



**Het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en  
centra voor geestelijke gezondheidszorg  
in Vlaanderen**

**Juni 2010**

## INHOUD

Voorwoord .....	blz. 4
Het kwaliteitsbeleid in Vlaanderen sinds 1997 .....	blz. 5
Oktober 2003: een belangrijke evolutie in het kwaliteitsdenken .....	blz. 7
Algemene, universitaire en categorale ziekenhuizen .....	blz. 13
Domein klinische performantie algemene en universitaire ziekenhuizen .....	blz. 15
1. Domein ziekenhuissterfte .....	blz. 17
2. Domein ongeplande heropnames .....	blz. 31
3. Domein zorg aan verloskundige patiënten .....	blz. 33
4. Domein gemiddelde verblijfsduur .....	blz. 34
5. Domein daghospitalisatie .....	blz. 39
Domein klinische performantie categorale ziekenhuizen .....	blz. 45
1. Domein vallen .....	blz. 45
2. Domein voedingstoestand van de patiënt .....	blz. 49
Domein evaluatie door de gebruikers .....	blz. 51
Domein evaluatie door de medewerkers .....	blz. 54
Centra voor geestelijke gezondheidszorg .....	blz. 57
Evaluatie kwaliteitsdecreet van 1997 .....	blz. 57
Indicatoren .....	blz. 61
Activiteiten .....	blz. 62
1. De behandeling van een CGG patiënt start binnen een redelijke termijn .....	blz. 65
2. Een CGG profileert en positioneert zich als een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg en als een 2 <sup>de</sup> lijnsvoorziening .....	blz. 74
3. Een CGG schenkt uitdrukkelijk aandacht aan kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen .....	blz. 87
4. Het psychisch evenwicht van CGG patiënten wordt hersteld of de psychische stoornissen worden draaglijk gemaakt voor patiënt en omgeving .....	blz. 92
5. Het aantal vroegtijdige, eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan vier sessies beperken .....	blz. 95

Psychiatrische ziekenhuizen -----	blz. 98
Domein klinische performantie -----	blz. 98
1. Domein opname -----	blz. 98
2. Domein therapie / behandeling -----	blz. 99
3. Domein ontslag -----	blz. 110
4. Domein nazorg -----	blz. 111
Domein evaluatie door de gebruiker -----	blz. 112
Uitdagingen -----	blz. 113
Transpanter maken van data naar gebruikers -----	blz. 113
Federale initiatieven rond patiëntveiligheid -----	blz. 115
Kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg scoort matig bij internationale Vergelijking -----	blz. 117
Conclusie: Kwaliteitsbeleid als permanente verbetercirkel -----	blz. 119
Literatuur -----	blz. 121

## VOORWOORD

Voorliggend document geeft een overzicht van de kwaliteit van de zorg die door ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg worden verstrekt sinds de invoering van het Vlaamse decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

In het vorige rapport van december 2002 werden een aantal algemene aanbevelingen geformuleerd die een meer structurele aanpak vroegen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg in Vlaanderen. In het eerste deel van dit rapport wordt nagegaan in welke mate deze aanbevelingen al dan niet een gevolg kregen.

In oktober 2003 was er een belangrijke evolutie in de visie van de Vlaamse overheid over de kwaliteit van de zorg. De bestaande regelgeving inzake kwaliteit voor de gezondheidsvoorzieningen en de regelgeving voor de welzijnssector, werd samengevoegd en herwerkt in een kwaliteitsdecreet dat van toepassing is op de twee sectoren. De methodiek rond het verplicht meten van opgelegde en vrije thema's evolueerde naar het verplicht registreren en uitwerken van verbeteracties in vier bredere domeinen. In het vernieuwde decreet werden een aantal mogelijkheden tot sanctionering voorzien voor voorzieningen die niet voldoen aan de vooropgestelde kwaliteitsvereisten. In een tweede deel van dit rapport wordt deze evolutie uitvoerig toegelicht.

Het decreet van oktober 2003 is van toepassing op de algemene ziekenhuissector (Besluit van de Vlaamse Regering van 14 mei 2004), de psychiatrische ziekenhuissector (Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006). In de drie volgende delen van dit rapport worden deze sectoren besproken.

Dit rapport wordt afgesloten met een aantal algemene beschouwingen. Hierbij wordt onder meer op kritische wijze gekeken naar de positie van de kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg in internationale benchmarks. Tot slot worden enkele belangrijke uitdagingen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg naar de toekomst geformuleerd.

## HET KWALITEITSBELEID IN VLAANDEREN SINDS 1997

Gedurende lange tijd was men in talrijke landen van oordeel dat de overheid niet moest tussenkomen op het gebied van kwaliteit. Kwaliteit wordt ervaren als een zaak voor gezondheidsprofessionals die zorgen voor autoregulering en die een maximale kwaliteit bereiken. De grote verschillen die men vaststelt in de praktijk binnen een zelfde land en ook tussen de verschillende landen, tonen de noodzaak van een externe regulering (Daue F. & Crainich D., 2008).

Sinds 1997 is er in Vlaanderen regelgeving m.b.t. het zichtbaar maken van de visie en het beleid inzake kwaliteit in de gezondheidszorg. De meest in het oog springende meerwaarde die kan worden toegeschreven aan het Vlaamse kwaliteitsdecreet van 1997 is het feit dat de verzorgingsvoorzieningen hun kwaliteitsdenken meer gingen structureren. Voorheen was de aandacht voor kwaliteit van zorg vanuit de verschillende instellingen meer een individuele aanpak. Kwaliteit was niet meer vanzelfsprekend. Zorgverleners durven hun handelen en hun omgang met de patiënt in vraag te stellen.

Een ander belangrijk gevolg is het ontstaan van dialoog tussen overheid en sector, maar ook tussen de zorgvoorzieningen onderling. Ziekenhuizen gingen zich groeperen en er ontstonden regionale en provinciale werkgroepen waar ervaringen rond het kwaliteitsbeleid van de eigen instelling konden worden uitgewisseld. Er ontstond ook dialoog tussen een afvaardiging van de verschillende werkgroepen en de administratie.

In december 2002 werd een eerste rapport verspreid en gepubliceerd. Het volledige rapport is consulteerbaar op <http://www.zorg-en-gezondheid.be>.

Uit dit rapport blijkt op het eerste gezicht een verbetering in de kwaliteit van de Vlaamse gezondheidszorg. Er zijn meer tevreden patiënten, er zijn minder fouten in de medicatiedistributie en er zijn minder ziekenhuisinfecties.

Met de invoering van het kwaliteitsdecreet in 1997 slaagden we er uiteraard niet in om een totaalbeeld te krijgen op de kwaliteit van de zorg in Vlaanderen. We merkten dat vooral de secundaire processen werden gemeten en behandeld. Er was behoefte om indicatoren te ontwikkelen voor de meting van de eigenlijke zorg en de klinische performantie (de core business van het ziekenhuis). Het ontwikkelen van klinische performantie-indicatoren kreeg bijzondere aandacht in de wijzigingen die plaatsvonden in 2003 (cfr. Infra).

Het grote belang van “adverse drug events” werd in de literatuur al uitvoerig beschreven. Wereldwijd zou in 2,46 % van de ziekenhuisverblijven één of meerdere ADE’s vastgesteld worden (Classen et al., 1997). De resultaten van het thema geneesmiddelendistributie boden enkele opportuniteiten om de veiligheid van de patiënt te verhogen. De belangrijkste structurele aanbeveling die geformuleerd werd was dat er zou worden aangedrongen bij de Federale overheid om het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen in ziekenhuizen mogelijk te maken.

In oktober 2008 werd door de Federale minister van Volksgezondheid aangekondigd dat er gewerkt wordt aan het elektronische voorschrift in de ziekenhuizen. De wetgeving inzake het medisch voorschrift zou worden aangepast (Toespraak minister Onkelinx d.d. 22 oktober 2008 ter gelegenheid van de installatie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen). Ziekenhuizen hebben hierop niet gewacht. We merken een

stijging van het aantal ziekenhuizen dat de medicatiedistributie heeft geïnformatiseerd (Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2008).

Inzake ziekenhuisinfecties scoort België slechts matig in internationale vergelijking (Daue & Crainich, 2008). Een studie uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in mei 2005 toont aan dat nosocomiale infecties ook vaak voorkomen in de rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden. De studie meldt dat er in de 60 onderzochte RVT's een prevalentie is van 18,9 % in België, van 17,6 % in Vlaanderen, 18,9 % in Brussel en van 22 % in Wallonië (Jans, 2005).

In acute ziekenhuizen in Vlaanderen waren tijdens het eerste semester van 2007 gemiddeld 26 % van de Staphylococcus aureus stammen meticilline resistent (Jans, 2008). Het resistentieprofiel was niet significant verschillend van het nationaal gemiddelde voor België (27 %). Er blijken grote verschillen in de resistentieproportie (minimum 6 % - maximum 62 %) en de incidentie (minimum 0 – maximum 17,2) van nosocomiaal verworven MRSA in de verschillende algemene ziekenhuizen. Het gemiddelde van de incidentiecijfers van nosocomiaal verworven MRSA bedroeg 2 nieuwe gevallen per 1000 opnames in Vlaamse ziekenhuizen, terwijl dit cijfer voor België hoger lag (3,2 nieuwe gevallen / 1000 opnames). Opgesplitst per provincie zijn er belangrijke verschillen. Het laagste mediaan incidentiecijfer werd geobserveerd in Limburg: 0,6 nieuwe nosocomiaal verworven MRSA gevallen per 1000 opnames, 0,8 in Antwerpen, 1,5 in West-Vlaanderen, 1,9 in Oost-Vlaanderen en 2,5 nieuwe gevallen per 1000 opnames in Vlaams Brabant.

Bepaalde ziekenhuizen zijn zeer actief in de aanpak van het probleem, maar er is geen scoretabel beschikbaar voor de burger – patiënt. Dergelijke informatie bestaat wel in andere landen (Nederland, Frankrijk, Australië, Groot – Brittannië, Verenigde Staten). Transparante cijfers moeten de burger – patiënt toelaten om gericht keuzes te maken. Daarnaast is dit een stimulans voor de zorginstellingen om beter te doen.

Sinds 1 juli 2007 zijn de ziekenhuizen verplicht om deel te nemen aan het initiatief “Toezicht op de nosocomiale infecties”<sup>1</sup>. Hiertoe wordt hen een forfaitair bedrag toegekend via het Budget van Financiële Middelen. Het aantal infecties met MRSA (Methicilline-resistente Staphylococcus aureus) en Clostridium difficile moeten verplicht door elk algemeen ziekenhuis geregistreerd worden en bezorgd worden aan het W.I.V.

In 2007 werden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid studies uitgevoerd in samenspraak met deskundigen, ziekenhuishygiënist en de betrokken sectoren. Hieruit volgde een concreet actieplan, inclusief een aangepast budget. Het plan dient gezien in samenhang met maatregelen die op het federale vlak werden genomen en nog zullen moeten genomen worden. Het actieplan voorziet in een aantal maatregelen voor zowel de eerstelijnszorg, de ziekenhuiszorg en het verblijf in de woon- en zorgcentra.

---

<sup>1</sup> K.B. van 19 juni 2007 tot wijziging van het K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BS 28/06/2007)

## **OKTOBER 2003: EEN BELANGRIJKE EVOLUTIE IN HET KWALITEITSDENKEN**

In haar beleidsbrief 2002 maakte toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, Mieke Vogels, bekend dat zij een geharmoniseerd kwaliteitsdecreet voor welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zou indienen. Vroeger behoorden de beleidsdomeinen Welzijn en Gezondheid toe aan twee ministers, die andere accenten legden, zodat er twee kwaliteitsdecreten tot stand kwamen. (het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen en het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen).

### **Wat vooraf ging ...**

#### *Het Vlaams decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen (25/02/1997)*

De Vlaamse Regering had zich in 1997 voorgenomen om haar taken inzake erkenning, inspectie en toezicht op de voorzieningen doelmatiger uit te voeren. Om dit te kunnen realiseren gebeurde onder meer een accentverschuiving van het inspecteren van de materiële en structurele elementen, naar het auditeren van instellingen waarbij ook het kwaliteitsbeleid van de voorzieningen onder de loep wordt genomen. Het is de overtuiging van de overheid dat de kwaliteitszorg en het beleid daartoe ook in de non – profitsector zichtbaar moet worden gemaakt.

Omdat er gerichte inspanningen nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te verbeteren, werd op 25 februari 1997 het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen uitgevaardigd. Dit decreet was van toepassing op de Vlaamse ziekenhuissector (algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen) en de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

In en door dit decreet werd geen verplicht kwaliteitsmodel of kwaliteitssysteem opgelegd. Door het creëren van een algemeen kader wou men de voorzieningen aanmoedigen om een dynamisch en integraal kwaliteitsbeleid te voeren. Door de administratie werd een model van kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan uitgewerkt. Aan de voorzieningen werd gevraagd (opgelegd) om deze structuur te respecteren. Op deze wijze wou men een minimale vorm van standaardisatie realiseren wat een meer efficiënte inzage en beoordeling door de administratie mogelijk moest maken.

#### *Thema's en indicatoren*

In overleg met de sector werd een set van thema's ontwikkeld. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen verplicht uit te werken thema's, opgelegd door de overheid, en vrije thema's, zelf te kiezen door de voorziening. De ziekenhuissector werd verplicht om vijf thema's uit te werken, waarvan drie van overheidswege werden opgelegd. De centra voor Geestelijke Gezondheidszorg moesten in totaal drie, waarvan twee opgelegde thema's uitwerken. Voor het uitwerken van de kwaliteitsindicatoren, die de thema's moeten meetbaar maken, werd de minister geadviseerd door de Vlaamse Gezondheidsraad.

Via een uitvoeringsbesluit van 23 juli 1997 werden de opgelegde thema's en de bijbehorende indicatoren voor de verschillende sectoren vastgelegd.

### *Algemene en universitaire ziekenhuizen*

- 1) Onthaal, gedefinieerd als het verbeteren van de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met de voorziening tot de eerste interventie met de zorgverstrekker.  
De bijbehorende indicatoren waren:
  - De tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van de verschillende deelaspecten van het onthaal, met als verplicht meetinstrument een gestandaardiseerde vragenlijst;
  - Het tijdsverschil tussen afspraak en zorgverstrekking.
- 2) Geneesmiddelendistributie, gedefinieerd als het voorkómen van fouten in de geneesmiddelenbedeling.  
De bijbehorende indicatoren waren:
  - Het percentage onvolledige medicatieschema's;
  - Het percentage medicatie die is klaargezet en die niet overeenstemt met het schema.
- 3) Ziekenhuisinfecties, gedefinieerd als het verbeteren van de preventie van de meest voorkomende ziekenhuisinfecties.  
De bijbehorende indicatoren waren:
  - Het aandeel post – operatieve wondinfecties (PWI);
  - Het aandeel nosocomiale primaire sepsis (SEP);
  - Het aandeel ventilatorgeassocieerde pneumonieën (VAP).

### *Categorale ziekenhuizen*

Voor de categorale ziekenhuizen golden dezelfde thema's en indicatoren als voor de algemene en universitaire ziekenhuizen. Het thema ziekenhuisinfecties was van toepassing in zoverre dit voor het ziekenhuis als relevant kon worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat het aantal post – operatieve wondinfecties en het aantal ventilatorgeassocieerde pneumonieën in revalidatieziekenhuizen als niet zinvol werd beschouwd.

### *Psychiatrische ziekenhuizen*

- 1) Onthaal, gedefinieerd als het verbeteren van de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met de voorziening tot de eerste interventie met de zorgverstrekker.  
De bijbehorende indicator was:
  - De tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van de verschillende deelaspecten van het onthaal, met als verplicht meetinstrument een gestandaardiseerde vragenlijst.
- 2) Geneesmiddelendistributie, gedefinieerd als het voorkómen van fouten in de geneesmiddelenbedeling.  
De bijbehorende indicatoren waren:
  - Het percentage onvolledige medicatieschema's;
  - Het percentage medicatie die is klaargezet en die niet overeenstemt met het schema.
- 3) Zorgcommunicatie, gedefinieerd als het verbeteren van de intra- en interdisciplinaire communicatie met betrekking tot de patiëntenzorg binnen een voorziening en bij het ontslag van de patiënt, onder andere door de uitbouw van een interdisciplinair patiëntendossier en behandelplan, met het oog op het optimaliseren van de efficiëntie en continuïteit van de zorg.  
De bijbehorende indicatoren waren:
  - Het percentage van de interdisciplinaire dossiers die ingevuld zijn volgens het systematisch handelen;



- Het percentage van de voorlopige ontslagbrieven die verstuurd zijn binnen de twee dagen na ontslag.

### *Centra Geestelijke Gezondheidszorg*

- 1) Onthaal, gedefinieerd als het verbeteren van de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met de voorziening tot de eerste interventie met de zorgverstrekker.

De bijbehorende indicatoren waren:

- De tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van de verschillende deelaspecten van het onthaal, met als verplicht meetinstrument een gestandaardiseerde vragenlijst;
- Het percentage van de telefonische oproepen die binnen de kantooruren persoonlijk worden beantwoord;
- Het tijdverschil tussen de eerste hulpvraag van de patiënt en de eerste interventie van de hulpverlener.

- 2) Problematische afsluiting, gedefinieerd als het verbeteren van de benadering van de patiënt bij het niet in onderling overleg afbreken van de behandeling door de patiënt of door de zorgverlener.

De bijbehorende indicator was:

- Het percentage van de problematische afsluitingen waarbij de procedure aangaande problematische afsluitingen gevolgd werd en in het dossier genoteerd staat.

### *Gevolgen van het Vlaams kwaliteitsdecreet van 1997*

De publicatie van het decreet heeft een hele dynamiek veroorzaakt in de sector. Er moest voortdurend worden gezocht naar een evenwicht tussen het perspectief van de overheid en dat van de zorgsector.

De meest in het oog springende meerwaarde die kan worden toegeschreven aan het Vlaams kwaliteitsdecreet van 1997 is het feit dat de verzorgingsvoorzieningen hun kwaliteitsdenken meer gingen structureren. Via het decreet werd immers per verzorgingsvoorziening een halftijds personeelslid geëist, die zich over de coördinatie van het kwaliteitsbeleid moest kunnen ontfermen. In alle Vlaamse verzorgingsvoorzieningen werden kwaliteitscoördinatoren aangesteld. Om hiervoor in aanmerking te komen moest de betrokkene, op basis van opleiding of ervaring, kunnen aantonen dat hij/zij de methoden en beginselen van de kwaliteitszorg kon toepassen.

Hun belangrijkste opdracht was om bestaande kwaliteitsprojecten te bundelen en te structureren. Vanuit hun kennis konden zij de verbeteracties centraal aansturen en ondersteuning bieden naar een projectmatige aanpak. Een bestaand kwaliteitsmodel moest worden geformaliseerd of er moest een kwaliteitsbeleid worden ontwikkeld. De verplichte thema's moesten worden gemeten en waar nodig moesten verbeteracties worden opgezet. Tenslotte moest alles worden geconfirméerd met de richtlijnen van het decreet en diens uitvoeringsbesluiten en ter goedkeuring worden voorgelegd aan de minister.

Naast de zorg voor de kwaliteit was uiteraard de kwaliteit van de zorg, en de permanente verbetering ervan, de meest uitgesproken doelstelling van dit decreet. Door het vooraf vastleggen van een aantal belangrijke aspecten van zorg, werd getracht de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te objectiveren en te verbeteren.

Tijdens overlegmomenten tussen overheid en regionale afvaardiging van kwaliteitscoördinatoren was het mogelijk om de visie van de overheid voortdurend te toetsen aan de realiteit in de verzorgingsinstellingen. Het duurde dan ook niet lang vooraleer een aantal thema's en indicatoren werden verfijnd. Zo werd bijvoorbeeld het thema onthaal verruimd tot patiënttevredenheid en het thema ziekenhuisinfecties werd in overeenstemming gebracht met andere bestaande nationale en internationale standaarden en normen. Het evenwichtspunt werd verschoven van een top down benadering naar een meer bottom up gestuurd model.

Het is ook op deze overlegmomenten dat de basis werd gelegd voor een volledige herziening van het kwaliteitsdecreet.

### **Kwaliteitsbeleid, een dynamisch gebeuren ...**

Het was de wens van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen om de twee bestaande kwaliteitsdecreten te harmoniseren. De aard van de zorg en de raakpunten tussen gezondheids- en welzijnsvoorzieningen maakt het mogelijk om te komen tot een éénduidig concept, met voldoende mogelijkheid en ruimte voor een aangepaste sectorale invulling en toepassing.

