



# HPI.be

## Hospital Performance Indicators

Hospital Performance Indicators in Algemene Ziekenhuizen:  
Ontwikkeling van een Indicatorenset in het Kader van Continue  
Kwaliteitsverbetering

### Auteurs

Catherine Lucet, Joël Ficet, François Daue, Caroline Van Boven,  
Luk Cannoodt, Dominique Van Dijck, Jessica Jacques

### Superviseurs

Pierre Gillet, Johan Kips et Lieven Annemans



## Sommaire

<b>1</b>	<b>ALGEMENE INLEIDING</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>ALGEMEEN BELGISCH CONCEPTUEEL KADER</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>SYSTEMATISCH LITERATUURVERZICHT</b> .....	<b>14</b>
3.1	METHODOLOGIE .....	14
3.2	DEFINITIES TERMINOLOGIE.....	17
3.2.1.	<i>Kwaliteit ('quality') vs. kwaliteitsvolle zorg ('quality of care' / 'quality of healthcare')</i> .....	17
3.2.2.	<i>Indicator ('indicator') vs. kwaliteitsindicator ('quality indicator')</i> .....	19
3.2.3.	<i>Performantie ('performance') vs. kwaliteit ('quality')</i> .....	20
3.2.4.	<i>Performantiemeting ('performance measurement') vs. performantiemanagement ('performance management')</i> .....	21
3.2.5.	<i>Performantiemaat ('performance measure') vs. performantie-indicator ('performance indicator')</i> 22	22
3.2.6.	<i>Procesmeting ('process measure') vs. uitkomstenmeting ('outcome measure')</i> .....	22
3.2.7.	<i>Performantiemeetsysteem ('performance measurement system')</i> .....	22
3.3	INDICATOREN.....	23
3.3.1.	<i>Metten van Kwaliteit</i> .....	23
3.3.2.	<i>Soorten Indicatoren</i> .....	26
3.4	AANDACHTSPUNTEN BIJ HET ONTWIKKELEN VAN INDICATORENSETS .....	31
<b>4</b>	<b>LITERATUURVERZICHT VAN EEN SELECTIE VAN NIET KLINISCHE PERFORMANTIE INDICATOREN</b> .....	<b>33</b>
4.1	INLEIDING.....	33
4.2	SELECTIE NIET-KLINISCHE PERFORMANTIE INDICATOREN VOOR DE ONTWIKKELING VAN EEN INDICATORENSET VOOR DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN .....	35
4.2.1.	<i>Graad van financiële onafhankelijkheid</i> .....	37
4.2.2.	<i>Niveau van cashflow</i> .....	37
4.2.3.	<i>Rentabiliteit</i> .....	38
4.2.4.	<i>Performantie in termen van verblijfsduur</i> .....	38
4.2.5.	<i>Gebruik van ziekenhuiscapaciteit</i> .....	39
4.2.6.	<i>Kwalificatiegraad van het verpleegkundig / verzorgend personeel</i> .....	40
4.2.7.	<i>Personeelstevedenheid</i> .....	40
4.2.8.	<i>Patiënttevredenheid</i> .....	41
4.2.9.	<i>Aantal klachten bij de ombudsdienst</i> .....	42
4.2.10.	<i>Informaticakosten / investeringen ICT</i> .....	42
4.3	ALGEMENE DISCUSSIE, KRITISCHE BESCHOUWINGEN EN POTENTIËLE ORIËNTATIES VOOR DE TOEKOMST .....	43
4.4	AANBEVELINGEN VOOR HET BELEID .....	46
4.5	CONCLUSIE.....	47
<b>5</b>	<b>OVERZICHT VAN PROGRAMMA'S VOOR BEOORDELING VAN ZIEKENHUIS PERFORMANTIE</b> .....	<b>48</b>
<b>GROTE PROJECTEN USA</b> .....	<b>48</b>	
5.1	INDICATORENSET VAN HET AHRQ.....	48
5.1.1	<i>De indicatoren</i> .....	50
5.1.2	<i>Implementatie / Operationaliseren</i> .....	53
5.1.3	<i>Beperkingen / moeilijkheden</i> .....	54
5.2	HET PROJECT IHI EN HET WERK VAN RICHARD GROL.....	55
5.2.1	<i>De methodologie</i> .....	56
5.2.2	<i>Implementatie / operationaliteit</i> .....	58

5.2.3	<i>Beperkingen/moeilijkheden</i> .....	59
<b>EUROPESE PROJECTEN .....</b>		<b>61</b>
5.3	HET PATH PROJECT .....	61
5.3.1	<i>De indicatoren</i> .....	63
5.3.2	<i>Implementatie / operationaliteit</i> .....	66
5.3.3	<i>Beperkingen / problemen</i> .....	66
5.4	METEN VAN DE PERFORMANTIE VAN ZIEKENHUIZEN IN GROOT-BRITANNIË .....	68
5.5	FRANKRIJK.....	73
5.5.1	<i>Het certificaat</i> .....	73
5.5.2	<i>Het Compaq HPST project</i> .....	75
5.6	ZIEKENHUIS PRESTATIES IN NEDERLAND.....	80
5.6.1	<i>De indicatoren van Zichtbare Zorg</i> .....	84
5.6.2	<i>Indicatoren</i> .....	85
5.6.3	<i>Implementatie / operationalisatie</i> .....	86
5.6.4	<i>Beperkingen / Uitdagingen</i> .....	88
5.7	DUISSLAND .....	89
5.7.1	<i>Algemene context van de ziekenhuiszorg in Duitsland</i> .....	89
5.7.2	<i>Kwaliteitszorg in ziekenhuizen</i> .....	90
5.7.3	<i>Beperkingen / problemen</i> .....	93
5.8	LUXEMBURG .....	94
5.8.1	<i>De kwaliteitsinciterende programma's (van 1998 tot 2002)</i> .....	94
5.8.2	<i>Het EFQM-model en de indicatoren voor kwaliteit en performantie (sinds 2004)</i> .....	96
5.9	DENEMARKEN - DANISH NATIONAL INDICATOR PROJECT NIP .....	101
5.9.1	<i>Indicatoren</i> .....	101
5.9.2	<i>Implementatie / operationalisatie</i> .....	104
5.9.3	<i>Beperkingen / problemen</i> .....	105
5.10	SUEDE.....	106
5.10.1	<i>Indicatoren</i> .....	106
5.10.2	<i>Implementatie / operationaliteit</i> .....	108
5.11	ITALIË.....	109
5.11.1	<i>Project SIVeAS</i> .....	109
5.11.2	<i>Het project Micronet</i> .....	112
<b>6 DE INITIATIEVEN VAN DE METING EN DE VERBETERING VAN DE ZIEKENHUISPERFORMANTIE IN BELGIË.....</b>		<b>114</b>
6.1	DE PROJECTEN VAN DE FOD-VG .....	114
6.1.1	<i>Multidimensionele en geïntegreerde feedback</i> .....	114
6.1.2	<i>Contract QS - Contract « Coördinatie kwaliteit en veiligheid van de patiënten »</i> .....	120
6.1.3	<i>FEEDBACK PSI</i> .....	130
6.1.4	<i>Feedback FINhosta</i> .....	134
6.1.5	<i>Feedback van de jaarlijkse statistische vragenlijsten</i> .....	140
6.2	INSTITUUT VAN GEZONDHEIDSZORG: OPSTELLEN VAN EEN SET VAN INDICATOREN VOOR DE KWALITEIT EN DE ZIEKENHUISHYGIËNE.....	147
6.2.1	<i>Historiek</i> .....	147
6.2.2	<i>Doelstellingen</i> .....	147
6.2.3	<i>Methodologie</i> .....	147
6.2.4	<i>Timing</i> .....	149
6.2.5	<i>Meerwaarde</i> .....	149
6.2.6	<i>Beperkingen</i> .....	149
6.3	ZIEKENHUISVERENIGINGEN.....	150
6.3.1	<i>Vlaams Quality Indicator Project – ICURO – Zorgnet Vlaanderen</i> .....	150
6.3.2	<i>Benchmark SANTHEA</i> .....	157
6.4	INITIATIEVEN GEKOPPELD AAN UNIVERSITEITEN .....	161
6.4.1	<i>NAVIGATOR® - CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP (K.U.LEUVEN)</i> .....	161
6.4.2	<i>Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven (VznkuL)</i> .....	165
6.4.3	<i>BENCHMARKING CIES</i> .....	167
6.5	PRIVÉ BENCHMARK INITIATIEVEN .....	172

6.5.1	BENCHMARK MAHA.....	172
6.5.2	BENCHMARKING 3M.....	176
6.5.3	Zorgdata – STUDIECENTRUM GEZONDHEIDSZORG (ATHENA).....	179
6.5.4	MATRIX – PARTEZIS.....	187
6.6	HET FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (KCE) EN DE INDICATOREN VAN DE ZIEKENHUISPERFORMANTIE.....	191
6.6.1	Historiek.....	191
6.6.2	Doelstellingen.....	191
6.6.3	Nature.....	191
6.6.4	Auteurs.....	191
6.6.5	De projecten met betrekking tot de indicatoren van ziekenhuisperformantie.....	191
6.7	KANKERREGISTER.....	203
6.7.1	Historiek.....	203
6.7.2	Doelstellingen.....	203
6.7.3	Projecten.....	204
6.7.4	Het team van het register.....	207
6.7.5	De gegevens.....	207
6.7.6	Deelnemers/stakeholders.....	207
6.7.7	Meerwaarde van het initiatief.....	208
6.7.8	Beperkingen.....	208
6.7.9	Toekomstperspectieven.....	208
6.8	INTERMUTUALISTISCH AGENTSCHAP AIM-IMA EN DE FEEDBACKS GEORGANISEERD DOOR DE MUTUALITEITEN.....	209
6.8.1	Historiek.....	209
6.8.2	Doelstellingen.....	209
6.8.3	Nature.....	209
6.8.4	Auteurs.....	210
6.8.5	Deelnemers/stakeholders.....	211
6.8.6	Frequentie van de feedback.....	211
6.8.7	Type indicatoren.....	211
6.8.8	Methodologie inclusief verzameling van gegevens, validering, opvolging.....	211
6.8.9	Rapporten/Feedback.....	212
6.8.10	Meerwaarde van het initiatief.....	212
6.8.11	Beperkingen.....	212
6.8.12	Toekomstperspectieven.....	213
<b>7</b>	<b>EMPIRISCHE ANALYSES VAN DE BESTAANDE GEGEVENS BANKEN.....</b>	<b>214</b>
7.1	EXPLORATIE VAN DE GEGEVENS VAN DE VRAGENLIJST VAN DE ZIEKENHUISSTATISTIEKEN.....	214
7.1.1	Ratio Aantal bedden.....	214
7.1.2	Ontslagbeleid door de sociale werkers.....	215
7.1.3	FTE van sociale werkers voor 100 bedden.....	218
7.1.4	Evolutie en stabiliteit van het medisch en verpleegkundig personeel.....	219
7.1.5	Kwalificatie percentage van de verpleegkundigen.....	221
7.1.6	Activiteitsvolume per medische apparaten.....	221
7.1.7	Human resources vrijgemaakt door de laboratoria.....	223
7.1.8	De activiteit van de MUG.....	224
7.1.9	Discussie.....	225
7.2	DE PATIENT SAFETY INDICATORS (PSI) IN BELGIË: EEN BETROUWBAAR OPSPORINGSINSTRUMENT ?...	227
7.2.1	Inleiding.....	227
7.2.2	Materieel en Methode.....	228
7.2.3	Resultaten.....	230
7.2.4	Discussie.....	233
7.2.5	Besluit.....	235
<b>8</b>	<b>EXPLORATIE IN EEN STEEKPROEF VAN ACUTE ZIEKENHUIZEN.....</b>	<b>236</b>
8.1	INLEIDING - DOELSTELLINGEN EN METHODOLOGIE VAN DE VERKENNENDE STUDIE IN DE ZIEKENHUIZEN	236
8.1.1	Doelstellingen van de verkennende studie in de ziekenhuizen.....	236
8.1.2	Bijdrage van de kwalitatieve analyse van de interviews.....	236
8.1.3	Gespreksgids.....	238

8.1.4	<i>Praktische modaliteiten van het interview</i> .....	239
8.1.5	<i>Steekproef</i> .....	240
8.1.6	<i>Analyse van de gegevens</i> .....	240
8.1.7	<i>« Success stories »</i> .....	242
8.1.8	<i>Anonimiteit</i> .....	243
8.1.9	<i>Structuur van het hoofdstuk</i> .....	243
8.2	DIAGNOSTIEK VAN HET GEBRUIK VAN DE PERFORMANTIE INDICATOREN IN DE ZIEKENHUIZEN .....	244
8.2.1	<i>Visie van de performantie en de strategieën van de instelling</i> .....	244
8.2.2	<i>Performantie, projecten en indicatoren</i> .....	252
8.2.3	<i>Ziekenhuisorganisatie en performantie beleid</i> .....	260
8.2.4	<i>Het gebruik van benchmarking</i> .....	276
8.3	DE VERWACHTINGEN VAN DE ZIEKENHUIZEN OVER EEN INDICATORENSET .....	283
8.3.1	<i>Welke selectiecriteria voor een set van performantie-indicatoren ?</i> .....	283
8.3.2	<i>Hoe een set van performantie indicatoren te operationaliseren ?</i> .....	286
8.4	DE IMPLEMENTATIE VAN PERFORMANTIE INDICATOREN TERMEN VAN SUCCES EN FALEN.....	289
8.4.1	<i>Structurele condities</i> .....	290
8.4.2	<i>De strategie</i> .....	291
8.4.3	<i>Leadership en legitimiteit</i> .....	293
8.4.4	<i>Feedback en motivatie van het personeel</i> .....	296
8.4.5	<i>De beschikbaarheid van de middelen</i> .....	298
<b>9</b>	<b>PERFORMANTIE-INDICATOREN IN PSYCHIATRISCHE HOSPITALLEN EN DIENSTEN</b>	
	<b>301</b>	
<b>10</b>	<b>CONCLUSIE: PISTES VOOR DE IMPLEMENTERING VAN EEN INDICATORENSET.....</b>	<b>310</b>
<b>11</b>	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>313</b>
<b>12</b>	<b>ADDENDUM BIJ HET HPI.BE RAPPORT .....</b>	<b>315</b>
	<b>TABEL 8 : LIJST VAN DE INDICATOREN VOORGESTELD IN HET KADER VAN HET HPI.BE PROJECT (GEÏNTEGREERDE MULTIDIMENSIONELE FEEDBACK EN ANDERE) .....</b>	<b>319</b>
	<b>TABEL 9: BESCHRIJVENDE FICHES VAN DE KLINISCHE INDICATOREN .....</b>	<b>324</b>

## Dankwoord

We bedanken de volgende personen die geholpen hebben aan de redactie van enkele hoofdstukken in het rapport:

Laurence Lambert, Natacha Viseur van het Instituut van volksgezondheid,  
Nancy Laport uit CHU van Luik,  
Em. Franz Baro du WHO,  
Walter Kessler uit CHC Luik.

Wij bedanken de directie van het UZAntwerpen voor de tijd die ze vrijmaakten om de gespreksgidsen te pre-testen.

Wij bedanken eveneens voor hun steun, raad en de communicatie van de informatie  
Margareta Haelterman, Willem Aelvoet, Liesbeth Borgermans, Samira  
Ouraghi, Dominique Dicker, Hilde Peleman, David Sauwens, Stéphanie  
Maquoi, Miguel Lardennois, Agnès Jacquerye, Isabelle Van der Brempt en  
Christiaan Decoster van de FOD-VG;  
Liesbet Van Eycken en Julie Francart van het Kankerregister

Wij bedanken de ziekenhuizen en de leden van de directie die vriendelijk deelnamen aan de interviews en die hun ervaring en hun visie met ons gedeeld hebben:

*Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell – CHIREC*  
*Centre Hospitalier Tubize – Nivelles*  
*Centre Hospitalier Universitaire de Liège*  
*CHU Saint Pierre*  
*Cliniques Universitaires St Luc*  
*H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw*  
*Hôpitaux IRIS SUD*  
*ISPPC / CHU de Charleroi & Châtelet – Chu Vésale & Léonard de Vinci - Hôpital*  
*psychiatrique Vincent Van Gogh à Marchienne*  
*Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze*  
*UZ Gent*  
*UZ Leuven*  
*ZNA (ZienhuisNetwerk Antwerpen)*

## Lijst met afkortingen

BPB	Bruto Binnenlands Product
EB(M)	Evidence-based (medicine)
EU	Europese Unie
FOD	Federale overheidsdienst
FOD VVVL	Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
HPI	Hospital Performance Indicators
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IOM	Institute of Medicine
MeSH	Medical Subject Heading
MFG	Minimale Financiële Gegevens
MKG	Minimale Klinische Gegevens
MVG	Minimale Verpleegkundige Gegevens
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PMS	Performantiemeetsysteem
RAM	Rand Appropriateness Method
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

# 1 Algemene Inleiding

De federale overheid (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen) beschikt heden over uitgebreide en goed gedocumenteerde databanken welke, naast een hele reeks van andere doelen, kunnen aangewend worden om de performantie van de Belgische algemene ziekenhuizen in kaart te brengen. In het kader van het contract 'Coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid' werd in 2006 door de overheid het rapport 'Multidimensionele en geïntegreerde feedback van administratieve gegevens-verkennende fase' gevolgd door het rapport 'Multidimensionele feedback naar de ziekenhuizen' in 2008, waarin respectievelijk 11 en 29 indicatoren werden weerhouden, onder de ziekenhuizen verspreid (B.S.30.VII.2004; FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2008). Medio 2011 wordt verwacht dat de derde editie van dit rapport zal verschijnen. Dit initiatief heeft tot doel een instrument aan te reiken aan de ziekenhuizen aan de hand waarvan men de performantie binnen de instelling kan meten, en dit gebaseerd op de gegevens die reeds in de verschillende databanken voorhanden zijn (met name, de Sociale Balans, FINHOSTA, Minimale Klinische Gegevens (MKG), en de jaarlijkse Ziekenhuisstatistieken). Hiermee koppelt de overheid de beschikbare gegevens terug naar de sector onder de vorm van een indicatorenset. Dit moet de algemene ziekenhuizen enerzijds in staat stellen intern te reflecteren over hun processen en anderzijds zich te positioneren en benchmarken ten aanzien van de andere instellingen. Bovendien bestaat één van de objectieven erin de kwaliteit van de door de ziekenhuizen aangeleverde data aan de FOD te verbeteren.

De HPI.be studie (Hospital Performance Indicators) sluit naadloos aan bij het contract 'Coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid' en heeft als finale doel het ontwikkelen van een beperkte set van performantie-indicatoren die de ziekenhuizen moet helpen het interne kwaliteitsbeleid verder te optimaliseren. Hiervoor worden onder andere interviews georganiseerd met verschillende sleutelfuncties binnen de ziekenhuizen en geanalyseerd teneinde een duidelijk beeld te verkrijgen van hoe in



de praktijk wordt omgegaan met indicatoren, inclusief de implicaties voor het beleid die hieraan navolging krijgen.

Dit eerste deel van de studie bestaat erin een overzicht te geven van wat de wetenschappelijke literatuur weergeeft aangaande het gebruik van performantie-indicatoren binnen de ziekenhuissector. Een performantie-indicator is een meetbare variabele die aangeeft of er opportuniteiten tot prestatieverbetering in de instelling voorhanden zijn. De overheid (federaal en Vlaams) heeft getracht aan de hand van het kwaliteitsdecreet de sector aan te sporen tot het meten van hun werking, versta de mate waarin kwaliteitszorg verleend wordt, zonder hier een initiële controlerende functie aan te koppelen met eventuele ruimte voor budgettaire consequenties voor de instelling in kwestie(B.S.30.VII. 2004). Dit decreet legt de kwaliteitszorg in gezondheidsvoorzieningen vast. Dankzij het decreet is het accent in de kwaliteitszorg verschoven van: 1) input naar outputnormen en 2) van het functioneringskader van de voorziening naar de effecten op de gebruiker. Daarnaast legt het decreet verplichtingen op aan de instellingen om: 1) aan zijn gebruikers een verantwoorde hulp- en dienstverlening te verlenen, en 2) om het interne beleid dat dit met zich meebrengt aantoonbaar te maken. Om hieraan te kunnen voldoen dienen onder andere het kwaliteitshandboek en het evaluatierapport te worden bijgehouden (B.S.30.VII. 2004; Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid 2011) .

De HPI.be studie tracht na te gaan in welke mate de ziekenhuizen hiermee in de praktijk omgaan. Meer specifiek wordt bestudeerd welke de voor de sector meest relevante indicatoren zijn, welke de beïnvloedbare factoren zijn en hoe deze gerelateerd zijn met de performantie(meting) in de ziekenhuizen.

In de wetenschappelijke literatuur verschijnen almaar meer studies die het belang van performantiemeting binnen de zorg/ziekenhuissector onderstrepen. Maar wordt performantie gemeten en, zo ja, hoe wordt het gemeten? Uit een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie(World Health Organisation 2001) blijkt een gestage stijging van de uitgaven binnen de zorgsector. Wat betreft België gaat momenteel bij benadering 10% van het Bruto Binnenlands Product (BPB) naar gezondheidszorg en naar grote waarschijnlijkheid zal dit percentage verder toenemen in de (nabije) toekomst. Hiermee staat ons land op een vierde plaats in Europa en scoort het hoger

vergeleken met een gemiddeld ander land binnen de Europese Unie (EU) (9,4%) of een land binnen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) (8,9%). De laatste decennia is immers een verder stijgende trend waar te nemen in deze uitgaven. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, en dit zonder te moeten inboeten op de kwaliteit ervan, is het van primordiaal belang de beschikbare middelen zo optimaal mogelijk te besteden, met andere woorden maximale gezondheidswinst genereren (Annemans 2007). Dit kan door de middelen op een zo goed mogelijke manier toe te wijzen aan de verschillende disciplines binnen de zorgsector, doch hiervoor is een duidelijk en realistisch beeld van de geleverde kwaliteit nodig om het beleid op te sturen. Mede omwille van deze hoge kosten komt aandacht voor kwalitatieve zorgverlening en verbetering van de performantie steeds meer in de belangstelling. Problemen met betrekking tot de performantie kunnen een effectieve behandeling/opvolging immers in de weg staan en zo een optimaal herstel van de patiënt verhinderen. Dit heeft zowel vanuit maatschappelijk, sociaal en (gezondheids)economisch perspectief grote gevolgen (Ganju 2006). Omwille van eerdergenoemde argumenten is het dan ook evident dat de overheid de gezondheidszorgsector meer en meer wil aanmoedigen om de performantie binnen hun instelling te monitoren en initiatief te nemen daar waar verbetering mogelijk is en daarbovenop verantwoording af te leggen wat betreft het inzetten van verkregen middelen.

Het huidige onderzoek heeft als doel een set van prestatie-indicatoren voor te stellen dat aangepast is aan het specifieke karakter van de Belgische ziekenhuizen en dat door hen bruikbaar is om zo hun doeltreffendheid te verbeteren.

Dit rapport bestaat uit verschillende luiken. Vanuit de literatuur zullen wij de definitie van de gebruikte termen nader verduidelijken. Aanvankelijk een conceptueel kader bepalen is een essentiële stap van de programma's die de doeltreffendheid beogen. Het conceptuele model zal helpen om de dimensies van doeltreffendheid te bepalen en de selectie van overeenstemmende indicatoren te oriënteren (Veillard, Champagne et al. 2005). Een overzicht van de literatuur zal zich buigen over de niet klinische ziekenhuiseigen prestatie-indicatoren. Vervolgens

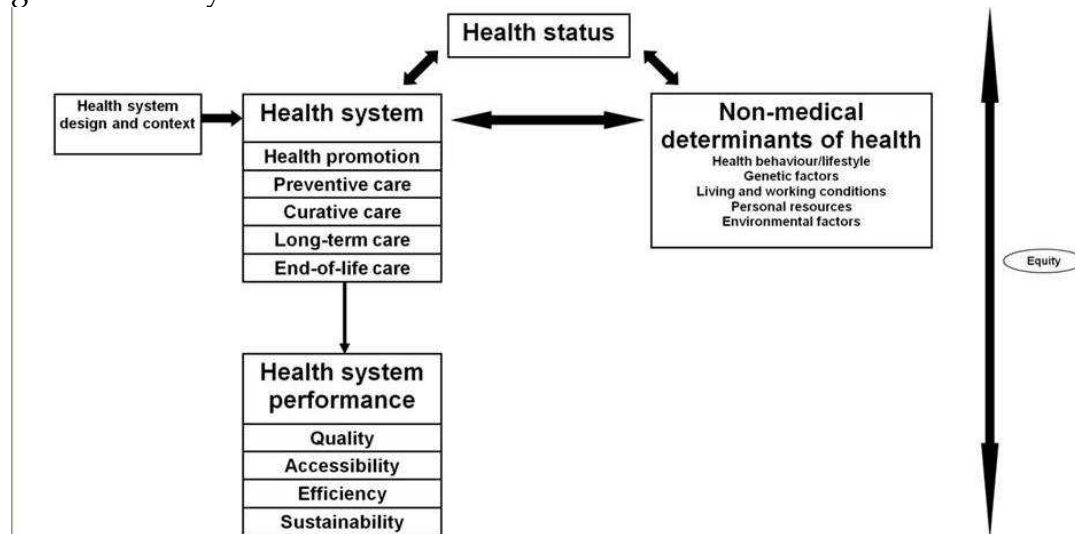
overlopen wij de ervaring ter verbetering van de ziekenhuisprestaties die in het buitenland is opgebouwd alsook de bestaande ervaring in België. Het volgende luik zal de perceptie benaderen van de doeltreffendheid van ziekenhuisdirecties en de acties die momenteel worden opgesteld in een aantal Belgische ziekenhuizen om deze prestatie te verbeteren, de aanmoedigende factoren en eventuele hindernissen tot succes van dergelijke benaderingen te analyseren. Dit luik zal zich baseren op de verwezenlijking van halfgestructureerde interviews van directieleden. Een overzicht van de indicatoren van de psychiatrische sector zal vervolgens worden voorgesteld. Ten slotte, zullen we trachten een voorbeeld te geven van een set indicatoren voor het HPI.be project samen met aanbevelingen die resulteren uit de voorgaande fases.

## **2 Algemeen Belgisch conceptueel kader**

Een conceptueel kader werd onlangs vastgelegd (juni 2010) voor het meten van de doeltreffendheid van het Belgische gezondheidssysteem door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (ISP-WIV) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (INAMI-RIZIV) (Vlayen and al 2010). Er moet een verband gelegd worden tussen het rapport van het KCE en het Handvest van Tallin over de gezondheidssystemen dat ondertekend werd door de landen van de Eurozone van de WGO en waarin de leden zich ertoe verbinden “de transparantie te bevorderen en verantwoording af te leggen op vlak van de doeltreffendheid van de gezondheidssystemen door de publicatie van de meetbare resultaten”. Het doel van het voorgestelde conceptueel kader bestaat er dus in de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem te meten en deze op te volgen in de tijd, voor transparantie op Europees niveau maar ook om de prestatie van het Belgische gezondheidssysteem te vergelijken met de buitenlandse gezondheidssystemen.

Figuur 1 hieronder, uit het rapport van het KCE, stelt een grafiek voor van het door drie instituten ontwikkelde kader op basis van de gegevens uit de literatuur en bijeenkomsten van nationale en internationale experts. Ze stelt in staat de inwendige concepten en hun onderlinge relaties af te beelden.

**Figuur 1** Conceptualisatie van de doeltreffendheid van het Belgische gezondheidssysteem



De gekozen benadering voor de evaluatie van het gezondheidssysteem is holistisch en omvat de gezondheidstoestand van de bevolking, niet-medische bepalende factoren van de gezondheid en het gezondheidssysteem. Het kader 'Gezondheidssysteem' omvat de 5 domeinen van het gezondheidssysteem. De ziekenhuiszorgen integreren zich voornamelijk op het niveau van de curatieve zorgen maar ook op het niveau van de zorgen op lange termijn, zorgen rond het levenseinde en in mindere mate op het niveau van de preventieve zorgen en de bevordering van de gezondheid.

De dimensies volgens dewelke de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem in dit kader worden gemeten zijn kwaliteit, toegankelijkheid, doeltreffendheid, duurzaamheid.

Dit kader heeft de verdienste de doeltreffendheid van het ziekenhuissysteem te plaatsen in een globalere context van gezondheidszorgen en zelf van de gezondheid in het algemeen en herinnert eraan dat het uiteindelijke doel van het ziekenhuissysteem erin bestaat bij te dragen tot de bevordering van de gezondheid van de Belgische bevolking en dat deze bijdrage ook het voorwerp moet uitmaken van een meting. Dit kader benadrukt tegelijk de noodzaak van de maximale integratie van de ziekenhuiszorgen met andere types van zorgen (eerstelijnszorgen, zorgen aan huis, palliatieve zorgen). Deze integratie van het ziekenhuis in het gezondheidssysteem in het algemeen benadrukt onrechtstreeks dat de

ziekenhuisprestatie ook beïnvloed zal worden door de socio-economische situatie van gehospitaliseerde patiënten alsook door de organisatie van het gezondheidssysteem zoals de toegang tot de zorgen, de rollen van de belangrijkste spilfiguren, de bevordering en de preventie, de continuïteit van de zorgen, de zorgen aan huis. De maat van de globale ziekenhuisprestatie moet dus in een context geplaatst worden.

Dit gezegd zijnde, beperkt het holistische aspect van dit referentiekader echter ook het gebruik door de ziekenhuisfiguren en beperkt dus haar operationele toepasselijkheid, bijvoorbeeld voor de definitie en het opstellen van concrete acties ter bevordering van de ziekenhuisprestatie. Hoewel het huidige project in de lijn ligt van het algemene kader van het Belgische gezondheidssysteem, is het echter gepast dat men een specifiek conceptueel kader ontwikkelt voor de ziekenhuisprestatie.

Om het te kunnen ontwikkelen, overlopen wij na een beschrijving van de verschillende besproken concepten, de Europese programma's ter evaluatie van de ziekenhuisprestatie alsook de meest erkende Noord Amerikaanse programma's.

### 3 Systematisch literatuuroverzicht

Dit eerste deel is opgebouwd uit een literatuuroverzicht waarin de huidige stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek aangaande niet-klinische performantie-indicatoren binnen de ziekenhuissetting bondig doch voldoende uitgebreid wordt besproken. Op basis van de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur zullen aanbevelingen geformuleerd worden met betrekking tot de belangrijkste niet-klinische performantie-indicatoren binnen de setting van de algemene ziekenhuizen. Vervolgens zal de discussie deze materie verder kaderen en nuanceren naar de Belgische context toe en eveneens stilstaan bij potentiële tekortkomingen, maar ook sterktes van de gekozen methodologie. Tot slot worden enige aanbevelingen geformuleerd voor het bestuursniveau, alsook worden enkele toekomstperspectieven aangereikt.

#### 3.1 Methodologie

Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd waarbij gezocht werd naar peer-reviewed artikelen in volgende wetenschappelijke databanken: EMBASE – PubMed, Medline (OVID) en Web of Science, Google Scholar en persoonlijke bestanden. Aangezien het zeer specifiek omliggende voorwerp van dit literatuuronderzoek zijnde ‘niet-klinische performantie indicatoren’, en welk vaak verward wordt met andere terminologie werd ervoor geopteerd de zoekstrategie voldoende ruim te houden met als doel het risico dat potentieel relevante artikelen buiten beschouwing zouden blijven zoveel als mogelijk te verkleinen. Bijgevolg is er voor geopteerd ook te zoeken op zoektermen die strikt genomen geen onderwerp van deze literatuurstudie uitmaken, zoals bijvoorbeeld ‘quality indicator’, ‘clinical indicator’, ‘performance outcome’, enzovoort.

Binnen de zoekstrategie werd gebruik gemaakt van volgende Medical Subject Heading (MeSH) terminologie en waarbij eveneens werd gezocht op alle mogelijke combinaties: ‘hospitals’, ‘organizations, nonprofit’, ‘clinical indicator’, ‘quality indicators, health care’, ‘performance outcome’, ‘economics’, ‘process assessment and

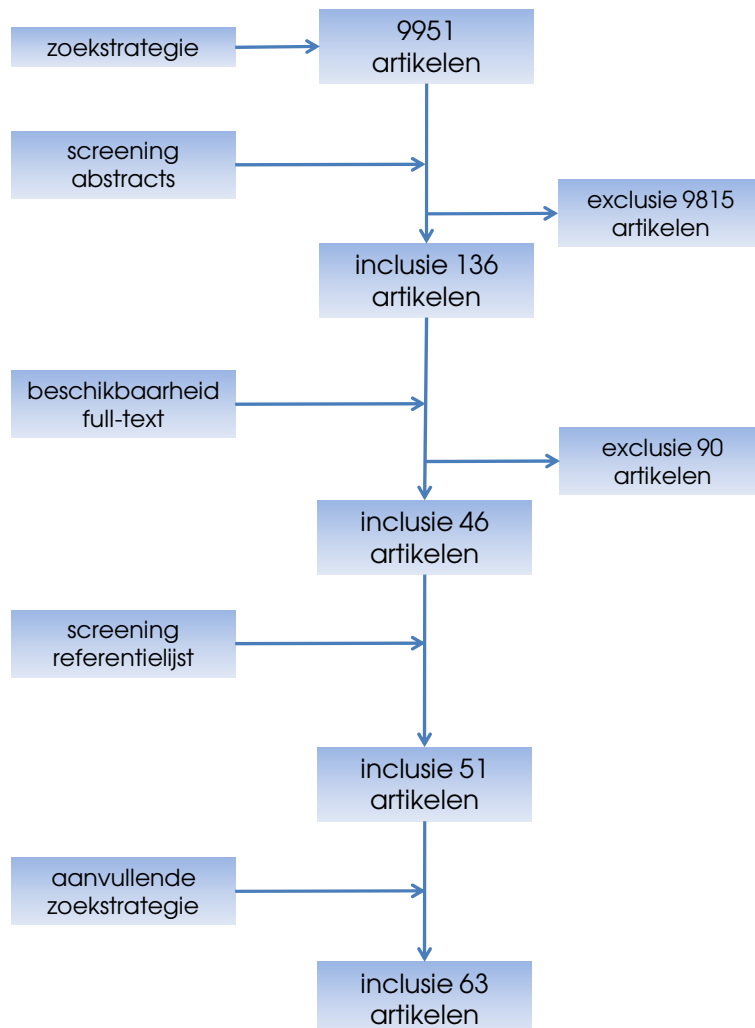
outcome assessment', 'total quality management', 'health care quality, access, and evaluation'.

De zoekstrategie naar literatuur werd uitgevoerd op 22 december 2010 en beperkte zich tot artikelen geschreven in de Engelse of Nederlandse taal. In geval een zoekstrategie meer dan 1000 resultaten opleverde, werd de zoekstrategie verder gelimiteerd tot het enkel in beschouwing nemen van artikelen die gepubliceerd werden gedurende de voorbije 10 jaren. Indien ook deze gelimiteerde zoekstrategie nog steeds in meer dan 1000 zoekresultaten resulteerde, werd er enkel gezocht naar referenties verschenen in de laatste 5 jaren. Er werd geen beperking opgelegd in termen van het land van oorsprong van het desbetreffende onderzoek/artikel. In een tweede fase werden alle abstracts van de gevonden artikelen onafhankelijk gescreend en aan de hand van volgende methodologische criteria werd het respectievelijke artikel al dan niet weerhouden voor nadere analyse; 'ziekenhuissetting/not-for-profit', 'niet-klinische indicatoren in zijn ruimste context (en gebaseerd op het rapport 'Multidimensionele feedback naar de ziekenhuizen' en de 'Maha-analyse') en/of 'kwaliteitsbeleid'(Dexia bank 2006; FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2008). Artikelen die louter klinische indicatoren beschrijven, artikelen over specifieke ziekten of aandoeningen, methodologische artikelen, gevallenstudies, brieven aan de hoofdredacteur werden niet in beschouwing genomen, alsook artikels die betrekking hadden op niet-acute/algemene ziekenhuizen (psychiatrische instellingen of instellingen voor revalidatie, bejaardenzorg, enzovoort) werden niet weerhouden voor nader diepgaande analyse. Wel werd een uitzondering gemaakt voor een beperkt aantal artikelen aangaande het onderwerp onder studie, die interessante perspectieven aangaande kwaliteitsbeleid beschreven met mogelijke translatie naar de acute/algemene ziekenhuissector.

Ter volledigheid werd ook een aanvullende zoektocht gedaan door gebruik te maken van meer algemeen beschikbare databanken, internet en websites van nationale en internationale organisaties en initiatieven. Eveneens werd de referentielijst van weerhouden artikelen gescreend op mogelijk additioneel relevante artikelen, boeken en/of rapporten.

De zoekstrategie leverde 9951 zoekresultaten (artikelen) op (Figuur 2). Deze artikelen werden vervolgens onafhankelijk geselecteerd op basis van het abstract. Na analyse werden uiteindelijk 136 abstracts weerhouden die handelden over niet-klinische indicatoren of het gebruik ervan binnen het kwaliteitsbeleid van acute/algemene ziekenhuizen. Vervolgens werden op basis van beschikbaarheid van de full-text artikelen, 46 artikelen geïncludeerd in de literatuurstudie. Het doornemen van de referentielijsten van artikelen en de aanvullende zoektocht leverde respectievelijk nog 5 en 12 artikelen op die eveneens werden opgenomen voor analyse.

**Figuur 2 Resultaat zoekstrategie literatuuronderzoek**





## **3.2 Definities Terminologie**

In het domein van performantiemeting vindt men een grote verscheidenheid aan terminologie terug. Het feit dat er geen duidelijke consensus bestaat over de gebruikelijke terminologie bemoeilijkt het wetenschappelijk onderzoek. Adair et al. (Adair and al 2003) trachten in hun literatuuroverzicht diverse belangrijke conceptuele verschillen te verduidelijken. Omdat het belangrijk is juist te weten wat de exacte betekenis is van een bepaalde term en dus ook van wat men onderzoekt, worden infra deze verschillen samengevat. Desondanks het literatuuronderzoek een redelijk aantal beschrijvende en/of theoretische artikelen opleverde zijn er desalniettemin geen algemeen aanvaarde of eensluitende antwoorden of definities terug te vinden rond de gebruikte terminologie. Aangezien het onderwerp van deze literatuurstudie een eerder kwalitatief karakter omvat, vaak gebaseerd op basis van expert opinie, is het inschatten van de wetenschappelijke validiteit van sommige artikelen niet eenvoudig, hetgeen een objectieve appreciatie van definities bemoeilijkt. Bijgevolg zullen de in de literatuur meest frequent gehanteerde definities gebruikt/beschreven worden in dit literatuuronderzoek. Om volledig te zijn dient te worden vermeld dat het woord 'performantie' per definitie geen correct Nederlands woord is en het Engelse woord 'performance' in het Nederlands als 'prestatie' dient te worden vertaald. Echter omdat het woord 'performantie' reeds veelvuldig binnen de Nederlandse taal wordt gebruikt, zal ook doorheen dit rapport deze term behouden worden om begripsverwarring te voorkomen. Op specifieke terminologie zal verder in rapport meer gedetailleerd teruggekomen worden (Heene 2002; Verweire and Van den Berghe 2004).

### **3.2.1. Kwaliteit ('quality') vs. kwaliteitsvolle zorg ('quality of care' / 'quality of healthcare')**

Kwaliteit is in alle vormen van communicatie, zeker als het om zorg gaat, een belangrijk argument. Het lijkt zo vanzelfsprekend, maar vaak moeilijk om vatten. Maar het is een term die vele ladingen dekt ('containerbegrip') en waaronder veel kan worden verstaan. Het is daarom belangrijk stil te staan bij de definitie. Duidelijk

afspraken wat onder kwaliteit verstaan wordt (en wat niet!), is ongetwijfeld de eerste noodzakelijke stap in kwaliteitbevordering (Campbell, Roland et al. 2000). Kwaliteit wordt zeer sterk bepaald door perceptie en de verwachtingen van de betrokkenen. Er is dus 'de facto' geen objectieve kwaliteit, maar desondanks kan kwaliteit wel gedefinieerd worden. Hiervoor moet men wel eerst de stakeholders van de instelling bekijken. Een goede kennis van deze stakeholders en hun verwachtingen vormen de basis van de kwaliteit. Voor een ziekenhuis zijn er grosso modo drie belangrijke stakeholders en dus ook invalshoeken te onderscheiden; 1) de patiënt, 2) de professionals, en 3) de financiers en de regelgevende overheid (Donabedian 1980). Bijgevolg kristalliseert goede kwaliteit zich dan ook op het snijvlak tussen deze verschillende invalshoeken.

De literatuur biedt geen sluitende definitie met betrekking tot wat wordt verstaan onder kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis (Grol 1995). Grol (Grol 1995) definieert kwaliteit als volgt: *'Kwaliteitsvolle zorg veronderstelt zorg die beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt, die inhoudelijk van goed niveau is en die zowel doelmatig als patiëntgericht verleend wordt'*. Conform het rapport van Borgermans et al. (Borgermans and al 2010) in opdracht van de FOD VVVL zal doorheen dit rapport geopteerd worden voor de meest gangbare definities van kwaliteit: *'That kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts'* (Donabedian 1978; Donabedian 1980) en *'Quality is defined as the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'* (Institute of Medicine 1990; Institute of Medicine 1999). Kernaspecten of dimensies van kwaliteit die naar voren geschoven worden zijn effectiviteit, efficiëntie, veiligheid, tijdigheid, billijkheid, toegankelijkheid en patiëntgestuurde zorg (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001; Arah, Westert et al. 2006) (tabel 1).

**Tabel 1 Dimensies van kwaliteitsvolle zorg (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008)**

Dimensie	Definitie
Effectiveness	Providing services based on scientific knowledge to all who could benefit, and refraining from providing services to those not likely to benefit.
Efficiency	Avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas and energy.
Safety	Avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them.
Timeliness	Reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
Equity	Providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status
Patient-centeredness	Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions.

Verder maakt de FOD VVVL gebruik van een eigen ontwikkeld en breed classificatiesysteem (FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2008) om indicatoren in te delen namelijk: 1) klinische performantie, 2) patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid, 3) economische, financiële en IT-performantie, en 4) personeelsgerichtheid en teamgerichtheid. Dit literatuuroverzicht over niet-klinische performantie-indicatoren zal nadruk leggen op de laatste twee genoemde dimensies. Bovengenoemde definities hebben gemeenschappelijk dat ze stellen dat kwaliteitszorg finaal leidt tot een ‘verbetering’ van de ‘uitkomst’ voor de patiënt en dit in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap.

### **3.2.2. Indicator (‘indicator’) vs. kwaliteitsindicator (‘quality indicator’)**

In de literatuur is een grote waaier aan definities terug te vinden, alsook worden verschillende soorten/types van indicatoren beschreven (sur la page 26). Wel dient benadrukt te worden dat het merendeel van deze definities zich focust op het beschrijven van wat een klinische kwaliteitsindicator is, doch waarbij een exacte

beschrijving van wat exact verstaan wordt onder 'klinisch' of met andere woorden een goede definitie van 'klinische zorg' vaak ontbreekt. Voor wat betreft klinische kwaliteitsindicatoren hebben de meeste definities gemeenschappelijk dat ze een relatie veronderstellen tussen de kwaliteit van de geleverde zorg enerzijds en het resultaat van deze zorg, m.a.w. de uitkomst voor de patiënt, anderzijds (Barnsley, Lemieux-Charles et al. 1996; Collopy 2000; Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001; Mainz 2003; Australian Council on Health Care Standards. ACHS 2005). Globaal geeft een indicator een kwantificeerbare indicatie van de kwaliteit van de uitkomst/zorg die werd gerealiseerd (Colsen and Casparie 1995; Bouckaert and Auwers 1999; Mainz 2003; Borgermans and al 2010). Dit laatste veronderstelt een interpretatie/waardeoordeel van wat gemeten werd. Een indicator meet per definitie direct of indirect een fragment van de kernactiviteit van een ziekenhuis, namelijk de zorg (Grouwels and al. 2008). In het merendeel van de referenties is er gelijkgezindheid omtrent het meetbare aspect van een indicator, maar omtrent het potentiële gevolg dat hieraan vervolgens kan/dient gegeven te worden bestaan er verschillende visies. Vooreerst geeft een kwaliteitsindicator eventuele problemen aan die vervolgens extra aandacht vereisen, maar vaak wordt het gedefinieerd als een instrument dat kan leiden tot kwaliteitsverbetering of dat dient aangewend te worden ter ondersteuning van beleidsbeslissingen. Ook wordt door sommige auteurs de relatie tussen processen en de gewenste uitkomst beschreven (Jencks 1994; Hofer, Bernstein et al. 1997; Campbell, Braspenning et al. 2002; National Health Service 2003).

Wel moet het onderscheid gemaakt worden tussen een kwaliteitsindicator (cfr. supra) en een performantie-indicator. Deze laatste gaat de zorg enkel monitoren, maar waarbij de kwaliteit van deze zorg niet noodzakelijkerwijze gemeten wordt, laat staan een waardeoordeel aan gekoppeld wordt (Campbell, Braspenning et al. 2002).

### **3.2.3. Performantie ('performance') vs. kwaliteit ('quality')**

In de profit-sector/industrie wordt kwaliteit gezien als één van de vele aspecten van performantie (Barney, 1997). In de zorgsector wordt kwaliteit eerder gezien als het te

bereiken doel van performantiemeting. Anderen zien kwaliteit als één van de aspecten van performantie naast kosten, toegankelijkheid en tevredenheid (NHS, 2003). Velen percipiëren kwaliteit meer als gerelateerd aan processen eerder dan aan het resultaat/uitkomst (outcome) van de zorg (Jencks, 1994; Hofer et al, 1997). Er bestaat wel consensus over het feit dat zowel kwaliteit als performantie complexe en multidimensionele concepten zijn. Desalniettemin worden de termen vaak te pas en te onpas door elkaar gebruikt.

### **3.2.4. Performantiemeting ('performance measurement') vs. performantiemanagement ('performance management')**

Performantiemanagement wordt beschouwd als de filosofie dewelke de performantiemeting ondersteunt. Het is de missie, visie, strategie, teamwerking, training en ter beschikking stellen van middelen om het meten van de performantie te omkaderen (Heene 2002; Verweire and Van den Berghe 2004). Beide termen en de hieraan verbonden activiteiten zijn quasi onlosmakelijk aan elkaar gerelateerd en kunnen niet afzonderlijk beschouwd worden. Daar waar performantiemeting meer betrekking heeft op het meten en het analyseren van de resultaten (doorgaans multidimensioneel en moeilijk te omvatten in individuele indicatoren), staat performantiemanagement meer voor het koppelen en het gebruik van deze meetresultaten in het bepalen van de strategie (Institute of Management Accountants and Andersen 1998; Waggoner and al 1999; Goddard and Jacobs 2008). De in de literatuur meest aangehaalde argumenten en doelen voor performantiemeting in de zorgsector betreffen het identificeren van mogelijke gebieden voor kwaliteitsverbetering en het ter beschikking stellen van de nodige middelen hiervoor, het informeren van het accreditatie proces, het helpen in het beheren van zorgprocessen en activiteiten, en het maken van keuzes, het verhogen van maatschappelijke verantwoording, en tot slot het aanreiken van data voor epidemiologisch en maatschappelijk onderzoek (Adair and al 2003).

### **3.2.5. Performantiemaat ('performance measure') vs. performantie-indicator ('performance indicator')**

Het is van bijzonder belang beide termen duidelijk van elkaar te onderscheiden. Een performantie-indicator is niet datgene wat rechtstreeks gemeten/gecodeerd wordt, maar eerder een baken dat aangeeft waar er potentiële opportuniteiten voor verbetering te detecteren zijn (Verweire and Van den Berghe 2004). Hij is doorgaans complex en multidimensioneel. Dergelijke performantie-indicator bestaat uit verschillende performantiematen. De performantiemaat daarentegen is datgene dat gemeten/gecodeerd/gecapteerd wordt. Uitzonderlijk kan een indicator unidimensioneel zijn. In dit laatste geval zijn de indicator en performantiemaat aan elkaar gelijk.

### **3.2.6. Procesmeting ('process measure') vs. uitkomstenmeting ('outcome measure')**

Binnen de non-profit sector wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen deze beide begrippen. Procesmeting focust zich voornamelijk op een proces met een zeker resultaat. Hierbij gaat men uit van de assumptie dat een goed uitgevoerd proces zal leiden tot het vooropgestelde resultaat/uitkomst. Bij een uitkomstenmeting daarentegen wordt louter het resultaat van het proces gemeten (Grouwels and al. 2008).

### **3.2.7. Performantiemeetsysteem ('performance measurement system')**

Een performantiemeetsysteem (PMS) is een systeem welk gebruikt maakt van zowel proces- als uitkomstenmeting en dit om de performantie van de instelling in kaart te brengen, en hieruit conclusies af te leiden en veranderingen doorvoert teneinde de afgeleverde zorg te verbeteren. Om te kunnen spreken over een performantiemeetsysteem dienen de volgende componenten aanwezig te zijn: 1) strategie, 2) selectie of ontwikkeling van indicatoren, 3) procedure voor het collecteren en analyseren van data, en 4) terugkoppeling van de bevindingen naar de diverse stakeholders met daaraan gekoppeld verbeteracties (Geraedts, Selbmann et al. 2003).

Het merendeel van de wetenschappelijke literatuur aangaande het gebruik van performantie-indicatoren is terug te vinden in de literatuur over performantiemeting. Met betrekking tot performantiemeting werden tot op heden legio studies gepubliceerd. Voor wat betreft de for-profit sector werd reeds onderzoek uitgevoerd naar performantie in het begin van de twintigste eeuw naar aanleiding van de industriële revolutie. In de non-profit sector was het in hoofdzaak Avedis Donabedian die begin jaren zestig een doorbraak realiseerde op vlak van performantiemeting door het concept kwaliteit van zorg te koppelen aan begrippen zoals structuur, processen en resultaten (Donabedian 1966). Op deze laatst genoemde begrippen zal verder in het literatuurgedeelte dieper ingegaan worden. Aangezien in de sector van de non-profit vele concepten en de expertise vanuit de for-profit sector grotendeels werden overgenomen, verklaart waarom een aanzienlijk aantal van de gerefereerde bronnen betrekking hebben op beide sectoren.

### **3.3 *Indicatoren***

#### **3.3.1. Meten van Kwaliteit**

Met een krasse uitspraak zou kunnen gesteld worden dat kwaliteit van zorg zich beperkt tot aspecten van zorg die gemeten kunnen worden. Meten brengt ons immers verder dan de subjectieve perceptie van kwaliteit. Het is namelijk zo dat wanneer men iets gaat meten, pas duidelijk wordt hoe het met die kwaliteit echt staat. Niet onbelangrijk kan het meten van kwaliteit dus ook goede kwaliteit zichtbaar maken.

Daar waar men vroeger een quasi blind vertrouwen had in de werking van een ziekenhuis en dus in de kwaliteit en toewijding van zorg, is hier de laatste decennia een verandering waar te nemen. Vertrouwen speelt nog steeds een fundamentele rol, maar steeds vaker vragen patiënten, maar ook mutualiteiten, verzekeringsinstellingen en de overheid bewijs/verantwoording van kwaliteit. Transparantie in kwaliteit betekent dat men moet meten en bijgevolg data moet

tonen. Dit niet enkel opdat de instelling zelf haar tekortkomingen zou zien, maar ook om patiënten en andere stakeholders aan te tonen dat veilige zorg van hoge professionele kwaliteit aangeboden wordt (en de instelling dus qua organisatie performant werkt) en voor de financiers van deze zorg zodat zij verder (eventueel meer) zouden investeren als garantie voor een continue en geïntegreerde zorg op maat van de patiënt.

Het meten van kwaliteit binnen het ziekenhuis kan op diverse manieren. Zo kunnen grote zelf ontwikkelde of beschikbare databanken gehanteerd worden (bv. de Sociale Balans, FINHOSTA, MKG, Minimale Financiële Gegevens (MFG), Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG), jaarlijkse Ziekenhuisstatistieken, e.a.), maar toch moet er zoveel mogelijk getracht worden een niet al te complexe registratie bij te houden en resultaten op eenvoudige wijze te tonen. Als men in een instelling een kwaliteitsprobleem beter wil analyseren, kunnen data vanuit de literatuur of een zelf geïnitieerde enquête een goede aanzet zijn. Data over de dagelijkse werking zijn complementair. Ze zijn noodzakelijk om een realistische analyse van het functioneren van de instelling te kunnen uitvoeren. Door binnen de eigen instelling specifieke indicatoren te meten wordt de instelling automatisch meer betrokken en verhoogt de kans dat men nadien hieraan een (verbeter)initiatief zal koppelen teneinde de kwaliteit te optimaliseren.

Belangrijk is dat het meten van kwaliteit niet gelijk is aan het meten zoals dat gebruikelijk is in goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. De doelstellingen en projecten waarbij het meten gebeurt, zijn verschillend van die van wetenschappelijk onderzoek. Het doel bestaat erin de dagelijkse werking van het ziekenhuis (en dus ook de kerntaak van het ziekenhuis, namelijk de zorg voor de patiënt) te verbeteren. Dit reikt verder dan de eindpunten van het klassiek wetenschappelijk onderzoek. Kwaliteitsprojecten sluiten eerder aan bij actieonderzoek. Tijdens projecten voor kwaliteitsbevordering worden tijdens de registratie al initiatieven genomen die de werking verbeteren. In wetenschappelijk onderzoek daarentegen wordt getracht zoveel mogelijk confounding of vertekening te vermijden om zo sterk mogelijk te kunnen aantonen dat een bepaalde (meestal nieuwe) interventie beter werkt vergeleken met de standaard behandeling. Dit is niet het geval bij kwaliteitszorg.



Daar is verbeterde zorg en meer performante werking van de instelling het einddoel. Als dat bereikt wordt door verbeteracties die al genomen worden tijdens bijvoorbeeld een eerste registratie dan is dat enkel toe te juichen (Grouwels and al. 2008; Vandijck 2011).

Metten dient wel te gebeuren met een specifiek doel voor ogen. Bij een 'interne evaluatie' is het proces van monitoren, gegevensregistratie en verbeteren van de performantie gericht op de instelling zelf. Met deze informatie kan de instelling lacunes in zijn organisatie ontdekken. Er is controle door de deelnemers op het proces. Binnen de instelling (die de gegevens ontvangt) zijn er afspraken over wat er met de gegevens zal/kan gebeuren binnen de nodige wettelijke bepalingen van wat er met gegevens mag gebeuren. Met andere woorden, de gegevens die door de kwaliteitsevaluatie beschikbaar zijn worden binnen het project zelf gebruikt. Het doel is de verbetering van de interne werking van de instelling op basis van interne prioriteiten. Bij 'externe evaluatie' daarentegen gebeurt de controle door buitenstaanders. De doelstelling zijn dan doorgaans ruimer vergeleken met de prioriteiten die door de instelling zelf gekozen worden. Transparantie van zorg zou een mogelijke doelstelling kunnen zijn zodanig dat patiënten onmiddellijk de zo geschikt mogelijke zorgverlener kunnen kiezen. Externe evaluatie gebeurt in België vooral door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Zo krijgen sinds 2002 zorgverleners een rapport van de kosten die gegenereerd worden met betrekking tot het voorschrift van geneesmiddelen, kinesitherapie, klinische biologie en medische beeldvorming. De wetgeving voorziet monitoring en eventueel verlies van accreditering voor artsen die in bepaalde categorieën van voorschrijfgedrag duidelijk afwijken van het gemiddelde, versta minder performant werken. Het is duidelijk dat het doel van zulke meting veelal verschilt van wat de zorgverleners zelf kiezen. Externe evaluatie kan aanleiding geven tot een label. Zo kan bijvoorbeeld de accreditering van praktijken en dus ook hun financiering afhankelijk gemaakt worden van het al of niet halen van een aantal opgelegde criteria. In het Verenigd Koninkrijk is binnen de eerstelijns gezondheidszorg zo een belangrijke cofinanciering voorzien voor praktijken die bepaalde objectieven halen (Phillips, Bartholomew et al. 2004).

### 3.3.2. Soorten Indicatoren

Lawrence et al. (1997) definiëren kwaliteitsindicatoren als *'meetbare elementen van het reële praktijkhandelen waarvoor bewijs of consensus bestaat dat ze gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te meten en deze ook op te volgen'*. Hierbij benadrukken de auteurs dat elk woord uit deze definitie belangrijk is (Lawrence and al 1997). Indicatoren dienen te meten wat er in de werkelijkheid gebeurt, het moet gaan over de reële praktijk, met andere woorden, in kwaliteitszorg wil men objectiveren. Veel aspecten van wat gebeurt in de ziekenhuizen (klinisch werk, communicatie met patiënten en personeel, investeringen in medisch materiaal, aspecten met betrekking tot de organisatie, enz.) zijn meetbaar. Desalniettemin dient het werken met indicatoren aan verschillende voorwaarden te voldoen (Borgermans and al 2010). Vooreerst moet er een helder geformuleerde visie of strategisch plan aanwezig zijn in het ziekenhuis. Indicatoren worden immers afgeleid van de visie en de strategische doelstellingen (Desmidt and Heene 2006). De strategie dient verder te worden vertaald naar alle geledingen van het ziekenhuis/organisatie. Perspectieven of resultaatgebieden zijn hierbij slechts herkenbaar indien ze in hun onderlinge samenhang (intern/extern, verticaal, complementair) worden toegepast. Het is ook belangrijk dat de indicatoren aangepast zijn aan het besturingsniveau (en daarmee hanteerbaar worden qua aantal) en dat de indicatoren bij voorkeur volgende karakteristieken bevatten: valide, betrouwbaar en relevant (Mainz 2003) (Tabel 2). Bovendien dient de meting haalbaar te zijn, dienen de resultaten eenvoudig te interpreteren zijn, en dienen de resultaten een potentieel tot verbetering in zich te dragen. Een indicator is 'valide' als hij daadwerkelijk een beeld geeft van de realiteit die hij wordt verondersteld te meten (Booth and Collopy 1997; Mainz 2003). Een indicator is 'betrouwbaar' in geval er voldoende garanties zijn dat er nauwkeurig en objectief is gemeten (Booth and Collopy 1997; McGlynn and Asch 1998). Een indicator is 'relevant' in geval hij een antwoord geeft op een managementprobleem en tijdig beschikbaar is (Hofer, Bernstein et al. 1997; McGlynn and Asch 1998). Tot op heden zijn niet alle door de ziekenhuizen gehanteerde indicatoren valide en/of betrouwbaar (Vrolijk and al 2003). Deze voorwaarden worden hoe dan ook belangrijk geacht bij het ontwikkelen van indicatorensets (Adair and al 2003; Vlayen and al 2006; Smith and al 2008).

**Tabel 2 Karakteristieken van performantie-indicatoren (gedeeltijk overgenomen uit (Adair and al 2003; Vlayen and al 2006; Smith and al 2008) )**

Karakteristiek	Definitie
Validity	The extent to which the indicator accurately measures what it is intended to measure
Reliability	The extent to which there is minimal measurement error or the extent to which findings are reproducible should they be collected again by another organization
Sensitivity	The extent to which the measurement is discriminative in space or time
Relevance / importance	The extent to which important health conditions accounting for a major share of the burden of disease, the cost of care, or policymakers' priorities are reflected
Interpretability	The extent to which clear conclusions are possible
Sensitivity to change	The extent to which the indicator reflects results of actions when measured over time
Feasibility	The information required for the indicator can be obtained at reasonable cost in relation to its value and can be collected, analysed and reported on in an appropriate time frame
Actionability	The extent to which action can be taken by individuals, organized groups and public and private agencies to meaningfully address this aspect or problem

Volledigheidshalve moet vermeld worden dat het merendeel van de indicatoren zijn opgebouwd uit een teller en een noemer. De teller gaat in op datgene wat men wil meten. De noemer daarentegen geeft de totaliteit weer die betrekking heeft op het te meten onderwerp.

Verskillende soorten van indicatoren worden in de literatuur beschreven. Hieronder volgt een beschrijving van de belangrijkste categorieën van indicatoren (tabel 3).

Tabel 3 Soorten indicatoren

Soorten indicatoren
Structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren
Evidence-based (medicine) indicatoren
Klinische indicatoren versus kosten-effectiviteitsindicatoren
Veiligheidsindicatoren

### 3.3.2.1. Structuur-, Proces- en Resultaatsindicatoren

Voortgaand op de indeling die Donabedian (1980) maakte om kwaliteit van zorg te evalueren wordt er een onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren (Tabel 4).

#### *Structuurindicatoren*

Structuurindicatoren meten de kwaliteitskenmerken van de organisatie van de zorg. Zij geven informatie over organisatorische voorwaarden waarbinnen een instelling verantwoorde zorg kan leveren en gaan over de organisatie van het ziekenhuis en de afdelingen, de infrastructuur, het instrumentarium, het beleid, de personeelsomkadering en de financiële middelen. Deze kenmerken zijn doorgaans eenvoudig te meten en vormen vaak een eerste startpunt voor registratie.

#### *Procesindicatoren*

Procesindicatoren geven indicatie over het verloop van (zorg)processen binnen het ziekenhuis. Meestal zal het gaan om de zorg en het klinische werk, waardoor men spreekt van klinische indicatoren. Anderzijds kunnen procesindicatoren ook handelen over bijvoorbeeld communicatie met stakeholders, wachttijden, ligduur, enz..

### *Resultaatsindicatoren*

Resultaatsindicatoren (ook vaak outcome-indicatoren genoemd) meten aspecten die te maken hebben met het resultaat, de uitkomst van de zorg (zorgproces). Voorbeelden zijn onder andere, mortaliteitsratio's, gezondheidsstatus, tevredenheid van patiënt/personeel, bejegening van medewerkers, kostengerelateerde aspecten of financiële ratio's, complicaties na specifieke interventies, enz..

Tabel 4: Structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren volgens Donabedian (1980)

---

Structuur	Voorzieningen, personeel, middelen, materialen, organisatie of opleidingsniveau
Proces	Manier waarop de zorg precies gerealiseerd wordt
Resultaat	Resultaten, onder andere op patiëntniveau, maar ook kosten

---

### **3.3.2.2. Evidence-based (medicine) kwaliteitsindicatoren**

Steeds meer indicatoren komen op het toneel die een product zijn van een zorgvuldige opbouw. Het is immers uitermate belangrijk dat 'goede' kwaliteitsindicatoren zo veel mogelijk een beeld geven van hoe goed het ziekenhuis het in de praktijk doet. Het spreekt voor zich dat het daarom van belang is dat er een relatie is tussen indicatoren en richtlijnen voor goede praktijkvoering. Er wordt dus gestart vanuit een richtlijn. Daarin worden sleutelementen geselecteerd en vanuit cruciale elementen worden meetpunten afgeleid. Die meetpunten worden dan voorgelegd aan een brede groep experts en getest op relevantie en praktische haalbaarheid in de praktijk. Daarbij kunnen grote verschillen optreden naargelang van het gezondheidszorgsysteem waarin men werkt, maar finaal dient er consensus bereikt te zijn over hun toepasbaarheid en formulering. De indicatoren die zulk een procedure overleven, zijn op 'evidentie' gebaseerde kwaliteitsindicatoren, ook wel EB(M)-indicatoren genoemd.

Het aanbieden van gezondheidszorg is bijzonder complex en kwaliteit wordt niet bepaald door één enkel aspect van de (organisatie van) zorg. In lijn met de primaire doelstelling van dit project, bestaat de kunst erin om een set van indicatoren op te bouwen die een realistisch beeld geeft van het aspect van (organisatie van) zorg dat men wil evalueren. Zulke sets worden dus niet enkel vanuit een richtlijn aangemaakt, maar tevens vanuit de behoefte van de praktijk die aan één specifiek kwaliteitsprobleem wil werken.

### **3.3.2.3. Klinische indicatoren en kosten-effectiviteitsindicatoren**

#### *Klinische indicatoren*

Klinische indicatoren meten kwaliteit van de klinische zorg met als doel deze zorg voor de patiënt nog te verbeteren. Ze weerspiegelen aspecten van het klinische werk van de practicus. Aangezien dit literatuur overzicht zich voornamelijk beperkt tot het niet-klinische luik, zal op dit type van indicatoren niet dieper ingegaan worden.

#### *Kosten-effectiviteitsindicatoren*

Kosten-effectiviteitsindicatoren zijn van een andere orde. Deze indicatoren hebben tot doel de stakeholders te informeren/bewust te maken van de impact van de aangeboden diensten/zorg op het budget voor gezondheidszorg. Het kostenbewust aanbieden van zorg is immers een inherent deel van kwaliteitsvolle zorg. Deze gegevens laten het ziekenhuis eveneens toe zich intern te evalueren, maar maakt ook onderlinge vergelijking met andere instellingen mogelijk.

### **3.3.2.4. Patiëntveiligheidsindicatoren**

Kwaliteitsbewaking en patiëntveiligheid hebben veel gemeen (Grouwels and al. 2008). In het merendeel van de publicaties gaat het om indicatoren die handelen over de complicaties in de navolging van een behandeling of invasieve ingreep.

Ter volledigheid dient gesteld, dat patiëntveiligheid eveneens te maken heeft met de ruimte die de patiënt krijgt bij de zorg en met de informatie die gegeven wordt om in

'informed consent' al of niet te kunnen instemmen met een voorgestelde behandeling.

### ***3.4 Aandachtspunten bij het Ontwikkelen van Indicatorensets***

Indicatorensets zijn initiatieven waarbij het systematisch verzamelen en analyseren van kwaliteitsindicatoren centraal staat met als doel informatie en feedback te verschaffen naar alle stakeholders toe. Bij de ontwikkeling van zulke kwaliteitsindicatorensets (uitgaande van bestaande indicatoren) dienen enkele stappen gevolgd te worden (Veillard, Champagne et al. 2005; Vlayen and al 2006; Grouwels and al. 2008):

- Bepalen van prioriteiten gebaseerd op expliciete criteria
- Bepalen van doelpubliek en doelstellingen van de indicator
- Samenstelling van een team waarin alle belangrijkste stakeholders vertegenwoordigd zijn
- Identificatie van mogelijke bronnen van indicatoren, gaande van bestaande indicatorensets tot geïndexeerde literatuur en richtlijnen
- Evaluatie van de bewijskracht van de bestaande evidentie
- Selectie van kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de bestaande evidentie (en indien geen evidentie beschikbaar is gebaseerd op expertopinie)
- Bepalen van de specificaties van de kwaliteitsindicatoren: noemer en teller, in- en exclusiecriteria, het vaststellen van gegevensbronnen en het bepalen van procedures voor het verzamelen van gegevens
- Pilot testing

Bij de keuze van adequate gegevensbronnen dient rekening gehouden te worden met inherente voor- en nadelen. Zo hebben administratieve databanken en medische dossiers het voordeel onmiddellijk beschikbare informatie te bevatten, maar deze gegevens zijn soms (te)weinig specifiek en gedetailleerd. Prospectief verzamelde gegevens daarentegen zijn meer specifiek, doch vaak duurder en niet onmiddellijk raadpleegbaar. Naast deze voor- en nadelen dient ook rekening gehouden te worden

de kwaliteit van de data (manipulatie van gegevens, over- of onderrapportering, vertekening, etc.). Ook de interpretatie en presentatie van gegevens draagt inherent problemen met zich mee in termen van correctheid van interpretatie (Vlayen and al 2006).

Vanuit de literatuur beschikken we over een aantal goed onderbouwde indicatoren, die gebaseerd zijn op richtlijnen en die aanvaard zijn door de sector. Desalniettemin wordt beschreven dat wanneer zij in individuele kwaliteitsverbeterinitiatieven toegepast worden, deze vaak onvoldoende toereikend zijn om aan de doelstellingen van het project tegemoet te komen (Grouwels and al. 2008). Er dienen met andere woorden (organisatiespecifieke) indicatoren te worden toegevoegd. Bij het zelf ontwikkelen van indicatoren dienen cfr. supra eveneens enkele stappen doorlopen te worden (deze worden niet verder in detail besproken gezien buiten de scope van dit project):

- Afbakenen van het probleem.
- Formuleren van het doel van de registratie
- Beschrijven van het proces en zoeken naar 'kritische factoren'
- Opstellen van meetpunten bij de kritische factoren
- Evalueren van zowel structuur, proces als uitkomst
- Betrekken van de medewerkers bij de evaluatie



## **4 Literatuuroverzicht van een selectie van Niet Klinische Performantie Indicatoren**

### ***4.1 Inleiding***

In 2006 formuleerde de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen in functie van de geleverde kwaliteit, en waaraan de ziekenhuizen vrijwillig konden participeren. Het doel bestond erin de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen progressief te bevorderen en te ondersteunen. Gegeven het feit dat de ziekenhuizen in toenemende mate het belang erkennen van het leveren van een goede kwaliteit van zorg heeft dit thema een almaar prominentere plaats gekregen binnen hun eigen strategisch plan. Dit verklaart grotendeels het bijzondere enthousiasme waarmee de ziekenhuizen zich hebben geëngageerd dit contract met de overheid aan te gaan en hun resultaten trachten te objectiveren aan de hand van indicatoren (Borgermans et al, 2010).

Na het eerste contractjaar (2007) werden twee belangrijke keuzes gemaakt. Een eerste betrof de differentiatie van het contract voor acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen. Een tweede keuze bestond erin het contract te kaderen in een meerjarenplan (2008 tot 2012) voor kwaliteit en patiëntveiligheid met drie basispeilers, vertrekkende van de triade van Donabedian (structuur, proces en resultaat) (Donabedian, 1966). Eerdere kwaliteitsgeïnitieerde projecten uitgaande vanuit de FOD VVVL waren in vele gevallen ad hoc projecten, zonder duidelijke lange termijnvisie. Om inspanningen en middelen dienaangaande meer optimaal te benutten werd een meerjarenplan tot 2012 ontwikkeld, zodat zowel de ziekenhuizen als de overheid een duidelijk beeld hebben over de beoogde finaliteiten op langere termijn. Bovendien kunnen thema's zoals kwaliteit en patiëntveiligheid omwille van hun complexiteit best gefaseerd en planmatig aangepakt worden. Daarom werd dit meerjarenplan gestructureerd in drie pijlers die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (Borgermans and al 2010).

Een eerste pijler gaat over het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS), een tweede pijler over zorgprocessen en een derde pijler over indicatoren. Het spreekt voor zich dat in het kader van het HPI.be project met meer detail ingaan wordt op deze derde pijler, die gelijkaardig als primaire doel het in kaart brengen van de indicatoren die binnen de ziekenhuizen worden gebruikt voor het sturen van het kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid.

Eén van de belangrijke doelstellingen dewelke de overheid zich voorneemt binnen de eerder genoemde derde pijler van het contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en de Patiëntveiligheid' is het in kaart brengen van de indicatoren (ook wel cartografie genaamd) die de ziekenhuizen aanwenden om hun beleid met betrekking tot kwaliteit en veiligheid te sturen. Zulke nationale cartografie van gebruikte indicatoren ontbreekt echter tot op heden voor de verschillende types ziekenhuizen. Dit mag als eerder verrassend beschouwd worden gegeven de verschillende internationale initiatieven die op dit vlak reeds genomen werden (OESO, WGO, European Union Network for Patient Safety (EUNetPas), en Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)) gericht op benchmarking van indicatoren (World Health Organisation 2001; Veillard, Champagne et al. 2005; Groene, Klazinga et al. 2008; Borgermans and al 2010). Uit het eerste contractjaar (2007) kwam naar voor dat slechts 26% van de Belgische ziekenhuizen het werken met indicatoren als een operationele doelstelling belangrijk vond. Dit percentage is inmiddels aanzienlijk gestegen.

De overheid heeft aangaande supra twee primaire objectieven in haar beleid. Een eerste is dat, naar analogie met de Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen (FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2008), de overheid de ziekenhuizen een verbeterd inzicht wil geven ten aanzien van de indicatoren die ze heden ten dage gebruiken, en in het bijzonder voor wat betreft de aspecten multidimensionaliteit en evenwichtige verdeling van de indicatoren volgens verschillende dimensies. Dimensies die de overheid momenteel belangrijk vindt bij het sturen van kwaliteit en patiëntveiligheid zijn (zie ook 'algemene inleiding'):

- Klinische performantie
- Patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid
- Economische, financiële en IT-performantie
- Personeelsgerichtheid en teamgerichtheid

De overheid is van oordeel dat de ziekenhuizen een steeds beter inzicht dienen te verwerven tussen enerzijds de missie, visie en de strategie van het ziekenhuis en anderzijds de uitkomsten van de zorg. Hiernaast is het ook belangrijk dat ziekenhuizen de onderlinge samenhang tussen de resultaten van verschillende indicatoren beter gaan begrijpen. Een tweede argument waarom het ontwikkelen van zulke cartografie belangrijk is, is dat de overheid wil werken aan de ontwikkeling van een nationale indicatorenset met betrekking tot ziekenhuisperformantie (klinisch en niet-klinisch). Deze nationale indicatorenset zou door de overheid kunnen aangewend bij wijze van publieke verantwoording van de besteedde middelen, en zou de basis kunnen vormen voor een toekomstig financierings/incentive beleid op basis van indicatoren uit administratieve databanken ('pay-for-quality'). Tevens kan door het aanreiken van een indicatorenset de ziekenhuizen een leidraad aangeboden worden die kan dienen voor de ontwikkeling van eigen indicatoren. Het zal in de toekomst ook steeds belangrijker worden dat voor een aantal indicatoren ook concrete streefcijfers worden voorzien, alsook dat de uitkomsten van deze indicatoren toegankelijk gemaakt worden naar alle stakeholders toe.

#### ***4.2 Selectie Niet-Klinische Performantie Indicatoren voor de Ontwikkeling van een Indicatorenset voor de Algemene Ziekenhuizen***

Eén van de primaire doelstellingen van het huidige project bestaat erin een set van 20 performantie-indicatoren (respectievelijk, 10 klinische en 10 niet-klinische indicatoren) te ontwikkelen dewelke finaal de ziekenhuizen moet helpen hun intern kwaliteitsbeleid verder te optimaliseren en aldus hun performantie verhogen. In dit deel van het rapport zal een beschrijving gegeven worden van de tien geselecteerde

niet-klinische performantie-indicatoren. Teneinde zulk een selectie van performantie-indicatoren mogelijk te maken dient correctheidshalve vermeld te worden dat hiervoor idealiter consensus technieken worden aangewend zoals bijvoorbeeld de Rand Appropriateness Method (RAM) of Delphi-techniek zoals eerder gebruikt in gelijkaardige internationale projecten (Canadian Institute for Health Information 1999; National Health Performance Committee (NHPC) 2001; Mattke, Epstein et al. 2006; Vlayen and al 2010). In het kader van dit project werd voor de selectie van indicatoren echter gekozen voor een methodiek die zich baseert op basis van beschikbaarheid van data in de wetenschappelijke (-en grijze) literatuur (waarbij de internationaal beschreven indicatoren de vertrekbasis vormen), inclusief analyse van de uitgevoerde interviews in de participerende ziekenhuizen (Canadian Institute for Health Information 1999; National Health Performance Committee (NHPC) 2001; Mattke, Epstein et al. 2006; Vlayen and al 2010).

Wanneer voor wat betreft de niet-klinische indicatoren die het meest frequent beschreven zijn in de wetenschappelijke literatuur, onderverdeeld worden overeenkomstig de dimensies volgens dewelke de FOD VVVL werkt (sur la page 23), dient gesteld dat indicatoren in de dimensie 'economische, financiële en IT-performantie' het vaakst voorkomen, gevolgd door indicatoren die kunnen gersorteerd worden onder de dimensie 'personeels- en teamgerichtheid' en 'patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid'. Echter een aanzienlijk aandeel van de beschreven indicatoren is niet conform de definities/voorwaarden waaraan een indicator dient te voldoen (o.a. teller, noemer, streefwaarden, etc.).

Voor iedere indicator weerhouden in de selectie wordt, waar mogelijk, een structuur gevolgd waarin een beschrijving van de indicator, de bron, de teller en noemer, de rationale, de kenmerken van de indicator, (de databronnen), en de resultaten. Gegeven het feit deze selectie overzichtelijk te houden wordt geen opsomming voorzien van alle mogelijk gerelateerde indicatoren.

#### **4.2.1. Graad van financiële onafhankelijkheid**

(Dexia bank 2006; Menachemi, Burkhardt et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Kim, McCue et al. 2009; Borgermans and al 2010)

Deze indicator is één van de basisindicatoren waarmee de financiële robuustheid van het ziekenhuis kan evalueren. Hij preciseert de graad van autonomie van het ziekenhuis ten opzichte van derden en de capaciteit om te investeren zonder dat het daarbij op externe financiële middelen een beroep hoeft te doen.

Deze financiële ratio drukt in een percentage het aandeel uit van het eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen, meer bepaald de totale passiva.

$$\text{eigen vermogen} / \text{totaal passiva} * 100$$

Het ziekenhuis bekleedt een goede positie indien het percentage hoger is dan 50%, wanneer het percentage lager is dan 10% bevindt het ziekenhuis zich in een slechte situatie. Men dient de evolutie van de indicator te volgen als de waarde gesitueerd is tussen 10% en 50%. Het is nodig om herstelmaatregelen te treffen indien het een negatieve waarde aanneemt. Bij het vergelijken van de resultaten tussen ziekenhuizen dient wel rekening gehouden te worden met de grootte van de instellingen, de specialisatie, het statuut en de structuur van het kapitaal.

#### **4.2.2. Niveau van cashflow**

(Dexia bank 2006; Menachemi, Burkhardt et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Kim, McCue et al. 2009; Borgermans and al 2010)

Deze indicator geeft enerzijds een goed beeld van de recente economische en financiële gezondheid van het ziekenhuis en anderzijds geeft het een indicatie of het ziekenhuis zijn activiteiten zelf kan financieren.

$$\text{vergelijking van de cashflow met de totale passiva.}$$

Deze ratio is een benadering van de liquiditeitsstroom en geeft bijgevolg een aanwijzing over het zelffinancieringsvermogen van het ziekenhuis. Hoe hoger de ratio, hoe beter. Bij het vergelijken van de resultaten tussen ziekenhuizen dient wel rekening gehouden te worden met de grootte van de instellingen, de specialisatie, het statuut en de structuur van het kapitaal.

#### **4.2.3. Rentabiliteit**

(Dexia bank 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010; Danvers and Nikolov 2010; Abbott, White et al. 2011)

Deze indicator geeft een indicatie van het rentabiliteitsniveau van het ziekenhuis. Zo kan het ziekenhuis bepalen hoe performant het is binnen de branche waarin het actief is.

Deze financiële ratio is wezenlijk significant voor de vergelijking tussen de ziekenhuizen van dezelfde groep, evenals door zijn evolutie in de tijd.

<b>bedrijfsresultaat / omzet</b>
----------------------------------

Bij het vergelijken van de resultaten tussen ziekenhuizen dient men rekening te houden met de grootte van het ziekenhuis, de specialisatie, het statuut en de structuur van het kapitaal.

#### **4.2.4. Performantie in termen van verblijfsduur**

(Rapport, Teres et al. 2003; Dexia bank 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010)

Aan de hand van deze indicator kan worden ingeschat of het ziekenhuis performant is in termen van verblijfsduur die door de verantwoorde activiteit wordt gefinancierd. Deze ratio heeft betrekking op alle verblijven, zowel de verblijven die

gekoppeld zijn aan de nationale gemiddelde verblijfsduur als de verblijven die gekoppeld zijn aan een uitzonderlijke financieringsregel.

Met deze ratio kan worden ingeschat of het ziekenhuis performant is in termen van verblijfsduur.

**Verantwoorde ligdagen / gefactureerde ligdagen voor alle verblijven**

Indien het ziekenhuis een ratio heeft die hoger is dan 100% wordt het merendeel van de gefactureerde ligdagen gefinancierd door de verantwoorde activiteit. Indien het ziekenhuis een ratio heeft die lager is dan 100% moet het ligdagen van de verblijven analyseren die niet in aanmerking worden genomen door de verantwoorde activiteit. Wel dient opgemerkt te worden dat binnen de verantwoorde activiteit een onderscheid dient gemaakt te worden tussen twee soorten verblijven, namelijk (1) verblijven die een nationale gemiddelde verblijfsduur krijgen toegekend en (2) de verblijven die een gecorrigeerde verblijfsduur krijgen toegekend. Deze ratio neemt beide categorieën van verblijven op.

#### **4.2.5. Gebruik van ziekenhuiscapaciteit**

(SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010; Gagliardi, Majewski et al. 2010)

Aan de hand van deze indicator kan het ziekenhuis de bezettingsgraad van de bedden en de verblijfsduur efficiënt beheren.

Met deze ratio kan het ziekenhuis de doeltreffendheid meten waarmee de ziekenhuiscapaciteit wordt benut en kan het ziekenhuis de bezettingsgraad van erkende bedden inschatten.

**verantwoorde bedden voor de beperking tot 112% / erkende bedden  
op 1 januari \* 100**

Indien de ratio hoger is dan 100% is het ziekenhuis performant in termen van verblijfsduur. Alle erkende bedden zijn bezet en de verantwoorde activiteit financiert

alle bedden. Indien de ratio lager is dan 100% financiert de verantwoorde activiteit niet alle bedden. De erkende bedden kunnen nochtans allemaal bezet zijn.

#### **4.2.6. Kwalificatiegraad van het verpleegkundig / verzorgend personeel**

(Thorens, Kaelin et al. 1995; Needleman, Buerhaus et al. 2002; Hassmiller and Cozine 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Vandijck and Blot 2008; Borgermans and al 2010)

Aan de hand van deze indicator kan het ziekenhuis bepalen hoe het zich positioneert voor wat betreft het niveau en de kwaliteit van de aan de patiënt verstrekte medische/verpleegkundige zorg.

Deze indicator vergelijkt het verpleegkundig personeel, centrale groep in de ziekenhuisactiviteit, met het geheel van het verzorgend personeel, met uitzondering van studenten en logistiek assistenten. Deze indicator geeft duidelijk een indicatie voor de kwaliteit van de zorgverlening.

**gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen in VTE / verzorgend personeel in VTE \* 100**

De waarde van deze indicator hangt af van de nauwkeurigheid waarmee de gegevens inzake graad en functie van het verpleegkundig / verzorgend personeel worden verzameld en beheerd door de personeelsdienst van het ziekenhuis.

Uit de literatuur blijkt eveneens dat structuurindicatoren zoals de kwalificatiegraad van zorgverleners (maar ook staffing niveau, werkdruk, etc.) in belangrijke mate bepalend zijn voor de resultaten die op het vlak van processen en (klinische) uitkomsten worden behaald.

#### **4.2.7. Personeelstevredenheid**

(Arnetz 1999; Wallace, Lemaire et al. 2009; Jenaro, Flores et al. 2011)

Ziekenhuisdirecties hechten steeds meer belang aan de mening van het verzorgend, verpleegkundig, paramedisch en medisch personeel met betrekking tot



een efficiënte organisatie van het personeelsbeleid en van de zorgverlening. Het personeel heeft vaak andere verwachtingen, wensen en prioriteiten. Aan de hand van deze indicator kan de kwaliteit van de aangeboden diensten voor het personeel worden verbeterd en kunnen de verschillende kwaliteitsbevorderende initiatieven derhalve worden geëvalueerd.

Deze indicator brengt volgende aspecten in kaart:

- Het percentage personeelsleden dat in de loop van het jaar een tevredenheidsenquête heeft gekregen (**percentage uitgedeelde vragenlijsten**)
- Het gemiddelde antwoordpercentage (**percentage ingevulde en terugbezorgde vragenlijsten**)
- Het aantal en de variabiliteit van de domeinen die in de vragenlijst worden behandeld (**aantal bevraagde domeinen**)

#### **4.2.8. Patiënttevredenheid**

(Jha, Orav et al. 2008; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Mpinga and Chastonay 2011)

Het verzorgend, verpleegkundig, paramedisch en medisch personeel en ziekenhuisdirecties hechten steeds meer belang aan de mening van de patiënt met betrekking tot een efficiënte organisatie van de zorgverlening en een adequaat zorgniveau (heeft deze met andere woorden de patiënt zijn gezondheid en/of zijn levenskwaliteit verbeterd). De patiënt heeft vaak andere verwachtingen, wensen en prioriteiten. Aan de hand van deze indicator kan de kwaliteit van de aangeboden diensten worden verbeterd en kunnen de verschillende kwaliteitsbevorderende initiatieven derhalve worden geëvalueerd.

Deze indicator brengt volgende aspecten in kaart:

- Het percentage gehospitaliseerde patiënten dat in de loop van het jaar een tevredenheidsenquête heeft gekregen (**percentage uitgedeelde vragenlijsten**)
- Het gemiddelde antwoordpercentage (**percentage ingevulde en terugbezorgde vragenlijsten**)

- Het aantal en de variabiliteit van de domeinen die in de vragenlijst worden behandeld (**aantal bevroegde domeinen**)

#### **4.2.9. Aantal klachten bij de ombudsdienst**

(Pickert and al 2008; Borgermans and al 2010; Dumon and Balthazar 2010)

Zoals reeds aangegeven in de indicator 'patiënttevredenheid' (punt 3.2.8) wordt steeds meer belang getoond in de mening van de patiënt inzake zijn ervaringen tijdens zijn ziekenhuisverblijf. De ombudsdienst heeft hierin een prominente plaats verworven en dient binnen de ziekenhuizen aanwezig te zijn teneinde erkend te kunnen worden door de overheid. De ombudsdienst zal pas tussenkomen indien de patiënt na het uiten van zijn klacht niet werd gehoord bij de beroepsbeoefenaar of indien het antwoord dat hij verkreeg hem geen voldoening gaf. De ultieme functie van de ombudsdienst is de communicatie tussen patiënt en zorgverlener (paramedisch, medisch) te herstellen.

Het aantal ontvangen klachten is een indicator om de kwaliteit van zorg te evalueren en te verbeteren. Klachten kunnen gezien worden als een vorm van advies verkregen via de patiënten.

#### **4.2.10. Informaticakosten / investeringen ICT**

(Chaudhry, Wang et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Russell, Rosenfeld et al. 2010)

Aan de hand van deze indicator kan worden nagegaan in welke mate het ziekenhuis investeert in informatica / ICT ten opzichte van de totale kosten.

<b>Informaticakosten / totale kosten van het ziekenhuis * 100</b>
---

De waarde van deze indicator moet evenwel geïnterpreteerd worden rekening houdende met de vraag of de informaticadienst van het ziekenhuis uitsluitend wordt ingezet voor de eigen ziekenhuisactiviteiten dan wel of deze ook werkt voor een groep van andere dienstenverstrekkers.

### ***4.3 Algemene Discussie, Kritische Beschouwingen en Potentiële Oriëntaties voor de Toekomst***

De literatuur die de basis vormde van dit literatuuroverzicht alsook voor de selectie van tien niet-klinische performantie-indicatoren is mogelijks vertekend op twee manieren. Zo werd voor de selectie van artikelen de zoekstrategie ondermeer beperkt tot manuscripten geschreven in het Engels dan wel in het Nederlands. Als gevolg van deze methodologische keuze werd bijgevolg mogelijks relevante neerslag van onderzoek en/of ervaringen foutievelijk niet in beschouwing genomen. Ten tweede, lag de nadruk van dit systematisch literatuuronderzoek op het screenen van artikelen verschenen in peer-reviewed tijdschriften geïndexeerd in de wetenschappelijk hoogst aangeschreven medische databanken. Vermoedelijk zal hierdoor relevante, doch wetenschappelijk van mindere kwaliteit ingeschatte, rapportering eveneens niet opgenomen zijn in dit eerste deel van het rapport.

Voor de selectie van de niet-klinische performantie-indicatoren werd geopteerd een specifieke methodiek te hanteren op basis van beschikbaarheid van data zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuur en werd enkel binnen de onderzoeksequipe hierover gereflecteerd en niet door raadpleging van een extern expertenpanel.

De zeer beperkte set van geselecteerde indicatoren dekken naar de opinie van de HPI.be onderzoeksgroep slechts een beperkt deel van het totale plaatje van performantie/kwaliteits management binnen de context van de algemene ziekenhuizen. Concreet wordt hiermee bedoeld dat deze indicatoren slechts een weerspiegeling zijn van wat tot op heden het meest frequent beschreven werd in de geïndexeerde literatuur en dit mogelijks omwille van diverse redenen (o.a. meer geschikt om vanuit wetenschappelijk standpunt te benaderen en te onderzoeken, etc.). Voornamelijk vanuit de grijze literatuur blijkt dat er legio niet-klinische (evenals klinische) performantie-indicatoren beschreven zijn. Met andere woorden, niet-klinische performantie-indicatoren die niet opgenomen werden in deze indicatorenset mogen niet a priori als minder belangrijk/relevant gecatalogeerd worden. Niet onbelangrijk dient ook vermeld te worden dat de wetenschappelijke

literatuur vaak rapportering geeft van 'niet/weinig meetbare indicatoren' of onterecht bepaalde variabelen die opgevolgd worden als indicator definieert. Het ontbreken van het 'meetbare' laat niet toe evoluties in de tijd te volgen en te monitoren, cijfermatige doelen te expliciteren, te vergelijken met andere instellingen en zo nodig bij te sturen. Deze bevinding stemt overeen met de reële context binnen de Belgische ziekenhuizen. Zo concludeerde een recent onderzoeksproject in opdracht van de FOD VVVL dat de Belgische ziekenhuizen een zeer variabele invulling geven aan het begrip indicator (Borgermans et al, 2010). Zo zouden alle door de ziekenhuizen opgevolgde parameters in het kader van kwaliteit en patiëntveiligheid automatisch het label indicator krijgen toegewezen zonder dat evenwel een duidelijke noemer, teller of streefwaarde van toepassing is of dat er kan gerefereerd worden naar de validiteit, betrouwbaarheid en relevantie van hetgeen gemeten wordt (Booth and Collopy 1997; McGlynn and Asch 1998; Mainz 2003; Smith and al 2008).

Zonder de betrachting in dit rapport een niet-exhaustieve lijst te willen weergeven, zijn specifieke dimensies van kwaliteit zoals bijvoorbeeld patiëntgerichtheid en billijkheid van de zorg, maar ook andere dimensies, moeilijker te vertalen in performantie-indicatoren en zijn al te vaak onderwerp van discussie en controverse. Voor sommige dimensies zoals toegankelijkheid, geeft de huidige literatuur louter beschrijving van specifieke aspecten, waarbij de gerapporteerde indicatoren te relateren zijn tot onder andere fysieke toegang tot de zorg, kost en beschikbaarheid van personeel. Indicatoren met betrekking tot het meten van toegankelijkheid in functie van culturele achtergrond, psychologische drempels, tijdigheid (waaronder wachtlijsten, doorstroomtijden, etc.), etc. zijn niet tot nauwelijks beschreven. Wat betreft innovatie als onderdeel van de dimensie duurzaamheid (sustainability) beperken de indicatoren zich tot het gebruik van informatie technologie (elektronisch patiëntendossier, etc.) en minimaal invasieve technieken. Geen indicatoren zijn beschreven aangaande het gebruik van nieuwe technologieën of met betrekking tot de mate van investeringen in onderzoek en ontwikkeling. Het gebrek aan indicatoren voor specifieke dimensies (en bijgevolg ook niet opgenomen in de voorgestelde indicatorenset) geeft aan dat er hierover nog te weinig informatie/literatuur bestaat.

Voor gelijkaardige toekomstige projecten, kunnen andere selectiecriteria / methodieken mogelijks meer opportuun blijken, en dit afhankelijk van de vooropgestelde objectieven. Daar waar dit eerste deel van het huidige rapport als uitgangspunt voor de ontwikkeling van een indicatorenset de bestaande en beschreven niet-klinische performantie-indicatoren, voornamelijk verzameld vanuit de internationale literatuur, had met inachtnaam van de hierboven vermelde tekortkomingen/bedenkingen, zou een volgende geupdate versie bijkomend kunnen aangevuld worden met indicatoren voorhanden in de beschikbare databanken van de FOD VVVL en andere instanties. In tegenstelling tot vele andere landen, heeft België een traditie van zeer uitgebreide registratie en beschikt bijgevolg over krachtige en waardevolle databanken. Diepgaande analyse kan daarom waardevol blijken teneinde, bovenop de in dit rapport aangereikte indicatorenset, nieuwe indicatoren te ontwikkelen die een duidelijke meerwaarde kunnen betekenen. Vanuit het perspectief de performantie binnen de algemene ziekenhuizen in België verder te optimaliseren, zijn er nog diverse factoren die eventueel een rol kunnen spelen bij de al of niet selectie van additionele performantie-indicatoren in de toekomst. Teneinde in staat te zijn bepaalde trends overheen de tijd te kunnen detecteren, is het belangrijk dat (specifieke) indicatoren met een vooraf vastgelegde regelmaat gemonitord worden (Cannoodt and al 2005). Vervolgens moet er in een indicatorenset steeds ruimte ingebouwd worden waardoor het anticiperen op de vooruitgang van de wetenschap mogelijk is. Hierdoor kunnen zo nodig indicatoren verwijderd dan wel toegevoegd worden aan de indicatorenset. Tot slot, aangezien transparantie en verantwoording twee van de meest belangrijke kenmerken zijn van het Belgische gezondheidszorgsysteem, dient de keuze en inclusie van performantie-indicatoren steeds afgemeten te worden ten aanzien de gevoerde gezondheidszorgpolitiek. Belangrijk hierbij is dat dit laatste een zeer duidelijke beschrijving/definiëring vereist van de vooropgestelde objectieven van het beleid binnen de huidige legislatuur en afstemming voor internationale vergelijking.

#### ***4.4 Aanbevelingen voor het Beleid***

- De ontwikkeling van een volledig uitgebouwde (klinische -en) niet-klinische indicatorenset moet gepland en geconsolideerd worden. Hiervoor moeten de nodige middelen en personeel voorzien worden.
- Het gebruik van een indicatorenset heeft enkel zin in het licht van voorafgaandelijk concreet gedefinieerde objectieven op basis van de prioriteiten binnen het gezondheidszorgbeleid van de FOD VVVL. Het is dus aangewezen om naar de toekomst toe, zo nodig, indicatoren te selecteren/includeren die toelaten na te gaan in welke mate deze vooropgestelde objectieven al dan niet behaald werden.
- Teneinde relevant te zijn om het beleid te kunnen (bij)sturen en evoluties overheen de tijd te detecteren, dienen rapporten met een zekere frequentie geproduceerd te worden. Een jaarlijkse rapportage lijkt haalbaar op voorwaarde dat hiervoor de vereiste middelen en personeel gereserveerd worden.
- Een eerste prioriteit bestaat erin aan de tekortkomingen/lacunes vastgesteld in het huidige rapport tegemoet te komen.
- Zoals aangegeven in dit eerste deel van het rapport, is er in de wetenschappelijke literatuur een nauwelijks beschrijving van indicatoren voor specifieke dimensies (bv: patiëntgerichtheid, billijkheid, etc.). Hier kunnen speciaal opgerichte werkgroepen een plaats innemen om relevante indicatoren te ontwikkelen/definiëren, te zoeken naar indicatorbronnen en geschikte gegevens voor het meten van deze indicatoren.
- Bij de ontwikkeling/selectie van (nieuwe) indicatoren dient een evenwicht nagestreefd te worden tussen reeds geïnccludeerde indicatoren (opvolging) en nieuwe indicatoren die de evoluties in de specifieke Belgische setting reflecteren.
- Voor de ontwikkeling/selectie van (nieuwe) indicatoren dienen de beschikbare databanken maximaal geconsulteerd te worden. Dit vereist intensieve samenwerking met de datamanagers binnen de FOD VVVL.

- De ontwikkeling/selectie van nieuwe indicatoren dienen afgestemd te zijn op het Belgische gezondheidszorgsysteem.
- Een absolute voorwaarde voor het ontwikkelen/up-to-date houden van zulke nationale indicatorenset is (1) samenwerking tussen alle betrokken partijen (administratieve, wetenschappelijke, en politieke afvaardiging is vereist) en (2) de tijdige beschikbaarheid van relevante en juiste data. Daarom dient bijzondere aandacht besteedt te worden aan het aspect dataverzameling, aangezien de accuraatheid van alle hierop volgende stappen volledig afhankelijk is van de datakwaliteit.
- Tot slot, dient door de FOD VVVLL een communicatiestrategie uitgebouwd te worden voor het verspreiden van haar rapporten, e.d. naar de ziekenhuizen toe en waarbij tevens kan getoetst worden of de verspreide informatie daadwerkelijk de doelgroep bereikt heeft. Dit is van primordiaal belang indien de overheid een proactief beleid wil voeren inzake het verantwoord omspringen met de verschafte middelen en de sector hierop in tweede instantie wil kunnen aanspreken.

#### **4.5 Conclusie**

Dit eerste deel van het HPI.be rapport geeft de selectie weer van een beknopte set van niet-klinische indicatoren, waarvan verondersteld wordt dat deze een prominente rol opnemen binnen het huidige kwaliteitsbeleid van de Belgische algemene ziekenhuizen. Deze set pretendeert geenszins een exhaustieve of finale lijst van indicatoren te zijn. Deze set beoogt flexibiliteit waarbij centraal het gebruik van indicatoren staat om beslissingen aangaande performantie te optimaliseren. Het is niet het rapport op zich welk van belang is, maar datgene wat er nadien mee gedaan wordt. Het wil een leidraad zijn om de communicatie dienaangaande te stimuleren, een pleidooi betekenen voor een nauwkeurige dataregistratie met als doel een juist/realistisch beeld van de praktijk te bekomen en dit gevolgd door acties op basis van de resultaten.

## 5 Overzicht van programma's voor beoordeling van ziekenhuis performantie

### Grote projecten USA

#### 5.1 *Indicatorenset van het AHRQ*

De missie van het agentschap voor onderzoek van gezondheidszorg en kwaliteit (Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) is het verbeteren van kwaliteit, veiligheid, efficiëntie en kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg van de Amerikanen. AHRQ is een van de twaalf bureaus van het federale ministerie van Volksgezondheid en Human Services (Department of Health and Human Services). AHRQ ondersteunt de onderzoeken die helpen om beter geïnformeerde beslissingen te nemen en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Ongeveer 300 mensen werken er. Het budget voor 2010 was 372 miljoen dollar, waarvan 80% naar het financieren van onderzoeken, uitgevoerd door andere instellingen of universiteiten, gaat. Het AHRQ is betrokken bij het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg dank zij partnerschappen en ontwikkelt kennis en instrumenten voor lange termijn verbeteringen. Het doel van dit onderzoek is het leveren van meetbare verbeteringen in de gezondheidszorg in de VS, geëvalueerd in termen van verbeterde kwaliteit van leven en zorgresultaten, geredde levens en waarde ten opzichte van uitgaven.

Klanten van het AHRQ zijn:

- \* Artsen en andere zorgverleners, zoals ziekenhuizen;
- \* Patiënten en burgers-consumenten (consumers);
- \* Beslissingnemers in de gezondheidszorg op federaal en lokaal niveau;
- \* De financiers van het systeem van de gezondheidszorg, zoals werkgevers, publieke en private verzekeraars.
- \* Andere ambtenaren, zoals ziekenhuizen en medische faculteiten.

De belangrijkste werkterreinen zijn:

- Veiligheid en kwaliteit: verminderen van risico op schade, door het bevorderen van de beste mogelijk gezondheidszorg;
- Effectiviteit: verbeteren van de resultaten in de gezondheidszorg door het gebruik van wetenschappelijk gefundeerde informatie bij de besluitvorming over de gezondheidszorg;
- Efficiëntie: toelaten dat het onderzoek wordt gebruikt in de dagelijkse praktijk



om een grotere toegang tot effectieve zorg te vergemakkelijken en onnodige uitgaven te verminderen.

Deze verschillende activiteitsdomeinen worden onderverdeeld in programma's voor :

- Een vergelijking van de efficiëntie, effectiveness van de behandelingen door middel van onderzoek, het schrijven van handboeken voor patiënten, beleidsmakers en zorgverstrekkers, de activiteiten van de Health Technology Assessment (HTA) voor geneesmiddelen, apparatuur of medische technieken.
- Verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt door de verspreiding van onderzoek over de onderliggende oorzaken van de veiligheidsproblemen voor patiënten, over de omvang van medische fouten en de manier om ze te voorkomen. De gerealiseerde activiteiten zijn talrijk en omvatten de ontwikkeling van een meet-systeem van de veiligheidscultuur van de patiënt « Patient Safety Culture assessment tools » die in België wordt gehanteerd door de FOD-GZ in het kader van het KV contract
- De ontwikkeling van de informatietechnologie
- Preventieve zorg op basis van bewijs
- Health care value - AHRQ ontwikkelt manieren om een grotere "waarde" te bekomen wat gezondheidszorg betreft door het produceren van maatregelen, data, tools, bewijzen, en strategieën die organisaties van de gezondheidszorg, systemen, verzekeraars, inkopers en beleidsmakers nodig hebben om de waarde en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren.

De initiatieven op dat gebied omvatten:

- Enquêtes bij de gezinnen, zorgverleners en werkgevers over de frequentie van het gebruik van gezondheidszorg, de kosten en betaalmethoden
- Het project 'Health Care cost and utilization project' die databases heeft opgezet over de zorgconsumptie van de patiënt
- Indicatoren van kwaliteit die mogelijke kwaliteitsproblemen kunnen aan het licht brengen en de evolutie opvolgen in de tijd
- Jaarrapporten [National Healthcare Quality Report](#) en [National Healthcare Disparities Report](#), die trends in de effectiviteit, kosteneffectiviteit van de zorg, veiligheid van de patiënt, aandacht voor de patiënten en de verzorging in een aanvaardbare tijd meten.
- De State Snap shots zijn internet rapporten die door de publicatie van informatie over gezondheidszorg, de mogelijkheden voor verbetering onderlijnen.

- De National Guideline Clearinghouse <sup>TM</sup> welke online informatie geeft over meer dan 2300 aanbevelingen voor goede praktijken EBM en evidence-based feiten
- De National Quality Maatregelen Clearinghouse <sup>TM</sup>, een database en een website met informatie over de specifieke maatregelen voor hoogwaardige gezondheidszorg EBM en sets van maatregels.

### 5.1.1 De indicatoren

Quality Indicators (AHRQ QIS) zijn uitsluitend gebaseerd op administratieve gegevens van de ziekenhuizen. De set van indicatoren is onderverdeeld in vier modules

#### 1. Prevention Quality Indicators (PQIs) or Ambulatory Care sensitive conditions.

Deze indicatoren geven de ziekenhuisopnames weer die hadden kunnen worden voorkomen door kwaliteit in de ambulante zorg;

#### 2. Inpatient Quality Indicators (IQIs)

Deze IQIs weerspiegelen de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis en ook de ziekenhuis mortaliteit bij bepaalde medische pathologiën en voor bepaalde chirurgische procedures, gegevens over het gebruik van bepaalde procedures waarbij onderbenutting, overmatig gebruik of misbruik zou kunnen voorkomen, het volume van de procedures met aanwijzingen dat een hoger volume aan behandelingen wordt geassocieerd met een lagere mortaliteit.

#### 3. Patient Safety Indicators (PSIs)

PSIs weerspiegelen terzelfdertijd de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis, alsook vooral de potentieel vermijdbare complicaties en iatrogene evenementen.

#### 4. Pediatric Quality Indicators (PDIs)

Deze PDIs weerspiegelen zowel de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis als de potentieel vermijdbare opnames bij kinderen.

Deze AHRQ QIS, huidige indicatoren zijn het vervolg van HCUP QIS, ontwikkeld in 1994.

De HCUP QIS zijn ontwikkeld om low-cost-indicatoren te verkrijgen zonder verzamelen van aanvullende gegevens na het beëindigen van de ziekenhuisopname. Gezien de beperkingen van de gebruikte gegevens, zijn deze indicatoren uitsluitend bedoeld als screening tool.

Ze werden ontwikkeld op basis van een literatuuronderzoek, moesten eenvoudig te implementeren zijn en geen aanleiding geven tot ingewikkelde systemen van risico-aanpassing. 33 maatregelen werden geselecteerd.

Ten gevolge van de geboekte vooruitgang en de publicaties in wetenschappelijke tijdschriften op het gebied van kwaliteit van zorg en gebaseerd op de ervaring van de verzorgers die de HCUP QIS gebruikten, heeft de AHRQ, in 2000, een nieuw onderzoek gesponsord om deze HCUP QIs te verfijnen en te ontwikkelen. Het resultaat gaf de AHRQ QIS bestaande uit een set van 45 indicatoren voor de klinische kwaliteit (IQIs).

De AHRQ (Technical Review 4 - Refinement of the HCUP Quality indicators) heeft een evaluatiekader ontwikkeld voor kwaliteitsindicatoren gebaseerd op een literatuurstudie en interviews met mensen met grote ervaring in het werken met indicatoren HCUP. De voorgestelde criteria zijn:

- Face validity : een geschikte indicator moet een solide klinische en empirische basis hebben voor zijn gebruik. Het moet een belangrijk aspect van de zorg kunnen meten die onder de controle van de zorgverzekeraar of het gezondheidssysteem staat.
- Précision: Een adequate indicator moet een vrij grote variatie tussen de zorgaanbieders bieden. Die variaties zijn niet willekeurig en mogen niet te wijten zijn aan karakteristieken van een patiëntengroep.
- Bias Minimum: De indicator mag niet worden beïnvloed door systematische variaties in de 'case-mix "met inbegrip van de ernst van de ziekte en comorbiditeit. Indien dergelijke verschillen bestaan, moet er een systeem voor de aanpassing van deze verschillen worden aangemaakt.
- Construct validity: De indicator moet gebaseerd zijn op bewijs van een verband tussen resultaat en kwaliteit. En moet ook worden gerelateerd aan andere indicatoren die dezelfde of gelijkaardige aspecten van kwaliteit meten.
- Stimuleer echte verbeteringen: de indicator mag geen stimulans of beloning zijn voor zorgverleners om de meting van de performantie te verbeteren zonder daadwerkelijk te verbeteren.
- Application: De indicator moet effectief gebruikt zijn in het verleden en/of moet een hoog potentieel hebben om effectief te zijn met andere indicatoren die al in gebruik zijn.

Meer dan 200 indicatoren vernoemd in de literatuur werden op deze manier geëvalueerd.

De set van IOLS bevat 45 indicatoren, waarvan 25 indicatoren op zorgverlenerniveau en 20 indicatoren op regionaal niveau.

#### Volume metingen

Indicator 1: Aantal herstel van een abdominale aorta aneurysma (AAA)

Indicator 2: Aantal carotis endarterectomie

Indicator 3: Aantal coronaire bypassen

Indicator 4: Aantal resecties van de slokdarm  
 Indicator 5: Aantal pancreas resecties  
 Indicator 6: Aantal pediatrie hartchirurgie  
 Indicator 7: Aantal transluminale percutane coronaire angioplastie (PTCA)  
Metingen voor gebruik door zorgverleners  
 Indicator 8: Percentage keizersneden  
 Indicator 9: Percentage appendectomie (incidental??) onder de ouderen  
 Indicator 10: Percentage van de bilaterale hartkatheterisatie  
 Indicator 11: Percentage van succesvolle geboorte via vaginale weg na keizersnede  
 Indicator 12: Percentage van cholecystectomie via laparoscopische weg  
Metingen voor gebruik op regionaal niveau  
 Indicator 13: Percentage coronaire bypass  
 Indicator 14: Percentage baarmoederverwijdering  
 Indicator 15: Percentage laminectomie of spinale fusie  
 Indicator 16: Percentage transluminale percutane coronaire angioplastie (PTCA)  
Metingen voor pathologieën gevoelig voor ambulante zorg  
 Indicator 17: Opname percentage bij uitdroging  
 Indicator 18: Opname percentage bij bacteriële longontsteking  
 Indicator 19: Opname percentage bij urinaire ontsteking  
 Indicator 20: Opname percentage bij perforatie appendix  
 Indicator 21: Opname percentage bij angina zonder procedure  
 Indicator 22: Opname percentage voor astma bij volwassenen  
 Indicator 23: Opname percentage bij chronische obstructieve longziekte (COPD)  
 Indicator 24: Opname percentage voor congestief hartfalen  
 Indicator 25: Opname percentage voor korte termijn complicaties van diabetes  
 Indicator 26: Opname percentage voor ongecontroleerde diabetes  
 Indicator 27: Opname percentage voor lange termijn complicaties van diabetes  
 Indicator 28: Opname percentage voor hypertensie  
 Indicator 29: Percentage voor amputaties van de onderste ledematen  
 Indicator 30: Percentage geboorten met een laag geboortegewicht  
 Indicator 31: Percentage opnames van kinderen met astma  
 Indicator 32: Percentage opnames van kinderen met acute gastro-enteritis.  
Meting van de intra-ziekenhuis mortaliteit  
 Indicator 33: Sterftcijfer na acuut myocardinfarct  
 Indicator 34: Sterftcijfer bij congestief hartfalen  
 Indicator 35: Sterftcijfer bij gastro-intestinaal bloeden  
 Indicator 36: Sterftcijfer na heupfractuur  
 Indicator 37: Sterftcijfer bij longontsteking  
 Indicator 38: Sterftcijfer na beroerte (AVC)

### Meting van de mortaliteit na procedure

Indicator 39: Sterftcijfer na een reparatie van een abdominaal aorta-aneurysma

Indicator 40: Mortaliteit na CABG

Indicator 41: Sterftcijfer na craniotomie

Indicator 42: Sterftcijfer na resectie van de slokdarm

Indicator 43: Sterftcijfer na heupprothese

Indicator 44: Sterftcijfer na pancreas resectie

Indicator 45: Sterftcijfer na hartchirurgie bij kinderen

Voor elk van deze indicatoren werd een gedetailleerde fiche opgesteld. Deze beschrijft de te selecteren teller en noemer, het bewijs uit de literatuur door het toepassen van het conceptueel kader waar we het over hadden bij de selectie van indicatoren en een bespreking van de te nemen voorzorgsmaatregelen bij het interpreteren van de resultaten.

De set PSIs bestaat uit 20 indicatoren

PSI 1: Complicaties bij anesthesie

PSI 2: Ziekenhuis mortaliteit in de APR-DRG met laag sterftcijfer

PSI 3: Decubituszweren

PSI 4: «Failure to rescue»

PSI 5: Achtergelaten vreemd lichaam tijdens de operatie

PSI 6: Iatrogene pneumothorax

PSI 7: Infecties veroorzaakt door behandelingen

PSI 8: Postoperatieve heupfractuur

PSI 9: Postoperatieve bloeding of hematoom

PSI 10: Postoperatieve fysiologische en metabolische complicaties

PSI 11: Postoperatieve respiratoir falen

PSI 12: Diepe veneuze trombose of longembolie na de operatie

PSI 13: Postoperatieve Sepsis

PSI 14: Wonddehiscentie na abdomino-pelvis operatie

PSI 15: Ongewild doorboren of scheur

PSI 16: Reactie op transfusie

PSI 17: Verloskundige trauma van pasgeborene

PSI 18: Verloskundige trauma tijdens een vaginale bevalling met instrumentatie

PSI 19: Verloskundige trauma tijdens een vaginale bevalling zonder instrumentatie

### *5.1.2 Implementatie / Operationaliseren*

De set kwaliteitsindicatoren van de AHRQ is gratis beschikbaar voor alle organisaties die er gebruik van willen maken. Het is eigenlijk de meest gebruikt set van indicatoren bij de Amerikaanse ziekenhuizen, alsook bij andere landen van de OESO.

Het wordt ook gebruikt voor meer en meer gevarieerde doeleinden, In eerste instantie was deze set van indicatoren een screening tool om ziekenhuizen te helpen zelf potentiële problemen op te sporen van kwaliteit in de zorg.

<http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm#QIMarket>

Maar het wordt tegenwoordig ook gebruikt door diverse organisaties om hun verzekerden te oriënteren naar zorgverleners, of als elementen in programma's voor betaling per prestatie of publicatie van de resultaten voor het grote publiek.

Het evaluatierapport van de AHRQ toont ons duidelijk dat het gebruik van de indicatorenset, sommige ziekenhuizen geholpen heeft, hun prestatie te verbeteren.

Deze indicatoren worden herbekeken waarbij rekening wordt gehouden met de mening van de gebruikers.

### *5.1.3 Beperkingen / moeilijkheden*

De ISP's alsook de IQI werden duidelijk ontwikkeld om te worden gebruikt als screening tools voor mogelijke kwaliteitsproblemen en veiligheid en niet voor publieke verspreiding van de resultaten of de betaling van de systemen voor prestatie, gezien de beperkingen van deze instrumenten.

Deze beperkingen zijn (AHRQ Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality Indicators) (AHRQ AHRQ Technical review 5 - PSI)

- Het gebruik van administratieve gegevens begunstigt bepaalde soorten indicatoren, en PSI en IQI zijn meer chirurgische indicatoren dan medische of psychiatrische omdat medische complicaties moeilijk te scheiden zijn van comorbiditeit (of factoren die reeds aanwezig zijn bij opname)
- Sommige indicatoren zijn alleen proxies voor de kwaliteit
- Sommige indicatoren zijn vaag en kunnen willekeurig variëren
- Sommige indicatoren zijn kwetsbaar voor praktijken van overcodificatie van comorbiditeit
- Indicatoren in verband met sterfte in het ziekenhuis zijn afhankelijk van ziekenhuis praktijken zoals transferts of vervroegd vertrek.

### **Bronnen :**

<http://www.ahrq.gov/>

<http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/hcupqisum.htm> AHRQ Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality Indicators

[www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/psi/psi.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/psi/psi.pdf) - AHRQ Technical review 5 – PSI

## *5.2 Het project IHI en het werk van Richard Grol*

De IHI - Institute for Healthcare Improvement is een onafhankelijk, non-profitorganisatie, gevestigd in Cambridge, Massachusetts. Het IHI heeft een personeelsbestand van meer dan 100 mensen en heeft vele samenwerkingsverbanden met faculteiten van over de hele wereld.

De IHI streeft constant naar de volgende doelen: ". Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie, en Equity"

Ze vertalen deze doelstellingen concreet als volgt:

- Geen onnodige sterfgevallen
- Geen pijn of onnodig lijden
- Geen ongewenste wachtlijsten
- Geen verspilling
- Geen uitsluiting van mensen

Het IHI werd in 1980 opgericht door Don Berwick en een groep partners die streefden naar een systeem zonder fouten, verspilling, uitstel of onhoudbare economische en sociale kosten.

Tijdens het eerste decennium heeft IHI vooral aandacht gegeven aan het identificeren en verspreiden van best practices. Vervolgens heeft het Instituut zich gericht op innovatie, R & D en het creëren van innovatieve oplossingen. Zij ontwikkelde een groot aantal specifieke methodologieën aan de gezondheidssector. We hebben zorgvuldig de methoden die specifiek ontwikkeld werden voor het verbeteren van de performantie in ziekenhuizen en de daadwerkelijke implementatie van veranderingen, beoordeeld. Voor deze beschrijving, hebben we gekozen voor één dat het meest relevant is voor onze studie: de methode die is ontwikkeld door Thomas W. Nolan en gepubliceerd is in de Innovation serie in 2007 (Nolan 2007). Andere studies zijn ook relevant als studies, 'Move Your Dot <sup>TM</sup>: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates » ( Part I and II ).

### 5.2.1 De methodologie

Het uitgangspunt van de professionelen om de methodiek voor te stellen, is de erkenning dat de beweging naar een betere kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen, begonnen is met individuele projecten voor verbetering.

Veel ziekenhuizen kregen de eerste resultaten met projecten zoals het verminderen van medische fouten, vermindering van de mortaliteit in het geval, bijvoorbeeld, van een myocard infarct, verbetering van het beheer van chronische ziekten en het verminderen van de wachttijden in het ziekenhuis.

Deze projecten waren vaak geïnitieerd door interne "kampioenen", zoals chirurgen, gemotiveerd om het aantal chirurgische infecties te verlagen, verpleegkundigen geïnteresseerd in het beheer van anticoagulantia of apothekers gepassioneerd in de veiligheid van de distributie van het geneesmiddel.

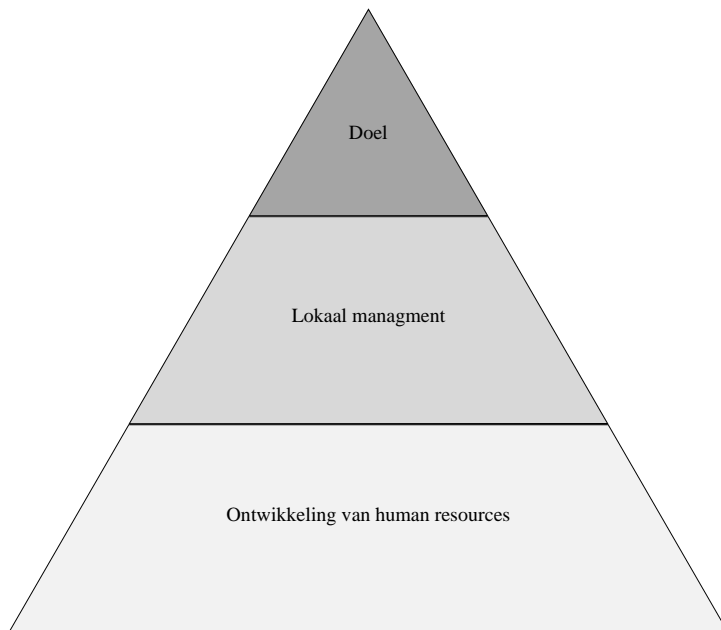
Maar deze stap is niet voldoende. De volgende stap is dat het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid een belangrijk onderdeel van het strategisch plan van de ziekenhuizen wordt, dat de raad van bestuur begrijpt dat kwaliteit en veiligheid een integraal onderdeel van hun verantwoordelijkheden behelst. De leden van de raad van bestuur zijn inderdaad verantwoordelijk voor verbeteringen in het systeem en in het systeem moet er gehandeld worden om ervoor te zorgen dat de individuele initiatieven uitbreiden en onderdeel van het gegeneraliseerde hele systeem worden. Op basis hiervan is de methodiek ontwikkeld.

De IHI biedt een methodologisch kader aan, gebaseerd op drie geïntegreerde componenten:

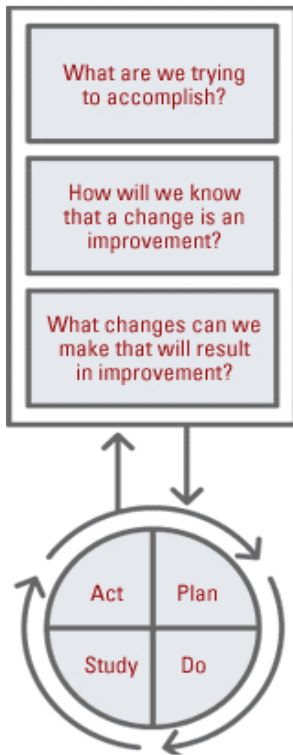
- De mogelijkheid om strategische doelstellingen te definiëren op het niveau van het systeem voor de performantie door coördinatie van het portfolio projecten met personeel en benodigde financiële investeringen
- De oprichting van een lokaal bestuur voor toezicht van de activiteiten teneinde de performantie te verbeteren
- Ontwikkeling en opleiding van personeel betrokken bij initiatieven om resultaten op het niveau van het systeem te produceren



Deze aanpak is samengevat in het volgende diagram:



Om ziekenhuizen te helpen deze regeling te implementeren geeft het IHI op haar website een aantal tools ter beschikking voor de zorgverleners [www.ihl.org](http://www.ihl.org) . We kunnen hier bijvoorbeeld, hun programma's gericht op hun 'Improvement Map', een interactieve tool om te helpen bij de planning van de verandering, vernoemen. De verschillende onderwerpen en instrumenten zijn voorhanden om de structuur te helpen de genomen stappen te structureren.  
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/ImprovementMethods/HowToImprove/e.g>.



**Doelstelling**

Verbetering vereist doelstelling. Het doel moet tijdgebonden en meetbaar zijn; moet ook bepaald worden welke specifieke patiëntenpopulatie zal worden beïnvloed.

**Vaststellen van maatregelen - Kies indicatoren**

Teams maken gebruik van kwantitatieve maatregelen om te bepalen of een specifieke wijziging werkelijk een verbetering brengt.

**Vaststellen van veranderingen**

Alle verbeteringen moeten wijzigingen veroorzaken, maar alle wijzigingen leiden niet noodzakelijk tot een verbetering. Organisaties moeten de veranderingen herkennen die het meest waarschijnlijk zullen leiden tot verbeteringen.

**Testen van veranderingen**

De cyclus Plan-Do-Study-Act (PDSA) toont de stappen om de verandering in werkelijkheid uit te testen - door planning, uitvoering, verandering op grotere schaal door te voeren (bijvoorbeeld een afdeling van een instelling), monitoring resultaten, de actie afhankelijk van wat geleerd werd. Dit is de wetenschappelijke methode die wordt gebruikt voor een actie-gericht leren.

**Veranderingen implementeren**

Na een test op kleine schaal, leerproces van elke afzonderlijke test en het verfijnen van de veranderingen doorheen de verschillende cycli, kan het team implementeren

**Verspreiden veranderingen**

Na de succesvolle implementatie van een wijziging of set van veranderingen, kan het team de veranderingen in andere delen van de organisatie of andere organisaties uitbreiden.

Ze bieden ook een reeks papers (White papers)

<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/> waarvan sommige zeer interessant zijn voor deze studie: Hele systeem meet, Engaging Artsen in een Shared Quality Agenda, Leiderschap Guide to Patient Safety.

**5.2.2 Implementatie / operationaliteit**

Een groot deel van de methodiek richt zich op de te leveren inspanningen om de stappen en voorwaarden voor de uitvoering te bereiken. Het is niet mogelijk om hier alle aspecten van deze methodiek te beschrijven, maar laten we een paar belangrijke factoren in de verschillende stadia beschrijven:

Om de performantie te verbeteren in het ziekenhuis moeten aan vier belangrijke sleutel voorwaarden worden voldaan:

1. Bepalen van specifieke en gedetailleerde doelstellingen in termen van performantie:

Het nastreven van een doel in de hele organisatie zoals het percentage van heropname in het ziekenhuis leidt tot nadenken over de organisatie in zijn geheel. Het nieuwe systeem zal onder meer nieuwe manieren integreren van thuiszorg, eerste rangsgeneeskunde en familie bijvoorbeeld. Dit is een ambitieuze doelstelling, waarvan de hele organisatie bewust van moet zijn, dat het bereiken van het doel een grote inspanning vereist. Deze doelstelling

zal worden gerealiseerd door het te becijferen zoals "heropname in het ziekenhuis binnen 30 dagen = 4,69%"

Zelden behalen organisaties meer dan twee belangrijke verbeteringen op performantie per jaar op een dergelijk niveau van specificatie. Daarom moet voorkomen worden te ambitieus te zijn.

2. Ontwikkelen van een portfolio van projecten om de doelstellingen te ondersteunen

De doelstellingen, zonder de ontwikkeling van geschikte projecten, zal leiden tot ongewenste reacties om het doel of onverwachte effecten te bereiken of zal gewoon resulteren in een onvermogen om het doel te bereiken. De keuze van het aantal en de aard van de projecten is essentieel en gedetailleerd in de methodiek voorgesteld door IHI.

3. Middelen benutten voor het project die aangepast zijn aan het doel  
De meest succesvolle organisaties hebben een pool van leidinggevende mensen van een project met de volgende vaardigheden:

- Nieuwsgierigheid
- Mogelijkheid om van concept tot uitvoering te evolueren
- Competentie van kwantitatieve analyse en aanverwante computervaardigheden
- Mogelijkheid om samen te werken met alle niveaus en alle professionele disciplines
- Vaardigheid om vertrouwen te genereren
- Vaardigheid in communicatie

Deze organisaties hebben ook aandacht gegeven aan het totale personeelsbestand door:

- Verantwoordelijkheidzin te verhogen
- Seminari of andere opleidingen te volgen
- Deel te nemen aan gezamenlijke organisaties zoals IHI
- Presentaties op congressen te realiseren
- Rapporten te schrijven voor peer-reviewed publicaties

### **5.2.3 Beperkingen/moeilijkheden**

Het grootste probleem bij deze aanpak is de bewustwording op elk afzonderlijk niveau van het belang dat moet worden gehecht aan de uitvoering en aan de factoren die zullen interfereren om het project te ondersteunen of juist, te annuleren.

