ZORGWIJZER

Magazine | November 2012

31

Speciale editie Q&S

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 4 nr. 31 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Antwerpen X Mass Post | P 902010

ICURO
OPEN EN SAMEN VOOR KWALITEIT

zorgnet
VLAANDEREN

Inhoud 31

colofon

Zorgwijzer is het magazine
van Zorgnet Vlaanderen.
Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.
ISSN 2034 - 211 x

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Filip Decruynaere, Lieve Dhaene,
Johan Hellings, Vera De Troyer,
Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Peter De Schryver,
Patrick Holderbeke, Jan Locus,
Johan Martens, Mine Dalemans

© Zorgnet Vlaanderen
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer
verschijnt in de week van van 17 december.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of een adreswijziging door te geven, contacteer dan Chris Teugels, ct@zorgnetvlaanderen.be.

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer Els De Smedt, tel. 09-363 02 44, eds@zorgnetvlaanderen.be.

03 Editoriaal
04 Korte berichten
06 Johan Hellings en Vera De Troyer: “Steeds beter worden”
10 Minister Jo Vandeurzen: “Goede communicatie maakt deel uit van goed bestuur”
12 Dirk Ramaekers: “Transparantie vraagt nuance”
14 Haalbare en gevalideerde indicatoren beste garantie
17 Ilse Weeghmans: “Patiënten hebben recht op goede informatie”
18 Nieuw toezichtmodel sluit aan bij accreditatie en indicatoren
20 Dr. Frank Weekers: “Kwaliteit is een proces van lange adem”
22 Best practices – ziekenhuizen wisselen ervaringen uit
26 Onderzoek naar kwaliteit en patiëntveiligheid
28 Patrick Cokelaere: “Ook ggz maakt zich op voor indicatoren en accreditatie”
30 Externe communicatie – ziekenhuiskoepels nemen het initiatief

Doorbraak

editoriaal

De gezondheidszorg in Vlaanderen staat op een keerpunt. De ziekenhuizen nemen zelf het initiatief om hun kwaliteitsbeleid op een totaal nieuwe leest te schoeien. Ze doen dat in nauw overleg met de overheid, de hoofdartsen, de diverse beroepsverenigingen, het Vlaams patiëntenplatform, de ziekenfondsen en tal van andere experten. De lat voor kwaliteit en patiëntveiligheid wordt hoog gelegd.

De brede samenwerking en de bereikte consensus resulteren niet in een slap compromis. Integendeel. Het nieuwe model komt tegemoet aan internationale, gevalideerde *evidence based* standaarden. Drie pijlers zorgen voor een stevige verankering en een ruime dekking: een eerste indicatorenset, een ziekenhuisbrede accreditatie en een afgestemd toezichtmodel. U leest er alles over in dit themanummer van *Zorgwijzer*.

Tegelijk met de doorbraak op het gebied van kwaliteitsbeleid, is een andere doorbraak gerealiseerd. Nooit eerder werkten ziekenhuizen, hoofdartsen, beroepsverenigingen, ziekenfondsen, de Vlaamse overheid (het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Agentschap Zorginspectie), patiëntenverenigingen en de koepelorganisaties ICURO en Zorgnet Vlaanderen zo nauw en zo constructief samen. Het toont aan dat de zorgsector wel degelijk zijn verantwoordelijkheid neemt en samenwerkt om de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt op een aantoonbare manier steeds beter te maken.

Op een aantoonbare manier, inderdaad. Ziekenhuizen doen al jaren grote inspanningen om kwalitatief hoogstaande zorg te bieden, maar voortaan worden de resultaten van die inspanningen op een eenvormige manier gemeten, gecontroleerd en in kaart gebracht. Hierdoor krijgen de ziekenhuizen feedback over hun eigen werking en prestaties zodat ze verder kunnen verbeteren. Het zal daarnaast ook toelaten om op een transparante en correcte manier een zicht te geven op de kwaliteit en de patiëntveiligheid in de algemene ziekenhuizen. Een soortgelijk initiatief is inmiddels ook in uitwerking in de geestelijke gezondheidszorg. Het is geen gemakkelijke, maar wel een noodzakelijke weg.

Niemand heeft belang bij ongenuanceerde, uit hun context gehaalde of sensatiegerichte artikels of ranglijstjes in de media. Zeker de patiënt niet. Waar de patiënt wel belang bij heeft, en ook recht op heeft, is duidelijke en verstaanbare informatie die hem toelaat om de juiste keuzes te maken.

Ziekenhuisaccreditatie nastreven en het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren zijn stevige uitdagingen, maar we willen er voluit voor gaan. De weg die we tot op vandaag konden afleggen was daarbij erg bemoedigend en we zijn veel actoren dank verschuldigd voor hun actieve medewerking en ondersteuning. ICURO en Zorgnet Vlaanderen zullen deze beloftevolle ontwikkelingen met prioriteit blijven ondersteunen. Het zijn immers belangrijke stappen voor het duurzaam ontwikkelen van kwaliteitsvolle zorg in de ziekenhuizen.

Johan Hellings
afgevaardigd bestuurder
ICURO

Peter Degadt
afgevaardigd bestuurder
Zorgnet Vlaanderen

Datum:
30 november 2012
van 9.00 tot 17.00 uur

Locatie:
Diamant Brussels Conference & Business Centre
A. Reyerslaan 80 - 1030 Brussel

Studiedag 30 november 2012
Werken met kwaliteitsindicatoren van theorie naar praktijk

Afgelopen jaar hebben hoofdartsen, professionals, de Vlaamse overheid, het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven en tal van andere actoren op een constructieve manier samengewerkt voor het ontwikkelen van relevante proces- en outcome-indicatoren om de kwaliteit van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen te objectiveren.
Dat heeft geresulteerd in de ontwikkeling van een Vlaams Indicatorenproject in samenwerking met tal van partners. Dankzij deze goede samenwerking kon een eerste indicatorenset ontwikkeld worden die tijdens deze studiedag wordt voorgesteld.

Deze set is een eerste stap op weg naar een verdere verbreding binnen de ziekenhuiswerking. Er wordt nog hard gewerkt aan de validatie en de technische modaliteiten, maar met deze kwaliteitsindicatoren krijgen ziekenhuisdiensten en ziekenhuizen feedback over hun eigen prestaties, mede gekaderd in de prestaties van andere ziekenhuizen. Zo kunnen inzichten aangereikt worden om mogelijke verbeterpunten te ontwikkelen en de kwaliteit verder te optimaliseren. Kwaliteitsindicatoren worden daardoor belangrijk voor de praktijk op de werkvloer, meteen ook de rode draad van de studiedag.
Met deze indicatoren willen wij in de loop van 2013 ook een eerste stap zetten in het transparant maken van de resultaten van de ziekenhuiswerking. Zo komen wij eveneens tegemoet aan de maatschappelijke verwachtingen.

Er zijn dus vele redenen waarom u niet mag ontbreken op deze studiedag.

U kunt zich vóór 19 november 2012 inschrijven via greta.vanderveurst@icuro.be of via de volgende link:
http://icuro.be/activiteiten/inschrijving-symposium-30-november-2012.html.
Accreditering voor artsen wordt aangevraagd.

Deelname in de kosten bedraagt voor alle instanties betrokken bij het initiatief 125 euro. Andere geïnteresseerden betalen 175 euro.

Het inschrijvingsgeld dient te worden gestort op het bankrekeningnummer 786-5889971-18 (Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel) met de vermelding 'Werken met kwaliteitsindicatoren 30 november 2012', gevolgd door uw naam en organisatie.

Programma

VOORMIDDAG

Welkomstwoord en introductie
dr. H. Van Dijck (Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren) en J. Hellings (ICURO en UHasselt)

Context en samenhang van de Q-ontwikkelingen in Vlaanderen
V. De Troyer (ICURO)

Het Vlaamse Quality Indicatorproject: waar staan wij – release van de indicatoren
prof. dr. D. Ramaekers (Ziekenhuisnetwerk Antwerpen en KU Leuven)

Plaats en rol van de TTP in het kader van gegevensbeheer, gegevensindeling en gericht gebruik door de overheid
D. De Wachter (Vlaamse overheid en Trusted Third Party)

Intern aan de slag met indicatoren: wetenschappelijke inzichten over de *'do's-and-don'ts'*
dr. K. Vanhaecht (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven)

Mogelijkheid tot vraagstelling en interactie

Koffiepauze

Kwaliteitsindicatoren & IZ AZ Sint-Blasius Dendermonde
dr. W. Swinnen (AZ Sint-Blasius Dendermonde)

Prospectieve registratie van laparoscopische verwikkelingen in de gynaecologie
dr. J. Bosteels (Imeldaziekenhuis Bonheiden en Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie)
Van *balanced scorecard* naar kwaliteitsmuur: cijfermatige opvolging strategie op elk niveau binnen de organisatie
T. Coolen (az groeninge Kortrijk)

De rol van de bestuurder in het werken met indicatoren
W. Descamps (Jessa Ziekenhuis Hasselt en ICURO)

Mogelijkheid tot vraagstelling en interactie

Middagpauze

NAMIDDAG

Externe transparantie: bedreiging of opportuniteit
F. Lippens (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en Sint-Vincentius-ziekenhuis Deinze)

Transparantie van kwaliteitsgegevens: voor iedereen!
I. Weeghmans
(Vlaams Patiëntenplatform vzw)

Visie van de overheid/minister
minister J. Vandeurzen

Mogelijkheid tot vraagstelling en interactie

Koffiepauze en persconferentie

Panelgesprek
- moderator: prof. dr. D. Ramaekers (voorzitter Quality Indicatorproject)
- dr. B. Catry (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)
- B. Claes (Vlaamse Verpleegunie)
- A. Doms (Agentschap Zorg en Gezondheid Vlaamse overheid)
- M. Justaert (Intermutualistisch College)
- prof. dr. H. Nys (AZ Nikolaas Sint-Niklaas)
- I. Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform vzw)
- dr. F. Weekers (Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en Jessa Ziekenhuis Hasselt)

Together we care

Congres Vlaamse ziekenhuizen 2013

Vlaamse ziekenhuizen: *Quo vadis*? Dat is de hamvraag die Zorgnet Vlaanderen wil beantwoorden op het congres van en voor de Vlaamse ziekenhuizen. Wat willen en kunnen de ziekenhuizen betekenen voor de patiënt van morgen?
Alle zorgactoren zijn het stilaan met elkaar eens: onze gezondheidszorg is toe aan een fundamentele hervorming. De uitdagingen zijn enorm, de middelen en mensen schaars. Willen we de goede elementen in ons zorgsysteem behouden, dan moeten we het herdenken.
De kernboodschap is duidelijk: de zorg van de toekomst plaatst de patiënt centraal. Zijn noden zijn het vertrekpunt; zorgverleners werken samen in multidisciplinaire teams en over de muren van het ziekenhuis heen. De ziekenhuizen zijn een schakel in een keten van zorg.
Samen met u willen we nadenken over de manier waarop we deze uitgangspunten in de zorg kunnen vormgeven in een toekomstgericht gezondheids- en ziekenhuisbeleid. We kijken daarbij bewust ook over de grenzen en formuleren aanbevelingen voor het beleid.

Mis dit belangrijk forum niet en prik alvast de datum in je agenda: 30 en 31 maart, Handelsbeurs Gent. Meer informatie en een gedetailleerd programma volgen later.

Together we care!

FIX THE DATE
30 & 31 MEI 2013
HANDELSBEURS
GENT

zorgnet VLAANDEREN

Of u het nu leuk vindt of niet, sociale media zijn in opmars. Ook in de zorgsector. Deze nieuwe manier van communiceren biedt dan ook tal van mogelijkheden naar de binding met uw patiënt of bewoner, het aanwerven en houden van personeel, de perceptie van uw organisatie, het transparant maken van uw werking... en nog zoveel meer.

Facebook, Twitter en LinkedIn klinken dan ongetwijfeld bekend in de oren, voelt u zich al echt vertrouwd met deze sociale netwerksites en benut u hun volle mogelijkheden?
Zorgnet Vlaanderen wil u alvast op weg helpen en organiseert daartoe een studiedag op 12 maart 2013.

Uw ervaren gidsen zijn:

- Steven Van Belleghem (B-Conversational, Vlerick Leuven Gent Management School):
  Auteur van *The Conversation Manager en The Conversation Company*: Hoe gaat u om met social media binnen uw organisatie om en hoe maakt u van elke medewerker een ambassadeur van uw organisatie?
- Lucien Engelen (UMC Sint-Radboud in Nijmegen):
  Expert op het gebied van zorg 2.0 en directeur van het door hem opgerichte Radboud REshape & Innovation Centre, verbonden aan het UMC Sint Radboud. In dit centrum worden de trends gevolgd en vertaald naar de zorgpraktijk.
- Lieven Van Nieuwenhuyze (Ehsal Management School):
  Docent en autoriteit in online recrutering en *social media marketing* in de zorg

Daarnaast krijgt u een aantal inspirerende praktijkvoorbeelden uit eigen land, waarna we eindige n met een pittig debat.
Iedereen uit de brede zorgsector (ziekenhuizen, ouderenzorg, voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg...) met interesse voor sociale media is welkom!

Noteer alvast 12 maart in uw agenda, programma en inschrijvingsmogelijkheden volgen binnenkort.

Kwaliteit

Johan Hellings en Vera De Troyer: "Het draagvlak voor dit nieuwe kwaliteitsmodel in de sector is erg groot. Bovendien past het in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, niet alleen in ons land, maar wereldwijd."

"Steeds beter worden op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid"

Op 30 november wordt op een studiedag in Brussel de basisindicatorenset van het Vlaamse indicatorenproject voorgesteld. Samen met de ziekenhuisaccreditatie en het vernieuwde toezichtmodel van de Vlaamse overheid vormen de indicatoren de drie pijlers in de proactieve kwaliteitszorg die de ziekenhuiskoepels vooropstellen. Ziekenhuizen kunnen vrijwillig instappen in het indicatorenprojet en ze doen dat ook massaal. "Dit is geen verhaal van ICURO of Zorgnet Vlaanderen alleen, maar van een hele beweging van mensen die bezorgd zijn om de kwaliteit van de zorg", stelt afgevaardigd bestuurder van ICURO, Johan Hellings.

Johan Hellings: 2013 wordt een sleutel-jaar op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. In 2011 startten we met de voorbereiding, dit jaar hebben we de eerste indicatorenset uitgewerkt en gevalideerd, en volgend jaar krijgen de ziekenhuizen de eerste feedback aan de hand van deze indicatoren. Op dat ogenblik zal ook de communicatie over de kwaliteit in de ziekenhuizen de nodige aandacht vragen. Belangrijk is om het hele verhaal te zien. We werken aan een boom met drie takken: de indicatorenwerking, de accreditatie en het toezichtmodel. Die drie takken vormen samen een geïntegreerd kwaliteitsmodel.

Vera De Troyer (stafmedewerker *Quality & Safety*): De accreditatietrein staat ondertussen op de goede sporen. Via een accreditatieproces laten ziekenhuizen zich door een externe, onafhankelijke partij doorlichten. Er wordt daarbij vooral gekeken of het ziekenhuis aan internationale normen en *evidence based* standaarden voldoet. Aan de accreditatie is een label verbonden, waarmee het ziekenhuis zich kan profileren. Maar veel belangrijker is de kans die accreditatie biedt om verbeteringen te implementeren en te borgen. Ziekenhuizen maken zelf de keuze of zij een voorbereidingstraject willen starten. Om dit proces te ondersteunen, is in de ziekenhuiskoepels een werkgroep 'Ziekenhuisaccreditatie' opgestart. Zowel private, openbare als universitaire ziekenhuizen participeren daaraan, vanop één gezamenlijk platform. Dat is op zich al een grote stap vooruit.