Het was ook de wens van de verzorgingsvoorzieningen om bestaande knelpunten in de decreten weg te werken en aldus te evolueren naar een ideaal en relevant kwaliteitskader. De voornaamste knelpunten die werden geformuleerd zijn een te rigide vormgeving en het repetitief karakter van te korte meetcyclussen.

Het nieuwe kwaliteitsdecreet behoudt de positieve elementen en bundelt de positieve uitgangspunten van de vorige decreten.

### Doelstellingen

Met het geharmoniseerd decreet wordt beoogd de volgende doelstellingen te realiseren.

- 1) Rekening houdend en verder bouwend op de twee vorige kwaliteitsdecreten, wil men een samenhangend en inclusief beleid benadrukken. De concrete toepassing én uitbouw van een kwaliteitsbeleid moet sectoroverschrijdend zijn in de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.
- 2) Het beheersen, het transparant maken en het onderling afstemmen van regels en procedures zijn nodig om de dienstverlening van de overheid klantvriendelijker te maken. Dit moet ook leiden tot een vermindering van de regelgeving.
- 3) Een geharmoniseerd decreet moet een aantal beleidsopties meehelpen ondersteunen en realiseren. Hiervoor is een krachtige hefboom nodig binnen de bevoegdheidsdomeinen welzijn en gezondheid. Hierbij wordt gedacht aan de oriëntatie op de preventie en op de vraaggestuurde in plaats van de aanbodgestuurde beleidsvoering, de aandacht voor de toegankelijkheid van zorg, de zorg op maat en de uitdrukkelijke bekommernis voor de inbreng van de gebruiker, de mantelzorger en de vrijwilliger. Voorzieningen moeten via het decreet worden aangespoord om de gebruiker in staat te stellen om zijn of haar wensen en behoeften kenbaar te maken. Anderzijds moet de klemtoon van de zorg op maat worden uitgebreid naar de zorg voor de zorgende. Ook medewerkers moeten voordeel halen uit een goed kwaliteitsbeleid. Kwaliteitsvolle zorg is onmogelijk zonder gemotiveerde en kwaliteitsvolle medewerkers.

- 4) Aan de hand van de kennis en eerste ervaringen opgedaan in de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, moeten enkele technische en inhoudelijke aanpassingen worden doorgevoerd. Zo moet het aantal definities aanzienlijk verminderen, gehanteerde begrippen moeten transparanter worden omschreven, het perspectief moet meer gericht zijn op de gebruiker en tenslotte moet accent worden gelegd op het meer zichtbaar maken van het effect van de kwaliteitszorg op de kwaliteit van de verleende zorg.

### Uitgangspunten

- 1) Het eerste grote uitgangspunt is de *responsabilisering* van de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen bij de uitbouw van hun kwaliteitsbeleid. In essentie komt het erop neer dat de voorzieningen de kwaliteit van de door hen geleverde zorg inzichtelijk maken en een kwaliteitsmanagementsysteem invoeren waarmee zij de zorg systematisch bewaken en verbeteren. De overheid legt geen systeem van kwaliteitsbeleid op. Er wordt een kader gecreëerd dat de voorziening moet aanmoedigen tot het voeren en het implementeren van een kwaliteitsbeleid.

Aangezien het welzijn en de gezondheid van de burgers hier in het geding zijn, is het de taak van de overheid om de voorzieningen te verplichten om op een systematische en aantoonbare manier een kwaliteitsbeleid te voeren. De concrete, inhoudelijke invulling en de evaluatie zullen hoofdzakelijk binnen de voorziening zelf gebeuren. Zij zijn immers verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorg. Het is aan de voorzieningen zélf om de resultaten van hun kwaliteitsactiviteiten zichtbaar en aantoonbaar te maken in een zelfevaluatie.

- 2) Een tweede uitgangspunt vloeit logisch voort uit een verdergaande responsabilisering van de voorzieningen. Een goed functionerende welzijns- en gezondheidszorg is de *gezamenlijke verantwoordelijkheid* van alle betrokkenen: de gebruikers, de voorzieningen en de overheid. Het houdt in dat de overheid erover waakt dat de voorzieningen werk maken van een kwaliteitsbeleid, zonder in te gaan op detailkwesties, dus zonder betutteling.
- 3) Het toegenomen kwaliteitsbewustzijn bij de gebruikers, de voorzieningen en de overheid werkt kwaliteitsverhogend als via een goede onderlinge communicatie een continue wisselwerking tussen de partijen wordt gerealiseerd. Samenspraak, overleg en afstemming zijn de kritische succesfactoren voor het welslagen van de kwaliteitszorg.

Een belangrijk uitgangspunt is de *communicatie* tussen alle betrokken partijen, onder wie niet in het minst de gebruiker zelf en alle betrokken zorgverleners. Het is erg belangrijk dat alle actoren in het zorgproces op een structurele wijze bij het kwaliteitsbeleid van de voorzieningen worden betrokken, zodat zij verwachtingen en wensen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg kunnen kenbaar maken. Een goede samenwerking tussen het management en de zorgverstrekkers moet afstemming mogelijk maken tussen de kwaliteitszorg van het management en de vakinhoudelijke kwaliteitszorg van de professionelen.

Overleg en samenspraak houdt ook in dat, voor de sectorspecifieke invulling van het decreet, de overheid een structureel en open gesprek voert met de vertegenwoordigers van de gebruikers en de voorzieningen.

Het Vlaams decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (17/10/2003)

Het decreet voorziet in een expliciete verplichting die alle Vlaamse welzijns- en verzorgingsvoorzieningen oplegt om verantwoorde zorg te verstrekken, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene.

De verantwoorde zorg moet voldoen aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Het verstrekken van die zorg moet het respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en –behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker waarborgen.

Om deze verantwoorde zorg te kunnen bieden moet de voorziening een kwaliteitsbeleid opzetten, als onderdeel van het algemeen beleid. Kwaliteitsbeleid wordt hierdoor beschouwd als organisatiebeleid. Het kwaliteitsbeleid bestaat ten minste uit een missie, een visie, de doelstellingen en de strategie. In een formele verklaring van het management worden de kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd.

Iedere voorziening moet door middel van een zelfevaluatie permanent aantonen hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.

Het kwaliteitsbeleid, het managementsysteem en de zelfevaluatie worden beschreven in een kwaliteitshandboek.

Het toezicht en de evaluatie, georganiseerd door de overheid, resulteert in een evaluatierapport. Hierin krijgt de voorziening een beoordeling van de wijze waarop de voorziening de kwaliteit van de zorg waarborgt ten aanzien van de gebruiker. Dit evaluatierapport moet door de voorziening op actieve wijze aan de inrichtende macht, de medewerkers en de gebruikers kenbaar worden gemaakt.

### Uitvoering

Het geharmoniseerd decreet wordt stapsgewijs en per sector ingevuld. De eigenheid van de voorzieningen en hun specifieke opdracht binnen de Vlaamse gezondheidszorg wordt hierdoor bewaakt. De inhoudelijke invulling van het decreet gebeurt in dialoog met de verschillende sectoren.

## ALGEMENE, UNIVERSITAIRE EN CATEGORALE ZIEKENHUIZEN

Het decreet werd eerst uitgewerkt voor de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen. Via een Besluit van de Vlaamse regering<sup>2</sup> werden op 14 mei 2004 de spelregels vastgelegd.

Om de inbreng van de voorziening en de eigen accenten te kaderen worden, waar vroeger strikte thema's werden opgelegd, nu domeinen bepaald. Ieder ziekenhuis wordt verwacht verbetertrajecten op te zetten en deze zelf te evalueren binnen vier verplichte domeinen.

- 1) Een periodieke evaluatie van de klinische performantie, gedefinieerd als het permanent bewaken en verbeteren van de resultaten van de klinische activiteiten, als basisopdracht van het ziekenhuis. Ieder ziekenhuis moet hiertoe een sterkte – zwakte analyse uitvoeren en verbeterpunten identificeren en uitwerken. Daarnaast werden op Vlaams niveau klinische performantie indicatoren uitgewerkt. Via periodieke feedback vanuit de administratie bestudeert ieder ziekenhuis in hoeverre en waarom afwijkingen worden vastgesteld ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen. Waar nodig moet worden geredieerd.

Na afstemming met projecten op Europees niveau (Performance Assessment Tool for quality in Hospitals) werden 30 indicatoren gekozen, gekaderd in 6 domeinen:

- ziekenhuissterfte
- ongeplande heropnames
- zorg aan de verloskundige patiënt
- gemiddelde verblijfsduur
- daghospitalisatie
- transfusiëreacties

- 2) Een periodieke evaluatie van de operationele performantie, gedefinieerd als een permanente bewaking en verbetering van de algemene organisatie van de zorgvoorziening. Naast de kernactiviteit, de klinische zorg, steunt de goede organisatie van een ziekenhuis ook op een onuitputtelijk aantal nevenprocessen. Voor een goede organisatie van het geheel dienen de nevenprocessen te voldoen aan kwaliteitsvereisten. Operationele performantie wordt in kaart gebracht aan de hand van operationele performantie – indicatoren. Voorbeelden hiervan zijn de planning van het operatiekwartier, organisatie en resultaten van keuken en schoonmaak, doorlooptijden, wachtlijsten of wachttijden van alle operationele en klinische processen, ...
- 3) Een periodieke evaluatie door de gebruikers, gedefinieerd als een permanente bewaking en verbetering van de tevredenheid van de gebruikers van de voorziening. Hiertoe moet het ziekenhuis in de eerste plaats zijn gebruikers identificeren. De groep van gebruikers van het ziekenhuis is immers veel ruimer dan de patiëntenpopulatie. Vervolgens moet de voorziening in kaart brengen op welke wijze er gepolst wordt naar de wensen, de verwachtingen en/of de tevredenheid van de gebruikers. De waardering van de gebruikers kan aangetoond worden door kwantitatieve of kwalitatieve tevredenheidsmetingen, klachtenregistraties, e.d. Waar aangewezen moeten verbeteracties worden opgezet. Dit domein sluit aan bij het vorige thema rond patiëntentevredenheid.

---

<sup>2</sup> 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 (BS 30/07/2004)

- 4) Een periodieke evaluatie door de medewerkers, gedefinieerd als een permanente bewaking en verbetering van de tevredenheid van de medewerkers van de voorziening. Ook hier moet het ziekenhuis, na identificatie van zijn groepen van medewerkers, aantonen dat er gezocht wordt naar de graad van tevredenheid. Het absentisme en het personeelsverloop kunnen, naast expliciete bevraging, de waardering van de medewerkers indiceren. Waar aangewezen moeten verbeteracties worden opgezet.

In 2004 hebben de ziekenhuizen hun activiteiten in het kader van het decreet van 1997 afgerond door middel van een overgangsrapport. Waar nodig gebeurden aanpassingen ter voorbereiding van de vernieuwde werkwijze. Het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet is voor deze sectoren van toepassing sinds 01 januari 2005. Intussen zijn deze ziekenhuizen gestart met de uitwerking van de vier domeinen. De eerste evaluatierapporten zijn opgemaakt en liggen ter inzage van de medewerkers en de gebruikers.

## **Domein klinische performantie algemene en universitaire ziekenhuizen:**

Ervaring binnen de uitwerking van het kwaliteitsdecreet leerde dat er bijzonder veel aandacht werd geschonken aan de secundaire processen en in mindere mate aan de core business van de gezondheidszorg. Daarom werd bij de uitwerking van het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet bijzondere aandacht geschonken aan het ontwikkelen van indicatoren m.b.t. de klinische performantie.

Artikel 6 van het kwaliteitsdecreet stelt dat de Vlaamse regering per sector een lijst kan opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben.

Aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven (CZV) werd een studieopdracht toegekend. Op basis van wetenschappelijk onderzoek werd gezocht naar de belangrijkste klinische performantie-indicatoren voor de algemene en universitaire ziekenhuizen. De studie resulteerde in een kernset van meetbare indicatoren. Het resultaat van de studie werd voorgelegd aan en besproken met een afvaardiging uit de sector.

Het resultaat van de studieopdracht is een kernset van 69 klinische performantie-indicatoren, gebundeld in 12 domeinen. De 12 domeinen van de kernset zijn:

- ziekenhuissterfte (11 indicatoren)
- decubitus (7 indicatoren)
- valincidenten (6 indicatoren)
- ongeplande heropnames (2 indicatoren)
- ongeplande transfers van opgenomen patiënten (2 indicatoren)
- zorg aan verloskundige patiënten (1 indicator)
- zorg aan patiënten op de spoedgevallendienst (2 indicatoren)
- zorg aan patiënten in dagbehandeling (1 indicator)
- trombo – embolische verwikkelingen (3 indicatoren)
- infecties (27 indicatoren)
- transfusiereacties (1 indicator)
- gebruik en distributie van geneesmiddelen (4 indicatoren)

In mei 2004 werd de omschrijving van de domeinen en de respectievelijke indicatoren, met bepaling van de exacte inclusie en exclusie van parameters voor de berekeningswijze, gecommuniceerd aan de sector. Dit was een eerste stap die de ziekenhuizen moet ondersteunen in het opmaken van een sterkte – zwakte analyse rond de klinische zorg. Op deze wijze beschikken de ziekenhuizen over een uniforme methode om, indien gewenst, een aantal aspecten van klinische zorg te meten.

Een frequent terugkerende bekommernis van de actoren van het werkveld was dat bijkomende registraties zoveel mogelijk zouden worden vermeden. Daarom werd onderzocht of de Vlaamse overheid beschikt over cijfermateriaal dat voor de kernset gebruikt kan worden. Het resultaat van de vergelijkende studie tussen de kernset en de beschikbare data (voornamelijk MKG-gegevens) leverde op een paar uitzonderingen na, geen ratio's zoals omschreven in de kernset. Wel bleek dat gelijkaardige ratio's voorhanden waren, weliswaar iets anders gedefinieerd dan in de kernset.

Sinds 2005 koppelt de Vlaamse overheid periodiek aan ieder ziekenhuis indicatoren, samengesteld uit centraal beschikbare data, terug. Een eerste set indicatoren werd aan de sector overgemaakt in maart 2005. Hierin werden 30 indicatoren bezorgd, verdeeld over 6

domeinen. Aan de sector werd een tweede keer informatie overgemaakt in januari 2008. Hierin werden 29 indicatoren bezorgd, verdeeld over 5 domeinen (De indicator transfusiereacties werd niet weerhouden in de tweede terugkoppeling.)

De teruggekoppelde informatie is een werkinstrument dat door de Vlaamse overheid aan de instellingen wordt aangeboden. Aan de hand van deze cijfers kunnen de ziekenhuizen zich positioneren ten opzichte van andere Vlaamse ziekenhuizen. De ziekenhuizen moeten het cijfermateriaal van de individuele instelling onderzoeken en voor “afwijkende” waarden een verklaring aanbrengen. De zwakkere punten zijn basis voor verbeteracties.

In voorliggend rapport worden de periodiek teruggekoppelde indicatoren omschreven binnen 5 domeinen:

- 1) ziekenhuissterfte: 16 indicatoren
- 2) ongeplande heropnames: 1 indicator
- 3) zorg aan verloskundige patiënten: 1 indicator
- 4) gemiddelde verblijfsduur: 5 indicatoren
- 5) daghospitalisatie: 6 indicatoren

De samenstelling van de indicatorenset is geïnspireerd op de kernset van klinische performantie- indicatoren opgemaakt door CZV Leuven en het Performance Assessment Tool for quality in Hospitals (PATH) project (2004). In PATH worden waarden gemeten voor 18 performantie-indicatoren geselecteerd door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO).

De data voor het samenstellen van deze indicatoren is de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG). De definities die gehanteerd worden zijn deze zoals vermeld in de richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens, nieuw concept (inclusief spoedgevallenregistratie en chirurgische daghospitalisatie), versie oktober 2003, van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.



## 1. DOMEIN ZIEKENHUISSTERFTE

In een rapport over de gezondheidszorg in België stelt men dat België, in internationale vergelijking, matig of zelfs slechte resultaten behaalt voor wat betreft het sterftecijfer ingevolge een hartaanval, de kindersterfte, de overlevingskans vijf jaar na kanker en de te vermijden sterfte (Daue & Crainich, 2008).

Binnen het domein ziekenhuissterfte worden in Vlaanderen 16 indicatoren opgevolgd. Algemeen beschouwd kan gesteld worden dat de ziekenhuissterfte in Vlaanderen daalt. De helft van de indicatoren kent een dalend verloop. De sterfte van de patiënten kort na een (al dan niet geplande) ziekenhuisopname neemt toe.

In de ziekenhuizen die niet over een functie voor maternale intensieve zorgen (MIC) of neonatale intensieve zorgen (NIC) beschikken, neemt de sterfte bij pasgeborenen toe. De wettelijke organisatie van de neonatale zorg in 1988 betekende een beduidende verbetering in de positie van België, in vergelijking met de andere Europese landen, voor wat betreft de neonatale sterfte (Cannoodt et al., 2005). In een audit van de NIC – diensten wordt gepleit voor het invoeren van een tussenniveau voor neonatale zorg (tussen klassieke hospitalisatie op materniteit en NIC – diensten). Door grotere materniteiten (door centralisatie o.b.v. een minimum aan activiteiten) wil men komen tot een herwaardering van de N\* - functies (Vanhaesebrouck et al., 2008)

Hierna volgt de bespreking van de 16 indicatoren. Deze worden weergegeven op een geaggregeerde, geanonimiseerde wijze.

Analyse van de nominatieve data leert dat voor een aantal indicatoren (1.1., 1.6. en 1.7), voor een beperkt aantal ziekenhuizen meerdere ‘buitenwaarden’ worden berekend. (Buitenwaarden zijn ratio's die buiten de statistische cohorte vallen.) In deze ziekenhuizen is de sterfte, statistisch gezien, te hoog. Een verklaring en eventuele remediëring dringen zich op.

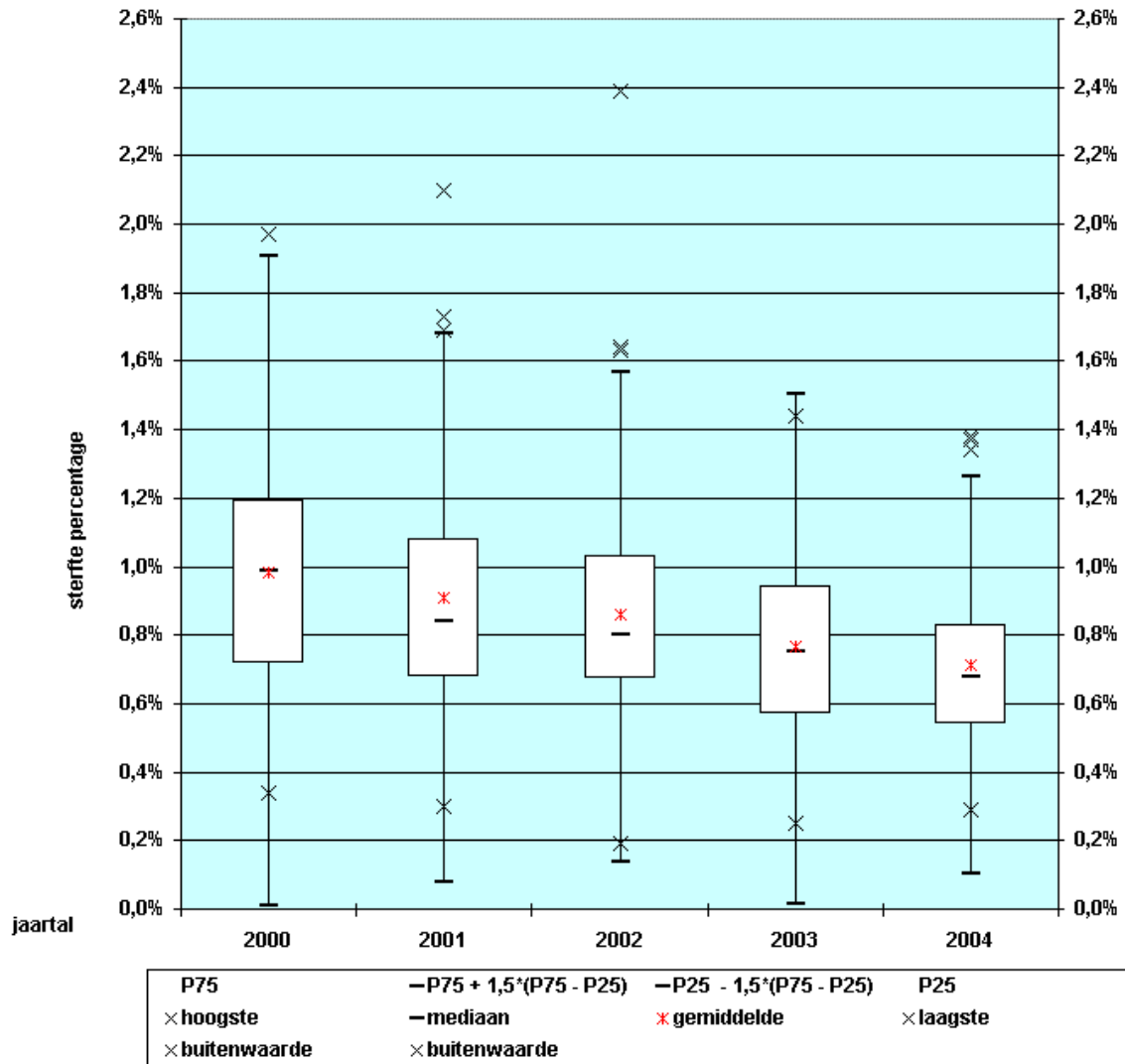
### 1.1. Totale ziekenhuissterfte:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Totaal aantal opgenomen patiënten dat overlijdt x 100

Totaal aantal opgenomen patiënten dat wordt ontslagen

Een indicator die algemene informatie geeft over het percentage ziekenhuissterfte. Deze indicator vertoont een dalende trend. De mediaan daalt van 0,99 % in 2000 naar 0,68 % in 2004. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling (spreiding) verminderen.

