

KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ANNO 2009

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

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

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

DANKWOORD

Het QS-team wenst uitdrukkelijk te bedanken:

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

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

© 2010 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

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

Depot: D/2010/2196/53
BP/PATIENN-BI10001

INHOUDSTAFEL

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

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

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



EXECUTIVE SUMMARY

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

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

Chapter 1. Safety management system

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapter 3. Indicators

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

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

The majority of hospitals have succeeded in providing an overview of indicators that are used for the management of quality and patient safety. In this context, acute, psychiatric and long term care hospitals use very different sources for selecting indicators. The three main sources from which *acute hospitals* select indicators are the two feedback reports from the Federal Government (Multidimensional Feedback to Hospitals and the Patient Safety Indicators Report) and the indicators provided by the Scientific Institute of Public Health. 36% of the acute hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources used by *psychiatric hospitals* are their own hospital-based indicator sets, the indicator set from the Flemish Government and the indicators of ‘Navigator’. Only 4% of the psychiatric hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources from which *long term care hospitals* derive indicators are indicators provided by the Scientific Institute of Public Health, the indicator set of the Flemish Government and self-developed indicator sets. Only 5% of the long term hospitals uses international sources for the selection of indicators. A total of 3.944 indicators were cited by the hospitals of which 2.235 indicators by acute hospitals, 1.290 indicators by psychiatric hospitals and 419 indicators by long term care hospitals. The mean number of indicators per hospital was 95 (median: 91). The total number of indicators in the section ‘others’ (= indicators defined by the hospitals themselves) was 3.025 (77%) compared to 919 indicators (23%) listed in the overview provided by the Federal Government. Acute hospitals use on average the highest number of indicators, followed by psychiatric hospitals and long term care hospitals. Data show a large variability in the number and type of indicators used.

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

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

Chapter 4. Supporting plan

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

Chapter 5. Future orientations

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



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

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

Hoofdstuk 1. Veiligheidsmanagementsysteem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoofdstuk 3. Indicatoren

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

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

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

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

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

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

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

Hoofdstuk 4. Begeleidings- en ondersteuningsplan

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

Hoofdstuk 5. Oriëntaties voor de toekomst

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



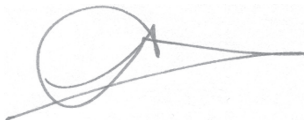
VOORWOORD

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

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

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

Wij wensen u veel leesgenot,



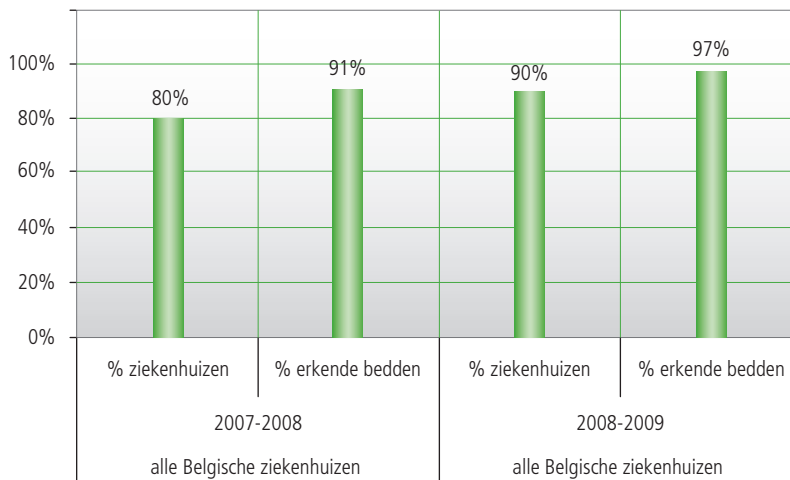
*Christiaan Decoster,
Directeur-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen*



INLEIDING

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



HOOFDSTUK 1.

PIJLER 1: HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN EEN VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Kernconclusies

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

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

1. INLEIDING

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

2. CONTEXT EN METHODOLOGIE

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

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

1 www.vmszorg.nl.

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

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

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

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

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

2.1. De kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem³

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

Tabel 1: Kernelementen van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem

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

³ www.vmszorg.nl.

2.2. Het patiëntveiligheidsplan

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

Een patiëntveiligheidsplan kan:

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

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

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

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

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

⁴ www.vmszorg.nl/Kenniscentrum.

