekenhuizen (n=99) beschikt over goede praktijkvoorbeelden waarvoor de bereidheid bestaat deze te delen.

Meer dan de helft van de goede praktijkvoorbeelden (53 %, n=52) had betrekking op de thema's: 'melden en analyseren' (27 %), 'leiderschap' (15 %) en 'medicatie' (10 %).

Melden en analyseren is en blijft een belangrijk thema binnen de ziekenhuizen: er worden verbeteracties voor uitgezet en er zijn goede praktijkvoorbeelden beschikbaar waarvoor de bereidheid bestaat deze ook te delen.

In 8 op 10 van de ziekenhuizen werden de geselecteerde kernelementen, verbeteracties en goede praktijkvoorbeelden gevalideerd door de ziekenhuisdirectie.

In het merendeel van de ziekenhuizen die deelnamen aan het tweede benchmarkonderzoek werden de resultaten voorgesteld aan en/of besproken met het Comité Patiëntveiligheid of een gelijkaardige structuur enerzijds (92 %, n=130) en met de directie en de raad van bestuur anderzijds (82 %, n=115).

In totaal werd over 287 verbeteracties gerapporteerd. De dimensies waarover de drie ziekenhuistypes de meeste verbeteracties rapporteren zijn:
- D02: de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (10 %, n=30);
- D05: feedback en communicatie over veiligheid (16 %, n=47);
- D10: overdracht en transfer (25 %, n=71);
- O02: frequentie van 'event' rapportering (18 %, n=53).

De dimensies 'overdracht en transfer' en 'frequentie van 'event' rapportering' worden het meest gekozen om verbeteracties te initiëren. Het zijn tevens de twee dimensies met de minst positieve scores in de beide cultuurmetingen.

Voor 3 op de 4 verbeteracties werd een multidisciplinair team samengesteld (75 %, n=216), verhoudingsgewijs gebeurde dat het meest in Sp-ziekenhuizen.

Voor 287 verbeteracties werden in totaal 612 indicatoren omschreven waarvan 61 % teller/noemer indicatoren en 39 % ja/neen indicatoren.

Resultaatsindicatoren worden het meest opgevolgd, structuurindicatoren het minst.

Streefwaarden worden vooral bepaald voor procesindicatoren in acute ziekenhuizen terwijl in psychiatrische en Sp-ziekenhuizen dit vooral gebeurde voor structuurindicatoren.

Voor 7 op de 10 indicatoren werden de resultaten besproken met de betrokken zorgverleners en de directie. In acute ziekenhuizen ging het voornamelijk over proces- en resultaatsindicatoren, in Sp-ziekenhuizen voornamelijk over structuurindicatoren.

De '*(Health) Failure Mode Effect Analysis*' ((H)FMEA) was de meest gekozen methode voor proactieve risicoanalyse (77 %). Om het onderwerp voor proactieve risicoanalyse te bepalen, baseerden ziekenhuizen zich voornamelijk op informatie uit het meld- en leersysteem of brachten ze de risico's in kaart van nieuwe of herziende procedures die werden ingevoerd.

Voor de drie ziekenhuistypes was 'medicatieveiligheid' het meest gekozen onderwerp, gevolgd door 'opname/ontslag/transfer' en 'identitovigilantie'. Voor de psychiatrische ziekenhuizen waren 'suïcide' en 'automutilatie' eveneens belangrijke thema's voor proactieve risicoanalyse. Op basis van de resultaten werden door de meeste ziekenhuizen over deze thema's ook verbeteracties opgestart.

Een proactieve risicoanalyse werd in 94 % van de ziekenhuizen uitgevoerd door een multidisciplinaire werkgroep waarin het directieniveau in de meeste ziekenhuizen betrokken werd. In slechts 4 van de 173 ziekenhuizen werden patiënten of hun familie betrokken.

In 96 % van de ziekenhuizen bestaat een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. In 3 op 4 ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om elektronisch te melden. De meest gebruikte software was commerciële software.

4 ziekenhuizen op 10 beschikten over parallelle meldsystemen voor incidenten, voornamelijk voor incidenten in relatie tot hemovigilantie, agressie en farmacovigilantie.

In 1 op 4 van de ziekenhuizen konden patiënten een incidentmelding maken via een specifiek kanaal.

De minimale dataset van de WHO werd gebruikt in 9 van de 10 ziekenhuizen.

Tijdens het tweede trimester van 2012 werden 20.911 incidenten gemeld, waarvan 327 met ernstgraad 3 of 4.
De meest voorkomende incidenttypes waren: 'ongeval van de patiënt', 'gedrag van personeel/patiënt' en 'medicatie/IV–vloeistoffen'. Van de 327 gemelde incidenten met ernstgraad 3 en 4 werden er 77 (24 %) niet geanalyseerd.

De klasse die voor nagenoeg alle meldingen uit het tweede trimester van 2012 tot op het diepste niveau werd gecodeerd was 'gevolgen voor de patiënt'

(ernstgraad). De klasse 'incidenttype' werd in 9 op 10 van de meldingen tot op het diepste niveau gecodeerd. Voor 7 op 10 meldingen werd de klasse 'gevolgen voor de organisatie' gecodeerd tot op het diepste niveau.

Tweeënveertig incidenten hadden betrekking op een verkeerde patiënt.

In 88 % van de ziekenhuizen (n=153) stond het Comité Patiëntveiligheid in voor de coördinatie van alle patiëntveiligheidsinitiatieven

Hoofdstuk 2. Transmurale zorgprojecten

169 van de 173 deelnemende ziekenhuizen hebben tijdig gerapporteerd over het transmuraal zorgproject.

83 % van de ziekenhuizen heeft het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 verdergezet in 2012.
In 2011 waren de dimensies 'klinische informatiesystemen', 'ondersteuning van de zorgverstrekkers' en 'wijze van organiseren' de dimensies met het hoogste percentage negatieve scores. 4 op de 10 ziekenhuizen formuleerden echter geen enkele verbeteractie voor de dimensie klinische informatiesystemen en 6 op de 10 ziekenhuizen formuleerden geen enkele verbeteractie voor de dimensie 'ondersteuning van zorgverstrekkers'. Alleen voor de dimensie 'wijze van organiseren' werd door de meeste ziekenhuizen, minstens één verbeteractie gedefinieerd, maar het is dan ook de dimensie met het hoogste aantal kwaliteitsitems (28 van de 61 items).
Het kwaliteitsitem 'er is een ondersteunende ICT-infrastructuur voorzien voor het project' werd door 47 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord. In 2012 heeft echter minder dan de helft van deze ziekenhuizen hieromtrent verbeteracties geformuleerd. Voor het kwaliteitsitem 'alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd' kon eerder het omgekeerde worden vastgesteld: 1 op de 3 ziekenhuizen scoorde dit item negatief in 2011, maar 70 % van de ziekenhuizen formuleerde er een verbeteractie over.
De helft van de ziekenhuizen dat het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 verderzette, heeft gebruikgemaakt van het 7-fasenmodel (70 op 141).
64 van de 70 ziekenhuizen hebben het 7-fasenmodel systematisch gebruikt.
Twaalf ziekenhuizen konden het 7-fasenmodel helemaal doorlopen, tot en met de fase van borging. Een kleine helft van de ziekenhuizen slaagde erin om te komen tot fase 4, de ontwikkelingsfase. In deze fase wordt geëvalueerd of de basisvereisten voor het starten van het transmuraal zorgproject aanwezig zijn.

Het is niet duidelijk waarom ziekenhuizen het 7-fasenmodel niet gebruikten. Het 7-fasenmodel is nochtans afgeleid van de niet onbekende PDCA-methodiek.

28 van 169 ziekenhuizen hebben een nieuw transmuraal zorgproject opgestart in 2012 en een SWOT-analyse uitgevoerd (20 acute, 6 psychiatrische en 2 Sp-ziekenhuizen.
De resultaten van deze 28 ziekenhuizen vertoonden dezelfde tendensen als de resultaten van de 165 ziekenhuizen die in 2011 een SWOT-analyse uitvoerden.

Hoofdstuk 3. Indicatoren

Uit de resultaten van de ziekenhuisrapporten bleek, jaar na jaar, dat het concept 'indicatoren' een moeilijk gegeven is. Een minderheid van de ziekenhuizen slaagde erin om indicatoren goed te formuleren en/of indicatoren te relateren aan sleutelinterventies. Bovendien blijven indicatoren binnen de context van het tweede meerjarig programma (2013-2017) een cruciaal gegeven. Aan de ziekenhuizen wordt immers gevraagd om de gekozen verbeteracties procesmatig te ontwikkelen, te implementeren, bij te sturen en op te volgen. Goed geformuleerde en relevante indicatoren zijn hiervoor noodzakelijk.

Omwille van de bovenstaande redenen werden zeven specifieke workshops over indicatoren georganiseerd, volgens het principe '*train the trainer*'. Er werd rekening gehouden met de drie ziekenhuistypes. De workshops waren specifiek bedoeld voor kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid en zorgverleners. In totaal namen 220 ziekenhuismedewerkers deel.

Hoofdstuk 4. Begeleidings- en ondersteuningsplan

Ieder jaar worden door de FOD Volksgezondheid begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten georganiseerd in het kader van de drie pijlers van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'. Het gaat hierbij steeds om een combinatie van theoretische inzichten en praktische toepassingen. In het vijfde contractjaar lag de focus op workshops over analysemethodes en indicatoren. Ook in 2012 werd een symposium 'kwaliteit en patiëntveiligheid' georganiseerd.

De ziekenhuisnetwerken in de regio's blijven actief, met elk een eigen dynamiek.

In een vierde hoofdstuk worden de begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten toegelicht die plaatsvonden tussen september 2012 tot medio 2013.

Hoofdstuk 5. Orientaties voor de toekomst

In een afsluitend en vijfde hoofdstuk worden de oriëntaties voor de toekomst besproken waarbij de focus ligt op de inhoud van het tweede meerjarig programma tot 2017. De vier bouwstenen voor een performant ziekenhuisbeleid: innovatie, ondernemingszin, samenwerking en/of netwerking en klantgerichtheid blijven behouden als rode draad en worden verder geoperationaliseerd in generieke en specifieke thema's.

De generieke thema's zijn uniform voor alle ziekenhuistypes en gaan over veiligheidsmanagement, leiderschap, communicatie en patiënt en familie empowerment. De specifieke thema's hebben betrekking op hoog-risico medicatie, '*Safe Surgery*'[3], identitovigilantie of vrijheidsbeperkende maatregelen[4] en transmurale zorg.

3 Enkel voor acute ziekenhuizen.
4 Enkel voor psychiatrische ziekenhuizen.

VOORWOORD

Het voorliggende rapport 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2012' is het vijfde rapport in het kader van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'. Het is tegelijk ook het laatste rapport binnen de context van een eerste meerjarenplan dat van start ging op 1 juli 2007 en eindigde op 31 december 2012.

Er is door de ziekenhuizen sinds de start van dit meerjarenplan in 2007 een grote weg afgelegd op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid. De collectieve bewustwording van het belang van kwaliteit en patiëntveiligheid binnen de verschillende geledingen van het ziekenhuis is een belangrijke verdienste van het eerste meerjarenplan. Anderzijds blijkt uit de resultaten van dit rapport dat we niet op de lauweren mogen rusten. Leiderschap wordt meer dan ooit de *conditio sine qua non* om enerzijds de bereikte resultaten te borgen, en anderzijds de bestaande en toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden. Om deze reden is leiderschap een belangrijk thema geworden in een tweede meerjarig programma tot 2017.

Het tweede meerjarig programma over kwaliteit en patiëntveiligheid is van start gegaan op 1 januari 2013 en loopt tot 31 december 2017. Het is een zeer ambitieus plan waar stapsgewijs en gefaseerd aan gewerkt wordt. Een nieuw gegeven is de aandacht voor het thema 'patiënt en familie empowerment', een thema dat kan beschouwd worden als een rode draad doorheen het ganse programma. Patiënten en hun familie worden nog veel te weinig betrokken in hun individueel zorgtraject. Veel te weinig wordt de patiënt gezien als een belangrijke bron van informatie om de zorg meer kwaliteitsvol en veiliger te maken. De patiënt als partner in zijn eigen zorgproces is de na te streven ambitie.

Het tweede meerjarig programma over kwaliteit en patiëntveiligheid omvat duidelijke streefdoelen, te bereiken tegen 2017. Deze streefdoelen zijn nauw verbonden met de actuele ontwikkelingen in de ziekenhuizen. Steeds meer ziekenhuizen kiezen ervoor een accrediteringstraject aan te vatten. Het is de bedoeling van de FOD Volksgezondheid om ziekenhuizen te ondersteunen in deze, en andere, ontwikkelingen.

We wensen u veel leesgenot.

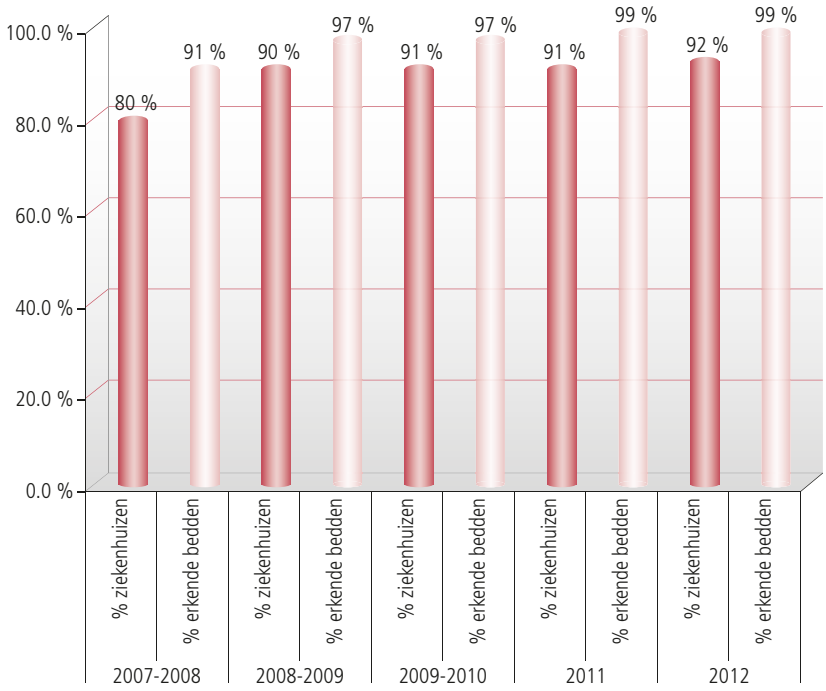


Christiaan Decoster
Directeur-generaal Gezondheidszorg

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 2012 een budget van 7,6 miljoen euro besteed aan dit project. Het percentage deelnemende ziekenhuizen steeg naar 92,3 % (grafiek 1).

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



De jaarlijkse contracten zijn gekaderd in het eerste meerjarenplan 'kwaliteit en patiëntveiligheid' (2007-2012) en gebaseerd op drie pijlers: structuur, proces en resultaat (*cf*. triade van Donabedian). Het werd ontwikkeld om een duidelijker beeld te krijgen over de beoogde finaliteiten op langere termijn, zowel voor de ziekenhuizen als voor de FOD Volksgezondheid.
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 transmurale zorgprojecten 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.

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 vijfde contractjaar (2012) vergeleken met die uit de vier voorgaande jaren.

In hoofdstuk 4 wordt een totaaloverzicht van de aangeboden begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten gegeven.

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 vier contractjaren (2008, 2009, 2010, 2011). In dit hoofdstuk wordt ook de koppeling gemaakt met het tweede meerjarig programma (2013-2017).

HOOFDSTUK 1. PIJLER 1: PATIËNTVEILIGHEIDS-MANAGEMENTSYSTEEM

Kernconclusies

173 van de 177 deelnemende ziekenhuizen hebben een rapport ingediend. Onderstaande kernconclusies hebben betrekking op 173 ziekenhuizen.

62 % van de ziekenhuizen maakten gebruik van meer dan één informatiebron voor de zelfevaluatie van het VMS waarbij de combinatie van de VMS-checklist en de cultuurmeting de meest voorkomende was.

De meest gebruikte informatiebronnen voor de **zelfevaluatie** van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) waren de VMS-checklist en de cultuurmeting (84 % versus 65 %) en dit voor alle ziekenhuistypes.

In acute ziekenhuizen is accreditering de derde meest gebruikte informatiebron voor de zelfevaluatie van het VMS.

Op basis van de zelfevaluatie werden verbeteracties geselecteerd. 63 % (n=304) van de geselecteerde verbeteracties had betrekking op 6 van de 12 kernelementen, met name:

- het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (14 %, n=69);
- retrospectieve incidentanalyse (11 %, n=55);
- het patiëntveiligheidsplan (10 %, n=49);
- indicatoren (10 %, n=46);
- patiëntveiligheidscultuur (9 %, n=43);
- leiderschap en betrokkenheid management (9 %, n=42).

57 % van de ziekenhuizen (n=99) beschikt over **goede praktijkvoorbeelden** waarvoor de bereidheid bestaat deze te delen.

Meer dan de helft van de goede praktijkvoorbeelden (53 %, n=52) had betrekking op de thema's: 'melden en analyseren' (27 %), 'leiderschap' (15 %) en 'medicatie' (10 %).

In 80 % van de acute ziekenhuizen, 79 % van de psychiatrische ziekenhuizen en 75 % van de Sp-ziekenhuizen werden de geselecteerde kernelementen, verbeteracties en goede praktijkvoorbeelden gevalideerd door de ziekenhuisdirectie.

Naar aanleiding van de **tweede cultuurmeting** in 2011 heeft het merendeel van de ziekenhuizen die deelnamen aan het tweede benchmarkonderzoek de resultaten voorgesteld en/of besproken met het Comité Patiëntveiligheid of een gelijkaardige structuur (92 %, n=130) en met de directie/raad van bestuur (82 %, n=115).

In totaal werd over 287 **verbeteracties** gerapporteerd. De dimensies waarover de drie ziekenhuistypes de meeste verbeteracties rapporteren zijn:
- D02: de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (10 %, n=30);
- D05: feedback en communicatie over veiligheid (16 %, n=47);
- D10: overdracht en transfer (25 %, n=71);
- O02: frequentie van 'event' rapportering (18 %, n=53).

De dimensies 'overdracht en transfer' en 'frequentie van 'event' rapportering' werden het meest gekozen om verbeteracties te initiëren. Het waren tevens twee dimensies met de minst positieve scores in de beide cultuurmetingen.

Voor 3 op de 4 verbeteracties werd een **multidisciplinair team** samengesteld (75 %, n=216), verhoudingsgewijs gebeurde dat het meest in Sp-ziekenhuizen.

Voor 287 verbeteracties werden in totaal 612 **indicatoren** omschreven waarvan 61 % teller/noemer indicatoren en 39 % ja/neen indicatoren.

Resultaatsindicatoren werden het meest opgevolgd, structuurindicatoren het minst.

Streefwaarden werden vooral bepaald voor procesindicatoren in acute ziekenhuizen terwijl in psychiatrische en Sp-ziekenhuizen dit vooral gebeurde voor structuurindicatoren.

Voor 7 op de 10 indicatoren werden de **resultaten besproken** met de betrokken zorgverleners en de directie. In acute ziekenhuizen ging het voornamelijk over proces- en resultaatsindicatoren, in Sp-ziekenhuizen voornamelijk over structuurindicatoren.

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) of *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA) was de meest gekozen methode voor een **proactieve risicoanalyse** (77 %). Voor de drie ziekenhuistypes was 'medicatieveiligheid' het meest gekozen thema, gevolgd door 'opname/ontslag/transfer' en 'identitovigilantie'. Voor de psychiatrische ziekenhuizen waren 'suïcide' en 'automutilatie' eveneens belangrijke thema's voor een proactieve risicoanalyse.

Voor de themakeuze van een proactieve analyse hebben ziekenhuizen zich laten leiden door wat geleerd werd uit het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten enerzijds en door het invoeren van nieuwe of herziende procedures anderzijds.

Een proactieve risicoanalyse werd in 94 % van de ziekenhuizen uitgevoerd door een multidisciplinaire werkgroep waarin het directieniveau in de meeste ziekenhuizen betrokken werd. Slechts 4 van de 173 ziekenhuizen betrokken patiënten of hun familie.

Op basis van de resultaten van een proactieve risicoanalyse werden door de meeste ziekenhuizen verbeteracties opgestart die uiteraard betrekking hadden op de geanalyseerde risico's.

In 96 % van de ziekenhuizen bestaat een **ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten**. In bijna 3 op 4 ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid om elektronisch te melden. De meest gebruikte software was commerciële software.

4 op de 10 ziekenhuizen beschikten over parallelle meldsystemen voor specifieke incidenten, voornamelijk voor incidenten in relatie tot hemovigilantie, agressie en farmacovigilantie.

In 1 op de 4 ziekenhuizen konden patiënten een incidentmelding maken via een specifiek kanaal.

De minimale dataset van de **WHO-taxonomie** werd gebruikt in 9 op de 10 ziekenhuizen.

In de periode tussen 1 april 2012 en 30 juni 2012 werden 20.911 incidenten gemeld, waarvan 327 met ernstgraad III of IV.

De meest voorkomende incidenttypes waren: 'ongeval van de patiënt', 'gedrag van personeel/patiënt' en 'medicatie/IV–vloeistoffen'. Van de 327 gemelde incidenten met ernstgraad 3 en 4 werden er 77 (24 %) niet geanalyseerd.

Voor 90 % van alle toegekende codes voor de klasse 'incidenttype (procedure)' en voor 95 % voor de klasse 'incidenttype (probleem)' gebeurde de codering tot op het diepste niveau. De klasse 'gevolgen voor de patiënt' (ernstgraad) werd in 99 % van de keren gecodeerd tot op het diepste niveau, voor de klasse 'gevolgen voor de organisatie' was dat 73 %.

Tweeënveertig incidenten hadden betrekking op een verkeerde patiënt.

In 88 % van de ziekenhuizen (n=153) stond het **Comité Patiëntveiligheid** in voor de coördinatie van alle patiëntveiligheidsinitiatieven.

1. INLEIDING

In het eerste meerjarenplan van de FOD Volksgezondheid (2007-2012) werd, op basis van de jaarcontracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid', sterk ingezet op het ontwikkelen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem (pijler 1 van het contract). Hierbij werd uitgegaan van de volgende 12 kernelementen waaraan een patiëntveiligheidsmanagementsysteem (VMS) moet voldoen[5]:

1. het opstellen van een (kwaliteits- en) patiëntveiligheidsplan
2. het leiderschap en de betrokkenheid van het management
3. de inhoudelijke betrokkenheid van de verschillende disciplines in het ziekenhuis, in het bijzonder van de artsen
4. het uitbouwen van een patiëntveiligheidscultuur
5. het ontwikkelen en implementeren van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten
6. het uitvoeren van een retrospectieve analyse van incidenten en bijna-incidenten

5 VMS Veiligheidsprogramma, www.vmszorg.nl.

7. het opmaken van een proactieve risico-inventarisatie
8. het systematisch opvolgen van eenduidig gedefinieerde (patiëntveiligheids-) indicatoren
9. het integreren van alle informatiebronnen van patiëntveiligheid
10. het betrekken van de patiënt als partner in het zorgproces, rekening houdend met de culturele identiteit van de patiënt
11. het onderhouden van transmurale interactie
12. het permanent verbeteren van veilige zorg

Deze kernelementen zijn tevens belangrijke Europese aanbevelingen.[6]

In het tweede meerjarig programma (2013-2017) blijft veiligheidsmanagement een belangrijk aandachtspunt. Om ziekenhuizen toe te laten vanaf 2013 gerichte verbeteracties te plannen en op te volgen werd in het contract 2012 gevraagd om een zelfevaluatie uit te voeren van het huidige VMS.

