

Toelichtende nota

Bevraging over het

veiligheidsmanagementsysteem 2015



.be



Inhoud

INLEIDING	3
VERDUIDELIJKING VAN TECHNISCHE ASPECTEN	4
VERDUIDELIJKING VAN DE GEBRUIKTE CONCEPTEN	5
1 Comité Patiëntveiligheid of gelijkwaardige structuur	5
2 Melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten gerelateerd aan de patiëntenzorg	6
2.1 Wat is een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten in de directe patiëntenzorg?	6
2.2 Wat verstaan we onder incidenten en bijna-incidenten?	6
2.3 Welke schade aan de patiënt wordt gemeld in het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten?	7
2.4 Wat zijn mogelijke ernstgraden voor de patiënt n.a.v. een incident	8
2.5 Hoe worden de ernstgraden voor de patiënt gecodeerd in de WHO-taxonomie?	8
2.6 Retrospectieve incidentanalyse	9
2.7 Veilig melden	10
3 Proactieve risicoanalyse	11
4 Incidenten classificeren volgens de WHO-taxonomie	12
5 Helpdesk WHO-taxonomie	13
6 Patiënt en familie empowerment	14
6.1 Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties laten melden door patiënten	14
6.2 Patiënten betrekken bij een proactieve risicoanalyse	14
7 Verbeteracties VMS	15

Inleiding

Het ontwikkelen en implementeren van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) was een belangrijke pijler in het eerste meerjarige programma “coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid” (2007-2012) van de FOD Volksgezondheid. Ook in het tweede meerjarige programma (2013-2017) bleef dit thema belangrijk en werden de ziekenhuizen jaarlijks bevraged over de evoluties in het VMS.

In het najaar van 2015 werd een uitvoerige analyse uitgevoerd van de resultaten van de VMS-bevragingen uit 2013 en 2014. Wij hebben daarbij vastgesteld dat er heel wat inconsistenties zijn in de antwoorden waardoor de resultaten zeer moeilijk te interpreteren zijn. Wij ving signalen op vanuit de ziekenhuizen waaruit blijkt dat het begrip “incident” niet overal op dezelfde manier wordt gedefinieerd. Ook sommige andere gebruikte termen of concepten, zoals een “proactieve risicoanalyse”, blijken niet duidelijk te zijn voor alle ziekenhuizen. Omwille van bovenstaande redenen hebben wij beslist om, voor de VMS-bevragingen, een andere strategie te volgen, bestaande uit twee fasen.

Fase 1 : individuele feedbackfiche over de resultaten van de VMS-bevraging uit 2014

Deze feedbackfiche werd in april 2016 aan per mail verstuurd naar de ziekenhuisdirectie, de hoofdgeneesheer en de contactpersoon van het contract ‘coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid’. De bedoeling van deze fiche is om ziekenhuizen te stimuleren het VMS verder te ontwikkelen en te implementeren volgens **de aanbevelingen van de strategische werkgroep patiëntveiligheid**.

Fase 2 : aanpassing bevraging VMS voor 2015

Omdat wij een zo waarheidsgetrouw beeld wensen te bekomen over het VMS in elk ziekenhuis én omdat het VMS een belangrijk thema blijft in het derde meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid, werd de bevraging over het VMS 2015 aangepast op vier manieren:

- I. **Elk gebruikt concept** in de bevraging wordt **expliciet verduidelijkt** in deze tekst (vanaf volgende blz.). We willen hiermee het verschil in interpretatie tot een minimum herleiden .
- II. **Voor de verschillende onderdelen van de bevraging** wordt gevraagd om **bijlagen toe te voegen**. Dit laat ons toe om, naast een louter kwantitatieve verwerking van de gegevens, ook in te gaan op de kwalitatieve aspecten ervan. Wij vestigen er de aandacht op dat één van de gevraagde bijlagen gaat over het stappenplan VMS dat normaliter zou moeten opgemaakt zijn in 2013. Hierin werd gevraagd om de geformuleerde verbeteracties (1,2 of 3) nader te omschrijven met inbegrip van indicatoren, streefwaarden, meetfrequentie en meetniveau. Het is dit document dat wij bedoelen. **Indien in de loop van de afgelopen twee jaar wijzigingen werden aangebracht aan dit actieplan uit 2013 dan vragen wij u om de meest recente versie toe te voegen.**

In de elektronisch enquête die samen met deze tekst wordt meegestuurd zijn alle gevraagde bijlagen verplicht toe te voegen. Rapportages die hier niet aan voldoen, worden als onvolledig beschouwd en teruggestuurd.