Een tweede element is het nieuwe toezichtmodel van de overheid. Het huidige visitatiemodel verdwijnt. In de plaats komt er een systeemtoezicht en een nalevingstoezicht. Het systeemtoezicht kijkt naar de wijze waarop de zorg georganiseerd is en of dit voldoende kwaliteitsborgende garanties biedt. Bijvoorbeeld: op welke manier worden patiënten geïdentificeerd? In een nalevingstoezicht gaat men aftoetsen of de procedures ook werken. Bijvoorbeeld: via een steekproef kan men nagaan hoeveel patiënten een correct identificatie-armbandje dragen. In dit nieuwe model wordt rekening gehouden met een eventueel accreditatieproces. Ziekenhuizen die tegen eind november 2012 voor een accreditatieproces gekozen hebben, worden vrijgesteld van het systeemtoezicht en krijgen alleen nog jaarlijks een nalevingstoezicht. Dat nalevingstoezicht focust elk jaar op een bepaald traject en niet meer op het hele ziekenhuis. Zo wordt in 2013 het chirurgisch traject onder de loep genomen. De overheid zal vanaf 2014 de resultaten van de nalevingstoezichten publiek maken op een website.

Het derde element is de indicatorenwerking. Door concrete elementen te meten en te toetsen op kwaliteit, kunnen in de ziekenhuizen verbeteracties gepland en opgevolgd worden. Tegelijk kunnen die indicatoren en de verbeteracties aangewend worden om zich publiek te verantwoorden over de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis.

Dat klinkt heel ambitieus, maar blijkbaar is de tijd er rijp voor?

Johan Hellings: Het draagvlak voor dit nieuwe kwaliteitsmodel in de sector is erg groot. Bovendien past het in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, niet alleen in ons land, maar wereldwijd. Er is een dubbele focus: intern door met alle professionals te werken aan de best mogelijke kwaliteit van zorgen en extern door transparant toelichting te geven aan de gemeenschap. We willen de kwaliteit van onze zorgverlening zo goed mogelijk meten, ook al is dat niet gemakkelijk, en op eigen initiatief met de resultaten naar buiten komen. Wij hebben op dat vlak een achterstand tegenover andere landen. Er zijn vele sterke punten in onze ziekenhuiszorg, maar we kunnen nog beter. Zo vierden we onlangs het tienjarig bestaan van de Wet op de Patiëntenrechten, maar we moeten vaststellen dat we op dat vlak nog een weg af te leggen hebben.

Ook op Europees vlak beweegt er een en ander. Meer en meer is er sprake van Europese standaarden en kwaliteitsnormen waarop elke patiënt recht heeft. Ook de ziekenhuizen, de artsen en de andere professionals scharen zich hierachter. Want uiteindelijk willen we voor onszelf en voor onze naasten ook die zorg van hoge kwaliteit waarom de maatschappij terecht vraagt. De ziekenhuizen en de artsen willen hieraan meewerken vanuit een cultuur gebaseerd op proactiviteit, integratie en transparantie.

Het Vlaams regeerakkoord sluit hierbij perfect aan. Minister Jo Vandeurzen kent de sector goed en hij weet dat de koepelorganisaties vragende partij zijn voor een beleid dat meer focust op kwaliteit. Hij heeft mee deze vernieuwingen op het spoor gezet. We zitten ook op één lijn met de medewerkers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en van het Agentschap Zorginspectie. Alle neuzen staan in dezelfde richting, er is veel positieve wil om deze ingrijpende verandering samen te realiseren.

De indicatorenset die eind november wordt voorgesteld, is het resultaat van een breed overleg?

Vera De Troyer: Het initiatief komt in origine van de ziekenhuiskoepels ICURO en Zorgnet Vlaanderen, van de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en van de Vlaamse overheid. Ook het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven heeft zich van meet af aan aangesloten, net als diverse beroepsverenigingen, de ziekenfondsen en het Vlaams Patiëntenplatform (VPP). Al deze partners hebben een protocol met een aantal doelstellingen en verwachtingen onderschreven. Daarenboven stemmen we informeel ook voortdurend af met de federale overheid. Het is immers belangrijk dat we op alle niveaus in één verhaal zitten en dat de organisatie van de zorg en het kwaliteitsbeleid goed op elkaar zijn afgestemd.

Johan Hellings: Tot vandaag maakt de federale overheid de wetten en moet de Vlaamse overheid die deze wetten doen naleven via de erkenning en de inspectie. Met de staatshervorming wordt kwaliteitszorg overgeheveld naar het Vlaamse niveau. Helaas komen kwaliteit en patiëntveiligheid nog te weinig expliciet aan bod in onze wet- en regelgeving en in de financiering. Op de een of andere manier zal ook het accreditatie- en indicatorenverhaal daarin een plaats moeten krijgen. Wij lopen vanuit het werkveld wat voorop vandaag, maar de vertaling naar het beleid op alle niveaus zal moeten volgen. Er is inzake integrale kwaliteit van de ziekenhuiszorg vorig jaar een advies uitgewerkt door de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Met de ziekenhuiskoepels willen we in de komende jaren actief werken om de principes in dat advies, stapsgewijs te realiseren. We hopen dat ze ook vertaald kunnen worden in aangepaste wet- en regelgeving en nieuwe financieringsmodellen.

De patiënt moet centraal staan in elk kwaliteitsbeleid. Hoe hebben jullie daarover gewaakt?

Johan Hellings: *'Patient involvement'* is een expliciete kwaliteitsoptie, maar we moeten dat concretiseren. De patiënt is niet langer alleen de ontvanger van zorg, neen, hij stuurt de zorg mee aan en zal steeds meer zijn eigen doelen gaan bepalen. De patiënt is vragende partij voor een duidelijk en transparant kwaliteitsbeleid. We werken dan ook actief samen met het Vlaams Patiëntenplatform.

Vera De Troyer: In de indicatorenset zijn niet alleen klinische indicatoren opgenomen, maar ook service-indicatoren. Die laatste geven aan hoe de patiënt 'kwaliteitsvolle zorg' percipieert en definieert. Samen met de patiëntenverenigingen heeft het Vlaams Patiëntenplatform onderzocht welke service-elementen belangrijk zijn voor een patiënt. Traditioneel gaan we ervan uit dat de patiënt veel belang hecht aan de kwaliteit van de maaltijden en aan het onthaal. Maar uit het onderzoek van het VPP blijken het contact met de zorgverlener, de bejegening, het krijgen van correcte informatie en het feit dat er tijd voor hem gemaakt wordt, veel zwaarder door te wegen in het oordeel van een patiënt. Op die manier zijn we tot een aantal indicatoren gekomen die vertrekken vanuit de ervaringen en de beleving van de patiënt.

Johan Hellings: Het mooie is dat door het samenwerkingsplatform dat vandaag gegroeid is, onmiddellijk 19 ziekenhuizen bereid waren om dit instrument te testen. Vanaf 2013 zullen ziekenhuizen op een gestandaardiseerde manier hun patiënten kunnen bevragen en op basis van die feedback verbeteracties uitwerken. Ze gaan ook kunnen leren van elkaar. Want daar gaat het tenslotte altijd om: steeds beter worden op het gebied van kwaliteit, service en patiëntveiligheid.

Vera De Troyer: Door met zoveel partners en ziekenhuizen in dit nieuwe concept te stappen, versterken we elkaar voortdurend. We kunnen veel van elkaar leren. Neem bijvoorbeeld de indicatoren over patiëntenidentificatie en handhygiene. Elk deelnemend ziekenhuis zal deze indicatoren op dezelfde manier meten, maar zichzelf ook laten toetsen door collega's uit andere ziekenhuizen. Zo gaan deskundigen van ziekenhuizen A en B op bezoek bij ziekenhuis C en deskundigen van ziekenhuizen B en C op inspectie in ziekenhuis A. Het vergt natuurlijk een zekere tijdsinvestering, maar het is bijzonder leerrijk. Deze manier van samenwerken wekt vertrouwen en effent het pad voor een verdere bundeling van krachten.

De registratielast in ziekenhuizen ligt al heel hoog. Is daarmee rekening gehouden bij het samenstellen van de indicatorenset?

Vera De Troyer: De indicatoren steunen inderdaad op metingen en registraties, maar waar mogelijk maken we gebruik van bestaande gegevens. Zo beschikken onder meer de ziekenfondsen over een schat aan informatie, bijvoorbeeld over heropnamen. Voor oncologie kunnen we een beroep doen op gegevens uit de kankerregistratie. Andere gegevens moeten wel gemeten worden door de ziekenhuizen: handhygiëne, patiëntentevredenheid, patiëntenidentificatie... Vaak gebeurt dat echter vandaag al, zij het niet altijd op een eenvormige manier. Het aantal nieuwe registraties is tot een absoluut minimum beperkt.

Wat gebeurt er concreet met de gegevens die de ziekenhuizen, de ziekenfondsen en andere instanties aanleveren?

Johan Hellings: Een externe partij, een zogenaamde *'Trusted Third Party'* (TTP), zal deze gegevens beheren. Uiteraard met respect voor de privacy. Deze TTP zal de gegevens verwerken en feedback geven aan de deelnemende ziekenhuizen en hun hoofdartsen. De kosten voor deze TTP neemt de Vlaamse overheid op zich en de afspraken over de werking van deze TTP en de toegankelijkheid van de data werden vastgelegd in een protocol.

Wij hebben het tot nu alleen over de algemene ziekenhuizen gehad. Hoe zit het met de geestelijke gezondheidszorg?

Johan Hellings: De sector van de geestelijke gezondheidszorg is vragende partij voor een soortgelijk concept, maar met een spe-

cifieke inhoudelijke benadering. Hiervoor zullen we een aparte dynamiek moeten ontwikkelen, met andere stakeholders en vanuit andere zorgmodellen. De sector ggz is heel divers, met onder meer psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

Op termijn moeten we streven naar een meer geïntegreerd zorgsysteem, waarin somatische en geestelijke gezondheidszorg harmonieus gekaderd worden. Belangrijk voor de patiënt is dat alle stappen in zijn zorgtraject (bij de huisarts, het ziekenhuis, de thuiszorg...) goed op elkaar afgestemd zijn. Het belang van een goede handhygiëne houdt niet op bij de uitgang van een ziekenhuis, net zoals geneesmiddelenvoorschriften in elke fase van een zorgtraject in orde moeten zijn.
Je ziet in alle sectoren dezelfde bouwstenen terugkeren: een geïntegreerd concept met accreditatie gekoppeld aan kwaliteitsindicatoren en met een afgestemd toezichtmodel.

De media staat al een tijdje te dringen om te kunnen uitpakken met kwaliteitsgegevens over de ziekenhuizen. Hoe kijkt u daar tegenaan?
Johan Hellings: Belangrijk voor ons is dat de media het kwaliteitsverhaal brengt in zijn juiste context en met de nodige nuances. Dat is niet gemakkelijk, maar wij hebben er als sector alle belang bij om open en transparant te communiceren. We investeren daarom in het geven van context en duiding, zodat de media hun rol op gefundeerde en gezond-kritische wijze kunnen spelen. De ziekenhuisrapporten die tot nu toe verschenen, waren in die zin een beetje een gemiste kans omdat de context – bijvoorbeeld de verouderde wet- en regelgeving – waarin ziekenhuizen vandaag werken, nauwelijks aan bod is gekomen. Uitspraken riskeren daardoor uit hun context te worden gelicht, gegevens worden slecht gekaderd en cijfers worden uitvergroot...

Om maar één voorbeeld te geven: onlangs berichtte de pers dat er in ons land relatief veel sterfgevallen zijn in het operatiekwartier. Met zo'n berichtgeving suggereer je dat de kwaliteit in onze operatiezalen minder goed zou zijn. Maar dat mag je niet zomaar besluiten. In Nederland bijvoorbeeld krijgen mensen vanaf een bepaalde leeftijd geen nieuwe heup meer, omdat zo een operatie te veel risico's zou inhouden bij die leeftijdsgroep. Bij ons kan het wel nog. Dat werpt een totaal ander licht op de berichtgeving. Van slecht gekaderde of sensatiegerichte informatie wordt niemand beter, zeker de patiënt niet. Gezondheidszorg is en blijft complex, maar we moeten dat op

goed onderbouwde wijze trachten te verzoenen met transparantie. Daarom is het zo krachtig als de ziekenhuizen zelf hun kwaliteitsgegevens openbaar maken, met een goede, correcte en verstaanbare duiding. De eerste stap in 2013 zal nog niet perfect zijn, maar het is een belangrijke eerste stap.

De voorbije maanden is flink gewerkt aan de eerste indicatorenset voor de ziekenhuizen. Hiervoor werd een breed forum opgericht met vijf ontwikkelingsgroepen. Johan Hellings vertelt hoe het nu verder moet.

"Internationaal is al heel wat gepubliceerd over indicatoren. We wisten bovendien allemaal goed waar we naartoe wilden. Van bij het begin hebben we gekozen om met een open vizier zo veel mogelijk partners te betrekken. Prof. dr. Dirk Ramaekers is aangezocht om voorzitter te worden van het forum voor het indicatorenproject. Hij leidt en inspireert deze werking op voortreffelijke wijze. Daarnaast zijn vijf thematische ontwikkelingsgroepen geïnstalleerd: moeder en kind, cardiologie, orthopedie, oncologie en ziekenhuisbrede indicatoren."

"Elke ontwikkelingsgroep wordt voorgezeten door een arts, die als voortrekker fungeert. Ook de diverse beroepsverenigingen van artsen zijn vertegenwoordigd in de ontwikkelingsgroepen, evenals het Vlaams Patiëntenplatform, de ziekenfondsen, de Vlaamse Verpleegunie enzovoort. Op die manier is een positieve dynamiek in gang gebracht, die tegelijk een groot draagvlak garandeert. Al bij al is dit een eenvoudig concept, maar het werkt."

"We leggen de lat hoog met de indicatorenwerking, de accreditatie en het nieuwe toezichtmodel. Toch willen ziekenhuizen daar voluit voor gaan. Dat verdient respect. We zullen deze werking blijven inspireren en verder inbedden in de praktijk. ICURO is lid van ISQua, de International Society for Quality in Healthcare, een organisatie die controle uitoefent op de accrediterende organisaties zoals NIAZ en JCI. Op die wijze kunnen we de internationale ontwikkelingen goed volgen."

Beleid

“Goede communicatie maakt deel uit van goed bestuur”

In het Vlaams regeerakkoord en in zijn beleidsbrief legde Vlaams minister Jo Vandeurzen enkele jaren geleden al de basis voor een nieuw kwaliteitsbeleid voor de ziekenhuizen. Sleutelbegrippen waren meetbare kwaliteit, accreditatie en een afgestemd toezichtbeleid. In overleg met alle stakeholders is ondertussen veel werk verzet. Alles lijkt klaar voor een belangrijke stap voorwaarts. Beantwoordt het resultaat aan wat hij voor ogen had?

Minister Jo Vandeurzen: Wat zich vandaag ontwikkelt met de indicatorenset, de accreditering en het nieuwe toezichtmodel, is absoluut wat ik ervan verwachtte. Wie vijf jaar geleden had voorspeld dat alle stakeholders in overleg tot dit resultaat zouden komen, zou op ongeloof onthaald zijn. Maar vandaag is het zover. Het is een hele mooie beweging die past in de ambitie van Flanders’ Care om de kwaliteitstoets in onze gezondheidszorg op een internationaal niveau te brengen, zodat ook een internationale benchmark mogelijk wordt.