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

Voor het contract 2012 werd de inhoud gedifferentieerd tussen de ziekenhuizen, afhankelijk van het jaar waarin de eerste cultuurmeting werd uitgevoerd.

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd de volgende acties uit te voeren:
- een zelfevaluatie van het VMS (alle ziekenhuizen);
- een analyse van de resultaten van de tweede cultuurmeting met vergelijking van de resultaten uit de eerste cultuurmeting en het implementeren van verbeteracties voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in 2008;
- een tweede ziekenhuisbrede cultuurmeting voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in 2009 of 2010;
- een proactieve risicoanalyse (alle ziekenhuizen);
- het coderen van vijf verschillende incidenten tot op het diepste niveau en volgens de WHO-taxonomie (alle ziekenhuizen);
- een overzicht te geven van de gemelde incidenten en de ernstgraad ervan voor de periode van 1 april 2012 t.e.m. 30 juni 2012 (alle ziekenhuizen).

Bijkomend werden aan alle ziekenhuizen opnieuw enkele vragen gesteld over het meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten en over het Comité Patiëntveiligheid.

---

6 Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety (2009/C 151/01) http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf.

2.1. Zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In het vijfde contractjaar (2012) dienden de ziekenhuizen een zelfevaluatie uit te voeren van hun VMS. De bedoeling was om een zo volledig mogelijk beeld hiervan te bekomen. Tegelijkertijd is een zelfevaluatie een bruikbaar instrument om na te gaan in welke mate verbeteracties zijn doorgevoerd en waar zich nog knelpunten voordoen.

In overleg met de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid[7] ontwikkelde de Cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid een VMS-checklist waarbij de bovengenoemde 12 kernelementen het uitgangspunt vormden. Dit document was bedoeld als intern werkdocument en als hulpmiddel voor ziekenhuizen. Er werd niet gevraagd om dit document terug te sturen naar de FOD Volksgezondheid.
Er diende, onafhankelijk van de gebruikte informatiebron, wél gerapporteerd te worden over de gekozen kernelementen van een verbeterplan vanaf 2013 (minimum 1, maximum 3) en van de goede praktijkvoorbeelden (maximum 3).

Om ziekenhuizen te ondersteunen werd eveneens een handleiding ontwikkeld waarin een mogelijke werkwijze voor het gebruik van de VMS-checklist werd beschreven. Cruciaal hierin is dat het Comité Patiëntveiligheid een centrale rol krijgt toebedeeld in deze multidisciplinaire oefening en dat ook de ziekenhuisdirecties expliciet worden betrokken. De implementatie en de verankering van een VMS in de ziekenhuisorganisatie is immers slechts mogelijk mits de volledige steun van de ziekenhuisdirectie, de raad van bestuur en de leidinggevenden. Concreet betekent dit dat patiëntveiligheid een prioriteit moet zijn binnen het algemeen ziekenhuisbeleid.
Een zichtbare en persoonlijke betrokkenheid van de ziekenhuisdirectie is dan ook een essentiële voorwaarde voor een succesvol veiligheidsmanagement.

Voor de zelfevaluatie konden ziekenhuizen, naast de VMS-checklist, ook gebruikmaken van de informatie bekomen uit de tweede patiëntveiligheidscultuurmeting, het accrediteringstraject (indien van toepassing), het patiëntveiligheidsplan, het EFQM-model/Kwadrant of een andere informatiebron.

7 De namen van de leden van de Federale Strategische Werkgroep Patiëntveiligheid zijn terug te vinden op de laatste pagina van dit rapport.

2.2. *Patiëntveiligheidscultuurmeting*

Zoals bij de eerste cultuurmeting werd ook voor de tweede cultuurmeting (in 2011) gebruikgemaakt van de '*Hospital Survey on Patient Safety Culture*'[8], een gevalideerd meetinstrument van het AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*).

Met de tweede patiëntveiligheidscultuurmeting werd onderzocht in welke mate de scores op bepaalde dimensies veranderd zijn. Om dit mogelijk te maken was het essentieel dat de meting consistent werd uitgevoerd. Hiervoor werd aan de ziekenhuizen gevraagd om rekening te houden met de volgende elementen: de cultuurmeting moest ziekenhuisbreed worden uitgevoerd, het protocol en de vragenlijst moesten nauwgezet gevolgd worden en ziekenhuizen dienden een herinneringsbrief te sturen om de responsgraad te maximaliseren. Ziekenhuizen die wensten deel te nemen aan een tweede externe benchmarking, konden hun gegevens opnieuw overmaken aan de UHasselt tot en met maart 2012. Ziekenhuizen die een tweede cultuurmeting uitvoerden in 2012 konden niet meer deelnemen aan het benchmarkonderzoek.

2.2.1. *Analyse van de resultaten van de tweede cultuurmeting, uitgevoerd in 2011*

De resultaten van de tweede cultuurmeting, uitgevoerd in 2011, dienden te worden geanalyseerd, geïnterpreteerd en omgezet in SMART-doelstellingen. Eveneens werd gevraagd om, op basis van de resultaten, twee verbeteracties op te starten. De verbeteracties betreffen minimaal twee van de volgende veiligheidscultuur- of outcome dimensies van het meetinstrument:

veiligheidscultuurdimensies:

D01: manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen;
D02: de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren;
D03: teamwerk binnen afdelingen;
D04: openheid naar communicatie;
D05: feedback en communicatie over veiligheid;
D06: niet bestraffende respons op fouten;
D07: bestaffing;
D08: ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid;
D09: teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen;
D10: overdracht en transfer.

8 www.ahrq.gov/qual/hospculture.

outcome dimensies:
O01: globale perceptie over veiligheid;
O02: frequentie van 'event' rapportering.

In tabel 1 worden de verschillende dimensies van het instrument voorgesteld met een korte omschrijving van de inhoud per dimensie. Deze omschrijvingen zijn afgeleid van de vragen uit het meetinstrument.

Tabel 1: Overzicht van de 12 dimensies van de *'Hospital Survey on Patient Safety Culture'*

PATIENTVEILIGHEIDSCULTUURDIMENSIES		
D01	**Manager/supervisorverwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen**	1. De 'supervisor' toont waardering wanneer er gewerkt wordt met de uitgewerkte procedures in verband met patiëntveiligheid. 2. De 'supervisor' houdt ernstig rekening met suggesties van medewerkers/collega's om patiëntveiligheid te verbeteren. 3. Wanneer de werkdruk toeneemt verwacht de 'supervisor' dat er sneller gewerkt wordt, zelfs als daarvoor stappen in de procedures moeten worden overgeslagen. 4. De 'supervisor' ziet steeds terugkerende problemen op het vlak van patiëntveiligheid over het hoofd.
D02	**De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren**	1. Het ziekenhuis onderneemt acties om de patiëntveiligheid te verbeteren. 2. Fouten hebben al geleid tot positieve veranderingen. 3. Als veranderingen ter verbetering van patiëntveiligheid worden doorgevoerd, dan wordt de effectiviteit ervan steeds geëvalueerd.
D03	**Teamwerk binnen afdelingen**	1. Medewerkers en collega's steunen elkaar in de werkomgeving. 2. Wanneer er veel werk op korte tijd gedaan moet worden, wordt samengewerkt als een team. 3. In de werkomgeving behandelen medewerkers/collega's elkaar met respect. 4. Wanneer het zeer druk wordt, komen andere medewerkers/collega's helpen.
D04	**Openheid naar communicatie**	1. Medewerkers/collega's kunnen vrijuit spreken wanneer ze iets zien dat de zorg voor de patiënt negatief beïnvloedt. 2. Medewerkers/collega's kunnen beslissingen of acties van personen met een hogere hiërarchische positie kritisch, maar constructief, bespreekbaar maken. 3. Medewerkers/collega's zijn bang om vragen te stellen wanneer er iets niet in orde lijkt.

PATIENTVEILIGHEIDSCULTUURDIMENSIES		
D05	**Feedback en communicatie over veiligheid**	1. Er wordt feedback gegeven over veranderingen die gebeuren op basis van foutrapporteringen. 2. Er wordt informatie gegeven over fouten die gebeuren binnen de werkomgeving. 3. In de werkomgeving worden fouten besproken om te voorkomen dat ze opnieuw gebeuren.
D06	**Niet-bestraffende respons op fouten**	1. Medewerkers/collega's hebben het gevoel dat fouten tegen hen gebruikt worden. 2. Wanneer een fout gerapporteerd wordt, bestaat het gevoel dat men zich vooral op de persoon richt en niet op het probleem. 3. Medewerkers/collega's vrezen dat fouten die gemaakt worden in hun persoonlijk dossier bewaard blijven.
D07	**Bestaffing**	1. Er is voldoende bestaffing om de werkbelasting aan te kunnen. 2. Medewerkers/collega's werken meer uren dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 3. Er worden teveel tijdelijke medewerkers ingeschakeld dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 4. Er wordt vaak gewerkt in een 'crisistoestand': er wordt geprobeerd te veel te doen en te snel.
D08	**Ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid**	1. Het ziekenhuismanagement zorgt voor een werkklimaat dat patiëntveiligheid bevordert. 2. De acties van het ziekenhuismanagement illustreren dat patiëntveiligheid een topprioriteit is. 3. Het ziekenhuismanagement lijkt enkel geïnteresseerd in patiëntveiligheid als er iets is misgelopen.
D09	**Teamwerk doorheen ziekenhuisafdelingen**	1. Ziekenhuisafdelingen werken niet zo gecoördineerd samen. 2. Er is een goede samenwerking tussen afdelingen/diensten die vaak samenwerken. 3. Het is vaak onaangenaam om samen te werken met medewerkers/collega's van andere afdelingen/diensten. 4. Afdelingen/diensten werken goed samen om de best mogelijke zorgen aan de patiënten te kunnen bieden.
D10	**Overdracht en transfer**	1. Bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen worden zaken over het hoofd gezien. 2. Er gaat vaak belangrijke informatie over de patiënt verloren bij het wisselen van werkposten. 3. Er treden vaak problemen op bij het uitwisselen van informatie tussen afdelingen/diensten. 4. Het wisselen van werkposten is problematisch voor de patiënten in het ziekenhuis.

		OUTCOME DIMENSIES
O01	**Globale perceptie over veiligheid**	1. Het is eerder toevallig dat er in de instelling geen ernstigere fouten gemaakt worden. 2. Patiëntveiligheid wordt nooit opgeofferd om meer werk gedaan te krijgen. 3. Er zijn problemen in verband met patiëntveiligheid in de werkomgeving. 4. Procedures en systemen zijn goed uitgewerkt om fouten te vermijden.
O02	**Frequentie van 'event'-rapportering**	1. Er wordt een fout gemaakt, maar deze fout wordt opgemerkt en gecorrigeerd vooraleer de patiënt schade ondervindt. Hoe vaak wordt dit gemeld? 2. Er wordt een fout gemaakt waarvan we weten dat deze fout de patiënt niet kan schaden. Hoe vaak wordt dit gemeld? 3. Er wordt een fout gemaakt die de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar hem uiteindelijk ongedeerd liet. Hoe vaak wordt dit gemeld?

2.3. *Proactieve risicoanalyse*

In het derde (2010) en het vierde (2011) contractjaar werd aan de ziekenhuizen gevraagd om vijf incidenten retrospectief te analyseren. Vanaf het vijfde contractjaar (2012) werd ingezet op proactieve risicoanalyse en dienden de ziekenhuizen een proactieve methode toe te passen op een gekozen (deel) proces.

Een proactieve analyse laat toe om potentiële incidenten op te sporen en te voorkomen voordat deze ontstaan. Alle manieren waarop het proces kan falen ('*failure modes*' of 'faalwijzen') worden systematisch benoemd en beoordeeld op hun potentiële effect. Vervolgens worden maatregelen genomen die de kans op het ontstaan van deze faalwijzen kunnen verminderen of het effect ervan kunnen beperken. De meest gekende methode is HFMEA. HFMEA staat voor '*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*'. HFMEA is ontwikkeld vanuit FMEA door het *National Center for Patient Safety* (NCPS) van het Amerikaanse *Department of Veterans' Affairs*.

In 2006 is HFMEA naar het Nederlands vertaald als 'Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's' (SAFER). Meer informatie over SAFER is onder meer te vinden op:
http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunt-vms/safer-boekje.pdf.

Een andere proactieve analysemethode is de Bow-Tie-methode ('vlinderdas-model'). Deze methode is oorspronkelijk afkomstig uit de petrochemische industrie en de luchtvaart.
De Bow-Tie-methode is een kwalitatieve risicoanalysemethode waarmee op een systematische en efficiënte wijze een beeld kan worden verkregen van de risico's die in een organisatie aanwezig zijn en van de preventieve en herstelmaatregelen die hierover (kunnen) worden ontwikkeld.
De Bow-Tie-methode kan ook gebruikt worden als retrospectieve analysemethode.

2.4. Toepassing van de WHO-taxonomie

Bij de verwerking van de resultaten van de voorbije contractjaren bleek dat de klassen en de subklassen van de WHO-taxonomie niet altijd tot op het diepste niveau werden gecodeerd. Daarom werd in het vijfde contractjaar (2012) hieraan extra aandacht besteed. Indien op termijn gestreefd wordt naar een dataverzameling tussen ziekenhuizen, diensten en/of specialismen is het cruciaal dat het coderen correct en tot op het diepste niveau gebeurt.

2.5. Overzicht van gemelde incidenten volgens ernstgraad (periode 01/04 – 30/06/2012)

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om voor alle gemelde incidenten uit het tweede trimester van 2012 (1 april 2012 t.e.m. 30 juni 2012) het **incidenttype** en de **ernstgraad** (=graad van schade aan de patiënt) op te geven.
Voor de rapportage aan de FOD Volksgezondheid werden de ernstgraden geclusterd in de volgende drie categorieën:

- geen schade;
- lichte en matige schade;
- ernstige schade en overlijden.

Ziekenhuizen dienen intern echter wel te beschikken over een overzicht van de incidenttypes met de vijf onderscheiden ernstgraden.

Geen, lichte, matige, ernstige schade of overlijden wordt in de taxonomie als volgt gedefinieerd:

- Geen schade: het incident heeft geen enkel gevolg voor de patiënt:
  - er worden geen symptomen waargenomen;
  - er is geen bijkomende behandeling vereist.

- 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).
- 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.
- Ernstige schade:
  - het incident veroorzaakt de nood tot levensreddend ingrijpen OF
  - majeure chirurgie of medische behandeling die de levensverwachting verkort, is noodzakelijk OF
  - het incident veroorzaakt zware permanente, langdurige schade of functieverlies bij de patiënt.
- Overlijden:
  - het overlijden van de patiënt werd veroorzaakt of, op korte termijn, bespoedigd door het incident.

2.6. Meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten

Vanaf het derde contractjaar (2010) werd aan de ziekenhuizen expliciet gevraagd om een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten te implementeren waarbij minimaal een aantal klassen uit de WHO-taxonomie opgenomen en verplicht gecodeerd moeten worden.
Het gevraagde meld- en leersysteem kon ontwikkeld zijn (of worden) door het ziekenhuis, door een externe partij of door een commerciële firma.
In alle gevallen dient het meld- en leersysteem te voldoen aan de criteria zoals gedefinieerd door de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid in maart 2009. In november 2012 werden de criteria geactualiseerd. De geactualiseerde criteria zijn terug te vinden als bijlage op www.patient-safety.be.

Het systeem moet tevens voldoen aan 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 en dat incidenten na analyse geanonimiseerd worden.

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

In het vijfde contractjaar (2012) werden de ziekenhuizen opnieuw bevraagd over de stand van zaken betreffende het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten.

Vooraleer de resultaten te bespreken, wordt eerst wat dieper ingegaan op twee aan het meld- en leersysteem gerelateerde thema's: de *International Classification for Patient Safety* (ICPS) van de WHO met de gevraagde minimale dataset en het XML-exportmodel.

2.6.1. De International Classification for Patient Safety (taxonomie)

Aan de ziekenhuizen werd reeds in 2009 gevraagd om in het meld- en leersysteem de mogelijkheid te voorzien om incidenten in te delen volgens de *International Classification for Patient Safety* (ICPS) 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*[9] werd door de federale werkgroep taxonomie aangepast aan de Belgische situatie en naar de drie landstalen vertaald. De WHO heeft aan de FOD Volksgezondheid 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 FOD Volksgezondheid een minimale dataset bepaald waarbij 4 (op de 10) hoofdklassen moeten worden behandeld.

Elke incidentmelding dient **minimaal** de volgende **hoofdklassen** te omvatten:
klasse A: incidenttype
klasse B: gevolgen voor de patiënt (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

9 http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/.

klasse F: verzachtende factoren
klasse G: detectie
klasse I: verbeteracties
klasse J: acties om het risico te beperken

2.6.2. Het XML-exportmodel

Al in 2010 werden de ziekenhuizen aangemoedigd om het, door de FOD Volksgezondheid, aangeleverde XML-exportmodel te implementeren in het meld- en leersysteem. Eventuele export van bepaalde gegevens dient te gebeuren via dit uniforme XML-model dat specifiek voor aggregatiedoeleinden werd uitgewerkt. In 2011 werd opnieuw nagegaan of ziekenhuizen het XML-exportmodel daadwerkelijk hebben geïntegreerd.

De FOD Volksgezondheid heeft de commerciële softwarebedrijven gecontacteerd en gevraagd om het XML-exportmodel ook te integreren in hun meldsystemen, daarbij rekening houdend met dezelfde criteria die ook aan de ziekenhuizen werden gecommuniceerd (*cf*. www.patient-safety.be).

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 inlezen van de XML-bestanden ontwikkeld. Daarnaast werd in januari 2011 een specifieke workshop georganiseerd voor de ziekenhuisinformatici 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 om incidenten correct te registreren volgens de taxonomie van de WHO en om ondersteuning te bieden bij de transfer van gegevens in het XML-formaat.

2.7. Comité Patiëntveiligheid

Het Comité Patiëntveiligheid staat mee in voor het bepalen, opvolgen en verbeteren van het patiëntveiligheidsbeleid en, daarmee samenhangend, de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis. Het Comité Patiëntveiligheid is multidisciplinair samengesteld en heeft onder meer de volgende verantwoordelijkheden:

- de directie informeren over het gevoerde patiëntveiligheidsbeleid;

- de directie adviseren en aanbevelingen formuleren over te ondernemen acties om patiëntveiligheid te verbeteren;
- coördineren en opvolgen van verbeteracties op basis van geanalyseerde incidenten, bijna-incidenten of onveilige situaties;
- ziekenhuismedewerkers stimuleren en ondersteunen bij het melden van incidenten, bijna-incidenten of onveilige situaties;
- ziekenhuismedewerkers informeren over de resultaten van de doorgevoerde verbeteracties.

De FOD Volksgezondheid ontwikkelde een gestandaardiseerd rapportagedocument in Excel. Ziekenhuizen dienden gebruik te maken van dit instrument om te rapporteren over pijler 1. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens werden verwerkt, op landelijk niveau en – indien relevant – ook per type ziekenhuis en per regio.

3. RESULTATEN

3.1. Aantal geanalyseerde rapporten

In 2012 hebben 177 van de 194 ziekenhuizen zich ingeschreven op het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (91 %). Honderd drieënzeventig ziekenhuizen dienden een rapport in: 101 acute ziekenhuizen, 56 psychiatrische ziekenhuizen en 16 Sp-ziekenhuizen. Twee psychiatrische en twee acute ziekenhuizen fuseerden.
Twee acute ziekenhuizen rapporteerden niet.
De onderstaande analyse is gebaseerd op de resultaten van 173 ziekenhuisrapporten.

	AZ	PZ	Sp	totaal
ingeschreven op contract 2012	104	57	16	177
rapport ingediend	101	56	16	173
totaal aantal ziekenhuizen	105	66	23	194

3.2. Zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In het vijfde contractjaar (2012) werd aan de ziekenhuizen gevraagd om aan te geven:

- welke informatiebronnen werden gebruikt voor de zelfevaluatie van het VMS;

- welke kernelementen door de directie werden geselecteerd voor een stappenplan tot 2017;
- welke goede praktijkvoorbeelden ziekenhuizen willen delen met andere ziekenhuizen.

Ten slotte werd ook gevraagd om een ondertekend document toe te voegen met de datum van de directievergadering waarop beslist werd over de, te verbeteren, kernelementen en de goede praktijkvoorbeelden.

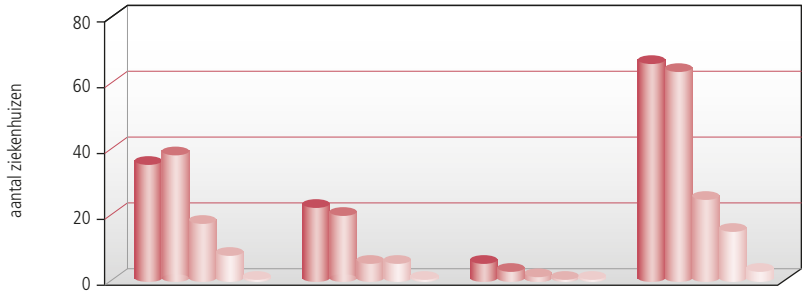
3.2.1. *Informatiebronnen voor de zelfevaluatie van het VMS*

De meeste ziekenhuizen (62 %, n=107) gebruikten meer dan één informatiebron voor de zelfevaluatie van het VMS (grafiek 1).

In de 66 ziekenhuizen die gebruik maakten van één informatiebron is dat 45 keer de VMS-checklist, 13 keer de cultuurmeting, 5 keer accreditatie, 1 keer EFQM/Kwadrant en 2 keer een andere methode (visitatietraject en strategische tweedaagse).

In de 64 ziekenhuizen die twee informatiebronnen gebruikten is dat 55 keer een combinatie van de VMS-checklist en de cultuurmeting.