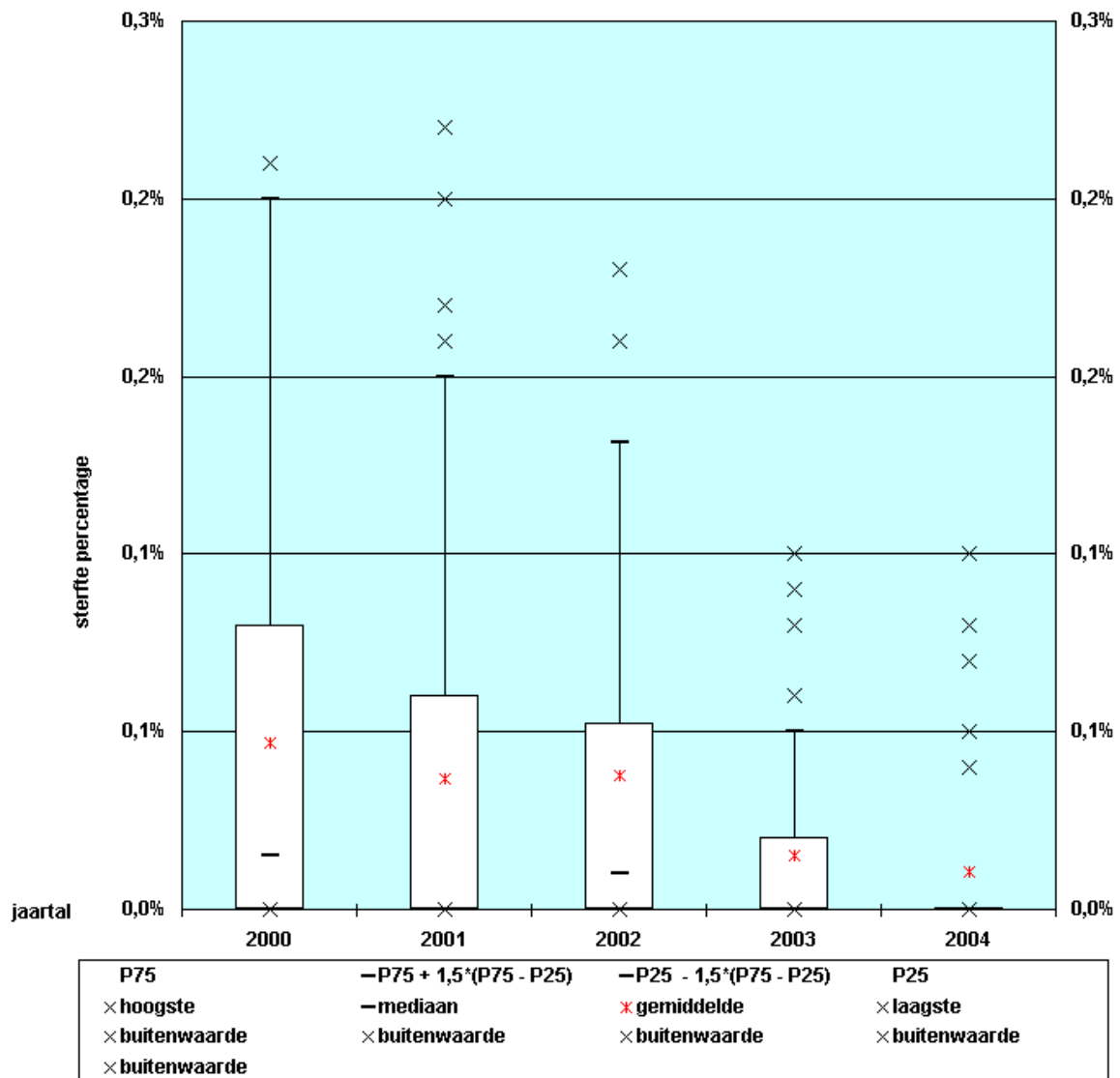


## 1.2. Ziekenhuissterfte van patiënten met een heelkundige APR – DRG met laag sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met laag sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met laag sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met chirurgische problematiek en minimale kans op overlijden. Dit blijft stabiel gedurende de registratieperiode. Ook hier nemen de verschillen tussen de ziekenhuizen onderling af. We merken op dat het hier gaat over kleine aantallen, waardoor één of enkele gevallen voor grote verschillen kunnen zorgen in het ziekenhuis. Toch is deze indicator relevant. Een sterfgeval van een patiënt met een laag sterfterisico is een situatie die door het ziekenhuis absoluut onderzocht moet worden.



### 1.3. Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR – DRG met matig sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met matig sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met matig sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met chirurgische problematiek en matige kans op overlijden. Het relatief aantal daalt gedurende de registratieperiode.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	89	71	62	50	31
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	5.901	6.337	7.075	7.728	8.141
gemiddelde	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %
mediaan	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %

### 1.4. Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR – DRG met hoog sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met hoog sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met hoog sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met chirurgische problematiek en grote kans op overlijden. Deze indicator kent een dalende trend gedurende de registratieperiode. De mediaan was 9 % in 2000 en evolueerde naar 4 % in 2004.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	225	209	202	190	179
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	3.023	3.395	3.831	4.193	4.413
gemiddelde	7 %	6 %	5 %	5 %	4 %
mediaan	9 %	6 %	5 %	4 %	4 %

### 1.5. Ziekenhuissterfte van patiënten met heelkundige APR – DRG met extreem sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met extreem sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met heelkundige APR – DRG met extreem sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met chirurgische problematiek en zeer grote kans op overlijden. Deze indicator kent een dalende trend tot 2003. De mediaan van 32 % in 2000 daalde tot 25 % in 2003. In 2004 nam het relatief aandeel toe tot 29 %.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

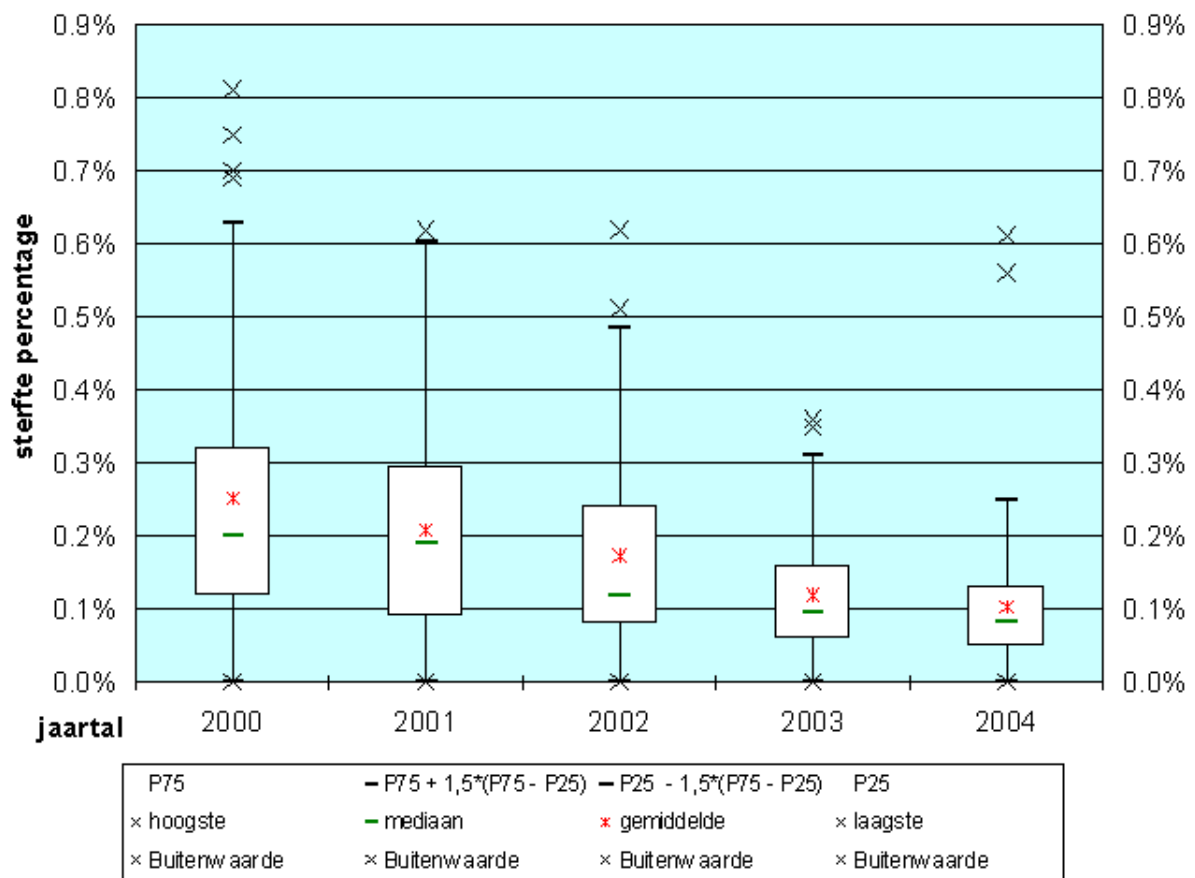
	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	469	502	595	617	621
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	1.510	1.785	2.089	2.258	2.284
gemiddelde	31 %	28 %	28 %	27 %	27 %
mediaan	32 %	29 %	28 %	25 %	29 %

## 1.6. Ziekenhuissterfte van patiënten met een medische APR – DRG met laag sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met laag sterfterisico dat overlijdt x 100  
 Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met laag sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met niet - chirurgische problematiek en minimale kans op overlijden. Deze indicator kent een dalende trend. De mediaan daalt van 0,2 % in 2000 naar 0,1 % in 2004. Ook hier nemen de verschillen tussen de ziekenhuizen onderling af. We merken op dat het ook hier gaat over relatief kleine aantallen, waardoor één of enkele gevallen voor grote verschillen kunnen zorgen in het ziekenhuis. Toch is deze indicator relevant. Een sterfgeval van een patiënt met een laag sterfterisico is een situatie die door het ziekenhuis absoluut onderzocht moet worden.



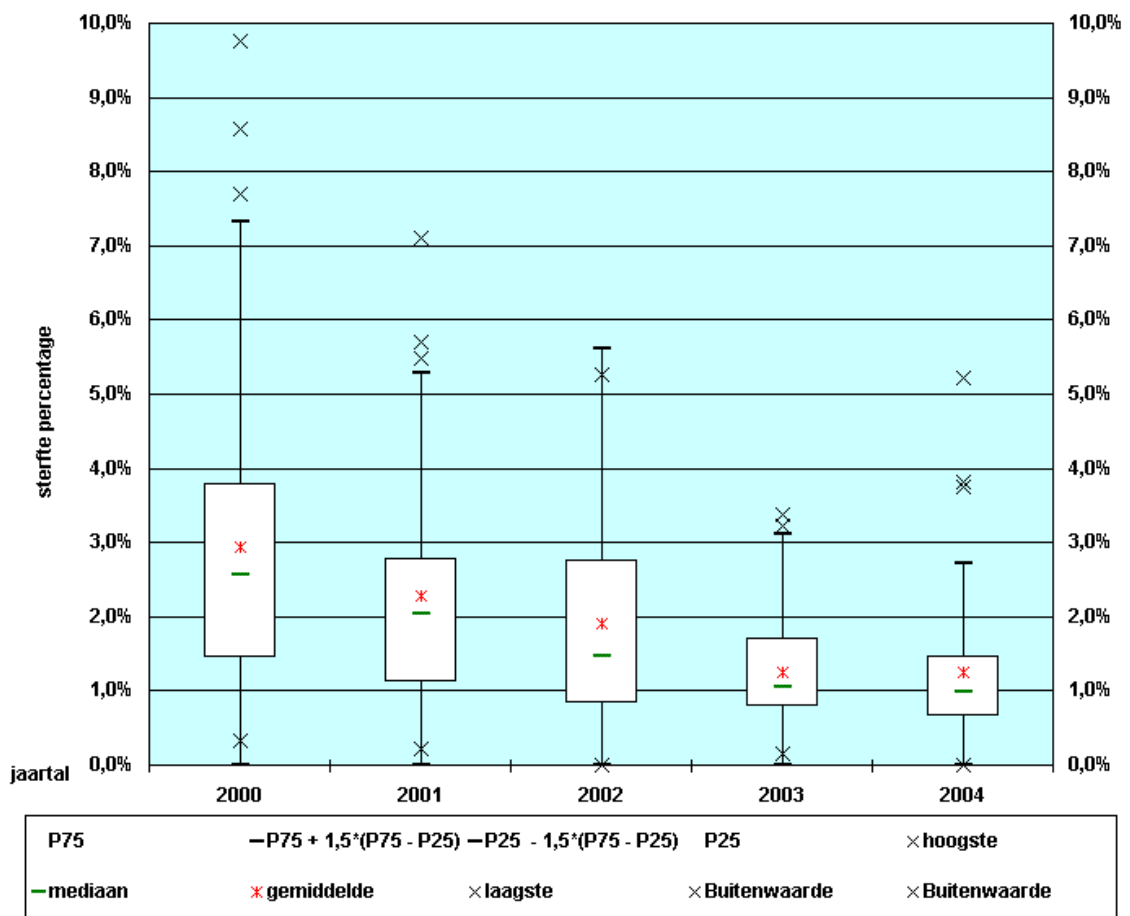
### 1.7. Ziekenhuissterfte van patiënten met een medische APR – DRG met matig sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met matig sterfterisico dat overlijdt x 100  
 Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met matig sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met niet - chirurgische problematiek en matige kans op overlijden. Deze indicator kent een dalende trend. De mediaan daalt van 2,56 % in 2000 naar 0,99 % in 2004. De spreiding daalt.

Daar waar in 2000 in een bepaald ziekenhuis 9,76 % van de patiënten binnen deze groep overleden, is het maximum in 2004 gedaald tot 5,23 %.



### 1.8. Ziekenhuissterfte van patiënten met medische APR – DRG met hoog sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met hoog sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met hoog sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met niet-chirurgische problematiek en grote kans op overlijden. Deze patiëntengroep is gedurende de registratieperiode quasi verdubbeld. Deze indicator kent een dalende trend. De mediaan van 13 % in 2000 daalde tot 7 % in 2004.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	987	1.091	1.012	1.065	1.032
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	10.047	12.384	13.868	17.207	19.405
gemiddelde	10 %	9 %	7 %	6 %	5 %
mediaan	13 %	11 %	9 %	7 %	7 %

### 1.9. Ziekenhuissterfte van patiënten met medische APR – DRG met extreem sterfterisico:

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met extreem sterfterisico dat overlijdt x 100  
Aantal opgenomen patiënten met medische APR – DRG met extreem sterfterisico dat wordt ontslagen

Een indicator die informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met niet-chirurgische problematiek en zeer grote kans op overlijden. Ook deze patiëntengroep is gedurende de registratieperiode sterk toegenomen. Deze indicator kent een dalende trend. De mediaan van 38 % in 2000 daalde tot 32 % in 2004.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

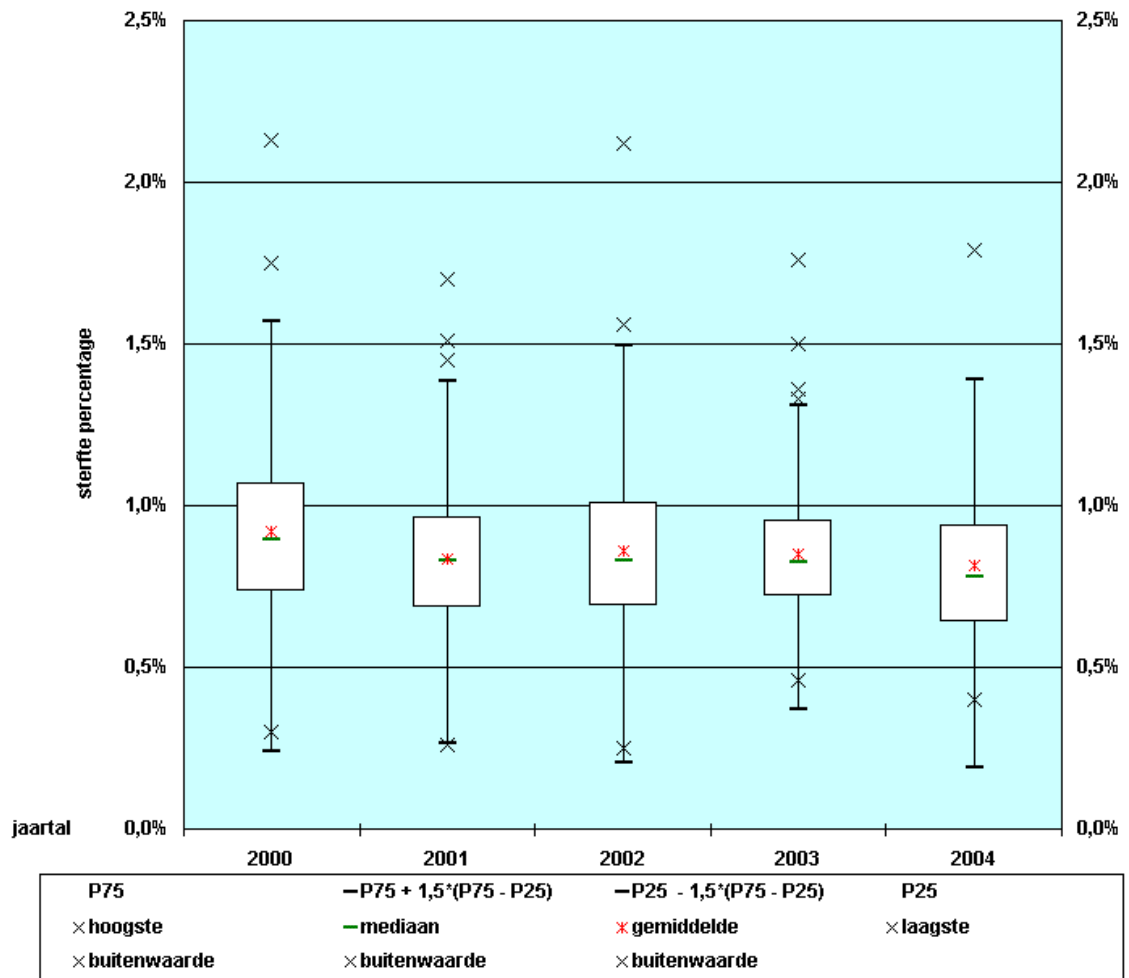
	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	980	1.084	1.192	1.231	1.221
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	2.451	2.915	3.235	3.585	3.766
gemiddelde	40 %	37 %	37 %	34 %	32 %
mediaan	38 %	35 %	37 %	34 %	32 %



### 1.10. Ziekenhuissterfte van patiënten binnen 24 uur na ongeplande opname:

$\frac{\text{Aantal patiënten dat binnen de 24 uur na ongeplande opname in het ziekenhuis overlijdt} \times 100}{\text{Aantal patiënten dat op ongeplande wijze in het ziekenhuis wordt opgenomen}}$