Tegelijk met dit kwaliteitsbeleid wordt de overheveling van nieuwe bevoegdheden naar de gemeenschappen voorbereid. Hoe verhouden die twee verhalen zich tegenover elkaar?

De Vlaamse regering wil tegen midden volgend jaar een groenboek maken over de opties in de overheveling van nieuwe bevoegdheden. In dat groenboek zullen we ook de pistes onderzoeken voor de overheveling van de normeringsbevoegdheid en van het investeringsbeleid van de ziekenhuizen. Dat biedt zeker opportuniteiten, al beseft iedereen dat zolang het financieringssysteem federaal blijft, het zoeken wordt naar de precieze mogelijkheden. Hoe dan ook, met het kwaliteitsbeleid dat we nu samen met de stakeholders voorbereiden, is de toon gezet. We zitten hiermee op één lijn met waar Europa op aanstuurt. Wat we nu nodig hebben, is continuïteit van het beleid, ook op het gebied van rechtszekerheid en investeringsbudgetten. We mogen vanaf dag één van de overheveling van bevoegdheden geen totaal nieuw beleid voeren. We moeten eerst en vooral de transferts goed regelen.

Minister Jo Vandeurzen: "Wij hebben ervoor gekozen om de ziekenhuizen zo weinig mogelijk van bovenaf op te leggen. De sector moet er zelf achter staan. Het werken met de indicatoren of de keuze voor accreditering gebeurt op vrijwillige basis."

Vrijwillig

Ook het Vlaams Patiëntenplatform is partner in de nieuwe kwaliteitsbenadering. Hoe ziet u de opdracht van het VPP?

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) als koepel van de patiëntenverenigingen te ondersteunen. Het VPP heeft de belangrijke opdracht om de patiënt een stem te geven in dit debat. Ik zie dat het VPP mooi werk levert en door de andere stakeholders gerespecteerd wordt. In de indicatorenset zal, mede op aansturen van het VPP, onder meer gepeild worden naar de beleving van de patiënt. Wij willen een soortgelijke indicator vanaf januari trouwens ook invoeren bij de woonzorgcentra, waar die subjectieve beleving zo mogelijk nog belangrijker is.

Tegen volgende zomer wordt de eerste feedback op de indicatoren aan de deelnemende ziekenhuizen bezorgd. Het is dan aan de ziekenhuizen zelf om daarover al dan niet te communiceren. Hoe belangrijk is een open communicatie voor u?

Wij hebben ervoor gekozen om de ziekenhuizen zo weinig mogelijk van bovenaf op te leggen. De sector moet er zelf achter staan. Het werken met de indicatoren of de keuze voor accreditering gebeurt op vrijwillige basis. Hetzelfde geldt voor de communicatie. Maar de koepels, de ziekenhuizen en de hele sector beseffen dat het geen zin heeft om zich te verstoppen. Er is de wet op de openbaarheid van bestuur, die iedereen toelaat om inspectieverslagen op te vragen. De beste optie is om proactief te communiceren. Een goede communicatie maakt deel uit van een goed bestuur. Wie zelf het initiatief neemt, heeft bovendien de kans om alles correct te duiden. We hebben afgesproken om de inspectieverslagen helder en leesbaar op te stellen, zodat ze gebruikt kunnen worden in de communicatie.

Ook het toezichtmodel verandert. Kunnen we stellen dat we evolueren van een controlerende en bestraffende instantie naar een ondersteunende en coachende instantie?

De Zorginspectie inspecteert en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is onder meer verantwoordelijk voor de erkenningen. Dat zijn twee afzonderlijke entiteiten. Het is dus niet meteen de opdracht van de Zorginspectie om te coachen. We voeren geen hakbijlbeleid met de inspectie. Cruciaal in het nieuwe model is dat we het handhavingsbeleid meer gaan differentiëren. De basis blijft gelijk, maar ziekenhuizen die in een accreditatieproces stappen zullen tot minder rapportages verplicht zijn. Dat is niet meer dan fair, want een accreditatie is een serieuze oefening die het hele ziekenhuis mobiliseert.

De indicatorenset houdt een aantal nieuwe registraties in waarover de sector het eens is. Daartegenover staat dat er nog altijd heel wat registraties zijn waarvan de sector het nut niet inziet en waarover dikwijls ook geen afstemming is tussen de federale en de Vlaamse overheid.

Ik wil me hier niet verschuilen, maar een aantal van die registraties zit bij de federale overheid en bij het RIZIV. Ik steun Zorgnet Vlaanderen en ICURO in hun streven naar administratieve lastenverlaging. Waar het kan, moeten we die realiseren. Ik wil dit op de agenda zetten van een volgende Interministeriële Conferentie (IMC), als we het over kwaliteit en patiëntveiligheid zullen hebben. Ondertussen kan de sector altijd concrete voorstellen doen, wij gaan dat zeker onderzoeken.

Durven kiezen

De ziekenhuizen nemen nu mee het initiatief voor meer kwaliteitsmetingen en meer verantwoording. Maar hoe zit het met de privéklinieken?

We hebben zopas een belangrijke eerste stap gezet. Het decreet 'meldingsplicht risicovolle praktijken' is verschenen in het Staatsblad en in oktober worden alle artsen uitgenodigd om te melden op welke locaties ze actief zijn en welke handelingen ze verrichten. Dat gebeurt met een online-applicatie, die aan de hand van negen concrete vragen meteen ook informeert naar de initiatieven op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. Die vragen gaan onder meer over het toezicht, *informed consent*, urgenties, continuïteit en nazorg, de aansprakelijkheidsverzekering en of er een schriftelijke overeenkomst is met een ziekenhuis. Zo willen we deze sector in kaart brengen. Het decreet laat ook toe om de Zorginspectie op pad te sturen naar de privéklinieken in geval van klachten of incidenten. We gaan daar werk van maken.

Kwaliteit heeft ook te maken met 'minimumvolumes'. Hoe wil Vlaanderen in de toekomst omgaan met normen erkenningen?

Minimumvolumes zijn inderdaad nodig. Als we het breder bekijken, dan moeten we aanvaarden dat niet elk ziekenhuis alles moet aanbieden. De vergrijzende samenleving biedt trouwens nieuwe zorgnoden, er is een enorme evolutie, bijvoorbeeld op het gebied van de neurowetenschappen. Ziekenhuizen moeten strategische keuzes durven te maken voor hun regio, gebaseerd op de toekomstige noden. Ik ben geen voorstander van een dirigistische overheid. Ziekenhuizen hebben een eigen dynamiek en als artsen excelleren, dan mogen we die ontwikkelingen niet fnuiken met bureaucratische regels. De overheid moet uiteraard wel toezien op de kwaliteit, en dat gebeurt. De belangrijkste hefboom om een en ander in goede banen te leiden, blijft de financiering.

Welke verdere ontwikkelingen brengt de nabije toekomst op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid ?

We zijn dezelfde oefening aan het maken voor de woonzorgcentra. Ook voor de eerste lijn nemen we initiatieven, alsook voor de welzijnssector. De richting is duidelijk.

Dirk Ramaekers: "Transparantie vraagt om nuance en goede communicatie. Artsen en ziekenhuizen kunnen op dat gebied nog veel bijleren. Samen met het Vlaams Patiëntenplatform zoeken we een manier om op een begrijpelijke, genuanceerde en relevante manier te communiceren over wat we doen."

Indicatoren

"Transparantie vraagt om nuance en goede communicatie"

Dirk Ramaekers is voorzitter van het QIP-Forum dat de kwaliteitsindicatoren ontwikkelt. Een eerste basisset van indicatoren is ondertussen klaar voor validatie. "Maar het gaat niet zozeer om de cijfers die deze indicatoren zullen opleveren", zegt prof. dr. Ramaekers. "Wat telt, is wat een ziekenhuis hiermee doet. Het kwaliteitsbeleid, de verbetertrajecten, de opvolging: daar gaat het om."

In een vorig leven was prof. dr. Dirk Ramaekers de eerste directeur van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Nu is hij algemeen medisch directeur van het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) en ondervoorzitter van de Vlaamse Vereniging van Geneesheren. Hij is ook actief op beleidsniveau.

"Bij alles wat ik doe, gaat mijn aandacht naar kwaliteit en patiëntveiligheid", zegt prof. Ramaekers. "Het Forum van het QIP (*Quality Indicator Project*) komt niet uit de lucht gevallen. Er waait de laatste jaren een frisse wind in de sector. Beide ziekenhuiskoepels hebben het thema samen op de kaart gezet. In het verleden was dat minder uitgesproken. Dat heeft te maken met personen en met de tijdgeest. Als sector moeten wij ons verantwoorden tegenover de patiënt, de publieke opinie, de overheid en de sociale zekerheid. Dat is een gezamenlijke opdracht, waarin ook de hoofdarts van een ziekenhuis een belangrijke rol speelt. Er is de jongste

tien jaar een enorme professionalisering van het beroep van hoofdarts. Vroeger was dat iets wat een arts erbij deed, nu is het een volwaardige functie. Toen ik het idee voor het QIP-Forum toetste bij mijn collega-hoofdartsen, vond ik een enthousiaste bereidheid om hieraan mee te werken. Minister Vandeurzen heeft de ruimte gecreëerd op het ogenblik dat de tijd er rijp voor was. Dankzij het forum, waarin alle partijen vertegenwoordigd zijn – de artsen, de ziekenhuizen, de verpleegkundigen, de ziekenfondsen, de patiënten, de overheid – is er vertrouwen gegroeid. We schrijven samen aan een positief verhaal. We leveren goede zorg in Vlaanderen, daarvan ben ik overtuigd. Maar het kan altijd beter. Daarom introduceren we nu een nieuw instrument, de kwaliteitsindicatoren. Die zijn geen doel op zich, maar een middel om impact te hebben op de kwaliteit van onze zorg. Zitten de indicatoren goed, dan is dat een schouderklopje. Kunnen de indicatoren beter, dan vormen ze het begin van een verbetertraject."

Aan de slag

"We wilden op korte termijn een basisset van kwaliteitsindicatoren om mee te starten. Vier ontwikkelingsgroepen werken rond een pathologie: oncologie, cardiologie, orthopedie en moeder-kind. Een vijfde ontwikkelingsgroep richt zich op ziekenhuisbrede indicatoren. Elke ontwikkelingsgroep wordt geleid door een hoofdarts. Buitenlandse voorbeelden tonen dat indicatoren geen kans van slagen hebben zonder de medewerking van de artsen. Afgelopen zomer hebben we van de privacycommissie groen licht gekregen om bepaalde data te gebruiken. We kunnen nu echt aan de slag. Eerst gaan we de indicatoren valideren. Ziekenhuizen zullen hun data krijgen en kunnen dan feedback geven over de cijfers. Waar nodig volgen dan bijsturingen. Tegen de zomer van 2013 zouden we daarmee klaar moeten zijn. Het feit dat er bij de validatie van de eerste indicatoren onmiddellijk tientallen ziekenhuizen enthousiast meewerkten, is natuurlijk erg bemoedigend."

"Het bepalen van de indicatoren is een complexe zaak", vindt Dirk Ramaekers. "Neem bijvoorbeeld MRSA. In veel Nederlandse ziekenhuizen worden patienten met MRSA weleens geweigerd. In die ziekenhuizen kan men uiteraard MRSA beter onder controle houden. In Vlaanderen daarentegen hebben wij een zeer goede ziekenhuishygiëne, maar we gaan nooit patiënten weigeren. Bovendien komen in het ene ziekenhuis meer MRSA-patiënten binnen dan in het andere. Zelfs met een perfect beleid kan je dus veel MRSA-patiënten hebben. Het aantal MRSA-patiënten in een ziekenhuis is dan ook géén goede indicator. Wel een goede indicator is de handhygiëne, want met een goede handhygiëne voorkom je de verspreiding van MRSA."

"Een ander voorbeeld: is het een goed idee om simpelweg de mortaliteit bij hartchirurgie te meten? In Brooklyn was er in de jaren 1990 een gekend centrum voor hartchirurgie. Maar ze trokken meer risicopatiënten aan en hadden dus een significant hogere mortaliteit. Zelfs de beste chirurg zal in dat geval minder goede cijfers kunnen voorleggen dan een middelmatig chirurg met minder risicopatiënten. Dat is precies wat er in Brooklyn gebeurd is. Op basis van een verkeerde indicator heeft het centrum zijn deuren moeten sluiten en was er geen cardiochirurgie meer beschikbaar voor de patiënten in die regio. Totaal onterecht. Dat soort dingen moeten we vermijden. Het is de rol van het forum om samen met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen van artsen de nodige nuances aan te brengen, zodat we de juiste dingen meten."

Het hele plaatje

"De indicatorenset dient niet om een top 60 van de ziekenhuizen te maken. Ik zal me daartegen blijven verzetten, want dat is idioot. Indicatoren bieden belangrijke informatie voor de ziekenhuizen, voor de verwijzers en voor de patiënten. Maar je moet het hele plaatje bekijken. Het kwaliteitsbeleid, ziekenhuisaccreditering, de verbetertrajecten, de opvolging: daar gaat het om. Transparantie vraagt om nuance en goede communicatie. Artsen en ziekenhuizen kunnen op dat gebied nog veel bijleren. Samen met het Vlaams Patiëntenplatform zoeken we een manier om op een begrijpelijke, genuanceerde en relevante manier te communiceren over wat we doen. Sommige indicatoren zullen altijd complex blijven om uit te leggen aan het grote publiek. Dat moeten we dan ook durven zeggen zonder de indruk te geven dat we iets te verbergen hebben. Veel indicatoren bieden wel degelijk relevante informatie voor de patiënten. Die moeten we aangrijpen als een kans om goed te communiceren. Als we daar als sector niet in slagen, dan komt er onvermijdelijk toch een top 60. De commerciële media zijn er klaar voor. Dat zou bijzonder jammer zijn."

"De patiënt wordt mondiger. Hij leest en ziet dingen in de media. Soms is dat vervelend, als het gaat om halve waarheden of om kwakzalverij. Maar dat hoort erbij. Uiteindelijk willen de ziekenhuizen en de artsen allemaal tevreden patiënten. Geen enkel ziekenhuis heeft graag dat er iets foutloopt. De druk van de media is groot. Door de multidisciplinaire samenwerking zitten ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen wel veel meer op één lijn dan vroeger. Kwaliteit is nu een *joint effort*. Ook de poetsploeg en het keukenpersoneel moeten mee als we streven naar goede hygiëne! Net als de raad van bestuur. In de missie van elk ziekenhuis staat dat kwaliteitsvolle zorg belangrijk is. Die slogan moet vertaald worden in meetbare strategische doelstellingen, waar de raad van bestuur, de directie en de medische raad zich achter scharen. De kwaliteitsindicatoren zijn hiervoor een goed instrument."

"Er blijven nog een aantal valkuilen op onze weg", vertelt Dirk Ramaekers. "De set van indicatoren zal de komende jaren uitbreiden, maar het blijft altijd een beperkte keuze. Ziekenhuizen moeten breder kijken. Ook patiënten die niet onder een indicator vallen hebben recht op goede zorg. Een andere valkuil is Kafka: de indicatoren mogen geen grote bijkomende administratieve last vormen voor de ziekenhuizen. In de basisset zitten maar enkele nieuwe registraties trouwens. De rest is op basis van bestaande gegevens. Maar daarnaast moeten ziekenhuizen nog altijd veel registraties doen waarvan je het nut in vraag kunt stellen. De overheid moet die nutteloze registraties schrappen, want ze kosten tijd en geld en er gebeurt niets mee. We moeten ons concentreren op *need to have* en niet op *nice to have*. Een goede afstemming tussen Vlaanderen en het federale niveau is hiervoor noodzakelijk. Ook het overige overheidsbeleid moet gericht zijn op kwaliteitsbevordering. Dat houdt ook in dat je voor bepaalde pathologieën een minimumvolume nodig hebt. Een teveel aan hartcentra is nefast voor de kwaliteit, om maar één voorbeeld te geven. En wat met de privéklinieken die als paddenstoelen uit de grond schieten, aan *cherry-picking* doen en patiënten met complicaties zonder schroom naar de ziekenhuizen doorsturen? Welke inspectie krijgen die privéklinieken? Welke normen gelden daar? Ook daar moet de overheid verder werk van maken."