2.3. De inhoud van de patiëntveiligheidscultuurmeting en de verbeteracties

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

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

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

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

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

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

⁵ www.ahrq.gov/qual/hospculture.

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

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

Patientveiligheidscultuurdimensies	
D01	<p>Manager/supervisorverwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De ‘supervisor’ toont waardering wanneer er gewerkt wordt met de uitgewerkte procedures in verband met patiëntveiligheid. 2. De ‘supervisor’ houdt ernstig rekening met suggesties van medewerkers/collega’s om patiëntveiligheid te verbeteren. 3. Wanneer de werkdruk toeneemt verwacht de ‘supervisor’ dat er sneller gewerkt wordt, zelfs als daarvoor stappen in de procedures moeten overgeslagen worden. 4. De ‘supervisor’ ziet steeds terugkerende problemen op het vlak van patiëntveiligheid over het hoofd.
D02	<p>De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Teamwerk binnen afdelingen</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Openheid naar communicatie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medewerkers/collega’s kunnen vrijuit spreken wanneer ze iets zien dat de zorg voor de patiënt negatief beïnvloedt. 2. Medewerkers/collega’s kunnen beslissingen of acties van personen met een hogere hiërarchische positie kritisch, maar constructief, bespreekbaar maken. 3. Medewerkers/collega’s zijn bang om vragen te stellen wanneer er iets niet in orde lijkt.
D05	<p>Feedback en communicatie over veiligheid</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Niet-bestaftende respons op fouten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medewerkers/collega’s hebben het gevoel dat fouten tegen hen gebruikt worden. 2. Wanneer een fout gerapporteerd wordt, bestaat het gevoel dat men zich vooral op de persoon richt en niet op het probleem. 3. Medewerkers/collega’s vrezen dat fouten die gemaakt worden in hun persoonlijk dossier bewaard blijven.

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Patientveiligheidscultuurdimensies		
D07	Bestaffing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er is voldoende bestaffing om de werkbelasting aan te kunnen. 2. Medewerkers/collega's werken meer uren dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 3. Er worden teveel tijdelijke medewerkers ingeschakeld dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt. 4. Er wordt vaak gewerkt in een 'crisistoestand': er wordt geprobeerd te veel te doen en te snel.
D08	Ziekenhuismanagement-ondersteuning voor patiëntveiligheid	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen worden zaken over het hoofd gezien. 2. Er gaat vaak belangrijke informatie over de patiënt verloren bij het wisselen van werkposten. 3. Er treden vaak problemen op bij het uitwisselen van informatie tussen afdelingen/diensten. 4. Het wisselen van werkposten is problematisch voor de patiënten in het ziekenhuis.
Uitkomstdimensies		
O01	Globale perceptie over veiligheid	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er wordt een fout gemaakt, maar deze fout wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt. Hoe vaak wordt dit gemeld? 2. Er wordt een fout gemaakt waarvan we weten dat deze fout de patiënt niet kan schaden. Hoe vaak wordt dit gemeld? 3. Er wordt een fout gemaakt die de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar hem uiteindelijk ongedeerd liet. Hoe vaak wordt dit gemeld?

2.4. De soorten indicatoren

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

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

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

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

2.5. Het Comité Patiëntveiligheid

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

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

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

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

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

3. RESULTATEN

Hierna worden de resultaten voorgesteld in 5 onderdelen:

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

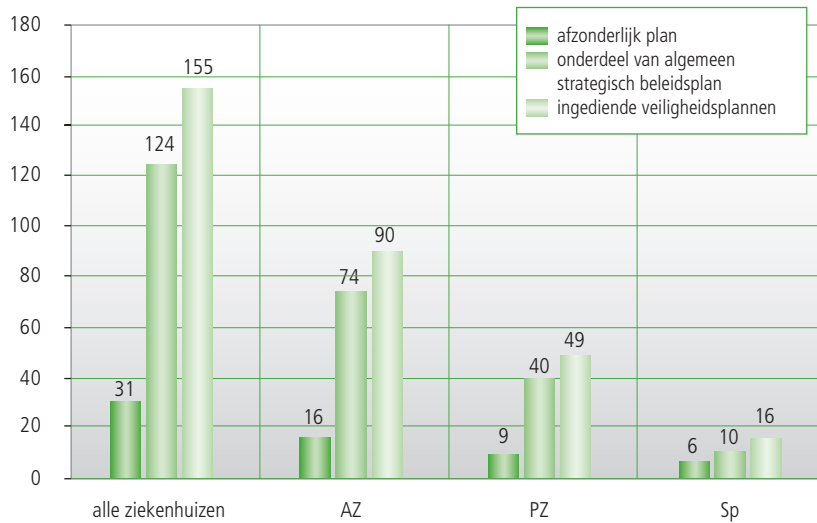
3.1. Aantal en aard van de ingediende patiëntveiligheidsplannen