Grafiek 1: Aantal gebruikte informatiebronnen voor de zelfevaluatie van het VMS

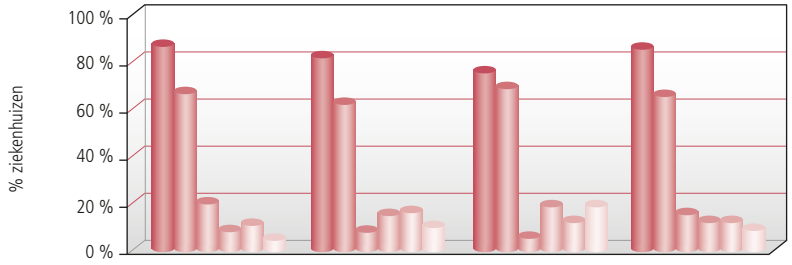


	AZ (n=101)	PZ (n=56)	Sp (n=16)	alle ziekenhuizen (n=173)
1 informatiebron	36	23	7	66
2 informatiebronnen	39	20	5	64
3 informatiebronnen	17	6	2	25
4 informatiebronnen	8	6	1	15
5 informatiebronnen	1	1	1	3

De meest gebruikte informatiebronnen voor de zelfevaluatie van het VMS waren de VMS-checklist en de cultuurmeting en dit voor alle ziekenhuistypes (grafiek 2). In acute ziekenhuizen was de informatie bekomen uit het accrediteringstraject de derde meest gebruikte informatiebron (n=21). Een veiligheidsplan en het EFQM-model/Kwadrant werden elk in iets meer dan 10 % van alle ziekenhuizen als bron gebruikt.
Veertien ziekenhuizen gaven ook andere informatiebronnen op zoals:

- de visitatie van de Vlaamse zorginspectie (twee Sp-ziekenhuizen);
- een strategische tweedaagse voor middenkaders, directieleden en artsen (psychiatrisch ziekenhuis);
- het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (één acuut en twee psychiatrische ziekenhuizen);
- een werkbezoek van een acuut ziekenhuis aan andere ziekenhuizen waarmee een samenwerkingsverband bestaat;
- de *Balanced Score Card* (twee psychiatrische ziekenhuizen);
- een PRISMA- en een HFMEA-analyse (twee acute ziekenhuizen);
- een interne vergadering over kwaliteitsverbetering (psychiatrisch ziekenhuis);
- de informatie uit het Comité Patiëntveiligheid (één acuut ziekenhuis);
- een programma ontwikkeld door de informaticadienst (één Sp-ziekenhuis).

Grafiek 2: Gebruikte informatiebronnen voor de zelfevaluatie van het VMS



	AZ (n=101)	PZ (n=56)	Sp (n=16)	alle ziekenhuizen (n=173)
VMS-checklist (n=146)	87 %	82 %	75 %	84 %
cultuurmeting (n=113)	66 %	63 %	69 %	65 %
accreditatie (n=27)	21 %	9 %	6 %	16 %
veiligheidsplan (n=21)	9 %	16 %	19 %	12 %
EFQM/Kwadrant (n=23)	12 %	16 %	13 %	13 %
andere informatiebron(n=14)	5 %	11 %	19 %	8 %

3.2.2. *Geselecteerde verbeteracties voor een stappenplan tot 2017*

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd te rapporteren over de gekozen kernelementen die onderwerp zullen zijn van een verbeterplan vanaf 2013 (minimum 1, maximum 3).

In totaal werden 479 verbeteracties geselecteerd.

63 % (n=304) van de geselecteerde verbeteracties had betrekking op 6 van de 12 kernelementen, met name:

- meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (14 %, n=69);
- retrospectieve incidentanalyse (11 %, n=55);
- kwaliteits-en patiëntveiligheidsplan (10 %, n=49);
- indicatoren (10 %, n=46);
- patiëntveiligheidscultuur (9 %, n=43);
- leiderschap en betrokkenheid management (9 %, n=42).

Voor het kernelement 'integreren van alle informatiebronnen' werden de minste verbeteracties geselecteerd (3 %, n=13).

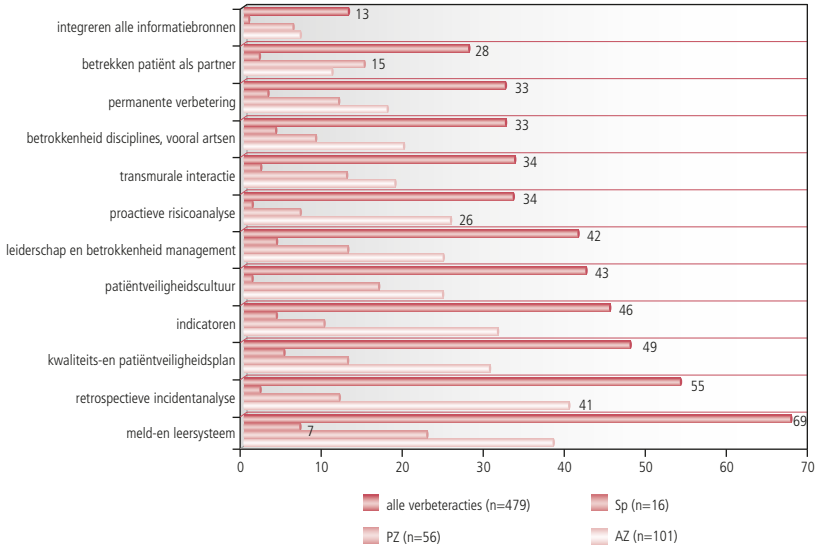
Er zijn enkele verschillen op te merken tussen de ziekenhuistypes (grafiek 3).

In de acute ziekenhuizen werden, in vergelijking met de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen, meer verbeteracties geselecteerd voor 'retrospectieve incidentanalyse' en 'proactieve risicoanalyse' (resp. 14 %, n=41; 8 %, n=12 en 6 %, n=2).

Het is opvallend dat psychiatrische ziekenhuizen meer verbeteracties selecteerden over 'het betrekken van de patiënt als partner'. 10 %, n=15 in vergelijking met 4 % (n=11) in de acute ziekenhuizen en 6 % (n=2) in de Sp-ziekenhuizen.

In Sp-ziekenhuizen werden, verhoudingsgewijs, meer verbeteracties geselecteerd over de 'betrokkenheid van andere disciplines, vooral artsen' (11 %, n=4). 1 op 5 van de verbeteracties uit Sp-ziekenhuizen ging over het 'meld- en leersysteem' (20 %, n=7).

Grafiek 3: Geselecteerde kernelementen voor een stappenplan tot 2017, per type ziekenhuis (n=479)



3.2.3. *Geselecteerde goede praktijkvoorbeelden die ziekenhuizen willen delen*

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd te rapporteren over goede praktijkvoorbeelden (maximum 3) en tevens werd nagegaan of deze ziekenhuizen bereid waren om deze goede praktijkvoorbeelden ook te delen met andere ziekenhuizen.

In totaal werden 263 goede praktijkvoorbeelden geselecteerd. Voor 189 goede praktijkvoorbeelden (72 %) waren ziekenhuizen bereid deze te delen. Sommige ziekenhuizen hebben echter 2 of 3 keer hetzelfde praktijkvoorbeeld vermeld.

Het aantal verschillende goede praktijkvoorbeelden die ziekenhuizen willen delen, komt daardoor een stuk lager te liggen. In totaal wilden 99 ziekenhuizen goede praktijkvoorbeelden delen: 62 acute ziekenhuizen (61 %), 29 psychiatrische ziekenhuizen (52 %) en 8 Sp-ziekenhuizen (50 %) (tabel 2).

Meer dan de helft van de goede praktijkvoorbeelden (53 %, n=52) had betrekking op de thema's: 'melden en analyseren' (27 %), 'leiderschap' (15 %) en 'medicatie' (10 %).

Specifieke thema's die enkel acute ziekenhuizen willen delen gaan over 'patiëntidentificatie' (n=5), 'indicatoren' (n=4), 'patiënt empowerment' (n=3), 'proactieve risicoanalyse' (n=3), 'ziekenhuishygiëne' (n=3) en '*Safe Surgery*' (n=2).

Specifieke thema's voor psychiatrische ziekenhuizen waren: 'agressie' (n=3), 'teamwerking' (n=2), 'permanent verbeteren' (n=1), 'SLA's' (n=1) en 'vrijheidsbeperking' (n=1).

Voor goede praktijkvoorbeelden over 'multidisciplinariteit' (n=3), waren 2 Sp-ziekenhuizen en 1 psychiatrisch ziekenhuis bereid deze te delen.

Tabel 2: Thema's van goede praktijkvoorbeelden die ziekenhuizen willen delen, per type ziekenhuis (n=99)

	AZ	PZ	Sp	totaal	
	n	n	n	n	%
melden en analyseren	17	8	2	27	27 %
leiderschap	8	5	2	15	15 %
medicatie	7	2	1	10	10 %
implementatie	5	2	0	7	7 %
patiëntidentificatie	5	0	0	5	5 %
cultuur	3	1	0	4	4 %
indicatoren	4	0	0	4	4 %
agressie	0	3	0	3	3 %
multidisciplinariteit	0	1	2	3	3 %
patiënt empowerment	3	0	0	3	3 %
proactieve analyse	3	0	0	3	3 %
transmurale zorg	2	1	0	3	3 %
ziekenhuishygiëne	3	0	0	3	3 %
safe surgery	2	0	0	2	2 %
second victim	0	1	1	2	2 %
teamwerking	0	2	0	2	2 %
permanent verbeteren	0	1	0	1	1 %
service level agreements (SLA's)	0	1	0	1	1 %
vrijheidsbeperking	0	1	0	1	1 %
totaal	**62**	**29**	**8**	**99**	

3.2.4. Goedkeuring van de directie voor de te verbeteren kernelementen en de goede praktijkvoorbeelden

Met de uitdrukkelijke bedoeling de betrokkenheid van directies te verhogen, werd expliciet gevraagd om de multidisciplinair gekozen kernelementen en de goede praktijkvoorbeelden te laten valideren door de ziekenhuisdirectie. Daarom werd gevraagd om de bijlage 'goedkeuring van verbeterpunten en goede praktijkvoorbeelden voor het VMS' in te vullen en te laten ondertekenen door alle betrokken aanwezigen, met vermelding van datum, naam en functie.

80 % van de acute ziekenhuizen, 79 % van de psychiatrische ziekenhuizen en 75 % van de Sp-ziekenhuizen hebben dit gedaan.

3.3. Patiëntveiligheidscultuurmeting

Aan de ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in het eerste contractjaar (2007-2008) werd gevraagd een tweede cultuurmeting uit te voeren in 2011.

3.3.1. Aantal ziekenhuizen dat een tweede cultuurmeting uitvoerde in 2011

In 2011 heeft 86 % van de deelnemende ziekenhuizen (n=152) een tweede cultuurmeting uitgevoerd (tabel 3). Van deze ziekenhuizen heeft 93 % (n=141) deelgenomen aan het benchmarkonderzoek onder coördinatie van de UHasselt: 93 % van de acute ziekenhuizen (n=83), 94 % van de psychiatrische ziekenhuizen (n=48) en 83 % van de Sp-ziekenhuizen (n=10).[10]

Tabel 3: Aantal ziekenhuizen dat deelnam aan het tweede benchmarkonderzoek (n=141)

	AZ		PZ		Sp		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ziekenhuizen in 2011	103		58		16		177	
cultuurmeting 2011	89	86 %	51	88 %	12	75 %	152	86 %
deelname benchmarkonderzoek	83	93 %	48	94 %	10	83 %	141	93 %

10 A. Vlayen *et al.*, *Tweede veiligheidscultuurmeting in de Belgische acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen*, Universiteit Hasselt, onderzoeksgroep Patient Safety, 2012.

Aan de ziekenhuizen die een tweede cultuurmeting uitvoerden in 2011 werd gevraagd om te rapporteren over de volgende elementen:

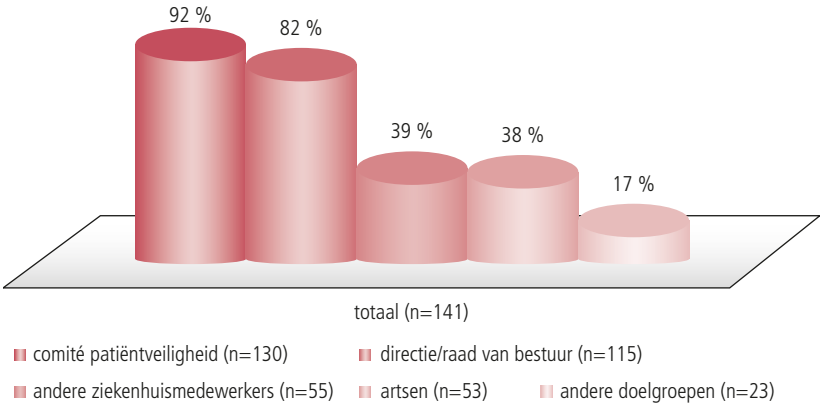
- het bespreken van de resultaten van het tweede benchmarkrapport;
- het omschrijven van verbeteracties voor 2 van de 12 dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting met specificatie van:
  - de dimensie van de gekozen verbeteracties;
  - de oprichting van een multidisciplinair team;
  - drie indicatoren (structuur, proces, resultaat).

3.3.2. *Bespreking resultaten tweede benchmarkrapport*

In het merendeel van de ziekenhuizen dat deelnam aan het tweede benchmarkonderzoek werden de resultaten voorgesteld en/of besproken met het Comité Patiëntveiligheid of een gelijkaardige structuur (92 %, n=130) en met de directie/raad van bestuur (82 %, n=115) (grafiek 4). De benchmarkresultaten werden ook voorgesteld aan andere ziekenhuismedewerkers (39 %, n=55) en artsen (38 %, n=53).

Vierentwintig ziekenhuizen gaven aan de resultaten ook te hebben voorgesteld en/of besproken met andere doelgroepen. De meest voorkomende categorie is het verpleegkundig departement (middenkaders verpleging en hoofdverpleegkundigen). Andere doelgroepen die werden genoemd zijn: nieuwe medewerkers (n=1) en vakbond (n=1). Eén psychiatrisch ziekenhuis gaf aan de resultaten ook besproken te hebben met de familie van de patiënt.

Grafiek 4: Doelgroepen waarmee de resultaten van het tweede benchmarkrapport werden besproken (n=141)



3.3.3. Verbeteracties op basis van de tweede cultuurmeting

3.3.3.1. Aantal verbeteracties

In totaal werden 287 verbeteracties gerapporteerd. Zeven ziekenhuizen hebben slechts één verbeteractie gespecificeerd, in plaats van de gevraagde twee; 26 ziekenhuizen konden niet rapporteren over verbeteracties aangezien zij de cultuurmeting pas in 2012 hebben uitgevoerd.

3.3.3.2. Dimensie van de gekozen verbeteracties

De 12 dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting zijn onderverdeeld in tien patiëntveiligheidsdimensies en twee outcome dimensies. Er werden 227 verbeteracties gerapporteerd die betrekking hadden op 1 van de 10 patiëntveiligheidsdimensies. 1 op 5 van de verbeteracties had te maken met 1 van de 2 outcome dimensies (n=60) (tabel 4).

De dimensies waarover de drie ziekenhuistypes de meeste verbeteracties rapporteerden zijn:
- D02: de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (10 % , n=30);
- D05: feedback en communicatie over veiligheid (16 %, n=47);
- D10: overdracht en transfer (25 %, n=71);
- O02: frequentie van 'event' rapportering (18 %, n=53)

Over de dimensies D01: 'manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen' en D03: 'teamwerk binnen afdelingen' worden de minste verbeteracties gerapporteerd (telkens 1 %, n=4).

Opvallend is dat 8 van de 9 verbeteracties voor de dimensie D04: 'openheid naar communicatie' kwamen uit psychiatrische ziekenhuizen en dat bijna 1 op 4 van de verbeteracties uit de Sp-ziekenhuizen betrekking had op de dimensie D09: 'teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen'.

Tabel 4: Overzicht van het aantal gerapporteerde verbeteracties per dimensie van de veiligheidscultuurmeting, per type ziekenhuis (n= 287)

	AZ	PZ	Sp	alle ziekenhuizen	
	n	n	n	n	%
patiëntveiligheidscultuurdimensies					
D01: manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	3	1	0	4	1 %
D02: de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	12	15	3	30	10 %
D03: teamwerk binnen afdelingen	0	3	1	4	1 %
D04: openheid naar communicatie	1	8	0	9	3 %
D05: feedback en communicatie over veiligheid	29	13	5	47	16 %
D06: niet bestraffende respons op fouten	8	6	1	15	5 %
D07: bestaffing	9	4	0	13	5 %
D08: ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid	8	7	1	16	6 %
D09: teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen	9	4	5	18	6 %
D10: overdracht en transfer	49	18	4	71	25 %
subtotaal	128	79	20	227	79 %
outcome dimensies					
O01: globale perceptie over veiligheid	4	3	0	7	2 %
O02: frequentie van 'event' rapportering	34	16	3	53	18 %
subtotaal	38	19	3	60	21 %
algemeen totaal	**166**	**98**	**23**	**287**	**100 %**

3.3.3.3. Oprichting multidisciplinair team

Voor 3 op de 4 verbeteracties werd een multidisciplinair team samengesteld (75 %, n=216). Verhoudingsgewijs gebeurde dit het meest in de Sp-ziekenhuizen (91 %, n=21), gevolgd door de acute ziekenhuizen (78 %, n=130) en de psychiatrische ziekenhuizen (66 %, n=65).

3.3.3.4. Indicatoren

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om, per verbeteractie telkens één structuur-, proces- en resultaatsindicator te omschrijven, indien van toepassing.

Hierbij diende gespecificeerd te worden of het ging om een ja/neen indicator of een teller/noemer indicator. Tevens werd, per indicator, gevraagd of de indicator systematisch werd opgevolgd, of er een streefwaarde werd bepaald en of de resultaten werden besproken met de betrokken zorgverleners en de ziekenhuisdirectie.

3.3.3.4.1. Aantal en aard van de geformuleerde indicatoren

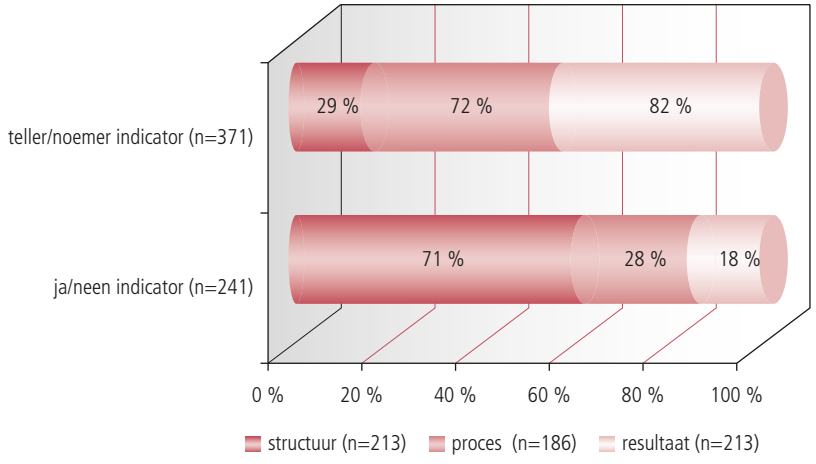
Niet alle vragen over indicatoren werden door de ziekenhuizen beantwoord. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te halen:

- zesentwintig ziekenhuizen hebben geen tweede cultuurmeting gedaan in 2011 en dienden de vragen over indicatoren dus niet te beantwoorden;
- zeven ziekenhuizen hebben gerapporteerd over één verbeteractie in plaats van over de gevraagde twee;
- sommige vragen werden eenvoudigweg niet beantwoord.

Voor de 287 verbeteracties naar aanleiding van de tweede patiëntveiligheidscultuurmeting werden in totaal 612 indicatoren omschreven. 61 % van alle indicatoren waren teller/noemer indicatoren (n=371), de overige 39 % waren ja/neen indicatoren (grafiek 5).

7 op de 10 structuurindicatoren zijn ja/neen indicatoren (n=151), proces- en resultaatsindicatoren worden voornamelijk als teller/noemer indicatoren omschreven (resp. n=134, 72 % en n=175, 82 %).

Grafiek 5: Aantal indicatoren volgens aard (n=612)



3.3.3.4.2 Aantal en aard van de opgevolgde indicatoren

Resultaatsindicatoren werden het meest opgevolgd (n=176, 83 %), structuurindicatoren het minst (n=153, 72 %). In Sp-ziekenhuizen werden zowel structuur-, proces- als resultaatsindicatoren meer opgevolgd dan in acute en psychiatrische ziekenhuizen. In psychiatrische ziekenhuizen worden de drie types van indicatoren het minst opgevolgd.

3.3.3.4.3 Indicatoren met streefwaarde

Voor 603 van de 612 indicatoren (99 %) werd aangegeven of er al dan niet een streefwaarde werd bepaald. Voor 433 van deze 603 indicatoren (72 %) werd effectief een streefwaarde vastgelegd.
In het algemeen en in de acute ziekenhuizen werd voor procesindicatoren het meest een streefwaarde bepaald (resp. 74 %, n=139 en 79 %, n=89). In psychiatrische en Sp-ziekenhuizen werd vooral een streefwaarde bepaald voor de structuurindicatoren (resp. 73 %, n=46; 76 %, n=13). Voor de resultaatsindicatoren waren geen markante verschillen op te merken tussen de drie ziekenhuistypes: voor 69 % van de resultaatsindicatoren werd een streefwaarde bepaald (148 op 231).

3.3.3.4.4 Bespreking resultaten met zorgverleners

Voor 607 van de 612 indicatoren (99 %) werd aangegeven of de resultaten al dan niet besproken werden met de betrokken zorgverleners. Voor bijna 7 op de 10 indicatoren gebeurde dat effectief (68 %).

In acute ziekenhuizen zijn het vooral de proces- en resultaatsindicatoren die met de betrokken zorgverleners worden besproken (resp. 71 %, n=79 en 72 %, n=64) en in Sp-ziekenhuizen zijn het voornamelijk de structuurindicatoren die worden besproken (80 %, n=12).
In psychiatrische ziekenhuizen worden structuurindicatoren het minst besproken (57 %, n=38).

3.3.3.4.5 Bespreking resultaten met de directie

Voor 601 van de 612 indicatoren (98 %) werd aangegeven of de resultaten al dan niet besproken werden met de directie. Voor 434 van de 601 indicatoren gebeurde dat ook effectief (72 %).

In de acute en psychiatrische ziekenhuizen zijn het de resultaatsindicatoren die het meest met de directie worden besproken (resp. 78 %, n=98 en 76 %, n=48). In Sp-ziekenhuizen wordt 80 % van de structuurindicatoren (n=12) met de directie besproken. In psychiatrische ziekenhuizen worden procesindicatoren het minst met de directie besproken (69 %, n=40).

3.3.4. *Resultaten van de tweede cultuurmeting, uitgevoerd in 2012*

Zesentwintig ziekenhuizen hadden geen tweede cultuurmeting uitgevoerd in 2011 en aan hen werd gevraagd om dit te doen in 2012.

Bij analyse van de gegevens van deze 26 ziekenhuizen bleek dat tien ziekenhuizen (drie acute en zeven psychiatrische) geen data hebben ingevoerd over de tweede cultuurmeting. De onderstaande bespreking is dus gebaseerd op de gegevens van 16 ziekenhuizen die een tweede cultuurmeting deden in 2012 en hierover ook rapporteerden. Het gaat om tien acute ziekenhuizen, twee psychiatrische en vier Sp-ziekenhuizen.

Hieronder volgt een samenvattend overzicht van de resultaten van deze 16 ziekenhuizen:

- vijftien ziekenhuizen hebben de cultuurmeting ziekenhuisbreed uitgevoerd;
- tien ziekenhuizen hebben ook andere doelgroepen bevraagd;
- twaalf ziekenhuizen stuurden herinneringsbrieven rond om de responsgraad te maximaliseren;
- elf ziekenhuizen distribueerden de vragenlijst op papier;
- in tien ziekenhuizen was de responsgraad van artsen lager dan 60 % (de streefwaarde);
- in zeven ziekenhuizen was de responsgraad van andere ziekenhuismedewerkers lager dan 60 % (de streefwaarde);
- de resultaten over de cultuurmeting werden het meest voorgesteld aan de hoofdgeneesheer/verpleegkundig diensthoofd (15/16), het directiecomité (14/16), het Comité Patiëntveiligheid (13/16) en het verpleegkundig en paramedisch departement (11/16);
- de resultaten werden voornamelijk voorgesteld aan de hand van een mondelinge presentatie of het intranet;
- vijftien ziekenhuizen hebben de resultaten van de tweede cultuurmeting vergeleken met de resultaten van de eerste cultuurmeting.