Indicatoren

Haalbare en gevalideerde indicatoren beste garantie voor kwaliteitsverbetering

Vlnr: Prof. Dr. Frank Rademaekers, Dr. Boudewijn Michielsens, Dr. Joost Baert, Prof. Dr. Dirk Raemakers, Prof. Dr. Renaat Peleman en Dr. Patrick Verbeeck

In het kwaliteitsindicatorenproject werden vijf ontwikkelingsgroepen opgericht: moeder en kind, cardiologie, oncologie, orthopedie en ziekenhuisbrede indicatoren. Elke groep heeft de opdracht om gevalideerde proces- en resultaatsindicatoren te selecteren en de haalbaarheid ervan te toetsen. Vóór de implementatie van een indicator, wordt dIe eerst voorgesteld op het indicatorenforum.

De leden van de ontwikkelingsgroepen werden geselecteerd op basis van klinische expertise, knowhow om klinische praktijkrichtlijnen en kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, methodologische expertise en/of ervaring in de verwerking, interpretatie en analyse van gegevens. Elke ontwikkelingsgroep wordt voorgezeten door een arts.

"Dit is een grote doorbraak"

Hoofdarts dr. Joost Baert van AZ Klina kan als voorzitter van de ontwikkelingsgroep orthopedie op heel wat ervaring terugvallen. "Kwaliteitscontrole en de monitoring van zorg liggen me na aan het hart.

Ik heb tijdens mijn opleiding ook in Nederland en in Canada gewerkt, waar werken met *outcome*-indicatoren is ingeburgerd. Wij lopen op dat vlak wat achterop. Hoofdartsen moeten hier mee het initiatief nemen, omdat toezicht op de kwaliteit van zorg en het medisch handelen ook hun verantwoordelijkheid zijn. Ook de Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen schaart zich achter die visie. Het is dan ook als hoofdarts dat ik de ontwikkelingsgroep orthopedie leid – ik ben zelf geen orthopedist.

De ontwikkelingsgroep is breed samengesteld met onder meer orthopedisten, vertegenwoordigers van de beroepsvereniging, ziekenfondsen, kwaliteitscoördinatoren, en de Vlaamse administratie. De vergaderingen verlopen heel constructief. We zijn vrij snel tot een basisset van indicatoren orthopedie gekomen. Er wordt veel tijd geïnvesteerd in enerzijds het proefdraaien en de validatie en in anderzijds de discussie over de *Trusted Third Party* die de gegevens zal moeten verwerken en de feedback zal bezorgen aan de ziekenhuizen en de hoofdartsen. Indicatoren zijn één ding, een objectieve en correcte interpretatie is minstens even belangrijk. De wijze van terugkoppeling en rapportering zijn van het grootste belang. Het "kwaliteitsproject" moet een constructief en breed gedragen project zijn. Door het terugkoppelen van *outcome*- en proces-indicatoren, zullen de artsen veel bewuster omgaan met de kwaliteit van hun geboden zorg. Dat is een goede evolutie, waar trouwens ook de meeste artsen volledig achter staan.

Het is de eerste keer dat de Vlaamse overheid en de administratie samen met de verzekeringsinstellingen en de beroepsverenigingen actief samenwerken aan zo een belangrijk project. Dit is een grote doorbraak. Bij elke indicator is er overleg geweest met de betrokken beroepsvereniging. De eerste basisset indicatoren wordt nu gevalideerd. Met de uniforme database die nu ontwikkeld zal worden, hopen we ook een snellere terugkoppeling te krijgen dan met de Minimale Klinische Gegevens (MKG) het geval is. De MKG-feedback loopt steevast minimaal drie jaar achter op de feiten. Het terugkoppelen van recente data is essentieel voor de zorgverstrekkers.

"Een positieve spiraal van verbetering"

Prof. dr. Frank Rademaekers, hoofdarts van het UZ Leuven, kijkt met genoegen terug op het werk in de ontwikkelingsgroep cardiologie. "Ik ben overtuigd van de noodzaak van kwaliteitsindicatoren. In België gaan we er te gemakkelijk vanuit dat onze kwaliteit van zorg goed is, maar objectieve gegevens ontbreken. Er is sowieso ruimte voor verbetering. Dat is meteen de belangrijkste drijfveer om met kwaliteitsindicatoren te werken. Ik beschouw de indicatoren in de eerste plaats als een interne kwestie voor de ziekenhuizen. Ze vestigen de aandacht op de kwaliteit en sporen artsen en medewerkers aan om erover te praten, verbetertrajecten uit te werken en te leren uit goede praktijkvoorbeelden bij collega's. Kwaliteitsindicatoren kunnen dus een positieve spiraal van verbetering in gang zetten. Het is belangrijk een goede mix van indicatoren te hebben, die gevalideerd zijn en aansluiten bij internationale richtlijnen.

In de ontwikkelingsgroep cardiologie hebben we ons eerst over het gecorrigeerd mortaliteitscijfer na myocardinfarct gebogen. Niet het cijfer op zich is belangrijk, maar wel wat je eruit kunt leren op ziekenhuisniveau. Zo is het interessant om de mortaliteitscijfers in de week te vergelijken met die in het weekend. Als er een verschil is, dan moeten daaruit lessen getrokken worden.

Wij hebben bewust gekozen voor indicatoren met internationale benchmarking en literatuur voorhanden. Soms zijn de doelstellingen heel simpel. Voor een patiënt myocardinfarct moet bij ontslag een betablokker klaarstaan: hierop moet 100% behaald worden, daarover is geen discussie mogelijk. Voor indicatoren met mortaliteitscijfers is de norm veel minder gemakkelijk vast te leggen.

Als de eerste feedback positief uitvalt, dan zal dat de ziekenhuizen een hart onder de riem steken. Daarna kunnen we de lat nog iets hoger leggen.

Communicatie over de indicatoren komt voor mij op de tweede plaats. Een goed overleg met het Vlaams Patiëntenplatform is nodig. Alle gegevens waaruit de patiënt iets kan leren, mogen wat mij betreft gerust vrijgegeven worden. Maar niet-relevante gegevens publiceren zou tot een nutteloos opbod onder ziekenhuizen kunnen leiden. Het is niet de bedoeling om elkaar de loef af te steken, maar wel om onze kwaliteit te verbeteren."

“Een mooie basis om op voort te werken”

Dr. Patrick Verbeeck is kinderarts en hoofdgeneesheer van ZNA Jan Palfijn, en leidt de ontwikkelingsgroep moeder en kind. “Wij hebben gestreefd naar kwaliteitsindicatoren die geen extra werk vergen voor artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers. Ziekenhuizen worden zo al overstelpt door registraties. Zowel voor de pediatrie als voor de gynaecologie hebben we geschikte indicatoren gezocht.

Aanvankelijk was het wat moeilijk om mensen te vinden die actief wilden deelnemen aan de vergaderingen. De meeste reacties krijg je pas als het werk goed opschiet. Dan schrikt plots iedereen wakker en ontstaat er een gevoel van bedreiging. We hebben dan ook veel tijd gestoken in overleg. We zijn op alle opmerkingen en suggesties ingegaan, zodat we een breed draagvlak hebben kunnen realiseren. Waar nodig hebben we aanpassingen gedaan.

Het blijft een complex gegeven met veel nood aan nuance. Zo zijn er grote verschillen tussen een universitaire dienst pediatrie en een niet-universitaire. Om een voorbeeld te geven: kinderen met een tumor moeten vaak terug opgenomen worden; die kan je dus bezwaarlijk meerekenen als je de heropnames in kaart zou willen brengen. Zelf werk ik in de materniteit van ZNA Jan Palfijn, waar relatief veel vrouwen met een drugsverslaving bevallen. De cijfers voor borstvoeding liggen er dan ook lager dan gemiddeld. Die twee simpele voorbeelden tonen dat nuance belangrijk is. Met indicatoren stel je je sowieso kwetsbaar op. Die volwassenheid moeten we aan de dag durven te leggen. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit te verbeteren.

Ik ben tevreden met het bereikte resultaat in de ontwikkelingsgroep moeder en kind. Het animo bij de artsen moet nog wat groeien, maar dat kan snel gaan eenmaal we effectief starten met de basisset. Zo is het trouwens ook gelopen in ZNA, waar we binnen de groepering al langer met indicatoren werken. Onze artsen weten ondertussen dat het een geschikt instrument is. Als de cijfers afwijken, dan is er bijna altijd een logische uitleg voor. Ik heb er dan ook goede hoop op dat dat ook in de rest van Vlaanderen het geval zal zijn. In elk geval is nu een mooie basis gelegd om op voort te werken.”

“Brede consensus over de ingeslagen weg”

Hoofdarts prof. dr. Renaat Peleman van het UZ Gent is voorzitter van de ontwikkelingsgroep oncologie. “Wij hebben ons op twee pathologieën geconcentreerd: borstkanker en rectumcarcinoom.
Qua methodiek zijn we begonnen met een plenaire vergadering. De voorstellen zijn daarna in werkgroepen verder uitgewerkt, om ze daarna opnieuw voor de plenaire vergadering te brengen. Op het gebied van borstkanker zijn we samen met heel wat experten vrij snel tot een consensus gekomen. Wij zijn erin geslaagd de individuele belangen te overstijgen. Ook de beroepsverenigingen VVOG (de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en BSBS (de Belgian Section of Breast Surgeons of the Royal Belgian Society of Surgery), het KCE en het Kankerregister ondersteunen deze indicatoren. Dat ruime draagvlak is uiteraard erg positief. Met de borstindicatoren zitten we momenteel in de fase van finalisering. Tegen eind november hopen we rond te zijn.

Ook voor rectumcarcinoom zullen we die werkwijze volgen, met betrokkenheid van heel wat experts. Hier kunnen we bovendien voortbouwen op een bestaand schema en worden we onder meer ondersteund door prof. dr. Freddy Penninckx.

Ik ben erg tevreden met het resultaat. We hebben met een hele ploeg anderhalf jaar gewerkt aan de indicatoren. Dat is allemaal gebeurd op vrijwillige basis, naast ons gewone dagelijkse werk. Het vergt dus een zeker engagement. Dat het toch gelukt is, toont aan dat er in de sector een brede consensus bestaat over de ingeslagen weg. Kwaliteitsindicatoren zullen ons helpen de kwaliteit van zorg beter in kaart te brengen. Alleen zo kunnen we gericht werken aan verbetering en kunnen we ons meten met internationale standaarden. De ontwikkelingsgroep oncologie blijft ook de komende maanden voortwerken, onder meer om de indicatoren voor rectumkanker verder uit te bouwen.”

“Het voordeel van de nuance”

Dr. Boudewijn Michielsens, adjunct algemeen directeur van het Heilig-Hartziekenhuis in Lier, leidt de ontwikkelingsgroep voor ziekenhuisbrede indicatoren. “Wij maken een onderscheid tussen indicatoren over de zorgkwaliteit en die over de dienstverlening. Voor die laatste zijn in overleg met het Vlaams Patiëntenplatform twee indicatoren gekozen: één over het meten van patiëntenervaringen en één over de kwaliteit van ziekenhuiswebsites.

De indicatoren zorgkwaliteit gaan onder meer over ziekenhuishygiëne, patiëntveiligheid en het farmaceutisch proces. De ‘ultieme indicator’ mortaliteit hebben we niet weerhouden. Deze ratio is zo complex en moeilijk te interpreteren dat hij niet werkbaar is als indicator. Dat wordt gestaafd door internationale literatuur. Het zou bovendien niet goed zijn als ziekenhuizen hun beleid op de mortaliteit zouden sturen, want dan bestaat het gevaar dat risicopatiënten in de kou blijven staan.

We hebben nu een basis om mee te starten. De *safe surgery*-checklist hebben we onder tijdsdruk nog niet helemaal kunnen afhandelen. In theorie is iedereen het daarover wel eens, maar in de praktijk blijkt de implementatie bijzonder moeilijk. We werken hieraan verder met de UHasselt.

Halfweg 2012 zijn we begonnen met de validatiefase. De indicatoren worden getest op betrouwbaarheid, relevantie en haalbaarheid. Waar nodig sturen we nog bij. Ook na de start van de indicatorenset blijft de ontwikkelingsgroep bestaan. Indicatoren evolueren immers mee met de context: als er overal een elektronisch voorschrijfsysteem voor medicatie komt, zal dat tot een andere indicator leiden.

We plegen ook overleg met de Federale Raad voor de Bevordering van de Kwaliteit van Verpleegkundige Activiteit, die onder meer bezig is met decubituspreventie en malnutritie. We moeten de Vlaamse en federale initiatieven op elkaar afstemmen, zodat we geen dubbele metingen doen.

Ik heb een goed gevoel bij de indicatoren. Het voorbereidingswerk was complexer dan ik had gedacht, omdat we alles *evidence based* willen valideren. Indicatoren hebben het voordeel van de nuance. Het is geen alles-of-niets-verhaal. Het zal ons aansporen om steeds beter te doen.”

ILSE WEEGHMANS, DIRECTEUR VLAAMS PATIËNTENPLATFORM

Ilse Weeghmans: "Tot vandaag wordt in ziekenhuizen vooral de tevredenheid van patiënten bevraagd. Maar onderzoek toont dat je meer relevante informatie krijgt als je naar de ervaringen peilt."

Patiënten

"Patiënten hebben recht op goede informatie"

Bij het tot stand komen van de indicatorenset zijn ook de patiënten betrokken. Dat gebeurt via het Vlaams Patiëntenplatform, een onafhankelijk platform van een 100-tal patiëntenverenigingen. Voor directeur Ilse Weeghmans betekent de indicatorenset dan ook een grote stap vooruit.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) streeft naar zorg op maat voor de patiënt en zijn omgeving. Daarvoor moet de patiënt een effectieve stem krijgen in het beleid en dus ook in het kwaliteitsbeleid en transparantie.
"Kwaliteit is terecht belangrijk voor patienten", vertelt Ilse Weeghmans. "Transparantie over die kwaliteit is dan ook een *must*. Patiënten hebben recht op goede informatie, op basis waarvan ze een bewuste keuze kunnen maken. Indicatoren kunnen daarin een grote rol spelen, al zijn er ook andere elementen: een goede wetgeving, een correcte klachtenbehandeling, accreditatie, inspectie..."

"De indicatorenset die nu ontwikkeld is, betekent een grote stap vooruit. Het VPP is actief betrokken bij twee ziekenhuisbrede indicatoren: het meten van patiëntenervaringen en de patiëntgerichtheid van ziekenhuiswebsites."

"Wat het meten van patiëntenervaringen betreft: het zou mooi zijn als zo veel mogelijk ziekenhuizen hieraan meewerken. De indicator bestaat op dit ogenblik uit een twintigtal vragen. Er is al een eerste testronde geweest om de indicator te valideren; de resultaten waren goed, maar er moet nog wat bijgeschaafd worden. Wij willen van meet af aan met een instrument kunnen werken dat in lijn ligt met de internationale voorbeelden. Tot vandaag wordt in ziekenhuizen vooral de tevredenheid van patiënten bevraagd. Maar onderzoek toont dat je meer relevante informatie krijgt als je naar de ervaringen peilt. De manier van vragen stellen kan een groot verschil maken."