Bewustwording is nodig bij, zowel de overheid, als van het ziekenhuismanagement of project verantwoordelijken.

Dit idee wordt ondersteund door het uitstekende werk van Richard Grol (Grol and Grimshaw 2003), die een uitmuntende literatuurstudie realiseert over dit onderwerp. Hij wijst op de belangrijkste obstakels voor een succesvolle uitvoering (Haines and Rogers 2001).

Oefenomgeving (organisatorische context)

- financiële belemmeringen - bijvoorbeeld ontbreken van terugbetaling
- organisatorische belemmeringen - zoals het ontbreken van de tijd
- Perceptie van risico - risico van formele klacht
- Verwachtingen van patiënten,- zoals wensen in verband met voorschriften

Heersende mening (sociale context)

- normen in de praktijk - bijvoorbeeld, normale routine
- Advies leiders, bijvoorbeeld invloedrijke mensen die het niet eens zijn met het bewijs
- Medische training - bijvoorbeeld verouderde kennis
- Advocacy - bijvoorbeeld door farmaceutische bedrijven.

Kennis en houdingen (professionele context)

- Klinische onzekerheid - bijvoorbeeld het onnodig testen bij vage klachten
- Competentiegevoel - bijvoorbeeld vertrouwen in zijn capaciteiten
- Compulsie om op te treden - bijvoorbeeld, iets moeten doen
- Informatie overload - bijvoorbeeld het niet zien, van het voor de hand liggende bewijs

Hij ontwikkelt ook een synthese van de literatuur over strategieën om de uitvoering te bevorderen: educatieve materialen - cursussen, conferenties - interactieve sessies in kleine groepen - bezoeken - gebruik van opinieleiders - training - performance feedback – herinneringen - support bij het invoeren van besluit in computer - invoering van IT in de praktijk - alternatieve opdrachten - multi-professionele samenwerking - mediacampagnes - financiële steun - patiënt interventies - gecombineerde interventies.

De uiteindelijke conclusie van Richard Grol, is een perfecte synthese van alle hierboven geschetste methoden en is in perfecte harmonie met de IHI, " Bereid je goed voor als je morgen wilt beginnen om praktijken te veranderen: betrek de juiste mensen, ontwikkel en stel een mogelijke en aantrekkelijke verandering voor, overweeg de belangrijkste uitdagingen om verandering te bewerkstelligen, en selecteer een set van strategieën en maatregelen op verschillende niveaus, dit alles binnen uw budget en mogelijkheden. Kies een set van indicatoren om het succes te

meten en controleer continu of met regelmatige tussenpozen. En tot slot, geniet van het werk tijdens het verzorgen van patiënten.

## Europese projecten

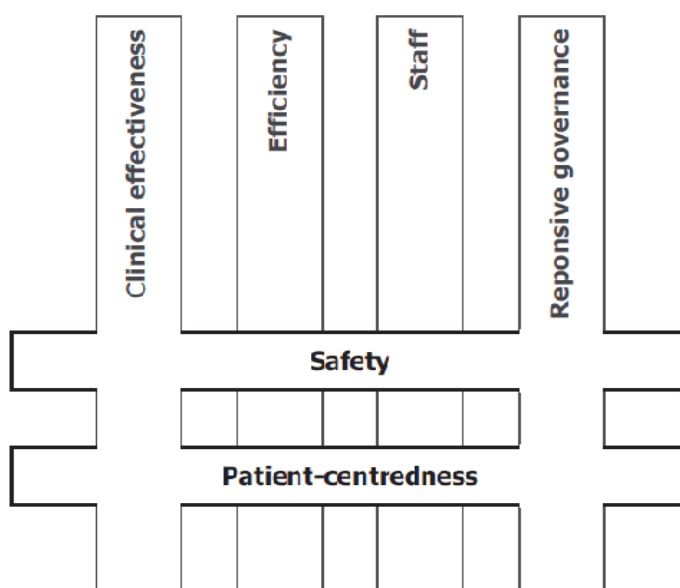
### 5.3 Het PATH project

Het PATH-project (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in ziekenhuizen), werd gelanceerd in 2003 door het regionale kantoor van de World Health Organization (WHO). Dit project werd in 65 ziekenhuizen, in acht landen geïnstalleerd, waaronder 22 ziekenhuizen in België. Het doel van dit project is het ontwikkelen en verspreiden van een flexibele en uitgebreide beoordeling van het ziekenhuis performantie, namelijk om ziekenhuizen te ondersteunen bij het meten van hun performantie, het analyseren van hun eigen resultaten en het vertalen naar acties voor verbetering. De hulp bestaat in het verstrekken van tools voor ziekenhuizen voor het meten van performantie, het opzetten van collegiaal support en het creëren van een netwerk tussen de deelnemende ziekenhuizen.

Bij de ontwikkeling van het conceptuele kader van PATH, werden de politieke oriëntaties van de systemen in de gezondheidszorg genoemd en rekening mee genomen (Veillard 2005).

De strategische richting van de WHO zijn onderverdeeld in zes samenhangende dimensies: de klinische effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichte aanpak (patient-centeredness), bestuur aangepast aan de behoeften van de dienst (responsive governance), human resources beleid en ziekenhuis efficiëntie, zoals weergegeven in Figuur 3. Elk van deze termen wordt uitgelegd in Tabel 3.

**Figuur 3** Het theoretisch model van het PATH-project voor het ziekenhuis performantie (Veillard, Champagne et al. 2005).



WHO pleit voor een multidimensionele aanpak van de ziekenhuis performantie, alle dimensies worden onafhankelijk beschouwd maar gelijktijdig geëvalueerd. Deze multidimensionele aanpak vormt de basis voor de definitie van intramurale performantie in het PATH-project.

**Tabel 3 Beschrijving van de afmetingen en subdimensies van de ziekenhuis performantie (Veillard, Champagne et al. 2005).**

Dimensie	Définitie	Sub-dimensie
Klinische efficiëntie	De klinische werkzaamheid is een dimensie van de performantie waarin een ziekenhuis, in de mate van de huidige kennis van zaken, al haar patiënten zorg verleent die het meest geschikt is en de beste resultaten levert.	- Compliance zorgprocessen - De resultaten van-zorgproces - Passende zorg
Efficiëntie	Efficiëntie is het optimaal gebruik door het ziekenhuis van haar middelen om maximale resultaten te behalen met de beschikbare middelen	-Bevoegde diensten -Geinvesteerde middelen in verhouding tot de resultaten -Gebruik van de beschikbare technologie voor de best mogelijke zorg
Ziekenhuis human resources orientatie	HR orientatie oordeelt in welke mate het personeel gekwalificeerd is om patiëntenzorg te leveren, geeft de kans om het leren voort te zetten, te werken onder gunstige omstandigheden en tevreden te zijn met het werk	-Work Environment -Outlook en erkenning van de individuele behoeften -Promotie activiteiten voor de gezondheid en veiligheid van het personeel -Attitudes, gedrag en gezondheid personeel
Bestuur aangepast aan de behoeften	Het bestuur, aangepast aan de behoeften laat zien hoe het ziekenhuis de behoeften van de gemeenschap beantwoordt, zorgen voor continuïteit en coördinatie van zorg, bevordert de gezondheid, innovatief is en zorg aan alle burgers zonder onderscheid levert, ongeacht hun raciale kenmerken fysieke, culturele, sociale, demografische of economische eigenschappen.	-Integratie van het ziekenhuis in het zorg en met de gemeenschap -Gezondheidsoriëntatie
Veiligheid	Veiligheid is de dimensie van de performanties waarin het ziekenhuis de juiste structuur heeft en het proces van gezondheidszorg gebruikt dat meetbaar schade of risico's voor patiënten en zorgverleners voorkomt of vermindert	-Veiligheid van de patient -Veiligheid van de staff -Veiligheid van de omgeving
Patientgerichte zorg	In deze dimensie van de performantie plaatst het ziekenhuis, de patiënten in het centrum van de zorg-en dienstverlening met bijzondere aandacht voor de noden van de patiënt en zijn familie, zijn verwachtingen, autonomie, privacy, waardigheid, in de keuze van de patiënt wat de verzorgers betreft, en zijn wens voor snelle zorg en op tijd geleverd.	-Klantgerichtheid -Respect voor patienten

Volgens dit model moet high performance gebaseerd zijn op professionele vaardigheden, toegepast met de huidige kennis, technologieën en middelen ter beschikking, efficiënt gebruikt, om het risico te minimaliseren voor de patiënt, die allen de nodige aandacht geeft en die optimaal bijdragen tot resultaten in termen van gezondheid. Dank zij de dimensie van het bestuur afgestemd op de behoeften, is het ziekenhuis terug in de wereldwijde gezondheidszorg. Een hoge ziekenhuis performantie moet dus ook rekening houden met de behoeften en eisen van de gemeenschap (bevolking), de integratie van diensten in het geheel van het leveringssysteem van de gezondheidszorg en het engagement om de gezondheid te bevorderen. Een hoge ziekenhuis performantie moet zichzelf ook evalueren in relatie tot de beschikbaarheid van de ziekenhuisdiensten voor alle patiënten, ongeacht de fysieke, culturele, sociale, demografische of economische barrières. Dit conceptueel kader brengt een belangrijke bijdrage in de onderlinge relatie van dimensies- de veiligheid van de patiënt wordt geanalyseerd, maar ook van het personeel in de gezondheidszorg (bijv. naleving van de stralingsdoses, monitoring van ongevallen met naalden, maar ook de prevalentie van roken bij het personeel) of op het niveau van het bestuur aangepast (rekening houdend met de milieu-impact, bijvoorbeeld). De kruising tussen veiligheid en efficiëntie geeft aan dat veiligheid een duur prijskaartje heeft.

### 5.3.1 De indicatoren

Het team van het PATH-project omschrijft de volgende stappen voor het definiëren van het conceptueel kader en het selecteren van indicatoren (Veillard, Champagne et al. 2005)

1. De systemen voor het meten van de ziekenhuis-performantie op regionaal en nationaal niveau en de praktische uitvoering daarvan werden beoordeeld door een voorlopige lijst van 100 potentiële indicatoren samen te stellen. Deze lijst werd beoordeeld door deskundigen die een paar indicatoren toevoegden en verwijderden.
2. De dimensies en sub-dimensies van het conceptueel kader die niet genoeg aan bod kwamen, zijn geïdentificeerd en onderzoek is gedaan van de literatuur om indicatoren te vinden.
3. Een literatuurstudie werd uitgevoerd voor elk van de 100 indicatoren, geïdentificeerd om informatie te verzamelen over prevalentie, validiteit en betrouwbaarheid, huidig gebruik, de aangetoonde en / of gesuggereerde relatie met andere indicatoren en mogelijke exogene factoren.
  - a. Voor de indicatoren van de klinische werkzaamheid, kunnen tal van studies hun geldigheid aantonen.
  - b. Voor de indicatoren zoals 'persoonlijke' en 'responsive governance, oriëntatie' worden zeer weinig onderzoek en experimenten gerapporteerd.
4. Een enquête werd uitgevoerd in 20 landen naar de geldigheid en het nut van indicatoren in de nationale context, hun potentiële impact op de verbetering van de kwaliteit en de last van het verzamelen van gegevens.

5. Deskundigen hebben vervolgens indicatoren geselecteerd en verdeeld in een basisset (core set) geldig in alle contexten en een ad hoc-set (tailored set) voor specifieke aspecten.
6. Een laatste workshop werd gehouden om de set van indicatoren te valideren.
7. De set van indicatoren is vooraf getest in zes landen, waaronder België (37 ziekenhuizen).
8. in 2009 nemen 16 landen deel aan PATH: Frankrijk, Duitsland, Spanje, Griekenland, Polen, Bosnië-Herzegovina, Hongarije, Albanië, Estland, Kroatië, Malta, Turkije, Tsjechië, Slovenië, Litouwen, Slowakije  
([http://www.pathqualityproject.eu/path-organized\\_pcc.html](http://www.pathqualityproject.eu/path-organized_pcc.html) )

De definitieve lijst van indicatoren bevat:

Een basisset van 24 indicatoren die uiteindelijk nuttig zou kunnen zijn voor inter-ziekenhuis vergelijking.

- percentage keizersneden
- het gebruik van profylactische antibiotica voor een aantal electieve chirurgie (colorectale kanker, coronaire bypass, heupprothese, hysterectomie)
- ziekenhuis mortaliteit na een acuut myocardinfarct, beroerte, community acquired pneumonie, heupfractuur, coronaire bypass
- Heropname binnen 30 dagen bij acuut myocardinfarct, beroerte, community acquired pneumonie, heupfractuur, coronaire bypass-operatie, astma en diabetes;
- Percentage daghospitalisatie voor chirurgie: cataract, knie-artroscopie, liesbreuk, curettage, tonsillectomie en adenoïden te genezen, cholecystectomie, afbinden van de eileiders, behandeling van spataderen;
- Opname percentage na de ambulante chirurgie (dezelfde handelingen als het vorige punt);
- Niet geplande heropname op intensive care-afdeling binnen 48 uur na ontslag;
- Duur van het verblijf na een acuut myocardinfarct, beroerte, community acquired pneumonie, heupfractuur, coronaire bypass-operatie;
- Duur van het verblijf voor acuut myocardinfarct, beroerte, community acquired pneumonie, heupfractuur, coronaire bypass-operatie;
- Het gebruik van operatiekamers;
- De uitgaven voor de opleiding van personeel
- Het ziekteverzuim
- Overuren;
- Verwondingen door naalden;
- Roken door personeel;
- Borstvoeding bij ontslag;
- Meten van overgangs-zorg;
- Verwachtingen van de patiënt;



Voor elke indicator, werd een fiche opgemaakt waarvan voorbeeld in Figuur 4.

**Figuur 4** Voorbeeld van een beschrijvende fiche van een core set indicator van PATH.

<b>Indicator name</b>	<b>C1. Caesarean section</b>
<b>Rationale (including justification, strengths and limits)</b>	<p>Caesarean section is an indicator of clinical effectiveness and, in case it is not indicated, may reflect a safety concern by exposing mothers to unnecessary surgery. Caesarean sections are associated with higher morbidity and mortality, including deep vein thrombosis, pulmonary embolism, post-thrombotic syndrome, endometritis and wound infections.</p> <p>WHO targets a Caesarean section rate of 10-15%. In the Nordic countries, the rate remains stable around this target, while it steadily increased in US, Canada and UK.</p> <p><b>Strengths:</b> Caesarean section is the most common operative procedure in US. There is evidence of major variations and of over-use for this procedure. The Indicator may address large potentials for quality improvement in a number of settings.</p> <p><b>Limits:</b> The indicator is difficult to interpret due to its bi-directionality. Selection bias can be expected and there is a need to identify high-risk patients (such as HIV positive mothers). Patients for which Caesarean section is indicated can only to a limited extent be identified from administrative databases and non-clinical (cultural and socio-demographic) factors and patients' preferences are difficult to account for.</p>
<b>Domain</b>	Clinical Effectiveness / Safety
<b>Definition</b>	Percentage of Caesarean sections of total deliveries
<b>Type of Indicator</b>	Process measure
<b>Numerator</b>	<p>Number of Caesarean section sections</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICD9: 868.7</li> <li>- ICD9CM: 740, 741, 742, 744, 748.8</li> <li>- ICD10: O82</li> </ul>
<b>Denominator</b>	<p>All deliveries</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICD9: 640-878.</li> <li>- AHRQ Delivery DRGs: 370, 373, 371, 374, 372, 376</li> <li>- ICD10: O1, O2, O4, O6-O8, O90-O92, O 95, O98, O99 with sixth digit 1 or 2, or Z1</li> </ul>
<b>Optional</b>	<p>a) Number of primary Caesarean section over number of primary deliveries</p> <p>b) Vaginal deliveries over all deliveries with a previous Caesarean section</p>
<b>Inclusion</b>	Delivery with > 37 weeks pregnancy
<b>Exclusion</b>	Abnormal presentation, fetal death, multiple gestation, breech procedure
<b>Interpretation</b>	There is evidence of overuse of Caesarean delivery, therefore lower rates are preferred. However, the indicator is bidirectional, i.e. too low rates may reflect underuse. Rates that are approximately below 15% and above 25% may indicate inappropriate care.
<b>Data source</b>	Birth register, theatre register, delivery suite register, maternity case notes, patient records, administrative database, discharge abstract, national specific register
<b>Observation time</b>	Observation time depends on case-load in individual facilities and data can be collected retrospectively or prospectively. If done retrospectively, all cases in 2005 should be included. If done prospectively, observation time should be between one to three months.
<b>Further information</b>	This indicator is based on the definition as proposed by the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Additional information on the evidence and technical specifications can be found under the following link: AHRQ Inpatient Quality Indicators: <a href="http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/qi/oi/ guide_v31.pdf">http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/qi/oi/ guide_v31.pdf</a> (page 60ff) and <a href="http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/qi/oi/ technical_specs_v31.pdf">http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/qi/oi/ technical_specs_v31.pdf</a> (p2-1ff)

Een set van 27 ad hoc indicatoren, aangepast aan de lokale omstandigheden.

Ontwerpers van PATH (Veillard, Champagne et al. 2005) dringen erop aan dat de indicatoren niet apart moet worden geïnterpreteerd, maar wel in het geheel en met behulp van het conceptueel kader.

Twee indicatoren werden samengesteld voor dit doel: een relatieve performance index en een index van de algemene performantie.

### **5.3.2 Implementatie / operationaliteit**

Het verzamelen van gegevens begon in zes piloot-landen, (51 ziekenhuizen).

Na deze piloot fase werd een evaluatie uitgevoerd door het interviewen door de regionale en nationale coördinatoren en de coördinatoren van het ziekenhuis (37 ziekenhuizen) (Groene, Klazinga et al. 2008).

Het doel van deze evaluatie was om de factoren te identificeren die de uitvoering van het project bevorderen of belemmeren en de gebruikers te impliceren in het proces van herziening van de beschrijving van de indicatoren, het verzamelen van gegevens en de rapportage

Uit deze evaluatie blijkt duidelijk dat PATH nuttig is om de aandacht te vestigen op verschillende dimensies van de kwaliteit, de interacties tussen de indicatoren en om verschillende databases te integreren binnen het ziekenhuis. Het lijkt ook dat de index van relatieve performantie en algemene performantie niet volledig begrepen werden. De meeste ziekenhuis coördinatoren waren van mening dat het verzamelen van gegevens voor sommige indicatoren (het gebruik van antiobio-prophylaxie, het gebruik van operatiekamers, training uitgaven en ziekteverzuim), tijdrovend is, maar dat de generieke indicatoren van toepassing waren in alle ziekenhuizen. De ziekenhuis coördinatoren vragen ook dat de tijd tussen het verzamelen van gegevens en de feedback verminderd word en dat andere tools beschikbaar worden gesteld, om het aan leren te stimuleren in het ontwikkelingsproces van de performantie te verbeteren.

Bij de uitdagingen van PATH, merkt het team op dat het essentieel is, om de echte verschillen van performantie te scheiden van de verschillen in de maatregelen die zijn gebaseerd op de indicatoren van PATH.

Momenteel is het PATH-project actief in 16 landen (Frankrijk, Duitsland, Spanje, Griekenland, Polen, Bosnië-Herzegovina, Hongarije, Albanië, Estland, Kroatië, Malta, Turkije, Tsjechië, Slovenië, Litouwen, Slowakije). Deelnemende ziekenhuizen ontvangen feedback en worden uitgenodigd om vergaderingen bij te wonen om ervaringen te delen. De resultaten worden aan de ziekenhuizen gegeven om ze te helpen zichzelf te verbeteren.

### **5.3.3 Beperkingen / problemen**

Het goed ontwikkeld conceptueel kader van PATH is niet vertaald in een geformaliseerd operationeel kader. Het PATH team veronderstelt dat de communicatie van de resultaten aan de ziekenhuizen en hun besprekingen, tijdens de bijeenkomst tussen de verschillende ziekenhuizen, voldoende zal zijn om ziekenhuizen spontaan aan te zetten tot acties, om hun performantie te verbeteren.

Een aantal van de performantie-indicatoren zijn voorgesteld

([http://www.pathqualityproject.eu/upload/file/path\\_20092010\\_indicators\\_descrip](http://www.pathqualityproject.eu/upload/file/path_20092010_indicators_descrip)

[tive\\_sheets.pdf](#)), maar de dimensies van patiënt-gecentreerde benadering of bestuur, aangepast aan de behoeften, bestaan nog niet.

Daarenboven kan het verzamelen van gegevens door sommige ziekenhuizen als te zwaar belastend ervaren worden. Bijvoorbeeld, in België, hadden 22 ziekenhuizen afgesproken om deel te nemen, Na twee jaar van deelname, heeft België nochtans besloten niet meer deel te nemen, omdat PATH te veel aanvullende gegevens vroeg, in verhouding tot wat al routinematig verzameld werd.

Ten slotte is de impact van het gebruik van de PATH-model op het verbeteren van de ziekenhuis de performantie nog niet geanalyseerd.

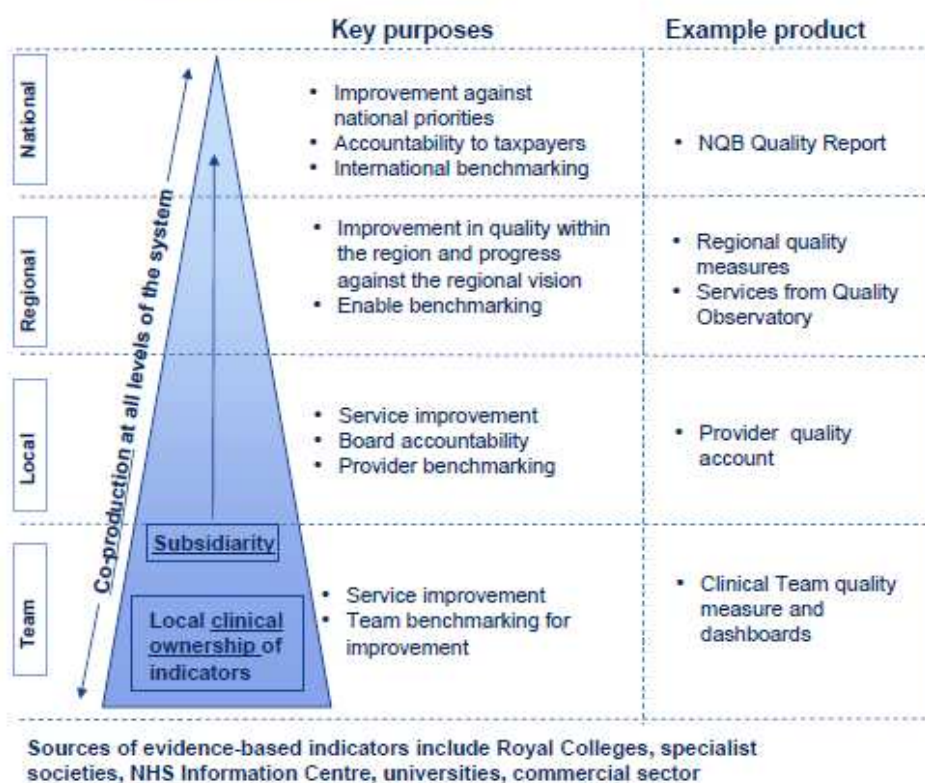
## 5.4 Meten van de performantie van ziekenhuizen in Groot-Brittannië

Veel initiatieven voor het meten van ziekenhuis performantie zijn ontstaan in Groot-Brittannië.

De gezondheidszorg in Groot-Brittannië bestaat voornamelijk uit de National Health System NHS

- Het ministerie van Volksgezondheid (Department of Health) heeft een conceptueel kader voor de ontwikkeling van gezondheidsindicatoren ontwikkeld.

### Quality Pyramid Overview of the quality indicators framework



- Een onafhankelijke Commissie, de Care Quality Commissie (CQC) heeft verschillende verslagen, genaamd: "Annual Health Check" en vervolgens "NHS performance rating" waarvan de laatste gepubliceerd werd in 2008.

[http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidget\\_s.content\\_view\\_1&cit\\_id=35456](http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidget_s.content_view_1&cit_id=35456)

In deze rapporten neemt de CQC twee sets van criteria voor de beoordeling van de ziekenhuizen: "Overall Quality" en "Financial Management".

Het deel financieel management wordt geëvalueerd op basis van de boekhouding en financiële audit.

Het deel Globale kwaliteit is de maat van het succes waarmee de organisatie voldoet aan de normen en de vooruitgang in de richting kwaliteitsdoelstellingen op nationaal

niveau. Deze algemene kwaliteit is gemeten met behulp van 66 indicatoren. Vier scores worden toegekend, uitstekend, goed, matig en zwak

➤ De hervorming 2011-2015→

In juli 2010 vaardigde de regering een verklaring "Equity and excellence : Liberating the NHS" voor een enorme hervorming van de NHS met de doelstellingen van:

o de patiënten in het centrum van de zorg zetten

o tot betere resultaten van zorg komen

o de middelen te geven aan plaatselijke organisaties en professionals om de kwaliteit te verbeteren.

De hervorming genaamd " Quality Innovation Productivity and Prevention Challenge QIPP » wil bovenal de kwaliteit verbeteren en de kosten verlagen door het verbeteren van de productiviteit en dienstverlening vorm te geven, waar mogelijk. Het introduceert daarom een groot aantal wijzigingen, waaronder de verdwijning en de re-organisatie van organisaties zoals de National Patient Safety Agency, het NHS Institute of Innovation and Improvement , het promoten van de deelname van particuliere instellingen in de gezondheidszorg, de verandering van de status ziekenhuizen en algemene medische praktijken.

In deze context brengt de National Quality Board (NQB), opgericht in 2009, het ministerie van Volksgezondheid, CQC, "Monitor", The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en het National Patient Safety Agency samen. Voor NQB is kwaliteit vooral een kwestie van individuele verantwoordelijkheid, ook al is het ook een kwestie van een systeem waar succes of falen worden bepaald door een complex geheel van interacties tussen individuen en organisaties. NQB benadrukt het belang van het veranderen van de cultuur, zodat de staf zich verantwoordelijk voelt voor het melden van incidenten (de arbeidsovereenkomst van het personeel wordt veranderd om hen te beschermen als ze slecht functioneren rapporteren)

**De NQB is niet akkoord met het ontwikkelen van een set kwaliteitsindicatoren waarvoor elke organisatie zou moeten zorgen. Volgens hen geeft dit soort set, valse geruststelling. Het gevaar is dat organisaties zich vooral richten op bepaalde indicatoren uit de set ten koste van andere zorgaspecten.**

De DNC geeft de voorkeur aan de CQC aanpak: vaststelling van het risicoprofiel en de kwaliteit (QRPs - Quality and Risk Profile).

Het CQC heeft aanbevelingen gepubliceerd voor de zorgverleners

(<http://www.rcpa.org.uk/downloads/guidance-about-compliance---essential-standards-of-quality-and-safety-424.htm>) en evalueert voor de oprichting van QRP in welke mate aan de normen wordt voldaan.

De gemeten resultaten zijn:

### **Involvement and information**

Outcome 1: Respecting and involving people who use services

Outcome 2: Consent to care and treatment

Outcome 3: Fees

### **Personalised care, treatment and support**

Outcome 4: Care and welfare of people who use services

Outcome 5: Meeting nutritional needs

Outcome 6: Cooperating with other providers

### **Safeguarding and safety**

Outcome 7: Safeguarding people who use services from abuse

Outcome 8: Cleanliness and infection control

Outcome 9: Management of medicines

Outcome 10: Safety and suitability of premises

Outcome 11: Safety, availability and suitability of equipment

### **Suitability of staffing**

Outcome 12: Requirements relating to workers

Outcome 13: Staffing

Outcome 14: Supporting workers

### **Quality and management**

Outcome 15: Statement of purpose

Outcome 16: Assessing and monitoring the quality of service provision

Outcome 17: Complaints

Outcome 18: Notification of death of a person who uses services

Outcome 19: Notification of death or unauthorised absence of a person who is detained

or liable to be detained under the Mental Health Act 1983

Outcome 20: Notification of other incidents

Outcome 21: Records

### **Suitability of management**

Outcome 22: Requirements where the service provider is an individual or partnership

Outcome 23: Requirement where the service provider is a body other than a partnership

Outcome 24: Requirements relating to registered managers

Outcome 25: Registered person: training

Outcome 26: Financial position

Outcome 27: Notifications – notice of absence

Outcome 28: Notifications – notice of changes

Tot nog toe werden deze indicatoren niet gepubliceerd, de resultaten worden naar de aanvragers opgestuurd om te verbeteren waar nodig.

In de toekomst, zal de CQC Provider Profiles publiceren die niet het totale resultaat zullen weergeven, maar de waardering van de toehoorders.



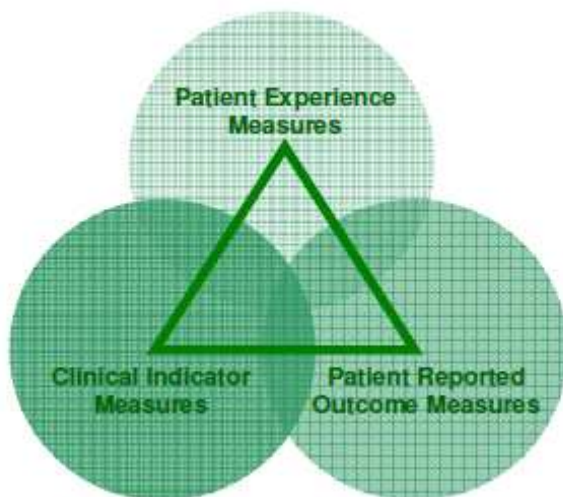
Daarnaast introduceerde de NHS het gebruik van Patient Reported Outcome Measures PROMS en Patient Reported Experience in een poging om patiënten meer inspraak te geven in de NHS en het opzetten van een partnerschap met de patiënten. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/records/proms/Pages/aboutproms.aspx>

- Regionale projecten werden uitgevoerd zoals in 2008 het project " A North West Health System approach to Advancing quality" <http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/index.php>

Het ontwerp betalen voor de performantie (P4P) is gebaseerd op een Amerikaanse methodologie (North Carolina) Hospital Quality Incentive Demonstration project Incentive Demonstration project

Dit project meet performantie in termen van kwaliteit met de indicator in Figuur 5 geassocieerd met resultaten gerapporteerd door patiënten PROMs-Patient reported outcomes measures ) en metingen van de ervaringen van patiënten (PREMs-Patients experience measures). De eerste resultaten worden verwacht in 2011.

**Figuur 5 A North West Health System approach to Advancing quality**



# Advancing Quality measures

## Community-acquired pneumonia (CAP)

1. Percentage of patients who received an oxygenation assessment within 24 hours prior to or after hospital arrival
2. Initial antibiotic selection
3. Blood culture collected prior to first antibiotic administration
4. Antibiotic timing, percentage of pneumonia patients who received first dose of antibiotics within six hours after hospital arrival
5. Smoking cessation advice/counseling

## Hip and knee replacement

1. Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision
2. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
3. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time
4. Recommended Venous Thromboembolism prophylaxis ordered
5. Appropriate Venous Thromboembolism prophylaxis within 24 hours prior to surgery to 24 hours after surgery

## Acute myocardial infarction (AMI)

1. Aspirin at arrival
2. Aspirin prescribed at discharge
3. ACE or ARB for LVSD
4. Smoking cessation advice/counseling
5. Beta blocker at arrival
6. Beta blocker prescribed at discharge
7. Thrombolytic received within 30 minutes of hospital arrival
8. PCI received within 90 minutes of hospital arrival
9. Inpatient mortality rate

## Coronary artery bypass graft (CABG)

1. Aspirin prescribed at discharge
2. Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision
3. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
4. Prophylactic antibiotics discontinued within 48 hours after surgery end time
5. Inpatient mortality rate

## Heart failure (HF)

1. Left Ventricular Systolic (LVS) assessment
2. Detailed discharge instructions
3. ACEI or ARB for LVSD
4. Smoking cessation advice/counseling



<http://www.rcpa.org.uk/downloads/guidance-about-compliance---essential-standards-of-quality-and-safety-424.htm>

- Particuliere initiatieven bestaan ook, zoals dr. Foster-Health met "Gids voor ziekenhuizen" <http://www.drfoosterhealth.co.uk/> Het instituut organiseert ook een benchmarking tussen ziekenhuizen met participatie van enkele Belgische ziekenhuizen.



## 5.5 Frankrijk

Frankrijk heeft twee grote programma's ontwikkeld voor het evalueren van ziekenhuisperformantie door indicatoren, certificering en het project-Compaq HPST.

### 5.5.1 Het certificaat

De certificering werd aanvankelijk opgericht bij besluit van 24 april 1996 onder de naam "accreditatie", zijn huidige titel bestaat sinds de wet van 13 augustus 2004 wanneer ook de Nationale Autoriteit voor Gezondheid (HAS) gecreëerd werd, een organisatie die het kader bepaalt en de implementatie leidt.

Certificering is een accrediteringsproces, vergelijkbaar met accreditatie in België, om de 4 jaar te vernieuwen (de Walcque, Seuntjens et al. 2008). Haar primaire doel is om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis uniform een set van kwaliteitsnormen opvolgt. Maar het wil ook alle professionals uit het ziekenhuis mobiliseren voor een proces van verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg aan patiënten, en het vertrouwen van de patiënt te verbeteren.

Het is gebaseerd op een repository, de eerste versie in 1999. De huidige versie (v2010) is de vierde en omvat een totaal van 138 evaluatiecriteria (Haute Autorité de la Santé 2009).

#### 5.5.1.1 De indicatoren

**De certificering standaard is ontwikkeld door de HAS.**

De criteria zijn geïnspireerd van de standaarden gebruikt door Agrément Canada (ex-CCASS), l'Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) en de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

De H.A.S, in haar toezichhoudende taak, erkent ook de inzet van instellingen in extra apparaten (certificering van dienst op een bepaald domein, ISO 9001-certificering van de industrie of de oprichting van een accreditatie JACIE activiteit van hematopoietische stamceltransplantatie, controle door het Agentschap van biogeneeskunde activiteit sampling, tot gespecialiseerde gebieden van professionele certificering, etc..) om doublures te voorkomen tussen de verschillende procedures.

De criteria van de repository werden geselecteerd in overleg met een steekproef van patiënten, van wie de verwachtingen zijn geordend door de methode "Kano" en een steekproef van gezondheidswerkers (Haute Autorité de Santé 2010).

De repository bevat 138 criteria onderverdeeld in twee hoofdstukken nl. "ziekenhuis management" en: "opname van de patiënt". Het eerste hoofdstuk bestaat uit drie delen: "strategisch management", "management van de middelen" en "kwaliteitsmanagement en veiligheid van de zorg".

Het tweede hoofdstuk is opgedeeld in vijf delen: "de rechten en plaats van de patiënt", "beheer van patiëntgegevens", "koers van patiënt", "specifieke zorgopnames", "evaluatie van professionele praktijken." De overgrote meerderheid van de criteria wordt verwezen naar het hoofdstuk "Beheer van de patiënt" (90 tegen

48). De repository is duidelijk gericht op de kwaliteit: financieel beheer wordt bepaald door slechts twee criteria, en het beheer van human resources door middel van vier criteria.

Om het hefboomeffect te versterken op de kwaliteit en veiligheid van de zorg-certificering, werden dertien "praktisch gevolg van prioriteit" geïntroduceerd in de certificeringshandleiding. Deze prioriteit praktijken zijn criteria voor dewelke wachttijden specifiek worden uitgesproken. Bijvoorbeeld, zijn ziekenhuizen verplicht om functie "risk management" te ontwikkelen, of met behulp van een risicomanager, of door het creëren van een gespecialiseerde cel met een daartoe aangewezen ambtenaar.

Ook wordt verwacht dat ziekenhuizen, tijdens hun self-assessment, aan negen criteria worden onderworpen via evaluatie-indicatoren. Deze criteria zijn: "indicatoren, boordtabellen en het beheer van de instelling", "beheer van de kans op infectie", "adequaat gebruik van antibiotica", "beheer van pijn," "beheer van patiëntendossiers" , "voedingsstoornissen", "kwaliteit beheer van medicamenteuze behandeling van de patiënt", "ontslag van patiënt", "EPP initiatieven in verband met indicatoren van de klinische praktijk." Bijvoorbeeld, in de handleiding staat dat het criterium v2010 "patiënt ontslag" moet worden beoordeeld door het meten van de tijd voor het verzenden van e-mail die het einde van het verblijf van de patiënt aankondigt.

De kwantitatieve indicatoren komen overeen met het verzamelen van gegevens die al verplicht waren als gevolg van eerdere wetgeving of programma's van HAS, Een voorbeeld is de samengestelde indicator van het juiste gebruik van antibiotica (ICATB), opgericht in 2006 door het ministerie van Volksgezondheid, geïntegreerd in de boordtabel van nosocomiale infecties. Ziekenhuizen kunnen hierbij spontaan zelf ontwikkelde indicatoren toevoegen.

### **5.5.1.2 Implementatie / operationalisatie**

De certificering wordt in drie fasen uitgevoerd.

Als eerste punt zullen, de professionals van de inrichting zelf hun eigen kwaliteit van de organisaties en praktijken geïmplementeerd op basis van de certificatie-handleiding beoordelen. De resultaten worden vervolgens naar de HAS doorgestuurd.

In een tweede stap, zullen de experts van het H.A.S. een "certificeringsbezoek" afleggen van het etablissement om de realiteit van de self-assessment te controleren en het bereikte kwaliteitsniveau te evalueren.

Volgend op het bezoek zullen door de bezoekende deskundigen een rapport worden opgesteld. Punten worden toegekend op basis van de mate van naleving van elk criterium door de instelling. Afhankelijk van het aantal behaalde punten, worden instellingen gerangschikt op een schaal van A tot D, van eenvoudige certificering tot, niet-certificering, via verschillende niveaus van aanbevelingen. De niet-certificering

is alleen gegeven aan instellingen die aanbevelingen kregen om imperatief enkele processen te verbeteren en dit niet hebben gedaan. Na de procedure, wordt het rapport verstuurd naar de zorginstelling, de Regionale Health Agency (LRA) bevoegd en geplaatst op de website van de HAS.

De GGD heeft een kader omlijnd voor het certificering rapport van inrichtingen, met een voorstelling van de instelling, een grafische weergave van de 'scores', bereikt door de instelling op verschillende criteria en een verklaring van de resultaten volgens de includes planning repository.

Deze rapporten zijn beschikbaar op de HAS site. Etablissements worden ook aangemoedigd om hun rapport beschikbaar te zetten op hun site.

### **5.5.1.3 Beperkingen / problemen**

- De certificering richt zich op instellingen en laat geen globale beoordeling van de performantie van het Franse kwaliteitssysteem toe.
- Er worden maar weinig indicatoren gebruikt en hervatten in ieder geval de gegevens die al elders verzameld werden door het ministerie van Volksgezondheid en de HAS.
- De certificering biedt een slechts zeer gedeeltelijk beeld over de financiële performantie of over human resources.
- Zelfs binnen instellingen, wordt certificering aanzien als een technocratische eenmalige verplichting. Zelfs als het een upgrade voor vele processen of praktijken toelaat, gebeurt het vaak dat het enthousiasme zeer snel daalt en men terug keert naar oude gewoonten in afwachting van de volgende certificering test (Herrerros and Milly 2006).

### **5.5.2 Het Compaq HPST project**

Het project COMPAQH (Coördinatie van de meting en verbetering van de ziekenhuis performanties), ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid en de GGD, startte in maart 2003. Het heeft zich reeds ontwikkelde in twee cycli van drie jaar (2003-2006, 2006-2009) en werd verlengd tot 2012 tot HPST-COMPAQ (ziekenhuis-patiënten-Safety-Planning). Het doel is om indicatoren voor de kwaliteit van de zorg voor de gezondheidszorg te ontwikkelen, inter-ziekenhuis te vergelijken en effectieve manieren voor het gebruik van deze indicatoren vast te stellen. Eenmaal de indicatoren gedefinieerd en getest, worden ze voorgesteld aan het ministerie voor generalisatie: ze worden verplicht voor alle gezondheids-voorzieningen. Sommige van deze indicatoren worden verplicht gebruikt in het certificeringsproces.

HPST COMPAQi Indicatoren worden ontwikkeld op basis van prioritaire gezondheid doelen. In de eerste versie (2003-2006), werden uit de internationale

literatuur, en na overleg met het ziekenhuis partners of administratieve project, acht prioriteiten onthouden. Het project telt nu negen prioriteiten:

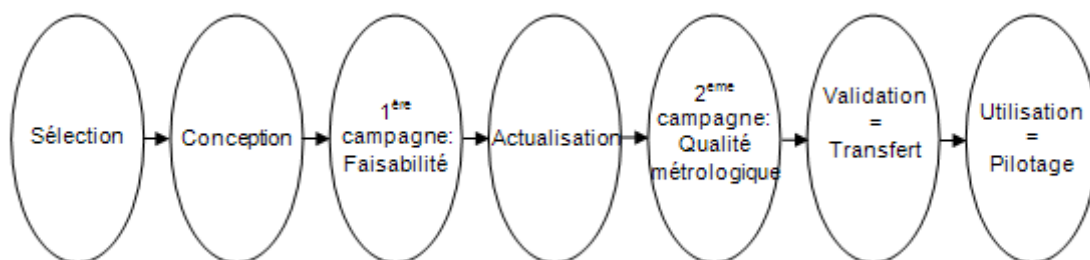
- 1) vechten tegen pijn
- 2) de continuïteit van zorg voor patiënten waarborgen
- 3) bestrijding van eetstoornissen
- 4) verbetering van de veiligheid van patiënten
- 5) rekening houden met de opvatting van patiënten
- 6) klinische praktijken
- 7) motivatie, verantwoording en evaluatie van de vaardigheden van professionals te verhogen in contact met de patiënt
- 8) zorgen voor toegankelijkheid
- 9) zorgen voor zorgcoördinatie en verbeteren van secundaire preventie

De nadruk werd in COMPAQH 2 (2006-2009), ook gelegd op het ontwikkelen van indicatoren voor de uitbreiding van de nationale gezondheids-plannen: plan "noodsituatie" plan "pijn," plannen "voeding / gezondheid," plan "beroerte". Deze indicatoren zijn echter niet ontworpen om de impact van deze plannen te analyseren: het is gewoon om in ziekenhuizen een reactie te genereren rond deze kwesties.

### 5.5.2.1 De indicatoren

De selectie van indicatoren doorloopt verschillende fasen, waarvan synthese in de volgende grafiek.

Source : [www.compaqh.fr](http://www.compaqh.fr).



#### 1) Selectie

Tijdens de eerste fase heeft het project team, na de definitie van de prioritaire doelstellingen, uit de internationale literatuur een set van indicatoren geïdentificeerd op basis van criteria van belang (belang van het thema, de mogelijkheden voor corrigerende actie), haalbaarheid (last, aanvaardbaarheid), kwaliteit van de meting, overeenstemming met de bestaande benaderingen.

Vertegenwoordigers van de ziekenhuizen die deelnemen aan het project (36 in 2003, 42 in 2010) hebben vervolgens elk van deze indicatoren beoordeeld ten opzichte van de dezelfde criteria (haalbaarheid schijnt blijkbaar de belangrijkste onderscheidende factor), die hielpen om prioriteiten te stellen. De uiteindelijke consensus werd verkregen door de toepassing van een Delphi-methode (Grenier-Sennelier and al. 2005). In de eerste besprekingsronde, werden 43 indicatoren geselecteerd. Enkele andere indicatoren zijn toegevoegd tijdens de fase 2 een deel van de dynamiek van de nationale gezondheidsplannen of na suggestie van de HAS - maar altijd in overleg met partners.

## 2) Ontwerp

Het doel van deze stap is de verzamelmethode te standardiseren. Een "specificatie" is gemaakt voor elke indicator met beschrijving van de bouwmethoden (steekproefgrootte, bevolkingsreferentie verzamelde variabelen). Bij deze specificatie hoort een "coderooster" om de nodige gegevens voor de bouw van de indicator in het veld te verzamelen. Ten slotte werden "instructies voor vulling" en "FAQ's" gemaakt op basis van de indicatoren.

## 3) De eerste campagne van gegevensverzameling

De collecte wordt voorafgegaan door een haalbaarheidsstudie om het vermogen van de instelling om zelfstandig de gevraagde gegevens te kunnen verzamelen, te beoordelen. Deze totale collectie volgt een vooraf bepaald schema, opgemaakt door de deelnemende instellingen. Dit is ook afhankelijk van een actualisering. Als zodanig kan de collectie variëren van de ene campagne naar de andere. De verzamelde gegevens worden vervolgens gecentraliseerd in een database.

## 4) Update

Naar aanleiding van de eerste resultaten van haalbaarheid, wordt een update van de indicator voorzien. Het is gedefinieerd aan de hand van de relevantie van de resultaten (standaard afwijking te groot is, onvoldoende statistische power, etc.) en van de haalbaarheid van de criteria. Deze update heeft de vorm van een wijziging in de specificaties en de verzameling gids.

## 5) Tweede jaar gegevensverzameling

De tweede campagne van de test is over het algemeen meer gericht op het meten van vraagstukken.

## 6) Validatie

Aan het einde van deze tweede campagne wordt de indicator opnieuw beoordeeld met als doel de mogelijkheid een aanbeveling voor veralgemening te kunnen geven. Deze beoordeling is gebaseerd op een data-blad met argumenten als bewijs voor deze generalisatie.

## 7) Het gebruik van indicatoren voor de controle van het etablissement

Deze analyse wordt gedaan door "feedback" door de instellingen aangegeven. Ondertussen werd een vragenlijst gestuurd om de initiatieven te bundelen die zijn genomen rond COMPAQH indicatoren.

Tot op heden heeft het project 63 indicatoren geselecteerd, gebouwd en 42 getest en bood 32 tot generalisatie. 24 van deze indicatoren zijn gegeneraliseerd door de overheid (Tabel 4):

**Tabel 4**

<b>Objectifs prioritaires</b>	<b>Indicateurs</b>
1. Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> <li>○ Traçabilité de l'évaluation de la douleur en soins de suites et de réadaptation (SSR)</li> </ul>
2. Prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation</li> <li>○ Conformité des demandes d'examen d'imagerie</li> <li>○ Réunion de concertation pluridisciplinaire</li> <li>○ Conformité du dossier anesthésique</li> <li>○ Tenue du dossier patient en SSR</li> <li>○ Délai d'envoi des courriers en SSR</li> <li>○ Conformité du dossier patient en établissement psychiatrique</li> <li>○ Conformité du dossier patient en structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD)</li> </ul>
3. Troubles nutritionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte</li> <li>○ Dépistage des troubles nutritionnels en SSR</li> </ul>
4. Sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)</li> <li>○ Taux d'infections du site opératoire (SURVISO)</li> <li>○ Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient (ICSHA)</li> <li>○ Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient</li> <li>○ Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient</li> </ul>
5. Point de vue des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Satisfaction du patient hospitalisé</li> </ul>
6. Pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë</li> <li>○ Prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral</li> <li>○ Prévention du risque d'escarres</li> </ul>
8. Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle</li> <li>○ Délai d'attente en consultation externe</li> </ul>

Het project verwierp ook een aantal indicatoren op het einde van de eerste fase (Tabel 5), om praktische redenen of omdat ze gefusioneerd zijn met een ander. Zo bijvoorbeeld, de indicatoren "uitstel voor een poliklinische afspraak" en "wachttijd polikliniek" werden samengevoegd tot een indicator "wachttijd in polikliniek" nu gegeneraliseerd.

Tabel 5

Objectif prioritaire	Indicateurs
1. Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traitement des patients douloureux</li> </ul>
2. Prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie</li> <li>○ Prise en charge sociale</li> <li>○ Coordination de la prise en charge</li> <li>○ Coordination de la prise en charge et suivi social</li> <li>○ Evaluation médicale et sociale des patients hospitalisés en longue durée en psychiatrie</li> </ul>
4. Sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mortalité hospitalière pour les GHM à faible taux de mortalité attendu</li> <li>○ Actes de violence en psychiatrie</li> <li>○ Chutes des patients hospitalisés</li> <li>○</li> </ul>
6. Pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des effets secondaires des traitements</li> <li>○ Traitement par électro-convulsivothérapie</li> </ul>
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Turnover des professionnels au contact du patient</li> <li>○ Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient</li> </ul>
8. Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Délai de rendez-vous pour une consultation externe</li> <li>○ Délai de rendez-vous pour une consultation en Centre Médico-Psychologique (CMP)</li> <li>○ Durée d'attente en consultation externe</li> </ul>

Tab.2. Indicateurs abandonnés

### 5.5.2.2 Implementatie / operationaliteit

Het project is ook bezig met de operationalisering van gegeneraliseerde indicatoren.

Op de site van de HAS beschikbaar is een nauwkeurige beschrijving van elke gegeneraliseerde indicator in de vorm van een data sheet met de te ondersteunen verbeteringen. De site biedt ook andere pasklare tools voor de ziekenhuisdirecties, zoals software voor het verzamelen van gegevens of e-types die kunnen worden verzonden naar het ziekenhuispersoneel om hen in kennis te stellen van de invoering van een indicator .

Het project-COMPAQ HPST heeft ook een reflectie op de interne pilotage voor de uitvoering van de kwaliteitsindicatoren. Dit onderzoek is opgedeeld in drie fasen: ontwikkeling van een instrument om gevallen van niet-naleving op te sporen van de relevante indicatoren, identificatie van de belangrijkste succesfactoren voor de uitvoering van een kwaliteitsindicator; analyse met behulp van kwalitatieve interviews door de acteurs van deze indicatoren. De resultaten van dit proces zijn beschikbaar op de site van het project. Ook een ander verslag staat op het internet namelijk de openbare verspreiding van de resultaten van kwaliteitsindicatoren.

Ten slotte blijft het onderzoeksteam verder nadenken over de financiële prikkels voor kwaliteit.

### **5.5.2.3 Beperkingen / problemen**

De methodologie-COMPAQ HPST heeft veel positieve aspecten: de voorafgaande vaststelling van de prioritaire doelstellingen, de vereniging van alle ziekenhuis partners voor de selectie van indicatoren, de zeer geleidelijke invoering van algemene indicatoren en de samenhang met andere bestaande regelingen, inclusief certificering en nationale gezondheidszorg plannen, de ontwikkeling van instrumenten voor het regelen van de uitvoering van de indicatoren.

En toch zijn er een aantal beperkingen:

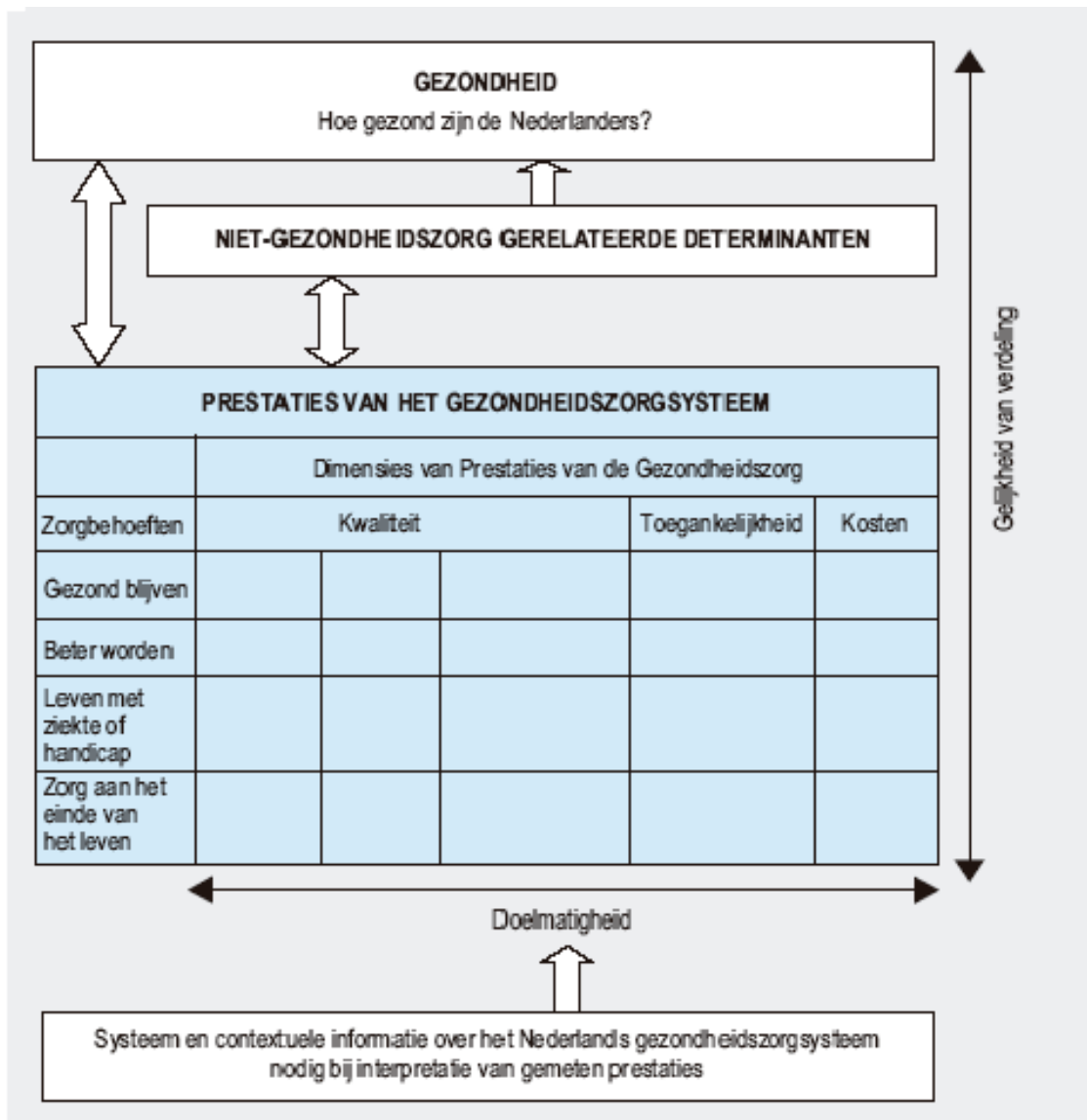
- Het bevat alleen de kwaliteitsaspecten van ziekenhuis-performantie ten koste van de financiële performantie of in termen van human resources.
- De dimensie van de inter-ziekenhuis vergelijking, die aanwezig was in de oorspronkelijke doelstellingen van het project lijkt impliciet verlaten te zijn.
- De indicatoren zijn in de eerste plaats tools voor het genereren van verbeteringen van prestaties van instellingen. De bouw wordt niet geleid door de wens om de algemene kwaliteit van de zorg in Franse ziekenhuizen te beoordelen. In dit opzicht is het doel-COMPAQ HPST minder ambitieus dan de HPI.be-project, dat zowel tot doel heeft een kader te bieden voor de beoordeling van de algemene performantie van de gezondheidszorg alsook als ondersteuning voor de genomen verbeteracties door ziekenhuizen.

## **5.6 Ziekenhuis prestaties in Nederland**

In Nederland hebben ze een conceptueel kader voor de beoordeling van hun gezondheid als geheel. Ze passen het conceptuele kader van de OESO aan, dat internationaal goed geïntegreerd is, voor de gezondheidszorg in relatie tot de volksgezondheid in Nederland.

Het ministerie is verantwoordelijk op het niveau van drie doelstellingen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid; deze zijn geïntegreerd in dit kader





Figuur 1.1: Conceptueel raamwerk prestaties gezondheidszorgsysteem in relatie tot de volksgezondheid (Bron: Arah et al., 2006).

Op basis van de literatuur (International), werden drie doelstellingen van het systeem verdeeld in 13 indicator gebieden.

De eerste doelstelling, kwaliteit, omvat de gebieden: veiligheid, coördinatie, doorverwijzing verzoeken van patiënten of patiënt oriëntatie.

De tweede doelstelling, bereikbaarheid omvat de gebieden: betaalbaarheid, geografische toegankelijkheid, zorg in overeenstemming met de huidige stand van kennis, toegankelijkheid van de behoeften, biedt persoonlijke vrijheid van keuze en de derde en laatste doelstelling omvat de gebieden: zorguitgaven, efficiency, de financiële positie van zorgaanbieders en verzekeraars in de gezondheidszorg.

Met behulp van de indicatoren (in totaal 125), publiceert het Ministerie een rapport "Zorgbalans" waarvan de laatste verschenen is in 2010, met de resultaten van de gezondheidszorg wat de drie doelstellingen betreft, over de performantie van het systeem in de Nederlandse gezondheidszorg.

<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/algemeen/menu/downloaden>

Aan de andere kant hebben in Nederland, gezondheidsinstellingen een vergunning nodig om gezondheidszorg te verstrekken van de ziekteverzekering en de terugbetaling. De WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) definieert de te volgen rechten en regels met betrekking tot het goed beheer van de instellingen. Een tweede wet over kwaliteit (KWZ) vereist dat ziekenhuizen kwaliteit beheren en verbeteren. De wet vernoemt vier kwaliteitseisen aan dewelke ziekenhuizen moeten voldoen: verantwoorde zorgen, ziekenhuis management met kwaliteit, ontwikkeling van een kwaliteitssysteem en de voorlegging van een jaarverslag.

De IGZ (Inspectie voor de gezondheidszorg, inspectie van de gezondheidszorg) heeft als missie: de volksgezondheid te verbeteren, door het beheer van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Het doet aanbevelingen aan de ministers en hun verzorgers. Het biedt hen hulp, moedigt ziekenhuizen aan en kan maatregelen opleggen wegens niet-naleving van de regels en wetten. De IGZ (<http://www.igz.nl>) kan verschillende maatregelen nemen om de wet en reglementen, normen en richtlijnen voor de gezondheid af te dwingen. De maatregelen kunnen mild, maar kunnen disciplinaire, administratief of gerechtelijk worden indien de situatie daarom vraagt

De IGZ ontwikkelde in 2003 de eerste openbare set van performantie-indicatoren voor ziekenhuizen. Dit is een set van basisnormen voor de veiligheid in ziekenhuizen. De set is gewijzigd en jaarlijks gepubliceerd in overleg met diverse instanties: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universiteit Medische Centra (NFU) en de Orde van Medische Specialisten (WHO). Deze set wordt zes maanden voor het jaar van toepassing gepubliceerd, dit geeft ziekenhuizen tijd voor upgrade.

De verzamelde gegevens van de ziekenhuizen worden dan verzameld in een database van Nederlandse Hospital Data (DHD), opgericht door de NVZ en de NFU, om de kwaliteit van de data te waarborgen.

Het ziekenhuis maakt dan de gegevens publiek in een document: Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording Zorg ([www.ziekenhuistransparant.nl](http://www.ziekenhuistransparant.nl)) en op haar website. Dit biedt een kans aan het ziekenhuis om te de gegevens op de site te "rechtvaardigen".

Sedert 2004 publiceert een rapport alle resultaten van alle ziekenhuizen, "Het resultaat telt".

Sinds 2007, ontwikkelde de IGZ het programma "Zichtbare Zorg" om de zorgsector te ondersteunen.

Het doel van "Zorg Zichtbare" is het verbeteren van de transparantie in de gezondheidszorg. En dit door het voorzien van valide, betrouwbare en effectieve informatie.

Zichtbare Zorg's missie is om te werken van pathologie naar pathologie.

Het rapport 'Het resultaat Telt' van 2011 verzamelt de volgende informatie: in algemene indicatoren:

## Operatief proces

1.1 Pijn na een operatie

1.2 Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag

1.3 Heroperaties heupfractuur

1.4 Cataract: registratie operatieve data

1.5 Voldoende wachtijd cataract

## 2 Spoedprocessen

## 3 Verpleegkundige zorg

3.1 Decubitus en huidletsels door incontinentie

3.2 Ondervoeding

3.3 Delirium

## 4 Intensive care

4.1 De indicatoren voor de intensive care-afdeling

4.2 Beademingsuren

4.3 NICE

## 5 Oncologie

5.1 Multidisciplinair overleg (MDO)

5.2 Achtergebleven borstkankerweefsel

5.3 Beschikbaarheid verslag van multidisciplinaire mammabespreking

5.4 Pancreas

5.5 Heroperaties bij een colorectaal carcinoom

5.6 Dutch surgical colorectal audit (DSCA)

5.7 Blaascarcinoom

5.8 Medicatieveiligheid

5.9 Radiotherapie: positionering bij bestraling

## 6 Hart en vaten

6.1 Volume van risicovolle interventies

6.2 Sterfte na eerste consult

6.3 Acuut myocardinfarct

6.4 Sterfte na percutane coronaire interventie (PCI)

6.5 Evaluatie na inbrengen pacemakers

6.6 Cerebrovasculair accident (CVA)

## 7 Infectieziekten

7.1 Ziekenhuisinfecties

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

## 8 Maag-darm-lever (MDL)

8.1 MDL-infrastructuur

8.2 MDL scopie binnen 24 uur

## 9 Verloskunde

9.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

## 10 Kwetsbare groepen

10.1 Multidisciplinair team kindermishandeling

10.2 Signalering kindermishandeling

## 11 Algemeen kwaliteitsbeleid

11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

11.2 IFMS 117

11.3 Regeling disfunctioneren medisch specialisten

11.4 Complicatieregistratie

En de indicatoren per IGZ specialisatie

Anesthesiologie

Cardiologie

Dermatologie

Geriatric

Gynaecologie/ Verloskunde

Heelkunde

Intensive Care

Interne Geneeskunde

Kaakchirurgie

KNO

Kindergeneeskunde

Klinische Chemie

Klinische Farmacie

Klinische Pathologie

Longziekten

Maag- Darm- Leverziekten

Medische Microbiologie

Neurochirurgie

Neurologie

Nucleaire Geneeskunde

Oogheelkunde

Orthopedie

Plastische Chirurgie

Psychiatrie

Radiologie

Reumatologie

Urologie

Alsook de indicatoren afkomstig uit Zichtbare Zorg.

## **5.6.1 De indicatoren van Zichtbare Zorg.**

### **5.6.1.1 Selecteren van indicatoren en het opzetten van meetspecificaties**

Om elke pathologie te kunnen evalueren, wordt een werkgroep van deskundigen, leden van verenigingen van patiënten en zorgverleners samengesteld. Een systematisch onderzoek van de beschikbare indicatoren in de literatuur, zowel nationaal als internationaal, worden voorgelegd aan de werkgroep. Afhankelijk van de relevantie, transparantie en uitvoerbaarheid van de indicatoren, koos de groep vijf indicatoren met betrekking tot de gezondheidszorg. Vervolgens omschreven zij de gegevens, nodig om de indicator te construeren en hoe te verzamelen.

### **5.6.1.2 Formuleren van meetvoorschriften**

Het doel van deze maatregelenspecificatie is te komen tot een uniforme wijze om gegevens te verzamelen. Dit vergroot de vergelijkbaarheid van de indicatoren. Per indicator, zijn de verschillende aspecten vermeld in 'factsheets' online beschikbaar. <http://www.zichtbarezorg.nl/page/ziekenhuizen-en-zbc-s/kwaliteitsindicatoren/totstandkoming-indicatoren>

### **5.6.1.3 Opmerkingen en test**

De set is voorgesteld aan wetenschappelijke verenigingen en stuurgroepen voor hun commentaar en het valideren van de indicatoren. Ondertussen zijn de indicatoren getest in een aantal ziekenhuizen om de haalbaarheid en de meetbaarheid ervan te verifiëren. Commentaar en informatie van de testfase worden besproken door de werkgroep. De set van indicatoren is dan afgerond.

### **5.6.1.4 Goedkeuringsronde**

De set wordt verspreid naar de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

### **5.6.1.5 Formele presentatie door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.**

De sets van indicatoren, waaraan vragen over voorkeuren van de klant zijn toegevoegd, worden formeel gepresenteerd. Zodra de stuurgroep de nieuwe sets indicatoren hebben vastgesteld, zijn ze beschikbaar voor ziekenhuizen.

## **5.6.2 Indicatoren**

De indicatoren worden gepresenteerd per pathologie, erbestaan verplichte en niet-verplichte indicatoren. Zichtbare Zorg vraagt dat ziekenhuizen hun niet-verplichte set van indicatoren vrijwillig verstrekt, deze indicatoren (niet verplicht) evolueren en kunnen verplicht worden in de toekomst. De niet-verplichte indicatoren zijn gevormd op basis van waarnemingen in ziekenhuizen en dienen als een test voor mogelijke implementatie volgend jaar.

Hier staan de 22 pathologieën waarvoor, indicatoren verplicht waren in 2010:

- ✓ AVC
- ✓ Blaaskanker
- ✓ Kataract
- ✓ Chronische Rhino-Sinusitis
- ✓ Colorectale kanker

- ✓ Constitutionele Exeem
- ✓ Cystische Fibrosis
- ✓ Diabetes
- ✓ Totale heupprothese
- ✓ Totale knieprothese
- ✓ Lichte hoofdletsel
- ✓ Operaties van liesbreuk
- ✓ Lumbosacraal radiculair syndroom
- ✓ Borstkanker
- ✓ Slaapapneu syndroom bij volwassenen
- ✓ Pijn in het kraambed
- ✓ Pijn bij volwassenen met kanker
- ✓ Reumatoïde artritis
- ✓ Stress-incontinentie bij vrouwen
- ✓ Spataders
- ✓ Ziekten van de neus-en keelamandelen.

Voor de pathologie van een beroerte, hernemen we de verplichte indicatoren

1. Door-to-needle time trombolysie:

- 1.a Percentage van patiënten met een beroerte met trombolytische therapie een uur na opname.

- 1.b Percentage van patiënten met een beroerte met trombolytische therapie na een uur voor en een uur na opname.

-1.c Percentage van CVA-patiënten met trombolysie behandeling na 2 uur na opname

2. Snelle TIA diagnose

### **5.6.3 Implementatie / operationalisatie**

Ziekenhuizen hebben toegang op de website Zichtbare Zorg tot documenten met de te meten indicatoren ongeveer zes maanden voor het betrokken jaar. Ze hebben dus de tijd om afspraken te maken voor het volgende jaar.

#### **5.6.3.1 Methodologie van het verzamelen van gegevens, validatie, monitoring.**

Ziekenhuizen moeten gegevens invoegen via het portaal van Zichtbare Zorg 'Zizo', ze hebben een login en wachtwoord in om de vragenlijsten te openen en in te vullen.

Na het invoeren van de gegevens (voor een bepaalde datum) ontvangen ziekenhuizen een e-mail met vragen per pathologie met vragen over "zuivering" van de indicatoren zoals over vragen met voorkeuren van de klant. Vragen worden gesteld wanneer er gegevens zijn die worden waargenomen na de cross-check, de statistische plausibiliteitscontrole en interne plausibiliteit (alleen voor de indicatoren met betrekking tot zorg).

Dan moet de raad van bestuur van elk ziekenhuis de goedkeuring geven met de gegevens doorgestuurd via het Zizo portaal.

### **5.6.3.2 Feedback aan de ziekenhuizen door Zorg Zichtbare**

De stuurgroep Zichtbare Zorg maakt de kwaliteitsindicatoren openbaar op basis van kwantitatieve analyse van gegevens die worden ingevoerd via de portal Zizo.

De algemene rapportage van kwalitatieve gegevens, gemaakt per pathologie, is gepubliceerd op de website per ziekenhuis via de site

<http://www.ziekenhuizen transparant.nl/ziekenhuis> en elk ziekenhuis kan de vraag stellen naar de details van zijn gegevens.

Om een vlottere samenwerking met Zichtbare Zorg te bereiken, kunnen ziekenhuizen informatie- dagen bijwonen, ze hebben ze toegang tot de website, met een sectie met veelgestelde vragen en een voor hen beschikbare helpdesk.

### **5.6.3.3 Feedback door het jaarlijks document van sociale verantwoordelijkheid**

Het ziekenhuis voorziet zelf, met de hulp van de geregistreerde indicatoren, een jaarlijks document « Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording » met verplichte informatie over reporting, het organisatieprofiel, la gouvernance et la gestion, les efforts et les prestations qui peuvent éventuellement « justifier » les données. Op de site :

<http://www.jaarverslagenzorg.nl/overjaarverslagenzorg/maatschappelijkverslag>

kunnen ze terugvinden welke informatie in het jaarlijks document vereist is. Het rapport is disponible op de site van elk ziekenhuis of op de site

<http://www.ziekenhuizen transparant.nl>.

Er bestaat ook een onderhoudsprotocol voor indicatoren die plaatsvindt in twee fasen, eerst herziening en daarna onderhoud. Op basis van een analyse van de data-invoer en input van ziekenhuizen (vragen aan helpdesk, opmerkingen in enquêtes, enz.) wordt de set indicatoren verfijnd in de herzieningsfase. In de onderhoudsfase, zijn kleine wijzigingen aangebracht, op basis van data-analyse, zonder te veel extra registreerlast voor de ziekenhuizen.

Zichtbare Zorg brengt de kwaliteit van de zorg naar voor met behulp van de informatie die de indicatoren hen geeft. De verbeteracties worden niet door hen verstrekt, maar de instanties zelf, zijn ervoor verantwoordelijk.

### **5.6.3.4 Andere instanties**

Niazi (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) ontwikkelt kwaliteitsnormen en past ze toe op instellingen in de gezondheidszorg. De aanvraag voor certificering is gemaakt door de instelling zelf en op vrijwillige basis. Het is vier jaar geldig. In het jaarverslag van de maatschappelijke

verantwoordelijkheid kan het ziekenhuis de kwaliteit rechtvaardigen, door zijn accreditering door Niazi aan te geven.

#### **5.6.4 Beperkingen / Uitdagingen**

De resultaten van Zizo worden gebruikt door Zorgverzekeraars. Ze eisen dat ziekenhuizen hun gegevens publiceren. Hierdoor kunnen ziekenhuizen voordelen onderhandelen met deverschillende verzekeraars.

Zichtbare Zorg toont de kwaliteit van de zorg via de informatie die de indicatoren geven. De verbeteracties worden niet verstrekt door hen, de instanties zelf zijn er verantwoordelijk voor. Zichtbare Zorg biedt geen ondersteuning voor de uitvoering van de verbeteracties, ze zijn de exclusieve verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

#### **Bronnen :**

- Vermelde internetsites
- Telefonisch gesprek met PhD F. Vlems (kwaliteitscoördinator bij Zichtbare Zorg) op 25-05-2011.



## 5.7 Duitsland

Geschreven door Dr W. Kessler, MD, MSc Medical Information; CHC asbl 75, rue de Liège 4000 Hesbaye

### 5.7.1 Algemene context van de ziekenhuiszorg in Duitsland

Gezondheidszorg in Duitsland was gedecentraliseerd, georganiseerd door "Land" en zeer gefragmenteerd, ziekenhuizen hielden zich alleen bezig met gehospitaliseerde patiënten zonder poly- klinische zorgen. Decentralisatie en fragmentatie werd toegelicht door het financieringssysteem en het verzekeringsstelsel van de gezondheidszorg.

Sinds 2007, streeft een nieuwe hervorming van het systeem aan de ene kant naar een zekere centralisering van de besluitvorming en aan de andere kant naar een oproep tot concurrentie. Daarbij daalt het aantal mutualiteiten, sinds fusies tussen mutualiteiten met verschillende 'filosofie' mogelijk zijn geworden. Op dit moment zijn er nog meer dan 200, maar er wordt op middellange termijn gestreeft naar 50 mutualiteiten.

Duitsland maakt gebruik van een forfaitaire betaling voor vergoeding van ziekenhuizen, op basis van een DRG-systeem, G-DRG (ICD10, zoals het Australische systeem) met een passende nomenclatuur voor operatieve ingrepen.

Het Instituut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Inek [http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/layout/set/standard/](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/layout/set/standard/)), verantwoordelijk voor de regelmatige actualisering van de clustering algoritme en richtlijnen voor het coderen, publiceert jaarlijks de regels op dit gebied en keurde ook de bedrijven op de markt voor het bundelen van software (een tiental bedrijven).

In 2007 werden 1083 DRG's toegepast. Echter, met 200 verschillende DRG's, was 75% van alle ziekenhuisopnames gedekt. De overige DRG's worden gebruikt voor de berekening van erg complexe en dure ziekenhuisopnames. 500 ziekenhuizen gebruiken meer dan 500 DRG, terwijl ook 500 er minder dan 250 gebruiken.

Sinds 2009 moeten forfaitaire vergoedingen uniform worden op nationaal niveau. Dat betekent dat voordien een onderling overleg tussen ziekenhuis en mutualiteit mogelijk was. Momenteel streeft men naar een harmonisering voor de hele republiek.

Een Federale Commissie van de Europese Unie ("Gemeinsamer Bundesausschuss 'G-BA"), die enkele jaren geleden geïmplementeerd werd, is sinds de hervorming van 2007, het hoogste orgaan in de Republiek om de wetgever te adviseren in alle domeinen met betrekking tot de gezondheidszorg.

Op het gebied van kwaliteitszorg in ziekenhuizen, werden de richtlijnen op dit gebied gepubliceerd in 2006, herzien in 2010 van toepassing vanaf 1 januari 2011. DE G-BA heeft via internationale aanbesteding de implementatie van deze richtlijnen toevertrouwd aan een universiteits Consortium (universiteiten van Göttingen en Heidelberg met samenwerking van de Universiteit van Nijmegen).

Een andere innovatie is momenteel in ontwikkeling en bevat richtlijnen voor Intersectorale kwaliteitsborging: huidige indicatoren werden opgemaakt in verband met PTCA, coronaire angiografie, baarmoederhals-conisatie, cataract en colorectaal carcinoom.

## 5.7.2 Kwaliteitszorg in ziekenhuizen

Sinds 2001 is een registratie van specifieke data voor de kwaliteitsborging in ziekenhuizen vereist.

De identificatie van de gevallen met de vereiste documentatie is als volgt:

- Het instituut, verantwoordelijk voor de kwaliteit en de efficiëntie van de gezondheidszorg (Institut für Qualität und im Gesundheitswesen Wirtschaftlichkeit IQWiG) <https://www.iqwig.de/institute-for-quality-and-efficiency-in-health> . 0.2 en.html, biedt ziekenhuizen een software aan die hen in staat stelt te identificeren aan de hand van de indeling ICD10 (pe.ex. longontsteking) of op basis van de nomenclatuur van chirurgische ingrepen (bijv.: bevalling) alle gevallen in het ziekenhuis die een rol spelen;
- Omdat elk ziekenhuis op forfaitaire basis wordt vergoed, is de identificatie van elk geval gewaarborgd;
- Het instituut levert de software die nodig is om aanvullende gegevens voor de kwaliteitsborging op te nemen.

### 5.7.2.1 De keuze van de indicatoren

Elk jaar, voor elk geselecteerd gebied ontwikkelt het IQWiG een handleiding met elke indicator van de pathologie:

- De motivationele relevantie van de keuze (Bijvoorbeeld: Voor de indicator voor het meten van O<sub>2</sub> en PaO<sub>2</sub>: een gebrek aan zuurstof afhankelijk van de ernst van een longontsteking kan leiden tot extra sterfte. Vroege opsporing van hypoxemie is essentieel, ook van aanwezige hypoxemie voor de klinische symptomen. Een ander voorbeeld: een vertraging in de installatie van de behandeling met antibiotica na opname voor longontsteking kan leiden tot een toename van de letaliteit, vandaar de aanbeveling om ten vroegste te beginnen, vier uur na opname)
- Een overzicht van de literatuur
- Een gedetailleerde beschrijving van de te verzamelen data.

In 2009: werden 30 pathologieën opgevolgd met een gemiddelde van tien indicatoren per pathologie.

De 30 voorwaarden met onderwerp van kwaliteitszorg zijn:

- Werken aan de halsslagader
- Hulp bij bevalling
- Fractuur van de femurhals
- PTH eerste implantatie

- PTH volledig of gedeeltelijk herstel
- PTG eerste implantatie
- PTG volledig of gedeeltelijk herstel
- Cholecystectomie
- Longtransplantatie en hart-longtransplantatie
- Acquired pneumonie bij ambulantie
- Nieuwe chirurgie voor borstvergroting
- Gynaecologische ingrepen
- Community-acquired pneumonie
- Totale heupvervanging (eerste uitvoering)
- Implantatie van PCMK (pacemaker)
- PCMK: aggregaatsverandering (batterij of elektronisch)
- PCMK: herziening / wijziging of uithalen
- Coronarografie en PCTA
- Interventie aan aortaklep, conventionele aanpak
- Interventie aan aortaklep bijgestaan door endoscopie
- Gecombineerde interventie aortaklep en coronaire klep
- Enkel coronaire chirurgie
- Hart transplantatie
- Implanteerbare defibrillator: implantatie
- Implanteerbare defibrillator: vervangen agregaten
- Transplantatie van de alvleesklier/ nier
- leverdonoren
- Levertransplantatie
- nierdonoren
- niertransplantatie
- decubituszweren

Onder de 30 opgevolgende pathologieën, detailleren we het voorbeeld van community-verworven longontsteking.

Gemeten indicatoren en doelstellingen zijn:

- 1.1. Meting van PaO<sub>2</sub> (in het bijzonder O<sub>2</sub>)  
Doel: systematisch binnen 8 uur na opname
- 1.2. Antibioticum.  
Doel: meestal, en zo snel mogelijk  
maximum binnen de 4 uur, bij voorkeur al in spoeddienst
- 1.3. Vroege mobilisatie  
Doel: zoveel mogelijk vroege mobilisatie en al binnen de 24 uur na opname
- 1.4. Monitoring van CRP en procalcitonine  
Doel: regelmatige controle gedurende de eerste 5 dagen
- 1.5. Controle van de diagnose en therapie  
Doel: therapeutische en diagnostische onderzoeken, bij het niet gunstig evolueren van CRP en prolactine
- 1.6. Evaluatie van de klinische tekenen van stabilisering  
Doel: uitgebreide beoordeling van de klinische stabilisatie voor ontslag  
Criteria:

- TA systolische bloeddruk  $\geq 9$  mmHg
- Freq hart  $< 100$ /min
- Respiratoire Freq  $< 24$ /min
- PA  $> 90\%$
- Temp  $< 37,2$
- Gereguleerde voeding
- Geen desoriëntatie ten gevolge van longontsteking

#### 1.7. Klinische tekenen van stabilisering

Doel: aanvaardbaar percentage patiënten die ten minste zes criteria voor klinische stabilisatie hebben

#### 1.8. Letaliteit in het ziekenhuis

Doel: lage letaliteit

- hoogste letaliteit (13% Höfken et al. 2009) onder de infectieziekten, gecorreleerd met leeftijd en risicofactoren
- Oprichting van CRB-65 score bij opname als prognose, men kan de noodzakelijke aanpassing associëren voor de vergelijking van de resultaten van verschillende lagen.

### 5.7.2.2 Implementatie/operationalisatie

Elk jaar publiceert het instituut verantwoordelijk voor kwaliteitszorg (IQWiG) een rapport (en [www.sqd.de](http://www.sqd.de) [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de) of [www.bq-outcome.de](http://www.bq-outcome.de)), waarin de verschillende pathologieën geëvalueerd worden met alle indicatoren voor de hele republiek. Per interventie, vinden we

het aantal gevallen: teller / noemer en de trend uit het verleden

Voor elke indicator: het aantal ziekenhuizen die gevallen hebben aangemeld

Voor elke indicator het aantal ziekenhuizen met “verdachte” resultaten, die gedefinieerd moeten worden.

Voor sommige indicatoren meer gedetailleerde analyses.

Een tweede rapport in "Land" bevat dezelfde informatie. De positie van elk ziekenhuis is medegedeeld, maar anoniem. Het ziekenhuis kan toegang krijgen tot zijn eigen gegevens via login en paswoord.

Elk ziekenhuis met bevestigde “verdachte” gegevens wordt uitgenodigd uitleg te geven, eerst schriftelijk en daarna, indien nodig met een bezoek voor een gestructureerde dialoog. Dit is zo om noodzakelijke maatregelen voor verbetering te regelen.

Sinds het jaar 2000, zijn ziekenhuizen wettelijk verplicht om een intern kwaliteitsmanagement op te zetten. Ze zijn ook verplicht contracten met mutualiteiten aan te gaan, die een externe kwaliteitscontrole garanderen, gebaseerd op een gestandaardiseerde documentatie waarin vergelijking mogelijk is.

Sinds 2002 moeten ziekenhuizen, (en/ of artsen) voor bepaalde belangrijke interventies, een minimum aantal bereiken om een contract te kunnen aangaan met mutualiteiten voor de volgende operaties: interventies bij slokdarmkanker, pancreas, nier-, lever-en stamceltransplantatie.

De ziekenhuizen moeten, sinds 2005, op hun site de activiteiten publiceren aangaande hun management maar hun resultaten.

### **5.7.3 Beperkingen / problemen**

De evaluatie van de implementatie van dit systeem is niet gepubliceerd.

#### **Bronnen**

- De internetsites in de tekst
- Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel : Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005.

## 5.8 *Luxemburg*

Luxemburg heeft achtereenvolgens in loop der tijd, twee interessante en belangrijke initiatieven op het vlak van kwaliteit ontwikkeld. Het tweede initiatief wordt nog steeds aanzienlijk verbeterd en het is zeer interessant in het kader van ons project om niet alleen de programma's zelf te begrijpen, maar ook de redenen voor verandering.

<sup>1</sup>

### 5.8.1 De kwaliteitsinciterende programma's (van 1998 tot 2002)

Na de hervorming van het financieringssysteem van de ziekteverzekering op basis van de wet van 27 juli 1992, is er sinds 1995, de financiering van de exploitatiekosten van gezondheidszorg, op basis van een begroting.

De wet van 28 augustus 1998 betreffende het ziekenhuis bevestigde de reeds vastgestelde richtlijnen door de wet van 27 juli 1992, om de gezondheid schade-en zorgverzekeringen te hervormen door het instellen van het nieuwe besturingssysteem voor de ziekenhuizen van het Groothertogdom Luxemburg. Deze wet is ontworpen om de situatie van de ziekenhuizen in Luxemburg aan te passen in de constante evolutie van kennis en praktijken in de gezondheidswereld.

De uitvoering van de programma 'Kwaliteit Incentives' overeengekomen als onderdeel van een overeenkomst tussen het ziekenhuis onderneming Luxemburg (EHL) en de Unie van ziekenfondsen (UCM) - nieuwe naam National Health Fund – komt tussen in het kader van deze wet en was een totaal nieuw in het ziekenhuis beleid in Luxemburg.

#### **Programma's IQ**

Het doel van het IQ-programma is drieledig:

- a) helpen bij de ontwikkeling van de kwaliteit van diensten die worden aangeboden aan patiënten
- b) een consensus definiëren tussen de partners of onder de nationale IQ programma's
- c) alle belanghebbenden in het ziekenhuis sensibiliseren over de aanpak van kwaliteit

De ziekenhuizen behouden een vrije keuze over hun deelname aan de stimulansen voor kwaliteit en wat de interne ontwikkeling van de strategie en implementatie betreft.

Het ziekenhuis is autonoom in haar strategie van de keuze voor kwaliteitsprogramma's. Echter, voor elk programma bestaat een uiterste datum waarbij de programma's een conventionele standaard worden tussen de

---

<sup>1</sup> La présente synthèse repose sur l'analyse de la législation, sur les différentes notes publiées par l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois et sur le contact établi avec Monsieur Sylvain Vitali de l'EHL que nous remercions vivement pour les échanges très fructueux.

ziekenfondsen en ziekenhuizen. Ze kunnen dan worden geregeld door de toezichthoudende organen.

### **5.8.1.1 Implementatie / operationeel**

IQ's geven aanleiding tot de betaling van een premie "kwaliteit" van maximaal 2% van het budget.

Het beoordelen van kwaliteit Incentives Programma's is gemaakt - op basis van vooraf vastgestelde criteria en benchmarks van de Evaluatie Commissie - door externe en onafhankelijke deskundigen die gekozen zijn door beide partijen EHL en UCM. Deskundigen beginnen hun evaluatie met een bezoek aan het ziekenhuis en bekijken het jaarlijkse rapport dat elk ziekenhuis moet afgeven. Het verkregen cijfer resulteert in een financiële bonus. Het geïmplementeerde proces in het kader van Incentives van kwaliteit is is geen proces van evaluatie van de kwaliteit van de diensten van het ziekenhuis.

Het gaat meer bepaald over het national implementeren, op uniforme wijze, in overleg, een partnerschap op vrijwillige basis in eerste instantie, van programma's die de kwaliteit verbeteren van de processen of de middelen, en die beschouwd worden als helpend voor de ontwikkeling van de kwaliteit van de dienstverlening die aangeboden wordt aan de persoon die behandeld wordt in het ziekenhuis. De jaarlijkse premie van maximaal 2%, is een dynamisch instrument voor continue verbetering van de kwaliteit in de ziekenhuissector. Dit is een budget toegekend aan instellingen die in ruil aanvaarden zich te engageren in kwaliteitsprogramma's met wederzijds akkoord tussen de volgende partners: Ziekte Klassen en Overeenkomst ziekenhuizen.

De kwaliteitspremie dient niet voor het financieren van middelen voor het uitvoeren van een kwaliteitsprogramma. Deze zijn opgenomen in de begroting van de instelling. De kwaliteitspremie is in feite een extra financiering beschikbaar voor het ziekenhuis en waarover ze vrij kunnen beschikken.

De uitvoering Kwaliteit Incentives Program in het Groothertogdom Luxemburg is een financiële kost op korte termijn voor de ziekenfondsen, want de kosten bestaan uit:

- De toekenning van een premie tot 2% van het bindend budget
- De middelen die nodig zijn om kwaliteit Incentives Program te realiseren

De Unie van ziekenfondsen kende aan ziekenhuizen financiële middelen toe om kwaliteitscoördinatoren aan te stellen om in elke ziekenhuis het beleid van kwaliteit in de instelling te coördineren. Kwaliteitscoördinatoren komen ook regelmatig bij elkaar op nationaal niveau (EHL) om te praten en gedachten uit te wisselen over standpunten en ervaringen. Ze nemen ook deel aan de voorbereiding van de

werkzaamheden van het evaluatie commissie met vertegenwoordigers van de EHL aan de commissie.

### **5.8.1.2 Beperkingen / problemen**

In 2002 realiseerde de partners EHL UCM een evaluatie na vijf jaar ervaring in het Quality Incentives model.

Op basis van deze analyse kwamen de volgende sterke punten naar voor:

- Deelname van alle ziekenhuizen
- Bewustwording van het belang van het denken "Kwaliteit" en risicobeheer
- Een dynamiek van het in vraag stellen van gestarte praktijken
- Een dynamiek van verbeteringsprocessen opgestart

Veel zwakke punten werden echter geïdentificeerd:

- Programma's, in eerste instantie te ambitieus, onaangepast aan specifieke opdrachten van sommige instellingen
- Evaluatie rapporten van de deskundigen vaak omstreden en soms bekritiseerd als te subjectief
- Betrokkenheid van managers en de directie van de instellingen onontbeerlijk voor het succes van de programma's maar nog niet uniform.
- Geen homogene betrokkenheid van de medische sector in verband met de naleving van Quality Incentives niet homogeen.

Gezien deze zwakke punten werd dus naar een nieuwe aanpak gezocht.

### **5.8.2 Het EFQM-model en de indicatoren voor kwaliteit en performantie (sinds 2004)**

Ten gevolge van deze balans en aangezien de meeste programma's tot een einde kwamen in 2003, hebben EHL en UCM partners ingestemd om het principe van de Quality Incentives verandering - oorspronkelijk gericht op gerichte programma's – te evolueren naar een aanpak voor "Total Quality Management" met de volgende principes:

1. Het centrum van de belangstelling is de patiënt
2. Alle betrokken partijen in de gezondheids-instellingen hebben hetzelfde gemeenschappelijke doel
3. Het best geschikt model voor de gezondheidssituatie, juridische en professionele GDL kiezen
4. Leidinggevenden, directie en medische behandelaars meer rechtstreeks in het kwaliteitsbeheer betrekken.



5. De meest geschikte methode van communicatie en sensibilisering gebruiken
6. De beoordeling overdragen aan externe deskundigen
7. Financiële bonus behouden

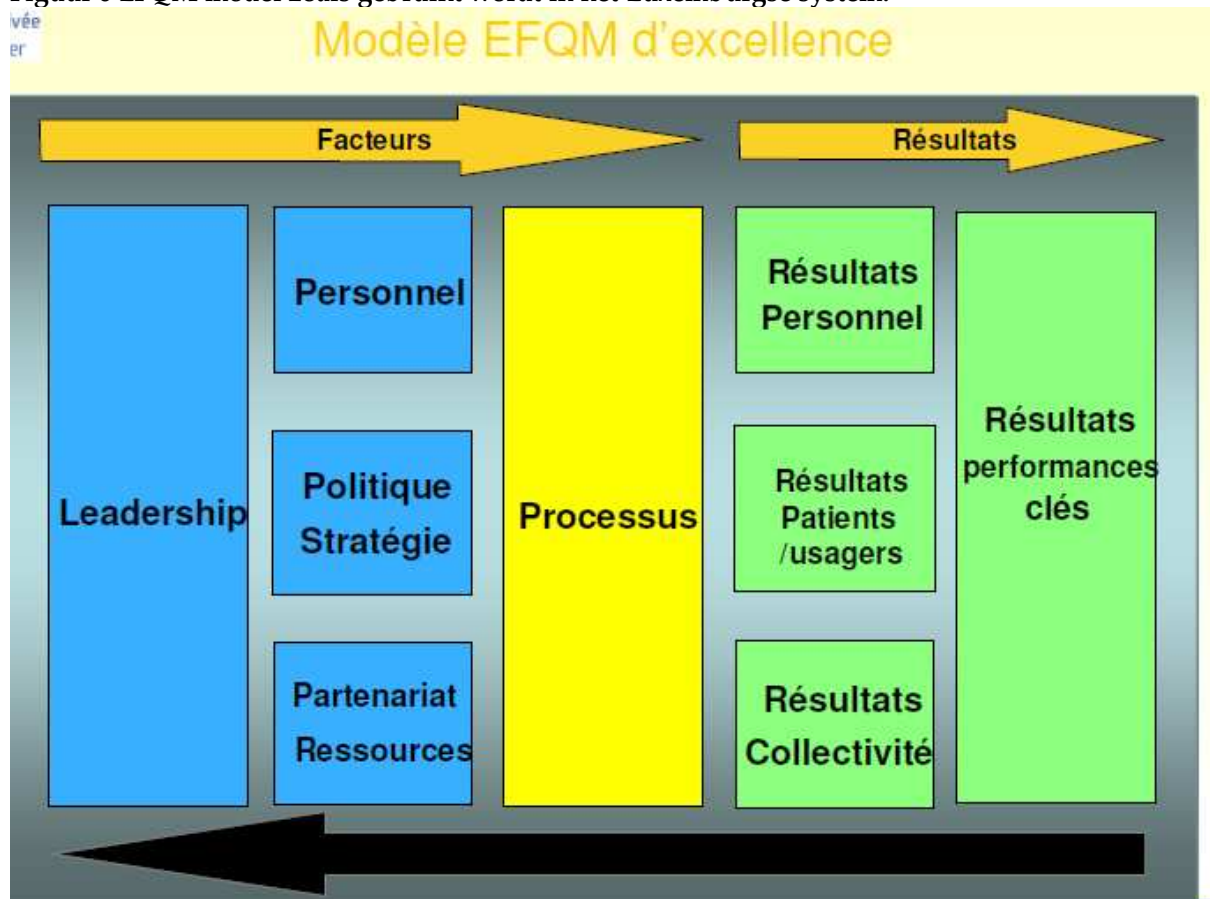
**Keuze:**

Na bespreking in de forums EHL en UCM, respectievelijk Evaluatie Commissie voor de verschillende opties (ISO 9000, KTQ, EFQM), werd in onderling overleg besloten om het model te kiezen van kwaliteitsmanagement volgens EFQM. Het EFQM-systeem houdt rekening met een aantal criteria, te overwegen in relatie tot processen en resultaten en ervaring die is opgedaan door kwaliteit incentive,s zullen worden geherinvesteerd in de nieuwe aanpak van Total Quality Management waarvan de motor, communicatie op alle niveaus zal worden.

**De implementatie:**

Toepassing van het model is geleidelijk gebeurd, de ziekenhuizen hebben gedurende drie jaren geleerd. De evaluatie neemt momenteel plaats om de twee jaar. Het gebeurt in de vorm van een audit met controle van de uitvoering van het management model EFQM in de instelling: wat is de kwaliteit van het leiderschap, wordt de visie goed geformuleerd en overgebracht, worden de richtlijnen op een praktische en effectieve manier aangepakt, worden de vaardigheden om de gewenste resultaten te bereiken, genoeg ontwikkeld.

Figuur 6 EFQM model zoals gebruikt wordt in het Luxemburgse system.



## Balans bij het gebruik van het EFQM-model

Het algemene niveau van performantie was verhoogd:

- Bijna alle ziekenhuizen zijn gegroeid in volwassenheid
- Veel ziekenhuizen hebben het niveau van een diploma voor erkenning van topkwaliteit bereikt (meer dan 300 punten)
- Er is veel gedaan voor de interne resultaten, ziekenhuizen hebben een boordtabellen met indicatoren met de effectiviteit van de acties en soms ook de prestatie van de belangrijkste processen
- Veel belangrijke sleutelprocessen worden beschreven (in kaart gebracht), de paden van de vooruitgang zijn nu gericht op de sleutel prestatie-indicatoren en de koppeling tussen het proces en een overzicht van de strategisch management van het ziekenhuis
- De meest belangrijke stap vooruit is gemaakt sinds 2006, het verfijnen van medische prestatie-indicatoren. Alle ziekenhuizen hebben zich beziggehouden met dit vereiste, lange en moeilijke werk. Het gaat via een fijne segmentatie, klinische paden, homogene groepen van patiënten, en een kritisch en noodzakelijk werk van artsen met hun collegae (internationaal). Het is op dat niveau dat er een van de belangrijkste hefboomen van verbetering voor de komende jaren gevonden werd.

### 5.8.2.1 De implementatie van kwaliteitsindicatoren van zorg en prestatie

Versillende redenen hebben dan geleid tot de uitvoering van de kwaliteitsindicatoren en de huidige prestaties:

1. Het EFQM-model kan geen conclusies trekken over de kwaliteit van de tenlastenneming;
2. In het kader van de missies van het ziekenhuis in de openbare dienst en de volksgezondheid zorgen voor een meting van de resultaten;
3. Behoeftte om klinische- en ziekenhuis prestatie te meten met een uniforme methodiek;
4. Benchmarking toelaten tegenover internationale sets (bv. IQIP, PATH, ...)

Het PATH-project van de WHO biedt een theoretisch kader voor het structureren van de indicatoren.

Indicatoren van kwaliteit en prestatie zijn in detail beschreven in afzonderlijke fiches met voor elke indicator:

- Code
- titel
- domein
- definitie van indicator
- doel

- doelgroep
- meetformule

Een totaal van 34 basisindicatoren werden geselecteerd:

- 10 indicatoren zoals "RESCLE" of Key resultaten
- 17 indicatoren zoals "Respati" of patient resultaten
- 2 indicatoren zoals "RESPERS" of persoonlijke resultaten?
- 5 indicatoren zoals "PROC"- of de resultaten procedures?

Al deze indicatoren zijn voor sommigen onderverdeeld in een aantal sub-indicatoren met nauwkeurig beschreven berekenformules

Al deze factsheets met de indicatoren en sub-indicatoren zijn te vinden in de bijlage van dit rapport.

### **5.8.2.2 Beperkingen / uitdagingen en recente ontwikkelingen**

De zwakke punten van het huidige systeem van indicatoren kunnen als volgt worden samengevat:

- niet-uniforme betrokkenheid van medische staf
- onderontwikkeling van de indicatoren van de klinische resultaten
- Betrouwbaarheid / robuustheid van de verzamelde gegevens
- Nationale Methodieken niet altijd vergelijkbaar met internationale sets.

De Evaluatie Commissie is van mening dat meer indicatoren voor de volksgezondheid in de evaluatie moet geïntroduceerd worden. Hij stelt ook op de middellange termijn het maken van evaluaties van langere tijd (om een longitudinaal zicht te krijgen om bijvoorbeeld een patiënt die een heupoperatie ondergingen met 5 jaar monitor). Andere doelen zijn het bepalen van de totale kosten om het systeem efficiency te verhogen en natuurlijk een geautomatiseerde uniek dossier.

Toekomstige maatregelen van de Commissie Evaluatie EHL-CZS zijn samengevat in:

- 5.6.1.1. stabilisatie van het kwaliteitssysteem in ziekenhuizen
- 5.6.1.2. het vergroten van de betrokkenheid van de medische staf in de aanpak van kwaliteit
- 5.6.1.3. harmonisatie van de methoden voor het berekenen van indicatoren op basis van internationale benchmarks
- 5.6.1.4. de oprichting van directe verbindingen tussen de financiële prikkel en de bereikte resultaten (cf. sinds 2010 het bepalen van drempel van performantie voor geselecteerde indicatoren)

- 5.6.1.5. de oprichting van een permanent monitoringsysteem, dat zal de kosten die getroffen om de gezondheid beleid en / of het beheer van de gezondheidszorg te ondersteunen
- 5.6.1.6. het bevorderen van innovatieve projecten op dit gebied door het begeleiden, faciliteren en ondersteunen van de ontwikkeling van de kwaliteit van het ziekenhuis en assisteren bij de implementatie van tools.

De Evaluatie Commissie is nietemin van mening dat het noodzakelijk zal zijn - om de bovengenoemde doelstellingen te bereiken - om een efficiënte informatie-systeem (zie geautomatiseerde patiëntendossier), een medisch coderingssysteem, internationaal erkend en methodologische kaders.

Verduidelijking aan de ene kant, is de positie van het management en de ziekenhuis arts in het bestuur van het ziekenhuis systeem wordt ook geschat als een voorwaarde voor het bereiken van de doelstellingen -aanl de anderkant zal het absoluut noodzakelijk zijn om de overheid strategieën te kennen aangaande de ontwikkeling van het beleid van de volksgezondheid.

Een lijst van dertig mogelijke nieuwe indicatoren is nu ter discussie.

## **5.9 Denemarken - Danish National Indicator Project NIP**

Het Deense project meet de kwaliteit van de verzorging in ziekenhuizen met groepen van patiënten met specifieke medische aandoeningen.

Het doel van dit project is om een gemeenschappelijke basis en methoden voor de documentatie en de ontwikkeling van de kwaliteit in de gezondheidszorg ten behoeve van de patiënten te verzekeren. De specifieke doelen zijn: 1) verbeteren van preventie, diagnose, behandeling en revalidatie, 2) voorzien van de nodige documentatie om prioriteiten te stellen, 3) een bron van informatie aan patiënten en burger (consument) te leveren.

Het project beoordeelt de kwaliteit van de gezondheidszorg als geheel en niet op individueel niveau. Het doel is dus niet zondebokken te vinden, maar om de best mogelijke basis vast te stellen voor kwaliteitsverbetering en de ontwikkeling van kwaliteit in de gezondheidszorg.

De 'Deense nationale Indicator Project' (NIP) is in 2000 opgericht als een joint venture tussen het Ministerie van Volksgezondheid, de Nationale Raad voor Gezondheid, de provincies, de vereniging van adviseurs in elke provincie, de 'Deense Medical Association, de Deense vereniging van verpleegkundigen, wetenschappelijke verenigingen, de Deense vereniging van Fysiotherapeuten (kinesitherapeuten) en de Deense vereniging van de bewegings therapeuten (ergotherapeuten). Het project wordt gefinancierd door 14 provincies en de Vereniging van provincie raadsleden.

NIP is een vast team, het NIP-secretariaat zorgt voor coördinatie en projectadministratie.

Deze organisaties, met gezamenlijke overeenkomst, hebben prioriteit gegeven aan zes ziekten uit de DRG-database, tot nu een totaal van 10 pathologieën.

De keuzes werden gemaakt op basis van het volume, de ernst, de mogelijkheden voor klinische interventies en het gebruik van middelen.

Het project richt zich op documentatie, evaluatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg.

### **5.9.1 Indicatoren**

Voor elke geselecteerde ziekte, is een groep indicatoren opgesteld van de verschillende gezondheidswerkers in overleg met de wetenschappelijke verenigingen, de Deense Medical Association, de Deense vereniging van verpleegkundigen enz. De groep "indicator" reflecteert alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg die relevant zijn voor de ziekte waarin de groep verantwoordelijk is. De samenstelling van deze groep moet zorgen voor een hoog wetenschappelijk en klinisch niveau. De groep kan tussen de 8 en 15 leden bevatten. Opgemerkt moet worden dat de deelname verplicht is voor de leden, ieder lid tekent een contract dat economische compensatie voor verrichte werkzaamheden garandeert. Elke groep wordt ondersteund door een team van 'Secretariaat-

NIP' bestaande uit een projectmanager, een consultant uit de gezondheidszorg, beiden verantwoordelijk voor het goede verloop van het project, een epidemioloog verantwoordelijk voor alle epidemiologische aspecten zoals formulieren van gegevensverzameling, analyse en interpretatie van de resultaten, en een bibliothecaris. De bibliothecaris voert de evaluatie van de literatuur over het onderwerp uit en geeft een niveau van bewijs voor de verzamelde informatie (methode Grade).

Het werk van de groep wordt uitgevoerd in acht stappen:

#### I. Inleiding tot het werk

Eerste vergadering waarin de ziekte gedefinieerd wordt en het werk wordt praktisch wordt georganiseerd.

#### II. Vaststelling van een overzicht van kennis en praktijk

De bibliothecaris stelt zijn recensie van de zorg normen en indicatoren voor. De groep bespreekt het werk dat moet worden gedaan door de epidemioloog en extra verzoeken aan de bibliothecaris. Een model van de correctie voor case-mix is opgesteld op basis van 'prognostische factoren'

#### III. Bepaling van de normen en indicatoren

Op basis van het werk van de bibliothecaris en de epidemioloog, stelt de groep de normen en indicatoren vast, gebaseerd op bewijzen en methoden om de benodigde gegevens te verzamelen. Bij het niet beschikbaar zijn van normen of indicatoren, gebaseerd op bewijzen, worden deze ontwikkeld door middel van consensus van deskundigen.

#### IV. Het verzamelen van gegevens

Voor dat het verzamelen van gegevens kan beginnen, is een gestructureerde uitvoering, gecoördineerd door het 'secretariaat-NIP' uitgevoerd in alle regio's. Het project maakt zoveel mogelijk gebruik van alle bestaande databases: klinische databases, records en medische dossiers. De epidemioloog is betrokken bij de validatie van de gegevens

#### V. Data-analyse

De epidemioloog analyseert gegevens en presenteert de resultaten aan de groep. De gegevens worden geïnterpreteerd op nationaal, regionaal en lokaal niveau.

#### VI. Klinische audit

Een gestructureerd auditproces is gestart om de resultaten te verklaren. Het doel is om een interpretatie van de professionals zelf naar voren te brengen, en ook te evalueren in het licht van de kritische incidenten.

#### VII. Kwaliteitsverbetering

Op basis van de resultaten van voorgaande stappen, worden acties om de kwaliteit te verbeteren voorbereid en uitgevoerd;

#### VIII. Openbare verspreiding van de resultaten

Parallel met de implementatie van verbeteringen, worden de resultaten gepresenteerd aan het publiek, op een website ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)), samen met enkele opmerkingen van de audits.

Gebaseerd op de omvang, de ernst, de mogelijkheden voor klinische interventies en het gebruik van middelen, zijn momenteel 10 ziekten het voorwerp van controle door indicatoren: beroerte, heupfractuur, schizofrenie, acute gastro-intestinale

chirurgie , hartfalen en longkanker, obstructieve longziekte, diabetes, depressie en zorg rond de bevaling.

Voor elk van deze aandoeningen, zijn tussen de 6 en 10 indicatoren geselecteerd en omvatten indicatoren voor structuur, proces en resultaat (outcome).

**Figuur 7** Voorbeeld van een set van indicatoren: heupfractuur

**Hip Fractures<sup>1</sup>: Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project**

Indicator domain	Indicator	Type	Standard
<b>Pain</b>	1. Proportion of patients who receive systematic pain assessment at rest and during mobilisation using a pain scale	Process	≥ 90%
<b>Early mobilisation</b>	2. Proportion of patients who are mobilised within 24 hours of the operation	Process	≥ 80%
<b>Basis mobility</b>	3. Proportion of patients whose basis mobility is assessed prior to the discharge. The indicator group recommends the use of Cumulated Ambulated Score (CAS) <sup>2</sup>	Process	≥ 90%
<b>Rehabilitation</b>	4. Proportion of patients where a rehabilitation plan is produced including an ADL functional level prior to the fracture and an ADL functional level prior to the discharge	Process	≥ 90%
<b>Secondary prevention Osteoporosis</b>	5. Proportion of patients where decision has been made regarding medical treatment to prevent future osteoporotic fractures	Process	≥ 90%
<b>Secondary prevention Falls</b>	6. Proportion of patients where decision has been made regarding future fall prevention	Process	≥ 80%
<b>Survival</b>	7. Proportion of patients who are alive 30 days after admission	Outcome <sup>3</sup>	≥ 90%
<b>Reoperation</b>	8a. Proportion of patients with an osteosynthesised undislocated medial fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 15%
	8b. Proportion of patients with an osteosynthesised dislocated medial fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 30%
	8c. Proportion of patients with an osteosynthesised subtrochanteric or trochanteric fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 5%
<b>Reoperation Hemi- eller total alloplasty</b>	9. Proportion of patients with a hemi- or total alloplasty who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 10%
<b>Reoperation Deep wound infection</b>	10. Proportion of patients who are reoperated due to deep wound infection within 2 years	Outcome	≤ 2%

**Figuur 8** Voorbeeld 2 indicatoren en streefcijfer: behandeling van longkanker

**Lung cancer - Indicators and Standards**

Indicator Domain	Indicator	Type	Standard	Time Reference
<b>Survival, total</b>	a.) Proportion of patients alive after <b>one year</b> b.) Proportion of patients alive after <b>two years</b> c.) Proportion of patients alive after <b>five years</b>	Outcome	a.) ≥ 30% b.) ≥ 15% c.) ≥ 10%	From date of diagnosis
<b>Survival after surgery</b>	a.) Proportion of patients alive <b>30 days</b> after surgery b.) Proportion of patients alive <b>one year</b> after surgery c.) Proportion of patients alive <b>two years</b> after surgery d.) Proportion of patients alive <b>five years</b> after surgery	Outcome	a.) ≥ 95% b.) ≥ 60% c.) ≥ 55% d.) ≥ 40%	From date of surgery
<b>Diagnosing and treatment time</b>	Proportion of patients, for whom the diagnostic package is completed within 28 days of referral	Process	≥ 85%	End date of diagnostic procedures (i.e. patient acceptance of referral to surgical/oncological therapy) – date of referral (received)
	Proportion of patients having surgery within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to surgery)	Process	≥ 85%	Date of surgery – date of patient acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients having surgery within 42 days of referral to the diagnostic package	Process	≥ 85%	Date of surgery – date of referral to the diagnostic package (received)
	Proportion of patients who initiate chemotherapy within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to chemotherapy)	Process	≥ 85%	Date of chemotherapy – date of patient's acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients who initiate chemotherapy within 42 days after referral to the diagnostic package	Process	≥ 85%	Date of chemotherapy – date of referral to the diagnostic package (received)
	Proportion of patients who initiate radiation therapy within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to radiation therapy)	Process	≥ 85%	Date of radiation therapy – date of patient's acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients who initiate radiation therapy within 42 days of referral to the diagnostic package	Process	≥ 85%	Date of radiation therapy – date of referral to the diagnostic package (received)
<b>Stage classification</b>	Proportion of patients with consistency between cTNM and pTNM	Process	≥ 85%	
<b>Resection rate</b>	Proportion of patients having radical surgery (i.e. no. of resections)	Process	< 25%	

**5.9.2 Implementatie / operationalisatie**

De implementatie wordt uitgevoerd pathologie per pathologie. Wanneer de groep "indicator" de normen, indicatoren en prognostische factoren bepaald heeft, kan het project worden geïmplementeerd in alle openbare ziekenhuizen van het land (openbare ziekenhuizen die de meerderheid van de ziekenhuizen vertegenwoordigen). Dit vereist de ontwikkeling van een organisatie op de zorgeenheid, ziekenhuis en regio om ervoor te zorgen dat het verzamelen van gegevens is voltooid, de gegevens reproduceerbaar worden met de bijbehorende definities ontwikkeld door de Group indicator'. Het apparaat heeft ook een rol te spelen in de validatie en interpretatie van gegevens. Een van de bedoelingen van dit project is om dit te integreren in de dagelijkse routine van verzorging. Conferenties 'ontwikkeling' werden georganiseerd door het 'vaste' team van het het project (of secretariaat) in elke regio om ervoor te zorgen dat alle ziekenhuizen eenheden geïnformeerd zijn en in staat zijn te verzamelen, te valideren en gegevens te ontvangen voor het project. Logistieke ondersteuning is ook voorzien in sommige 'test'gebieden. Een handleiding is geschreven om de verschillende stappen uit te leggen. De stappen zijn



- 1) het identificeren van problemen en het stellen van prioriteiten,
- 2) ontwikkeling van indicatoren en normen van 'evidence based'
- 3) het verzamelen van gegevens,
- 4) data-analyse, evaluatie en interpretatie,
- 5) feedback aan zorgverleners en managers,
- 6) het uitvoeren van audits,
- 7) de uitvoering van acties om de kwaliteit te verbeteren
- 8) de openbare verspreiding van de resultaten.

Daarnaast wordt er rekening gehouden met de resultaten van deze indicatoren in het proces van accreditatie van openbare ziekenhuizen, accreditatie uitgevoerd door de DDKM afhankelijk van de IKAS, het Deense Instituut voor Kwaliteit en accreditatie in de gezondheidszorg.

### **5.9.3 Beperkingen / problemen**

De evaluatie van dit piloot systeem werd gepland vanaf zijn conceptie, een artikel over dit onderwerp voerde een evaluatie in 2008 na vijf jaar van de werking van het project (Mainz, Hansen et al. 2009 ). De auteurs merken een verbetering van de vele indicatoren op, maar zijn van mening dat zorgen bij kanker (longkanker) niet bevredigend zijn en niet voldoende verbeterd zijn. Het projectteam PIN heeft besloten “paquets” voor patiënten met longkanker te ontwikkelen, “paquets” die in detail de zorg uitlegt die deze patiënten zouden moeten krijgen alsook de timing om in de eerste plaats het proces van verwijzing te versnellen naar behandelcentra.

#### **Bronnen :**

[www.nip.dk](http://www.nip.dk)

Mainz J, Hansen AM, Palshof T, Bartels PD [National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project.](#) J Surg Oncol. 2009 Jun 15;99(8):500-4.

## **5.10 Suede**

Binnen het kader van de nationale wetgevingen, hebben provincies (districten) en regio's, veel vrijheid voor de organisatie van de gezondheidszorg die grotendeels gefinancierd wordt door een belasting geheven door de provincie raden (graafschap raden).

Gezien de sterk gedecentraliseerde organisatie, hebben de Zweedse autoriteiten de behoefte gevoeld om performantie te evalueren op een vergelijkende manier op het gebied van de gezondheidszorg in de verschillende entiteiten.

Het verslag over het Zweedse programma van performantiemeting de 'kwaliteit en efficiëntie in de Zweedse gezondheidszorg' werd gepubliceerd in 2006 en wordt jaarlijks gepubliceerd. Dit initiatief is een gezamenlijk project van de vereniging van lokale overheden (SALAR) en de Zweedse Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn (NBHW)

Dit programma publiceert voor de gezondheidswerkers en het grote publiek, vergelijkende gegevens over de performantie van de gezondheidszorg.

Het doel van dit programma is tweeledig. Ten eerste, vergelijkingen zijn een manier om te informeren en het publiek debat te stimuleren over de kwaliteit en de efficiëntie van de gezondheidszorg. Het publiek, patiënten als burgers hebben het recht om de beschikbare resultaten voor de gezondheidszorg te kennen. Ten tweede, zijn de Zweedse autoriteiten van mening dat de publicatie van vergelijkende gegevens een krachtig middel is om nog betere performantie te stimuleren. Vergelijkingen zijn dan ook bedoeld om de lokale overheden (verantwoordelijk voor de organisatie van gezondheidszorg in Zweden) te stimuleren en inspanningen te leveren om de medische diensten te verbeteren op gebied van kwaliteit en klinische uitkomsten (outcome) en in termen van ervaringen van patiënten en het efficiënt gebruik van middelen. Alle betrokkenen in de gezondheidszorg, ongeacht het niveau van de zorg, kunnen gebruik maken van de vergelijkende gegevens om sterke en zwakke punten van hun systeem te identificeren.

De autoriteiten willen beoordelen of hun gezondheidszorg 'evidence-based', efficiënt is, toegankelijk voor iedereen, of ze voldoen aan de eisen, en of ze veilig worden uitgevoerd. Om deze vragen te beantwoorden, zijn de performantie-indicatoren in de zorg verdeeld in vier dimensies: A) Resultaten van de behandeling, B) Ervaring van de patiënten, C) Toegang tot zorg, D) Kosten en productiviteit.

### **5.10.1 Indicatoren**

Het onderzoeksteam selecteerde de indicatoren zodat zij een zo volledig mogelijk beeld van de gezondheidszorg als geheel weergeven, rekening houdend met de

beschikbare gegevens (gegevens uit de gezondheidszorg, de kwaliteit records ... ). Waar mogelijk, hebben de indicatoren betrekking op aanbevelingen voor good practice of te bereiken doelen.

De set bevat 57 indicatoren in 2006, 101 in 2008 en 124 in 2009.

Onder deze indicatoren, wordt de meerderheid op provinciaal niveau voorgesteld. In domein A) Resultaten van de behandeling, zijn 12 sub-gebieden afgebakend: sterfte, ziekenhuisopname en vaccinatie, behandeling met medicijnen, Intensive care, kanker overleving, maternale en neonatale zorg, diabeteszorg, psychiatrische zorg, zorg na een beroerte hersenen, cardiale zorg, orthopedische zorg-, nierzorg; Andere behandelmethoden.

Ook moet worden opgemerkt dat acht indicatoren zijn onderworpen aan een sociaal-economische analyse:

- Vermijdbare sterfte door het beleid (zoals tabaksgerelateerde -longkanker en verkeersongevallen) en het land van herkomst
- Vermijdbare sterfte ten gevolge van gezondheidszorg (zoals bijvoorbeeld complicaties van diabetes,) en het land van herkomst
- Vermijdbare ziekenhuisopnames en het onderwijsniveau
- Relatieve overleving na borstkanker en onderwijsniveau
- Percentage pasgeborenen met een Apgar score <7 en het niveau van onderwijs en roken
- Diabetische patiënten met antihypertensiva en onderwijsniveau
- 28-dagen mortaliteit na een myocardinfarct en onderwijsniveau
- Inname van lipide-verlagende medicijnen na een myocardinfarct en onderwijsniveau.

Van alle geselecteerde indicatoren zijn 19 indicatoren uitgesplitst naar het ziekenhuis.

Dit zijn de volgende indicatoren:

- Re-interventie bij rectale kanker
- Perineale scheur van derde en vierde graad in het kraambed
- Mortaliteit op 28 dagen - eerste ziekenhuisopname voor een beroerte (CVA)
- Patiënten behandeld in een speciale unit voor een beroerte
- Mogelijkheid voor dagelijkse activiteiten drie maanden na het CVA
- Mortaliteit op 28 dagen - Patiënten in het ziekenhuis voor acuut myocardinfarct
- Coronaire angiografie na een myocardinfarct zonder ST-segment elevatie
- Inname van clopidogrel na een myocardinfarct zonder ST-segment elevatie
- Wachten op coronaire overbrugging
- Inname van lipide-verlagende medicijnen na een myocardinfarct
- -Heropname na hartfalen
- -Re-operatie na operatie bij heupprothese
- -De resultaten, gerapporteerd door de patiënt (patient reported outcomes) na totale heupprothese
- -Wachttijd voor de operatie na een heupfractuur

- Vasculaire toegang voor dialyse
- Re-operatie voor liesbreuk
- -Cataract chirurgie, gezichtsscherpte lager dan 0,5 in het oog met de beste visie

### **5.10.2 Implementatie / operationaliteit**

Sinds 2006 zijn de resultaten van deze indicatoren op een website te vinden voor zowel gezondheidswerkers als burgers/patiënten.

Resultaten per provincie worden gepresenteerd in een bestand met klassemment met een betrouwbaarheidsinterval.

De resultaten per ziekenhuis verschijnen ook op deze website.

De resultaten per ziekenhuis worden gepresenteerd zonder betrouwbaarheidsintervallen en zonder classificatie omdat:

- De resultaten gestandaardiseerd zijn volgens de leeftijd van de patiënten en niet volgens de ernst van de ziekte en de kenmerken van de patiënt: de autoriteiten geloofden dat het doel van benchmarking het verbeteren van de kwaliteit is, deze standaardisatie is niet nodig en niet altijd haalbaar;
- Het gezondheidssysteem is gespreid en dus is de behandeling van patiënten in ziekenhuizen met verwijzing anders als verschillende lokale ziekenhuizen;
- Patiënten komen in het ziekenhuis, meer of minder zwaar getroffen op basis van de mogelijkheden van lokale ondersteuning thuis of in verpleeghuizen;
- Het aantal gevallen is zo klein voor sommige lokale ziekenhuizen dat slechts een geval de resultaten van het ziekenhuis kunnen beïnvloeden.

Alle resultaten worden actief besproken in provincie en region waarvan de ziekenhuizen afhankelijk zijn en die besluiten welke verbeteracties er moeten worden doorgevoerd.

#### **Bronnen:**

« Quality and efficiency in Swedish Health Care Regional Comparison 2008, Swedish Association of Local Authorities and Regions ; Socialstyresen the National Board of Health and Welfare

« Quality and efficiency in Swedish Health Care Regional Comparison 2009, Swedish Association of Local Authorities and Regions ; Socialstyresen the National Board of Health and Welfare

[www.skl.se](http://www.skl.se)

## **5.11 Italië**

Na een overzicht van alle initiatieven in Italië, selecteerden we twee projecten die bijzonder interessant lijken in de studie HPI: het project en het project SIVeAS MERCURIO.

### **5.11.1 Project SIVeAS**

SiVeAS, het nationale systeem van controles en de controle op de gezondheidszorg werd opgestart door een decreet van 17 juni 2006 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid.

SiVeAS is gericht op de naleving van de criteria van relevantie en kwaliteit van de geboden gezondheidszorg.

Dankzij het werk van SiVeAS, voert het ministerie twee hoofdtaken uit:

1. een algemene ondersteuning voor de productie van evaluatie-instrumenten en de implementatie van best practices op het vlak van efficiëntie en kwaliteit van de gezondheidszorg in verschillende regio's.
2. ervoor te zorgen dat alle activiteiten die nodig zijn voor het toezicht en de controle van het gebied goed zijn geïntegreerd in het afbetalingsplan.

#### **Het programma SIVeAS**

Het ministerie van Volksgezondheid heeft opdracht gegeven voor de project SIVEAS aan het Laboratorium Management en Gezondheid, Graduate School Sant'Anna van Pisa. Als experiment, werd een eerste groep van indicatoren gebouwd om de relevantie, effectiviteit en kwaliteit van de geboden gezondheidszorg te meten. Het project voldoet aan de gemeenschappelijk doelstelling van alle nationale stelsels van gezondheidszorg, om systematisch te kunnen vergelijken met de resultaten tussen de marktdeelnemers om de beste praktijken te identificeren en naar voor te brengen en aan te leren, de kwaliteit te verbeteren van de dienstverlening, en de transparantie te waarborgen van de resultaten naar het publiek toe. Het beoogt ook om ervoor te zorgen dat de fundamentele basisniveaus van dienstverlening worden aangeboden op een gelijklopende wijze.

Het project is nog in zijn kinderschoenen en moet worden aangevuld met extra indicatoren waaraan onderzoekers, en het ministerie werken. Als de uitdaging complex is, wordt de transparantie van de resultaten en de vergelijking als mechanisme voor groei en verbetering van de nationale doelstellingen op gezondheidsgebied aanzien als cruciale doelstellingen voor de toekomst.

### **5.11.1.1 Implementatie / operationaliteit**

De eerste resultaten werden voorgesteld in april 2010.

Dit is een set van 34 indicatoren ontwikkeld om de performantie van de regionale gezondheidszorg te evalueren. Voor deze eerste beoordeling werden de volgende gebieden geïdentificeerd: vraag beheer, efficiency en relevantie van medische en chirurgische zorg, klinische kwaliteit, effectieve ondersteuning bij chronische ziekten, farmaceutische hulp, gezondheidszorg en collectieve preventie.

#### **Management van de vraag**

- H1.1 Tarieven voor gewone ziekenhuisopname per 1000 inwoners
- H1 Totale ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners
- H1.2 Ziekenhuisopnames dagkliniek per 1000 inwoners
- H1.3 Gemiddeld gewicht gewone opname DRG

#### **Rendement**

- H2 Performantie Index gemiddelde periode van opname, DRG chirurgie
- H2.1 Performantie Index gemiddelde periode van opname
- H2.2 Performantie Index gemiddelde periode van hospitalisatie, medische DRG
- H13 gemiddelde periode van pre-operatieve opname chirurgische geprogrammeerde interventies

#### **Relevantie van chirurgische zorg**

- H3 % DRG medische / chirurgische
- H4 % colecistectomie laparoscopische ingreep, dagkliniek. gewoon
- H5 chirurgische DRG:% van de opgenomen dagen

#### **Relevantie van medische zorgen**

- H6 medische DRG: tarieven voor hospitalisatie voor 10 000 inwoners
- H14 % hospitalisatie voor korte periode
- T9 % hospitalisatie voor diagnostische doeleinden

#### **Klinische kwaliteit**

- H9 percentage keizersneden
- H10 % van herhaalde ziekenhuisopnames in 30 dagen voor dezelfde MDC
- H10. % Van herhaalde ziekenhuisopname binnen 30 dagen
- H10.1.1 % van herhaalde ziekenhuisopnames in geneeskunde in 30 dagen
- H10.1.2 % van herhaalde ziekenhuisopnames voor de operatie binnen 30 dagen
- H11 % van fracturen van het femur geopereerd in 2 dagen

### Doeltreffende support bij chronische ziekte

- T2 Tarieven ziekenhuisopnames voor insufficiëntie / onevenwicht per 100 000 inwoners (50-74 jaar)
- T3 Tarieven ziekenhuisopnames voor totale diabetes voor 100 000 inwoners (20-74 jaar)
- T4 Tarieven ziekenhuisopnames COPD per 100 000 inwoners (50-74 jaar)

### Farmaceutische hulp

- AF5 bruto uitgaven per persoon in het farmaceutisch domein
- AF5.1 afwijking met het landelijk gemiddelde verbruik van klasse A farmaceutisch gebied
- AF5.3 % van de totale uitgaven onder aftrek van territoriale uitgaven van medicijnen van klasse A
- AF5.4 % van het totale DDD van het territoriale verbruik medicijnen equivalent van klasse A

### Collectieve gezondheidszorg en preventie

- P1 Mate van dekking voor het griepvaccin per 100 inwoners (> = 65)
- P2 niveau van dekking voor het vaccin BMR (bof, mazelen, rode hond) per 100 inwoners (<= 2 jaar)
- P3 aanbod van screening mamographique
- P4 Deelname aan de screening mamographique
- P5 bereik van colorectale screening
- P6 Deelname aan colorectale screening

De resultaten worden gepresenteerd in grafische vorm, waar de resultaten het dichtst bij het centrum de beste performantie hebben, terwijl de meest verwijderde van het centrum de meest kritische resultaten geven. Dit is dus een samenvattingsbeeld van de sterktes en zwaktes van elk regionaal stelsel van gezondheidszorg die vervolgens kan ingaan op de details van elke indicator voor de jaren 2007 en 2008.

Op basis hiervan kan elke regionale gezondheidszorg dalen naar een fijner niveau zoals dat van het ziekenhuis.