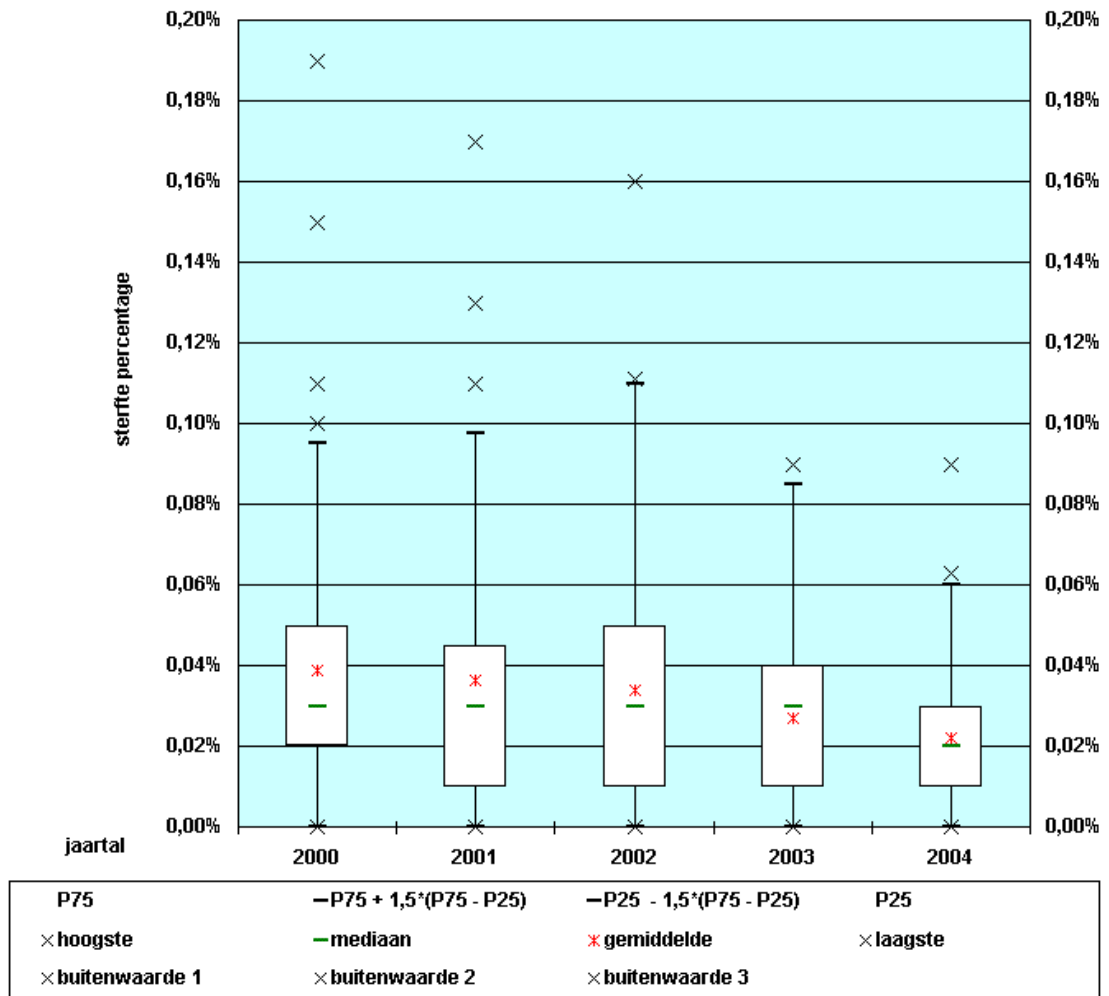
Een indicator die algemene informatie geeft over de sterftegraad binnen een heterogene patiëntengroep die op ongeplande wijze wordt opgenomen in het ziekenhuis en korte tijd na opname overlijdt. Dit blijft relatief stabiel gedurende de registratieperiode. De mediaan ligt op 0,8 %. Ook de verschillen tussen de ziekenhuizen onderling blijven relatief ongewijzigd.



### 1.11. Ziekenhuissterfte van patiënten binnen 24 uur na geplande opname:

$\frac{\text{Aantal patiënten dat binnen de 24 uur na geplande opname in het ziekenhuis overlijdt}}{\text{Aantal patiënten dat op geplande wijze in het ziekenhuis wordt opgenomen}} \times 100$

Een indicator die algemene informatie geeft over de sterftegraad binnen een heterogene patiëntengroep die op geplande wijze wordt opgenomen in het ziekenhuis en korte tijd na opname overlijdt. Dit blijft relatief stabiel gedurende de registratieperiode. De mediaan ligt op 0,03 %. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling neemt af.



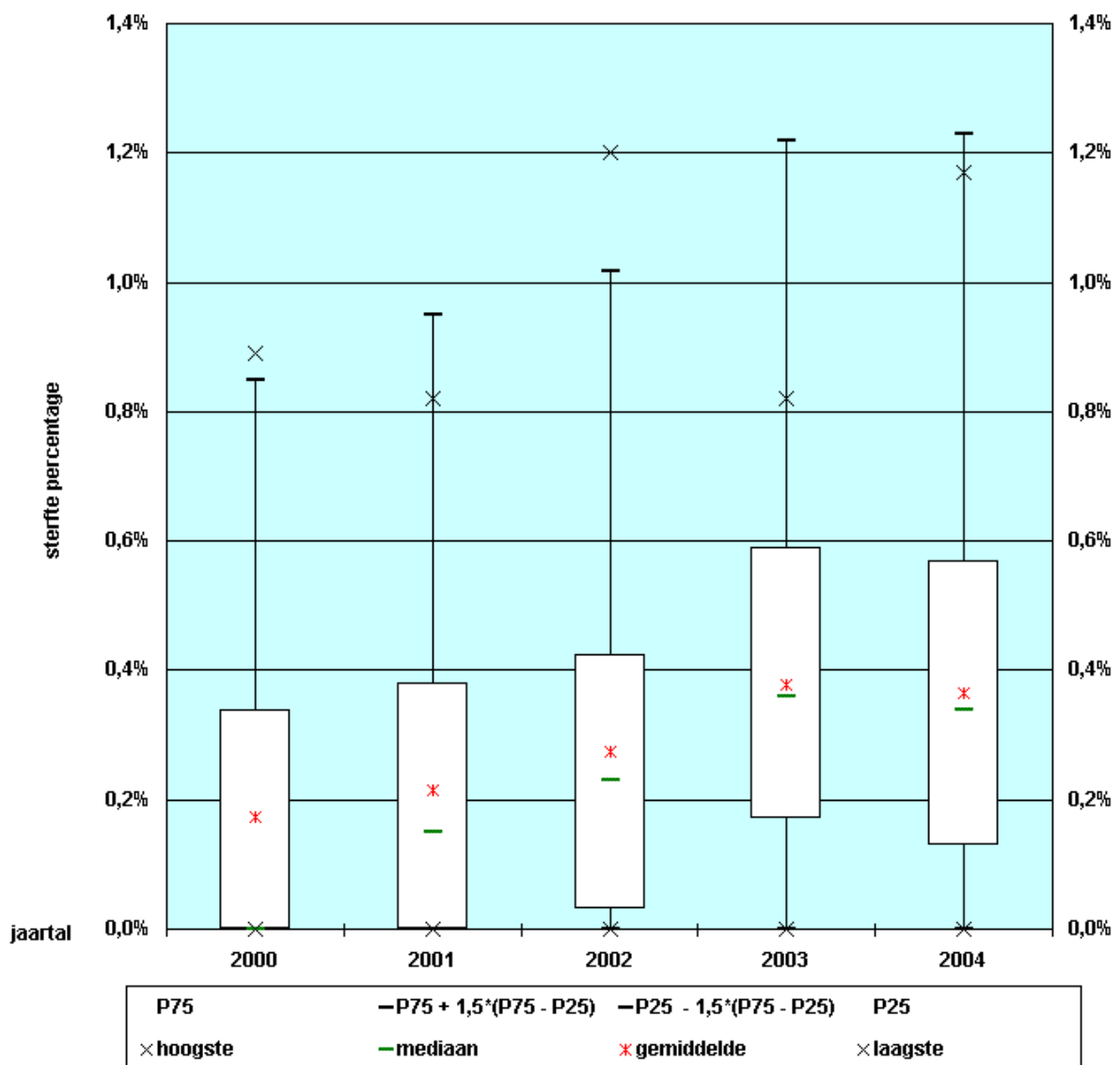
### 1.12. Ziekenhuissterfte bij pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis:

$\frac{\text{Aantal pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis dat overlijdt} \times 100}{\text{Aantal pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis dat wordt ontslagen}}$

Een indicator die specifieke informatie geeft over de sterftegraad bij pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis.

De ziekenhuizen werden opgesplitst in 3 groepen, naar de aanwezigheid van gespecialiseerde diensten voor risico zwangerschappen (MIC) en /of neonatale intensieve zorgen (NIC). Enkel de groep ziekenhuizen die niet over deze gespecialiseerde diensten beschikt, bleek groot genoeg voor grafische vergelijkingen.

Deze indicator kent een stijgende trend. De mediaan stijgt van 0,0 % in 2000 naar 0,3 % in 2004. Ook de verschillen in de ziekenhuizen onderling nemen toe.



### 1.13. Percentage autopsies bij pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis:

$\frac{\text{Aantal pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis dat overlijdt én waarbij een autopsie wordt uitgevoerd}}{\text{Aantal pasgeborenen, geboren in het ziekenhuis dat overlijdt}} \times 100$

Een indicator die specifieke informatie geeft over het actief op zoek gaan naar de doodsoorzaak, d.m.v. een autopsie, binnen een homogene patiëntengroep. Voor het berekenen van mediaan en gemiddelde werden enkel die ziekenhuizen beschouwd, die effectief overlijdens van pasgeborenen te melden hadden. Hierdoor kan, op basis van deze indicator, geen uitspraak gedaan worden over de evolutie van het aantal pasgeboren kinderen dat overlijdt in het ziekenhuis. Bovendien gaat het hier steeds om kleine aantallen, zowel in de noemer als in de teller. Het is hierdoor statistisch niet verantwoord om deze indicator grafisch voor te stellen.

Het actief zoeken naar een doodsoorzaak d.m.v. autopsie op pasgeborenen lijkt af te nemen. In 2000 werd bij gemiddeld 45 % van de overlijdens een autopsie verricht, daar waar dit in 2004 nog 30 % bedroeg.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	114	100	70	124	117
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	253	298	315	413	394
gemiddelde	45 %	34 %	22 %	30 %	30 %
mediaan	24 %	0 %	0 %	0 %	0 %

### 1.14. Ziekenhuissterfte van patiënten met pneumonie die niet in het ziekenhuis is ontstaan:

(Leeftijdsgroep van 25 tot 79 jaar)

$\frac{\text{Aantal klassiek opgenomen patiënten met niet nosocomiale pneumonie dat overlijdt}}{\text{Aantal klassiek opgenomen patiënten met niet nosocomiale pneumonie dat wordt ontslagen}} \times 100$

Een indicator die specifieke informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met pneumonie, exclusief de nosocomiale pneumonie. Het relatief aandeel daalt gedurende de registratieperiode.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	583	564	579	556	490
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	7.161	7.062	7.289	7.362	7.163
gemiddelde	8 %	8 %	8 %	8 %	7 %
mediaan	8 %	8 %	8 %	7 %	7 %

### 1.15. Ziekenhuissterfte van patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA):

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar en leeftijdsgroep van 65 tot 79 jaar)

Aantal klassiek opgenomen patiënten met CVA dat overlijdt x 100

Aantal klassiek opgenomen patiënten met CVA dat wordt ontslagen

Een indicator die specifieke informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met cerebrovasculair accident.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

In de jongere leeftijdsgroep zien we dat deze indicator een stijgende trend toont tot 2002. In 2003 daalde het aantal overlijdens in deze leeftijdsgroep met 3 %. Deze daling zet zich verder in 2004.

Leeftijdsgroep van 45 jaar tot 64 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	201	203	217	154	158
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	1.790	1.834	1.849	1.793	1.810
gemiddelde	11 %	11 %	12 %	9 %	9 %
mediaan	9 %	10 %	11 %	8 %	7 %

Het aantal patiënten tussen de 65 en 79 jaar, met een CVA, dat sterft blijft ongeveer stabiel. De mediaan van 18 % in 2000 daalde tot 16 % in 2004.

Leeftijdsgroep van 65 jaar tot 79 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	1.045	997	976	913	819
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	5.695	5.538	5.635	5.540	5.301
gemiddelde	18 %	18 %	17 %	16 %	15 %
mediaan	18 %	18 %	17 %	17 %	16 %

### 1.16. Ziekenhuissterfte van patiënten met een acuut myocardinfarct (AMI):

(Leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar en leeftijdsgroep van 65 tot 79 jaar)

Aantal klassiek opgenomen patiënten met AMI dat overlijdt x 100

Aantal klassiek opgenomen patiënten met AMI dat wordt ontslagen

Een indicator die specifieke informatie geeft over de sterftegraad binnen een patiëntengroep met acuut myocard infarct (AMI).

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

In 2002 stierven, in de jongere leeftijdsgroep, 210 patiënten (d.i. een mediaan van 8 %) met een acuut myocard infarct. Dit aantal daalde in de twee volgende registratiejaren, tot een mediaan van 5 % in 2004.

Leeftijdsgroep van 45 jaar tot 64 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	193	191	210	176	146
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	2.728	2.794	2.793	2.771	2.597
gemiddelde	7 %	7 %	8 %	6 %	6 %
mediaan	7 %	6 %	8 %	7 %	5 %

Ook bij de patiënten tussen de 65 en 79 jaar, met een AMI, is er een piek (mediaan 18 %) in 2001 – 2002. Vanaf 2002 is er een dalende trend tot een mediaan van 14 % in 2004.

Leeftijdsgroep van 65 jaar tot 79 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	765	730	741	708	589
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	4.341	4.295	4.437	4.264	4.010
gemiddelde	18 %	17 %	17 %	17 %	15 %
mediaan	17 %	18 %	18 %	16 %	14 %

## 2. DOMEIN ONGEPLANDE HEROPNAMES

In dit domein wordt in Vlaanderen één indicator gevolgd: het aandeel van de ongeplande heropnames. Dit zijn patiënten die, op korte termijn volgend op een ontslag uit het ziekenhuis (< 7 dagen), onverwacht opnieuw worden opgenomen in het ziekenhuis.

Deze indicator geeft belangrijke informatie over het ontslagbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen. Sinds 2002, met de invoering van de financiering van de ziekenhuizen op basis van verantwoorde activiteiten, is er een toenemende druk op de ziekenhuisbeheerders om de verblijfsduur van patiënten zo kort mogelijk te houden (cfr. Infra). Artsen worden dus aangesproken als patiënten ‘te lang’ in het ziekenhuis verblijven. Dit heeft ongetwijfeld een effect op het ontslagbeleid.

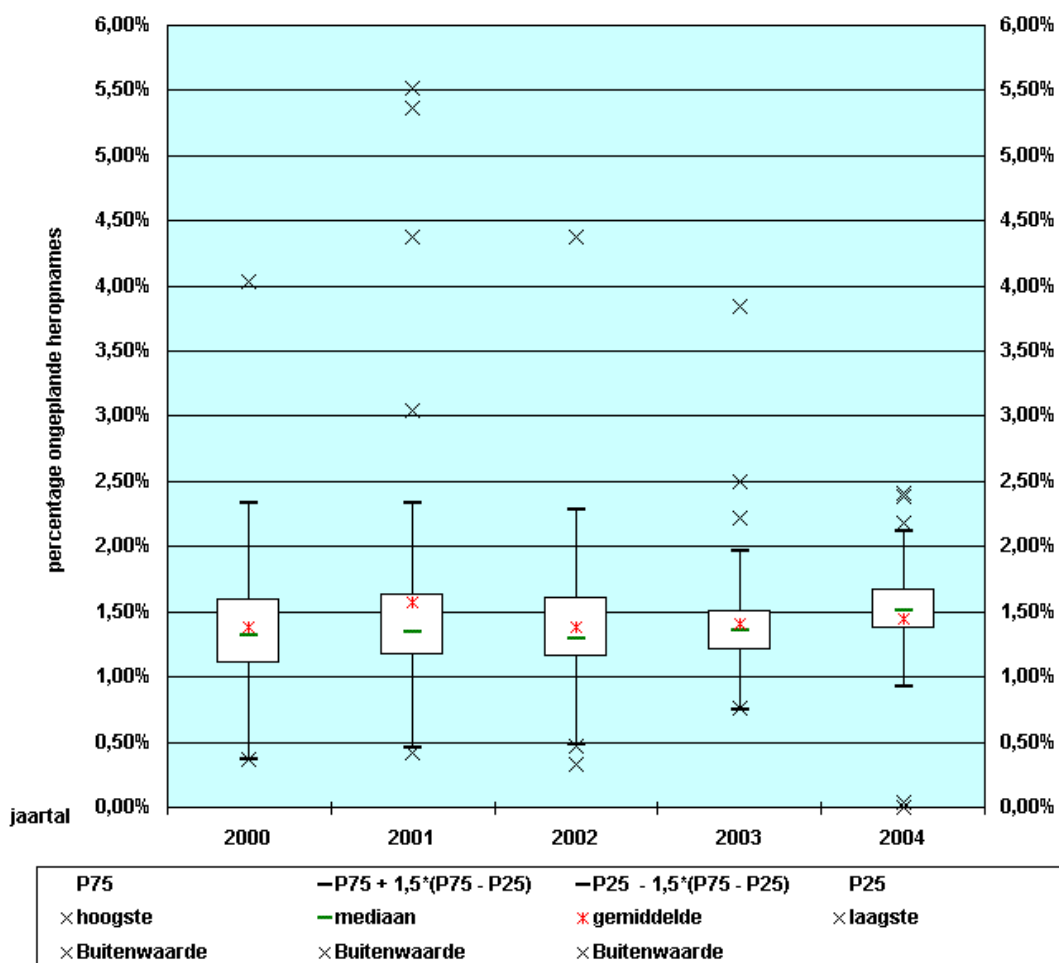
Patiënten die sneller dan wenselijk uit het ziekenhuis worden ontslagen zijn potentieel kandidaat om zich op korte termijn opnieuw aan te melden in het ziekenhuis. Het aandeel ongeplande heropnames in Vlaanderen stijgt.

## 2.1. Totaal aantal ongeplande heropnames < 7 dagen na ontslag:

$$\frac{\text{Aantal ongeplande heropnames binnen de 7 dagen na ontslag} \times 100}{\text{Aantal patiënten dat wordt ontslagen}}$$

Een indicator die algemene informatie geeft over het aandeel van de ontslagen patiënten dat op korte tijd en op ongeplande wijze opnieuw wordt opgenomen in hetzelfde ziekenhuis.

Het aantal ongeplande heropnames binnen de 7 dagen kent een stijgende trend. De mediaan stijgt van 1,33 % in 2000 naar 1,51 % in 2004. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling nemen af.





### 3. DOMEIN ZORG AAN VERLOSKUNDIGE PATIËNTEN

De OESO stelt dat oneigenlijk gebruik van procedures één van de drie problemen inzake kwaliteit van zorg is (OECD, 2004). Er zijn wetenschappelijke argumenten pro en contra om het relatief aandeel van de keizersneden in het totaal aantal bevallingen te bewaken. Ook het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) volgt deze evolutie op.