"Een tweede indicator waar het VPP actief bij betrokken is, richt zich op de websites van ziekenhuizen. Het VPP heeft samen met een honderdtal patiëntenverenigingen nagegaan wat de bouwstenen zijn van kwaliteit voor patiënten. Die dienen om de verwachtingen van patiënten over een ziekenhuiswebsite in kaart te brengen. Op basis daarvan stellen we een relevante checklist op. In overleg met de ziekenhuizen willen we zo tot een soort van standaard voor ziekenhuiswebsites komen. Ook de psychiatrische ziekenhuizen tonen hiervoor trouwens al interesse. Dat luik pakken we in een volgende fase ook zeker aan."

"Met beide indicatoren zitten we in de validatiefase. Positief is alvast dat iedereen open staat voor verbetering. Ziekenhuizen en ziekenhuiskoepels werken actief en constructief mee. Samen bekijken we ook elke keer of een bepaalde indicator niet in de accreditatie terugkomt. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om ziekenhuizen met dubbele registraties op te zadelen."

"Met het VPP willen we de komende jaren verder inzetten op de kwaliteit van zorg. Er blijft nog werk aan de winkel. Zo kan er meer gebeuren met de individuele klachten van patiënten. Accreditering is één ding, maar directe patiëntenfeedback mag je natuurlijk ook niet onder de mat vegen. We moeten op verschillende fronten aan kwaliteit blijven werken en rekening houden met alle waardevolle feedback om verbetertrajecten uit te werken. Uiteindelijk willen we als VPP komen tot één centrale keuzewebsite, door de overheid beheerd, met resultaten van indicatoren en andere informatie over elk ziekenhuis. Informatie die objectief, begrijpelijk en breed toegankelijk is. Ik ben ervan overtuigd dat die transparantie zal leiden tot een nog betere kwaliteit van zorg", besluit directeur Ilse Weeghmans.

"Kwaliteit van zorg is de toetssteen in het hele concept"

Toezicht-model

Ziekenhuizen die in een accreditatieproces stappen, zullen niet langer de visitatie op bezoek krijgen, alleen nog een jaarlijks nalevingstoezicht. Wij gingen tekst en uitleg vragen bij afdelingshoofd Stef Van Eekert en projectleidster Ann Oosterlinck van Zorginspectie en bij afdelingshoofd Annemie Doms van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

"In het Vlaams regeerakkoord en in de beleidsbrief van minister Jo Vandeurzen is sprake van een synergie tussen een systeem van private accreditatie en de inspectie door de overheid", zegt Stef Van Eekert, afdelingshoofd van Zorginspectie. "Op datzelfde moment was de tweede auditronde met de visitaties zo goed als rond en was het dus tijd voor een evaluatie en een bijsturing. Vanuit die twee elementen is nagedacht over een nieuw concept. Al in 2010 hebben we hierover een uitgebreide overlegronde georganiseerd met alle stakeholders. Dat heeft geleid tot een akkoord met de minister en met de koepelorganisaties over de grote lijnen van het nieuwe concept. Daarover is in oktober 2011 een studiedag gehouden, gevolgd door een omzendbrief over een nieuw toezichtmodel voor de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen. Sindsdien zijn we bezig aan de concrete uitwerking van dat nieuwe toezichtmodel. Op 6 december 2012 wordt het nieuwe model op een studiedag uitgebreid voorgesteld. Maar de grote lijnen zijn al langer bekend, aangezien alles in nauw overleg met de sector tot stand is gekomen."

"Dat is meteen het sterke punt van het nieuwe model", vervolgt Stef Van Eekert. "Inhoudelijk is er een duidelijke rode draad, ondersteund door alle stakeholders. Die rode draad is de focus op de kwaliteit van zorg. Dat hierover zo een brede consensus bestaat, is erg bemoedigend. Kwaliteit van zorg is de toetssteen in het hele concept, ook in het nieuwe toezichtmodel."

"Die samenhang is erg belangrijk", beaamt Annemie Doms, afdelingshoofd van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. "Het nieuwe concept komt niet uit het niets; het is het resultaat van een evolutie die al jaren bezig is. Voor de visitatie werd ingevoerd, werden alleen juridische normen gecontroleerd door twee inspecteurs. Dat stuitte op heel wat kritiek uit de sector. Met de visitaties kwam, behalve op de juridische normen, de focus meer op kwaliteit te liggen. De inspectierapporten wezen ook op 'tekortkomingen' wanneer algemeen aanvaarde kwaliteitsstandaarden die niet in de juridische erkenningsnormen verankerd waren, niet werden opgevolgd. Hiermee was een eerste aanzet in de richting van accreditatie gegeven: grondige doorlichting tijdens meerdere dagen door een groep onafhankelijke auditoren, met aandacht voor procedures en processen en zonder begeleiding van de directie tijdens de inspectie. De jongste jaren sporen de ziekenhuiskoepels hun leden actief aan om zich te laten accrediteren bij een externe instantie. In die context is het logisch dat we ook het toezichtmodel vanuit de overheid daarop afstemmen."

"Met het nieuwe concept voor ogen heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een eisenkader ontwikkeld: welke eisen zal de overheid voor de kwaliteit van zorg hanteren? Die oefening hebben we eerst gemaakt voor het chirurgisch zorgtraject. We hebben dat gedaan in overleg met alle betrokkenen, waaronder de ziekenhuiskoepels en de beroepsverenigingen van chirurgen, anesthesisten en operatieverpleegkundigen. Het eisenpakket focust op kwaliteit van zorg, op *evidence based guidelines* en op juridisch afdwingbare normen die relevant zijn voor de kwaliteit. Hierover is een breed draagvlak bereikt met de sector. De Zorginspectie zal zich voor zijn toezicht hierop baseren. Een bijkomende bron van informatie voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt het *Quality Indicator Project* (QIP). Dat project betekent een grote doorbraak, ook op het gebied van publieke transparantie. De indicatoren zullen niet alleen de ziekenhuizen toelaten om hun eigen werking te verbeteren en om te benchmarken, ook de overheid kan die informatiebron gebruiken, én de resultaten van de indicatoren zullen door het participerend ziekenhuis gepubliceerd worden op internet. Nieuw zijn de openheid en de consensus hierover. Dat past in een internationale tendens om patiënten beter in te lichten over de kwaliteit van zorg. Het is een niet te stoppen evolutie."

Nalevingstoezicht

Het nieuwe toezichtmodel bestaat uit twee luiken. Projectleidster Ann Oosterlinck van Zorginspectie: "We maken voortaan een onderscheid tussen nalevingstoezicht en systeemtoezicht. Nalevingstoezicht onderzoekt of iets *nu* in orde is, systeemtoezicht bekijkt of er waarborgen zijn voor de *toekomst*. Accreditatie gaat grotendeels over systeemtoezicht: het is een aangekondigde, voorbereide en onafhankelijke

Ann Oosterlinck, Stef Van Eekert en Annemie Doms: "Als ziekenhuizen in een accreditatieproces stappen, is er geen reden om dezelfde audit vanuit de Zorginspectie nog eens over te doen. Die ziekenhuizen worden daarom vrijgesteld van systeemtoezicht van overheidswege. Ze zullen wel nog nalevingstoezicht krijgen."

doorlichting van de hele organisatie op het gebied van kwaliteit en beleid. Vooral dat luik zat vroeger in de visitatie. Als ziekenhuizen in een accreditatieproces stappen, is er geen reden om dezelfde audit vanuit de Zorginspectie nog eens over te doen. Die ziekenhuizen worden daarom vrijgesteld van systeemtoezicht van overheidswege. Ze zullen wel nog nalevingstoezicht krijgen. Dat nalevingstoezicht wordt een concrete toets op de kwaliteit van zorg en zal bestaan uit een onaangekondigde inspectie van vooraf bepaalde eisen. Vanaf 2013 krijgt elk ziekenhuis in principe jaarlijks zo'n nalevingstoezicht, telkens rond een ander zorgtraject. In 2013 wordt dat het chirurgisch zorgtraject."

"We hebben gekozen om ons op een zorgtraject te richten, omdat we hiermee een beter zicht krijgen op het zorgcontinuüm. Het is bekend dat veel risico's op het gebied van kwaliteit net in die momenten van overdracht voorkomen. Het is niet alleen belangrijk om te controleren of alles goed loopt in het operatiekwartier en op de afdeling, maar ook tijdens de overdracht van het OK naar de afdeling."

"Blijkt het nalevingstoezicht positief in een ziekenhuis, dan stopt de inspectie daar. Is er echter een ernstig knelpunt, dan volgt een tweede onaangekondigd bezoek en desnoods ook een derde. We gaan met andere woorden meer gaan differentiëren in het toezicht. Ziekenhuizen die het goed doen, zullen minder inspectie krijgen", stelt Ann Oosterlinck.

"Op dit ogenblik lopen een aantal proefinspecties op het chirurgisch zorgtraject", vult Stef Van Eekert aan. "Waar nodig zullen we nog bijsturen. We starten effectief met de onaangekondigde bezoeken in maart 2013."

Resultaten openbaar

Dat het nalevingstoezicht onaangekondigd zal verlopen, maakt deel uit van de inspectie. "Als je processen doorlicht, is het handig als de directeur en de kwaliteitscoördinator aanwezig zijn. Als de focus op de resultaten ligt, hoeft dat niet", vindt Annemie Doms. "Onaangekondigd betekent overigens niet onvoorbereid. De ziekenhuizen weten perfect wat verwacht wordt en waarop de inspectie zal focussen."

Vanaf 2014 wil de overheid de resultaten van het nalevingstoezicht in de ziekenhuizen openbaar maken op haar website. "In 2013 gaan we samen met de ziekenhuizen bekijken hoe we dat het best kunnen doen", verduidelijkt Stef Van Eekert. "Het is niet door de verslagen zomaar online te zetten dat je goede informatie biedt aan de burgers. Een inspectieverslag is maar één element in het verhaal. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld ook de accreditatie en de indicatoren. We streven naar een heldere en eenvormige communicatie."

"Het is niet de bedoeling van de overheid om ziekenhuizen te gaan labelen met sterren of te rangschikken", zegt Annemie Doms. "Wij streven wel naar transparantie en een open communicatie, maar dan met een goede omkaderende uitleg, met volledige informatie en met een correcte duiding over wat je wel en niet kunt afleiden uit de gegevens. Het is in elk geval beter om zelf correct, genuanceerd en helder te communiceren dan om de media hun gang te laten gaan."

“Kwaliteit is een proces van lange adem”

Het Jessa Ziekenhuis in Hasselt heeft al enige ervaring met indicatoren op beleidsniveau. Daarnaast heeft het ook al een NIAZ-accreditatie op zak en staat er op de website van het ziekenhuis heel wat informatie over het kwaliteitsbeleid. Toch blijft hoofdarts dr. Frank Weekers er bescheiden bij. “Kwaliteit is een voortdurend proces. Indicatoren zijn belangrijk, maar vertellen ook maar een deel van het verhaal.”

Praktijk

“Meten is de enige manier om te weten waarmee je bezig bent”, zegt dr. Frank Weekers. “Hiervoor heb je indicatoren nodig, die je best in overleg met de artsen en de verpleegkundigen ontwikkelt. Een breed draagvlak is nodig, om achteraf ook de cijfers correct te kunnen interpreteren. De feedback die artsen en verpleegkundigen daarop krijgen, is een uitstekende *driver* voor verbeteracties. Een goede indicatorenset stelt je in staat om je handelen voortdurend in vraag te stellen en kritisch te blijven. Daar zijn anders weinig instrumenten voor. Bovendien is het een beproefde methode om noodzakelijke veranderingsprocessen vorm te geven. Het Jessa Ziekenhuis heeft hiermee al enige ervaring.”

“Nog voor ik vijf jaar geleden in het Jessa Ziekenhuis begon, was het al in Navigator gestapt, een instrument dat ziekenhuisbreed gegevens in kaart brengt. Het nadeel van Navigator is dat je die data moeilijk terug kunt brengen tot op het niveau van de individuele patiënt. En die individuele casussen heb je soms nodig om meer in detail te gaan. Dat lukt wel met de indicatoren.”

“Of de behandeling van specifieke casussen geen weerstand oproept bij de artsen en de verpleegkundigen? Tja, tegen algemene indicatoren is er meestal geen weerstand, maar het wordt natuurlijk anders als je tot op het niveau van de individuele patiënt kunt gaan, want dan kom je ook uit bij de individuele arts of verpleegkundige. Maar die strijd is bij ons ondertussen gestreden. We gaan heel omzichtig met de gegevens om en betrekken altijd het medisch diensthoofd en de medische raad. De medische raad is ook overtuigd van de noodzaak om met indicatoren te werken. Vanuit de medische directie doen we af en toe audits op bepaalde dossiers bij wijze van steekproef. Ook daarover is er een akkoord met de medische raad. Dan bekijken wij de volledigheid van het medisch dossier aan de hand van een twaalftal criteria: de reden voor opname, de allergiestatus, de thuismedicatie enzovoort.”

Drempels

“Het Jessa Ziekenhuis heeft al een hele weg afgelegd op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. Toch blijft het een voortdurend aandachtspunt. Het is niet omdat iedereen het eens is over de noodzaak van indicatoren, dat alles vanzelf gaat. Sommige artsen zien er nog altijd tegenop. Zij doen mee omdat het nu eenmaal moet. Het elektronisch dossier zoals dat vandaag bestaat, is ook nog verre van optimaal om registraties te doen. Dat blijft een drempel. Sommige artsen registreren zelfs nog op papier of in een eigen databank. Al besef ik goed dat sommigen die drempel ook graag als drogreden gebruiken”, vertelt dr. Weekers. “Om de drempel te verlagen, zou het goed zijn om ons te kunnen beperken tot de registraties die er echt toe doen. In het verleden zijn te veel data verzameld waar dan niets mee gebeurde. Dat is ontmoedigend, want registreren kost heel wat tijd en mankracht.”

“Of we door het werken met indicatoren ondertussen de kwaliteit effectief verbeterd hebben, is moeilijk te zeggen”, meent dr. Weekers. “Ik zou kunnen beweren van wel, maar het blijft een complex gegeven. Wij kunnen bijvoorbeeld aantonen dat het gebruik van leesbare polsbandjes voor de patiëntenidentificatie gestegen is van 83% naar 98%. Op zich is dat is heel mooi, maar het is niet meer dan een pro-

Dr. Frank Weekers: "Het hoeft niet per se slecht te zijn als iemand over onze schouder meekijkt. Het kan een stimulans zijn om telkens beter te doen. Tenslotte werken we met publieke middelen, we zijn dan ook maatschappelijke verantwoording verschuldigd."

cesindicator. Meer polsbandjes zijn geen doel, maar een middel. Wat wij willen bereiken is dat de juiste medicatie bij de juiste patiënt terechtkomt. En dat is een ander verhaal, waarbij heel wat meer komt kijken. Kwaliteit blijft een proces van lange adem. Dat bevestigt ook de wetenschappelijke literatuur: je mag niet op korte tijd spectaculaire veranderingen verwachten. Cruciaal is wel dat je voortdurend werkt aan een cultuurwijziging, een mentaliteitsverandering. Uiteindelijk moet die resulteren in een betere kwaliteit. We hebben aanwijzingen dat het Jessa Ziekenhuis hierin al goed scoort. Onze cijfers op het gebied van infecties mogen gezien worden. Maar ik blijf daar nuchter in."