#### **5.11.1.2 Beperkingen / problemen**

We kunnen twee beperkingen identificeren aan het project:

- Het nog experimenteel karakter in dit stadium, zal het project beoordelen in de toekomst en zal ongetwijfeld de ontwikkeling van nieuwe indicatoren genereren.
- De, in eerste instantie regionale vereiste focus, die de gebieden zal verplichten om nieuwe projecten te ontwikkelen om de verschillende acteurs te betrekken, in het bijzonder de ziekenhuisprofessionals.

## 5.11.2 Het project Micronet

Micronet netwerk (D'Ancona, Rizzo et al.) is het verzamelen en uitwisselen van epidemiologische gegevens van microbiologische laboratoria. Het is ook een waarschuwingssysteem voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk.

Micronet is een project van het ISS - Hoger Instituut van Volksgezondheid gefinancierd door het Nationaal Centrum voor Preventie en Controle van ziektes van het Ministerie van Volksgezondheid (CCM). Het is ontworpen om een systeem van epidemiologische toezicht via peilstations van infecties en ziekten op te bouwen op basis van de detectie en automatische transmissie van de resultaten.

Het is een belangrijk instrument voor de vroegtijdige opsporing van epidemies en analyse van trends door het beschikbaar stellen van up-to-date en volledig gegevens.

### Het project Micronet

MicroNet heeft onder zijn belangrijkste doelstellingen, de invoering van een waarschuwingssysteem verdeeld onder de verschillende laboratoria.

De methodiek gaat uit van verzoeken om laboratoriumtesten uit te voeren en is gebaseerd op het vermogen om alle resultaten (positief en negatief) gemaakt in het microbiologisch laboratorium en rapporten, beschikbaar in het laboratorium, te exporteren.

Om dit te doen, was het noodzakelijk om de volgende specifieke doelstellingen te bereiken:

- - Identificeren van de indicatoren en normen voor de uitwisseling van gegevens tussen verschillende piloot laboratoria .
- Ontwikkelen van een prototype voor de detectie en automatische transmissie van de resultaten via een netwerk van laboratoria
- Experimenteren met het toezicht prototype op de frequentie van de identificatie van sommige pathogenen in omloop in de pilot gebieden.
- Experimenteren met een controle-instrument voor de regio's voor de integratie van de laboratoriumgegevens met de gegevens uit klinische informatiebronnen
- De integratie van deze monitoring systeem bestuderen met bestaande netwerken op het nationale grondgebied

### Onderzoeks tools

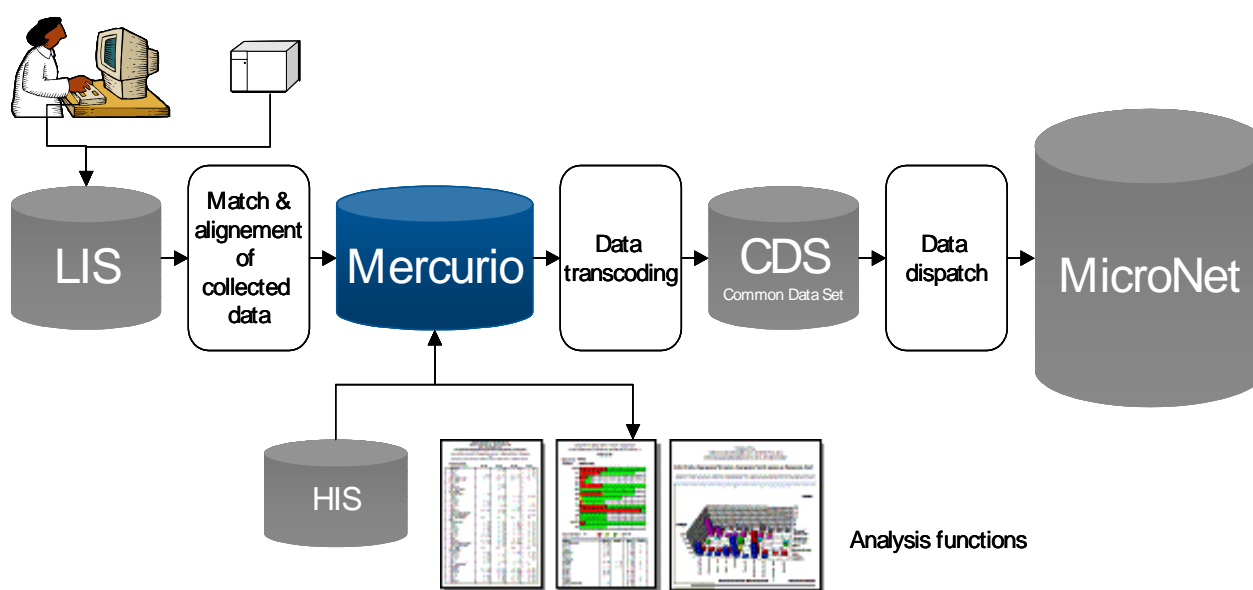
- Het verzamelen en uitwisselen van gegevens van laboratorium-systemen en het beheer van bestaande informatie (LIS)
- Het creëren van een standaard uitwisseling van gegevens via fiche, een gemeenschappelijke data set (CDS), die bestaat uit een set van standaard tabellen, en tot slot een formaat voor de uitwisseling van gegevens tussen het laboratorium en de centrale server (Sidle).



### 5.11.2.1 De implementatie van kwaliteits- en performantie indicatoren

Ingewijd in de regio van Bologna, gebruikt het project de management software van het laboratorium, ontwikkeld door Mercurio Noemalife, een bedrijf gespecialiseerd in IT-Health met hoofdkantoor gevestigd in Bologna.

De uitvoering van het project gebeurt volgens het volgende schema:



### 5.11.2.2 Beperkingen / moeilijkheden en recente ontwikkelingen

Het experimentele en baanbrekende aspect van het project is terzelfdertijd eveneens de limiet van het project.

Zeer waardevolle tools, echter, werden ontwikkeld en een veralgemening van deze aanpak kan een echte toegevoegde waarde leveren zowel op regionaal, nationaal en international plan. Hiermee staan real-time gegevens te beschikking om snel te reageren op de opkomst en ontwikkeling van besmettelijke ziekten. Dit zet ook een proces van reflectie en uitwisseling over best practices met collega's in gang. Soortgelijke projecten zijn ontwikkeld in Nederland (Widdowson, Bosman et al. 2003), maar met een iets andere methodologische aanpak (collectie van alleen positieve testresultaten in het laboratorium).

## **6 De initiatieven van de meting en de verbetering van de ziekenhuisperformantie in België**

### **6.1 De projecten van de FOD-VG**

#### **6.1.1 Multidimensionele en geïntegreerde feedback**

Multidimensionele en geïntegreerde feedback van de administratieve ziekenhuisgegevens – Exploratiefase April 2006 FOD-VG, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG Organisatie van de zorginstellingen.

Multidimensionele Feedback voor de ziekenhuizen – April 2008 FOD-VG, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG Organisatie van de zorginstellingen.

##### **6.1.1.1 Historiek**

België heeft meegedaan met 22 pilootziekenhuizen aan het project PATH (pagina 61) maar heeft niet verder gedaan om verschillende redenen, waarvan de belangrijkste het verzamelen van specifieke gegevens is door de ziekenhuizen, dat veel tijd en middelen in beslag nam terwijl de ziekenhuizen al veel gegevens opsturen naar de autoriteiten. Het project PATH heeft thans toegelaten, aan de ziekenhuizen, om de belangrijkheid van de feedback in te zien die hen toelaat om zich te vergelijken met de andere Belgische ziekenhuizen.

De FOD-VG heeft dus beslist om de gegevens, waarover ze beschikken, zo goed mogelijk te exploiteren en heeft twee Multidimensionele en geïntegreerde feedback gepubliceerd in april 2006 en in april 2008. Er wordt een derde feedback verwacht voor april 2011.

##### **6.1.1.2 Doelstellingen**

De FOD-VG wil, via de feedback, de hoeveelheid beschikbare administratieve gegevens exploiteren en ze ter beschikking stellen van het ziekenhuis onder de vorm van ziekenhuisperformantie-indicatoren met betrekking tot de transparantie.

De FOD-VG hoopt via deze feedback een tool te geven aan de ziekenhuizen dat hen toelaat zich te vergelijken met de andere ziekenhuizen van het land en die de mogelijke prioriteiten van verbetering kan helpen vaststellen. In de versie van 2008, preciseert de auteur van het rapport dat het opstarten van verbeteracties een analyse en een gedetailleerd onderzoek vergt van de bestaande processen als eveneens een reflectie over de doelstellingen die door de instelling opgevolgd worden.

De feedback is niet opgemaakt om als externe tool van evaluatie te dienen.

##### **6.1.1.3 Nature**

De documenten van de Multidimensionele en geïntegreerde feedback van de administratieve ziekenhuisgegevens – exploratiefase april 2006 FOD-VG, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG Organisatie van de zorginstellingen en Multidimensionele Feedback voor de ziekenhuizen – april 2008 FOD-VG, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG Organisatie van de zorginstellingen zijn papierdocumenten die verzonden worden naar de algemene directie en de hoofdarts van alle acute ziekenhuizen in België.

#### **6.1.1.4 Auteurs**

De feedback wordt gepubliceerd en verspreid door FOD-VG, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, DG Organisatie van de zorginstellingen.

De persoon verantwoordelijk voor het ontwerp en de uitvoering van deze feedback is Wim Aelvoet, MD, MPh.

#### **6.1.1.5 Deelnemers/stakeholders**

Na de eerste feedback, werd er een begeleidingscommissie van de ziekenhuisperformantie opgesteld bestaande uit twee verschillende werkgroepen, één werkgroep voor de niet klinische indicatoren en een werkgroep voor de klinische indicatoren. Deze werkgroepen zijn begonnen nadenken over de nuttige indicatoren voor de ziekenhuizen en hebben enkele kritische analyses uitgevoerd.

Een aantal indicatoren werden geanalyseerd door de betrokken Medische Colleges. De feedbacks van 2006 en 2008 hebben alleen betrekking op acute ziekenhuizen.

#### **6.1.1.6 Frequentie van de feedback**

De feedback werd tot op heden iedere 2 of 3 jaar gepubliceerd.

De feedback van 2006, stelt de MKG gegevens voor van de jaren 2000 tot 2003, de FinHosta gegevens van de jaren 2001 tot 2004, de gegevens van de sociale balans van het jaar 2003 en de enquête « Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken » 2002 en 2003.

De feedback van 2008, stelt de MKG gegevens voor tot de 1<sup>ste</sup> trimester van 2005, de FinHosta gegevens tot 2005 inbegrepen en de feedback 2011 gaat over 8 semesters van MKG gegevens (2004 tot 2007) en de Finhosta gegevens van 2002 tot 2007.

#### **6.1.1.7 Type van indicatoren**

Zoals het project PATH, wil de Multidimensionele en geïntegreerde feedback, multidimensioneel zijn om verschillende dimensies van de performantie weer te geven. De voorziene dimensies zijn de klinische performantie, de financiële preformantie, capaciteit en innovatie zowel als de patient-oriëntatie. Deze 4 dimensies worden op beknopte wijze weergegeven voor ieder ziekenhuis op een 'Balanced ScoreCard'.

De feedback van 2006 heeft 11 indicatoren voorgesteld, ieder beschreven op een technische fiche.

In de dimensie klinische performantie

- Resultaat van de zorg:

Sterftecijfer voor tracer pathologiën: Acuut myocardinfarct, niet iatrogene longontsteking, heupfractuur

- Zorg processen:

Percentage bevallingen via keizersnede, percentage laparoscopische cholecystectomie

In de financiële dimensie

- Financiële onafhankelijkheid
- Cash flow verbreed tot het passief percentage,
- Acid test

In de dimensie Capaciteit en Innovatie

- Index van het gebruik van informatietechniek
- Onderhoud van de tool (ratio van de continuïteit)
- Turn over van het personeel

Geen enkele indicator werd weerhouden in de dimensie Patient-oriëntatie.

De feedback van 2008 heeft 29 indicatoren gepresenteerd, allen beschreven in een fiche die een definitie van de indicator, zijn doelstellingen en de te observeren beperkingen, tijdens de interpretatie bestemt tot de strategische niveaus van de instelling, en een technische fiche met een gedetailleerde beschrijving, bevat. De technische fiche is verschillend voor de klinische en de niet-klinische indicatoren.

In de dimensie klinische performantie

- Zorg processen:

Percentage bevallingen via keizersnede, ziekenhuissterfte na een opname voor een acuut myocardinfarct, ziekenhuissterfte na opname voor een heupfractuur, ziekenhuissterfte na opname voor longontsteking, percentage laparoscopische cholecystectomie, ziekenhuissterfte na opname voor een acuut cerebraal vasculair accident, ziekenhuissterfte na opname voor congestief hartfalen

In de economische performantie

- Percentage financiële onafhankelijkheid
- Acid test
- Financiële dekking
- Niveau van Cash flow
- Rentabiliteit 1
- Rentabiliteit 1 bis
- Rentabiliteit 2
- Rentabiliteit 2bis
- Performantie in verblijfsduur 1
- Performantie in verblijfsduur 2

In de dimensie Capaciteit

- Gebruik van de hospitalisatiecapaciteit
- Onderhoud van het tool « medisch materiaal » (ratio van continuïteit)
- Onderhoud van het tool « onderhoud van het niet medisch tool »(ratio van continuïteit)
- Percentage daghospitalisatie

In de dimensie Human Resources

- Kwalificatiegraad van het verzorgend personeel
- Graad van specialisatie van de verpleegkundigen
- Vacante plaatsen voor verpleegkundigen
- Percentage turn over van het personeel
- Percentage van het interim personeel

In de dimensie Innovatie

- Informatiekosten
- Klinische paden
- Afvalverwijdering

In de dimensie Patiënt-oriëntatie

- Interesse voor de meting van de tevredenheid van de patiënten
- Informatie aan de patiënt
- Mogelijkheid tot onderwijs in het ziekenhuis
- Bemiddeling

De feedback van 2011 stelt 26 indicatoren voor, allen beschreven in een fiche.

In de dimensie klinische performantie

- Zorg processen:

Percentage bevallingen via keizersnede, ziekenhuissterfte na een opname voor een acuut myocardinfarct, ziekenhuissterfte na opname voor een heupfractuur, ziekenhuissterfte na opname voor longontsteking, percentage laparoscopische cholecystectomie, ziekenhuissterfte na opname voor een acuut cerebraal vasculair accident, ziekenhuissterfte na opname voor congestief hartfalen

In de boekhouding en het beheer van de ziekenhuizen

- Percentage financiële onafhankelijkheid
- Acid test
- Financiële dekking
- Niveau van Cash flow
- Rentabiliteit 1
- Rentabiliteit 1 bis
- Rentabiliteit 2
- Rentabiliteit 2bis
- Rantsoen van continuïteit: medisch materiaal
- Rantsoen van continuïteit: niet medisch materiaal
- Gemiddelde kost van de informatica
- Performantie in verblijfsduur 1
- Performantie in verblijfsduur 2
- Klinische paden

In de dimensie Human Resources

- Vacante plaatsen voor verpleegkundigen

In de dimensie Patiënt - oriëntatie

- Interesse voor de meting van de tevredenheid van de patiënt
- Informatie aan de patiënt
- Mogelijkheid tot onderwijs in het ziekenhuis
- Bemiddeling

### **6.1.1.8 Methodologie Inclusief gegevensverzameling, validatie, opvolging...**

In de feedback 2006, specificeren de auteurs hun keuzecriteria voor de indicatoren: 1) de beschikbaarheid van de gegevens op de FOD-VG 2) de mogelijkheid om intern een onderzoek naar prestatie te genereren 3) de beschikbaarheid van wetenschappelijke documenten ter ondersteuning van de validiteit. Een uitgebreide literatuurstudie werd gerealiseerd (de methodologie wordt in de technische fiches beschreven) over de vergelijkbare nationale en internationale ervaringen.

In het rapport 2008, specificeren de auteurs dat voor de klinische indicatoren, er voor de technische fiches wordt gerefereerd naar de verslagen van de AHRQ (pagina 48) en naar de bijdrage van het Artsen College.

De feedbacks zijn gebaseerd op de administratieve gegevens, routinematig verzameld en verzonden naar de FOD-VG hetzij de Minimaal Klinische Gegevens (MKG), FinHosta, de sociale balans en de enquête « Jaarlijkse ziekenhuisstatistiek ». Voor een gedetailleerde beschrijving van deze gegevensbanken, kan u terecht op de internetsite van de FOD-VG

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registratienystems/index.htm>

### **6.1.1.9 Rapporten/Feedback**

Iedere begeleide feedback van de « Balanced ScoreCard » die de situatie van het ziekenhuis samenvat: een inleidingsbrief die naar de directeur van het ziekenhuis wordt opgestuurd eveneens als aan de hoofdarts. Er bestaat geen enkele verplichting tot het gebruik van deze resultaten.

De feedback is volledig anoniem, het ziekenhuis ontvangt een verschillend cijfer om zich te identificeren in ieder grafiek of tabel. Hij kent de positie van de andere ziekenhuizen niet.

### **6.1.1.10 Meerwaarde van het initiatief**

Het initiatief heeft als voordeel van een aantal ziekenhuisdirecties te sensibiliseren tot het gebruik van de ziekenhuisprestatie indicatoren en tot de noodzaak om verbeteracties te ontwikkelen om deze te verbeteren.

Ze heeft gevalideerde en geteste indicatoren voorgesteld zodat er geen bijkomende gegevensregistratie vereist is.

### **6.1.1.11 Beperkingen**

Deze indicatoren, aangezien ze gebaseerd zijn op de AHRQ, beschikken ze over dezelfde beperkingen: vooral gefocust op chirurgie, kwetsbaar voor de codering. MKG die vooral dient voor de financiering toont op de site van de technische cel in de financiële Feedback per pathologie<sup>2</sup> dat jaar per jaar, de proportie van de patiënten in de graden van ernst 1 en 2 verminderen om te verhogen in de graden van ernst 3 en 4 die beter gefinancierd worden. Deze wijze van coderen verplichten tot het voorzichtig zijn bij het interpreteren van de resultaten en de vergelijkingen tussen de ziekenhuizen.

---

<sup>2</sup> <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr>

De vragenlijst « Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken » wordt op zijn beurt niet onderworpen tot contrôle of validatie (zie de evaluatie ervan verder in het hoofdstuk)

Tijdens onze interviews in de ziekenhuizen, werden verschillende uitspraken over de feedback verzameld, wij verwijzen daarvoor naar hoofdstuk 8 pagina 236.

#### **6.1.1.12      Perspectieven voor de toekomst**

De feedback zal zich inspireren door de resultaten van het huidige onderzoek, die pistes zal bieden voor de evolutie ervan.

## **6.1.2 Contract QS - Contract « Coördinatie kwaliteit en veiligheid van de patiënten »**

### **6.1.2.1 Historiek**

In 2006, heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies uitgebracht over de noodzaak van de financiering van de kwaliteit in de ziekenhuizen.

Sinds juli 2007, werd een complementaire financiering goedgekeurd in het onderdeel van de B4 van de begrotingsmiddelen voor de coördinatie van de kwaliteit en veiligheid in de Belgische ziekenhuizen.

De weerhouden optie is jaarlijkse contracten tussen de federale overheid (FOD-VG) en de vrijwillige ziekenhuizen.

### **6.1.2.2 Doelstellingen**

De belangrijkste doelstelling van die contracten is van de kwaliteitscoördinatie, van de zorg en de veiligheid van de patiënt, te stimuleren en te ondersteunen in de Belgische ziekenhuizen.

### **6.1.2.3 Inhoud**

De contracten '2007-2008' en '2008-2009' ieder een duur van 12 maanden waren elk het onderwerp van een rapport.

Het contract '2009-2010' van een duur van 18 maanden, is lopende.

#### ***Het contract '2007-2008'***

Voor dit eerste contract werd een bedrag van 6,8 miljoen € toegekend voor 12 maand. Onder de acute, psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen, heeft 80% een contract ondertekend.

Dit contract bestaat uit 6 grote delen:

1. Missie, visie, doelstellingen en strategieën met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de patiënt

Dit onderdeel van het contract leer ons dat de meerderheid van de ziekenhuizen beschikken over een missie, een visie en strategische en operationele doelstellingen. De missie beantwoordt niet altijd aan coherente criteria, de expliciete link tussen de missie, de visie en de strategische doelstellingen is weinig aanwezig, het aantal strategische doelstellingen is zeer verschillend. Deze missie en visie worden via verschillende kanalen gecommuniceerd.

Enkel 30% van de ziekenhuizen gebruiken algemene modellen voor verbetering van de kwaliteit (type EFQM of PATH).

DE FOD-VG besluit dat een harmonisering en een standaardisatie van het concept 'kwaliteit en veiligheid' van de patiënten nodig is.

2. Structuren en functies met betrekking tot de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt



De ziekenhuizen moesten op een organigram de bestaande structuren, voor de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt, geëist door de wet, weergeven. De genoemde commissies zijn de directiecommissie, de kwaliteit en veiligheidscommissie, deze laatste werd geïmplementeerd in 2008 door meer dan de helft van de deelnemende ziekenhuizen. Een kwaliteitscoördinator (maximum een Full time Equivalent) is aanwezig in de meerderheid van de ziekenhuizen.

### 3. Evaluatie van de veiligheidscultuur van de patiënten

De ziekenhuizen hebben met de hulp van 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' de AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality in USA) hun cultuur gemeten in verband met de veiligheid van de patiënten.

96% van de deelnemende ziekenhuizen hebben de meting uitgevoerd. Het percentage van deelname van de artsen was lager dan die van andere beroepen. Een benchmark werd gerealiseerd met 132 andere ziekenhuizen. De helft van de deelnemende ziekenhuizen hebben volgend op die meting, verbeteracties ingevoerd.

### 4. Melden en analyse van ongevallen en bijna ongevallen

Een grote meerderheid van de ziekenhuizen beschikt over een meldsysteem maar deze systemen zijn zeer verschillend met betrekking tot de verschillende thema die mogelijks het onderwerp van een melding kunnen zijn. Deze systemen zijn anoniem of niet maar meestal confidentieel, hetzij op papier of elektronisch.

Een derde van de ziekenhuizen gebruikt specifieke methodes voor de analyse van de ongevallen en de bijna ongevallen. Deze analyses worden meestal uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator.

### 5. Beschrijving van drie projecten in het domein van kwaliteit

De beschrijving van 3 nieuwe kwaliteitsprojecten werd gevraagd voor een economisch performantie domein of competentie en innovatie, één voor de klinische performantie en één voor de veiligheid van de patiënt. 500 projecten werden ingeleverd, de veiligheid van de medicatie is het thema dat het meest voorkomt.

### 6. Multidimensionele feedback met definitie van twaalf geselecteerde indicatoren

De ziekenhuizen moesten 12 indicatoren kiezen die verspreid waren over 4 domeinen en verbeteracties definiëren.

De ziekenhuizen moesten 3 indicatoren kiezen uit het domein 'Economische performantie', de meest gekozen indicator was: de graad van financiële onafhankelijkheid ; 3 indicatoren in het domein 'Competentie en innovatie' de meest gekozen was het klinisch pad ; 3 indicatoren in het domein 'klinische performantie' de meest gekozen was het percentage bevellingen via keizersnede; en 3 in de dimensie 'patiëntveiligheid' en de meest gekozen waren doorligwonden.

## ***Het contract '2008-2009'***

Vanaf 2008 en tot in 2012, bestaat het contract uit drie pijlers:

- Structuur: de ontwikkeling van een beleidssysteem met betrekking tot veiligheid

- Process: de analyse van de processen
- Resultaat: de ontwikkeling van een aantal multidimensionele indicatoren

### 1. Pijler 1 : Beleidssysteem van de veiligheid

Er wordt gevraagd aan de ziekenhuizen om

- Ontwikkelen van een multi-jarlijks(pluriannuel) veiligheidsplan voor de patiënten met strategische et operationele doelstellingen;
- Twee verbeteracties realiseren op basis van de meetresultaten van de veiligheidscultuur die in het ziekenhuis uitgevoerd worden;
- Identificeren van de gebruikte indicatoren met betrekking tot de verbeteracties
- Melden of de commissie van de veiligheid van de patiënten verantwoordelijk is voor de coördinatie en het opvolgen van de van de activiteiten met betrekking tot de veiligheid van de patiënten.

### 2. Pijler 2 : Analyse en (her)ontwikkeling van een proces

De ziekenhuizen moeten:

- Een proces uitkiezen dat voor de acute ziekenhuizen ofwel een intramuros transfert kan zijn, hetzij een proces gebaseerd op resultaten van klinische indicatoren van de Multidimensionele en geïntegreerde feedback voor de ziekenhuizen, hetzij een proces van geselecteerde zorgen uit een lijst van gegeven pathologieën;
- Aangeven of er voor een geselecteerd proces, een multidisciplinair team opgesteld werd;
- Aangeven of de conventies tussen de diensten gebruikt werden;
- (Opnieuw)ontwikkelen, verbeteren en/of analyseren volgens een 10 stappen plan;
- Identificeren van de gebruikte indicatoren en de sleutelinterventies in vergelijking met de geselecteerde verbeterprocessen.

### 3. Pijler 3 : Indicatoren

Deze studie maakt deel uit van de pijler 3, we gaan dait deel van het contracte en beetje meer in detail beschrijven.

#### Doelstelling van pijler 3 'Indicatoren'

De doelstelling van pijler 3 is van een inventaris te maken van de gebruikte indicatoren in de ziekenhuizen in 2009 om de veiligheid en de kwaliteit van de zorgen te beheren.

Deze inventaris zal de FOD-VG toelaten, een beter begrip te hebben van de gebruikte indicatoren en hun 'multidimensionaliteit' en 'evenwichtige verdeling tussen de verschillende dimensies aanzien als belangrijk door de FOD-VG om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patient te beheren: a) de klinische performantie, b) de veiligheid van de patient, c) de economische, financiële en IT performantie en d) het personeel en de oriëntatie van de equipe. Het zal eveneens toelaten, aan de ziekenhuizen, om de overeenkomsten tussen de resultaten van de verschillende indicatoren te begrijpen.

Deze inventaris is eveneens belangrijk indien men de doelstelling van de FOD-VG om een nationale set van indicatoren met betrekking tot de klinische en niet klinische ziekenhuisperformantie wil ontwikkelen. Deze set van indicatoren zou kunnen gebruikt worden als een publieke rechtvaardiging van het gebruik van de beschikbare middelen maar zou eveneens als basis kunnen dienen voor een toekomstig beleid van financiële prikkels voor de kwaliteit (P4Q) die gebaseerd zou zijn, zoals in andere landen, op indicatoren afkomstig van administratieve gegevensbanken.

#### Context en methodologie

De gebruikte definities zijn de volgende:

Definitie van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt:

De gekozen definitie is die van het 'Institute of Medicine' (IOM): de kwaliteit van de gezondheidszorg is de mate waarmee de zorg aan de individuen en aan het geheel van de populatie, de probabiliteit verhoogd, om de gewenste resultaten te verkrijgen en dit, volgens de actuele kennis van de wetenschap. Het IOM geeft de volgende dimensies aan de kwaliteit van zorg: efficiency, effectiviteit, de veiligheid, de tijdelijkheid, evenwaardigheid, de beschikbaarheid en dat de patiënt in het centrum van de zorg staat.

De FOD heeft, zoals we hierboven reeds gezien hebben, een eigen classificatiesysteem ontwikkeld van a) tot d). De gepresenteerde dimensies sluiten elkaar niet uit.

Definitie van de indicatoren:

Een performantieindicator wordt gedefinieerd als een «indicatie van de hoeveelheid en de kwaliteit van de performantie of de gewenste resultaten (*ex ante*) of die gerealiseerd werden (*ex post*) en die meetbaar zijn ».

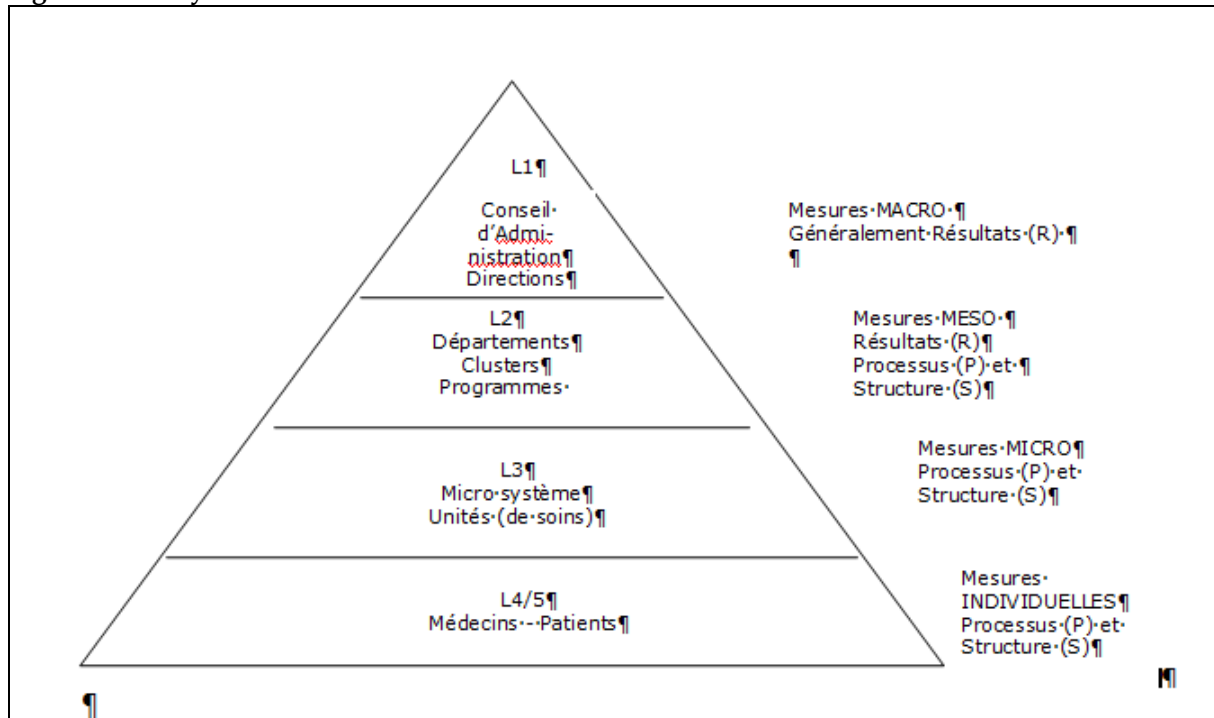
Een kwaliteitsindicator is een meetbaar gegeven dat een indicatie geeft over de kwaliteit van de zorg.

De verschillende types van indicatoren zijn de structuur-, proces- en resultaatsindicatoren. De indicatoren moeten beschikken over verschillende kwaliteiten: validiteit, betrouwbaarheid en relevantie.

Verschillende types van indicatoren moeten gebruikt worden in functie van de verschillende niveaus van de organisatie. De FOD verwijst hier naar het meetsysteem in cascade beschreven door IHI en weergegeven in Figuur 9.

De indicatoren moeten aangepast zijn aan hun niveau van bevoegdheid om bruikbaar te zijn.

**Figuur 9 Meetsysteem**



#### Verzameling van de indicatoren

Er werd gevraagd aan de ziekenhuizen om

- Een inventaris te maken van de gebruikte indicatoren om de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten te beheren;
- De methodes te communiceren die toegepast zijn voor de selectie en het opvolgen van de indicatoren die betrekking hebben op de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten.

Een gedetailleerde lijst van *individuele indicatoren* werd hen bezorgd, door de rubrieken van het systeem van indicatoren van Navigator (pagina 161) te gebruiken. Ze hadden eveneens de mogelijkheid om bijkomende indicatoren toe te voegen per rubriek via het speciaal onderdeel «andere».

Er werd eveneens aan de ziekenhuizen gevraagd om aan te duiden welke *bronnen* ze gebruikten om hun indicatoren te ontwikkelen. Een lijst van bronnen werd eveneens voorgesteld en de mogelijkheid werd gelaten om aanvullingen te doen. De sets van indicatoren eigen aan de ziekenhuizen, worden ook beschouwd als mogelijke bron van indicatoren.

De indicatoren verstuurd door de ziekenhuizen werden geklasseerd door de medewerkers van de FOD-VG in de, door hun ontwikkelde, 4 dimensies: a) de klinische performantie, b) de veiligheid van de patiënt, c) de economische, financiële en IT performantie en d) het personeel en de oriëntatie van de équipe

## De indicatoren vermeld door de ziekenhuizen

### *De bronnen van de indicatoren*

De ziekenhuizen hebben 65 bronnen gemeld voor hun indicatoren (gemiddeld 5,7 bronnen voor de acute ziekenhuizen). De bronnen zijn ofwel nationaal of internationaal ofwel een set van indicatoren, eigen aan het ziekenhuis (in 40% van de ziekenhuizen). De indicatoren, ontwikkeld door verschillende professionele groepen, worden slechts gebruikt in 25% van de ziekenhuizen en die ontwikkeld door een aantal medische specialiteiten worden slechts 20% gebruikt in de ziekenhuizen. 30% van de ziekenhuizen gebruiken internationale indicatoren: OMS, NHS, PATH, OECD.

De FOD-VG is verbaasd dat weinig ziekenhuizen de indicatoren, van de laatste generatie, vermelden, de PROM's of 'Patient Reported Outcome Measures'. De klachten van de patiënten worden slechts als bron vermeld voor het ontwikkelen van indicatoren door 2% van de ziekenhuizen en het resultaat van de tevredenheidsenquête door één ziekenhuis.

Te noteren is dat de indicatoren van de Vlaamse Gemeenschap vernoemd worden, als bron, door meer dan de helft van de ziekenhuizen in Vlaanderen. De indicatoren van Navigator worden vermeld door 33 ziekenhuizen in Vlaanderen, 17 in Wallonië en 2 in Brussel.

### *Het total aantal indicatoren*

Het aantal geselecteerde indicatoren door de ziekenhuizen is 3944 waarvan 2235 indicatoren zijn voor de acute ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal indicatoren per ziekenhuis is 95. Het aantal indicatoren 'Andere' is drie maal meer dan het aantal indicatoren afkomstig van de voorgestelde lijst.

### *De indicatoren volgens de dimensies*

Na classificatie van de indicatoren in de dimensies, blijkt dat

Dimensie	Meeste vernoemde indicatoren
A. Klinische performantie 14% van de indicatoren	- Keizersnede - Sterftecijfer in ziekenhuismilieu - Incidentie van sepsis in ICU
B. Veiligheid van de patiënt, 26% van de indicatoren	- Incidentie van MRSA opgelopen in het ziekenhuis - Aantal klachten bij de dienst bemiddeling
C. Economische, financiële en IT performantie 47% van de indicatoren	- Cash flow - Gebruik van de hospitalisatiecapaciteit

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentage financiële onafhankelijkheid</li> <li>- Niveau van rentabiliteit</li> <li>- Performantie van verblijfsduur</li> </ul>
D. Het personeel en patiënt oriëntatie 43% van de indicatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal FTE verpleegkundigen per dienst</li> <li>- Continue opleiding gevolgd door het verpleegkundig en paramedisch personeel</li> <li>- Kwalificatiegraad van het verzorgend personeel</li> </ul>

Tijdens de analyse van de Top 5 van de indicatoren in de acute ziekenhuizen, bleek dat 65% van de indicatoren, indicatoren zijn van resultaat-, 20% structuur- en 15% procesindicatoren. Tabel 6 hieronder toont de Top 20 van de vernoemde indicatoren van de acute ziekenhuizen.

**Tabel 6** Top 20 van de geselecteerde indicatoren (om het even welke dimensie) acute ziekenhuizen (n=108)

Naam van de indicator	N	%
Incidentie van MRSA opgelopen in het ziekenhuis	105	97,22 %
Aantal klachten bij de dienst bemiddeling	105	97,22 %
Aantal Full time equivalenten per dienst	104	96,30 %
MRSA: deelname aan het nationaal toezicht	102	94,44 %
Clostridium difficile: deelname aan het nationaal toezicht	100	92,59 %
Deelname aan de derde nationale campagne voor de promotie van de handhygiëne	99	91,67 %
Aantal transfusiereacties	98	90,74 %
Cijfer van de resistentie aan staphylocoque aureus	97	89,81 %
Meting van de patiënttevredenheid	96	88,89 %
Niveau van cash-flow	96	88,89 %
Gebruik van alcohol voor de handhygiëne*	95	87,96 %
Gebruik van de hospitalisatiecapaciteit	94	87,04 %
Percentage van financiële onafhankelijkheid	93	86,11 %
Proportie, in het ziekenhuis, verworven MRSA in vergelijking met het totaal MRSA in het ziekenhuis	92	85,19 %
Totale gebruik van alcohol voor de handhygiëne*	92	85,19 %
Incidentie van clostridium difficile	91	84,26 %
Niveau van rentabiliteit	91	84,26 %
Gebruik van antibiotica in het ziekenhuis	90	83,33 %
Continue opleiding gevolgd door het paramedisch en verpleegkundig personeel	88	81,48 %

Pourcentage keizersnede	88	81,48 %
-------------------------	----	---------

\* Indicatoren met verschillende hiërarchische niveaus

#### 6.1.2.4 Discussie

De equipe van de FOD trekt vier conclusies uit dit hoofdstuk.

1. Een belangrijke variabiliteit tussen de ziekenhuizen met betrekking tot het aantal en de keuze van de indicatoren aangewezen om de strategie van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten te beheren.

De ziekenhuizen hebben waarschijnlijk verschillende definities gebruikt voor de « kwaliteit en veiligheid van de patiënten » enerzijds en anderzijds voor de notie beheer.

De FOD stelt voor om correlaties te realiseren tussen het gebruik van de kwaliteitssystemen in het ziekenhuis (bijvoorbeeld EFQM) en het aantal en de keuze van de indicatoren en het standaardiseren van de notie beleid van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten volgens het type van ziekenhuis en de samenwerking met de sector.

2. De ziekenhuizen interpreteren op verschillende wijze de notie van indicatoren Dit hoge aantal van indicatoren kan verkeerdt worden door een verkeerd begrip van het concept van indicatoren, ieder element opgevolgd in het kader van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten krijgt onmiddellijk de benaming 'indicator'. Een substantieel deel van indicatoren is niet conform met de definitie van een indicator (die een teller, een noemer en een streefcijfer bevat).

3. Er is een onevenwichtige verdeling tussen het aantal indicatoren en de 4 dimensies.

Slechts 15% indicatoren betreffen de dimensie A klinische performantie.

4. De resultaatindicatoren zijn veel frequenter

Het blijkt uit de literatuur dat de structuurindicatoren zoals het effectief in personeel bijvoorbeeld of de kwalificatie van het verzorgend personeel, voor een groot deel determinerend zijn voor de bekomen resultaten in termen van klinische processen of resultaten.

#### Begeleiding- en ondersteuningsplan

De ziekenhuizen hebben een duidelijke vraag gesteld voor een proactieve ondersteuning en coaching voor de drie pijlers van het contract.

Om op die vraag te antwoorden heeft de equipe QS van de FOD-VG

- Workshops en studiedagen georganiseerd;
- Een overzicht van de bestaande opleidingen buiten FOD ter beschikking stellen;
- Implementering van een gemakkelijke en interactieve toegang van het QS team voor de ziekenhuizen;
- Ter beschikking stellen van een template document om de rapportering te vergemakkelijken;
- Ontwikkelen van een internetsite;

- Organiseren van een week en een symposium over de veiligheid van de patiënten 'Het vermijdbare vermijden'
- Stimuleren en ondersteunen van de ziekenhuisnetwerken;
- Ondersteunen van de projecten TIM Transfert intramuros van de patiënten.

#### **6.1.2.5 Auteurs**

FOD-VG; Algemene Directie van de Organisatie van de Ziekenhuisvoorzieningen van de Acute, Chronische en Ouderenzorg: Liesbeth Borgermans, Christiaan Decoster, Davy De Grootte, Dominique Dicker, Margareta Haelterman, Agnès Jacquerye, Stéphanie Maquoi, Peter Osten, Hilde Peleman, David Sauwens

#### **6.1.2.6 Meerwaarde van het initiatief**

Het initiatief brengt verschillende noties gelinkt aan de veiligheid en de kwaliteit van de zorg in de instellingen waar deze noties niet onderworpen waren aan een gestructureerde aandacht, aan het licht.

#### **6.1.2.7 Beperkingen**

Het initiatief wordt dikwijls aanzien als een administratieve beperking. De verantwoordelijkheid van het QS contract is dikwijls in handen van de kwaliteitscoördinator en wordt aanzien als een activiteit, die weinig geïntegreerd is, met de andere activiteiten van het ziekenhuis.



## 6.1.2.8 Toekomstperspectieven

PLAN PLURIANNUEL POUR LA COORDINATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PATIENTS 2007-2012			
	PILIER 1: SGS	PILIER 2: PROCESSUS	PILIER 3: SET D'INDICATEURS
2011-2012	Intégration système de gestion de la sécurité	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>extramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels	Set d'indicateurs multidimensionnels de base
2010-2011	1. Evaluation de la culture de sécurité des patients (deuxième mesure) 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse <b>prospective</b> utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>extramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels	1. Evaluation d'un set d'indicateurs <b>national</b> 2. Analyse des indicateurs issus du set <b>national</b>
2009-2010	1. <b>Système de rapportage et d'apprentissage</b> pour les (presqu') incidents 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse <b>rétrospective</b> utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>intramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels  Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Evaluation du set <b>individuel</b> d'indicateurs sur base de la cartographie 2008-2009 2. Analyse des indicateurs issus du set <b>individuel</b>
2008-2009	1. Rédaction d'un <b>plan de sécurité pluriannuel</b> reprenant des objectifs stratégiques et opérationnels 2. Deux actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture PS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>intramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels  Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Indiquer les <b>organes</b> (comité, groupe de soutien,...) et les <b>méthodes</b> 2. Réalisation d'une <b>cartographie</b> des indicateurs utilisés
2007-2008	1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant qualité et la sécurité des patients 2. Structures qualité et fonctions des membres: mise en place du comité de sécurité des patients 3. Evaluation de la culture de sécurité des patients (première mesure) et benchmarking 4. Déclaration et analyse des incidents et presqu'incidents: description 5. Description de trois projets dans trois dimensions de la qualité 6. Hôpitaux aigus: analyse de 12 indicateurs dans 4 dimensions (issus des rapport FMH et PSI) <b>RAPPORT: QUALITE ET SECURITE DES PATIENTS DANS LES HOPITAUX BELGES EN 2008</b>		 17 novembre 2009

Volgens het QS team, lijkt het onoverkomelijk dat de te bereiken doelstellingen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van de patiënt, de volgende jaren zal opgelegd worden door de federale overheid en dat die steeds meer strenger zullen worden.

Dat wil zeggen dat, enerzijds, de ziekenhuizen zich sneller en beter zullen moeten organiseren met het doel de doelstellingen te bereiken en dat, anderzijds, de verwachtingen in verband met kwaliteit en veiligheid veel nauwkeuriger zullen worden. De belangrijkheid van het gebruik van gevalideerde indicatoren kan niet genoeg benadrukt worden. Het is daarom dat de autoriteit, binnen vijf jaar, een nationale set van indicatoren wil voorstellen die een beperkt aantal essentiële indicatoren zou bevatten voor de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt.

Met de doelstellingen in zicht, lijkt het principe van «pay for quality» or «No quality, no pay» een logische evolutie. Dit veronderstelt dat het ziekenhuis aangepaste structuren installeert en de functies heroriënteert met het doel om de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt te verbeteren. De processen zullen ook gerationaliseerd moeten worden door klinische paden (buiten de instellingen) in te voeren of te versterken. Tenslotte zal de autoriteit deze evoluties moeten ondersteunen door een aangepaste informatica en een methodologische steun.

De autoriteit ziet vier fundamentele voor een performant ziekenhuisbeleid: de cliënt oriëntatie, de innovatie, l'entrepreneuriat/zin voor initiatief en de samenwerking en/of het ontwerpen van netwerken.

### **6.1.3 FEEDBACK PSI**

Feedback van de Patient Safety Indicators – de veiligheid van de patiënten in de Belgische ziekenhuizen. April 2008 FOD VGL, DG Organisatie van de gezondheidszorg.

Feedback van de Patient Safety Indicators – de veiligheid van de patiënten in de Belgische ziekenhuizen. April 2011 FOD VGL, DG Organisatie van de gezondheidszorg.

#### **6.1.3.1 Historiek**

Het CHU van Luik heeft op aanvraag van de FOD VG een studie gerealiseerd over de haalbaarheid van de extractie van de “Patient Safety Indicators” (PSI) vertrekkend van de gegevensbank van MKG. Het initieel onderzoeksrapport werd dus aangepast om te komen tot twee « Feedbacks van de Patient Safety Indicators ».

#### **6.1.3.2 Doelstellingen**

De FODVGL wil via deze feedbacks, de ziekenhuizen sensibiliseren tot de veiligheid van de patiënten. Door deze bias, wensen de autoriteiten de ziekenhuizen te ondersteunen en aan te moedigen om systematisch gebruik te maken van de patiëntveiligheid indicatoren in hun instelling en dit om de patiëntveiligheid te verbeteren op een continue en dynamische wijze.

#### **6.1.3.3 Onderwerp**

De eerste « Feedback van de Patient Safety Indicators » werd opgestuurd op papier naar de algemene directies en naar de hoofdarts van alle Belgische ziekenhuizen. De tweede « Feedback van de Patient Safety Indicators » kan gedownload worden via de website PortaHealth. Synthesedocumenten en een powerpoint presentatie van de nationale resultaten zijn ook beschikbaar om de verspreiding in de ziekenhuizen te vergemakkelijken.

#### **6.1.3.4 Auteurs**

De feedbacks werden geëditeerd en verspreid door de FODVGL, DG Organisatie van de zorginstellingen.

#### **6.1.3.5 Deelnemers /stakeholders**

In 2007, werd een werkgroep « patiëntveiligheid » opgericht. Deze werkgroep is opgericht uit leden van de federale administratie, academisch personeel en professionelen van de gezondheidszorgsector die een interesse tonen, die een expertise hebben en die betrokken zijn in het domein van de patiëntveiligheid. De werkgroep heeft een strategische nota opgesteld relatief aan een te volgen beleid met het oog op het voortzetten van het implementeren van de patiëntveiligheid in de gezondheidssector. Deze nota is gericht op de verbetering van de patiëntveiligheidscultuur, het melden van incidenten, hun analyses, het opstellen van verbeteracties, het consulteren van informaties afkomstig van andere bronnen. Ze dringt ook aan op het werken met de patiëntveiligheidsindicatoren.

### 6.1.3.6 Frequentie van de feedback

De feedback werd twee maal gepubliceerd: april 2008 en april 2011.

De feedback van 2008 is gebaseerd op de MKG gegevens van de jaren 1999 tot 2004.

De feedback van 2008 op de MKG gegevens van 2000 tot 2007.

### 6.1.3.7 Type van indicatoren

De PSI zijn indicatoren die ontwikkeld werden door de AHRQ. Ze trachten doorheen de administratieve gegevensbanken van de verblijven complicaties te vinden die vermeden hadden kunnen worden

De PSI trachten de iatrogene evenementen die zich mogelijks voorgedaan hebben tijdens een hospitalisatie en die vermeden hadden kunnen worden door een verandering in de manier van handelen of in de organisatie (AHRQ Quality Indicators, 2003). Twintig indicatoren maken de PSI module. Deze indicatoren werden geselecteerd via een methodologie die een literatuuronderzoek, het consulteren van medische experts en codificatie en empirische analyses bevatten. De 20 PSI zijn de volgende:

1. Complicaties tijdens de anesthesie
2. Ziekenhuissterfte in een DRG met lage mortaliteit
3. Decubitusulcus
4. Niet slagen tot reanimatie
5. Vreemd voorwerp achtergelaten tijdens een ingreep
6. Iatrogene pneumothorax
7. Infecties te wijten aan de medische verzorging
8. Heupfractuur bij geopereerde patiënten
9. Postoperatieve bloeding of bloeduitstorting
10. Postoperatieve fysiologische en metabolische complicaties
11. Postoperatieve ademhalingsproblemen
12. Postoperatief longembool of diep veneuze trombose
13. Postoperatieve infectie
14. Heropening van een litteken na abdominale chirurgie
15. Onopzettelijke laceratie of prikaccident
16. Bloedtransfusieaccident te wijten aan een onverenigbaarheid
17. Obstetrisch trauma tijdens de geboorte
18. Obstetrisch trauma tijdens een normale bevalling met gebruik van instrumenten voor de extractie
19. Obstetrisch trauma tijdens een normale bevalling zonder gebruik van instrumenten voor de extractie
20. Obstetrisch trauma tijdens een keizersnede

Deze indicatoren laten toe om mogelijks iatrogene situaties te herkennen. Ze laten niet toe om toe te geven dat de geïdentificeerde evenementen te wijten zijn aan een iatrogeen probleem noch te identificeren of de reden van de fouten gebeuren bij gehospitaliseerde patiënten. Ze moeten gebruikt worden als screening instrument die toelaten om de zorgprocessen naar voor te schuiven die een diepere evaluatie nodig hebben (AHRQ Quality Indicators, 2003). De diverse complicaties van de zorg zijn

dikwijls gericht op de heelkundige complicaties. Deze zijn inderdaad gemakkelijker te identificeren dankzij de medisch administratieve gegevens.

De AHRQ stelt de nodige documentatie ter beschikking aan de gebruikers die zich in de PSI interesseren op het volgende adres: [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

### **6.1.3.8 Methodologie Incl. Gegevensverzameling, validatie, opvolging,...**

De feedbacks zijn gebaseerd op de administratieve gegevens routinematig verzameld en verzonden naar FODVGL hetzij de Minimaal Klinische Gegevens (MKG). Voor een gedetailleerde beschrijving van deze gegevensbank, verwijzen we naar de website van FODVGL

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/index.htm>

### **6.1.3.9 Rapport/Feedback**

Het rapport is als volgend opgesteld: de inleiding en de algemene context betreffen de nationale en internationale evolutie van het gebruik van de PSI. De doelstellingen van het rapport betreffen het ontwikkelingskader van de patiëntveiligheid. De beperkingen van de PSI worden in een afzonderlijk hoofdstuk aangehaald. Het hoofdstuk over de methodologie geeft een blik over de diverse elementen die beschreven worden in de specifieke hoofdstukken die elk over een PSI gaan. De werken die onlangs gebeurden door de AHRQ over het gebruik en het valideren van de indicatoren zijn samengevat in dit hoofdstuk. Drie indicatoren afkomstig uit de initiële lijst van de AHRQ werden niet meegenomen in het tweede rapport. Voor ieder van de andere 17 indicatoren, werden de verschillende elementen beschreven in de afzonderlijke hoofdstukken: de definitie of de beschrijving van de teller en de noemer, de resultaten per jaar en voor de periode 2000-2007, met het aantal geselecteerde verblijven (noemer) en het aantal verblijven voor dewelke een complicatie in de zorg of een incident werd gemeld (teller), het nationale percentage voor 1.000 verblijven, de geobserveerde tendens naar verloop van tijd, het aantal incidenten (gemiddelde en mediaan) per ziekenhuis en de percentages (/1.000 verblijven) gemiddelden en medianen. Daar waar het pertinent bleek, werden bijkomende analyses uitgevoerd, zoals de splitsing tussen de klassieke hospitalisatie en de daghospitalisatie of de verspreiding van de incidenten in functie van de ICD-9-CM codes. De resultaten van de literatuur werden samengevat. De validiteit van de indicator en de gebruiksmogelijkheid van de indicator voor een vergelijking tussen de ziekenhuizen en tussen de landen zijn bekritiseerd. Ieder hoofdstuk herneemt de gebruikte beslissingsstructuur gebruikt voor de extractie vertrekkend van de MKG gegevensbank. Het laatste hoofdstuk bevat een synthesesetabel met de verschillende resultaten.

Buiten dit rapport, ontvangen de ziekenhuizen eveneens een synthesesetabel van de 17 indicatoren en voor een aantal indicatoren een lijst van verblijven. In de synthesesetabel vinden we, voor iedere indicator, de noemer (aantal geselecteerde verblijven), de teller (aantal verblijven waarvoor een complicatie in de zorg of een

incident geïdentificeerd werd) en het percentage van het ziekenhuis (/1.000 verblijven). Het Belgisch percentage (/1.000 verblijven) wordt eveneens vermeld. Met de hulp van de lijst van de gedetecteerde verblijven (verblijfsnummers) kunnen de medische dossiers van deze verblijven gevonden en geanalyseerd worden.

#### **6.1.3.10 Meerwaarde van het initiatief**

Het rapport laat toe om de rijkdom aan te tonen van de gegevensbanken in bezitting van de FODVGL en hun eventuele gebruik als promotie instrument in de patiëntveiligheid.

De indicatoren werden wetenschappelijk gevalideerd en worden sinds lange tijd gebruikt door de AHRQ. Ze vergen geen bijkomende gegevensverzameling.

#### **6.1.3.11 Beperkingen**

De beperkingen zijn vergelijkbaar met die van de multidimensionele feedback.

## 6.1.4 Feedback FINhosta

Geschreven door Nancy Laport – SIME – CHU van Luik

### 6.1.4.1 Juridisch kader en Doelstellingen

Overeenkomstig met het Koninklijk Besluit van 14 december 1987, de jaarlijkse boekhoudkundige gegevens van het ziekenhuis moeten gecommuniceerd worden aan de dienst Federale OverheidsDienst VolksGezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (FOD-VGVVL). Ten diens einde, moet het ziekenhuis de nodige bestanden opsturen via PortaHealth, met het vereiste formaat door FOD VGVVL

#### DE APPLICATIE IS GEBASEERD OP:

- De jaarlijkse richtlijnen relatief met de gegevensformaten van Finhosta
- De circulaire van 12 februari 1998
- Het Ministerieel Besluit van 29 december 1997
- Het Koninklijk Besluit van 16 december 1997
- De aanpassingen aan de Koninklijke Besluiten van 28 mei 1991, van 1 februari 1993, van 29 maart 1994, van 6 mei 1997 en van 18 november 1998.
- Het algemeen minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen (bijlage 1 van het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987)
- De circulaire van 24 december 1987 relatief aan het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987 die het algemeen minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen bepaalde.
- Het Koninklijk Besluit van 7 en 14 augustus 1987 die het algemeen minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen bepaalde.
- Het Koninklijk Besluit van 14 december 1987 dat het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987 aanpaste.
- De Wetten van 23 december 1963 en van 17 juli 1975 over de ziekenhuizen.

De productie van gegevensbestanden vertrekkend van de geïnformatiseerde bestaande applicaties in de instellingen laat toe, op automatische wijze, de nodige elementen te introduceren voor de applicatie «FINHOSTA : Verzameling van statistische en financiële gegevens» dat de dienst **Federale OverheidsDienst Volksgezondheid**, dienst *Boekhouding en Ziekenhuisbeleid*, ter beschikking stelt van alle ziekenhuisinstellingen zodat ze een controle kunnen doen aan de bron van de te verzenden boekhoudkundige gegevens die aan de FOD VG dient gegeven te worden overeenkomstig met het Koninklijk Besluit van 14 december 1987.

De applicatie FinHosta laat toe:

- De overeenkomst te vergelijken van de verstrekte cijfers
- Van de overeenkomst van de waarden van de verschillende tabellen te controleren
- Van een onmiddellijke controle toe te laten van de verstrekte gegevens door de ziekenhuizen

- De controle en de analyse van die informatie te vergemakkelijken voor de FOD VG en voor de ziekenhuizen
- Van een consistentie te verzekeren van de gegevens tussen de instellingen
- Van een instrument van rapportering EXCEL aan te bieden over de informatie (voorzien maar nog niet beschikbaar).

#### **6.1.4.2 Verzamelprocedure en inhoud**

De FOD Volksgezondheid zet ter beschikking een beveiligde toegang tot Internet (Portahealth) voor het verzenden van de gegevens. In deze omgeving, kunnen de gegevens gecontroleerd worden en wordt er een feedback gegeven.

Sinds 2006, heeft de hervatting van de applicatie, intern, en de nieuwe ontwikkelingen meer tijd in beslag genomen dat verwacht, de verzameling van de gegevens van 2006 tot 2010 heeft vertraging opgelopen en is nog steeds bezig.

Vanaf 2011, zouden de volgende tijdslijmieten van stand moeten zijn:

- Het blok TRIMESTRIEEL: 30 april (gegevens van het lopende jaar), 31 juli (gegevens van het lopende jaar), 31 oktober (gegevens van het lopende jaar) en 31 januari (gegevens van het jaar n-1)
- Het blok REVISION: 30 juni (gegevens n-1)
- Het blok BUDGET: 1 september (gegevens n-1)
- Het blok JAARLIJKS: 31 december (gegevens n-1)
- Het blok SOCIALE AKKOORDEN: 31 december (gegevens n-1)

Deze gegevens werden continu verzameld sinds 1988, voor alle zorginstellingen inclusief de algemene ziekenhuizen, psychiatrische en gespecialiseerde als eveneens de dagopvang die gefinancierd wordt door de BFM.

##### 1. Het blok Trimestrieel

Het blok trimestrieel neemt het aantal erkende bedden per dienst en per maand, het aantal dagen, opnames (zowel transfers als gewone opnames), ontslagen en overlijden per maand, per campus, per verzekeraar, per type patiënt en per kostplaats in acht (Tabel 4).

Tot 2009, het aantal forfaits per maand, per campus, per verzekeraar, per type patiënt en per kostplaats, voor een serie van RIZIV codes werden eveneens in aantal en in euros gevraagd (Tabel 7). Sinds 2010, wordt deze tabel niet meer gevraagd.

##### 2. Het blok Herziening

Het blok herziening neemt de balans, winst en verliesrekening en de verdeling van de kosten en producten per ziekenhuisdienst in zijn verkorte vorm (Tabel 21, 22 et 23).

Terwijl het blok Budget deze zelfde informatie meer in detail bekijkt, staat het blok herziening toe de financiële resultaten van de zorginstellingen snel en beknopt te

verkrijgen vanaf de goedkeuring van de revisor en de administratieraad, en dit vanaf eind juni, juridische tijdstip voor de verschijning van de rekening.

### 3. Het blok Budget

Het blok budget bevat het detail van de balansrekening - algemene boekhouding (tabel 1), alle alle rekeningen van de baten en lasten per kostenplaats – analytische boekhouding (tabel 2), de sleutel verdeling van de kosten per dienst (tabel 3), een aantal aanvullende gegevens nodig, om de begroting van de middelen (BMF) te berekenen zoals het gemiddelde aantal fte's, bruto bedrag van onregelmatige prestaties en bruto vergoeding van verpleegkundigen en verpleging, het aantal bevallingen, zwaar materieel, enz. . (tabel 5). De berekende breedte van het budget is nodig om de BMF (tabel 6) te berekenen. Tot slot, in tabel 8 wordt per maand voor het gehele jaar, het aantal opnames, dagen, overlijdens, overdrachten, ontslagen en de, door de afdeling goedgekeurde bedden, door de verzekeraars en door de Belgische of ander landelijk statuut van de patiënt, opgenomen. Deze gegevens worden opgevraagd per campus.

### 4. Het blok Jaarlijks

Het blok Jaarlijks bevat een belangrijk detail van financiële informatica en het personeel. Daarom wordt dit blok aangevraagd op het einde van het jaar en sluit die de verzending van de gegevens af.

Dit blok bevat alle bijlagen van de balans en de personeelsgegevens in de tabellen 9 tot 20, het is te zeggen:

- Rechtvaardiging van de huur per kostenplaats
- Financieringskosten voor investeringen per financiële instelling
- Tal van kortlopende leningen per financiële instelling
- De afschrijvingen per kostenplaats
- Kosten en gegevens van personeel per kostenplaats. per type personeel, per geslacht en per functiegraad
- Onregelmatige prestaties per kostenplaats, per type personeel, per geslacht en per functiegraad
- Het aantal medewerkers (headcount) per kostenplaats, per type van personeel, per geslacht en per functiegraad
- De sociale balans met de werkers ingeschreven in het personeelsregister, uitzendkrachten en de ter beschikking gestelde personen van het ziekenhuis, personeelsverloop, maatregelen ter bevordering van werkgelegenheid en opleiding voor werknemers
- De verklaringen van de kosten, immateriële en financiële vaste activa
- De geconsolideerde materiële vaste activa
- De verzekerde schulden
- De fiscale, loonuitkeringen en sociale schulden



## 5. Het blok Sociale Akkoorden

Dit nieuwe blok, gevraagd in 2010 voor de gegevens vanaf 2006, integreert in Finhosta gegevens die vroeger opgevraagd werden in verband met de sociale akkoorden en het einde van de loopbaanontwikkeling en de statuten.

Dit blok wordt afzonderlijk van het blok Jaarlijks opgevraagd, zodat deze laatste geen vertraging oploopt. De versie van 2010 heeft zijn definitief formaat nog niet en zal aangepast worden in 2011.

### 6.1.4.3 Gebruik door de FOD-VGVVL

Het voornamelijkste gebruik van gegevens door de FOD-VG zijn:

- Verzameling en validering van de gegevens (FINHOSTA,...) noodzakelijk voor het fixeren van het budget van de ziekenhuizen voor 1 oktober van de volgende oefening. Deze tijdslijmet werd verlengd vanwege de passage naar het onderbroken jaar juli-juni van de BFM.
- Fixeren van het budget van de instellingen in een tijdslijmet van 4 maanden. (na de verzameling en de validering van de gegevens)
- Herziening: Bepaal in jaar T+2 jaar van het boekjaar
  - Herziening van de prijzen en einde van de loopbaan
  - De consolidatie van de resultaten -> budget
- Een feedback leveren (nationaal & individueel) financieel en budget voor de instellingen op dynamische wijze en real-time.
- Berekenen van de verliezen van de publieke ziekenhuizen.(T+ 3 jaar)
- Ondersteuning en raad en beleid aan de zorgstructuren die het wensen (simulatie van het sluiten van bedden, aanpassingen, ...)
- Cijfers en indicatoren laten toe:
  - Een boortabel op te stellen van de boekhouding en de financiële situatie van de ziekenhuizen, MSP, ...
  - een vergelijkende aanpak: ieder ziekenhuis kan zich positioneren in vergelijking met andere ziekenhuizen van zijn groep
- Analyses en studies voor het Kabinet, voor parlementaire vragen, voor onderzoekers enz.

Een brochure die de financiële statistieken en de boekhouding van de ziekenhuizen bevat,

van 1997 tot 2001, en de evoluties van 1991 tot 2001, beschikbaar op:

102 Inventaris van databanken gezondheidszorg KCE reports vol. 30 S

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Finhosta\(HospitalFinancing\)/Publications/index.htm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Finhosta(HospitalFinancing)/Publications/index.htm)

Op basis van de bilantaire gegevens van 2003, 2004 en 2005 (tabellen 21, 22 en 23), heeft de FOD-VG een dynamische boordtabel van de ziekenhuizen opgesteld dat beschikbaar is op het web:

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Dashboardofthehospitals\(DBH\)/index.htm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Dashboardofthehospitals(DBH)/index.htm)

Of het statistisch (brochure) of dynamisch is, stelt de FOD-VG een evolutie en een financiële analyse voor van de belgische ziekenhuissector per type ziekenhuis, prive of publiek en per grootte van het ziekenhuis. Een serie van financiële ratio's werden berekend zodat de groepen ziekenhuizen konden vergeleken worden, ieder ziekenhuis had de mogelijkheid zich te vergelijken met de groep van de dynamische versie. De ratio's bevatten de ratio's van Cash-Flow en kapitaalverschuivingen, ratio's van liquiditeit en solvabiliteit, eveneens beleidsratio's (verkoopcijfers, afschrijvingen, kosten en gemiddelde kost van het personeel).

De Ziekenhuisboordtabel is zeer interessant door de voorstelling van de ratio's met behulp van grafieken die de evolutie aantoonst over 3 jaar met een positie van kwartielen en vergelijkend tussen de ziekenhuizen en zijn groep, of een groep in vergelijking met het geheel van de ziekenhuizen.

#### **6.1.4.4 Discussie**

De verzameling van de Finhosta gegevens gebeurt door het opsturen van een tekstbestand met een opgelegd formaat die door de controles moeten van de portail PortaHealth.

Deze controles laten een verificatie toe van de consistentie van de gegevens tegenover de toegelaten kosten van het ziekenhuis, een consistentie tussen de tabellen en tussen de blokken. De controles worden door de FOD-VG uitgevoerd die de fouten, op basis van de PDF en Excel bestanden, terugstuurt. De uitleg is soms moeilijk voor de financiële gebruikers en de niet IT mensen en de verbeteringen zijn moeilijk zonder een toegevoegde bijlage.

De gegevens worden slecht definitief aangenomen door de FOD-VG wanneer het geheel van de blokerende controles goedgekeurd is. Aangezien niet alle informatie tegelijkertijd wordt aanvaard, komt het dikwijls voor dat een fout, in een blok dat reeds definitief aanvaard werd, het niet toelaat om het volgende blok te valideren. Deze problemen moeten stuk per stuk bekeken worden door de FOD-VG die soms een heropening van de portail moet toelaten voor een reeds aanvaard blok.

Wat het gebruik van de gegevens betreft, het voornamelijkste probleem is de tijdsduur tussen die van het productiejaar en die van het jaar van ter beschikking stellen van de gegevens. Indien alle gefixeerde tijdslimieten gerespecteerd werden, dan zou een algemene financiële visie van alle ziekenhuizen gekend moeten zijn voor de maand juli van het jaar erop, een financiële visie gedetailleerd in de herfst en een detail van het personeel voor het einde van het jaar. Echter, sinds dat de applicatie in voegen is, werden deze tijdslimieten nooit gerespecteerd, hetzij langs de

kant van de ziekenhuizen, die hun gegevens veel te laat ingeven, of langs de kant van de FOD-VG zoals ze de gegevens ontvangen hebben in het geval van de ontwikkeling van de Portail (3 jaar vertraging).

Deze tijdsduur heeft gezorgd voor het feit dat de brochure van de financiële statistieken van 1991 tot 2001 slechts in 2005 uitgekomen is. Het volgende jaar, laat de ziekenhuisboordtabel het toe om over de gegevens en de ratio's van de jaren 2003 tot 2005 te beschikken, wat heel aanvaardbaar was. Maar sindsdien is er geen enkele update gebeurt van deze applicatie.

De vertraging van de FOD-VG in de verzameling van de gegevens is zodanig dat de motivatie van de ziekenhuizen om oude gegevens in te geven (3 tot 4 jaar voor sommige ziekenhuizen), zwaar is aangetast, dat het BFM berekend werd op andere gegevens en dat de herziening van het budget voor 2006 en 2007 bijna voltooid zijn. Te meer, de directieven worden regelmatig veranderd, het is soms moeilijk om de vroegere gegevens terug te vinden.

Algemeen gezien, de ziekenhuizen hebben niet al te veel problemen om de financiële gegevens te geven die ze in ieder geval toch moeten geven aan de BNB. Het is waar dat het formaat strikt is en dat de gevraagde consistentie niet altijd even gemakkelijk is om te geven. Maar de feedbacks en de ziekenhuisboordtabel zijn geapprecieerde rapporten, voor zo ver ze worden geproduceerd in een aanvaardbare tijdslimiet, het is te zeggen, het jaar dat erop volgt.

### **Bronnen :**

1. Directieven van de FOD-VG die de inhoud en de vorm van Finhosta verklaart. Finhosta Brochures versie 2.6 tot 3.0 trimestrieel en herzienend, budget, jaarlijks en sociale akkoorden.
2. Boordtabellen van de ziekenhuizen (T.B.H.) op de site van FOD-VG.

Inventaris van de banken Beschrijving

Kritiek op de FInHOSTA Kritiek van de gegevens (F DAUE namelijk via interview)

## **6.1.5 Feedback van de jaarlijkse statistische vragenlijsten**

### **6.1.5.1 Doelstelling en Historiek**

Deze vragenlijst heeft als doelstelling een volledig overzicht, van het ziekenhuislandschap op basis van geactualiseerde gegevens, te bezorgen aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (FOD-VG VVL), zoals artikel 92 van de wet op de ziekenhuizen voorziet. Deze werd geïmplementeerd zodat het gezondheidsbeleid op een zo goed mogelijke manier georiënteerd wordt en dat de kwaliteit van de diensten geëvalueerd wordt. Het bezorgt een analytische beschrijving van de belangrijke aspecten van het Belgische ziekenhuislandschap. Het is de vrucht van de samenwerking tussen de federale administratie, het RIZIV en de regionale en communautaire Waalse, Brusselse en Vlaamse administraties.

De vragenlijst betreft de Belgische acute, gespecialiseerde en psychiatrische ziekenhuizen en neemt de volgende domeinen in beslag:

- Algemene informatie over de ziekenhuizen;
- Aantal en type van instellingen;
- ziekenhuisorganisatie;
- Sociale activiteiten;
- Medische informatie –en communicatietechnologie;
- kwaliteitszorg, organisatie en beleid van de kwaliteit in de ziekenhuizen;
- specifieke informatie over de zorgprogramma's, de medische en medisch-technische diensten, functies en departement (28 hoofdstukken);
- apparatuur;
- algemene organisatie;
- specifieke organisatie en beleid van de kwaliteit.

Deze vragenlijst bestaat sinds 1974. De inhoud en de vorm werden, een eerste keer, volledig herzien in 1996. Het werd getest in 1998 op een representatieve steekproef van ziekenhuizen en is ingevoerd in 2000 (M.B. van 12/2/1999 (SB. 5/8/99) et M.B. van 2/4/1999 (SB. 13/10/1999)). De informatie aangevraagd per campus van ziekenhuizen werd toegevoegd. De versie van 2005 werd opnieuw herzien in samenwerking met de regionale administratie en de Waalse, Brusselse en de Vlaamse Gewesten. De aanpassingen betroffen een heractualisatie van het deel IV van de Performantie, kwaliteit, veiligheid en patiënt oriëntatie en een herstructurering van de verschillende vragen zodat ze in een logischere opeenvolging aan bod komen.

Deze studie illustreert de situatie van 31/12 van het vorige jaar.

### 6.1.5.2 Verzamelprocedure

De Minister van sociale zaken, van de volksgezondheid en leefmilieu, beheert in nauwe samenwerking met de Gemeenschappen en de Gewesten, het jaarlijks proces op volgende ideale wijze:

- Distributie van de enquêteformulieren via elektronisch support in het begin van het jaar (de ziekenhuizen moeten de gegevens aanpassen die evolueren van het ene tot het andere jaar)
- Ontvangst van de volledige en technisch gecontroleerde vragenlijsten vanaf 1 mei tot in 2007, vervroegd vanaf 1 maart voor de gegevens van 2008.
- Validering van de automatische controle gegevens en procedures met heen-terug indien de gegevens niet volledig of inconsistent zijn. Twee valideringsprocedures:
  - o Consistentie in vergelijking met het vorige jaar: heen en terug indien niet consistent
  - o Consistentie in vergelijking met de volledige ziekenhuispopulatie: idem
- October voor de verzendingen ontvangen op 1 mei, vervroegd tot juli sinds de ontvangst op 1 maart: compilatie en analyse van de gevalideerde gegevens en transmissie aan de Gemeenschappen en Gewesten van de gegevens die de instellingen aangaan.

### 6.1.5.3 Gebruik door de FOD-VGVVL

#### *Feedback*

De FOD-VGVVL heeft twee feedback gepubliceerd op basis van deze enquête. Deze betreffen de jaren 2000 en 2001 en zijn beschikbaar op de site van de FOD-VGVVL (<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Hospitalstatistics/Feedback/index.htm> )

Deze feedbacks zijn beschrijvende rapporten van een zestigtal pagina's van waarden die gerapporteerd worden door de ziekenhuizen. We vinden er voornamelijk het percentage van de instellingen in terug die verklaren over een bepaalde apparatuur<sup>3</sup>, organisatie<sup>4</sup> of een kwaliteitsbeleid<sup>5</sup> beschikken. De waarden, in cijfers (vooral van de gegevens van de human resources) worden gemiddeld voorgesteld. De resultaten worden aan de hand van grafieken met balken voorgesteld, zelden aan de hand van boxplots. De resultaten zijn er voorgesteld per type ziekenhuis (acuut, psychiatrisch of gespecialiseerd) en type dienst, programma of functie.

---

<sup>3</sup> **Type apparatuur** : een apparaat, een dienst, een programma, een functie, een medisch technische dienst.

<sup>4</sup> **Type organisatie** : een raad, een gekwalificeerd persoon, multidisciplinaire vergaderingen.

<sup>5</sup> **Type kwaliteitsbeleid**: aanwezigheid registers, jaarlijkse rapporten, de verspreiding ervan, het bestaan van audits,, colleges.

## ***Multidimensionele en geïntegreerde feedback (FBI)***

De gegevens van deze enquête worden gebruikt voor de berekening van enkele indicatoren van de Multidimensionele en geïntegreerde feedback 2008.

### **Vacante plaatsen voor verpleegkundigen**

De indicator is opgesteld op basis van items die afkomstig zijn uit hoofdstuk I.2.5 «Vacante plaatsen, aantal vacante plaatsen voor medisch en verpleegkundige staf op 31/12» en van hoofdstuk I.2.4. «Medische en verpleegkundige staff volgens het type activiteit».

### **Klinische paden**

De indicator is opgesteld op basis van items afkomstig van hoofdstuk IV.5. «Klinische paden en continuïteit van de zorg, schatting van het percentage, in aanmerking komende, patiënten gedurende het jaar van de opvolging van het klinisch pad»: <25%, 25-75%, >75%, ggen idee. Het gaat over een toegevoegde vraag in de vragenlijst van 2005.

### **Interesse voor de meting van de tevredenheid van de patiënt**

Deze indicator is opgesteld op basis van de items afkomstig van hoofdstuk IV.6.1. «Mogelijkheid van communiceren voor de patiënt, neemt u systematisch tevredenheidsenquêtes af bij de patiënten ?

- indien ja, aan hoeveel patiënten werd de vragenlijst gegeven gedurende het jaar?
- wat is het gemiddelde percentage van antwoord (%)?
- in de tevredenheidsvragenlijst, komen de volgende domeinen in mistens één vraag aan bod: respect van de patiënt, continuïteit en coördinatie van de zorg, informatie/educatie, deelnemen aan de zorg, beslissingsname van de patiënt en/of de familie, kwaliteit van zorg, kwaliteit van de omgeving, gemakkelijk bereikbaar en/of snelheid van diensten».

### **Informatie aan de patiënt**

De indicator is opgesteld op basis van het item afkomstig uit het hoofdstuk IV.6.2. «Informatie aan de patiënt, stelt u brochures op, die uitleg geven, aan de patiënt? Indien ja, welke?».

### **Mogelijkheid tot onderwijs in het ziekenhuis**

De indicator is opgesteld op basis van het item afkomstig uit het hoofdstuk I.4.2. «Sociale activiteiten voor de gehospitaliseerde patiënten, de kinderen die gehospitaliseerd zijn kunnen die beschikken over een opvolging van de schoolse activiteiten? Indien ja, aantal onderwijzers (FTE)».

## Bemiddeling

De indicator is opgesteld op basis van het item afkomstig uit het hoofdstuk IV.6.1. «Mogelijkheid tot communiceren voor de patient, heeft u een functie van bemiddeling die de klachten van de patiënten behandelt ? Aantal klachten neergelegd bij de dienst van bemiddeling»

### *Diverse en punctuele aanvragen*

De gegevens van deze enquête worden dikwijls gebruikt door de FOD-VGVVL in het kader van gevarieerde diverse aanvragen:

- Ondersteuning voor Colleges
- Nota's voor het Kabinet of parlementaire vragen
- Niet gepubliceerde feedback thema voor de ondersteuning van verschillende diensten van de FOD-VGVVL
- Eindwerken en universitaire onderzoeken

Deze gegevens van de enquêtes worden eveneens doorgestuurd naar de Gemeenschappen en de Gewesten als ondersteuning van het accrediteringsbezoek. Er is eveneens een protocol van kracht zodat de verschillende gefedereerde instanties deze gegevens niet meer verzamelen.

### **6.1.5.4 Discussie**

De verzameling van de gegevens van de enquête « Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken » gebeurt via de Access applicatie, die op voorhand ingevuld is met de waarden van het voorafgaande jaar.

Het gecentraliseerde beleid van de enquête vertrekend van een unieke applicatie is niet frequent voor de verzameling van de gegevens, en dit zowel voor de codering van de informatie als voor het verzenden van de vragen aan de betrokken diensten.

De Access applicatie vertoont andere biais van ontwerp of van de kontekst:

- Geen adequate keuzemogelijkheden in verband met de specificiteiten van het werk. De volgende functies of benamingen zijn niet inbegrepen : adjunct hoofddarts, infirmier en environnement, farmacoloog, Conferentie van de academische ziekenhuizen, Dienst 100 – *pediatrische* spoed, Dienst 100 – spoed *Voorlopige hospitalisatie, Infectiologie, Cardio-vasculaire Chirurgie, Psychiatrie*
- Inconsistentie tussen de bestaande registraties. De medische diensten worden steeds gerefereerd met MVG diensten terwijl de MZG geregistreerd wordt sinds 2008.
- Soms formaten die niet verdragen worden. Bijvoorbeeld: de gegevens van de MVG eenheden mogen niet gecodeerd worden met het formaat MZG. Voor

bepaalde vragen, verdraagd de applicatie geen nummer met drie cijfers. Het ziekenhuis is soms gedoemd om foute gegevens in te dienen.

- De forfaits op Dagziekenhuis worden steeds uitgedrukt in Forfait A, B, C, D, ... terwijl deze niet meer van toepassing zijn.
- De applicatie werkt niet correct op een bepaald hoofdstuk (Sp Diensten). De informatie moet dus herhaald worden opdat er geen fouten zouden gegenereerd worden die het verzenden naar de FOD-VGVVL zou kunnen verhinderen.

Buiten deze praktische en technische problemen, is het missen van een gemeenschappelijke référentiel van de ziekenhuizen, die het onderling vergelijken onmogelijk maakt. Bijvoorbeeld, bij de medische beeldvorming, wordt het aantal uitgevoerde examens opgevraagd. Terwijl het examen van medische beeldvorming op verschillende manieren gedefinieerd kan worden: aantal gefactureerde examens, aantal passages aan het inschrijvingsloket, aantal personen op een machine van beeldvorming. Deze verschillende visies van de uitgevoerde examens van medische beeldvorming, veranderen de bekomen resultaten drastisch en kunnen de vergelijkingen tussen de ziekenhuizen verkeerd weergeven.

Deze enquête geeft de activiteitsgegevens weer per hospitalisatiecampus. Ze voorziet niets voor de campi die enkel consultaties hebben. Terwijl een hoofdstuk over de ambulante zorg bestaat De ziekenhuizen lossen dit probleem op verschillende manieren op: de activiteit verschuiven naar een bepaalde, naar verschillende of naar geen enkele site. Dit is moeilijk te evalueren.

De twee beschikbare feedbacks op de site van de FOD-VGVVL delen mee dat « de kwalificatie van diegene die antwoordt heel verschillend is: er wordt geen enkele vereiste gesteld aan de directeur indien hij delegeert voor het invullen van deze vragenlijst ».

De Multidimensionele en geïntegreerde feedback 2008 onderlijnd dat « de motivatie variabel is van een instelling tot een andere als het de registratie van dit type gegevens betreft ». Te meer, de Multidimensionele en geïntegreerde feedback 2008 toont aan dat « de instellingen hun gegevens niet jaarlijks updaten in de enquête». Voor bepaalde gegevens, is het percentage dat antwoord tamelijk zwak (Vacante plaatsen voor verpleegkundigen : 72 instellingen hebben er niet op geantwoord; Klinische paden: belangrijk percentage van missende antwoorden) of heel heterogeen (Interesse voor de meting van de tevredenheid van de patiënt: 41 instellingen hebben niet geantwoord op het percentage van distributie en terugkeer en 18 hebben niet geantwoord betreffende het aantal domeinen dat de vragenlijst dekt.) Het gemis aan directieven ligt waarschijnlijk aan de oorsprong van de grote variabiliteit die geobserveerd word in de resultaten van de ontwikkelde indicatoren voor de Multidimensionele en geïntegreerde feedback in 2008.

Deze enquête bestaat uit meer dan duizend vragen, in te vullen, per ziekenhuiscampus. De vragen betreffen verschillende domeinen zoals het afvalbeleid



of de activiteit van de verschillende medische diensten, eveneens de beschrijving van de ziekenhuiscomités en -raden. Het vertegenwoordigt een aanzienlijke werklast voor een acuut ziekenhuis. Het aantal personen dat gecontacteerd wordt voor het in te vullen kan tot een vijftigtal oplopen.

In 2009, in CHU van Luik, werd overeengekomen om het gehele proces, van verzameling van gegevens van deze enquête, te herzien. Deze aanpak laat niet enkel toe de verzonden resultaten te valideren maar ze ook vol te houden na verloop van tijd zodat ze in het ziekenhuis gebruikt kunnen worden. Dat jaar, zijn de bevrijde middelen equivalent geweest aan een FTE gedurende 4 maand. De, in plaats gestelde, methode functioneert goed. Het heeft de verzameling en de betrouwbaarheid van de resultaten verbeterd. De gebruikte middelen, om de enquête in te vullen, worden momenteel geschat op 1 FTE gedurende één maand.

Een andere belangrijke beperking is de tijdsduur van het versturen van de enquête naar de FOD-VGVVL. Inderdaad, hoewel de versie van de vragenlijst, identiek gebleven is tussen 2006 en 2010, werd de periode gedurende dewelke de ziekenhuizen de gegevens moeten ingeven, vervroegd met twee maand, en dit zonder een duidelijke reden. Inderdaad, vertrekkend van de gegevens van 2008, is de zending voorzien voor de 1<sup>ste</sup> maart in plaats van de 1<sup>ste</sup> mei. Bepaalde resultaten kunnen echter afgeleid worden van de facturatie. Terwijl deze nog niet afgesloten is op de 1<sup>ste</sup> maart. In de ziekenhuizen, die werken met deze banken, kan het voorkomen dat de gegevens fout of niet compleet zijn.

In hun verschillende circulaires, maakt de FOD, de jaarlijkse beschrijvende rapporten, bekend. In 2007, deelt hij mede dat de thematische rapporten, gekoppeld aan de aangepaste performantie, door de FOD Volksgezondheid zullen geschreven worden. Deze rapporten zouden gebruikt kunnen worden door de ziekenhuizen die, in zitten met het feit dat de performantie verbetering, en die ze probeert te helpen om concrete actieplannen te definiëren. Het belooft in 2008 dat de thema's die leiden tot zulke thematische rapporten, de dimensies van safety (bloedtransfusie, verdeling van de medicamenten, ziekenhuishygiëne, incidenten/ongelukken, veiligheid van het personeel), patient-centerdness (kind en volwassene), human resource beleid (aanwerven, vertrek, ondersteuning van de activiteitssectoren, graad van specialisatie van het personeel, ...) Deze rapporten blijken te bestaan maar werden jammer genoeg niet verspreid of gepubliceerd.

Algemeen gezien, hebben de ziekenhuizen het gevoel dat ze niet deelnemen aan deze vragenlijst en dat ze een administratieve formaliteit invullen dat van weinig nut is. Wanneer ze opmerkingen formuleren worden die weinig in acht genomen en kunnen soms gedurende jaren in afwachting blijven. Voor de professionelen, zijn de vragen van deze enquête niet de weergave van de activiteiten die gerealiseerd worden op het terrein.

**Bronnen:**

- M.B. van 12/2/1999 (B.M. 5/8/99) die het M.B. aanpast van 14/12/1987 die de modaliteiten en de tijdslijmiet van de communicatie door de beleidspersoon van het ziekenhuis over de financiële situatie van de exploitatieresultaten, van het herzieningsrapport en van alle statistische informatie die de instelling betreft.
- M.B. van 2/4/1999 (B.M.13/10/1999) die de statistische gegevens verklaart en die de modaliteiten vastgelegd voor de verzameling en het verzenden aan het Ministerie van Gezondheidszorg.

## **6.2 Instituut van Gezondheidszorg: Opstellen van een set van indicatoren voor de kwaliteit en de ziekenhuishygiëne**

Opgemaakt door Natacha Viseur, Marie-Laurence Lambert  
Operationele Directie Volksgezondheid & Surveillance, Wetenschappelijk Instituut van de Volksgezondheid (WIV), Brussel.

### **6.2.1 Historiek**

Dit project is ontstaan uit een vraag van het gouvernement (FOD Volksgezondheid) betreffend het gebruik van de kwaliteitsindicatoren in het domein van de ziekenhuishygiëne, dat reeds voorgesteld werd in het Koninklijk Besluit van 28/06/2007.

Dit project, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, contract aangeboden aan het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen (Prof Herman Goossens) in 2008 en werd verder verhandeld door het Instituut van de Volksgezondheid in 2010. Het finale rapport zal in september 2011 uitkomen.

### **6.2.2 Doelstellingen**

De doelstellingen van het project zijn:

- Doelstellingen definiëren van een indicatorensysteem voor kwaliteit en ziekenhuishygiëne.
- Voorstellen van een lijst van indicatoren per doelstelling
- Voorstellen en testen van een operationaliseringsmodel voor de verzameling en het gebruik van de gegevens per doelstelling

### **6.2.3 Methodologie**

De gebruikte methodologie is een studie van de bestaande internationale en nationale ervaringen, de consultatie van een werkgroep van experts in ziekenhuishygiëne (personen van het terrein en personen van de FOD) voor het selecteren en definiëren van kwaliteitsindicatoren, een operationaliseringsplan voor de verzameling en het gebruik van de gegevens en een pilootfase om de haalbaarheid te testen van de verzameling van de gegevens op het terrein.

De doelstellingen van het kwaliteitsindicatorensysteem zijn:

- Het impact evalueren van het ziekenhuishygiënebeleid, op nationaal niveau in het kader van de bescherming van de volksgezondheid
- Evalueren van de middelen, de toewijding en de moeite die ieder ziekenhuis doen op het domein van de bestrijding van de infecties te wijten aan de zorgen
- Meewerken aan de lokale kwaliteit door de ziekenhuizen aan te sporen om hun acties en resultaten, in het domein van de bestrijding tegen de infecties, te wijten aan de zorg, te verbeteren

Bij elke doelstelling hoort een set van indicatoren en een operationaliseringsplan. Deze sets van indicatoren en operationaliseringsplannen sluiten elkaar niet uit.

Samengevat, hieronder, de belangrijkste karakteristieken van de drie doelstellingen van het kwaliteitsindicatorensysteem:

**Tabel 7 : Belangrijkste karakteristieken van de drie doelstellingen van het kwaliteitsindicatorensysteem**

	<b>Doel 1 : nationale opvolging</b>	<b>Doel 2 : « accountability », beoordeling</b>		<b>Doel 3 : lokale verbetering</b>	
<b>Doel</b>	Impact van het beleid van de ziekenhuis-hygiëne op nationaal niveau	Toewijding en moeite van de ziekenhuizen  Transparantie (Publiek)		Meewerken aan de lokale verbetering van de kwaliteit	
<b>Doelgroep</b>	Autoriteiten	Autoriteiten	Publiek	Ziekenhuis zelf (dienst, departement, directie)	
<b>Type van indicatoren</b>	Resultaten Structuur Proces	Structuur Proces		Resultaten Structuur Proces	Klinische (resultaten/ proces)
<b>Periodiciteit</b>	1x/jaar	1x/ jaar		1x/ jaar	Continu
<b>Verzameling gegevens</b>	- Verplicht - Opgelegde indicatoren	- Verplicht - Opgelegde indicatoren		- Verplicht - Opgelegde indicatoren	- Vrijwillig - Indicatoren gekozen door het ziekenhuis
<b>Gebruik gegevens/ output</b>	- Geaggregeerde analyses Opvolging van de tendens	- Analyses per ziekenhuis - % standaard beoordeling % positie jaarlijks gemiddelde		Verzamelde gegevens door het ziekenhuis	Gekozen en geanalyseerde gegevens, door het ziekenhuis zelf
<b>Reactie Wie</b>	Autoriteiten/ politieke beslissing	Gemeenschappen		Ziekenhuis zelf	Ziekenhuis zelf
<b>Externe controle van de gegevens aan de basis</b>	Niet onmisbaar Oriëntatie : nationaal beleid	Onmisbaar		Niet onmisbaar	Niet onmisbaar

#### **6.2.4 Timing**

Het rapport zal uitkomen in september 2011.

Nog geen enkele informatie is beschikbaar over de implementering en bestaffing.

#### **6.2.5 Meerwaarde**

De meerwaarde van dit project is het opstellen van een systeem van kwaliteitsindicatoren die tegelijkertijd integreren:

- De doelstellingen van het systeem en zijn doelgroep
- De definitie van een indicatorenset / doelstellingen
- Een operationaliseringsplan / doelstellingen

Te meer, wil dit instrument dynamisch zijn zodat het kan evolueren in de tijd in functie van de nieuwe prioriteiten in het kader van het bestrijden van de infecties te wijten aan de zorg.

#### **6.2.6 Beperkingen**

De beperkingen van het project zijn:

Met het oog op de beoordeling en de controle, is het onmisbaar dat de autoriteiten een actieplan opzetten naar de ziekenhuizen, die niet beantwoorden aan de standaard of die zich enorm onder het nationaal gemiddelde bevinden, toe. Het is eveneens noodzakelijk dat er een externe controle van de kwaliteit van de gegevens gebeurt om een validiteit van de gegevens te garanderen.

Deze 2 bevoegdheden, reactie en controle, zijn de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen en niet van de federale.

Opdat het systeem van kwaliteitsindicatoren nuttig zou zijn, is een samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en de gemeenschappen onmisbaar.

## **6.3 Ziekenhuisverenigingen**

### **6.3.1 Vlaams Quality Indicator Project – ICURO – Zorgnet Vlaanderen**

#### **6.3.1.1 Historiek**

Het Vlaams Quality Indicatorproject beoogt op de eerste plaats het verbeteren van de kwaliteit van de zorg door het stimuleren en faciliteren van het gebruik van klinische proces- en resultaatsindicatoren. Gelijktijdig komt de aldus verworven informatie beschikbaar voor ziekenhuizen en verstrekkers in hun opdracht van maatschappelijke verantwoording.

Het project kan aanzien worden als een gemeenschappelijk initiatief van de ziekenhuiskoepels (ICURO en Zorgnet Vlaanderen), de Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen en de Vlaamse Overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid en het Agentschap Zorginspectie). Deze partijen worden aangeduid als de initiatiefnemers in dit project.

Naast deze initiatiefnemers zijn ook een aantal meewerkende partijen betrokken wat maakt dat hun expertise en ervaring inzake het ontwikkelen, implementeren en werken met indicatoren kan geïntegreerd worden in dit project. Hierbij kunnen ondermeer de mutualiteiten, het Vlaams Patiëntenplatform, de FOD, en de Vlaamse universiteiten vernoemd worden. Ten gevolge van het voortraject dat reeds afgelegd werd door het Leuvens Ziekenhuisnetwerk aangaande het werken met kwaliteitsindicatoren, worden zij aangeduid als een preferentieel meewerkende partij.

Er is een protocol uitgewerkt, waarin de objectieven en de werkafspraken vastgelegd werden, dat geformaliseerd zal worden op 1 juni 2011. Hierdoor wordt er een indicatorenforum opgericht, waarvan de werking voorbereid wordt in het Bureau. Dr. Dirk Ramaekers (Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen - ZNA) werd verkozen als voorzitter van dit initiatief.

Vanuit de ziekenhuiskoepels (ICURO en Zorgnet Vlaanderen) dient dit project gekaderd te worden binnen de geïntegreerde visie op kwaliteit zoals opgenomen in het beleidsplan van ICURO. ICURO en Zorgnet Vlaanderen (verder de ziekenhuiskoepels genoemd) willen actief meewerken aan een goede maatschappelijke verantwoording van de ziekenhuiswerking in Vlaanderen. ICURO en Zorgnet Vlaanderen hebben hierover een samenwerkingsakkoord gesloten,

waardoor de krachten gebundeld kunnen worden op vlak van kwaliteit, patiëntveiligheid, accreditatie, ....

Wanneer ziekenhuizen externe verantwoording willen afleggen, heeft dit in belangrijke mate betrekking op het geven van goede en relevante informatie over de ziekenhuiswerking. Eenvoudig gesteld, gaat het dan over de vraag naar de verantwoording van de besteding van de toevertrouwde publieke middelen enerzijds en het informeren van de gemeenschap over het kwaliteitsniveau van de zorg die wordt aangeboden anderzijds. Het belang van het verstrekken van goede informatie door de ziekenhuizen is maatschappelijk erg relevant en vormt ook een expliciet onderdeel van de rechten van de patiënt. Goede informatie over de ziekenhuiswerking verschaffen en de resultaten die worden bereikt, zal een steeds explicieter onderdeel worden van goed bestuur door de ziekenhuizen. Om het belang van maatschappelijke verantwoording te benadrukken, werd in 2010 door ICURO een beleidsnota 'Externe verantwoording in de Vlaamse ziekenhuizen' uitgewerkt.

Informatieverschaffing over de ziekenhuiswerking kan gebeuren op verschillende wijzen, waarbij openheid over de ziekenhuiswerking en de resultaten ervan, het verwerven van een internationaal erkende ziekenhuisaccreditatie en inspectie door de overheid een belangrijke plaats innemen. In de beleidsnota wordt gepleit om ter zake proactief, maar ook geïntegreerd te werken. Geïntegreerd betekent hier dat ziekenhuisaccreditatie, objectiveren van zorgresultaten en externe openheid als één geheel worden beschouwd, waarbij ziekenhuizen hun eigen keuzes maken en eigen prioriteiten kunnen bepalen. Proactief wordt hier gezien als ziekenhuiskoepels zelf initiatiefnemer zijn in deze domeinen.

Niettegenstaande de verschillende onderdelen van een geïntegreerde benadering niet los van elkaar kunnen gezien worden, zal de aandacht binnen dit hoofdstuk toegespitst worden op het objectiveren van de kwaliteit van zorg door middel van relevante proces- en outcome-indicatoren.

### **6.3.1.2 Doelstellingen**

Het Indicatoren project beoogt op de eerste plaats het verbeteren van de kwaliteit van de zorg door het stimuleren en faciliteren van het gebruik van klinische proces- en resultaatsindicatoren. Het ontwikkelen, definiëren en implementeren van relevante indicatoren, biedt de mogelijkheid om op basis van de resultaten processen bij te sturen en continue verbetering te bewerkstelligen. Daarnaast laat het terug koppelen van de behaalde resultaten het toe om verantwoording af te leggen met betrekking tot de besteding van de toevertrouwde publieke middelen en de gemeenschap te informeren over het kwaliteitsniveau van de zorg die wordt aangeboden.

### **6.3.1.3 Opzet**

Binnen het uitgewerkte protocol werd een timing voor dit project afgesproken en vastgelegd.

In 2011 wordt er een basisset van proces- en resultaatindicatoren door de initiatiefnemende en meewerkende partijen opgesteld. Er werden in eerste instantie vijf domeinen bepaald waarbinnen indicatoren zullen ontwikkeld worden, namelijk ziekenhuisbrede indicatoren, cardiologie, orthopedie, oncologie en moeder en kind. Wat betreft de keuze van de domeinen, werden een aantal expliciete criteria uit de literatuur gehanteerd:

- impact van de aandoeningen op de gezondheidszorg:
  - volume patiëntenpopulaties (grote incidentie of prevalentie,)
  - significante bijdrage aan mortaliteit en morbiditeit,
  - hoge maatschappelijke (in)directe kosten,
- het evidentieniveau of de link tussen de gemeten processen en resultaten van de zorg
- De link tussen het zorgproces en het zorgresultaat is cruciaal voor zowel proces- als resultaatindicatoren;
- het kwaliteitsverbeteringspotentieel: er moet evidentie zijn dat kwaliteit van de zorg voor de aandoening waarvoor indicatoren ontwikkeld worden variabel is en dat er een mogelijkheid is voor verbetering;
- controleerbaarheid door verstrekkers: de zorgverstrekker moet zelf een invloed hebben op de kwaliteit van het te evalueren aspect.

Vanaf 2012 worden de nodige gegevens voor de betreffende indicatoren verzameld, hetzij afgeleid uit secundaire data (data die voor andere doeleinden verzameld worden), hetzij uit primaire data (data die verzameld worden met een expliciete focus op de kwaliteit van de zorg).

Vanaf 2012 is er een geconsolideerde rapportage en terugkoppeling gepland over de resultaten van de proces- en outcome-indicatoren van de meewerkende ziekenhuizen. Daarnaast wordt de basisset verder uitgebreid en zo nodig gecorrigeerd.

Vanaf 2013 worden, naast de geconsolideerde rapportage van de proces- en outcome-indicatoren, de ziekenhuizen ertoe gestimuleerd om op vrijwillige basis extern de individuele ziekenhuisgegevens te rapporteren.

De werking wordt eind 2013 geëvalueerd en in functie van de opportuniteiten kan nadien een nieuw protocol uitgewerkt worden.

### **6.3.1.4 Evolutie deelnemende ziekenhuizen**

Vermits dit project nog in een ontwikkelingsfase zit, waarbij er relevante proces- en outcome-indicatoren gedefinieerd worden, kan er nog weinig informatie meegegeven worden met betrekking tot het aantal deelnemende ziekenhuizen.



Het aantal participerende ziekenhuizen aan het indicatorenforum is groot. De structuur binnen het indicatorenproject zoals die nu uitgewerkt is, tracht dan ook het noodzakelijke draagvlak voor het ontwikkelen, implementeren, werken en extern kenbaar maken van indicatoren maximaal te ondersteunen.

Een geaggregeerde terugkoppeling is gepland voor 2012. Pas op dat moment, als de ziekenhuizen de door hen geregistreerde data ter beschikking dienen te stellen, zal hierover meer duidelijkheid kunnen gegeven worden.

### **6.3.1.5 Timing van feedback**

Zoals reeds eerder gesteld zullen de resultaten op een geaggregeerde manier teruggekoppeld worden vanaf 2012. Aangezien ziekenhuizen op vrijwillige basis participeren aan dit project, spreekt het voor zich dat enkel de resultaten van die ziekenhuizen worden meegenomen in deze feedback.

Vanaf 2013 zullen ziekenhuizen gestimuleerd worden om naast een geaggregeerde terugkoppeling ook hun eigen resultaten extern kenbaar te maken op de website van het ziekenhuis.

### **6.3.1.6 Soorten indicatoren**

Een indicator is een instrument voor het zichtbaar maken van bepaalde meetbare aspecten van de kwaliteit van de zorg. Een direct gevolg van de definitie is dat alleen elementen uit de zorg die meetbaar zijn, in aanmerking komen als indicator.

Indicatoren leveren kwantitatieve gegevens in absolute cijfers of worden weergegeven als een ratio. Die kwantitatieve meetresultaten doen geen uitspraak over de kwaliteit van de zorg. Zij geven aan het ziekenhuis/de verstrekker wel informatie die hen zal toelaten zich een mening te vormen over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg.

Kwaliteitsindicatoren zijn meetinstrumenten en moeten dus alle kenmerken hebben van een goed meetinstrument: valide, betrouwbaar, gevoelig, specifiek... Concreet in de zorg komt daar de vereiste bij van een evidence based karakter en een relevantie voor de zorgpraktijk. Met dit laatste wordt o.a. bedoeld dat zij een verbeterpotentieel in zich moeten dragen.

Er zijn drie soorten indicatoren te onderscheiden:

- **Structuurindicatoren**

Deze indicatoren geven informatie over het vermogen om goede zorg te verstrekken, maar zeggen weinig over het resultaat van de zorg (organisatie, uitrusting van het systeem, omstandigheden).

- **Procesindicatoren:**

Mant (2003) levert een goede definitie aan en stelt dat *'process indicators, aim to measure the extent of the application of 'good' health care. They are usually defined by reference to best practice guidelines or standards for specific health interventions. Process indicators are usually more sensitive to differences in quality than are outcome measures and they can be easier to interpret. They may be preferred to*

outcome indicators where the link between process and outcome is clearly established.

- **Outcome- of resultaatsindicatoren:**

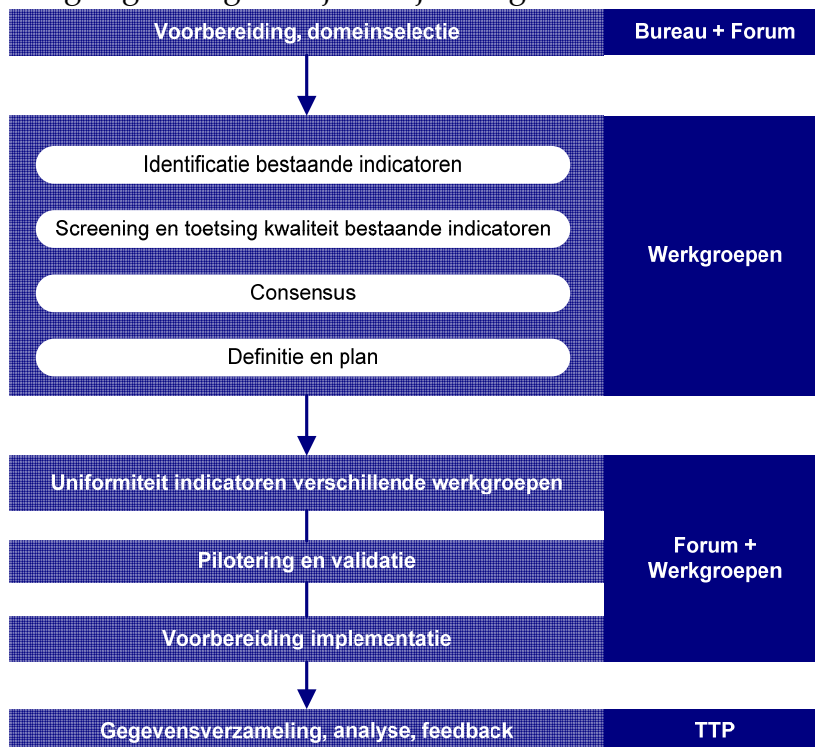
Mainz (2003) omschrijft outcome-indicatoren 'states of health or events that follow care, and that may be affected by health care. An ideal outcome indicator would capture the effect of care processes on the health and wellbeing of patients and populations. Outcomes can be expressed as 'The five Ds' [5]: (1) death: a bad outcome if untimely; (2) disease: symptoms, physical signs, and laboratory abnormalities; (3) discomfort: symptoms such as pain, nausea, or dyspnea; (4) disability: impaired ability connected to usual activities at home, work, or in recreation; and (5) dissatisfaction: emotional reactions to disease and its care, such as sadness and anger'.

Bij het beoordelen van de geleverde zorgkwaliteit wordt de focus primair gelegd op proces- en resultaatsindicatoren.

### 6.3.1.7 Werkwijze

Voor het ontwikkelen van de basisset aan indicatoren, werden 5 domeinen bepaald waarvoor in eerste instantie proces- en outcome-indicatoren zullen ontwikkeld worden (zie supra). Voor elk domein werd een ontwikkelingsgroep opgericht.

Om een uniforme wijze van werken te hanteren tussen de verschillende ontwikkelingsgroepen, werd een conceptnota uitgewerkt door de leden van het bureau. In deze conceptnota werd de werkwijze op een eenduidige manier vastgelegd. De grote lijnen zijn terug te vinden in onderstaand schema.



Uit bovenstaand schema zijn 6 fasen te onderscheiden, namelijk planning, ontwikkeling, invoering, registratie, analyse en feedback van de indicatoren. Voor elke stap is opgenomen welke activiteiten daaronder vallen.

Teneinde ook uniformiteit te verkrijgen in de gedefinieerde indicatoren, werd eveneens een template ontworpen waarin de verschillende essentiële componenten van een indicator zijn opgenomen, zoals ondermeer de teller, noemer, gegevensbron en graad van evidentie).

#### **6.3.1.8 Rapportering / feedback**

Zoals reeds eerder vermeld, is een gefaseerde planning opgesteld voor de terugkoppeling van de verkregen resultaten. Daar waar in 2012 een geaggregeerde terugkoppeling vooropgesteld wordt, zullen vanaf 2013 de ziekenhuizen gestimuleerd worden om de eigen resultaten op de eigen website van het ziekenhuis te plaatsen.

Een feedback zal pas als definitief beschouwd worden nadat ziekenhuizen de kans gekregen hebben om hun eigen resultaten in te zien, hun eventuele bedenkingen daaromtrent terug te koppelen; die dan vervolgens, indien relevant verwerkt worden in de definitieve versie.

#### **6.3.1.9 Meerwaarde van het initiatief**

Zoals aangegeven in de doelstellingen van het project, draagt dit project een belangrijke meerwaarde in zich voor het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Een hiermee gepaard gaand voordeel is dat deze indicatoren het toelaten om maatschappelijke verantwoording te kunnen afleggen met betrekking tot de geleverde kwaliteit van zorg.

#### **6.3.1.10 Beperkingen van het initiatief**

Het initiatief is gebaseerd op vrijwillige deelname door de ziekenhuizen, waardoor mogelijks niet alle ziekenhuis effectief zullen deelnemen.

Het initiatief start met een basisset die geleidelijk verder uitgebouwd zal worden. Dit is arbeidsintensief, waardoor het tempo bescheiden blijft. Er wordt expliciet gekozen voor diepgang in plaats van omvang.

De verhouding tussen ziekenhuisbrede focus en dienstspecifieke focus is nog onvoldoende duidelijk. Ook hier wordt geopteerd voor een pragmatisch opbouwscenario.

Er is relatief weinig academische expertise en ervaring in het ontwikkelen van proces en outcome-indicatoren, maar dit is een probleem dat dit project overstijgt.

#### **6.3.1.11 Perspectieven voor de toekomst**

Dit project heeft belangrijke perspectieven naar de toekomst omwille van het feit dat:

- Er via de Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen een stevige klinische verankering kan gebeuren met de ziekenhuiswerking in de praktijk. In het werken met indicatoren is dit immers een kritische succesfactor.
- Ziekenhuizen en professionals worden zelf betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren, via de ontwikkelingsgroepen, waardoor het draagvlak vergroot.
- Er ontstaat met dit initiatief één indicatorenplatform in Vlaanderen, dat zowel naar het federale niveau als het Vlaamse niveau aanknopingspunten kan aanreiken. Vanuit dit initiatief mag ook omgekeerd afstemming met deze beleidsniveaus verwacht worden.
- Het project anticipeert op de maatschappelijke verwachtingen, maar ook op de verwachtingen vanuit de EU.

## **6.3.2 Benchmark SANTHEA**

### **6.3.2.1 Historiek**

Santhea is een professionele vereniging die de niet confessionele ziekenhuizen van de privesektor en van de franstalige publieke sektor. Ze startte een benchmarking op dat AWAGES noemt in 2007 en heeft ze vervolgens ontwikkeld op jaarlijkse basis.

### **6.3.2.2 Doelstellingen**

De doelstellingen van dit project zijn de volgende:

- Automatisering van de verzameling van een aantal bestaande administratieve ziekenhuisgegevens
- Opstellen van een financiële sektoriële en ziekenhuisactiviteiten, van regionaal karakter, gegevensbank op te richten, die momenteel onbestaand is.
- Een aantal van relevante sektoriële indicatoren, op basis van een methodologie van analyse, te produceren
- Van het, de ziekenhuizen, toe te laten zich te positioneren tegenover de andere van dezelfde grootte, dezelfde regio of hetzelfde type.
- Van de informatie zo snel mogelijk ter beschikking te stellen zodat de hulptools, voor de hulp voor beslissingen, zowel op niveau van de vereniging, als van de regio's of de zorginstellingen of van punctuele studies uit te voeren

### **6.3.2.3 Onderwerp**

In het kader van hun functioneren en hun financiering, zijn de ziekenhuizen verplicht om periodiek, een groot aantal van, gegevens te verzenden naar de verschillende verantwoordelijke of andere organen. Bij deze informatie vinden we:

- Facturatiebestanden die maandelijks verzonden worden aan de verzekeringsmaatschappijen.
- De gegevens per semester van MKG (Minimale Klinische Gegevens) en het FINHOSTA dossier (Financial Hospital Statistics) verzonden naar de FOD (Publieke Federale dienst) Volksgezondheid.

De analyse van deze gegevens, door de verantwoordelijke organen, gebeurt met een belangrijke vertraging die de ziekenhuisinstellingen verlamd gedurende deze periode en geen enkele « feedback » wordt voorzien naar het Waalse Gewest.

Gezien de situatie, had de Administratieraad van AFIS (Franse Vereniging voor Wetenschappelijke Informaticadiensten) op 22 februari de beslissing genomen om op het niveau van AFIS een « Datawarehouse » op te stellen, afkomstig uit de

facturatiegegevens, de pathologiën en de boekhouding. Deze gegevens zouden beschikbaar moeten zijn voor alle instellingen, op anonieme wijze, zodat de beschikbare beleidsindicatoren verbeterd worden.

De toekomst van de instelling, onzeker van de gezondheidszorg, stijgende noodzaak om completere en vergelijkende beleidsinformatie te verkrijgen en het bestaan van vergelijkende gegevensbanken in het Noorden van het land, hebben geleid tot het creëren van ziekenhuisgegevensbanken langs Waalse kant.

Dit project heeft het licht gezien dankzij de hulp van het Waalse Gewest en draagt de naam AWAGES (Waals agentschap voor de hulp voor het beleid van de zorginstellingen).

#### **6.3.2.4 Auteurs**

Het project is gerealiseerd door een team bestaande uit een projectleider, vrijgemaakt door de groep IRIS, een econoom vrijgemaakt voor 9/10<sup>den</sup> voor het project en van drie supplementaire personen die er één tot twee dagen per week aan besteden.

#### **6.3.2.5 Deelnemers**

Alle ziekenhuizen, lid van SANTHEA, nemen er vandaag aan deel (42) (op basis van de verschillende erkenningnummers).

Het gaat over een dienst waarvan de kost berekend wordt in het inschrijvingsgeld, te betalen om deel te nemen aan Santhea.

#### **6.3.2.6 Timing**

De analyses worden jaarlijks uitgevoerd, op basis van de gegevens die doorgezonden worden door de ziekenhuizen, die lid zijn.

#### **6.3.2.7 Type van indicatoren**

De analyserapporten bestaan uit de volgende onderdelen:

- Analyse van het budget van financiële middelen
- Analyse van de forfaits van de apotheek
- Analyse van de referentiewaarden
- Analyse van de Minimaal Psychiatrische Gegevens (MPG)
- Analyses gebonden aan de actualiteit en nuttig in de rol van lobbying van Santhea
- Analyses gebonden aan een specifieke aanvraag

### **6.3.2.8 Methodologie**

De ziekenhuizen communiceren hun gegevens op basis van een aantal gestructureerde modules:

- Een module « Budget van financiële middelen » die de gegevens weergeven die in de circulaire van de FOD, voor iedere instelling, voorkomen
- Een facturatiemodule dat relevant is voor de medische productie voor de betrokken ziekenhuizen
- Een MKGmodule (Minimaal Klinische Gegevens) relevant aan de pathologiën die in de betrokken instellingen aan bod komen.
- Een module die een aantal FINHOSTA gegevens weergeeft die essentieel geacht worden in het kader van, de te realiseren benchmarken.

Met de module van de facturatie, bestaat de mogelijkheid om voorspellingen te doen en van niet enkel de gegevens van het BFM te gebruiken, die al enkele jaren uitgebracht werden, maar tot op heden werden deze niet gebruikt om privacyredenen en voor het naleven van de wet op privacy. Dit probleem zou kunnen opgelost worden in de toekomst door de gegevens te laten anonimiseren door derden.

### **6.3.2.9 Feedback**

Er wordt ieder jaar, in december, een rapport verspreid tijdens de Pilotcommissie aan de deelnemers en aan het Waals Gewest. Het rapport van BFM 2010 is gebaseerd op de gegevens van 2007.

Bovenop het rapport hebben de leden toegang tot de gegevens via een beveiligde link waar ze de hun gegevens en het gemiddelde kunnen terugvinden maar de instellingen maken weinig gebruik van deze toegang.

### **6.3.2.10 Meerwaarde van het initiatief**

De studie laat toe aan de instellingen van zich te positioneren in vergelijking met de andere ziekenhuizen op basis van terugkerende gecommuniceerde gegevens of meer specifieke analyses die uitgevoerd werden.

Ze laat eveneens toe aan Santhea, punctuele studies uit te voeren om bepaalde specifieke thema te analyseren of om op speciale aanvragen in te gaan.

### **6.3.2.11 BEPERKINGEN VAN HET INITIATIEF**

- Tijdsduur van de analyse in vergelijking met het referentiejaar
- Proces van opladen van de gegevens in de databank is heel zwaar dankzij het aantal nodige controles
- Terugkeer van de bestanden (formaat van de gegevens, bugs ...)
- Onderdeel van de BFM dat manueel ingegeven en gevalideerd moet worden
- Verschil tussen wat de ziekenhuizen vragen aan informatie en feedback en wat ze bereid zijn te geven van gegevens.

### **6.3.2.12 VOORUITZICHTEN VOOR DE TOEKOMST**

Het idee van het Waalse Gewest is het initiatief uit te spreiden buiten Santhea naar de andere professionele verenigingen, zodat de totaliteit van de Franstalige ziekenhuizen eraan deel neemt. Het delicaatste probleem van deze verspreiding is de confidentialiteit.

De doelstelling is eveneens te evolueren naar werkgroepen die zich de tafel zetten rond bijvoorbeeld, de professionelen van de psychiatrische zorg voor de MPG of het kaderpersoneel dat de tevredenheidsenquêtes onder de vleugel neemt, om de resultaten en de manier van gegevensuitwisseling, te delen.

De module van de patiënttevredenheid is in ontwikkeling, vertrekkend van het, door het Waalse Gewest gebeurde werk, en een studie is aan de gang over de boordtabellen en de zorgtrajecten.

Santhea zou graag een samenwerking aangaan, in de toekomst, met de HPI.be studie en de FOD in het algemeen, een wens die uitgedrukt en ontwikkeld werd tijdens een vergadering eind van de maand.



## **6.4 Initiatieven gekoppeld aan universiteiten**

### **6.4.1 NAVIGATOR<sup>®</sup> - CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP (K.U.LEUVEN)**

#### **6.4.1.1 Historiek**

In 1999 coördineerde het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap een onderzoeksproject gefinancierd door de Vlaamse overheid waarbij 17 algemene (België en Nederland) en 2 psychiatrische ziekenhuizen deelnamen aan het "Quality Indicator Project". Dit internationaal indicatorsysteem werkte met hoofdzetel in Amerika, maar er werd een gebrek aan flexibiliteit, eigenaarschap en herkenbaarheid ervaren. Bovendien was deelname aan het systeem duur en werd de financiering in 2003 stopgezet.

Op vraag van de toen deelnemende organisaties ontwikkelde het CZV een eigen indicatorsysteem dat nauwer aansloot bij de Belgische context, rekening houdend met nationale en internationale ontwikkelingen en systemen (WIV, SPE, MKG, QIP, AHRQ, OECD, Helics, ...)

#### **6.4.1.2 Doelstellingen**

Navigator is een indicatorsysteem voor de continue bewaking en verbetering van de klinische en organisatorische kwaliteit van zorg. Met behulp van de indicatoren worden zorgprocessen en –resultaten zichtbaar en meetbaar en continu opvolgbaar gemaakt. Door elk kwartaal feedback te voorzien, wil navigator de organisaties de mogelijkheid geven om kort op de bal te spelen.

#### **6.4.1.3 Opzet**

Het indicatorsysteem omvat een éénduidig gedefinieerde en goed gestructureerde indicatorset, een ondersteunend software-programma, een interactieve website en een netwerk.

Organisaties kiezen vrij welke gegevens ze willen verzamelen. Elk kwartaal worden de data doorgestuurd en wordt er feedback voorzien in de vorm van rapporten. De evaluatie van de performantie gebeurt lokaal in de eigen organisatie. Doorheen dit gebeuren wordt steeds de anonimiteit van de organisaties gewaarborgd.

#### **6.4.1.4 Auteurs**

Prof. dr. Arthur Vleugels, Em.Prof.dr. Paul Quaethoven, mevr. Leen De Paepe, mevr. Geert Van de Water, mevr. Sofie Breugelmans  
software: HIGIS onder leiding van Jos Vanlanduyt en medewerker Paul Winnen

#### **6.4.1.5 Evolutie deelnemende ziekenhuizen**

Navigator voor algemene ziekenhuizen ging van start op 1 januari 2004 met 22 ziekenhuizen. Dit aantal is in de loop van de jaren gestaag toegenomen met een grote toename in 2009, wanneer een groep Franstalige ziekenhuizen toetrad via de Réseau Santé Louvain (UCL). Op 1 januari 2011 participeren 58 algemene ziekenhuizen.

Navigator voor psychiatrische ziekenhuizen ging van start op 1 januari 2005 met 2 deelnemers. Op 1 januari 2011 nemen 12 psychiatrische ziekenhuizen deel aan het project.

Navigator voor woon- en zorgcentra ging van start op 1 januari 2005 met 20 deelnemers. Op 1 januari 2011 zijn dat er 26.

#### **6.4.1.6 Timing van feedback**

De gegevens worden telkens per maand verzameld en per kwartaal online naar de databank verstuurd. De deadline voor het invoeren van de data is telkens 6 weken na afloop van een kwartaal. De feedback is 5 werkdagen later online beschikbaar. Dit wil zeggen dat de organisaties voor het 1ste kwartaal van het jaar rapporten krijgen eind mei.

Aangezien voor sommige indicatoren de definities gebaseerd zijn op DRG's, zijn deze gegevens niet tijdig beschikbaar in de ziekenhuizen, aangezien zij wachten op de gegevens van de MKG, nu MZG. Voor de deadline van de invoer voor deze gegevens volgt navigator de deadline van de FOD voor de MZG-gegevens, wat normaal een vertraging van een semester met zich meebrengt.

#### **6.4.1.7 Soorten indicatoren**

De indicatorset bevat voornamelijk ziekenhuisbrede proces- en resultaatindicatoren over de klinische kwaliteit van de zorg. In het totaal bestaat de set voor algemene ziekenhuizen uit meer dan 460 indicatoren, onderverdeeld in 16 domeinen:

- Ziekenhuissterfte
- Decubitus
- Valincidenten
- Bepkeringen van de bewegingsvrijheid door middel van fixatie
- Ongeplande heropname in het ziekenhuis
- Onvoorziene wijzigingen in het zorgproces
- Zorg aan verloskundige patiënten en pasgeborenen
- Zorg aan patiënten op de spoedgevallendienst
- Zorg aan patiënten in dagbehandeling
- Trombo-embolische verwikkelingen
- Infecties
- Transfusiereacties
- Gebruik en distributie van geneesmiddelen
- Antibiotica
- Patiëntveiligheid

- Zorgspecifieke indicatoren

#### **6.4.1.8 Werkwijze**

Deelnemende organisaties worden opgeleid en krijgen een handboek ter beschikking met daarin de beschrijving van alle indicatoren met bijhorende exclusiecriteria, registratieregels en definities. Organisaties kiezen op basis van haalbaarheid, prioriteiten,... voor welke indicatoren ze gegevens zullen verzamelen. Hiervoor worden intern de nodige afspraken gemaakt. De coördinator is verantwoordelijk voor het samenbrengen en het online invoeren van de data.

Tijdens het invoeren van de gegevens wordt de coördinator erop attent gemaakt wanneer hij extreme waarden invoert om te voorkomen dat typefouten of vergissingen in de databank terecht komen. Elk kwartaal worden betrouwbaarheidsvragen gesteld, waarbij aan de hand van fictieve casussen wordt nagegaan of iedereen de indicatoren en definities correct interpreteert.

De organisaties ontvangen feedbackrapporten in pdf en excelvorm. Deze bevatten informatie over de evolutie van de eigen organisatie in de tijd, alsook een vergelijking met de andere organisaties in de databank. Zij kunnen de gegevens op de website verder exploreren en statistische procescontrole doen. Benchmarkresultaten worden pas gegeven wanneer minstens 4 organisaties voor een indicator gegevens hebben ingevoerd. Indien de groep kleiner is, kunnen geen statistische gegevens berekend worden en is de anonimiteit van de organisaties niet meer gewaarborgd.

Gemiddeld registreren de deelnemende ziekenhuizen een 40-tal indicatoren, variërend van 5 tot 110 indicatoren. Om te vermijden dat elk ziekenhuis andere indicatoren registreert en dus geen benchmarking kan worden berekend, werd een gemeenschappelijke set afgesproken met de deelnemende organisaties. Er werd afgesproken dat elke organisatie zoveel mogelijk van deze indicatoren zou opnemen in zijn selectie, zodat men voor deze indicatoren alvast een grote benchmarkgroep heeft. De belangrijkste criteria voor de indicatoren van de gemeenschappelijke set zijn relevantie voor benchmarking en haalbaarheid van registratie. Volgende 15 indicatoren behoren tot de gemeenschappelijke set :

- Totale ziekenhuissterfte
- Ziekenhuissterfte van patiënten met sterfterisico klasse 1
- Ziekenhuissterfte van patiënten met sterfterisico klasse 2
- Totale prevalentie van decubitus
- Prevalentie van decubitus die zich ontwikkeld heeft tijdens de ziekenhuisopname
- Totaal aantal valincidenten
- Valincidenten met verwonding van ernstklasse 3 tot gevolg
- Patiënten met meerdere valincidenten tijdens eenzelfde ziekenhuisopname
- Ongeplande heropname op een dienst voor intensieve zorg
- Aantal interne urgenties

- Vaginale bevallingen na een vroegere keizersnede
- Verblijfsduur van patiënten op de spoedgevallendienst > 8 uur
- Totaal aantal ongeplande opnames in het ziekenhuis na dagbehandeling
- Incidentie van in het ziekenhuis verworven MRSA
- Gebruik van handalcohol voor handhygiëne

De evaluatie van de resultaten gebeurt intern. Tijdens de coördinatorenvergaderingen (2x per jaar) worden ervaringen uitgewisseld en resultaten besproken. Op vraag van de organisaties worden bepaalde thema's behandeld in kleinere groepen in aanwezigheid van de betrokken personen en experts. Zo zijn reeds werkgroepen aan bod geweest rond valincidenten, spoedgevallendienst, intensieve zorgen, keizersnede en inndutie.

Met vragen en opmerkingen kunnen de organisaties steeds terecht op het discussieforum. Tijdens de werkuren krijgen zij ondersteuning van het navigatorteam via telefoon en e-mail.

#### **6.4.1.9 Rapportering/Feedback**

De organisaties ontvangen elk kwartaal informatie over de eigen evolutie in de tijd en een vergelijking met de databank. Deze informatie is beschikbaar in pdf en excel. Met de exploratiefunctie kunnen zij allerhande gegevens opvragen in tabel- en grafiekvorm en aan statistische procescontrole doen. Men kan zich ook vergelijken met een beperkte groep, die dezelfde eigenschappen heeft als de eigen organisatie, bijvoorbeeld op basis van grootte van de organisatie.

Navigator is niet normerend, noch belerend. De evaluatie van de resultaten gebeurt intern.

Voor het jaar 2010 zal een jaarrapport gemaakt worden van de indicatoren van de gemeenschappelijke set.

#### **6.4.1.10 Meerwaarde van het initiatief**

1. éénduidig, gebruiksvriendelijk, gestructureerd en dynamisch systeem
2. snelle feedback
3. sterk netwerk, waarin ervaring uitgewisseld wordt
4. goede ondersteuning

#### **6.4.1.11 Beperkingen van het initiatief**

5. geen normering, evaluatie dient intern te gebeuren
6. deelname op vrijwillige basis, waardoor benchmarkgroep voor sommige indicatoren te klein of beperkt is

#### **6.4.1.12 Perspectieven voor de toekomst**

7. jaarrapporten maken (al dan niet publiek)
8. nauwer samenwerken met artsen
9. meer aandacht voor pathologiespecifieke indicatoren

### **6.4.2 Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven (VznkuL)**

#### **6.4.2.1 Historiek**

In maart 2003 werd door UZ Leuven met negen Vlaamse Ziekenhuizen het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven opgericht.

Ondertussen telt dit netwerk medio 2011: 19 leden. Hierdoor vertegenwoordigt het meer dan 11.000 bedden (37% van de Vlaamse en 20% van de Belgische bedden).