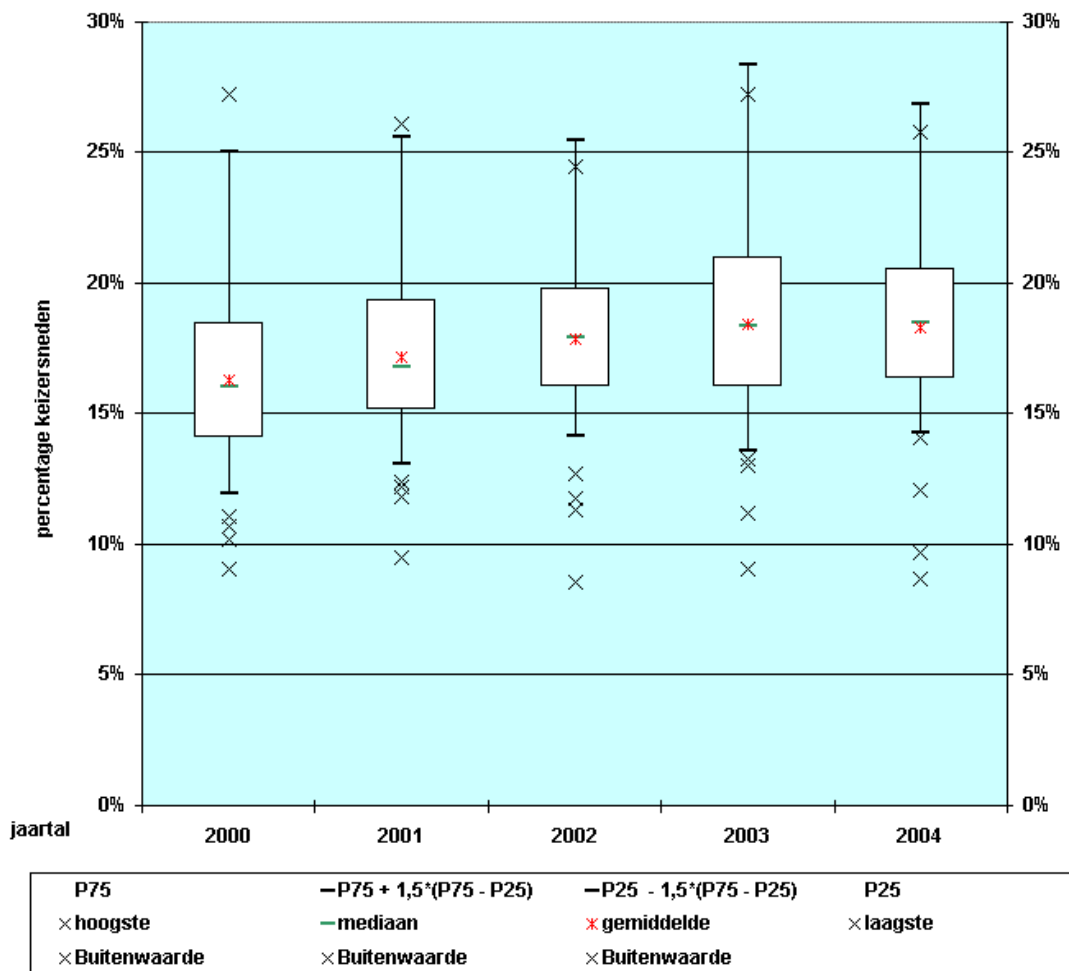
In Vlaanderen is het aandeel keizersneden gestabiliseerd sinds 2002.

#### 3.1. Relatief aandeel van keizersneden in het totaal aantal bevallingen:

$$\frac{\text{Aantal keizersneden} \times 100}{\text{Totaal aantal bevallingen}}$$

Een indicator die informatie geeft over het aandeel patiënten dat bevalt met een keizersnede.

Het relatief aandeel van de keizersneden nam toe in het begin van de registratieperiode. De mediaan van 16 % in 2000 stijgt tot 18 % in 2002. Vanaf 2002 blijft deze indicator stabiel.



#### 4. DOMEIN GEMIDDELDE VERBLIJFSDUUR

Tot 1982 werden de ziekenhuizen op een retrospectieve basis gefinancierd, d.m.v. een prijs die men ontving per dag hospitalisatie. Een dergelijk systeem zette de ziekenhuizen ertoe aan de verblijfsduur te verlengen. Sinds 1982 is er een prospectief financieringssysteem geïntroduceerd, gebaseerd op de behoeften en de relatieve prestaties van de ziekenhuizen. Sinds 2002 worden de behandelde patiënten in homogene groepen ingedeeld en bekomt het ziekenhuis een aantal “gerechtvaardigde” (verantwoorde) dagen. Dit systeem zet de ziekenhuizen ertoe aan de verblijfsduur zo veel mogelijk te beperken. (Daue & Crainich, 2008).

Het accent op kostenbeheersing van de gezondheidszorg heeft ervoor gezorgd dat in België de gemiddelde verblijfsduur blijft dalen. De gemiddelde verblijfsduur voor C/D daalde tussen 2007 en 2008 nog met 0,21 dagen. Doordat ieder ziekenhuis steeds meer inspanningen doet, daalt de nationaal ‘verantwoorde verblijfsduur’ steeds verder. Gevaar hierbij is dat patiënten hierdoor te snel uit het ziekenhuis worden ontslagen, wat weergegeven wordt in het stijgend aantal ongeplande heropnames (cfr. Supra). Sommigen pleiten dan ook voor een minimum ‘verantwoorde verblijfsduur’, wat moet voorkomen dat patiënten onverantwoord snel uit het ziekenhuis worden ontslagen (Schoonjans, 2008).

In dit domein worden in Vlaanderen vijf indicatoren gevolgd en teruggekoppeld aan de ziekenhuizen. Voor al deze indicatoren is er een dalende trend.

#### 4.1. Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na niet – gecompliceerde vaginale bevalling:

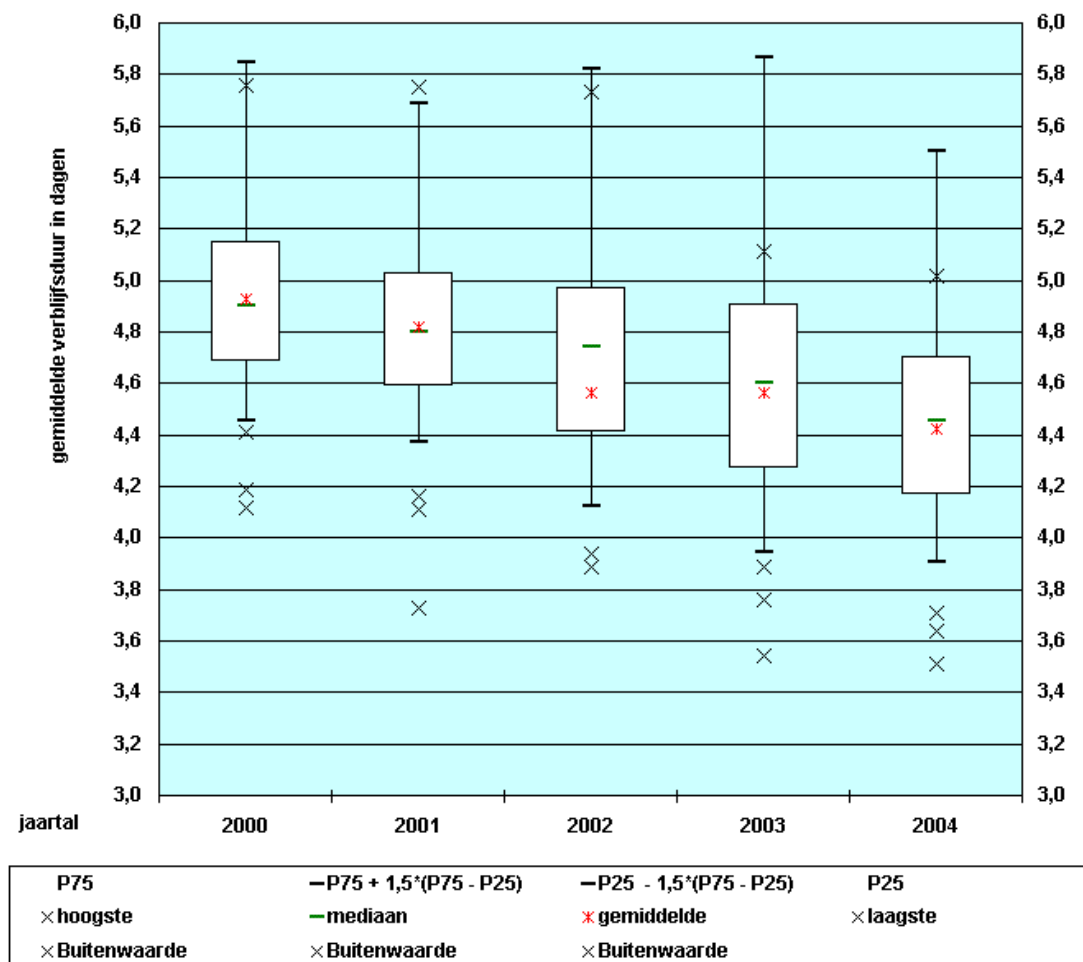
(leeftijdsgroep van 15 tot 44 jaar)

##### Som van het aantal verblijfsdagen van patiënten na niet – gecompliceerde vaginale bevalling

Aantal patiënten dat wordt ontslagen na niet – gecompliceerde vaginale bevalling

Een indicator die specifieke informatie geeft over de gemiddelde verblijfsduur binnen een homogene patiëntengroep met een niet – gecompliceerde vaginale bevalling. Enkel klassieke hospitalisaties werden beschouwd.

De gemiddelde verblijfsduur van patiënten na een niet – gecompliceerde vaginale bevalling kent een dalende trend. De mediaan van 4,9 dagen in 2000 daalt tot 4,5 dagen in 2004. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling stijgt tot 2001 (2,1 dagen), om later te dalen tot 1,5 dagen in 2004. De maximale verblijfsduur na een niet – gecompliceerde bevalling daalt met 0,8 dag gedurende de registratieperiode. De minimale verblijfsduur na een niet – gecompliceerde bevalling daalt met 0,6 dag gedurende de registratieperiode, tot 3,5 dagen in 2004.



#### 4.2. Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na hysterectomie:

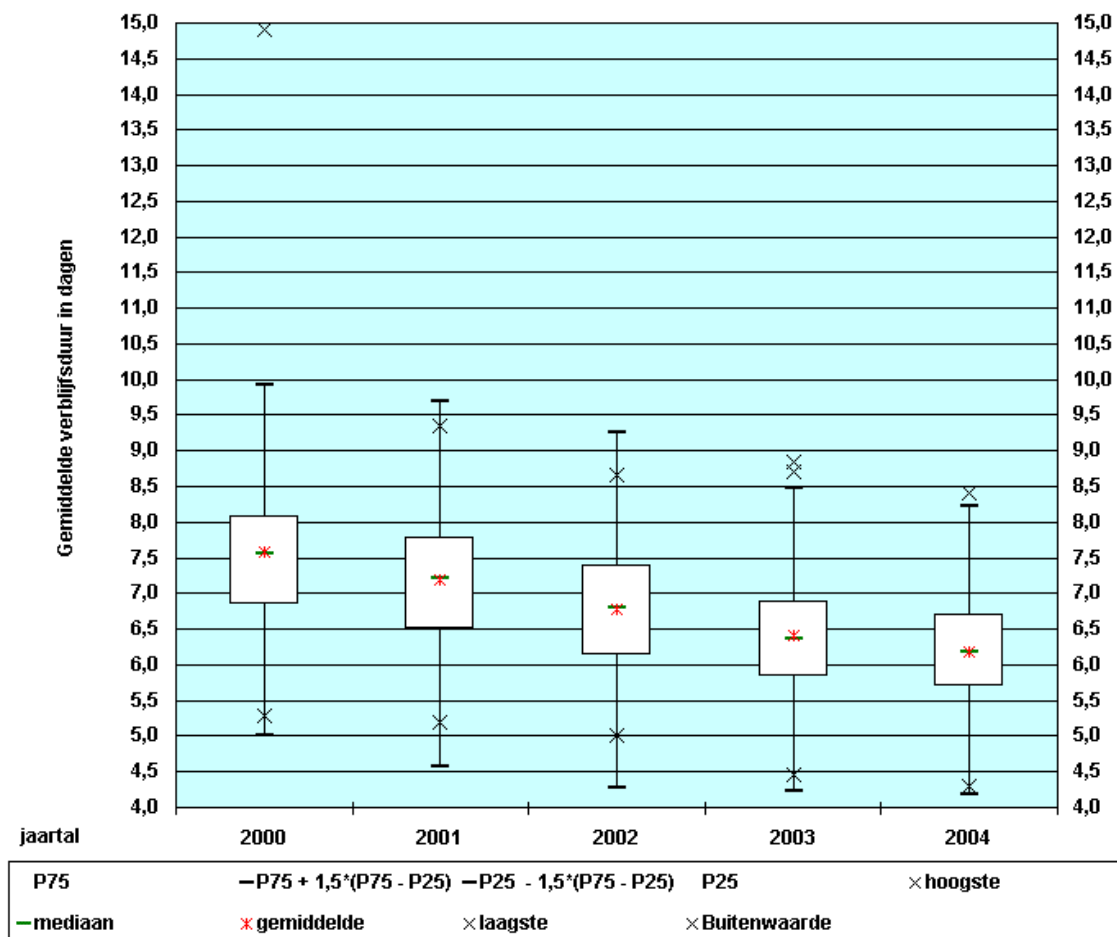
(leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

##### Som van het aantal verblijfsdagen van patiënten na hysterectomie

Aantal patiënten dat wordt ontslagen na hysterectomie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de gemiddelde verblijfsduur binnen een patiëntengroep met een hysterectomie.

De gemiddelde verblijfsduur van patiënten na de wegname van de baarmoeder kent een dalende trend. De mediaan van 7,6 dagen in 2000 daalt tot 6,2 dagen in 2004. In 2000 was er een verschil van 9,6 dagen tussen de langste en de kortste verblijfsduur. In de volgende jaren blijven de verschillen tussen de ziekenhuizen stabiel rond de 4 dagen. De maximale verblijfsduur na een hysterectomie daalt gedurende de registratieperiode met 6,5 dagen. De minimale verblijfsduur na een hysterectomie daalt gedurende de registratieperiode met 1 dag, tot 4,3 dagen in 2004.



#### 4.3. Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na cerebrovasculair accident (CVA):

(leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar en leeftijdsgroep van 65 tot 79 jaar)

##### Som van het aantal verblijfsdagen van patiënten na CVA

Aantal patiënten dat wordt ontslagen na CVA

Een indicator die specifieke informatie geeft over de gemiddelde verblijfsduur binnen een homogene patiëntengroep met een cerebrovasculair accident (CVA).

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

In de jongere leeftijdsgroep daalt de gemiddelde verblijfsduur. Een mediaan van 13 dagen in 2000 daalt tot 10 dagen in 2004.

Leeftijdsgroep van 45 jaar tot 64 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	15.626	15.250	13.780	12.703	12.395
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	1.112	1.087	1.104	1.078	1.073
gemiddelde	14,1 d	14,0 d	12,5 d	11,8 d	11,6 d
mediaan	13 d	12 d	11 d	11 d	10 d

De gemiddelde verblijfsduur bij de oudere patiëntengroep blijft tot 2002 stabiel (mediaan 15 dagen). Vanaf 2002 is er voor deze indicator een dalende trend, tot een mediaan van 13 dagen in 2004.

Leeftijdsgroep van 65 jaar tot 79 jaar	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	48.871	45.181	41.433	37.468	32.774
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	2.862	2.698	2.655	2.559	2.434
gemiddelde	17,1 d	16,8 d	15,6 d	14,6 d	13,5 d
mediaan	15 d	15 d	15 d	14 d	13 d

#### 4.4. Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na acuut myocard infarct (AMI):

(leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

##### Som van het aantal verblijfsdagen van patiënten na AMI

Aantal patiënten dat wordt ontslagen na AMI

Een indicator die specifieke informatie geeft over de gemiddelde verblijfsduur binnen een patiëntengroep met een acuut myocardinfarct (AMI).

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

De gemiddelde verblijfsduur van patiënten na een AMI kent een dalende trend. De mediaan van 7 dagen in 2000 daalt tot 5 dagen in 2004. Op vijf jaar tijd daalde de gemiddelde verblijfsduur voor deze patiëntengroep met 1,5 dagen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	13.032	12.186	10.839	9.871	8.870
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	1.972	1.947	1.845	1.865	1.738
gemiddelde	6,6 d	6,3 d	5,9 d	5,3 d	5,1 d
mediaan	7 d	7 d	6 d	5 d	5 d

#### 4.5. Gemiddelde verblijfsduur van patiënten na heupfractuur:

(leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar)

##### Som van het aantal verblijfsdagen van patiënten na heupfractuur

Aantal patiënten dat wordt ontslagen na heupfractuur

Een indicator die specifieke informatie geeft over de gemiddelde verblijfsduur binnen een patiëntengroep met een heupfractuur.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

De gemiddelde verblijfsduur van patiënten na een heupfractuur kent een dalende trend. De mediaan van 16 dagen in 2000 daalt tot 12 dagen in 2004. Op vijf jaar tijd daalde de gemiddelde verblijfsduur voor deze patiëntengroep met 4,2 dagen.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	7.668	6.902	5.991	5.900	5.892
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	444	438	408	389	450
gemiddelde	17,3 d	15,8 d	14,7 d	15,2 d	13,1 d
mediaan	16 d	13 d	14 d	13 d	12 d

## 5. DOMEIN DAGHOSPITALISATIE

Ziekenhuizen worden via verschillende wegen gedwongen om patiënten maximaal in dagbehandeling te helpen. Niet alleen vanuit de financiële regelgeving werden hiertoe maatregelen genomen (Corens, 2007). De patiënt zelf wil liefst zo kort mogelijk en op afspraak in het ziekenhuis verblijven (De Maeseneer & Gemmel, 2008).

Basisprincipes van de “focused factory” (Skinner & Wickham, 1974) zijn gebaseerd op het feit dat “simplicity and repetition breed competence” en “specialisation and repetition lead to improved performance”. Het idee van de focused factory gaat dus volledig in tegen de visie dat cliënten met zeer uiteenlopende behoeften op een kosteneffectieve wijze kunnen bediend worden met één systeem van dienstverlening. Mits voldaan wordt aan een aantal voorwaarden stelt de theorie van de “focused factory” dat het beter is om het dagziekenhuis af te scheiden van het beddenhuis. Dit komt zowel de kwaliteit van zorg als de werkingskosten ten goede.

Daghospitalisatie komt beter tegemoet aan de specifieke behoeften en verwachtingen van de patiënt dan vaak bij hospitalisatie het geval is. Datum en tijdstip van de ingreep worden in overleg met de patiënt vastgelegd, normaliter wijzigt dit niet en diezelfde dag zal de patiënt het ziekenhuis nog verlaten. De patiënt heeft met andere woorden de mogelijkheid om de ingreep in het eigen schema in te plannen en er is een minimale interferentie met zijn dagelijks leven (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

De tevredenheid stijgt aanzienlijk als de patiënt op een vlotte manier toegang heeft tot de ambulante instelling en het daar te verkrijgen zorgtraject gemakkelijk kan doorlopen (Gershon et al., 1995). Hij verwacht daarbij ook enige luxe en privacy, bijvoorbeeld onder de vorm van een éénpersoonskamer (De Maeseneer & Gemmel, 2008).

De patiënt is tevens gebaat met de kortere wachttijden en de persoonlijke aandacht die hij daar ontvangt. Immers, bij daghospitalisatie staat de patiënt werkelijk centraal en gaat alle aandacht naar hem (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

Een laatste, allerm minst onbelangrijk argument is dat bij daghospitalisatie het risico op besmetting, met bijvoorbeeld een ziekenhuisbacterie, uiterst miniem is, vermits de dagpatiënt gescheiden wordt van de gehospitaliseerde patiënten, hij sowieso minder lang in het ziekenhuis verblijft, en hij in zijn thuisomgeving herstelt (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

Er dient op gewezen te worden dat daghospitalisatie geen onverdeeld positief verhaal is. Door uitsplitsing van de zorgzwaarte zijn er implicaties naar toegenomen werkbelasting voor het medische en vooral verpleegkundig personeel in het beddenhuis van het ziekenhuis (Scott, 1992). Ingevolge het huidige financieringssysteem, hetwelk maakt dat vandaag de dag de zware pathologieën verliesposten zijn voor het ziekenhuis, blijven de ziekenhuizen, bij afscheiding van de daghospitalisatie, enkel achter met de kostelijke pathologieën en is het evenwicht in de financiering zoek (De Maeseneer & Gemmel, 2008).

In Vlaanderen worden zes indicatoren m.b.t. daghospitalisatie opgevolgd. Voor allemaal is er een stijgende trend: steeds meer en meer patiënten worden in daghospitalisatie behandeld.