Elektronisch patiëntendossier

"Wat voor een grote sprong voorwaarts zou kunnen zorgen, is een goede *decision support* binnen de informaticasystemen. Het toedienen van antibiotica bij chirurgie bijvoorbeeld, ligt grotendeels vast. Je zou dat dus in principe helemaal kunnen automatiseren. Die oplossingen bestaan, ook vandaag al. We zijn daarmee ook bezig. Maar het blijft relatief duur en moeilijk om te implementeren, omdat er complexe processen achter schuilen die je eerst helemaal in kaart moet brengen. Als je ziet wat er in de logistieke wereld of in de luchtvaart allemaal gebeurt, dan hebben wij in de medische wereld nog een achterstand goed te maken. Ziekenhuizen hebben in het verleden te weinig de middelen gebundeld. Zowat elk ziekenhuis heeft zijn eigen systeem ontwikkeld, zonder globaal concept of een gedragen visie. Ik begrijp dat, maar het zorgt er wel voor dat we achterop hinken. De markt is ondertussen erg versnipperd. Het wordt moeilijk om nu nog tot één gezamenlijk patiëntendossier te komen waarmee zowel de eerste als de tweede en de derde lijn kunnen werken. Dat zou nochtans een wereld van verschil maken. Maar ik ben realistisch; het is al een hele uitdaging om binnen één ziekenhuis alle neuzen in dezelfde richting te krijgen, laat staan over alle ziekenhuizen heen."

"Ik ben zelf een groot voorstander van een goede en open communicatie over het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis. Intern geven we uiteraard feedback op de indicatoren aan de afdelingen en de artsen. Maar ook extern moeten we durven communiceren. Het hoeft niet per se slecht te zijn als iemand over onze schouder mee kijkt. Het kan een stimulans zijn om telkens beter te doen. Tenslotte werken we met publieke middelen, we zijn dan ook maatschappelijke verantwoording verschuldigd. Waar ik echter niet in geloof, zijn de lijstjes en rangschikkingen van ziekenhuizen. Beter is om de patiënten zelf goede en begrijpelijke informatie te bieden, bijvoorbeeld op de website van het ziekenhuis. Al blijft ook dat natuurlijk maar fragmentair. Kwaliteit is een voortdurend proces; een momentopname zegt iets, maar ook niet alles."

www.jessazh.be

Dr. Donald Claeys: "Het heeft geen zin om individuele fouten te bespreken op een Morbidity and Mortality Conference *(MMC), tenzij er generieke oplossingen uit kunnen volgen. De focus ligt op het systeemfalen."*

Best practices

Ziekenhuizen wisselen ervaringen uit

Best practices bieden vaak inspiratie voor verbetertrajecten. De Commissie Q&S nodigt ziekenhuizen dan ook uit om goede praktijkvoorbeelden met elkaar te delen. Op pagina 24-25 vindt u een beknopt overzicht van de al verzamelde projecten, die allemaal uitgebreider te raadplegen zijn via de ICURO-website. Hier zoomen we eerst even in op twee ervan: *'Check it Out! – AZ Turnhout'* en de '*Morbidity and Mortality Conferences*' van AZ Maria Middelares in Gent.

'Check it Out!

'Check it Out! – AZ Turnhout' is een instrument voor continue evaluatie en verbetering van processen op de werkvloer.

"De aanleiding voor het project was de visitatie door de zorginspectie in april 2011", vertelt toenmalig kwaliteitscoördinator Karin van Deuren. "Ter voorbereiding wilden we een instrument ontwikkelen aan de hand van vragen die tijdens de visitatie-audit gesteld konden worden. Hiervoor baseerden we ons op de lijst met tekortkomingen uit de vorige visitatie en op de referentiekaders die de zorginspectie ons aanreikte. De vragenlijst werd in de aanloop naar de visitatie door elke hoofdverpleegkundige en twee verpleegkundigen elke maand op de eigen afdeling afgenomen. Op basis van de resultaten werden verbeteracties georganiseerd. Maand na maand zagen we de scores verbeteren, waarmee ook het enthousias-

me op de afdelingen voor dit instrument groeide. Na de visitatie besloten we om de methodiek aan te houden en te verfijnen. Ook inhoudelijk hebben we de focus verlegd: de beleidsdoelstellingen van AZ Turnhout en de normenkaders van onder andere NIAZ en JCI, werden voortaan een belangrijke bron van inspiratie."

"Vandaag is '*Check it Out!* – AZ Turnhout' een flexibel, gedigitaliseerd instrument met wisselende vragen. De ene maand wordt met de vragenlijst een stand van zaken gemaakt, de andere maand wordt op elke afdeling een verbeteractie georganiseerd onder de titel '*Do it*!'. Sommige verbeteracties zijn dienstoverstijgend en worden door de stuurgroep 'Kwaliteit' gecoördineerd. Het proces van digitalisering heeft heel wat voordelen opgeleverd, in eerste instantie op het vlak van gebruiksvriendelijkheid. Het geeft ons de mogelijkheid om pop-ups met de juiste antwoorden te integreren. Of vanuit de vragenlijst leggen we een link naar het documentbeheersysteem, waarin de verpleegkundigen in een oogwenk alle procedures kunnen raadplegen."

"Voor de vragenlijst, die telkens bestaat uit een 40-tal vragen, putten we ondertussen al uit meer dan 100 aandachtspunten. Diensten kunnen daar nog afdelingsgebonden vragen aan toevoegen. Na elke bevraging wordt iedere keer één verbeteractie geselecteerd. Niet alle knelpunten worden dus in één keer opgenomen. Zo nemen we niet te veel hooi op onze vork en blijft het haalbaar. Maar na een jaar hebben we op elke dienst toch maar mooi vijf verbeteracties gerealiseerd. Bijvoorbeeld op het gebied van handhygiëne, patiëntenidentificatie of het kunnen terugvinden van bepaalde procedures. Elke bevraging werkt erg sensibiliserend. Zo houden we de aandacht voor kwaliteitszorg levendig."

Ziekenhuisbreed

Dr. Jacques Rutten, voormalig diensthoofd radiotherapie, oncologie en nucleaire geneeskunde, is nu diensthoofd Kwaliteit & Veiligheid in AZ Turnhout. Ook hij is opgetogen over het instrument '*Check it Out!* – AZ Turnhout' gekoppeld aan '*Do it!*'. "Ik ben extern auditor voor de accreditatieorganisatie NIAZ en ik ben erg gevoelig voor kwaliteitszorg. Het mooie aan '*Check it Out*!' is dat de hoofdverpleegkundigen mede-eigenaar van het project zijn. De methodiek zet ertoe aan dat verpleegkundigen elkaar stimuleren in een gezonde vorm van competitie. Door de opeenvolging van bevraging en verbeteracties, zetten we concrete stappen voorwaarts. Op dit ogenblik werken we eraan om de opvolging van de verbeteracties te integreren in ons meld- en verbetersysteem (iTask van Infoland), gekoppeld aan een PDCA-cyclus (*Plan-Do-Check-Act*)."

"Hoewel dit in eerste instantie een instrument voor de verpleegkundigen is, zijn de medische diensthoofden sinds dit jaar ook betrokken. Samen met de hoofdverpleegkundigen hebben zij bijvoorbeeld gecheckt of iedereen op de afdeling de wachtlijst met artsen terugvindt. De artsen zelf spelen ook een belangrijke rol. Ook zij moeten zich bewust zijn van het belang van een goede handhygiëne, van het dragen van badges enzovoort. Wij voeren hierop ad random controle uit. In een volgende stap willen we ook de directieleden actief betrekken bij '*Check it Out!* – AZ Turnhout'. Zo wordt het een instrument dat ziekenhuisbreed gedragen en gebruikt wordt."

Dit project van AZ Turnhout werd genomineerd voor de prijs 'Excellentie in ziekenhuismanagement', een initiatief van het Rode Kruis Vlaanderen en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap.

No blame, no shame

In AZ Maria Middelares worden sinds eind 2009 '*Morbidity and Mortality Conferences*' (MMC) georganiseerd. Dergelijke MMC's bestaan al sinds het begin van de twintigste eeuw. Het is een forum waar artsen, verpleegkundigen, apothekers en andere medewerkers de mogelijkheid hebben om medische fouten of incidenten te bespreken en daar samen lessen uit te trekken.

MMC's bestaan in verschillende vormen. Ze kunnen ziekenhuisbreed of per discipline geïmplementeerd worden. De focus kan liggen op mortaliteit of op *case*-analyses die een morbiditeit veroorzaakten. Er is ook variatie wat de frequentie en het beoogde aantal deelnemers betreft.
In AZ Maria Middelares werden oorspronkelijk enkel chirurgische casussen geselecteerd en besproken. In de loop van 2010 werden ook andere disciplines geïncludeerd.

Medisch directeur dr. Donald Claeys: "De besproken casussen worden meestal aangereikt door de professionals zelf. Ze kunnen ook voortvloeien uit een klacht van een patiënt of uit het incidentmeldsysteem. Er zijn wel een aantal selectiecriteria. Het heeft geen zin om individuele fouten te bespreken op een MMC, tenzij er generieke oplossingen uit kunnen volgen. De focus ligt op het systeemfalen. Bekende motto's in deze context zijn '*no blame, no shame*' en '*forgive but remember*'. Ook het principe van vermijdbaarheid en het verbeterpotentieel zijn belangrijk. Er wordt altijd vertrokken vanuit het idee wat men anders zou doen indien dezelfde casus zich opnieuw zou voordoen. Elke casus moet een leeraspect in zich dragen."

Wat de participatie aan de MMC's betreft, koos AZ Maria Middelares voor een brede multidisciplinaire aanpak. Ze worden wekelijks op een vast moment georganiseerd, zodat artsen, verpleegkundigen en stafleden ze systematisch kunnen inplannen in hun agenda.
"Na de selectie van een casus wordt die binnen een bepaalde termijn grondig voorbereid door de kwaliteitscoördinator Linda Staessen", vertelt dr. Claeys. "Vervolgens wordt de casus geanonimiseerd gepresenteerd en multidisciplinair besproken. Daaraan gekoppeld worden verbeteracties gedefinieerd. Als die acties specifiek van toepassing zijn voor één afdeling, dan kunnen ze meteen geïmplementeerd worden. Als ook ziekenhuisbrede acties nodig zijn, dan worden die als aanbeveling naar de stuurgroep Q&S gestuurd. De bespreking wordt opgenomen in een verslag en de nodige aandacht gaat naar de opvolging van de verbeteracties, wat een cruciale factor is om het enthousiasme over deze besprekingen te bewaren."

"Op twee jaar tijd zijn een zestigtal casussen besproken, telkens met gemiddeld een vijftiental deelnemers. De methodiek wordt breed gedragen en beschouwd als een essentieel onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem. Ze heeft geleid tot een cultuurverandering en een minder defensieve houding bij het bespreken van incidenten. Verbeteracties vonden onder meer plaats op het gebied van patiëntenidentificatie, veiligheid bij invasieve ingrepen, infectiepreventie en medicatieveiligheid", besluit dr. Donald Claeys nog.

Ziekenhuizen delen ervaringen en innovaties

Alle ziekenhuizen werken dag in dag uit aan hun kwaliteit van zorg. Opdat niet elk ziekenhuis telkens opnieuw het warm water hoeft uit te vinden, bundelen tal van ziekenhuizen hun krachten door *best practices* te delen. Op de website van ICURO zijn al heel wat goede praktijkvoorbeelden verzameld en publiek gemaakt. Een beknopt overzicht van wat u er kunt vinden.

ZOL Genk: 100% indicatoren
Zowel een goede handhygiëne als het correct identificeren van patiënten en (bloed)stalen, zijn evidente aspecten van goede, kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg. Het ZOL heeft een aantal evidente en hanteerbare aspecten van kwaliteitsvolle zorg verwerkt in een viertal indicatoren: de zeven basisvereisten handhygiëne; een correct ID-bandje voor elke patiënt; een juiste bloeduitslag en voor elke patiënt het juiste etiket; het pré-, per- en postoperatief checken van een aantal essentiële aspecten, voor alle patiënten.

AZ Sint-Lucas Brugge: *Global Trigger Tool* en *Mortality Review Tool*
Het gebruik van de *Global Trigger Tool* (GTT) wil steekproefgewijs dossiers onderzoeken om verwikkelingen op te sporen en te analyseren. Dat gebeurt aan de hand van *triggers* of 'knipperlichten'. *Triggers* kunnen gezien worden als afwijkende en/of onverwachte waarden, geneesmiddelen of interventies binnen het kader van het verwachte zorgproces.
Het doel van de *Mortality Review Tool* (MRT) is de mortaliteit binnen de instelling te analyseren, om na te gaan of de geleverde zorg effectief en efficiënt was en zo meer *failure to rescue*, onafgezien van de reden, uit te sluiten.

OLV Ziekenhuis Aalst: inrichten van een *safety room*
Een centrale ruimte in het ziekenhuis werd ingericht als patiëntenkamer, waarin twee 'patiënten' gehospitaliseerd werden. Twee 'hulpverleners 'verzorgen deze fictieve patiënten. In de kamer werden een aantal patiëntonveilige en risicovolle situaties geïntegreerd, die verband hielden met het identificeren van patiënten, handhygiëne, medicatie, communicatie, vallen, enzovoort.
Met die oefening wilde het ziekenhuis de communicatie over patiëntveiligheid tussen de verschillende disciplines stimuleren en zo de cultuur ten aanzien van patiëntveiligheid verder aan wakkeren.

AZ Sint-Jan Brugge: publiek maken van de resultaten van de geleverde zorg
Het openbaar maken van de kwaliteit van de geleverde zorg is niet alleen een doelstelling binnen het Vlaamse *Quality Indicator*project, maar kan ook gekaderd worden in het pleidooi van de ziekenhuiskoepels voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording over de resultaten van de geleverde zorg.
Het jaarverslag 2010 van de dienst hartheelkunde van het AZ Sint-Jan Brugge is een voorbeeldproject. In het jaarrapport, dat al in februari 2011 werd gepubliceerd, wordt de kwaliteit van de geleverde zorg geobjectiveerd en transparant gemaakt, verstaanbaar voor alle zorggebruikers. Het verslag wordt uitgeven in tijdschriftformaat, maar ook gepubliceerd op de website van het ziekenhuis én beschikbaar gesteld als pdf-bestand. Ook het rapport van 2011 is op dezelfde manier te raadplegen.

AZ Maria Middelares Gent: no mark, no surgery
Implementatie, opvolging en bijsturing van een 'checklist veilig opereren', gebaseerd op de WGO *Safe Surgery Checklist*. De checklist moet de patiëntveiligheid bij operatieve ingrepen verhogen.

AZ Klina: integratie van de eerstelijns en regionale gezondheidszorg bij patiënten met borstkanker
Om een globaal, integraal en kwaliteitsvol zorgaanbod voor vrouwen met borstkanker over de muren van het ziekenhuis heen te garanderen en tegelijk de fundamentele plaats en rol van de huisarts te benadrukken, werd onder impuls van het AZ Klina en AZ Sint-Jozef Malle een transmuraal pad opgestart.
Daarbij worden de belangrijkste principes, maar ook de resultaten van een transmuraal pad toegelicht.