#### **6.4.2.2 Doelstellingen**

Door de ontwikkeling van een duurzaam kennisnetwerk worden volgende doelstellingen nagestreefd met als kerngedachte de gezamenlijke optimalisatie van zorgkwaliteit en performantie van de bedrijfsvoering in alle sectoren door het delen en valoriseren van kennis binnen dit netwerk:

- Een wezenlijke bijdrage te leveren tot de realisatie van een toegankelijk en hoogkwalitatief aanbod van patiëntenzorg in Vlaanderen, volgens de principes van multidisciplinaire, transmurale samenwerking en van onderlinge taakafspraken;
- De creatie van een platform voor hoogkwalitatieve opleiding van studenten en arts-assistenten in opleiding, voor postgraduate vorming en doorstroming van innovaties binnen het netwerk;
- De verdere uitbouw van internationaal gewaardeerd wetenschappelijk onderzoek door een doorgedreven integratie tussen fundamenteel en toegepast onderzoek en een samenwerking tussen de UZ Leuven en de regionale ziekenhuizen, partij bij dit protocol;
- De benutting van opportuniteiten voor samenwerking op het vlak van administratief-logistiek management;
- Een bijdrage te leveren tot de ontwikkeling van een integrale en innovatieve visie op de continue kwaliteitsbewaking en op de structurering en financiering van de gezondheidszorg.

### **6.4.2.3 Opzet**

De doelstellingen worden verder geconcretiseerd in verschillende werkgroepen waarin de leden vertegenwoordigers afvaardigen.

### **6.4.2.4 Auteurs**

- WG Beleidsinformatie: verantwoordelijken managementrapportering
- WG Financieel beleid: financieel directeurs
- WG Hoofdgeneesheren – Voorzitters Medische Raad
- Platform HRM: HRM directeurs
- WG Milieu en Energie: milieucoördinatoren en preventieadviseurs
- WG Technische diensten: verantwoordelijken technische diensten
- WG Verpleegkundig directeurs

### **6.4.2.5 Evolutie deelnemende ziekenhuizen**

Doordat het VznkuL kan bouwen op een netwerk dat reeds negen jaar bestaat, is het vertrouwen onder de leden om met elkaar gegevens uit te wisselen geëvolueerd van anonieme benchmarken naar het openlijk delen van gegevens.

### **6.4.2.6 Timing feedback**

Afhankelijk van de indicatoren is dit maandelijks, per kwartaal of jaarlijks.

### **6.4.2.7 Soorten indicatoren**

Eenzijds worden klinische indicatoren opgesteld, anderzijds performantie-indicatoren voor de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen.

Voor de klinische indicatoren werd gezocht naar internationaal gevalideerde indicatoren die een meerwaarde bieden voor het accrediteringsproces.

### **6.4.2.8 Werkwijze**

De respectievelijke werkgroep bepaalt welke indicatoren ze nuttig vinden voor hun discipline.

Gegevens worden via Excel verzameld.

#### **6.4.2.9 Rapportering / feedback**

Benchmarks zijn tot op heden slechts semi gesystematiseerd.

Lijst indicatoren zijn beschikbaar vanaf 25 mei 2011

#### **6.4.2.10 Meerwaarde van het initiatief**

De indicatoren worden gekozen door de werkgroepen zelf en worden dus niet opgelegd. Dit heeft als meerwaarde dat de betrokkenheid van de leden groot is. Door het vertrouwen tussen de leden wordt er openlijk gesproken over knelpunten in de verschillende processen.

Het proces dat collectief doorlopen werd bij de selectie van de indicatoren én de aansluitende meetcampagne draagt bij tot het ontstaan van een meetcultuur in de betrokken ziekenhuizen. De benchmarking en de open uitwisseling van deze resultaten kan aansluitend een goede basis vormen voor georganiseerde verbeteracties.

#### **6.4.2.11 Beperkingen van het initiatief**

Deelname in de verschillende werkgroepen is nog te vrijblijvend. Idem met het aanleveren van de gegevens.

Voor de leden komt er een werklast bij.

Nog niet geautomatiseerd waardoor feedback nog niet snel genoeg volgt.

#### **6.4.2.12 Perspectieven voor de toekomst**

- Automatisering van de gegevensverzameling
- Automatisering van de gegevensverwerking
- Publicatie op beschermd deel van de website van het VznkuL
- Verbetertrajecten koppelen aan de benchmarks

### **6.4.3 BENCHMARKING CIES**

#### **6.4.3.1 HISTORIEK**

De CIHE – Center of Interdisciplinary studies in Health Economics – geïntegreerd in de school van gezondheidszorg van de UCL begon vanaf 1985 met Marie-Christine Closon en de Professor Francis Roger van de UCL, de eerste benchmark met drie universitaire ziekenhuizen – ULB, UCL en de KUL en een twintigtal vrijwillige ziekenhuizen. Dit initiatief werd tot op vandaag voortgezet en nieuwe

ontwikkelingen zijn vandaag gepland met de Nederlandstalige ziekenhuizen – deze zullen ontwikkeld worden in punt 12.

### **6.4.3.2 DOELSTELLINGEN**

De initiële doelstelling van de Database was de hulp bij analyse en het op punt stellen van een Gezondheidsbeleid. De feedback naar de ziekenhuizen was niet het initiële doel. Het betrof het gezondheidsbeleid te ondersteunen en de ziekenhuizen te helpen om te reageren en te verstaan waarom ze al dan niet gestraft werden. Langzaam aan, met het ontstaan van het KCE, werd de feedback de enige doelstelling van het project.

### **6.4.3.3 ONDERWERP**

De ziekenhuizen communiceren jaarlijks de databank van MKG en de databank van de facturatiegegevens. De databanken zijn die gevalideerd door het Ministerie. Een algemene voorstelling van de resultaten is voorzien voor alle ziekenhuizen maar ze kunnen vervolgens de resultaten tot in de diepte analyseren, dankzij de aangereikte software, en vervolgens terugkeren tot de brute gegevens van de patiënt.

### **6.4.3.4 PROFESSIONELEN**

Marie-Christine Closon verzekerd de directie van het project. Ze wordt geassisteerd door twee onderzoekers die het gehele financieringssysteem kennen sinds meer dan 20 jaar : Isabelle Pouplier en Isabelle Roch.

### **6.4.3.5 DEELNEMERS**

Vandaag nemen 23 ziekenhuizen deel aan de database met volgende karakteristieken:

- 5 universitaire ziekenhuizen – 18 algemene ziekenhuizen
- 16 privé ziekenhuizen – 7 publieke ziekenhuizen

De totaliteit vertegenwoordigt meer dan 600.000 verblijven waaronder 67 % voor de algemene ziekenhuizen en 33 % voor de universitaire ziekenhuizen. De publieke ziekenhuizen vertegenwoordigen 34 % van de verblijven en de privé ziekenhuizen 66 %.

Deze ziekenhuizen zijn overwegend Franstalig maar we vinden er enkele Nederlandstalige ziekenhuizen zoals de universitaire ziekenhuizen van Gent en Antwerpen terug.



De deelname is betalend in functie van het aantal verblijven van het ziekenhuis, deze dekt nauwelijks de financiering van de twee onderzoekers die halftime aan het project werken.

#### **6.4.3.6 TIMING**

De timing volgt de validatie van de database door het Ministerie. Zo zal de volgende database die geanalyseerd zal worden, die met de gegevens van 2009 zijn. Deze zal gevalideerd worden in september door het Ministerie. Ze zal opeenvolgend bewerkt worden, eind 2011, om begin 2012 gepresenteerd te worden aan de ziekenhuizen.

#### **6.4.3.7 TYPE INDICATOREN**

De volgende feedback worden gecommuniceerd:

Feedback MKG:

- 1 Verantwoorde activiteit
- 2 Gestandaardiseerde verblijfsduur
- 3 Gestandaardiseerd sterftecijfer

Feedback MKG – MFG

- Periode en belangrijkste uitgaveposten van de klassieke hospitalisatie
- Uitgave aan medicatie per ATC1 categorie
- Verspreiding, distributie en standaardisatie van het daghospitalisatie percentage

Pharmachallenge : forfaitarisering van de medicatie

De niveaus van desaggregeren van de feedbacks zijn voorgesteld:

- a. Ziekenhuis
- b. Heelkundige/medische casus
- c. Heelkundige/medische specialiteiten
- d. APRDRGs
- e. APRDRGs per severity
- f. APRDRGs per severity en per leeftijdscategorie
- g. ziekenhuisverblijf

### 6.4.3.8 METHODOLOGIE

Het team van Professor Closon was een pionier in het ontwikkelen van de methodologiën die vervolgens opgevolgd werden door andere initiatieven:

- APR-DRG
- Outlier
- Beperkingen
- Lijst van medicatie, uit te sluiten...

### 6.4.3.9 FEEDBACK

De feedbacks worden jaarlijks gecommuniceerd. Ze worden altijd verbonden met een hervorming van de financiering. Hieronder, voor het geheel van de geleverde indicatoren, de betrokken hervormingen van de financiering:

Feedback MKG:

- 4 Verantwoorde activiteit – Hervorming Verantwoorde activiteit
- 5 Gestandaardiseerde verblijfsduur - Hervorming Verantwoorde activiteit
- 6 Gestandaardiseerd sterftecijfer – Algemene hervorming tussen de ziekenhuizen

Feedback MKG – MFG

- Periode en belangrijkste uitgaveposten van de klassieke hospitalisatie – Referentiecijfer + Algemene hervorming tussen de ziekenhuizen
- Uitgave aan medicatie per ATC1 categorie – Hervorming forfaitarisering van de apotheek + Algemene hervorming tussen de ziekenhuizen
- Verspreiding, distributie en standaardisatie van het daghospitalisatie percentage – Hervorming Verantwoorde activiteit + Algemene hervorming tussen de ziekenhuizen

Pharmachallenge: forfaitarisering van de medicatie – Hervorming forfaitarisering van de apotheek

### 6.4.3.10 MEERWAARDE VAN HET INITIATIEF

De essentiële waarde van het initiatief is de ziekenhuizen te helpen in het verstaan van hun problemen voor het vinden van oplossingen. Op basis van knipperlichten die bijvoorbeeld een te hoge uitgave aanduiden, kunnen ze een diepere analyse uitvoeren en de oorsprong van het probleem vinden.

In vergelijking met de andere initiatieven, is een belangrijke meerwaarde, het uitgebreide valideren van de database alvorens de resultaten verzonden worden naar de ziekenhuizen. De resultaten worden behandeld nadat de databank opgestuurd en gevalideerd werd door de FOD. Er gebeurt een complementaire

validatie op deze databank. Dit maakt deel van de wetenschappelijke aanpak die in dit project van stand is, sinds het begin van het initiatief.

#### **6.4.3.11 BEPERKINGEN VAN HET INITIATIEF**

De essentiële moeilijkheden bestaan uit het afwezig zijn van duidelijke regels en de mogelijkheid van de ziekenhuizen om hun begingegevens op te sturen. Een andere beperking is de consequentie van het wachten op het proces van valideren van de FOD, die de tijd aanzienlijk verlengt voor het behandelen van de gegevens.

#### **6.4.3.12 PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST**

Een nieuwe VZW zal opgestart worden, die de ziekenhuizen, die deel uitmaken van het project, zullen groeperen met de 46 Nederlandstalige ziekenhuizen van de Matrixgroep die initieel opgestart werd door ACC – Administratief Centrum Caritas.

Dankzij dit belangrijker geheel, kunnen schaalvoordelen behaald worden en kunnen er belangrijkere middelen vrijgemaakt worden. Zo zal het mogelijk worden om de onderzoekers te bestendigen, nieuwe tools te ontwikkelen en de opleiding in de ziekenhuizen te verzekeren.

Deze nieuwe structuur zal bestaan uit een Administratieraad en een Ethische Commissie om zeker te zijn dat alles conform is met de veiligheid van de gegevens, respect voor privacy voor het wetenschappelijke en ethische gebruik van de gegevens.

De onderzoekers wensen – zoals in het verleden – een belangrijker samenwerking met de FOD, een samenwerking die vruchtbaarder zou kunnen zijn voor de beide partijen dankzij het hoge bereikte niveau van expertise.

## **6.5 Privé benchmark initiatieven**

### **6.5.1 BENCHMARK MAHA**

#### **6.5.1.1 HISTORIEK**

De studie werd in het begin opgestart door de bank BACOB in 1993 en vervolgens overgenomen na de fusie met de Dexia bank in 2002.

#### **6.5.1.2 DOELSTELLINGEN**

MAHA (*Model for Automatic Hospital Analyses*) is een analysemodel voor **financiële gegevens en voor enkele activiteitsgegevens** van het totaal van de Belgische ziekenhuizen. Het betreft drie sectoren: de algemene ziekenhuizen, de universitaire ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen die deel uitmaken van drie afzonderlijke studies. Het gaat eerst over een interne studie waarvan de synthese van de drie studies gepubliceerd is op de site van Dexia.

#### **6.5.1.3 ONDERWERP**

De ziekenhuizen communiceren individueel hun gegevens die ze verkrijgen van FINHOSTA of van de boekhouding. Het MAHA model bevat valideringschecks van de gecommuniceerde gegevens. Op basis van de gegevens worden drie types van diensten voorgesteld aan de ziekenhuizen: algemene resultaten voor de totaliteit van de ziekenhuizen – individuele positionering voor ieder ziekenhuis en financiële simulatie (cfr punt 9 voor meer details).

#### **6.5.1.4 PROFESSIONELEN**

De studie wordt gerealiseerd door het departement research van de bank die een klein tiental personen betreft onder de directie van Frank Lierman, chief economist.

### **6.5.1.5 DEELNEMERS**

De deelname van de ziekenhuizen evolueerde gradueel door de jaren om de dag van vandaag een deelnemingsgraad van 100% voor de algemene en universitaire ziekenhuizen te bereiken en 80% voor de psychiatrische ziekenhuizen. Het adhesiepercentage aan het initiatief gebeurde progressief en er is vandaag een algemene samenloop.

### **6.5.1.6 TIMING**

De studie wordt jaarlijks gerealiseerd sinds een vijftiental jaren. De resultaten zijn beschikbaar, 9 maand na het einde van de boekhoudkundige oefening, voor de algemene ziekenhuizen en 11 maand voor de universitaire en psychiatrische ziekenhuizen.

De verwerkingstijd is dus zeer snel aangezien de meeste ziekenhuizen hun rekeningen sluiten op het einde van de semester en ze vervolgens aan Dexia communiceren. Dankzij een geautomatiseerde verwerking, gedurende de verlofmaanden, kunnen de resultaten in september gepresenteerd worden.

### **6.5.1.7 TYPE INDICATOREN**

De volgende indicatoren worden gepresenteerd (opsomming is illustratief en niet limitatief):

- Postes van de balans en van de resultaatrekening
- BFM + ontleding
- Verschillende personeelsstatistieken: aantal en kost FTE/bed/dienst...
- Twee investeringsratio's: de continuïteit van de investeringen of de meting waarin de nieuwe investeringen toelaten om de oude te compenseren en de leeftijd van de investeringen die toelaat om de veroudering te analyseren
- De ratio's van de balans en resultatenrekening van het type liquiditeit, solvabiliteit en rentabiliteit
- De MARIBEL statistieken van het personeel
- De activiteitsratio's per dienst (dagen, verblijfsduur, bezettingsgraad ...)
- Test op vier criteria solvabiliteit, liquiditeit, cash flow, continuïteit van de investeringen en analyse van de evolutie van het aantal ziekenhuizen één, twee, drie of vier criteria beantwoord

### 6.5.1.8 METHODOLOGIE

Een vragenlijst wordt opgestuurd naar de ziekenhuizen, die ze moeten invullen voor juli – augustus. De ziekenhuizen moeten deze vragenlijst invullen in het kader van een schema dat specifiek voor de studie ontwikkeld werd. Deze resultaten worden onmiddellijk in het basismodel ingegeven, op basis waarvan slides geproduceerd worden, die gecommuniceerd worden tijdens de maand september. Het MAHA model bevat valideringschecks voor de coherentie van de gecommuniceerde gegevens maar voert geen vergelijking uit met betrekking tot andere officiële bronnen van publicatie.

### 6.5.1.9 FEEDBACK

Drie types van feedback worden vandaag aangeboden, vertrekkend van de studie:

- Dienst van 1 – Twee sessies van presentaties waarin de resultaten, FR en NL gescheiden, worden ieder jaar op het einde van de maand september georganiseerd voor de algemene ziekenhuizen na een persconferentie. Deze presentatiesessies betreffen de resultaten van het voorafgaande jaar, dat een snelle output geeft, wetende dat de algemene vergaderingen van de ziekenhuizen, in de eerste semester van het jaar gehouden worden. Aan het einde van de conferentie, worden slides met de evoluties op nationaal niveau aan de deelnemers overhandigd. Enkele verschillen publiek/privé of regionaal worden aangehaald tijdens de conferentie maar worden niet geïntegreerd in de slides die verspreid worden en die enkel de nationale gegevens bevatten. Presentatiesessies hebben stand gedurende de laatste trimester van het jaar voor de universitaire en psychiatrische ziekenhuizen. Enkel een samenvatting van de resultaten is beschikbaar op de site. Deze dienst is totaal gratis.
- Dienst van type 2 – Een individuele positionering van ieder ziekenhuis wordt voorgesteld op basis van de individuele geuite wensen (publiek/privé, Wallonië ...). De resultaten worden hetzij enkel individueel opgestuurd hetzij voorgesteld aan de administratieraad. Deze tweede type van dienst is een commerciële aanpak en kost minder dan 1000 euros. Ongeveer 40 % van de ziekenhuizen nemen deel aan deze dienst en het aantal loopt ieder jaar op.
- Dienst van type 3 – Een simulatie van de financiële situatie van de instelling voor de komende dertig jaar wordt eveneens uitgevoerd tijdens grote investering- en bouwprojecten op basis van het model

MAHASIM. Hier gaat het over een werk op lange termijn, betalend en dit is niet direct in het kader van de MAHA studie.

#### **6.5.1.10 MEERWAARDE VAN HET INITIATIEF**

- Voor de ziekenhuizen: positionering in vergelijking met de gehele sector, individuele positionering, networking tijdens de dagen van seminari
- Voor de bank: goede kennis van het risico van het toekennen van leningen aan de sector, imago en loyaliteit, directe contacten met de beslissingsnemers en de administratieraden.

#### **6.5.1.11 BEPERKINGEN VAN HET INITIATIEF**

Het project wordt uitgevoerd op professionele en snelle manier. De essentiële beperking is in het privé-karakter van het initiatief dat de ziekenhuizen zou kunnen ontnemen van een cruciaal instrument in het geval dat de bank zou beslissen deze dienst niet meer te leveren en die de publieke autoriteiten niet verzekerd om deze techniek van het proces te beheersen. Anderzijds, aangezien de gegevens zó worden verzameld, laten ze een fijnere analyse, die diepgaande discussies vereisen, niet toe tussen de ziekenhuizen over de imputtechnieken die kunnen variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis.

#### **6.5.1.12 PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST**

De doelstelling is de actuele dimensie te behouden van het project gefocust op heel België en zich niet te engageren tot dimensies met meer regionaal karakter of in samenwerking met andere professionelen.

Het departement doet ook studies over rusthuizen (Mara model), over de gehandicapten en over de vergrijzing van de instelling met een informatie van de gemeenten om de evolutie van de vergrijzing te analyseren. DEXIA France voert studies uit met HOPE, die de evolutie van de investering en de immobilia in Frankrijk volgt.

## 6.5.2 BENCHMARKING 3M

### 6.5.2.1 HISTORIEK

3M heeft een belangrijke activiteit ontwikkeld in de Belgische ziekenhuissector door het verkoop van gespecialiseerde software aan de ziekenhuizen gekoppeld met de financiering per pathologie. Deze belangrijke ontwikkeling van de activiteit was volgend op het gebruik van de FOD van het 3M model voor het op punt stellen van het financieringssysteem

De verkoop van licenties was met betrekking tot drie producten:

- **3M™ Coding and Grouping – geïntegreerde** software dat het ziekenhuis helpt bij alle aspecten van het coderingsproces. Het laat toe om te werken met regels en ICD-9-CM terminologie dankzij een software die alle coderingsregels integreert en de opgelegde richtlijnen door het Ministerie van Gezondheidszorg **3M™ Data Quality Editor**
- **3M™ Data Quality Editor** maakt het mogelijk aan de codeurs om 100 % van hun patiëntendossiers te bekijken, en vroegtijdig al de complianceproblemen op te sporen.
- **3M™ PARM** Software software voor analyse, grafieken, boordtabellen, simulaties, kostenberekening, klinische consistentie van de patiëntgegevens.

De dienst van benchmark werd ontwikkeld door 3M in de continuïteit en de verlening van de verkoop van hun produkten. Het bestaat in België sinds 2006.

### 6.5.2.2 DOELSTELLINGEN

De doelstelling van benchmark is het leveren van gestandaardiseerde rapporten, vertrekkend van databases van MKG gegevens, aan de artsen en de beleidsmensen om hun toe te laten de evolutie te analyseren van hun situatie in vergelijking met de vorige jaren en zich te vergelijken tegenover andere ziekenhuizen.

### 6.5.2.3 ONDERWERP

Drie rapporten worden, twee maal per jaar, opgesteld en aan de ziekenhuizen geleverd. Deze rapporten worden elk jaar verbeterd door het toevoegen van aanvullende statistieken

- Een algemeen rapport waar de kwaliteitsprocessen werden toegevoegd
- Een rapport referentiewaarden



- Een rapport apotheek

Het betreft een betalende dienst in functie van de karakteristieken van het ziekenhuis en het gebruik van de 3M software.

#### **6.5.2.4 AUTEURS**

Een toegewijde equipe van het bedrijf 3M verzorgt het opstellen het neerschrijven van het rapport.

Het laatste rapport dateert van 25.11.2010 en is medeondertekend door A. Claeys, C. Licoppe, J. Heylen, D. Vaneeckoute, K. Moerenhout.

#### **6.5.2.5 DEELNEMERS**

Vijftig ziekenhuizen nemen vandaag deel aan de algemene benchmark, dat overeen komt met 47 % van de acute ziekenhuizen (51 sur 109) en 44 % van de bedden (23000 bedden op 52305 lits). Dat betekent meer dan 6 miljoen patiënten op 4 jaar.

Achtentwintig ziekenhuizen nemen deel aan het rapport apotheek en referentiewaarden.

#### **6.5.2.6 TIMING**

Er worden twee feedbacks georganiseerd per jaar: een eerste feedback in de maand mei die de MKG gegevens aangaat van de eerste semester van het voorgaande jaar en een feedback in de maand november aangaande de gegevens van de tweede semester van het voorgaande jaar.

De overdracht van de databanken van de ziekenhuizen aan 3M mag gebeuren tot één maand voor de productie van het rapport, hetzij in april voor het rapport voorgesteld in mei. In principe moeten deze databanken gecommuniceerd worden voor eind maart/begin april.

#### **6.5.2.7 TYPE INDICATOREN**

Algemeen rapport

- Grootte en structuur
- Evolutie van de case-mix
- Analyse van de codificatie (aantal diagnoses en procedures per MKG of per APR-DRG, codificatiekwaliteit)
- Kwaliteit en performantie indicatoren (AHRQ indicatoren en 3M indicatoren, inclusief het sterftcijfer, de heropnames en de mogelijk voorzienbare complicaties). Sommige indicatoren zijn identiek aan die van de geïntegreerde feedback.

- Evaluatie verblijfsduur / aantal verantwoorde bedden
- APRDRG's die het meeste middelen verbruiken

#### Apotheek

- Profiel van het ziekenhuis (voorbeeld: verbruik in de verschillende ATC categorieën; TOP5 van de meest verlieslatende DRG's, TOP20 van de hoogste verbruiken)
- Berekening van de enveloppe
- Kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld de relevantie van de behandeling voor de patiënten die vertrekken)

#### Referentiewaarden

- Groepsprofiel
- Berekening van de te recuperen en terug te betalen sommen
- Potentieel impact van het statuut van een outlier op de resultaten

### **6.5.2.8 METHODOLOGIE**

De ziekenhuizen communiceren dezelfde databank, aan 3M, als ze voorbereid werd voor het Ministerie: ze communiceren ze in de actuele staat van zijn, dat betekend dat sommige ziekenhuizen nog niet volledig de codering gefinaliseerd hebben en dat het nog mogelijk zal zijn na de presentatie van de resultaten om aanpassingen te doen vooraleer de definitieve gegevens naar de FOD opgestuurd worden.

Algemeen gezien worden de gegevens zo gebruikt als dat ze opgestuurd worden maar voor bepaalde statistieken worden er aanpassingen gedaan zodat de vergelijkbaarheid, bijvoorbeeld verwijdering van wat heel zwaar is (hartchirurgie) of lichter is (materniteit).

### **6.5.2.9 FEEDBACK**

Twee vergaderingen van één dag worden georganiseerd per jaar voor de presentatie van de resultaten aan het geheel van de deelnemers. De resultaten worden onder drie vormen voorgesteld: rapporten / powerpoint presentaties / data. Ze bevatten algemene resultaten –de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van zijn resultaten en de ideale norm van best practice. De ziekenhuizen gebruiken ze vervolgens voor de interne presentaties, aan de directieraad, de MKG cel, aan diensthoofden ...

#### **6.5.2.10 MEERWAARDE VAN HET INITIATIEF**

Ze laat toe, aangezien de snelle feedback van de analyse van de indicatoren, ze te begrijpen en binnen een korte tijdsduur verbeteracties in te voeren. Deze acties kunnen gaan over een te zwak activiteitsvolume, slecht gevaloriseerd of slecht vermeld. Ze kan eveneens gaan over een codering die niet op optimale wijze uitgevoerd werd. De analyse van het geheel van de vroegere, al geconsolideerde, oefeningen laat toe zich te positioneren in vergelijking met een trend.

Het betreft een nuttige informatie voor de manager maar ook voor de arts. De artsen appreciëren de eenvoud en het onmiddellijk verstaanbaar zijn van de gebruikte indicatoren. De precieze positionering/classement van het ziekenhuis lijkt operationeler dan de kloof in vergelijking met het gemiddelde waar men tamelijk ver moet zijn om slecht gerankt te zijn. De best practice lijkt duidelijker dan het betrouwbaarheidsinterval.

#### **6.5.2.11 BEPERKINGEN VAN HET INITIATIEF**

Enkel de helft van de Belgische ziekenhuizen neemt deel aan dit initiatief. Het is volledig in de handen van een particuliere onderneming en zou bais kunnen opleveren in de codering veroorzaakt door de vergelijking gemaakt voor de overdracht van de databases van de definitieve gegevens aan de FOD.

Anderzijds is het valideringsproces niet ontwikkeld aangezien de Database gebruikt wordt voor de validering door het Ministerie en het proces is zeer geautomatiseerd om de resultaten te bekomen binnen een korte tijdsduur.

#### **6.5.2.12 PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST**

Bij iedere sessie breidt de kern zich steeds meer uit. Indien de deelnemers een statistiek niet relevant vinden, wordt deze verlaten. Het idee voor de toekomst is het ontwerpen van homogene ziekenhuisgroepen om benchmark uit te voeren in ieder groep.

### **6.5.3 Zorgdata – STUDIECENTRUM GEZONDHEIDSZORG (ATHENA)**

#### **6.5.3.1 Historiek en doelstellingen**

De vzw Studiecetrum Gezondheidszorg werd opgericht in 1992 en is een onafhankelijke organisatie die haar activiteiten uitsluitend richt op de sector van de gezondheidszorg en de welzijnszorg.

De oorspronkelijke doelstelling betrof het op wetenschappelijke basis verrichten van studiewerk voor deze sectoren. Naderhand breidde het Studiecentrum zijn activiteit uit met de organisatie van vorming.

In 1997 startte het Studiecentrum Gezondheidszorg met een derde kernactiviteit, namelijk dataverwerking. Het project kreeg de naam Zorgdata en heeft als doel ziekenhuizen ondersteuning te bieden bij de ontwikkeling en de implementatie van toepassingen om pathologie-informatie te bewerken en informatie te genereren met het oog op beheers- en beleidsbeslissingen. Daartoe werd een databank opgericht waaruit de deelnemende ziekenhuizen informatie kunnen betrekken m.b.t. hun eigen werking in vergelijking met de globale sector en/of andere individuele ziekenhuizen. In eerste instantie werd in 1997 gestart met verwerking van minimale verpleegkundige gegevens (MVG), in 1998 gevolgd door verwerking van minimale klinische gegevens (MKG). In 2001 werd ook een databank opgezet van minimale geneesmiddelen gegevens (MGG), en werd de koppeling tussen MKG en MVG ontwikkeld.

### **6.5.3.2 Opzet**

De projecten MVG, MKG en MGG baseren zich in eerste instantie uiteraard op de methodologie waarmee de overheid deze gegevens gebruikt in de financiering van de ziekenhuizen. Daarnaast wordt er ook getracht om informatie terug te koppelen op een hoger niveau van detail of op andere vlakken dan diegene die van belang zijn voor de financiering (beleid van het ziekenhuis, kwaliteit,...).

De projecten worden in wezen “gestuurd” door de deelnemende ziekenhuizen. Per applicatie wordt er driemaandelijks een overlegmoment voorzien, waarbij de bespreking van mogelijke aanpassingen of aanvullingen van de feedback aan bod komt.

### **6.5.3.3 Auteurs**

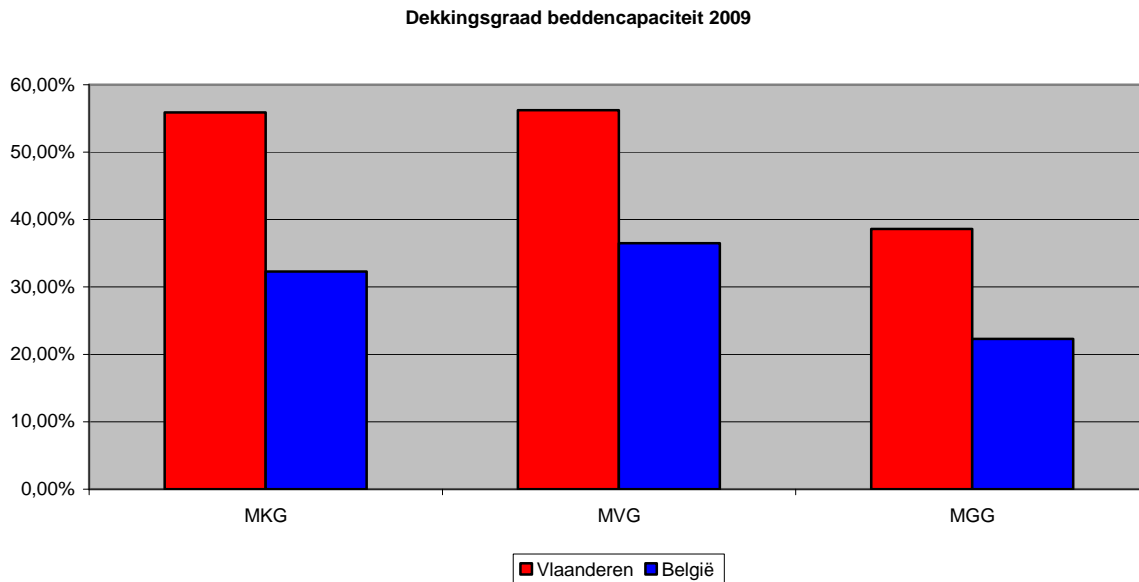
Momenteel zijn er binnen het Studiecentrum Gezondheidszorg, naast de zaakvoerder Dr. Stevens, 3 personeelsleden werkzaam. Linda Ludikhuyze en Tom Avermaete staan in de voor de inhoudelijke en technische uitwerking van de projecten MVG, MKG en MGG. Martine Dehennin verzorgt de administratieve ondersteuning.

### **6.5.3.4 Evolutie van het aantal deelnemende ziekenhuizen.**

Het aantal deelnemende ziekenhuizen varieert naargelang de applicatie. MVG, MKG en MGG worden aangeboden als afzonderlijke pakketten. Ziekenhuizen hoeven dus niet noodzakelijkerwijs aan alle projecten deel te nemen.

Het project MVG startte in 1997 met een 16-tal deelnemers, MKG in 1998 met een 12-tal deelnemers. Het aantal deelnemende ziekenhuizen is sindsdien sterk toegenomen tot een maximum in 2005/2006. In 2007 is het aantal deelnemers terug een beetje

gedaald, mede door fusies binnen de deelnemende ziekenhuizen. De procentuele dekking van de beddencapaciteit in Vlaanderen en België is echter min of meer stabiel gebleven sinds 2007. Onderstaande figuur toont deze procentuele dekking van de beddencapaciteit in Vlaanderen en België voor de verschillende applicaties voor het jaar 2009.



### 6.5.3.5 Timing van de feedback

Het primaire doel is altijd geweest om de ziekenhuizen te voorzien van zo recent mogelijke informatie om hun beleid te sturen.

De feedback van MVG (momenteel VG-MZG) wordt om die reden met dezelfde frequentie als diegene waarmee de gegevens geregistreerd dienen te worden (per kwartaal) aangemaakt en verstuurd naar de ziekenhuizen. De gegevens worden telkens opgevraagd drie maanden na het afsluiten van de registratieperiode, *i.e.* de gegevens van het vierde kwartaal 2010 (1/15-december 2010) werden opgevraagd tegen 15 maart 2011. De ziekenhuizen ontvangen de feedback binnen de twee weken à 1 maand.

Na het afsluiten van een volledig registratiejaar wordt er tevens ook nog een jaarfeedback voorzien.

De feedback van MKG (momenteel MG-MZG) wordt drie keer per jaar aangemaakt: één per semester en één voor het volledige kalenderjaar (of het jaar dat door de FOD gebruikt wordt voor de financiering). De gegevens worden in principe acht maanden na het afsluiten van de registratieperiode opgevraagd. De ziekenhuizen ontvangen de feedback opnieuw binnen 2 weken à 1 maand. Omdat tal van ziekenhuizen in de loop van de laatste jaren een grote achterstand in het coderen van de MKG-gegevens opgelopen hebben, wordt het steeds moeilijker om de gestelde “deadlines” te handhaven. In het geval van MKG moet er dus steeds een afweging gemaakt worden

tussen een voldoende grote pool en het terugkoppelen van recente informatie. Aan MKG zijn een aantal andere verwerkingen verbonden die éénmaal per jaar gratis aan de deelnemende ziekenhuizen aangeboden worden: marktanalyse, regio-analyse en analyse van de referentiebedragen (voor zover de ziekenhuizen de hiervoor noodzakelijke gegevens aanleveren).

De feedback van MGG wordt twee keer per jaar aangemaakt. Facturatiegegevens van geneesmiddelen zijn doorgaans vrij snel beschikbaar. Vermits zij voor verwerking echter gekoppeld moeten worden aan de MKG gegevens, volgt de feedback van MGG de sequentie van de MKG-feedback.

### **6.5.3.6 Soorten indicatoren**

Binnen de verschillende projecten wordt er getracht om indicatoren mee te geven die op verschillende vlakken van belang kunnen zijn voor het beleid van een ziekenhuis. In eerste instantie performantie-indicatoren die gebaseerd zijn op het gebruik van de betreffende gegevens voor de financiering van de ziekenhuizen. In tweede instantie een aantal indicatoren die de kwaliteit van registratie/zorg in beeld moeten brengen. Daarnaast wordt er recentelijk ook meer en meer aandacht besteed aan indicatoren die de evolutie binnen het eigen ziekenhuis in vergelijking met de pool in beeld kunnen brengen.

### **6.5.3.7 Werkwijze**

Voor MVG en MKG hebben wij ons altijd gebaseerd op de officiële txt-bestanden zoals ze ook naar de FOD Volksgezondheid gestuurd moeten worden. Vermits deze bestanden dienden te voldoen aan een voorafgedefinieerde bestandsstructuur en gecontroleerd werden op de PortaHealth, werden geen bijkomende controles uitgevoerd. De binnengekomen bestanden werden opgeslagen op de data-server. Dit proces werd administratief opgevolgd en indien nodig werden rappels voorzien.

Sinds de overgang naar MZG lopen wij zover voor op de deadlines van de FOD, dat wij de voorbije jaren op “ongecontroleerde” bestanden gewerkt hebben. Bovendien waren in de beginfase van VG-MZG tal van ziekenhuizen niet in staat om de bestandsstructuur zoals opgelegd door de FOD aan te leveren. In dit geval hebben wij de ziekenhuizen toegestaan om ook andere bestanden op te sturen, indien een duidelijke omschrijving van de lay-out werd voorzien. Deze bestanden worden eerst en vooral gecontroleerd op structuur en volledigheid. Inhoudelijk wordt nagegaan of de nodige structuurgegevens van het ziekenhuis aanwezig zijn en of er voor alle variabelen “toegelaten” waarden geregistreerd worden. Ook het samen voorkomen van “exclusieve” items wordt gecorrigeerd.

### 6.5.3.8 Rapportering/Feedback

De feedbacks voor de verschillende applicaties zijn zeer gelijkaardig opgebouwd. Voor elk van de applicaties wordt een html-overzicht voorzien van waaruit via links de verschillende tabellen en figuren eenvoudig geraadpleegd kunnen worden. De verwerking van de gegevens gebeurt in SAS vanwaaruit XML-output gegenereerd wordt. Via XLS worden excel-tabellen aangemaakt, voorzien van de nodige lay-out. Voor MKG en MGG worden naast de normale feedback, ook een aantal ruwe databestanden aangeleverd die door de ziekenhuizen rechtstreeks in de interne databank opgeladen kunnen worden. Bovendien is er ook een applicatie voorzien waarmee de XML-bestanden op een snelle en interactieve manier grafisch geanalyseerd kunnen worden.

#### MKG (MG-MZG)

De grote onderdelen van de MKG-feedback zijn de volgende:

- Financieel
- Klinisch
- Kwaliteit
- Audit
- Intensieve Zorgen
- Medische daghospitalisatie
- Spoed
- Evolutie

Voor de financiële output worden de gegevens verwerkt volgens de methodologie zoals beschreven in de wet op de ziekenhuisfinanciering. Naast het gebruik van de meest recente nationale referentie, wordt hier ook de vergelijking gemaakt met de Zorgdata referentie, die meestal toch anderhalf jaar recenter is dan de nationale. Op verschillende niveaus (globaal, APR-MDC, APR-DRG, severity index, leeftijdsgroep, specialisme) wordt de performantie gemeten op basis van het verschil (absoluut of relatief) tussen het aantal gefactureerde dagen/bedden en het aantal verantwoorde dagen/bedden. Oneigenlijk klassieke hospitalisatie en chirurgische daghospitalisatie vormen hier een onderdeel. In boordtabellen per specialisme en per arts worden een aantal kengetallen samengebracht die moeten toelaten om zich snel een beeld te vormen van de performantie en eventuele “probleemgebieden” te detecteren.

Voor de klinische output worden de ziekenhuizen op dezelfde niveaus als hierboven vernoemd vergeleken qua effectieve ligduur, los van alle financieringsregels.

De output kwaliteit en audit laten ziekenhuizen toe een aantal indicatoren op te volgen die een beeld kunnen geven van de kwaliteit van de zorg/registratie.

De output Intensieve Zorgen berekent de NpercIZ, zoals deze door de FOD gebruikt wordt in de financiering van de ziekenhuizen.

Ook op spoed en medische daghospitalisatie dient MKG geregistreerd te worden hoewel deze gegevens nergens gebruikt worden in de financiering van de ziekenhuizen. Op basis van een aantal frequentietabellen kunnen de ziekenhuizen

hun eigen evolutie op deze vlakken opvolgen en zich positioneren ten opzichte van de overige ziekenhuizen in de pool.

In het onderdeel evolutie wordt getracht een beeld te geven van de evolutie van het eigen ziekenhuis en de pool over de laatste vijf jaren, zowel globaal voor het ziekenhuis als per specialisme.

### MVG (VG-MZG)

De grote onderdelen van de MVG-feedback zijn de volgende:

- Resultaten eigen ziekenhuis
- Trimestriële vergelijking
- Interziekenhuisvergelijking

De parameters die gevolgd worden binnen MVG zijn minder talrijk dan bij MKG. Enerzijds wordt gekeken naar de % scoreverdeling per item, hetzij voor alle verpleegeenheden van één ziekenhuis in vergelijking met het resultaat voor de overeenkomstige kenletter voor de hele Zorgdata pool, hetzij voor één kenletter de vergelijking tussen de verschillende individuele ziekenhuizen.

Verder worden volgende indicatoren opgevolgd, zowel intra-ziekenhuis over de verschillende trimesters heen als interziekenhuis: het aantal zorgperiodes, het aantal gescoorde items per zorgperiode, het aantal KCE-punten per zorgperiode en het aantal WIN-uren per zorgperiode. De twee laatste parameters zijn een indicatie voor de zorgzwaarte vermits zij gebruik maken van een conversie op basis van het "gewicht" dat aan de verschillende verpleegkundige activiteiten wordt toegekend.

Tenslotte worden op verschillende niveaus (globaal, per kenletter, per verpleegeenheid) en gebruik makend van verschillende referenties (referentie per kenletter, referentie eigen ziekenhuis) vingerafdrukken aangemaakt. Vingerafdrukken zijn staafgrafieken die in één oogopslag een beeld geven van het zorgprofiel van een betreffende afdeling/kenletter in vergelijking met de gekozen referentie. Uitwijkingen naar links op de staafgrafiek tonen aan dat de betreffende zorg minder wordt uitgevoerd dan in de referentie en vice versa voor uitwijkingen naar rechts. In een meer geavanceerde vorm wordt op deze manier ook een interziekenhuisvergelijking aangereikt zodat elk ziekenhuis zich voor elke verpleegkundige activiteit exact kan positioneren binnen de groep van Zorgdata ziekenhuizen.

### MGG

De MGG feedback bestaat uit de analyse van het volledig verbruik van geneesmiddelen voor alle klassieke en daghospitalisaties enerzijds en de analyse van het verbruik van geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering voor de klassieke hospitalisaties vallen anderzijds.

Deze analyses worden gemaakt voor de volgende categorieën :

- Ziekenhuis
- APR-MDC
- APR-DRG



- Severity index
- ATC2
- ATC4
- Product

Deze categorieën worden ook gecombineerd, zodat een meer diepgaande analyse mogelijk wordt. Op de meeste van deze dieperliggende niveaus is evenwel geen vergelijking mogelijk met andere ziekenhuizen.

In alle analyses wordt men vergeleken met de Zorgdata pool, voor een aantal analyses op een hoger niveau kan men zich ook vergelijken met de nationale gegevens van het laatst beschikbare jaar.

In de analyse met betrekking tot het geneesmiddelenforfait worden bovendien ook resultaten gegenereerd per arts, per arts-product en per arts-verblijf-product.

### **6.5.3.9 Meerwaarde van het initiatief**

Voor de verschillende applicaties, maar vooral voor MKG en MGG, is er steeds geprobeerd om binnen één systeem en op dezelfde gestructureerde manier, zowel overzichts-informatie als informatie op een zeer groot niveau van detail te voorzien. De uitbreiding tot op het niveau van het specialisme en de individuele arts wordt door een aantal ziekenhuizen als een grote meerwaarde beschouwd.

Een tweede meerwaarde van het initiatief is altijd de snelheid geweest waarmee ziekenhuizen over recente informatie konden beschikken om hun beleid te sturen. Zoals boven vermeld moet er omwille van de achterstand van bepaalde ziekenhuizen, meer en meer de afweging gemaakt worden tussen dit voordeel en het behoud van de grootte/stabiliteit van de poolgegevens.

Tenslotte kan Zorgdata, als klein bedrijf, zeer klantgericht en flexibel werken, wat in vergelijking tot grotere initiatieven een voordeel kan zijn.

### **6.5.3.10 Beperkingen van het initiatief**

Kleine pogingen werden al ondernomen om onze initiatieven uit te breiden naar Wallonië, maar dat blijkt als kleine Vlaamse vzw niet zo eenvoudig. Er werken, sinds enkele jaren een paar Waalse ziekenhuizen mee aan MVG, maar zij blijven een sterke minderheid.

### **6.5.3.11      Perspectieven voor de toekomst**

In eerste instantie wenst Zorgdata zich vooral toe te leggen op de continue verbetering/verfijning van de bestaande applicaties. Verdere integratie van de verschillende feedbacks en de toepassing van nieuwe technologieën in de presentatie en het aanleveren van de gegevens staan hierbij centraal.

## **6.5.4 MATRIX – PARTEZIS**

### **6.5.4.1 Historiek**

Opstart van Matrix situeert zich in 1998 vanuit de bekommernis van een groep ziekenhuizen om het effect te kennen van de overgang van AP-DRG naar APR-DRG op de PAL/NAL berekeningen.

Even verduidelijken : de PAL/NAL berekeningen betreffen het mechanisme dat door de FOD Volksgezondheid gebruikt werd om ziekenhuizen die de patiënten, rekening houdend met hun pathologie, 'te lang' hielden te penaliseren (PAL) en de ziekenhuizen die 'efficiënt' werkten (kortere ligduur, rekening houden met de pathologie) te belonen (NAL). Om de pathologie te meten werd het groepering algoritme AP-DRG (3M) toegepast. Gezien de overschakeling door de FOD Volksgezondheid naar een verfijnd algoritme (APR-DRG (3M)) in het vooruitzicht lag, wensten de ziekenhuizen een simulatie te hebben van het effect van deze overschakeling op de PAL/NAL van het ziekenhuis.

Hiertoe werden de MKG gegevens van de ziekenhuizen verzameld en opgeslagen in een benchmark database.

In deze periode kwamen ook de eerste signalen met betrekking tot gebruik van pathologiegegevens om het verbruik van geneesmiddelen en het prestatieprofiel van de artsen te 'sturen'. Het moment om de benchmark database uit te breiden met facturatie gegevens en deze te koppelen aan de MKG-gegevens.

### **6.5.4.2 Doelstellingen**

De basisdoelstelling bestaat in het anticiperen op de financieringsmodellen van de Overheid. Hierbij denken we vooral aan

- Verantwoorde bedden
- Forfaitarisering geneesmiddelen
- Referentiebedragen prestaties

Deze worden door de Overheid uitgevoerd met een time-lag van meerdere jaren en zijn steeds gebaseerd op normen (gemiddelden) met een zelfde time-lag, maar zijn wel bepalend voor de budgetten van de ziekenhuizen in de toekomst.

Anticiperen is dus de boodschap. Hoe evolueren de normen (gemiddelden) voor deze financieringsmodellen? Wat is de invloed van deze evolutie voor het ziekenhuis?

De beschikbaarheid van een uitgebreide en gedetailleerde databank opent perspectieven om ook andere doelstellingen na te streven, namelijk meer diepgaande vergelijkingen tussen ziekenhuizen. Vergelijking tussen ziekenhuizen voor een geselecteerde pathologie waarbij in detail kan afgedaald worden tot op het niveau van geneesmiddel, prestatie en sinds kort ook de toegediende verpleegkundige zorgen, is hier een weerslag van.

### **6.5.4.3 Opzet**

De deelnemende ziekenhuizen leveren per semester MZG- en facturatie bestanden aan die opgeladen worden in een centrale database die als basis dient voor alle verwerkingen. De basis verwerkingen zelf (verantwoorde bedden, forfaitarisering geneesmiddelen, referentiebedragen) worden, wat betreft periodiciteit, afgestemd op de periodiciteit die door de Overheid wordt gehanteerd, maar een belangrijk kortere time-lag.

Positioneren ten opzichte van de Overheid en valideren van de modellen op basis van de feedback van de Overheid is hierbij een wezenlijk onderdeel. Het garandeert de kwaliteit van de gebruikte modellen en de gesimuleerde resultaten.

De uitgebreidheid van de databank nodigt uit tot meer diepgaande verwerkingen. Deze worden ingepland in samenspraak met de groep deelnemers aan het benchmark project.

### **6.5.4.4 Auteurs**

Het benchmark project Matrix is ontstaan in de schoot van Partezis. De auteurs zijn dan ook werknemers van Partezis, vaak aangevuld met experts vanuit de deelnemende ziekenhuizen.

### **6.5.4.5 Evolutie deelnemende ziekenhuizen**

Het aantal deelnemende ziekenhuizen is door de jaren heen gestegen. Oorspronkelijk lag het actieterrein alleen in Vlaanderen en binnen de Partezis leden, maar dat heeft zich uitgebreid naar instellingen die geen lid zijn en door de samenwerking met CIES-UCL is ook de weg naar Brussel en Wallonië geopend. Op heden spreken we van een deelname van 65 algemene ziekenhuizen, gespreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië of 60% van het land.

### **6.5.4.6 Timing van de feedback**

Feedback over de basisfinancieringsmodellen wordt aan de deelnemende ziekenhuizen bezorgd binnen de 6 maanden, volgend op de verplichte aanlevering van de MZG bestanden door de ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid via Portahealth (timings vastgelegd door de FOD Volksgezondheid) en aansluitend aan de benchmark databank.

Voor de feedback die niet gerelateerd is aan de financieringsmodellen, wordt in samenspraak met de deelnemende ziekenhuizen jaarlijks een gedetailleerde planning opgemaakt.

### **6.5.4.7 Soorten indicatoren**

De indicatoren situeren zich op 4 domeinen

- Financiering (verantwoorde bedden, forfaitarisering geneesmiddelen, referentiebedragen)
- Casemix (knipperlichten, severity verdeling, diagnoseprofiel)
- Klinisch performantie (detailanalyse specifieke patiëntengroepen)
- Kwaliteit (patient safety, mortaliteit, ...)

#### **6.5.4.8 Werkwijze**

De gegevens worden op semester basis door de ziekenhuizen aangeleverd en opgeladen.

Tijdens het laadproces worden intensieve kwaliteitscontroles uitgevoerd. Ziekenhuizen worden verwittigd over kwaliteitsproblemen die aanleiding kunnen geven tot heraanlevering van de gegevens. Tevens wordt tijdens het laden de link gelegd tussen de MZG gegevens van een verblijf en de gefactureerde gegevens.

Pas na goedkeuring worden de gegevens getransfereerd naar de definitieve benchmark database die de basis vormt voor de aan de deelnemende ziekenhuizen aangeleverde feedback.

#### **6.5.4.9 Rapportering/feedback**

De aan de deelnemende ziekenhuizen geleverde feedback bestaat, voor elk project, uit 3 niveaus

- Globale anonieme vergelijking tussen de ziekenhuizen, waarbij de nadruk ligt op evoluties, gemiddelden, ....
- Syntheserapport per ziekenhuis met de belangrijkste resultaten voor het ziekenhuis zelf in een notendop.
- Detailbestanden voor het ziekenhuis op basis waarvan binnen het ziekenhuis verdere analyses kunnen uitgevoerd worden gericht op het evalueren van de resultaten voor het ziekenhuis.

#### **6.5.4.10 Meerwaarde van het initiatief**

- Gebaseerd op een samenwerkingsmodel met de deelnemende ziekenhuizen (benchmark project van en voor de ziekenhuizen)
- Ziekenhuizen verspreid over België dankzij de samenwerking van Matrix met CIES-UCL (60% van de algemene ziekenhuizen in België)
- Financieringsmodellen als basis maar meer diepgaande, toekomstgerichte analyses als belangrijk bijproduct.
- Mogelijkheden voor de ziekenhuizen om op basis van de detailbestanden de globale resultaten van het ziekenhuizen diepgaander te analyseren.
- De voorspelde “nationale gemiddelde” ligt zeer dicht bij de uiteindelijke gemiddelde die de overheid blijkt te hanteren (<1% afwijking)

#### **6.5.4.11 Beperkingen van het initiatief**

Voor de aanlevering van de definitieve MZG bestanden, is het project afhankelijk van de evolutie binnen Portahealth (FOD Volksgezondheid). Vertragingen binnen Portahealth veroorzaken vertragingen in het aanleveren van de gegevens door de

ziekenhuizen met als belangrijkste gevolg vertraging in de feedback aan de ziekenhuizen.

Aangezien men vertrekt van een genormaliseerde input (MZG) als standaard, is elke uitbreiding ( in breedte of diepte) buiten deze dataset een aanzienlijke scope uitbreiding, die tijd en moeite kost. Dit is eigen aan alle benchmarks die vertrekken van de MZG.

#### **6.5.4.12      Perspectieven voor de toekomst.**

De samenwerking met andere projecten verstevigen de fundamenten van het project en bieden de basis om nieuwe domeinen aan te boren. Op korte termijn is dit gericht op het gebruik van de verpleegkundige gegevens voor de financiering van het ziekenhuis. Op langere termijn staan benchmarks in meerdere, op dit moment nog niet aangeboorde gebieden, op stapel : benchmarks op aankoopbeleid, benchmarks op laboresultaten, ...

## **6.6 Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) en de indicatoren van de ziekenhuisperformantie.**

### **6.6.1 Historiek**

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is een **federaal organisme** (parastatale van categorie B) gecreëerd door de programmawet op 24 december 2002 en actief sinds 2003.

**Zijn opdracht:** studies uitvoeren en rapporten maken om de beleidsmakers te adviseren bij hun beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering. Het KCE is **niet betrokken bij de besluitvorming** zelf, en evenmin bij de uitvoering ervan, maar het heeft wel de opdracht om de weg te wijzen naar de best mogelijke oplossingen. En dit in een context van een **optimaal toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit, rekening houdend met de toenemende vraag en de budgettaire beperkingen.**

### **6.6.2 Doelstellingen**

De missie van het KCE is het produceren van analyses en rapporten voor de overheid om ze te helpen bij de besluitvorming in het gezondheidsbeleid en de ziekteverzekering. Het KCE komt niet tussen in de besluitvorming zelf, niet in hun implementatie, maar zijn missie is het voorstellen van de meest performante oplossingen.

Zijn voornamelijkste rol is dus het streven naar een zo groot mogelijke toegankelijkheid van de zorg, van hoge kwaliteit, en rekening te houden met de groei van de behoeften en de beperking van de beschikbare budgetten.

### **6.6.3 Nature**

Het KCE behandelt **drie grote onderzoeksdomeinen:**

Analyse klinische praktijk en ontwikkeling klinische praktijkrichtlijnen (Good Clinical Practice)

Evaluatie van medische technologie en geneesmiddelen (Health Technology Assessment)

Organisatie en financiering van de gezondheidszorg (Health Services Research)

### **6.6.4 Auteurs**

Het KCE bestaat uit een pluridisciplinair team van artsen, epidemiologen, economen en economen van de zorg, sociologen, statistici en datamanagers, juristen bovenop een managementteam en een administratief en logistiek team..

### **6.6.5 De projecten met betrekking tot de indicatoren van ziekenhuisperformantie.**

*Rapport 30B: Inventaris van databanken gezondheidszorg – 2006*

Dit rapport werd geactualiseerd in het supplement S2 van het rapport 128B samenvatting verder.

## ***Rapport 41B: Indicatoren van klinische kwaliteit - 2006***

### **Doelstellingen**

De belangrijkste doelstelling van dit rapport is het bieden van een conceptueel kader voor de ontwikkeling en het gebruik van klinische indicatoren op politiek niveau (beperkt tot medische en technische interventies in acute ziekenhuizen en hun actie op de toestand van de patiënt).

De tweede doelstelling is het evalueren van het potentieel gebruik van administratieve databanken (MKG / MFG) voor het meten van kwaliteit van indicatoren op basis van klinisch bewijs in België.

### **Literatuuronderzoek**

Een overzicht van geïndexeerd en niet-geïndexeerde literatuur werd uitgevoerd. Uit dit literatuuroverzicht bleken de twee belangrijkste definities van zorgkwaliteit naar voor te komen, Donabedian definieert de zorgkwaliteit als een behandeling om het welzijn van de patiënt te verbeteren, rekening houdend met de voor- en nadelen die inherent zijn aan elk zorgproces en het "Institute of Medicine" IOM definieert zorgkwaliteit als de mate waarin de zorg van individuen en van de algemene bevolking de waarschijnlijkheid van het verkrijgen van de gewenste resultaten verhoogt en dit volgens de huidige stand van de wetenschap. De IOM biedt zes dimensies van zorgkwaliteit van: veiligheid, effectiviteit (zorg reserveren gebaseerd op wetenschappelijke kennis aan degenen die kunnen profiteren), efficiency (het vermijden van afval), oriëntatie afhankelijk van de patiënt, eerlijkheid op het juiste moment.

Er werd geen operationele definitie van kwaliteitsindicatoren gevonden.

Verschillende types klinische kwaliteitsindicatoren daarentegen worden wel onderscheiden: proces-indicatoren tegenover resultaatsindicatoren, generieke indicatoren versus specifieke indicatoren van de ziekte, enz.

De kwaliteiten van een goede indicator van de klinische kwaliteit zijn validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit. Ze moeten ook meetbaar zijn en gemakkelijk te interpreteren zijn. De indicator moet ook het potentieel voor verbetering inhouden.

Het meten van de kwaliteit met behulp van kwaliteitsindicatoren kan meerdere doelstellingen hebben, de neutrale meting van kwaliteit, het verbeteren ervan, de ondersteuning van beleidsbeslissingen, de evaluatie van het gezondheidsbeleid, rechtvaardiging of financiering .

Klinische kwaliteitssystemen zijn initiatieven waarbij gegevens over de klinische kwaliteitsindicatoren systematisch worden verzameld en geanalyseerd voor de terugkoppeling naar de betrokkenen. Tijdens de ontwikkeling van sets van klinische kwaliteitsindicatoren, moeten verschillende stappen worden gevolgd:

1. Definitie van prioriteit op basis van expliciete criteria
2. Definitie van de doelgroep en de doelstellingen van indicatoren
3. De samenstelling van een team met alle betrokkenen
4. De identificatie van mogelijke bronnen van indicatoren in de bestaande databanken, in de geïndexeerd literatuur en in de aanbevelingen voor de klinische praktijk



Voor- en nadelen van de verschillende bronnen moeten overwogen worden, de mogelijkheid om data te manipuleren, vooringenomenheid met betrekking tot de registratie, etc.

5. De beoordeling van de niveaus van bewijs met betrekking tot de bestaande bewijzen
6. Selectie van kwaliteit indicatoren op basis van bestaande bewijzen (en in combinatie met deskundig advies)
7. Het definiëren van specificaties klinische kwaliteitsindicatoren: de teller en de noemer, insluiting en uitsluiting, aanpassingsstrategieën van de potentiële risico's, het opstellen van gegevensbronnen en vaststelling van procedures voor het verzamelen van gegevens
8. Piloottest

### **Voorstel voor een conceptueel kader in België**

Voor het ontwikkelen van een conceptueel kader in België voor de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren van klinische kwaliteit op politiek niveau, zijn andere voorwaarden noodzakelijk;

1. De definitie van een kwaliteitsbeleid op nationaal niveau.

De Belgische gezondheidszorg heeft vooral behoefte aan een gezondheidsbeleid met duidelijke doelstellingen. Het kwaliteitsbeleid helpt deze doelstellingen te bereiken door te zorgen voor zorgkwaliteit en moet daarom de doelstellingen en de coördinatie van de gegevensverzameling beschrijven.

2. Het stellen van prioriteiten.

Rekening houdend met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en expliciete criteria beschreven in de literatuur: de impact van de ziekte op de volksgezondheid, het bestaan van bewijs, het potentieel voor verbetering en het vermogen van zorgverleners om te controleren. Het domein moet ook bepaald worden voor het systeem van kwaliteitsindicatoren namelijk een generiek domein als specifiek domein voor een ziekte.

De ontwikkeling van een set van kwaliteitsindicatoren op basis van de bovengenoemde stappen.

4. Verspreiding en implementatie van het systeem van kwaliteitsindicatoren

Dit stadium van ontwikkeling omvat de rechtvaardiging en uitleg van het systeem van kwaliteitsindicatoren, de doelstellingen en de relatie met gezondheidsbeleid en de kwaliteit; het stellen van grenzen bij het gebruik van het systeem, de logistieke ondersteuning voor de gebruikers alsook de evaluatie en update van het systeem op regelmatige tijdstippen.

### **Gezondheids en kwaliteits indicatoren beschikbaar in België**

Veel projecten bestaan in België: het PATH-project, multidimensionele feedback FOD-VG, de gezondheidsindicatoren van het Instituut van de Gezondheidszorg, kwaliteitsindicatoren van Initiative for Quality Promotion and Epidemiology in

Diabetes Care, Colleges van Artsen, de indicatoren van het RIZIV, klinische performantie-indicatoren voor het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen, indicatoren van de Vlaamse Regering, Navigator, indicatoren voor preventie in de huisartspraktijk, indicatoren van mutualiteiten.

Sommige van deze initiatieven overlappen elkaar en vereisen dezelfde informatie van de ziekenhuizen.

### **De databanken in België**

Verschillende databanken worden onderkend als zijnde generieke zoals MKG, MFG en andere zijn specifiek, zoals het Kankerregister, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. Deze databanken werken afzonderlijk en zijn niet geïntegreerd in een nationaal systeem van informatie over gezondheid.

### **Evaluatie van de MKG databanken en MFG voor het meten van klinische kwaliteitsindicatoren in België**

Vier toestanden zijn geselecteerd: cerebraal vasculaire accidenten, perinatale zorg, ouderenzorg, totale heupprothese.

Voor deze omstandigheden, zijn kwaliteitsindicatoren opgezocht in de bestaande sets van indicatoren, de aanbevelingen voor de klinische praktijk en literatuur. De indicatoren werden vervolgens geselecteerd op basis van opeenvolgende criteria: in relatie met de klinische activiteit, toepasbaarheid in acute ziekenhuis, bestaande gegevens en klinische relevantie en de haalbaarheid van de meting, onder meer op basis van gesprekken met klinische experts.

De uiteindelijke set van indicatoren die werd gebruikt om de MKG en MFG databanken te evalueren. MKG en MFG gegevens van vier ziekenhuizen werden geconfronteerd met de brongegevens van de individuele ziekenhuizen voor de kwaliteitscontrole.

Zestien indicatoren werden gevonden voor een totale heupprothese tot 231 indicatoren voor de ouderenzorg. De meeste van deze indicatoren bestond uit procesindicatoren.

### **Slechts 44% van de kwaliteitsindicatoren leek ondersteund door klinisch bewijs (Level 1a of 1b).**

Na overleg met deskundigen werden een aantal indicatoren hergeformuleerd om hun meting mogelijk te maken. De deskundigen hebben 21 oorspronkelijk gekozen indicatoren uitgesloten omwille van hun beperkte klinische relevantie. Zij hebben er verschillende bijgevoegd, niet gebaseerd op bewijs, maar omwille van hun klinische relevantie. Na evaluatie van de haalbaarheid van het meten van de indicatoren, werd een laatste reeks van 30 klinische kwaliteitsindicatoren samengesteld. De belangrijkste reden voor de 'niet haalbaarheid' van een indicator was het ontbreken van klinische informatie in gegevensdatabanken van MKG en MFG (zoals medische geschiedenis). Ook het gebrek aan informatie over niet vergoede medicijnen of op het moment van de administratie was een groot probleem.

Voor een aantal van de uiteindelijk gekozen 30 indicatoren, was een grote spreiding van de resultaten in ziekenhuizen vastgesteld. Dit wordt gedeeltelijk verklaard door verschillende case-mix in ziekenhuizen, maar ook door ontbrekende gegevens in de database MKG en MFG.

**In het algemeen, komen de MKG EN MFG gegevens overeen met de individuele gegevens van de ziekenhuizen.** Enkele verschillen kunnen verklaard kunnen worden door een lage impact.

Een aantal tekortkomingen zijn vastgesteld: het ontbreken van primaire gegevens validatie, de periode van koppeling van de MKG en MFG gegevens, het ontbreken van klinische gegevens.

### **Conclusies en aanbevelingen**

Het KCE concludeert dat dit rapport een kader vormt voor de ontwikkeling van indicatoren van de klinische kwaliteit, dat het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende instellingen en autoriteiten resulteert in de afwezigheid van een brede kwaliteitssysteem voor patiënten in Belgische ziekenhuizen.

De aanbevelingen van het KCE zijn:

De doelstellingen en het gebruik van een systeem van kwaliteitsindicatoren moet eerst duidelijk worden vermeld en toegelicht.

De oprichting van een systeem van kwaliteitsindicatoren vergt een geldige en veelomvattend database.

Overlapping van records moet vermeden worden, er moet tijdig feedback gegeven worden aan de gebruikers.

Het bestaan van hoge kwaliteit bewijs is belangrijk voor de ontwikkeling van de indicatoren van de klinische kwaliteit. De betrokkenheid van deskundige artsen op transparante wijze is een noodzaak en een toegevoegde waarde in de selectie en formulering van klinische kwaliteitsindicatoren.

### ***Rapport 128 B: Een eerste stap op weg naar het meten van de prestaties van het systeem de Belgische gezondheidszorg - 2010***

De resultaten van dit rapport zijn al gedeeltelijk gepresenteerd op de beschrijving van het Belgische conceptuele kader in het begin van ons verslag.

Het doel van het rapport is de mogelijke manieren te bestuderen van een beoordelingssysteem van de prestaties van het zorgstelsel en hun mogelijke toepassing in België te onderzoeken, daarbij terzelfdertijd bouw en meten van een eerste set van indicatoren opbouwend.

Op basis van de literatuurstudie is een conceptueel kader, hierboven voorgesteld, ontwikkeld.

Vervolgens is een set van prestatie-indicatoren gekozen.

De sets van Nederlandse (n = 229) en Canadese (n = 46) indicatoren werden gekozen als basis, Belgische en initiatieven van de AHRQ indicatoren werden ook beschouwd. Na een selectieproces en de raadpleging van externe deskundigen, zijn 55 indicatoren gekozen.

Onder deze indicatoren vinden we 23 zijn indicatoren van efficiency, 8 van duurzaamheid, 8 van veiligheid en 7 van adequaatheid.

Vermits onze studie de performantie in ziekenhuizen betreft, beperken we ons dus in deze samenvatting over de indicatoren die van invloed kunnen zijn in ziekenhuizen onder meer:

1. In de dimensie reële effectiviteit: •

Voor de curatieve zorg: overlevingspercentage van 5 jaar voor darmkanker - overlevingspercentage van 5 jaar bij borstkanker - overlevingspercentage van 5 jaar bij baarmoederhalskanker – sterfte in ziekenhuis mortaliteit na een heupfractuur – sterfte in ziekenhuis na een community-acquired 'pneumonie

2. In de dimensie geschiktheid:

Voor de curatieve zorg: gebruik en verspreidingssnelheid van minimaal invasieve chirurgische technieken - het gebruik van protocollen of aanbevelingen voor goede praktijken in speciale hoog-risico of complexe procedures - aantal keizersneden per 1000 levendgeborenen - hysterectomie per sociale klasse

Als een generieke indicator: • voorschrift in overeenstemming met de aanbevelingen van goede praktijk

3. in de dimensie veiligheid:

Voor de curatieve zorg: Incidentie van ernstige bijwerkingen van bloedtransfusie - incidentie van infecties met betrekking tot de gezondheidszorg - incidentie van decubitus in ziekenhuizen - incidentie van postoperatieve wondinfecties op de afdeling chirurgie

Als algemene indicatoren: Aantal MRSA nosocomiale infecties - het aantal antibioticavoorschriften - medische blootstelling aan straling

in de dimensie

4. In de dimensie continuïteit van de zorg: Gemiddelde duur van het verblijf

5. In de dimensie toegankelijkheid: Bedrag van de verdeling van de kosten en de co-betalingen

Voor efficiëntie: dag care chirurgie

Voor duurzaamheid: Kwalificatie niveau van zorgverleners - aantal

verpleegdagen in de acute zorg per hoofd van de bevolking - aantal bedden in de acute zorg.

Deze set van indicatoren, gekozen als gevolg van de gekozen strategie, vertoont een aantal tekorten in een aantal aspecten van de prestaties, zoals eigen vermogen, de continuïteit, de centrale plaats van de patiënt.

Uit deze set van hoofdzakelijk klinische indicatoren werd een piloot-studie uitgevoerd.

Voor elke indicator, was een fiche voorbereid en de meest recente gegevens (2007) werden gebruikt om de indicator te berekenen.

De resultaten van het zeer beperkt aantal indicatoren moeten worden genomen met de nodige voorzichtigheid. Ze tonen een vrij goede score voor toegankelijkheid, redelijk tot goed voor veiligheid, gemiddeld voor de effectiviteit van de preventieve zorg, de toereikendheid en de rechtvaardiging van de zorg, efficiëntie en duurzaamheid.

Een enquête werd ook uitgevoerd met de belanghebbende partijen (stakeholders): de regionale en federale autoriteiten in verband met volksgezondheid, verenigingen van

zorgverleners, beleidsmakers, mutualiteiten, wetenschappelijke instellingen en NGO's.

De enquête bestond uit het invullen van een vragenlijst met open antwoorden. De uitgedrukte noden dienen als een behoefte voor de evaluatie van genomen beslissingen, een behoefte aan verbetering van de gezondheidszorg, een behoefte aan transparantie, een behoefte aan internationale vergelijkingen. De belemmeringen voor de invoering van het systeem van prestatiemeting is de weerstand van belanghebbenden die zich kunnen bedreigd voelen door de resultaten, de huidige cultuur en de complexiteit van het Belgische systeem. De risico's zijn het ontbreken van de uitvoering, de complexiteit van de beoordeling, het misbruik van de resultaten en de focus op de vergelijkingen in plaats van de verbeteringen.

De aanbevelingen van het KCE zijn

1. Een systeem van performantiemeting is alleen relevant indien er op voorhand doelstellingen werden overeengekomen. De indicatoren moeten worden aangepast in functie van het gezondheidsbeleid dat we wensen uit te voeren in België;
2. Alle dimensies van de prestaties moet worden gemeten en niet-medische determinanten van gezondheid moet worden beschouwd samen met de context van de gezondheidszorg;
3. De deelname van alle administratiediensten uit de gezondheidssector en een goede samenwerking tussen hen is essentieel voor het opzetten van een evaluatiesysteem;
4. De beschikbaarheid van gegevens moet verbeterd worden;
5. Een Wetenschappelijke Adviesraad die alle vaardigheden weerspiegelt moet de groep bijstaan die verantwoordelijk is voor het proces.

### ***KCE rapport 81B Kwaliteitsborging voor rectale kankerzorg - fase 2: ontwikkeling en het testen van een set van kwaliteitsindicatoren - 2008***

Het project en de indicatoren zijn beschreven op het niveau van beschrijving van de projecten van het Kankerregister (pagina 203)

De conclusies en aanbevelingen van het KCE zijn:

- Informatie is beschikbaar over de meeste van de geselecteerde indicatoren, slechts enkele moeten worden aangepast;
- Het huidige record van Procure is erg zwaar, er moet aan de ziekenhuizen een internet-applicatie (die momenteel operationeel is) worden aangebracht, het registratie formulier van de gegevens moet aangepast worden door het verminderen van het aantal gevraagde informatie en door het alleen selecteren van de belangrijkste indicatoren, het integreren van administratieve gegevens en toekomstige (Data Access-administratieve maatregelen moeten automatisch worden toegekend aan het kankerregister;

- Stichting kankerregister of kankerregister is een cruciale partner voor toekomstige gelijkaardige projecten;
- De koppeling tussen de database en de kankerregistratie van het AMI-IMA is het meest relevant. De bijdrage van de MKG-MFG gegevens is beperkt.
- Momenteel is de interpretatie van indicatoren moeilijk, de feedback moet daarom naar de ziekenhuizen worden toegestuurd zonder interpretatie (te herzien in 2009);
- De registratie van Procure moet in zijn geheel worden gewaarborgd (via een koppeling met de administratieve databanken) en een groter aantal patiënten moeten worden opgenomen.

***Verslag 149B: kwaliteitsindicatoren in Oncologie: zaadbalkanker - 2010***

Ter voorbereiding voor het opzetten van een kwaliteitssysteem voor oncologie in België, de minister vroeg de KCE om de lessen van het project toe te passen van een veel voorkomende vorm van kanker borstkanker (rapport 150B) en een zeldzame vorm van kanker, teelbalkanker.

Het KCE heeft in een eerste stap, aanbevelingen geactualiseerd en gepubliceerd voor de twee vormen van kanker (142 rapporten en 143).

Daarna werd een set van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld.

Voor zaadbalkanker, is een indicator in de literatuur gevonden en 31 zijn geformuleerd op basis van de aanbevelingen uit België. Uit deze lijst van 32 indicatoren, werden 12 geselecteerd op basis van criteria van relevantie, niveau van bewijs, verband houden met de aanbevelingen, de betrouwbaarheid. Van deze 12 indicatoren, werden vijf geselecteerd als meetbaar, één als deels meetbare en voor twee indicatoren een en twee, werd een proxy gebruikt. Vier indicatoren konden niet worden gemeten.

Meetbare indicatoren zijn gemeten in 2001 en 2006.

- Het overlevingspercentage (waargenomen en relatieve) op 5 jaar is hoog met een lichte toename.
- Percentage van de patiënten met de diagnose zaadbalkanker bij wie een evaluatie van de tumormarkers is uitgevoerd vóór de behandeling: matig tot goed.
- Percentage van de patiënten bij wie de situatie werd besproken in concertatie Multidisciplinaire Oncologie (COM): toename, maar relatief laag in vergelijking met andere vormen van kanker.
- Percentage van patiënten met zaadbalkanker, die operatief werden behandeld: dit cijfer lijkt laag, in de afwezigheid van specifieke code-

classificatie voor eenvoudige radicale orchidectomie, een verkeerdelijke code van de nomenclatuur wordt waarschijnlijk gebruikt.

- Percentage van de patiënten gediagnosticeerd met een niet-seminoom stadium I die werden behandeld met actief toezicht: het cijfer is laag in vergelijking met aanbevelingen.

De resultaten tonen ook aanzienlijke variabiliteit tussen de behandelcentra vooral met name in termen van proces-indicatoren.

De zorg is zeer gefragmenteerd, 40% van de zaadbalkanker behandeld in 14 centra en de overige 60% in 83 centra. Een derde van de centra hebben een orchidectomie uitgevoerd of minder per jaar tussen 2004 en 2006.

De resultaten van dit eerste verslag is een bruto-feedback, de noodzaak voor risico aanpassing werd nog niet geëvalueerd.

Het KCE concludeert en beveelt aan dat

- De implementatie van een set van kwaliteitsindicatoren voor het beheer van zaadbalkanker haalbaar is. Echter, gezien de lage incidentie van deze kanker, is het noodzakelijk om de meest geschikte methode te determineren om de beste kwaliteit te garanderen door de oprichting van een set van kwaliteitsindicatoren, of de beoordeling van medische dossiers van overleden patiënten.
- Sommige verbeteringen moeten aangebracht worden bij de registratie van kankers.
- De noodzaak voor de risico aanpassing moet worden beoordeeld voor iedere indicator.
- Passende grenswaarden moeten worden gedefinieerd voor elke indicator in samenwerking met het College van Oncologie.
- Databases kanker register en AIM-IMA zijn voldoende voor de evaluatie van alle indicatoren.
- Aangepaste nomenclatuurregels voor een operatie van de testikels moeten worden vastgesteld. De codes voor CT en MRI moeten specifiek zijn voor een anatomische locatie.
- Deze primaire analyse toond een gemengd beeld van de kwaliteit van de zorg in België.
- Zonder risico aanpassing, kunnen ziekenhuisvergelijkingen minder betrouwbaar lijken. Deze voorlopige resultaten tonen echter een aanzienlijke

variabiliteit in de kwaliteit van de zorg tussen de centra aan. Versnippering van zorg en het lage aantal patiënten met zaadbalkanker jaarlijks behandeld in veel centra roept vragen op. Moeten we de zorgen niet centraliseren in een beperkt aantal centra?

### *Verslag 150B: Kwaliteitsindicatoren in oncologie: borstkanker - 2010*

Voor borstkanker, werden 229 indicatoren in de literatuur gevonden en 47 werden geformuleerd op basis van de aanbevelingen uit België. Uit deze lijst van 276 indicatoren, werden 32 geselecteerd op basis van criteria van relevantie, niveau van bewijs, verband houden met de aanbevelingen, de betrouwbaarheid.

Onder deze 32 indicatoren, zijn 13 geïdentificeerd als een meetbare indicator, werd er een proxy gebruikt. Het onvermogen om te meten wordt voornamelijk veroorzaakt door een gebrek aan administratieve codes of nomenclatuur code of een gebrek aan resultaten van processen of het testen van processen in de database.

Meetbare indicatoren zijn gemeten in 2001 en 2006.

#### **Algemene indicatoren: resultaten**

- 5-jaar overleving voor stadium p I, p II, P III, P IV: een lichte verbetering van de 5-jaars overlevingskans voor niet-uitgezaaide invasieve kanker wordt gevonden.

#### **Algemene indicatoren: Proces**

- Aandeel van vrouwen met borstkanker worden besproken op COM

#### **Diagnose en classificatie**

- Aandeel van de vrouwen recent gediagnosticeerde als lijdend aan borstkanker stadium I-III bij wie een mammografie met dubbel zicht of een borst echografie in de drie maanden voorafgaand aan de operatie
- Aandeel van de vrouwen bij wie een beoordeling van de hormoon-receptoren (ER en PgR status) werd uitgevoerd vóór elke systematische behandeling;
- Percentage van de vrouwen met borstkanker die cytologische en/of histologische beoordeling krijgen vóór de operatie;

#### **Neo-adjuvante behandeling**

- Aandeel van de operabele vrouwen in stadium CT2-T3 met neo-adjuvante systemische behandeling

#### **Chirurgie**

- Percentage van vrouwen in stadium cI en II met borstsparende chirurgie (CMC) / borstampuatie



### **Adjuvante behandeling**

- Aandeel van vrouwen met adjuvante systemische therapie na operatie van invasieve borstkanker
  - o Chemotherapie in 4 maanden na de operatie
  - o endocriene behandeling binnen negen maanden na de operatie
- Aandeel van vrouwen met systemische therapie als behandeling van eerste en / of tweede lijn
- Percentage van de vrouwen met uitgezaaide borstkanker en lytische botmetastasen na ontvangen van bisfosfonaten

### **Opvolging**

- Aandeel van de vrouwen met jaarlijkse mammogrammen na geschiedenis van borstkanker

Sommige indicatoren tonen suboptimale resultaten.

De resultaten laten verder een aanzienlijke variabiliteit tussen de centra zien voor zowel proces indicatoren als resultaatsindicatoren. Meer dan de helft van de ziekenhuizen verzorgen minder dan 50 vrouwen per jaar. De 5-jaars overleving is hoger in hoog-volume centra en tal van proces indicatoren zijn ook beter.

KCE concludeert dat de

- De implementatie van een set kwaliteitsindicatoren voor borstkanker haalbaar is. Op basis van de huidige nomenclatuur en kanker registratiegegevens, zijn 14 indicatoren meetbaar.
- De rapportage van de essentiële gegevens moet verbeterd worden.
- Uit deze voorlopige analyse blijkt een algemeen positief evaluatie met mogelijke verbeteringen;
- Een grote variatie tussen de centra op het gebied van diagnostische en therapeutische benaderingen wordt vastgesteld.
- Het jaarlijkse volume van de behandelde vrouwen per centrum is zwak en er is over het algemeen een relatie tussen volume en overleving (wat niet altijd geldig is op het individuele niveau). Nieuwe regels van 20 juli 2007 verplicht criteria opdat de centra kunnen worden herkend als Breast Clinic: vanaf 2008 en 2009 moet elk centrum een minimum van 100 vrouwen per jaar behandelen en 150 nieuwe vrouwen vanaf 2010. Alle chirurgen die borstkanker behandelen moeten een volume van operaties van 50 vrouwen per jaar bereiken.

## *Verslag 152B: kwaliteitsindicatoren in Oncology - 2011*

Het doel van dit rapport is om aanbevelingen te doen voor het opzetten van een kwaliteitssysteem in de oncologie.

De ervaringen van de drie pilootstudies (81b, 149B, 150B), die we hierboven aangekaart hebben en internationale ervaringen vormen de basis van deze aanbevelingen namelijk:

- Vóór het invoeren van een kwaliteitssysteem voor de oncologie in België, moeten de doelstellingen van het systeem duidelijk worden omschreven door de beslissers in overleg met alle belanghebbenden;
- Het kwaliteitssysteem moet worden geïntegreerd en de volgende elementen bevatten:
  - o De ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen voor goede klinische praktijken
  - o De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren die eruit voortvloeien
  - o De evaluatie van de implementering van de aanbevelingen van goede praktijken
  - o Het verstrekken van feedback rapporten aan zorgverleners en centra
  - o Het implementeren van gerichte acties voor verbetering
- Het kwaliteitssysteem moet generieke kwaliteitsindicatoren combineren die relevant zijn voor alle soorten van kanker samen met meer specifieke indicatoren voor de meest voorkomende vormen van kanker. Alle dimensies van kwaliteit moeten worden geïntegreerd in het kwaliteitssysteem met afmetingen "patiënt oriëntatie", "tijdig actie" en "gelijkheid".
- Kwaliteitsindicatoren moeten veelvuldig gebruik maken van de combinatie van de reeds beschikbare gegevens: gegevens van het kankerregister, het Inter mutualistisch Agentschap, Minimale Klinische Gegevens en sterftecijfers.
- Het aantal indicatoren moeten tot een minimum beperkt worden om het systeem duurzaam te houden, en om corrigerende maatregelen uit te kunnen voeren.
- We moeten zorgen voor de daadwerkelijke gebruik van de feedback gegevens, voor implementatie van verbeteracties daar waar nodig. Voldoende prikkels of sancties kunnen daarbij helpvol zijn.
- De volgende stap is het ontwikkelen van scenario's voor de bouw van een effectief en duurzaam kwaliteitssysteem in overleg met alle betrokken partijen.

## 6.7 Kankerregister

### 6.7.1 Historiek

5 Begin jaren 1950, was de opname uitsluitend op de gegevens gesteund die mutualiteiten vroegen aan de behandelende artsen. De registratie was niet verplicht. In 1983 werd het National Cancer Registry (NCR), opgericht door de Belgische Werk tegen Kanker. Uit de evaluatie van deze gegevens bleek een significant onder-rapportage.

10 In de late jaren tachtig begon, in Vlaanderen, diverse initiatieven van kankerregistratie naast het RNC. Deze geïsoleerde registratiesystemen bood geen enkel beeld van de ziekte in Vlaanderen. De Vlaamse autoriteiten subsidieren van 1994 tot 2005, de ontwikkeling van het kanaal van de kankerregistratie in Vlaanderen. De coördinatie werd toevertrouwd aan de Vlaamse Liga tegen Kanker.

15 In 2001 werden de gegevens voor Vlaanderen geïntegreerd voor het eerste keer in het gereputeerde publicatie 'Cancer Incidence in Five Continents' van de 'International Association of Cancer Registries '(IACR).

In 2003 werd de vergoeding geïntroduceerd voor multidisciplinair oncologisch overleg (CMO) en de programma's van de zorg in de oncologie. Naast de verplichte deelname aan de kankerregistratie, werd met behulp van een standaard formulier de registratie geïntroduceerd in de ziekenhuizen.

20 In 2005 werd de Stichting Kanker Register opgericht om de continuïteit van kanker inschrijving te waarborgen in België.

Deze nieuwe structuur verbindt verschillende onafhankelijke initiatieven van Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Sinds haar oprichting heeft de Stichting Kanker Register als doel de ontwikkeling van een complete registratie van kanker in België.

25 Op 13 december 2006, werd [de wet voor diverse bepalingen in verband met gezondheid](#) geratificeerd. Artikel 39 van deze wet beschrijft in detail de organisatie van de kankerregistratie in België.

### 6.7.2 Doelstellingen

30 Het Kanker register zorgt voor het verzamelen, kwaliteitscontrole, verwerking, analyse, codering, opslag, rapportage, toegankelijkheid en de bescherming van gegevens over kanker.

Dank zij de combinatie van krachten en de middelen in een federaal systeem, wil de Stichting Kanker Register een kwalitatieve en kwantitatieve meerwaarde bereiken bij de registratie van kanker, niet alleen nationaal, maar ook op de internationale vlak. Dit wordt mogelijk gemaakt door een nauwe samenwerking tussen de verschillende overheden, 35 ziekenhuizen, mutualiteiten en anatomo-pathologie diensten.

Gegevens uit de Kankerregistratie is een belangrijke bron van informatie voor:

- **Verslaggeving** over de incidentie en prevalentie van verschillende vormen van kanker en overlevingskansen van patiënten.

- 40 • **Uitvoeren van studies** (case-control en cohort) over de oorzaken van kanker
- **Deelnemen aan de evaluatie** van de screeningsprogramma's over kanker, met name kanker van de baarmoederhals- en borstkanker.
- **Beoordelen van de kwaliteit van de behandeling**, met name in het kader van kanker zorg
- 45 • **Analyseren van de geografische spreiding**, van de verschillende types kanker, hun impact, hun evolutie en de gevolgen daarvan, om causale hypothesen, projecties en preventiebeleid vast te stellen.
- **Verslagen opstellen** voor internationale instanties, waaronder de World Health Organization en het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek

### 50 6.7.3 Projecten

- PROCARE (Project op kanker van de endeldarm) is een multidisciplinair project om te werken aan de kwaliteit van de opvang van endeldarm. De belangrijkste doelstelling van dit project is om de diagnostische en therapeutische variabiliteit te verminderen en de resultaten van het beheer van patiënten met kanker van de endeldarm te verbeteren door
- 55 standaardisatie van praktijken door het uitwerken van richtlijnen, de tenuitvoerlegging van deze richtlijnen, een proces van een kwaliteitszekering dank zij een specifieke registratie, feedback en opleidingen.

60 Procare is multidisciplinair en wordt gerund door wetenschappelijke verenigingen<sup>6</sup>, het RIZIV, het KCE en het kankerregister geven hun steun. 83 deelnemende ziekenhuiscampussen nemen deel.

De kwaliteit indicatoren werden multidisciplinair bepaald en getest zoals beschreven in het KCE rapport 81B Kwaliteitsborging voor rectale kankerzorg - fase 2: ontwikkeling en het

65 testen van een set van kwaliteitsindicatoren.  
De lijst van indicatoren is weergegeven in Tabel 8.

**Tabel 8 Overzicht van de geselecteerde kwaliteitsindicatoren**

<b>Algemene kwaliteitsindicatoren</b>
Absolute overleving na 5-jaar per stadium
Specifieke overleving na 5-jaar per stadium
Percentage patiënten met lokale terugkeerpatroon
Percentage patiënten wier geval werd besproken in multidisciplinair overleg
Vertraging tussen de eerste histopathologische diagnose en eerste behandeling
<b>Diagnose en staging</b>
Percentage patiënten met gedocumenteerd afstand van de anale marge
Percentage van patiënten bij wie een CT van de lever en een RX of een CT van de thorax werd uitgevoerd vóór de behandeling
Percentage patiënten bij wie een ECA werd vastgesteld vóór de behandeling
Percentage patiënten onderworpen aan preoperatieve beeldvorming van de hele dikke darm vóór electieve chirurgie
Percentage patiënten bij wie een transrectale echografie van het rectum en een CT of MRI van kleine bekken vóór de behandeling werd uitgevoerd
Percentage patiënten in klinische fase II - III met gerapporteerde mCRC

<sup>6</sup> <http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=8000000&id=59&lang=fr> ,

<b>Neo-adjuvante behandeling</b>
<p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie een kort schema neo-adjuvante radiotherapie aan kleine bekken werd uitgevoerd</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie een lang schema neo-adjuvante radiotherapie aan kleine bekken werd uitgevoerd</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie neo-adjuvante radiotherapie werd uitgevoerd in combinatie met neo-adjuvante chemotherapie, 5 - FU gebaseerd</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie een neo-adjuvante chemoradiotherapy type 5 - FU werd uitgevoerd en 5 - FU blijvend door infusie werd toegediend</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie ontvangen een chemoradiotherapy Neo-adjuvante type 5 - FU en in dat 5 - FU werd bestuurd door infusie blijft</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie een lang schema neo-adjuvante radiotherapie aan kleine bekken werd uitgevoerd en de behandeling binnen de gestelde termijn werd afgerond</p> <p>Percentage patiënten in klinische fase II - III bij wie een lang schema neo-adjuvante radiotherapie aan kleine bekken werd uitgevoerd en die binnen de 6 a 8 weken na de het einde van radiotherapie werden geopereerd.</p> <p>Percentage patiënten met acute complicaties van graad 4 verbonden aan de radio (chemo) therapie</p>
<b>Heelkunde</b>
<p>Percentage van R0 resecties</p> <p>Percentage abdominoperineale resecties en Hartmann procedures</p> <p>Percentage patiënten met een stoma 1 jaar na conservatieve sluitspier chirurgie</p> <p>Percentage patiënten met een grote lek na anastomose na de conservatieve sluitspier operatie</p> <p>Sterfte in het ziekenhuis of binnen de 30 dagen</p> <p>Percentage patiënten met intraoperatieve rectale perforaties</p>
<b>Adjuvante behandeling</b>
<p>Percentage patiënten stadium (y) p III na een R0 resectie met een adjuvante chemotherapie</p> <p>Percentage patiënten stadium (y) p II - III na een R0 resectie met een adjuvante (chemo) radiotherapie</p> <p>Percentage patiënten stadium (y) p II - III na een R0 resectie met adjuvante chemotherapie binnen 3 maanden na chirurgische resectie</p> <p>Percentage patiënten stadium (y) p II - III na een R0 resectie met een adjuvante chemo (radio) 5 - FU-based therapie</p> <p>Percentage patiënten met acute complicaties graad 4 gekoppeld aan bestralings- of chemotherapie is</p>
<b>Palliatieve behandeling</b>
<p>Percentage patiënten klinisch stadium IV met chemotherapie</p> <p>Percentage acute complicaties graad 4 gekoppeld aan chemotherapie bij patiënten in stadium IV</p>
<b>Follow-up</b>
<p>Percentage patiënten na curatieve behandeling waarbij een totale colonoscopie werd uitgevoerd binnen een jaar na behandeling</p> <p>Percentage van patiënten die follow-up aanbevelingen kregen volgens PROCARE</p> <p>Percentage patiënten met late complicaties van graad 4 die zijn gekoppeld aan de radio- of chemotherapie</p>

<b>Histopathologisch onderzoek</b>
------------------------------------

Gebruik van de pathologisch verslag Kwaliteit van totale mesorectale excisie gedefinieerd volgens de criteria van Quirke en vermeld in het verslag van de pathologie Marge van de distale veiligheid genoemd in het pathologie verslag Aantal onderzochte lymfklieren (y) pCRM vermeld in het verslag van pathologie in millimeter Mate van tumor regressie vermeld in het verslag van pathologie (na neo-adjuvante behandeling)
---

70 Drie feedbacks werden reeds verstuurd naar de ziekenhuizen. De eerste waren uitsluitend aan chirurgen gericht die verantwoordelijk waren voor het doorsturen naar andere deelnemers. Op dit moment ontvangen deelnemers aan de COM (Overleg multidisciplinaire oncologie) van wie de namen worden voorgelegd aan de Cancer Registry, allen de feedback.

75 Het Kankerregister heeft een enquête uitgevoerd naar het gebruik van deze feedbacks, maar de resultaten zijn nog niet bekend op dit moment.

Alle mogelijkheden van PROCARE werden niet op optimale wijze gebruikt. PROCARE bood een systeem van chirurgische training door peers 'geaccrediteerd' aan, zeer weinig chirurgen hebben gebruik gemaakt van deze opleiding . Er bestaat ook een systeem van tweede lezing voor de raming van de TNM-stadium door radiologen, een systeem dat ook niet optimaal wordt benut.

85

- Teelbal kanker en borstkanker

Deze projecten worden beschreven onder de projecten van de KOC vermits het verslag is gepubliceerd op hun website.  
Deze feedback werden niet automatisch gedistribueerd.  
Feedback over de teelbal kanker wordt zeer weinig gevraagd. Dat feedback over borst kanker meer door de betrokken ziekenhuizen werd opgevraagd heeft te maken met de richtlijnen voor aggregatie van hun borst kliniek.

95

- Tumoren van de orofarynx

Registratie begon, maar omdat deze kankers zeldzaam zijn, kan geen feedback voor het moment worden uitgevoerd.

100

- Brachytherapie bij prostaatkanker

Na het initiatief van de colleges van stralingstherapeuten, is men begonnen met registraties. Indicatoren er worden ontwikkeld

- Het PLAR project inzake de registratie van de chirurgie van de prostaat door♣ robot opgelegd door de RIZIV ziekenhuizen zodat zij aanspraak kunnen maken op terugbetaling van 'wegwerpmateriaal'.

- 105       ▪ Voor tumoren van het strottenhoofd, hersenen, endometriumkanker en hematologische gezwellen, records zijn ontwikkeld op verzoek van de wetenschappelijke organisaties van artsen.
- Maag en slokdarmkanker: er is een project aan de gang met het KCE

#### **6.7.4 Het team van het register**

110       Het team van het KankerRegister bestaat uit artsen, data managers, administratief personeel, wetenschappelijk personeel, waarbij zich regelmatig uitzendkrachten voor meer specifieke taken bijvoegen. Daarnaast zijn sommige mensen toegewezen aan een multidisciplinaire beoordeling van de behandeling van rectumkanker: het project Procure.

#### **6.7.5 De gegevens**

115       In het kader van zorgprogramma's van kanker, zijn de ziekenhuizen verplicht om informatie te verzenden over alle nieuwe gevallen van kanker aan het kankerregister. De meerderheid van de ziekenhuizen stuurt deze gegevens dan in elektronisch  
120       formaat terug met uitzondering van 13 ziekenhuizen die nog steeds met papier werken.

          De anatomo-pathologische laboratoria verzenden ook de diagnosegegevens van kanker op basis van histologische analyse.  
125       Deze dubbele registratie laat een volledige registratie toe (bevolking based cancer registration) en een verbetering van de volledigheid van de gegevens afkomstig van kankerzorg programma's wat helaas nog niet het geval is. Sommige ziekenhuizen declareren alleen de gevallen die in COM (multidisciplinair oncologisch overleg) besproken worden.

130       Om het overleven te berekenen, worden kankerregistergegevens gekoppeld aan de Kruispuntbank van de sociale zekerheid (datum van overlijden, vitale status). Op dit moment, op het einde van het eerste kwartaal van 2011, worden nieuwe gevallen gediagnosticeerd in 2007-2008 gegevens samengevoegd - aan het einde van 2011, zullen de gegevens 2009 beschikbaar zijn. Bovendien, bestaat de 5 jaar survival analyse van mensen behandeld in 2004-2005.

135       In het kader van het project van PROCARE, is een specifieke registratie georganiseerd.

#### **6.7.6 Deelnemers/stakeholders**

140       Zij variëren in functie van de projecten.  
          De registratie ontvangt de gegevens van ziekenhuizen.  
          Feedback wordt uitgevoerd in samenwerking met beroepsverenigingen, de KOC en het RIZIV in sommige gevallen.

145       Het Register heeft ook contacten met diverse internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie en het International Agency for Research on Cancer.

### 6.7.7 Meerwaarde van het initiatief

150 Het kanker register biedt, door middel van de 'basis' registratie en zijn verschillende projecten, kwaliteitsgegevens over de incidentie van kanker, de locatie en de kwaliteit van hun behandeling steun.

Deze gegevens Kunnen worden gebruikt voor internationale vergelijkingen. Ze laten ook toe het soort opvang en resultaten tussen ziekenhuizen te vergelijken. De vergelijking kan leiden tot programma's voor verbetering van dit beheer.

### 6.7.8 Beperkingen

155 Geen enkele registratie in het kader van projecten is, de dag van vandaag, exhaustief en de verzonden gegevens worden niet ter plaatse geauditeerd.

160 Sommige projecten, zoals die voor teelbal- en borstkanker hebben de beoordeling toegelaten van de haalbaarheid van dit soort onderzoek zelfs indien de resultaten nog steeds een voorzichtige interpretatie vereisen. Haalbaarheid projecten laten aanbevelingen toe voor een eventuele oprichting van een dynamische en longitudinale evaluatiesysteem.

165 Op niveau van PROCARE, in het begin geplaatst door wetenschappelijke venootschappen, lijkt de dynamische kwaliteit goed, dit ondanks het feit dat chirurgen terughoudend zijn voor de scholing, en dat dubbele lezing voor de NMR van het bekken niet op zijn plaats in veel radiologie diensten.

Maar in het algemeen zijn de projecten, voorgesteld door wetenschappelijke verenigingen relatief beter ontvangen dan de projecten voorgesteld door regeringen.

### 6.7.9 Toekomstperspectieven

170 Vanaf 2011, zal de registratie van nieuwe kanker gevallen volledig elektronisch gebeuren.

Al de projecten, nu in hun beginstadium,zullen verder gaan.

175 Opmerkingen van de directeur van het register.

Ik denk dat de involvement van een brede groep van specialisten cruciaal is voor het laten slagen van Prospective registratiestudies. Retrospectieve studies op basis van administratieve gegevens (IMAnomenclatuur) vraagt altijd een voorzichtige interpretatie van de resultaten, maar heeft het voordeel om bevolking gebaseerd te zijn in tegenstelling tot Prospective studies, waar een exhaustieve deelname altijd wel een probleem is...

180 Bron:

<http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=2000000&id=34&lang=fr>

185 Discussie met Liesbet Van Eycken en Julie Francart, directeur en adjunct-directeur van het kankerregister



## **6.8 Intermutualistisch Agentschap AIM-IMA en de feedbacks georganiseerd door de mutualiteiten**

### **6.8.1 Historiek**

Het Intermutualistisch agentschap (AIM) is een vereniging zonder winstoogmerk die werd opgericht door nationale instanties van de verzekeringsorganismes (OA) in oktober 2002.

### **6.8.2 Doelstellingen**

Het doel van het AIM is om gegevens uit de verschillende nationale vakbonden te verzamelen en analyseren, onder hun eigen initiatief en in het kader van andere specifieke missies gesponsord onder andere door de staat.

### **6.8.3 Nature**

Het AIM is een bron van informatie en een partner in onderzoek geworden voor een reeks van analyses en studies met betrekking tot de gezondheidszorg en ziektekosten-verzekeringen.

Doel voornamelijk als projecten voor de verzekering instanties of derden (de EKC, het kankerregister, de FOD-VG).

Hier zijn een paar projecten als voorbeeld

#### **In het kader van de kwaliteitsbevordering**

Onder toezicht van de nationale Raad voor de bevordering van kwaliteit, in samenwerking met [professionele en wetenschappelijke medische verenigingen](#), met het [federale centrum voor deskundigheid van de gezondheidszorg](#) en met het [RIZIV](#).

<b>Mnemonique</b>	<b>Publicatie</b>	
Feedback Antibiotica huisartsen	2003 2004 2007	
Feedback Antibiotica specialisten	2003	
Feedback Antihypertensiva	2003	
Feedback pre-operatieve onderzoeken	2005	
Feedback borstkankeronderzoek	Mei 2006	
Zwangerschapsonderzoek(Feedback en AIM onderzoek)	Januari 2007	

#### **In het kader van de evaluatie van politieke maatregelen**

<b>Mnemonique</b>	<b>Publicatie</b>	
-------------------	-------------------	--

Kinesistherapie en invloed van matigingsticket	2003	
Borstkankeronderzoek	2002 2004 2005 2006 2007 2009 <b>2010</b>	
Conventie van diabetes en zelfbeleid	2006	
Prestatienomenclatuur van prestaties van vroedvrouwen	augustus 2006	
Onderzoek naar baarmoederhalskanker	september 2006	
Onder ander onder leiding van KCE Rapport 17b Evaluatie van referentiebedragen Rapport 94b Intensieve moederzorgen in België		

### In het kader van « health monitoring »

Mnémonique	Publication	
Zwangeschappen bij adolescenten in de Waalse gemeenschap en in Brussel hoofdstad: "Chaire Quetelet" (UCL)	November 2004	
Het uitvoeren van keizersnede	April 2006	
Adolescenten: Sexualiteit & gezondheid van de reproductie – Stand van zaken in wallonië en Brussel	Mei 2006	
Griepsvaccinatie tijdens winter 2006/2007	Juni 2009	

Parallel met de activiteit van de intermutualiteit publiceren de verschillende mutualiteiten hun eigen studies<sup>7</sup> en verdiepen zich in de variatie van medische behandelingen (bij voorbeeld voor heupprothesen of hysterectomies) hetzij wat de patiëntenkosten betreft, het grijpen naar sommige zorgen en zelfs de medicatie

#### **6.8.4 Auteurs**

De dagelijkse werking van het Intermutualistisch Agentschap rust volledig op kleine ad hoc teams die elke één van de projecten voor hun rekening nemen.

Deze specifieke onderwerpen zijn van korte duur

Projectteams zijn samengesteld uit personeelsleden van verschillende agentschappen van verzekeraars.

Voor technische ondersteuning, kan het AIM rekenen op vijf vaste medewerkers. Zij hebben, binnen hun bevoegdheden, onder andere, het toezicht en de kwaliteitscontrole van de leveringen van gegevens door agentschappen van verzekeraars.

<sup>7</sup> [http://www.mc.be/fr/135/info\\_et\\_actualite/dossiers\\_et\\_etudes/index.jsp](http://www.mc.be/fr/135/info_et_actualite/dossiers_et_etudes/index.jsp),  
<http://www.mutsoc.be/Mutsoc/MeDocumenter/Etudes/>

### 6.8.5 Deelnemers/stakeholders

AIM partners zijn voornamelijk het KCE, het RIZIV, de Kankerregister. AIM werkt ook samen met de gemeenschappen op een aantal punctuele projecten.

### 6.8.6 Frequentie van de feedback

De meeste van de projecten zijn punctuele onderzoeken. Sommige feedback zoals screening voor borstkanker of de feedbacks van samenwerkingen met de RIZIV zijn regelmatig.

### 6.8.7 Type indicatoren

Variabel in functie van het project.

### 6.8.8 Methodologie inclusief verzameling van gegevens, validering, opvolging, ...

De [Verzekeringen](#) hebben gegevens over hun leden, bij de uitvoering van hun wettelijke missie met betrekking tot de verplichte ziekteverzekering. Deze gegevens hebben betrekking tot vergoedingen van medische kosten en arbeidsongeschiktheid of handicap, alsmede tot vergoedingen op grond van moederschap.

Intermutualistes gegevens zijn exhaustief en bevatten gedetailleerde voortdurende en volledige informatie met betrekking tot de zorg van elke patiënt, en dit gedurende een lange tijdsperiode van. Bovendien, kan de verstrekte zorg worden gecorreleerd met een **bevolkingsdeler** waarvan een verscheidenheid van sociaal-demografische kenmerken bekend zijn.

Afhankelijk van het te overwegen onderwerp voert elke **OA selecties en leveringen van gegevens** op een gerichte en nauwkeurige wijze, met inachtneming van een standaard schema.

Deze bestanden worden anoniem gemaakt en verzameld door middel van een intermediaire organisatie. De gegevens worden vervolgens beschikbaar gesteld aan het overeenkomstige projectteam, met de analysehulpmiddelen van "business intelligence".

Nadat het project afgesloten is, verdwijnen de gegevens uit de AIM bestanden. Voor sommige projecten, in samenwerking met het KCE of het kankerregister, kunnen deze gegevens gekoppeld worden met de MKG/MFG gegevens of met de gegevens van het kankerregister.

In samenwerking met het RIZIV, heeft het Intermutualistisch Agentschap ook een permanent staal<sup>8</sup> gevormd.

Dit permanent staal is een staal van consumptiegegevens van gezondheidszorg, anoniem, vertegenwoordigend voor de Belgische bevolking. Het is samengesteld uit

---

<sup>8</sup> <http://www.inami.fgov.be/information/fr/sampling/index.htm>

gegevens die beschikbaar zijn op administratief niveau binnen de mutualiteiten in het kader van verplichte geneeskundige verzorging. Het gaat om gegevens zowel over bevolking als factuurgegevens en Pharmanet (verbruik van medicatie in ambulante gegevens).

Het staal stelt aan een aantal instellingen, een belangrijk instrument ter beschikking voor de kennis van de consumptie van gezondheidszorg in België.

Deze instellingen zijn: de RIZIV, de FOD Volksgezondheid, met inbegrip van het Wetenschappelijk Instituut van volksgezondheid, de FOD sociale zekerheid, het federaal Kenniscentrum van de gezondheidszorg en het Federaal Planbureau.

Het observatieniveau van het staal is het individu (de begunstigde). De permanente steekproef wordt gevormd (d) een steekproef van 1/40 van alle geadresseerden database, aangevuld met een extra staal van 1/40 voor meer dan 65 jaar, wat resulteert in een staal van 1/20 voor deze groep. Dit staal telt 300.000 mensen.

Een jaarlijkse actualisatie van de gegevens laat toe te analyseren of sommige resultaten in de tijd variëren. Een Structuur deelvenster (dezelfde mensen zitten in hetzelfde staal voor meerdere jaren) stelt een longitudinale follow-up in staat. De gegevens worden 10 opeenvolgende jaren bewaard.

Het staal bevat prestatiegegevens van de jaren 2002-2009 inbegrepen. De gegevens van het jaar "t" zijn elk beschikbaar van 31 December van het jaar "t + 1".

### **6.8.9 Rapporten/Feedback**

Rapporten en feedback zijn ad hoc.

Sommige studies publiceren anonieme vergelijkende resultaten in de pers zoals de vergelijking van het aantal keizersnedes van de verschillende ziekenhuizen. Het relaas door de pers van deze resultaten geeft aanleiding tot debatten tussen professionele gezondheid met inbegrip van de colleges van artsen.

### **6.8.10 Meerwaarde van het initiatief**

Het AIM beschikt over longitudinale gegevens voor de opvolging van patiënten over meer dan 10 jaar, voor het volgen van heropnames en transfers naar verschillende instellingen. Vermits het gaat over zowel ambulante als ziekenhuiszorg gegevens, is het de enige organisatie die het traject kan reconstitueren. Het kan ook de naleving van de patiënten volgen door de terugbetaalde behandelingen.

De gegevens van het AIM kunnen ook worden gekoppeld aan de gegevens van het MZG of van het kankerregister of aan andere gegevens, indien nodig.

### **6.8.11 Beperkingen**

Het AIM beschikt alleen over de facturatiegegevens van de prestaties in de

gezondheidszorg. Het heeft geen toegang tot gegevens van diagnostiek en resultaten van zorg. Het heeft geen gegevens met betrekking tot de zorg en de terugbetaalde geneesmiddelen.

Koppelingen van gegevens, hoewel dit technisch mogelijk is, hebben tijd nodig en zijn een aanzienlijke administratieve last en vragen een akkoord van de Commissie betreffende privacy waardoor ze relatief weinig haalbaar lijken.

### **6.8.12 Toekomstperspectieven**

Het AIM positioneert zich als een belangrijke partner voor de levering van de gegevens uit de gezondheidszorg en hun analyse (Zie kankerregister en KCE).

## 7 EMPIRISCHE ANALYSES VAN DE BESTAANDE GEGEVENS BANKEN

In het kader van dit project, werden twee types van gegevens onderzocht om hun mogelijkheid tot gebruikt te evalueren in een nationale set van ziekenhuisperformantie indicatoren. Het betreft de gegevens van de vragenlijst afkomstig van de ziekenhuisstatistieken en de medisch-administratieve gegevens (Minimaal Klinische Gegevens - MKG) meer bijzonder in het kader van de PSI.

### **7.1 Exploratie van de gegevens van de vragenlijst van de ziekenhuisstatistieken**

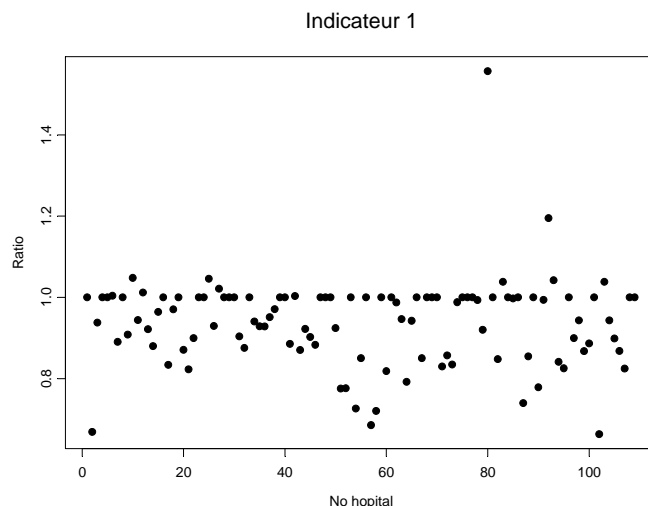
In het kader van dit project heeft de vragenlijst van de ziekenhuisstatistieken geleid tot analyses. De gebruikte gegevens in deze analyse betreffen het jaar 2008. De analyse gebeurde per geanonimiseerd ziekenhuisnummer.

Het huidige hoofdstuk probeert voorbeelden van indicatoren te illustreren, op exploratieve wijze, die afkomstig kunnen zijn van deze vragenlijst. Deze betreffen, zo veel mogelijk, de huidige problematiek in de meeste Belgische ziekenhuizen. Ze zijn kunnen ook gebruikt worden door de interne of externe autoriteiten als performantie indicatoren volgens de verschillende klinische, processen, human resources, assen.

#### **7.1.1 Ratio Aantal bedden**

Om de gegevens gecommuniceerd door de ziekenhuizen te valideren, is het mogelijk het aantal bedden in de instelling te vergelijken met het aantal gerefereerde bedden per index en per dienst te vergelijken, dit noemen wij het Ratio Aantal bedden. Dit ratio moet evenwaardig zijn aan 1 indien de gegevens correct gecodeerd zijn en indien de vragen goed begrepen zijn.

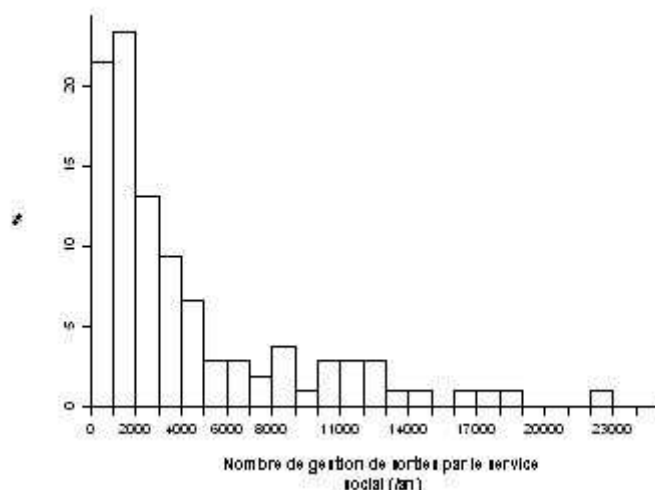
We stellen van dat in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** dat het ratio varieert van 0,66 en 1,56. Het percentile 75 staat gelijk met 1, dat wil zeggen dat drie kwart van de ziekenhuizen een lager of gelijk ratio hebben dan de verwachte waarde. Deze waarden betekenen dat de afleiding van het aantal bedden per index en per eenheid niet altijd overeen stemt met het aantal totale bedden in de instelling weergegeven in de enquête. Terwijl het aantal bedden een belangrijke notie is die tussenkomt in verschillende indicatoren.



**Figuur 1 weergave van het ratio Aantal bedden per ziekenhuis**

### 7.1.2 Ontslagbeleid door de sociale werkers

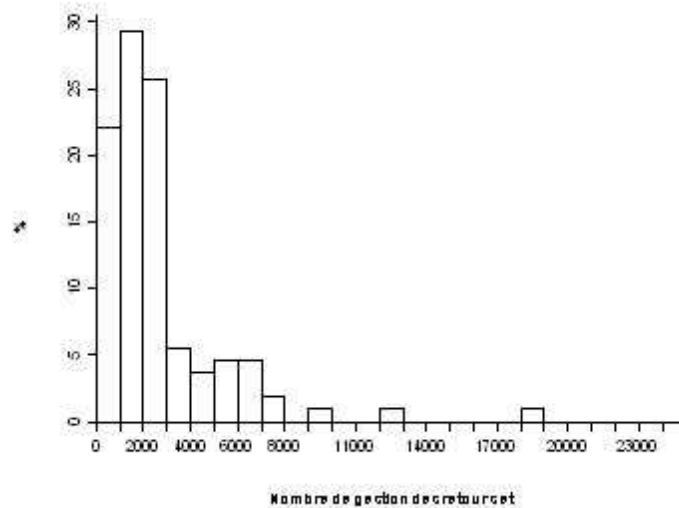
De enquête vermeld het aantal totale interventies per jaar van de sociale werkers voor het ontslagbeleid. Deze waarde is gemiddeld 4.578 interventies met een variatiecoëfficiënt van 108 en een P50waarde van 2319. de verspreiding van dit gegeven is weergegeven in **Erreur ! Source du renvoi introuvable..**



**Figuur 2 Verspreiding van het aantal ontslagen uitgevoerd door de sociale diensten (/jaar/ziekenhuis)**

De enquête geeft eveneens het aantal terugkomst en plaatsing weer, dat overeenkomt met de som van 1- aantal terugkeer naar huis dat nood had aan hulp in de zorg uitgevoerd door sociale werkers, 2- aantal van tijdelijke plaatsingen door de sociale werkers, 3- aantal plaatsingen in rusthuizen uitgevoerd door sociale werkers, 4-

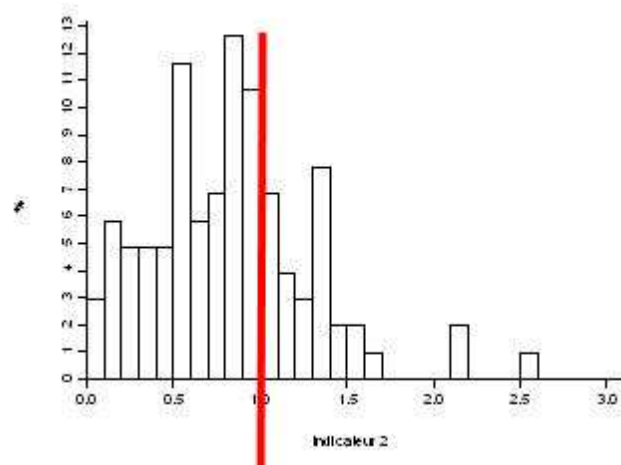
aantal plaatsingen in rust en verzorgtehuizen uitgevoerd door de sociale werkers en 5- aantal andere plaatsingen voor een lange duur uitgevoerd door de sociale werkers. Het aantal terugkeer en plaatsing is gemiddeld 2.567 met een variatiecoëfficiënt van 104 en een P50 waarde van 1.904. De verspreiding van dit gegeven is weergegeven in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**



**Figuur 3** Verspreiding van het aantal terugkeer en plaatsingen (/jaar/ziekenhuis)

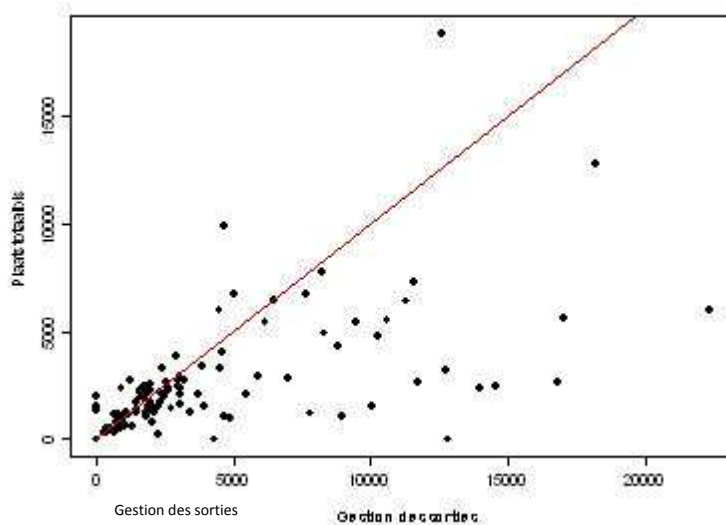
Het is dus mogelijk om de proportie waar te nemen van het ontslagbeleid date en zwaarder karakter heeft (tijdelijke, RT, RVT, lange verblijven en naar huis) op het totale ontslagbeleid van de sociale dienst van het ziekenhuis. Dit ratio wordt berekent volgens het beleid van de terugkeer en de plaatsingen van het ontslagbeleid.

Dit ratio presenteert een gemiddelde waarde van 0,82 (CV=56) met een P50 waarde van 0,83 (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**)



**Figuur 4** Verspreiding van het ratio van het ontslagbeleid door de sociale dienst





**Figuur 5 Relatie tussen het plaatsingsbeleid en het ontslagbeleid**

Het verschil tussen het aantal ontslagen door de sociale diensten en het aantal terugkeer en plaatsing is niet duidelijk. Met wat kan het ontslagbeleid overeenkomen indien die niet overeen komen met één van de plaatsingen die voorgesteld worden in de enquête? Meerdere hypothesen zijn mogelijk:

1. Het aantal ontslagen kan overeen komen met het aantal keuzes gegeven door de sociale dienst en meerdere keuzes kunnen dus mogelijk zijn voor eenzelfde patiënt, terwijl slechts één plaatsing mogelijk is per patiënt. We schatten dat 2 of 3 interventies nodig zijn per patiënt voor een plaatsing. Deze hypothese zou de hogere ratio's dan 1 kunnen verklaren.
2. Het ontslagbeleid bevatten een bijkomende categorie die niet voorzien in de enquête.
3. Het verschil kan te wijten zijn aan fouten in de codificatie door de ziekenhuizen met een slechte stratificatie van de algemene resultaten in de groepen.
4. Tot slot, sommige ziekenhuizen zouden hun ontslagbeleid overschat kunnen hebben of anderzijds het ontslagbeleid onder evalueren (daardoor verkrijgen ze een ratio boven de 1 )

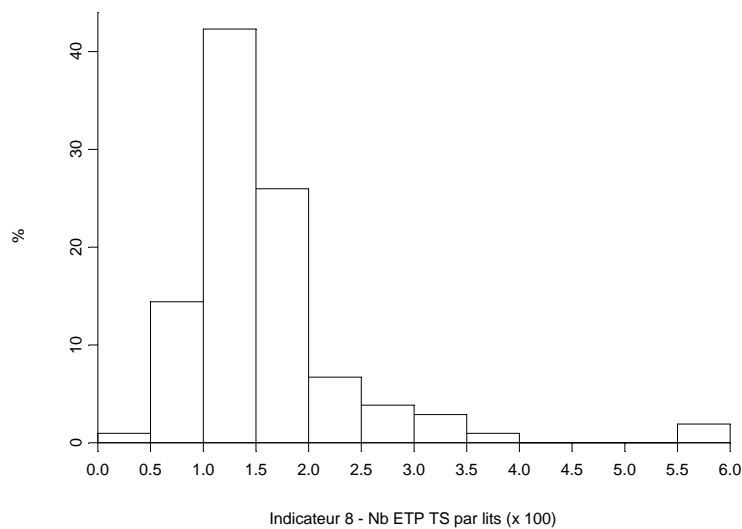
Zoals **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** aantoont, zijn de ziekenhuizen die een hoog cijfer hebben in de teller niet steeds diegene die een hoog cijfer hebben in de noemer.

De totaliteit van deze resultaten tonen dus de grote verscheidenheid aan intra ziekenhuis in de aangereikte gegevens om de sociale diensten te evalueren. Deze is waarschijnlijk te wijten aan het gemis van een definitie van de verschillende aangereikte elementen (aantal patiënten, aantal adviezen?) en aan het niet gebruiken van deze gegevens.

### 7.1.3 FTE van sociale werkers voor 100 bedden

De sociale zorg van de patiënt kan ook geapprecieerd worden door het aantal FTE van sociale werkers beschikbaar voor 100 erkende bedden. Dit ratio houdt geen rekening met de vrijwilligers aangezien de jaarlijkse enquête het aantal vrijwilligers aangeeft in het ziekenhuis (en niet het aantal FTE)

De ziekenhuizen hebben gemiddeld 1,6 FTE voor 100 erkende bedden, met een minimum gerapporteerd van 0,5 en een maximum van 5,9 (CV=52). De mediaan situeert zich echter op 1,5 FTE voor 100 erkende bedden.



**Figuur 6 verspreiding van het aantal FTE van sociale werkers per 100 erkende bedden**

De human resources waarover het ziekenhuis moet beschikken zijn niet onderworpen aan een unieke standaard. Echter, verschillende regels en afspraken leggen bepaalde sociale hulpbronnen op, zoals bijvoorbeeld de RIZIV conventies. De wijde verspreiding van het aantal FTE van sociale werkers duidt op hetzij een verschillende investering van de ziekenhuizen in deze dienst omdat hun patiëntenprofiel (casemix) varieert, hetzij een bias in de verzameling van de informatie (moet men alle FTE van de dienst tellen, enkel die van BFM, is het logisch van de RIZIV FTE mee te rekenen, ... ?)

### 7.1.4 Evolutie en stabiliteit van het medisch en verpleegkundig personeel

De jaarlijkse enquête toont het aantal personen aan in het begin en op het einde van het jaar voor verschillende categorieën van personeel (artsen in loondienst, onafhankelijke artsen, A1 verpleegkundigen en A2 verpleegkundigen). Het is dus mogelijk om de aantrekkelijkheid en de evolutie van de verschillende beroepen in het ziekenhuis te evalueren.

Om de relevantie van de doorgegeven gegevens te evalueren in de enquête, is een validatie mogelijk doorheen de verschillende gerapporteerde vragen. De ziekenhuisstatistieken beschikken eveneens over het aantal personen die gedurende het jaar aangenomen werden en die vertrokken gedurende het jaar. Vanaf dan, het aantal personen op 31/12 zou moeten overeen komen met de volgende berekening: (aantal personen op 01/01 + aantal personen aangeworven – aantal personen vertrokken tijdens het jaar).

Categorie personeel	Op 31/12 (enquête) A	Op 01/01 (enquête) B	Aangeworven tijdens het jaar (enquête) C	Vertrokken tijdens het jaar (enquête) D	Op 31/12/2008 (berekend) E=B+C-D	Verschied – enquête E-A
Artsen in loondienst	6.330	6.306	1.678	1.598	6.386	56
Onafhankelijke artsen	20.528	19.509	1.663	1.111	20.061	- 467
A1 verpleegkundigen in loondienst	48.939	47.945	4.294	3.299	48.940	1
Onafhankelijke A1 verpleegkundigen	25	19	8	1	26	1
A2 verpleegkundigen	23.538	23.175	2.176	1.788	23.563	25
<b>Totaal</b>	<b>99.360</b>	<b>96.954</b>	<b>9.819</b>	<b>7.797</b>	<b>98.976</b>	<b>-384</b>

Het verschil tussen de berekende waarde op 31/12 en de waarde gerapporteerd op 31/12 schat de validiteit van de gegevens van de enquête. Het blijkt dat de gegevens betrouwbaar mogen geacht worden, buiten de gegevens van de onafhankelijke artsen.

Twee indicatoren kunnen afgeleid worden:

- De evaluatie van de staff, die overeen komt met (aantal aangeworven – aantal vertrekken tijdens het jaar) / totaal op 31/12.

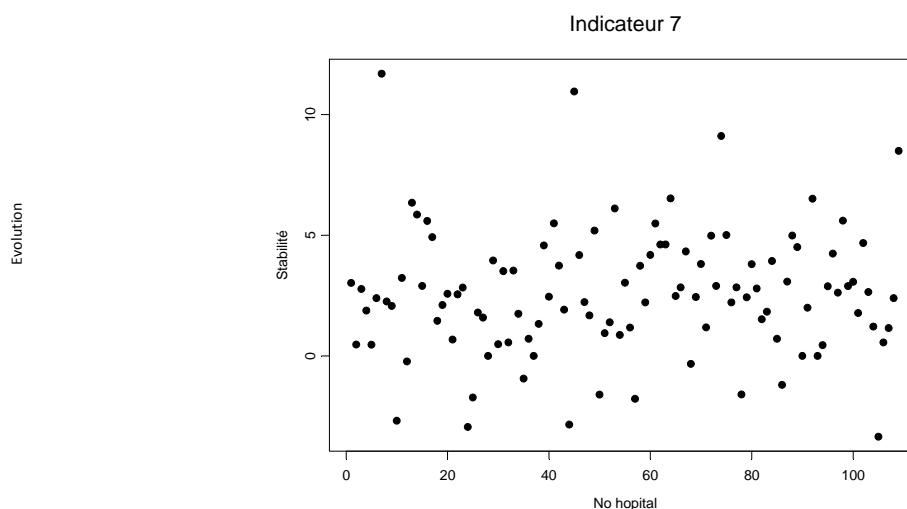
- b. De stabiliteit van de staff, die overeen komt met (aantal aangeworven + aantal vertrekken tijdens het jaar) / totaal op 31/12.