## 5.1. Aandeel patiënten met cataractchirurgie in dagbehandeling:

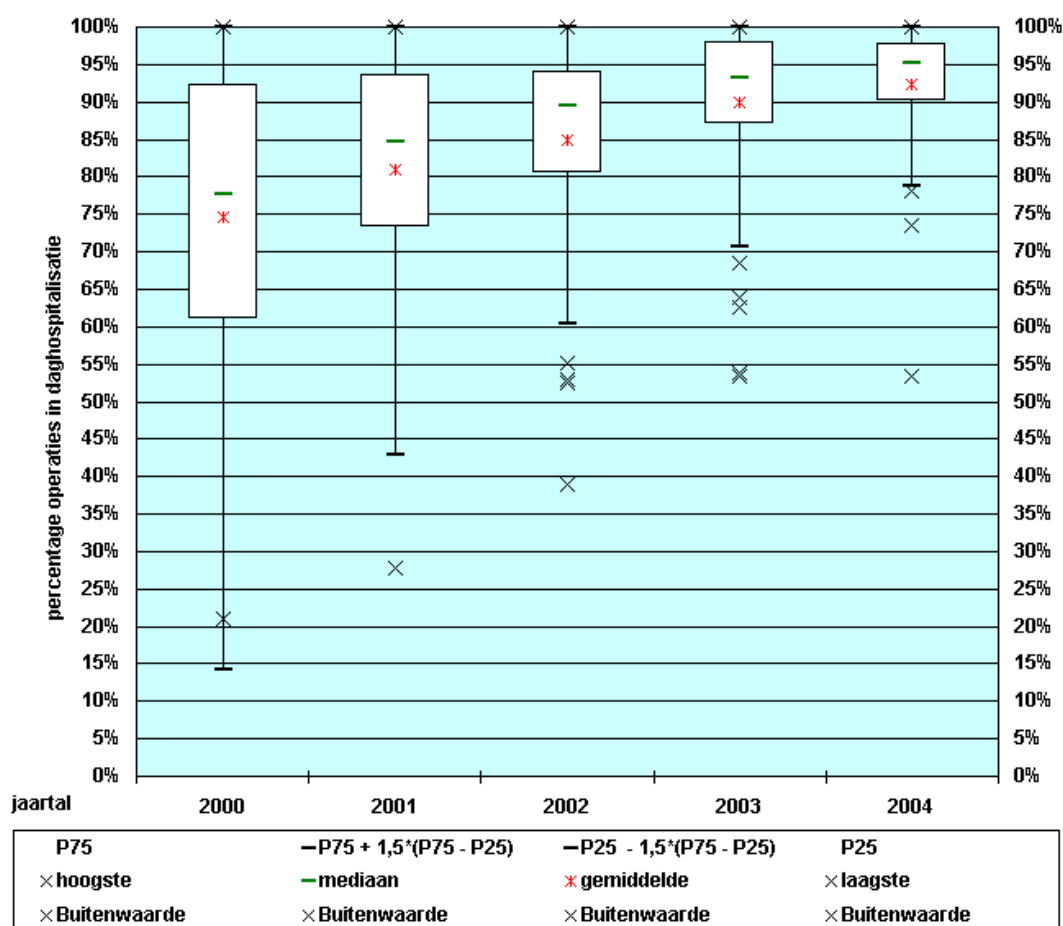
(Leeftijdsgroep 65 tot 79 jaar)

Aantal patiënten dat cataractchirurgie ondergaat in daghospitalisatie x 100

Aantal patiënten dat cataractchirurgie ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu cataractchirurgie, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Er zijn ziekenhuizen die erin slagen om alle (100 %) van de cataractoperaties te laten doorgaan in dagbehandeling. Deze indicator kent gedurende de registratieperiode een stijgende trend, of anders gezegd, steeds meer patiënten worden voor cataractchirurgie in daghospitalisatie behandeld. De mediaan van 78 % in 2000 stijgt tot 95 % in 2004. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling nemen af: in 2000 is er nog een verschil van 79 %, daar waar in 2004 het verschil nog 47 % bedraagt.





## 5.2. Aandeel patiënten met varicectomie in dagbehandeling:

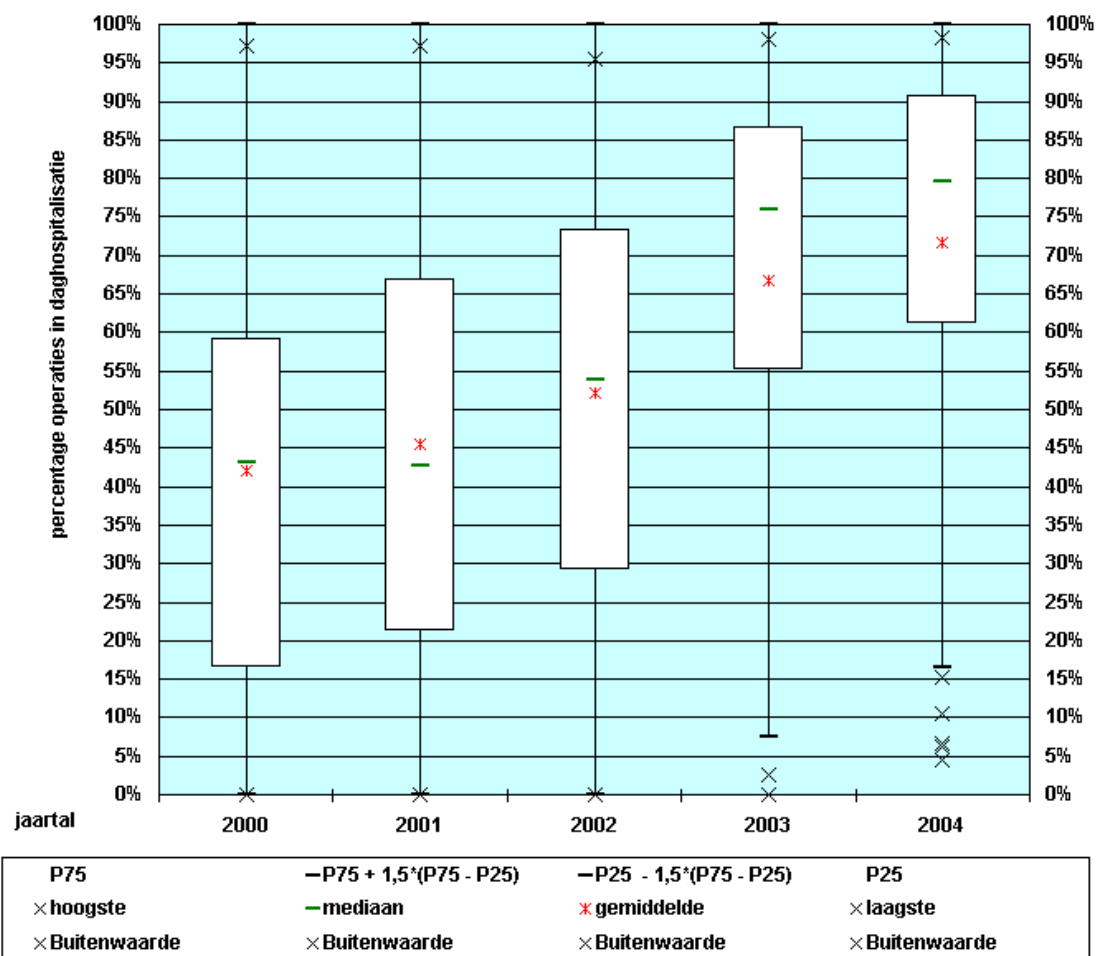
(Leeftijdsgroep 25 tot 64 jaar)

Aantal patiënten dat een varicectomie ondergaat in daghospitalisatie x 100

Aantal patiënten dat een varicectomie ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu varicectomie, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Er zijn geen ziekenhuizen die erin slagen om alle (100 %) van de patiënten voor de behandeling van varices in dagbehandeling te behandelen. Het maximale is 98 % (in 2004). Deze indicator kent gedurende de registratieperiode een stijgende trend. De mediaan van 43 % in 2000 stijgt tot 80 % in 2004. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling blijven groot. Tot 2003 waren er ziekenhuizen die geen enkele patiënt (0 %) voor varicectomie in dagbehandeling behandelden. In 2004 is het minimum voor deze indicator 5 %, anders gezegd slechts 5 % van de patiënten die een varicectomie moeten ondergaan worden behandeld in het daghospitaal.



### 5.3. Aandeel patiënten met arthroscopie van de knie in dagbehandeling:

(Leeftijdsgroep 45 tot 64 jaar)

Aantal patiënten dat arthroscopie van de knie ondergaat in daghospitalisatie x 100

Aantal patiënten dat arthroscopie van de knie ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu arthroscopie van de knie, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

Het aandeel van de patiënten met een arthroscopie van de knie in dagbehandeling kent een stijgende trend. De mediaan van 75 % in 2000 stijgt tot 88 % in 2004. De gemiddelde substitutiegraad stijgt gedurende de registratieperiode met 16 %.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	5.566	6.260	6.536	7.547	8.344
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	7.854	8.459	8.381	9.040	9.538
gemiddelde	71 %	74 %	78 %	83 %	87 %
mediaan	75 %	78 %	81 %	83 %	88 %

### 5.4. Aandeel patiënten die een ingreep ondergaan ingevolge een liesbreuk, in dagbehandeling:

(Leeftijdsgroep 45 tot 64 jaar)

Aantal patiënten dat een ingreep ingevolge een liesbreuk ondergaat in daghospitalisatie x 100

Aantal patiënten dat een ingreep ingevolge een liesbreuk ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu liesbreukoperatie, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

Het aandeel van de patiënten met een ingreep ingevolge een liesbreuk in dagbehandeling is laag. Deze indicator kent een stijgende trend. De mediaan van 1 % in 2000 stijgt tot 5 % in 2004. De gemiddelde substitutiegraad stijgt gedurende de registratieperiode met 11 %.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	180	192	243	417	587
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	3.046	3.203	3.308	3.254	3.406
gemiddelde	6 %	6 %	7 %	13 %	17 %
mediaan	1 %	1 %	2 %	3 %	5 %

### 5.5. Aandeel patiënten met tonsilectomie en/of adenoïdectomie in dagbehandeling:

(Leeftijdsgroep 0 tot 14 jaar)

Aantal patiënten dat een tonsilectomie en/of adenoïdectomie ondergaat in daghospitalisatie x 100  
 Aantal patiënten dat een tonsilectomie en/of adenoïdectomie ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu tonsilectomie en/of adenoïdectomie, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

Het aandeel van de kinderen die een ingreep aan de amandelen ondergaan in dagbehandeling kent een stijgende trend. De mediaan van 80 % in 2000 stijgt tot 89 % in 2004. De gemiddelde substitutiegraad stijgt gedurende de registratieperiode met 15 %.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	4.983	4.696	5.168	5.486	5.967
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	7.307	6.922	7.246	6.937	7.198
gemiddelde	68 %	68 %	71 %	79 %	83 %
mediaan	80 %	79 %	83 %	86 %	89 %

### 5.6. Aandeel vrouwelijke patiënten met heelkundige sterilisatie in dagbehandeling:

(Leeftijdsgroep 25 tot 44 jaar)

Aantal patiënten dat een ligatuur van de eileiders ondergaat in daghospitalisatie x 100  
 Aantal patiënten dat een ligatuur van de eileiders ondergaat in daghospitalisatie en in klassieke hospitalisatie

Een indicator die specifieke informatie geeft over de verhouding van het aantal patiënten dat een specifieke ingreep, in casu ligatuur van de eileiders, ondergaat gedurende een opname van maximaal één dag, t.o.v. het aantal patiënten dat dezelfde ingreep ondergaat gedurende een klassieke hospitalisatie.

Omwille van de te kleine aantallen is het statistisch niet verantwoord om deze indicator op grafische wijze voor te stellen.

Het aandeel van de vrouwen dat een heelkundige sterilisatie in dagbehandeling ondergaat stijgt gedurende de registratieperiode lichtjes. De mediaan van 76 % in 2000 stijgt tot 78 % in 2004. De gemiddelde substitutiegraad stijgt gedurende de registratieperiode met 8 %.

	Registratiejaar				
	2000	2001	2002	2003	2004
totaal Vlaamse ziekenhuizen - teller	3.154	2.941	3.017	2.882	2.565
totaal Vlaamse ziekenhuizen - noemer	4.493	4.182	4.039	3.687	3.282
gemiddelde	70 %	70 %	75 %	78 %	78 %
mediaan	76 %	74 %	79 %	82 %	78 %

## **Domein klinische performantie categorale ziekenhuizen:**

Omdat de klinische performantie - indicatoren die gebruikt worden voor de algemene en universitaire ziekenhuizen niet geschikt bleken voor de categorale ziekenhuizen, werd besloten dat de sector zelf op zoek zou gaan naar passende thema's voor de uitwerking van de zelfevaluatie in dit domein.

Er werden twee thema's geselecteerd: vallen en voedingstoestand van de patiënt. De registratie van de indicatoren startte in 2006.

Omdat er vanuit de Minimale Klinische Gegevens geen bruikbare cijfers kunnen worden gegenereerd, moeten de categorale ziekenhuizen deze indicatoren zelf registreren en opvolgen. Omdat voor beide thema's momenteel verschillende meetinstrumenten in gebruik zijn in de verschillende instellingen, kunnen de ziekenhuizen hun geëigende meetmethode verder gebruiken.

Een eerste meting moest gebeuren in 2006. Vanaf 2007 moet ieder categoriaal ziekenhuis de eigen meetresultaten onderzoeken. Voor afwijkende waarden moet gezocht worden naar mogelijke oorzaken en moeten verbeteracties worden opgezet. Tijdens de audit worden verbeterresultaten en cijfermatige data geëvalueerd.

### **1. DOMEIN VALLEN**

Een valincident wordt gedefinieerd als iedere ongeplande beweging waarbij de patiënt op de grond, tegen een muur of tegen een ander steunvlak terechtkomt (C.Z.V., 2004).

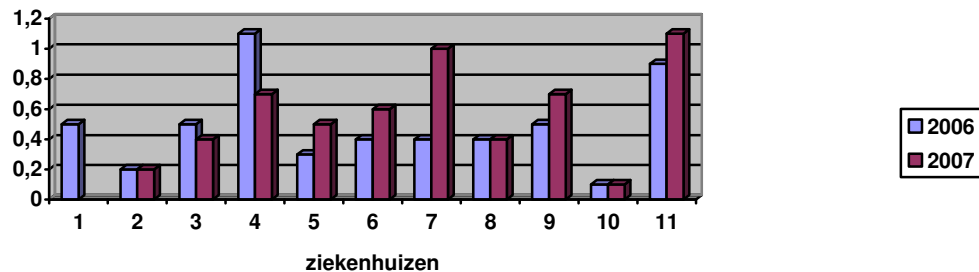
Naast de registratie van incidenten werden binnen de verschillende voorzieningen, in meer of mindere mate, volgende acties ondernomen:

- Alle organisaties hebben aan een valpreventieprotocol gewerkt waarbij aandacht wordt gegeven aan het bepalen van het valrisico, het nemen van (structurele en/of individuele) preventiemaatregelen en het opvolgen van incidenten. Acties worden op een multidisciplinaire wijze uitgewerkt.
- Om het personeel te informeren werden er informatiesessies georganiseerd.
- Door te werken rond valpreventie is men automatisch tot het item 'vrijheidsbeperkende maatregelen' gekomen. Diverse voorzieningen hebben hierover een visie en procedure/werkwijze ontwikkeld en hebben, indien van toepassing, aangepaste materialen aangeschaft met een bijbehorende strikt te volgen gebruiksaanwijzing.

Binnen het domein vallen worden volgende indicatoren gevolgd:

### Registratie van het totale aantal valincidenten

aantal valincidenten  
aantal verpleegdagen \* 100

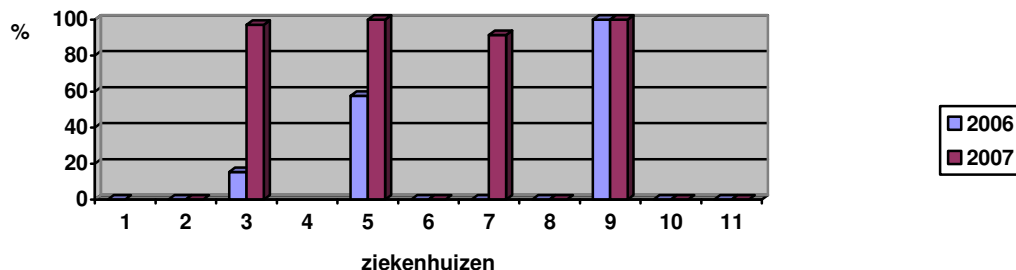


Gemiddeld waren er in 2006 per 100 verpleegdagen 0,49 valincidenten. Dit gemiddelde stijgt naar 0,56 in 2007.

### Registratie van het aantal risicoscreenings (risico op vallen) bij opname

aantal valincidenten waarbij vooraf een risicoscreening gebeurde  
aantal valincidenten \* 100

Het gebruikte instrument voor het bepalen van het valrisico kan verschillen per ziekenhuis. Voorbeelden zijn balance master, Stratify Tinetti, get up and go.

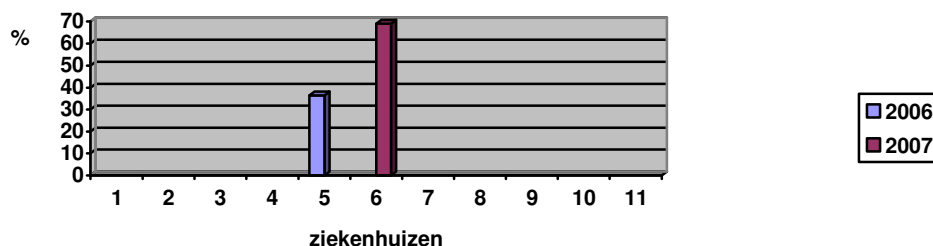


Voor deze indicator is slechts voor vier ziekenhuizen data beschikbaar. Het is hierdoor onmogelijk om een evolutie van het gemiddelde weer te geven.

### Registratie van het aantal 'post fall assessments' volgend op een val

aantal valincidenten met opvolging volgens een gestandaardiseerd protocol  
aantal valincidenten \* 100

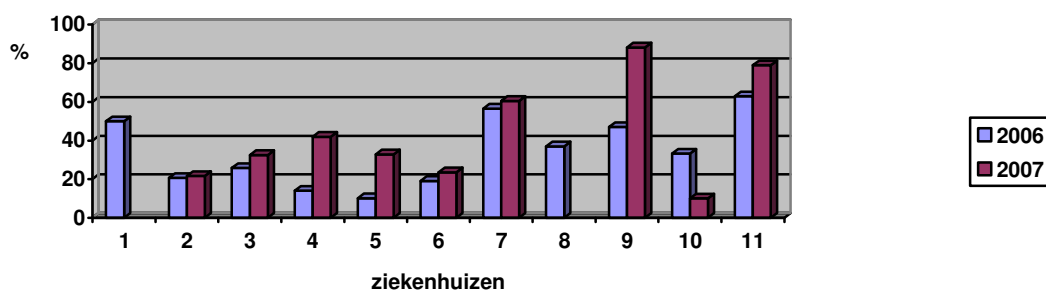
Onder 'post fall assessment' of 'opvolging van een valincident' wordt verstaan: in het dossier wordt verwezen naar bijkomende maatregelen die werden getroffen, naar bijkomende onderzoeken die werden aangevraagd en/of naar wijzigingen aangebracht in de behandeling naar aanleiding van het valincident.



Voor deze indicator is slechts voor twee ziekenhuizen data beschikbaar. Het is hierdoor onmogelijk om een evolutie van het gemiddelde weer te geven.

Registratie van het aantal patiënten met meerdere valincidenten tijdens een zelfde ziekenhuisopname

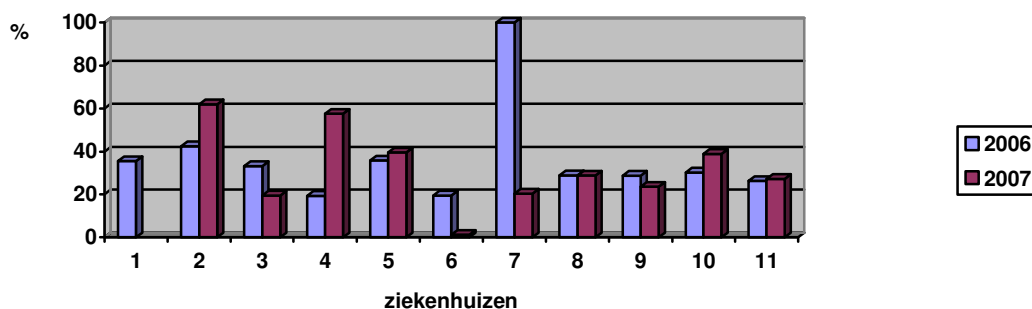
aantal patiënten dat twee of meer keer valt tijdens een opname  
 aantal patiënten dat één keer valt tijdens een opname \* 100



Het aantal patiënten dat meerdere keren gedurende één ziekenhuisopname valt stijgt van 34 % in 2006 naar 47 % in 2007.