3.4. Proactieve risicoanalyse

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om één proactieve risicoanalyse uit te voeren met specificering van:

- de gebruikte methode;
- het onderwerp van de analyse;
- de reden waarom voor dit onderwerp werd gekozen;
- het samenstellen van een multidisciplinaire werkgroep;
- de betrokkenheid van het ziekenhuismanagement;
- het stroomdiagram;
- de verbeteracties.

Hierna wordt op elk van deze elementen ingegaan.

3.4.1. Gebruikte methode voor proactieve risicoanalyse

Deze vraag werd beantwoord door 168 ziekenhuizen. Twee acute en drie Sp-ziekenhuizen hebben de vraag niet beantwoord. De ziekenhuizen hadden drie keuzemogelijkheden: HFMEA, FMEA of de Bow-Tie-methode.

72 % van de ziekenhuizen (n=121) heeft een zuivere HFMEA uitgevoerd, 5 % een FMEA. De Bow-Tie-methode werd gebruikt door 10 % van de ziekenhuizen (n=16), het meeste door psychiatrische ziekenhuizen. De categorie 'andere' vertegenwoordigde 14 % van de antwoorden. Voornamelijk acute ziekenhuizen maakten gebruik van andere methodes zoals bv. de *Interactive Prospective Risk Analysis* (IPRA) (tabel 5).

Tabel 5: Gebruikte methode voor proactieve risicoanalyse, per type ziekenhuis (n=168)

	HFMEA	FMEA	BOW-TIE	andere methode	
	n	n	n	n	%
AZ (n=99)	69	5	7	18	18 %
PZ (n=53)	38	2	8	5	9 %
Sp (n=16)	14	1	1	0	0 %
alle ziekenhuizen (n=168)	**121**	**8**	**16**	**23**	**14 %**

3.4.2. *Onderwerp van proactieve risicoanalyse*

De 164 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, deden een proactieve analyse voornamelijk over medicatie-gerelateerde thema's, opname/ontslag/transfer en identitovigilantie. Deze drie thema's kwamen terug bij de drie ziekenhuistypes (tabel 6).

In acute ziekenhuizen werden daarnaast ook proactieve risicoanalyses gedaan over veiligheidsproblemen betreffende medische materialen, hemovigilantie en het operatiekwartier.

In psychiatrische ziekenhuizen waren de thema's 'suïcide', 'vrijheidsbeperking' en 'automutilatie' ook onderwerp van proactieve risicoanalyse. In Sp-ziekenhuizen ging het, naast 'medicatie' en 'transfer', ook over 'vrijheidsbeperking' en 'wegloopgedrag'.

Tabel 6: Onderwerpen van proactieve analyses, per type ziekenhuis, (n=164)

	AZ	PZ	Sp	alle ziekenhuizen	
	n	n	n	n	%
medicatie	27	18	6	51	31 %
opname/ontslag/transfer	13	7	2	22	13 %
identificatie/traceerbaarheid	9	1	1	11	7 %
medisch materiaal	9	0	0	9	5 %
vrijheidsbeperking	2	4	2	8	5 %
operatiekwartier	7	0	0	7	4 %
infrastructuur	5	1	0	6	4 %
elektronisch dossier	3	1	1	5	3 %
hemovigilantie	5	0	0	5	3 %
verworven infecties	4	1	0	5	3 %
suïcide/automutilatie	0	5	0	5	3 %
communicatie	0	2	1	3	2 %
andere	12	12	3	27	16 %
totaal	**96**	**52**	**16**	**164**	**100 %**

3.4.3. Redenen van proactieve risicoanalyse

Voor bijna de helft van de ziekenhuizen (45 %) die de vraag hebben beantwoord (n=168) zijn 'incidentmeldingen' en 'nieuwe of herziene procedures' de belangrijkste redenen om een proactieve risicoanalyse te doen.
'Ervaringen of ideeën van zorgverleners' werden aangehaald als derde belangrijkste reden, gevolgd door 'strategische doelstellingen'.

43 % van de redenen zijn gerelateerd aan 'ervaringen uit het verleden', 31 % van de proactieve risicoanalyses werd uitgevoerd naar aanleiding van een 'nieuwigheid' (*cf.* tabel 7).

Tabel 7: Redenen om een proactieve analyse te doen, per type ziekenhuis (n=168)

	AZ	PZ	Sp	alle ziekenhuizen	
	n	n	n	n	%
incidentmelding	50	31	9	90	25 %
nieuwe of herziene procedures	37	25	9	71	20 %
ervaringen of ideeën van zorgverleners	38	22	5	65	18 %
strategische doelstelling	28	16	4	48	13 %
nieuwe infrastructuur	15	8	3	26	7 %
nieuw apparaat	7	6	2	15	4 %
andere	29	14	2	45	13 %
totaal	**204**	**122**	**34**	**360**	**100 %**

3.4.4. Samenstelling multidisciplinaire werkgroep

In 163 van 173 ziekenhuizen (94 %) werd een multidisciplinaire werkgroep samengesteld om een proces van proactieve risicoanalyse uit te voeren. Er waren geen markante verschillen tussen de verschillende ziekenhuistypes.

3.4.5. Betrokkenheid van specifieke doelgroepen bij de analyse

Slechts 4 van de 173 ziekenhuizen integreerden ook een patiënt en zijn familie in de werkgroep.

In 145 van de 173 ziekenhuizen (84 %) was het ziekenhuismanagement bij de analyse betrokken.

3.4.6. Het gebruik van een stroomdiagram

84 % van de ziekenhuizen (145 van de 173) heeft een stroomdiagram opgemaakt voor het proces en/of voor enkele subprocessen.

3.4.7. Verbeteracties

Aan de ziekenhuizen werd de mogelijkheid gegeven om vijf verbeteracties nader te omschrijven. Per verbeteractie werden de volgende elementen bevraagd:
- het jaar van implementatie (2012 of 2013);
- de verantwoordelijke voor de verbeteractie;
- het akkoord van het ziekenhuismanagement.

162 van de 173 ziekenhuizen hebben minstens één verbeteractie gedefinieerd, 47 ziekenhuizen formuleerden er vijf, negen ziekenhuizen hebben de vraag niet beantwoord en twee ziekenhuizen gaven aan dat de implementatie nog niet was gestart.

In totaal formuleerden de ziekenhuizen 589 verbeteracties. 41 % van de verbeteracties werd geïmplementeerd in 2012, de rest in 2013. Dit percentage is hoger voor de eerste verbeteractie en lager voor de tweede en de daaropvolgende acties in 2012 (36 %).

Voor 91 % van de verbeteracties werd een verantwoordelijke aangeduid en voor 93 % van de verbeteracties werd het akkoord bekomen van het ziekenhuismanagement.

3.5. Implementatie van het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten

Alle 173 ziekenhuizen hebben een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten.

Hierna wordt de aard van dit systeem verder geanalyseerd waarbij de volgende acht vragen aan bod komen:
1. Is het een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem?
2. Hoe kan gemeld worden?
3. Door wie werd het meldsysteem ontwikkeld?
4. Wordt in het ziekenhuis gebruikgemaakt van andere meldsystemen voor specifieke incidenten?
5. In welke mate werd het XML-exportmodel geïntegreerd?

6. Welke categorieën van de minimale dataset werden in het meldformulier geïntegreerd?
7. Is er een formulier (papier of elektronisch) beschikbaar waarmee patiënten melding kunnen maken van een (bijna-)incident?
8. Hoeveel incidenten werden gemeld en geanalyseerd in de periode 1 april tot 30 juni 2012 (type en ernstgraad)?

3.5.1. *Mate waarin het gehanteerde meld- en leersysteem ziekenhuisbreed is*

96 % van de ziekenhuizen (166 van de 173) beschikt over een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. Alle psychiatrische en Sp-ziekenhuizen beschikken over dergelijk systeem, enkel in zeven acute ziekenhuizen is het meld- en leersysteem nog niet ziekenhuisbreed. In 2011 waren er nog elf ziekenhuizen (tien acute en één psychiatrisch) met een niet ziekenhuisbreed systeem.

3.5.2. *Wijze van melden*

In 126 van de 173 ziekenhuizen (72 %) kon elektronisch gemeld worden. Hierbij ging het ofwel over een louter elektronisch meldsysteem (43 %, n=75), ofwel over een meldsysteem waarbij zowel elektronisch als schriftelijk kon worden gemeld (29 %, n=51) (tabel 8).

Tabel 8: Wijze waarop ziekenhuismedewerkers een melding kunnen maken (n=173)

	enkel elektronisch		enkel papier		beide		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AZ (n=101)	46	46 %	27	27 %	28	28 %	101	100 %
PZ (n=56)	24	43 %	16	29 %	16	29 %	56	100 %
Sp (n=16)	5	31 %	4	25 %	7	44 %	16	100 %
alle ziekenhuizen (n=173)	**75**	**43 %**	**47**	**27 %**	**51**	**29 %**	**173**	**100 %**

De mogelijkheid om elektronisch te melden (uitsluitend elektronisch of een gecombineerd systeem) is frequenter in Vlaanderen (89 %). In Brussel en Wallonië kan respectievelijk in 53 % en 49 % van de ziekenhuizen elektronisch gemeld worden (tabel 9).

Tabel 9: Wijze van melden per regio

	elektronisch				uitsluitend op papier			
	B	VL	W	totaal	B	VL	W	totaal
n	10	90	26	126	9	11	27	47
%	53 %	89 %	49 %	73 %	47 %	11 %	51 %	27 %

In 52 van de 130 ziekenhuizen die de vraag hebben beantwoord (40 %) werd de software intern ontwikkeld, 73 van de 130 ziekenhuizen (56 %) deden hiervoor beroep op een commerciële firma en in vijf ziekenhuizen werd 'andere' aangeduid, zonder verdere specificatie. 94 van de 141 ziekenhuizen (67 %) die de vraag beantwoordden, heeft het XML-exportmodel geïntegreerd.

3.5.3. *Klassen van de minimale dataset die werden geïntegreerd in het meldformulier*

166 van de 173 ziekenhuizen hebben de vragen over de minimale dataset beantwoord.
Hiervan heeft 96 % (160 van de 166) de klasse 'incidenttype' geïntegreerd, 95 % de klasse 'incidentkarakteristieken' (158 van de 166), 98 % de klasse 'gevolgen voor de patiënt' (162 van de 166) en 90 % de klasse 'gevolgen voor de organisatie' (150 van de 166).
29 van de 166 ziekenhuizen (17 %) integreerden ook andere klassen van de minimale dataset in het meldformulier waarbij 'verbeteracties' (n=8) en 'patiëntkarakteristieken' (n=6) de meest voorkomende waren. Twee ziekenhuizen integreerden alle klassen van de taxonomie en acht ziekenhuizen integreerden geen enkele klasse in het meldformulier (tabel 10).

Tabel 10: Mate waarin de vier verplichte klassen van de minimale dataset van de taxonomie geïntegreerd zijn in de meld- en leersystemen van de ziekenhuizen (n=166)

	incident-type		incidentka-rakteristie-ken		gevolgen patiënt		gevolgen organisatie		andere		geen enkele	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
totaal (n=166)	160	96 %	158	95 %	162	98 %	150	90 %	29	17 %	8	5 %

3.5.4. Gebruik van andere meldsystemen voor specifieke incidenten

In 103 van de 173 ziekenhuizen worden alle incidenten gemeld in één melden leersysteem. In 70 ziekenhuizen (50 van de 101 acute, 17 van de 56 psychiatrische en 3 van de 16 Sp-ziekenhuizen) bestaan dus ook nog andere systemen voor specifieke incidenten.
De incidenttypes waarvoor het meest frequent gemeld werd buiten het centrale meldsysteem zijn: hemovigilantie, agressie en farmacovigilantie (tabel 11).

Tabel 11: Overzicht van andere meldsystemen buiten het centrale meldsysteem

	AZ (n=50)	PZ (n=17)	Sp (n=3)	totaal (n=70)
hemovigilantie	48	3	3	54
agressie	23	8	1	32
farmacovigilantie	27	3	0	30
vallen	18	4	1	23
radiotherapie	20	1	1	22
materiovigilantie	15	0	1	16
nucleaire geneeskunde	14	1	1	16
medische beeldvorming	11	1	0	12
andere	**22**	**6**	**3**	**31**

3.5.5. Mate waarin patiënten via een specifiek formulier een melding kunnen maken.

In 44 van de 173 ziekenhuizen (25 %) kunnen patiënten een melding maken via een specifiek kanaal; het meeste in acute ziekenhuizen (72 %).

3.5.6. Aantal gemelde en geanalyseerde incidenten tussen 1 april tot 30 juni 2012

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om aan te geven hoeveel incidenten werden gemeld in de periode van 1 april tot 30 juni 2012, in totaal en voor alle ernstgraden. De vijf ernstgraden werden ondergebracht in drie categorieën:
- ernstgraad 0 (geen schade);
- ernstgraden 1 en 2 (lichte en matige schade);
- ernstgraden 3 en 4 (ernstige schade en overlijden).

Eveneens werd gevraagd naar het aantal incidenten met ernstgraden 3 en 4 die werden geanalyseerd.

3.5.6.1. Aantal gemelde incidenten

10 van de 173 ziekenhuizen (6 %) hebben geen antwoord gegeven op de vraag naar het aantal gemelde incidenten voor de periode van 1 april tot 30 juni 2012.

In de andere 163 ziekenhuizen werden in totaal 20.911 incidenten gemeld in een tijdspanne van drie maanden. Gemelde incidenten met ernstgraad 0 (geen schade) waren het talrijkst (65 %), gemelde incidenten met ernstgraden 1 en 2 (lichte en matige schade) kwamen voor in 33 % van de gevallen en 2 % van de gemelde incidenten was zeer ernstig (ernstige schade of overlijden) (tabel 12).

Tabel 12: Aantal gemelde incidenten voor de periode van 1 april tot 30 juni 2012, in totaal en per ernstgraad (n=20.911)

	gemeld	
	n	**%**
alle incidenten	20.911	
incidenten met ernstgraad 0	*13.661*	*65 %*
incidenten met ernstgraad 1 en 2	*6.923*	*33 %*
incidenten met ernstgraad 3 en 4	***327***	***2 %***

De gemelde incidenten hadden vooral betrekking op de klassen 'ongeval van de patiënt' (1 incident op 3) (inclusief valincidenten), 'gedrag van personeel/patiënt' (1/5), 'medicatie/IV-vloeistoffen' (1/7) en 'proces/procedure van zorg' (1/12). De meer ernstige incidenten hadden dezelfde spreiding (tabel 13).

Tabel 13: Aantal gemelde incidenten per type en per ernstgraad (n=20.911)

	0		1 en 2		3 en 4		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
administratie m.b.t. de zorg	680	67 %	326	32 %	13	1 %	1.019	5 %
proces/procedure van zorg	1.021	62 %	571	35 %	53	3 %	1.645	8 %
documentatie	649	88 %	91	12 %	1	0,1 %	741	4 %
medicatie/IV-vloeistoffen	2.524	80 %	600	19 %	33	1 %	3.157	15 %
bloed/bloedproducten	135	63 %	75	35 %	3	1 %	213	1 %
voeding	154	66 %	72	31 %	7	3 %	233	1 %
zuurstof/gas/stoom	6	55 %	4	36 %	1	9 %	11	0,05 %
medische hulpmiddelen/apparatuur	352	59 %	230	39 %	11	2 %	593	3 %
gedrag personeel/patiënt	2.195	59 %	1.443	39 %	78	2 %	3.716	18 %
ongeval	4.257	57 %	3.052	41 %	105	1 %	7.414	35 %
infrastructuur/gebouw/aanpassingen	599	86 %	96	14 %	3	0 %	698	3 %
middelen/organisatie/beheer	264	66 %	132	33 %	4	1 %	400	2 %
niet geclassificeerd	825	77 %	231	22 %	15	1 %	1.071	5 %
alle gemelde incidenten	**13.661**	**65 %**	**6.923**	**33 %**	**327**	**2 %**	**20.911**	**100 %**

3.5.6.2. Aantal geanalyseerde incidenten

Honderd en vier ziekenhuizen (60 %) hebben minstens één incident met ernstgraad 3 of 4 gemeld. In totaal ging het over 327 incidenten. 76 % van deze incidenten (n=250) werd geanalyseerd, 24 % (n=77) werd niet geanalyseerd.

3.6. Taxonomie

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om vijf incidenten te beschrijven en te coderen volgens de minimale dataset van de WHO-taxonomie. Eén ziekenhuis heeft geen enkel incident gecodeerd. In totaal werd gerapporteerd over 506 incidenten.

Om een maximum aan informatie te bekomen, is het van belang dat elke klasse en subklasse tot op het diepst mogelijke niveau wordt gecodeerd.

3.6.1. Wijze waarop de klassen van de minimale dataset werden gecodeerd

Klasse 'incidenttype' (met als subklassen 'proces' en 'probleem')
- 75 incidenten werden niet of foutief gecodeerd;
- 393 incidenten (78 %) werden gecodeerd tot op het diepste niveau.

Voor de subklasse 'proces' en 'probleem' werd gecodeerd tot op het diepste niveau voor respectievelijk 90 % en 95 % van de incidenten.

Klasse 'incidentkarakteristieken'
- 23 incidenten werden niet of foutief gecodeerd;
- voor 79 % van de incidenten werd gecodeerd tot op het diepste niveau.

Klasse 'gevolgen voor de patiënt'
- 21 incidenten werden niet of foutief gecodeerd;
- voor 99 % van de incidenten werd gecodeerd tot op het diepste niveau.

Klasse 'gevolgen voor de organisatie'
- 56 incidenten werden niet of foutief gecodeerd;
- voor 85 % van de incidenten werd gecodeerd tot op het diepste niveau.

3.6.2. Verkeerde patiënt

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'. 8 % (n=42/506) van de codes had te maken met de subklasse 'verkeerde patiënt'. 'Medicatie/IV-vloeistoffen' was de klasse waarvoor het meest werd aangegeven dat het ging om een verkeerde patiënt (tabel 14).

Tabel 14: Overzicht van incidenttypes waarbij het gaat om de verkeerde patiënt (n=42)

	n	%
medicatie/IV-vloeistoffen	19	45 %
proces/procedure van zorg	8	19 %
bloed/bloedproducten	8	19 %
administratie m.b.t. de zorg	7	17 %
totaal	**42**	**100 %**

3.7. De coördinatie van patiëntveiligheidsinitiatieven door het Comité Patiëntveiligheid

De ziekenhuizen werden bevraagd of het Comité Patiëntveiligheid instaat voor de coördinatie van patiëntveiligheidsinitiatieven.

In 88 % van de ziekenhuizen (n=153) staat het Comité Patiëntveiligheid in voor de coördinatie van alle activiteiten met betrekking tot patiëntveiligheid. In Sp-ziekenhuizen speelt het Comité Patiëntveiligheid een coördinerende rol in 15 van de 16 Sp-ziekenhuizen.

4. VERGELIJKING VAN DE RESULTATEN VAN DE VIJF CONTRACTJAREN (2007-2012)

1. Bij vergelijking met de eerste **cultuurmeting** uit 2007-2008, kunnen enkele conclusies getrokken worden betreffend de gekozen dimensies waarvoor ziekenhuizen, in het kader van de contracten van de FOD Volksgezondheid, verbeteracties initiëren. Er zijn een aantal overeenkomsten, maar ook een aantal verschillen. Indien relevant worden de dimensies waarvoor verbeteracties werden opgestart, in verband gebracht met de resultaten uit het eerste en het tweede benchmarkrapport.[11,12]
   a. Na beide cultuurmetingen (in 2007-2008 en 2011) werden, door de drie ziekenhuistypes, de meeste verbeteracties geformuleerd voor de dimensies:
      - D05: feedback en communicatie over veiligheid: 13 % in 2009, 16 % in 2012;
      - D10: overdracht en transfer: 25 % in 2009, 25 % in 2012;
      - O02: frequentie van 'event' rapportering: 12 % in 2009, 18 % in 2012.

      Zowel in de eerste als de tweede cultuurmeting is de dimensie 'overdracht en transfer' de dimensie waarvoor de meeste verbeteracties werden opgestart. Het is tevens de dimensie met de minst positieve scores in de beide cultuurmetingen. Voor de drie ziekenhuistypes werd een uitgesproken achteruitgang vastgesteld op deze dimensie; met een statistisch significante waarde voor de acute ziekenhuizen (-1,2 %).

11 A. Vlayen *et al.*, *Eerste veiligheidscultuurmeting in de Belgische acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen*, Universiteit Hasselt, onderzoeksgroep Patient Safety, 2008.
12 A. Vlayen *et al.*, *Tweede veiligheidscultuurmeting in de Belgische acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen*, Universiteit Hasselt, onderzoeksgroep Patient Safety, 2012.

Ook voor de dimensie 'frequentie van 'event' rapportering' is het aantal geïnitieerde verbeteracties toegenomen; voornamelijk in acute en psychiatrische ziekenhuizen (resp. +4 % en +9 %), iets minder in Sp-ziekenhuizen (+1 %). In het tweede benchmarkonderzoek werd voor deze dimensie een achteruitgang van de scores vastgesteld in acute en psychiatrische ziekenhuizen (resp. -1,9 % en -3,1 %), maar een vooruitgang in de Sp-ziekenhuizen (+3,1 %).

b. Voor de dimensie D01: 'manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen' werden door de drie ziekenhuistypes, zowel in 2009 als in 2012, de minste verbeteracties geformuleerd (2 % in 2009 en 1 % in 2012). Voor deze dimensie behoorden de dimensionele scores voor de drie ziekenhuistypes tot de hoogste, in vergelijking met de andere dimensies.
c. De verschillen in verbeteracties tussen beide cultuurmetingen hadden voornamelijk betrekking op de dimensies:
   - D02: 'de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren': het aantal verbeteracties nam sterk toe, voornamelijk in de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen (resp. van 9 % naar 15 % en van 4 % naar 13 %). Voor deze dimensie werd, in vergelijking met de eerste cultuurmeting, een achteruitgang vastgesteld in de psychiatrische ziekenhuizen (-2,3 %), maar een vooruitgang in de Sp-ziekenhuizen (+3,7 %).
   - D03: 'teamwerk binnen afdelingen': een afname van het aantal verbeteracties, voornamelijk in de Sp-ziekenhuizen (van 20 % naar 4 %). In Sp-ziekenhuizen was de vooruitgang van deze dimensie het hoogste (+4,9 %).
   - D09: 'teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen': een sterke afname van het aantal verbeteracties in psychiatrische ziekenhuizen (van 15 % naar 4 %). Deze dimensie scoorde positiever in vergelijking met de eerste cultuurmeting (+1,9 %).