AZ Damiaan Oostende: van management-engagement naar de werkvloer
Met een doordachte sensibilisatiecampagne wil de directie het belang van patiëntveiligheid concretiseren voor alle medewerkers.
Het ziekenhuis koos voor een gefaseerde aanpak met een postercampagne, een *in-dept-approach* en een momentum in de week van de patiëntveiligheid. De campagne had effect op de perceptie van de medewerkers op het engagement van het management, met een toename met 20% van de positieve scores voor deze dimensie.
De combinatie van sterk visuele factoren, concrete acties op de werkvloer en het opvolgen en terugkoppelen van indicatoren, leiden tot een verankering van patiëntveiligheid in de organisatie.

Imelda Bonheiden/VVOG: prospectieve registratie van laparascopische verwikkelingen in de gynaecologie
Dit pilootproject van de Vlaamse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) moest de praktische haalbaarheid van een verwikkelingenregister in Vlaanderen onderzoeken en een betrouwbare schatting maken van de incidentie van verwikkelingen in de laparascopische gynaecologische heelkunde.

Best practices

Bij de initiatiefnemers leefde het idee dat de schatting in vakliteratuur niet correct was (onderschatting), wat meteen ook de hypothese van dit project vormde.

Stedelijk Ziekenhuis Roeselare: preoperatieve patiëntenmap met *Safe Surgery Checklist*

In het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare is de *Safe Surgery* Checklist geïncludeerd in een preoperatieve patiëntenmap. Daarin zit alle documentatie voor een veilig verloop van een heelkundige ingreep vervat. Het werken met de patiëntenmap is een initiatief van de dienst anesthesie en start op de consultatie van de chirurg, op het moment dat de afspraak voor de heelkundige ingreep wordt vastgelegd. De opnameverpleegkundige neemt tijdens de consultatie met de patiënt vervolgens de volledige map door. Nadien volgt de map het hele verloop van de patiënt, tot en met de heelkundige ingreep.

UZ Leuven: geneesmiddeleninteracties in het elektronisch medisch voorschrift

Om de patiëntveiligheid te verhogen en het aantal medicatiefouten te reduceren introduceert UZ Leuven, naast een geïntegreerd elektronisch voorschrift en *bedsidescanning* van medicatie, een systeem van voorschrijfondersteuning dat de betrokken zorgverleners online informeert over mogelijke geneesmiddeleninteracties.

RZ Tienen: een dag VIP in het dagziekenhuis

Het regionaal ziekenhuis Heilig Hart Tienen wil een erg hoge patiënttevredenheid nastreven met minimaal 30% van de patiënten die een score van 9 of 10 geven. Daarnaast wordt een groei van minimaal 3% vooropgesteld. Het ziekenhuis wilde deze cijfers tegen januari 2012 realiseren met kwalitatief hoogstaande zorg en zorgbeleving. Daartoe werd het project ´Een dag VIP in het dagziekenhuis' opgezet.

ZOL Genk: *Patient Reported Outcome Measures (PROM) after adenotonsillectomy performed in children with sleep-disordered breathing*

Dr. Peter Lemkens, KNO-arts in het ZOL, brengt een voorbeeld van *Patiënt Reported Outcome Measures* (PROM). PROM wordt als volgt gedefinieerd door Cochrane: *"Any report directly from patiënts, without interpretation by physicians or anyone else, about how they function or feel in relation to a health condition and its therapy (from diaries, questionnaires, interviews, etc.)."* Het is een methodiek om bij een medische interventie de klinische *outcome*, zoals gedefinieerd door de arts en gepercipieerd door de patiënt, te meten. Dat doet men door rekening te houden met de organisatorische en procesmatige componenten bij het werken aan kwaliteitsvolle zorg.

SFZ Rotterdam - een anti-emeticabox ter bestrijding van misselijkheid, braken en obstipatie door chemotherapie

De anti-emeticabox is een initiatief van het Sint-Franciscus-ziekenhuis in Rotterdam.

Het ziekenhuis besliste het beleid aan te passen door een aantal knelpunten in het anti-emeticabeleid, waaronder (1) het aantal problemen dat patiënten signaleerden ten aanzien van het correcte gebruik van anti-emetica, (2) de complexiteit en het gebrek aan uniformiteit van behandelschema's en (3) de moeilijkheden om patiënten adequaat op te volgen. Onder leiding van een multidisciplinaire kerngroep werden de cytostaticakuren ingedeeld op basis van hun emetogene activiteit, de anti-emetica behandelschema's gestandaardiseerd, goede informatiebrochures uitgewerkt en anti-emeticaboxen ontworpen. Het succes van deze beleidsaanpassingen heeft geleid tot mooie resultaten

UZ Brussel: de implementatie van een *electronic modified Early Warning Score* op de standaard verpleegeenheden

In het UZ Brussel werd een *electronic modified Early Warning Score*-systeem (e.m. EWS) geïmplementeerd op de standaardverpleegafdelingen. Een EWS is een systeem dat tot doel heeft de vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig te herkennen en te behandelen op een standaard verpleegeenheid.

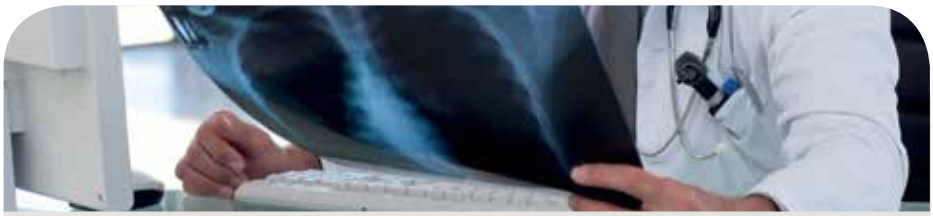
KOEN DE MEESTER, AFDELINGSHOOFD PATIËNTENZORG UZA

“Detectie van kritische patiënten”

“Als doctorandus aan de Universiteit Antwerpen voer ik onderzoek naar de detectie van kritische patiënten op hospitalisatieafdelingen. Het doel is om het aantal voorvallen van ernstige vermijdbare schade te verminderen. Na dossieronderzoek bij overleden patiënten bleek de nood aan meer en beter observeren. Het onderzoek heeft inmiddels geleid tot een nieuw observatieprotocol met een *modified early warning score* (MEWS). Hierbij worden zes parameters in kaart gebracht: pols, bloeddruk, temperatuur, ademhalingsfrequentie, bewustzijn en zuurstofsaturatie. Elke parameter telt voor drie punten. Bij een totaalscore van vier of meer, of wanneer de verpleegkundige de patiënt als kritisch ziek beoordeelt, wordt de frequentie van de observatie opgevoerd en wordt er een arts of intern medisch urgentieteam bij betrokken.

Dit observatieprotocol is in 2009 in het UZA ingevoerd voor patiënten die uit de dienst intensieve zorg kwamen. Ondertussen is het uitgebreid tot alle gehospitaliseerde patiënten. Een goede observatie en het nemen van de zes parameters duurt om en bij de vier minuten en moet minstens twee keer per dag plaatsvinden.

De eerste twee onderzoeksdelen zijn inmiddels gepubliceerd in internationale wetenschappelijke tijdschriften en sluiten aan bij de filosofie van the Joint Commission voor accreditatie van ziekenhuizen.”



KRIS VANHAECHT, ONDERZOEKER EN DOCENT KWALITEITSBELEID KU LEUVEN

“Organiseren van zorgprocessen blijft essentieel”

“De onderzoeksgroep van het departement maatschappelijke gezondheidszorg van de KU Leuven heeft belangrijke speerpunten ontwikkeld over onder meer zorgpaden, kwaliteitsindicatoren, veiligheid, *evidence based practice*, personeelsinzet, *second victims* en burnout.
Een internationaal gerandomiseerd onderzoek dat we nu voeren is de *European Quality of Care Pathway*-studie. We coördineren dit onderzoek in België, Portugal, Italië en Ierland, waarbij we de impact van zorgpaden voor COPD- en heupfractuurpatiënten op de kwaliteit van de zorg onderzoeken. Dit onderzoek wordt geleid in nauwe samenwerking met prof. Decramer, prof. Boonen en dr. Sermon van het UZ Leuven.

Voor beide patiëntengroepen (COPD & heupfractuur) is een set van *evidence based* kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, internationaal gevalideerd en gemeten in een multicenter studie. Tevens zijn indicatoren voor het meten van interprofessioneel teamwork ontwikkeld.
De eerste resultaten zijn ronduit positief. Teams die het zorgpad geïmplementeerd hebben, scoren beter op *evidence based* zorg en hebben betere uitkomsten voor teamwork dan de controlegroep.
Zopas werd een vervolgonderzoek opgestart waaraan vijftien Vlaamse ziekenhuizen participeren rond heupfractuur en een 20-tal rond COPD. In dit onderzoek ligt de nadruk op duurzame verbetering en behoud van kwaliteit en veiligheid.”

PROF. DR. IRINA CLEEMPUT, ONDERZOEKER UHASSELT EN KCE

“Afweging van baten en risico’s”

“Kwaliteit en veiligheid van gezondheidszorg zijn belangrijke onderzoeksthema’s voor het KCE. Dat wordt geïllustreerd door verscheidene projecten in verschillende sectoren en domeinen van de gezondheidszorg: van eerste tot derde lijn en residentiële zorg, en van tandzorg tot oncologische zorg. Aan de UHasselt loopt een onderzoek naar de mate waarin rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid bij de afweging van de baten en de risico’s van nieuwe medicatie of medische hulpmiddelen. Onze hypothese is dat de regelgevende agentschappen soms te gemakkelijk en te snel beslissen om een nieuw product op de markt te brengen, terwijl de bevolking eigenlijk meer zekerheid wil. Voor nieuwe medicijnen is het op de markt brengen vrij goed geregeld, maar voor de *devices* is dat minder het geval.

Denk aan de implantaten. Onlangs is een metaal-op-metaal heupimplantaat uit de markt gehaald na slechte ervaringen. Het implantaat bleek minder lang mee te gaan dan voorzien, waardoor patiënten sneller een nieuwe operatie nodig hadden. Toch was voor dit type heupimplantaat groen licht gegeven. Een grondiger vooronderzoek had veel leed kunnen voorkomen.

Het is ook een financieel-economische kwestie, via de terugbetaling van geneesmiddelen en hulpmiddelen. De patiënt kan zo twee keer de dupe zijn als een bepaald middel te vroeg op de markt komt en terugbetaald wordt: hij betaalt mee via de sociale zekerheid en hij loopt een gezondheidsrisico.

Momenteel loopt het onderzoek alleen in Hasselt, maar we hebben contacten met de universiteit van Twente, die onderzoek voert naar het relatieve belang van verschillende criteria in besluitvormingsprocessen. Dat is een andere invalshoek, maar het sluit mooi aan bij wat wij doen, aangezien potentiële risico’s ook één van de beslissingscriteria vormen.”

PROF. DR. KRISTOF EECKLOO, ACADEMISCH BELEIDSADVISEUR UZ GENT EN DOCENT UGENT

“Translationeel kwaliteitsbeleid uitbouwen”

“Vaak zijn het universitaire centra die nieuwe methodieken testen en als eerste implementeren. Tegelijk zien we dat heel wat *best practices* ontstaan in de dagelijkse praktijk in ziekenhuizen en andere zorgomgevingen.

In ons onderzoek en onderwijs richten wij ons daarom de jongste tijd vooral op translationeel kwaliteitsbeleid. Expertise die ontstaat in een klinisch-academische omgeving wordt naar andere zorgomgevingen overgebracht. Omgekeerd proberen we innovatieve ideeën uit de praktijk zo snel mogelijk te valideren via onderzoeksprojecten, waarna deze op grote schaal kunnen worden geïmplementeerd. Een mooi voorbeeld is het project Gerodent, dat de klinische expertise over tandhygiëne bij ouderen naar de woonzorgcentra brengt met een mobiele tandheelkundige equipe.

Een recent onderzoek ging na in welke mate huisartsen in hun verwijsgedrag rekening houden met kwaliteitsaspecten. Huisartsen verwachten goede communicatie en afstemming. Kwaliteitsproblemen vinden hun oorsprong vaak op de overgang van de ene zorgcontext naar de andere.

Om ook studenten voor te bereiden op de multidisciplinaire context, organiseren we sinds vorig academiejaar een ‘interprofessionele module’ voor studenten geneeskunde, gezondheidsmanagement, verpleeg- en vroedkunde en gezondheidsvoorlichting en -bevordering. We laten deze studenten samenwerken, zodat ze het belang van een goede afstemming ontdekken.”

PROF. DR. DOMINIQUE VANDIJCK, HOOFDDOCENT UHASSELT, UGENT EN UZ GENT

“Surgical safety checklist laat weinig ruimte voor variatie”

“Wij voeren onderzoek naar de effecten en voorwaarden voor een goede implementatie van de *surgical safety checklist* (SSC) van de WGO. Bij ongeveer 10% van alle ziekenhuisopnamen berokkent een *adverse event* schade aan de patiënt. Twee op de drie van die incidenten is geassocieerd met heelkundige zorg, waarvan minstens de helft vermijdbaar is. Een sluitend gebruik van de SSC kan hier het verschil maken.

Zorg voor de patiënt duurzaam veilig maken is een evidente verwachting, maar in de praktijk minder evident te realiseren. Zo ook voor de SSC. Eén van de factoren blijkt het (on)vermogen om op evidentie gebaseerde inzichten te vertalen naar de eigen setting. Veel ziekenhuizen nemen initiatieven om de SSC te introduceren, het ene al met groter succes dan het andere.

Dit project beoogt vanuit een methodologisch goed onderbouwde benadering inzichten en ondersteuning aan te reiken voor de ziekenhuizen en speelt daarmee in op de huidige tendens in de zorgsector van meer transparantie en openbaarheid. Er is hiervoor een groot draagvlak bij de professionals en de beroepsverenigingen van chirurgen, anesthesisten en operatieverpleegkundigen.

Wij willen een basisset met op consensus gebaseerde aanbevelingen ontwikkelen, die de ziekenhuizen moet helpen de SSC op een sluitende en succesvolle wijze te implementeren, wat finaal een betere zorg betekent voor de patiënt.”

“Ook geestelijke gezondheidszorg maakt zich op voor indicatoren en accreditatie”

Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) sijpelen begrippen als accreditatie, indicatoren en benchmarking binnen. In veel organisaties is het kwaliteitsbeleid de jongste jaren naar een hogere versnelling geschakeld. In de loop van 2013 wil de sector een eigen basisset van indicatoren op punt hebben. En ook hier maken de eerste voorzieningen zich op om een accreditatieproces te doorlopen. Directeur Patrick Cokelaere van PZ Heilige Familie in Kortrijk weet er meer over.

“In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) groeit de vraag naar verantwoording”, zegt Patrick Cokelaere. “We moeten de maatschappij, de pers en de overheid tonen dat we onze middelen goed besteden. Vanuit de media is er druk om lijstjes en rangschikkingen te publiceren. Het kan echter niet de bedoeling zijn om ‘sterren’ uit te delen. We mogen de ggz niet simplificeren. Het is een complex gegeven waarin heel wat factoren spelen. Bovendien zijn in elke voorziening en zelfs op elke afdeling goede en minder goede ervaringen mogelijk. Zelfs als je erg professioneel werkt, is de *outcome* in de ggz nooit gegarandeerd. Dat is een verschil met algemene ziekenhuizen, waar veel ingrepen en behandelingen gestandaardiseerd zijn. Een knieoperatie is bij elke patiënt nagenoeg gelijk. In de ggz is elke patiënt uniek. Elke patiënt heeft zijn persoonlijkheid en draagt zijn verleden en zijn context met zich mee. Meer nog, in de ggz is het uiteindelijk de patiënt die het moet doen. Wij kunnen proberen om iemand sterker te maken en zijn draagkracht te vergroten, maar als puntje bij paaltje komt, heeft de patiënt zelf veel invloed op zijn herstelproces. In algemene ziekenhuizen is dat minder het geval; daar geneest de arts de patiënt. Het herstelproces in de ggz vergt trouwens veel van de patiënt. Hij wordt met zijn zwaktes geconfronteerd en dat is voor niemand prettig. In de ggz heb je zelden een *quick fix*, in tegenstelling tot de somatische zorg. Veel patiënten in de ggz

Patrick Cokelaere: “Veel patiënten in de ggz genezen nooit helemaal. Ze blijven een beperking hebben voor de rest van hun leven. In die context zijn kwaliteit en patiëntveiligheid enorm belangrijk.”

ggz

genezen nooit helemaal. In die context zijn kwaliteit en patiëntveiligheid enorm belangrijk."