Registratie van het aantal valincidenten met verwonding: 3 ernstklassen

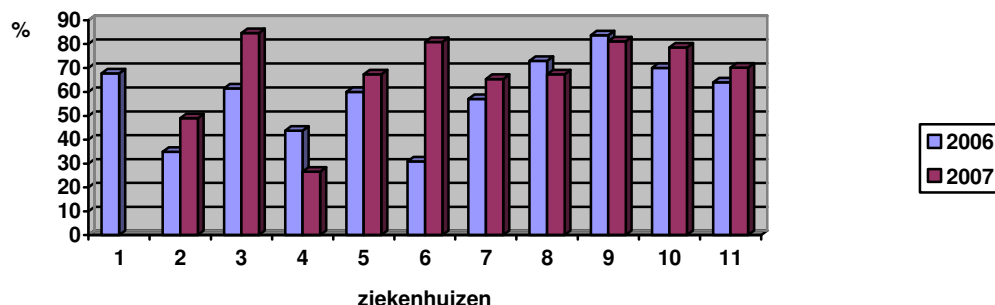
aantal valincidenten met verwonding tot gevolg  
 aantal valincidenten \* 100



Het aantal valincidenten met verwonding tot gevolg blijft ongeveer stabiel: gemiddeld 36 % in 2006 t.o.v. 32 % in 2007.

aantal valincidenten met verwonding van ernstklasse 1  
aantal valincidenten met verwonding \* 100

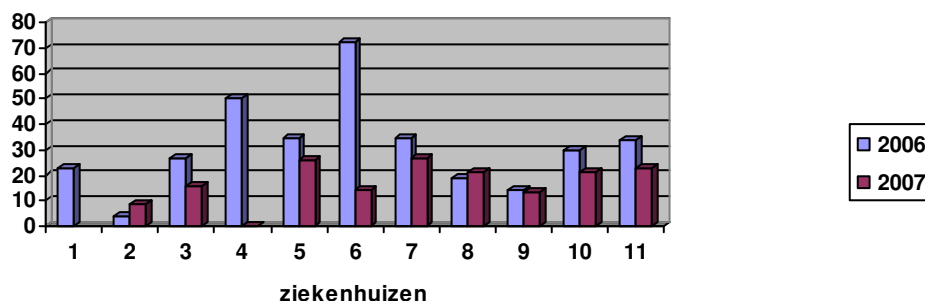
Ernstklasse 1 betreft schaafwonden, kneuzingen of huidwondjes die geen of weinig verzorging vragen en/of kleine snijwonden die geen hechtingen vereisen (C.Z.V., 2004).



Het aantal valincidenten met lichte verwondingen stijgt van gemiddeld 59 % in 2006 naar 67 % in 2007.

aantal valincidenten met verwonding van ernstklasse 2  
aantal valincidenten met verwonding \* 100

Ernstklasse 2 betreft verstuikingen, grote en/of diepe snijwonden, huidwonden of kleine kneuzingen die een medische en/of verpleegkundige interventie vereisen zoals een hechting, een verband, een spalk of een ijszak (C.Z.V., 2004).

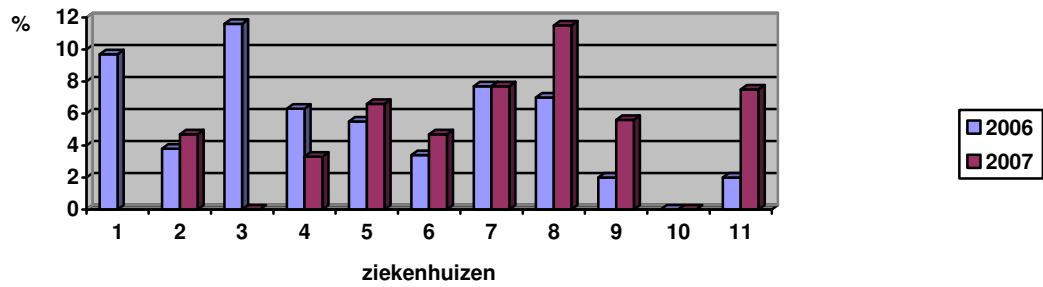


Het aantal valincidenten met matige verwondingen daalt van gemiddeld 31 % in 2006 naar 5 % in 2007.

aantal valincidenten met verwonding van ernstklasse 3  
aantal valincidenten met verwonding \* 100

Ernstklasse 3 betreft botbreuken, bewustzijnsverlies, veranderingen in mentale of lichamelijke toestand die de tussenkomst van een arts vereisen en negatieve impact hebben op het verloop van de behandeling van de patiënt en kunnen resulteren in een verlengd verblijf (C.Z.V., 2004).





Het aantal valincidenten met ernstige verwondingen stijgt van gemiddeld 5 % in 2006 naar 38 % in 2007.

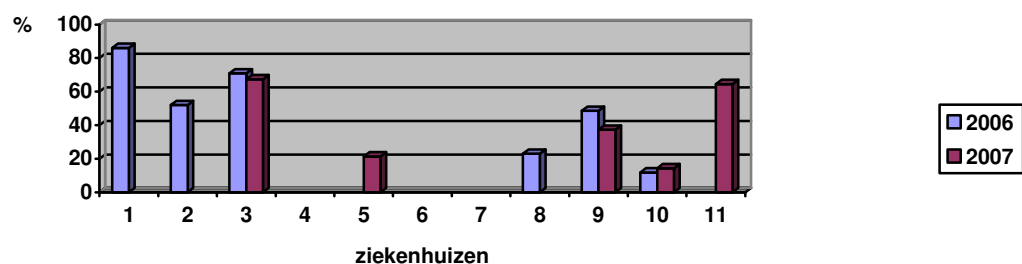
## 2. DOMEIN VOEDINGSTOESTAND VAN DE PATIËNT

Naast de registratie van onderstaande indicatoren werden binnen de verschillende voorzieningen, in meer of mindere mate, volgende acties ondernomen:

- Alle ziekenhuizen hanteren een screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen.
- Na het bepalen van het risico op ondervoeding wordt een (standaard)actieplan opgesteld. De mate van uitwerking van de actieplannen verschilt tussen de voorzieningen. Het actieplan wordt toegepast i.f.v. de behaalde score (en bijkomende onderzoeken).
- In sommige voorzieningen werd een multidisciplinair voedingsteam opgericht. Eveneens komt patiëntenvoorlichting i.v.m. gezonde voeding aan bod.

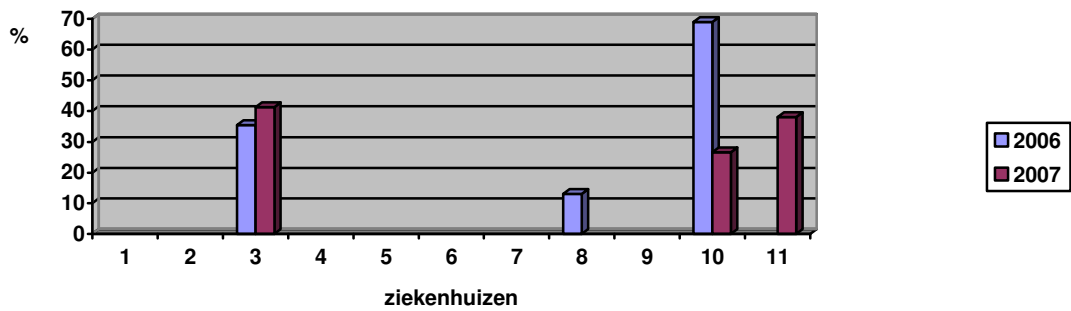
Binnen het domein voedingstoestand van de patiënt werden drie indicatoren weerhouden:

aantal risicopatiënten  
aantal patiënten



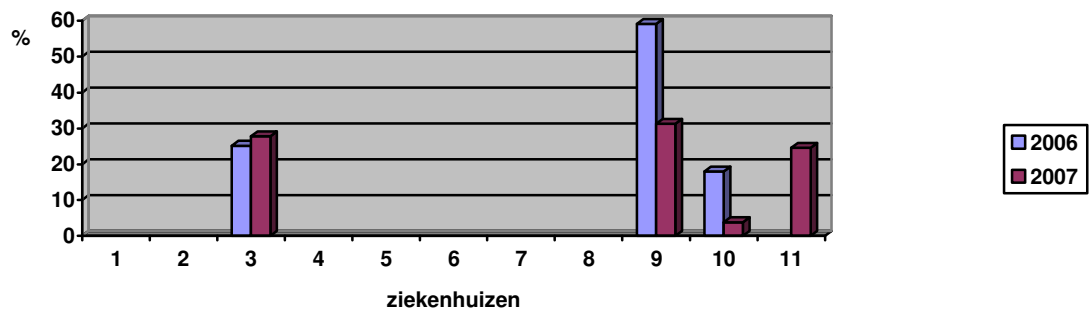
Op het niveau van de overleggroep categorale ziekenhuizen, werden deze gegevens nog niet allemaal geïnventariseerd. Het is hierdoor onmogelijk om een evolutie vast te stellen.

aantal ondervoede patiënten  
aantal risicopatiënten



Op het niveau van de overleggroep categorale ziekenhuizen, werden deze gegevens nog niet allemaal geïnventariseerd. Het is hierdoor onmogelijk om een evolutie vast te stellen.

aantal ondervoede patiënten  
aantal patiënten



Op het niveau van de overleggroep categorale ziekenhuizen, werden deze gegevens nog niet allemaal geïnventariseerd. Het is hierdoor onmogelijk om een evolutie vast te stellen.

Jaarlijks worden de registratiegegevens en actiepunten m.b.t. deze klinische performantie-indicatoren voor alle categorale ziekenhuizen geïnventariseerd en op een overlegvergadering besproken. Hierdoor ontstaat een bijkomend effect, namelijk er gebeuren sectorbreed een aantal evaluaties en bijstellingen.

## Domein evaluatie door de gebruikers

In augustus 2009 publiceerde de Studiedienst van de Vlaamse regering het rapport “Tevredenheid over de gezondheidsvoorzieningen: positie van Vlaanderen in Europa en beïnvloedende factoren”. Op basis van de mening van de respondenten in de verschillende landen over de kwaliteit en de bereikbaarheid van een aantal verzorgings- en gezondheidsdiensten in hun land werd een landenrangschikking gemaakt. België staat aan de top van de Europese ranking voor wat betreft kwaliteit en bereikbaarheid van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen. Ook de thuiszorg scoort goed.

Tevredenheid kan gedefinieerd worden als de mate waarin voldaan wordt aan verwachtingen. De verwachtingen van een individu worden onder meer bepaald door impliciet en expliciete beloftes over de dienstverlening, door eerdere ervaringen, door wat men gehoord. Kortom, verwachtingen worden grotendeels bepaald door de mate waarin men geïnformeerd is.

Het gezondheidszorgsysteem, dat uitgetekend wordt door de overheid, moet ervoor zorgen dat de gezondheidszorg fysisch en financieel toegankelijk is voor iedereen. En hier scoort België in meerdere studies goed: in het laatste rapport van de Euro Health Consumer Index (2009) staat België op de eerste plaats voor wat betreft ‘wachttijden’ en ‘zorgaanbod en dienstverlening’.

Toegang tot het gezondheidssysteem is een traditioneel erkende sterkte van het Belgisch Gezondheidssysteem (Daue & Crainich, 2008). Andere erkende sterktes zijn de dekkingsgraad van de bevolking door de verplichte verzekering, de vrije keuze van de patiënt, de globale dynamiek die het gezondheidssysteem op gang brengt, de basiskwaliteit van het onderwijs en van de beoefenaars en de professionalisering van het beleid.

Het belang van een tevreden patiënt neemt voortdurend toe.

Steeds meer patiënten kiezen ervoor om zélf een deel van hun gezondheidskost, door middel van een bijkomende hospitalisatieverzekering te dragen. In 2003 had ongeveer 66 % van de Belgische bevolking een bijkomende private verzekering. De markt voor private hospitalisatieverzekering heeft sinds 1998 jaarlijks een gemiddelde groei gekend van 10 %. De gemiddelde overheidstoelage, als een percentage van de totale gezondheidskost, ligt in België beduidend lager rond de 70 %, t.o.v. het Europese (EU 15) gemiddelde van 76,2 % (Corens, 2007). Mensen besteden een toenemend deel van hun inkomsten aan hun gezondheid, omdat hun bijkomende uitgaven voor materiële consumptie hen, in verhouding, steeds minder voldoening schenken. De gezondheid of een bijkomend levensjaar zijn belangrijker dan een derde auto, een ander televisietoestel of nieuwe kleren (Daue & Crainich, 2008). De patiënt voelt zich dus mede – investeerder in de gezondheidszorg en wil hiervoor nog beter geholpen worden.

In het verleden werden de zorgverleners en de zorginfrastructuur enerzijds, en de overheid als financier anderzijds, beschouwd als de belangrijkste hoofdfactoren in het gezondheidssysteem. Onderzoekers stellen terecht dat op vandaag er niet twee maar vijf hoofdfactoren zijn, waarbij een expliciete plaats wordt voorbehouden aan de patiënt. De huidige hoofdfactoren (de vijf P’s) zijn: Providers (zorgverleners), Payers (betalende instanties zoals ziekenfondsen en privé - verzekeringssmaatschappijen), Public Authorities (overheid), Private Industry (Ondernemingen, goederen en diensten) en Patients Citizens (burgers patiënten) (Daue &

Crainich, 2008). De patiënt voelt zich meer en meer een gebruiker van het gezondheidssysteem en wil inspraak.

De wet op de patiëntenrechten, ingevoerd in augustus 2002, is steeds beter gekend bij de gebruikers van het gezondheidszorgsysteem. De doelstelling van deze wetgeving was om het wettelijk statuut van de patiënt expliciet weer te geven, daar waar vroeger de rechten van de patiënt afgeleid werden uit algemene regelgeving. De wet op de patiëntenrechten voorziet expliciet dat de patiënt het recht heeft om klacht neer te leggen bij de verantwoordelijke ombudsdienst.

De evaluatie van de tevredenheid van de patiënt als mede-investeerder, als gebruiker en als beoordelaar van het gezondheidssysteem, is daarom een belangrijk domein gebleven in het Vlaamse kwaliteitsdecreet.

Naast de patiënten zijn er ook andere gebruikers van een ziekenhuis als schakel in de gezondheidszorg. In het bijzonder wordt hier gedacht aan de huisarts als belangrijke verwijzer van patiënten naar en ontvanger van patiënten uit het ziekenhuis. Ook hier moet het ziekenhuis nagaan welke verwachtingen er zijn, noden, behoeften en waarden identificeren, om de tevredenheid van deze andere gebruikersgroepen te evalueren.

Een verbetercyclus moet uitgewerkt worden op vijf jaar tijd. Dit in tegenstelling tot het kwaliteitsdecreet van 1997, waar elke verbetercyclus drie jaar kon duren. Op expliciete vraag vanuit de sector werd deze cyclus verlengd om toe te laten dat, na detectie van verbeterpunten en een eerste (nul)meting, er ruimte is voor uitwerking, testen en implementeren van verbeteracties.

Zoals eerder gemeld was 2004 voor de ziekenhuissector een jaar van overgang van het decreet van 1997 naar het decreet van 2003. In dit jaar moest onder meer nagedacht worden op welke wijze het ziekenhuis de verschillende domeinen zou aanpakken. Vanaf 2005 moest dus effectief gestart worden met het meten en verbeteren van de patiëntentevredenheid. Dit betekent dat in 2010 alle ziekenhuizen een eerste verbetercyclus moeten uitgewerkt hebben.

Omdat, in tegenstelling tot het decreet in 1997, er bewust werd voor gekozen om verbeterprojecten botom – up te laten bepalen, is aggregatie van algemene resultaten niet mogelijk. Het is daarom belangrijk om, tijdens de periodieke audit van een ziekenhuis, dit domein te exploreren. Wel moet het mogelijk gemaakt worden om, op basis van de audits, in een volgende rapportering een aantal algemene bevindingen rond evaluatie door de gebruikers weer te geven.

Sinds 15 april 2005 wordt er een gecommmercialiseerd product 'Delta' door het Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap aangeboden. Dit is een meetsysteem met meetinstrumenten voor

- bewoners in woon- en zorgcentra
- patiënten in algemene ziekenhuizen
- patiënten in psychiatrische ziekenhuizen

Op vandaag maken 24 algemene ziekenhuizen en 12 psychiatrische ziekenhuizen gebruik van dit project. Ze betalen hiervoor € 750,00 per jaar (op voorwaarde dat een contract van drie jaar wordt gesloten) of € 900,00 per jaar. Daarnaast moeten ook nog maximaal € 5,00 werkingskosten per enquête worden betaald voor verwerking.

De meetinstrumenten bestaan uit een dynamische set van uitspraken die de ervaring van patiënten of bewoners in kaart brengen en de betekenis die ze zelf aan hun ervaring toekennen.

De uitsprakenlijst is opgebouwd uit positief geformuleerde uitspraken i.v.m.:

- Informatie algemeen  
Ik kreeg bij opname in het ziekenhuis nuttige informatie over de kosten van mijn verblijf.
- Zorggebonden informatie  
Artsen en verpleegkundigen gaven mij eenduidige informatie.
- Zorg  
De medische zorg was goed.
- Organisatie van zorg  
Ik werd duidelijk verwacht op de afdeling waarop ik verbleef.
- Respect  
Het onderhoudspersoneel ging respectvol met mij om.
- Accommodatie  
Herstellingen op de kamer werden vlug uitgevoerd.
- Maaltijden  
Ik kreeg de maaltijden die ik had gekozen.
- Algemeen  
Ik zou dit ziekenhuis aanbevelen aan vrienden indien zij ziekenhuiszorg zouden nodig hebben.

In de meetperioden 2005 – 2006 hebben 9.917 patiënten in algemene ziekenhuizen en 1.472 patiënten in psychiatrische ziekenhuizen de uitsprakenlijst ingevuld.

## Domein evaluatie door de medewerkers

In het herwerkte kwaliteitsdecreet werd een extra domein toegevoegd, waarin expliciete aandacht wordt gevraagd voor de medewerkers. Het nieuwe decreet wil de zorg voor de zorgenden accentueren.

Het belang van de medewerkers in het ziekenhuis behoeft weinig betoog. Er bestaan meerdere studies die hebben aangetoond dat de verpleegkundige bestaffing een belangrijke invloed heeft op de outcome van de patiënten.

Niet alleen wordt in de toekomst een toename van de vraag naar zorg voorspeld, ziekenhuizen worden op vandaag meer en meer uitgedaagd om creatief om te gaan met de schaarste op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen. Door de veroudering van de actieve verpleegkundigen spreekt men wel eens over ‘dubbele vergrijzing’.

In België is ongeveer 10 procent van de actieve bevolking op de één of andere manier tewerkgesteld in de gezondheidszorg. In Vlaanderen is dit zelfs 16 procent van de actieve bevolking. Dit is meer dan in het onderwijs en dubbel zoveel als in de bouwsector (Belgostat, 2006). Er is berekend dat, mede door de vergrijzing, de behoefte aan zorgpersoneel jaarlijks met twee tot drie procent zal toenemen, terwijl de tewerkstellingsgroei in de hele economie maar zo’n 0,5 procent zal bedragen. Voorspellingen stellen dat er in 2020 tot 40 procent van de beroepsbevolking werkzaam zal zijn in de zorg.

Op vandaag is er geen register voor verpleegkundigen in België. Er zijn daardoor geen betrouwbare of recente data beschikbaar over het exact aantal verpleegkundigen dat in ziekenhuizen, in de rusthuizen of in de thuiszorg werken. Toch weten we dat België het laagst in de Europese rangschikking staat als het gaat over het aantal beschikbare verpleegkundigen per bed. Het is ook een algemeen probleem om voldoende, maar ook geschikte verpleegkundigen te kunnen rekruteren en te houden.

In 2007 waren er in de OECD gemiddeld 35,4 afstuderende verpleegkundigen per 100.000 inwoners (OECD, 2009). België scoort iets beter dan het gemiddelde met 37,1 nieuw afgestudeerde verpleegkundigen per 100.000 inwoners. Vergeleken met het huidig aantal verpleegkundigen waren er in de OECD landen gemiddeld 41 afstuderende verpleegkundigen per 1.000 praktiserende verpleegkundigen. België staat in deze rangschikking op de vierde laatste plaats met 25,0 afstuderende verpleegkundigen per 1.000 praktiserende verpleegkundigen.

In 2005 – 2006 maakte het Hoger Instituut voor Arbeid (HIVA) een planningsmodel betreffende de vraag en het aanbod van verpleegkundigen in België (Pacolet et al., 2005; Pacolet et al., 2006). Voor gans België lag het aantal afgestudeerden dat nodig is om de vraag in te vullen tussen de 2.200 en 2.500 personen. Het aantal afgestudeerden (in beide gemeenschappen samen) bedraagt ongeveer 3.000 personen. Dit is voldoende om voor de onmiddellijke toekomst geen grote tekorten te vrezen, maar om voldoende ruimte te hebben moet echter zeker het nodige gedaan worden om ervoor te zorgen dat het aanbod uit het onderwijs hoog blijft (Daue & Crainich, 2008). In Nederland moeten operatiezalen en bedden intensieve zorgen gesloten worden, als gevolg van een tekort aan verpleegkundigen. Op vandaag zien we ook in Vlaanderen dat in ziekenhuizen afdelingen tijdelijk buiten dienst moeten worden gesteld omwille van een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel.