- III. De **items die gaan over de patiënt**, zijn gebundeld in een afzonderlijk onderdeel en enkele vragen m.b.t. de patiënt werden toegevoegd.
- IV. De items over het VMS uit de **jaarlijkse bevraging van het tweede meerjarige programma**, werden aan deze bevraging toegevoegd.




VERDUIDELIJKING VAN TECHNISCHE ASPECTEN

Voor u aan de slag gaat, neem de volgende afspraken even door:

- I. Voor elk ziekenhuis werd **één contactpersoon** geïdentificeerd die verantwoordelijk is voor het insturen van de rapportage. Hij/zij is ook de enige die de elektronische link toegestuurd krijgt en herinneringen zal ontvangen. Hoedanook, moet de inhoud van de rapportage **in overleg met de betrokken personen** gevalideerd worden.

De link die per mail verstuurd wordt kan doorgestuurd worden naar andere collega's zodanig dat zij ook aan de vragenlijst kunnen meewerken. Alle aanpassingen worden ook bijgehouden

- II. **Bijlagen moeten specifiek benoemd** worden: **“Erkenningsnummer + nummer van de bijlage + naam bestand”** Het nummer van de bijlage zal telkens vernoemd worden in de vraag.
- III. Elke bijlage moet in **PDF-formaat** opgeladen worden en **maximaal 10 Mo** zijn.
- IV. Bij het **toevoegen van bijlagen** is het belangrijk om VOOR ELK ONDERDEEL waar bijlagen gevraagd worden op de knop **“versturen”** te drukken, zoniet worden de bijlagen niet opgeladen en is de rapportage per definitie onvolledig. U kan naar een volgende vraag gaan door op **“next”** te klikken.



VERDUIDELIJKING VAN DE GEBRUIKTE CONCEPTEN

1. COMITÉ PATIËNTVEILIGHEID OF GELIJKWAARDIGE STRUCTUUR

Het Comité Patiëntveiligheid of gelijkwaardige structuur 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 of gelijkwaardige structuur is multidisciplinair samengesteld en heeft onder meer de volgende **verantwoordelijkheden**:

- ◆ een strategisch patiëntveiligheidsbeleid ontwikkelen;
- ◆ de directie adviseren en aanbevelingen formuleren over te ondernemen acties om patiëntveiligheid te verbeteren;
- ◆ de directie en de ziekenhuismedewerkers informeren over het gevoerde patiëntveiligheidsbeleid;
- ◆ het meldgedrag stimuleren;
- ◆ de verbeteracties coördineren en opvolgen op basis van incidentanalyses;
- ◆ de ziekenhuismedewerkers informeren over de resultaten van doorgevoerde verbeteracties.



2. MELDEN EN ANALYSEREN VAN INCIDENTEN EN BIJNA-INCIDENTEN GERELATEERD AAN DE DIRECTE PATIËNTENZORG

2.1 Wat is een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten in de directe patiëntenzorg ?

Een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten in de directe patiëntenzorg is een, bij voorkeur elektronisch :

instrument waarin op een gebruiksvriendelijke manier een, bij voorkeur nominatieve, melding van een incident of bijna-incident kan gebeuren door elke ziekenhuismedewerker.

De focus ligt hierbij op het leren om ervoor te zorgen dat incidenten en bijna-incidenten kunnen worden voorkomen. Het gaat hierbij ENKEL om incidenten en bijna-incidenten gerelateerd aan de directe patiëntenzorg. Het gaat hier dus bijvoorbeeld niet over diefstal of over medewerkersveiligheid. Dergelijke incidenten worden gemeld via andere kanalen. .

2.2 Wat verstaan we onder incidenten en bijna-incidenten ?

Een **incident** is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) zou kunnen leiden.

Een **bijna-incident** is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt had kunnen leiden, maar die werd opgemerkt en gecorrigeerd vooraleer deze de patiënt kon bereiken.

2.3 Welke schade aan de patiënt wordt gemeld in het meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten ?

Om meer gedetailleerd te illustreren over welke schade het kan gaan, hanteren we de indeling van Vincent et al.¹ Zij onderscheiden **6 types van schade voor de patiënt**.

I. Algemene schade in de gezondheidszorg

Hieronder vallen incidenten die voor elke patiënt ernstige gevolgen kunnen hebben. Voorbeelden hiervan zijn ziekenhuisinfecties en valincidenten.

II. Schade bij een specifieke behandeling

Deze schade is geassocieerd met een specifieke behandeling van een bepaalde ziekte die al dan niet voorkomen kon worden. Het gaat hier over bijvoorbeeld over adverse drug events, chirurgische complicaties en verkeerde kant chirurgie.