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

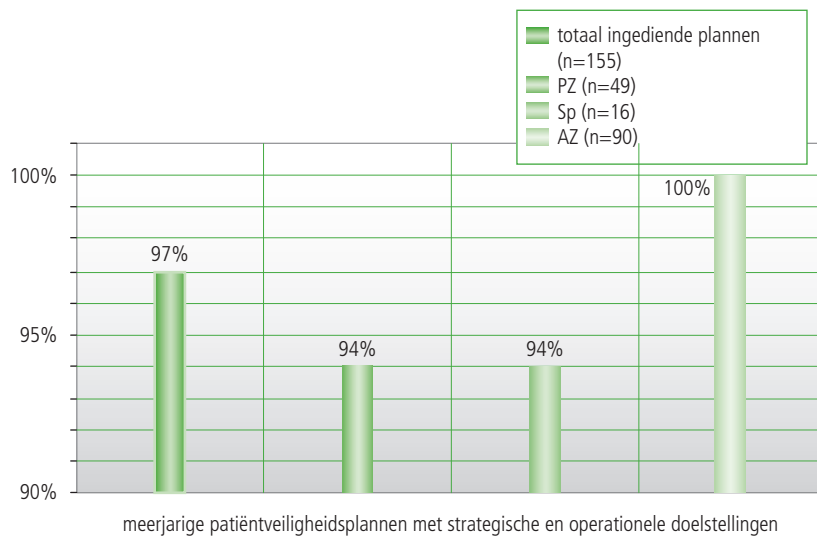
In 80 % van de 155 ingediende patiëntveiligheidsplannen is het een onderdeel van het algemeen strategisch beleidsplan van het ziekenhuis. In 20 % van de gevallen ging het om een afzonderlijk plan (figuur 1). Er zijn kleine verschillen op te merken tussen de drie ziekenhuistypes: in Sp-ziekenhuizen vormen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

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

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



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



Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Verbeteracties op meerdere dimensies van de patiëntveiligheidscultuurmeting

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

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

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

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

Geformuleerde indicatoren per verbeteractie

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

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

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

Tabel 6: Aantal indicatoren ingedeeld per categorie

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

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

Pijler 1: Het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem

Tabel 5: Aantal indicatoren per dimensie en per type ziekenhuis

Dimensie	Indicatoren								
	AZ (n = 76)		PZ (n = 44)		Sp (n = 10)		Totaal (n = 130)		
	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	absolute cijfers	%	
D01	Manager/supervisor-verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	17	3 %	5	2 %	0	0 %	22	3 %
D02	De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	29	6 %	11	4 %	1	2 %	41	5 %
D03	Teamwerk binnen afdelingen	15	3 %	1	0 %	8	13 %	24	3 %
D04	Openheid naar communicatie	22	4 %	2	1 %	0	0 %	24	3 %
D05	Feedback en communicatie over veiligheid	48	10 %	43	14 %	10	16 %	101	12 %
D06	Niet-bestaaffende respons op fouten	36	7 %	18	6 %	2	3 %	56	7 %
D07	Bestaffing	33	7 %	31	10 %	0	0 %	64	7 %
D08	Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid	27	5 %	12	4 %	0	0 %	39	5 %
D09	Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen	29	6 %	48	16 %	18	28 %	95	11 %
D10	Overdracht en transfer	127	25 %	83	28 %	18	28 %	228	26 %
O01	Globale perceptie over veiligheid	24	5 %	18	6 %	2	3 %	44	5 %
O02	Frequente van 'event'-rapportering	93	19 %	25	8 %	5	8 %	123	14 %
Totaal		500	100 %	297	100 %	64	100 %	861	100 %

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

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

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