2. In vergelijking met 2011 is het aantal **ziekenhuisbrede meld- en leersystemen** toegenomen met 2 %. In 2012 beschikte 96 % van de Belgische ziekenhuizen over een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem, in 2008 was dat 80 %. Slechts zeven acute en één psychiatrisch ziekenhuis beschikten nog niet over een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten.
3. In vergelijking met 2011 is de mogelijkheid om **elektronisch** te **melden** toegenomen van 63 % naar 73 % van de ziekenhuizen.
4. In 2012 konden **patiënten** in 25 % van de ziekenhuizen een melding maken via een specifiek meldformulier. Anno 2010 was dit in 10 % van de ziekenhuizen, anno 2011 in 13 % van de ziekenhuizen.

5. Voor de klasse **'gevolgen voor de patiënt'** (ernstgraad) was er, voor de gemelde incidenten, geen verschil met 2010 en 2011: geen schade (4 op 10), lichte schade (1 op 4), matige schade (1 op 5), ernstige schade of overlijden (1 op 10).
6. In 2012 had 8 % van de codes voor 'incidenttype' te maken met de subklasse **'verkeerde patiënt'**, in 2010 en 2011 was dat het geval voor respectievelijk 6 % en 9 % van de codes.
7. 1 op de 5 (24 %) gemelde ernstige incidenten werd **niet geanalyseerd**; in 2011 was dat 31 %.
8. Zoals in 2011, staat ook in 2012 het **Comité Patiëntveiligheid** in 88 % van de ziekenhuizen in voor de coördinatie van alle patiëntveiligheidsinitiatieven; in 2009 was dit 74 %.

5. DISCUSSIE

De hierboven beschreven resultaten en conclusies zijn gebaseerd op de rapportages zoals die door de ziekenhuizen werden ingediend voor het contract 2012. De FOD Volksgezondheid beschikt niet over de mogelijkheid om diepgaand te onderzoeken of de ingediende gegevens waarheidsgetrouw zijn.

Voor de gevraagde **zelfevaluatie van het veiligheidsmanagementsysteem** (VMS) waren de VMS-checklist (FOD Volksgezondheid-instrument), de cultuurmeting en accreditering (voor acute ziekenhuizen), de belangrijkste bronnen van informatie die als complementair werden beschouwd.

De kernelementen uit het VMS voor het ontwikkelen van een stappenplan (2013) hadden voornamelijk betrekking op die elementen waarin ziekenhuizen de afgelopen jaren al veel hebben geïnvesteerd. Meer bepaald ging het over 'meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten', 'retrospectieve incidentanalyse', 'kwaliteits- en patiëntveiligheidsplan', 'indicatoren', 'patiëntveiligheidscultuur' en 'leiderschap en betrokkenheid van het management'. Deze vaststelling zou kunnen worden beschouwd als een aanwijzing dat de elementen uit het eerste meerjarig programma verder dienen geconsolideerd te worden in het tweede meerjarig programma. Deze hypothese wordt versterkt door de vaststelling dat de goede praktijkvoorbeelden die ziekenhuizen willen delen onder meer ook gingen over 'melden en analyseren' en 'leiderschap'.

Algemeen kan gesteld worden dat het thema 'melden en analyseren' een belangrijke topic is en blijft binnen de ziekenhuizen: er worden verbeteracties voor uitgezet (dus er is verbetermarge) en er zijn goede praktijkvoorbeelden beschikbaar waarvoor de bereidheid bestaat deze ook te delen. Voor de FOD

Volksgezondheid is het van belang om op middellange termijn de mogelijkheid te creëren om ziekenhuizen gemakkelijk en snel toegang te laten krijgen tot deze, en andere, goede praktijkvoorbeelden. Ook binnen de context van het tweede meerjarig programma, wordt het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden over de betreffende thema's immers cruciaal.

Het valt op dat de meeste verbeteracties van de eerste én de tweede **cultuurmeting** zich situeerden op de dimensies met de minst positieve scores volgens beide cultuurmetingen: 'overdracht en transfer' en 'frequentie van 'event' rapportering'.

Ziekenhuizen ondernemen dan wel acties op dimensies waar deze het meest nodig zijn, toch blijkt dat de meeste problemen zich blijven voordoen op dezelfde dimensies. Er was in de tweede cultuurmeting zelfs een achteruitgang vast te stellen.

- Ondanks de verhoogde aandacht voor 'overdracht en transfer' (zoals bv. het TIM-project) blijft overdracht van informatie bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen en bij het wisselen van werkposten een belangrijk aandachtspunt voor de ziekenhuizen.
- Ondanks de grote financiële en menselijke investeringen in het implementeren van een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten, waarbij uitdrukkelijk uitgegaan wordt van een systeembenadering en waarover alle ziekenhuizen zeggen te beschikken, blijkt de perceptie te bestaan dat incidenten en bijna-incidenten onvoldoende worden gemeld en geanalyseerd, en dat informatie over verbeteracties te weinig wordt gecommuniceerd.

Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de kennis over patiëntveiligheid die de afgelopen jaren zeker is verhoogd, de respondenten kritischer heeft gemaakt. De cultuurmeting is immers een perceptiemeting. Het zou kunnen dat ziekenhuismedewerkers 'strenger' zijn geweest bij het beoordelen van de verschillende items van de tweede cultuurmeting.

Uit de resultaten van de ingediende ziekenhuisrapporten (2012) zijn een aantal vaststellingen te doen die complementair zijn aan de resultaten van de cultuurmeting (2011) en die het geheel in een genuanceerd perspectief plaatsen.

- De dimensie 'feedback en communicatie' gaat over het geven van feedback over incidenten en bijna-incidenten en over het bespreken van wat er mis ging. De resultaten van de tweede cultuurmeting gaven een stijging weer in de scores van de acute en de Sp-ziekenhuizen, maar een daling in de scores van de psychiatrische ziekenhuizen. Het is nochtans een dimensie waarvoor, door de drie ziekenhuistypes, de derde meeste verbeteracties worden geformuleerd.

- De scores van 9 op de 10 patiëntveiligheidscultuurdimensies in acute en Sp-ziekenhuizen en van 6 op de 10 in psychiatrische ziekenhuizen waren (soms significant) hoger dan in de eerste cultuurmeting. Het is vooral opvallend dat de scores voor de dimensie 'ziekenhuismanagementondersteuning voor patiëntveiligheid' sterk gestegen zijn in de drie ziekenhuistypes. Dit is uiteraard zeer positief. Anderzijds blijkt uit de zelfevaluatie dat de kernelementen 'het verbeteren van patiëntveiligheidscultuur' en 'leiderschap en betrokkenheid van het management' door de helft van de ziekenhuizen worden beschouwd als knelpunten op basis waarvan een stappenplan met verbeteracties zal worden uitgewerkt.

De meeste ziekenhuizen hebben incidenten geclassificeerd volgens de **WHO-taxonomie.** Echter niet alle ziekenhuizen hebben de minimale dataset volledig geïntegreerd in het meld- en leersysteem zoals gevraagd.

De klassen en de subklassen van de WHO-taxonomie worden niet altijd tot op het diepste niveau **gecodeerd**. Dit betekent dat heel wat essentiële informatie verloren gaat. Indien op termijn gestreefd wordt naar dataverzameling tussen ziekenhuizen, diensten en/of specialismen is het cruciaal dat het coderen correct en elektronisch kan gebeuren. Op het vlak van de mogelijkheid om elektronisch te melden wordt jaar na jaar wel vooruitgang geboekt.

In de WHO-taxonomie zijn sommige incidenttypes, zoals bijvoorbeeld 'vallen', 'decubitus', 'agressie', 'bestralingsincidenten' onvoldoende uitgewerkt. Dit leidt ertoe dat ziekenhuizen hiervoor zelf codes bijmaken en/of dat **afzonderlijke meldsystemen** worden gebruikt voor deze incidenttypes. De federale werkgroep taxonomie speelt op deze problematiek in door het ontwikkelen van bijkomende *common lists* (zoals bv. 'gedrag van derden') en heeft tevens enkele mogelijkheden uitgewerkt om het melden van specifieke incidenttypes (zoals bv. bestralingsincidenten) te integreren in de taxonomie. Het is immers de bedoeling om op termijn te evolueren naar een centraal, elektronisch en ziekenhuisbreed meldportaal in elk ziekenhuis voor ALLE incidentmeldingen in de patiëntenzorg. De ziekenhuizen zelf zijn hiervoor ook vragende partij en ook voor Europa is het beschikken over een geïntegreerd en centraal meldportaal voor incidenten en bijna-incidenten een belangrijke aanbeveling.[13]

Het melden en classificeren van incidenten en bijna-incidenten is geen doel op zich. Belangrijker is dat **analyses** uitgevoerd worden om na te gaan wat er fout ging en om doelgerichte verbeteracties op te starten. 1 op 5 ziekenhuizen

13 Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety (2009/C 151/01).

analyseert geen enkel incident met ernstgraden 'ernstig' en 'overlijden'. Dit is, voor het tweede jaar op rij, toch een opmerkelijke vaststelling. Idealiter zou voor elk incident met dergelijke ernstgraden een retrospectieve oorzakenanalyse moeten gebeuren om deze incidenten in de toekomst te vermijden. Het is niet relevant om te speculeren over de redenen waarom dat niet gebeurt, wel kunnen de resultaten van zowel de tweede cultuurmeting als de zelfevaluatie van het VMS mogelijks een gedeeltelijke verklaring geven. De percepties op de outcome dimensie 'frequentie van 'event' rapportering' (waar retrospectieve incidentanalyse deel van uitmaakt) waren, zowel in de eerste als de tweede cultuurmeting, negatief. Tegelijkertijd was dit ook één van de dimensies (naast 'overdracht en transfer') waarvoor de meeste verbeteracties werden geformuleerd. Retrospectieve incidentanalyse wordt in ziekenhuizen dus toch als een probleem gepercipieerd, anderzijds, wordt er ook wel aan gewerkt. Uit de zelfevaluatie van het VMS bleek bovendien dat het kernelement 'retrospectieve incidentanalyse' door veel ziekenhuizen werd weerhouden als knelpunt, waarover – vanaf 2013 – verbeteracties zullen worden geformuleerd en geïmplementeerd.
Het is cruciaal om blijvend aandacht te hebben voor de retrospectieve incidentanalyse en om de workshops, zoals die elk jaar worden aangeboden door de FOD Volksgezondheid, te blijven organiseren.

Patiënten worden nog te weinig betrokken. Hoewel er een lichte vooruitgang is, kunnen patiënten nog veel te weinig een specifieke incidentmelding maken en worden ze slechts zeer uitzonderlijk betrokken in relevante structuren zoals bv. in een multidisciplinaire werkgroep in het kader van een proactieve risicoanalyse.

Concluderend kan gesteld worden dat de implementatie van een geïntegreerd patiëntveiligheidsmanagementsysteem in de Belgische ziekenhuizen in de goede richting evolueert, hoewel er nog heel wat verbetermarge is. Zo blijft het retrospectief analyseren van ernstige incidenten een belangrijk aandachtspunt. Eveneens is het cruciaal dat de inbreng van de patiënt meer gevaloriseerd wordt en dat de patiënt beschouwd wordt als een belangrijke partner in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsgebeuren van elk ziekenhuis.

Door middel van een tweede meerjarig programma tot 2017 wenst de FOD Volksgezondheid, samen met de ziekenhuizen, verder te werken aan de belangrijke thema's en knelpunten om op die manier een kwaliteitsvolle en veilige patiëntenzorg te garanderen.

HOOFDSTUK 2. PIJLER 2: TRANSMURALE ZORGPROJECTEN

Kernconclusies

- 169 van de 173 deelnemende ziekenhuizen hebben tijdig **gerapporteerd** over het transmuraal zorgproject (99 acute, 54 psychiatrische en 16 Sp-ziekenhuizen).
- 83 % van de ziekenhuizen heeft het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 **verdergezet** in 2012.
- De dimensies 'klinische informatiesystemen', 'ondersteuning van de zorgverstrekkers' en 'wijze van organiseren' waren dimensies met het **hoogste percentage negatieve scores** in 2011.
- In 2012 formuleerden 4 op de 10 ziekenhuizen **geen enkele verbeteractie** voor de dimensie 'klinische informatiesystemen' en 6 op de 10 ziekenhuizen formuleerden geen enkele verbeteractie voor de dimensie 'ondersteuning van zorgverstrekkers'.
- Voor de dimensie 'wijze van organiseren' wordt door de meeste ziekenhuizen, **minstens één verbeteractie** gedefinieerd.
- Het kwaliteitsitem **'alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd'** werd door 29 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 70 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is voldoende financiering voor het project'** werd door 61 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 36 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is een goede samenwerkingsrelatie met de apothekers'** werd door 25 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 28 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.

- Het kwaliteitsitem **'patiënten werden actief betrokken bij het ontwikkelen van het project'** werd door 58 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 49 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is een '*evidence-based*' behandelprotocol beschikbaar'** werd door 45 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 39 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is een goede samenwerkingsrelatie met patiëntenorganisaties'** werd door 38 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 36 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is een goede samenwerkingsrelatie met organisaties van mantelzorgers/familieleden'** werd door 33 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 39 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- Het kwaliteitsitem **'er is een ondersteunende ICT-infrastructuur voorzien voor het project'** werd door 47 % van de ziekenhuizen, voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord in 2011; 43 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden, formuleerden er verbeteracties voor.
- De helft van de ziekenhuizen dat het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 verderzette, heeft gebruikgemaakt van het **7-fasenmodel** (70 op 141).
- 64 van de 70 ziekenhuizen hebben het 7-fasenmodel **systematisch** gebruikt.
- Twaalf ziekenhuizen konden het 7-fasenmodel helemaal doorlopen, tot en met de fase van **borging**.
- 28 van de 169 ziekenhuizen hebben een **nieuw transmuraal zorgproject** opgestart in 2012 en een SWOT-analyse uitgevoerd (20 acute, zes psychiatrische en twee Sp-ziekenhuizen).
- De resultaten van deze 28 ziekenhuizen vertoonden **dezelfde tendensen** als de resultaten van de 165 ziekenhuizen die in 2011 een SWOT-analyse uitvoerden.

1. INLEIDING

Het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' is opgebouwd rond drie pijlers: veiligheidsmanagement, processen en indicatoren. Het onderdeel transmurale zorg behoort tot de tweede pijler.

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken in twee grote onderdelen. Het eerste onderdeel betreft de resultaten van 141 ziekenhuizen die het gekozen transmuraal zorgproject in 2012 hebben verdergezet. De vragen die voor deze ziekenhuizen worden beantwoord zijn: 'Voor welke dimensies en voor welke kwaliteitsitems van het Chronic Care Model die negatief gescoord werden in 2011 werden verbeteracties geformuleerd?'

Het tweede onderdeel gaat over de resultaten van 28 ziekenhuizen die ervoor kozen om een nieuw transmuraal zorgproject te starten en dus een SWOT-analyse uitvoerden. De vraag die voor deze ziekenhuizen beantwoord wordt is: 'Hoe werden de dimensies en de kwaliteitsitems van het Chronic Care model gescoord?'

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

2.1. Belang van transmurale zorg

Er zijn meerdere aanleidingen waarom de verschillende gezondheidszorgsystemen in Europa vandaag investeren in de ontwikkeling van transmurale zorg. Deze zijn de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen en complexe zorgvragen (multimorbiditeit) en de gerelateerde kosten, evenals het streven naar meer geïntegreerde en patiëntgerichte zorg. Het doel van transmurale zorg is het verminderen van de fragmentatie van de zorg, verbetering van de klinische uitkomsten, patiënttevredenheid, verbeterde cooperatie en coördinatie van de zorg, het gebruik van *evidence-based* richtlijnen en kostenreducties.

2.2. Definitie van transmurale zorg

Het concept transmurale zorg is geen eenduidig begrip. Verschillende termen in de literatuur worden gebruikt om transmurale zorg te beschrijven waaronder 'ontslagmanagement', 'naadloze zorg', 'ketenzorg', 'patiëntentransfer', 'transmurale zorgpaden', '*multiprofessional cooperation*', '*shared care*', '*managed care*', '*disease management*', '*patient navigation*' en '*hospital at home care*'.

Transmurale zorg wordt gedefinieerd als 'vormen van zorg die, op de behoefte van de patiënt, verleend werden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden'.

Transmurale zorg wordt beschouwd als een essentiële schakel/stap in de evolutie naar een volledig geïntegreerd model van zorg voor specifieke doelpopulaties.

Globaal worden in de literatuur drie vormen van transmurale zorg onderscheiden:
- transmurale zorg verleend door specialistische en generalistische zorgverleners gezamenlijk;
- transmurale zorg verleend door generalistische zorgverleners, met ondersteuning van specialistische zorgverleners;
- transmurale zorg rond opnames in of ontslag uit een specialistische instelling, geleverd door generalistische zorgverleners.

2.3. Methode van gegevensverzameling en verwerking

Op basis van de uitgevoerde SWOT-analyse van een zelf gekozen transmuraal project in 2011 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om, per dimensie van het Chronic Care Model (CCM), verbeteracties te formuleren voor de meest negatief gescoorde items uit de 61-item vragenlijst.
Het CCM bestaat uit de volgende zes, onderling verbonden, componenten die van belang zijn voor hoogkwalitatieve chronische zorg:
1. beleid en middelen ('*health system*');
2. betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg ('*community*');
3. wijze van organiseren ('*delivery system design*');
4. ondersteuning van de zorgverstrekkers ('*decision support*');
5. ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg ('*self-management*');
6. klinische informatiesystemen ('*clinical information systems*').

Om de ziekenhuizen de komende jaren aan te zetten tot een meer gestructureerde, doordachte en procesmatige benadering van transmurale zorg werd het 7-fasenmodel voorgesteld als methodiek. Tijdens een workshop in het voorjaar van 2012 werden ziekenhuizen geïnformeerd over de inhoud en toepassingsmogelijkheden van dit model. De ziekenhuizen werden gestimuleerd om het 7-fasenmodel te gebruiken als basis voor de ontwikkeling en verbetering van hun transmuraal zorgproject in de komende jaren.

Het 7-fasenmodel biedt een systematische aanpak aan het multidisciplinair team dat een nieuw transmuraal zorgproject ontwikkelt of een bestaand transmuraal zorgproject wil verbeteren. Deze methodiek werd ontwikkeld door het Netwerk Klinische Paden (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven).[14]

Het 7-fasenmodel bestaat uit een:

1. screeningsfase: in deze fase wordt nagegaan of de methodiek van zorgpaden de beste is voor de ontwikkeling van het transmuraal project en of er voldoende informatie en ondersteuning voor is;
2. projectmanagementfase: in deze fase wordt de patiëntenpopulatie afgebakend en worden de rollen bepaald voor alle betrokkenen;
3. diagnosestellings- en objectiveringsfase: in deze fase worden de doelen van het zorgproject bepaald, worden knelpunten in kaart gebracht en wordt nagegaan of er voldoende objectieve informatie beschikbaar is betreffend de eigen organisatie en het team, de patiënten en zijn familie, de wetenschappelijke evidentie, de wetgeving en de partners (in de andere lijn);
4. ontwikkelingsfase: in deze fase wordt geëvalueerd of de basisvereisten voor het starten van het transmuraal zorgproject aanwezig zijn. De sleutelinterventies worden aangebracht op een tijdsas;
5. implementatiefase: het transmuraal zorgproject wordt geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk, eventueel wordt een testfase voorzien;
6. evaluatiefase: in deze fase wordt het effect geëvalueerd van het project op de eigen organisatie en het team en op de patiënt en zijn familie, wordt de beschikbare wetenschappelijke evidentie nagekeken en worden wetgeving en de partners (in de andere lijn) nagegaan;
7. continue opvolgingsfase: in deze fase gebeurt een continue evaluatie en opvolging van het transmuraal zorgproject in multidisciplinair verband met als bedoeling het project te borgen.

Het 7-fasenmodel laat toe om de onderdelen van de 61-items checklist (verder) te operationaliseren. In het bijzonder de items die door het ziekenhuis als 'zwak' werden gescoord in 2011 kunnen op die manier verbeterd worden. Bovendien laat het 7-fasenmodel ook toe om belangrijke onderdelen van een transmuraal zorgproject uit te werken.

14 K. Vanhaecht, E. Van Gerven, S. Deneckere, C. Lodewijckx, M. Panella, A. Vleugels en W. Sermeus, "7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden", *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2011, 67.

De FOD Volksgezondheid ontwikkelde een gestandaardiseerd rapportagedocument in Excel. Ziekenhuizen dienden gebruik te maken van dit instrument om te rapporteren over hun transmuraal zorgproject. De gegevens werden verwerkt op basis van de kwaliteitsdimensies en kwaliteitsitems van het Chronic Care Model.

3. RESULTATEN

3.1. Inleiding

In 2012 hebben 169 van de 173 deelnemende ziekenhuizen, tijdig gerapporteerd over het transmuraal zorgproject. Van vier ziekenhuizen (twee acute en twee psychiatrische) zijn de gegevens niet opgenomen in de analyse, omdat deze ziekenhuizen veel te laattijdig een rapport hebben ingediend.
De onderstaande bespreking heeft dus betrekking op de resultaten van 169 ziekenhuizen (99 acute, 54 psychiatrische en 16 Sp-ziekenhuizen).

141 van deze 169 ziekenhuizen (83 %) hebben het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 gecontinueerd. Achtentwintig ziekenhuizen hebben, omwille van verschillende redenen, ervoor gekozen om een nieuw transmuraal zorgproject te initiëren en deze ziekenhuizen zijn dus opnieuw gestart met een SWOT-analyse.

De bespreking van de resultaten bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden de resultaten besproken van de 141 ziekenhuizen die hun transmuraal zorgproject uit 2011 hebben verdergezet. Het tweede deel van de bespreking gaat over de 28 ziekenhuizen die in 2012 gestart zijn met een nieuw transmuraal zorgproject.

3.2. Resultaten van ziekenhuizen die verbeteracties formuleerden voor het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011

83 % (n=141) van de ziekenhuizen heeft verder gewerkt aan het gekozen transmuraal zorgproject waarvoor in 2011 een SWOT-analyse werd uitgevoerd. Aan de hand van de SWOT-analyse kregen deze ziekenhuizen een overzicht van de sterktes, zwaktes, kansen en opportuniteiten. In 2012 werd aan de ziekenhuizen gevraagd om per dimensie van het Chronic Care Model minstens één verbeteractie te formuleren voor een kwaliteitsitem waarop 'helemaal niet akkoord' of 'niet akkoord' werd gescoord. Vervolgens werd nagegaan in welke mate ziekenhuizen gebruik hebben gemaakt van het 7-fa-

senmodel en welke van de zeven fasen werden doorlopen voor het gekozen transmuraal zorgproject.

3.2.1. *Verbeteracties per dimensie van het Chronic Care Model*

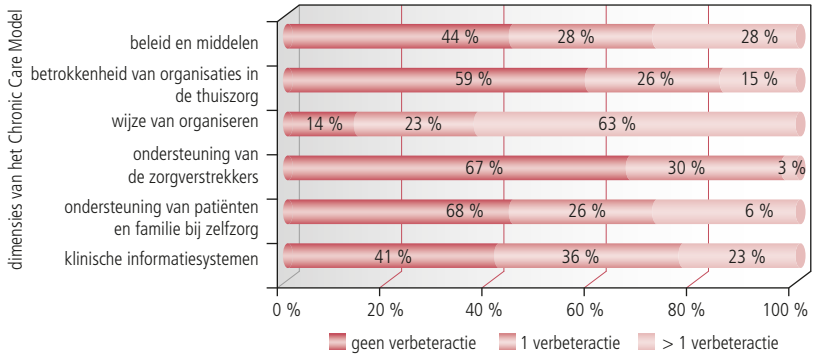
In grafiek 1 wordt een overzicht gegeven van het percentage ziekenhuizen met verbeteracties per dimensie van het Chronic Care Model.