III. Schade ten gevolge van overbehandeling

Patiënten kunnen ook schade ervaren bij overbehandeling, hetzij door een fout (zoals bv. een overdosis medicatie) of door goedbedoelde maar overmatige interventies. Voorbeelden hiervan zijn het overmatig gebruik van sedatieven waardoor het risico op vallen wordt verhoogd of het uitvoeren van pijnlijke of niet meer efficiënte behandelingen bij patiënten dichtbij het levenseinde.

IV. Schade ten gevolge van niet geschikte behandeling

Het is mogelijk dat patiënten geen *evidence-based* zorg krijgen waardoor hun ziekte sneller vordert dan wanneer ze die zorg wel zouden krijgen. Voorbeelden hiervan zijn het niet onmiddellijk starten van een trombolytische behandeling bij beroerte en het niet toedienen van antibiotica profylaxe vooraleer een chirurgische ingreep te starten.

V. Schade ten gevolge van vertraagde of inadequate diagnose

Schade kan veroorzaakt worden door het niet herkennen van de ziekte van de patiënt of door een verkeerde diagnose. Een voorbeeld hiervan is een foute diagnose door de huisarts waardoor de patiënt niet doorverwezen wordt en de ziekte progressief verder gaat.

VI. Psychologische schade en een gevoel van onveiligheid

Het onvriendelijk bejegenen kan bij kwetsbare mensen een negatieve invloed hebben op toekomstige contacten met zorgverleners. Een grotere bewustwording van onveilige zorg kan een impact hebben op het vertrouwen dat een patiënt stelt in de zorgverlening. Het resultaat hiervan kan zijn dat mensen bijvoorbeeld vaccinaties weigeren.

¹Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. Health Foundation, Londres

2.4 Wat zijn mogelijke ernstgraden voor de patiënt n.a.v. een incident

Sedert 2008 hanteert de FOD de omschrijvingen van de *International Classification for Patient Safety* (ICPS) van de WHO. In deze taxonomie worden de volgende **vijf ernstgraden** voor de patiënt beschreven :

I. Géén schade

Het incident heeft geen enkel gevolg voor de patiënt, d.w.z. dat er geen symptomen worden waargenomen en dat er geen bijkomende behandeling is vereist.

II. Lichte schade

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

III. 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.

IV. Ernstige schade

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

V. Overlijden

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

2.5 Hoe worden de ernstgraden voor de patiënt gecodeerd in de WHO-taxonomie ?

In de WHO-taxonomie worden de ernstgraden voor de patiënt als volgt gecodeerd:

**de codes bbf (schade nog niet gekend) en bbg (bijna-incident) zijn momenteel nog niet toegevoegd in de master-tabel van de taxonomie. Deze worden wel toegevoegd in de volgende versie (master 3).*

bb	Ernstgraad
bba	Geen
bbb	Licht
BCg	Matig
bbd	Ernstig
bbe	Overlijden
bbf*	Nog niet gekend
bbg*	Bijna-incident

2.6 Retrospectieve incidentanalyse

Door een patiëntveiligheidsincident retrospectief te analyseren worden alle bijdragende factoren die tot het incident hebben geleid geïdentificeerd en is het de bedoeling om blijvende verbeteringen te implementeren. Retrospectieve analysemethodes zijn gebaseerd op het “systeemdenken”. Het gaat dus niet over het zoeken van “schuldigen”, maar wel over het zoeken naar onvolkomenheden in het systeem (basisoorzaken). Verschillende methodes kunnen hiervoor gebruikt worden. Er bestaan verschillende retrospectieve analysemethodes. De FOD Volksgezondheid organiseert jaarlijks workshops over twee veel gebruikte methodes: **PRISMA** en **SIRE**.

PRISMA

staat voor “*Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis*”. Het belangrijkste doel van deze methode is het opbouwen van een kwantitatieve database van incidenten en procesafwijkingen op basis waarvan verbetermaatregelen kunnen worden geïnitieerd. “*Prevention*” wijst op het proactieve uitgangspunt: tijdig leren van (vele kleine) incidenten om echte zware incidenten te voorkomen. Hiervoor is niet alleen inzicht nodig in de faalfactoren, maar ook in de herstelfactoren (“*Recovery*”). “*Information System*” geeft het kwantitatieve en communicatieve aspect van PRISMA aan. Het gaat immers over het zichtbaar maken van structurele, steeds weer terugkerende patronen van oorzaken. Het streefdoel is om te komen tot het succesvol beheersen van gekende problemen (“*Monitoring*”) en het tijdig signaleren van mogelijke nieuwe problemen door het volgen van eventuele trends in oorzaken van relatief onbekende of onverwachte incidenten (“*Analysis*”). Deze methode is geschikt om snel en efficiënt incidenten te analyseren en acties te ondernemen².