We merken op dat de artsen in loondienst het hoogste percentage van stabiliteit hebben maar een relatieve stabiele evolutie hebben met lichtjes meer aanwervingen dan vertrekken.

Categorie personeel	Op 31/12 (enquête) A	Aanwervingen tijdens het jaar (enquête) B	Vertrekken tijdens het jaar (enquête) C	Evolutie van de staff (B-C)/A	Stabiliteit van de staff (B+C)/A
Artsen in loondienst	6.330	1.678	1.598	1,3 %	51,8 %
Onafhankelijke artsen	20.528	1.663	1.111	2,7 %	13,5 %
A1 verpleegkundigen in loondienst	48.939	4.294	3.299	2,0 %	15,5 %
A2 verpleegkundigen	23.538	2.176	1.788	1,6 %	16,8 %
<b>Totaal</b>	<b>99.335</b>	<b>9.811</b>	<b>7.796</b>	<b>2,0 %</b>	<b>17,7 %</b>

De verplaatsingen van de artsen in loondienst zijn belangrijk en worden verklaard door het vernieuwen door kandidaat specialist artsen. Deze laatsen vertegenwoordigen bijna de helft van de artsen in loondienst in ons land. We observeren eveneens dat één verpleegkundige op 6 zich verplaatst binnen het jaar. Dit percentage is hoger voor A2 verpleegkundigen (16,8%) dan voor de onafhankelijke artsen (13,5%).

Terwijl op ziekenhuisniveau, de evolutie van de staf relatief constant blijkt (2% alle categorieën te samen), wisselen de berekende waarden voor ieder ziekenhuis sterk (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Gemiddeld is ze 2,8% (CV=101), met een minium van -3% en een maximum van 11%.



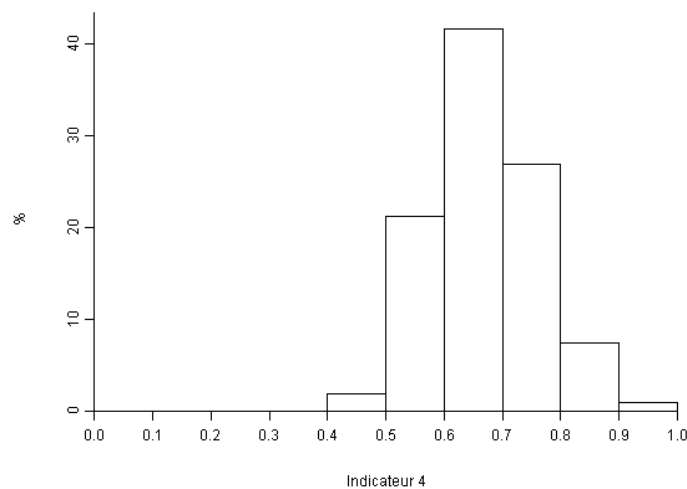
Figuur 7 Evolutie van de staff per ziekenhuis

De grote variaties van de personen in de ziekenhuizen onderstrepen de nood om de gegevens te valideren in de enquête. Deze relatief aan de personeelsgegevens zouden vergeleken kunnen worden met het sociale balans voor de validatie.

### 7.1.5 Kwalificatie percentage van de verpleegkundigen

Het kwalificatie percentage van de verpleegkundigen kan berekend worden:  $\text{aantal A1 verpleegkundigen} / (\text{aantal A1 verpleegkundigen} + \text{aantal A2 verpleegkundigen}) * 100$

Het gemiddeld kwalificatie percentage is 66% (CV=13), met een minimum van 48% en een maximum van 90%.



Figuur 8 : Verspreiding van het kwalificatie percentage van verpleegkundigen

Dit gegeven zou het onderwerp kunnen zijn van bijkomende analyses: verdeling van dit percentage volgens het karakter van het ziekenhuis of meer de evolutie van het percentage in de tijd, dat de graad van kwalificatie in de ziekenhuizen illustreert.

### 7.1.6 Activiteitsvolume per medische apparaten

De jaarlijkse enquête beschikt over de activiteitsgegevens van medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde als over het aantal apparaten beschikbaar in het ziekenhuis. Deze zijn geïllustreerd in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Het Kenniscentrum heeft recent de kosten en het gebruik van de MRI in België bestudeerd. Het meld 92 MRI apparaten in België in 2008. De ziekenhuizen melden er slechts 58 in de jaarlijkse enquête. Het lijkt dus dat de enquête niet op volledige wijze ingevuld is.

Type apparaat	Aantal
Angiografie	142
Monoplan	122

Biplan	20
Mammografie apparaten	206
Transverse axiale tomografie	462
CT-Scan	143
Spiraal	120
Multibarette	199
Nucleaire magnetische resonantie tomografie	58
< 1 tesla	2
>= 1 en < 2 teslas	47
>= 2 en < 3 teslas	0
>= 3 teslas	9

Tabel 1 Aantal medische apparaten gerapporteerd (2008)

Vanaf deze gegevens, is het soms mogelijk de verschillende bezettingspercentages van de machines te berekenen door het aantal gerealiseerde examens te vergelijken met het aantal machines per ziekenhuis.

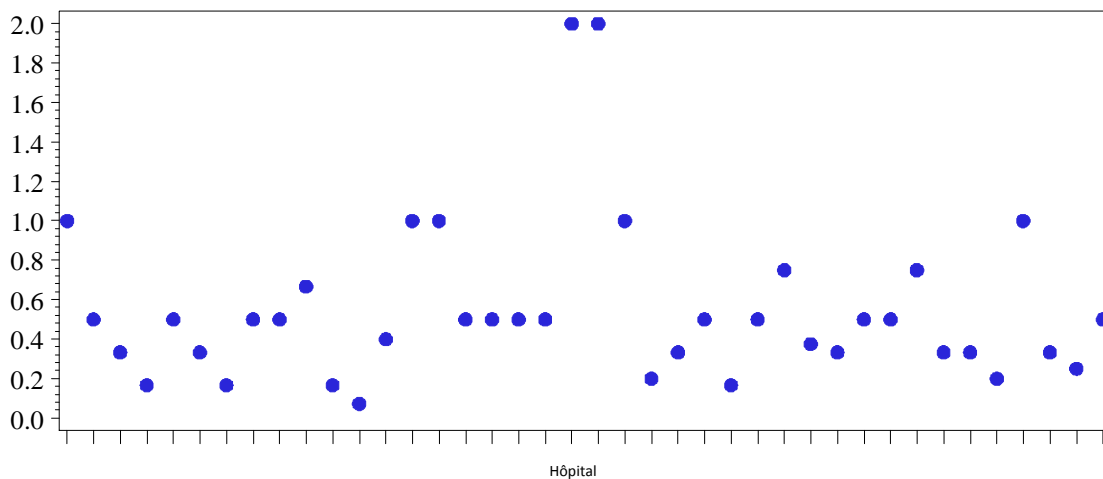
	Aantal betrokken ziekenhuizen	Gemiddeld aantal examens per apparaat	CV	Mediaan
Aantal examens in nucleaire geneeskunde per gamma camera	102	2.002	42	1.923
Aantal angiografie examens per Angiograaf	87	318	137	172
Aantal mammografie examens per mammografie apparaat	107	3.499	75	2.725
Aantal examens van transverse axiale tomografie per transverse axiale Tomograaf	107	5.944	57	4.876
Aantal examens van Tomografie met NMR per Tomograaf met NMR	36	6.294	58	5.594

Laten we eveneens noteren dat bepaalde ziekenhuizen een aantal examens van een zeker type rapporteren terwijl ze niet beschikken over een apparaat van dat type. Deze fouten zouden niet toegelaten mogen worden door de enquête. Ze onthullen het gebrek aan geldigheid van dergelijke gegevens.

De grote spreiding waargenomen in het gebruik van de machines tussen de ziekenhuizen verhullen nogmaals het gemis aan definities in de enquête. Is men zeker dat het aantal beeldvorming begrepen wordt door alle ziekenhuizen op dezelfde manier, zodat men kan vergelijken? Inderdaad, in de beeldvorming is het mogelijk het aantal gefactureerde nomenclatuurcodes te tellen maar ook het aantal type beelden, het aantal aanvragen van beeldvorming, het aantal patiënten dat zich presenteert aan het loket of nog het aantal keer de patiënt onder de machine gaat. Deze verschillende metingen kunnen begrepen worden als het aantal examens van beeldvorming. Bovendien moet de exhaustiviteit van de getelde machines

gewaarborgd worden door een duidelijke en relevante definitie. Moet men, de machines niet actief of verouderd en minder actief, aangezien ze gereserveerd worden voor één bepaald examen, achten? Deze verduidelijkingen aangebracht in de definitie van de metingen zouden kunnen toelaten om betrouwbare indicatoren op te bouwen die de bezettingsgraad weergeven en dus ook de winstgevendheid van de machines.

Het ratio tomografie met NMR/ Axiaal transverse tomograaf kan evenwel bestudeerd worden. De spreiding van dit ratio is geïllustreerd in **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Deze illustreert een grote verscheidenheid van het ratio. Slechts twee ziekenhuizen stellen een rapport voor van twee tomografen met NMR voor één axiale transverse tomograaf en vijf ziekenhuizen een rapport van één voor één. Het recente rapport van het Kenniscentrum over het onderwerp geeft aan dat de magnetische resonantie apparaten relatief weinig gebruikt worden in vergelijking met de CT-Scanner. Toch is de magnetische resonantie scanner, die geen X stralen gebruikt, te verkiezen over de CT-Scanner om veiligheidsredenen indien het medisch verantwoord is.



Figuur 9 : Ratio NMR Tomografen / Transverse axiale Tomografen

### 7.1.7 Human resources vrijgemaakt door de laboratoria

Het aantal laboratoria examens per FTE personeel (Artsen en Apothekers, Techniciens, Administratieven) kan geschat worden. Drie indicatoren worden als volgt gedefinieerd:

1. Aantal examens van (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : therapeutische monitoring + Microbiologie en microscopie + Infectieuze Serologie + Hematologie + Coagulatie en hemostase) / Aantal FTE (Arts gespecialiseerd in klinische biologie met een kennis van RIA (Radio-immuno assay) + Gespecialiseerde arts in klinische biologie zonder kennis van RIA (Radio-immuno assay) + Gespecialiseerd arts in nucleaire geneeskunde + Arts (andere dan gespecialiseerd in klinische biologie) met kennis van RIA + Arts (andere

dan gespecialiseerd in klinische biologie) zonder kennis van RIA + Apotheker biologist.

2. Aantal examens van (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : therapeutische monitoring + Microbiologie en microscopie + Infectieuze Serologie + Hematologie + Coagulatie en hemostase) / Aantal FTE administratief personeel
3. Aantal examens van (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : therapeutische monitoring + Microbiologie en microscopie + Infectieuze Serologie + Hematologie + Coagulatie en hemostase) / Aantal FTE techniek van het laboratorium

De tabel 5 stelt de resultaten voor van die indicatoren. Gemiddeld worden ongeveer 324.000 onderzoeken uitgevoerd voor één FTE arts of apotheker. E2n FTE techniek genereert ongeveer 58.000 onderzoeken en één FTE administratief een beetje minder dan 440.000. de spreiding ven de resultaten is relatief breed.

	<b>Gemiddeld aantal onderzoeken per FTE</b>	<b>CV</b>	<b>Mediaan</b>
Aantal laboratoriumonderzoeken per FTE Arts en Apotheker	337.594	61	323.961
Aantal laboratoriumonderzoeken per FTE Techniek	58.186	45	54.709
Aantal laboratoriumonderzoeken per FTE Administratief personeel	439.839	75	349.840

**Tabel 2 Gemiddeld aantal laboratoriumonderzoeken per FTE**

De relatie tussen de indicatoren beschrijft het « standaard » team waarover de laboratoria beschikken: voor een FTE arts of apotheker, er is 0,8 FTE administratief en 6 FTE techniekers.

### **7.1.8 De activiteit van de MUG**

De activiteit van d MUG kan geëvalueerd worden door drie indicatoren. Deze laten toe de zwaarte van de MUG en/of de uitmuntendheid van de triage te bepalen. Zo merken we op dat drie van de 4 patiënten die opgehaald worden door de MUG, gehospitaliseerd worden. Onder deze gehospitaliseerde patiënten, gaat er ongeveer een derde via intensieve zorgen. Tot slot, op de totaliteit van de ontvangen patiënten op spoed door de MUG, wordt er één op vijf gehospitaliseerd op intensieve zorgen.

		<b>CV</b>	<b>Médiane</b>
Aantal patiënten opgenomen op spoed en vervolgens gehospitaliseerd aangekomen via de MUG / Aantal patiënten opgenomen op spoed en aangekomen met de MUG	0,75	71	0,68
Aantal patiënten opgenomen op spoed en vervolgens	0,28	58	0,26



gehospitaliseerd aangekomen met de MUG en getransfereerd naar Intensieve Zorgen / Aantal patiënten opgenomen op spoed en vervolgens gehospitaliseerd aangekomen met de MUG			
Aantal patiënten opgenomen op spoed en vervolgens gehospitaliseerd en aangekomen met de MUG en getransfereerd naar Intensieve Zorgen. / Aantal patiënten opgenomen op spoed en aangekomen met de MUG	0,21	99	0,15

**Tabel 3 Indicatoren uit de jaarlijkse statistieken vanuit de MUG activiteit**

Voor twee indicatoren, hebben we waarden die uitschieten, hoger dan 1. Deze fouten zouden niet mogelijk mogen zijn door het coderingsprogramma van de jaarlijkse enquête. Het is bijvoorbeeld onmogelijk dat het aantal patiënten dat op spoed toekomt via de MUG en gehospitaliseerd wordt, hoger ligt dan het aantal patiënten dat toekomt op spoed via de MUG.

De analyse zou voortgezet moeten worden per regio, per provincie en per grootte van ziekenhuis.

### 7.1.9 Discussie

We hebben het opgemerkt aan verschillende voorbeelden. In medische beeldvorming, wordt er het aantal uitgevoerde onderzoeken opgevraagd. Het onderzoek van medische beeldvorming kan op verschillende wijze gedefinieerd worden: het aantal gefactureerde onderzoeken, het aantal passages aan het loket voor de inschrijvingen, het aantal patiënten op een beeldvormingsmachine. Deze verschillende visies van het uitgevoerde onderzoek in medische beeldvorming veranderen sterk de bekomen resultaten en geven een bias bij de vergelijkingen tussen de ziekenhuizen. Het gemis aan een definitie is toe te passen op bijna alle geteste indicatoren in dit werk.

Deze enquête bestaat uit meer dan duizend vragen in te vullen per ziekenhuiscampus. De vragen betreffen domeinen die gevarieerd zijn zoals het afvalbeleid of de activiteit in de verschillende medische diensten, met het beschrijven van de ziekenhuiscommissies en raden. Ze vertegenwoordigt een werklust dat belangrijk is voor een acuut ziekenhuis. Het aantal personen te contacteren om ze te vervullen kan oplopen tot een vijftigtal. Zo lang dat het gebruik van de gegevens van zo een enquête niet transparant is voor de ziekenhuizen, is het niet mogelijk om een samenhang en een exhaustiviteit van de gecommuniceerde gegevens te verzekeren.

De feedback van 2000 en 2001, beschikbaar op de website van de FOD-VGOL, vermelden reeds dat « de kwalificatie van de beantwoorder zeer verschillend is : geen enkele aanbeveling wordt gegeven aan de directeur om de vragenlijst in te vullen».

De geïntegreerde feedback 2008 onderstreept « de variabele feedback van een instelling tegenover een andere voor het registreren van dit soort gegevens». De

geïntegreerde feedback 2008 geeft weer dat « de instellingen niet altijd alle gegevens ieder jaar updaten in de enquête ». Voor een aantal gegevens, kan het antwoordpercentage zwak zijn (Vacante verpleegkundige jobs : 72 instellingen hebben er niet op geantwoord; Klinische paden: percentage niet-beantwoording is hoog) of heel heterogeen (Nood voor de meting van de tevredenheid van de patiënt: 41 instellingen hebben niet geantwoord op het percentage verspreiding en het percentage terugkeer en 18 hebben niet geantwoord op de domeinen die in de vragenlijst aan bod komen.) het gemis aan directieven ligt waarschijnlijk aan de oorsprong van de grote waargenomen verschillen in de resultaten van de ontwikkelde indicatoren voor de geïntegreerde Feedback in 2008.

Een andere belangrijke beperking is de tijd voor het verzenden van de enquête naar de FOD-VGOL. Inderdaad, terwijl de versie van de vragenlijst gelijk gebleven is tussen 2006 en 2010, is de periode waarin de ziekenhuizen de gegevens moeten bezorgen verkort met 2 maand, en dit zonder duidelijke reden. Inderdaad, blijkt uit de gegevens van 2008, dat de verzending vast ligt op 1 maart in plaats van 1 mei. Sommige resultaten worden echter afgeleid uit de facturatie. Terwijl deze niet afgesloten is op 1 maart. De ziekenhuizen die op deze basis werken kunnen ertoe aangezet worden om foute of geen complete gegevens door te sturen.

In hun verschillende circulaire, geeft de FOD de implementering aan van jaarlijkse beschrijvende rapporten. In 2007, kondigt het aan dat de thematische rapporten die gelinkt zijn met de performantiedomeinen aangepast door de FOD Volksgezondheid zullen uitgegeven worden. Deze rapporten zouden kunnen gebruikt worden door de ziekenhuizen die hun performantie belangrijk vinden en zou hun kunnen helpen om concrete actieplannen op te stellen. Het belooft in 2008 dat de thema's die aangekaart worden in deze rapporten, zullen gaan over dimensies als safety (bloedtransfusie, verspreiding van de medicatie, ziekenhuishygiëne, incidenten/accidenten, veiligheid van het personeel), patient-centeredness (kind en volwassene), beleid van de human resources (aanwervingen, vertrekken, omkadering van de activiteitssectoren, specialisatiegraad van het personeel,...) Deze rapporten blijken te bestaan maar werden jammer genoeg nooit uitgegeven of verspreid.

Algemeen gezien, hebben de ziekenhuizen de indruk geen deel uit te maken van deze vragenlijst en een, weinig nuttige, administratieve formaliteit in te vullen. Wanneer ze opmerkingen geven, worden deze weinig in acht genomen en kunnen soms in wacht blijven voor enkele jaren. Voor de zorggevers, zijn deze vragen uit de enquête geen weergave van de gerealiseerde activiteiten op het terrein (Obyn, Cleemput et al. 2009).

## **7.2 De Patient Safety Indicators (PSI) in België: een betrouwbaar opsporingsinstrument ?**

### **7.2.1 Inleiding**

In 2003, heeft het Federaal Agentschap voor het onderzoek in de gezondheid en naar de kwaliteit van zorg (Agency for Healthcare Research and Quality -AHRQ) de « Patient Safety Indicators » (PSI)(Agency for Healthcare Research and Quality) ontwikkeld. Deze indicatoren zijn bedoeld om de complicaties in de zorg op te sporen tijdens de hospitalisatie en die mogelijks vermijdbaar zijn door een evaluatie van de processen of de praktijken van de zorg. Hun interesse is meervoudig:

- Ze worden opgebouwd uit medisch administratieve gegevens, routinematig geregistreerde gegevens met financiering als doel. Deze opgestelde gegevensbanken zijn dus onmiddellijk beschikbaar en vragen geen verbruik van bijkomende middelen.
- Ze gebruiken de codes van de ICD-9-CM classificatie.
- Ze worden breed bestudeerd en gebruikt in verschillende landen (OECD, USA, ...)
- De nodige gegevens voor het opstellen van de PSI zijn beschikbaar in België dankzij de Minimale Klinische Gegevens (MKG) die, voor zijn codering, eveneens de ICD-9-CM classificatie gebruikt.

Aanvankelijk, werden de PSI ontworpen om de providers aan te moedigen om een herziening uit te voeren van de ziekenhuisverblijfdossiers die eruit gehaald werden door de indicatoren voor het implementeren van verbeteracties in verband met kwaliteit. Hun gebruik heeft zich echter verspreid. Ze worden nu gebruikt voor het evalueren van de ziekenhuisperformantie en werden zelf ingebouwd in programma's zoals « pay-for-performance ». Negen staten in de VS gebruiken de PSI voor informatie naar de bevolking, het National Quality Forum keurt tien PSI indicatoren goed voor de meting van de ziekenhuisperformantie en de Centres for Medicare en Medicaid Services hebben vier PSI geadopteerd voor een composietmaatregel om de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten te vergelijken tussen de ziekenhuizen(Cevasco, Borzecki et al. 2011).

Parallel met het meer en meer frequent beroep doen op de PSI in de evaluatie van de ziekenhuisperformantie, werden er verschillende studies, die de PSI valideren, gepubliceerd. Deze trachten de predictieve waarde te schatten van de indicatoren, het is te zeggen de proportie te evalueren van de casussen die effectief de complicatie van de zorg bevatten op het aantal geïdentificeerde verblijven. Deze studies tonen aan dat, het rapport van het medisch dossier dat aanzien wordt als de « gold standard », de mogelijkheid van de PSI om reële complicaties te vinden is zeer verschillend. De VPP verschillen van 44% tot 91% volgens bestudeerde PSI(Weller, Gallagher et al. 2004; Gallagher, Cen et al. 2005; Zhan, Battles et al. 2007; Henderson, Recktenwald et al. 2009; Kaafarani and Rosen 2009; Utter, Zrelak et al. 2009; White, Sadeghi et al. 2009; Utter, Cuny et al. 2010; White, Garcia et al. 2010; Kaafarani, Borzecki et al. 2011; Zrelak, Sadeghi et al. 2011). In België, werd de VPP van drie PSI getest in acht vrijwillige ziekenhuizen(Verelst, Jacques et al. 2010). De studie toont ook aan dat er belangrijke verschillen zijn in deze percentages, verschillend van 74.5% voor PSI 3 Decubituswond van 58.5% voor 12 Diepe veneuze

trombose/Postoperatief longembool en 45.0% voor PSI 13 Postoperatieve Sepsis. Wanneer men enkel de complicaties in acht neemt die tijdens het verblijf voorkwamen, verminderen deze percentages tot 54.3%, 49.6% en 44.2%.

Aangezien men meer naar de PSI greep voor de evaluatie van de kwaliteit, de financiering en de communicatie naar de bevolking werden de onderzoekers, de clinici en andere professionelen uit de zorgsector genoodzaakt om reserves te uiten tegenover deze indicatoren (Kaafarani, Borzecki et al. 2011). zo wordt regelmatig herhaald dat de medisch-administratieve databanken missen aan betrouwbaarheid en consistentie als gevolg van de ambiguïteit van de regels van het coderen, het gemis aan precisie van een aantal ICD-9-CM codes, de verschillen tussen de manier van coderen tussen de ziekenhuizen, de onmogelijkheid om een verschil te maken, door behulp van de codes, tussen de ontwikkelde complicaties gedurende het verblijf en deze die aanwezig waren bij opname en tenslotte de kwaliteit van de medische dossiers. Deze factoren zijn eveneens bepalend voor de lage bekomen VPP waarden (Kaafarani, Borzecki et al. 2011).

In het kader van het project « HPI.be », werden we geleid tot het actualiseren van de feedback van de PSI die als bestemming de Belgische ziekenhuizen hadden (SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins). Deze biedt aan de acute en subacute ziekenhuizen van ons land de percentages van de PSI en de lijst van de verblijven die geïdentificeerd werden voor het eventueel herzien van dossiers. Het bevat eveneens een wetenschappelijk rapport met de nationale waarden en tonen enkele pistes aan die kunnen helpen bij de interpretatie. Daarnaast hebben we geprobeerd om de variabiliteit van de percentages tussen de Belgische ziekenhuizen te bepalen. We hebben eveneens geprobeerd om de geobserveerde variaties te verklaren.

### **7.2.2 Materieel en Methode**

De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – DG Organisatie van de Gezondheidsinstellingen – Dienst Data management heeft de PSI berekend voor de tweede semester van 2010. Deze betroffen de jaren 2000 tot 2007, inbegrepen 14.453.394 klassieke ziekenhuisverblijven in 134 gefusioneerde ziekenhuizen. Op de 20 PSI, die initieel gedefinieerd werden door de AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), werden er drie niet weerhouden door hun gemis aan klinische relevantie (PSI 4 Failure to Rescue, PSI 10 Fysiologische en metabolische complicaties en PSI 20 trauma tijdens een bevalling via keizersnede). Drie indicatoren waren bestemd voor de communicatie aan de ziekenhuizen van de geïdentificeerde verblijven, zonder berekening van de noemer (PSI 1 Complicaties van de anesthesie, PSI 5 Vreemd voorwerp achtergelaten tijdens een ingreep, PSI 16 reactie op een transfusie). Het PSI 2 Overlijden in het DRG met lage mortaliteit werd niet in dit onderzoek meegenomen. De definitie van deze indicator werd heropgebouwd aangezien het Belgisch systeem zich baseert op APR-DRG en niet op DRG's gebruikt door de AHRQ. Zelden werden enkele aanpassingen aangebracht aan de voorgestelde definities door de AHRQ volgens de bijzonderheden van de Belgische gegevens. De belangrijkste aanpassing was de notie van principale

procedure. Onbestaand in MKG. We hebben ze vervangen door de eerste procedure van een verblijf (PSI 8 Postoperatieve heupfractuur, PSI 9 postoperatieve bloeding of bloeduitstorting, PSI 11 postoperatieve ademhalingsproblemen, PSI 12 Longembool of diepe veneuze trombose. PSI 14 wonddehiscence na een abdominale pelvis ingreep).

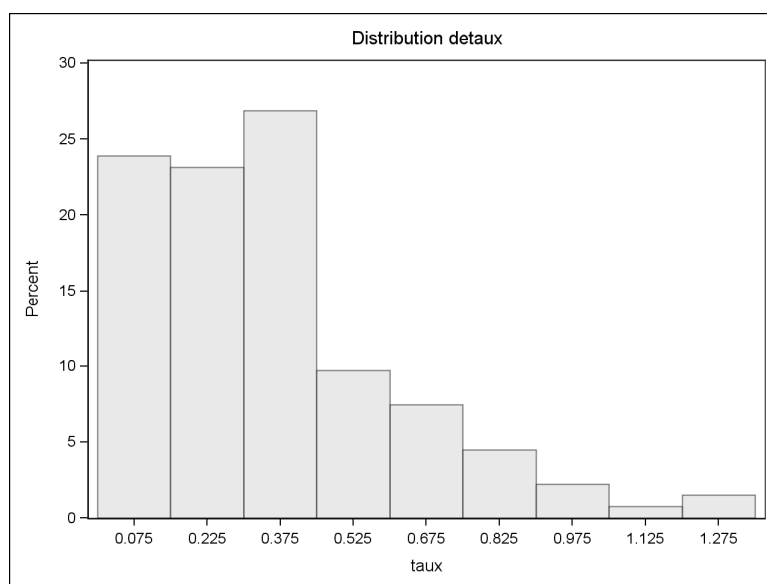
De variabiliteit van de percentages werd bestudeerd op basis van geanonimiseerde gegevens van de ziekenhuizen. De beschikbare gegevens beschikten voor ieder PSI: de nummer van het ziekenhuis, het jaar, het aantal bedden (< 300 bedden, 300-450 bedden en >450 bedden), de klasse (acuut of subacuut), het soort ziekenhuis (universitair of niet, gespecialiseerd of geriatrisch), het aantal verblijven in de teller, het aantal verblijven in de noemer, het aantal gecodeerde diagnoses en procedures voor de verblijven in de teller en de noemer, de duur van het verblijf van de teller en van de noemer.

In een eerste instantie, beschrijven we, voor iedere indicator, de verspreiding van de percentages tussen de Belgische ziekenhuizen. De resultaten worden uitgedrukt in percentages voor 1 000 verblijven. De asymmetrische verspreiding naar links van de percentages heeft ons aangespoord om ze te analyseren vanaf de mediaan en niet vanaf het gemiddelde. We stellen dus voor iedere indicator een mediaan, het minimum, het maximum, de bovenste en onderste quartiles voor. De interquartile afstand bepaald de afstand tussen de quartiles. De variabiliteit werd vertaald door de variatiecoëfficiënt, op de volgende wijze berekend: interquartile afstand/Mediaan. We hebben eveneens voorrang gegeven aan niet parametrische statistische testen, stabiel en minder gevoelig voor extreme waarden. In een tweede instantie, met behulp van de modellen van lineaire regressie en de reeds vernoemde beschikbare gegevens, werden de interziekenhuis variaties gekwantificeerd zodat bepaald kon worden door welk middel ze uitgelegd kunnen worden door bepaalde karakteristieken van de zorginstellingen of door de effecten van de codering of de casemix. We hebben de logaritmes van de percentages gebruikt zodat we hun verspreiding konden normaliseren. Tot slotte, hebben correlaties van Spearman toegelaten in te zien of er een link bestond tussen de meer exhaustieve codering van de MKG en een hoog percentage van PSI.

## 7.2.3 Resultaten

### 7.2.3.1 Beschrijvende analyse

Alle PSI tonen een asymmetrische verspreiding aan naar links zoals Figuur 1 ons toont voor PSI 6 iatrogene pneumothorax. Met als gevolg, we hebben de verspreiding bestudeerd van de percentages van de positieparameters.



Figuur 10 Verspreiding van de percentages per ziekenhuis (/1000 verblijven) (PSI 6 Iatrogene Pneumothorax)

De positieparameters beschrijven, voor iedere indicator, de verspreiding tussen de Belgische ziekenhuizen (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). De hoogste mediaan wordt geobserveerd voor PSI 3 Decubitus doorligwonde (13,21 evenementen voor 1000 verblijven). Twee PSI hebben een mediaan van 0 (PSI 8 Postoperatieve heupfractuur, PSI 14 wonddehiscence na een abdominale pelvis ingreep) de percentages verschillen van ziekenhuis volgens het gerichte evenement. De variatie is het zwakst voor de PSI 12 postoperatief PE/DVT met een variatiecoëfficiënt van 74%. Het is het hoogst voor de PSI 17 Trauma bij een pasgeborene, waarvan de variatiecoëfficiënt 281% is.

De **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** stelt eveneens het geheel aan resultaten oor in de academische ziekenhuizen (n=7). In deze ziekenhuizen, is de variabiliteit aanzienlijk minder belangrijk voor het merendeel van de PSI. Wanneer de variabiliteit niet minder is, blijft de verspreiding constant (PSI 11 Postoperatieve ademhalingsproblemen bijvoorbeeld). De variaties die het zwakst zijn worden geobserveerd voor de PSI 9 Postoperatieve bloeding en bloeduitstorting (46%), PSI 12 postoperatieve DVT/PE (49%), PSI 7 Infectie gebonden aan de zorg (53%), PSI 6 Iatrogene pneumothorax (58%).

PSI	Belgische ziekenhuizen (n=134)							Academische ziekenhuizen (n=7)				
	Minimum	Maximum	Onderste Quartile	Mediaan	Bovenste Quartile	Interquartile afstand	Variatie Coëfficiënt	Onderste Quartile	Mediaan	Bovenste Quartile	Interquartile afstand	Variatie Coëfficiënt
PSI 3 Decubitus Ulcer	0	200	7,93	13,21	22,89	14,96	113%	5,49	7,89	11,42	5,93	75%
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0	6,85	0	0,26	0,52	0,52	200%	0,41	0,65	0,79	0,38	58%
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0	32,72	0,22	0,63	1,16	0,94	149%	1,2	1,8	2,16	0,96	53%
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0	58,82	0	0	0,29	0,29	N/A	0	0,15	0,23	0,23	153%
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0	6,85	0,57	1,17	1,98	1,41	121%	2,22	2,58	3,4	1,18	46%
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0,12	71,43	0,72	1,47	2,71	1,99	135%	0,79	2,25	3,68	2,89	128%
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0	68,18	3,04	4,39	6,28	3,24	74%	4,46	6,54	7,66	3,2	49%
PSI 13 Postoperative Sepsis	0	31,07	3,72	6,23	9,41	5,69	91%	7,25	10,66	15,19	7,94	74%
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0	15,63	0	0	1,85	1,85	N/A	0	1,1	2,95	2,95	268%
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0	37,26	0,15	0,81	1,82	1,67	206%	2,85	5,46	14,15	11,3	207%
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0	132,6	0	0,83	2,33	2,33	281%	1,19	2,79	4,26	3,07	110%
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0	200	0	7,69	20,41	20,41	265%	0	16,89	27,03	27,03	160%
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0	120,54	0	2,34	6,13	6,13	262%	0	4,19	6,43	6,43	153%

**Tabel 4 Distributie van de percentages per ziekenhuis (/1000 verblijven)**

### 7.2.3.2 Multivariate analyses

De variaties in de percentages van de PSI bestaan op in belangrijk of minder belangrijke mate: heel hoog voor de PSI 17 Trauma bij de pasgeborene en het zwakst voor de PSI 12 postoperatieve DVT/PE.

Vertrekkend van multivariate logistische regressies, werd het impact van de verschillende variabelen op de verscheidenheid van de percentages gekwantificeerd (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Op algemene wijze, leggen de ontwikkelde modellen weinig de verscheidenheid van inter ziekenhuispercentages van de PSI uit. De waarde van de uitleg varieert van 54% (PSI 15 onvrijwillig prikaccident of wonde) tot minder dan 5% (PSI 8 postoperatieve heupfractuur). Evenwel er een verhoging van de percentages was in de tijd, het jaar is zelden significant te linken met de variatie van de percentage. De grootte van het ziekenhuis, met het aantal bedden, heeft een beperkte invloed op de percentages. Tot slot, het gemiddeld aantal gecodeerde diagnostieken is steeds significant gelinkt aan de percentages, met de uitzondering van PSI 8 postoperatieve heupfractuur en PSI 14 operatieve wonddehiscence na een abdominale pelvis chirurgie. Het gemiddeld aantal gecodeerde procedures is het zelden.

PSI	R <sup>2</sup>	Jaar (Ref: 2000)	300-450 bedden (Ref: <300 lits)	>450 bedden (Ref: <300 bedden)	Type ziekenhuis (Ref: Subacuut)	Aantal gemiddelde diagnoses per ziekenhuis	Aantal gemiddeld eprocedures per ziekenhuis
PSI 3 Decubitus Ulcer	0,10	0,44 (<.0001)	0,34 (0.0007)	0,10 (0.5331)	-0,04 (0.0747)	0,87 (<.0001)	-0,00 (0.9675)
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0,39	0,10 (0.0711)	0,36 (<.0001)	1,21 (<.0001)	0,00 (0.7738)	0,46 (<.0001)	-0,01 (0.8363)
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0,40	0,48 (<.0001)	0,51 (<.0001)	1,65 (<.0001)	-0,03 (0.0299)	0,70 (<.0001)	0,06 (0.1751)
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0,05	0,25 (0.0004)	0,3 (<.0001)	-0,19 (0.3230)	0,00 (0.7853)	0,17 (0.0544)	0,11 (0.2505)
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0,20	0,26 (0.0018)	0,47 (<.0001)	1,80 (<.0001)	-0,02 (0.2141)	0,54 (<.0001)	-0,05 (0.6372)
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0,05	-0,02 (0.8606)	-0,00 (0.9886)	-0,41 (0.2021)	-0,04 (0.0053)	0,49 (<.0001)	-0,16 (0.0890)
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0,11	0,05 (0.4047)	0,09 (0.1125)	0,78 (<.0001)	-0,07 (<.0001)	0,45 (<.0001)	-0,12 (0.0874)
PSI 13 Postoperative Sepsis	0,22	0,26 (0.0040)	0,56 (<.0001)	126,3 (<.0001)	-0,01 (0.5372)	0,72 (<.0001)	0,27 (0.0053)
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0,06	-0,17 (0.1944)	0,36 (0.0069)	1,00 (0.0903)	0,04 (0.1572)	0,21 (0.2666)	0,59 (0.0001)
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0,54	0,25 (0.0011)	0,62 (<.0001)	2,16 (<.0001)	0,02 (0.2373)	0,79 (<.0001)	0,01 (0.8151)
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0,28	0,09 (0.4652)	0,53 (<.0001)	0,56 (0.3181)	-0,01 (0.6338)	111,23 (<.0001)	-0,03 (0.7312)
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0,12	-0,27 (0.2958)	0,45 (0.0703)	-1,41 (0.1530)	0,06 (0.1780)	1,68 (<.0001)	0,48 (0.0635)
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0,8	-0,06 (0.6972)	0,71 (<.0001)	-0,95 (0.1801)	0,04 (0.2248)	0,60 (0.0036)	0,41 (0.0073)

Tabel 5 Multivariate Regressies die de relatie tussen de percentages van de PSI en de ziekenhuisfactoren analyseren (Estimate (β) en p-value)



Referenties : jaar 2000, <300 bedden, Subacuut, aantal gemiddelde gecodeerde diagnostieken en aantal gemiddelde gecodeerde procedures.

### 7.2.3.3 Bivariate analyses

Om het impact van de codificatiepraktijken op de percentages van de PSI te evalueren, hebben we gezocht of er een relatie bestond tussen het gemiddeld aantal gecodeerde diagnostieken en de waarde van de percentages (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Voor alle PSI, met uitzondering van PSI 6 Iatrogene pneumothorax, hoe hoger het gemiddeld aantal gecodeerde diagnostieken hoe hoger het percentage van de PSI zal zijn. Ondanks dat zijn de gemarkeerde relaties toch zwak.

<i>PSI</i>	<i>R Spearman</i>	<i>p-value</i>
PSI 3 Decubitus Ulcer	0.35	<.0001
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0.04	0.2051
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0.14	<.0001
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0.16	<.0001
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0.30	<.0001
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0.13	0.0007
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0.22	<.0001
PSI 13 Postoperative Sepsis	0.34	<.0001
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0.16	<.0001
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0.10	0.0009
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0.50	<.0001
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0.32	<.0001
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0.19	<.0001

**Tabel 6 Correlatie tussen de percentages van de PSI en het gemiddeld aantal van de gecodeerde diagnostieken**

### 7.2.4 Discussie

De percentages van de PSI verschillen tussen de Belgische ziekenhuizen. De variaties zijn niet homogeen onder de PSI. We hebben kunnen vaststellen dat sommige PSI, zoals de indicatoren met betrekking tot bevallingen enorm verschillen terwijl de PSI 12 postoperatieve PE/DVT middelmatig verschillen. Daaruit leiden we af dat iedere PSI afzonderlijk bekeken moet worden, vooral wanneer men een gebruik wil maken van deze indicatoren in andere mate dan in het bekijken van de dossiers zoals men in het begin dacht.

Drie voornamelijk factoren laten, volgens ons, toe van deze verschillen uit te leggen: de wijze van coderen, de comorbiditeit of de casemix van het ziekenhuis en de echte verschillen van veiligheid in de ziekenhuizen.

De literatuur toont een relatie aan tussen de wijze van coderen en de PSI (Raetzman, Stranges et al. 2008; Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011). zo zou een exhaustieve codering een hoger percentage van de PSI aanleveren, waarschijnlijk omdat de kans, om de gezochte codes tegen te komen, hoger ligt. Deze relatie werd duidelijk gemaakt in een internationale (Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011) vergelijking en in 37 van de Verenigde Staten (Raetzman, Stranges et al. 2008). In deze twee studies, verschillen de financiering en de guidelines die eruit voortvloeien tussen de vergeleken entiteiten. In onze studie, op een nationale schaal, is deze relatie niet evident. We hebben inderdaad, vertrekkend vanuit logistieke regressies, de factoren die de variaties van de percentages van de PSI zouden kunnen uitleggen in de Belgische ziekenhuizen, proberen vast te leggen. Even dat het gemiddelde aantal van de gecodeerde diagnostieken een factor is die statistisch gezien gekoppeld wordt aan de PSI, verklaren de ontwikkelde modellen slechts heel weinig de opgemerkte variaties. Het model dat de meeste kracht heeft om te verklaren is dat ontwikkeld in verband met het PSI 15 Prikaccident of snijaccident. Hij laat toe om slechts een beetje meer dan de helft, de verspreiding van de percentages te verklaren. Voor twee PSI (PSI 8 Postoperatieve heupfractuur en PSI 14 wonddehiscence na een abdominale pelvischirurgie), is de codificatiefactor niet gekoppeld aan de variatie van de percentages. Deze afwezigheid van relatie vind men terug in de analyse van de correlatie tussen de PSI en de codificatie, nog steeds benaderd door het gemiddeld aantal van de gecodeerde diagnoses. Nogmaals, de relatie is relatief zwak, ze overschrijdt de 25% niet. Op internationaal niveau is de relatie tussen het percentage van de PSI en de codificatie sterker, gaande vanaf 23% tot 56% (Drosler, Romano et al. 2011).

Eveneens de vergelijking tussen de staten US (Raetzman, Stranges et al. 2008), onze analyse beschrijft een niet significante relatie tussen de codificatie en de PSI 6 Iatrogene pneumothorax. Het lijkt dus alsof de PSI die betrekking hebben met precieze ICD-9-CM codes, eveneens deze zijn die het minst gevoelig zijn voor de effecten van de codificatie. Zo gebruikt de PSI 17 Trauma van de pasgeborenen niet specifieke ICD-9-CM codes, waarvoor de codificatieregels verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. Deze indicator zou sterk beïnvloed zijn door de wijze van coderen in de ziekenhuizen. Te meer de effecten van over coderen als onder coderen kunnen verdacht worden. In tegenstelling, PSI 6 Iatrogene pneumothorax valt terug op de ICD-9-CM code zonder ambiguïteit. Waarschijnlijk onder geregistreerd, is de VPP hoog (Sadeghi, Baron et al. 2010; Kaafarani, Borzecki et al. 2011). De wijze van coderen lijkt het niet te beïnvloeden.

Het verschil tussen het huidig onderzoek en de voorgaande onderzoeken (Raetzman, Stranges et al. 2008; Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011) bestaat in het niveau van de eenheid van aggregatie van de analyse. We concentreren ons hier op een nationale vergelijking van de PSI, in een systeem waar de regels bepaald werden. België bestaat over een manier van financieren van de ziekenhuizen die de exhaustiviteit van de gecodeerde gegevens aanspoort. De financiering is globaal en is berekend op basis van de individueel

genomen ziekenhuisverblijven. De codeerder worden regelmatig opgeleid door de FOD Volksgezondheid. De jaarlijkse audits in de ziekenhuizen, door de FOD Volksgezondheid, laten toe om de codificatieregels te verspreiden en ze zo veel mogelijk te harmoniseren. In België, is de codificatie van de verblijven relatief exhaustief in vergelijking met andere landen, zoals we vaststellen in de internationale vergelijking van de PSI. In deze studie (Drösler, Romano et al. 2009), stelt België namelijk het hoogst gemiddeld aantal gecodeerde diagnoses voor in de noemer van de PSI 5 Vreemd voorwerp achtergelaten tijdens een ingreep (maximum : 6,72 - België ; minimum : 1,50 - Italië ; Verenigde Staten: 6,02).

De gebruikte variabele om het effect van de codificatie te evalueren is het gemiddeld aantal gecodeerde diagnoses. Terwijl deze variabele verwarring brengt, ze kan ook de exhaustiviteit van de codificatie weergeven als de zwaarte van de verzorgde casussen van de instelling. De verspreiding van de PSI in de ziekenhuizen kan dus eveneens geïnterpreteerd worden door de verschillen in casemix in de ziekenhuizen. Door de percentages van de ziekenhuizen, waarvan het profiel ongeveer vergelijkbaar is, zoals de academische ziekenhuizen bijvoorbeeld, stellen we vast dat de percentages meer verschillen voor bepaalde PSI. Voor vier indicatoren, situeert de variatiecoëfficiënt rond de 50%. In tegenstelling indien men dezelfde oefening doet, door de instellingen te onderscheiden op het aantal bedden, blijven de variaties onveranderd. Het aantal bedden is dus de beste manier van de ziekenhuisstructuur weer te geven en geeft geen voortekenen van het profiel van patiënten dat verzorgd wordt. In andere termen, de variatie van de PSI tussen de academische ziekenhuizen is duidelijk minder hoog van de variatie binnen in de grootteklassen. De homogeniteit van de casemix zou groter zijn tussen de academische ziekenhuizen. We denken date en analyse op internationaal niveau dit effect van casemix zou uitvlakken, terwijl dat in onze analyse, het gemiddeld aantal van gecodeerde diagnoses per ziekenhuis beter de effecten van de comorbiditeit weerspiegelt.

### **7.2.5 Besluit**

Het gebruik van PSI met het oog op vergelijken tussen ziekenhuizen wordt bekritiseerd, soms hooglopend, en dit voornamelijk uit schrik van een te belangrijke bias te wijten aan administratieve gegevens. Soms, lijkt het dat in een zelfde modus van functioneren, we breder gebruik kunnen maken van sommige PSI. Sommige, goed gekozen, indicatoren zouden het onderwerp kunnen zijn van een bredere verspreiding aan het publiek of van een vergelijking van de percentages tussen de ziekenhuizen indien ze aan bepaalde condities onderworpen zijn: i- Kiezen van PSI die zo min mogelijk gevoelig zijn voor codering. ii- de verspreiding van de resultaten aanpassen aan het type van instelling. iii- kiezen van frequente complicaties van zorg. iv- complicaties van zorg kiezen die beïnvloedt worden door de medische praktijk. v- voorrang geven aan de domeinen waar er mogelijk een verbetering bestaat.

## **8 EXPLORATIE IN EEN STEEKPROEF VAN ACUTE ZIEKENHUIZEN**

### **8.1 Inleiding - Doelstellingen en methodologie van de verkennende studie in de ziekenhuizen**

#### **8.1.1 Doelstellingen van de verkennende studie in de ziekenhuizen**

Hoofdstuk 6 van dit rapport berust zich op een verkennende studie relatief aan de indicatoren die effectief gebruikt worden en op de voorwaarden van de invoering ervan, uitgevoerd in 10 acute ziekenhuizen gekozen op vrijwillige basis, eveneens in 3 academische ziekenhuizen die verantwoordelijk waren voor het onderzoek.

Het gaat hier over het analyseren van hoe de professionelen van de Belgische ziekenhuizen de performantie indicatoren waarnemen, opstellen, toepassen of er soms niet van op de hoogte zijn in hun instelling, op « meso » niveau (de directies) en « micro » (de ziekenhuisdiensten). Deze aanpak is complementair met de andere hoofdstukken van het rapport, die, door een analyse van de literatuur en een verkenning van de gegevensbanken op vlak van de gezondheidszorg, die op nationaal niveau (Multidimensionele Feedback, Privé benchmark...) en international (OMS, IHI, buitenlandse voorbeelden...) de pertinentie en/of de beschikbaarheid van een aantal indicatoren evalueren.

De doelstelling van dit hoofdstuk is dus van een balans op te stellen van de gebruiken in een steekproef van zorginstellingen. Het moet eveneens een reflectie bieden over de performantie indicatoren die het meeste aanhang opwekken van de ziekenhuisprofessionelen en die verandering bieden op het terrein. De indicatorenset moet inderdaad niet enkel een beeld geven over hun functioneren van het Belgisch zorgsysteem voor de overheid of de internationale organisaties, het moet ook, zo veel mogelijk, de professionelen helpen hun werkprocessen te verbeteren.

Tot slot, de gerealiseerd interviews hebben eveneens enkele elementen aangebracht relatief aan de relatie tussen de « micro » en « macro » niveaus, dat wil zeggen een appreciatie bij de ontvangst door de professionelen van de Multidimensionele Feedback en eveneens de kwaliteit en veiligheidscontracten, waarvan één van de pijlers de bevordering is van het gebruik van performantie indicatoren door het ziekenhuispersoneel.

#### **8.1.2 Bijdrage van de kwalitatieve analyse van de interviews**

De verkennende studie werd uitgevoerd met behulp van een kwalitatief onderzoek door middel van semigestructureerde interviews. Een bijkomende vragenlijst werd vervolgens, met het oog op een gedetailleerde beschrijving van een aantal « *success stories* » verstuurd, die de praktijken illustreren in de ziekenhuizen in verband met het gebruik van de performantie indicatoren.

De vergelijking tussen de kwantitatieve en kwalitatieve analyses is een goed middel om de toegevoegde waarde van deze laatste te begrijpen. Beide benaderingen berusten op verschillende manieren van aanpakken, in verband met de motivatie van

het menselijk gedrag en dus ook op de middelen om ze te verklaren<sup>9</sup>. Klassiek gezien, zijn de kwantitatieve benaderingen, waarvan de eerste applicatie in de sociale wetenschap het werk van Emile Durkheim over *Zelfmoord* gaat, is van mening dat de causaliteit van de individuele houdingen erbuiten staat en dat men ze zo kan rapporteren naar sociale factoren die gemakkelijk te integreren zijn in statistische modellen: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, familiaal statuut, beroep... De enquêtes van dit type zijn « hypothetisch-afleidend »: de hypotheses zijn voorafgaand opgesteld over het bestudeerd fenomeen en worden achteraf gevalideerd door de professionelen.

In tegenstelling, verwijzen de kwalitatieve benaderingen naar een uitgebreide sociologie zelf, waaronder de studie van het gedrag, de zin van het besef dat het individu eraan geeft, belang heeft. Het interview (zoals de andere kwalitatieve methodes zoals ethnografische observatie of focus groups) heeft dus als objectief denkschema's, waarden en geloven te bepalen door welke bril de professionelen de wereld bekijken en interpreteren. De hypotheses worden « bottom-up » geformuleerd vertrekkend van de resultaten van de interviews. Dit doende moet de onderzoeker vermijden om te denken in de plaats van de geïnterviewde met zijn theoretische voorkennis van het domein:

*« In a qualitative research interview the aim is to discover the interviewee's own framework of meanings and the research task is to avoid imposing the researcher's structures and assumptions as far as possible. The researcher needs to remain open to the possibility that the concepts and variables that emerge may be very different from those that might have been predicted at the outset »<sup>10</sup>*

Deze modus van ondervraging van de realiteit heeft een legitimiteit bereikt, de dag van vandaag in de studies in de gezondheidszorg, zoals blijkt uit de ontwikkeling van wetenschappelijke tijdschriften zoals *Qualitative Health Research* (<http://qhr.sagepub.com/>). Inderdaad, daar waar de kwantitatieve studies bekend staan in termen van grotere betrouwbaarheid (standaardisatie van de protocollen en du een beperking van de bias) en van een grotere externe validiteit (de capaciteit van de resultaten om veralgemeend te worden), bieden de kwalitatieve methodes een fijnere verstaanbaarheid en meer gedetailleerd van de bestudeerd houdingen en relaties:

*« Whereas quantitative methods aim for reliability (that is, consistency on retesting) through the use of tools such as standardised questionnaires, qualitative methods score more highly on validity, by getting at how people actually mean when they describe their experiences, attitudes and behaviour »<sup>11</sup>*

De deductieve redenering achter deze statistische analyses, laat inderdaad het risico toe, op voorhand, verschillende significante delen van de realiteit voor de professionelen uit te sluiten en zo hun verklarende kracht te beïnvloeden. In tegenstelling, laat het interview, door de professionelen toe te laten zich volledig uit te drukken tegenover de feiten die hun relevant lijken voor de studie, relaties naar

---

<sup>9</sup> Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995.

<sup>10</sup> Nicky Britten, « Qualitative interviews in medical research », *British Medical Journal*, vol. 311, 1995 (22 July), p. 251.

<sup>11</sup> Catherine Pope, Nick Mays, « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research », *British Medical Journal*, vol. 311, 1995 (1 July), p. 43. Sur l'opposition fiabilité/validité, cf. également Deborah J. Cohen, Benjamin F. Crabtree, « Evaluative Criteria for Qualitative Research in Health Care : Controversies and Recommendations », *Annals of Family Medicine*, Vol. 6(4), 2008, p. 331-339.

boven komen of praktijken tevoorschijn komen waaraan de onderzoeker niet gedacht had.

De meerwaarde van het semigestructureerd interview in deze studie was dus een kijk te geven van beneden uit van de relatie van de professionelen met de performantie indicatoren. Deze benadering werd gemanifesteerd op drie niveaus:

- Op het niveau van de beschrijving van de praktijken: het onderzoek laat toe om concrete modaliteiten te laten naar boven komen in verband met het gebruik van indicatoren op lokaal niveau. Het bleek zo dat de communicatie tussen de departementen en de diensten over de performantie acties dikwijls zwak is, dat sommige klassieke indicatoren soms onnodig geacht worden door de professionelen, dat er conflicten kunnen bestaan over de juiste definitie van de indicatoren enz. Al deze elementen laten toe om de resultaten van de balans van de kwaliteit en veiligheidscontracten (meer bepaald die van pijler III van de contracten, over de performantie indicatoren) te verrijken en te nuanceren.
- Op het niveau van de percepties van de relevantie van de performantie indicatoren. De enquêtes met behulp van vragenlijsten zijn van toepassing voor de algemene aanvaarding van de professionelen voor het gebruik van de indicatoren. Terwijl de interviews aantoonde dat de verspreiding van de performantiecultuur heel gedifferentieerd is en dat de notie van performantie gediscuteerd wordt. Dit leidt, daar ook, tot de relativisering van het imago dat de antwoorden op de vragenlijsten van het kwaliteit en veiligheidscontract geven, dikwijls gegeven door de leden van de organisatie die het meest enthousiast zijn tegenover de indicatoren (verantwoordelijke kwaliteit, financieel directeur...).
- Op het niveau van de interpretaties van de succesfactoren van de indicatoren. De benadering via interview neemt de analyses die de professionelen maken over hun houding en hun omgeving. De verklaringen die zij geven aan het succes of aan het falen van een indicator heeft zo toegelaten om conclusies te trekken met betrekking tot de factoren die hun gebruik vergemakkelijken of bemoeilijken, hun potentieel schadelijk effect of aan hun capaciteit om aanpassingsstrategieën te ondersteunen.

### 8.1.3 Gespreksgids

De gespreksgids werd opgesteld, rekening houdend met alle dimensies belangrijk voor de professionelen met betrekking tot de performantie indicatoren<sup>12</sup>. Om tot een relatieve exhaustiviteit te komen in de behandelde thema's, werd een eerste gids opgesteld die voorgetest werd door drie leden van het personeel van CHU en drie leden van het UZAntwerpen.

---

<sup>12</sup> Le guide est reproduit intégralement en annexe.

De voornamelijkste vragen die gesteld werden waren de volgende :

- Kan u in enkele woorden uw visie geven van de « performantie » van een ziekenhuis, algemeen bekeken? En meer specifiek in uw domein?
- Gebruikt u performantie indicatoren? Indien ja, dewelke ? *Deze vraag ging gepaard met een reeks van sub vragen die de graad van effectiviteit en nut van de vernoemde indicatoren moest evalueren, door te vragen aan de professionelen om gedetailleerd het gebruik van drie indicatoren te beschrijven die voor hun belangrijk was in hun activiteiten.*
- Buiten hetgeen zich voordoet in uw instelling, kan u andere indicatoren opsommen die voor u essentieel zijn om de performantie van een ziekenhuis te evalueren, in volgorde van belangrijkheid?
- Bestaan er opleidingen voor het gebruik van indicatoren voor het personeel van het ziekenhuis, intern of extern?
- Communiceert de directie over de resultaten van de indicatoren?
- Heeft u voorbeelden van verbeteracties die geïmplementeerd werden ten gevolge van slechte resultaten van indicatoren?
- Met betrekking tot de indicatoren, heeft u relaties met externe partners?
- Wat zijn volgens u de condities die de implementering van performantie indicatoren vergemakkelijken?
- Denkt u dat we heel het onderwerp besproken hebben?

De gids werd opgesteld zodat de persoon een aantal keer de kans kreeg te antwoorden zodat ieder thema effectief aangekaart werd.

Tot slot, de informatie werd verzameld over de functie, het traject en de missies van de geïnterviewde.

#### **8.1.4 Praktische modaliteiten van het interview**

Ieder van de interviews werd minstens door twee personen uitgevoerd, de ene persoon stelde de vragen en verzekerde zich ervan dat alle thema's aan bod kwamen en de andere stelde punctueel vragen om zich te verdiepen in de punten die relevant leken. Deze methode liet toe om de multidisciplinaire competenties van het team te benutten en de bias te beperken die eigen zijn aan de uitvoering van interviews.

De orde en de tijd besteed aan de thema's was niet vastgelegd. De gespreksgids werd op vlotte manier gebruikt zodat de geïnterviewde de draad kon volgen van zijn redenering en zich kon uitdrukken over alle ideeën die hem significant bleken. De discussies hebben zo verschillende informatie geleverd die initieel niet verwacht werden.

Ieder interview werd geregistreerd, met de toestemming van de geïnterviewde. Ze werden niet allen volledig neergeschreven maar zeer brede passages werden weergegeven in het corpus van dit rapport. De interviewers namen nota's tijdens de interviews en hernamen hun opmerkingen onmiddellijk erna om bij te dragen aan de werkelijkheid van de nota'.

Aangezien de studie tweetalig was, werden de interviews en hun ontcijfering verdeeld tussen Franstalige en Nederlandstalige leden van het team. De analyse van de interviews gebeurde echter niet afzonderlijk: regelmatige ontmoetingen, met het tonen van de respectievelijke resultaten, hebben toegelaten om vooruitgang te boeken en de resultaten te fusioneren in real time.

### **8.1.5 Steekproef**

Volgens de onderzoeksconventie, moest de verkennende studie in tien vrijwillige ziekenhuizen gebeuren, de drie Universiteiten die het onderzoek leidden (Luik, Leuven, Gent) werden automatisch toegevoegd aan deze steekproef van een totaal van 13 ziekenhuizen. Een brief werd verzonden naar de totaliteit van de acute ziekenhuizen in België waarin kort het project beschreven stond en waarin stond dat ze zich konden kandidaat stellen tegen een financiële vergoeding<sup>13</sup>. De selectie van de vrijwillige instellingen gebeurde door de begeleidingscommissie in functie van de criteria : regionale localisering, grootte, het statuut (publiek of prive). Er werd op gelet dat niet enkel de "goede leerlingen" met betrekking tot het gebruik van indicatoren deelnamen, met het oog op een zo realistisch mogelijk beeld van de situatie in de Belgische ziekenhuizen. Ondanks deze voorzorgen , is de steekproef niet representatief in de statistische term van het woord.

In ieder ziekenhuis werden vijf personen geïnterviewd : de voorzitter van de medische raad, de hoofddarts, e verpleegkundig directeur, de kwaliteitscoördinateur en de financieel en/of administratief directeur. Echter in drie gevallen konden de interviews niet plaatsvinden (vacante post, ontbreken materiaal) ; zo mankeren er in de steekproef twee algemeen directeurs en een voorzitter van de medische raad. De partners werden gevraagd om namen op te geven van mensen die nauw betrokken zijn met het beleid van performantie indicatoren in de instelling en waarvan de getuigenis eventueel nuttig kon zijn voor de enquête. 11 bijkomende professionelen werden dus geïnterviews. In totaal werden 73 interviews uitgevoerd.

### **8.1.6 Analyse van de gegevens**

In een pure kwalitatieve benadering, berust de exploitatie van de gegevens op een « codering » van de verzamelde informaties volgens categorieën volledig geïnduceerd uit de interviews. De verschillende kwalitatieve methodes (de meest populaire is die van de « grounded theory » van Glaser en Strauss<sup>14</sup>) vermijden dus alle voorafbepaalde analyseroosters, met het oog op het vermijden van vooroordelen

---

<sup>13</sup> La lettre d'invitation est reproduite en annexe.

<sup>14</sup> Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine, 1967.



van de onderzoekers die de representaties van de professionelen zouden verdoezelen.

De studies in de gezondheidszorg antwoorden echter op de vragen gesteld door de opdrachtgevers, en deze vragen bepalen natuurlijk gedeeltelijk de coderingsmodaliteiten. De benadering is dus gedeeltelijk afleidend en het analyserooster berust onvermijdelijk op een komen en gaan tussen de categorieën vertrekkend van de initiële vragen en categorieën van de enquête :

« *Data analysis is determined by both the research objectives (deductive) and multiple readings and interpretations of the raw data (inductive). Thus the findings are derived from both the researcher(s) and findings arising directly from the analysis of the raw data* »<sup>15</sup>.

De meest aangepaste methode van deze situatie is deze van « framework analysis », die de complementariteit van de deductieve en inductieve aspecten integreert<sup>16</sup>.

De « framework analysis berust op vijf stappen:

- De *familiarisering* met het materiaal:

Alvorens de analyse te beginnen, moet de onderzoeker of het team zich opnieuw verdiepen in de verzamelde materialen (registraties, transcripties, nota's...), meestal moeilijk te doen door een eenvoudige inspanning van het geheugen.

- Identificatie van het *thematisch kader* :

Dit kader is het resultaat van de ontmoeting tussen de vragen van het onderzoek en de nieuwe vragen die rijzen uit de interviews. Om deze laatste te identificeren, is een systematische vergelijking van de weergaves van de interviews om de thema's die regelmatig terug komen nodig. Met het oog op het vertalen van deze informatie en de opgemerkte ideeën in resultaten, mag er geen enkele informatie die in relatie staat met de studie vergeten worden (de interviews bevatten ook steeds passages die niets met het onderwerp te maken hebben) :

« *All the data relevant to each category are identified and examined using a process called constant comparison, in which each item is checked or compared with the rest of the data to establish analytical categories [...] The key point about this process is that it is inclusive; categories are added to reflect as many of the nuances in the data as possible* »<sup>17</sup>.

Het resultaat van deze operaties is een index van categorieën die de totaliteit van de thematieken, aangekaart gedurende de interviews, weergeeft.

De analyse van de interviews in het kader van het project werd in twee etappes uitgevoerd. Eerst, werden de interviews gecondenseerd in een vorm van « interview fiche » georganiseerd in brede rubrieken die ongeveer de thema's van de gespreksgids weergaven. In ieder van die rubrieken werden ideeën, feiten en voorbeelden, gegeven door de geïnterviewden, geplaatst; citaten werden eveneens toegevoegd. Het team heeft geen enkel element en geen enkel thema dat aangekaart

---

<sup>15</sup> David R. Thomas, D R 2003. « A general inductive approach for qualitative data analysis », 2003, Working Paper, School of Population Health, University of Auckland. available online at <http://www.health.auckland.ac.nz/hrmas/resources/Inductive2003.pdf>.

<sup>16</sup> Jane Ritchie, Liz Spencer, « Qualitative Data Analysis for Applied Research », in Alan Bryman, Robert G. Burgess (ed.), *Analyzing Qualitative Data*, London, Routledge, 1993, p. 173-194

<sup>17</sup> Catherine Pope, Sue Ziebland, Nicholas May, « Analysing qualitative data », *British Medical Journal*, vol. 320, 2000 (8 janvier), p. 114.

werd tijdens de interviews vermeden, er werden zo veel bijkomende rubrieken gecreëerd als nodig. De fiches bevatten eveneens een item dat de opmerkingen en de onderzoekspistes, die spontaan gegeven werden, door de geïnterviewden. Vervolgens werden de categorieën gepreciseerd en verfijnd (of eventueel gegroepeerd). Deze manier van werken heeft de dubbele manier van deductive/inductive wijze van framework analysis samen laten functioneren.

- Codering van de totaliteit van de gegevens volgens het geïdentificeerd thema

De materialen werden in het, finale aangenomen themakader, gegoten. Sommige ideeën of citaten die verwezen naar verschillende thema's werden verschillende keren herhaald.

- Grafische classificatie van de gegevens volgens de thema's.

Iedere categorie heeft aanleiding gegeven tot een specifiek document dat toeliet om de verzamelde gegevens te visualiseren in tabelvorm:

#### **Thématique n° 1 :**

<b>Ziekenhuis A</b>		
Interview n° 1	Idee/informatie	Citatie(s) corresponderend met het idee/informatie
Interview n° 1	Idee/informatie	Citatie(s) corresponderend met het idee/informatie
Interview n° .....	.....	.....

#### **Thématique n° 2 :**

<b>Hôpital A</b>		
Interview n° 1	Idee/informatie	Citatie(s) corresponderend met het idee/informatie
Interview n° .....	.....	.....

- Interpretatie van de gegevens

De presentatie in tabelvorm laat toe om de regelmaat in de bekomen resultaten, de observeerbare fenomenen, die herhaald worden in de meerderheid van de ziekenhuizen hetzij in een deel onder hen te laten opmerken.

Deze constataties dienen voor een systematische beschrijving van de geobserveerde realiteit (eventueel door de ontwikkeling van typologieën) enerzijds, op zoek naar verklarende factoren van deze andere realiteit. Deze sociologische interpretatie van de gegevens biedt vervolgens een basis voor de formulering van de aanbevelingen die het concrete functioneren van de ziekenhuisstructuren mee in acht nemen.

### **8.1.7 « Success stories »**

De diagnostiek gemaakt van het gebruik van de performantie indicatoren in de ziekenhuizen van de steekproef kan streng lijken : het team heeft niet anders kunnen

doen dan vaststellen, bijvoorbeeld, dat klinische indicatoren in de meerderheid van de gevallen onderontwikkeld waren. Er werden echter voorbeelden van succesvolle acties in verband met performantie waargenomen in iedere instelling. Om deze acties te valoriseren en aan de lezer van het rapport enkele « good practices » voor te stellen, die eventueel overdraagbaar zijn naar andere instellingen, werd er gevraagd aan de verantwoordelijken van de projecten om een gedetailleerde beschrijving te doen volgens een algemeen canvas.

Een synthese van deze projecten is bijgevoegd in dit hoofdstuk zodat de analyse van deze concrete condities van het gebruik van indicatoren geïllustreerd wordt. De exhaustieve beschrijvingen zijn beschikbaar in bijlage.

### **8.1.8 Anonimiteit**

Het hoofdstuk berust op de veeltallige informaties die direct het ziekenhuis of een individu aangaan. Het bevat namelijk vele citaten, die illustreren, verrijken en inhoud geven aan de beschrijving van de percepties en praktijken van de professionelen.

De anonimiteit werd gegarandeerd aan de geïnterviewden, zekere voorzorgen werden genomen zodat de instellingen en de professionelen onbekend zouden blijven. De ziekenhuizen worden zo voorgesteld door letters van het alfabet. De professionelen worden enkel voorgesteld met hun functie (« algemeen directeur », « voorzitter van de medische raad », « hoofddarts »...) en hun ziekenhuis indien het nuttig was. In zekere gevallen, was het geslacht voldoende geweest om ze te identificeren. De functies werden dus systematisch mannelijk gemaakt, de keuze voor het mannelijke om neutraal te zijn.

### **8.1.9 Structuur van het hoofdstuk**

Het hoofdstuk werd in drie delen met verschillende finaliteiten verdeeld.

Het eerste bestaat uit een *diagnostiek* van de actuele situatie in de ziekenhuizen in relatie met het gebruik van de performantie indicatoren. Zijn doelstelling is voornamelijk beschrijvend. Ze accentueert namelijk de diversiteit van de visies van de performantie volgens de ziekenhuizen en de beroepen, de onder ontwikkeling van de klinische indicatoren, het verschil van het gebruik tussen permanente beleidsindicatoren en klinische indicatoren die vooral gecreëerd worden in het kader van punctuele projecten, de segmentatie van het performantiebeleid in de ziekenhuizen, het organisatorisch isolement van de kwaliteitscoördinatoren, het oneven gebruik gemaakt van de Multidimensionele Feedback... Ze identificeert eveneens enkele verklarende factoren van de heterogeniteit van de toegepaste performantie indicatoren systemen in de ziekenhuizen, zoals de invloed van de professionele waarden, de cultuur van de instelling (te wijten aan de geschiedenis van de instelling, aan de socio economische karakteristieken van de patiënten enz.) of de zin van de professionelen om de autonomie van hun dienst te behouden.

Het tweede deel synthetiseert de *verwachtingen* uitgedrukt door de geïnterviewden tegenover een indicatorenset van de FOD. Ze baseert zich enkel op de opmerkingen gemaakt door de professionelen in verband met de aanpak van de FOD (waaronder, voor sommigen, hun vijandigheid of onverschilligheid) en niet op een onafhankelijke reflectie van de onderzoeksequipe. Twee categorieën van verwachtingen werden opgemerkt. De eerste gaat over de indicatoren van de set en neemt de vorm van geavanceerde criteria door de professionelen om ze te selecteren. De tweede gaat over de vraag van de professionelen van het terrein voor een betere begeleiding voor de exploitatie van de indicatoren van de set.

Tot slot, een derde deel werd gewijd aan de succes en faalfactoren bij het implementeren van performantie indicatoren. Ze berust op een analyse die gemaakt werd door de professionelen bij hun verbeterprojecten in verband met performantie en toegepast werd in hun instellingen met het oog op de nodige condities voor het bekomen van resultaten : structurele condities gelinkt aan het functioneren van het ziekenhuis (financieel evenwicht, cultuur van de organisatie), linken van een project aan een globaal performantiestrategie, aanwezigheid van een leadership, motivatie van het personeel, beschikbaarheid van de middelen in gegevens, gekwalificeerd personeel of financiering.

## **8.2 Diagnostiek van het gebruik van de performantie indicatoren in de ziekenhuizen**

### **8.2.1 Visie van de performantie en de strategieën van de instelling**

Eén van de voorwaarden voor een coherent beleid van ziekenhuisperformantie is de aanwezigheid van een gezamenlijke visie over performantie bij alle professionelen van de instelling, deze visie wordt vervolgens verdeeld in strategische objectieven, projecten en indicatoren.

De uitgevoerde interviews tonen aan dat er een grote waaier van criteria bestaat om de kwaliteit van het functioneren of de resultaten van elke instelling te meten. Het begrip performantie is dus voor de professionelen heel dubbelzinnig, zelfs gevaarlijk zodat het gebruik ervan een Deze eerste vaststelling is niet echt geruststellend in verband met het vermogen van de ziekenhuizen om een globaal performantiebeleid te ontwikkelen en toe te passen.

Andere vaststelling, niet alle ziekenhuizen hebben de strategische objectieven vastgelegd in de vorm van een plan of een algemene boordtabel. De relatie tussen visie, strategische objectieven en indicatoren is natuurlijk in dit geval dan ook minder verzekerd.

#### **8.2.1.1 De ziekenhuisperformantie volgens de professionelen**

De analyse van de verzamelde gegevens, en voornamelijk de antwoorden op de eerste vraag in de vragenlijst (« kan u, in enkele woorden, uw visie geven van de performantie van een ziekenhuis ? ») toont aan dat de notie van performantie overeen komt met verschillende dimensies. Er werden zeven geïdentificeerd : de performantie kan zo begrepen worden in termen van financiële resultaten en

activiteitsresultaten ; de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt ; optimalisering van human resources (eveneens het welzijn en de opleiding) ; patiënt oriëntatie (tevredenheid van de patiënt, ontvangst, consultaties...) ; het onder de knie hebben van de meest recente medische technieken; de verantwoordelijkheid naar de maatschappij toe of « responsive governance » (toegankelijkheid van de minder bedeelden, bescherming van het milieu...).

De visie van de performantie de geuit werd door de actoren is *multidimensioneel* : de overgrote meerderheid valt terug op verschillende criteria van performantie, ondanks het feit dat er soms één voorrang heeft op de andere. Maar deze opvattingen zijn niet op homogene manier verdeeld. Twee soorten factoren bevorderen de aanhang van de actoren tot de ene of de andere definitie van performantie : enerzijds de functie in de instelling, anderzijds de cultuur eigen aan het ziekenhuis.

### ***Een multidimensionele visie van performantie***

De dimensies van de performantie die hier geïdentificeerd werden, zijn niet geïnspireerd uit de vooraf bestaande definities van de term: ze werden geïsoleerd op inductieve wijze door een systematische analytische lezing van de interviews. Vanaf dan ontstond er een nieuwe definitie van performantie uit de woorden van de geïnterviewden, deze werd kort beschreven. De vergelijking tussen de opmerkingen van de teamleden resulteerde in een lijst van zeven elementen, die vervolgens gevalideerd werden bij een tweede lezing van de interviews.

Dit citaat van een algemeen directeur die zich niet enkel expliciet wil richten op de economische performantie en die verwijst naar vier verschillende dimensies : financieel evenwicht ; de verantwoordelijkheid naar de gemeenschap toe (« sociale missie» invullen) ; de kwaliteit van de zorg ; de patiënt oriëntatie (zorgen voor het « welzijn » van de « partner patiënte ») ; human resources (arbeidsomstandigheden van de werknemers).

*« Performantie, voor mij, is effectief het financiële. Mijn eerste missie, is maken dat het ziekenhuis in financieel evenwicht is. dat, is mijn grootste opdracht. Het is namelijk ook een gevaarlijke opdracht, aangezien we daarop gefocust zijn, zouden we de neiging hebben om de andere dimensies uit het oog te verliezen [...] Voor [onze instelling], dat een publieke instelling is, die een sociale missie heeft, is het niet het economische dat op de eerste plaats staat in om honoraria en andere te recupereren. We zijn toch een verschillend ziekenhuis in vergelijking met de andere. Voila, dus, economisch, maar voor mij is de performantie ook kwaliteit. dat is duidelijk een performantiemeting voor mij. En waarom? Eerst en vooral, ik denk dat het de eerste missie is van het ziekenhuis, zorgen dat de patiënt goed verzorgd wordt. Op medisch vlak, maar ook het welzijn van de patiënt. Dat is een luik waar we veel meer aandacht aan geven want de patiënt is, in de loop van verschillende fases, een partner geworden, hetgeen daarvoor niet het geval was [...] En dan uiteindelijk, de kwaliteit naar onze medewerkers toe. Aangezien ik overtuigd ben dat wanneer de werknemers zich goed voelen, dat het in directe relatie staat met de kwaliteit van de zorg. We kunnen zich open stellen tot de patiënt wanneer we niet voortdurend in stress of conflictsituaties zitten. Dat zijn luiken dat we zouden willen ontwikkelen en de indicatoren zouden veel hulp bieden op dat vlak. » (Algemeen directeur 91)*

In bepaalde gevallen, is de visie van de performantie geïnspireerd door de kennis van de vier dimensies van het type « balanced scorecard », zoals hier een citaat van een medisch directeur weergeeft :

*«Performantie en performantiemeting zijn voor een ziekenhuis uiteraard heel belangrijk, dat men uit een Balanced Score Card Approach moet kijken naar vier luiken die trouwens op elkaar moeten staan. Performantie op vlak van klinische zorg en patiëntveiligheid, performantie op vlak van patiënteninformatie, op vlak van personeelsoriëntatie en performantie op financieel vlak. Ik denk dat dit de vier elementen zijn die in een geïntegreerd kwaliteitsmanagement in een ziekenhuis aanwezig moeten zijn. »*  
(Algemeen directeur 31)

De meest geciteerde dimensie is veruit de klinische kwaliteit en de veiligheid van de patiënt. 64 professionelen op 70 verwijzen ernaar, 14 onder hen plaatsen dit aspect zelf als prioritair in hun definitie van performantie. Vervolgens komt het economisch luik (financiën-activiteit), vermeld door 47 professionelen (waaronder er 7 deze vermelden als prioritair), de patiënt oriëntatie (34 maal vernoemd), human resources (23 maal vernoemd), de *responsive governance* (14 maal vernoemd), technologische uitmuntendheid (8 maal vernoemd), de opleiding - onderzoek (4 maal vernoemd). In totaal, de vermeldingen in verband met de zorg, eigen aan het ziekenhuisgebeuren, wegen zwaarder door dan de herinnering van de verplichting van een goed beleid die, de dag van vandaag, nodig is in een organisatie, zowel publiek als privé.

Financiën-activiteit	<b>47</b>
Klinische kwaliteit – patiënt veiligheid	<b>64</b>
Human resources	<b>23</b>
Patiënt oriëntatie	<b>34</b>
Technologische uitmuntendheid	<b>8</b>
Opleiding- onderzoek	<b>4</b>
Responsive governance	<b>14</b>

**Tab 1.Aantal vermeldingen in iedere dimensie van de ziekenhuis performantie**

De populatie van de geïnterviewden is zo echter niet verdeeld in een groep van exclusief betrokken met de problematiek van het beleid en een groep verbonden met het pure kwalitatieve aspect van de ziekenhuisperformantie. Echter, geven veel van hen een hiërarchie aan de dimensies van performantie door de één of de andere dimensie prioriteit te geven. Bijvoorbeeld, deze kwaliteitscoördinator, die tegelijkertijd de belangrijkheid van het multidimensionele aspect onderlijnt in de performantie, stelt de kwaliteit van de patiënten en de tevredenheid van de zorg voor als de eerste vereisten in vergelijking met het economische en de human resources:

*« De performantie, dat zou de geslaagde missie van het ziekenhuis zijn. Op gebied van het ziekenhuis, we spreken natuurlijk over de patiënten, over hun tevredenheid, over hun gezondheid. Dus, de performantie van het ziekenhuis, zou zijn: voldoen aan de eisen van de patiënten, de gezondheid van de patiënten herstellen of in ieder geval verbeteren. Dat is een nogal intuïtieve approach. Het is duidelijk dat er verschillende luiken zijn aan performantie,*

*er is zeker een economische performantie, een klinische performantie, een performantie die gelinkt is aan de infrastructuur, aan IT middelen, human resources,... »*  
(kwaliteitscoördinator 135)

Een tiental professionelen vermelden de circulaire relatie tussen de financiële resultaten en de zorgkwaliteit en het behandelen van patiënten :

*« Het woord 'performantie' is zowel kwalitatief als financieel. Het ene gaat samen met het andere. De kwaliteit is een beetje duurder maar de return is heel groot aangezien de bezettingsgraad aanzienlijk is verbeterd in sommige domeinen dus het is een geheel. »* (101)

Toch, delen ze niet allen dezelfde analyse over deze relatie. Voor sommigen, is het beginpunt van de cyclus een goede financiële toestand, die noodzakelijk is voor een beleid van verbetering van de klinische kwaliteit:

*« Ik zou beginnen met financiële indicatoren, ik denk niet dat zij het belangrijkste zijn maar dat het in het belang is dat als je kwaliteit wil leveren in een ziekenhuis en je wil die kwaliteit gaan borgen, dan is het belangrijk dat het ziekenhuis financieel gezond is. Als er vroeg of laat financiële problemen zijn dan ga je toch gaan knibbelen, acuut of chronisch en at gaat, op termijn, toch zijn impact gaan laten voelen op de kwaliteit. Voor mijn part moet een ziekenhuis een voldoende operationele marge en cashflow gaan genereren om zijn eigen investeringsritme te vrijwaren. Binnen de juridische economische context van het land. Om dat te kunnen garanderen zit daar een raamwerk van indicatoren achter die eigenlijk op verschillende cruciale punten gaan meten of je echt op weg bent naar financiële gezondheid als instelling. »* (Algemeen directeur 21)

*« Een ziekenhuis is niet alleen een medisch gebeuren, het is ook een hotelwezen, de opvang van de patiënt, patiëntvriendelijkheid, het voorzien van techniciteit. In eerste plaats is het natuurlijk, is het product dat we afleveren, een goed medisch product, dat kwalitatief hoogstaand is [...] indien je niet financieel gezond bent kan je niet lang aan kwaliteit doen. »* (Medisch directeur 73)

In tegenstelling, deze directrice nursing vindt dat de tevredenheid en de veiligheid van de patiënt bijdragen aan de aantrekkelijkheid van de instelling en dus de financiële duurzaamheid:

*« Voor mij, is de performantie van een ziekenhuis, dat de persoon die komt, ons zijn vertrouwen geeft en dat hij kwaliteit vindt in alle domeinen waar hij recht op heeft. Voor mij, was dat de enige motivatie, waarvoor ik voor deze functie mijn kandidatuur ingediend heb [...] Indien de ploegen performant zijn, performant in de zin dat de patiënt in alle veiligheid verzorgd wordt omdat ze competent zijn, dat ze enkele interpersoonlijke vaardigheden hebben en kunnen luisteren, zou ik zeggen dat ik bijdraag aan de financiële duurzaamheid van de instelling aangezien ik de klant zal aantrekken. »* (14)

In deze voorbeelden, nemen de manager en de verzorgende tegenstrijdige standpunten in. De steekproef van interviews, ondanks een beperkte steekproef, biedt in feite redelijk duidelijk aanwijzingen van een gedeeltelijke.

### ***De invloed van de professionele variabelen***

De taken verbonden met de functie van ieder persoon, beïnvloeden onvermijdelijk de perceptie van de normen van uitmuntendheid waarmee we onze instelling

beoordelen. In de tabel hieronder werden de vermeldingen weergegeven over verschillende dimensies van performantie waarvan de vertegenwoordigers: Algemeen directeur (AD), voorzitter van de medische raad (VMR), medisch directeur (MD), verpleegkundig directeur (VD), kwaliteitscoördinator (KC).

Tab 2. Vermelding van elke dimensie van de performantie volgens de functie van de geïnterviewden

	AD	VMR	MD	VD	KC
<b>Financiën-activiteit</b>	11/11	8/13	6/12	8/13	4/13
<b>Klinische kwaliteit – patiëntveiligheid</b>	10/11	13/13	11/12	12/13	13/13
<b>Human resources</b>	4/11	3/13	3/12	7/13	4/13
<b>Patiënt-oriëntatie</b>	6/11	7/13	6/12	8/13	5/13
<b>Technologische uitmuntendheid</b>	1/11	3/13	2/12	0	1/13
<b>Onderwijs-onderzoek</b>	2/11	1/13	0	1/13	0
<b>Responsive governance</b>	4/11	2/13	1/12	1/13	4/13

Uit deze tabel, kunnen we enkele conclusies trekken in verband met de visie over de performantie, specifiek aan de eigenaars van verschillende functies die betrokken zijn in deze studie :

- De algemeen directeurs komen over, zoals men kon verwachte, meest betrokken tot het luik van de financiën-activiteit. Maar ze zijn ook, door middel van hun overkoepelende positie, de geïnterviewden die de meest globale visie hebben over performantie, ze integreren namelijk de klinische kwaliteit en zorgveiligheid op hetzelfde niveau als de financiële performantie.
- De artsen (voorzitter van de medische raad of medisch directeur) vermelden de klinische kwaliteit en de patiënt oriëntatie.
- De directeurs verpleging, afkomstig van het verplegend personeel, delen dezelfde prioriteiten. Maar er werd geen speciaal accent op de performantie gelegd in verband met de human resources. Door hun functie, moeten ze een belangrijk kader beheren, door gebruik te maken van tools zoals boordtabellen, opleidingsindicatoren of modellen die de en employant des outils tels que tableaux de bord, indicateurs de formation ou modèles de mesure de la charge de travail. De tijd die ze besteden aan deze taken wordt weerspiegeld door de manier waarop ze de ziekenhuisperformantie beschrijven :

*«Ik ben overtuigd dat de performantie moet ingevoerd worden in de ziekenhuizen [...] Ik denk dat als directrice van het verpleegkundig departement dat we daarin moeten meegaan en dat we bewust moeten zijn van de verhogende eisen van de performantie, en dat we juist heel een pilotsysteem moeten opzetten van een serie*



*van gegevens via het ontwerp van boordtabellen en indicatoren. ik denk dat voor ons, als verpleegkundig departement, is het ontegenzeggelijk dat de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt ons eerste doel is. Maar het is waar, om tot dat doel te komen, zijn er een aantal parameters die rond de patiënt draaien. Onder andere het goede functioneren van een verpleegkundige dienst. Ik denk dat een goed management van een verpleegkundige dienst essentieel is. Een beleid rond kwaliteit is eveneens essentieel. Het beheer van de kwaliteit van de zorg, is ook het beheer van de opleiding, de vaardigheden van de verzorgende verpleegkundigen in dat kader. Alles wat personeel en structuur van de verpleegeenheden is, met de goede procedures, de zorgprocessen moeten nog verbeterd worden. Ik denk dat daar nog veel verborgen kosten zitten, en dat we ver zitten van de efficiëntie, zelf indien we projecten hebben en als we bereid zijn om in deze dynamiek vooruit te gaan. » (Directeur van het verpleegkundig departement 44)*

- Ten slotte, de kwaliteitscoördinatoren sluiten zich aan bij een definitie van performantie in termen van klinische kwaliteit en patiëntveiligheid en zij houden zich het minst bezig met de financiën. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de zwakke integratie van de coördinatoren in de organisatie van het ziekenhuis.

Het in acht nemen van de professionele logica verduidelijkt de individuele opvattingen over performantie. Het gaat hier enkel over een verklaring van trends.

### ***De invloed van de logica van de instelling***

In sommige ziekenhuizen, hebben de professionelen de neiging om eenzelfde hiërarchie te delen in verband met de performantiecriteriën. Deze homogeniteit kan verklaard worden door statusfactoren, de economische context of de « cultuur van de instelling ».

#### **Invloed van het academisch statuut**

De eerste, te vermelden, casus is deze van de academische ziekenhuizen, waar de professionelen, die zich investeren in nieuwe benaderingen van de medische zorg en die studenten opleiden, meer nadruk leggen op de technologische uitmuntendheid en de kwaliteit van onderwijs en onderzoek als criteria van ziekenhuisperformantie.

#### **Invloed van de economische context**

Het budgettaire onevenwicht (dat een risico meebrengt voor het overleven van het ziekenhuis), verlies van aantrekkelijkheid, de concurrentie, nood om te investeren – al deze elementen doen toe tot het beperken van hun visie over de performantie tot een financieel overleven of tot de productie van cashflow.

Zo hebben, al de professionelen van het ziekenhuis K, mede gedeeld dat het ziekenhuis economische moeilijkheden had, met betrekking tot de afname van het aantal patiënten uit het traditionele rekruteringsgebied. Dit leidt professionelen, die directer in staan voor de klinische kwaliteit, voorrang te geven aan de financiële resultaten :

*« Ik denk dat de prioriteit [voor een ziekenhuis] is dat het draait, het is te zeggen het voortbestaan waarborgen. Komen de belangen van het ziekenhuis overeen met die van de patiënt... het is mogelijk maar het is niet altijd zo evident. Er is ook een plicht tegenover het personeel. Wanneer ik zei dat de eerste plicht, overleven was, dan is dat*

*duidelijk tegenover de werknemers. En niets houdt ons tegen om de beste efficiëntie te geven aan de zorgen die de patiënten zullen krijgen. Ik spreek over efficiëntie want in relatie met de economie, denk ik dat het in de geneeskunde is het meer efficiëntie dan kwaliteit in de feiten. Dus ik zou zeggen, het is eerder, zo goed mogelijk de middelen gebruiken waarover we beschikken om zo veel mogelijk te kunnen bieden... » (Kwaliteitscoördinator 115)*

*« We mogen niet meer zeggen 'we zijn hier om zo goed mogelijke zorgen te bieden, ongeacht de prijs'. We moeten keuzes maken. » (Medisch directeur 113)*

We herkennen de belangrijkheid, gegeven aan de financiële dimensie in het ziekenhuis G dat, zonder dat de situatie zo negatief is, belangrijke noden kent op gebied van investering.

### **8.2.1.2 Invloed van de cultuur van de instelling**

Sommige ziekenhuizen, uit de steekproef, hebben een sterke organisatorische cultuur ontwikkeld, gebaseerd op gedeelde waarden en specifieke manieren van werken, en die bestuurt de manier waarop de professionelen de missies van hun instelling bekijken<sup>18</sup>.

Het ziekenhuis I is een voorbeeld van een ziekenhuis met een sterk sociale missie, het verplicht zich ertoe, op gelijkmatige wijze, de armere populatie van de omgeving te aanvaarden, eveneens de patiënten die niet beschikken over de mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen (daklozen, zonder-papieren, mensen die asiel aanvragen, enz.). De vertegenwoordigers van dit etablissement nuanceren dus het financiële en herhalen de sociale verantwoordelijkheid van het ziekenhuis (drie onder hen maken van de toegankelijkheid van de zorg een prioritaire conditie voor performantie). Dit fragment uit het interview van de algemene directeur (dat reeds hierboven werd gegeven) is Cet extrait de l'interview de son directeur général (déjà cité plus haut) is bijzonder significant voor deze houding:

*« Mijn eerste missie, zorgen dat het ziekenhuis in financieel evenwicht is. dat is mijn grootste missie. Het is een eveneens een gevaarlijke missie, aangezien we ons daar voornamelijk op focussen en we zouden bijna de andere dimensies uit het oog verliezen [...] Voor [onze instelling], die publiek is, die een sociale missie heeft, is het niet het economische dat op de eerste plaats staat om honoraria en dergelijke te recupereren. We zijn toch tamelijk verschillend in vergelijking met de andere. » (Algemeen directeur 91).*

Eenzelfde aandacht, voor de toegankelijkheid van de zorg, is waarneembaar bij de professionelen van het ziekenhuis E, die, historisch gezien, een arme populatie aantrekt, maar tezelfdertijd aantrekkelijk wenst te zijn voor een rijker publiek:

*«Naast de patiëntenbeleving, die holistisch gemeten wordt, ook wetenschappelijk objectief kunnen aantonen dat we de beste zorg leveren voor onze patiënten. Daarnaast hebben we sterk gefocust op toegankelijkheid en een correcte sociale mix. [...]. Dat willen we natuurlijk ook combineren met ook een evenwichtige sociale mix. Dat we ook een ziekenhuis zijn waar de meer begoede patiënten zich ook meer dan welkom voelen, en aangetrokken worden omwille van de kwaliteit van zorg. » (Algemeen directeur 51)*

---

<sup>18</sup> Sur cette notion de « culture organisationnelle » ou « culture d'entreprise », cf. Renaud Sainsaulieu, *Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement*, Presses de Sciences-Po, 1997.

Dit fenomeen is niet enkel beperkt tot de instellingen die een arme populatie aantrekken. In tegenstelling probeert, het ziekenhuis H, een rijk publiek aan te trekken en werkt, dienovereenkomstig, aan het onthaal en de hotellerie, met het oog op het zich differentiëren van de concurrentie. Deze strategie leidt de managers van het ziekenhuis tot het geven van een grote plaats (soms de eerste plaats) aan de patiënt - oriëntatie en aan de tevredenheid van de patiënt in hun definitie van performantie:

*« Het imago van performantie, eerst en vooral, is aantrekkelijk zijn. Dat is het resultaat van de performantie waargenomen door de buitenstaanders. Wat betekent dat? dat de zieken komen? Het is duur, ze betalen meer dan elders. En ze komen omdat ze een reden hebben. Het is omdat ze een kwaliteit waarnemen in functie van hetgeen zij mogen verwachten van een zorginstelling, en ze komen [...] dat wil niet zeggen dat we goed werken. De mensen hebben de indruk dat we goed werken. Maar het is toch een beeld van de performantie. Het tweede, dat is de totale kwaliteit van de medische productie dat we hebben? We weten dat de mensen, die bij ons behandeld worden, buiten gaan in een goede staat. Onze protheses functioneren goed, ze hebben weinig luxaties, we hebben weinig infecties. Voor mij, is dat performant [...] Dus, er is externe indruk en de werkelijkheid van functioneren. Indien men echt gaat kijken, moet men toch zien of het waar is. Hebben we toch wel enkele kleine meetinstrumenten, die de effectiviteit meten. De keuze van de protheses die we plaatsen zijn efficiënt. De therapeutische keuzes zijn meestal efficiënt. De efficiëntie is het verwachte medische effect van hetgeen we gegeven hebben. Ik spreek niet over kosten/winst. » (83)*

De vaststelling, is dus grote verschillen in de definities van performantie in éénzelfde instelling, zelf indien de meerderheid van de interviews een bezorgdheid onthult over de economische resultaten of de efficiëntie. Het imago van een instelling gedreven door een gemeenschappelijke visie, uitgewerkt in een strategisch plan en gecommuniceerd in al de diensten, is dus te relativiseren, meer nog, aangezien niet alle ziekenhuizen hun strategische objectieven geformaliseerd.

### **8.2.1.3 Visie over de performantie en de strategieën van de instelling**

De interviews tonen aan dat niet alle instellingen beschikken over een strategisch plan. Elf van de dertien ziekenhuizen blijken er één ontwikkeld te hebben; deze zijn soms gedeeltelijk waarvan voornamelijk de economische objectieven ontwikkeld zijn en de kwaliteit van de zorg vergeten wordt. In tegenstelling, de geadopteerde oriëntatie, op gebied van kwaliteit, zijn meestal niet gekend buiten de diensten die zich speciaal met deze problematiek bezig houden, die weinig aan bod komt in de administratieve raden

Het strategisch plan, indien er één is, is in de meeste gevallen slechts bekend door de algemeen directeur. Meestal weten, de andere mensen van het top management, niet van hun bestaan af, ofwel kennen ze er de details niet van. De strategische visie is dus niet globaal verspreid in de instelling. De grootste uitzondering is ziekenhuis C, waar de nadruk, vanuit de instelling, op kwaliteit van zorg efficiënt gecommuniceerd werd aan alle professionelen.

*«Er is hier shift gebeurd van een financieel gerund ziekenhuis naar een kwaliteit gerund ziekenhuis, als je een beleid voert van een puur financieel cijfergegeven, we hebben ook boordtabellen over cijfermateriaal, maar als het louter dit is, dan moet je van uw mensen ook niet verwachten dat ze creatief gaan meedenken over die indicatoren. Maar als je spreekt over kwaliteit en ze daar ook over prikkelt, en ook zegt dat als ze begrotingsvoorstellen doen, en iedere keer wordt gevraagd of het beter zal zijn voor de kwaliteit van de patiënt, zal het beter zijn als we het doen en slechter indien we het niet doen, die indicatoren maken deel uit om uw zaak te verdedigen en te verkopen.»* (Directeur van het verpleegkundig departement 34)

De lage belangrijkheid, gegeven aan de performantiestrategieën, wordt natuurlijk vertaald door het aantal geïmplementeerde indicatoren. Enkel 7 ziekenhuizen leiden uit hun strategische objectieven, een in een boordtabel met performantie-indicatoren, deze betreffen voornamelijk de financiën en activiteit. Het is dus niet mogelijk om alle objectieven van het strategisch plan te realiseren.

Deze omweg via de professionelen is niet onschuldig. Alle vaststellingen die werden gemaakt in dit eerste onderdeel worden gecontroleerd in de volgende onderdelen. De observatie van de indicatoren die effectief worden gebruikt door de ziekenhuizen, geeft zo de hiërarchie weer van de dimensies van performantie die hier geanalyseerd zijn.

## **8.2.2 Performantie, projecten en indicatoren**

Dit onderdeel geeft een «foto» van de performantie-indicatoren die momenteel gebruikt worden in de ziekenhuizen van de HPI.be steekproef.

De volgende ontwikkelingen zijn gebaseerd op de antwoorden van één van de vragen van de vragenlijst, die vroeg aan de geïnterviewden de drie indicatoren op te noemen die ze het meest gebruiken in hun activiteit. De professionelen gingen meestal veel verder, detailleerden de boordtabellen of somden de geïmplementeerde indicatoren op in het kader van het één of ander project of therapeutisch pad... Te meer, ondanks er uitgebreide informatie bestaat over de aard van de meest frequent gebruikte indicatoren en over de hun gebruiksvoorwaarden die op deze wijze verzameld hadden kunnen worden, bleek het duidelijk voor de onderzoeksequipe dat een indicatorenset voorstellen niet relevant zou zijn. Enerzijds, indien het mogelijk is om klinische of beheers «kern» indicatoren te identificeren die gemeenschappelijk zijn voor al de ziekenhuizen, deze zijn niet per se diegene die ingeschakeld zijn bij de verbeteracties van de performantie. Anderzijds, vele indicatoren worden ontwikkeld voor tijdelijke projecten en worden dus enkel in één instelling gebruikt (die deels het grote aantal van verzamelde indicatoren verklaard bij het contract kwaliteit veiligheid). De inventaris van deze laatsten, die geïsoleerd waren uit hun context, zal de selectie van een set niet kunnen helpen tijdens deze studie.

Er werd daarom besloten om de indicatoren, door de professionelen, gekozen volgens hun gebruiksmodaliteiten, door een verschil te maken tussen de indicatoren op lange termijn, op gebied van de instelling en de indicatoren op korte en middelmatige termijn, deze worden meestal ad hoc opgesteld. De eerste, die beter gekend zijn en die groter zijn in aantal, zijn voornamelijk economische en beleidsindicatoren. De tweede, waarvan het aantal afhangt van het ziekenhuis, gaan meer over kwaliteit of veiligheid van de patiënt.

### 8.2.2.1 « Permanente » indicatoren

De formule « permanente indicatoren » gaat over de indicatoren die routinematig gemeten worden (op lange termijn), geformatteerd (opgesteld volgens gestandaardiseerde definities), geautomatiseerd en op ziekenhuisniveau. Hier zullen we een onderscheid maken tussen de economische en beleidsindicatoren en de kwaliteit en veiligheidsindicatoren.

#### *De economische en de permanente beleidsindicatoren*

De getuigenissen komen samen op één punt: de economische en de beleidsindicatoren, die, voor de meeste, deel uit maken van de permanente indicatoren, zijn veruit de meest ontwikkelde indicatoren. Deze bewering wordt bijvoorbeeld door deze kwaliteitscoördinator en deze twee algemene directeurs bevestigd:

*« De indicatoren die het beste de instelling dekken, zijn de financiële indicatoren. Die hebben ze allemaal! Ze worden niet allemaal online gebruikt maar ze hebben ze allemaal. Dat is de top. De tweede top, zijn de indicatoren van de human resources, omzet, enz. Daarna, beginnen ze met de klinische indicatoren ».*  
(Kwaliteitscoördinator, 15)

*« Het eerste tool, of we het leuk vinden of niet, is het financiële en het beleidstool. Ik doe een budgettaire opvolging, iedere maand en dus iedere maand een boekhoudkundig afsluiten, we hebben financiële beleidsindicatoren. We hebben ook, iedere dag, via de informaticadienst, de bezettingsgraad, het aantal opnames via spoed. De medische raad nodigt mij iedere maand uit, [...] Ik stel de opvolging van de activiteiten, de opnames, de boordtabellen voor, dat interesseert hen »* (Algemeen directeur, 121)

*« Een aantal indicatoren zijn geautomatiseerd en die zitten in onze datawarehouse, [...] de meeste die daarin zitten zijn gebaseerd op activiteitscijfers of financiële cijfers. Omdat die uit onze systemen komen. MZG registraties of de boekhouding. Maar we proberen die te complementeren met een aantal andere parameters, die de lacunes invullen op de andere domeinen. »* (Algemeen directeur, 51)

Er zijn vier redenen voor dit feit. Enerzijds antwoorden de financiële of de human resources indicatoren aan de controle eisen voor het beleid dat iedere instelling of administratie kent, hoewel de ontwikkeling van de analytische boekhouding, verschillende ziekenhuizen heeft geleid tot het ontwikkelen van fijnere indicatoren, bijvoorbeeld, omzet of de loonlijsten. Het tweede is het onvermijdelijke budgettaire evenwicht: het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid zal altijd minder belangrijk zijn dan de opvolging van de facturatie of de investeringen waarvan het overleven van het ziekenhuis afhangt. De problematiek van het financiële zal meer in detail bekeken worden in het derde deel van het hoofdstuk. De derde reden is de afwezigheid van consensus in de wereld van de ziekenhuizen over de geldige klinische indicatoren en de relevantie op instellingsniveau. De laatste reden is de « data availability ». de economische en de beleidsindicatoren gebruiken meestal informatie, gemakkelijk bekomen uit bestaande databanken van de instellingen, daar

waar klinische indicatoren meer ad hoc procedures vergen, die tijdrovend zijn en/of die een subjectieve interpretatie van de performantie meebrengen:

*« Vandaag moeten we de pure financiële indicatoren verlaten om tot meer kwalitatieve en efficiënte indicatoren te komen. Maar het is door de gemakkelijkerheid dat we. Dat is omdat het gemakkelijker is om op te bouwen en te implementeren. »* (beheerscontrole, 16)

*« Het is noodzakelijk dat de indicator relevant is, dat hij de informatie verschaft die nodig is en dat hij beschikbaar is. Reden waarom de belangrijkste indicatoren financiële indicatoren zijn, omdat die beschikbaar zijn en even regelmatig zijn als een klok. ».* (Financier directeur, 10.1)

*« In verband met de kwaliteit, we hebben nog te weinig leading indicators en te weinig gestructureerde informatie, meestal is het post factum. »* (Algemeen directeur, 51)

Deze wanverhouding tussen de economische en de kwaliteitsindicatoren is bijzonder duidelijk bij de interviews van de CEO's, die ook de professionelen zijn die deze indicatoren het meest gebruiken in hun dagdagelijkse taken: allen verklaarden ze (soms dagelijks) een hele brede waaier van indicatoren op te volgen, en een groot deel van het beleid te bouwen op de reactie op deze indicatoren:

- De financiële indicatoren die het meest gemeld worden zijn diegene die onmiddellijk te maken hebben met het behouden of het verhogen van de inkomsten, zoals de verantwoorde dagen en andere gegevens van de facturatie. De indicatoren van de schatkamer worden minder regelmatig opgevolgd: omzet, bedrijfsresultaat, netto-inkomen, bruto-inkomen, ratio tussen de schulden en rapport van de omzet, evolutie van de cash-flow...
- De CEO's volgen eveneens strikt de activiteitsgegevens op (opnames, consultaties, LOS, aantal prestaties...) en dit, meestal, dienst per dienst.
- Het kader van de verschillende categorieën van personeel (medisch kader, verpleegkundig kader, paramedisch kader, kader van ondersteunende activiteiten...), de afwezigheidsgraad, part time werkers, enz. worden eveneens van dicht opgevolgd. De verpleegkundige directies gebruiken ook meestal verschillende indicatoren die het toelaten om de werklast en/of de opleiding van de verpleegkundigen te meten. Meerdere geïnterviewden hebben de wens geuit, om een instrument te ontwikkelen voor het meten van de tevredenheid bij het personeel, onder andere het verpleegkundig personeel.
- Andere indicatoren worden gebruikt om de aantrekkelijkheid van de instellingen te evalueren. Het gewenste doel, van de CEO's, is daar weer de promotie van de economische performantie van de instellingen. Het gebruik van een aantal indicatoren verklaart zich door dezelfde redenen; zo, in het ziekenhuis L, werd het antibioticagebruik specifiek opgevolgd, voor de gezondheid maar ook voor financiële redenen in het kader van de forfaitarisering.

- Uiteindelijk, de bibliometrische indicatoren of indicatoren gelinkt aan de opleiding van de studenten, werden geïmplementeerd in de academische ziekenhuizen.

De indicatoren die het grootst in aantal zijn en die het grootste impact hebben op het functioneren van de instelling zijn dus financieel, activiteitsgebonden en human resources. Ze dienen voornamelijk voor het opvolgen *a posteriori* van de budgettaire ontsparingen of voor de goede verdeling van de werklast; zo, informeren de CEO's regelmatig de afdelingshoofden over de kloof tussen het voorziende budget van de dienst en hun echte financiële situatie zoals ze verschijnt in het rapport van inkomsten/uitgaven, en dit met de bedoeling om de lijn onmiddellijk recht te trekken indien er zich een onevenwicht voordoet tijdens het jaar.

Deze indicatoren van institutionele sturing dragen bij aan de lokale verbeteringsacties van de performantie. Bijvoorbeeld, het tijdelijk zakken van een activiteitsparameter of het stijgen van het ziekteverzuim bij de verpleging in een dienst kunnen als waarschuwingssignaal dienen bij het slecht functioneren. De doeltreffendheid van eventuele maatregelen kan geëvalueerd worden aan de hand van dezelfde indicator. Anderzijds, sommige financiële indicatoren of activiteitsindicatoren kunnen eveneens een klinische waarde hebben. De professionelen gebruiken deze liefst, aangezien het verzamelen van de gegevens al op een betrouwbare manier gebeurt – hetzij ze te vervolledigen aan de hand van secundaire indicatoren die op artisanale manier worden gemeten. Een therapeutisch pad op materniteit geïmplementeerd in het ziekenhuis A, om de vroege terugkeer naar huis van de moeders te bevorderen, heeft zo als voornamelijkste indicator die van de gemiddelde verblijfsduur gebruikt, reeds beschikbaar en voldoende « sprekend » om het personeel te motiveren.

### ***De permanente kwaliteits -en veiligheidsindicatoren***

De meting van de kwaliteitsindicatoren (klinische kwaliteit of patiënt kwaliteit) is over het algemeen minder systematisch (in sommige ziekenhuizen weinig aanwezig). Deze verklaring blijft genuanceerd, omdat de lijst van kwaliteitsindicatoren heterogeen is.

- De verplichte indicatoren

De klinische indicatoren die meest consequent gemeten worden in onze steekproef van instellingen zijn natuurlijk verplicht voor de ziekenhuizen, zoals de nosocomiale infecties. Hoewel de meting op bijna-automatische wijze gebeurt, worden ze niet altijd ingeschakeld voor verbeteracties van de performantie, zoals een ziekenhuishygiëne arts weergeeft:

*« Het probleem, in mijn domein, is dat er veel indicatoren geregistreerd worden die gemakkelijk te verzamelen zijn maar die niet erg nuttig zijn, die waarschijnlijk niet erg performant zijn voor het ziekenhuis. We registreren een heel veel dingen omdat het gemakkelijk is, omdat we het gewoon zijn, omdat het van het laboratorium komt, en het is misschien niet erg nuttig maar iedereen doet het » (18)*

- Niet verplichte klinische indicatoren

Sommige niet verplichte klinische indicatoren worden eveneens gemeten zonder dat er nagedacht werd over hun functie. Het sterftecijfer of het aantal keizersneden werden, door enkele professionelen, aangehaald als voorbeelden van indicatoren die routinematig gemeten werden, zonder dat het op institutioneel niveau gebruikt wordt:

« Er worden veel metingen gedaan in het ziekenhuis: het aantal keizersneden, het aantal infecties... Maar het is waar dat wij er niet iets precies mee doen of iets verbeteren. Er gebeurt daarin niets, niet vanuit de uitvoerende macht, niet vanuit de medische » (Voorzitter van de medische raad, 82)

« Uit het verleden houden we het sectiepercentage bij, dat zegt wel iets maar ook niet alles». (63)

« Wij hebben heel veel gegevens in ons centraal computerke maar die gegevens worden niet echt gebruikt. Je kan wel eens vragen aan de informatica om daar een lijst uit te halen maar dan kreeg je een lijst en daar bleef het bij. Nu hebben we daar iemand speciaal voor aangenomen die dat gaat verwerken. Alle gegevens worden gecentraliseerd en daar zit een schat van gegevens in» (63)

➤ De klachten

De klachten blijven uiteraard een essentiële kwaliteitsindicator. Alvorens te verzonden worden naar de betrokken diensten of artsen, zijn ze het onderwerp van een analyse op het niveau van de medische directie en/of de kwaliteitscoördinator, ze leiden soms tot meetbare indicatoren. Het slecht functioneren dat hierbij naar boven komt kan zo soms leiden tot verbeteracties.

➤ De incidentmeldingen

De meeste ziekenhuizen van de steekproef hebben procedures, voor het melden van incidenten, ontwikkeld, hetzij op institutioneel niveau hetzij in sommige diensten. De verantwoordelijken hadden soms vijandige reacties van de artsen ten opzichte van enige inmenging in hun therapeutische vrijheid, het fundament van hun professionele macht in de zorginstellingen<sup>19</sup>, maar ook tegenover de terughoudendheid van het verpleegkundig personeel. De behandelingsmethode van deze meldingen sluit, de dag van vandaag, zowel het sanctioneren van fouten als het kwantificeren uit. Ieder incident, waar het verhaal soms rechtstreeks verzameld wordt in de dienst, is het onderwerp van een gezamenlijke discussie, zonder het bestempelen van een schuldige en met eventueel een besluitvorming:

« Het melden van incidenten is essentieel. Het is iets waarop we veel weerstand krijgen. In het operatiekwartier, hebben we een grote weerstand want de mensen verwarren het melden van incidenten met informeren over fouten. En dus er moet een procedure ontwikkeld worden die niet straffend is. Ze moeten geanalyseerd worden, ze klasseren per graad van ernst en er lessen uit trekken » (Medisch directeur, 96)

---

<sup>19</sup> Cf. Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.



### 8.2.2.2 De ad hoc indicatoren

Verschillende indicatoren, met beperkte levensduur, worden ontwikkeld in het kader van de verbetering van de performantie. Deze zijn heel dikwijls kwaliteitsindicatoren. De persoonlijkheden die zich meest investeren in de kwaliteit, schuiven dit type van tool naar voor, als het meest nuttig voor het management van de performantie:

“Ik denk ook niet dat je indicatoren ten eeuwigden dage moet gebruiken, als een proces verbeterd is laat die dan maar eventjes liggen en je kan die binnen een aantal jaar terug oppikken en kijken waar er eventueel problemen zijn en kijk naar iets nieuw.” (Medisch directeur, 33)

Dat is het geval van deze verpleegkundig directeur, lid van de kwaliteitsraad van zijn instelling, die voorrang geeft aan het management via projecten :

« *Ik denk dat indicatoren enkel nuttig zijn indien ze gebruikt worden met een specifiek doel [...]. We verwachten van de mensen dat ze met ideeën komen. En dan, wordt dat idee geformaliseerd onder de vorm van een project fiche, die een drempel vormt in het begin, we helpen met deze project fiches uit te schrijven in vijf pagina's. En dan zeggen wij, de raad van kwaliteit en veiligheid, aan de mensen : 'Kijk, wij hebben die en die tellers en noemers, en zulke indicatoren die wij min of meer betrouwbaar achten, in ieder geval ze zijn bruikbaar, die het zouden toelaten uw project op te volgen.'* En soms, is het nodig om indicatoren op maat te maken in functie van een project dat uitgaat van een aanvraag. Dat is veel gemakkelijker dan van iets op te dringen » (Directeur van het verpleegkundig departement, 44)

Dezelfde geïnterviewde persoon maakt duidelijk het onderscheid tussen de institutionele indicatoren en de ad hoc indicatoren die de initiatieven van :

« *Het ene sluit het andere niet uit, maar we hebben verschillende niveaus in het ziekenhuis. Er is het niveau van de directie, waar er grotendeels zin is om te besturen, en het is natuurlijk daar dat de acid test gediscuteerd worden, het aantal opleidingen van de artsen en de paramedici, en zulke dingen. Maar daarna, op het terrein, hetgeen interessant is, is wanneer de initiatieven van het terrein komen. Bijvoorbeeld, de orthopedisten hebben veel infecties gehad. Ze zijn naar de hygiënisten gekomen. Ze hebben een project fiche ingevuld. We hebben indicatoren ontwikkeld en het is de retro feedback van de indicatoren die het hun toelaat om het probleem onder contrôle te »*

Een ander gemeenschappelijk punt van deze indicatoren is dat ze beschikken over een beperkte levensduur. De indicatoren van korte duur, kunnen ontwikkeld worden voor één speciale dag, bijvoorbeeld een dag gewijd aan het controleren van de correcte toepassing van de observatieprocedures van de doorligwonden of het gebruik van de katheters. Zo zijn, in het ziekenhuis A, specifieke indicatoren ontwikkeld in het kader van een prevalentiedag rond het antibioticagebruik:

« *De groep, die het antibioticagebruik beheert [...] heeft al twee maal een prevalentiedag georganiseerd. Gebaseerd op relevante elementen hebben ze een vragenlijst opgesteld, een deel van de leden van de raden zijn systematisch in alle diensten geweest gedurende één dag. Ze hebben, de patiënten die een antibioticakuur hadden, opgeschreven en hebben gekeken of die antibioticakuur doordacht was,*

*verantwoord was, of ze de juiste posologie hadden en een correcte duur hadden[...] Daarna, zijn ze terug gekomen met hun verzamelde cijfers en hebben ze enkele cijfers opgesteld. En deze cijfers zijn heel verassend. Voor enkele antibiotica, met een breed spectrum, zijn 50% van de behandelingen niet verantwoord » (Kwaliteitscoördinator, 15).*

Het was niet voorzien om dit proces, dat veel tijd en organisatie vereist, te herhalen. Maar, het identificeren van een probleem, heeft de instelling aangezet om vanuit MKG een indicator te ontwikkelen van het gebruik van antibiotica in het geval van pneumopathieën, waarvan de meting gemakkelijker en betrouwbaarder zal zijn.

In hetzelfde ziekenhuis, werd een verbeteractie, op het niveau van de consultaties, ingeschakeld doordat er een hoge graad van afwezigheid van patiënten was op de consultaties. De medische directie heeft een tijdslimiet van 6 maand voor de afspraken ingevoerd, in de meest getroffen diensten ; sensibiliseringsaffiches werden opgehangen in de wachtzalen om de patiënten aan te sporen om de afspraak op voorhand te annuleren indien men niet aanwezig kon zijn. Maar deze meting van afwezigheid van de patiënten op consultaties, heeft maar één maal plaats gehad, om een slecht functioneren, dat subjectief aangevoeld werd bij de professionelen, objectief aan te tonen. Voor de medische directeur, is het gevoel van verbetering, voor het ogenblik, voldoende : de indicator zal eventueel hernomen worden indien het fout loopt. Hier zijn we dus niet in het geval van de kwaliteitscirkel van Deming :

*« Ik heb de indicator, die de afwezigheid van de patiënten bij de consultaties mat, daaruit hebben we gemerkt dat afhankelijk van de dienst of van de personen, dit percentage kon variëren van 2 tot 50%. zonder geldige reden. Er waren consultaties waar één op de twee patiënten kwam. Soms was het te wijten aan de persoonlijkheid van het individu, maar het was meestal of bijna exclusief door de te lange wachttijden. Wanneer men een afspraak geeft met een wachttijd van drie maanden, zes maand of een jaar, gaan de mensen elders zoeken. Dat liet toe de mensen op te sporen en hen te zeggen: 'luister, je moet uw consultaties anders organiseren. Zelf al heb je een goede reputatie, je moet je limieten stellen, zes maand is het grote maximum, en anders delegeer je naar medewerkers die minder mensen hebben' [...] De dag dat het weer verkeerd loopt, zullen we analyses maken. ».*

Andere indicatoren werden geïmplementeerd voor onbepaalde duur, die een aantal jaren kan bedragen, in afwachting er een streefcijfer wordt bereikt of er een bepaald probleem opgelost wordt. De indicator is niet noodzakelijk gekoppeld aan met een verandering van een proces: hij kan enkel dienen om het personeel te motiveren om een bepaald doel te bereiken.

Bijvoorbeeld, in termen van patiëntkwaliteit, heeft de directie van het ziekenhuis besloten om via intranet, voor een bepaalde periode, de resultaten van een indicator, die de wachttijd alvorens de telefoon beantwoord wordt, beschikbaar te stellen. Dit heeft, volgens de directeur, het personeel gestimuleerd en heeft de wachttijden verminderd. De indicator, die nog opgevolgd wordt in bepaalde diensten, wordt, op dit moment, niet meer opgevolgd door de directie en is niet meer beschikbaar op intranet.

Maar dit gebruik van indicatoren is niet beperkt tot het domein van de kwaliteit. Bijvoorbeeld, het ziekenhuis I, verspreid in de betrokken diensten, een indicator van beschadigde bloedzakken, deze werd bestempeld als overdreven in de instelling. Na enkele jaren, lijkt het probleem voldoende vermindert en zal de indicator « verlaten »

worden. Het ziekenhuis A, dat, voor het ogenblik, probeert om de archieven te verminderen door automatisch de dossiers, van de patiënten die terugkomen in het ziekenhuis, te scannen, volgt een indicator op van het percentage bekeken papierdossiers tegenover het percentage geïnformatiseerde dossiers. Deze nuttigheid van deze indicator zal ook met de tijd afnemen.

De verbetering van de performantie gaat ook via de verwachtingen van de patiënt. De tevredenheidsenquêtes worden of werden georganiseerd door 11 van de 13 ziekenhuizen van onze steekproef. De frequentie en de regelmatigheid van deze enquêtes is wel verschillend. In sommige gevallen, zoals in het ziekenhuis A, werd slechts één enquête afgenomen, op punctuele wijze, zonder geïntegreerd te zijn in een verbeterings cyclus. In tegenstelling, het ziekenhuis H (waarin de medewerkers een groot gevoel van patiënt- oriëntatie uiten, dat hebben we in het vorige onderdeel gezien) toont over een zekere striktheid te beschikken bij het toepassen van de vragenlijst, met aangepaste versies van dienst tot dienst.

*« We beschikken permanent over een vragenlijst over de tevredenheid van de gehospitaliseerde patiënten. Iedere binnenkomende patiënt ontvangt een vragenlijst. Het is vrijblijvend voor de patiënten om de vragenlijst in te vullen en ze in een brievenbus te doen, aan de ingang van iedere dienst in het ziekenhuis. We hebben eveneens een systeem van voorgefrankeerde enveloppen, dus ze mogen ze ook van thuis opsturen. De aanpak die moest gebeuren op het gebied van het personeel en de totaliteit van de medewerkers, was de patiënten stimuleren om het in te vullen. [...] Jaarlijks, bij het overhandigen van het verslag aan het pilootcomité, beslissen we over de items die, om de drie maand moeten geanalyseerd worden of diegene die om het jaar geanalyseerd mogen worden. En meestal, zijn onze zwakke punten de logistiek en het comfort. Dus volgen we dat iedere drie maand op. En we volgen heel belangrijke dingen op : 'voelt u zich gerespecteerd ?' dat zijn wij die kiezen [...] Al onze vragenlijsten waren gebaseerd op een proces : 'Ik kom aan, heb ik een plaats om mij te parkeren ?' ; 'Zie ik vanuit de parking, hoe ik in het ziekenhuis moet geraken?' ; 'Door wie word ik onthaald in het ziekenhuis, weet ik waar ik heen moet?'. Dat is het gehele pad van de hospitalisatie, of het een geplande of een spoedopname is. De consultaties, dat is hetzelfde: 'Wanneer ik een afspraak maak, beantwoord er iemand mijn oproep aan de telefoon?' ; 'wanneer ik aankom, weet ik waar ik heen moet?'. [...] Dat, is lineair gedurende het hele jaar. We hebben een beantwoordingspercentage van 16%, wat enorm is. En aangezien het lineair is, zien we dat het een goede tendens is » (Directeur van het verpleegkundig departement, 84)*

Het ziekenhuis E heeft eveneens tevredenheidsenquêtes geïntegreerd in het functioneren, deze worden in de instelling gebruikt, naast de financiële en de activiteitsindicatoren :

*«Dat is een vrij integrale meting van patiënttevredenheid die zowel medisch inhoudelijk gaat, dus niet alleen over de maaltijden en de netheid van het ziekenhuis en zo. Er zijn een aantal aspecten die facilitair zijn zoals de warmte van de maaltijden, netheid van het ziekenhuis maar er zijn ook medisch inhoudelijke, hoe sterk is de aantrekkingskracht van het ziekenhuis? Van de geneeskundige equipes die in het ziekenhuis werken? Hoeveel aandacht gaat er naar emotional care and support? Dat het niet alleen medisch inhoudelijk is of goed is qua faciliteiten maar het is eigenlijk een zeer integrale benadering [...] elke leidinggevende kan online gaan*

*daar heb je patiëntentevredenheidsscores, waar alle domeinen aan bod komen. Dus je kan echt kijken waar is er een probleem met de vriendelijkheid van het personeel? Welke campus, welke afdeling? . » (Algemeen directeur, 51)*

De inbreng van deze enquêtes is soms verschillend. In het geval van ziekenhuis H, heeft de enquête vooral toegelaten om secundaire problemen van logistiek en comfort op te lossen; de vragenlijsten werden onder andere gebruikt om een betere keuken aan de patiënten te bieden. De geïnterviewden uit de instelling H, hebben de positieve bijdrage benadrukt van de aanpak voor het verbeteren van de prestaties in de dienst neurologie, die een laag niveau van tevredenheid behaalde ; de resultaten hebben beslissingen beïnvloedt over de organisatie van het ontslag van de patiënt, zijn informatie, de communicatie met de buitenwereld, het contact met de families enz.

Dit bilan van de, in de ziekenhuizen, gebruikte indicatoren, waarin we de nadruk zetten op de tegenstelling van de permanente en de *ad hoc* indicatoren, beantwoordt aan een dubbele vraag : « *wat wordt er gemeten?* » en « *waarom wordt dit gemeten ?* ». De vraag waarop het volgende onderdeel een antwoord te vinden is « *wie meet wat ?* ». Zeggen dat de ziekenhuizen die of die indicator opvolgen, is niet volledig : ieder departement, eenheid, of raad, volgt zijn eigen indicatoren op, die niet altijd gekend zijn door de andere personen van de instelling. Dat is het fenomeen van « segmentatie » van het performantie beleid, dit is niet voldoende om de interne communicatie rond de indicatoren te compenseren.

### **8.2.3 Ziekenhuisorganisatie en performantie beleid**

De performantieindicatoren, waarvan de heterogeneïteit onderlijnd werd in het vorige onderdeel, worden niet in het abstract uitgewerkt ; in tegenstelling, ze verankeren zich in een organisatorische en gesegmenteerde context. De ziekenhuizen zijn, inderdaad, onderverdeeld in « *actiesystemen* » gedeeltelijk geïsoleerd uit hun omgeving, samengesteld uit personen die kennis hebben, problemen en belangen die niet verward mogen worden met die van de organisatie en van zijn geheel<sup>20</sup>. Er zal hier verondersteld worden, om de presentatie van de resultaten uit deze studie te vergemakkelijken aangezien het over een groot aantal casussen gaat, dat deze actiesystemen overeenstemmen met de formele entiteiten van de ziekenhuizen: departementen, eenheden, diensten waar de teams zo autonoom mogelijk werken, specifieke tools, voor de controle of de verbetering van de performantie, in functie van de objectieven. Er kunnen zich echter ook actiesystemen ontwikkelen rond transverse processen zoals therapeutische paden.

De relatieve autonomie waarover de professionelen beschikken om hun eigen methodes te ontwikkelen voor het meten van performantie, mondt uit in het bestaan van tabellen van indicatoren, die ongelijk ontwikkeld zijn, ongelijk geformaliseerd werden, weinig geïntegreerd zijn en die, in het algemeen, geen totaalbeeld geven van het functioneren van de instellingen. Deze lage integratie zou gecompenseerd

---

<sup>20</sup> Cf. Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977. Pour une application de ce concept aux organisations hospitalières, cf. Olgierd Kutry, *L'innovation à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 1994.

kunnen worden door een proactief communicatie beleid ; uit de interviews kan men afleiden dat deze voornamelijk werken van hoog naar laag, en daar ook, vooral voor de indicatoren van de activiteiten en de resultaten. De interne organisatie van de ziekenhuizen onderhoudt dus zowel de segmentatie en een gebrek aan transparantie bij het meten van de performantie.

De eerste twee punten zijn gewijd aan het impact van de organisatie van de ziekenhuizen in departementen en horizontale entiteiten (eenheden, diensten, raden...) over het ontwikkelen van performantiebeleid en het gebruik van de indicatoren. De positie van de kwaliteitscoördinator en het bilan van de contracten « kwaliteit veiligheid van de patiënt » worden bekeken in een derde punt. Ten laatste, kaart het onderdeel de vraag aan over de modaliteiten en de effectiviteit van de communicatie rond de indicatoren in de instellingen.

### **8.2.3.1 De verticale segmentatie van het performantiebeleid**

De meeste van de, in het vorige onderdeel besproken, indicatoren worden ontwikkeld op het niveau van de directie. Maar deze heeft verschillende takken, die ieder zijn informatiesysteem beheert in functie van zijn missies, zijn resources, zijn interne structuur, hetzij afhankelijk van de personaliteit van het kaderpersoneel. Deze verticale segmentatie van het performantiebeleid definieert « pijlers » van afzonderlijke indicatoren, zowel door hun doel en door de wijze van toepassing.

- De administratieve en financiële pijler

De eerste pijler van indicatoren wordt beheert door de administratieve en financiële diensten van de instellingen en verzameld voornamelijk de gegevens die dienen voor het dagelijkse beheer van het ziekenhuis en die betrekken het budget, de activiteiten en de human resources. Deze indicatoren zijn zowel de hoogste in aantal en de meest geformaliseerde ; ze zijn eveneens meestal van lange duur. De algemene directies beschikken inderdaad over de human resources en de technieken (teams die getraind in het omgaan met de databases) om er toezicht op te houden.