Uit de resultaten van 2011 bleek dat de percentages van negatieve scores het hoogst waren voor de dimensies 'klinische informatiesystemen', 'ondersteuning van de zorgverstrekkers' en 'wijze van organiseren'.

In 2012 heeft 59 % van de ziekenhuizen minstens één verbeteractie geformuleerd voor de dimensie 'klinische informatiesystemen' (45 % negatief gescoorde items in 2011); 41 % van de ziekenhuizen formuleerde geen enkele verbeteractie voor deze dimensie.

Voor de dimensie 'ondersteuning van zorgverstrekkers' (35 % negatief gescoorde items in 2011) definieerden 33 % van de ziekenhuizen minstens één verbeteractie en voor de dimensie 'wijze van organiseren' (28 % negatief gescoorde items in 2011) was dat 86 % .

Grafiek 1: % ziekenhuizen met verbeteracties per dimensie van het Chronic Care Model



3.2.2. *Verbeteracties per kwaliteitsitem van het Chronic Care Model*

In het rapport van 2011 werd aangegeven welke kwaliteitsitems het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonden per dimensie van het Chronic Care Model. Hierna worden deze kwaliteitsitems per dimensie vergeleken met het aantal geformuleerde verbeteracties in 2012 (tabel1). Eveneens wordt, voor deze kwaliteitsitems en per type ziekenhuis, één voorbeeld van verbeteractie gegeven.

Kwaliteitsitems met het belangrijkste verbeterpotentieel, per dimensie

Dimensie 'beleid en middelen'

Item 7: 'alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd'
- 2011: negatief gescoord door 29 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 70 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. met lotgenotenorganisatie X werd een schriftelijk samenwerkingsakkoord aangegaan (acuut ziekenhuis);
  2. er werd een criminologe aangeworven en de samenwerking met de juridische adviseur werd geïntensifieerd om alle juridische aspecten in kaart te brengen. Er is ook overleg en opleiding over de thema's 'gedwongen zorg', 'beroepsgeheim' en 'privacy' (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. er wordt een studie uitgevoerd betreffend het garanderen van vertrouwelijkheid en het uitwisselen van geïnformatiseerde gegevens (Sp-ziekenhuis).

Item 8: 'er is voldoende financiering voor het project'
- 2011: negatief gescoord door 61 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 36 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. een kosten-batenanalyse werd opgemaakt als onderdeel van het projectcharter. Daarbij worden een aantal, in deze fase niet-kwantificeerbare, baten geïdentificeerd zoals de gestructureerde afstemming van de transmurale gegevensoverdracht, het verbeteren van de kwaliteit van informatie en daardoor ook de patiëntveiligheid, het verhogen van de

efficiëntie en het verduidelijken van verantwoordelijkheden (acuut ziekenhuis);
2. de bestaande werkingsmiddelen werden gereorganiseerd (psychiatrisch ziekenhuis);
3. het project wordt door artsen op vrijwillige basis opgenomen en door de meeste medewerkers binnen hun voorziene werktijd (Sp-ziekenhuis).

Dimensie 'betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg'

Item 16: 'er is een goede samenwerkingsrelatie met de apothekers'
- 2011: negatief gescoord door 25 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 28 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. knelpunten worden aangekaart met de nieuwe hoofdapotheker (acuut ziekenhuis);
  2. er wordt gezorgd voor een rechtstreeks info- en opvolgcontact door de teamleden naar de apothekers (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. geen verbeteractie geformuleerd door Sp-ziekenhuizen.

Dimensie 'wijze van organiseren'

Item 27: 'patiënten werden actief betrokken bij het ontwikkelen van het project'
- 2011: negatief gescoord door 58 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 49 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. ontwikkeling en uitvoering van een semi-gestructureerd patiënteninterview. De uitkomst wordt aangewend om het project te optimaliseren (acuut ziekenhuis);
  2. de principes van 'herstelgerichte zorg' en 'werken met ervaringsdeskundigen' introduceren in de werking (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. persoonlijke patiëntenbevraging bij opname en ontslag (Sp-ziekenhuis).

Dimensie 'ondersteuning van de zorgverstrekkers'

Item 52: 'er is een '*evidence-based*' behandelingsprotocol beschikbaar'
- 2011: negatief gescoord door 45 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 39 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. een klinisch pad werd geïmplementeerd en was elektronisch beschikbaar voor alle medewerkers. Sommige onderdelen werden opgesteld op basis van *evidence-based* literatuur, andere op basis van *best practice* (acuut ziekenhuis);
  2. er werd een protocol voor de inschatting van suïcidepogingen geïntroduceerd, wat mee door de dienst kinderpsychiatrie werd uitgewerkt en vertaald vanuit het bestaande instrument voor volwassenen (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. het zorgproject werd volledig geanalyseerd en opnieuw in kaart gebracht (Sp-ziekenhuis).

Dimensie 'ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg'

Item 56: 'er is een goede samenwerkingsrelatie met patiëntenorganisaties'
- 2011: negatief gescoord door 38 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 36 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. bij de ontwikkeling van het betreffende zorgtraject wordt beroep gedaan op de kennis en expertise van een Nederlandse patiëntenorganisatie (acuut ziekenhuis);
  2. de betreffende patiëntenorganisatie zal telkens betrokken worden bij fundamentele herzieningen van het protocol (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. geen verbeteractie geformuleerd door Sp-ziekenhuizen.

Item 57: 'er is een goede samenwerkingsrelatie met organisaties van mantelzorgers/familieleden'
- 2011: negatief gescoord door 33 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 39 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;

- voorbeelden van verbeteracties:
  1. opstarten van een samenwerkingsrelatie met de mantelzorg (acuut ziekenhuis);
  2. de aanwezigheid en betrokkenheid van mantelzorgers/familieleden bij een overleg of een huisbezoek bewaken (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. uitvoeren van een algemene en specifieke tevredenheidsenquête van patiënten en hun familie (Sp-ziekenhuis).

Dimensie 'klinische informatiesystemen'

Item 58: 'er is een ondersteunende ICT-infrastructuur voorzien voor het project'

- 2011: negatief gescoord door 47 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was;
- 2012: verbeteracties door 43 % van de ziekenhuizen die dit item negatief scoorden in 2011;
- voorbeelden van verbeteracties:
  1. ICT is bezig met zoeken hoe het medicatie-anamnese/ontslagblad kan geïntegreerd worden in het elektronisch patiëntendossier (acuut ziekenhuis);
  2. overschakeling naar het elektronisch patiëntendossier waarin een module ontwikkeld werd die specifiek gericht is op mobiele/transmurale werking in overeenkomst met de andere mobiele equipes. Er is opleiding voorzien voor teamleden (psychiatrisch ziekenhuis);
  3. geen verbeteractie geformuleerd door Sp-ziekenhuizen.

Tabel 1: Aantal verbeteracties voor kwaliteitsitems met het belangrijkste verbeterpotentieel, per dimensie van het Chronic Care Model

dimensie	item	scores 2011			verbeteracties 2012	
		n	neg. score	%	n	%
beleid en middelen	7. Alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd.	136	40	29 %	28	70 %
	8. Er is voldoende financiering voor het project	148	90	61 %	32	36 %

dimensie	item	scores 2011			verbeteracties 2012	
		n	neg. score	%	n	%
betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg	16. Er is een goede samenwerkingsrelatie met de apothekers.	72	18	25 %	5	28 %
wijze van organiseren	27. Patiënten werden actief betrokken bij het ontwikkelen van het project.	130	75	58 %	37	49 %
ondersteuning van de zorgverstrekkers	52. Er is een 'evidence-based' behandelingsprotocol.	108	49	45 %	19	39 %
ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg	56. Er is een goede samenwerkingsrelatie met patiëntenorganisaties.	74	28	38 %	10	36 %
	57. Er is een goede samenwerkingsrelatie met organisaties van mantelzorgers/familieleden.	85	28	33 %	11	39 %
klinische informatiesystemen	58. Er is een ondersteunende ICT-infrastructuur voorzien voor het project.	137	65	47 %	28	43 %

3.2.3. *Gebruik van het 7-fasenmodel*

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd of het 7-fasenmodel werd gebruikt en welke van de zeven fasen werden doorlopen voor het gekozen transmuraal zorgproject.

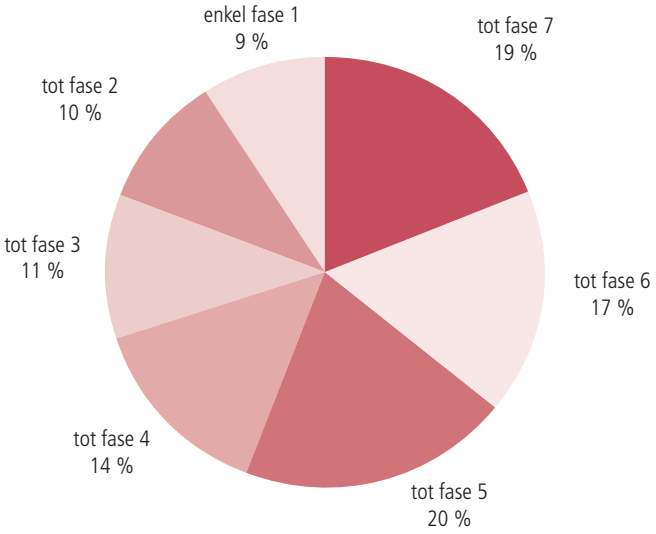
De helft van de ziekenhuizen dat het gekozen transmuraal zorgproject uit 2011 verderzette, heeft gebruikgemaakt van het 7-fasenmodel (70 op 141). Van deze 70 ziekenhuizen heeft 64 ervan het 7-fasenmodel systematisch gebruikt; zes ziekenhuizen hebben dat niet systematisch gedaan (bv. enkel fase 5 toegepast). Deze zes ziekenhuizen werden niet verder opgenomen in de verwerking.

Grafiek 2 geeft weer in welke mate de zeven fasen systematisch werden doorlopen.

Slechts 19 % van de ziekenhuizen (n=12) die het 7-fasenmodel toepasten, doorliepen fase 1 tot en met 7. 20 % van de ziekenhuizen (n=13) slaagde erin

het model toe te passen tot en met fase 5. 9 % van de ziekenhuizen (n=6) doorliep enkel fase 1.

Grafiek 2: Mate waarin ziekenhuizen het 7-fasenmodel systematisch hebben gebruikt (n=64)



3.3. Resultaten van 28 ziekenhuizen met een nieuw transmuraal zorgproject in 2012

28 van de 169 ziekenhuizen hebben een nieuw transmuraal zorgproject opgestart in 2012 (20 acute, zes psychiatrische en twee Sp-ziekenhuizen).

3.3.1. Redenen waarom gekozen werd voor een nieuw transmuraal project

De redenen om een nieuw transmuraal project te kiezen waren divers. Sommige ziekenhuizen gaven aan dat de samenwerking met de eerste lijn niet evident was of dat het zorgproject uit 2011 reeds geborgd was. Acht ziekenhuizen (zes acute en twee Sp-ziekenhuizen) hadden in 2011 geen transmuraal zorgproject ingediend en deden dus in 2012 voor het eerst een SWOT-analyse. De andere 20 ziekenhuizen deden eveneens een SWOT-analyse van het nieuwe transmuraal zorgproject uit 2012.

3.3.2. Typologie van de samenwerkingsverbanden

De typologie van de samenwerkingsverbanden voor de 28 ziekenhuizen die een nieuw transmuraal zorgproject initieerden is dezelfde als voor de ziekenhuizen die in 2011 een dergelijk project opstartten: de transmurale zorgprojecten hadden voornamelijk betrekking op transmurale zorg tussen ziekenhuis en eerste lijn, tussen verschillende ziekenhuizen en tussen ziekenhuis en gespecialiseerde zorgcentra.

3.3.3. Patiëntenpopulaties

Door de 28 ziekenhuizen werden zeven verschillende patiëntenpopulaties geselecteerd en zoals in 2011 betrof het voornamelijk psychiatrische (n=8) en geriatrische patiënten (n=8). Andere doelpopulaties in 2012 waren: pediatrische, gynaecologische, cardiologische, neurologische en palliatieve patiënten.

3.3.4. Initiator van het transmuraal zorgproject

Hoewel sommige ziekenhuizen meer dan één persoon, dienst of structuur aanduidden als initiator, werd het hoofd van het verpleegkundig departement of het verpleegkundig afdelingshoofd het meest frequent vermeld als initiator van transmurale zorgprojecten in 2012 (n=14), gevolgd door de ziekenhuisdirecties (n=12), de arts-afdelingshoofd (n=10), de kwaliteitscoördinator (n=10) en de hoofdgeneesheer (n=8). De ziekenhuisapotheker werd weinig vermeld (n=1) en de sociale dienst werd in geen enkel van deze transmurale zorgprojecten aangeduid als initiator.

3.3.5. Doelstellingen

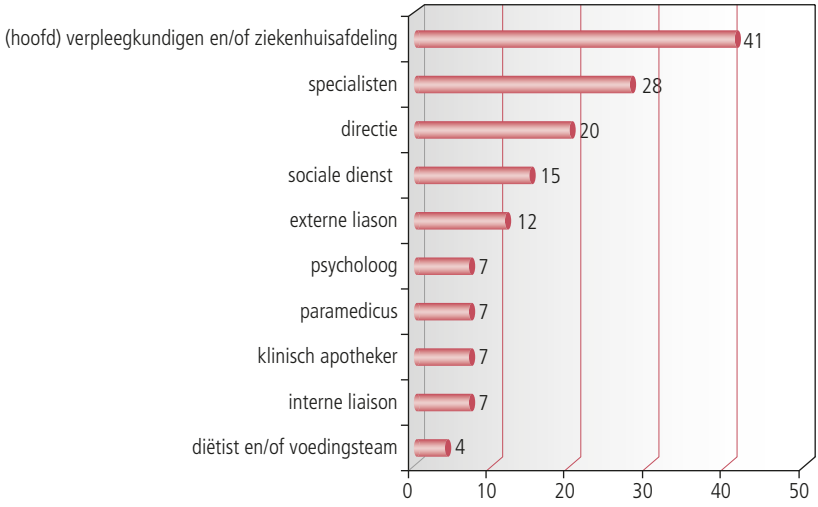
De doelstellingen die door de ziekenhuizen werden nagestreefd bij de implementatie van hun transmuraal zorgproject werden door de ziekenhuizen beschreven als:

- het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg;
- het bevorderen van de communicatie en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, ziekenhuizen onderling of een gespecialiseerd centrum;
- het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van het zorgproject.

3.3.6. *Partners betrokken bij het transmuraal zorgproject (intramuraal)*

De intramurale partners die het meest frequent werden betrokken bij transmurale zorgprojecten uit 2012 waren: (hoofd)verpleegkundigen en/of ziekenhuisafdelingen (28 %), specialisten (19 %), ziekenhuisdirecties (14 %) en de sociale dienst (10 %). De klinisch apotheker werd weinig betrokken in transmurale projecten (5 %), alsook de interne liaison (5 %) (grafiek 3).

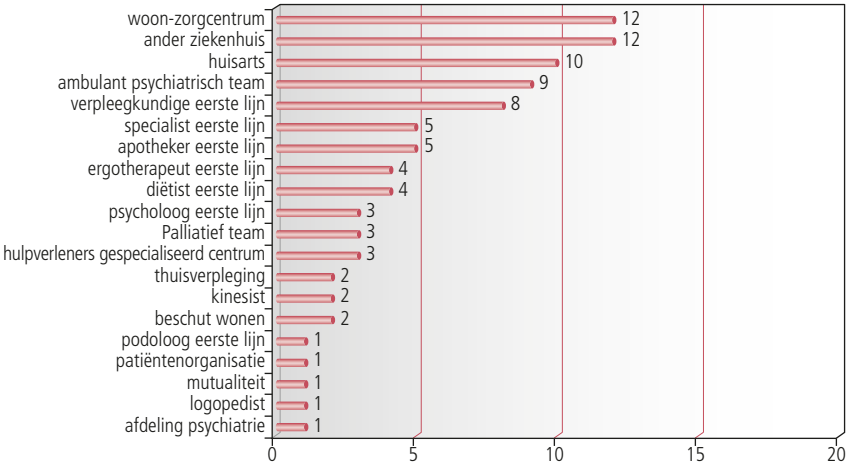
Grafiek 3: Partners betrokken bij het transmuraal zorgproject (intramuraal) (n=28)



3.3.7. *Partners betrokken bij het transmuraal zorgproject (transmuraal)*

De transmurale partners die het meest werden betrokken waren woon-zorgcentra (13 %), een ander ziekenhuis (13 %) en huisartsen (11 %). Partners die opvallend weinig werden betrokken waren bv. de thuisverpleging (2 %) en patiënten en hun families (1 %).

Grafiek 4: Partners betrokken bij het transmuraal zorgproject (transmuraal) (n=28)



3.3.8. Dimensies van het Chronic Care Model

3.3.8.1. Samenvattend overzicht

Een samenvattend overzicht van de resultaten van de 28 ziekenhuizen die een SWOT-analyse deden in 2012 is weergegeven in grafiek 5 en de tabellen 2 en 3.

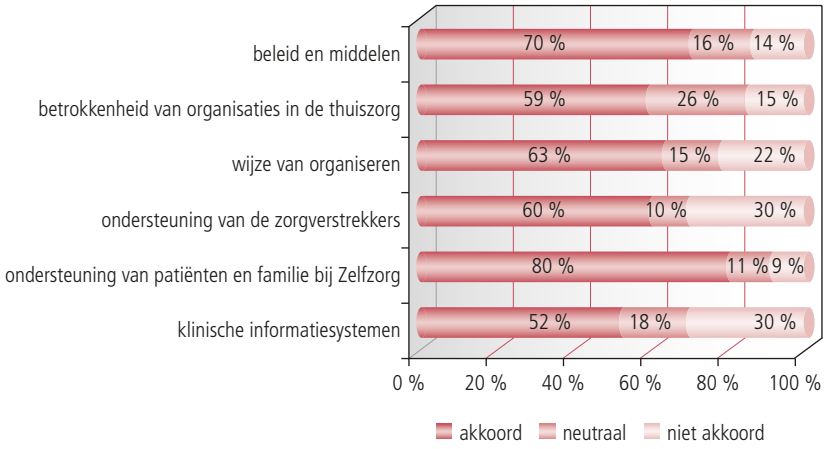
Positief gescoorde items waren items waarmee ziekenhuizen 'helemaal akkoord' of 'akkoord waren'. Negatief gescoorde items waren items waarvoor 'helemaal niet akkoord' of 'niet akkoord' werd aangevinkt.

De dimensies van het Chronic Care Model waarbinnen het meest frequent items als negatief werden gescoord waren:

- 'klinische informatiesystemen' (30 % negatief gescoorde items);
- 'ondersteuning van de zorgverstrekkers' (30 % negatief gescoorde items);
- 'wijze van organiseren' (22 % negatief gescoorde items).

Een detaillering van de resultaten per dimensie van het Chronic Care Model wordt hieronder verder beschreven.

Grafiek 5: Overzicht van scores per dimensie van het Chronic Care Model



In tabel 2 en 3 worden per dimensie het item met de hoogste score (tabel 2) en het item met de laagste score (tabel 3) weergegeven.

Tabel 2: Meest frequente positief gescoorde items van de 61-item vragenlijst voor de 28 ziekenhuizen

dimensie	item	n	+	0	–	+	0	–
beleid en middelen	6. Er is een stuurgroep die het project begeleidt.	26	23	1	2	88 %	4 %	8 %
	9. Het project is onderdeel van een beweging naar integrale zorg ('ketenzorg') in de regio.	17	14	0	3	82 %	0 %	18 %
betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg	22. De betrokken partners zijn voldoende gemotiveerd om van het project een succes te maken.	25	23	1	1	92 %	4 %	4 %
wijze van organiseren	23. Het project is gebaseerd op een duidelijk omschreven probleem of opportuniteit.	28	28	0	0	100 %	0 %	0 %
ondersteuning van de zorgverstrekkers	51. Er zijn ondersteunende tools voor de betrokken clinici voorzien (feedback, reminders, bijscholing,…).	24	13	4	7	54 %	16 %	29 %

dimensie	item	n	+	0	–	+	0	–
ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg	54. Er zijn ondersteunende tools voor de patiënt en zijn/haar familie voorzien (bv. educatiebrochures, '*reminder*' systemen,…).	21	20	0	1	95 %	0 %	5 %
	55. De veiligheid van de patiënt wordt voldoende gewaarborgd (procedures voor patiëntveiligheid).	24	21	2	1	88 %	8 %	4 %
klinische informatiesystemen	60. De resultaten van het project worden beschikbaar gemaakt aan externe partner.	23	13	2	8	57 %	9 %	35 %

Tabel 3: Meest frequente negatief gescoorde items van de 61-item vragenlijst voor de 28 ziekenhuizen

dimensie	item	n	+	0	–	+	0	–
beleid en middelen	8. Er is voldoende financiering voor het project.	22	9	8	5	41 %	36 %	23 %
betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg	13. Er is een goede samenwerkingsrelatie met de huisartsen(organisaties).	20	7	7	6	35 %	35 %	30 %
	17. Er is een goede samenwerkingsrelatie met de externe specialisten/kinesisten/bewegingsconsulenten.	10	3	4	3	30 %	40 %	30 %
wijze van organiseren	27. Patiënten werden actief betrokken bij het ontwikkelen van het project.	21	7	4	10	33 %	19 %	48 %
ondersteuning van de zorgverstrekkers	52. Er is een '*evidence-based*' behandelprotocol beschikbaar.	16	11	0	5	69 %	0 %	31 %
ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg	53. Er is therapeutische patiënteneducatie voorzien.	22	16	1	5	73 %	5 %	23 %
klinische informatiesystemen	61. Het transmurale project is raadpleegbaar op een website.	18	8	0	10	44 %	0 %	56 %

3.3.8.2. Beleid en middelen ('Health System')

Het kwaliteitsitem dat het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonde ('helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord') was financiering (23 %, 5/22). De kwaliteitsitems die veelal vervuld waren, waren: 'er is een stuurgroep die het project begeleidt' (88 %, 23/26) en 'het project is onderdeel van een beweging naar integrale zorg ('ketenzorg') in de regio' (82 %, 14/17).
Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 70 % positief, 16 % neutraal en 14 % negatief gescoord.

3.3.8.3. Betrokkenheid van organisaties in de thuiszorg ('Community')

De kwaliteitsitems die het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonden ('helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord') waren voor deze dimensie: 'samenwerking met huisartsen (organisatie)' (30 %, 6/20) en 'samenwerking met externe specialisten /kinesisten/bewegingsconsulenten' (30 %, 3/10). Het kwaliteitsitem dat veelal vervuld was, was: 'betrokken partners waren gemotiveerd om het project tot een succes te maken' (82 %, 14/17).
Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 59 % positief, 26 % neutraal en 15 % negatief gescoord.