SIRE

staat voor “*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*”. Het is een gestructureerde manier om een incident te reconstrueren (wat is er gebeurd?) en te evalueren (waarom is het gebeurd?). Met deze methode wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag: “hoe kan een vergelijkbaar incident in de toekomst voorkomen worden”?

Bij de SIRE-methodiek wordt een diepgaander onderzoek naar de basisoorzaken van een incident verricht door bijvoorbeeld dossieronderzoek en interviews. Deze methode wordt vooral gebruikt bij ernstige(re) incidenten en bij incidenten die veel voorkomen.³

² Scenario Veilig Incident Melden, www.vmszorg.nl

³ Legemaate, J. et al. Melden van incidenten in de gezondheidszorg, 2006



2.7 Veilig melden

In een veilig meld- en leersysteem worden zorgverleners gestimuleerd om **incidenten en bijna-incidenten te melden** en te **bespreken zonder angst voor disciplinaire maatregelen of juridische procedures**. Het ziekenhuismanagement speelt hierin een belangrijke rol, ondermeer door het garanderen van de vertrouwelijkheid van meldingen.

Niet alleen de zorgverlener is verantwoordelijk voor patiëntveiligheid. De rol van het management en klinisch leidinggevenden is cruciaal voor het creëren van een rechtvaardige en ondersteunende patiëntveiligheidscultuur. Zij moeten zorgen voor een werkomgeving en een cultuur die aanzet tot wederzijds vertrouwen, openheid, eerlijkheid, betrokkenheid, communicatie met direct betrokken zorgverleners en bereidheid tot reflectie en aanleren van ander gedrag.

Om medewerkers te motiveren om aan veranderingen mee te werken, is het belangrijk dat de leiding (Raad van bestuur, afdelingshoofd etc.) zich engageert. Een concrete manier om dit in praktijk te brengen, zijn de zogenaamde veiligheidsrondes waarbij de leidinggevende op regelmatige basis meeloopt op de afdeling om medewerkers en patiënten te vragen wat er speelt op het vlak van de patiëntveiligheid en op basis daarvan de nodige stappen onderneemt.^{3,4}

³ Legemaate, J. et al. Melden van incidenten in de gezondheidszorg, 2006

⁴ www.deweekvankwaliteitsmanagement.nl, Jan Klein over patiëntveiligheid, 2013

3. PROACTIEVE RISICOANALYSE

Een proactieve risicoanalyse laat toe om potentiële incidenten op te sporen en te voorkomen vooraleer 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.

HFMEA

Is de meest gekende methode en 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).

De redenen om een proactieve risicoanalyse uitgevoerd wordt, zijn divers. Bijna-incidenten zijn vaak een aanleiding maar ook het in gebruik nemen van nieuwe apparatuur, nieuwe infrastructuur (verhuizing, verbouwing), nieuwe en/of herziende procedures kunnen leiden tot het uitvoeren van een proactieve risicoanalyse.

Om ziekenhuizen te ondersteunen in het uitvoeren van een proactieve risicoanalyses worden, door de FOD Volksgezondheid, jaarlijkse workshops HFMEA georganiseerd.

4. INCIDENTEN CLASSIFICEREN VOLGENS DE WHO-TAXONOMIE

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om in het meld- en leersysteem de mogelijkheid te voorzien om incidenten in te delen volgens de *International Classification for Patient Safety* van de WHO (**ICPS**)⁵. De toepassing van deze uniforme en wijd verspreide taxonomie tracht zoveel als mogelijk consistentie en uitwisselbaarheid van gegevens te garanderen, zodat aggregatie binnen verschillende afdelingen of diensten van éénzelfde ziekenhuis en tussen ziekenhuizen onderling op termijn mogelijk wordt. Het streefdoel hierbij is leren van elkaar om zelf te verbeteren. Een volledige classificatie van een incident is niet altijd zinvol en zeker niet altijd nodig. Daarom werd door de federale werkgroep patiëntveiligheid een minimale dataset bepaald met vier hoofdcategorieën. Bij elke incidentmelding moeten dus minimaal de volgende categorieën gecodeerd worden: incidenttype, incidentkarakteristieken, gevolgen voor de patiënt en gevolgen voor de organisatie.

Aggregatie van data over incidentmeldingen is echter alleen maar mogelijk indien aan de volgende vier voorwaarden wordt voldaan.