We blijven niet stilstaan bij deze pijler, de lijst van relevante indicatoren werden reeds grotendeels besproken in het vorige onderdeel.

- De pijler « nursing »

De pijler van de verpleegkundige indicatoren is het meest gediversifieerd. De missies van de directie van de zorgen treffen echter de human resources, de patiënt kwaliteit, de klinische kwaliteit, de logistiek... Om deze taken te volbrengen, ontwikkelen ze hun eigen expertise ( door verpleegkundigen op te leiden voor het beheer van databases), ontwikkelen ze hun boordtabellen en specifieke indicatoren.

De boordtabel van de verpleegkundig directeur van het ziekenhuis H, verzameld zo de maandelijkse indicatoren gelinkt met « *actieve of inactieve werklust* » (kader per maand in vergelijking met hetgeen, aantal overuren, aantal interimuren, aantal uren van verpleegkundigen uit de vliegende equipe per dienst, aantal jobstudenten, aantal leerlingen op stage, ...), aan de opleiding (indicatoren van de tijd van opleiding per dienst, voorziene budget voor de opleiding per jaar, type opleiding, het aantal personen niet aanwezig door opleiding), turn-over en de redenen van vertrek. In deze boordtabellen mogen ook de activiteitsindicatoren meegerekend worden, met het

oog op het evalueren van de noden van personeel. Men moet daartoe de klinische indicatoren toevoegen (nosocomiale infecties, doorligwonden...) of kwaliteit patiënt (tevredenheidsenquêtes).

Een zeker aantal van deze indicatoren (activiteit, personeel, nosocomiale infecties ...) worden gegenereerd buiten de verpleegkundige directie (algemene directie, medische directie) en zijn gemakkelijk beschikbaar voor de andere professionelen van het ziekenhuis. Zoals echter in ieder ziekenhuis, produceren de verpleegkundigen specifieke management tools in overeenstemming met zijn missies en zijn belangen.

Een goed voorbeeld is het initiatief van de verpleging in het ziekenhuis D om een document te ontwikkelen die de ongewenste gebeurtenissen verzameld op het niveau van het bed beheer. Dit instrument is speciaal ontwikkeld om een probleem aan te tonen en om de aandacht van het directiecomité erop te vestigen :

*« Vandaag wil men opsporen om aan het directiecomité te tonen en namelijk op et niveau van de medische directie dat we grote moeilijkheden hebben. We hebben dus een document aangemaakt met ongewenste gebeurtenissen over het bed beheer, om te zeggen, 'voilà, dat moeten we echt objectiveren » (Directeur van het verpleegkundig departement, 41)*

De creatie van deze indicator is hier duidelijk omdat er een bepaalde interesse voor is vanuit de verpleegkundige directie : La création de cet indicateur est ici de manière claire la manifestation d'un intérêt particulier de la direction du nursing : het rechtvaardigen van het verkrijgen van extra middelen.

Andere initiatieven die voldoen aan de bijzondere behoeften van de verpleging mogen vernoemd worden (cf. het deel van het hoofdstuk over de « success stories »). In een ander domein, heeft het ziekenhuis K, sinds een vijftiental jaren, de indicator van de gemiddelde kost per dag van incontinentie geïmplementeerd, in het kader van het beleid van de uitgaven in dit domein. Er worden periodiek, vergaderingen gehouden om de hoofdverpleegkundigen op de hoogte te houden van het incontinentiebudget van de dienst, het jaarlijks bestek werd opgemaakt op basis van een testjaar.

De boordtabellen van de verpleegkundige directie van het ziekenhuis I, integreren eveneens de indicatoren die bedoeld zijn om het beheer van de doorstroming van de patiënten door de verpleegkundigen, te vergemakkelijken. Hier opgesomd: de patiënten die binnen komen zonder dat hun preoperatieve onderzoeken uitgevoerd werden (met het oog op het voorstellen van aanpassingen in de diensten of het uitvoeren van de onderzoeken werd niet gecheckt); de patiënten waarvan men het ontslag voorziet na vijftien uur, terwijl het personeel niet voldoende is om het ontslag te regelen; het aantal medische dossiers dat bij de hoofdverpleegkundige terecht komen na veertien uur (het beheer ervan is moeilijker na 14uur, aangezien de bestelling van de medicatie niet onmiddellijk geleverd zal worden).

Hier gaat het over een voorbeeld van permanente indicatoren. De verpleging introduceert eveneens *ad hoc* indicatoren, in het kader van projecten, zoals dagen voor decubituswonden, katheters, wondzorg...

De relatieve overvloed aan indicatoren, gevolgd door de verpleegkunde is niet enkel een weergave van de verscheidenheid van de taken van de verpleging. Het is eveneens gekoppeld aan de hiërarchische organisatie van het verpleegkundig departement. De bevoegdheid van de directie verpleging laat ze inderdaad toe om

het verzamelen van gegevens, in de diensten, te verplichten, door bijvoorbeeld verpleegkundige netwerken op te richten over een bepaald project of een bepaalde medische praktijk. Het individueel leadership is hier essentieel. Het blijkt duidelijk uit de interviews dat de persoonlijke visie van de verpleegkundig directeur, een grote invloed hebben op het performantiebeleid dat in zijn departement gevoerd wordt.

Omgekeerd kan een gebrek aan middelen een barrière vormen : het is soms moeilijk, vooral in de kleine structuren, voldoende verpleegkundig personeel in te zetten voor het opvolgen van indicatoren.

De medische directies dragen eveneens bij aan dit fenomeen.

- De medische pijler

Onder « medische pijler », verstaan we hier voornamelijk de indicatoren die ontwikkeld en gebruikt worden door de medische directies. De medische Raden, worden, over een aantal indicatoren, geïnformeerd (activiteit, nosocomiale infecties, financiële indicatoren in de ziekenhuizen waar de artsen financieel verantwoordelijk gemaakt worden) maar ontwikkelen zelf geen indicatoren ; ze zouden immers niet over de expertise en het nodige personeel beschikken.

De algemene bevinding is de relatief kleine plaats die de indicatoren van klinische kwaliteit innemen met betrekking tot die, opgevolgd door de medische directies. Er bestaan uitzonderingen: in ziekenhuis E, zijn er 20 klinische indicatoren opgenomen in het institutionele bordtable, dat besproken wordt op het directiecomité. Maar in de meeste gevallen, zijn de spontaan genoemde indicatoren, door de hoofdartsen, gekoppeld aan financiële of activiteitsoverwegingen.

De klachten, zijn zeker de eerste indicator die vernoemd wordt door de hoofdartsen. In alle ziekenhuizen van de steekproef, is de medische directie verantwoordelijk voor de analyse van de klachten en van de eventuele verbeteracties die gepland worden door de betrokken medische diensten.

De hoofdartsen bekijken ook een aantal indicatoren in verband met het medisch corps, bijvoorbeeld het medische ziekteverzuim, die hun enerzijds toelaat hun disciplinaire functie uit te oefenen (door het misbruik te identificeren) en anderzijds dingen die niet functioneren op te sporen (werkoverlast, slechte organisatie, zwak leiderschap...)

Bovendien situeren de meeste voorbeelden, gegeven door de hoofdartsen, zich op de grens tussen klinische en economische performantie. De meeste vernoemen de gemiddelde verblijfsduur :

*«De performantie van het ziekenhuis, er is al een belangrijke notie, is de fameuse verblijfsduur. Ik zeg niet dat het feit van binnen de verblijfsduur te zitten, betekent dat we goede werken of dat we aan kwaliteit doen, maar het is een indicator die toelaat om de te lange of te korte verblijfsduur te identificeren, en die toelaat bepaalde specialiteiten aan te pakken en te zeggen 'kijk, waarom hebben we een probleem op dit niveau?'. Dat is een indicator die belangrijk blijft en die in de financiering van het ziekenhuis pertinent blijft, aangezien het ons de verantwoorde bedden geeft »*  
(Medisch directeur, 103)

*« Alles wat de financiering van de overheid betreft kijkt enkel naar ligduur, kijkt in feite niet naar de kost per DRG. Ik kan mij inbeelden, de ziekenhuizen houden de ligduur in het oog. Je zou er kunnen toe komen dat je gaat financieren tot de kost per*

*DRG. Dan ga je kunnen zien naar de analyses binnen de ziekenhuizen, ze gaan meer gaan kijken, waar ben ik performant en waar niet. Hoeveel mag een DRG kosten aan een biologie, hoeveel mag het kosten aan radiologie, tot hier toe gebeurt dat nog niet. Het is misschien beter van te kijken naar procesindicatoren dan naar outcomeindicatoren omdat je daar die casemix minder hebt» (Algemeen directeur, 71)*

Andere indicatoren kunnen opgenoemd worden. In ziekenhuis K, bijvoorbeeld, volgt de medische directie regelmatig de omzetting op van de conventionele chirurgie naar ambulante chirurgie op, deze heeft een onmiddellijk impact op de verantwoorde dagen.

Op een ander vlak, gebruikt de medische directie van ziekenhuis A, financiële indicatoren om de uitgaven van het operatiekwartier te beheren, weinig geformaliseerde indicatoren en beheert door een « gouvernance commissie van het operatiekwartier »; waaronder, effectieve bezetting door een arts van de beschikbare uurrooster van het OK die voor hem worden vrijgehouden (met het oog op verbetering van het uurrooster) of, simpeler, de meting van de evolutie van de uitgaven met betrekking tot automatische nietmachines.

Het beleid van de economische performantie is hier dus ook een sterke factor bij het ontwikkelen van bepaalde indicatoren, niet opgenomen op het niveau van de instelling. De creatie van indicatoren lijkt minder actief dan op vlak van de directie verpleging. Er moet waarschijnlijk ook gekeken worden naar de organisatorische en professionele logica van het medisch corps. In tegenstelling tot het verpleegkundig departement waar de centralisatie, de uniforme implementatie van projecten of indicatoren vergemakkelijkt, is het medisch departement weinig gehiërarchiseerd:

*« Iets doen zonder er met de verpleegkundige wereld over te spreken, is niet mogelijk. Maar aangezien die meer hiërarchisch opgebouwd is, meer georganiseerd is, meer gegroepeerd is met middenkaders, is het dikwijls gemakkelijker met de verpleegkundigen. In de medische wereld, is het een som van individu's, en het is veel moeilijker om te werken met een som van individu's dan met een georganiseerde, gestratificeerde, gehiërarchiseerde groep » (Kwaliteitscoördinator, 45)*

*«Vorig jaar werd er een procedure geïmplementeerd maar het is moeilijk om chirurgen te laten begrijpen dat ze die moeten volgen. Voor het ogenblik kijken we naar het percentage die de procedure opvolgt, ik ben een beetje teleurgesteld moet ik zeggen. Wanneer het tijd vergt en dat het niet snel vooruit gaat, is er een probleem met de implementatie » (Algemeen directeur,71).*

Een verpleegkundig directeur bevestigt deze verklaring zonder schroom, waarbij hij het individualisme van de artsen en hun afwijzen van externe controles onderlijnd :

*« Het is een heel ander excuus langs de kant van de artsen. Dat is hun botte onafhankelijkheid en onder het voorwendsel dat het werk altijd op de eerste plaats komt en dat ze te druk bezig zijn en 'waarom een onderzoek naar veiligheid?' zij doen hun werk goed » (Directeur van het verpleegkundig departement, 14)*

De performantiemeting is in deze medische pijler geconditioneerd tot, soms moeizame, onderhandelingen met verantwoordelijke artsen die soms terughoudend zijn aan alle vorm van contrôle over hun therapeutische keuzes, en die zich liever vertrouwen op hun eigen indicatoren « in huis aangemaakt ».



Deze autonomie van de diensten is de reden van het tweede fenomeen, parallel met de verdeling van de indicatoren en de verticale pijlers : de horizontale segmentatie volgens de diensten of comités.

### 8.2.3.2 De horizontale segmentatie van het performantiebeleid

Alle entiteiten van de ziekenhuizen, zoals we al zeiden, hebben de neiging om hun eigen indicatoren te ontwikkelen. De medische diensten, hebben actuele informatie nodig om de toeloop van patiënten te kunnen beheren, de evolutie van de activiteit van de dienst te analyseren, de productiviteit en de kwaliteit van de prestaties van iedere arts te evalueren, enz. Een aantal nuttige indicatoren worden door de medische directie verleend; anderen worden, dag op dag, ineen geknutseld door de verantwoordelijken of door de verpleegkundigen.

De resultaten van deze indicatoren worden meestal niet buiten de dienst bekend gemaakt (zelf al werden ze opgesteld in het kader van een evaluatie van een kwaliteit veiligheidscontract). Deze algemeen directeur schreef het toe aan de terughoudendheid van de artsen om verantwoording te geven over hun professionele activiteiten aan anderen dan hun gelijken:

*« Ik ben ervan overtuigd dat de orthopedisten over hun eigen criteria beschikken voor de heupprotheses, ze hebben waarschijnlijk in een klein agendaatje het aantal patiënten, en wat weet ik nog, maar deze zijn niet verspreid. Dus op niveau van de instelling zijn er geen synthetische kwaliteitsindicatoren. Soms, met momenten, omdat ik aandring, duiken er opeens bij de administratieraad een aantal indicatoren op over ziekenhuisinfecties, over hygiëne, over dit en dat. En dan, pfft. Dat is nog niet geautomatiseerd. Wat kan dat verantwoorden ? Misschien de schrik van gecontroleerd te worden op kwaliteit. Ze hebben niet zo veel zin dat de directie komt kijken. Misschien het gevoel dat we geen verantwoording moeten geven, enkel aan collega's, op congressen waarop we per discipline aan deelnemen, tegenover zichzelf op moreel vlak » (Algemeen directeur, 41)*

*« In het jaar 2010, was dat één van de objectieven van de medische raad, we hebben gezegd dat elke dienst zich voor moest komen stellen aan de hoofdgeneesheer en aan de medische raad. We proberen in duo te werken, ik geloof in een eenheid te functioneren zodat we éézelfde visie hebben. Ze mochten doen zoals ze wilden, hun dienst voorstellen, het aantal personen, het aantal operaties, hoe ze zich onderscheiden van andere diensten, ziekenhuizen, naar de toekomst toe, naar investeringen toe en ook welke raakvlakken die optimaal of misschien niet optimaal zijn naar andere diensten toe. Dat is nu gedaan en we hebben gemerkt dat heel wat diensten zelf toch heel wat hebben geregistreerd en nagekeken hebben binnen hun dienst. bv mortaliteit, opnameduur, van bepaalde pathologieën, complicaties van bepaalde ingrepen, en dat ze dat zelf gedaan hebben. Wat je nu ziet, bij de jongere mensen, dat ondanks dat het niet opgelegd is, dat de mensen vanalles beginnen op te volgen/in elkaar te steken. Vroeger was dat ondenkbaar, dat zag je in het bedrijfsleven maar nergens anders.» (xxx, 72)*

Een bijzondere geslaagd voorbeeld van dit fenomeen is de ontwikkeling in de dienst radiotherapie in ziekenhuis A (zie details in het onderdeel « success stories ») van een boordtabel, op initiatief van de professionelen van de dienst. De ontwikkeling

van specifieke indicatoren kan eveneens gekoppeld worden aan certificering procedures in één enkele dienst (onder meer in medisch-technische diensten). De horizontale segmentatie van het indicatorensysteem is eveneens gekoppeld aan de taakverdeling van kwaliteitscontrole tussen meerdere commissies: kwaliteitscommissie, beleidsgroep van antibioticatherapie, commissie van hygiëne, transfusiecomité, patiënt - veiligheid commissie, medisch farmaceutische commissie... de indicatoren die deze organen behandelen werden meestal op voorhand beschreven door de medische directie, en opgemeten door de administratieve diensten van de algemene directie. De professionele die het meest onafhankelijk lijkt, is de kwaliteitscoördinator, waarvan de plaats in het organigram atypisch is; echter, zoals het volgende punt aantoont, is deze autonomie verzwakt in de meeste ziekenhuizen door een marginalisering van de beslissingskracht bij veranderingsprocessen.

### **8.2.3.3 De kwaliteitscoördinatoren, « vij elektron » in de ziekenhuisorganisatie**

*« De kwaliteitscoördinator is een vrij elektron die niet over een dienst beschikt en die moeilijkheden heeft om een financiering te vinden. Dus, hoe kan die dan werken? »*  
(Kwaliteitscoördinator, 15)

Dit citaat van een kwaliteitscoördinator heeft betrekking op de gevoelens van veel van zijn collega's: dubbelzinnigheid van de positie binnen de organisatie, isolement, gebrek aan middelen en erkenning belemmeren en beperken hun bijdragen aan de bevordering van de kwaliteit, deze is nochtans het zwakke punt van het performantiebeleid van ziekenhuizen. Deze paragraaf is gewijd aan de beschrijving van de plaats van de coördinatoren in de organisatie en de gevolgen daarvan op hun activiteit. Het is ook de gelegenheid, een balans op te maken van de kwaliteit – veiligheidscontracten *vanuit het perspectief van de professionelen*. De hier gepresenteerde resultaten, werden door het onderzoeksteam toegevoegd als een aanvoeging op de evaluatie van de contracten « kwaliteit en veiligheid van de patiënten ».

#### ***de kwaliteit veiligheid contracten: uiteenlopende beoordelingen***

De beoordelingen over de kwaliteit en veiligheidscontracten zijn heel uiteenlopend. De, meestal positieve, evaluaties contrasteren met enkele heel kritische oordelen. Maar het meest verrassend is het gebrek aan kennis van de contracten en hun inhoud door heel wat professionelen.

De meeste professionelen, bij wie de contracten gekend zijn, meldden dat de contracten bijdroegen tot het uitvoeren van kwaliteitsdoelen, die tot nu toe om de tweede plaats kwamen bij de managers, en ze waren een stimulans en een versneller voor verandering:

*« Verschillende aspecten die tot het kwaliteit veiligheidscontract behoren, zijn beleidsdoelstellingen geworden sinds ze onderworpen zijn aan het FOD contract, terwijl ze al veel eerder voorgesteld werden als punten waaraan gewerkt moest*

*worden. Vanuit het standpunt van het beleid, zo lang er geen contract was, werd de toewijzing van de middelen om in die richting te werken, nooit gegeven. Ik denk dat er een bewustwording is, van heel de dimensie van kwaliteit op het niveau van het beleid » (Medisch directeur, 133).*

*« Dat laat toe via een precieze structuur en kader, dingen te implementeren die anders niet gemakkelijk aanvaard zouden worden [...] Dit programma is heel ambitieus en verplicht ons om ambitieus te zijn » (Medisch directeur, 93)*

*« Kwaliteit is een moeilijk begrip. Heel de campagne rond patient safety, als onderdeel van kwaliteit vond ik een zeer geslaagd initiatief. Mensen zijn wel gevoelig voor veiligheid, dat begrijpen ze wel, schade aan een patiënt of risico's voor een patiënt dat begrijpen ze wel. Kwaliteit, dat is niet zo vatbaar » (Directeur van het verpleegkundig departement, 34)*

De contracten, indien ze het performantiebeleid niet gerevolutionneerd hebben, lijken in de meerderheid van de instellingen een effect gehad te hebben op de prioriteiten van het ziekenhuis. Er moet wel gemeld worden dat enkele venijnige aanvallen op het systeem gebeurden (voornamelijk in één instelling van de steekproef), die voornamelijk overeen komen met de weigering van de artsen, en wat beschouwd wordt als een inmenging en een poging van controle door het ministerie:

*« De ziekenhuizen stellen zich vragen: 'maar waarom wordt het ministerie zo autoritair?'. Er is weinig tegenspraak vanuit de ziekenhuizen voor het moment. 'Ze gaan te ver', dat is hetgeen ik hoor. 'Al dat om ons vijftig of zestig duizend euro te betalen voor onze kwaliteitscoördinator' [...] Er zijn eisen waarvan we ons afvragen 'welk is het recht van het ministerie om ons dat op te leggen'. [...] Iedereen denkt, heeft het FOD geen legitimiteit op dit gebied » (Algemeen directeur, 41)*

In aanvulling op deze meningen, is het contract niet echt gekend buiten de beperkte kring van verantwoordelijken over kwaliteit in het ziekenhuis (die, in kleine structuren, beperkt kan zijn tot de coördinator).

Bij tal van gelegenheden, toonden, de ondervraagde professionelen, onverschillendheid en onwetendheid tegenover de contracten en hun balans : die algemeen directeur geeft toe zich niet geïnformeerd te hebben over de resultaten van het contract sinds twee jaar, die medisch directeur erkent nooit het initiatief te nemen voor een contact met de kwaliteitscoördinator, die verpleegkundig directeur heeft geen herinnering van het contract, dat hij nochtans getekend heeft, en weet niet van het bestaan af van een kwaliteitscoördinator in zijn instelling, die kwaliteitscoördinator denkt dat de geïntegreerde multidimensionele feedback een luik is van het contract... Wanneer de vraag gesteld werd, tijdens de interviews, over de evaluatie door de professionelen over de initiatieven van het FOD met betrekking tot de promotie en de meting van performantie, hebben er 25 onder hen (op de 61 interviews van het top management en de kwaliteitscoördinatoren) niet spontaan het contract kwaliteit veiligheid vermeld of, indien ze het wel deden, gaven ze hun onwetendheid toe over de inhoud en/of over de identiteit van de verantwoordelijke van de implementatie in hun instelling. Indien men de 13 kwaliteitscoördinatoren uit de steekproef niet meetelt, die natuurlijk op de hoogte zijn van hun kader van activiteit, kennen 25 geïnterviewden op 48 (hetzij meer dan de helft) deze structuur niet. Het lijkt niet gebonden te zijn aan de functie van iedere professionele, zelf al zijn de voorzitters van de medische raden minder bekend met

deze contracten dan de andere (8 interviews negatief op 11). Het beleid van de instelling lijkt meer gedetermineerd, indien de situaties gevarieerd zijn. Bijvoorbeeld, terwijl al de interviews van ziekenhuis C en M op de hoogte waren van de contracten, was in ziekenhuis B enkel de kwaliteitscoördinator ervan op de hoogte. Te meer, ondanks de positief gerapporteerde adviezen hierboven, en leidend tot meerdere projecten, lijkt het alsof de kwaliteit en veiligheidscontracten niet geïntegreerd zijn in al de sectoren van alle ziekenhuizen. Sterker nog, in veel gevallen moeten de kwaliteitscoördinatoren zelf kiezen tussen de acties die ze wensen te ontwikkelen en vervolgens onderhandelen met de andere professionelen om hun goedkeuring of steun te verkrijgen; projecten van grotere omvang worden parallel geïmplementeerd door de directie. Deze zwakke erkenning wordt ook weerspiegeld in de aard van de indicatoren waartoe de kwaliteitscoördinatoren zich richten in het kader van hun projecten.

### ***Kwaliteit en veiligheidscontracten, projecten en performantie indicatoren***

Als men verwijst naar het onderscheid dat gemaakt wordt in de vorige paragraaf tussen « permanente » en « *ad hoc* » indicatoren, behoren de indicatoren die ontwikkeld werden door de kwaliteitscoördinatoren, ter ondersteuning van een welbepaald kwaliteitsproject (met in gedachten houdend dat de kwaliteitsprojecten geen indicatoren bevatten), duidelijk tot de tweede categorie.

Dus, in het kader van een project dat overeenkomt met pijler II van het contract, in het ziekenhuis J, met de bedoeling om de intra-muros transferts (TIM) te verbeteren tussen de intensieve zorgen en de medische diensten, heeft de coördinator de implementatie van een groep van indicatoren, van korte duur, georganiseerd om het personeel te stimuleren om waakzamer te zijn: percentage patiënten dat identificatiearmbanden draagt, infuusleidingen nakijken voor de transfert...

De kwaliteitscommissie van ziekenhuis D heeft een project geleid over het voorschrijven van psychotropen en valincidenten in geriatrie. Op vraag van een dokter, heeft de coördinator een protocol opgesteld date en indicator bevatte die het aantal valincidenten opmat bij de patiënten die psychotropen namen:

*« We hebben een studie nu over het voorschrijven van psychotropen en valincidenten in geriatrie. Het is iemand van het slaaplaboratorium die guidelines wou opstellen in verband met het voorschrift van psychotropen. Dus, meestal in een ziekenhuis, zoals het onze, waar de assistenten veranderen om de drie maanden, zijn er een pak guidelines, en ze kuisen er bijna hun gat mee af. Dat brengt juist niets op. [...] Maar door gebruik te maken van de geïnformatiseerde voorschriften, kunnen we dingen bekomen, op bepaalde voorwaarden, met verschillende stadia, in functie van de toestand van de patiënten [...] We weten ook dat indien we dit willen verkopen aan de verantwoordelijke artsen, dat we met cijfers moeten afkomen. Er was een studie aan de gang. We hadden een gegevensbank over de valincidenten op de dienst geriatrie waarvan we dachten dat ze betrouwbaar was, nadien merkten we op dat een heel aantal gegevens niet geregistreerd werden, dat indien de patient een maal valt, het genoteerd werd, maar indien hij vijf maal viel, dat de vierde of de vijfde keer niet geregistreerd was. We zijn er dus in geslaagd om hun die basisgegevens te geven, we hebben hen gevraagd om een studie te doen, een steekproef te nemen uit de dossiers waar we het aantal psychotropen genoteerd hadden, sommigen hadden drie*

*psychotropen bij diegenen die gevallen waren. En nu zijn ze in de fase waar er een voorschrift geïmplementeerd hebben in drie etappes op geriatrie, met behulp van de geïnformateerde voorschrijving. Ze werd gecommuniceerd naar de verantwoordelijke artsen en hun assistenten, zelf die van wacht, moeten dit algoritme respecteren op niveau van de voorschrijving. [...] En dus gaan we alle valincidenten eruit halen, na de implementering van deze nieuwe manier van werken en we gaan de dossiers opnieuw herbekijken om te zien of we minder valincidenten hebben. Maar we moeten bekijken dat niet alle valincidenten te wijten zijn aan het gebruik van medicatie. We gaan ieder dossier, van valincidenten, herbekijken om te zien of ze evenveel of helemaal geen psychotrope medicatie kregen » (Kwaliteitscoördinator, 45)*

Het is niet nuttig om hier al de voorbeelden van projecten met indicatoren, voor te stellen, een groot deel daarvan worden gerapporteerd in het kader van de evaluatie van de contracten van de FOD. Het volstaat op te merken dat de kwaliteitscoördinatoren (gebaseerd op « kwaliteitscommissie » of de « kwaliteitscel ») over een zekere autonomie beschikken om indicatoren te implementeren, hetzij om te voldoen aan een externe vraag, hetzij op eigen initiatief. Deze indicatoren zijn echter niet geïntegreerd in een globale performantiestrategie, in de mate dat de acties waartoe zij behoren, niet geïnspireerd zijn door een duidelijke richtlijn. De indicatoren, opgesteld door de kwaliteitscoördinatoren, komen dus overeen met een overlapping van specifieke projecten en niet met een institutionele visie..

Men moet anderzijds, de capaciteiten van een kwaliteitscoördinator om nieuwe tools te ontwikkelen, niet overschatten; zoals hogerop reeds gezegd werd, wordt hij belemmerd door een oncomfortabele institutionele positie en heeft hij gebrek aan middelen.

### ***Een slechte invoeging van kwaliteitscoördinatoren in de ziekenhuisorganisatie***

De kwaliteitscoördinatoren uitten allen de wens om beter geïntegreerd te zijn in de hiërarchie van het ziekenhuis om er de doelstellingen van het contract te bevorderen. Zeer praktisch, de actieve steun van de algemene directie en minstens één van de departementen is nodig voor de coördinator, dit « storende element » (volgens de woorden van een coördinator) van de routine van de diensten, om zich te laten horen en te respecteren. Significat, een coördinator ze zo dat zijn mails naar het medische personeel enkel gelezen worden indien ze meeondertekend worden door de directie. De nauwe samenwerking met de directie is eveneens een onmisbare zodat de kwaliteitsprojecten niet in de onderste schuif belanden:

*« En dan is er nog een ander element, dat is dat er veel projecten lopend zijn in het ziekenhuis. Projecten die niet gekozen werden door de medische directie en de kwaliteitscoördinator. De administrator, die zijn bezigheden heeft, geeft voorrang aan zijn projecten in plaats van de kwaliteitsprojecten die soms belangrijker zijn voor de patiënt » (Kwaliteitscoördinator, 15)*

De actuele plaats van de coördinator, in de meeste gevallen (de organigrammen verschillen van het ene ziekenhuis tot het andere), geeft hun niet genoeg toegang om beslissingen te nemen. Dit deficiet kan gecompenseerd worden wanneer de

coördinator deel neemt aan de directieraad (voorbeeld in ziekenhuis G) of indien hij nog een andere verantwoordelijkheid heeft, zoals verpleegkundig directeur:

*« De dubbele functie is een echt voordeel aangezien er iemand moet zijn die een belangrijke plaats heeft in het organigram. Indien dat er niet is, worden we enerzijds naar de medische kant getrokken en anderzijds naar de verpleegkundige kant, zonder ergens geïntegreerd te zijn » (Kwaliteitscoördinator en Directeur van het verpleegkundig departement, 84)*

*« Ik vraag mij af het wel goed is om zo een vrij electron te zijn zoals men de kwaliteitscoördinator definieert. Indien hij deel uit maakt van een directie van de instelling, wordt hij door die directie ondersteund indien hij toegeeft dat hij die functie invuld. Ik heb meer voordelen door tot de medische directie te behoren dan van onafhankelijk te zijn, dat is duidelijk » (Kwaliteitscoördinator, 15)*

*« Wat hier wel is, de communicatie is zeer kort, mijn baas zit naast mij dus er kan veel via de gang. In het directiecomité daar zitten wij niet bij, daarnaast heb je de stuurgroep kwaliteit, daar zit de directie ook in. De directie zit als groep ook veel in andere zaken en daar zit ik dan dikwijls wel bij. Er is een aparte stuurgroep kwaliteit en patientveiligheid, en dat is dan samen met de directie en middenkader. Daar worden projecten voorbereid en bijvoorbeeld de visitaties die eraan komen enz. samen met de directie. » (Kwaliteitscoördinator, 65)*

Arts zijn is eveneens een voordeel om steun te krijgen van het medisch personeel in verband met kwaliteitsprojecten :

*« Het feit van nog op dienst te werken, laat toe, gemakkelijker contact te hebben met de andere artsen dan indien ik kwaliteitscoördinator was, die van weet ik waar komt met een diploma van kwaliteitscoördinator. Ik denk dat het anders zou verlopen [...] Dat geeft me een geloofwaardigheid omdat ik dezelfde dingen onderga » (Kwaliteitscoördinator, 125)*

In tegenstelling, zoals in het voorbeeld hieronder weergegeven, combineert de coördinator de nadelen van het feit tot het verpleegkundige korps te behoren (weinig geloofwaardig in de ogen van de artsen) en van niet gebonden te zijn aan de institutie (dat gaat tot het isoleren van haar bureau):

*« De persoon die het meeste gefrustreerd is, in onze instelling, zou ik zeggen, is de referentieverpleegkundige voor kwaliteit. Ze voelt zich erg geïsoleerd, zelf al bestaat de kwaliteitscommissie. Ik heb nog geen mogelijkheid gevonden om ze beter te integreren [...] Het feit van verpleegkundige te zijn, ze hangt af van het verpleegkundig departement in verband met haar beroep, maar in verband met haar functie, is ze meer afhankelijk van de medische directie. Dus daar zit ze al tussen de twee... We hebben bijvoorbeeld gezegd : 'zetten we ze hier?', [. . .]. Dus hebben we ze [op die site gezet], en ik denk dat ze zich heel geïsoleerd voelt [...] Ze heeft moeilijkheden om haar taken te beschrijven, ze heeft moeilijkheden om invloed te hebben. Verpleegkunde zijnde, is ze geen hoofdverpleegkundige, ze is referentieverpleegkundige van kwaliteit. Dus is ze niet echt noodzakelijk erkend door haar gelijken. Ze heeft natuurlijk een expertise, maar deze expertise wordt niet echt zo gezien, ik denk dat het te veel is [...] En ze is erg beperkt op medisch niveau, omdat ze verpleegkundige is en omdat ze zich niet op haar gemak voelt op het niveau van... » (Medisch directeur, 103).*

*« Er zijn al ontzettend veel signalen geweest naar de directie toe, ja ik ga u een voorbeeld geven om u dat uit te leggen. Over indicatoren wordt er zowel over de Vlaamse overheid als de federale overheid, heel veel informatie verstrekt en terug*

*gekoppeld. Ik zie die informatie nauwelijks, tenzij ik ernaar ga vragen, zoeken. Terwijl ik dan wel in het kader van het contract kwaliteit, patientveiligheid, gans de inventarisatie, van de in dit ziekenhuis gebruikte indicatoren, ben gaan moeten opzoeken in het ziekenhuis. Ik heb monnikenwerk gedaan om bij 20-30 mensen te gaan luisteren, ben je met die indicatoren bezig, wat doe je daar mee? Terwijl blijkbaar op een ander vlak die indicatoren ingevuld worden, feedback wordt gegeven en die dan niet terecht komt waar hij moet terecht komen » (Kwaliteitscoördinator, 25)*

In veel structuren, worden de acties van de coördinatoren ondersteund en worden ze overgenomen door een kwaliteitscommissie of kwaliteitscel. De samenstelling, het statuut, en de invloed van die organen zijn dikwijls verschillend. In twee van de ziekenhuizen van de steekproef, herenigt de kwaliteitscommissie de directeurs van de departementen (medisch directeur, verpleegkundig directeur, directeur van de site...) en de vertegenwoordigers van ieder beroep. In ziekenhuis D, neemt een vertegenwoordiger van de directieraad deel, als observator, aan de vergaderingen van de kwaliteitscel. Deze samenstelling geeft de commissies daarom geen hiërarchische autoriteit: het gaat vooral over het feit dat de acties van de coördinatoren zo kunnen worden weergegeven (met uitzondering van ziekenhuis G, waar de coördinator een « kwaliteitsdirecteur » geworden is, lid van de directieraad). In de andere instellingen waar een commissie aanwezig is, verzameld deze enkel technici. De kwaliteitscommissies betekenen dus hetzij een coördinatieorgaan tussen de coördinator en de directie, hetzij als expertisecel ter beschikking van de diensten of andere commissie voor hun projecten. In beide gevallen, blijft de coördinator geïsoleerd en afhankelijk voor het toepassen van zijn ideeën.

Te meer, de commissies worden geconfronteerd met de terughoudendheid van personeel weg te houden van de zorgen:

*« Het gevaar van kwaliteitscellen, is van veel nestjes te ontwikkelen. De mensen installeren zich om geen zorgen meer te doen. We hebben problemen om verpleegkundigen en artsen aan te werven. Dus moet men ook de nestjes van verantwoordelijken niet vermenigvuldigen ». (Voorzitter van de medische raad, 102).*

In totaal, vermindert deze marginalisering van de kwaliteitscoördinatoren en, in de meeste gevallen, de kwaliteitscommissies, sterk het impact van de contracten. Hoe minder de kwaliteitscoördinator geïmplementeerd is in het organigram van de instelling (bezetting van een plaats met verantwoordelijkheid, in samenwerking met de directie, ondersteund door de cel van technici); hoe minder specifieke middelen hij heeft, hoe meer tijd hij besteed aan het onderhandelen van zijn interventies en (maar deze hypothese zou moeten gestaafd worden door een grotere steekproef) hoe minder zijn projecten steunen op motiverende indicatoren voor de beoefenaars.

Andere gevolgen van de marginalisering van de coördinatoren, zijn de zwakke integratie van de kwaliteitsprojecten in de ziekenhuisstrategieën en een gebrek aan zichtbaarheid van de resultaten van de contracten. Dit zoals we zeiden in de inleiding van deze paragraaf, zou gedeeltelijk kunnen gecompenseerd worden door aangepaste communicatie.

### 8.2.3.4 Communicatie en rapportage van de indicatoren in de ziekenhuizen

De belangrijkheid van de communicatie rond performantie en van de rapportage van de indicatoren werd al onrechtstreeks aangehaald in de eerdere beschrijvingen. Structurele fenomenen duiken hier opnieuw op, uit de horizontale en verticale segmentatie van het performantiebeleid komend (aangezien de communicatie weinig effectief is van het ene departement naar het andere, en van de diensten naar de directie), eveneens de afwezigheid van zichtbaarheid van het werk van de kwaliteitscoördinatoren of van de kwaliteitscommissies. Toch verschillen de situaties van het ene tot het andere ziekenhuis, hetzij de aard van de verzonden informatie hetzij de gekozen vectoren van communicatie.

#### *De aard van de gecommuniceerde informatie*

De informatie, relatief aan de performantie, die zou kunnen gecommuniceerd worden zijn natuurlijk van verschillende aard.

Ze kunnen de strategische visie, eigen aan een instelling of aan een departement, betreffen, zoals blijkt uit de casus van de verpleegkundige directie van ziekenhuis A, waar een, geformaliseerd, document over de « filosofie van de zorg » van het departement, systematisch aan de nieuwe verpleegkundigen wordt geboden zodat zij, een aantal principes kunnen integreren en respecteren.

Het kan gaan over financiële, cijferindicatoren, activiteitsindicatoren, van klinische kwaliteit... Het kan gaan over de lopende projecten in de instelling (veranderen van de werkprocessen, therapeutische paden, certificatieprocedures...). De klachten en de tevredenheidsenquêtes, worden eveneens dikwijls gebruikt om het personeel aan te sporen om de routine in vraag te trekken.

In ziekenhuis C, worden alle procedures met betrekking tot de zorg en de hygiëne ter beschikking gesteld, aan iedereen, via het intranet onder vorm van elektronische documenten. Deze documenten worden periodiek geactualiseerd.

*“We moeten zeggen hoe we het gaan doen en dan doen zoals we het zeggen, die twee moeten gebeuren. Het is niet goed van het alleen te zeggen, je moet het documenteren dat het zo moet en dan documenteren dat je het zo doet. Ons hospitalisatiesysteem dat bij ons een, eigen ontwikkeld systeem is, het ons toelaat van dingen vrij snel aan te passen om dit soort van zaken te realiseren qua documentatie.” (Medisch directeur, 33)*

Het gaat over de instelling waar deze praktijk het systematisch is. Het lijkt alsof de verspreiding elders gedeeltelijker is (volgens de dynamiek van de afdelingshoofden of departementshoofden), dat ze enkel via papier verspreid worden of dat hun actualisering onregelmatig gebeurt....

Betreffende de communicatie van de indicatoren, kunnen twee belangrijke opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste, de communicatie blijft voornamelijk top-down, georganiseerd door de directie naar de diensten en de departementen toe. Ten tweede, geven de instelling voorrang aan de financiële en activiteitsindicatoren tegenover de kwaliteitsindicatoren.



De resultaten van de indicatoren worden voornamelijk verticaal verspreid, van de algemene directie naar de diensten en de departementen. Het gaat in eerste plaats over financiële en activiteitsindicatoren die bestemd zijn voor het beheer van de flow of voor de contrôle van het budget van de diensten. De transmissie van de informatie zijn dus intenser in de ziekenhuizen waar de artsen budgettaire verantwoordelijkheid dragen. Het feit dat het medisch kaderpersoneel contractueel verbonden is met een aantal doelstellingen en bonussen ontvangen wanneer deze volbracht werden, vervormd hun kijk op het financieel beleid en sensibiliseert hen voor de pertinentie van de economische indicatoren :

*« Op het niveau van de directie, op het niveau van de artsen, verandert het. We zitten in een beleid dat zowel medisch als financieel is. Ik denk, dat het verantwoordelijk maken van de diensten van medisch beleid voor de financiële resultaten, leid tot een verandering in houding. Je pense que le fait de responsabiliser les unités de gestion médicales aux résultats financiers induit un changement d'attitudes. Ze moeten niet uitsluitend financieel worden. » (Medisch directeur, 93)*

Het verpleegkundig departement, zoals we al gezien hebben, is eveneens gebruiker van gegevens die de activiteit en de human resources betreffen. De medische directies verzekeren de circulatie van de indicatoren over nosocomiale infecties of van enkele andere grote indicatoren (het percentage van keizersneden voor de materniteiten, bijvoorbeeld).

De manier van functioneren van de directies zijn noodzakelijk identiek. Zo kan je, in het ziekenhuis M, zien dat de enige indicatoren die routinematig naar de diensten worden verzonden, de bezettingspercentages en de gemiddelde verblijfsduur van de patiënten, zijn; de andere indicatoren worden enkel geaggregeerd doorgestuurd op instellingsniveau, hetgeen de interesse natuurlijk beperkt. Omgekeerd, stelt de algemene directie van het ziekenhuis I, aan iedere dienst (die verantwoordelijk is en die zich engageert in “contracten met doelstellingen”) een consistente lijst (verschil tussen het begrote en het werkelijke budget, bezettingsgraad, aantal verantwoorde en erkende bedden, het aantal consultaties, aantal bezoeken op spoed, aantal interventies op spoed, aantal acties...) beschikbaar, evenals indicatoren die specifiek zijn voor elke specialiteit waarvan de artsen een opvolging mogen over vragen aan de directie. Daarnaast stelt de directie, het geheel van de tussentijdse financiële en activiteitsresultaten van het ziekenhuis ter beschikking op het intranet, verschillend van site, en vergelijkend met de cijfers van het vorige jaar : het aantal opnames (meer dan 24u of minder dan 24u), het aantal acties en one day... De zin voor transparantie is hier dus erg duidelijk, zelf indien et weinig klinische indicatoren gepubliceerd worden. Ziekenhuis C, op zijn beurt, publiceert op regelmatige basis een groep van 19 kwaliteitsindicatoren, die hij deelt met andere instellingen uit de buurt. Het beleid van de directies is dus effectief verschillend.

Anderzijds, de ontwikkelde indicatoren, door de diensten, komen niet dikwijls tot bij de directie, en nog minder tot bij de directieraden ; dat is zowel te wijten aan de wens van de directie om zich niet te verspreiden en zich te concentreren op een beperkt aantal indicatoren als aan de terughoudendheid van de artsen, die reeds naar voor gebracht werd, op iedere vorm van controle. Dit is toch niet systematisch: indicatoren die verbonden zijn aan projecten ‘gedreven’ door de directie,

bijvoorbeeld, worden meestal van dichtbij opgevolgd tot niet tot een einde gebracht werden.

### ***Vectoren van communicatie***

De communicatie en de rapportage van de indicatoren maken gebruik van elektronische documenten of van papier, of via face to face vergaderingen.

Het eerste instrument over de informatie met betrekking tot performantie in de ziekenhuizen is het jaarlijks rapport. Deze maakt een synthese van de strategische pijlers, de lopende projecten, de voornamelijkste resultaten van het ziekenhuis, tevredenheidsenquêtes. Intranet, zoals we hierboven al zagen, is het beste middel om het personeel geïnformeerd te houden op continue wijze over de performantie van het ziekenhuis. Tenslotte, verspreiden verschillende instellingen interne rapporten via papier of elektronisch.

De communicatie neemt eveneens fysische vorm aan. De personeelsvergaderingen zijn meestal de gelegenheid voor de verantwoordelijken om groepswork te valoriseren, eventueel door gebruik te maken van indicatoren. De voornamelijkste indicatoren worden besproken in de administratieraad of in de medische raad. De kwaliteitscommissie kan een plaats zijn waar informatie gegeven wordt over de acties van de coördinatoren, indien er leden van de directie of vertegenwoordigers van de administratieraad aan deelnemen. Ziekenhuis F organiseert regelmatig seminaria, van twee dagen, buiten het ziekenhuis, waaraan de medisch en verpleegkundig verantwoordelijken aan deelnemen en waarop, samen met de directie, gebrainstormd wordt over de oriëntatie van het ziekenhuis, eventueel met behulp van indicatoren. In ziekenhuis C, gaan de directeurs op het terrein om te kijken of er een goede toepassing is van de kwaliteitsrichtlijnen. Deze praktijk, van face to face, laat een betere overdracht toe van informatie en richtlijnen dan het gebruik van mails en interne post:

*“Een van mijn grote frustraties is de communicatie in een groot huis, ik kan mails sturen ik kan brieven sturen maar uiteindelijk bereik je daar slechts een beperkt deel van het personeel mee. Het direct contact op die manier, het is misschien arbeidsintensief maar eigenlijk vrij effectief is. Je praat met artsen en die praten met andere, de verpleegkundigen spreken ook onder elkaar en dit werkt echt goed”* (Medisch directeur, 33)

*“We gaan naar een afdeling en we praten met de patiënten, de verpleging, de artsen, we checken medische dossiers. We kijken of dat medicatie, die achter slot moet zitten, achter slot zit, of dat alles technisch in orde is. dus we kijken naar het globaal beeld van hoe er op een hospitalisatie eenheid gewerkt wordt. We stellen ook vragen of er problemen zijn, suggesties. Dus dat is een enorme input naar verbeterprojecten toe. [...] We zijn dat blijven doen op regelmatige basis. In het begin zei men ze komen ons controleren maar omdat er ook eigen volk bij is, is dat echt omgeslagen en nu zijn er eenheden die zeggen: het is lang geleden dat jullie bij ons zijn langs geweest, ge moet nog eens komen kijken want we hebben dit en dat in orde gemaakt.”* (Medisch directeur, 33)

Dit systeem is meer in detail geanalyseerd in het onderdeel van het hoofdstuk « success stories ».

De middelen van feedback zijn dus talrijk. Maar ze hebben niet allen dezelfde functie. De jaarlijkse rapporten worden meestal minder gelezen door het personeel dan door de administratieraden, de partners van het ziekenhuis of eventueel de patiënten; ze bestaan dus uit externe communicatie tools. De uitwisseling van beleidsgegevens gebeurt voornamelijk per mail of via intranet, waar dynamische boordtabellen kunnen getoond worden (met meestal een confidentialiteit voor de resultaten van iedere dienst tegenover de andere diensten). De bespreking rond de resultaten van de indicatoren in het kader van organen zoals kwaliteitscommissies hebben als onderwerp, de coördinatie of onderhandelingen van projecten.

De face to face feedback is eveneens een tool van motivatie en redenering. Verschillende geïnterviewden hebben de belangrijkheid van de voorstelling van de indicatoren, tijdens vergaderingen, onderlijnd om de professionals van de instelling te sensibiliseren voor de risico's van de performantie:

*« We proberen om in de verschillende departementen een interesse voor performantie te ontwikkelen. Het is te zeggen dat we ze sensibiliseren. Een van de middelen, die ik persoonlijk hanteer is, vergaderingen houden samen met de dienstverantwoordelijken of vergaderingen samen met de equipes. We proberen om het geheel van indicatoren, waarover we beschikken, die we gebruiken en die, van dicht of van ver, hun domein betreft, te integreren om hun tot het besef te laten komen dat de praktijk niet enkel de tevredenheid van de patient die uit het kabinet van de arts komt, die 'dank u dokter ik ben blij u ontmoet te hebben' zegt of de blijde patiënte die net bevallen is van een mooie baby, betekent. Het is meer dan dat, het is de totaliteit van de facetten, waarover we net spraken en die in ieder geval, en die meer en meer onder de loep bekeken worden op verschillende niveaus, op niveau van het ministerie, op het niveau van de gegevensbanken, enz. En dus moet je erin slagen om ze aan al dat te laten denken. En wanneer u zegt 'heeft u een plan?', het plan was in eerste plaats de sensibilisering door de gecommuniceerde informatie. De eerste informatie die gecommuniceerd werd, was de multidimensionele feedback dat we van het ministerie ontvingen, die een nieuwe, externe blik heeft geworpen, in ieder geval nieuw voor de artsen. Dus volgend op de sensibilisering, proberen we aan enkele indicatoren te werken en de indicatoren die enkele problemen stellen, al was het maar over hun ontwikkeling, over de manier waarop de informatie gerapporteerd wordt, over de manier waarop ze vertaald werden, uiteindelijk worden ze geanalyseerd om een indicator te geven. Maar uiteindelijk, leidt dat tot een reflectie over de processen. En indien er een reflectie is over de processen, dat wil zeggen dat er een diepere reflectie is in de dienst die dan eigenlijk een beetje begint na te denken over de verbeteracties » (Medisch directeur, 133)*

De structuur en het functioneren van de ziekenhuizen, oefenen dus een onmiddellijke invloed uit op de manier waarop de indicatoren intern opgebouwd en gecommuniceerd worden, of het op het niveau van de directies, in de diensten of in het kader van een kwaliteit – veiligheidscontract is. Maar de instellingen gebruiken eveneens externe gegevens. Het benchmarken is vandaag één van de grootste tools voor het reguleren van de ziekenhuizen. Het volgende onderdeel analyseert, het

## 8.2.4 Het gebruik van benchmarking

Er werd tot hier toe nog niet gesproken over de bepaalde categorie van gegevens die de gebruikte indicatoren in het kader van benchmarken weergeven. Alle ziekenhuizen, op verschillende graden, gebruiken ze om zich te vergelijken, verbeteracties in te zetten, om streefcijfers te fixeren enz. De balans van de initiatieven van benchmarking is complex om vast te leggen. Eerst omdat deze term verschillende dispositifs inhoudt, waaronder de Multidimensionele Feedback, opgebouwd door de FOD – Volksgezondheid, waarover dit onderdeel vooral gaat. Vervolgens omdat de benchmarken verschillen van één instelling tot een andere. Tenslotte omdat er een verschil moet gemaakt worden tussen het opvolgen van gegevens en hun uiteindelijke toepassing: verschillende malen, hebben de geïnterviewden toegegeven dat sommige benchmarkgegevens, die door de directie verzameld werden, geen enkele aanleiding gaven tot reflectie of communicatie in de instelling.

Andere delen van het rapport geven in detail de beschikbare benchmarksystemen hier in België weer. Dit onderdeel houdt rekening met de perceptie van de professionelen van die systemen en geeft voorbeelden van verbeteracties van de performantie met behulp van indicatoren.

### 8.2.4.1 Welke benchmarken gebruiken de ziekenhuizen ?

De guide d'entretien bevat een item dat gewijd is aan de « partners » in termen van de meting van performantie: FOD, benchmark-leveranciers, consultants, enz. Er werd duidelijk aan de hand van de antwoorden dat de ziekenhuizen, uit de steekproef, een breed gamma van gegevens gebruikten, tot op een punt dat een algemeen directeur, half lachend, de noodzakelijkheid van de FOD om een indicatorenset op te stellen, die voor hem was, in vraag stelde: «*Misschien zijn er zodanig veel dingen in België dat uiteindelijk, waarom geeft de FOD nog zijn feedback ?* ».

De onderstaande tabel geeft de frequentie van het gebruik van ieder benchmark weer per instelling in de steekproef (deze cijfers berusten op de verklaringen die de geïnterviewden gaven en de documenten die ze aan het onderzoeksteam toonden).

Aantal ziekenhuizen die de benchmark gebruiken	
MAHA	13
3M	6
Zorgdata	2
Navigator	4
FBI/PSI	13
CHAB	4
Closon	3
Santhéa	3

Zorgnet	1
Vlaamse Ziekenhuis netwerk	1
Initiative de petits hôpitaux autour de Deinze	1
Procare	2
Dr Foster	1
Pfizer	2
Emmeling (anciennement Fortis, benchmark des plaintes)	1
Asseboeckstudie	1
ICuro	1
JCI	1

Deze feedback worden, voor het merendeel, in het vorige hoofdstuk besproken. De lezers die hierover meer details willen kennen kunnen die daar terugvinden.

Ze kunnen verzameld worden in verschillende categorieën :

#### 6.1.5.1.1. Benchmarks voorgesteld door de winstgevende privésector

- Het dispositief van benchmark dat het meest versreid is in de steekproef, is de MAHA enquête, gerealiseerd door Dexiabank vertrekkend uit financiële en activiteitsgegevens geleverd door 98 algemene ziekenhuizen. MHA is voornamelijk gekend en wordt gebruikt door de algemene directeurs, in het kader van de opvolging van de budgetten.
- De diensten van 3M worden door zes instellingen benut.
- Twee ziekenhuizen nemen deel aan het programma van Zorgdata, gestuurd sinds 1997 par le door het privé centrum *Studiecentrum Gezondheidszorg*. Zorgdata behandelt de MKG MVG gegevens en eveneens enkele gegevens over medicatie.

#### ***De multidimensionele geïntegreerde feedback (FBI)***

Alle directies van de ziekenhuizen ontvangen de multidimensionele geïntegreerde feedback (FBI). Maar dat wil niet zeggen, zoals we verder zullen zien, dat hij geconsulteerd, gecommuniceerd wordt in de verschillende sectoren van het ziekenhuis en dat hij gebruikt wordt. De feedback van de PSI, eveneens opgebouwd uit de MKG gegevens, bestaat enkel uit 20 indicatoren van de veiligheid van de patiënt. Maar het team heeft vastgesteld dat de ondervraagde professionelen vaak de 2 feedbacks verwarren of dat ze zich nog minder de PSI feedback herinneren dan de FBI.

### ***Benchmarks aangeboden door de universiteiten***

- De vijf academische ziekenhuizen uit de steekproef nemen deel aan de periodiek gerealiseerde feedback door de Conferentie van de academische ziekenhuizen in België (CHAB).
- Drie ziekenhuizen nemen deel aan de benchmark van het Centre d'Etudes Interdisciplinaires en Economie de la Santé (CIES) van de Katholieke Universiteit Leuven (« Closion Groep »).
- Het model Navigator van de KUL, gebruikt door twee ziekenhuizen in Vlaanderen, werd ook sinds kort door twee Waalse ziekenhuizen, uit de steekproef, geadopteerd.

### ***Benchmark van de ziekenhuisconfederatie en de ziekenhuisgroepen***

- Drie ziekenhuizen nemen deel aan het project AWAGES van Santhéa, de professionele organisatie die de ziekenhuizen groepeert uit de privésector en uit de publieke Franstalige sector.
- Eén ziekenhuis neemt deel aan de werken van de nederlandstalige ziekenhuisvereniging Zorgnet.
- Twee ziekenhuizen nemen deel aan de initiatieven van de benchmarken tussen buurinstellingen. De eerste van die groepen is het *Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven* (VznkuL) ; de tweede verzamelt de onafhankelijke ziekenhuizen met als gemeenschappelijke factor, een klein ziekenhuis te zijn, en bestaan uit Mol, Herentals, etc.

### ***Internationale benchmarken***

Eén van de ziekenhuizen uit de steekproef ontving de accreditering van de Joint Commission (JCI) en is dus in een systeem geraakt van uitwisseling van gegevens op internationale basis..

Minstens één ziekenhuis vertelde, deel te nemen aan de benchmark van Dr Foster'Institute, privé benchmarking die namelijk een gids publiceert over de engelse ziekenhuizen van NHS.

### ***Klinische thematische benchmarken***

Twee chirurgen van het spijsverteringsstelsel, werkende in twee verschillende instellingen hebben hun interesse getoond voor het project Procure dat de verbetering van de zorgen, voor de patienten die een kanker hebben aan het rectum,

te stimuleren. Hun instellingen gaven echter geen toestemming om deel te nemen aan de gegevensverzameling aangezien deze te zwaar was.

Wanneer hygiëne artsen deel namen aan de interviews, werd er systematisch gesproken over de gegevens die verzameld worden door het Instituut voor Volksgezondheid (WIV) en de snelle feedback die ze hiervan ontvingen eveneens als de nodige steun, gegeven door het WIV, indien het ziekenhuis hulp nodig had voor het oplossen van sommige problemen.

Deze feedback die niet genoemd werden door de directies, lijken enkel een lokaal impact te hebben in de instellingen. Ze werden dus niet in de tabel opgenomen.

#### **8.2.4.1. Het gebruik van benchmarken**

Het feit dat de benchmarken verspreid zijn, betekent niet dat ze daarom echt *gebruikt* worden: inderdaad, volgens onze interviews, is de verspreiding in de instelling gedeeltelijk en geeft niet altijd aanleiding tot analyse of verbeteracties.

- De verspreiding van de benchmarken in de instellingen

Een aantal benchmarkgegevens worden breed gecommuniceerd in de ziekenhuizen. Zo, laten de Hygiëne cel de vergelijkingen van het Instituut van Volksgezondheid circuleren (in sommige gevallen op het intranet) tezelfdertijd dan de cijfers van de nosocomiale infecties van de instellingen. Maar in de meeste gevallen, hangt de verspreiding van de benchmarken af van de directie, die ze ontvangt, en die ze verspreid (of niet) aan de organen of aan de professionelen die ze kunnen analyseren (kwaliteitscommissie, medische directie, dienstverantwoordelijken...). Zonder een zekere wil van het top management om de positie van het ziekenhuis bekend te maken in termen van performantie en van er eventuele conclusies, blijven de benchmarken ongebruikt.

Verschillende interviews laten denken dat, om het even over welke intrinsieke technische kwaliteiten ze ook beschikken, een aantal benchmarks worden niet geanalyseerd en gecommuniceerd. Zelfs de MAHA studie, waaraan bijna alle acute ziekenhuizen van België aan deelnemen, wordt, met interesse gelezen door de algemene directeurs maar wordt niet altijd gebruikt voor het opbouwen van het performantiebeleid.

Het gebruik van de multidimensionele geïntegreerde feedback (eveneens die van de PSI) geeft eveneens problemen. Ondanks dat hij aan alle ziekenhuizen bezorgt wordt en dat hij alle dimensies van de performantie betreft, is het bestaan enkel bekend door de algemene directeurs en de medische directeurs, soms ook door de kwaliteitscoördinatoren. Verschillende voorzitters van de medische raad of verpleegkundig directeurs vertelden dat ze er niet van op de hoogte waren. Het lijkt erop dat de dienstverantwoordelijken slechts geïnformeerd worden over de cijfers, die hun aangaan, indien de directie een analyse uitgevoerd heeft en indien zij de cijfers onvoldoende achten. Maar zelfs als het zo is, is het niet zeker dat de professionelen erin geïnteresseerd zijn en erop reageren, zoals deze algemeen directeur vaststeld, waarvan de moeite die hij gedaan heeft om de klinische indicatoren te laten waarderen door de artsen, niet vruchtbaar was :

*« Wanneer we de feedback ontvingen in 2007, waren er vijf of zes indicatoren die de klinische activiteit behandelden. Ik was diegene die een nota heeft moeten schrijven naar de directieraad om hen te zeggen ' dat is hetgene ik er van onthoud'. Ik, als niet*

*arts, heb de analyse moeten doen, ze voorstellen en de artsen, die op het directiecomité zijn, proberen motiveren» (Algemeen directeur, 41)*

*« De multidisciplinaire feedback? we doen er niets mee [...] 'als je me vraagt waarover dat gaat, ik heb er geen flauw idee van » (Algemeen directeur, 51)*

➤ Analyse van de benchmarking en de verbeteracties

De voorbeelden van voordelen door de benchmarking ondanks de communicatieproblemen mogen toch vermeld worden.

Zo heeft de analyse van de laatste benchmark van CHAB (2005-2006) ziekenhuis A toegelaten om te constateren dat de verschillende graden van ernst lager waren in hun ziekenhuis dan in die van de andere academische ziekenhuizen. De medische directie heeft als gevolg daarvan, een sensibiliseringscampagne georganiseerd voor de artsen in verband met de criteria van ernst, te constateren. De medisch economische dienst heeft eveneens een lijst van twintig, meest voorkomende problemen, uit iedere dienst en een standaard formulier voor ieder probleem, opgesteld zodat de artsen kunnen aankruisen, zonder te vergeten van de symptomen die ze normaal gezien secundair achten, zoals de bloedarmoede.

De FBI heeft, als we de interviews bekijken, slechts concrete oplossingen gebracht op de werkprocessen in één instelling, het ziekenhuis M, waar hij namelijk een hoge graad keizersnedes opgemerkt heeft, buiten de normen. Dat heeft geleid tot een hervorming van de organisatie in de dienst gynecologie, waarvan de details gepresenteerd zijn in de « success story » op het einde van dit hoofdstuk. De dag van vandaag, volgt de instelling het percentage keizersnedes op via het Navigator systeem.

Andere applicaties werden gegeven aan de FBI in het ziekenhuis. Zo heeft de analyse van de indicator over het verzorgen van een patiënt met een acuut coronair syndroom geleid tot een implementering van een klinisch pad tussen twee sites van een instelling :

*« Een voorbeeld dat minder goed verliep, we hadden een indicator die eveneens was en die ging over het verzorgen van een patiënt met een acuut coronair syndroom, en het is waar dat wij in een bijzondere situatie zitten wij, omdat wij op onze site geen coronaorografie hebben en geen hartchirurgie , maar in tegenstelling, op de [site X], waar wij mee samenwerken,, zijn deze twee technieken wel aanwezig. We hebben van deze indicator gebruik gemaakt om alles te herbekijken en een klinisch pad te implementeren voor de coronaire patiënt, dat is een transversaal pad, aangezien er voor een zeker aantal patiënten, er een begin is op onze site en de rest van de hospitalisatie is op de [X]. Een daat is er dus een heel werk, dat spijtig genoeg zwaar is, het klinisch pad is een zeer zware procedure en die op de dag van vandaag nog niet afgewerkt is, die al toegelaten heeft van op bepaalde stappen te werken, maar ik mag niet zeggen dat het werk af is. Het is zeker dat de indicator die we in het begin ontvangen hebben, ons getriggerd heeft zodat we gezegd hebben 'we gaan rond dat thema werken' » (Medsich directeur, 133)*

In ziekenhuis M, worden de feedbacks van de FOD geïntegreerd in de beleidsperformantie van de instelling, dat geïllustreerd wordt door dit voorbeeld van een PSI indicator :

*« Een ander voorbeeld, nog steeds in verband met een patient safety indicator, de indicator relatief met het sterftecijfer in de situaties met longontstekingen. We*



*hebben een speciale werkgroep over dit punt dat geleid heeft tot het volledig herzien van de guidelines in verband met het voorschrijven van antibiotica in die situaties, met eveneens een systematische solliciteren van de infectioloog van wacht. We hebben het geluk te worden ondersteund door een groter ziekenhuis [...], dus we hebben in de ziekenhuis-groep, een dienst besmettelijke ziekten met een speciale infectioloog van wacht. We hebben dus besloten, dat in die bepaalde gevallen, de behandeling met antibiotica goedgekeurd zal worden door de infectioloog, en een aantal antibiotica zullen eveneens enkel onder bepaalde voorwaarden voorgeschreven worden, dat wil zeggen dat ze enkel voorgeschreven mogen worden met de validatie van de infectioloog. We kunnen vandaag nog niet zeggen of het zal leiden tot een verbetering van de situatie, maar in ieder geval verbetert het de manier van dat type pathologieën te bekijken, een standaardisering van de praktijken tussen de diensten, de herdefiniëring van de rol van de infectioloog, en we hopen ook een economisch impact, aangezien het voorschrijven van zekere antibiotica, de duurste meestal, onder bepaalde voorwaarden is ». (Medisch directeur, 133)*

Het is echter opvallend dat slechts één instelling van onze steekproef de gegevens van de FBI grondig heeft geëxploiteerd . Deze situatie is nagenoeg begrijpelijk als we kritieken erover bekijken, en breder nog, over de benchmarking systemen.

#### **8.2.4.2 De kritieken over de systemes van benchmarking**

Deze kritiek is tweeledig : ten eerste de technische onvolkomendheden van de benchmark, ten tweede over de moeilijkheden die hun interpretatie en hun exploitatie voortvloeiën.

##### ***Technische kritieken***

Er zijn vier technische kritieken die meestal aangetroffen worden :

- De vaagheid van de definities van de indicatoren (voornamelijk gericht tot de definities van het systeem Navigator) waardoor de vergelijking tussen de instelling moeilijk wordt:

*« Navigator is een grote set van indicatoren die niet door iedereen opgevolgd worden, ook niet door ons, wat maakt dat er een benchmark bestaat voor enkelen en niet voor allen aangezien er niet genoeg deelnemers zijn. De definities liggen vast maar ik vraag mij soms af of de toepassing van de definitie overal gelijk is, dus denk ik dat op een aantal, we ons de vraag mogen stellen of de validiteit van de meting die het finale cijfer van Navigator geven. Het is in feite door onze eigen cijfers te analyseren dat we besloten hebben van één duidelijke, eenvoudige, goed gedefinieerde en beknopte set op te stellen. Ik denk dat we te vaak, niet goed meten. Ik denk niet dat het over perfecte indicatoren gaat maar we kunnen discussiëren over de toepasbaarheid, wanneer we dat te lang en te vaak doen » (Medisch directeur, 33)*

- Het probleem van de vergelijkbaarheid van de ziekenhuizen in de steekproef. Het eerste deel heeft aangetoond dat, het gevoel van specificiteit met de betrekking tot de geschiedenis of de patiëntpopulatie heel sterk was. De sceptische blik naar benchmarking toe, is dus meer uitgesproken (« *Het*

*belangrijkste is de specificiteit van de ziekenhuizen erkennen. Voor mij is dat iets fundamenteel »*, Voorzitter van de medische raad, 92). Maar daarbuiten, lijkt uit de interviews te blijken dat dit argument systematisch gebruikt wordt door de professionelen wanneer de benchmark hun performantie in vraag trekken :

*« Wanneer we budgettaire conferenties houden, en wanneer we de departementen voor ons hebben, dan is het toch interessant om te weten dat pneumo achter ligt tegenover de andere. We hebben iets om ze te prikkelen. Dus, het antwoord: 'Ja maar er zijn fouten. Ja maar het is ongeldig, het is niet betrouwbaar' Natuurlijk is het moeilijk om appels met peren te vergelijken. Maar de eerste reflex is altijd van te zeggen 'We zijn niet vergelijkbaar. We zijn verschillend' »* (Medisch directeur, 43).

➤ In verband met de multidimensionele feedback, de traagheid van de terugkeer van de gegevens wordt regelmatig onderlijnd door de professionelen :

*« Het is veel te laat. We proberen proactief te zijn, maar al de informatie van de FOD krijgen we met drie jaar vertraging. Indien er iets te veranderen valt, is sneller. Ik bekijk ze, maar de feedbacks, zijn veel te laat »* (Kwaliteitscoördinator, 125)

*« De gegevens van de FOD worden het jaar erop besproken in het netwerk. Dus wanneer de FOD drie jaar later de resultaten opstuurd, is het echt verouderd »* (Medisch directeur, 33) »

➤ Werd eveneens enkele malen naar voor gebracht, was de redundantie tussen de indicatoren van het FOD en de andere instituten of thematische plateaus (infecties, antibiotherapie, transfusie...), dat een overlast aan werk geeft voor het verzamelen van de gegevens.

Tot slotte werd er een specifieke klacht, voor het systeem Navigator, genoteerd, in het kader van het feit dat de ziekenhuizen zelf de opgevolgde indicatoren mogen kiezen. Deze flexibiliteit zou leiden tot het vormen van te kleine groepen van ziekenhuizen, die niet significant zijn voor het vergelijken van de ene of de andere indicator.

### ***De kritieken met betrekking tot de interpretatie van de gegevens.***

De vorm waaronder de gegevens teruggegeven worden is dikwijls te grof. Met betrekking tot de FBI, vinden vele professionelen hem « onduidelijk » of « moeilijk verteerbaar » (volgens de woorden van een kwaliteitscoördinator), ze stelden voor dat de FOD de resultaten meer in detail geeft en pistes geeft voor de interpretatie, een positionering onder het gemiddelde kan verschillende oorzaken hebben : populatie van de patiënten, aard van de gegeven zorgen, problemen met de codering, enz. Een algemeen directeur vond dat het, gewoon opsturen van de resultaten van de multidimensionele feedback, door de post niet bijdroegen aan het beter bekend maken. De communicatie tussen de FOD en de ziekenhuizen zou kunnen verbeterd worden op dit punt. Bijvoorbeeld, een kwaliteitscoördinator stelde

voor om vergaderingen te organiseren tussen de ziekenhuisverantwoordelijken op regionaal vlak rond de resultaten van de FBI.

De voorstelling van de resultaten zelf krijgt kritiek: complexiteit van de grafieken, gebrek aan transparantie van de tabellen, afwezigheid van verklarende samenvattingen... Volgens de kwaliteitscoördinator van ziekenhuis M, is deze voorstelling niet duidelijk voor de mensen van het terrein.

Veel professionelen wensen gecoacht te worden om hun beter te verstaan in de benchmark en om te beslissen welke verbeteracties zij kunnen implementeren. De kleine instellingen, onder andere, vinden zich onvoldoende opgewassen tegen het opstellen van verbeteracties, zelf indien er een dysfunctionnement vastgesteld werd. De kritieken over de benchmarking en de FBI worden niet ontwikkeld hiervoor. Ze worden meestal geassocieerd met de vraag voor een set van performantie-indicatoren zoals de studie HPI.be probeert vast te stellen. Deze overwegingen vinden, hun plaats dus meer in het volgende onderdeel over de verwachtingen van de ziekenhuizen in verband met de voorgestelde indicatorenset.

### **8.3 De verwachtingen van de ziekenhuizen over een indicatorenset**

Door middel van hun antwoorden, hebben de geïnterviewden veel informatie gegeven over hun visie van een indicatorenset waarvan de opstelling, de doelstelling van de studie HPI.be is. Enkel verklaarden de initiatieven van de FOD volledig onnodig, gekoppeld aan een vorm van controle. Anderen stelden onmiddellijk indicatoren voor, voor de set. De artsen, hebben voornamelijk tools, nuttig voor hun dienst, voorgesteld: percentage heropnames na daghospitalisatie, percentage herinterventie op ORL, percentage overleving na operatie van kanker...

De andere, voorgestelde, indicatoren zijn tamelijk verschillend : de turn-over van het personeel (volgens de woorden van een kwaliteitscoördinator, « *een ziekenhuis waar men goed verzorgt word, is een ziekenhuis waar het personeel tevreden is. Al het personeel in alle domeinen* »), de recrutering van nieuwe patiënten, aantal zware gevallen voor de referentieziekenhuizen.... Verschillende professionelen hebben voorgesteld dat de set niet enkel zou bestaan uit outcome indicatoren, aanzien als een evaluatie, maar eveneens process indicatoren. Maar geen enkel van deze voorstellen gebeurde spontaan door de meerderheid van de professionelen. Het is dus niet mogelijk om onmiddellijk de voorstellen van de professionelen eruit te halen als consensuele indicatoren voor de set.

De bijdrage van de gespeken ligt niet zo zeer op het niveau van de mogelijke indicatoren van de set.

#### **8.3.1 Welke selectiecriteria voor een set van performantie-indicatoren ?**

Iedere geïnterviewd persoon heeft een aantal eisen gegeven voor een indicatorenset. Deze kwaliteitscoördinator heeft zo criteria van gemak van verstaanbaarheid, een klein aantal indicatoren, de beschikbaarheid van de gegevens, de inclusie van de klinische performantie :

« Het ideale is dat hij gemakkelijk is, beknopt, beschikbaar, dat hij verschillende gegevens integreert, niet enkel medische. Niet enkel de mortaliteit na infarct, bijvoorbeeld, of het percentage keizersnedes » (Kwaliteitscoördinator, 125).

Het is door de vragen van ieder te verzamelen dat er een lijst van wensen van de ziekenhuizen, in verband met de weerhouden indicatoren voor de set, werd gesynthetiseerd door het team.

➤ Criterium 1 : de betrouwbaarheid

Dit is natuurlijk een basisvereiste. De methodologie van de meting van de indicator moet betrouwbaar zijn en consistent zijn van het ene ziekenhuis naar het andere. Deze algemeen directeur uit namelijk zijn sceptische blik over de geldigheid van de meting van een indicator zo simpel als een sterftecijfer:

“ Eén van de simpelste is het overlijden, het is moeilijk om die niet te registreren. Het is simpel, dood of niet dood maar om hem vergelijkbaar te maken, heb ik tot nu toe nog geen enkele methodologie gezien die kan bewijzen dat ze viabel, valide is. Dan is mijn vraag, welke van de andere indicatoren kan dat wel aantonen? Dat is mijn punt, dat je indicatoren kiest, die correct zijn voor een bepaald traject en dat je in dat verbetertraject kan aantonen dat je vooruit bent gegaan. Dat is voor mij een goede indicator en een goed gebruik van een indicator. En dat de overheid vraagt dat we een aantal projecten moeten definiëren, daar heb ik geen enkel probleem mee. Maar het denken of zeggen dat je één indicator of 5 of 10 waar je de ziekenhuizen mee kan vergelijken... » (Medisch directeur, 33)

➤ Criterium 2 : de opérationnaliteit

De professionelen blijven wantrouwig bij het idee van een definitie « top-down » van een set, van indicatoren « bedacht in een bureau » (Algemeen directeur, 111), dat leidt tot een zwaar werk van verzamelen van gegevens voor de ziekenhuizen, zonder hun enig voordeel op te leveren. Hun eerste verwachting is dus tools die overeenstemmen met hun prioriteiten met betrekking tot de opvolging of de verbetering van de performantie. Er zou systematisch een bmoeten worden opgenomen worden, in de het proces van de keuzes van de indicatoren. Het is namelijk op deze vraag, dankzij de kwalitatieve dimensie, dat de studie HPI.be een antwoord zoekt.

In dezelfde lijn, hebben verschillende geïnterviewden gevraagd dat de professionelen van de ziekenhuizen geassocieerd worden met de finale keuze van de indicatoren zodat ze specifiek kunnen opletten op hun opérationnaliteit.

➤ Criterium 3 : de eenvoud

De geïnterviewden verwachten « eenvoudige » indicatoren, het is te zeggen, onmiddellijk te interpreteren en niet voor verwarring vatbaar. Ze wensen tools « van het terrein, basis, van ieder dag » (Algemeen directeur, 81) :

« Eén van de moeilijke luiken, is van een eenvoudige indicator te hebben. De mensen lezen niet, ze zien enkel de cijfers. En ze interpreteren de cijfers zonder te lezen wat er rond staat » (Algemeen directeur, 91)

« Kwaliteitsindicatoren moeten gemakkelijk en beschikbaar zijn » (Kwaliteitscoördinator, 35)

De geïnterviewden zouden dus voorrang geven aan gekende indicatoren, afgebakend door de literatuur, waarvan de betekenis eenduidig is en waaruit we duidelijke lessen kunnen leren over de performantie van de instellingen. De modelleerbaarheid is belangrijker dan het raffinement. Dit overlapt met één van de kritieken gegeven aan enkele indicatoren van de multidimensionele feedback, beschouwd als te dubbelzinnig of te algemeen.

- Criterium 4 : duidelijkheid van de definities

We hebben het in het vorige deel gezien, het gebrek aan duidelijkheid van de definiteis van de indicatoren werd verweten aan enkele benchmark. Dit zorgt voor ambiguïteit in het citeren van de gegevens, gebruikt door ieder ziekenhuis en naar de FOD gestuurd. Zo worden de full time equivalenten, die in de instelling werken, niet op éénduidige manier gedefinieerd. De betrouwbaarheid van de gegevens van de jaarlijkse statistische vragenlijst wordt er onvermijdelijk door beïnvloed.

*« In het begin, denken we dat de definities evident lijken voor iedereen en wanneer we de gegevens kruisen, merken we dat een klein element, een kleine nuance waaraan we niet gedacht hadden, en hop, dat kan alles in twijfel trekken »* (beheerscontrole, 16)

Een van de voorgestelde oplossingen om dit probleem aan te pakken is opleidingen te organiseren op de FOD rond de indicatoren van de set. Er werd eveneens voorgesteld om de definities van de indicatoren te standaardiseren onder de vorm van fiches die, in twee pagina's, elementen samenvatten die hun duidelijkheid en hun gebruik verklaren: doelstelling, formule (teller/noemer), bron van de gegevens en de methode van extractie, verantwoordelijken voor de verzameling van de gegevens, periodiciteit, streefcijfer, voorstellingen van actieplannen ...

- Criterium 5 : de beperking van het aantal indicatoren

De grote meerderheid van de professionelen is het eens over het principe dat er een beperkt aantal indicatoren moet zijn (zonder een ideaal aantal te bepalen), en dit om twee redenen.

Ten eerste, de systematische meting van de performantie veronderstelt een groeiende inzet van personeel, adequate opleidingen, implementatie van gespecialiseerde cellen, eventueel kosten om de informatica te ontwikkelen die paradoxaal genoeg tegen-performant kunnen worden. Er moet voor gezorgd worden dat, de kost van het opvolgen van de indicatoren niet de winst, die ze kunnen opbrengen, overschrijden.

Ten tweede, de hoeveelheid aan indicatoren maakt het moeilijk ze te gebruiken, zoals de citaten van deze twee personen, over het beleid van de meting van performantie in hun respectievelijke instellingen, voorstelt:

*« Je moet niet dromen en tien duizend indicatoren hebben voor het hele ziekenhuis, dat zou moeilijk te beheren zijn »* (Medisch directeur, 13)

*« Om te kunnen evalueren, moet je meten. Het probleem natuurlijk is de keuze van de indicatoren. Een beperkt aantal, aangezien we soms de neiging hebben de administratieraad te verdrinken onder vijf honderd indicatoren. De activiteitsindicator, hier, in het begin, werd aan ieder departement gegeven. Dus waren er vijfhonderd cijfers. En men zei me 'ah maar dat is indien de administrator details wilt, dan heeft hij ze'. Dus definitie van een indicatorenset, betrouwbaar, die*

*meestal automatisch geproduceerd worden uit een informaticaprogramma, daar versta ik onder : de betaling , de FTE, Et on me disait 'ah mais c'est pour que si l'administrateur veut le détail, il l'ait'. Donc, définition d'un set d'indicateurs, fiables, qui sont le plus souvent le produit automatique d'un programme informatique, j'entends la paie, les ETP, loonlijsten, de facturatie... ».* (Algemeen directeur, 41).

De set waarnaar deze laatste professional naar verwijst, is natuurlijk een bordtabel voor zijn ziekenhuis ; maar de noodzaak om indicatoren te kiezen die hij voorstelt, kan ook toegepast worden op een nationale set.

Om de grootte van de set te beperken, kunnen verschillende niveaus van indicatoren worden onderscheiden : enkele permanente indicatoren die als alarmsignaal dienen (sterftcijfer, nosocomiale infecties...) en op een algemeen niveau kunnen afgeleid worden in gerichte indicatoren en met beperkte levensduur voor ad hoc projecten. Deze voorstelling in cascade werd vooral ontwikkeld in ziekenhuis C.

➤ Criterium 6 : de regelmaat

Het laatste criterium betreft niet zo zeer de samenstelling van de set als het metingswerk. De professionelen wensen « *feedbacks te hebben die regelmatig zijn, die ons toelaten en verplichten om de indicatoren te controleren. We hebben altijd goede voornemens maar die verdwijnen met de tijd*» (Medisch directeur, 83). De indicatoren van de FOD lijken inderdaad nutteloos indien de resultaten niet regelmatig en snel bezorgd worden. De traagheid en het gebrek aan regelmaat in het terug bezorgen van de resultaten was één van de belangrijkste aspecten die verweten werden aan de multidimensionele feedback, waarvan de op lange termijn, de mensen ontmoedigt.

Een jaarlijkse periode werd verschillende malen aangehaald als ideale oplossing

*«Ik denk ook niet dat de indicatoren gedurende eeuwen moeten gebruikt worden. Wanneer het proces verbeterd is, laten we hem links liggen, en we kunnen hem enkele jaren later weer oppikken en kijken of er eventueel problemen zijn, en zich richten op iets nieuw. »* (Medsich directeur, 33)

### **8.3.2 Hoe een set van performantie indicatoren te operationaliseren ?**

Een groot deel van de verwachtingen van de ziekenhuizen geuit door de ziekenhuizen betreft de operationalisering van de gegevens van de indicatorenset. Zoals reeds het onderdeel over de indicatoren aantoonde, de capaciteit van de ziekenhuizen om profijt te halen uit de indicatoren van management of klinische activiteit wordt overschat. Ze is zeer ongelijk, afhankelijk van de grootte van de instellingen en hun vooruitgang in de stappen van de meting en de verbetering van de performantie.

*« Ik heb echt de indruk dat we vandaag zeggen 'ja, we moeten meten', daarvoor is de boodschap ontvangen. Maar hoe meten en heel de theorie rond het de indicator en hoe deze theorie te operationaliseren, daar denk ik niet dat we al zijn »*  
(Kwaliteitscoördinator, 135)

In de huidige situatie, wordt gevreesd dat een nieuwe set van indicatoren een supplementaire bureaucratische last zal teweeg brengen, zonder dat er een link wordt gemaakt met het performantiebeleid in de ziekenhuizen.

De verwachtingen van de geïnterviewden naar de FOD toe, met het oog op een betere operationaliteit van de set komen grotendeels overeen met de kritieken geuit tegen de benchmarken, dat gerapporteerd werd in het vorige onderdeel: ze betreffen de doelstellingen van de indicatoren, de “leesbaarheid” van de informatie, over hulp bij de interpretatie van de gegevens en een begeleiding bij het implementeren van verbeteracties.

- De definitie van de doelstellingen van de indicatorenset

Verschillende professionelen stelden zich vragen bij het objectief van een indicatorenset. Ze vinden het essentieel, om het vertrouwen van de ziekenhuizen te winnen, dat de FOD duidelijk stelt : betreft het, het steunen van de ziekenhuizen in hun acties om de kwaliteit te verbeteren, om een systeem van « pay for quality » te ontwikkelen, of het openbaar maken van de resultaten met de bedoeling van het kopiëren

Het feit dat de doelstellingen van de FOD door sommigen worden aanzien als transparantie missend, is een belemmering voor de toekomstige integratie van de set in de dagdagelijkse taak van de ziekenhuisprofessionals. Het werken aan de communicatie is dus nog nodig op dit punt.

- « Leesbaarheid » van de informatie

Doordat ze de ervaring die ze hebben met de multidimensionele feedback als referentie nemen, vragen de professionelen een grotere duidelijkheid in de manier van de resultaten van de feedback voor te stellen.

Het advies is hier erg basic, maar komen regelmatig terug in de interviews : duidelijk taalgebruik, van de tabellen, uitleg van de grafieken, heldere samenvattingen, enz. Een kwaliteitscoördinator stelde voor dat de FOD de feedback van de resultaten organiseert onder de vorm van conferenties met de mogelijkheid om uitleg te vragen, met workshops enz. Een hoofdarts, in dezelfde optiek, merkte op dat er een contactpersoon ontbreekt op de FOD voor het opsturen van de gegevens en voor het verstrekken van informatie.

Dit is om de reactie van verwarring en zelfs afwijzing van sommige professionelen te voorkomen bij het ontvangen van de multidimensionele feedback. Maar het belangrijkste punt blijft de interpretatie.

- Hulp bij het interpreteren van de gegevens

Volgens een algemeen directeur, is het standaardiseren van de codificatie van indicatoren niet voldoende ; de interpretatie zou eveneens moeten gestandaardiseerd worden, het is te zeggen de belangrijkste analyseresultaten bezorgen voor iedere indicator. Er mag geen uniforme manier, voor de verstaanbaarheid van de indicatoren, opgelegd worden. Toch lijkt het erop alsof professionals, van een aantal ziekenhuizen, er nu niet in slagen om hun positie te analyseren, in de verschillende benchmarken. Het verstekken van interpretatiemogelijkheden, vertrekkend van ervaringen van andere instellingen, maakt dus deel uit van de verwachtingen van de geïnterviewden.

- Steun bij het implementeren van verbeteringsmaatregelen.

Bovenop de analyses, wensen de professionelen eveneens « kant en klare » modellen van verbeteringsmaatregelen. Een hoofdarts heeft deze vraag goed samengevat: « *Indicatoren alleen, niet. Wat ik zou willen, is een vergelijking van de processen die geïmplementeerd zijn* ». Hij verwees eveneens naar de dienstleveraar « Advisory Board », die advies en oplossingen biedt op vraag van ziekenhuismanagers, om zijn visie van een uitwisselingsysteem, van goede praktijken, uit te leggen, op Belgisch niveau, met name in kleinere ziekenhuizen die niet over voldoende expertisemiddelen beschikken. Een voorzitter van de medische raad heeft voorgesteld dat het verzamelen en het verspreiden van oplossingen door het KCE gebeurt.

Kortom, de verwachtingen van de ziekenhuizen gaan niet enkel over de samenstelling van de set of over de modaliteiten (periodiek enz.). De geïnterviewde personen – voornamelijk in de kleinere structuren – wensen dat de FOD een rol van « vertering » (volgens de woorden van een algemeen directeur) van de brute gegevens van de benchmark, en zelf een catalogus aanbiedt van goede praktijken, oplossingen bij disfuncties die door de set naar boven zullen komen. Deze investering is mogelijks de beste manier om zeker te zijn dat de indicatoren van de set, een concreet impact zullen hebben om de performantie in de Belgische ziekenhuizen.

### **8.3.2.1 Harmoniseren van de indicatoren, verzameld door de publieke organen**

Tot slot, vinden veel professionals de opgevraagde informatie, van de publieke instanties. Ze wensen een betere coördinatie tussen de verschillende niveaus van autoriteit en de verschillende instanties om een eind te maken aan de duplicatie van de aanvraag van gegevens:

*« Er zouden afspraken moeten zijn tussen de gewesten en gemeenschappen over wie nu juist bevoegd is voor wat. Dat ontbreekt op dit moment. In verband met alle initiatieven rond kwaliteit heb je enerzijds de gemeenschappen en gewesten die zeggen: dat is ons bevoegdheid via visitatie terwijl de federale overheid zegt: dat is ons bevoegdheid want in de ziekenhuiswet staat, dat de koning kan en zal rond kwaliteit initiatieven nemen. » “Dan de data toeleveren, ok maar voor wat? En waarom kunnen dan de verschillende overheden niet op elkaar afstemmen? »*  
(Algemeen directeur, 31)

Dit tweede deel vat de expliciet geformuleerde verwachtingen, van de professionals naar de FOD toe, samen. Het derde deel is meer gericht op de ziekenhuisprofessionals en legt het accent op de implementering van projecten en performantie-indicatoren in de zorginstellingen. Het probeert daarom uit de analytische stand van zaken die tot hier toe gerealiseerd werd, lessen te trekken in verband met de termen en factoren die het succes van de verbetering van de ziekenhuis performantie negatief of positief beïnvloeden.



## **8.4 De implementatie van performantie indicatoren Termen van succes en falen**

Dit laatste stuk trekt lessen uit de vorige stukken. De conclusie, getrokken uit het eerste deel, heeft het succes in termen van ontwikkeling van verbeteringsprojecten van de performantie en de implementatie van de indicatoren, naar voor gebracht, maar ook hun grenzen – met name op het gebied van klinische performantie. Het accent werd er gelegd op de factoren die de vorm, aangenomen door de performantiestrategieën en hun resultaten, verduidelijkt : visie van de performantie, professionele logica, organisatorische structuren, enz. Het tweede deel vat de verwachtingen van een indicatorenset samen, zoals ze werden geformuleerd door de professionelen, onder het aspect van, het voornamelijk respecteren en voorzorgsmaatregelen nemend, criteria voor de keuze van de indicatoren; een begeleiding bij de interpretatie van de indicatoren was eveneens een wens.

Hier gaat het over het opmaken van een balans uit deze gegevens door te proberen van een samenvatting te maken van de condities van succes (of, in tegendeel, van falen) van de implementering van de performantieindicatoren. Dit werk is vergelijkbaar met de réflexions menées over hetzelfde thema door organisaties zoals het *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) of zoals onderzoekers gelijk Richard Grol (zie hogerop punt 5.1.1. toegewijd aan zijn modellen)<sup>21</sup>, we laten ons toe om tijdens dit onderdeel, de eventuele vergelijkingen te vermelden met de conclusies van de interviews. De aanpak is hier licht verschillend. Overeenstemmend met de principes van de kwalitatieve methode, wordt er enkel gebruik gemaakt van de interviews van de professionelen en de « success stories » verzameld de verkennende fase van deze studie : elle ne comporte pas d'état de l'art de la littérature sur ce thème (déjà réalisé par Grol lui-même) ou de comparaison internationale. Dans une perspective d'abord explicative : elle recense de manière organisée les facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre des indicateurs de performance, facteurs pour la plupart déjà évoqués dans les deux sections précédentes. Cette analyse servira ensuite à la formulation de recommandations.

Vier categorieën van condities van succes of falen werden geïdentificeerd uit de uitgevoerde interviews:

- De « structurele » condities, die gebonden zijn aan de omgeving of aan het globaal functioneren van het ziekenhuis;
- De definitie van de strategie en doelstellingen;
- Een sterk leadership om projecten tot een goed einde te brengen;
- De motivatie van het personeel onderhouden;
- De beschikbaarheid van de noodzakelijke middelen voor het performantiebeleid (toegang tot de gegevens, gekwalificeerd personeel, financiële middelen).

---

<sup>21</sup> Richard Grol, « From Best Evidence To Best Practice. Effective Implementation of Change in Patients' Care », *The Lancet*, vol. 362, October 2003, p. 1225-1230. ,

### **8.4.1 Structurele condities**

Het algemene functioneren van het ziekenhuis beïnvloedt de natuur van het performantiebeleid die er geleid worden, en daaruit voortvloeiend, de indicatoren die er gebruikt worden. Twee categorieën van die « structurele » factoren lijken een speciale belangrijkheid te hebben: de financiële stabiliteit en de organisatorische context.

#### **8.4.1.1 De financiële stabiliteit**

Het tweede deel van onze besluitvorming toonde aan dat, in het merendeel van de ziekenhuizen, het luik van de financiële en de activiteitsindicatoren overontwikkeld waren in vergelijking met het klinisch luik. De redenen van dit onevenwicht werden gegeven: noodzaak van beleidscontrole, beschikbaarheid van de gegevens, maar voornamelijk, de economische urgentie.

Onder de ziekenhuizen van onze steekproef, blijft de prioriteit van het ziekenhuis, het financiële aspect. Zolang de overleving van het ziekenhuis niet gegarandeerd is, ontwikkelen de instellingen geen systeem voor klinische indicatoren.

De ziekenhuizen J en K komen goed overeen met dit schema : de concurrentie met de buurtziekenhuizen spoort hen aan om zich te focussen op een batterij van financiële indicatoren en de investeringen in verband met de klinische indicatoren te beperken. Het geval van ziekenhuis is meer specifiek: op weg naar herstel na een periode van budgettaire moeilijkheden en betrokken bij belangrijke bouwwerken, verzameld het een aantal pilootprojecten, uitgaande en gesubsidieerd door de FOD (interne liaison op geriatrie, educatie van diabetespatiënten, opsporen van mogelijke donororganen bij overleden patiënten...) die over kwaliteit gaan maat die tezelfdertijd een financiële bijdrage leveren.

Indien het financiële evenwicht overkomt als een onoverkomelijk feit, dat wil niet zeggen dat een ziekenhuis, dat goed draait, massief in de klinische kwaliteit zal investeren; zo heeft het ziekenhuis H, dat een goede financiële situatie heeft, geen enkel geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor de zorg, dat is , onder andere, te wijten aan organisatorische feiten.

#### **8.4.1.2 De organisatorische condities**

Het derde deel toonde de invloed van de organisatorische structuur op het performantiebeleid in de verschillende sectoren van het ziekenhuis; meer bepaald, de graad van hiërarchie van de departementen heeft een onmiddellijke invloed op de capaciteiten van de verantwoordelijken om nieuwe projecten en indicatoren te implementeren.

De besluitvorming gevoerd in de vorige delen toont aan dat sommige algemene organisatorische kanten van de ziekenhuizen modelleren en/of belemmeren het

performantiebeleid dat er gevoerd wordt. Twee van deze functies kunnen aangehaald worden:

- De graad van autonomie bij het medisch personeel

Een horizontale organisatie van de instellingen en een grote autonomie van de artsen tegenover de directie, belemmeren het ontstaan van geïntegreerde programma's van klinische kwaliteit; deze nemen dan de vorm van projecten en indicatoren op korte termijn, die weinig belemmeringen geven aan de artsen en die hun weinig investering opleggen. Dit is het geval in ziekenhuis H, nu vernoemd, gekenmerkt door een « onmiddellijke » vijandigheid van de artsen wanneer er gesproken wordt over het meten van performantie.

- De verschillende organisatorische culturen in de gefusioneerde ziekenhuizen

Verschiede ziekenhuizen van de steekproef hebben de laatste jaren een proces van fusie en functioneren ondergaan op verschillende sites. Terwijl de cultuur die eigen is aan de oude "entiteiten" niet zomaar verdwijnt. De praktijken en de manier van werken, eveneens het performantiebeleid, houden soms verschillende jaren stand na de fusie. Dit fenomeen wordt soms versterkt indien er op elke site een orgaan blijft bestaan voor de promotie van de performantie.

Deze configuratie is te zien in het ziekenhuis M, bestaand uit 2 belangrijkste sites die ieder over een kwaliteitscommissie beschikken. Ondanks de fusie, blijft het performantiebeleid uiteenlopen: zo doen de twee sites geen beroep op dezelfde benchmarken. Cette configuration est observable au sein de l'hôpital M, constitué autour de deux sites principaux dotés chacun d'un comité qualité. En dépit de la fusion, les politiques de performance continuent à diverger: ainsi, les deux sites ne recourent pas aux mêmes dispositifs de benchmarking. De kwaliteitscoördinator, die een grote oppositie opmerkt tussen de twee culturen (volgens de graad van transparantie waaronder het personeel van iedere site onderheven is), rekent toch op de fusie van de twee kwaliteitscommissies om een einde te maken aan deze onenigheid, die een rem is voor het ontwikkelen van een geïntegreerd klinisch performantiebeleid.

#### 8.4.2 De strategie

Hoewel sommige indicatoren van toepassing zijn op alle instellingen van de gezondheidszorg als instrumenten van beleidscontrole (voornamelijk op het niveau van de begroting en human resources), zijn specifieke indicatoren geïmplementeerd in elk ziekenhuis om ad hoc of op lange termijn initiatieven van performantie te ondersteunen. Deze indicatoren moeten relevant zijn voor de doelstellingen van de instellingen. De uitwerking van de strategische doelstellingen moet prioritair zijn tegenover het ontwikkelen van performantiebeleid: « *De performantie, dat is voornamelijk het bereiken van een doelstelling* » (Algemeen directeur, 41).

Het eerste van die niveaus, is die van het nationaal gezondheidsbeleid. Drie algemeen directeurs in het bijzonder () hebben de noodzaak vermeld van het ontwikkelen van een strategie van nationaal gezondheidsbeleid waar het zorgaanbod berekend wordt op een objectieve manier en in functie van de noden van de bevolking en waar de belangrijkste doelstellingen duidelijk gepubliceerd worden:

*« Regelingen treffen opdat we goede zorgen geven, dat is de noden van de bevolking evalueren [...]dat is de eerste methode om kwaliteit te leveren. Daarna, indicatoren en dingen ... » (Algemeen directeur, 81).*

*« Er zijn keuzes die gemaakt moeten worden in verband met de gemeenschap over kwaliteit, het debat over de kwaliteit van de zorg moet uitgebreid worden. » (Algemeen directeur, 21)*

*« Ik verwacht niet van de FOD dat ze me tools geven om de kwaliteit intern te meten, wat ik verwacht, van de FOD en ook van de Vlaamse Gemeenschap, dat men eens en voor altijd, duidelijk zegt of dat de kwaliteit een belangrijk element zal worden voor de financiering en ten tweede, wie is er nu verantwoordelijk voor de kwaliteit? Hoe verdelen de federale en de gemeenschappen de taken? » (Algemeen directeur, 31)*

Op een tweede niveau, is het belangrijk dat de indicatoren worden ingebed in een institutionele performantie strategie, bekend door alle professionals van het ziekenhuis en verspreid over de equipes. Een verpleegkundig directeur herhaald hier dat de kwaliteit, die, de dag van vandaag, verwaarloosd wordt in veel instellingen, ingebed moet zijn in institutionele doelstellingen om over middelen te kunnen beschikken op lange termijn en om een legitimiteit te geven aan de organen die er verantwoordelijk voor zijn.

De institutionele doelstellingen moeten een zichtbaarheid hebben en over een consensus beschikken om hun effecten uit te voeren: een doel geven aan de indicatoren, toelaten aan de professionals van de performantietools, aangemaakt door de directies, eigen te maken, de professionelen mobiliseren met het oog op het bereiken van enkele resultaten (verminderen van complicaties, verkorten van wachttijden, tevredenheid van de patiënten, enz.). Volgens de formule van een voorzitter van de medische raad, moeten alle equipes van iedere instelling *« zich alligneren »* over de keuze van de strategie en de indicatoren, in dienst van de performantie: de financiële diensten moeten de belangrijkheid van de klinische kwaliteit herkennen op hetzelfde niveau als dat de verzorgenden de financiële imperatieven, in hun visie van de performantie integreren ( de complementariteit tussen de financiële en de klinische performantie werd in het eerste deel besproken). Daarvoor moet, natuurlijk, de communicatie in het ziekenhuis gegeneraliseerd worden, dit is niet altijd gemakkelijk, zoals het derde deel van het stuk *« diagnostic »* van dit hoofdstuk aantoonde.

Tot slot, op een derde niveau, de doelstellingen van ieder project moeten volgens de professionals, afgeleid zijn van de institutionele doelstellingen; de strategie wordt in een watervalvorm afgeleid. Een kwaliteitscoördinator beveelt, in dit opzicht, aan van zich te beperken tot een beperkt aantal doelstellingen en deze niet te verspreiden: *« Je moet niet te veel doelstellingen willen bereiken. Het vertrekt vanuit een goede bedoeling maar willen te veel dingen tegelijk doen en dat, dat gaat niet »*. De indicatoren zelf moeten vastgelegd worden in functie van de doelstellingen van de verschillende projecten, zo veel mogelijk in samenspraak met de andere professionelen, die zich met het project bezig houden en de organen die over de expertise beschikken (algemene directie, kwaliteitscommissie).

De performantie indicatoren, die dagelijks door de professionals van de werkvloer worden gebruikt, stammen af, in fasen, van de nationale zorgstrategie via de institutionele strategie van het ziekenhuis. Dit beeld dat de interviews weergeven,

komt dicht bij de aanbevelingen van het IHI met betrekking tot prioriteit van de strategie van de doelstellingen van de projecten in het implementeren in de zorginstellingen. Ze verschilt er soms van door een in vraag stellen van de noodzaak van een nationale zorgstrategie die het zou toelaten de performantie inspanningen, van de Belgische ziekenhuizen te coördineren.

### 8.4.3 Leadership en legitimiteit

De meting van de performantie, vooral op klinisch vlak, wordt altijd, in eerste instantie aanzien als een gevaar voor de professionals. Ze geeft de indruk dat het gaat over een evaluatie, een controle of een beperking van de therapeutische autonomie van de verzorgenden.

*« Het is niet altijd duidelijk voor iedereen, die verwachtingen met betrekking tot de performantie. Dat is een grote moeilijkheid. Voor de individuele zorgverlener, wanneer men tegen hem spreekt over performantie, wanneer men tegen hem spreekt over kwaliteit, dan is hij altijd een beetje op zijn hoede. De mensen moeten begrijpen dat we niet hun persoonlijke professionele kwaliteiten aanvallen, maar dat we hen uitnodigen om de kwaliteit eerder te zien als een geheel dat verschillende facetten »*  
(Medisch directeur, 133)

De promotors van de innovatie in de ziekenhuizen krijgen onvermijdelijk weerstand. Ze komen ook traagheid, desinteresse, tijdsgebrek, enz. tegen. De succes verhalen uit de interviews laten blijken dat een essentiële factor van succes van de performantie projecten het leadership is. Onder « leadership », verstaat men niet enkel de investering in een project als verantwoordelijke, die over een hiërarchische autoriteit beschikt, hoewel ontwikkelingen, over de organisatie in ziekenhuizen, aangetoond hebben dat deze steun dikwijls doorslaggevend is indien de drager van het project zelf legitimiteit mist ; dit feit kan geïllustreerd worden door de anekdote, dat eerder al gegeven werd, van de kwaliteitscoördinator van ziekenhuis M die betreurd dat zijn mails niet gelezen worden door de artsen indien ze niet meeondertekend worden door de algemeen directeur of de algemeen directeur.

Het « transformationeel » leadership verwijst naar het vermogen van een dirigent of een projectleider om de professionals van zijn organisatie, rond een vertegenwoordiging van doelstellingen van de instelling of het implementeren van een bijzonder project, te mobiliseren. Het steunt op een vertrouwenssituatie, ontstaan uit het individueel charisma van de leider meer dan uit zijn formele positie. Van deze laatste wordt dus verwacht dat hij zijn collega's of ondergeschikten tot het overstijgen van hun persoonlijke belangen brengt, met als doel, een collectieve visie en hun te inspireren voor tot een « goede burgerhouding »<sup>22</sup>.

Het hart van het concept is dus de vraag van de legitimiteit: die de leider heeft, hetgeen hij kan geven aan de pogingen om veranderingen aan te brengen in de organisaties.

De belangrijkheid van het leiderschap kan geïllustreerd worden door de situatie van de kwaliteitscoördinatoren. We hebben het gezien, verschillenden onder hen hebben

---

<sup>22</sup> Bass, Bernard, "From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision", *Organizational Dynamics*, n° 4, 1990, p. 19-31.

het feit aangetoond van het gemis aan legitimiteit van hun stappen, het feit van het gemis van zichtbaarheid van hun rol, van hun marginale positie in het organigram van de ziekenhuizen of van de zwakke plaats van de kwaliteit in de institutionele doelstellingen van het ziekenhuis. Dit nadeel kan misschien (gedeeltelijk) gecompenseerd worden door de autoriteit in een parallelle bezetting van een hoge hiërarchische functie (verpleegkundig directeur, adjunct medisch directeur...) of simpelweg de titel van arts. Maar het wil op een algemene manier zeggen dat de verantwoordelijke van het project, systematisch zal moeten negotiëren en compromissen sluiten.

Zeker dat de stappen van verandering binnen de ziekenhuizen de vorm aan kunnen nemen van een « mix » van legitimiteit door de hiërarchische autoriteit en het negotiëren met de personen van de werkvloer, waarvan de goedkeuring gezocht zal worden of waarvan de vragen in achtte zullen genomen worden. Het geval van de hervorming van het operatiekwartier in het ziekenhuis I is verklarend in de mate waarop de twee manieren zich opvolgden. In een eerste stap, met de weerstand van de chirurgen voor het implementeren van een systeem van incidentmelding, bleek het gebruik van de hiërarchische voorrechten, van de medische directie, onvermijdelijk. In een tweede stap, wanneer het feit van de incidentmelding uitgeklaard was, heeft de medisch directeur zich bezig gehouden met het aanmoedigen van initiatieven van de basis.

De druk is dikwijls tegen-productief in een « professionele bureaucratie » zoals die in de ziekenhuizen. Het leiderschap toont zich dus meer in de mogelijkheid van het runnen van negociaties en het veranderen van de manier waarop de professionals van een beroep hun interesses zien.

Twee condities lijken belangrijk om er zeker van te zijn dat de professionals een project aanzien als eigen : ze overtuigen dat het project in hun voordeel is ; ze betrekken bij de ontwikkeling.

Zo, kan het gemis van samenwerking van de medische diensten voor de meting van de performantie, hierboven vermeld, worden bestreden, zoals een voorzitter van een medische raad aangeeft, door de voordelen van de transparantie en de termen van aantrekkelijkheid naar voor te schuiven :

*« Je moet hen tonen dat ze dat zullen gebruiken als visitekaartje om patiënten, collega's aan te trekken. Aantonen dat we in een ziekenhuis, op cardio, goed werk leveren, dat wil zeggen dat we sneller een collega, een huisdokter en een patiënt aantrekken » (Voorzitter van de medische raad, 42)*

In een domein van activiteit waar de identiteit van de beroepen sterk zijn, kan de mobilisering van de professionelen eveneens beroep doen op hun professionele geweten :

*« Indien men de verzorgenden achter ons willen hebben, moeten ze inzien dat kwaliteit nuttig is voor de patiënten zowel als voor hun beroep. Verpleegkundigen hebben de neiging om te zeggen 'het moet nodig zijn voor de patiënt', aangezien zij dichter bij de patiënt staan dan de andere verzorgenden. De artsen zullen zeggen 'het moet nuttig zijn voor hetgeen ik doe'. Ze hebben een meer individualistisch idee van hun domein » (Algemeen directeur, 111)*

*« Aangezien we een nulbudget hebben, hebben we het incentive gevonden daar waar we konden. Bij de verpleegkundigen, is het de waardering van hun job. Aangezien we geen financiële waardering kunnen geven, is het een publicatie in het dagblad van de*

*instelling, met een grote waardering voor de verantwoordelijke van het project, voor anderen, zal het aan bod komen in zijn thesis van de licentie van ziekenhuiswetenschappen. Maar het is zeker, mensen zullen dat niet zomaar doen, het is nog altijd werk » (Kwaliteitscoördinator, 93)*

De interesse in kwaliteit kan gericht zijn, door middel van premies. Het ziekenhuis K heeft zo een procedure ingevoerd, iedere medische dienst moet jaarlijks een project indienen voor de verbetering van de kwaliteit. Indien het project relevant wordt geacht door de medische raad, ontvangen de artsen van die dienst, een bijkomende vergoeding van 10% voor het implementeren.

De directeur van het ziekenhuis I heeft op een originelere manier de mensen aangezet tot interesse. De artsen van de polikliniek hebben recent de aanvraag gedaan om administratieve kosten te factureren aan de patiënten die niet komen opdagen op hun afspraken. De directie heeft, in ruil, geëist dat de consultatiediensten een inspanning leveren op vlak van kwaliteit van hun prestaties. Een groep professionals van de polikliniek zal dus opgericht worden. Het zal de opdracht hebben om vijf kwaliteitscriteria op te stellen (aantal annulaties van consultaties op vraag van de arts, wachttijden van de patiënten in de wachtzaal, verplaatsingen van de consultaties of andere...), die besproken en gevalideerd zullen worden door het directie comite. Enkel de administratieve onkosten, van de afwezige patiënten, van de plateaus die de criteria respecteren en die het interne « kwaliteitslabel » verkregen hebben. Deze aanpak combineert, op een behendige wijze, de vereniging van de professionals van de werkvloer en de beslissing van de autoriteit.

De interviews onderlijnen dikwijls de verplichting om de beoefenaars te betrekken. De verandering van de werkprocessen worden beter aanvaard, door de professionals wanneer ze ook betrokken worden bij de besluitvorming.

*« Algemeen, wordt het goed aanvaard wanneer er een goede communicatie is over het geheel, in de mate dat de geassocieerde personen ofwel actief mogen deelnemen aan de verschillende vergaderingen ofwel mogen ze hun mening geven, en of het is niet iets dat top-down gebeurt [...] Als we zeggen 'Hier, vriend, je mag dit niet meer voorschrijven en vanaf nu moet u deze persoon contacteren', dan zal het natuurlijk slecht aflopen. Wanneer men kan zeggen dat het een resultaat is van, laten we zeggen, een discussie, zelf al kan men op voorhand zeggen naar waar de discussie zal leiden, maar uiteindelijk maken de mensen zich het besluit eigen, en algemeen, gebeurde dat relatief goed » (Voorzitter van de medische raad, 132)*

Sommigen zeggen dat enkel de kwaliteitsprojecten die tot een goed einde gebracht werden, door de afwezigheid van een sterk institutioneel beleid, diegene zijn die overeen komen met een aanvraag van een professional:

*« De Raad van de kwaliteit heeft aangetoond dat alle veranderingen in houding, die gefunctioneerd hebben, diegene waren wanneer de artsen de vragende partij waren. Iedere keer er een probleem was van verantwoordelijkheid, juridische druk, die naar ons terug kwam met de vraag van de artsen die ons zeiden 'help ons met het verbeteren van onze hygiëne en onze kwaliteit' [...] zagen we op de werkvloer dat het bewoog indien de artsen zich interesseerden ». (Kwaliteitscoördinator, 45)*

*« De indicatoren moeten gedragen worden door de werkvloer, ze moeten van de werkvloer afkomstig zijn. Dat is een van de belangrijke aspecten. Dat laat de mensen, aan de bron zijn van het verzorgen van de patiënten, meester te zijn van hun*

*activiteiten en volledig meewerken aan de kwaliteit van de zorgen » (Medisch directeur, 93)*

De systemen van indicatoren zijn zo meest geavanceerd, daar waar een legitieme leider is, bewust van de technieken op dit gebied, die zich toewijdt op lange termijn om zijn ondergeschikten en/of collega's te overtuigen en die de performantie projecten tot een goed einde leidt. De verpleegkundig directeur van het ziekenhuis, die een volledige boordtabel ontwikkeld heeft (human resources, opleiding, hygiëne, patiënt-kwaliteit, VG-MZG...) en die toegeeft dat het opzetten van dit gebeuren zijn officiële werktijd overschreden heeft, is een voorbeeld van de « ondernemers » die zich zowel onderscheiden door hun enthousiasme als door hun verwezelijkingen.

Natuurlijk is de afwezigheid van de personaliteiten die in staat zijn om de rol van leiderschap in te vullen, heeft gevolgen. Eerst en vooral, leidt ze tot sterke ongelijkheden tussen verschillende sectoren van de ziekenhuizen in verband met de meting van performantie. De voorzitter van de medische raad van ziekenhuis D zegt, met betrekking tot het gebruik van de indicatoren in de diensten van de zorg:

*« Dat is erg 'afhankelijk van dienstverantwoordelijke'. Er zijn er die dat in de aderen hebben, die hebben hun klein computerke of zelf fiches met een Bic en volgen de indicatoren, en anderen niet. Dus wij moeten hen er zich van laten bewust worden » (Voorzitter van de medische raad, 42).*

Anderzijds, het vertrek of de ontmoediging van een leider kan leiden tot het sterven van de lopende projecten. Tot slot, indien de organisatie van het ziekenhuis te « horizontaal » is en dat de directie niet over voldoende legitimiteit beschikt om de projecten op te leggen, heeft de bijna instinctieve terughoudendheid van de artsen tegenover de indicatoren, de neiging de bovenhand te nemen.

#### **8.4.4 Feedback en motivatie van het personeel**

Een van de belangrijkste oorzaken van de stagnatie van het performantiebeleid is de vermoeidheid van het personeel tegenover de vermenigvuldiging van de niet gecoördineerde en niet opgevolgde projecten:

*« De dag van vandaag werken wij met managementplannen, op het niveau van het ziekenhuis, op het niveau van de departementen en op het niveau van de diensten. Maar wanneer de personen teleurgesteld zijn of wanneer de goede voornemens verdwijnen omdat men niet de tijd heeft, dat helpt ook niet. In feite, zou men een soort van 'drive' moeten creëren en behouden dat de mensen het gevoel hebben: 'dat is deels van ons, want we hebben gekozen eraan mee te werken'. » (Directeur van het verpleegkundig departement, 64)*

De kwaliteitscoördinator van ziekenhuis A geeft er een voorbeeld van, met het falen van een vragenlijst gegeven aan het personeel in het kader van de meting van de kwaliteitscultuur in de instellingen, een korte tijd na een ander initiatief:

*« Hetgeen de medewerking verstoort heeft, is dat het grootste aantal van de geïnterviewden deel uitmaakt van het verplegend personeel. Terwijl, het verplegend personeel net uit de periode kwamen van de implementatie van de VG-MZG. Het is te zeggen, ze waren verzadigd van vragenlijsten, verzadigd van werkgroepen en van alles. Ik denk niet dat er een grote allergische reactie was, maar de vragenlijsten*



*moesten voor een bepaalde datum terugbezorgd worden en ik heb een aantal vragenlijsten buiten de tijd terug gekregen en daar heb ik geen rekening mee kunnen houden [...] Het cijfer dat mij bijgebleven is, is dat het deelnemingspercentage van de artsen 15% was. De verpleegkundigen hadden het dubbele, terwijl het deelnemingspercentage in sommige ziekenhuizen [...]60% bedroeg ».*

Het implementeren van performantieprojecten geeft altijd aanleiding tot een verhoging van het werk, dat niet genoeg erkend wordt door de instelling. Het personeel is bereid om deze verhoogde last tijdelijk te dragen in het kader van korte termijn projecten waarvan ze de voordelen voor hen en de patiënten anticiperen. De opvolging van projecten met slecht omschreven doelstellingen en niet geïntegreerd in een institutionele strategie, put dit geduld uit en leidt tot een houding van desinvestering.

De vermoeidheid bedreigt ook diegene, voornamelijk in de kleine instellingen, die deze performantieprojecten tot een goed einde moeten brengen.

De interviews kwamen dikwijls terug op de noodzaak van het mobiliseren van de equipes door het geven van regelmatige feedbacks en resultaten van de ondernomen acties.

*« In de ontwikkeling van de kwaliteit, moet er opgelet worden dat iedereen, in zijn kleine equipe, indicatoren en feedback van de performantie krijgt » (Medisch directeur, 93)*

Dat is bijvoorbeeld de tactiek van de verantwoordelijke van de kwaliteit in de dienst radiotherapie:

*« Onze dienst is vragende partij voor een feedback over de indicatoren. We doen het minstens een maal per jaar over hetgeen we beschikken. De mensen houden van hun performantie te zien, zowel op financieel vlak als op kwaliteit. Dat is zeker heel belangrijk, voor ons en voor hen [...] In het begin was het op vraag van de artsen, en vervolgens vroeg iedereen ons 'waarom wij niet? We zouden willen weten hoeveel patiënten we hebben, hoeveel er tevreden zijn, zijn er veel patiënten die wachten...' »*

*«MRSA zit momenteel nog niet in de decentrale boordtabel, gaat er deel van uit maken, de decentrale boordtabel is op het niveau van een afdeling krijgen de hoofdverpleegkundigen een foto, per maand, van een aantal activiteitsgegevens en daarnaast een aantal kwalitatieve gegevens. MRSA, ik heb daar mijn mosterd gehaald in een Zweeds ziekenhuis, daar hangt op IZ bijvoorbeeld de score van MRSA uit, continu. Hoeveel MRSA patiënten hebben we, hoeveel hadden we er gisteren, en vorige maand en zijn we erop vooruit gegaan, een continue prikkel, de fierheid van we hebben geen MRSA, niet alleen voor verpleegkundigen maar ook voor artsen. Dus heel het antibioticabeleid is daar ook op afgesteld, dat geeft zo een drive» (Directeur van het verpleegkundig departement, 34)*

Om zich van een uitvinding op lange termijn eigen te maken, moeten de professionals de resultaten kunnen « aanraken » op een objectieve manier. De performantie indicatoren die geïmplementeerd werden om dit of dat project op te volgen, vinden daar dus een bijkomende toepassing : de motivatie van het personeel.

## 8.4.5 De beschikbaarheid van de middelen

De implementering van de projecten en de performantie indicatoren is eveneens bepaald door wat we kunnen noemen « de beschikbaarheid van de middelen », het is te zeggen de bereikbaarheid van de technische, financiële of menselijke middelen die nodig zijn. De vraag van de kost van de kwaliteit en de angst van middelen te vragen van de zorg of van de administratie kwamen dikwijls terug in de interviews. De professionals hebben voornamelijk drie types van middelen naar voor geschoven: de informatie (de « data availability »), human resources en financiële middelen op lange termijn.

### 8.4.5.1 De « data availability »

De kwestie van de beschikbaarheid van de informatie werd reeds aangehaald in het tweede deel als een van de factoren van het ongelijk ontwikkelen van categorieën van indicatoren. Het opvolgen van financiële, activiteits en human resources indicatoren, is inderdaad bevorderd door de aanwezigheid van gegevensbanken voor het beleid. Omgekeerd, de creatie van klinische indicatoren kampt soms met moeilijkheden voor het bekomen van de gegevens, hetzij omdat de bronnen in verschillende diensten liggen (eventueel in een informaticaprogramma maar dat niet compatibel is), hetzij definities die niet homogeen zijn, hetzij procedures van meting die subjectief zijn of die veel tijd in beslag nemen.

Verschillende professionals hebben nadruk gelegd op de noodzaak om een datawarehouse op te bouwen die toelaat om klinische indicatoren te meten op een betrouwbare en geautomatiseerde manier, wat vermijdt om te veel personeel te wijten aan deze meting. De ziekenhuizen die nog niet over een medisch informaticadossier beschikken, aanzien het als een adequate bron voor verschillende soorten van klinische gegevens en verwachten dus een technische ondersteuning voor hun toekomstige projecten voor de verbetering van de performantie :

*« Met het geïnformatiseerde dossier, kunnen we nu en in de toekomst, verschillende criteria van dit dossier nemen die echt indicatoren zijn om te weten 'hoe wordt dat probleem opgevolgd?'. Ik neem een stom voorbeeld: de score van pijn. Hebben we geobserveerd of dat de zieke pijn heeft of niet? Is er een verschil tussen iemand die in een klinisch pad zit of iemand die, voor dezelfde pathologie binnenkomt maar niet in een klinisch pad zit aangezien hij op een andere site werkt? We kunnen ook niet alles doen ».* (Directeur van het verpleegkundig departement, 104)

De ziekenhuizen die al beschikken over een geïnformatiseerde dataset zien er zelf een essentieel voordeel in:

*«We hebben een enorme dataset, ik denk dat alles hier geregistreerd kan worden, als het niet vlot uit de systemen kan gehaald worden, dan kan het wel ergens geprogrammeerd worden om er vlot uit te halen»* (Kwaliteitscoördinator,35)

*«Door automatisering kan je veel gericht gaan werken omdat je niet meer in de massa van gegevens verdwaald. Je kan veel meer aan exception reporting gaan doen waardoor de kwaliteit van uw indicator veel nuttiger wordt»* (Algemeen directeur, 51)

#### 8.4.5.2 Gekwalificeerd personeel

De conditie van de belangrijkste middelen om een performantiebeleid te leiden is waarschijnlijk de beschikbaarheid van *gekwalificeerd* personeel. Dat is namelijk een punt waarop de IHI nadruk legt, waarin de succesvolle innovaties in de ziekenhuizen gebaseerd zijn op een personeel met, niet enkel technische maar ook gedragsvaardigheden (nieuwsgierigheid, analytische vaardigheden, het vermogen om te werken met de andere beroepen, om het vertrouwen te geven...).

De human resources moeten hier dus kwalitatief en kwantitatief ontworpen zijn.

*Kwantitatief*, door het aantal FTE aan de performantieprojecten gewijdt. De noodzaak om een voldoende staff, voor die projecten te sturen, kan geconstateerd worden aan de verschillen tussen de belangrijkste ziekenhuizen en die van kleinere structuren, die niet over specifiek personeel beschikken voor het opvolgen van indicatoren. De verantwoordelijkheid van de performantieprogramma's is normaal gezien altijd aan dezelfde personen gegeven, die ze uitvoeren bovenop hun eigen taken. Daardoor, worden projecten dikwijls opzij geschoven, zoals de verpleegkundig directeur van ziekenhuis L hier aangeeft:

*« In de kleine instellingen, is het duidelijk dat het altijd over korte termijn gaat. De projecten die over middellange en lange termijn gaan, dat gaat verloren, aangezien we te veel dingen onmiddellijk moeten doen »* (Directeur van het verpleegkundig departement, 124)

*Kwalitatief*, op het niveau van het vermogen van de werknemers (medisch, verpleegkundig of administratief) om de gegevensbanken en de indicatoren te kunnen gebruiken. Het aantal opmerkingen van de geïnterviewden over de coderingsproblemen. Deze opleiding, zou ideaal gezien, breder moeten gaan zodat de interpersoonlijke vaardigheden, die hierboven aangehaald werden, en de fijnere kneepjes van het management van een project ook aangeleerd worden. Het blijkt echter dat de ziekenhuizen, de dag van vandaag, meer tijd vesteden aan de technische opleiding.

#### 8.4.5.3 De financiële middelen op lange termijn

De kwestie van de financiële middelen is vergelijkbaar met die van de human resources: de allocatie van gespecialiseerd personeel is meestal de grootste bron van uitgaven in de projecten van verbetering van de performantie.

Een algemeen directeur, die geïnterviewd werd, heeft een specifiek punt benadrukt, die meer bepaald de projecten, gefinancierd door de FOD, aangaan (maar zijn constatacie is eveneens van kracht voor de initiatieven die intern zijn aan het ziekenhuis): het beleid van performantie moeten financiering voorzien op lange termijn

*« Wanneer het ministerie studies aanvraagt, zouden ze tegelijkertijd een financiering moeten voorzien indien het positief is. Indien dat er niet is, wordt heel het systeem gedemotiveerd. Er wordt niet meer meegedaan aan verschillende projecten, als je weet dat er geen financiering voor is en dat je het zelf moet betalen »* (Algemeen directeur, 101)

Deze algemeen directeur stelt voor om het geld van globale plannen te verplaatsen met het oog op het helpen van de ziekenhuizen voor de lokale kwaliteit:

*« In plaats van initiatieven te financieren die voor niets dienen, kankerplan bijvoorbeeld, waarom dat geld niet gebruiken om te proberen stimuleren voor alles wat kwaliteit is ? » (Algemeen directeur, 31)*

De verantwoordelijken van de projecten en de werknemers die eraan meewerken zijn ontmoedigd door het werken aan het volbrengen van strategische doelstellingen van hun instelling indien de duurzaamheid van de resultaten van hun inspanningen niet gegarandeerd is of in het geval van het sterven van herhaaldelijke initiatieven van verandering. Heel prozaïsch, het zal moeilijk zijn om een personeelslid te vinden, bereid om zich te engageren in een project of van een stabiele job te verlaten als hij niet het perspectief heeft van een functie op lange termijn.

Echter, omgekeerd, hebben enkele geïnterviewden geuit dat het gevaarlijk is om kwaliteit met de financiering te linken. Dit zo eventueel kunnen leiden tot het manipuleren van de gegevens:

*« Ik wil een correcte registratie. Maar vanaf dat daar financiering of een erkenning aan vasthangt word er geïmagineerd. Ziekenhuisdirecties kunnen zeggen van wij gaan dat niet doen, in de sektor ga je mensen hebben die het toch doen. ik kan u zo voorbeelden geven van wat er onterecht gecodeerd word, ik vind ook dat het niet kan dat de overheid niet ingrijpt. Als heel de sektor het weet dan moet de overheid het ook weten. Ik ga geen klikspaan zijn maar als iedereen het weet dan moet het toch tot aan de oren van de overheid komen en dan zou er toch eens een inspectie kunnen zijn. Wat heb je dan gewonnen? Niets. Dan kan je het beter uit de financiering en uit de erkenning laten dan heb je tenminste een kwaliteitsvolle registratie, en dan zal de kwaliteit verbeteren maar ontkoppel het dan van de financiering en de erkenning. Maar anders moet je er zeer strikte controles op inbouwen en sterke penalisaties hebben. We hebben daar niet de middelen, de competenties voor, en het gebeurt niet. » (Algemeen directeur, 51)*

## 9 Performantie-indicatoren in psychiatrische hospitalen en diensten

Prof. Dr. em. Franz Baro

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft steeds groot belang gehecht aan het uitbouwen van een kwaliteitsbeleid in psychiatrische voorzieningen.

In een reeks publicaties wordt een kader geboden dat de realisatie van een kwaliteitsbeleid aanmoedigt en verankert in het algemeen gezondheidsbeleid.

Een mijlpaal vormt de publicatie van 'Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 1' (1994) en 'Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 2' (1997). Deze volumes bevatten enerzijds aanbevelingen voor kwaliteitszorg in een brede waaier van psychiatrische voorzieningen en anderzijds voorstellen van kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten.

Een tweede mijlpaal vormt de WGO-publicatie in 2003 van 'Quality Improvement for Mental Health (Mental Health Policy and Service Guidance Package)'.

Deze publicatie is een onderdeel van een reeks 'Guidance Packages', namelijk:

- The Mental Health Context
- Mental Health Policy, Plans and Programmes
- Mental Health Financing
- Mental Health Legislation and Human Rights
- Advocacy for Mental Health
- Organization of Services for Mental Health
- Quality Improvement for Mental Health
- Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health

[http://www.who.int/mental\\_health/en](http://www.who.int/mental_health/en)

Talrijke projecten zijn ontwikkeld in samenhang met deze WGO-benadering.

Ter illustratie: het project 'Validation du WHOQOL-bref en hôpital psychiatrique sécuritaire' (Saloppé X. & Pham T.H.), waarbij de validatie van een verkorte versie van het 'WHO Quality of Life' meetinstrument onderzocht is bij een populatie van delinquenten met psychiatrische stoornissen in België.