3.3.8.4. Wijze van organiseren ('Delivery System Design')

Het kwaliteitsitem dat het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonde ('helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord') was voor deze dimensie de 'betrokkenheid van patiënten bij de ontwikkeling van het project' (48 %, 10/21). Het kwaliteitsitem dat volledig vervuld was, was: 'projecten zijn gebaseerd op een duidelijke probleemstelling of een opportuniteit tot kwaliteitsverbetering' (100 %, 28/28).
Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 63 % positief, 15 % neutraal en 22 % negatief gescoord.

3.3.8.5. Ondersteuning van de zorgverstrekkers ('Decision Support')

Het kwaliteitsitem 'beschikbaarheid van een *evidence-based* behandeling protocol' was het item dat het belangrijkste verbeterpotentieel vertoonde (31 %, 5/16). Het kwaliteitsitem dat het meest vervuld was, was 'de beschikbaarheid van ondersteunende tools voor clinici' (54 %, 13/24).
Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 60 % positief, 10 % neutraal en 30 % negatief gescoord.

3.3.8.6. Ondersteuning van patiënten en familie bij zelfzorg ('Selfmanagement')

Het kwaliteitsitem dat het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonde ('helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord') is voor deze dimensie 'voorzien van therapeutische patiënteneducatie' (23 %, 5/22). De kwaliteitsitems die veelal vervuld waren, waren 'ondersteunende tools voor patiënten en familie' (95 %, 20/21) en 'procedures voor patiëntveiligheid' (88 %, 21/24).
Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 80 % positief, 11 % neutraal en 9 % negatief gescoord.

3.3.8.7. Klinische informatiesystemen ('Clinical Information Systems')

Het kwaliteitsitem dat het belangrijkste potentieel tot verbetering vertoonde ('helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord') was voor deze dimensie 'de raadpleegbaarheid van het transmuraal project op een website' (56 %, 10/18). Het kwaliteitsitem dat veelal vervuld was, was 'resultaten van het transmuraal project worden beschikbaar gemaakt aan externe partners' (57 %, 13/23).

Deze dimensie werd door de ziekenhuizen voor 52 % positief, 18 % neutraal en 30 % negatief gescoord.

4. DISCUSSIE

Ziekenhuizen dienden aan te geven voor welke negatief gescoorde kwaliteitsitems verbeteracties werden geformuleerd, per dimensie van het Chronic Care Model.
Bij de analyse van de gegevens was het opvallend dat niet alle ziekenhuizen deze oefening interpreteerden op de manier zoals ze was bedoeld. Zo beschouwden heel wat ziekenhuizen de kwaliteitsitems alsof het vragen waren en gaven daardoor antwoorden zoals: 'niet van toepassing' of 'geen actie ondernomen'. Andere ziekenhuizen gaven aan het item verkeerd gescoord te hebben in 2011. Hoewel de resultaten met enige nuance moeten worden geïnterpreteerd, zijn toch enkele markante vaststellingen te doen.

Logischerwijze kan verwacht worden dat ziekenhuizen de meeste **verbeteracties** formuleren voor de **dimensies** met het hoogste aantal negatief gescoorde kwaliteitsitems. Dit is echter niet het geval. In 2011 waren de dimensies 'klinische informatiesystemen', 'ondersteuning van de zorgverstrekkers' en 'wijze van organiseren' de dimensies met het hoogste percentage negatieve scores. 4 op de 10 ziekenhuizen formuleerden echter geen enkele verbeteractie voor de

dimensie klinische informatiesystemen en 6 op de 10 ziekenhuizen formuleerden geen enkele verbeteractie voor de dimensie 'ondersteuning van zorgverstrekkers'. Alleen voor de dimensie 'wijze van organiseren' wordt door de meeste ziekenhuizen minstens één verbeteractie gedefinieerd, maar het is dan ook de dimensie met het hoogste aantal kwaliteitsitems (28 van de 61 items).

Dezelfde redenering volgend, is het ook logisch dat de meeste **verbeteracties** geformuleerd zouden worden voor **kwaliteitsitems** met het hoogste percentage aan negatieve scores binnen eenzelfde dimensie. Ook hier werd vastgesteld dat dit niet systematisch het geval is.
Het kwaliteitsitem 'er is een ondersteunende ICT-infrastructuur voorzien voor het project' werd door 47 % van de ziekenhuizen voor wie dit item van toepassing was, negatief gescoord. In 2012 heeft echter minder dan de helft van deze ziekenhuizen hieromtrent verbeteracties geformuleerd. Voor het kwaliteitsitem 'alle juridische aspecten in het project zijn voldoende bestudeerd' kan eerder het omgekeerde worden vastgesteld: 1 op de 3 ziekenhuizen scoorde dit item negatief in 2011 maar 70 % van de ziekenhuizen formuleerde er een verbeteractie over.

Wat het gebruik van het **7-fasenmodel** betreft, kan gesteld worden dat de helft van de ziekenhuizen geen gebruik maakt van deze methodiek om een transmuraal zorgproject systematisch te ontwikkelen of te verbeteren. Van de ziekenhuizen die het wel gebruiken, zijn er weinigen in staat om alle zeven fasen te doorlopen, tot en met de fase van continue evaluatie en opvolging om het project uiteindelijk te borgen. Een kleine helft van de ziekenhuizen slaagt erin om te komen tot fase 4, de ontwikkelingsfase. In deze fase wordt geëvalueerd of de basisvereisten voor het starten van het transmuraal zorgproject aanwezig zijn.
Het is niet duidelijk waarom ziekenhuizen het zeven-fasenmodel niet gebruiken, nochtans is de methodiek niet onbekend, aangezien die afgeleid is van de PDCA-methodiek. Ziekenhuizen moeten verder gestimuleerd worden om transmurale zorgprojecten systematisch aan te pakken.

Het beperkt aantal ziekenhuizen dat erin slaagt alle zeven fasen te doorlopen, wekt geen verwondering. Wellicht is de jaarspanne van één jaar te kort om deze oefening integraal te doen. Uit de resultaten van vorige contractjaren bleek dat ook het borgen van intramurale zorgprocessen voor de meeste ziekenhuizen niet haalbaar bleek te zijn in een tijdspanne van één jaar.

Hierna worden de verbeterpunten en de positief gepercipieerde kwaliteitsdimensies opgelijst van de 28 ziekenhuizen die een eerste **SWOT-analyse** deden

in 2012. Indien relevant worden deze resultaten vergeleken met de resultaten van de 165 ziekenhuizen die in 2011 een SWOT-analyse deden van een transmuraal zorgproject.

Er is voornamelijk **verbeterpotentieel** voor de volgende zes kwaliteitsitems:
- de financiering van het project (idem in 2011);
- de samenwerking met huisartsen(organisaties) en externe specialisten;
- de betrokkenheid van patiënten bij de ontwikkeling van het project (idem in 2011);
- de beschikbaarheid van een op wetenschappelijke evidentie gebaseerd behandelprotocol (idem in 2011);
- de beschikbaarheid van therapeutische patiënteneducatie;
- de consulteerbaarheid van het transmuraal project op een website.

De volgende zes kwaliteitsitems werden door de ziekenhuizen als eerder **positief** gepercipieerd:
- de begeleiding van het project door een stuurgroep (idem in 2011) en de integratie van het transmuraal zorgproject in een regionale beweging naar integrale zorg;
- de betrokken partners waren gemotiveerd om het project tot een succes te maken (idem in 2011);
- de projecten waren gebaseerd op een duidelijke probleemstelling van kwaliteitsverbetering (idem in 2011);
- de beschikbaarheid van ondersteunende tools voor clinici;
- de beschikbaarheid van tools voor de patiënt en familie en procedures voor patiëntveiligheid;
- de resultaten van het project werden gecommuniceerd naar externe partners.

Zoals in 2011 tonen de resultaten van 2012 aan dat de ziekenhuizen de **beschikbare financiering** van het transmurale project als een belangrijk knelpunt ervaren. 61 % van de ziekenhuizen in 2011 en 23 % in 2012 is van mening dat de ter beschikking gestelde financiering onvoldoende is. In dit kader is het belangrijk te vermelden dat er momenteel geen financiering is voor de betrokken partners uit de eerste lijn en voor de betrokken gespecialiseerde centra. Indien er bijvoorbeeld teamoverleg werd voorzien met deze laatste partners dienen deze hier onbezoldigd aan deel te nemen. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor het beleid, en kan een potentiële belemmering betekenen bij de verdere uitbouw van transmurale zorg in België. De beschikbaarheid van voldoende financiële middelen werd in de literatuur beschreven als een randvoorwaarde voor succesvolle implementatie.

Uit de resultaten bleek dat, in 2011, voor 58 % van de transmurale zorgprojecten de **patiënten** niet actief betrokken werden bij de ontwikkeling van het transmurale zorgproject, in 2012 was dat het geval in 48 % van de keren.
Het is belangrijk om de wensen en verwachtingen van patiënten beter te integreren in het zorgproject en om de patiënt actiever te betrekken bij de vormgeving van het behandel- en zorgproject.
Uit de resultaten van 2011 bleek dat de samenwerking met patiëntenverenigingen een knelpunt was bij de uitwerking van een substantieel aantal van de transmurale zorgprojecten. In 2011 had nog niet de helft van de ziekenhuizen bij de uitwerking van haar transmuraal zorgproject de samenwerking met een patiëntenvereniging voorzien. Uit de resultaten van 2012 bleek dat de meeste transmurale zorgprojecten de samenwerking met patiëntenorganisaties wel als positief percipieerden (71 %) en dat in 73 % van de transmurale zorgprojecten uit 2012 het kwaliteitsitem: 'beschikbaarheid van ondersteunende tools voor de patiënt en de familie' als positief gescoord werd.
Patiëntenverenigingen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling en de evaluatie van transmurale zorgprojecten. Gegevens uit de literatuur leren ons dat patiënten vaak ondervertegenwoordigd zijn en hun behoeften en belangen weinig bekend zijn. Hierdoor voelt de patiënt zich niet (maximaal) betrokken als geïnformeerde zorgpartner.

In 2011 was in 45 % van de transmurale zorgprojecten een op evidentie gebaseerd **behandelprotocol** niet beschikbaar, in 2012 was dat het geval in 31 % van de transmurale zorgprojecten.
Bij transmurale zorg is de aandacht voor *'evidence-based'* handelen een belangrijk onderdeel van de zorg. De basis voor een transmuraal zorgproject bestaat uit *'evidence-based' medicine* (en *nursing*), maar uit de bevraging blijkt er een groot tekort aan de beschikbaarheid van *'evidence-based'* behandelprotocollen. Deze beschikbaarheid betekent niet dat deze afwezig waren in de literatuur, doch wel dat de ziekenhuizen er ofwel onbekend mee waren ofwel dat ze niet werden gebruikt. Dit had als gevolg dat zowel nationale als internationale richtlijnen onderbenut worden in de dagdagelijkse zorg. Het is belangrijk om *'evidence-based'* inzichten te vertalen in concrete hoogkwalitatieve transmurale zorg.

In 2011 percipieerden ziekenhuizen de beschikbaarheid van **ICT-ondersteunende infrastructuur** voor het transmuraal zorgproject als eerder onvoldoende (48 %). In 2012 was dat in mindere mate het geval (16 %) en werd het kwaliteitsitem 'raadpleegbaarheid van het transmuraal project op een website' als meest negatief gescoord (56 %).

88 % van de deelnemende ziekenhuizen percipieerden een **begeleidende stuurgroep** als positief en het kwaliteitsitem 'integratie van het transmuraal zorgproject in een regionale beweging naar integrale zorg' wordt door 82 % van de ziekenhuizen positief gescoord.

In 2011 heeft 90 % van de ziekenhuizen het kwaliteitsitem 'de **betrokken partners** zijn gemotiveerd om het project tot een succes te maken' als positief gescoord, voor de transmurale zorgprojecten uit 2012 was dat 92 %.
Dit lijkt een evidente score. In een context waar multipele partners uit verschillende echelons of ziekenhuizen/rust- en verzorgingstehuizen werden betrokken, veronderstelt de motivering van alle betrokkenen het gebruik van specifieke interventies gericht op de bevordering van groepscohesie en samenwerking.

Uit resultaten bleek dat ziekenhuizen aangeven dat de beschikbaarheid van **beslissingsondersteunende instrumenten** voor artsen van toepassing is. In 2011 was dat het geval voor 62 % van de transmurale zorgprojecten, in 2012 voor 95 % van de transmurale zorgprojecten.
Deze score verwijst naar de beschikbaarheid van instrumenten zoals feedback, '*reminders*' en bijscholing. Deze instrumenten werden in de literatuur beschreven als belangrijke interventies of randvoorwaarden voor hoogkwalitatieve (transmurale) zorg.

De analyse van 2011 toonde aan dat 80 % van de transmurale zorgprojecten voorziet in **therapeutische patiëntenvoorlichting**. Voor de transmurale zorgprojecten uit 2012 werd dit kwaliteitsitem het meest negatief gescoord binnen de dimensie 'ondersteuning van patiënten en familie' en 'zelfzorg'.
Talrijke studies tonen aan dat gestructureerde therapeutische patiënteneducatie leidt tot het voorkomen of uitstellen van complicaties, verminderen van het aantal ziekenhuisopnames of verkorten van de opnameduur. Patiëntenvoorlichting kan bestaan uit het gebruiken van folders of brochures, het inrichten van informatiemomenten of therapeutische patiënteneducatie (individueel of in groep waarbij soms ook de familie wordt betrokken).
Concluderend kan gesteld worden dat het verder inzichtelijk maken van het Chronic Care Model en het benadrukken van het nut en de bruikbaarheid van het 7-fasenmodel cruciaal zijn om transmurale zorgprojecten verder te ontwikkelen en te implementeren. Dit is een belangrijke uitdaging voor de komende jaren bij de uitvoering van het tweede meerjarig programma over kwaliteit en patiëntveiligheid waarbinnen transmurale zorg een belangrijke plaats heeft.

HOOFDSTUK 3.
PIJLER 3: INDICATOREN

Voor pijler 3 van het contract 2012 werd de oorspronkelijke piste om tot een 'basisset' van indicatoren te komen, verlaten. Gezien de huidige realiteit is het niet meer opportuun om hierop in te zetten en wil de FOD Volksgezondheid voornamelijk een ondersteunende rol gaan spelen omdat:

- er een behoefte voor bestaat (dit blijkt o.a. uit de ziekenhuisrapportages in het kader van de contracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' en de studie '*Hospital Performance Indicators*'[15]);
- het complementair is aan de huidige ontwikkelingen (ziekenhuiskoepels en ziekenhuisnetwerken).

In contractjaar 2012 heeft de FOD Volksgezondheid, in samenwerking en in overleg met de betrokken actoren, ondersteuningsactiviteiten ontwikkeld betreffend indicatoren.

Het accent lag op indicatoren bedoeld voor kwaliteitsverbetering (en dus niet op indicatoren voor bv. publieke verantwoording). Enkele belangrijke aspecten hierbij waren:

- Wat is een goede indicator, wat zijn belangrijke criteria?
- Hoe meten?
- Hoe resultaten visualiseren?
- Hoe resultaten communiceren?
- Stimuleren van lokaal leren
- …

In het kader van het contract 2012 werd een basisondersteuning aangeboden voor kwaliteitscoördinatoren/zorgverleners volgens het principe: '*train the trainer*'. De FOD Volksgezondheid heeft hiervoor workshops georganiseerd en

15 Catherine Lucet, Joël Ficet, François Daue, Caroline Van Boven, Luk Cannoodt, Dominique Van Dijck, Jessica Jacques. Superviseurs: Pierre Gillet, Johan Kips et Lieven Annemans, *HPI.be Hospital Performance Indicators in Algemene Ziekenhuizen: Ontwikkeling van een Indicatorenset in het Kader van Continue Kwaliteitsverbetering*, 2011, http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/109524.

educatief materiaal ter beschikking gesteld (bv. PowerPoint presentatie voor de trainer).

In de loop van 2012 werden drie workshops georganiseerd waarbij rekening werd gehouden met de verschillende ziekenhuistypes.

Gezien er geen specifieke rapportage over pijler 3 werd gevraagd, was deelname aan deze workshops verplicht.

HOOFDSTUK 4. BEGELEIDINGS- EN ONDERSTEUNINGSPLAN

Kernconclusies

- Het begeleidings- en ondersteuningsplan van de FOD Volksgezondheid had de bedoeling de ziekenhuizen te **ondersteunen** bij de uitvoering van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'.
- Tussen september 2012 en juni 2013 werden **17 workshops** georganiseerd (414 deelnemers).
- De workshops omvatten zowel theoretische als praktijkgerelateerde onderdelen.
- De meeste thema's die in de workshops aan bod kwamen, hadden betrekking op pijler 1: het VMS. De doelgroepen waren (nieuwe) kwaliteitscoördinatoren en/of medewerkers patiëntveiligheid. Eveneens werden workshops georganiseerd over indicatoren.
- Over patiëntentransfer werden twee workshops georganiseerd, in beide landstalen. Deze workshops hadden betrekking op het verspreiden van aanbevelingen voor drie types van transfer: intramurale transfer van stabiele en instabiele patiënten (TIM en TIMI) en extramurale transfer (TEM). Negentig ziekenhuismedewerkers schreven zich hiervoor in.
- Het zesde **symposium** 'kwaliteit en patiëntveiligheid' ging over klinisch leiderschap, het cruciaal element van het tweede meerjarig programma 2013-2017.
- De samenwerking met de **koepelorganisaties** van ziekenhuizen was strategisch belangrijk bij het ontwikkelen en het finaliseren van het tweede meerjarig programma (2013-2017).
- De **ziekenhuisnetwerken** hebben hun activiteiten voortgezet.

1. INLEIDING

Vanaf 2008 startte de FOD Volksgezondheid met een begeleidings- en ondersteuningsplan voor de ziekenhuizen. Het doel daarvan was om de ziekenhuizen efficiënt te ondersteunen bij de uitvoering van de contracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'.

De ziekenhuizen waren bij het eerste contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (2007-2008) duidelijk vragende partij voor deze ondersteuning. De cel kwaliteit en patiëntveiligheid heeft het ontwikkelen van ondersteunende activiteiten ook in 2012 verdergezet. De thema's hadden betrekking op de onderwerpen vermeld in de contracten.

Naast de organisatie van workshops en het ondersteunen van de netwerken werden tevens de volgende activiteiten georganiseerd:

- een interactieve en directe communicatie tussen de leden van het QS-team en de ziekenhuizen;
- het updaten van de website www.patient-safety.be;
- het ontwikkelen van rapportagedocumenten;
- het opstellen van een jaarrapport op basis van de ingediende ziekenhuisrapporten;
- de jaarlijkse organisatie van een symposium 'kwaliteit en patiëntveiligheid';
- de verdere ondersteuning van het project Intramurale Transfer (TIM);
- een verdere samenwerking met de diverse officiële instellingen, waaronder de koepelorganisaties om het tweede meerjarig programma (2013-2017) verder te ontwikkelen en te finaliseren;
- de helpdesk taxonomie.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de activiteiten die plaatsvonden tussen september 2012 en juni 2013. Meer details hierover zijn terug te vinden op www.patient-safety.be onder de rubriek 'ondersteuningsplan/workshops'.

2. WORKSHOPS

2.1. Vereisten van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (1 januari 2012 – 31 december 2012)

In pijler 1 van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (1 januari 2011 – 31 december 2011) moest de aanpak van de ziekenhuizen ka-

deren binnen de continuïteit van de vereisten van de voorgaande contracten. Concreet betekende dit:

- een zelfevaluatie van het VMS (alle ziekenhuizen);
- een analyse van de resultaten van de tweede cultuurmeting waarbij de resultaten vergeleken werden met de eerste cultuurmeting en verbeteracties werden geïmplementeerd (voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in het eerste contractjaar (2008));
- een tweede ziekenhuisbrede cultuurmeting (voor ziekenhuizen die een eerste cultuurmeting uitvoerden in het tweede of derde contractjaar (2009 of 2010));
- een proactieve risicoanalyse (alle ziekenhuizen);
- vijf verschillende incidenten te coderen tot op het diepste niveau en volgens de taxonomie van de WHO (alle ziekenhuizen);
- een overzicht te geven van de gemelde incidenten en de ernstgraad ervan voor de periode van 1 april 2012 t.e.m. 30 juni 2012 (alle ziekenhuizen).

Bijkomend werden aan alle ziekenhuizen opnieuw enkele vragen gesteld over het meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten en over het Comité Patiëntveiligheid.

Voor pijler 2 werden de activiteiten betreffend transmurale zorg die werden gestart in 2011, verdergezet in 2012.

Voor pijler 3 (indicatoren) werd geen specifieke rapportage gevraagd. Er werden wel workshops georganiseerd voor kwaliteitscoördinatoren en (staf)medewerkers patiëntveiligheid. Hierbij werd het principe gehanteerd van '*train the trainer*'.

2.2. *Workshops*

De FOD Volksgezondheid organiseerde nieuwe workshops over indicatoren en sommige workshops werden herhaald (taxonomie, SIRE- en PRISMA-analysemethodes). De herhalingsworkshops richtten zich tot nieuw aangeworven kwaliteitsmedewerkers en/of tot de medewerkers die de vorige workshops niet hadden kunnen bijwonen.

Tussen september 2012 en juni 2013 werden 17 workshops georganiseerd, 414 personen namen eraan deel.

Workshops over indicatoren:
- 7 workshops per ziekenhuistype
- 220 deelnemers

Herhalingsworkshops:
- voor ziekenhuizen die voor het eerst deelnamen aan het contract, werd een afzonderlijke workshop georganiseerd (13 deelnemers);
- retrospectieve analyse:
  - PRISMA (2 workshops, 53 deelnemers)
  - SIRE (2 workshops, 36 deelnemers)
- proactieve risicoanalyse (2 workshops, 60 deelnemers)
- taxonomie (2 workshops, 32 deelnemers)

2.2.1. *Workshops over indicatoren*

Uit de resultaten van de ziekenhuisrapporten bleek, jaar na jaar, dat het concept 'indicatoren' een moeilijk gegeven is. Een minderheid van de ziekenhuizen slaagde erin om indicatoren goed te formuleren en/of indicatoren te relateren aan sleutelinterventies. Bovendien zijn indicatoren binnen de context van het tweede meerjarig programma (2013-2017) een cruciaal gegeven. Aan de ziekenhuizen wordt immers gevraagd om de gekozen verbeteracties procesmatig te ontwikkelen, te implementeren, bij te sturen en op te volgen. Goed geformuleerde en relevante indicatoren zijn hiervoor noodzakelijk.

Omwille van de bovenstaande redenen werden zeven specifieke workshops over indicatoren georganiseerd, volgens het principe van '*train the trainer*'. Er werd rekening gehouden met de drie ziekenhuistypes. De workshops waren specifiek bedoeld voor kwaliteitscoördinatoren, (staf)medewerkers patiëntveiligheid en zorgverleners. In totaal namen 220 ziekenhuismedewerkers deel.

Het theoretische onderdeel werd gegeven door externe experten die uitgebreid in gingen op de volgende thema's:
- veel gebruikte terminologie en synoniemen van indicatoren;
- soorten indicatoren;
- definities van indicatoren;
- het waarom van het meten;
- het verband tussen sleutelinterventies en indicatoren;
- indicatoren voor interne verantwoording;
- indicatoren voor externe verantwoording;
- procesmatig opvolgen van verbeteracties aan de hand van indicatoren;

- elementen om een indicator te definiëren;
- kenmerken van indicatoren;
- validiteit en betrouwbaarheid van indicatoren;
- interpretatie van indicatoren;
- ontwikkeling van indicatoren;
- statistische basiskennis.