Persoonlijke relaties

"Suïcides voorkomen, crises vermijden, patiënten tegen zichzelf beschermen, de omgeving beschermen tegen patiënten die een gevaar kunnen vormen, agressiebeheersing... Ook dat maakt allemaal deel uit van de patiëntveiligheid in de ggz. Als er in extreme gevallen iets vreselijks gebeurt, zoals in het geval Kim De Gelder, dan rijst meteen de vraag: hadden de zorgverleners dit niet kunnen voorkomen? Dat is een pertinente vraag, die het belang van vroegdetectie en preventie onderlijnt. Omdat patiënten vaak weinig zelfinzicht hebben, moet ook de omgeving haar verantwoordelijkheid nemen. Kortom, waar patiëntveiligheid in algemene ziekenhuizen vooral gaat om het voorkomen van procedurefouten, heeft de ggz veel meer met persoonlijke relaties en met de hele context te maken."

"Natuurlijk werkt de ggz ook met systemen, processen en methodieken", vervolgt Patrick Cokelaere. "Als een patiënt wegloopt en je weet er weinig over en je hebt geen afspraken met de politie, dan zit je met een probleem. Dat soort zaken kan je met een goede organisatie voorzien en voorbereiden. Daarover gaat ook het accreditatieproces: op welke manier is de werking van een organisatie onderbouwd en hoe worden verbetertrajecten cyclisch gegenereerd vanop de werkvloer. In Nederland is er al enige ervaring met accreditatie van ggz-voorzieningen. Die ontwikkeling komt er ook bij ons. In PZ Heilige Familie zijn we ons hierop al aan het voorbereiden. Vooral het continue leren en het duurzaam implementeren van verbeteringen zijn belangrijk."

"In PZ Heilige Familie werken we net als veel andere ggz-voorzieningen al met indicatoren. Ik beschouw die vooral als een soort van koortsthermometer. Is er geen verhoging, dan is het in orde; is er wel koorts, dan moeten we op zoek naar de oorzaken. Indicatoren zijn een alarmsysteem met rode lampjes die gaan branden als er iets aan de hand is of als ik niet de resultaten boek die ik betracht. Het is goed om over alle voorzieningen heen een indicatorenset te ontwikkelen voor de ggz. Dan kunnen we ook benchmarken. We kunnen beginnen met een tiental indicatoren en dan verder uitbouwen. Want vergeet niet dat indicatoren tijd en energie vragen. Onze ggz-dossiers bevatten veel 'proza' in vergelijking met de somatische dossiers, waar je meer exacte gegevens hebt. En als je bijvoorbeeld actief met de familie wilt werken en voorop stelt dat er binnen de 72 uur contact moet zijn met een dicht familielid, dan moeten alle medewerkers dat consequent registreren. Ook dat is niet vanzelfsprekend."

Duurzaam verbeteren

"Er zijn al eerste aanzetten voor een benchmark in de sector. In West-Vlaanderen wisselen we met bepaalde ggz-voorzieningen al een tiental jaar HRM-indicatoren uit. Ook projectmatig zijn er benchmarks, bijvoorbeeld rond medicatieverbruik, ziekteverzuim, het aantal agressiegevallen en het aantal arbeidsongevallen. Zelfs bij die indicatoren is het vaak moeilijk om te vergelijken. Neem nu agressiebeheersing: vanaf wanneer spreken we van agressie, in hoeverre houden we rekening met de context, de aanleiding en hoe erop gereageerd is, welke patiëntengroepen gaan we vergelijken? Het is veel simpeler om de voedingskost te berekenen en te vergelijken dan het resultaat van de zorg."

"Met ICURO, Zorgnet Vlaanderen en de Vlaamse overheid starten we in de ggz een proces om in de loop van 2013 een eerste basisset van indicatoren te hebben. Voorzieningen kunnen daar vrijwillig bij aansluiten. Het gaat zowel om psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, als om centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen en revalidatiecentra. Ook de eerste lijn kan een betrokken partij worden, met de OCMW's, de huisartsen, de centra algemeen welzijnswerk, de welzijnsvoorzieningen... De continuïteit van zorg staat voorop. We zullen zowel algemene als specifieke of organisatiegebonden indicatoren moeten ontwikkelen. Bij veel therapeuten leeft hierover nog een dubbel gevoel. 'Ik weet wel wat ik doe' en 'Er hoeft niemand over mijn schouder mee te kijken' zijn courante reacties. Ik begrijp die wel, maar toch moeten we af en toe die thermometer durven bovenhalen om even de temperatuur te meten. Meten is trouwens één ding. Veel belangrijker is wat je met de resultaten doet. Hoe werk je aan toegevoegde waarde? Hoe bestendig je een duurzame verbetercyclus?"

"Of we vandaag goed bezig zijn in de ggz? We denken van wel, maar eigenlijk weten we het niet. We werken met *guidelines*, maar transparante gegevens over de kwaliteit zijn niet voorhanden. Bovendien: wat is kwaliteit? Wanneer is iemand geholpen? Wat mag een psychiatrische patiënt verwachten van het herstelproces? Uiteindelijk neem je in een residentiële setting iemand uit zijn context, je bent er intensief mee bezig, maar daarna moet je die persoon ook weer loslaten en dan moet hij zichzelf staande proberen te houden. We werken professioneel, methodisch onderbouwd, zelfkritisch en rekening houdend met goede praktijken uit binnen- en buitenland. En toch heb je soms het gevoel achter het net te vissen. Als een jongere een psychiatrisch probleem heeft, dan gaat daarachter dikwijls een complexe context schuil. Denk aan kindermisbruik of aan ontwrichte gezinnen. In de ggz moeten we hiermee rekening houden en dat maakt het zo arbeidsintensief en zo persoonlijk."

"We hebben een cultuur van lerende organisaties nodig. We moeten van gewoontes kunnen afstappen, vernieuwingen kunnen opnemen en werken aan een opwaartse spiraal. 'Af-gestudeerd' zijn bestaat niet meer vandaag. Wie 'af-gestudeerd' is, wordt binnen de kortste keren een fossiel. De ggz evolueert ontzettend snel. Wij moeten mee evolueren, ook op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid", besluit Patrick Cokelaere.

EXTERNE COMMUNICATIE IN OVERLEG MET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM EN ANDERE PARTNERS

Ziekenhuiskoepels nemen het initiatief

Communicatie

Tegen de zomer van 2013 zullen de deelnemende ziekenhuizen aan het indicatorenproject de eerste feedback krijgen via de Trusted Third Party die de data verwerkt. Het staat de ziekenhuizen op dat ogenblik vrij om al dan niet over deze gegevens te communiceren. De ziekenhuiskoepels ICURO en Zorgnet Vlaanderen streven in elk geval naar transparantie en zullen de ziekenhuizen daarbij ook ondersteunen.

De feedback over de indicatoren dient in de eerste plaats voor intern gebruik. Ziekenhuizen kunnen zich zo benchmarken en verbetertrajecten opstarten. Maar ook externe communicatie kan een goede zaak zijn met het oog op maatschappelijke verantwoording en transparantie.

De ziekenhuiskoepels zullen de ziekenhuizen ondersteunen bij deze externe communicatie. Hierbij zullen verschillende aspecten aan bod komen, zoals de manier van voorstelling, de begrijpelijkheid van de informatie en de duiding van de data. Verschillende tools en kanalen kunnen daarbij aangewend worden, zoals website, jaarverslag, filmmateriaal voor didactische ondersteuning, social media enzovoort.

“Met de andere partijen van het Quality Indicator Project zal dat nog verder afgestemd worden”, vertelt Johan Hellings. “Belangrijk om mee rekening te houden is ook de informatie die de Vlaamse overheid hierover zelf zal beschikbaar stellen. Ook het Vlaams Patiëntenplatform is een belangrijke partner. We hebben goed samengewerkt bij de voorbereiding van de indicatoren en we zullen dat blijven doen, ook voor de communicatie. We kunnen ook leren van buitenlandse ervaringen en er zijn ook al mooie ontwikkelingen in de Vlaamse ziekenhuizen.”

De ziekenhuiskoepels willen zelf het initiatief nemen om de media te informeren. Naar aanleiding van de studiedag op 30 november wordt een eerste stap gezet. “Het is van groot belang om helder aan te geven wat indicatoren wel en niet in beeld kunnen brengen. Er is nog een beetje tijd om dat verder te concretiseren, omdat de feedback over de eerste resultaten tegen de zomer van volgend jaar verwacht wordt. Dat geeft ons de gelegenheid om dit met de ziekenhuizen verder uit te werken en goed voor te bereiden”, aldus nog Johan Hellings.

Hebt u het kwaliteitsvirus al te pakken?

Uitreiking Kwaliteitsprijs 2012

Een constante in de medische wereld is het streven naar meer kwaliteit. Elk ziekenhuis wil een hoogstaande, doeltreffende hulpverlening bieden. Een duurzaam kwaliteitsbeleid is dus cruciaal.

Initiatieven die de medische zorg verbeteren, verdienen dan ook alle aandacht. Daarom reiken Rode Kruis-Vlaanderen en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KU Leuven op dinsdag 11 december 2012 de derde prijs Excellentie in Ziekenhuismanagement uit. Europees president Herman Van Rompuy zal de eregast zijn.

Het project dat de jury het meest kon overtuigen, wordt beloond met een cheque van 12.500 euro. Maar ook alle andere ingediende projecten worden toegelicht. Want allemaal leveren ze een prachtige bijdrage aan kwalitatieve medische zorg.

Het is een unieke kans om inspirerende initiatieven te leren kennen en te netwerken met collega's uit de ziekenhuissector.

Wilt u er graag bij zijn?

Ontving u geen persoonlijke uitnodiging, maar wil u zich laten inspireren op deze kwaliteitsvolle avond? Stuur ons dan een mailtje vóór 20 november 2012 naar kwaliteitsprijs@rodekruis.be, of bel Caroline Vanstraelen op 016 31 61 01 om een plaats aan te vragen.
Dan sturen wij u achteraf een uitnodiging.

Een initiatief van: Rode Kruis-Vlaanderen en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KU Leuven

CZV

Rode Kruis Vlaanderen

Waar en wanneer?

Dinsdag 11 december, vanaf 18 uur
Constant Vanden Stock-stadion
Théo Verbeecklaan
1070 Anderlecht

Meer weten?

Surf naar www.dienstvoorhetbloed.be.

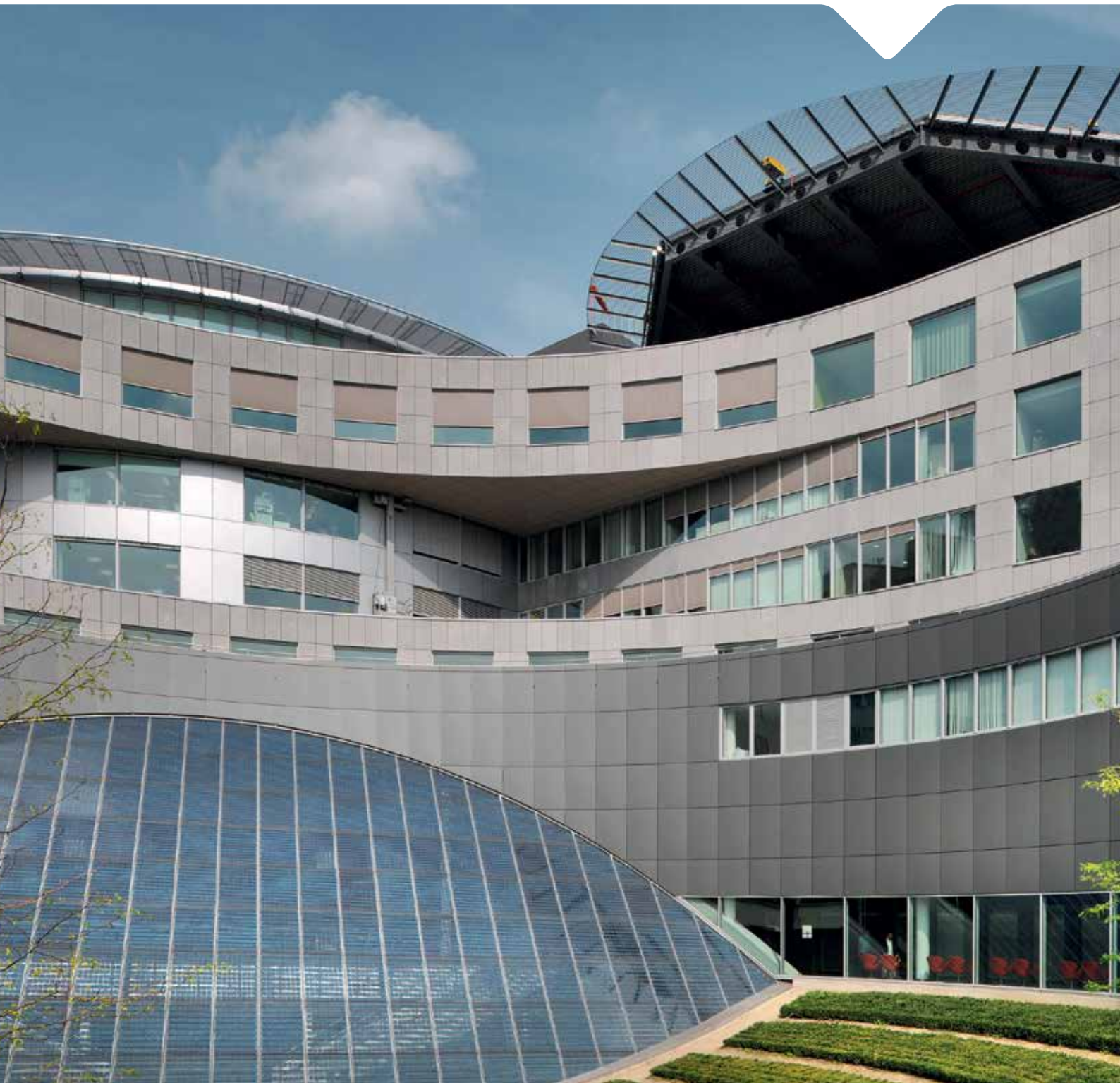
Met medewerking van:

Artsenkrant Specialistenkrant

Vu.: Philippe Vandekerckhove, Motstraat 40, 2800 Mechelen | 2012_048|

KBC
Bank &
Verzekering

Een ziekenhuis moet vooral een gezond huis zijn …

Een ziekenhuis is een plek waar mensen samenkomen. In goede en slechte tijden. Het mag dus best meer zijn dan enkel een huis voor zieken. Want gezondheid draait niet alleen om koude, rationele technologie, maar ook om warmte, zorg en vooral … mensen. Een filosofie waar KBC zich als sector-specialist perfect in kan vinden. Maar waar we ook de prijs van kennen. Daarom denken we graag mee met de sector over alle aspecten die van een ziekenhuis een gezond huis maken.

KBC. Wij spreken uw taal.