[www.psychiatrieviolence.ca/articles/saloppe\\_pham.pdf](http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/saloppe_pham.pdf)

McEwan K. & Goldner E.M. (2001) beschrijven een belangwekkend en zeer ruim **conceptueel concept** betreffende 'Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale: Trousse d'évaluation. Agence de la santé publique du Canada'.

Dit concept wordt weergegeven in Annex 1.

[www.santepublique.gc.ca](http://www.santepublique.gc.ca)

Andere invalshoeken bieden 'Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries' (Hermann et al., 2004) en

'Quality indicators. Defining and measuring quality in psychiatric care for adults and children' (American Psychiatric Association, 2002).

Uitgebreid materiaal is beschikbaar in **kenniscentra** zoals

- Washington State Department of Social and Health Services: ' Statewide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators'  
<http://www.dshs.wa.gov/dbhr/mhperfindicators.shtml>
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Sante – IRDES (Paris): 'Indicateurs de performance hôpitaux psychiatriques'  
<http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/Recherche.html?cx=007387993133100041965%3A&mtpe1wenja&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=INDICATEURS+PERFORMANCE+HOPITAUX+psychiatriques&sa.x=0&sa.y=0&siteurl=www.irdes.fr%252FEspaceDoc%252FLiensUtiles%252FSitesEtrangers%252FUnionEuropeenne.html#1132>

Aanvankelijk waren de indicatoren voor psychiatrische voorzieningen weinig specifiek; zij werden afgeleid van de indicatoren van de algemene zorgvoorzieningen.

Deze evolutie naar méér specificiteit komt duidelijk naar voor in het kwaliteitsbeleid voor psychiatrische ziekenhuizen in **Vlaanderen**.

In het kwaliteitsdecreet van 1997 heeft de Vlaamse Overheid een eerste set van thema's opgelegd voor de psychiatrische ziekenhuizen (zowel bij vrijwillige als gedwongen opname), namelijk:

- onthaal (van het eerste contact tot de eerste zorginterventie)
- geneesmiddelendistributie (het voorkomen van fouten)
- zorgcommunicatie (intra- en interdisciplinaire communicatie).

Deze drie thema's werden gekozen aan de hand van volgende criteria:

1. sterke mate van aansluiting met het kwaliteitsdecreet
2. groot impact op de patiënt, de zorgverlener en de maatschappij
3. haalbaarheid (mede door beperking van het aantal indicatoren).

Naast de opgelegde thema's kon elke voorziening ook kiezen voor vrije thema's. De eigen keuze moet berusten op een grondige argumentatie en de doelstellingen moeten "SMART" geformuleerd worden: specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, resultaatgericht en tijdgebonden.

Om een nuttige signaalfunctie te vervullen, dienen de psychiatrische indicatoren (ook de minimale gegevens) aan een aantal criteria te voldoen. Indicatoren dienen valide, betrouwbaar en haalbaar te zijn – net zoals in de algemene ziekenhuizen.

Voor de geselecteerde indicatoren werd een jaarlijkse rapportage van de meetresultaten op een gestandaardiseerde wijze (via het kwaliteitshandboek- en plan) gevraagd.

Een overzicht van de performantie-indicatoren voor psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen wordt gegeven in Annex 2.

In een latere fase, na een nieuw kwaliteitsdecreet in 2003, is de Vlaamse Overheid afgestapt van de verplichte thema's. De overheid wil enkel een kader creëren dat voorzieningen aanmoedigt tot het voeren van een kwaliteitsbeleid. Zij beschouwt de invulling van het kwaliteitsbeleid binnen de voorzieningen meer dan ooit als een zaak van de voorzieningen zelf: kwaliteitsbeleid is organisatiebeleid.

Het is aan de voorzieningen zelf, dus ook de psychiatrische voorzieningen, om de resultaten van hun specifieke kwaliteitsactiviteiten zichtbaar en aantoonbaar te maken in een zelfevaluatie.

Hiervoor worden vier domeinen vooropgesteld: de klinische performantie, de operationele performantie, de evaluatie door de gebruiker en de evaluatie door de medewerker. De overheid zal door middel van een externe evaluatie regelmatig toezien op de zelfevaluatie.

In 2010 bracht het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een rapport uit over de eerste resultaten van 'Het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen'. Het rapport toont aan dat werken aan kwaliteit loont.

[http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=22916&terms=UITVOERINGSBESLUIT+VOOR+DE+PSYCHIATRISCHE++ZIEKENHUIZEN+EN+DE+CENTRA+VOOR+GEESTELIJKE++GEZONDHEIDSZORG](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=22916&terms=UITVOERINGSBESLUIT+VOOR+DE+PSYCHIATRISCHE++ZIEKENHUIZEN+EN+DE+CENTRA+VOOR+GEESTELIJKE++GEZONDHEIDSZORG)

In het **Franstalige deel van België** levert het netwerk 'Qualpsy' sedert 2007 een merkwaardige bijdrage aan de indicatoren in de psychiatrische zorgverlening (mededeling van E. Pierrard en C. Deleuw, 2011).

[eric.pierrard@fracarita.org](mailto:eric.pierrard@fracarita.org)

Het netwerk omvat de kwaliteitscoördinatoren van 17 Franstalige psychiatrische ziekenhuizen uit Wallonië en Brussel en werkt op basis van de contracten 'coördinatie kwaliteit et patiëntveiligheid', die de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid gesloten heeft met de ziekenhuizen.

<http://www.nehap.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Coordinationpatientqualityands/index.htm?fodnlang=nl>

Deze contracten hebben tot doel de inspanningen te erkennen die door de ziekenhuizen worden geleverd op het vlak van kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid. Ondermeer via deze weg wil de FOD de ziekenhuizen verder aanzetten tot het ondernemen van kwaliteits- en patiëntveiligheidsinitiatieven.

De contracten kaderen binnen een strategische visie en een vijfjarenplan dat vastligt tot 2012. Vanaf 2008-2009 zijn de contracten gedifferentieerd per type ziekenhuis en gebaseerd op de volgende drie pijlers:

- Pijler 1: het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem
- Pijler 2: het analyseren en (her)ontwikkelen van een proces
- Pijler 3: het samenstellen van een multidimensionale indicatorenset.

Hierbij benadrukt *Qualpsy* dat een kwaliteitsvolle relatie met de psychiatrische patiënt en zijn leefgenoten, in het kader van de interdisciplinaire behandeling eigen aan de geestelijke gezondheidszorg, gekenmerkt is door tal van moeilijk zichtbaar te maken componenten. Het is dus belangrijk indicatoren te ontwikkelen die de kwaliteitsdimensie wél zichtbaar maken.

In de eerste plaats denkt *Qualpsy* aan twee specifieke componenten : de kwaliteit van de therapeutische binding tussen patiënt en therapeut, en de mate van actieve participatie van de patiënt aan de behandeling.

Andere specifieke aandachtspunten betreffen gewelddadig gedrag vanwege patiënten en bepaalde behandelingsmaatregelen zoals isolatie en dwang.

Ook de recente reconversie op vlak van transmurale processen, bekend als artikel 107 (Pijler II 2011) is uiterst belangrijk want haar welslagen zal bepaald worden door de kwaliteit van communicatie tussen de betrokken teams.

*Qualpsy* wil prioritair indicatoren ontwikkelen die nauw samenhangen met de missie, visie, doelstellingen en strategie met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid binnen elke psychiatrische instelling. Dan wordt de indicator méér dan een mogelijkheid tot meten, maar tevens een bijdrage tot specifiek leren, motiveren en kwaliteitsverbetering op niveau van bestuur, geneesheren en alle medewerkers.

Op deze wijze opteert *Qualpsy* enerzijds voor een groot aantal indicatoren verspreid over de instellingen en anderzijds voor een beperkt aantal indicatoren in de nationale set voor alle instellingen.

De nationale indicatorenset moet antwoord bieden op de vraag : « In welke mate volgt dit bepaald psychiatrisch ziekenhuis het federaal beleid op vlak van kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid ? ».

De andere indicatoren worden geselecteerd en gebruikt door elk psychiatrisch ziekenhuis afzonderlijk en de resultaten blijven vertrouwelijk. Vanzelfsprekend is onderlinge samenwerking mogelijk en aanbevolen.

Ten opzichte van Pijler III (evaluatie aan de hand van indicatoren) heeft *Qualpsy* volgende bedenkingen :

- een psychiatrische context is meestal dermate complex dat het onmisbaar is elk metingresultaat te interpreteren in functie van de specificiteit van de instelling



(kenmerken van de populatie, sociaal-economische inplanting, aard en ernst van de pathologie,...)

- met deze specificiteit moet ook iedere poging tot 'ranking' (overigens niet gewenst door de psychiatrische instellingen) rekening houden, zoniet zou de door *Qualpsy* beoogde samenwerking en kwaliteitspromotie snel in gevaar komen door onderlinge rivaliteit
- even belangrijk als het ontwikkelen van indicatoren vindt *Qualpsy* de studie van operatoren, ter beantwoording van vragen als: « Welke factoren hebben deze ziekenhuisafdeling gunstig beïnvloed? Welke behandeling heeft voor bepaalde patiënten tot gunstige resultaten geleid? Kan dergelijke behandeling toegepast worden in een andere afdeling of ziekenhuis? Gelden hierbij voorafgaande voorwaarden? »

Kenmerkend voor *Qualpsy* is het intens uitwisselen van 'good practices'. Het netwerk wenst hiermee door te gaan en kijkt uit naar de publicatie van een nieuw vijfjarenplan (2012-2017) door de FOD Volksgezondheid.

Ook in **Nederland** wordt in de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de forensische psychiatrie ernstig gewerkt aan specifieke prestatie-indicatoren.

De basisset prestatie-indicatoren bevat 28 indicatoren in drie hoofdstukken:

effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Deze drie onderdelen vormen samen de uitwerking van 'kwaliteit en zorg' zoals de Nederlandse Kwaliteitswet die omschrijft.

[www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl)

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

De keuze van de indicatoren steunt op de uitgangspunten beschreven in 'Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, basisset 2007-2008'.

Deze uitgangspunten worden samengevat in Annex 3.

Zoals in elke basisset voor algemene gezondheidszorg wordt ook in de psychiatrische voorzieningen onderscheid gemaakt tussen drie soorten indicatoren: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Structuurindicatoren geven informatie over elementen van de voorzieningsstructuur die de zorgverlening mogelijk maken (bijvoorbeeld de beschikbaarheid van een standaardprocedure voor somatische zorg door een niet-psychiater).

Structuurindicatoren worden eerder zelden gebruikt in het kader van kwaliteitsverbetering daar ze vaak moeilijk beïnvloedbaar zijn van binnenuit.

Procesindicatoren richten zich op aspecten van het verloop van zorgprocessen (op directe of indirecte wijze) die invloed hebben op de kwaliteit van zorg.

Procesindicatoren zijn geschikt wanneer er een duidelijk verband bestaat tussen het proces van zorgverlening en het resultaat van de zorg (bijvoorbeeld de wachttijd voor het starten van de behandeling).

Uitkomstindicatoren geven een indicatie over het gewenste of ongewenste resultaat van de zorgverlening.

Uitkomstindicatoren zijn geschikt wanneer ze zorgverleners op het spoor brengen van de processen die moeilijk verlopen en aanleiding geven tot zwakke resultaten (bijvoorbeeld satisfactiemetingen van patiënten, familie of zorgverleners over het onthaal).

Zowel uitkomst- als structuurindicatoren moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, in het bijzonder wanneer de resultaten beïnvloed zijn door factoren waar de organisatie, in casu het psychiatrisch ziekenhuis geen vat op heeft.

De Nederlandse term uitkomstindicator geeft soms aanleiding tot misverstand omdat de term in het Engels twee varianten kent: output en outcome.

Outputindicatoren geven een indicatie van een resultaat van een zorgproces (bijvoorbeeld het aantal ontslagen patiënten dat bereikt wordt met nazorg).

Outcomeindicatoren geven een indicatie van de resultaten van de zorg (bijvoorbeeld de mate waarin de cliënt vindt dat de behandeling hem sterk geholpen heeft).

In de indicatorenset worden beide varianten uitkomstindicatoren genoemd.

De indicatoren worden in de praktijk - ook in Nederland - met verschillende instrumenten en op verschillende wijze gemeten. Hierdoor ontstaan verschillen in uitkomst en frequentie van meten, wat de indicatoren onvoldoende valide en vergelijkbaar maakt. Er is dan ook voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de gegevens.

In Nederland (Wijngaarden & Kok, 2007) worden bepaalde meetinstrumenten aanbevolen ten behoeve van indicatoren, zoals:

1. verandering in ernst van de psychiatrische problematiek
  - BSI (Brief Symptom Inventory)
  - BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
  - MATE (Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie)
2. verandering in dagelijks functioneren van de patiënt
  - HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
3. verandering in ervaren kwaliteit van leven van de patiënt
  - MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
4. ervaringen van de patiënt
  - CQ-index (Consumer Quality Index).

Aansluitend op bovenstaande basisset prestatie-indicatoren ontwikkelt de Stuurgroep Zichtbare Zorg ook specifieke indicatoren voor de forensische psychiatrie. Deze worden, onder meer, gebruikt in Penitentiair Psychiatrische Centra ter meting van delict risico, recidive, separatie, geweldsincidenten, e.d.

Een voor de psychiatrie hoogst belangrijke ontwikkeling in recente jaren betreft de evaluatie door de gebruiker. Deze evaluatie ligt in het verlengde van het vroegere thema 'patiëntentevredenheid of -satisfactie', maar zij richt zich op een diepgaander problematiek, eigen aan de psychiatrie.

Inderdaad zijn vele psychiatrische patiënten slachtoffer van sociale exclusie en discriminatie. Bovendien worden zij, samen met familie en vrienden, in psychiatrische voorzieningen vaak uitgesloten van informatie, keuze en controle.

Deze problematiek werd door WGO aangetoond in 42 Europese landen en naar voor gebracht in een meeting met de Europese Commissie: '**Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership**' (2010).

[http://www.eufami.org/index.php?option=com\\_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24](http://www.eufami.org/index.php?option=com_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24)

"If the evaluation of services [is] genuinely to reflect the concerns and views of the people who use them rather than those of providers, then users should lead the process at every stage: from the questions asked, through the collection, analysis and interpretation of data to the final reporting of the results and development of recommendations for change." (Kotecha, 2007).

Vanzelfsprekend gelden hier ernstige beperkingen, nog meer in psychiatrische ziekenhuizen dan in algemene ziekenhuizen.

'Currently, only the Netherlands and the United Kingdom have legislative requirements for engaging patients and the public in health care policy. Other European countries use local, democratic mechanisms, plus patients' rights and complaint systems. Effective involvement needs a strategy that goes beyond simply electing lay representatives to boards and committees since many people with health problems feel unable to stand for election or may drop out of regular participation once elected' (Tritter & McCallum, 2006).

Niettegenstaande de beperkingen biedt 'user involvement' (met de overeenkomende performantie-indicatoren) fundamentele voordelen.

'Yet, such involvement leads to evaluations, which are more relevant to people's needs and concerns. Further benefits include developing more relevant outcome indicators, improving the quality of information obtained from service recipients (who often speak more freely to peer interviewers) and suggesting practical change strategies to improve services' (Wallcraft J. et al., 2009).

In bovenvermelde WHO-meeting (2010) werd een kritisch overzicht geboden van 'Quality assurance/monitoring of mental health services by service users and carers' (Sweeney & Wallcraft).

Dit overzicht is terug te vinden in Annex 4.

## **Besluit:**

Hoewel de studie betreffende 'L'utilisation des indicateurs de production hospitalière dans le financement des hôpitaux en Belgique' (Closon, 2002) niet specifiek handelt over psychiatrische voorzieningen, biedt zij wel een interessant en eigentijds kader om psychiatrische kwaliteitsindicatoren in perspectief te plaatsen:

'Il faut accroître la transparence par rapport aux besoins et à la performance et prendre en compte l'ensemble des facteurs ayant un impact sur l'utilisation des ressources dans le financement des hôpitaux pour maintenir l'accessibilité aux soins et éviter le développement d'une médecine à deux vitesses.'

[www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps](http://www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps)

Hierbij aansluitend blijkt, meer dan ooit, dat het meten met behulp van prestatie-indicatoren onmisbaar is om de kwaliteit van de psychiatrische ziekenhuizen en diensten in België continu te monitoren en te verbeteren.

## **Bibliografie**

American Psychiatric Association (2002): Quality indicators. Defining and measuring quality in psychiatric care for adults and children. Washington, APA.

Closon M.C. (2002) : 'L'utilisation des indicateurs de production hospitalière dans le financement des hôpitaux en Belgique'.

[www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps](http://www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps)

Hermann R., Soeren M., and the Members of the OECD Mental Health Care Panel (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris, OECD.

Kotecha N. et al. (2007). A guide to user-focussed monitoring. London, Sainsbury Centre for Mental Health.

McEwan K. & Goldner E.M. (2001) : Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : Trousse d'évaluation. Agence de la santé publique du Canada.

[www.santepublique.gc.ca](http://www.santepublique.gc.ca)

Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009): Basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010; Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Den Haag, Zichtbare Zorg.

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009): Forensische Psychiatrie; Subset GGZ/Verslavingszorg; Basisset prestatie-indicatoren. Den Haag, Zichtbare Zorg.

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

Tritter J.Q. & McCallum A. (2006): The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76:156–168.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: Het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen (2 juli 2010).  
[http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_nieuws.aspx?id=25875](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_nieuws.aspx?id=25875)

Vlaamse Gemeenschap: Decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen (25 februari 1997).

Vlaamse Gemeenschap: Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (17 oktober 2003) .

Wallcraft J., Amering M. & Schrank B. (2009): Handbook of service user involvement in mental health research. Oxford, Wiley-Blackwell.

Washington State Department of Social and Health Services (2011): Mental Health-Performance Indicator report.  
<http://www.dshs.wa.gov/dbhr/mhperfindicators.shtml>

Wijngaarden B. van & Kok I. (2007): Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: Ernst van de problematiek, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven. Utrecht, Trimbos-instituut.

World Health Organisation (1994): Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 1, Geneva, WHO.

World Health Organisation (1997): Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 2, Geneva, WHO.

World Health Organisation (2003): 'Quality Improvement for Mental Health (Mental Health Policy and Service Guidance Package)'. Geneva, WHO.

World Health Organisation Regional Office for Europe (2010): Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership. EUFAMI, Leuven.  
[http://www.eufami.org/index.php?option=com\\_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24](http://www.eufami.org/index.php?option=com_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24)

## 10 Conclusie: pistes voor de implementering van een indicatorenset

De FOD-SP wenst een indicatorenset te implementeren voor de performantie op te meten in de ziekenhuizen in het kader van een continue verbeteringsaanpak.

Deze set van indicatoren moet eveneens toelaten om de evolutie van de performantie op te volgen (klinische en niet klinische) van de ziekenhuizen zowel op micro niveau (diensten van het ziekenhuis), meso (directie van de ziekenhuizen) als macro (publieke autoriteiten). Verschillende oplossingen bestaan op macroniveau: beleid van de zorginstellingen, performantie van het gezondheidssysteem, indicatoren met impact, internationale indicatoren (OCDE, OMS, andere).

Dit onderzoek bestaat uit een voorbereidende fase die essentieel is aan de implementering is van zo een indicatorenset.

Een belangrijk resultaat is het actueel gemis, in het merendeel van de Belgische ziekenhuizen, van een niveau dat voldoende voorbereid was om spontaan en op een optimale manier tot een indicatorenset te komen in andere dimensies dan de financiële dimensie.

Vooraleer een indicatorenset te implementeren, moeten een aantal dingen vooraf bepaald worden.

### **1. Prioriteiten voor het ziekenhuisbeleid moeten duidelijk vastgesteld worden**

Het ziekenhuissysteem verwacht van de autoriteiten dat ze duidelijke doelstellingen bepalen in termen van globaal gezondheidsbeleid en in termen van ziekenhuisbeleid.

De **coördinatie tussen de verschillende niveaus van macht** wat de vereisten tegenover de ziekenhuizen betreft is onvermijdbaar om de taak te vergemakkelijken.

### **2. Verbetering van de zorgen of publieke verantwoordelijkheid?**

De indicatorensets verschillen afhankelijk van het feit of ze gebruikt worden door de ziekenhuizen om zich te verantwoorden met betrekking tot hun activiteiten aan de publieke autoriteiten (accountability of accreditering of financiële valorisatie van de kwaliteit) of dat het belangrijkste doel de verbetering van de performantie is.

Het is evenzeer van kracht voor het validiteitsniveau dat vereist is voor de gegevens.

Deze keuze is van primordiaal belang want het is niet voldoende om te meten om te verbeteren.

### **3. Een indicatorenset om de verbetering te bevorderen? Goed starten**

- *De ziekenhuisperformantie in zijn globaliteit bekijken*

In functie van de performantiedoelstellingen gedefinieerd door de autoriteiten, verschillende prioritaire dimensies (kwaliteit, veiligheid, patient-centeredness, ...) moeten gemonitord en geëvalueerd worden. Onder deze verschillende conceptuele herziene modellen, dat opgebouwd door het project PATH lijkt ons het meest compleet.

- *Ziekenhuisprofessionelen die opgeleid en geïmpliceerd zijn*

De gezondheidswerkers zijn meestal niet opgeleid voor het gebruik en de analyse van de indicatoren tijdens hun basisopleiding. Opleidingen voorstellen aan de ziekenhuizen voor al de professionelen is een voorbereiding voor de implementatie van een indicatorenset. De opleidingen zouden moeten gaan over de prioriteiten van het gezondheidssysteem en het ziekenhuissysteem, performantienoties, klinische kwaliteit en veiligheid van de patiënt, eveneens de meting van deze dimensies en de opties die beschikbaar zijn voor een nodige verbetering.

Voor de professionelen die het meest geïnvesteerd zijn in de meting en de implementatie van verbeterprojecten van de performantie, de specifieke opleidingen die het beleid van projecten betreffen en het management van organisatorische aanpassingen, alsook de meting en de interpretatie van de indicatoren.

De FOD zou een rol kunnen spelen op dit niveau door opleidingen voor te stellen over de behoeften van de verschillende categorieën van ziekenhuiswerkers en/of door de opleidingen te labelen.

De professionelen van het werkveld zullen de gebruikers zijn van de indicatoren. Ze moeten dus geïntegreerd worden vanaf het begin in de reflexie om zich de aanpak eigen te maken.

- *Bouwen op concluderende ervaringen*

Meerdere initiatieven bestaan in België en in het buitenland, enkelen onder hen evolueerden door lessen te trekken uit hun ervaringen.

Interessante pistes zijn de sets per pathologie die opgesteld werden vertrekkend van aanbevelingen van goede praktijken en waarvan de resultaatsindicatoren afleiden in proces en structuurindicatoren aangepast aan de verschillende niveaus van het ziekenhuis.

Enkele Belgische ziekenhuisorganisaties beginnen indicatorensets te ontwikkelen en te testen. Deze ervaringen zouden een voorbeeld kunnen worden van good practices, voor zover dat ze goed geëvalueerd worden en dat de resultaten van deze evaluaties gedeeld worden.

- *Samenwerkingen ontwikkelen*

De FOD-VG, de communautaire autoriteiten maar ook het IGZ, het KCE, het Kankerregister ontwikkelen indicatoren die gecommuniceerd worden aan de ziekenhuizen. Een samenwerking tussen deze instellingen laat toe de taken van ieder duidelijk te stellen. Een duidelijke communicatie aan de ziekenhuizen zou dan mogelijk zijn, dat de vermenigvuldiging van aanvragen van gegevens zou vermijden.

- *Kwaliteitsgegevens verzekeren*

De kwaliteit van de gebruikte gegevens om de performantie te meten moet altijd in evenwicht zijn met de werklast, uitgelokt door de verzameling en het valideringsproces van deze gegevens.

Een optimaal gebruik van de routinematig verzamelde gegevens is aanbevolen voor zover deze het onderwerp zijn van een minimum aan validering en dat ze geïnterpreteerd worden met de nodige voorzorgen. De FOD-VG is niet de enige autoriteit die over interessante gegevens beschikt. Het IGZ, het Kankerregister, evenals het intermutualistisch agentschap beschikken eveneens over hun eigen databanken. Deze laatste zouden een verschillend

licht kunnen brengen op een aantal problemen zoals oncologie, de opvolging van het overleven of zorgepisodes. Ze laten eveneens toe de verschillende dimensies te meten zoals de beantwoording van de behoeften van de gemeenschap.

De gegevens uit de vragenlijst 'Jaarlijkse statistieken' hebben een speciale plaats. Het gaat in feite over een soepel instrument dat, indien er een volledige herziening zou gebeuren voor de voorafbepaalde doelstellingen en een validering per audit of controles, zou het toelaten om processen op te meten die onmogelijk zijn te bereiken via traditionelere databanken.

- *De interpretatie van de set te vergemakkelijken*

De set van indicatoren zal makkelijker te interpreteren zijn indien hij verwijst naar zorgstandaards en aanbevelingen van good practices.

Zijn verstaanbaarheid zal eveneens vergemakkelijkt worden door het gebruik van eenvoudige indicatoren en onmiddellijk verstaanbaar door de personen van het terrein. Ieder indicator moet begeleid zijn door een gestandaardiseerde fiche die de belangrijkste elementen van zijn definitie en zijn gebruik weergeeft. De organisatie van vergaderingen op het moment van de communicatie van de resultaten van de set, laat toe de technische informatie weer te geven en de ervaringen uit te wisselen. Het gebruik van de indicatoren zou vergemakkelijkt worden indien de instellingen een « catalogus » ontvingen van de redenen die de variaties zouden kunnen uitleggen van iedere indicator en de lessen te trekken uit hun positionering onder het geheel van resultaten. De organisatie van de bezoeken op het terrein, om de resultaten te begrijpen van de indicatoren is eveneens een te volgen piste.

- *Een regelmatige en snelle feedback verzekeren*

De feedback moet sneller bekomen worden. De gecommuniceerde resultaten in een korte tijdsduur, laten toe de vooruitgang van de verbeteracties op te volgen en motiveren de professionelen van het terrein.

- *Een sterk signaal geven aan de ziekenhuizen*

De evolutie van de mentaliteiten zal zich niet overal voordoen. Voor dat de dimensies van de klinische kwaliteit en de veiligheid de financiële en de human resources dimensies bereiken in de belangrijkheid van de prioriteiten van de ziekenhuizen, hebben deze een sterk signaal nodig van de autoriteiten. Dit signaal zou kunnen bestaan uit sancties indien bepaalde vereisten niet gerespecteerd worden, de publieke verspreiding van de resultaten, of meer nog, het inbrengen van financiële incentives.

### ***Een verplichting van evaluatie***

#### *De set testen*

Vooraleer de verspreiding te veralgemenen, moet de set getest worden in een klein aantal ziekenhuizen en aangepast worden volgens de resultaten.

#### *Het programma evalueren*

De verbeterprogramma's van de performantie vereisen middelen. Zelf indien er weinig publicaties bestaan over de meting van het impact van deze programma's is het belangrijk om de evaluaties te sturen (en te voorzien vanaf het begin) zodat de middelen goed besteed worden.



### **Verbetering van de performantie: welke rol voor de ziekenhuizen?**

Een verbeterproject van de ziekenhuisperformantie kan niet slagen zonder de implicatie van de algemene directie in het proces. Concreet betekent dit:

- Een missie en een visie bepalen, die de aspecten van de kwaliteit en de veiligheid en van de performantie op hetzelfde niveau plaatst.
- Te bereiken operationele doelstellingen definiëren en het bereiken van deze doelstellingen meten.
- De missie, de visie en de doelstellingen communiceren aan de totaliteit van het ziekenhuis om het personeel te motiveren om ze te bereiken en een kwaliteit-veiligheidscultuur te ontwikkelen. Deze communicatie moet formeel zijn en herhaald worden. De mondelinge communicatie is te verkiezen boven de geschreven communicatie (mail of andere)
- Structurele condities aanbieden voor de implementatie van de verbetering: beschikken over opgeleid personeel tot metingsprojecten en verbetering van de performantie maakt deel uit van de functiebeschrijving, ontwikkelen van een registratie van ongewenste gebeurtenissen, die 'datawarehouse' ontwikkelen die snelle en gemakkelijke rapporten intern aanbieden en de nodige financiële middelen vrijmaken voor de implementering van verbeteringsprojecten.
- Een leadership verzekeren, het personeel motiveren op alle niveaus.
- De ziekenhuizen zouden eraan winnen om hun ervaringen, succes en falen, te delen en er lessen uit te trekken. Sommige ervaringen werden reeds opgemerkt.
- De keuze van de applicatie van de managementmodellen zoals dat van EFQM kunnen een welgekomen hulp aanbieden voor de coördinatie van de implementering van al deze etappes.

## **11 Aanbevelingen**

### **1. Duidelijke algemene gezondheid en ziekenhuisbeleidsprioriteiten formuleren in samenspraak met de verschillende niveaus van macht.**

2. Een set van indicatoren kiezen in functie van de doelstellingen en het op te volgen doel. Het is te zeggen, verbetering van de performantie

3. De indicatorenset opbouwen op basis van besluitende ervaringen en de professionelen van de zorg impliceren in hun ontwikkeling.

4. Voor de klinische kwaliteitsindicatoren, voorrang geven aan sets die gebaseerd zijn op aanbevelingen van good practices die de resultaatindicatoren afleiden in procesindicatoren en bruikbare structuur op ieder niveau van het ziekenhuis.

5. Kwaliteitsgegevens bepalen die geen bijkomende « administratieve » werklust opleggen aan het ziekenhuis (maximaal gebruik van alle bestaande gegevens: SPF, KCE, Kankerregister, IGZ, IMA, colleges van artsen en revisie in de diepte van de vragenlijst « Jaarlijkse statistieken »).

6. Pretest van de indicatorenset vooraleer hem te veralgemenen
7. Een verspreiding en een implementatieplan ontwikkelen van de indicatorenset:
  - De ziekenhuisprofessionelen opleiden
  - De verspreiding van de good practices van het management bevorderen
  - De verspreiding van diagnostische en therapeutische guidelines bevorderen
  - Te bereiken doelstellingen op niveau van de resultaten van de indicatoren vastleggen.
  - Een communicatieplan van de resultaten opbouwen
  - De consequenties van de niet bereikte doelstellingen verduidelijken
8. Een regelmatige en snelle feedback verzekeren
9. Een sterk signaal geven aan de ziekenhuizen
  - Zodat alle dimensies van de indicatorenset allen als even belangrijk beschouwd worden
10. Op wetenschappelijke wijze evalueren
  - Evaluatiemodaliteiten voorzien vanaf het ontstaan van het project.

## 12 Addendum bij het HPI.be rapport

### Set indicatoren die mogelijk operationeel kunnen worden in België

#### Inleiding

Zoals we reeds in de conclusies van het HPI.be rapport hebben gesteld, heeft het onderzoek aangetoond, na studie van de literatuur van de buitenlandse en Belgische ervaring en de interviews in Belgische ziekenhuizen, dat de meerderheid van Belgische ziekenhuizen momenteel een gebrek vertonen aan voldoende voorbereidingsniveau om zich spontaan en optimaal te beroepen op een set indicatoren in andere dimensies dan de financiële dimensie. Wij hebben hieruit besloten, alvorens een set indicatoren op te stellen, een reeks voorafgaande punten te beschouwen.

Het hoofdstuk over de Belgische ervaring toont aan dat de FOD-VG al 5 jaar lang beschikt over een set 'geïntegreerde multidimensionele feedback' dat aan zijn derde versie toe is. Deze feedback is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en internationale ervaring. Hieruit resulteerden door collega's bevestigde wetenschappelijke publicaties (Aelvoet, Windey et al. 2008; Aelvoet, Terryn et al. 2009; Aelvoet, Terryn et al. 2010). Ondanks de kwaliteit, bood de verspreiding van deze informatie aan ziekenhuisdirecteuren echter niet de mogelijkheid om een verbeteringsdynamiek in te stellen van de doeltreffendheid in ziekenhuizen zoals de resultaten van de interviews ons hebben aangetoond.

De FOD-VG heeft tot op heden afzonderlijke feedback gestuurd voor de multidimensionele feedback en het ISP.

Een gemeenschappelijke feedback zou enerzijds kunnen verzonden worden. Anderzijds, kan men een voordeel halen uit het werk dat werd verricht door andere Belgische spilfiguren zoals het Register voor Kanker en het ISP.

Hieronder geven wij een lijst van indicatoren die, op voorwaarde dat er rekening gehouden wordt met de aanbevelingen en de verduidelijkte beperkingen voor elke indicator, reeds beschikbaar zijn.

Zoals de auteurs van het rapport 'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière' dat deze maand oktober 2011 gepubliceerd werd, eraan herinneren, « is de finaliteit van een systeem van kwaliteitsindicatoren, haar capaciteit om acties voort te brengen ter bevordering van de kwaliteit van de zorgen: informatie voor actie. Daarenboven, moet dit systeem dynamisch kunnen zijn om te kunnen evolueren in de tijd in functie van nieuwe prioriteiten inzake de strijd tegen zorggebonden infecties. »

In dit zelfde rapport, herinnert het ISP ons dat er drie mogelijke doelstellingen bestaan voor een systeem van kwaliteitsindicatoren, doelstellingen dat het onderzoeksteam voor haar rekening neemt voor de set van prestatie indicatoren die hieronder worden weergegeven.

De doelstellingen zijn:

- De impact evalueren van het ziekenhuis-prestatie beleid op nationaal niveau. Deze doelstelling wordt "Impact op nationaal niveau" genoemd in de Tabel 8 hieronder.
- Een oordeel uitbrengen over de kwaliteit van elk ziekenhuis: een ziekenhuis moet kunnen verantwoording afleggen voor haar kwaliteit  
Deze doelstelling wordt 'Accountability-judgement' genoemd in de Tabel 8 hieronder.

- Bijdragen tot de plaatselijke bevordering van de kwaliteit en de ziekenhuizen aanmoedigen om hun acties en resultaten te meten en te verbeteren op vlak van de strijd tegen infecties in verband met zorgen

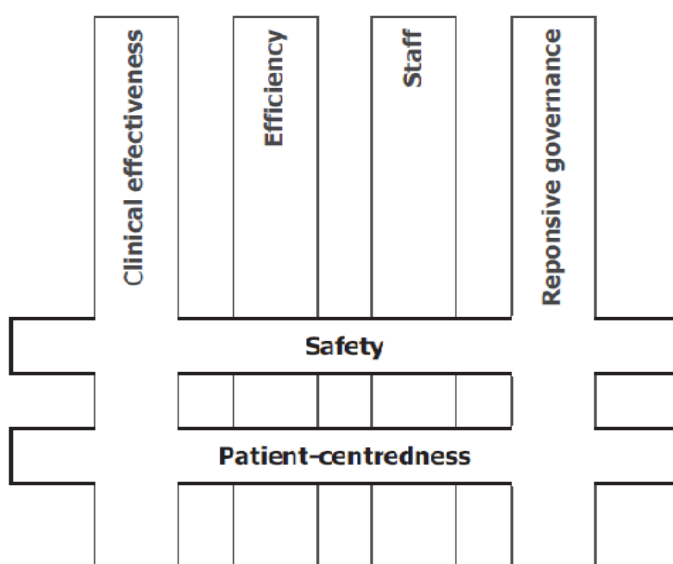
Deze doelstelling wordt ‘Plaatselijke bevordering’ genoemd in de Tabel 8 hieronder. Het ISP herinnert er ook aan dat "met elke doelstelling stemt een set indicatoren en een plan voor operationalisering overeen. Deze sets van indicatoren en plannen voor operationalisering zijn niet wederzijds exclusief."

Zoals we al gezien hebben tijdens de beschrijving van de ervaring van het Amerikaanse AHRQ, wanneer de indicatoren gebruikt worden ten behoeve van het accountability-judgement, kunnen ze gemakkelijker worden gemanipuleerd.

Tijdens ons onderzoek naar de internationale ervaring, leek het conceptueel kader van PATH project van de WGO (pagina 61), bijzonder aangepast aan de complexiteit van de evaluatie van de doeltreffendheid van de ziekenhuizen.

Ter herinnering, brengen wij hier opnieuw het schema met de dimensies van het PATH schema alsook de definitie van de verschillende dimensies ter sprake.

Afbeelding 11 : Het theoretische model van het PATH project voor ziekenhuis-prestatie (Veillard, Champagne et al.).



Tabel 7: Beschrijving van de dimensies en subdimensies van de ziekenhuis-prestatie (Veillard, Champagne et al.)

Dimensie	Definitie	Subdimensie
Klinische doeltreffendheid	De klinische doeltreffendheid is een dimensie van de doeltreffendheid waarin, een ziekenhuis, in de lijn van de huidige staat van de kennis, aan al haar patiënten die er van zouden kunnen genieten, op een gepaste en bevoegde manier zorgen verleent en de gewenste resultaten behaalt.	-Conformiteit van de zorgprocedures -Resultaten van de zorgprocedures -Gepaste zorgen
Efficiëntie	Efficiëntie staat voor een optimaal gebruik door het ziekenhuis van haar middelen om maximaal resultaat te behalen binnen de grenzen van de beschikbare middelen.	-Gepaste diensten -Ingezette middelen evenredig met de resultaten -Gebruik van de beschikbare technologieën voor de verlening van de best mogelijke zorgen

Dimensie	Definitie	Subdimensie
Oriëntering van ziekenhuis human resources	De oriëntering naar ziekenhuis human resources evalueert in welke mate het personeel over de nodige kwalificaties beschikt om zorgen te verlenen aan de patiënt, de kans krijgt om blijven bij te scholen en zich te vormen, in gunstige omstandigheden werkt en tevreden is over z'n werk.	-Werkomgeving -Perspectieven en erkenning van de individuele zorgen -Activiteiten ter promotie van de gezondheid en de veiligheid van het personeel -Attitudes, houdingen en gezondheidsstatus van het personeel
Beleid aangepast aan de behoeften	Het beleid aangepast aan de behoeften toont aan in welke mate het ziekenhuis beantwoordt aan de behoeften van de gemeenschap, de continuïteit en de coördinatie van de zorgen verzekert, de gezondheid bevordert, innoverend is en zorgen verleent aan alle burgers zonder onderscheid van hun raciale, fysische, culturele, sociale, demografische of economische kenmerken.	-Integratie van het ziekenhuis in het gezondheidssysteem met de gemeenschap -Oriëntering openbare gezondheid
Veiligheid	Veiligheid is de dimensie waarin het ziekenhuis over de gepaste structuur beschikt en procedures gebruikt ter verlening van de zorgen die op meetbare manier de schade of het risico voor patiënten en zorgverleners voorkomen of beperken	-Veiligheid van de patiënt -Veiligheid van het personeel -Veiligheid voor de omgeving
Zorgen gericht op de patiënten	In deze dimensie van de doeltreffendheid, plaatst het ziekenhuis de patiënten in het centrum van de zorgen en diensten door bijzonder aandacht te schenken aan de behoeften van de patiënt en diens familie, verwachtingen, autonomie, de vertrouwelijkheid, waardigheid, de keuze van de dienstverleners en de wens van de patiënt voor snelle en op gepast moment aangeboden zorgen.	-Oriëntering klant -Respect voor de patiënten

Tabel 8 beschrijft de lijst met indicatoren die potentieel beschikbaar zijn in België en worden voorgesteld volgens de hoofdlijnen van het PATH project.

De indicatoren kunnen zich in verschillende hoofdlijnen bevinden en kunnen elkaar dus kruisen.

Voor elke indicator verduidelijken wij zowel de doelstellingen die ze kunnen helpen behalen en de dimensies tot dewelke ze zich richten.

In Tabel 8, worden de indicatoren voorgesteld volgens kleur ter indicatie van het middel dat ze vertegenwoordigen.

		De indicator stelt geen of weinig middelen voor
		De indicator stelt gematigde middelen voor
		De indicator is potentieel interessant <u>mits een aantal wijzigingen</u>
		De indicator stelt belangrijke middelen voor

In Table 8 en Table 9, wordt elke indicator beschreven in een fiche (hernomen of opgesteld op het model van de geïntegreerde multidimensionele feedback). Deze fiche verduidelijkt eveneens de beperkingen van de indicator en de gebruiksvoorzorgen.

Tabel 8 : Lijst van de indicatoren voorgesteld in het kader van het HPI.be project (geïntegreerde multidimensionele feedback en andere)

<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
<b>Klinische doeltreffendheid</b>	Ziekenhuis sterftcijfer als gevolg van een acuut myocard infarct (AMI)	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Ziekenhuis sterftcijfer na opname voor een heupbreuk	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Ziekenhuis sterftcijfer na opname voor een longontsteking	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Ziekenhuis sterftcijfer na opname voor een acuut cerebrovasculair accident	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Ziekenhuis sterftcijfer na opname voor congestieve hartinsufficiëntie	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Percentage bevallingen met keizersnede	Impact op nationaal niveau Accountability – evaluatie van de plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	PSI 3 : decubitus	Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	PSI 12 : Ernstige adertrombose of postoperatieve longembolie	Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	PSI 6 : Iatrogene pneumothorax	Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	Endeldarmkanker: sterftcijfer op 5 jaar	Impact op nationaal niveau	Kankerregister
	Borstkanker: sterftcijfer op 5 jaar	Impact op nationaal niveau	Kankerregister
	Hartinfarct: sterftcijfer op 30 dagen	Impact op nationaal niveau Accountability – evaluatie	Aan te maken met de IMA en RCM gegevens
	Percentage van wederopname binnen de 30 dagen per aandoening	Impact op nationaal niveau Plaatselijke verbetering	Aan te maken met de IMA en RCM gegevens

Dimensies van de prestatie	Indicatoren	Beoogde doelstellingen	Oorsprong
<b>Doeltreffendheid – goed beheer</b>	Percentage laparoscopische cholecystectomie	Impact op nationaal niveau	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Percentage therapeutische arthroscopieën van de knie bij patiënten ouder dan 50 jaar	Impact op nationaal niveau + plaatselijke verbetering	RCM
	Percentage wederopnames binnen de 30 dagen per aandoening	Impact op nationaal niveau Plaatselijke verbetering	Aan te maken met de IMA en RCM gegevens
	Acid test	Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Financiële dekking	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Rendabiliteit 1: Uitbatingsresultaat / omzetcijfer	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Rendabiliteit 1bis: Uitbatingsresultaat / omzetcijfer	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Rendabiliteit 2	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Rendabiliteit 2bis	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Percentage van financiële onafhankelijkheid	Plaatselijke verbetering + Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Niveau van de Cashflow	Plaatselijke verbetering Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Continuïteit ratio: niet medisch materieel	Plaatselijke verbetering+ Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Continuïteit ratio: medisch materieel	Plaatselijke verbetering+ Accountability-Evaluatie	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Prestatie in verblijfsduur 1	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011



<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
	Prestatie in verblijfsduur 2	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Gemiddelde kost informatica	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Klassieke wegen	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Ratio van eigen middelen ten opzichte van de voet van de balans	Plaatselijke verbetering	Finhosta
	Percentage gebruik van de medische apparatuur (RMN, ctscan, petscan . . )	Impact op nationaal niveau Accountability – evaluatie	RIZIV profielen en Onderzoek Ziekenhuisstatistieken
	Percentage RMN/Scanner in hoeveelheid	Impact op nationaal niveau Accountability – evaluatie	RIZIV profielen en Onderzoek Ziekenhuisstatistieken

<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
<b>Oriëntering patiënt</b>	Belang voor de mate van tevredenheid van de patiënt	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Informatie van de patiënt	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Mogelijkheid op scholing in het ziekenhuis	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Bemiddeling	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Percentage tevredenheid van de gehospitaliseerde patiënt	Impact op nationaal niveau	Vragenlijst Jaarlijkse statistieken

<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
<b>Oriëntering human resources</b>	Specialisatiegraad van de verplegers	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Turnover per personeelscategorie	Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	Vacatures voor verplegerfuncties	Impact op nationaal niveau Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011

<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
<b>Responsive governance</b>	Percentage therapeutische arthroscopieën van de knie bij patiënten ouder dan 50 jaar	Impact op nationaal niveau+ Plaatselijke verbetering	RCM
	Percentage van patiënten in spoedgevallen doorverwezen door de huisarts	Impact op nationaal niveau	RHM Spoedgevallen
	Totaal gewicht van het afval / aantal gerechtvaardigde bedden	Impact op nationaal niveau	Vragenlijst Jaarlijkse statistieken

<b>Dimensies van de prestatie</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Beoogde doelstellingen</b>	<b>Oorsprong</b>
<b>Veiligheid</b>	Aantal bevallingen met keizersnede	Impact op nationaal niveau Accountability – evaluatie Plaatselijke verbetering	Geïntegreerde multidimensionele feedback 2011
	PSI 3 : Decubitus	Accountability – evaluatie + Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	PSI 12 : Ernstige adertrombose of postoperatieve longembolie	Accountability – evaluatie + Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	PSI 6 : Iatrogene pneumothorax	Accountability – evaluatie + Plaatselijke verbetering	Patiënt veiligheidsindicatoren
	Ziekenhuishygiëne: Septikemie op katheter	Accountability – evaluatie Plaatselijke verbetering	Instituut voor Volksgezondheid – Indicatoren voor ziekenhuiskwaliteit en hygiëne
	Composiete indicator van ziekenhuishygiëne (structuur en procedures)	Accountability – evaluatie Plaatselijke verbetering	Instituut voor Volksgezondheid – Indicatoren voor ziekenhuiskwaliteit en hygiëne
	Totaal gewicht van het afval / gerechtvaardigd aantal bedden	Impact op nationaal niveau + Plaatselijke verbetering	Vragenlijst Jaarlijkse statistieken

Tabel 9: Beschrijvende fiches van de klinische indicatoren

## **Ziekenhuisletaliteit na opname voor een Acut myocard infarct (AMI)**

**Beschrijving van de indicator:** Aantal sterfgevallen voor 100 ontslagen uit het ziekenhuis met een code ICD-9-CM van AMI als hoofddiagnose

**Teller:** aantal sterfgevallen met een code ICD-9-CM van AMI in hoofddiagnose

**Noemer:** Alle ontslagen uit het ziekenhuis met een code ICD-9-CM van AMI in hoofddiagnose

**Exclusiecriteria:**

- ziekenhuizen met minder dan 80 gevallen van AMI
- leeftijd < 18 jaar,
- verblijven van patiënten die overgeplaatst zijn naar of van een ander ziekenhuis of zonder verduidelijking van het type ontslag uit het ziekenhuis.

**Verantwoording:**

- AMI is een erg belangrijke oorzaak van sterfte.
- Er bestaan internationale richtlijnen voor goede praktijken voor de verschillende fases van de opname voor AMI waarvan de inwerkingstelling resulteert in een vermindering van de mortaliteit.
- Bepaalde organisatorische elementen dragen bij tot een doeltreffende opname zoals de tijd tussen de oproep en het vertrek van de ziekenwagen, de tijd tussen de aankomst in het ziekenhuis en het begin van de behandeling, de opname gedurende het weekend of tijdens de week. Het verband tussen de gepaste zorgprocedures en een beperkte dodelijkheid van AMI werd aangetoond. Efficiënte zorgen binnen een optimale termijn zijn essentieel voor het overleven van de patiënt en impliceren een gepast gebruik van de trombolysie en de revascularisatie.
- Volgens de literatuur lijkt de retroactie van de verhoudingen op het percentage van ziekenhuisletaliteit, een positieve invloed te hebben op de initiatieven ter bevordering voor de opname en de behandeling van AMI.
- De ziekenhuismortaliteit na opname voor AMI geeft informatie over de resultaten en onrechtstreeks over de technische kwaliteit van de zorgen (bezorgen van een trombolytische behandeling en PTCA bij opname, administratie – behalve wanneer er contra-indicaties bestaan - aspirine,  $\beta$ -blokkers, eventueel ACE remmers en een stopzetting van het roken).

**Beperkingen**

- Vergeleken met de indicatoren van de procedures, is de indicator voor ziekenhuisletaliteit na opname voor AMI niet erg gevoelig voor de opname voor AMI. Naast de gekregen behandeling (die verschilt naargelang de leeftijd van de patiënt), hangt de prognose af van de leeftijd en misschien van het geslacht van de patiënt, de verstopte ader(s), het aantal getroffen aders, de variabiliteit van het hartritme en de aanwezigheid van een cardiogenische schok.
- De afstand tussen de plek waar de patiënt zich bevindt en het ziekenhuis en zelf de eventuele files, kunnen een negatief effect hebben.
- De risicofactoren voor AMI zijn eveneens determinerend naargelang het socio-economische niveau van de patiënt en men moet ze dus aanpassen voor deze factoren.
- In de geïntegreerde multidimensionele feedback, beperkt de aanpassing zich tot de leeftijd, het geslacht, de co-morbiditeit en de cardiogenische schok aangezien de andere risicofactoren niet beschikbaar zijn voor alle patiënten in de RCM.
- Het sterftcijfer tot 30 dagen kan kenmerkend verschillend zijn van de ziekenhuisletaliteit, die afhangt van de duurtijd van het verblijf.
- De verschillen van percentages van letaliteit kunnen eveneens worden toegeschreven aan de diagnose (overlijden in de spoeddienst voordat de diagnose werd vastgesteld) en de manier van coderen (foutieve of onvolledige codering, ondercodering of overcodering van de secundaire diagnose). De secundaire diagnose beïnvloedt de co-morbiditeit, hetgeen een onderdeel is van de risicoaanpassing.

**Oorsprong van de gegevens:** RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, co-morbiditeit en cardiogenische schok.

### **Percentage ziekenhuisletaliteit na opname voor een heupbreuk**

**Beschrijving van de indicator:** Aantal sterfgevallen voor 100 ziekenhuisontslagen van personen met een heupbreuk als hoofddiagnose

**Teller:** Aantal sterftegevallen bij personen met een heupbreuk als hoofddiagnose

**Noemer:** Geheel van verblijven van personen met een heupbreuk als hoofddiagnose

**Uitzonderingscriteria:**

- ziekenhuizen met minder dan 80 gevallen gedurende de onderzochte periode
- < 18 jaar,
- MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium)
- MDC 15 (pasgeborenen),
- Ernstige overplaatsing uit een ander ziekenhuis, chirurgische dagkliniek en lange termijn hospitalisatie,
- Polytrauma's

**Verantwoording:**

- In België zijn sterfgevallen bij een opname voor een heupbreuk als hoofddiagnose erg talrijk.
- De beste zorgprocessen (op tijd uitgevoerde chirurgie, tromboembolische en antibiotische profylaxie en vroegtijdige mobilisatie) kunnen bijdragen tot de beperking van de ziekenhuisletaliteit.

**Beperkingen:**

- Het sterftecijfer binnen de 30 dagen kan lichtjes verschillen van de ziekenhuisletaliteit.
- Er wordt geen rekening gehouden met de volgende factoren die de afloop van het verblijf kunnen beïnvloeden: 1) de exacte plaats en eventuele verplaatsing van de breuk, 2) klinische factoren (APACHE) en 3) laattijdige ontdekking van de breuk

**Oorsprong van de gegevens:** RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, co-morbiditeit en cardiogenische schok.

### **Percentage van ziekenhuisletaliteit na opname voor pneumonie (CAP)**

**Beschrijving van de indicator:** Sterfgevallen bij verblijven verbonden met een hoofddiagnose van pneumonie met een verblijfsduur van meer dan 2 dagen.

**Teller:** Aantal sterfgevallen bij personen met pneumonie als hoofddiagnose

**Noemer:** Geheel van verblijven van meer dan 2 dagen, van personen met pneumonie als hoofddiagnose

**Uitzonderingscriteria:**

- Ziekenhuizen met minder dan 80 gevallen gedurende de onderzochte periode
- < 18 jaar,
- patiënten waarvan de gegevens betreffende ziekenhuisontslagen onbekend zijn (66),
- patiënten overgeplaatst naar een ander ziekenhuis,
- MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium)
- MDC 15 (pasgeborenen),
- verblijven met een verblijfstijd van  $\leq 2$  dagen.

**Verantwoording:**

- De ziekenhuisletaliteit voor CAP biedt rechtstreeks informatie over de resultaten en onrechtstreeks over de technische kwaliteit van de zorgen (RX van de thorax, expectoratie cultuur, hemocultuur, toediening van antibiotica zodra de resultaten van de culturen zijn ontvangen en dit in overeenstemming met de richtlijnen).

**Beperkingen:**

- De verschillen tussen de ziekenhuizen die worden vastgesteld in de geïntegreerde multidimensionele feedback moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd. De analyse houdt geen

rekening met etiologische factoren (hun verscheidenheid wat betreft het risico of sterfgeval en de weerstand tegen de behandeling), het type ziekenhuis en het socio-economisch profiel van de patiënten. Hoewel in de literatuur voldoende discriminerende klinische opnamecriteria zijn beschreven (bijvoorbeeld de CRB65 criteria), stelt men verschillen vast in het beleid van de ziekenhuizen en de artsen inzake opname. Bijgevolg moet men rekening houden met de grote heterogeniteit van de patiënten die worden opgenomen voor pneumonie.

- De invoering van een initiële antibiotherapie is een belangrijke factor voor een positieve prognose. Deze informatie is niet beschikbaar in de RCM.
- Hoewel er een goede correlatie bestaat tussen de letaliteit onder ziekenhuizen en de sterfgevallen op dertig dagen, is het mogelijk dat verschillen in de organisatie van de ontslagen het percentage van de letaliteit beïnvloeden.
- De verschillen in het letaliteitspercentage kunnen worden toegeschreven aan de manier van coderen (foutieve of onvolledige codering, ondercodering of overcodering van de secundaire diagnoses) en meer bepaald een correcte codering van de CAP en nosocomiale pneumonie.

**Oorsprong van de gegevens:** RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, co-morbiditeit, de verblijfsduur en de opnamemodaliteit.

## **Percentage ziekenhuisletaliteit na opname voor een acuut cerebrovasculair accident (ACA)**

**Beschrijving van de indicator:** Sterfgevallen bij verblijven voor ACA als hoofddiagnose.

**Teller:** Aantal sterfgevallen bij personen met ACA als hoofddiagnose

**Noemer:** Geheel van verblijven van personen met ACA als hoofddiagnose

**Uitzonderingscriteria:**

- ziekenhuizen met minder dan 80 gevallen tijdens de onderzochte periode
- < 18 jaar,
- patiënten zonder gegevens over het ziekenhuisontslag,
- patiënten overgeplaatst naar een ander ziekenhuis,
- MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium)
- MDC 15 (pasgeborenen),

**Verantwoording:**

- De globale letaliteit binnen het jaar na een ACA wordt geschat op 50%. ACA is een ernstig gezondheidsprobleem maar niet alleen in termen van letaliteit en incidentie. De meeste patiënten die aan ACA overleven blijven gehandicapt, vaak met een verlies van autonomie.
- Doeltreffende zorgen verleend binnen de beste termijnen bieden de beste resultaten maar vereisen dat verschillende factoren optimaal gebruikt worden:
  - de bevolking moet vertrouwd geraken met de vroegtijdige klinische aanwijzingen van een ACA; dit hangt af van de opvoeding en de sanitaire informatie van de bevolking in zijn geheel
  - De termijn die verloopt tussen de herkenning van de eerste symptomen en de aankomst in het ziekenhuis. Verschillende factoren spelen een rol in dit opzicht: eigen transport of transport met de ziekenwagen, afstand, verkeersdrukte, enz.
  - beschikt het opvangziekenhuis over een eenheid van gespecialiseerde zorgen in ACA of enkel zorgprocessen ontwikkeld voor de opname van deze patiënten?

**Beperkingen:**

- De duurtijd van de hospitalisatie van een patiënt die het slachtoffer is geworden van ACA hangt sterk af van de ernst van diens aandoening en de beschikbare uitrustingen in het opvangziekenhuis. Indien er een goede eenheid bestaat van gespecialiseerde zorgen in ACA en een goed georganiseerd programma voor functionele heraanpassing, zal de hospitalisatietermijn lichtjes langer zijn; met andere woorden, de interziekenhuis periode van een patiënt zal sterk verschillen naargelang het ziekenhuis waarin de patiënt de eerste zorgen ontvangt. Zodra de patiënt het ziekenhuis verlaat of wordt overgeplaatst, kan hij/zij niet meer worden opgevolgd met de gegevens van de RCM.

### Gegevens RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, overplaatsing "in", co-morbiditeit (score van Charlson) in hemorrhagische ACA

## **Percentage ziekenhuisletaliteit na opname voor congestieve hartinsufficiëntie (CHI)**

**Beschrijving van de indicator:** Aantal sterfgevallen voor 100 ontslagen van personen die gehospitaliseerd werden met CHI als hoofddiagnose.

**Teller:** Aantal sterfgevallen bijpersonen met CHI als hoofddiagnose

**Noemer:** Geheel van verblijven van personen met CHI als hoofddiagnose.

### **Uitzonderingscriteria:**

- ziekenhuizen met minder dan 80 gevallen tijdens de onderzochte periode
- < 18 jaar,
- patiënten zonder gegevens over het ziekenhuisontslag,
- patiënten overgeplaatst naar een ander ziekenhuis,
- MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium)
- MDC 15 (pasgeborenen),

### **Verantwoording :**

- Congestieve hartinsufficiëntie (CHI) is een erg frequente reden voor opname in het ziekenhuis en is verantwoordelijk voor een relatief hoge sterftegraad op korte termijn. Door haar frequentie, ernst inzake morbiditeit, de werkonbekwaamheid, het sterftecijfer, en de socio-economische kost, is CHI een prioritair gezondheidsprobleem.
- Bepaalde opnameprocedures en gepaste farmacologische interventies tijdens het ziekenhuisverblijf kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks het sterftecijfer van de aandoening op korte termijn beperken.

### **Beperkingen :**

- Bestaande risicomodellen tonen het belang aan van de co-morbiditeiten en bepaalde factoren die het overlijden voorspellen. De aanpassing van het risico kan belangrijk blijken vooral in extreme gevallen, hetgeen kan leiden tot het foutief klasseren van ziekenhuizen als zijnde «outliers» wanneer de aanpassing onvoldoende is.
- De medisch administratieve gegevens van het RCM bevatten geen informatie over linker hartkamerfunctie van de patiënt, hetgeen een prognostische factor is.
- De nauwkeurigheid van de ICD-9-CM codering voor hartinsufficiëntie werd opnieuw ter discussie gebracht (zwakke gevoeligheid: veel verkeerde negatieven, en hoge specificiteit: weinig verkeerde positieve). Het voorval zou gemakkelijker moeten worden opgespoord met het gebruik van de ICD-10 codering.
- Het sterftecijfer op 30 dagen kan licht verschillend zijn dan het ziekenhuissterftecijfer dat ook afhangt van de verblijfsduur.

### Gegevens RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, overplaatsing "in", co-morbiditeit (score van Charlson groep van 1 tot 10 voor de analyse van logistische regressie)

## **Percentage bevallingen met een keizersnede**

**Beschrijving van de indicator:** aantal keizersneden voor 100 bevallingen

**Teller:** aantal keizersneden, geïdentificeerd door DRG, of door een ICD-9-CM interventiecode, met uitzondering van code 74.91 (hysterectomie)

**Noemer:** alle bevallingen

### **Uitzonderingscriteria:**

- abnormale ligging,
- verscheidene zwangerschappen,
- doodgeboren,
- voortijdige bevallingen,



- gewicht bij geboorte <2.500 gr of > 4.499gr
- ziekenhuizen die minder dan 80 bevallingen hebben uitgevoerd tijdens de periode

**Verantwoording:**

- Keizersneden gaan gepaard met een hogere maternale morbiditeit en hogere kosten dan bij bevallingen langs vaginale weg.
- Een lager keizersnedencijfer bij vrouwen met een laag risico voor bevalling door keizersnede duidt dus op een betere kwaliteit.

**Beperkingen:**

- RCM biedt niet de mogelijkheid om essentiële factoren voldoende in de modellen te integreren zoals de multipariteit en nullipariteit, spontane arbeid of geïnduceerde arbeid, keizersnede uitgevoerd voor het begin van de arbeid, , verloskundige antecedenten van de moeder (voorafgaande keizersnede), de vraag van de zwangere moeder en de sociale en administratieve status.
- Andere factoren of antecedenten van de moeder die kunnen worden vastgesteld door de secundaire diagnoses werden genegeerd in de geïntegreerde multidimensionele feedback omwille van hun onperfecte inschrijving: het betreft de maternale co-morbiditeit (hypertensie, diabetes) of incidenten tijdens de zwangerschap (zwangerschapstoxemie, antepartumbloeding, zwangerschapsdiabetes).
- De verschillen tussen de ziekenhuizen die werden vastgesteld tijdens de geïntegreerde multidimensionele feedback kunnen ook worden toegeschreven aan de codering (foutieve of onvolledige codering).

**Oorsprong van de gegevens:** RCM

**Stratificatie:** aanpassing van het risico: leeftijdsgroep, overplaatsing van een ander ziekenhuis (overplaatsing "in").

**Percentage laparoscopische cholecystectomie**

**Beschrijving van de indicator:** Aantal Laparoscopische cholecystectomieën voor 100 cholecystectomieën

**Teller:** Aantal laparoscopische cholecystectomieën

**Noemer:** Alle verblijven met een cholecystectomie (enkel de verblijven met cholecystite of cholelithiasis zonder complicaties)

**Uitzonderingscriteria:**

- ziekenhuizen met minder dan 80 cholecystectomieën gedurende de geanalyseerde periode
- < 18 jaar,
- MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium)
- MDC 15 (pasgeborenen),

**Verantwoording:**

- Vergeleken met open cholecystectomie (laparotomisch), wordt de laparoscopische cholecystectomie gekenmerkt door een minder hoog sterftecijfer, een kortere operatietijd, een snellere genezing, minder postoperatieve pijnen en een kortere verblijfsduur.
- Laparoscopische cholecystectomie kan de "klassieke" laparotomische cholecystectomie in de meeste gevallen zonder complicaties vervangen.
- Een hoog percentage van laparoscopische cholecystectomie is kenmerkend voor de betere kwaliteit van de zorgen.
- Cholecysectomie is een frequent toegepaste ingreep die gekenmerkt wordt door een hoge interziekenhuis variabiliteit, met een eventueel ondergebruik in bepaalde ziekenhuizen en een overmatig gebruik in anderen.

**Beperkingen:**

- Hoewel het percentage van het gebruik van laparoscopie verschilt tussen Belgische ziekenhuizen, worden de meeste cholecystectomieën uitgevoerd volgens dit proces. Het bruto nationaal cijfer van laparoscopische cholecystectomieën is 90% tussen 2004 en 2007.



- De resultaten kunnen systematisch foutlopen door de aanwezigheid van klinische verschillen, die niet identificeerbaar zijn in de medisch administratieve gegevens, en die leiden tot een onvoldoende aanpassing van het risico.
- De bestaande verschillen in de cijfers kunnen worden toegeschreven aan de codering (onduidelijke of foutieve codering, ondermatig of overmatig gebruik van secundaire diagnoses).

**Gegevens** RCM

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, overplaatsing “in” en co-morbiditeit

**Ziekenhuishygiëne: Aantal septikemieën op katheter**

**Beschrijving van de indicator** : Aantal gevallen + incidentie van septikemieën op katheter / 1000 dagen centrale katheter (USI patiënten)

**Teller**: Aantal gevallen + incidentie van septikemieën op katheter

**Noemer**: 1000 dagen-centrale katheter (USI patiënten)

**Uitzonderingscriteria**: /

**Verantwoording**:

- Septikemieën zijn nosocomiale infecties die het ziekenhuisverblijf verlengen en een hoger sterftecijfer veroorzaken.
- Het gebruik van intravasculaire middelen betreft een steeds groter wordend aantal patiënten in zorginstellingen en dit ongeacht het type verblijf.
- Het gebruik van intravasculaire middelen geeft aanleiding tot de vaststelling van plaatselijke en systemische infecties. Periferische aderkatheters zijn de derde reden voor bacteriëmie op vreemd materieel.
- Een preventieprogramma biedt de mogelijkheid om het vermijdbaar gedeelte van de infectierisico's op intravasculaire apparatuur te beperken door het instellen van technische aanbevelingen, opleiding van het bevoegd verplegend personeel, opleiding en evaluatie van de praktijken van het personeel (audit) en toezicht van infecties verbonden met deze dispositieven.
- Een laag cijfer van septikemieën op katheters duidt op een doeltreffend preventieprogramma.
- Rekening houden met het aantal katheterdagen biedt de mogelijkheid om het risico aan te passen.

**Beperkingen**:

- De indicatoren van de resultaten zijn erg delicaat om te gebruiken in het kader van projecten waarvan de doelstelling bestaat uit controle en evaluatie. Deze indicatoren zijn in feite onafhankelijk van veel andere factoren zoals de kwaliteit van de zorgen.
- Er bestaat momenteel geen enkele nauwkeurige evaluatie van het verband tussen de publicatie van de prestatiegegevens en de verbetering van de kwaliteit van de gemeten zorgen op vlak van de resultaten.
- Inschrijvingsprotocol momenteel niet beschikbaar op het niveau van het ISP

**Composiete indicator voor ziekenhuishygiëne (structuur en processen)**

**Beschrijving van de indicator** :

28 indicatoren van structuur en processen samengevat in een composiete waarde (Aanwezigheid van een strategisch plan voor ziekenhuishygiëne, Aantal artsen in ziekenhuishygiëne, aantal verplegers in ziekenhuishygiëne, aantal uren/opleidingscontacten in ziekenhuishygiëne door het team voor ziekenhuishygiëne van het personeel, Aanwezigheid van een plaatselijk toezichtstelsel van de MRSA,...)

**Verantwoording**:

- De indicatoren van structuur en processen zijn een ondubbelzinnige aanwijzing van de kwaliteit. Ze hangen niet af van de ‘case-mix’. Ze worden dus aanbevolen in een systeem van publicatie van

prestatie indicatoren.

- Compositie indicator van de activiteiten ter bestrijding van nosocomiale infecties: 28 indicatoren verdeeld in 3 categorieën: organisatie, middelen (operationele ploeg, opleiding van het personeel,...), acties (preventies-protocollen, toezicht, evaluatie-audit)
- Relevatie van de score: samenvatting van een complexe informatie onder de meer toegankelijke en visuele vereenvoudigde vorm. Zo worden verschillende indicatoren samengevoegd/gecondenseerd in één enkele variabele.

Beperkingen:

- Score opgebouwd met dichotomische indicatoren (ja/nee). Om kwalitatieve variabelen bij te voegen in de score, hebben wij ze moeten verdelen door dichotomie door een grenswaarde te gebruiken. Bepaalde indicatoren werden uit de score gesloten door gebrek aan de grenswaarde.
- Aangezien de gegevens mogelijk een negatieve impact kunnen hebben voor het ziekenhuis, is het van essentieel belang over een externe kwaliteitscontrole te beschikken. Het ISP heeft geen mandaat om deze rol te vervullen. Op institutioneel niveau ligt de bevoegdheid voor controle bij de gemeenschappen en niet bij de federale overheid. Er is dus nood aan samenwerking met de gemeenschappen.

### **PSI 3 : Decubitus**

**Beschrijving van de indicator :**

**Teller:** Verblijven met een diagnose code *Decubitus Ulcer* in DS

**Noemer:** Alle verblijven met een chirurgische APR-DRG (P) of medisch (M), bij patiënten van ten minste 18 jaar oud

**Uitzonderingscriteria:** Met uitzondering van verblijven

- van minder dan 5 dagen
- met MDC 14 (zwangerschap en bevalling)
- met MDC 09 (vel, subcutaan weefsel, borst)
- uit een ander ziekenhuis of MRPA/MRS (plaats van voor de opname)
- met een diagnose code *Decubitus Ulcer* en DP
- met een diagnose code *Hemiplegia, Paraplegia or Quadriplegia* of *Spina Bifida or Anoxic Brain Damage* in DP of DS
- waarvoor een *Debridement or Pedicle Graft* procedure vooraf plaatsvindt of op de dag van de eerste ORP (Operating Room Procedure) van het verblijf (enkel voor chirurgische verblijven)

**Rechtvaardiging :**

- Decubitus is een frequente zorgcomplicatie. Door de beschrijving van de PSI indicator in overweging te nemen, schat men de frequentie bij klassieke hospitalisatie op 17,00 op 1.000 verblijven tussen 2000 en 2007 in België.
- Het verschijnen van decubitus heeft een negatieve impact op de gezondheid van de patiënt en veroorzaakt hierdoor een verlenging van de verblijfsduur. Deze verlenging heeft financiële gevolgen.
- Decubitus kan worden vermeden door een goed beheer van de verplegende zorgen. Ze komen over het algemeen voor in het kader van zorgen van ongepaste mobilisatie van de patiënt. Verschillende voorzorgsmaatregelen kunnen worden ingesteld: verspreiding van de intentionele protocollen, mobilisatie van de patiënt, gebruik van specifieke matrassen, evaluatie van het risico bij opname, ...
- De variabiliteit van het PSI cijfer tussen Belgische ziekenhuizen is matig. Ze daalt als de evaluatie op vergelijkbare ziekenhuizen valt (Acuut/subacuut, grootte, profiel)
- De indicator betreft ook acute ziekenhuizen als de chronische en subacute ziekenhuizen.

### **Beperkingen :**

- De indicator maakt te weinig het verschil tussen complicaties die verschenen tijdens het verblijf en deze die aanwezig waren bij de opname. De geschatte VPP in België bedraagt 74% en 68% als enkel rekening gehouden wordt met gevallen tijdens de hospitalisatie (Verelst, Jacques et al. 2010). De introductie van de code "aanwezig bij opname" in de RHM zou deze resultaten moeten verbeteren vanaf 2008.
- De ICD-9-CM versie die gebruikt wordt in België tot 2008 maakt geen onderscheid tussen decubitus zweren naargelang hun ernst. De indicator richt zich vooral op minder ernstige decubitus zweren. Een verduidelijking tot de ICD-9-CM classificatie zal de mogelijkheid bieden, om zich vanaf 2009 op zwaardere complicaties te richten.

### **Bron van de gegevens :** RCM

**Stratificatie :** per type ziekenhuis, per leeftijdscategorie, per categorie van het aantal bedden, per DRG

## **PSI 12 : Ernstige adertrombose of postoperatieve longembolie (DVT/PE)**

### **Beschrijving van de indicator :**

**Teller:** Verblijven met een diagnosecode *Pulmonary Embolism* of *Deep Vein Thrombosis* in DS

**Noemer:** Alle verblijven met een chirurgische (P) APR-DRG en een Operating Room Procedure (ORP), bij patiënten van ten minste 18 jaar oud

**Uitzonderingscriteria :** Met uitzondering van de verblijven

- MDC 14 (zwangerschap en bevalling)
- dagkliniek
- met en diagnosecode *Pulmonary Embolism* of *Deep Vein Thrombosis* en DP
- waarvan een *Interruption of Vena Cava* procedure de enige ORP van het verblijf is
- waarvan een *Interruption of Vena Cava* procedure verschijnt voorafgaand of op de dag van de eerste ORP van het verblijf

### **Rechtvaardiging :**

- Rekening houdend met de beschrijving van de PSI indicator, schat men de frequentie in klassieke hospitalisatie op 4,84 voor 1.000 verblijven tussen 2000 en 2007 in België.
- De symptomen van de postoperatieve DVT/PE zijn belangrijk. De complicaties zorgen voor ernstige pijnen, ademhalingsmoeilijkheden en soms zelfs het overlijden van de patiënt. Het verschijnen van deze complicatie zorgt voor een verlenging van de verblijfsduur. Dit geval heeft belangrijke gevolgen voor de levenskwaliteit van de patiënten.
- Deze complicatie kan worden vermeden door het instellen van een medicijnbehandeling en mechanische profylaxe.
- Met de invoering van een forfaitaire financiering van de medicamenten, is het noodzakelijk zich te interesseren in het gepaste gebruik van anticoagulantia en andere middelen van farmacologische preventie.
- De procedures in orthopedische en abdominale chirurgie tellen voor meer dan de helft van de gevallen voor dewelke een DVT verschijnt, wat het belang aantoont van profylaxe in niet hartgebonden chirurgie.
- Iets meer dan één geval op 10 bevindt zich niet op het niveau van de onderste ledematen, die het klassieke doel zijn van verbeteringsprogramma's. De preventiemiddelen verschillen echter voor bovenste en onderste ledematen.
- De verschillen tussen Belgische ziekenhuizen zijn gematigd en nog geringer binnen vergelijkbare ziekenhuizen.
- Plaatselijke verbeteringen mogelijk

### **Beperkingen :**

- In België wordt VPP geschat op 58,52% en 54,47% door enkel rekening te houden met de gevallen verschenen tijdens de hospitalisatie (Verelst, Jacques et al. 2010). De indicator maakt onvoldoende een onderscheid tussen de gevallen verschenen tijdens het verblijf en de gevallen aanwezig bij de opname. De invoering van de kwalificatie "aanwezig bij opname" in de RHM zou de resultaten vanaf 2008 moeten verbeteren.
- Het stelt ook oppervlakkige aderontstekingen en DVT antecedenten vast.
- De ICD-9-CM codes stellen niet in staat een onderscheid te maken tussen DVT verschenen in de onderste of bovenste ledematen.
- De klinische diagnose is ongepast, de detectie van dit probleem hangt dus sterk af van de gebruikte screening middelen (ultrasoon of V/Q scan)
- Een overlijden valt moeilijk toe te schrijven aan de complicatie van de zorgen. Veel getroffen patiënten hebben verscheidene ernstige medische problemen.
- Deze indicator is dus te beperken tot een plaatselijk gebruik.

### **Bron van de gegevens:** RCM

**Stratificatie:** per type ziekenhuis, per categorie van het aantal bedden, per diagnose code

## **PSI 6 Iatrogene pneumothorax**

### **Beschrijving van de indicator :**

**Teller:** Verblijven met een diagnose code *Iatrogenic Pneumothorax* (5121) in DS

**Noemer:** Alle verblijven met een chirurgische (P) of medische (M) APR-DRG bij patiënten van ten minste 18 jaar

**Uitzonderingscriteria:** Met uitzondering van de verblijven

- MDC 14 (zwangerschap en bevalling)
- in dagkliniek
- met een diagnose code *Iatrogenic Pneumothorax* in DP
- met een diagnose code *Chest Trauma* of *Pleural Effusion* in DP of DS
- met een procedure diagnose code *Diaphragmatic Surgery Repair* of *Thoracic Surgery* of *Lung or Pleural Biopsy* of *Cardiac Surgery*

### **Rechtvaardiging:**

- De indicator vertoont een hoge VPP. Het maakt in feite gebruik van een ICD-9-CM code die het iatrogene karakter van de complicatie verduidelijkt.
- De indicator lijkt weinig beïnvloed te zijn door codering. Als deze indicator zou gebruikt worden voor accountability-evaluatie, zou de manier van coderen echter kunnen veranderen.
- De variabiliteit van de percentages tussen Belgische ziekenhuizen is matig en minder tussen ziekenhuizen met vergelijkbare kenmerken.
- Enkel iets meer dan een derde van de gevallen kunnen worden toegeschreven aan de invoering van een centrale weg. Andere procedures zoals het plaatsen van een pacemaker of hart defibrillator, een transthoracale aspiratie en een percutane biopsie van de lever kunnen ook verantwoordelijk zijn voor iatrogene pneumothorax.
- Bepaalde risicofactoren kunnen worden toegeschreven aan iatrogene pneumothorax (zwakke BMI, Emfyseem, BPCO)

### **Beperkingen :**

- Iatrogene pneumothorax is een niet zo veel voorkomende complicatie van zorgen. Rekening houdend met de beschrijving van de PSI indicator, schat men de frequentie in klassieke hospitalisatie op 0,43 voor 1.000 verblijven tussen 2000 en 2007 in België.
- De indicator betreft vooral acute ziekenhuizen.
- Indien de indicator gebruikt wordt vanuit een financieel perspectief, bestaat het risico dat het

iatrogene karakter te weinig wordt gemeld. Het is dus beter om het gebruik te beperken tot een plaatselijke verbetering.

**Bron van de gegevens:** RCM

**Stratificatie:** per type ziekenhuis, per leeftijdscategorie, per categorie van het aantal bedden

## **Procent therapeutische arthroscopieën van de knie bij patiënten ouder dan 50 jaar**

### **Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Aantal arthroscopieën uitgevoerd bij patiënten ouder dan 50 jaar

**Arthroscopie :**

[code RIZIV in 300252 (A) of 300263 (H) Diagnostische arthroscopieën: diagnostische arthroscopie met of zonder biopsische afname of 300274 (A) of 300285 (H) Diagnostische arthroscopieën: diagnostische arthroscopie met het gebruik van een voeler, met inbegrip van de eventuele biopsie, de spoeling en kleine handelingen die niet zijn begrepen in de andere prestaties of 300311 (A) of 300322 (H) Therapeutische arthroscopieën: Behandeling van de osteochondritis door boring of behandeling van een kraakbeenletsel door shaving, perforaties of spongialisatie of 300333 (A) of 300344 (H) Therapeutische spongialisatie: gedeeltelijke of volledige meniscectomie]

OF

[procedurecode ICD-9-CM in 80.26 Arthroscopie, knie of 80.46 Verdeling van de articulaire capsule, van het ligament of kraakbeen, knie of 80.6 excisie van halvemaanvormig kraakbeen van de knie of 80.76 'Synovectomie, knie of 80.86 excisie of plaatselijke destructie van het articulaire letsel, andere, knie of 81.47 Herstel van de knie, andere]

**Noemer:** Aantal arthroscopieën uitgevoerd bij patiënten jonger dan 50 jaar

**Uitzonderingscriteria:** [procedurecode ICD9

79.36 Open reductie van de breuk met externe hechting, scheenbeen en kuitbeen of 81.45 herstel van het kruisligament, interne]

### **Rechtvaardiging:**

- Arthroscopie van de knie is een frequente procedure die steeds meer gebruikt wordt
- Het percentage van gebruik van arthroscopie van de knie verschilt sterk in België naargelang de verblijfplaats van de patiënt.
- Als men enkel rekening houdt met de therapeutische arthroscopie van de knie en vooral het trauma van de sportman met letsel van de meniscus, lijkt de interventie van een patiënt ouder dan 50 jaar (over het algemeen arthrosisch) niet altijd opportuun (Richmond, Hunter et al. 2009).
- Het ratio van geopereerde patiënten van ouder dan 50 jaar is hoog in streken waar deze interventie vaak wordt gebruikt (Jacques, Gillain et al. 2006).
- Het verantwoordelijkheidsbesef van de zorginstelling te beantwoorden aan de werkelijke behoeften van de bevolking door een ongepast gebruik van de gezondheidszorgen te gebruiken

### **Beperkingen:**

- Er bestaat geen standaard en centraal register van indicaties van arthroscopie van de knie
- Het gebruik van arthroscopie van de knie wordt eveneens beschreven in de behandeling voor artrose. Het gebruik in het kader van deze indicatie ontbreekt echter aan wetenschappelijke bewijzen in de literatuur (Richmond, Hunter et al. 2009).
- De behoeften van de bevolking zijn niet gekend. De indicator wordt echter beïnvloed door de frequentie van de aandoeningen in de zorgschaal.
- Betreft enkel de acute ziekenhuizen

**Bron van de gegevens:** RCM en gegevens RIZIV

**Stratificatie:** Per provincie, per arrondissement, per type ziekenhuis, per categorie van het aantal bedden

## **Borstkanker: globaal overlevingspercentage na 5 jaar, per stadium**

### **Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Patiënten met borstkanker waarvoor een stadium wordt ingeschreven die 5 jaar na de diagnose in leven zijn

**Noemer:** Alle patiënten met borstkanker waarvoor een stadium wordt ingeschreven

### **Uitzonderingscriteria**

- Patiënten bij wie geen stadium is ingeschreven
- Patiënten waarvoor de datum van de diagnose niet gekend is
- Patiënten die niet genieten van de sociale zekerheid
- Patiënten die niet in België gedomicilieerd zijn

### **Rechtvaardiging:**

- De overleving na 5 jaar per stadium is beïnvloedbaar dankzij een diagnose en een kwaliteitsvolle opname.
- De opvolging van de aanbevelingen van goede praktijken is erg belangrijk alsook de opnametermijnen.
- De indicator kan nuttig zijn voor een meting van de evolutie op nationaal niveau

### **Beperkingen:**

- Dit overlevingscijfer is niet specifiek voor de aandoening en wordt dus beïnvloed door de leeftijd van de patiënten en hun co-morbiditeit.
- Het verband tussen de kwaliteit van de opname en de overleving na 5 jaar is niet rechtstreeks, factoren zoals co-morbiditeit, de socio-economische status moeten worden meegerekend en kunnen niet altijd optimaal worden begrepen op basis van administratieve gegevens.
- Indicator die niet kan gebruikt worden voor vergelijkingen tussen ziekenhuizen ten aanzien van judgement-accountability.

**Bron van de gegevens:** Kankerregister

**Stratificatie:** per stadium, per leeftijd

## **Endeldarmkanker: sterftecijfer na 5 jaar**

### **Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Alle patiënten met endeldarmkanker die overleven na 5 jaar per stadium

**Noemer:** Alle patiënten met endeldarmkanker

### **Uitzonderingscriteria:**

- patiënten behandeld in het buitenland
- patiënten zonder sociale zekerheid nummer
- patiënten zonder postcode in België
- patiënten zonder incidentiedatum

### **Rechtvaardiging:**

- De overleving na 5 jaar per stadium is beïnvloedbaar dankzij een diagnose en een kwaliteitsvolle opname
- De opvolging van de aanbevelingen van goede praktijken is erg belangrijk alsook de opnametermijnen.
- De indicator kan nuttig zijn voor het meten van de evolutie op nationaal niveau

### **Beperkingen :**

- Dit overlevingscijfer is niet specifiek voor de aandoening en wordt dus beïnvloed door de leeftijd van de patiënten en hun co-morbiditeit.
- Het verband tussen de kwaliteit van de opname en de overleving na 5 jaar is niet rechtstreeks, factoren zoals co-morbiditeit, de socio-economische status moeten worden meegerekend en kunnen niet altijd optimaal worden begrepen op basis van administratieve gegevens.



- Indicator die niet kan gebruikt worden voor vergelijkingen tussen ziekenhuizen ten aanzien van judgement-accountability.

**Bron van de gegevens:** Kankerregister

**Stratificatie:** per stadium, per leeftijd

### **Acuut myocardi infarct (AMI): sterftcijfer na 30 dagen**

**Beschrijving van de indicator:** Aantal sterfgevallen binnen de 30 dagen na opname voor 100 patiënten met een code ICD-9-CM van AMI als hoofddiagnose

**Teller:** aantal sterfgevallen na 30 dagen met een code ICD-9-CM van AMI als hoofddiagnose

**Noemer:** alle opnames met een code ICD-9-CM van AMI als hoofddiagnose

**Uitzonderingscriteria:**

- leeftijd < 18 jaar,

**Rechtvaardiging:**

- AMI is een erg belangrijke oorzaak van sterfte.
- Er bestaan internationale richtlijnen voor goede praktijken voor de verschillende fases van de opname voor AMI waarvan de inwerkingstelling resulteert in een vermindering van de mortaliteit.
- Bepaalde organisatorische elementen dragen bij tot een doeltreffende opname zoals de tijd tussen de oproep en het vertrek van de ziekenwagen, de tijd tussen de aankomst in het ziekenhuis en het begin van de behandeling, de opname gedurende het weekend of tijdens de week.
- Het verband tussen de gepaste zorgprocedures en een beperkte dodelijkheid van AMI werd aangetoond. Efficiënte zorgen binnen een optimale termijn zijn essentieel voor het overleven van de patiënt en impliceren een gepast gebruik van de trombolysie en de revascularisatie. Volgens de literatuur lijkt de retroactie van verhoudingen op het percentage van ziekenhuisletaliteit, een positieve invloed te hebben op de initiatieven ter bevordering voor de opname en de behandeling van AMI.
- De ziekenhuis dodelijkheid na opname voor AMI geeft informatie over de resultaten en onrechtstreeks over de technische kwaliteit van de zorgen (bezorgen van een trombolytische behandeling en PTCA bij opname, administratie – behalve wanneer er contra-indicaties bestaan - aspirine,  $\beta$ -blokkers, eventueel ACE remmers en een stopzetting van het roken).
- Een minderheid van patiënten met AMI sterven in het ziekenhuis. De meerderheid van de sterfgevallen vindt plaats buiten het ziekenhuis. 5.2% van de patiënten sterven de eerste dag van de opname, 15.5% sterven gedurende de maand na de opname of de volgende maand (mortaliteit op korte termijn), 22.1% sterven in het eerste jaar en ten slotte 26.1% tijdens het tweede jaar.
- Geen enkele variatie op vlak van mortaliteit kon worden vastgesteld tussen zorgprogramma's (Van Brabant, Camberlin et al. 2005).

**Beperkingen:**

- Vergeleken met de indicatoren van de procedures, is de indicator voor ziekenhuisletaliteit na opname voor AMI niet erg gevoelig voor de opname voor AMI. Naast de gekregen behandeling (die verschilt naargelang de leeftijd van de patiënt), hangt de prognose af van de leeftijd en misschien van het geslacht van de patiënt, de verstopte ader(s), het aantal getroffen aders, de variabiliteit van het hartritme en de aanwezigheid van een cardiogenische schok. De afstand tussen de plek waar de patiënt zich bevindt en het ziekenhuis en zelf de eventuele files, kunnen een negatief effect hebben.

**Oorsprong van de gegevens:** RCM + gegevens van het nationaal register

**Bijsturing** voor leeftijd, geslacht, co-morbiditeit en cardiogenische schok.

Tabel 10: Beschrijvende fiches van de niet klinische indicatoren

## **Specialisatiegraad van de verplegers**

**Beschrijving:** Deze indicator vergelijkt de gegradueerde gespecialiseerde verplegers met het geheel van gegradueerde en gediplomeerde verplegers.

### **Rechtvaardiging:**

- Deze indicator zou moeten de mogelijkheid bieden om het belang aan te tonen van de sterke punten (de specialiteiten) van het ziekenhuis en het gewicht van deze sterke punten in vergelijking met de situatie in andere instellingen.
- Dit percentage is een indicator met als doel, wat de kwaliteit van de zorgen betreft, de specialisatiegraad van de ziekenhuisprestaties aan te tonen.

### **Beperkingen:**

- Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze indicator:
  - De waarde van deze indicator hangt af van de nauwkeurigheid van de verzameling van graad- en functiegegevens in tabel 13 van FINHOSTA.
  - De precisiegraad van de gegevens overgedragen door het ziekenhuis hangt af van het detail beheerd door het departement "Human Resources" van het coderingsinstituut van deze professionele categorieën. Anderzijds moet men bij de interpretatie rekening houden met de specificiteit van de instelling doorheen haar zorgactiviteiten, statuut van privaat vzw of instelling van de openbare sector of zelf in functie van haar grootte.

**Gegevens :** Finhosta

## **Turnover per personeelscategorie**

**Beschrijving:** verhouding van het personeel dat zijn functie heeft verlaten gedurende het onderzochte jaar. Elk vertrek wordt opgenomen, voor redenen van ontslag geven, pensioen, ontslag krijgen of einde van een contract van beperkte duur.

### **Rechtvaardiging:**

- De aantrekking en de behouden van verplegend personeel zijn een belangrijk probleem voor Belgische ziekenhuizen. Dit probleem wordt onder andere veroorzaakt door de moeilijkheden bij het rekruteren van bevoegd personeel.
- Veel negatieve effecten van een belangrijke turnover op:
  - De kwaliteit van de zorgen: geringere continuïteit van de zorgen, verlies van vaardigheden en kennis eigen aan de instellingen
  - De stemming van de personen die "achterblijven": cohesie van de getroffen groep, verhoogde stress veroorzaakt door de nood om zich constant aan te passen aan de nieuwkomers en door de grotere werkdruk gedurende de transitieperiode en gedurende de opleidingsperiode van de nieuwkomer
  - De kosten: beperkte productiviteit van de werknemers voor hun vertrek, impact op de productiviteit van hun collega's, lage productiviteit van de nieuwkomer gedurende de aanpassingsperiode.
- De kost van de turnover is groter in periode van personeelsgebrek omdat de functies langer vrij blijven en de rekruteringskost hoger is.
- De turnover kan een betere adequatie toelaten van de persoon voor de taak, biedt meer flexibiliteit, kan nieuwe ideeën voortbrengen in de organisatie enz.
- Uit Amerikaanse ervaring betekenen "magnet hospitals" ziekenhuizen die kunnen inwerken op hun graad van turnover.

### **Beperkingen:**

- Ziekenhuizen zouden moeten vergeleken worden binnen beperkte geografische ruimten om de verschillen van vraag en aanbod van personeel te neutraliseren.



- Het is een globale indicator die een goed beeld geeft van de situatie van het personeel in het ziekenhuis.
- Het resultaat kan worden beïnvloed door een fusie of herstructurering.
- Een vergroting of verlaging van het aantal bedden zou bepaalde resultaten kunnen verklaren zoals belangrijke veranderingen voor een bepaald type functie.
- Idealiter zouden de contracten met beperkte duur en het vertrek op pensioen moeten worden uitgesloten.
- De betrouwbaarheid van de gegevens van de sociale balans werd nog niet geëvalueerd.

**Gegevens:** Sociale balans

**Bijsturing:** Per personeelscategorie

## Vacatures voor verplegerfuncties

**Beschrijving:** Aantal (ETP) van vacante verplegerfuncties / aantal (ETP) van aanwezige verplegers in de instellingen \*100 (situatie op 31 december).

### **Rechtvaardiging:**

- Sinds een aantal jaar, als gevolg van het gebrek aan verplegers, bekommert de politieke overheid zich over het beschikken over voldoende bevoegd personeel.
- De instellingen ondervinden veel moeite om het personeel aan te trekken, rekruteren en te stabiliseren om de vacante functies op te vullen.
- Deze indicator biedt de mogelijkheid om voor 100 ETP aanwezige verplegers in de instelling op 31 december, het aantal vacatures (in ETP) op deze zelfde datum te visualiseren. Onder vacature verstaat men het aantal functies waarvoor intern en/of extern een advertentie werd geplaatst.

### **Beperkingen:**

- De interpretatie van de cijfers en de vergelijking tussen ziekenhuizen moet met voorzichtigheid gebeuren: de motivatie om dit type gegevens op te nemen verschilt van de ene instelling op de andere; de gegevens worden niet te plaatse nagekeken door de FOD-VVVL.

**Gegevens:** Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken

## Acid test

### **Beschrijving:**

- formule:

$$\frac{\text{Schuldvorderingen voor prestaties} \leq 1 \text{ jaar} - \text{inhaalbedragen (positief)} + \text{andere schuldvorderingen} + \text{beleggingen van geldmiddelen en beschikbare waarden}}{\text{Schulden op ten hoogste een jaar} - \text{inhaalbedragen (negatief)}}$$

- teller: schulden voor prestaties  $\leq 1$  jaar – inhaalbedragen (positief) + andere schuldvorderingen + beleggingen van geldmiddelen en beschikbare waarden  
= C40 – C403 + C41 + C5
- noemer: schulden op ten hoogste één jaar – inhaalbedragen (negatief)  
= C42 à C48 – C443

### **Rechtvaardiging:**

- De acid test wordt gebruikt om na te gaan of de ziekenhuizen kunnen voldoen aan hun korte termijnverplichtingen en is aldus een veiligheidsmaat voor schuldeisers van de ziekenhuizen (werknemers, leveranciers, banken).
- Met de acid test zijn de ziekenhuizen gemotiveerd voor een actief beheer van de klantenrekeningen (doeltreffende geschillenregeling), leveranciersrekeningen (terugbetalingen binnen optimale termijnen) en van geldmiddelen (belegging van ongebruikte liquide middelen). Het drukt de dekking van korte termijnschulden uit door de meest liquide rubrieken van circulerende activa.

- Het weerspiegelt de kwaliteit van het financiële beheer, die de overeenstemming tussen de termen van het verkrijgen en het gebruik van de fondsen moet opzoeken. De waarde van de acid test is des te hoger wanneer de betalingstermijn van de schuldvorderingen kort en de termijn van de betaling van de schulden lang is. Het ziekenhuis heeft een rechtstreekse impact op deze componenten. Een waarde hoger dan 1 is verkieselijk.

**Beperkingen:**

- Bij elke vergelijking tussen instellingen moet er rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Financiële dekking**

**Beschrijving:** de cashflow, in deze ratio, wordt vergeleken met de schulden op lange termijn binnen het jaar.

**Rechtvaardiging:**

- Dit ratio omvat een benadering van de stroom van liquiditeiten en geeft bijgevolg een aanwijzing over het vermogen van zelffinanciering van een instelling.
- De cashflow vergelijken met schulden op lange termijn, die voorkomen binnen het jaar, geeft een aanwijzing over het vermogen van de instelling om de betaling te verzekeren van haar schulden door zelffinanciering.
- De cashflow, beschikbare middelen voor bestemming zijnde vooral de afschrijving van niet uitbetaalde lasten en het resultaat van het boekjaar, stemt overeen met het vermogen van zelffinanciering van de instelling. De gespreide cashflow verfijnt dit concept. Deze capaciteit, naast de betaling van het kapitaal wanneer het een commercieel bedrijf betreft, dient om enerzijds de investering en anderzijds de betaling van de schulden op lange termijn te financieren.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Rentabiliteit 1 : Netto marge**

**Beschrijving:** Uitbatingcijfer / zakencijfer. Deze indicator wordt ook netto marge genoemd.

**Rechtvaardiging:**

- Becijfert het rentabiliteitsniveau van de uitbating. Het biedt het ziekenhuis de mogelijkheid om haar doeltreffendheid te positioneren op het niveau van haar activiteitentak.
- Essentieel kenmerkend ratio in de vergelijking tussen instellingen van een zelfde groep alsook door haar evolutie in de tijd.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Rentabiliteit 1bis**

**Beschrijving:** uitbatingcijfer / uitbatingproducten.

**Rechtvaardiging:**

- Becijfert het rentabiliteitsniveau van de uitbating. Het biedt het ziekenhuis de mogelijkheid om haar doeltreffendheid te positioneren op het niveau van haar activiteitentak.
- Dit ratio is de meest voorkomende, alle activiteitentakken samen.
- Essentieel kenmerkend ratio in de vergelijking tussen instellingen van een zelfde groep alsook door haar evolutie in de tijd.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Rentabiliteit 2**

**Beschrijving:** lopend resultaat / zakencijfer.

**Rechtvaardiging:**

- Het rentabiliteitsniveau van het lopende resultaat becijferen. Het biedt het ziekenhuis de mogelijkheid om haar doeltreffendheid te positioneren op het niveau van haar activiteitentak.
- Essentieel kenmerkend ratio in de vergelijking tussen instellingen van een zelfde groep alsook door haar evolutie in de tijd.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Rentabiliteit 2bis**

**Beschrijving:** lopende resultaat / uitbatingproducten.

**Rechtvaardiging:**

- Het rentabiliteitsniveau van het lopende resultaat becijferen.
- Het omvat lasten van de financiële producten van de teller.
- Het biedt het ziekenhuis de mogelijkheid om haar doeltreffendheid te positioneren op het niveau van haar activiteitentak.
- Essentieel kenmerkend ratio in de vergelijking tussen instellingen van een zelfde groep alsook door haar evolutie in de tijd.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

**Graad van financiële onafhankelijkheid**

**Beschrijving:** (eigen kapitaal / totaal passief) \* 100.

**Rechtvaardiging:**

- Dit cijfer drukt in percentage het gedeelte van eigen middelen uit ten opzichte van het totaal passief
- Deze indicator is een van de "fundamentele" indicatoren wanneer de financiële soliditeit van een instelling moet worden verduidelijkt. Het verduidelijkt de graad van autonomie waarover het ziekenhuis beschikt ten opzichte van derden en het vermogen te investeren zonder een beroep te moeten doen op externe financiële middelen. Deze graad biedt de banksector de mogelijkheid te bepalen in welke mate het ziekenhuis toegang zal hebben tot nieuwe leningen voor investeringen.
- Het ziekenhuis kan duidelijk een invloed hebben op de structuur van haar schuld en op de structuur van haar resultatenrekening.
- Deze waarde drukt in % het gedeelte van eigen middelen uit ten opzichte van de totale middelen, namelijk het totaal van het passief. De instelling bevindt zich in een goede positie als de waarde hoger is dan 50%; en is in tegenstelling in een slechte situatie als de waarde lager is dan 10%. Indien de waarde zich tussen 10% en 50% bevindt moet men de evolutie echter opvolgen. Indien de waarde negatief is, moet men echter herstelmaatregelen nemen.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de

instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

### **Niveau van de Cashflow**

**Beschrijving:** de cashflow, in deze ratio, wordt vergeleken met het totaal passief.

**Rechtvaardiging:**

- Deze indicator geeft een goed beeld van de recente economische gezondheid van het ziekenhuis
- Het geeft een goede aanwijzing van de capaciteit van zelffinanciering van haar activiteiten.
- Het ziekenhuis kan een invloed hebben op de structuur van haar resultatenrekening.
- Hoe hoger het ratio, hoe beter de situatie.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.

**Gegevens** Finhosta

### **Ratio van continuïteit**

**Beschrijving:** Deze indicator vergelijkt de bruto waarde van de investeringen ten opzichte van de afschrijvingen van de 3 laatste jaren. Het verduidelijkt de inspanning die door het ziekenhuis geleverd werd voor het behoud en de bevordering van haar werkmiddel.

De indicator wordt berekend enerzijds voor het medische materiaal en anderzijds voor het niet medisch en rollend materiaal.

**Rechtvaardiging:**

- Een waarde lager dan 1 weerspiegelt een investeringsbeperking ten opzichte van de voorgaande jaren.
- Een aanhouden investeringsbeperking van verschillende jaren kan belangrijke financiële moeilijkheden aangeven en kan de toekomst op lange termijn van het ziekenhuis op het spel zetten.
- Aangezien het ziekenhuis met zichzelf wordt vergeleken gedurende de voorgaande jaren, worden de effecten op het niveau de activiteit geneutraliseerd.

**Beperkingen:**

- Investerings van het verleden, boekwaarde die niet altijd de reële waarde voorstelt, het geleverde ratio weerspiegelt niet de mogelijkheid op investeringen, noch de eventuele kwalitatieve valuta.

**Gegevens** Finhosta

#### **Ratio van continuïteit: medisch materiaal**

**Beschrijving:** bruto waarde van de investeringen van de 3 laatste jaren in medisch materiaal /Afschrijvingen van de 3 laatste jaren

#### **Ratio van continuïteit: niet medisch materiaal**

**Beschrijving:** bruto waarde van de investeringen van de 3 laatste jaren in niet medisch materiaal /Afschrijvingen van de 3 laatste jaren

**Beperkingen:**

- Wat het niet medisch materiaal betreft, omvat deze categorie de categorieën van niet zo homogene goederen, het is moeilijk om de geleverde inspanning te beoordelen. Er bestaat in feite een verschil tussen het massief investeren in bijvoorbeeld materiaal ter bevordering van het comfort van de patiënt en/of het personeel maar met een veronderstelde levensduur van hoger dan 3 jaar (bed en beddengoed, kasten voor het economaat, stoelen voor verpleegsters, ...) of het rollend materieel met een levensduur van minder dan 3 jaar (computermateriaal).

## **Doeltreffendheid in verblijfsduur 1**

**Beschrijving:** gerechtvaardigde dagen / gefactureerde dagen voor alle verblijven.

**Rechtvaardiging:**

- Deze indicator biedt de mogelijkheid om de doeltreffendheid van het ziekenhuis aan te tonen in termen van verblijfsduur gefinancierd door de gerechtvaardigde activiteit.
- Het ratio omvat alle verblijven, zowel de verblijven verbonden met een gemiddelde nationale verblijfsduur als de verblijven verbonden met een uitzonderlijke financieringsregel.

**Beperkingen:**

- De indicator zou moeten worden berekend op het aantal gerechtvaardigde bedden /aantal erkende bedden om rekening te houden met de evolutie van de ziekenhuis activiteit.

**Gegevens RCM**

## **Doeltreffendheid in verblijfsduur 2**

**Beschrijving:** gerechtvaardigde dagen / gefactureerde dagen voor “normale” verblijven

**Rechtvaardiging:**

- Deze indicator biedt de mogelijkheid om de doeltreffendheid van het ziekenhuis aan te tonen in termen van verblijfsduur gefinancierd door de gerechtvaardigde activiteit. Dit ratio houdt enkel rekening met de verblijven verbonden met een gemiddelde nationale verblijfsduur. De verblijven gefinancierd door de aangepaste verblijfsduur zijn in deze ratio niet meegerekend.
- Door het ratio "Doeltreffendheid in verblijfsduur 2» te vergelijken met de ratio 1 "Doeltreffendheid in verblijfsduur 1" kan het ziekenhuis de impact bepalen op haar doeltreffendheid in verblijfsduur die niet gebonden zijn aan de gemiddelde verblijfsduur.

**Gegevens RCM**

## **Gemiddelde kost van de informatica**

**Beschrijving:** kost van de informatica X 100/Totaal van de kosten van het ziekenhuis

**Rechtvaardiging:**

- Deze indicator biedt de mogelijkheid om de investering te evalueren in computermateriaal dat de instelling maakt ten opzichte van het geheel van haar kosten.

**Beperkingen:**

- Bij de vergelijking tussen de instellingen moet rekening gehouden worden met de grootte van de instelling, haar specialisatie, haar statuut en de structuur van haar kapitaal.
- Het resultaat moet geïnterpreteerd worden door rekening te houden met het feit dat de informaticadienst van de instellingen enkel werkzaam is voor de ziekenhuisactiviteit of voor een geheel van andere dienstverleners.
- Onbruikbare indicator met de informatisering van medische dossiers
- Andere initiatieven zijn lopende binnen de CNEH die een relevantere indicator zou kunnen geven ( )

**Gegevens Finhosta**

## **Klinische wegen**

**Beschrijving:** schatting van het percentage verkiesbare patiënten die toegelaten worden gedurende het jaar volgend op de klinische weg voor de volgende aandoeningen/interventies:

- Cerebrovasculair accident (ACA)
- Volledige knieprothese (proth\_knie)

- Volledige heupprothese (proth\_heup)
- Diabetes (diabetes)
- Transurethrale prostatectomie (prostatect)
- Borstkanker (ka\_borst)
- liesbreuk (liesbreuk)
- andere

**Rechtvaardiging:**

- Het feit van klinische wegen te hebben opgesteld voor sommige aandoeningen en/of interventies duidt op de wens om innoverende processen te willen instellen om de kwaliteit van de zorgen te verbeteren.
- Deze indicator biedt de mogelijkheid om, in het geval de instelling dit type aandoening zou verzorgen of dit type interventie zou uitvoeren, in te schatten of klinische wegen werden opgesteld en zo ja, voor welk % van verkiesbare patiënten de klinische weg kon worden toegepast.

**Beperkingen:**

- De motivatie om dit type gegevens te registreren verschilt naargelang de instellingen
- De gegevens worden niet nagekeken ter plaatse door de FOD-VVVL.

**Gegevens Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken**

**Gebruiksgraad van de medische apparatuur (RMN, ctscan, petsan)**

**Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Aantal onderzoeken in medische beeldvorming (angiographieën, mammographieën, CT-Scan, RMN, Gamma camera)

**Noemer:** Aantal medische apparatuur (angiografen, mammografen, CT-Scan, RMN, Gamma camera)

**Uitzonderingscriteria :** /

**Rechtvaardiging:**

- Rendement van de investeringen van de medische apparatuur
- Illustreert de verdeling van het aanbod in medisch technisch apparatuur in België

**Beperkingen:**

- Indien deze indicator gebruikt wordt als onrechtstreekse weerspiegeling van de doeltreffendheid van de investeringen, kan hij aanzetten tot overconsumptie in een context van nomenclatuur bij de verrichting.
- De gegevens van het onderzoek van ziekenhuisstatistieken zijn niet gevalideerd. Sommige ziekenhuizen vermelden bijvoorbeeld dat ze een aantal onderzoeken hebben uitgevoerd terwijl ze niet beschikken over toestellen die hun de mogelijkheid geven ze uit te voeren.
- Het onderzoek van de ziekenhuisstatistieken bepaalt niet eenduidig het aantal onderzoeken in medische beeldvorming. Het is verkieselijk dat deze afkomstig zou zijn uit de RIZIV profielen.
- Het aantal medische apparatuur kan licht worden onderschat. Sommige machines kunnen aangemeld worden terwijl ze verouderd zijn, weinig actief (voorbehouden voor één type onderzoek) en zelf ongebruikt.
- Hangt af voor bepaalde indicatoren van de programmering in medische beeldvorming (RMN)
- In de mate waarin geen enkele aanpassing wordt toegepast, illustreert de indicator geen productie van medische akten.

**Bron van de gegevens:** Onderzoek Ziekenhuisstatistieken en RIZIV profielen

**Stratificatie:** per type apparatuur, per type ziekenhuis, per type contact (Ambulatoir/Gehospitaliseerd)

**Ratio MNR/Scanner in volume (aantal akten)**

**Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Aantal onderzoeken uitgevoerd in Nuclaire Magnetische Resonantie Nucléaire

**Noemer:** Aantal uitgevoerde onderzoeken met CT-Scan

**Uitzonderingscriteria :** /

**Rechtvaardiging:**

- De scanner door Magnetische resonantie die geen X stralen gebruikt, moet worden verkozen boven de CT-Scanner om veiligheidsredenen wanneer en medisch relevant is.
- De toestellen met NMR worden relatief weinig gebruikt in België (Obyn, Cleemput et al. 2009) terwijl de CT-Scan vrijwel te veel gebruikt worden.

**Beperkingen:**

- Indien deze indicator gebruikt wordt als onrechtstreekse weerspiegeling van de doeltreffendheid van de investeringen, kan hij aanzetten tot overconsumptie in een context van nomenclatuur bij de verrichting.
- In de mate waarin geen enkele aanpassing wordt toegepast, illustreert de indicator geen productie van medische akten.
- In de mate waarin de opportuniteit van de indicaties van de actie niet kan worden geschat illustreert de indicator slechts de productie van medische akten.

**Bron van de gegevens:** RIZIV profielen

**Stratificatie:** per type ziekenhuis, per type contact (Ambulatoir/Gehospitaliseerd)

## **Belang voor de mate van tevredenheid van de patiënt**

**Beschrijving:** 3 parameters worden voorgesteld: het percentage van uitgedeelde vragenlijsten, het antwoordpercentage en het aantal domeinen opgenomen in de vragenlijst over de tevredenheid.

**Rechtvaardiging:**

- De evaluatie van de tevredenheid van de patiënt biedt de mogelijkheid om op regelmatige manier de tevredenheid van patiënten op te volgen, de kwaliteit van aangeboden diensten te verbeteren en de verschillende genomen initiatieven te evalueren.
- Deze indicator weerspiegelt de verspreiding van de vragenlijst over de tevredenheid en het belang van het ziekenhuis om vragen te stellen over verschillende aspecten van de zorgen.

**Beperkingen:**

- Verschillende motivatie van de éne instelling op de andere om dit type gegevens te registreren
- De gegevens worden net nagekeken ter plaatse door de FOD-VVVL.

**Gegevens** Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken

## **Informatie van de patiënt**

**Beschrijving:** Aantal verschillende thema's opgenomen in de verklarende brochures voor patiënten.

**Rechtvaardiging:**

- Namelijk omwille van de evolutie van de wetgeving, van de medische praktijken en de relaties tussen arts en patiënt wordt de patiënt meer en meer betrokken in het parcours van de zorgen: weten waar de zorgen te vinden, beslissen over de beste behandeling in samenspraak met de professionals en de voorziene behandeling opvolgen ...
- De indicator weerspiegelt het aantal domeinen die worden besproken door de brochures die uitgegeven worden ter attentie van de patiënten.

**Beperkingen:**

- Verschillende motivatie van de éne instelling op de andere om dit type gegevens te registreren
- De gegevens worden net nagekeken ter plaatse door de FOD-VVVL.

**Gegevens** Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken



## **Mogelijkheid op scholing op het ziekenhuis**

**Beschrijving:** Aantal beschikbare leerkrachten (ETP) / aantal erkende bedden in pediatrie. Deze indicator betreft enkel de instellingen met een kinderafdeling.

**Rechtvaardiging:**

- Volgens de Franstalige gemeenschap, heeft het kind recht om zijn schoolopleiding te blijven volgen gedurende zijn hospitalisatie door gebruik te maken van het onderwijzend personeel en het didactisch materiaal dat ter beschikking gesteld wordt door de school, in het bijzonder in het geval van een hospitalisatie van lange duur, op voorwaarde dat deze activiteit de lopende behandelingen niet in het gedrang brengt. Het kind heeft ook recht op onderwijs bij gedeeltelijke hospitalisatie (dagkliniek), van zorgen of herstellingsverlof thuis».

Deze indicator visualiseert het aantal van ETP leerkrachten die beschikbaar zijn per aantal bedden in pediatrie.

**Beperkingen:**

- Het aantal ETP leerkrachten wordt opgelegd door de Gemeenschappen/Gewesten
- Verschillende motivatie van de éne instelling op de andere om dit type gegevens te registreren
- De gegevens worden net nagekeken ter plaatse door de FOD-VVVL.

**Gegevens** Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken

## **Bemiddeling**

**Beschrijving:** aantal klachten neergelegd bij de bemiddeling ten aanzien van het aantal opnames gedurende het jaar.

**Rechtvaardiging:**

- Sinds 2002, beschikt elk ziekenhuis over een eigen bemiddelingsfunctie of een bemiddelingsfunctie met andere ziekenhuizen.
- Deze functie heeft onder andere als opdracht: de preventie van kwesties en klachten, de bemiddeling betreffende klachten met als doel een oplossing te vinden, de informatie van de patiënt over de mogelijkheden inzake regeling van zijn/haar klacht bij gebrek aan een oplossing.
- Als een patiënt van mening is dat één van zijn/haar rechten als patiënt zijn geschonden, kan hij/zij een klacht indienen bij de bemiddelingsdienst.

**Beperkingen:**

- Verschillende motivatie van de éne instelling op de andere om dit type gegevens te registreren
- De gegevens worden niet nagekeken ter plaatse door de FOD-VVVL.

**Gegevens** Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken

## **Graad van tevredenheid bij de gehospitaliseerde patiënt**

**Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** globale score van de tevredenheid van de patiënt

**Noemer:** /

**Uitzonderingscriteria:** /

**Rechtvaardiging:**

- Weerspiegelt de tevredenheid van de patiënt
- Weerspiegelt in een zekere mate de organisatie, de kwaliteit en de veiligheid van de zorgen in het ziekenhuis

**Beperkingen:**

- De verzameling van gegevens over de tevredenheid van gehospitaliseerde patiënten wordt niet systematisch uitgevoerd door alle gemeenschappelijke of gewestelijke overheden.
- De tevredenheidsquêtes van de gehospitaliseerde patiënten zijn niet genormaliseerd



- De verkregen score wordt beïnvloed door de graad van verkregen antwoorden. Deze verschilt tussen ziekenhuizen. Deze score hangt onder ander af van de gebruikte methode binnen de instelling
- Gegeven verkregen op eigen verklaring van de patiënten
- De gegevens kunnen niet worden nagekeken

**Bron van de gegevens:** Ziekenhuis

**Stratificatie:** /

## **Percentage gehospitaliseerde patiënten door de spoedgevallen en doorverwezen door een huisarts**

### **Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Aantal klassieke ziekenhuisverblijven van patiënten opgenomen door de spoedgevallen en doorverwezen door een huisarts \* 100

**Noemer:** Aantal klassieke ziekenhuisverblijven van patiënten opgenomen door de spoedgevallen

**Uitzonderingscriteria:** /

### **Rechtvaardiging :**

- Reputatie van de spoedgevallendienst van de instelling opgevat door eerstelijns dienstverleners.

### **Beperkingen:**

- Hangt af van de toegankelijkheid tot de zorgen en de organisatie van de huisgeneeskunde in de streek waar de patiënt verblijft.
- Betreft enkel de acute ziekenhuizen met een dienst spoedgevallen.
- Beïnvloed door de organisatie van de plaatselijke dringende medische hulp.
- Beïnvloed door adresseringsmaatregelen door de huisarts opgelegd in juli 2007.
- Het ziekenhuis heeft weinig invloed op het resultaat

**Bron van de gegevens:** RHM Spoedgevallen

**Stratificatie:** per provincie, per type ziekenhuis, per categorie van het aantal bedden.

## **Gewicht van het afval per gerechtvaardigd bed**

### **Beschrijving van de indicator:**

**Teller:** Totaal afval van klasse A+B1+B2 (Onderzoek van de Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken)

**Noemer:** Aantal gerechtvaardigde bedden (Budget van de Financiële middelen)

**Uitzonderingscriteria:** /

### **Verantwoording:**

- Belangrijke uitdaging in een beleid van duurzame en verantwoordelijke ontwikkeling. Het is belangrijk de productie van afval in onze samenleving zo veel mogelijk te beperken.
- Verantwoordelijkheidsbesef van de zorginstelling wat betreft de impact van haar impact op het milieu.
- Verantwoordelijkheidsbesef van de instelling wat betreft het goede beheer van ziekenhuisafval.
- De gerechtvaardigde bedden houden rekening met de opgenomen aandoeningen. Door dit aantal in de noemer te zetten, houdt de indicator rekening met de aandoeningen in de instelling (normalisatie)

### **Beperkingen:**

- De wetgeving over afval is niet geharmoniseerd tussen Vlaanderen, Brussel Hoofdstad en Wallonië. Deze verschillende wetgevingen kwalificeren het type afvalstof op een andere manier.

**Oorsprong van de gegevens:** Onderzoek van de jaarlijkse ziekenhuisstatistieken en Budget van de

Financiële middelen

**Stratificatie**: volgens het type afval (A, B1, B2), type ziekenhuis, categorie van het aantal bedden, aanwezigheid van een brandblusser

## Bibliografie

- "European Union Network for Patient Safety. 2011  
<http://90plan.ovh.net/~extranetn/>."
- . "Healthgrades patient safety methodology." Retrieved 30/08/2011, from  
<http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/PatientSafetyMethodology.pdf>.
- . "National Quality Forum. NQF endorsed standards." Retrieved 30/08/2011, from  
[http://qualityforum.org/Measures\\_List.aspx](http://qualityforum.org/Measures_List.aspx).
- Abbott, T., S. M. White, et al. (2011). "Factors affecting the profitability of surgical procedures under 'Payment by Results'." *Anaesthesia* **66**(4): 283-292.
- Adair, C. and al (2003). Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review. Report submitted to the Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Aelvoet, W., N. Terry, et al. (2010). "Do inter-hospital comparisons of in-hospital, acute myocardial infarction case-fatality rates serve the purpose of fostering quality improvement? An evaluative study." *BMC Health Serv Res* **10**: 334.
- Aelvoet, W., F. Windey, et al. (2008). "Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: an initiative to improve the quality of care." *BMC Health Serv Res* **8**: 3.
- Aelvoet, W. H., N. Terry, et al. (2009). "Miscoding: a threat to the hospital care system. How to detect it?" *Rev Epidemiol Sante Publique* **57**(3): 169-177.
- Agency for Healthcare Research and Quality Quality Indicators - Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1 (March 12, 2007). Rockville, MD: AHRQ 2003.  
[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi\\_download.htm](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm) (18 november 2010, last accessed).
- Annemans, L. (2007). *Gezondheidseconomie voor niet-economen*. Academia Press: Gent.
- Arah, O. A., G. P. Westert, et al. (2006). "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project." *Int J Qual Health Care* **18 Suppl 1**: 5-13.
- Arnetz, B. B. (1999). "Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care." *Int J Qual Health Care* **11**(4): 345-351.
- Australian Council on Health Care Standards. ACHS (2005). Performance and Outcomes services.  
[www.ahcs.org.au](http://www.ahcs.org.au).
- B.S.30.VII. (2004). Besluit van de Vlaamse regering van 14 mei 2004 houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen.
- Barnsley, J., L. Lemieux-Charles, et al. (1996). "Selecting clinical outcome indicators for monitoring quality of care." *Healthc Manage Forum* **9**(1): 5-21.
- Booth, J. L. and B. T. Collopy (1997). "A national clinical indicator database: issues of reliability and validity." *Aust Health Rev* **20**(4): 84-95.

- Borgermans, L. and al (2010). "Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische Ziekenhuizen Annoo 2009. Rapportage over het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2008-2009'. FOD VVVL. 150p."
- Bouckaert, G. and T. Auwers (1999). "Prestaties meten in de overheid. Overheidsmanagement. Brugge: Die Keure."
- Campbell, S. M., J. Braspenning, et al. (2002). "Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care." Qual Saf Health Care **11**(4): 358-364.
- Campbell, S. M., M. O. Roland, et al. (2000). "Defining quality of care." Soc Sci Med **51**(11): 1611-1625.
- Canadian Institute for Health Information (1999). National Consensus Conference on Population Health Indicators. Final Report. Ottawa: CIHI.
- Cannoodt, L. and al (2005). De toekomstige behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen in België. Niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd in opdracht van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid R. Demotte en in samenwerking met de Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. [www.absym.be/rapport-hopitaux-synthese-30-3-06.pdf](http://www.absym.be/rapport-hopitaux-synthese-30-3-06.pdf).
- Cevasco, M., A. M. Borzecki, et al. (2011). "Positive predictive value of the AHRQ Patient Safety Indicator "Postoperative Sepsis": implications for practice and policy." J Am Coll Surg **212**(6): 954-961.
- Chaudhry, B., J. Wang, et al. (2006). "Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care." Ann Intern Med **144**(10): 742-752.
- Collopy, B. T. (2000). "Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care." Int J Qual Health Care **12**(3): 211-216.
- Colsen, P. and A. Casparie (1995). "Indicatorregistratie: Een Model ten Behoeve van Integrale Kwaliteitszorg in een Ziekenhuis." Medisch Contact **50**: 297-299.
- D'Ancona, F., C. Rizzo, et al. "Automatic Microbiological Laboratory-Based Surveillance : The Micronet Project."
- Danvers, K. and P. Nikolov (2010). "Does outsourcing affect hospital profitability?" J Health Care Finance **37**(1): 13-29.
- de Walcque, C., B. Seuntjens, et al. (2008). "Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise du soins de santé (KCE); KCE reports 70B, D/2008/10.273/02."
- Desmidt, S. and A. Heene (2006). "Strategie en Organisatie van Publieke Organisaties. Lannoo: Tielt."
- Dexia bank (2006). "Maha-analyse: De ziekenhuissector onder de scanner. 6p."
- Donabedian, A. (1966). "Evaluating the Quality of Medical Care." The Milbank Quarterly **44**: 166-203.
- Donabedian, A. (1978). "The quality of medical care." Science **200**(4344): 856-864.
- Donabedian, A. (1980). "Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1): the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press."

- Drösler, S., P. S. Romano, et al. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47.
- Drösler, S. E., N. S. Klazinga, et al. (2009). "Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries." Int J Qual Health Care **21**(4): 272-278.
- Drosler, S. E., P. S. Romano, et al. (2011). "International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member Countries: A Methodological Approach of Adjustment by Secondary Diagnoses." Health Serv Res.
- Dumon, V. and T. Balthazar (2010). "Ombudsfunctie in ziekenhuizen en hun mogelijke rol bij de behandeling van klachten over schade na professionele fouten. Een rechtsvergelijkende studie. Niet gepubliceerde masterthesis. Universiteit Gent."
- FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2008). Multidimensionele Feedback naar de Ziekenhuizen. 186p.
- Gagliardi, A. R., C. Majewski, et al. (2010). "Quality improvement capacity: a survey of hospital quality managers." Qual Saf Health Care **19**(1): 27-30.
- Gallagher, B., L. Cen, et al. (2005). Validation of AHRQ's patient safety indicator for accidental puncture or laceration.  
Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20515/>.
- Ganju, V. (2006). "Mental Health Quality and Accountability: The Role of Evidence-Based Practices and Performance Measurement." Adm Policy Ment Health **33**: 659-665.
- Geraedts, M., H. K. Selbmann, et al. (2003). "Critical appraisal of clinical performance measures in Germany." Int J Qual Health Care **15**(1): 79-85.
- Goddard, M. and R. Jacobs (2008). Using Composite Indicators to Measure Performance in Health Care. In: Smith P, et al. editors. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects: World Health Organization.
- Grenier-Sennelier, C. and al. (2005). "Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH », Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 53, 1822-1830."
- Groene, O., N. Klazinga, et al. (2008). "The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals." Int J Qual Health Care **20**(3): 155-161.
- Grol, R. (1995). "Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap."
- Grol, R. and J. Grimshaw (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care." Lancet **362**(9391): 1225-1230.
- Grouwels, D. and al. (2008). "Dokteren met kwaliteit. Standaard Uitgeverij: Antwerpen."
- Haines, A. and S. Rogers (2001). "Integrating research evidence into practice. In: Silagy C, Haines A, eds. Evidence-based practice in primary care, 2nd edn. London: BMJ books."
- Hassmiller, S. B. and M. Cozine (2006). "Addressing the nurse shortage to improve the quality of patient care." Health Aff (Millwood) **25**(1): 268-274.

- Haute Autorité de la Santé (2009). "Manuel de certification des établissements de santé. Version 2010  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf)."
- Haute Autorité de Santé (2010). "Version synthétique des rapports de certification. Méthodologie  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/methodologie\\_rac\\_synthetique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/methodologie_rac_synthetique.pdf)."
- Heene, A. (2002). "Praktijkboek strategie. Lannoo: Tielt."
- Henderson, K. E., A. Recktenwald, et al. (2009). "Clinical validation of the AHRQ postoperative venous thromboembolism patient safety indicator." *Jt Comm J Qual Patient Saf* **35**(7): 370-376.
- Herreros, G. and B. Milly (2006). "Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération, rapport HAS - Université Lyon 2 – IRCO  
[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/86/67/PDF/Rapport\\_Herreros\\_Milly\\_2006.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/86/67/PDF/Rapport_Herreros_Milly_2006.pdf)."
- Hofer, T. P., S. J. Bernstein, et al. (1997). "Validating quality indicators for hospital care." *Jt Comm J Qual Improv* **23**(9): 455-467.
- Institute of Management Accountants and A. Andersen (1998). "Tools and Techniques for Implementing Integrated Performance Measurement Systems: Statement on Management Accounting 4DD. Montvale, NJ."
- Institute of Medicine (1990). "Medicare: A Strategy for Quality Assurance, volume 1. National Academy Press: Washington DC."
- Institute of Medicine (1999). "Measuring the Quality of Health Care. National Academy Press: Washington DC."
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001). "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press: Washington DC."
- Jacques, J., D. Gillain, et al. (2006). "Etude des disparités de la chirurgie élektive en Belgique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol.42B. Ref. D/2006/10.273/46."
- Jenaro, C., N. Flores, et al. (2011). "Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement." *J Adv Nurs* **67**(4): 865-875.
- Jencks, S. F. (1994). "HCFA's Health Care Quality Improvement Program and the Cooperative Cardiovascular Project." *Ann Thorac Surg* **58**(6): 1858-1862.
- Jha, A. K., E. J. Orav, et al. (2008). "Patients' perception of hospital care in the United States." *N Engl J Med* **359**(18): 1921-1931.
- Kaafarani, H. M. A., A. M. Borzecki, et al. (2011). "Validity of Selected Patient Safety Indicators: Opportunities and Concerns." *Journal of the American College of Surgeons* **212**(6): 924-934.
- Kaafarani, H. M. A. and A. K. Rosen (2009). "Using administrative data to identify surgical adverse events: an introduction to the Patient Safety Indicators." *American Journal of Surgery* **198**(5A): S63-S68.