Een PowerPointpresentatie waarin de bovenstaande elementen aan bod komen, is beschikbaar op www.patient-safety.be, onder de rubriek 'ondersteuningsplan/workshops'.

Na de uitgebreide theoretische inleiding, werd aan de deelnemers gevraagd om, in kleine groepen, een oefening te doen. Deze oefeningen werden afgeleid van ingediende verbeterprocessen uit het contractjaar 2009 en gingen over transfer en extravasatie voor de acute en Sp-ziekenhuizen en, voor de psychiatrische ziekenhuizen, over het optimaliseren van het diagnostisch proces op de dienst ouderenpsychiatrie en crisishantering.

De hoofdbedoeling van de oefeningen bestond eruit om een verband te leggen tussen de verschillende processtappen van de PDCA-cyclus, de sleutelinterventies, criteria om te meten en indicatoren.

Een synthese van de resultaten werd na de workshops naar alle deelnemers verstuurd per mail.

Het principe van '*train the trainer*' indachtig, werd van de deelnemers verwacht dat zij, aan de hand van gevolgde workshops en met behulp van de uitgebreide PowerPointpresentatie, de opgedane kennis en vaardigheden zouden delen met andere medewerkers binnen de instelling.

2.2.2. *Herhalingsworkshops*

2.2.2.1. Workshop over het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'

Voor de acht ziekenhuizen die, in 2013, voor het eerst deelnamen aan het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' werd een afzonderlijke workshop georganiseerd. Tijdens deze sessie werd de inhoud van het contract 2013 verduidelijkt en gekaderd binnen het tweede meerjarig programma. Eveneens werd ingegaan op de ondersteuningsactiviteiten die jaarlijks worden georganiseerd. Dertien ziekenhuismedewerkers namen deel.

2.2.2.2. Workshops over retrospectieve analysemethodes

Tussen september 2012 en juni 2013 organiseerde de FOD Volksgezondheid vier herhalingsworkshops over retrospectieve analysemethodes: twee over PRISMA en twee over SIRE. Respectievelijk 53 en 36 ziekenhuismedewerkers namen eraan deel.

De PRISMA-methode (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*) wordt voornamelijk gebruikt voor incidenten die niet ernstig zijn, maar frequent voorkomen.[16]
De SIRE-methode (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) is omslachtiger en wordt eerder gebruikt voor ernstige incidenten die weinig voorkomen.[17] Deze methode sluit nauw aan bij de Analyse van de Basisoorzaken (*Root Cause Analysis (RCA)*) voor de ernstige incidenten.

2.2.2.3. Workshops over proactieve incidentanalyse

Over proactieve incidentanalyse werden twee workshops gegeven waarbij de methode HFMEA werd toegelicht. Zestig ziekenhuismedewerkers namen eraan deel.

De HFMEA-methode (*Health Failure Mode Effects and Criticality Analysis*) is een proactieve analysemethode die het potentiële falen van een zorgproces in kaart kan brengen en de kritische punten van het proces evalueert om incidenten in de toekomst te vermijden. Om te komen tot een betrouwbaar proces moeten de risico's worden geanalyseerd.

Dergelijke procesanalyse heeft als doel een evenwicht tot stand te brengen tussen het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het beheersen van de risico's.[18,19] Er werden praktijkvoorbeelden gegeven, onder andere over het geneesmiddelencircuit en over patiëntenzorg in het operatiekwartier.

---

16 I. Hemmes en P. Zweekhorst, *Prisma Praktisch. Tijdig leren van (bijna-)incidenten,* Bilthoven, Colofon, 2008.
17 IP. Leistikow, K. den Ridder en B. de Vries, *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Patiëntveiligheid,* Utrecht, Elsevier Gezondheidszorg, 2009.
18 D. Baudrin, en A. Desroches, *Risques au bloc opératoire: cartographie et gestion,* DRASS midi pyrénées, januari 2007.
19 The Basics of Healthcare. *Failure Mode and Effect*. Analysis. Videoconference Course presented by. VA National Center for Patient Safety, http://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/HFMEAIntro.pdf

2.2.2.4. Workshops over taxonomie

De FOD Volksgezondheid organiseerde twee herhalingsworkshops over de WHO-taxonomie waaraan 32 medewerkers deelnamen.

Als besluit en na analyse van de evaluatieformulieren en de participatiegraad aan de workshops, kan afgeleid worden dat deze workshops tegemoet lijken te komen aan de behoeften en de vragen van de kwaliteits- en/of patiëntveiligheidsmedewerkers alsook van andere medewerkers die hierbij betrokken zijn. De PowerPointpresentaties kunnen worden geraadpleegd op www.patientsafety.be, onder de rubriek 'ondersteuningsplan/workshops'.

3. STIMULEREN EN ONDERSTEUNEN VAN ZIEKENHUISNETWERKEN

Sinds 2009 werden naast de FOD Volksgezondheid bijkomende ziekenhuisnetwerken opgericht. De achterliggende gedachte hierbij was dat ziekenhuizen elkaar onderling konden helpen bij het uitvoeren van de jaarcontracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'.

In het Nederlandstalig landsdeel zijn twee netwerken actief: één voor psychiatrische ziekenhuizen en één voor Sp-ziekenhuizen.

Voor de Franstalige ziekenhuizen werden regelmatig bijeenkomsten georganiseerd door QualPsy, het netwerk van psychiatrische ziekenhuizen. Het netwerk van acute en Sp-ziekenhuizen besliste om geen bijkomende activiteiten te organiseren, onder meer omdat heel wat coördinatoren al betrokken waren bij andere netwerken, zoals bijvoorbeeld het Netwerk Klinische Paden.

Het QS-team bevordert en ondersteunt de netwerken, onder meer op de volgende manieren:

- logistieke ondersteuning door vergaderruimten van de FOD Volksgezondheid ter beschikking te stellen (in de onmiddellijke omgeving van het Brusselse Zuidstation);
- coördineren van vergaderingen over diverse thema's;
- tijd voorzien om in te gaan op vragen van ziekenhuismedewerkers en de mogelijkheid bieden om *best practice* actief te delen waardoor kennisuitwisseling wordt bevorderd.

De activiteiten van deze netwerken zijn terug te vinden op www.patientsafety.be, onder de rubriek 'ondersteuningsplan/workshops'.

4. INTERACTIE MET DE ZIEKENHUIZEN

Alle mededelingen over patiëntveiligheid en het contract gebeuren per mail. Via deze weg wordt ook gecommuniceerd over de workshops, het symposium, de informatie over de contracten, de netwerken. Het QS-team stuurt deze mails consequent naar zowel de ziekenhuisdirecties als de contactpersonen voor het contract.

Een goede en gestroomlijnde communicatie blijft voor de FOD Volksgezondheid een belangrijk aandachtspunt. De ziekenhuizen kunnen zowel telefonisch als via e-mail (qs@gezondheid.belgie.be) rechtstreeks contact opnemen met het QS-team.

5. RAPPORTAGEDOCUMENTEN VOOR DE ZIEKENHUIZEN

Sinds contractjaar 2010 worden alle rapporteringsdocumenten opgesteld in Excel. Hierdoor kunnen de gegevens op een efficiëntere manier geanalyseerd worden op nationaal niveau.

6. 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.

Alle gegevens met betrekking tot de contracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' worden aan de hand van vier thema's uitgewerkt:

- 'missie' (missie van de cel kwaliteit, strategische nota over patiëntveiligheid, …);
- 'week voor patiëntveiligheid' (programma, presentatie van de sprekers, posters, …);
- meerjarig programma 2007-2012;
- meerjarig programma 2013-2017;
- 'ondersteuningsplan/workshops' (presentaties en programma's van de workshops, ...).

Op de homepage worden telkens de actualiteit en de nieuwigheden besproken. De meeste documenten van de voorgaande jaren blijven op de site toegankelijk (rubriek 'Meer over').

Tot slot bevat deze site nog twee pertinente rubrieken over kwaliteit en patiëntveiligheid (die los staan van de contracten 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid'). Het betreft de thema's: '*Safe Surgery*' (het gebruik van een checklist in het operatiekwartier) en 'VAP' (implementatie van de VAP-bundel bij ventilatorgeassocieerde pneumonie). Deze pagina's zijn toegankelijk via de homepage www.patient-safety.be.

7. SYMPOSIUM 'KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID'

Het zesde symposium 'Klinisch leiderschap, de cruciale stap naar excellentie', dat op 26 november 2012 werd georganiseerd (met 380 deelnemers) stond in het teken van klinisch leiderschap.

Waarom een symposium over klinisch leiderschap?

Het nastreven van efficiëntie en excellentie in de gezondheidszorg zet zorginstellingen en zorgverleners ertoe aan om samen te werken aan kwaliteitsvolle en veilige zorg. Na een analyse van de beschikbare literatuur inzake klinisch leiderschap beschouwt de federale overheid de volgende componenten als essentieel voor het handelen van leidinggevende zorgprofessionals:

- ze hebben een sterke visie op kwaliteit, patiëntveiligheid en patiëntgerichte zorg en weten deze adequaat uit te dragen;
- ze inspireren andere zorgverleners in het verbeteren van kwaliteit, patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid;
- ze beschikken over diepgaande kennis in hun vakgebied;
- hun handelen is gebaseerd op evidentie gebaseerde richtlijnen en inzichten;
- ze staan open om te leren van andere disciplines;
- ze zijn in staat productieve werkrelaties te ontwikkelen met het oog op het verbeteren van de uitkomsten in de zorg;
- ze bouwen bruggen naar andere professionele disciplines met het oog op het verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid;
- ze implementeren een bio-psychosociale benadering in het omgaan met patiënten en hun familie;
- ze 'empoweren' patiënten en hun families in het omgaan met hun ziekte;
- ze promoten continuïteit van de zorg doorheen de instelling en daarbuiten.

In het kader van het tweede meerjarig programma betreffende de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid (2013-2017) is klinisch leiderschap een belangrijk thema.

Het symposium richtte zich in de eerste plaats tot ziekenhuisdirecties, leidinggevende zorgprofessionals, kwaliteitscoördinatoren en medewerkers patiëntveiligheid.

Publieksprijs

Tijdens het symposium werd een postersessie georganiseerd. Veertien projecten over kwaliteit en patiëntveiligheid werden voorgesteld. Deze illustreerden een activiteit in verband met het thema van de dag, of activiteiten die in het kader van de drie pijlers van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' werden opgezet.
Twee posters werden bekroond met de publieksprijs 2012:

- '*Photographie des addictions à l'alcool et au tabac chez les patients traités par radiothérapie*' gepresenteerd door de CHU de Liège (M. Delgaudine, F. Princen, P. Piret, D. Boga, Ph. Coucke);
- '*Medication reconciliation: how to collect the most accurate and complete medication history through a patient-centered approach?*' gepresenteerd door de CHU Mont-Godinne (R. Pham, C. Claeys, B. Krug, A. Moreau, A. Spinewine).

8. TIM-PROJECT (TRANSFERT INTRAMUROS DES PATIENTS)

Internationaal staat patiëntentransfer en gegevensoverdracht tussen teams op de agenda van grote centra zoals de *Joint Commission van de EU*[20], het *Institute for Health Care Improvement*[21] en de *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.[22]

Nationaal toonden de beide cultuurmetingen (2007 en 2011) zwakke resultaten aan voor de dimensie 'gegevensoverdracht en transfer van patiënten'.[23]

20 Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions, *Tool for Hand-Off Communications,* The Official Newsletter of the Joint Commission August 2012, Vol. 32, nr. 8.
21 *Reducing re-admissions by improving transitions of care*, 2012, October 15-16, Boston, MA.
22 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *National Safety and Quality Health Service Standards*, June 2011, 44-47.
23 Annemie Vlayen *et al.*, *Rapport de benchmarking. Tweede veiligheidscultuurmeting (2011) in Belgische acute, psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen,* Universiteit van Hasselt, onderzoeksgroep Patiëntveiligheid, 2012, http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Coordinationpatientqualityands/Pillar1(SGS)/index.htm?fodnlang=fr#culture.

Al in 2009 werd een overeenkomst afgesloten tussen de FOD Volksgezondheid en de drie '*Écoles de Santé Publique*'[24] met de opdracht methodologische ondersteuning uit te werken voor intramurale transfer. De overeenkomst werd voor een tweede maal verlengd in 2011 en er werd verder gewerkt aan de aanbevelingen inzake intramurale transfer van stabiele patiënten. Eveneens werd het 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 waren:

- op korte termijn: het inventariseren, analyseren, meten en verbeteren van de transferprocedure, met name tussen de eenheid die de patiënt overdraagt en de eenheid die de patiënt vervolgens opneemt (*donor* en *receiver unit*);
- op lange termijn: ontwikkelen en uittesten van een model voor patiëntentransfer om het vervolgens te veralgemenen.

In maart en mei 2013 hebben de drie '*Écoles de Santé publique*' twee workshops georganiseerd in beide landstalen. Deze workshops waren gewijd aan het verspreiden van de aanbevelingen voor drie types van transfer: intramurale transfer van stabiele en instabiele patiënten (TIM en TIMI) en extramurale transfer (TEM). Negentig personen namen deel.

Meer gedetailleerde informatie over TIM, TEM en TIMI is terug te vinden op www.patient-safety.be onder de rubriek 'ondersteuningsplan/workshops'.

9. HELPDESK VOOR DE TAXONOMIE

De helpdesk voor de taxonomie heeft als bedoeling 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 de volgende vier rubrieken:

1. 'Ask New Question': in deze rubriek 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

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

complexe vragen wordt een antwoord geformuleerd op basis van consensus van de werkgroep.

2. 'Answers': de antwoorden op de gestelde vragen bevinden zich in deze rubriek. De antwoorden zijn geordend volgens ALLE hoofdklassen van de taxonomie en dus niet alleen volgens de klassen uit de minimale dataset (incidenttype, incidentkarakteristieken, gevolgen voor de patiënt en gevolgen voor de organisatie). Voor vragen die niet onder te brengen zijn in één van de hoofdklassen van de taxonomie is een klasse '*other topics*' voorzien.
3. 'FAQ's': in dit onderdeel is een set van standaardantwoorden terug te vinden op veel gestelde vragen. Ook deze zijn geordend volgens de hoofdklassen van de taxonomie.
4. In de rubriek 'download' zijn de meest actuele versies van de handleidingen, *common lists* en andere instrumenten terug te vinden.

Elke gebruiker kan in de eigen taal (NL/FR/DU) vragen stellen. Alle antwoorden vanuit de werkgroep taxonomie worden echter in het Engels geformuleerd, dit om misverstanden, misinterpretaties en/of semantische discussies te vermijden.

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 e-mail, kan de gebruiker zich aanmelden. Deze helpdesk kan geconsulteerd worden via http://forum.icps-belgium.be.

10. TERUGKOPPELING VAN DE GEAGGREERDE 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, een tweede in 2009, een derde in 2010 en een vierde in 2012. Deze rapporten kunnen worden geraadpleegd op de website www.patient-safety.be onder de rubriek 'meerjarig programma 2007-2012'. 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.

HOOFDSTUK 5.
ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST

Dit vijfde rapport is het laatste in de context van het eerste meerjarig programma over kwaliteit en patiëntveiligheid (2007-2012). Dit programma werd ontwikkeld om een duidelijk kader te bekomen met lange termijn objectieven zowel voor de ziekenhuizen als voor de FOD Volksgezondheid. De gefaseerde en planmatige aanpak, de financiering en de aangeboden ondersteuning hebben er mede toe geleid dat kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen thema's zijn die steeds meer aan aandacht winnen.

Tussen 2010 en 2012 werd een tweede meerjarig programma voorbereid. De planmatige aanpak, de financiering en het aanbieden van ondersteuning zijn elementen die ook in het tweede programma behouden blijven. Ook de drie pijlers (structuur, proces en resultaat) blijven behouden hoewel minder expliciet. De gekozen thema's zijn ook pertinent en cruciaal voor ziekenhuisaccreditatie.

Het tweede meerjarig programma omvat generieke en specifieke thema's (*cf.* tabel 1).

Tabel 1: Generieke en specifieke thema's van het tweede meerjarig programma (2013-2017)

Generieke thema's:
1. veiligheidsmanagementsysteem
2. leiderschap
3. communicatie
4. patiënt en familie empowerment
Specifieke thema's:
1. hoog-risico medicatie
2. *'Safe Surgery'* (enkel voor de acute ziekenhuizen)
3. identitovigilantie of vrijheidsbeperkende maatregelen (enkel voor de psychiatrische ziekenhuizen)
4. transmurale zorg

De generieke thema's zijn eerder algemene thema's en gaan over: veiligheidsmanagement (pijler 1 uit het eerste meerjarig programma), een grotere betrokkenheid en engagement van directies en artsen (leiderschap), het verbeteren van de communicatie in het algemeen en de klinische communicatie in het bijzonder en het nauwer betrekken van patiënten en hun familie in het eigen zorgtraject. Patiënt en familie empowerment kan beschouwd worden als de rode draad doorheen het tweede meerjarig programma en is, ook internationaal, een prioritair thema.

De specifieke thema's zijn gelieerd aan risicovolle (deel)processen in de zorg zoals hoog-risico medicatie, identitovigilantie, veiligheid in het operatiekwartier, vrijheidsbeperkende maatregelen en transmurale zorg.

Zowel voor de generieke als voor de specifieke thema's werden criteria geformuleerd die kunnen beschouwd worden als te bereiken streefdoelen tegen 2017.

De basis van de activiteiten over de specifieke thema's wordt gelegd in het contractjaar 2013 en dit door middel van een zelfevaluatie (met uitzondering van transmurale zorg waarvoor de zelfevaluatie reeds in 2011 werd uitgevoerd).

De ziekenhuizen zullen voor deze specifieke thema's vanaf 2014, op basis van de zelfevaluatie, starten met het definiëren van concrete verbeteracties en een stappenplan voor de knelpunten die multidisciplinair werden geïdentificeerd.

Voor transmurale zorg wordt een afzonderlijk pad gevolgd aangezien de zelfevaluatie reeds in 2011 werd uitgevoerd.

Ziekenhuizen dienen vanaf 2015, per verbeteractie, zelf jaarobjectieven te formuleren en meetbare indicatoren, streefwaarden, meetfrequentie en meetniveau te specificeren. Tevens wordt verwacht dat ziekenhuizen verduidelijken naar wie de communicatie omtrent de resultaten van de metingen gericht zal zijn en hoe de resultaten worden voorgesteld aan de betrokken zorgverleners.

Ondersteuningsplan 2013-2017

Voor het operationaliseren van het tweede meerjarig programma heeft de FOD Volksgezondheid zich laten inspireren door een model van outputmanagement zoals beschreven in het boek 'Leidinggeven zonder bevelen' van

Filip Vandendriessche en Jef Clement (2006).[25] Het model baseert zich op het feit dat de oplossing in handen ligt van de ziekenhuismedewerker aangezien hij als geen ander het werkveld kent en indien nodig kan rekenen op de steun van het ziekenhuismanagement en de ondersteunende activiteiten van de FOD Volksgezondheid.

In het ondersteuningsplan zijn twee niveaus te onderscheiden: basisvaardigheden patiëntveiligheid en ondersteunende activiteiten, ontwikkeld door acht expertisecentra.

Basisvaardigheden voor patiëntveiligheid

De herhalingsworkshops over basisvaardigheden voor patiëntveiligheid worden jaarlijks verdergezet en gaan over de volgende thema's: taxonomie, retrospectieve incidentanalyse (PRISMA en SIRE) en proactieve risicoanalyse (HFMEA). Deze workshops zijn specifiek bedoeld voor nieuwe ziekenhuismedewerkers betrokken bij kwaliteit en patiëntveiligheid in de instelling en worden georganiseerd door de FOD Volksgezondheid.

Ondersteuning door acht expertisecentra

Omwille van de veelheid aan nieuwe thema's in het tweede meerjarig programma wordt samengewerkt met acht expertisecentra. Drie '*Écoles de santé publique*' en vijf universiteiten (ULB, UCL, ULg, UMons, UZ Gent, UHasselt, VUB, KUL) worden gefinancierd om specifieke activiteiten te ontwikkelen, gelieerd aan de specifieke en de generieke thema's uit het tweede meerjarig programma.

De ondersteunende activiteiten worden georganiseerd met de bedoeling om ziekenhuizen te helpen een concrete invulling te geven aan de thema's van het tweede meerjarig programma.
In de loop van de komende jaren zullen activiteiten worden georganiseerd over de volgende thema's:

- proactief risicomanagement;
- *enterprise risk management;*
- leiderschap (inclusief veiligheidsrondes);
- procesmanagement;

25 F. Vandendriessche en J. Clement, *Leidinggeven zonder bevelen. De Outputmanager. Een praktijkboek over leidinggeven vanuit visie*, Tielt, Uitgeverij Lannoo nv en Schiedam, Scriptum Uitgeverij, 2006.

- audit;
- cultuur;
- transmurale zorg en medicatie reconciliatie;
- hoog-risico medicatie;
- visueel management;
- communicatie (inclusief *second* en *third victim*);
- patiënt en familie empowerment;
- *outcome management* in psychiatrische ziekenhuizen.

De gebruikte pedagogische middelen zijn divers: seminaries, opleidingsdagen met oefeningen, discussies, goede praktijkvoorbeelden uit binnen- en buitenland, toolkits, '*learning community*', e-learning, …
Het doelpubliek voor de ondersteuningsactiviteiten wordt breder en zal zich, naast kwaliteitscoördinatoren en medewerkers patiëntveiligheid ook richten naar directies, diensthoofden verpleegkundigen, apothekers,… en andere ziekenhuismedewerkers die betrokken zijn bij het implementeren van kwaliteitsverbeterende initiatieven in de zorg.

Het ondersteuningsplan omvat meerdere jaren en werd ontwikkeld met de bedoeling een antwoord te bieden op de noden en de vragen van de ziekenhuizen over de uitvoering van het tweede meerjarig programma over kwaliteit en patiëntveiligheid (2013-2017).

Het streven naar een meer kwaliteitsvolle en veilige patiëntenzorg is een continu proces waar steeds verbetering mogelijk is. De FOD Volksgezondheid wil hieraan, samen met de ziekenhuizen, ook de komende vijf jaren verder werken en hen hierbij ondersteunen.

OVERZICHT VAN DE VASTE WERKGROEPEN OP DATUM VAN 1 JUNI 2013

Leden Federale Werkgroep Patiëntveiligheid

Dr. de Bethune Xavier
Dhr. De Greef Johan
Mevr. Delgaudine Marie
Mevr. De Troyer Vera
Dhr. Etienne Mark
Dhr. Goossens Bart
Dhr. Happe Christophe
Dhr. Hermand Bernard
Prof. Dr. Heller Francis
Dr. Hellings Johan
Prof. Dr. Krug Bruno
Dhr. Meyers Ludo
Dhr. Nelis Thijs
Dhr. Osten Peter
Dr. Simon Anne
Dr. Sion Jean-Paul
Mevr. Somers Annemie
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
Dhr. Nelis Thijs

Dhr. Van Daele Patrick
Mevr. Van de Velde Ann
Dr. Van Looy Luc