- I. **elektronisch** melden moet mogelijk zijn;
- II. de vier categorieën uit de **minimale dataset** moeten geïntegreerd zijn in het meldformulier van het ziekenhuis;
- III. incidentmeldingen moeten **tot op het diepste niveau** worden gecodeerd (door de kwaliteits-of patiëntveiligheidsmedewerker);
- IV. het **XML-exportmodel**, aangeboden door de FOD-Volksgezondheid in 2009, moet geïntegreerd zijn in de ziekenhuissoftware.

⁵ 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* (www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/), en werd door de federale 'ad hoc werkgroep taxonomie' aangepast aan de Belgische situatie en naar de drie landstalen vertaald.



5. HELPDESK WHO-TAXONOMIE

De helpdesk heeft als doel **ziekenhuizen te ondersteunen bij het gebruik van de WHO-taxonomie** in het veiligheidsmanagementsysteem van het ziekenhuis. Er zijn antwoorden te vinden op vragen over de toepassing van de WHO-taxonomie en over het coderen van incidenten. De antwoorden zijn geordend volgens alle hoofdcategorieën van de WHO-taxonomie en dus niet alleen volgens de categorieën uit de minimale dataset (incidenttype, incidentkarakteristieken, gevolgen voor de patiënt en gevolgen voor de organisatie). Op de helpdesk zijn ook antwoorden te vinden over het XML-exportmodel en kunnen handleidingen en de ICPS-lijst met hiërarchische codes gedownload worden.

Alle contactpersonen van het contract “coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid” hebben van de FOD Volksgezondheid een **gebruikersnaam** en **paswoord** gekregen via mail in het kader van het eerste meerjarige programma. Elke nieuwe medewerker kan contact opnemen met het QS-team voor een nieuwe gebruikersnaam. Hiermee kan ingelogd worden op de website <http://forum.icps-belgium.be/portal.php?lang=NL>

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

6. PATIËNT EN FAMILIE EMPOWERMENT

6.1 Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties laten melden door patiënten

Het melden van incidenten door zorgverleners en andere ziekenhuismedewerkers **helpt om risicosituaties aan te pakken en om incidenten te voorkomen**. Door ook open te staan voor meldingen van patiënten kan meer inzicht bekomen worden in risico's, in incidenten en in bijna-incidenten. Patiënten nemen immers andere dingen waar dan zorgverleners en doorlopen als enige het hele zorgtraject. **Patiëntmeldingen zijn hierdoor (deels) complementair aan meldingen van zorgverleners**.

Een patiëntmelding gaat niet over het beoordelen van het individueel functioneren van een zorgverlener en het is dus **geen klacht**. Daarom is het belangrijk dat het onderscheid gemaakt wordt tussen klachten die bij de ombudsdienst terecht komen en patiëntmeldingen. Een patiëntmelding is immers gericht op het verbeteren van het inzicht in de risico's en op een meer veilige patiëntenzorg.

Om de informatie van patiënten te kunnen gebruiken is het wenselijk dat er **specifieke kanalen** worden voorzien waarin patiënten een melding kunnen maken⁶.

6.2 Patiënten betrekken bij een proactieve risicoanalyse

Bij het (her)ontwikkelen van (zorg)processen zijn feedback en ideeën van patiënten en/of mantelzorgers essentieel. Zij zijn immers **ervaringsdeskundigen bij uitstek**. Door hen te betrekken wordt het veel sneller duidelijk welke impact bepaalde wijzigingen of handelingen hebben op patiënten. Een goede selectie van patiënten is wel noodzakelijk en volgens het VMS-programma in Nederland wordt aanbevolen om minstens twee patiënten of mantelzorgers te betrekken bij het multidisciplinair team⁶.

⁶ www.patiëntenparticipatie.vmszorg.nl

7. VERBETERACTIES VMS

Op basis van het eerste meerjarige programma (2007-2012), werd, om de continuïteit te garanderen van het VMS in het tweede meerjarige programma (2013-2017), in 2013 aan de ziekenhuizen gevraagd om “voor *minstens drie relevante knelpunten die in contractjaar 2012 op basis van een zelfevaluatie van het VMS en die multidisciplinair werden bepaald en bekrachtigd door de ziekenhuisdirectie, concrete verbeteracties te ontwikkelen en hiervoor een **stappenplan** te maken*”⁷.

In de VMS-bevraging van 2015 vragen wij alle ziekenhuizen om dit stappenplan als bijlage aan de rapportage toe te voegen, eventueel **geactualiseerd** aan de huidige situatie en waarbij duidelijk aangegeven wordt in welke **fase** de respectievelijke verbeteracties zich bevinden, welke indicatoren en streefwaarden werden bepaald, de meetfrequentie en het meetniveau.



⁷ FOD Volksgezondheid, contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid, 2013