- Kim, T. H., M. J. McCue, et al. (2009). "The relationship of financial and mission factors to the level of uncompensated care provided in California hospitals." *J Healthc Manag* **54**(6): 383-401; discussion 401-382.
- Lawrence, M. and al (1997). "Indicators of Quality in Health Care." *Eur J Gen Pract* **3**: 103-108.
- Mainz, J. (2003). "Defining and classifying clinical indicators for quality improvement." *Int J Qual Health Care* **15**(6): 523-530.
- Mainz, J., A. M. Hansen, et al. (2009 ). "Bartels PD National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project." *J Surg Oncol* **99**(8): 500-504.
- Mattke, S., A. M. Epstein, et al. (2006). "The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background." *Int J Qual Health Care* **18 Suppl 1**: 1-4.
- McGlynn, E. A. and S. M. Asch (1998). "Developing a clinical performance measure." *Am J Prev Med* **14**(3 Suppl): 14-21.
- Menachemi, N., J. Burkhardt, et al. (2006). "Hospital information technology and positive financial performance: a different approach to finding an ROI." *J Healthc Manag* **51**(1): 40-58; discussion 58-49.
- Mpinga, E. K. and P. Chastonay (2011). "Satisfaction of patients: a right to health indicator?" *Health Policy* **100**(2-3): 144-150.
- National Health Performance Committee (NHPC) (2001). "National report on health sector performance indicators 2003. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare."
- National Health Service (2003). "Clinical Outcomes Group. Clinical Outcomes Indicators.  
[www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/clinical%20outcome%20indicators%20report.pdf](http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/clinical%20outcome%20indicators%20report.pdf)."
- Needleman, J., P. Buerhaus, et al. (2002). "Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals." *N Engl J Med* **346**(22): 1715-1722.
- Nolan, T. W. (2007). "Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement  
Available on [www.IHI.org](http://www.IHI.org)."
- Obyn, C., I. Cleemput, et al. (2009). "Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 106B (D/2009/10.273/15)."
- Phillips, R. L., Jr., L. A. Bartholomew, et al. (2004). "Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States." *Qual Saf Health Care* **13**(2): 121-126.
- Pickert, J. and al (2008). "Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. In: Henriksen K, et al. (Ed.). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (vol. 2). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville."
- Raetzman, S., E. Stranges, et al. (2008). *Patient Safety in Hospitals in 2004: Toward Understanding Variation across States*. HCUP Methods Series Report# 2008-02, U.S. Agency for Healthcare Research and Quality [accessed September 6, 2011]. Available at

[http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/2008\\_02.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/2008_02.pdf).

- Rapoport, J., D. Teres, et al. (2003). "Length of stay data as a guide to hospital economic performance for ICU patients." *Med Care* **41**(3): 386-397.
- Richmond, J., D. Hunter, et al. (2009). "Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty)." *J Am Acad Orthop Surg* **17**(9): 591-600.
- Russell, D., P. Rosenfeld, et al. (2010). "Using technology to enhance the quality of home health care: three case studies of health information technology initiatives at the visiting nurse service of New York." *J Healthc Qual* **32**(5): 22-28; quiz 28-29.
- Sadeghi, B., R. Baron, et al. (2010). "Cases of iatrogenic pneumothorax can be identified from ICD-9-CM coded data." *Am J Med Qual* **25**(3): 218-224.
- Smith, P. and al (2008). "Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Copenhagen: World Health Organization. ."
- SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins Feedback des Patient Safety Indicators : la Sécurité des Patients dans les Hôpitaux Belges.
- SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins (2008). "Feedback multidimensionnel. 186p."
- Thorens, J. B., R. M. Kaelin, et al. (1995). "Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease." *Crit Care Med* **23**(11): 1807-1815.
- Utter, G. H., J. Cuny, et al. (2010). "Detection of postoperative respiratory failure: how predictive is the Agency for Healthcare Research and Quality's Patient Safety Indicator?" *J Am Coll Surg* **211**(3): 347-354 e341-329.
- Utter, G. H., P. A. Zrelak, et al. (2009). "Positive predictive value of the AHRQ accidental puncture or laceration patient safety indicator." *Ann Surg* **250**(6): 1041-1045.
- Van Brabant, H., C. Camberlin, et al. (2005). "Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique . Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol. 14B. Ref.D/2005/10.273/12."
- Vandijck, D. (2011). "Balanceren tussen waarheid en onzin. Column. de Huisarts " .
- Vandijck, D. M. and S. I. Blot (2008). "High acuity nurse:patient ratio – is it cost-effective? In: Controversies in Intensive Care Medicine. Ed. Kuhlen R, Moreno R, Ranieri M, Rhodes A. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin."
- Veillard, J., F. Champagne, et al. (2005). "A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project." *Int J Qual Health Care* **17**(6): 487-496.
- Verelst, S., J. Jacques, et al. (2010). "Validation of Hospital Administrative Dataset for adverse event screening." *Qual Saf Health Care* **19**(5): e25.
- Verweire, K. and L. Van den Berghe (2004). "Integrated Performance Management. SAGE Publications: London."



- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2011). "Toelichting bij het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheid- en welzijnsvoorzieningen.  
[www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-ziekenhuizen/.](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-ziekenhuizen/)"
- Vlayen, J. and al (2006). "Klinische Kwaliteitsindicatoren. Brussel. KCE rapport 41A (D/2006/10.273/43)."
- Vlayen, J. and al (2010). "Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. KCE rapport 128A (D/2010/10.273/25)."
- Vrolijk, H. and al (2003). "Performance-indicatoren, Den Haag, LEI, Rapport 8.03.01."
- Waggoner, D. and al (1999). "The Forces that Shape Organizational Performance Measurement Systems: An Interdisciplinary Review." *Int J Prod Econ* **60**: 53-60.
- Wallace, J. E., J. B. Lemaire, et al. (2009). "Physician wellness: a missing quality indicator." *Lancet* **374**(9702): 1714-1721.
- Weller, W. E., B. K. Gallagher, et al. (2004). "Readmissions for venous thromboembolism: expanding the definition of patient safety indicators." *Jt Comm J Qual Saf* **30**(9): 497-504.
- White, R. H., M. Garcia, et al. (2010). "Evaluation of the predictive value of ICD-9-CM coded administrative data for venous thromboembolism in the United States." *Thromb Res* **126**(1): 61-67.
- White, R. H., B. Sadeghi, et al. (2009). "How valid is the ICD-9-CM based AHRQ patient safety indicator for postoperative venous thromboembolism?" *Med Care* **47**(12): 1237-1243.
- Widdowson, M. A., A. Bosman, et al. (2003). "Automated laboratory-based system using the Internet for disease outbreak detection, the Netherlands, *Emerg.Infect.Dis* **9**:1046-1052."
- World Health Organisation (2001). "The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope.  
[www.who.int](http://www.who.int)."
- Zhan, C., J. Battles, et al. (2007). "The validity of ICD-9-CM codes in identifying postoperative deep vein thrombosis and pulmonary embolism." *Jt Comm J Qual Patient Saf* **33**(6): 326-331.
- Zrelak, P. A., B. Sadeghi, et al. (2011). "Positive predictive value of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicator for central line-related bloodstream infection ("selected infections due to medical care")." *J Healthc Qual* **33**(2): 29-36.

## 13 Annexes



### 13.1 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

#### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project : Regelmatische bezoeken van het topmanagement in de diensten, discussies rond patiëntendossiers.

#### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Ontstaan van het project : Het concept past in de methodiek van zelfevaluatie en motivatie ter voorbereiding en opvolging van een ziekenhuisbrede accreditatie.
- Wie is aan de oorsprong van het project: High level stuurgroep accreditering, bestaande uit topmanagement (leden van directiecomité, bestuurscomité en medische raad) plus projectleider accreditering en kwaliteitscoördinator. Het operationele luik van het project werd beheerd door de projectleider accreditering.
- Inhoud van het project: Stelselmatig bezoek aan alle afdelingen binnen het ziekenhuis door een team van 4 personen bestaande uit, een arts lid van het management, verpleegkundig middenkader, kwaliteitsmanagement en ziekenhuishygiëne. De “site visits” worden verricht aan de hand van patiëntendossiers, waarbij het traject dat de patiënt heeft doorlopen wordt gevolgd.

#### 3. SCOPE

Belangrijkste doelstelling van het project : in een rechtstreekse interactie met medewerkers in de afdelingen, de principes en de hieruit voortvloeiende praktische aspecten met betrekking tot continue kwaliteits- en veiligheidsopvolging over te brengen, teneinde aldus de cultuur van “continuous quality improvement” in de organisatie te stimuleren en te ondersteunen.

Tegelijkertijd wordt door het management feedback ingewonnen vanuit de afdelingen over mogelijke verbeteracties en geeft het de gelegenheid aan het management om een audit uit te voeren van de afdeling met betrekking tot de toepassing van de vereiste standaarden op vlak van kwaliteit en veiligheid van de zorg.

#### 4. TIMING

Er is geen einddatum, geen begindatum : dit is een continu proces.

#### 5. INDICATOREN

De audit gebeurt aan de hand van zelf ontworpen indicatoren/aandachtspunten, die uitgebouwd werden, voornamelijk voortbouwend op de standaarden die opgenomen waren in het accrediteringsproces.

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt?

Als inspiratie diende het concept van “patient tracers” zoals toegepast in het JCI accrediteringsproces.

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen : **geen**
- Succesfactoren : **motivatie van de medewerkers en de rechtstreekse feedback met concrete verbeterpunten vanuit de afdelingen naar het management toe.**

## 7. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

**Aankondiging van het project aan de hand van nieuwsbrief en intranet, evenals mondelinge toelichting op vergaderingen (hoofdverpleegkundigenvergaderingen in hoofdzaak)**

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

**Hiervoor werden geen bijkomende middelen ingezet**

## 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

**Belangrijkste behaalde resultaten : dit is één van de aspecten die bijgedragen heeft tot het behalen van een ziekenhuisbrede accreditering door het ziekenhuis. Tegelijkertijd wordt het project verder gezet mede met het 3 jaarlijks heraccrediteringsproces.**

## 13.2 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project

Kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen: een sociaal onthaal.

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?

ZNA staat voor kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen. Het ziekenhuis wenst rekening te houden met de sociale situatie van de patiënt. Daarom lanceerden CEO en directie Patiëntenadministratie de idee om binnen Patiëntenonthaal (aan de Balie) een eerste aanspreekpunt te organiseren: de sociaal medewerkers. Zij verlenen ondersteuning aan de cliënt met betrekking tot financiële administratie n.a.v. een hospitalisatie of consultatie.

- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?

Directie Patiëntenadministratie leidt dit project.

- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

De sociaal medewerkers vormen ter hoogte van de balie een gespecialiseerd, eerstelijns sociaal aanspreekpunt in het ziekenhuis voor vragen om informatie, advies en hulp door de patiënt.

Hun doel is het recht op gezondheidszorg mee te garanderen, de toegankelijkheid te bewaken en de sociale opdracht van ZNA te realiseren.

Het team van sociaal medewerkers Patiëntenonthaal vervult volgende taken:

- Screening van sociale problemen die verband houden met de sociale administratie van patiënten en detectie van sociale problemen, bijvoorbeeld mutualiteit, voorschotten, afbetalingsplannen, bevoegdheden van OCMW' s, medische waarborgen, hospitalisatieverzekeringen, Fedasil, bemiddelen met dienst inningen en deurwaarder ZNA, kamerkeuzes, bewindvoering, etc.
- Informeren, oriënteren, opvolgen en eventueel doorverwijzen van cliënten door het toepassen van de gepaste methodieken om een hulpverlening op maat te bieden en de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.
- Instaan voor het psychosociale welzijn van patiënten en omgeving.
- Verzekeren van sociaal-technische interventies zodat de rechten van patiënt worden uitgeput.
- Uitvoeren van de sociaal administratieve formaliteiten ten behoeve van de cliënt ten einde de administratief-sociale regelgeving van de cliënt in orde te brengen.

- Opmaken en opvolgen van het sociaal-administratief dossier (verslaggeving, formuleren van adviezen en voorstellen, controleren van de verstrekte gegevens) teneinde het individuele traject te ondersteunen en oneigenlijk gebruik te voorkomen.
- Registreren van gegevens ( aard van interventies, doorverwijzers, profiel hulpbehoevenden, ...) ten einde de interne organisatie en de patiëntopvolging te bevorderen.
- Het uitbouwen en onderhouden van het gepaste netwerk om goede doorverwijzingen en samenwerkingen te kunnen realiseren.
- Overleg.
- Signaalfunctie: signaleren van beleidsgebonden aspecten en tendensen ten einde het beleid af te stemmen op patiëntenbelangen en noden en te sensibiliseren voor algemene maatschappelijke problemen.

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project

Het verlenen van een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg:

- voor iedereen gelijk,
- maar rekeninghoudend met de sociale situatie,
- met ondersteuning waar nodig,
- met een aanvaardbaar financieel risico voor ZNA.

Bijkomende objectieven

De bewustwording van de financiële implicaties van elke zorghandeling bij medewerkers.

Het geviseerde publiek

Patiënten die niet in orde zijn met het ziekenfonds en/of hun ziekenhuiskosten niet kunnen betalen.

Patiënten die geen identiteitsgegevens kunnen voorleggen.

Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)

Binnen ZNA:

Dokters, verpleegkundigen, baliemedewerkers, Sociale Dienst.

Buiten ZNA:

OCMW, ziekenfondsen, zorgverzekeraars, Fedasil,...

### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

1. Datum begin van het project

## 2. (verwachte) Einddatum van het project

Het project werd gerealiseerd in februari 2008. De eerste sociaal medewerkers werden aangeworven.

Het concept wordt nog continu bijgestuurd.

### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt?

De kosten van onze sociale opdracht waren hoog.

Cijfers werden geanalyseerd:

- aantal patiënten met onvolledige identiteitsgegevens,
- aantal facturen met onjuiste adresgegevens,
- aantal/bedrag onbetaalde facturen,
- aantal/bedrag van aan de deurwaarder overgemaakte facturen,
- bedrag afschrijvingen,
- bijkomende administratiekosten ten gevolge van.,
- profielen van patiënten,
- ...

Het verloop van processen werd onderzocht.

### 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen
  - De diagnose: de analyse, het bepalen van de doelgroepen van patiënten (OCMW, Fedasil, arbeidsongeval, toerist, illegaal, EU-werknemer, zeeman...).
  - Het persoonlijkheidsprofiel van de sociale medewerkers omschrijven: het financiële aspect versus de sociale opdracht/toegankelijkheid, het kordaat omgaan met cliënten.
  - De interactie met de buitenwereld, stakeholders, netwerken.
  - Het in kaart brengen van patiëntenstromen, het structureren van stromen.
  - De standaardisatie van processen versus specifieke wensen en de vertaling in regels en procedures.
  - Cijfers en resultaten.
    - Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan
    - Succesfactoren
  - Toegevoegde waarde voor patiënten.
  - Juiste identificatie- en facturatiegegevens.
  - Betere inning van facturen.
  - Correcte toepassing van “Dringende medische interventie”.
  - Gebruik van “Best practises” (leercurve, dit stimuleert betrokken medewerkers).

- Opvolging en nazorg: het project is geen eindpunt maar de werking wordt continu verbeterd.
  - Risicofactoren
- Het persoonlijkheidsprofiel van de sociale medewerkers: het financiële versus sociale opdracht/toegankelijkheid, kordaat omgaan met cliënten.
- Een oneigenlijk gebruik van urgentiediensten door patiënten om de “controle” aan het onthaal te vermijden.
- De buy-in van alle partijen (vooral zorgverstrekkers).
- Goede meetinstrumenten ontwikkelen, het opzetten van een systeem van operationeel management, rapporteren over resultaten.
  - Belangrijke lessen

## 10. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- a. Type bericht / communicatie
- b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )
- c. Frequentie van de communicatie

Het project werd gerealiseerd door de afdeling Patiëntenonthaal. Binnen de afdeling werd een werkgroep opgericht, onder supervisie van de manager. 2-wekelijks werd binnen de groep gerapporteerd over de voortgang (wie doet welke zaken, fase voor fase werd afgewerkt). Er werd/wordt vanuit die werkgroep samengewerkt, overlegd met verschillende interne (afdeling Facturatie, Inningen, Sociale dienst, Medische diensthoofden, ...) en externe organisaties (deurwaarder, OCMW, ...). Het project werd/wordt getoetst bij alle belanghebbenden.

Project- en beheerorganisatie liepen door elkaar.

## 11. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project

Directeur Patiëntenadministratie, lid van het Managementteam  
 Manager Patiëntenonthaal, coördinator van de Balies (campusoverschrijdend)  
 Verantwoordelijke Patiëntenonthaal van de campus

- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?

ZNA deed voor dit project geen beroep op consultants.

- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)

Niet van toepassing.

- d. Globale kost zonder HR

Niet van toepassing.

- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- f. Aantal toegewezen dagen aan het project

Het project werd in samenwerking met een aantal mensen binnen de organisatie uitgevoerd. Naast hun taken besteedden zij een gedeelte van hun tijd aan de uitwerking van dit project. De resources werden niet exact begroot/gemeten.

- g. Detail van deze dagen per functie

Het project werd in samenwerking met een aantal mensen binnen de organisatie uitgevoerd. Naast hun taken besteedden zij een gedeelte van hun tijd aan de uitwerking van dit project. De resources werden niet exact begroot/gemeten.

## 12. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties

De werking wordt continu bijgestuurd.

- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact

De sociale medewerker elimineert administratieve hinderpalen, zoekt met de patiënt naar financiële oplossingen (optimale inning van kosten).

Zij beantwoorden vragen over ziekenhuiskosten.

De baliemedewerkers worden gedeeltelijk ontlast.

De zorgverstrekker weet vaak vooraf wat de financiële risico's verbonden aan zijn prestaties zijn. De artsen zijn op de hoogte van de financiële situatie van de patiënt. Dit laat hen toe om enkel dringende medische interventies te verlenen in bepaalde omstandigheden.

De identificatie- en facturatiegegevens van patiënten zijn correcter. Hierdoor wordt de oninbaarheid van facturen beperkt.

De patiënten begrijpen beter wat "betaalbare gezondheidszorg" is en wat het niet is.

Sensibilisering.

- Al dan niet de wens om het project te verlengen

De sociaal medewerkers hebben bewezen "verdienselijk" (op alle vlakken) te zijn. Aan de bestaande organisatie wordt continu gesleuteld in overleg met alle betrokkenen. Er is nog heel wat ruimte voor verbetering.



### 13.3 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

#### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: [Benchmarking -](#)

#### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee? De algemene directie en de uitvoerende raad.
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?  
[Een externe consultant \(Eurogroup Consulting\) ; Mijnheer Dusanic, Directeur van de Human Resources; Mevrouw Cambier, Directrice van het Verpleegkundig Departement; Mijnheer Lefébure, Algemeen Administratief en Financieel Directeur en Dokter de Toeuf, Algemeen Medisch Directeur.](#)
- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

[Onze objectieven zijn, onze eigen praktijken te vergelijken met die, die het best slagen in het domein van de ziekenhuisexploitatie. Ons productieniveau, ons beheersratio's vergelijken, onze processen analyseren \(vergelijkbaar maken en vergelijken met andere\), nadenken over de manier waarop wij de interne activiteiten kunnen organiseren, de beste professionele manier van werken zoeken. De verbetering van het rendement en de efficiëntie leidt tot een verbetering van de kwaliteit, het ultieme nagestreefde doel.](#)

#### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project

[De sites van de Brusselse CHIREC zijn verdeeld onder 3 geografische lokalisaties: Cavell, Leopoldspark en Basiliek. Het doel, is het bestaande te analyseren in termen van gebruikt personeel en de ratio's van de beheersgegevens, en de instelling voor te bereiden voor de verhuis van de enige site Delta in 2017: beschrijving van de toekomstige noden, en vergelijking van het bestaande en het toekomstige, en voorstelling van implementering van de nodige verbeteracties indien het zich zou voordoen.](#)

- Bijkomende objectieven

De verzamelde gegevens valideren, de kennis van de processen van vergelijkingsmetingen bekomen, de indicatoren van productiviteit en verbeterprocessen valideren.

- **Het geïmplementeerde publiek**

Alle medewerkers van de CHIREC, betrokken diensten: administratie (opvang, opname, telefoon), DHR, boekhouden, facturatie, MKG, logistiek (transport, onderhoud en andere technieken, magazijn, keuken), hospitalisatie, (brancardiers, vervangingspool 's nachts, spoed, dagziekenhuis, sterilisatie, diensten van zorg), consultaties en medisch-technisch, laboratorium, apotheek.

- **Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)**

Zie hierboven

- **Belangrijkste etappes van het project**

Analyse van de performantie van het geheel van de functies van het ziekenhuis, in termen van productiviteit, het voorstellen van pertinente beheersratio's, deze twee punten vergelijken met een referentiebenchmark en tenslotte mogelijke verbeterpunten voorstellen. Deze analyse gebeurt in twee stappen:

- a) Verzamelen van gegevens en validering, analyse van de niveaus van productiviteit van de basisactiviteiten
- b) Lokalisatie van de plaats waar er gewonnen zou kunnen worden op het niveau van productiviteit door de ziekenhuisfusie. Daar zijn ook twee stappen:
  - i. Vergelijken van de toekomstige productiviteit van de unieke site op basis van de vastgestelde perimeter door de CHIREC, en valideren van de geïdentificeerde processen en diensten in punt a) door de observaties op het terrein en de interviews van de verantwoordelijken
  - ii. Toelaten om de noodzakelijke beperkingen en de kritische succescondities te identificeren voor een harmonieuze verzameling te bekomen van de activiteiten op de unieke site.

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

- November 2009: datum begin van het project: voorafgaande analyse
- Januari 2010: voorstelling van het project aan de directie, individuele ontmoeting met team verantwoordelijken
- Februari 2010: verzamelen van de gegevens
- Maart 2010: Validatie met team verantwoordelijken
- Mei en juni 2010: Voorstellingen

Het project nam, in feite, 8 maand in beslag:

1. twee maand voorafgaande analyses
2. zes maand operationalisering

## 5. INDICATOREN

Een classificatie van activiteiten die door Eurogroup Consulting aangeboden is, laat toe om de gepresteerde tijd, voor elke basisactiviteit van een dienst X, te ventileren.

Deze verzameling gebeurt gedurende 15 dagen, en geeft zo voor iedere basisactiviteit gepresteerd in een dienst, een percentage, dat percentage wordt dan vergeleken met het aantal betaalde FTE. Bijvoorbeeld: Een verantwoordelijke van een dienst gebruikt een deel van zijn tijd om zijn functie als verantwoordelijke uit te voeren, om raad te geven, te communiceren, als mentor van de ondergeschikten, om de opleiding van het personeel te verzekeren, om de contracten te beheren, om de boekhoudkundige gegevens te helpen verzamelen, en de bestellingen en de aankopen te beheren. Al deze activiteiten vertegenwoordigen een aantal minuten of uren op een dag. De uiteindelijke oefening is het analyseren van de algemene organisatie van heel de instelling, doorheen deze fragmentatie per periode en de activiteiten van ieder. Er zijn in heel het ziekenhuis een 880 basisactiviteiten. In het werk van het personeel dat instaat voor de logistiek en de administratieve en algemene prestaties, 14 hoofdactiviteiten (verantwoordelijke opvang, secretariaat, human resources, administratie, enz.) werden teruggevonden, die 104 basisactiviteiten vertegenwoordigen.

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

De indicatoren zijn die van Eurogroup Consulting.

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt? Heeft u beroep gedaan op wetenschappelijke documenten of documenten ontwikkeld door instituten of consultants?

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen

Het project heeft voor veel onrust gezorgd bij het personeel, dat natuurlijk overgenomen werd door de syndicaten.

- Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan

Individuele informatie per dienst.

Een voorbereiding voor de interviews van het gehele personeel was nodig, zowel voor het verduidelijken van de doelstellingen als voor de methodologie uit te leggen, en de perfecte samenwerking te verzekeren van de personen die geïnterviewd zouden worden.

- **Succesfactoren**

De succesfactoren was de herhaling van de informatie, de getoonde wens van de directie om deze enquête te beschouwen als een element van algemene analyse van de ziekenhuisactiviteit en zeker niet als tool om het werkend personeel te verminderen om de flow van het werk te verbeteren.

- **Risicofactoren**

De grootste risicofactor was de mogelijkheid dat het personeel niet zou willen samenwerken voor het verzamelen van de gegevens, en dit was niet het geval.

- **Belangrijke lessen**

Communiceren, communiceren, communiceren.

### 13. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

a. Type bericht / communicatie

In januari 2010, werd het onderzoeksproject voorgesteld aan het personeel tijdens informatiesessies, die gegeven werden op ieder ziekenhuissite van de CHIREC, eveneens Braine-l'Alleud - Waterloo, terwijl het niet echt nodig was voor de studie aangezien die geconcentreerd was op Delta future. Vanaf de studie officieel was, werd de Raad van de Instelling op de hoogte gehouden, en heeft die op regelmatige basis informatie en tussenrapporten ontvangen, die beschikbaar gemaakt werden door Eurogroup Consulting. Het project werd eveneens voorgesteld aan de Uitvoerende Raad, aan de Medische Raad en de Administratie Raad. Wanneer de studie beëindigd was, werden de resultaten, op dezelfde wijze, gepresenteerd aan al deze professionals, en werden eveneens het onderwerp van een communicatie aan de Algemene Vergadering van de VZW.

Gekozen presentatie: mondelinge communicatie die gepresenteerd werd alsoe en conferentie, verklarend met teksten via PowerPoint, teksten die ter beschikking werden gesteld aan ieder persoon die ze wenste te analyseren. Er was dus een communicatie over het project, een formele tussentijdse communicatie over het verloop alvorens de laatste analyse, het is te zeggen eind maart, en natuurlijk de definitieve voorstelling van de resultaten in juni 2010.

b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )

Zie hierboven

c. Frequentie van de communicatie

Zie hierboven

#### 14. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

Wij hebben de kosten niet berekend die gebonden waren aan het geleverde werk, van onze personeelsleden, om het project te verwezelijken, ook de kosten niet van de uren die de gebruikt werden door het personeel dat geïnterviewd werd. De enige directe kost die we kennen is die van het contract met de externe consultant.

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project
- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)
- d. Globale kost zonder HR  
130.000 € BTWI
- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- f. Aantal toegewezen dagen aan het project
- g. Detail van deze dagen per functie

#### 15. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties

Aangezien de doelstelling was, de werkkraft te evalueren die nodig was om de taken van CHIREC te verzekeren op de site Delta, werden voor de uitzonderlijke zones, met winst van productiviteit, een specifiek plan gebruikt. De leeftijds piramide en het beheersplan voor de carrière van ieder personeelslid werden bekeken met de geïnteresseerden. De mogelijkheden voor herplaatsing op de sites die niet aan de fusie deelnamen of in activiteiten die nog steeds functioneerden, de functieveranderingen door middel van complementaire opleidingen, eventuele prepensioenen, worden op punt gesteld.

- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact
- Al dan niet de wens om het project te verlengen

Deze vraag is niet van toepassing, aangezien het project per definitie beperkt is in de tijd

- Wens om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties

Het is natuurlijk niet uitgesloten dat één of twee jaar voor het verhuizen, een vergelijkbare studie uitgevoerd wordt, om de geboekte vooruitgang en de domeinen waar we nog moeten ingrijpen, te meten.

## 13.4 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: Onderzoek over de organisatie van de materniteit vertrekkend van de indicator « percentage keizersnedes » van de multidimensionele feedback

### 2. INTEGRATIE

In 2006, na een grote groei van de activiteit, ondersteund door een sterk engagement van de medische equipes (gynecologen, pediaters, anesthesisten) en verpleegkundigen, de dienst kent een moeilijke periode : daling van de activiteiten, twijfel, verlies aan motivatie, degradatie van de sfeer tussen hen en de equipes, geen goede organisatie,...

Met het oog om het behouden van een performante dienst, grijpt de directie in door na te denken over het behouden van hetgeen bereikt was en het herstellen van een positieve dynamiek.

Een operationele balans wordt opgesteld om opnieuw een objectief imago van de dienst te geven, gedeeld door de verschillende professionelen, de sterke punten aan te geven en een actieplan op te stellen, opgebouwd aan de hand van duidelijke, gestructureerde en gedeelde richtlijnen.

### 3. SCOPE

Het voornamelijkste objectief van het project was de positieve dynamiek te herstellen in een voorbeelddienst van het ziekenhuis.

De bijkomende doelstellingen waren het bereikte te formaliseren door verschillende elementen die betrekking hebben tot de organisatie, de protocollen en tot de communicatie te verstevigen. Ze zijn hieronder weergegeven zoals ze in de tijd opgesteld geweest zijn.

1. De samenhang van het medisch team versterken
2. De samenhang met de andere medische equipes versterken (pediaters, anesthesisten) en met het verpleegkundig department.
3. Het werk van de dienst herorganiseren,  
Herzien / ontwikkelen / respecteren van consensuele procedures
4. De communicatie in de dienst en met andere diensten herorganiseren  
Dossiers onderhouden, van het mondelinge tot het geschreven, nadenken over informatisering
5. Multidisciplinair werk dus nadenken over multidisciplinaire planning van  
de activiteiten  
de middelen  
de personen: artsen, verpleegkundigen, ..  
het materiaal  
de lokalen: bevallingslokaal, kamers

De totaliteit van de personen die hierboven werden vermeld hebben meegewerkt aan het project, maar het belangrijkste van het werk gebeurde door de gynecologen en het verpleegkundige team.

Het werd duidelijk, tijdens het project, dat de evolutie in het beroep van verloskundige, onder andere, mee geholpen heeft aan het herzien van de verwachtingen en de relatie tussen deze 2 equipes, en dat er een intensief overleg nodig was.

Het project werd opgebouwd in verschillende stappen.

1. Operationele balans voorgesteld door de directie: voorstelling van gekende indicatoren
2. Operationele balans opgesteld met de equipes: stand van zaken en moeilijkheden
3. SWOT opgesteld met en door de equipes
4. Formalisatie van de verwachtingen en de respectievelijke engagementen
5. Actieplan
6. Operationele opvolging

#### 4. TIMING

Het project is begonnen in 2006.

Het werd onderverdeeld in een aantal stappen, ieder overeenkomend met één of meerdere doelstellingen.

Een aantal van deze stappen moeten nog gerealiseerd worden, namelijk diegene die leiden tot de volledige renovatie van de infrastructuren (opbouw van een nieuwe dienst is aan de gang) en aan het aanwerven van medisch personeel (aan de gang).

Om die redenen, en zelf al hebben we de « projet modus » verlaten, vinden wij nog steeds dat het project aan de gang is. Het project beschikt eveneens over een bijzondere begeleiding.

#### 5. INDICATOREN

Zoals hierboven reeds gezegd, was het voornamelijkste doel, de positieve dynamiek te herstellen in een voorbeelddienst van het ziekenhuis. Meer bepaald, wensten we het voorgaande dynamisme gelinkt aan kwantitatieve doelstellingen, leiden naar een dynamisme gelinkt aan kwalitatieve doelstellingen.

Bij het opstarten van het projet, wenste de directie de operationele balans ondersteund zien door verschillende beschikbare indicatoren.

- Aantal bevallingen, aantal opnames, uitgevoerde dagen, verblijfsduur, turn over van het personeel, cartografie van de rekrutering, ..
- Bezetting van het uurrooster van het OK, aantal inducties per dag, ..
- Percentage keizersnedes, percentage bevallingen met peridurale, aantal inducties, aantal transfers tussen NIC en MIC , respect van de protocollen, percentage instrumentalisatie bij normale bevallingen, ..

Indien de daling van de activiteiten een deel van het verminderen van de motivatie kan verklaren, zijn er een aantal andere indicatoren die interessant zijn om te gebruiken, om een positief kwalitatief imago van de dienst te herstellen, in ieder geval voor het oproepen van het nadenken over de sterke en zwakke punten.

Dit is namelijk het geval van de indicator « percentage keizersnedes ».

We kennen deze indicator van het rapport van het KCE vol 41 B van 2006 over de indicatoren van de klinische kwaliteit.

We kennen de grote verscheidenheid aan het gebruik van de keizersnedes hier in België, in het bijzonder benadrukt door de studie van het Intermutualistisch Agentschap (presentatie gegeven aan de commissie van de hoofdartsen van de FIH, op 29/05/2006, door Dr Lucet).

Het zwakke percentage keizersnedes in CHTN opgemerkt in deze studie (13,2% in 2002, hetzij 67 keizersnedes op 439 bevallingen), en eveneens opgemerkt in de Multidimensionele Feedback over de periode van, werd voorgesteld aan de équipes en werd besproken.

Bewust van de moeilijkheid om deze lage percentages en de mogelijke bias te interpreteren, hebben wij het opzettelijk positief voorgesteld, als een mogelijke indicator van een goede kwaliteit van verzorging.

Wij werken in onze materniteit met een équipe van 4 gynaecologen, die ieder tussen de 80 en 150 bevallingen per jaar doen. Een zwak aantal betrokkenen, een belangrijke ervaring en een hoog activiteitsvolume zijn meestal in vergelijking gesteld met een laag percentage voor het beroep doen op keizersnedes.

Deze « sterke punten » werden erkend door de équipes als succesfactoren voor de toekomst. Hetzelfde geldt voor de voorstelling van de PSI 17-18-19 et 20 komend uit de Feedback van de Patients Safety Indicators van 2008, die de dienst een goede plaats geven

Concreet, hebben wij deze indicator(en) gebruikt om na te denken over de volgende punten:

1. Maandelijkse opvolging van het percentage van keizersnedes
  - Een bordtabel werd opgesteld
  - Doelstelling: het genereren van een maandelijkse opvolging van een aantal technieken (keizersnedes, stuitligging, forceps, ventouses, episiotomieë, ..)
2. Herdefiniëring van het medisch beleid in de dienst in geval van een aantal situaties (stuitligging, ..)
  - Cfr guidelines
  - Doelstelling: herzien van de protocollen en harmonisatie van de praktijken
3. Wekelijkse planning van de keizersnedes
  - Beperkt aantal keizersnedes de dagen van OK
  - Doelstellingen:
    - Betere communicatie tussen de artsen en met de verloskundigen
    - Betere verdeling van de werklust / tevredenheid van de patiënten en het personeel
4. Planning van de inducties
  - Beperkt aantal inducties per dag
  - Doelstellingen:
    - Betere communicatie tussen de artsen en met de verloskundigen
    - Betere verdeling van de werklust / tevredenheid van de patiënten en het personeel
6. MOEILIKHEDEN

Hier kaarten we voornamelijk de belangrijkste moeilijkheden/oplossingen aan gelinkt aan de 4 voorafgaande punten:

#### **1. Implementering van een indicator van opvolging**

- Duidelijkheid van de indicator / herhaalde informatie



- Implementering van een interne onderzoek / implementering van een procedure
- Opbouw van de indicator / ondersteuning van de MKG cel

## **2. Medisch beleid, protocollen en procedures**

- Overtuigen van de noodzaak voor herdefiniëring, een consensus verspreiden, protocollen formaliseren en respecteren / verschillende vergaderingen, bepalen van een KONING van de dienst, herziening van alle procedures
- Registratie van de opvolging en evaluatie/ aan de gang

## **3-4 : Planning van de activiteiten**

- Overtuigen van de noodzaak van herdefiniëring / vergaderingen + richtlijnen
- Respecteren en evalueren / planningsboek bereikbaar vanaf de consultaties van de gynaecologen, strikte toepassing van de richtlijnen
- Organiseren van de communicatie / vergaderingen van de artsen en de diensten, wettelijk en verplicht

### **Succesfactoren:**

- Sterke betrokkenheid van de directie
- Sterke betrokkenheid van de diensten

## 16. COMMUNICATIE

Hier spreken we voornamelijk over de communicatie gelinkt aan de indicatoren.

Ze werd voornamelijk gerealiseerd onder de vorm van presentaties, bijvoorbeeld powerpoint, relatief aan de kwaliteitsindicatoren, aan de indicator van het percentage van keizesnedes, aan de verschillen opgemerkt in de benchmark, aan de mogelijke interpretatie.

Ze was gericht tot de medische en verpleegkundige equipes en werd gevolgd door discussies.

## 17. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Aucune ressource spécifique n'a été attribuée à ce projet.

Avantages : implication directe des acteurs dans le projet

Désavantages : charge de travail supplémentaire pour plusieurs acteurs (direction, médecins, infirmières, ..)

Cela représente une réelle difficulté : organiser un projet qualité est un investissement. La charge de travail est un coût immédiat difficile à absorber, sans financement direct, mais dont nous savons qu'il qui génèrera in fine un apport bien plus grand. On parle souvent du coût de la qualité, mais celui de la « non qualité » bien que difficile à mesurer est plus grand encore ...

## 18. OUTPUT – achievements

Belangrijkste realisaties:

- In directe link met de opvolging van de indicatoren:
  - Familiarisatie van de equipes met de noties van indicatoren / hun toedoening / hun beperkingen
  - Familiarisatie van de equipes met de noties van benchmark
  - Implementering van een registratieinstrument van indicatoren intern in de materniteit
  - Implementering van planninginstrumenten voor de inducties
  - Implementering van planninginstrumenten voor de planning van keizersnedes
  - Deelname aan Navigator
- Gelinkt aan het project op meer algemene wijze:

- Herziening van de procedures en protocollen met vandaag een goede observantie
- Herbepalen van de KONING van de dienst
- Formalisatie van een meer systematische communicatie
- En een aantal andere realisaties gelinkt aan:
  - Medisch en verpleegkundig leiderschap
  - Organisatie van het werk
  - Organisatie van de werkomgeving
  - Tevredenheid van het personeel
- Uiteindelijk werd, het eerste doel, herstellen van een positieve dynamiek in de dienst, bereikt.
- In de toekomst:
  - De implementering voortzetten (er blijven moeilijke punten over die behandeld worden voor het moment)
  - Opstellen van een specifieke Klinische Indicator « normale bevalling »
  - Opstellen van een specifieke Klinische Indicator « keizersnede »

#### 10. BESLUIT

In het doel om een positieve dynamiek in de dienst « Materniteit » van het CHTN te herstellen, heeft de beschikbaarheid van de erkende indicatoren toegelaten een aantal sterke, zwakke punten, succesfactoren naar voor te brengen en de equipes te verzamelen rond een project van de dienst dat gericht was op kwaliteit.

## 13.5 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: [Ontwikkeling van de indicatoren van het Verpleegkundig Departement ISPPC](#)

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee? [Lambert Lesoil](#)
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?  
[Lambert Lesoil is een verpleegkundige die zich bezig houdt met de verzameling van de gegevens, de analyse en de voorstelling van de gegevens van de indicatoren \(cel van indicatoren verpleegkundig departement\)](#)
- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?
  1. [Definitie van de indicatoren: opleiding, kwaliteit, productie](#)
  2. [Verzamelen van de gegevens](#)
  3. [Analyse van de gegevens](#)
  4. [Feedback en transmissie aan het verpleegkundig kaderpersoneel en aan de diensten](#)
  5. [Wekelijks, per trimester, jaarlijks monitoren van de indicatoren](#)
  6. [Voorstelling en feedback aan het verpleegkundig kaderpersoneel](#)

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project: [Bekomen van het monitoren van indicatoren om sneller te reageren en om de doelstellingen te bereiken van iedere indicator](#)

- Bijkomende objectieven: [Verbeteren van de kwaliteit van de zorg door het continue monitoren](#)
- Het geïmplementeerde publiek: [verpleegkundig kaderpersoneel, diensten](#)
- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon): [allen, behalve voor een aantal indicatoren \(Acute Pain Service\)](#)
- Belangrijkste etappes van het project

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

1. Begindatum van het project: [1998 in CHU Vesalius en verder uitgelopen naar het ISPPC sinds de fusie](#)
2. (Voorziene) einddatum van het project: [niet voorzien, continue monitoring](#)

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren? [Ja, cf Voorstelling](#)

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke? [Ontwerp door Lambert Lesoil](#)

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt? Heeft u beroep gedaan op wetenschappelijke documenten of documenten ontwikkeld door instituten of consultants? [Literatuuronderzoek over de kwaliteit van de zorg, de indicatoren cf. F. Bardiau, A. Jacquerye, Donabedian...](#)

[+ Business intelligence + cockpit management : ontwikkeling van een informaticatool](#)

#### 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen: [beperken en beschrijven van de indicator, verzameling van de informatie, komende van verschillende bronnen](#)
- Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan: [beste deelname en overeenkomst met de betrokken departementen \(beleidscel, HR...\)](#).
- Succesfactoren: [doorzettingsvermogen, motivatie](#)
- Risicofactoren
- Belangrijke lessen  
[Communiceren, communiceren, communiceren.](#)

## 19. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

### a. Type bericht / communicatie

[In januari 2010, werd het onderzoeksproject voorgesteld aan het personeel tijdens informatiesessies, die gegeven werden op ieder ziekenhuissite van de CHIREC, eveneens Braine-l'Alleud - Waterloo, terwijl het niet echt nodig was voor de studie aangezien die geconcentreerd was op Delta future. Vanaf de studie officieel was, werd de Raad van de Instelling op de hoogte gehouden, en heeft die op regelmatige basis informatie en tussenrapporten ontvangen, die beschikbaar gemaakt werden door Eurogroup Consulting. Het project werd eveneens voorgesteld aan de Uitvoerende Raad, aan de Medische Raad en de Administratie Raad. Wanneer de studie beëindigd was, werden de resultaten, op dezelfde wijze, gepresenteerd aan al deze professionals, en werden eveneens het onderwerp van een communicatie aan de Algemene Vergadering van de VZW.](#)

[Gekozen presentatie : mondelinge communicatie die gepresenteerd werd alsoe en conferentie, verklarend met teksten via PowerPoint, teksten die ter beschikking werden gesteld aan ieder persoon die ze wenste te analyseren. Er was dus een communicatie over het project, een formele tussentijdse communicatie over het verloop alvorens de laatste analyse, het is te zeggen eind maart, en natuurlijk de definitieve voorstelling van de resultaten in juni 2010.](#)

### b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... ) [Zie hierboven](#)

### c. Frequentie van de communicatie [Zie hierboven](#)

## 20. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Wordt de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

Wij hebben de kosten niet berekend die gebonden waren aan het geleverde werk, van onze personeelsleden, om het project te verwezelijken, ook de kosten niet van de uren die de gebruikt werden door het personeel dat geïnterviewd werd. De enige directe kost die we kennen is die van het contract met de externe consultant.

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project
- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)
- d. Globale kost zonder HR  
130.000 € BTWI
- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- f. Aantal toegewezen dagen aan het project
- g. Detail van deze dagen per functie

## 21. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties

Aangezien de doelstelling was, de werkkraft te evalueren die nodig was om de taken van CHIREC te verzekeren op de site Delta, werden voor de uitzonderlijke zones, met winst van productiviteit, een specifiek plan gebruikt. De leeftijdspiramide en het beheersplan voor de carrière van ieder personeelslid werden bekeken met de geïnteresseerden. De mogelijkheden voor herplaatsing op de sites die niet aan de fusie deelnamen of in activiteiten die nog steeds functioneerden, de functieveranderingen door middel van complementaire opleidingen, eventuele prepensioenen, worden op punt gesteld.

- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact
- Al dan niet de wens om het project te verlengen

Deze vraag is niet van toepassing, aangezien het project per definitie beperkt is in de tijd

- Wens om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties

Het is natuurlijk niet uitgesloten dat één of twee jaar voor het verhuizen, een vergelijkbare studie uitgevoerd wordt, om de geboekte vooruitgang en de domeinen waar we nog moeten ingrijpen, te meten.

## 13.6 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: Identificatie van een kwaliteitsindicator in het kader van de evaluatie van “ rapportering van ongewenste gebeurtenissen”

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee? Onder invloed van het diensthoofd, heeft professor Coucke, heeft de dienst radiotherapie stappen ondernomen om de kwaliteit te verbeteren. Twee van de prioriteiten waren onder andere, het beschikken over relevante indicatoren en een boordtabel maar ook het verminderen van de ongewenste gebeurtenissen.
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik? De uitvoering van het Cos plan van de instelling heeft, de dienst radiotherapie, toegelaten om pilootdienst te zijn voor het project van de boordtabellen. De verantwoordelijke kwaliteit beheert, in samenwerking met de dienst van ontwikkeling, de boordtabel en de cel voor de feedback van de ervaringen werkt aan de ongewenste gebeurtenissen.

- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

Een proactieve aanpak, met het oog op het maximaal vermijden van accidenten, werd deze geïmplementeerd in de dienst radiotherapie van het CHU in Luik. Met dit doel werd de methode, gebaseerd op de principes van veiligheid uit de vliegtuigsector, weerhouden. De basis van deze methode is gebaseerd op identificatie, registratie en systematisch gebruik van voorafgaande gebeurtenissen die kunnen leiden tot incidenten of accidenten. Een cel voor feedback van ervaringen (**Cellule de Retour d'Expériences** of CREx), bestaande uit twee vertegenwoordigers van iedere professionele sector (artsen, verpleegkundigen, fysici, secretarissen, psychologen en een specialist in kwaliteit...) werd opgesteld en analyseert continu de feedback van de ervaringen, om de veiligheid van de organisatie en de kwaliteit van de verzorging van de patiënten, te testen en te versterken.

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project

- Bijkomende objectieven
  1. Beschikken over kwaliteitsindicatoren en een boordtabel op de dienst radiotherapie proactief te beheren.
  2. Het personeel ertoe brengen om alle afwijkingen te melden door middel van fiches van incidentmeldingen.
  3. Implementering van een cel voor de feedback van de ervaringen of CREx.
  
- Complementaire doelstellingen
  1. Duurzaamheid van de continue verbetering van de Kwaliteit, in de dienst, met het oog op een certificatie.
  
- Het geviseerde publiek: Alle personeelsleden van de dienst radiotherapie
- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon): Enkel de dienst radiotherapie
  
- Belangrijkste etappes van het project –  
 Na de strategische doelstellingen bepaald te hebben, hebben we een methodologie, aangepast aan de specialiteiten van de dienst voor het verzamelen van de ongewenste gebeurtenissen, geïdentificeerd. Vervolgens hebben we de verzameling en de analyse van deze gebeurtenissen georganiseerd, vergaderingen voorbereidt van de CREx en het personeel opgeleid tot de systematische analyse van de incidenten. Vervolgens hebben we relevante indicatoren geïdentificeerd die we aan de boordtabel hebben toegevoegd.

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

3. Datum begin van het project: januari 2009 waaraan 3 maand voorbereiding vooraf ging
  
4. (verwachte) Einddatum van het project: duurzaamheid en continue verbetering van de CREx en van de boordtabel.

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt? Heeft u gebruik gemaakt van wetenschappelijke documenten of die ontwikkeld werden door instituten of consultants?



Alhoewel onze boordtabel gestructureerd is volgens de logica van Norton en Kaplan, hebben we het onlangs herwerkt omdat het meer zou voldoen aan onze eisen in het kader van onze EFQM aanpak. Wij houden ons geïnformeerd en consulteren alle beschikbare bronnen van informatie over dit onderwerp, onder andere de wetenschappelijke publicaties. We hebben geen beroep gedaan op een externe consultant. We hebben onze eigen indicatoren ontwikkeld volgens onze behoeften.

Weerhouden indicatoren:

**Aantal fiches van voorafgaande of onverwachte gebeurtenissen**

**Aantal fiches met een verbeteractie**

**Aantal verbeteracties weerhouden door de CREx**

**Aantal verbeteracties gerealiseerd door de CREx binnen de bepaalde tijd**

**Aantal verbeteracties niet gerealiseerd door de CREx**

**Aantal geklasseerde fiches per maand**

**Aantal vergaderingen van de CREx**

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- **Belangrijkste problemen**

De up-date van de boordtabel wordt beheerd door een team, dat onafhankelijk is, van de dienst van radiotherapie. De frequentie van vernieuwing van de gegevens is niet altijd voldoende om een reactief management te realiseren.

- **Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan**

Regelmatige ontmoeting van het team dat de boordtabel beheert. De dienst radiotherapie en het team van de boordtabel overleggen over de moeilijkheden en zoeken naar oplossingen met de nominatie van een verantwoordelijke en tijdslimieten voor de applicatie.

- **Succesfactoren**

De boordtabel laten evolueren en indicatoren kiezen in functie van de bestudeerde processen en de gefixeerde doelstellingen.

Nominatie van een verantwoordelijke per indicator.

- **Risicofactoren**

Het consulteren van de boordtabel wordt geen regelmatige taak van het management. Traagheid om de boordtabel te laten evolueren.

- **Belangrijke lessen**

Communicatie van de nuttige en noodzakelijke resultaten, aan de totaliteit van de professionals van de dienst.

De boordtabel is een onvermijdbare tool voor het beleid van alle kwaliteitsprojecten.

## 22. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- a. Type bericht / communicatie: Mondelinge communicatie met een demonstratie op een informaticasupport.
- b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... ): Presentatie van de tool en de resultaten op een dienstvergadering.
- c. Frequentie van de communicatie: 1 maal per jaar. Perspectief: maandelijkse bijwerking van de geafficheerde resultaten

## 23. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project. “Technische” realisatie van de boordtabel door een externe dienst (team van de instelling). + update, evolutie, codering, nieuwe projecten: 2 dagen per maand voor de kwaliteitsverantwoordelijke.
- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst? Neen
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...) Neen
- d. Globale kost zonder HR: zie team van de boordtabellen van het ziekenhuis
- e. Aantal toegewezen dagen aan het project: zie team van de boordtabellen van het ziekenhuis
- f. Detail van deze dagen per functie: zie team van de boordtabellen van het ziekenhuis

## 24. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties: de aanpassing van de update ging van tweejaarlijks naar tweemaandelijks soms maandelijks.
- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact: Bewustwording, te danken aan, het zien van bepaalde resultaten die voortvloeiden uit correcte actieplannen
- Al dan niet de wens om het project te verlengen: de tool is onmisbaar geworden voor het management en het beheer van de kwaliteit op radiotherapie
- Wensen om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties

1. Integratie van nieuwe indicatoren: tevredenheid van de patiënten, het personeel, impact op de collectiviteit
2. processindicatoren dichter bij elkaar brengen
3. De verantwoordelijken van de indicatoren meer op hun verantwoordelijkheid wijzen

## 13.7 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: *Evolutie van het cluster voor het beleid van de Universitaire Ziekenhuizen St Luc*

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?
- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

*Het cluster voor het beleid werd op progressieve wijze gestructureerd, de belangrijkste wendingen gebeurden ten gevolge van een trigger van economische orde.*

#### Fase 1 : 1980-1999

*Bij het ontstaan van de ziekenhuizen, werd het cluster enkel opgemaakt vanuit de cel verantwoordelijk voor het budget, die het jaarlijks budget van het ziekenhuis moeten realiseren en opvolgen.*

*Geconfronteerd met de financiële problematiek in 1982, snel omschreven, heeft de directie van de Ziekenhuizen, gesteund door een adviesbureau, de departementale structuur, die de dag van vandaag nog steeds bestaat, gecreëerd. Zo worden 9 ziekenhuisdepartementen gecreëerd en in ieder departement wordt er een beleidstrio aangesteld : een hoofd van het departement, een verpleegkundig kader van het departement en een administratief assistent van het departement (AAD). De AAD hangt hiërarchisch af van het hoofd van het departement, zijn rol is voornamelijk gericht op de financiële controle in een context van informatisering van de boekhouding en de facturatie. Buiten deze rol van controle, creëerd de AAD, in samenwerking met de professionelen van het terrein de eerste boordtabellen voor de opvolging van de activiteiten. In 1999, veranderen de AAD van titel en worden de ABD, Assistenten van het Beleid van het Departement.*

#### Fase 2 : 2000-2009

*Een slecht jaar, op het gebied van de financiën, in 2001 voor Sint Lucas, de aanpassingen in de financieringsregels, en meer algemeen, de druk van de financierder, leiden tot een mutatie van de functie van ABD. Deze worden meer en meer aangesproken voor analytische studies zoals business plans, rentabiliteitsstudies, rationaliseringsstudies enz. Het is tijdens deze periode dat de analytische boekhouding van de Ziekenhuizen echt vorm heeft gekregen. De sensibiliseringsmissie van de ABD bij de uitvoerders neemt nog een belangrijkere plaats in. Door hun positie “ in het hart van de departementen”, kunnen ze boodschappen laten doordringen die*

relatief zijn tot de regels van de financiering, kwesties met betrekking tot facturatie en de verzameling van de administratieve gegevens.

In 2007, integreren de ABD de cluster van de ondersteuning van het beleid onder de onmiddellijke supervisie van de financieel directeur. Deze organisatorische aanpassing heeft als doelstelling de praktijken tussen de ABD te harmoniseren en het verdelen van kennis te verstevigen en de financiële competenties van de ABD te doen evolueren.

Een andere pijler van de cluster van het beleid ontstaat in 2003 bij de creatie van de cel Datawarehouse. Deze cel heeft als opdracht het toegankelijk en het bruikbaar maken van de centrale gegevens die gegenereerd worden in de hele instelling. Een belangrijke job werd uitgevoerd over de validatie en de uniformisering van de informatie en over de referentiële institutionele definities.

### Fase 3 : vanaf 2010

De datawarehouse laat de ontwikkeling toe van boordtabellen, op maat gemaakt, door de beslissers en de professionelen van de werkvloer. Nieuwe indicatoren worden opgevolgd die een meer precies beleid toelaten van de instelling. Er werken 3 personen op de Datawarehouse vanaf midden 2011.

Met het oog op het dynamiek maken van de functie van ABD, werden er 3 cellen van beleid gecreërd in 2010 : de cel van het medisch beleid, de cel van het heelkundig beleid en de cel van het ondersteuningsbeleid. Deze cellen verzamelen 2 tot 3 ABD onder de supervisie van een ABD « manager » die de andere ABD's moet omkaderen, ze oriënteren en ze coachen.

De creatie van de beleidscellen en de centralisatie van een deel van de administratieve taken, de controle en de productie van de informatie op het niveau van de cel Budget laat toe aan de ABD hun actieveld te vergroten tot de human resources, tot de optimalisatie van de processen, tot het opvolgen van de strategieën van de departementen, tot benchmrk enz. Met het zicht op het meer globaal functioneren van het departement, krijgen de ABD's progressief meer een managementrol in de departementen.

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project:

Opstarten van een cluster van ondersteuning van het beleid dat toelaat ondersteuning, de middelen, analyses en de nodige informatie te bieden voor een optimaal beleid van de Ziekenhuizen aan de managers.

- Bijkomende objectieven:

Een controle te garanderen in de departementen.

- Het geviseerde publiek:  
Iedere persoon die beleidsbeslissingen moet nemen: Administratiecommissie, directieraad, medische, verpleegkundige en paramedische hiërarchie, hoofden van ondersteuningsdiensten enz.

- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon):

De financiële directie bestaat uit de transactionele cluster (boekhouding, facturatie, financiële dienst van patiënten, verblijfsplanning) en de cluster van ondersteuning van het beleid (budget, datawarehouse, ABD).

- Belangrijkste etappes van het project

1978 : Opstellen van de cel Budget.

1982 : Departementalisatie en opstarten van de AAD.

1999 : De AAD worden de ABD.

2003 : Opstellen van de cel datawarehouse die samen met de dienst budget cluster van ondersteuning van het beleid vormt.

2007 : Samenstelling van de 10 ABD in de cluster van de ondersteuning van het beleid

2010 : Opstarten van 3 beleidscellen

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

Niet van toepassing

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt? Heeft u beroep gedaan op wetenschappelijke documenten of documenten ontwikkeld door instituten of consultants

Niet van toepassing

#### 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen:
  - Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan:
  - Succesfactoren:
  - Risicofactoren
  - Belangrijke lessen

We worden geconfronteerd met een belangrijke turnover van de ABD. Het gaat meestal over jonge universitairers, gediplomeerd in de economie, beleid of management die na 3 tot 5 jaar in de functie het ziekenhuis verlaten.

Twee belangrijke redenen leggen deze belangrijke turnover uit:

- Gemis aan het perspectief te evolueren in de functie.
- Gemis aan coaching van de ABD over de financieringsdomeinen door de isolatie in de medische departementen.

De aangeboden oplossing zijn de volgende:

- Bijkomende opleiding in ziekenhuisbeleid dat aangemoedigd wordt.
- Groepering van de ABD die afhankelijk waren van het hoofd van de departementen (artsen) in een cluster die gesitueerd is binnen de financiële directie.
- Opstarten van de beleidscellen die een coaching bieden dicht bij die van de ABD van een ABD « manager » en een mogelijkheid tot carrière maken biedt.
- Harmonisatie van de praktijken die een interne mobiliteit bieden voor de ABD die wensen te veranderen van departement om een kijk te hebben op een ander facet van het ziekenhuis.
- Implementatie van een soort peterschap voor de nieuwe ABD.

De succesfactoren voor het implementeren van een beleidscluster zijn de volgende:

- Samenhang van de groep (tweemaandelijks ontmoetingen, team building, beleid door projecten)
- Belangrijke investering, zowel op vlak van human resources als op informatica infrastructuur (ERP, Datawarehouse).

De exessieve bureaucrativering is de belangrijkste risicofactor. Ze heeft als gevolg dat ze het vertrouwen en het partnerschap tussen de zorggevers van het terrein en de van ondersteuncluster van het beleid zou verminderen.

We hebben opgemerkt dat de meeste gestructureerde veranderingen voortvloeiden uit gebeurtenissen en niet voorziene elementen. Moet men wachten tot de volgende slechte verassing om de structuur te laten evolueren? Uit deze ervaring kan men een les trekken: een zicht hebben op middellange basis laat toe om de aanpassingen aan de structuur te anticiperen afhankelijk van de interne en externe noden. In dat kader, voert het financieel departement plannen uit op 3 jaar en moedigt de verschillende medische en ondersteunende diensten om dat ook zo te doen.

## 7. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- Type bericht / communicatie
- Gebuurte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )
- Frequentie van de communicatie

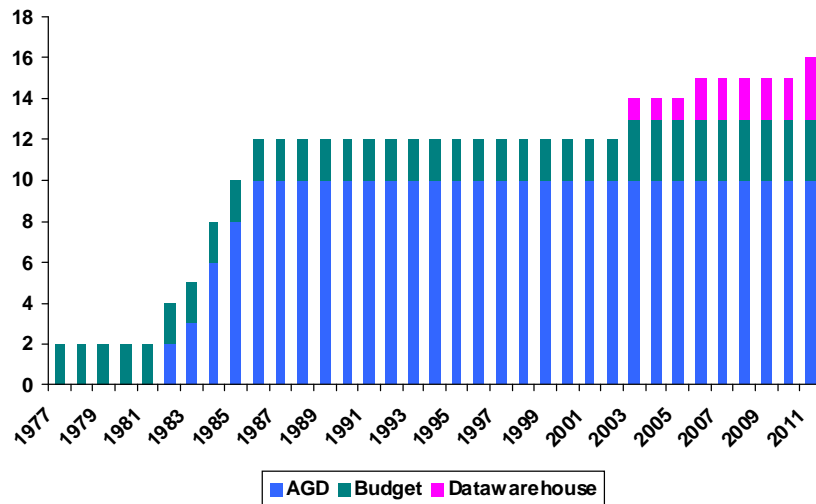
Er was geen communicatie over het gehele project, de communicatie heeft plaatsgehad bij de structuurveranderingen, voornamelijk schriftelijk.

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project

### Cluster van beleidsondersteuning via het aantal personen



- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)
- d. Globale kost zonder HR
- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- f. Aantal toegewezen dagen aan het project
- g. Detail van deze dagen per functie

#### 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties
- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact
- Al dan niet de wens om het project te verlengen
- Wens om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties



## 13.8 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY HH ROESELARE

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

1.1. Titel van het project : ***PREACTIVATIE VAN HET CATHLAB***

### 2. INTEGRATIE

2.1. Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?

*Dr. Waterbley (algemeen directeur)*

2.2. Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?

*Dr. Stockman (anesthesist-urgentist), Dr. Beeuwsaert (cardioloog, hoofdgeneesheer), Dr. Stammen (cardioloog), Dr. Spoelders (anesthesist, diensthoofd spoedgevallen), Dr. Vandecandelaere (dir. Kwaliteit en Erkenning), Lieven Lust (dienstoverste spoedgevallen en cathlab), Wim Seynaeve (hoofdverpleegkundige spoedgevallen/MUG), Patrick Van Coillie (hoofdverpleegkundige CathLab)*

2.3. Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

*Een snelle reperfusie na het optreden van een acuut myocardinfarct is bepalend voor de uiteindelijke overleving. Deze reperfusie kan gebeuren door een thrombolyse of door een dringende PTCA. Ons project behelst in eerste fase een registratie van de tijden op de verschillende contactpunten. Daarnaast is het ook de bedoeling het proces van activatie te herontwikkelen, zodat hier zo weinig mogelijk tijd verloren gaat. Ook de pre-activatie, dit is activering voorafgaan aan de opname, eventueel zelfs door externe artsen zoals MUG-artsen ter plaatse bij de patiënt wordt gedefinieerd. Ook wordt de strategie van secundair transport gestroomlijnd om de interhospitaaltijd te verkorten. Voor deze 2 laatste wordt een contact gelegd met de omringende ziekenhuizen-verwijzers. In een latere fase zal worden geanalyseerd hoe de organisatie van het transport door een verwijzend centrum kan bijdragen tot een grotere mortaliteitsreductie.*

### 3. SCOPE

3.1. Belangrijkste doelstelling van het project:

*Gecentraliseerde en efficiëntere activatie van het CathLab, met vermijden onnodige interventies*

*3.1.1. Verkorting Door-To-Balloon tijd*

*3.1.2. Uniformiteit en rationaliteit in terminologie en indicatiestelling voor dringend secundair transport*

3.2. Bijkomende objectieven:

3.2.1. *'Verloren' aanrijtijd verminderen of uitschakelen (liefst door gebruik te maken van MUG van verwijzend centrum bij secundaire verwijzing, of toch minstens door heel vlotte communicatie zodat snel kan vertrokken worden.)*

3.2.2. *Tevredenheid bij de verwijzers verhogen door enerzijds sensibilisatie voor tijdsdruk, anderzijds vlotte en laagdrempelige service indien gebruik van eigen MUG door verwijzend centrum niet logisch lijkt. Voor MUG-artsen 'te velde' responsabilisering door direct contact met interventioneel cardioloog, en reductie verloren tijd voor uitwerking indicatie tot primaire PCI.*

### 3.3. Het geviseerde publiek

*Patiënten met een mogelijke indicatie voor primair angioplastie, die grote gezondheidswinst kunnen bekomen door een snelle transfer naar een catheterisatieafdeling.*

### 3.4. Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)

*Spoedgevallen en MUG dienst*

*Catheterisatieafdeling*

### 3.5. Belangrijkste etappes van het project

3.5.1. *probleemanalyse: jan 2007*

3.5.2. *literatuuranalyse*

3.5.3. *draft-versie flowcharts Pre-Activatie CathLab en Secundair Transport: april 2007*

3.5.4. *1° definitieve versie : Urgente verwijzing CathLab: juni 2007 – september 2007*

3.5.5. *opleiding personeel CathLab en Spoedgevallen: juli 2007*

3.5.6. *implementatie: juli 2007*

3.5.7. *opvolging : continu*

3.5.8. *informereren van verwijzende centra (spoedgevallendiensten, cardiologen, spoedartsen, MUG-artsen, directies...): jan 2011*

## 4. TIMING

4.1. Datum begin van het project

*Cf supra*

4.2. (verwachte) Einddatum van het project

*continu doorlopend. Implementatiefase is evenwel voorbij.*

## 5. INDICATOREN

5.1. Welke ?

- *Door-To-Balloon tijd,*
- *$\Delta T$  aankomst CathLab-balloninflatie*

## 5.2. Gebaseerd op bestaande indicatoren ? JA

1. *DTB=door-to-balloon time - (referentie: mediaan DTB 100.4 min +/-23.5 in 365 ziekenhuizen, N Engl J Med 2006;355)*
2.  *$\Delta t$ = tijdsverschil aankomst cathlab-eerste inflatie - (referentie: mediaan 37 min in 1347 ziekenhuizen, NRMI 4)*

## 5.3. Specifieke methodologie ?

*Geen specifieke methodologie, cf fasering boven.*

## 6. MOEILIKHEDEN

Belangrijkste problemen:

*Communicatie, registratie, verwerking, opvolging*

### 6.1. Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan

*Ondersteuning door directie (stafmedewerker)*

### 6.2. Succesfactoren

*Multidisciplinaire betrokkenheid van alle stakeholders*

### 6.3. Risicofactoren

*Berusting (cf aanvankelijk cijfer bleek al goed te zijn, nog voor de interventie.)*

*Opvolging, herhaling informatie*

### 6.4. Belangrijke lessen

## 7. COMMUNICATIE

### 7.1. Type bericht / communicatie

*Interne communicatie via mail, informatiesessies, vergaderingen, intranet, posters, documentbeheersingssysteem. Externe communicatie via de post.*

### 7.2. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )

### 7.3. Frequentie van de communicatie : *beperkt tot de verschillende projectetappes.*

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

### 8.1. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project:

*artsen-clinici (totaal ongeveer 30u), directie (10u), stafmedewerker (20u), verpleging (10u hoofdvk + opleiding 1u per medewerker), secretariaat (8u)*

### 8.2. Consultants geraadpleegd ?

*Neen, allemaal eigen medewerkers.*

### 8.3. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)

*Klassieke MS Office producten, intranet,*

### 8.4. Globale kost zonder HR:

*Enkel kost van versturen naar alle mogelijke externe betrokkenen/verwijzers, posters, registratieformulieren.*

### 8.5. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost

*Werd niet becijferd.*

### 8.6. Aantal toegewezen dagen aan het project

*Geen.*

8.7. Detail van deze dagen per functie *cf a.*

## 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

9.1. Genomen verbeteracties

- *opstelling van procesbeschrijving en optimalisatie*
- *sensibilisatie medewerkers en verwijzers*
- *feedback geregistreerde data*

9.2. Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact

*Bij de probleem- en literatuuranalyse bleek dat eigenlijk de resultaten van het proces ‘an sich’ in het HHRM heel goed lagen in vergelijking met de literatuur: 91,6% van de patiënten bleven onder de referentie-DTB, die op 90 minuten werd gesteld. De cathlab tijd zat vrijwel 100% onder de referentie mediaan.*

*De tijden:*

	<i>Pre-interventie</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
<i>Gem. DTB</i>	<i>0:50</i>	<i>1:04</i>	<i>0:49</i>	<i>0:37</i>	<i>0:45</i>
<i>Med DTB</i>	<i>0:51</i>	<i>0:55</i>	<i>0:42</i>	<i>0:35</i>	<i>0:36</i>
<i>Gem. Δt</i>	<i>0:20</i>	<i>0:21</i>	<i>0:21</i>	<i>0:23</i>	<i>0:23</i>
<i>Med Δt</i>	<i>0:20</i>	<i>0:20</i>	<i>0:20</i>	<i>0:22</i>	<i>0:20</i>

*Na zelfs een initiële stijging (niet significant), is er wel een duidelijke trend naar daling voor de DTB, zowel voor het gemiddelde als de mediaan, wat wijst op een duidelijke procesverbetering.*

9.3. Al dan niet de wens om het project te verlengen

*Het project werd opgestart met de bedoeling verder te lopen, en na de initiële interne opstart ook naar externe ziekenhuizen open te trekken. Dit is ondertussen ook gebeurd. Een bevraging naar tevredenheid van de verwijzers (cf bijkomende doelstellingen) is evenwel niet gebeurd.*

9.4. Wensen om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties

*Betere tools voor gegevensregistratie: hiervoor zal vanaf 2011 gebruik gemaakt worden van Cardio Report, uit het elektronisch dossiersysteem van het CathLab.*

## 13.9 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: NOSOFLASH

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?  
Docteur AI de Moreau de Gerbehaye
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik? idem
- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?
  - Systematische maandelijks opvolging, per campus en per dienst : van het aantal nieuwe gevallen van resistente kiemen : MRSA, ESBL, Clostridium difficile positieve toxine en Bacil gram negatief multi resistent.
  - Opvolging van het aantal MRSA screening dat gebeurt per campus en per dienst
  - Sporadische opvolging van de nosocomiale epidemieën.
  - Evolutie in de tijd van die parameters.

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project:

Ontwikkeling van informatie instrument en het bewust worden van de personen die werken in het ziekenhuis.

Bepalen van een indicator voor het beleid en de kwaliteit van de ziekenhuishygiëne  
Informatie geven aan de betrokkenen.

Identificatie van de nieuwe gevallen per dienst en de gevallen van nosocomiale infecties.

- Bijkomende objectieven:

Bepalen van de kritieke punten: diensten, zorgequipes.

Bepalen van de acties van de equipe van hygiëne.

Implementering van specifieke maatregelen.

- Het geïdentificeerde publiek:

Medische en verplegend equipes van de diensten.

Het personeel dat in contact is met de patiënten (brancardiërs, medisch technische diensten, onderhoudspersoneel).

- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon):

Alle diensten van het ziekenhuis

Belangrijkste etappes van het project

1. Opstellen van een dagelijks epidemiologisch rapport dat alle pathogene ziektekiemen opsomt waarvoor aanvullende voorzorgsmaatregelen nodig zijn en de verspreiding van dit rapport
2. Interventie van de equipes van hygiëne, gebruik van het epidemiologisch rapport voor het opstellen van een isolatiefiche die dient als boordtabel voor de interventie van de ziekenhuishygiëne equipe.
3. Controle van de codering van alle BE van de maand in de tabel isolatie
4. Statistische stap: opstellen van een query in het programma van statistiek van het laboratorium Infopartner.
5. Manuele telling en opstellen van de tabellen Nosoflash (X-cell)
6. Verspreiding van Noso-Flash via mail en dan via Intranet.

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

5. Begindatum van het project  
Epidemiologisch rapport: 17 maart 2005  
Nosoflash : januari 2008.
6. (Voorziene) einddatum van het project  
Continu.

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

Het gaat over het aantal screening, per dienst en per maand van MRSA

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke? Neen

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt? Heeft u beroep gedaan op wetenschappelijke documenten of documenten ontwikkeld door instituten of consultants?

Programma Infopartner voor het statistisch gedeelte, dat heeft ons toegelaten om het epidemiologisch rapport op te stellen.

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen:

De verzameling van de gegevens

De isolatiefiches

De verspreiding van de gegevens

- Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan:

Systematische controle door de verantwoordelijke arts

Identificatie van een verantwoordelijke voor de verspreiding

- Succesfactoren:

Systematisch maandelijks gegevens verzamelen

- Risicofactoren

Er is slechts 1 persoon verantwoordelijk voor het project

- Belangrijke lessen

De belangrijkheid van het informaticasysteem in het proces.

De betrokkenheid van de personen bij de verschillende stappen van het proces.

De opvolging in de diensten

## 7. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- a. Type bericht / communicatie

Mail en Intranet.

- b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )

Vergaderingen met de verantwoordelijken van de diensten.

Mail.

Systematische voorstelling van de resultaten aan de commissie van

ziekenhuishygiëne en aan de technische commissie van ziekenhuishygiëne

(maandelijkse vergadering)

- c. Frequentie van de communicatie

Mandelijks.

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen? NEEN

Het project vergt veel tijd van de artsen en de verpleegkundigen

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project: Hygiëne-artsen en -verpleegkundigen
- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)
  - Programma Infopartner
  - Informatica materiaal
- d. Globale kost zonder HR: Niet geëvalueerd
- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- f. Aantal toegewezen dagen aan het project
  - Voor het epidemiologisch rapport : mistens 2 uur voor de dagelijkse validering voor de arts
  - Voor het opstellen van de isolatiefiche: 1/2u per dag door de hygiëneverpleegkundige
  - Voor het opstellen van Nosoflash : 5 namiddagen per maand voor de arts.
- g. Detail van deze dagen per functie

#### 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties
  - Definiëring van de kritieke punten, die de equipe van hygiëne toelaten efficiënte acties uit te voeren.
  - Zoeken naar de probleemdiensten.
  - Herziening van de procedures in functie van de vaststellingen.
  - Moeite doen voor opleidingen.
- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact
  - Vermindering van de incidentie van de opgevolgde ziektekiemen op de drie campussen
- Al dan niet de wens om het project te verlengen
  - Het project verlengen.
- Wens om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties
  - Automatisering
  - Meer specifieke informatice ondersteuning en ontwikkeling van programma's
  - Verhoging van de equipe die verantwoordelijk is voor het project: aanleren van het project door andere artsen.
  - Extensie van het project tot alle andere categorieën van het personeel -> boodschap aan te passen in functie van het type personeel (onderhoudspersoneel, logistieke hulp,...)



## 13.10 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

Titel van het project : **ONTWIKKELEN KLINISCH PAD PROXIMALE FEMURFRACTUUR**

### 2. INTEGRATIE

*Binnen het ziekenhuis worden er om de 5 jaar beleidsdagen gehouden. Deze beleidsdagen hebben tot doel de prioritaire doelstellingen voor de komende 5 jaar vast te leggen.*

*Op deze beleidsdagen werd de feedback van de FOD in het kader van het contract patiëntveiligheid voorgesteld en besproken. Deze feedback bestaat uit een balanced scorecard met patiëntveiligheidsindicatoren en een aantal economische en klinische performantie-indicatoren.*

*Uit deze balanced scorecard kwam een hoge letaliteit bij heupfracturen naar voor. Belangrijk daarbij was de positie t.o.v. andere ziekenhuizen. De geneesheer orthopedist en de hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde waren enigszins verrast maar erkenden dat er binnen het klinisch proces een aantal knelpunten waren. Men vermoedde dat deze deels verantwoordelijk waren voor het hoge letaliteitscijfer.*

*Naast de bewustwording kwam er vanuit het Netwerk Klinische Paden de vraag om deel te nemen aan een internationale studie waarin men het effect van het klinisch pad op de outcome wil evalueren. Deze studie werd als een opportuniteit ervaren. Een meetinstrument en sleutelinterventies werden ons aangereikt door het netwerk. Anderzijds was er het strakke tijds kader waarbinnen alles gerealiseerd diende te worden dat ons behoeftte voor het verzenden van het project.*

*In het voorjaar van 2009 werd een voormeting gehouden die gecoördineerd werd door de kwaliteitscoördinator en de hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde.*

*In 2010 werd er een multidisciplinaire werkgroep opgestart onder begeleiding van de kwaliteitscoördinator en bestaande uit de hoofdverpleegkundige van de afdeling, een geneesheer orthopedist, een kinesist, de sociale dienst en een geriater.*

*In deze werkgroep werden de resultaten van de voormeting kritisch geanalyseerd, werd een timetaskmatrix opgesteld, werden knelpunten geïnventariseerd, werden praktische afspraken gemaakt en werd een opvolgingsdocument ontwikkeld. Het klinisch pad werd geïmplementeerd en een nameting werd opgestart in het voorjaar 2011.*

### 3. SCOPE

3.1. Belangrijkste doelstelling van het project: Verminderen van de letaliteit bij patiënten met een proximale femurfractuur.

3.2. Bijkomend objectief: Komen tot een beter ontslagbeleid.

3.3. Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)

*Het kernteam bestaat uit de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling, de geneesheer orthopedist, de kinesist en de sociale dienst. Ook de geriater, de ergotherapie en de diëtiste werden bij het project betrokken. Zij verleenden advies op vlak van geriatrische zorgen, ADL en voeding.*

3.4. Belangrijkste etappes binnen het project:

3.4.1. *In 2009 werd er een voormeting gehouden bij 20 patiënten. De bedoeling was om knelpunten binnen het klinisch proces te detecteren. Er werd tevens een aantal outcome indicatoren gemeten*

3.4.2. *In 2010 werd er binnen een werkgroep aan de hand van de sleutelinterventies uit klinische richtlijnen een timetaskmatrix uitgeschreven, werden knelpunten geïnventariseerd en opgelost en werd een specifiek opvolgdocument ontwikkeld.*

3.4.3. *In 2011 volgt een nameting waarin het klinisch zorgproces wordt geëvalueerd. Er volgt eveneens een 2<sup>de</sup> outcomemeting om het effect van klinisch pad op deze outcome te evalueren.*

#### **4. TIMING**

4.1. Datum begin van het project: 1/4/2009  
1/4/2009 – 15/7/2009: voormeting  
1/6/2010 – 3/12/2010: ontwikkelen klinisch pad  
6/12/2010 – 30/11/2011: nameting

4.2. Einddatum van het project:  
30/11/2011, periodiek zal het klinisch pad worden geëvalueerd

#### **5. INDICATOREN**

5.1. Welke ?

Op dag +1 postop werden volgende aspecten door de verpleegkundige van de afdeling geëvalueerd:

- Pijn (VAS-score)
- Cognitieve status
- Preoperatieve tractie
- Ingreep binnen de 24 u na opname

Op dag +2 postop werden volgende aspecten door de verpleegkundige van de afdeling geëvalueerd:

- Pijn (VAS-score)
- Cognitieve status
- Mobilisatie (actief/passief) dag +1 en dag +2

Bij ontslag:

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| • Pijn (VAS-score)          | • Complicaties                 |
| • Cognitieve status         | • Sociale status               |
| • Mobilisatie               | • Ontslagplanning + bestemming |
| • Functionele status (KATZ) | • Antitrombose profylaxie      |
| • Mobiliteitsstatus         |                                |

31 dagen na ontslag werden via een gestructureerd telefooninterview in combinatie met een door de patiënt in te vullen vragenlijst volgende aspecten bevraagd:

- Verblijf
- Sociale status
- Mobiliteitsstatus
- Functionele status (KATZ)
- Mortaliteit
- Heropname
- Quality of life

Via een dossieranalyse werden volgende volgende aspecten geëvalueerd:

- Patiëntenflow gedurende de hospitalisatieperiode
- Medische voorgeschiedenis (registratie comorbiditeiten, doorligwonden, thuismedicatie)
- Uitgevoerde preoperatieve onderzoeken (RX-onderzoeken, bloedafname Hgb)
- Kwaliteit van de preoperatieve registratie (cognitieve status, pijn, mobiliteitsstatus, valgeschiedenis, consult sociale dienst)
- Kwaliteit van postoperatieve registratie (cognitieve status, pijn, vochtbalans)
- Voedingsstatus
- Decubituspreventie
- Medicatiebeleid
- Urinaire verblijfskatheter en wonddrain
- Geriatrisch consult

## 5.2. Gebaseerd op bestaande indicatoren ? JA

*De indicatoren werden aangereikt door het Netwerk Klinische paden in het kader van de studie. De indicatoren werden gekozen op basis van de sleutelinterventies.*

## 5.3. Specifieke methodologie ?

*De indicatoren kaderen in de methodologie van de klinische paden.*

## 7. MOEILIKHEDEN

### 7.1. Het betrekken van geneesheren bij het project:

*Gezien het ontwikkelen van een klinisch pad zeer arbeidsintensief is, was het moeilijk voor de geneesheer orthopedist om steeds aanwezig te zijn op de vergaderingen. Het is daarom belangrijk om bij het inplannen van een vergadering rekening te houden met de agenda van de verantwoordelijke geneesheer.*

*Vooraf werd gepolst naar het ideale tijdstip. Uit een gesprek met de arts bleek dat hij slechts aanwezig kon zijn op 1 bepaalde dag, op de middag en dit gedurende een kwartier.*

*Alle overleggen werden afgestemd op dit tijdstip en aspecten die met de arts dienden besproken te worden werden gebundeld en gedurende dit kwartier besproken. Deze werkwijze bleek zeer efficiënt te zijn.*

*Tevens kan het belang van een geëngageerde arts en zijn aanwezigheid op een overleg niet genoeg benadrukt worden. Een geëngageerd arts heeft het charisma om de leden van de werkgroep te bezielen wat cruciaal is in het nemen van beslissingen. De arts overstijgt dikwijls de discussie in het debat van wie wat doet. We stellen vast dat een geëngageerd arts steeds het belang van een goed georganiseerd klinisch proces boven het belang van de individuele beroepsgroepen stelt.*

7.2. De implementatie van het klinisch pad:

*Het ontwikkelen van een klinisch pad in een kleine werkgroep en het betrekken van de belangrijkste beroepsgroepen is geen garantie voor het welslagen van het project.*

*Bij het informeren van de verpleegkundigen van de afdeling werd heel wat weerstand ervaren. De belangrijkste opmerking was: weer extra werk.*

*Ook hier is de aanwezigheid van de arts van cruciaal belang. Hij heeft de autoriteit en het charisma om het argument van extra werk te overstijgen in het belang van de patiënt en goede klinische zorg.*

*Op de informatiesessies naar de verpleegkundigen toe was de arts niet continu maar enkel het laatste kwartier aanwezig waarin hij het belang van dit project benadrukte en zo alle neuzen in een zelfde richting kreeg.*

7.3. De metingen die zeer arbeidsintensief zijn:

*Het uitvoeren van de metingen is zeer intensief gezien de grote hoeveelheid aan indicatoren en vele meetmomenten. De vraag is dan ook of naar de toekomst toe het gebruik van deze indicatorenset nog haalbaar blijft. Temeer omdat deze indicatoren op papier geregistreerd dienen te worden en ieder dossier uitgehaald moet worden om geanalyseerd te worden. Een elektronisch patiëntendossier zou soelaas kunnen bieden. In de toekomst dient dan ook overwogen te worden of de indicatorenset niet gereduceerd kan worden en of de gegevens niet uit het datawarehouse van de MKG-gegevens gegenereerd kunnen worden.*

*Ook het bevragen van patiënten 30 dagen en 6 maand na ontslag is zeer arbeidsintensief. Hiervoor werd momenteel iemand gedeeltelijk vrijgesteld. De vraag is of dit naar de toekomst nog houdbaar blijft en of een schriftelijke bevraging alleen niet voldoende is.*

7.4. Het maken van een keuze van de diverse beroepsgroepen die aanwezig dienen te zijn op het overleg van de werkgroep:

*De werkgroep bestond aanvankelijk uit een geneesheer orthopedist, de geriater, de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling, de kinesist en de sociale dienst. Deze samenstelling vloeyde voort uit feit dat het internistisch opvolgen postoperatief en het ontslagklaar zijn als een probleem werden ervaren.*

*Na het opstellen van de sleutelinterventies stelden we vast dat de voedingstoestand en de functionele status een belangrijke invloed hebben op de outcome. De werkgroep werd daarom uitgebreid met een diëtist en een ergotherapeute.*

*Gezien de taak van de spoedgevallendienst niet echt herzien diende te worden in het klinisch pad werden zij pas in laatste instantie bij het overleg betrokken. De toekomst zal uitwijzen of dit voldoende was.*

7.5. Het klinisch pad beperkt zich enkel tot de verpleegafdeling heelkunde. Sommige patiënten komen ook op de geriatrie terecht

*De verpleegkundigen op geriatrie zijn niet op de hoogte van het klinisch pad en de documenten die worden gebruikt.*

*Bij een volgende evaluatie van het klinisch pad zal nagegaan worden of het implementeren van het klinisch pad op de dienst geriatrie noodzakelijk is.*

## 25. COMMUNICATIE

*Het klinisch pad werd voorgesteld op een teamvergadering waarop de 2 verpleegafdelingen, waar patiënten met een heupfractuur het frequentst worden opgenomen, aanwezig waren. Belangrijk hierbij was de aanwezigheid van de geneesheer-orthopedist.*

*Papieren versies van het klinisch pad werden ook ter beschikking gesteld van de verpleegafdelingen.*

*De verpleegkundigen van de spoedopname werden op de hoogte gesteld door hun hoofdverpleegkundige, met wie op een overleg binnen de werkgroep de taak van een spoedverpleegkundige werd uitgeklaard.*

## 26. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

*Raming van de arbeidskost rekening houdend met de loonkost per uur voor de verschillende disciplines:*

	Loonkost
8 Interne overleggen met artsen, kinesist, hoofdverpleegkundige, kwaliteitscoördinator, ergotherapeut, sociale dienst en diëtiste	5.052 €
2 overleggen tussen hoofdverpleegkundige en ergotherapeut	252 €
Vorbereidend werk van hoofdverpleegkundige en kwaliteitscoördinator voor de vergaderingen	1.472 €
Opleidingskost voor hoofdverpleegkundige en kwaliteitscoördinator (3 workshop georganiseerd door het Netwerk Klinische Paden)	793 €
Teamvergadering waarop de implementatie van het klinisch pad werd voorgesteld aan de 2 verpleegafdelingen	3.563 €
Telefonisch enquête na 30 dagen en na 6 maand van de 20 patiënten bij wie de indicatoren gemeten worden	509 €
Analyse van de dossiers van de 20 geïncludeerde patiënten	677 €
<b>Totale loonkost van het project</b>	<b>12.318 €</b>

## 27. OUTPUT - achievements

9.1. *Uitschrijven van klinische pad. Als leidraad beschikken de diensten waar patiënten worden opgenomen over een geplastificeerde versie van het klinisch zorgpad.*

9.2. *Er werd een volgblad ontwikkeld om de mobiliteit, ADL-functie, sociale status en voedingstatus van de patiënt op te volgen. Dit instrument vormt de basis voor het multidisciplinair overleg.*

- 9.3. *Op dag +5 wordt er een gestructureerd overleg gehouden tussen geneesheer, kinesist en sociale dienst. Op dit overleg wordt de toestand van de patiënt geëvalueerd in functie van het ontslag. Zonodig wordt het behandelplan bijgestuurd.*
- 9.4. *Omtrent het medisch beleid werden afspraken gemaakt rond het osteoporosebeleid, ondervoeding en acute verwardheid.*
- 9.5. *Consulten van diëtiste en sociale dienst worden nu structureel ingebouwd. Er werd bepaald wat er op deze consulten dient te gebeuren.*
- 9.6. *Gezien het project nog lopende is en de nametingen nog niet afgerond zijn kan het effect van het klinische pad op de outcome nog niet bepaald worden.*

## 13.11 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

Titel van het project: OperatieKwartier: Op zoek naar efficiency

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten..

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?

**De algemene directie (Mevrouw Patrice Buyck) en de algemene medische directie (Prof Nathan Clumeck) zijn zich bewust geworden van de noodzaak om te investeren in een herorganisatie van het OK.**

- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?

**De directies hebben besloten over het opstellen van een Operationele Beleidscommissie van het OperatieKwartier. Het is deze commissie die de voorstellen zal doen en die het dagelijkse opvolging van het beleid zal doen van de verbeterprojecten. Deze beleidscommissie geeft feedback aan de algemene medische directie en aan de strategisch beleidscommissie waar de verschillende directies vertegenwoordigd worden.**

- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?

**Opstellen op het werkveld van een multidisciplinaire operationele beleidscommissie die de volgende missies zullen hebben:**

- ✓ **Opstellen, actualiseren en verbeteren van het uurrooster en het verdelen van het werkschema in het OK.**
- ✓ **De human resources en de middelen in verhouding brengen met de noden gelinkt aan de activiteit.**
- ✓ **Coördineren van de interacties met de andere sectoren van het ziekenhuis (diensten van zorg, apotheek en sterilisatie, informatica, wasserij en technische diensten).**
- ✓ **Zorgen voor het onderhoud van het technisch plateau.**
- ✓ **Zorgen voor het respecteren van de veiligheidsregels en de kwaliteit van zorg**
- ✓ **Zorgen voor het correct registreren van de gegevens die dienen voor de facturatie en de statistieken.**
- ✓ **Beheren van de voorraad van het materiaal waarvan de bevoorrading gebeurt door de apotheek en onder de verantwoordelijkheid staat van de apotheker.**
- ✓ **Analyseren en voorstellen van procedures van het OK met het oog op efficiëntie van de algemene organisatie van het OK.**



De commissie verzamelt een vertegenwoordiger van de chirurgen (Prof Rika Deraemaeker, adjointe à la direction médicale), een vertegenwoordiger van de anesthesisten (Dr Inge Pastijn), hoofdverpleegkundige van het OK (Brigitte Croix) en eveneens een operationele coördinator (Olivier Ferrali). De CGO heeft een wekelijkse vergadering en in alle gevallen afhankelijk van de noodzaak, zodat het programma van de volgende week vastgelegd wordt en dat er een opvolging gebeurt van de ondernomen acties. Hij zorgt eventueel voor de integratie van spoedinterventies in het programma. De commissie heeft een maandelijkse vergadering met de verantwoordelijken van de hygiëne. De commissie verzamelt maandelijks met de verantwoordelijken van de kwaliteit.

Prof. Deraemaeker verzekert de coördinatie van de beleidscommissie met het oog op de voorafgaand gedefinieerde missies, ze geeft feedback hierover aan de algemene medische directie.

Dr Pastijn verzekert de vertegenwoordiging van het anesthesistenkorps en verzekert het beleid van de planning van de operaties in nauwe samenwerking met het verplegend korps en Prof Deraemaeker. Olivier Ferrali, coördinator van het OK, onder de supervisie van de algemene directie, verzekert de opvolging van de projecten van het algemeen beleid van het kwartier, gedefinieerd door de beleidscommissie. Hij coördineert de ondersteunende diensten (voorraad in de apotheek, organisatie van de aankoop, de interactie met sterilisatie,...) en hun manier van functioneren met het OK.

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

- Belangrijkste doelstelling van het project
  - Implementering van een specifieke beleidsstructuur op het Operatie Kwartier
- Bijkomende doelstellingen
  - Verbeteren van de coördinatie tussen de verschillende diensten die rond het OK zijn om een vlotte doorstroming te bereiken
  - Verbeteren van het human resources beleid
  - Verbeteren van het aankoopbeleid en van de stokage kerings plaats van het materiaal
  - Coördinatie van het biomedisch onderhoud
  - Controle van de mediscatiedoorstroming, protheses en wegwerpmiddelen
  - Rationalisering van de sterilisatie
  - Verbeteren van de kwaliteit van het verzorgen van de patienten (beschrijving van de patientencircuits)
  - Beleid van de ongewenste gebeurtenissen: Observatie-Analyse-Actie
  - Beleid van de communicatie
  - Informatisering van het operatie kwartier
  - Anticiperen van veranderingen en aanpassen van de omgeving voor de toekomstige activiteit
  - Simplifiëring van de hiërarchische linken tussen de commissies, de directies en de human resources van het operatie kwartier
  - ...

- Het geïmproviseerde publiek
  - **Brancardiërs**
  - **Ondersteunende Equipe (logistieke hulp)**
  - **Verpleegkundigen (chef, rechterhand, diensthoofd)**
  - **Instrumentisten**
  - **Perfusionnisten**
  - **Chirurgen (en specialisten)**
  - **Anesthesisten**
  - **Kuispersoneel**
  - **Secretarissen**
  - **Personeel van de Apotheek**
  - **Personeel van de la Facturatie**
  - **Personeel van de Sterilisatie**
  - **Kopers**
  - **Biotechniekers**
  - **De algemene en medische directie**
  
- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)
  - **De dienst anesthesie**
  - **De dienst van chirurgen en specialisten**
  - **Het verpleegkundig departement**
  - **De apotheek**
  - **De aankopen**
  - **De sterilisatie**
  - **Het biomedisch onderhoud**
  - **De facturatie**
  - **De onderhoudsdienst**
  
- Belangrijkste stappen van het project –
  - **Extensie van de beleidscommissie (anesthesist-verpleegkunde)**
  - **01/01/2010 : Nominatie van Prof Deraemaeker als adjunct medisch directeur**
  - **01/02/2010 : detachering van een persoon van de facturatie voor het operatie kwartier**
  - **01/04/2011 : Nominatie van een coördinator voor het operatie kwartier**

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

1. Date de démarrage du projet  
**1<sup>er</sup> Januari 2010**
2. Date (prévue) de fin du projet  
**Onbepaald de dag van vandaag**

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

**Ja**

- Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage), Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

- **Op basis van het rapport van MeaH van September 2006 (zie bijlage) :**
  - **Aantal uren van het operatieprogramma**
  - **De operatietijden**
  - **Bezettingspercentage**
- **Interne ontwikkeling**
  - **Evolutie van het aantal interventies,**
  - **Het aantal interventies met betrekking tot K en N**
  - **Aantal uren van ziekteverzuim op het niveau van de verpleegkunde**
  - **Verandering van omzet**
  - **Opvolging van verbruik per interventie en met betrekking tot de terugbetalingscodes**
  - **Verandering van het bedrag van de stock**

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- **Belangrijkste problemen: de « niet –wil van sommige HR voor verandering het te grote aantal van geïntroduceerd projecten**
- **Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan: fractionnering van de projecten, communicatie en discussie van de HR ter plaatse...**
- **Succesfactoren: observatie, anticiperen, analyses, beschrijving van de profielen, organisatie, communicatie, opleiding en verantwoordelijk maken, met als doel, het verhogen van de efficiëntie**
- **Risicofactoren: te complexe en te veel projecten die angst en stress teweeg brengen**
- **Belangrijkste lessen: communicatie, vereenvoudiging, opleiding, verantwoordelijk maken, valorisatie, respect en welzijn**

## 7. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- **Type bericht / communicatie : schriftelijke klachten in verband met de ongewenste gebeurtenissen, interviews, mails voor alle HR, de News op de boordtabellen in de gangen en in de diensten**
- **Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... ) : seminars, algemene vergadering, opleiding van de HR, opstarten van de UFO ( Fonctionnal and Operationnal Unit, bestaande uit Anesthesisten, Chirurgen, Verpleegkundigen, en de operationele beleidscommissie), beschikbaarheid van de informatie op de TV schermen.**
- **Frequentie van de communicatie: één vergadering per jaar, een seminarie per week, 4 tot 5 opleidingen per jaar, 2 UFO per jaar**

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

- Nominatie van een operationeel coördinator  $\frac{3}{4}$  van zijn tijd op het project
- Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst? Neen
- Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...) : Neen
- Globale kost zonder HR: geen
- Detail, indien mogelijk, van deze globale kost
- Aantal toegewezen dagen aan het project: 10/10<sup>ème</sup> (1FTE) verdeeld over verschillende maanden
- Detail van deze dagen per functie

## 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

### *Genomen verbeteracties*

#### **Op organisationeel niveau, acties vanaf 1 januari 2010**

- **Implementering van het circuit van de ongewenste gebeurtenissen met de kwaliteitsdienst van het ziekenhuis. De beleidscommissie verzekert sinds eind augustus het beleid van de gebeurtenissen en stelt snel oplossingen voor.**
- **Beschrijving van een functieprofiel van de ondersteuning- en opleidingsdienst eind juni**
- **Opleiding en test van het functioneren van de toekomstige kast Vanas in het operatie kwartier.**
- **Installering van een Vanas kast in juni 2010 na analyse en verbetering van de interacties met de anesthesisten en hun geïnformatiseerd dossier om alle procedures te vereenvoudigen. Veel verbeteringen zijn gebeurd (en bezig) sinds dat de kast werd geïnstalleerd in samenwerking met de apotheek. De twee laatste (identificatie van de missende medicatie op de plateaus door middel van het identificeren van de diensten, en het implementeren van een scanner om de patiëntidentificatie sneller te laten gaan.**
  - **De apotheek is een week ter plaatse gebleven om de opleiding van het personeel van het operatie kwartier te verzekeren**
  - **Geen problemen meer met de voorraad van de medicatie sinds de Vanas kast er is**
  - **Regelmatige vergaderingen tussen de apotheek, anesthesisten en de betrokken firma's voor het verbeteren van het systeem en de facturatie.**
  - **Implementeren van een noodprocedure (weergegeven op de kast en opleiding van het personeel, maandag 25 October)**
- **In ruil voor de installatie van de Vanas kast, hebben we de missies van de ondersteuningsequipes, die de voornamelijkste gebruiker zijn van de Vanas kast, uitgebreid en herdefinieerd.**
  - **Aanwerving van +/- 5 FTE van logistieke ondersteuning bovenop de voorafgaande staff die niet voldoende was**
  - **Functiebeschrijving**
  - **Test van de organisatie van een referentiepersoon van de ondersteuningsequipe voor de twee operatiezalen**
    - **Positieve feedback (verantwoordelijk zijn, samenwerking met de verpleegequipe...)**
    - **Het personeel verstaat beter de voorbereiding van het materiaal**
    - **Implementering van het nieuwe systeem sinds eind augustus**

- Iedere referentieverpleegkundige van een discipline heeft technische fiches opgesteld zodat het personeel van de ondersteuningsequipe geholpen wordt in zijn missies
- **Officiële aanwerving van verpleegkundig personeel sinds juni (5 FTE)**
  - Nominatie van Mevr De Munck als verpleegkundig diensthoofd voor het operatiekwartier, de chirurgische One day, de ICU, wacht voor volwassenen en patientenvervoer.
  - Evolutie
    - Januari 26.48 FTE
    - Eind september 29.01 FTE
    - Eind oktober 32.5 FTE (ondersteuning meegerekend)
    - Eind november 36.5 FTE hetzij 37.5 FTE (onder voorbehoud van het bekomen van drie werkvergunningen).
  - Tussen januari en begin december 2010 is het effectief van het operatiekwartier verhoogd met 10-11 verpleegkundige FTE en 5 FTE van logistieke ondersteuning
- **Beschrijving van het opleidingsprogramma van het verpleegkundig personeel**
- **Opstellen van een check list voor het verpleegkundig personeel per discipline**
- **Herverdeling van de verantwoordelijkheden van de verpleegkunde**
  - Integratie van Mevr De Munck voor de supervisie van het verpleegkundig personeel van het operatiekwartier.
  - Benoeming van een adjunct verpleegkundige voor Brigitte Croix, Dany Vancauwenberg aan wie het beleid van de operatieplanning is toegekend, zodat Mevr Croix de recrutering en de opleiding van het verplegend personeel kan opvolgen, en hun integratie in de equipe kan bevorderen. Het secretariaat werd geïntegreerd in deze nieuwe organisatie.
  - Mevr Croix is naar verschillende verpleegscholen gestapt in juni in het kader van haar missie voor de aanwervingen.
- **Verbetering van de communicatie (zie volgend punt)**
- **Implementering van software voor de verpleging in de zaal**
  - Het laat toe om het operatieprogramma te controleren
  - Het laat toe de patient op te roepen met één muisklik, en de opvolging van het verplaatsen van zijn patient via de link met het systeem i transport.
  - De verpleegkundige in de zaal is geïnformeerd over de mogelijke infectie bij de patient
  - De software biedt een kwaliteit via het scannen van het etiket van de patient (de patient op de tafel is wel degelijk de verwachte patient)
  - Test in zaal 2, alle zalen zullen volledig uitgerust zijn tegen eind november.
- **Verwijdering van het papiercircuit voor de facturatie van de actes in het operatiekwartier.** De informatisering van de verschillende circuits zal, op termijn, leiden tot het verdwijnen van papier in de zalen. Aanwezigheid van Mr Colla in het operatiekwartier voor iedere vraag in verband met de facturatie.
- **Verbetering van het aankoopcircuit in het operatiekwartier met het opstellen van een koppel (onderhoud/aankoop) de coordinatie van het medisch materiaal voor het OK met een grote vereenvoudiging van de processen van bestellingen.**
- **Implementering van een circuit voor kapot materiaal zodat men de apparatuur kan traceren wanneer ze naar het onderhoud gaan.**
- **Definiëring van een cyclus van onderhoud van de zalen van het operatiekwartier om het voorkomen van technische problemen te vermijden, in samenwerking met het biomedisch onderhoud onder de directie van Mr Boen.** De cyclus zal breed verbeterd worden door voor ieder apparaat een frequentie van herziening te voorzien. Onze doelstelling is om maximaal de technische problemen in de zaal te voorkomen.

- **Up date van de procedures voor allografts. Het beleid bevindt zich nu gecentraliseerd in de bloedbank van het ziekenhuis**
- **Verbetering van het afvalbeleid van het operatie kwartier**
- **Maandelijks vergadering met de commissie van de hygiëne**
  - **Herdefiniëren van de zones**
  - **Herhaling van de hygiëne in het operatie kwartier**
  - **Advies over toekomstige projecten en de efficiëntie van de organisatie in het kwartier**
- **Planning van de toekomst**
  - **De initiële projecten werden opgehangen in het operatie kwartier met de mogelijkheid om er opmerkingen op te maken**
  - **We analyseren alle mogelijkheden voor een duidelijke en efficiënte organisatie**
- **Herdefiniëring van de missies van de ontwaakzaal om de anesthesisten te assisteren voor de pre narcose en zo de opvolging van zijn patiënt te verzekeren in het begin en op het einde van de anesthesie.**

#### **Op het niveau van de communicatie, acties vanaf 1 januari 2010**

- **Verbetering van de zichtbaarheid op het scherm van de operatieplanning in de gang van OK**
- **Aanwezigheid en beschikbaarheid van de equipe van de beleidscommissie (locaal voor het beleid in het kwartier).**
- **Mailadres voor heel het personeel, hetgeen het onmiddellijk verspreiden van informatie toelaat.**
- **Beschikbare brievenbus om de commissie aan te spreken**
- **Verspreiding van de algemene informatie via het scherm van het groot kwartier : de news die om de tien minuten afspelen**
  - **Binnenkort voorzien van het installeren van twee bijkomende schermen (in het klein kwartier en in de sas)**
- **Aanwezigheid en acties van Dr Deraemaeker op het terrein om de spanningen tussen chirurgen en verplegend personeel te verminderen. De acties werden gehouden voor de nood aan teamwerk. Een vermindering van de spanning werd duidelijk opgemerkt door het personeel.**
- **De software voor de verpleging laat de verspreiding van informatie toe**
- **Een project voor informatisering van de fiches voor ongewenste gebeurtenissen is aan de gang.**

#### **Op het niveau van het kwartier, acties vanaf 1 januari 2010**

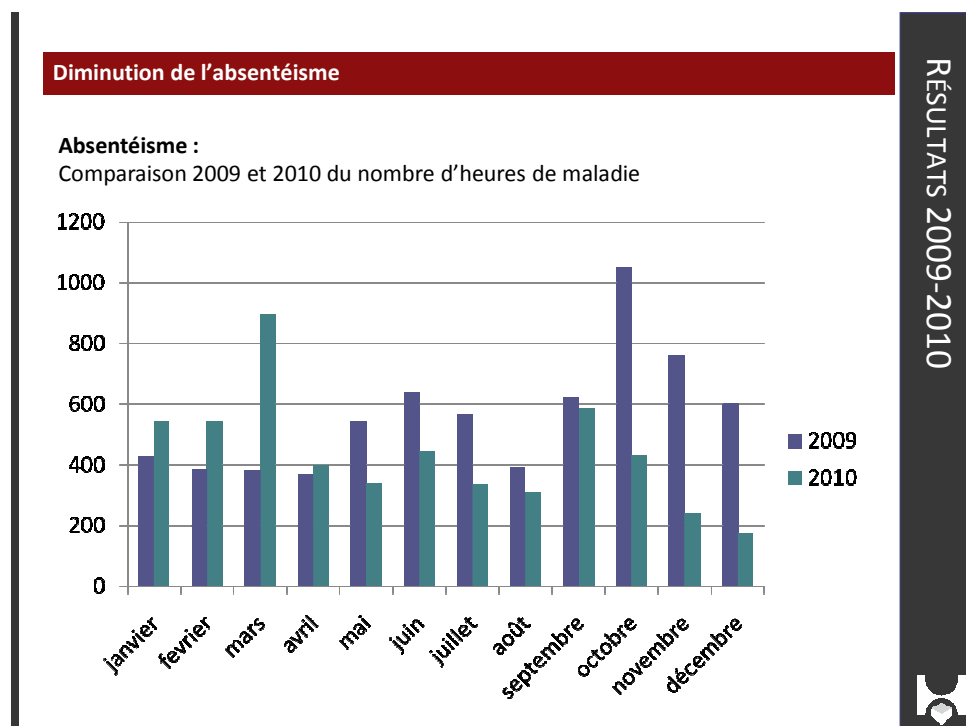
- **De herhaaldelijke problemen van het sluiten van de deuren zullen geregeld worden met de investeringen van 2011, met het plaatsen van radars. Deze oplossing zal het probleem oplossen op lange termijn.**
- **Verbetering van de verlichting in het operatie kwartier, een studie is voorzien in 2011 maar het veranderen van de ampoules (met meer watt) is reeds gepland.**
- **Het ontspanningslokaal zal ingericht worden met materiaal voor het personeel maar ook omdat ze er kunnen eten. De projecten zijn in afwachting van de validering ervan.**
  - **Het project om de Dancing te verplaatsen naar daar waar meer verlichting is, wordt bestudeerd en ondersteund door de directie.**
- **Plaatsen van een computer ter beschikking van het personeel in de dancing**
- **Vervanging van de televisie in het ontspanningslokaal.**
- **Een toekomstige waterfontein van koud/warm water vanaf dat de onderhandelingen afgehandeld zijn.**

- **Ter beschikking stellen van 6 parkingplaatsen voor het verpleegkundig personeel van het OK**
- **Herdefiniëring van de missies van de onsteunende equipe om het verpleegkundig werk te ondersteunen in moeilijke tijden (zoeken naar materiaal, medicatie...)**
- **Een dossier voor het sponsoren werd opgestuurd naar drie firma's om een budget vrij te maken om relaxatieoefeningen te kunnen bieden aan het personeel van het operatie kwartier.**

## Op het niveau van de voorraad, acties vanaf 1 januari 2010

- Identificatie van de voorraad per discipline en analyse van hun pertinentie in akkoord met het verplegend, chirurgisch en apotheek referentiepersoneel. Progressief aanpassen van alle dotaties. Vandaag de dag, werd enkel de voorraad van de maag darm chirurgie, fysiek aangepast in het kader van een testproject.
- Verbetering van het beleid van de prothesen voorzien door de software in de dienst die via de scanning een opvolging van de gebruikte prothesen toelaat en ook via de Vanas kast zullen we een eind maken aan het tekort aan voorraad door facturatiefouten.
- De ontwikkeling en de informatisering van de centrale stock zal bovenop het niet meer aanwezig zijn van een tekort aan voorraad, een betere planning bieden voor de plateaux voor het operatie kwartier.

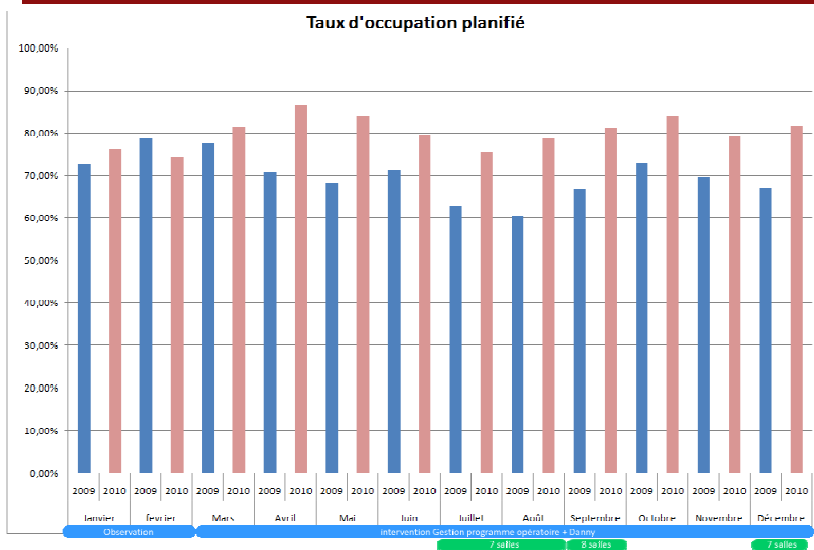
- Voornamelijkst bekomen resultaten – Evaluatie van het impact
  - Vermindering van het ziekteverzuim







## Meilleur taux d'occupation



## Meilleur taux d'occupation

- Les plages d'**ouvertures** ont diminué de 3000 heures/an
- Le temps **opérateur** total à diminué de 310 heures/an
- Le taux d'occupation des salles d'opération a augmenté de 10% atteignant **80%**

## Augmentation du nombre d'intervention

Nombre intervention Valeurs seulement	2009	2010	écart
	2009	2010	
Admission +24h	5664	5875	3,60%
One Day	9348	9734	4,13%
<b>total</b>	<b>15012</b>	<b>15609</b>	<b>3,98%</b>





### Augmentation des recettes

	2009	2010 (extrapolé)	Variation
Montant facturé	9 707 054€	9 993 173€	286 119€ (+2.95%)
Montant supplément	1 977 365 €	2 174 280€	196 915€ (+9,96%)



### Gestion des stocks

Stock	2009	2010	Variation
QOP	420 000€	330 000€	90 000 € (-22%)

Sur base des inventaires 2009-2010  
Sous réserve de contrôles futurs.

- Al dan niet de wens om het project verder te zetten

#### Het project verder zetten

- Wensen om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties

## Onze missies voor 2011

### Recherche de synergie

- > Achat et maintenance biomédicale
- > Organisation de l'organigramme du nursing
- > Collaboration de la one day dans le QOP
- > Place plus importante dans le quartier pour le pharmacie et Stérilisation
- > Mise en place des Unités Fonctionnelles Organisationnelles

#### Unité Fonctionnelle Organisationnelle

Anesthésiste, chirurgien, infirmier et comité de gestion



Programme opératoire, équipe, matériel, équipement, stérilisation, pharmacie, achats, projets d'avenir, développement de nouvelles techniques, suivi des indicateurs...

NOS PROJETS 2011



### Recherche des capacités de chacun

- > Partage de la tâche de pilotage du programme opératoire
- > Responsabilité en fonction des capacités de chacun

### Qualité

- > Mise en place d'indicateurs d'activité et d'anticipation
- > Informatisation de la gestion des évènements indésirables
- > Mise en place de check list pour les différents acteurs du QOP
- > Mise en place d'une stratégie d'amélioration continue où chaque acteur de terrain aura sa place.
- > Gestion performante et dynamique des stocks du QOP

NOS PROJETS 2011





**Formation**

Programmation de la formation continue.  
Intégration et formation des nouveaux engagés

**Amélioration des horaires**

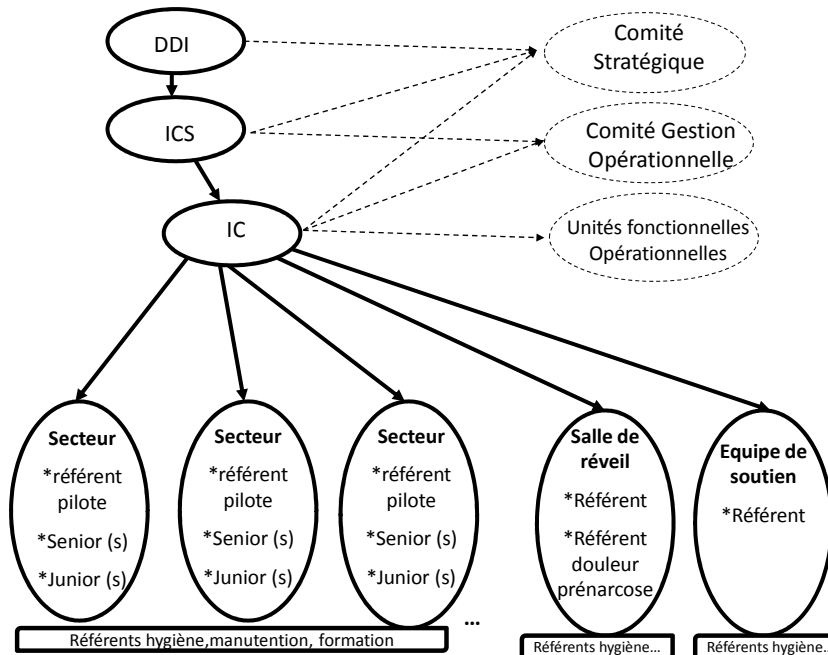
Groupe de travail sur les horaires du personnel infirmier au QOP.  
Adéquation entre besoin QOP et souhaits du personnel

**Organigramme du nursing**

Nouvel organigramme  
Redéfinir un cadre de fonctionnement  
Définir les rôles  
Tenir compte des changements et permettre à chacun de se situer



**Organigramme Département infirmier QOP et participation aux différents comités**



**Gestion centralisée et automatisée des stocks visant :**

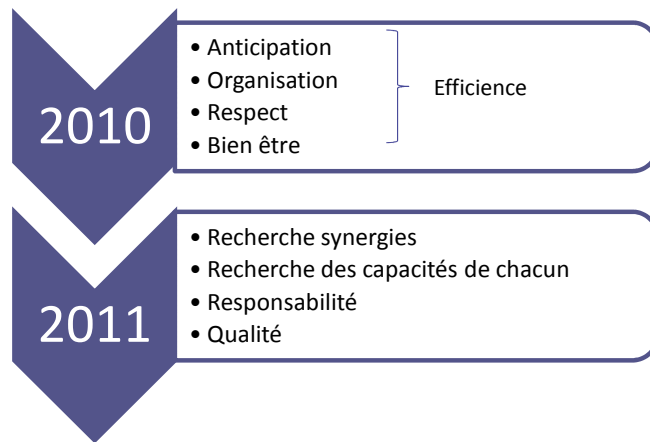
- > une diminution de préparation de salle (picking 5 min au lieu de 20 min)
- > suivi des consommations automatisée pour le quartier (facturation patient)
- > gestion intégrée avec la pharmacie (actuellement complètement manuellement).



- > Phase actuellement : introduction et automatisation des fiches d'intervention et picking
- > Phase 2 : scanning du matériel
- > En production pour l'été 2011 pour certaines salles
- > Automatisation complète 2011.



Les valeurs de nos projets pour 2011



## 13.12 BESCHRIJVENDE FICHE: SUCCESS STORY

### 1. ALGEMENE GEGEVENS PROJECT

- Titel van het project: [meten van kwaliteitsindicatoren](#)

### 2. INTEGRATIE

In deze eerste vraag, hadden wij graag dat u het ontstaan van het project beschreef, de uitvoering ervan en dat u een korte beschrijving schetste van de belangrijkste aspecten.

- Wie is er aan de oorsprong van het project, had het idee?
  - [De hoofdarts had het idee om de kwaliteit van de zorg te meten en op te volgen. Dit idee kaderde in verschillende kwaliteitsprojecten van de FOD Volksgezondheid.](#)
- Wie heeft het project ontwikkeld en beheerd, het operationele luik?
  - [In samenspraak met de kwaliteitscoördinator heeft de MKG coördinator het project uitgeschreven en ontwikkeld.](#)
- Kunt u uitleggen wat het project inhoudt?
  - [Berekenen van kwaliteitsindicatoren uit bestaande administratieve data, zijnde de MKG gegevens. De bedoeling was dan ook die indicatoren op te volgen per trimester teneinde knelpunten te duiden en te verhelpen.](#)

### 3. SCOPE

Wij hadden graag dat u hier de objectieven van het project, de betrokken personen en de verschillende etappes van het realiseren van het project beschreef.

Belangrijkste doelstelling van het project

- Bijkomende objectieven:
  - [De eerste doelstelling was een meetinstrument te hebben voor de zorgkwaliteit, teneinde knelpunten in kaart te brengen en deze te verhelpen](#)
  - [De tweede doelstelling was het bekomen van correcte MKG data, door analyse te doen van de geselecteerde dossiers en deze te confronteren met de realiteit. MKG data wordt ook voor andere doeleinden gebruikt zodat dossierstudie \(interne Audit\) noodzakelijk is. Het gebruiken van dossiers die als 'risico' worden gelabeld was hiervoor een goede start, \(dialogo tussen de zorgverstreker en de datamanagers\).](#)
  - [De derde doelstelling was om de zorgverstreker vertrouwd te maken met de geregistreerde data en de verwerking ervan \(denk maar aan de indeling in APRDRG, RSV, verantwoorde activiteiten, forfaitarisatie, en kwaliteit/complicaties\).](#)
- Het geviseerde publiek
  - [De zorgverstreker: in eerste instantie de behandelende artsen.](#)

- Dienst(en) of eenheid betrokken bij het project (indien nodig, de rol van ieder persoon)
  - i. De kwaliteitscel en de MKG cel.
- Belangrijkste etappes van het project
  - i. Literatuurstudie rond kwaliteitsindicatoren teneinde een keuze te maken welke weg zou ingeslagen worden.
  - ii. Er werd geopteerd om de AHRQ kwaliteitsindicatoren te gebruiken, omdat die het beste gedocumenteerd zijn en ook door de FOD Volksgezondheid zouden gevolgd worden. Anderzijds was het algoritme doorzichtig en eenvoudig te berekenen omdat de nodige software ter beschikking wordt gesteld.
  - iii. Berekenen van de indicatoren en opvolging ervan trimestrieel. Hiervoor worden dan ook de kritische dossiers uitgedrukt (MKG gegevens), die zouden ter bespreking moeten komen bij de aangeduide 'eigenaars'. Het grootste knelpunt was en is hier de aanduiding van de 'eigenaars'.

#### 4. TIMING

Kan u de begindatum van het project meedelen (en de eventuele voorbereidingstijd, alvorens de daadwerkelijke begindatum) en hetzij de einddatum, indien het project ten einde is, hetzij de verwachte einddatum hetzij beschrijven of het project continu of terugkerend is ?

7. Datum begin van het project
  - Begin 2009 werd het project opgestart. In een tijdspanne van 1 week werden de indicatoren berekend en de kritische dossiers afgedrukt. Het project werd voorgesteld aan de artsen in een periode van 6 maanden later en reeds eventueel besproken met geïnteresseerden.
8. (verwachte) Einddatum van het project
  - 'Never ending story', vermits kwaliteit van de zorg een permanente meting moet zijn.

#### 5. INDICATOREN

Hebt u, in het kader van het project, gebruik gemaakt van specifieke indicatoren?

- In de set van 45 AHRQ indicatoren werden er een tiental geselecteerd:
  - PSI 14 Dehiscentie van wonde na abdominopelviene heelkunde
  - PSI 9 Postoperatieve bloeding of hematoom
  - PSI 6 Iatrogene pneumothorax
  - PSI 5 Lichaamsvreemd voorwerp dat tijdens een ingreep achtergelaten wordt
  - PSI 2 Ziekehuissterfte in DRGs met lage mortaliteit
  - IQI 23 Laparoscopische cholecystectomie ratio
  - IQI 19 Letaliteit t.g.v. heupfractuur
  - IQI 21 Keizersnede ratio
  - IQI 12 Letaliteit t.g.v. CABG
  - IQI 20 Letaliteit t.g.v. pneumonie
  - IQI 15 Letaliteit t.g.v. acuut myocardinfarct
- Deze selectie werd gemaakt op basis van het feit dat er zo weinig mogelijk discussie zou zijn rond de registratie ervan. De inhoud van de indicator was duidelijk en niet voor discussie vatbaar.



Indien ja, kunt u hieronder de lijst geven van de gebruikte indicatoren? (indien u over interessante documenten beschikt, kan u ze communiceren in bijlage)

- Alle informatie werd gehaald en gevolgd op: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

Hebt u deze indicatoren zelf ontworpen of heeft u zich gebaseerd op bestaande indicatoren, indien ja, dewelke?

- AHRQ, zodat daar geen discussie rond zou bestaan en ook omdat die eenvoudig te berekenen zijn vanuit de MKG gegevens.

In het kader van het project, was u geïnspireerd of heeft u een specifieke methodologie gebruikt?

- De wetenschappelijke achtergrond, de fundering en de eenvoud van berekenen waren de voornaamste drijfveer om de richting van AHRQ in te slaan. De FOD Volksgezondheid heeft dan ook die richting genomen, zodat wij nu ook een nationale benchmark hebben.

## 6. MOEILIKHEDEN

Ieder project of realisatie ondervindt moeilijkheden, de aard van deze problemen en de wijze waarop ze al dan niet overwonnen werden, zijn altijd verhelderend. Kunt u ons een beschrijving geven van de belangrijkste problemen of uitdagingen in het project?

- Belangrijkste problemen:
  - i. Het belangrijkste probleem is een 'eigenaar' te vinden voor de berekende indicator. MKG gegevens worden per verblijf verwerkt. De kwaliteitsindicatoren worden ook per verblijf berekend. Maar binnen een verblijf wordt er meestal multidisciplinair aan de patiënt gewerkt. Wie draagt dan de verantwoordelijkheid over de outcome. Als voorbeeld kunnen we een postoperatieve complicatie nemen. Als de patiënt na de ingreep zowel door de intensive care, als de chirurg of de internist verder wordt opgevolgd, wie is dan de 'eigenaar' van die postoperatieve complicatie. Dikwijls wordt die 'zwarte Piet' van de ene persoon naar de andere doorgeschoven.
- Ondernomen acties om deze moeilijkheden tegen te gaan
  - i. Tot op heden werd nog geen beslissing in deze materie genomen.
  - ii. Volgend voorstel werd naar voor geschoven:
    1. Per indicator wordt een geëngageerde verantwoordelijke aangesteld die door dossierstudie een collega 'eigenaar' kan aanduiden. Zo is het eenvoudiger een chirurg te laten beslissen wie de 'eigenaar' van de indicator in ons vorige voorbeeld. De 'eigenaar' verschilt immers van casus tot casus wanneer er multidisciplinair behandeld wordt.
- Succesfactoren
  - i. Voor 1 indicator werd een gekend doch miskend probleem blootgelegd zodat men de problematiek niet meer kon negeren.
  - ii. Een tweede indicator staat ter bespreking omdat hier een compromis moet gevonden worden tussen financiële performantie en kwaliteit van de zorg.
- Risicofactoren
  - i. Mits goede communicatie en begeleiding van de zorgverstrekkers worden de resultaten niet als bedreigend aanvaard en is dialoog mogelijk.
- Belangrijke lessen

- i. De nodige steun van de hoofdarts, de medische directie, de medische raad, de diensthoofden is noodzakelijk opdat de nodige tijd wordt vrijgemaakt om de risico dossiers door te nemen en te interpreteren.

## 7. COMMUNICATIE

Om uw project te lanceren, voor de uitvoering ervan, voor een goede teambuilding of om de deelnemers te motiveren, deze aspecten zijn waarschijnlijk het onderwerp geweest van een interne communicatie. U heeft waarschijnlijk ook de resultaten intern of extern mede gedeeld, kunt u ons uitleggen hoe u deze communicatie aangepakt heeft?

- a. Type bericht / communicatie
  - i. De enige goede communicatie is de persoonlijke voorstelling: van datamanager, kwaliteitscoördinator tot zorgverstrekker. Dit moet wel georganiseerd en ondersteund worden door de medische directie (eventueel in bijzijn van de hoofdarts).
- b. Gebruikte communicatietechnieken ( face to face, mail, vergadering, conférentie ... )
  - i. Face to face voorstelling van het project en de resultaten aan de diensthoofden.
- c. Frequentie van de communicatie
  - i. Jammer genoeg beperkt gebleven tot 1 communicatiemoment. Het project strandde op de aanduiding van 'eigenaars' of verantwoordelijken voor de dossieranalyse.

## 8. GEINVESTEERDE MIDDELEN EN KOSTEN

Heeft er iemand in het ziekenhuis de geïnvesteerde middelen berekend in verband met dit project? Werd de kost berekend voor de verschillende elementen of de globale kost? Kunt u deze informatie delen?

- a. Het kwantitatieve en kwalitatieve profiel Human Resources (HR) ingezet voor het project
  - i. Berekening van de kwaliteitsindicatoren: datamanager van de MKG cel – 8u per trimester.
  - ii. Analyse van de dossiers: nog niet geïmplementeerd, maar ingeschat als één namiddag per indicator per trimester (communicatie tussen kwaliteitscoördinator, datamanager MKG cel en de 'eigenaar' van de indicator).
- b. Heeft u consultants geraadpleegd om u te helpen in dit project? Zo ja, welke is de kost van zijn tussenkomst?
  - i. Alles werd zelf ontwikkeld volgens de richtlijnen van de AHRQ.
- c. Andere specifieke middelen buiten de HR (software, materiaal...)
  - i. Om de berekening conform de AHRQ regels te doen werd de MS DRG grouper aangeschaft. Hierdoor moest geen conversie geprogrammeerd worden of moesten er geen eigen softwarealgoritmes ontwikkeld worden zoals dat in de studie van UZ LUIK werd gedaan.
- d. Globale kost zonder HR
  - i. 1000€ per jaar voor de MS DRG grouper.
- e. Detail, indien mogelijk, van deze globale kost

- f. Aantal toegewezen dagen aan het project
  - i. 8u berekening indicatoren per trimester
  - ii. Ingeschat: 4u analyse en bespreking per indicator per trimester.
- g. Detail van deze dagen per functie
  - i. Berekening indicatoren: MKG cel (datamanager)
  - ii. Analyse en bespreking: kwaliteitscoördinator, MKG cel (datamanager) en 'eigenaar' indicator.

## 9. OUTPUT - achievements

In functie van de evolutie van uw project, kan u ons de volgende informatie geven?

- Genomen verbeteracties
  - Voorlopig geen, gezien geen grondige analyse door het ontbreken van 'eigenaars'.
- Belangrijkste behaalde resultaten – evaluatie van het impact
  - Geen
- Al dan niet de wens om het project te verlengen
  - Worden trimestrieel verder berekend.
- Wensen om het project te verbeteren: interne suggesties – externe suggesties
  - Dringend aanduiding van 'eigenaars' voor de indicatoren, ofwel van comités die de analyses zouden doen van de berekende indicatoren.