Anders is het als men vraag en aanbod voor verzorgenden vergelijkt. Hier verwacht men zowel op korte als op middenlange termijn (2020) en zowel in Vlaanderen als in Wallonië een tekort, maar in Wallonië is het tekort groter en verontrustender (Pacolet et al., 2005; Pacolet et al., 2006). Toch zijn er veel kandidaten voor de studierichting verzorgende, maar er bestaat een lage penetratiegraad op de arbeidsmarkt. Om dit te keren zal de opleiding tot verzorgende aangepast moeten worden aan de behoeften van de zorgsector en kan herscholing en/of bijscholing nodig zijn (Daue & Crainich, 2008).

Het is daarom belangrijk om zowel de instroom aan verpleegkundigen en andere verzorgende personeelsleden op peil te houden, evenals het voeren van een goed retentiebeleid om de verpleegkundigen binnen de eigen instelling te houden.

Tussen 2002 en 2005 is er een onderzoek gebeurd in tien Europese landen (Simon, Tackenberg, et al., 2005). De NEXT (nurses early exit study) onderzocht de redenen, de omstandigheden en de gevolgen van vroegtijdig vertrek uit het verpleegkundig beroep. De studie werd gelijktijdig uitgevoerd in België, Finland, Frankrijk, Duitsland, Groot Britannië, Italië, Nederland, Polen, Zweden en Slowakije. In België waren, in 28 zorginstellingen (ziekenhuizen, rusthuizen en thuiszorg) meer dan 4.000 verpleegkundigen betrokken. De onderzoekers stelden vast dat verpleegkundigen gemakkelijk verhuisden van de ene naar de andere instelling. De vraag naar gekwalificeerd personeel laat hen toe om gemakkelijk en frequent te veranderen. Hierdoor moet de HRM-afdeling van de zorginstellingen verplicht bijkomend investeren in tijd en energie voor aanwervingsprocedures. Verantwoordelijken en hoofdverpleegkundigen moeten steeds opnieuw nieuwe verpleegkundigen informeren, trainen en inwerken. Het verhoogt de druk op de verpleegkundigen die achterblijven. Het resulteert in verborgen kosten en gedaalde kwaliteit van zorg. Uiteindelijk leidt het tot een gevoel van tekort aan personeel.

De organisatie van de gezondheidsberoepen behoort op vandaag tot het federale bevoegdheidspakket. De minister van Sociale Zaken kondigde in augustus 2008 een plan aan dat de aantrekkelijkheid van het verpleegkundige beroep moet verbeteren. Op vandaag is het plan ten dele in uitvoering, onder meer voor wat betreft de bijkomende verloning van de bijzondere beroepskwalificaties. Er werd een budget van 25,35 miljoen euro voorzien voor de invoering, met terugwerkende kracht vanaf 01 januari 2010, van premies voor titels en beroepsbekwaamheden. Voor een bijzondere beroepsbekwaamheid in de geriatrie wordt een brutojaarpremie van 1.500 euro voorzien, goed voor een nettoverbetering met ongeveer een derde van dat bedrag. De bijzondere beroepstitels voor ouderenzorg, oncologie, intensieve zorgen en spoed, leveren in 2010 4.500 euro bruto op, wat in een nieuw sociaal akkoord nog tot 6.750 euro bruto opgetrokken moet worden, netto goed voor ongeveer een derde.

Een goed retentiebeleid voeren betekent dat de werkgever zicht heeft op de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van zijn werknemers. Op deze wijze kunnen verbetermogelijkheden opgezet worden die de waardering van de medewerkers moeten verbeteren.

In België is de verpleegkundige turnover lager in de ziekenhuissector, dan in de sectoren van de ouderen- of de thuiszorg. Bovendien zijn er aanzienlijke verschillen (tussen 0,6 % en 13,1 %) vast te stellen tussen de ziekenhuizen onderling. Ziekenhuizen met een laag personeelsverloop worden magneetziekenhuizen genoemd. Magneetziekenhuizen differentiëren zich van andere in de perceptie door de verpleegkundige van het management en de werkomgeving. Positieve aspecten die door verpleegkundigen gerapporteerd werden

zijn een vlakke organisatie, decentrale besluitvorming, flexibiliteit in uurroosters, opportuniteiten in professionele ontwikkeling en een positieve relatie tussen arts en verpleegkundige.

Het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet voorziet dat minstens één verbetercyclus in dit domein moet uitgewerkt worden op vijf jaar tijd. Vanaf 2005 moest effectief gestart worden met het meten en verbeteren van de medewerkerstevredenheid. Dit betekent dat in 2010 alle ziekenhuizen een eerste verbetercyclus moeten uitgewerkt hebben.

Omdat, in tegenstelling tot het decreet in 1997, er bewust werd voor gekozen om verbeterprojecten botom – up te laten bepalen, is aggregatie van algemene resultaten niet mogelijk. Het is daarom belangrijk om, tijdens de periodieke audit van een ziekenhuis, ook dit domein te exploreren. Wel moet het mogelijk gemaakt worden om, op basis van de audits, in een volgende rapportering een aantal algemene bevindingen rond evaluatie door de medewerkers weer te geven.

Sinds 15 april 2005 wordt er een gecommmercialiseerd product ‘Delta’ door het Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap aangeboden. Dit meetstelsel bevat een meetinstrument voor medewerkers.

Op vandaag maken 24 algemene ziekenhuizen en 12 psychiatrische ziekenhuizen gebruik van dit project. Ze betalen hiervoor € 750,00 per jaar (op voorwaarde dat een contract van drie jaar wordt gesloten) of € 900,00 per jaar. Daarnaast moeten ook nog maximaal € 5,00 werkingskosten per enquête worden betaald voor verwerking.

De meetinstrumenten bestaan uit een dynamische set van uitspraken die de ervaring van medewerkers in kaart brengen en de betekenis die ze zelf aan hun ervaring toekennen.

De uitsprakenlijst is opgebouwd uit positief geformuleerde uitspraken i.v.m.:

- Leiderschap  
De directie is bekwaam in leiding geven.
- Waardering  
Mijn diensthoofd is mijn vertrouwen waard.
- Werkafspraken  
Afspraken op mijn afdeling worden goed nageleefd.
- Betrokkenheid / sfeer  
De sfeer op mijn afdeling is goed.
- Samenwerking  
De samenwerking met de artsen is goed.
- Omgeving  
Het is proper op mijn afdeling.
- Informatie  
Wijzigingen in mijn dienstenrooster worden tijdig gemeld.
- Persoonlijke ontwikkeling  
Ik krijg voldoende verantwoordelijkheid.
- Algemeen  
Ik zou vrienden aanraden om hier te komen werken.

In de meetperioden 2005 - 2006 hebben 9.129 medewerkers de uitsprakenlijst ingevuld. De informatie wordt enkel teruggekoppeld aan de gecontracteerde voorzieningen.



## CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet werd voor de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg geconcretiseerd in een Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006<sup>3</sup>.

De vier domeinen, zoals gedefinieerd voor de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen, worden aangehouden voor deze sectoren. Het domein van de klinische performantie en de daaraan gekoppelde performantie – indicatoren werden aangepast aan de specificiteit van de te verlenen zorg.

Medio 2005 is een omzendbrief gestuurd waarin dat jaar als een overgangsjaar werd benoemd en waarin een voorbereiding van de uitvoering van het nieuwe decreet werd gevraagd, evenals een syntheserapport over het werken met de thema's van 1997.

### **Evaluatie kwaliteitsdecreet van 1997**

Over het kwaliteitsdecreet van 1997 zijn in de CGG sector weinig positieve appreciaties gemaakt. De opgelegde thema's en indicatoren werden ervaren als te ver verwijderd van een meer globale en professionele invulling van het begrip kwaliteit. Er is een algemene weerstand vastgesteld tegen het meten van gereduceerde aspecten van zorg. Bovendien vielen deze verplichtingen ook nog samen met de niet geringe opdracht om de schaalvergroting uit te voeren.

Over het thema ONTHAAL werd aangegeven dat de opgelegde vragenlijst voor het meten van de patiëntentevredenheid onduidelijk was en herwerkt moest worden. Toch werden wel nuttige suggesties geregistreerd, bijvoorbeeld over de inrichting van de wachtkamer.

De wijze waarop de telefonische bereikbaarheid diende gemeten te worden, werd ook sceptisch beoordeeld, maar dit item heeft toch geleid tot verbeteringen aan telefooninstallaties en afspraken over doorschakelen.

De meting van de wachttijden heeft geleid tot enige herschikkingen waardoor over het algemeen de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste contact korter is geworden, maar waarbij het tijdsverloop tussen het eerste contact en de eigenlijke start van de behandeling niet is veranderd. Terecht werd hier aangegeven dat in een sector die al decennia kampt met een onevenwicht tussen vraag en aanbod, het probleem van de wachttijden en -lijsten niet kan worden weggewerkt door het op te nemen als kwaliteitsthema.

Over het thema PROBLEMATISCHE AFSLUITING werd in eerste instantie de opgelegde definitie hertaald en genuanceerd, in die zin dat niet elk afbreken door de patiënt zonder goed overleg als alarmerend moest beschouwd worden. Over het algemeen zijn wel procedures en documenten tot stand gekomen die een werkwijze vastleggen bij afsluiting van de hulpverlening, in het bijzonder als er aanwijzingen zijn

---

<sup>3</sup> Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006 houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (BS 23/02/2006)

van een crisistoestand bij de patiënt. Er wordt evenwel een niet optimale discipline gerapporteerd rond het hanteren van de documenten. Dit thema blijft wel verder lopen en kan als aandachtspunt ingebouwd worden in het elektronisch patiëntendossier en in het concept van behandelplan.

De VRIJE THEMA'S hadden betrekking op een variatie aan onderwerpen zoals zorgcommunicatie, dossiersamenstelling, behandelplannen, klachtenprocedure, instroombeleid, suïciderisico en intervisie. Over het algemeen werden zij eerder beschrijvend en conceptueel uitgewerkt en werd er weinig systematische opvolging via meting van indicatoren aan gekoppeld.

Bij de opmaak van een model voor de beleidsplannen 2006-2008, als onderdeel van de driejaarlijkse contracten tussen de CGG en de Vlaamse Gemeenschap, is voor de CGG sector een oefening gemaakt om een aantal doelstellingen en indicatoren op te stellen. De oefening gebeurde door het monitoringcomité, waarin het agentschap, de sector, de koepels en de vakbond vertegenwoordigd waren. Bij het selecteren van doelstellingen werd de focus bewust beperkt gehouden tot die thema's die rechtstreeks uit de reglementering, het decreet van 18 mei '99, konden worden afgeleid.

In de beleidsplannen 2006-2008 stonden de resultaten van de nulmeting (2004), de streefnormen en de acties die het CGG zou ondernemen om de streefnormen te halen, beschreven. De individuele beleidsplannen werden goedgekeurd na onderhandelingen met het agentschap. Jaarlijks stelde het CGG een voortgangsrapport op, waarbij de ondernomen acties en de resultaten van het voorbije jaar werden weergegeven. Ook voor de overeenkomsten 2009-2011 zijn de recentste metingen van de indicatoren opgenomen in de beleidsplannen, met de streefnormen en de acties. Deze beleidsplannen zijn eveneens allemaal onderhandeld en goedgekeurd. Ook in deze periode zullen de voortgangsrapporten de evolutie van de CGG weergeven.

Aangezien het de eerste keer was dat een dergelijke werkwijze van berekenen van indicatoren werd gehanteerd in de sector, deden zich een aantal technische moeilijkheden voor. Er is de voorbije jaren verdere afstemming geweest tussen het agentschap en de sector. Sinds eind 2008 zijn de laatste technische problemen van de indicatoren uitgeklaard en is er een stabiele set waar alle betrokken partijen zich kunnen in vinden. Om de registratie en de terugkoppeling van gegevens naar de sector vlot te laten lopen, is er een nauwe samenwerking tussen de sector en het agentschap.

De werkgroep kwaliteit van de Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg heeft medio 2006, in overleg met het VVI een document gepubliceerd met als titel : De operationalisering van het kwaliteitsdecreet in de CGG. In dit document worden op een nuttige manier de 9 domeinen van EFQM gekoppeld aan de vereisten van de reglementering en aan de verwachtingen van het audit-evaluatiekader. Voor de ontwikkeling van indicatoren wordt evenwel gewezen op de grote moeilijkheidsgraad en op de noodzaak om daarvoor beroep te kunnen doen op externe deskundigen en wetenschappelijke ondersteuning. Ook de kwaliteitscoördinatoren van de CGG-sector kwamen tot de vaststelling dat voor de ontwikkeling van dergelijke indicatoren wetenschappelijk onderzoek zinvol zou zijn.

In 2007 werd door het Agentschap Inspectie WVG een onderzoeksopdracht gegeven aan het Steunpunt WVG rond het zoeken naar bijkomende indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument voor de CGG. In 2009 werd het onderzoek afgerond en een

rapport gepubliceerd. Dit rapport beschrijft kwaliteitsvereisten voor 6 thema's en de onderzoekers ontwikkelden eveneens een zelfevaluatie-instrument KLIC (KwaLiteitsInstrument voor de CGG), waarvan de inhoud volledig is afgestemd op de CGG-werking. Het instrument zelf zal in vervolgonderzoek verder ontwikkeld worden.

### **Zelfevaluatie**

Het concept zelfevaluatie in relatie tot kwaliteitsbeleid is nog wat diffuus in de CGG sector. In ruim de helft van de centra is gebruik gemaakt van een zelfevaluatie-instrument, maar met verschillende mate van intensiteit en participatie van medewerkers. Ter gelegenheid en op vraag van de audit is steeds een SWOT analyse gemaakt en hierin is een spontane trend zichtbaar naar meer systematiek volgens de domeinen van EFQM. Het is evenwel niet zo dat een zelfevaluatie-instrument of een SWOT analyse de voornaamste uitgangspunten geweest zijn om kwaliteitsthema's en projecten mee te bepalen.

### **Klinische en operationele performantie**

Het onderscheid tussen klinische en operationele performantie is in de sector tot nu toe niet echt relevant gebleken.

De volgende thema's worden in de kwaliteitsplannen sinds midden 2006 als verbeterprojecten voorgesteld:

- transparante tijdsbesteding;
- in- en uitstroombeleid;
- NOA (niet op afspraak) beleid;
- wachttijdbeheersing;
- klachtenprocedure;
- beschikbaarheid buiten kantooruren;
- behandelaanbod;
- VTO beleid (vorming, training en opleiding);
- zorgcommunicatie;
- registratie;
- behandelplanning;
- interne communicatie ;
- deontologische code.

Deze thema's worden voornamelijk op een beschrijvende manier uitgewerkt. Een volgende stap zou zijn om aan elk thema één of meerdere indicatoren te koppelen en deze op een systematische wijze op te volgen (bijvoorbeeld volgens de methode van de Deming-cyclus). Het onderzoeksvoorstel dat vanuit het Agentschap Inspectie WVG hieromtrent geformuleerd is, zou dit proces kunnen ondersteunen.

### **Tevredenheid van de gebruikers**

De tevredenheidsmeting bij de gebruikers was als (de facto verplicht) thema op het ogenblik van de audits vanaf midden 2006 slechts in 1 op 11 centra effectief in uitvoering en in 2 andere concreet gepland. Een groot aantal lijkt te wachten op een centraal initiatief op sectorniveau. Dit lijkt wat verwonderlijk, omdat bijvoorbeeld met de GGZ thermometer van het Trimbosinstituut een pragmatisch instrument beschikbaar is. Anderzijds is enige vrees

voor logistieke problemen bij organisatie en verwerking ook wel begrijpelijk. In elk geval is het niet zo dat de bestaande praktijk inzake klachtenprocedures enig valabel alternatief zou zijn voor een rechtstreekse bevraging van de gebruikerstevredenheid. Klachten worden in de CGG sector nauwelijks geformuleerd, ontevreden patiënten zetten de behandeling stop.

### **Tevredenheid van de medewerkers**

De tevredenheidsmeting bij de medewerkers was in de helft van de geauditeerde centra in 2006 ofwel recent uitgevoerd ofwel op korte termijn gepland. In de andere helft was de planning niet duidelijk. In een relatief kleinschalige sector als de CGG is de eventuele onvrede van medewerkers ook wel detecteerbaar in de dagdagelijkse communicatie van personeelsleden met leidinggevenden en in de functioneringsgesprekken. In geval van manifest ongenoegen is er ook het kanaal van de syndicale organisatie.

Waar de bevraging wel was uitgevoerd waren de impact van de schaalvergroting, de sterkere aansturing en de nieuwe vereisten inzake tijdsbesteding voor de hand liggende thema's. In 2 van de 20 CGG werd bij de audit of via een ander kanaal een acuut probleem inzake medewerkerstevredenheid vastgesteld.

## Indicatoren

In aanvulling op het kwaliteitsdecreet worden een aantal parameters gevolgd. Sinds 2005 worden indicatoren m.b.t. kwaliteit teruggekoppeld aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2007 worden de resultaten identificeerbaar weergegeven. Dit is om elk CGG de kans te geven zich te positioneren ten opzichte van de andere CGG en om de evolutie in de eigen gegevens doorheen de verschillende jaren weer te geven. Bovendien leidt deze manier van terugkoppeling tot meer transparantie. Dit kan ertoe leiden dat hulpverleners gesensibiliseerd worden om zo betrouwbaar mogelijk te registreren, zodat cijfers valide en vergelijkbaar zijn.

In de jaren 2002 – 2003 werd door afgevaardigden van de CGG – sector, in samenspraak met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (de toenmalige administratie Gezondheidszorg), gezocht naar toetsbare doelstellingen die afgeleid zijn uit de beleidsdocumenten en de regelgeving. Men formuleerde vijf doelstellingen die opgevolgd worden aan de hand van het registratiesysteem van de CGG. Elke doelstelling is vertaald in één of meerdere indicatoren.

De doelstellingen zijn:

1. De behandeling van een CGG – patiënt start binnen een redelijke termijn.
2. Een CGG profileert en positioneert zich als een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg en als een 2<sup>de</sup> lijnsvoorziening.
3. Een CGG schenkt uitdrukkelijke aandacht aan kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen.
4. Het psychisch evenwicht van de CGG-patiënt wordt hersteld of de psychische stoornissen worden draaglijk gemaakt voor de patiënt en omgeving.
5. Het aantal vroegtijdig, eenzijdige afsluitingen bij de zorgperiodes van meer dan 4 sessies beperken.

In de besprekingen van de beleidsplannen 2009 - 2011 werden de cijfers van de meting 2007 vergeleken met de cijfers van het CGG van de vorige jaren en met het sectorgemiddelde. Op deze manier werd duidelijk welke evolutie het CGG heeft doorstaan de voorbije jaren en waar het zich positioneert ten opzichte van de sector.

In de CGG sector was sinds 2002 het registratiesysteem Arcade in werking. Voor alle patiënten worden een aantal kenmerken geregistreerd, evenals de activiteiten die voor die patiënten worden uitgevoerd. Door de verantwoordelijken van de sector werd, terecht of ten onrechte gewezen op problemen die verband hebben met de technische performantie van dit systeem, en met de wijze van verwerking van de gegevens. In elk geval is het zo dat de investering die in de opbouw van het systeem werd gedaan inzake mankracht en middelen lager lag dan in de oorspronkelijke ontwerpfasen werd voorzien. Het gevolg was dat het registratiesysteem Arcade niet het instrument geworden is dat door de overheid en de sector samen werd beschouwd als een degelijk middel om het gepresteerde werk goed in beeld te brengen. Daarom hebben de CGG directies in 2005 besloten om samen met eigen middelen over te gaan tot de aankoop van een Elektronisch Patiëntendossier dat in de loop van 2007 in alle CGG werd ingevoerd en waar alle CGG sinds 1 januari 2008 in registreren. Na de nodige inlooffase en problemen die de conversie van het éne systeem naar het andere systeem met zich meebrachten, wordt verwacht dat voor de gegevens van 2008 de kwaliteit van de registratie is toegenomen. Wat de cijfergegevens in dit rapport betreft, waren enkele foute scores ten gevolge van registratieproblemen onvermijdelijk.

## Activiteiten

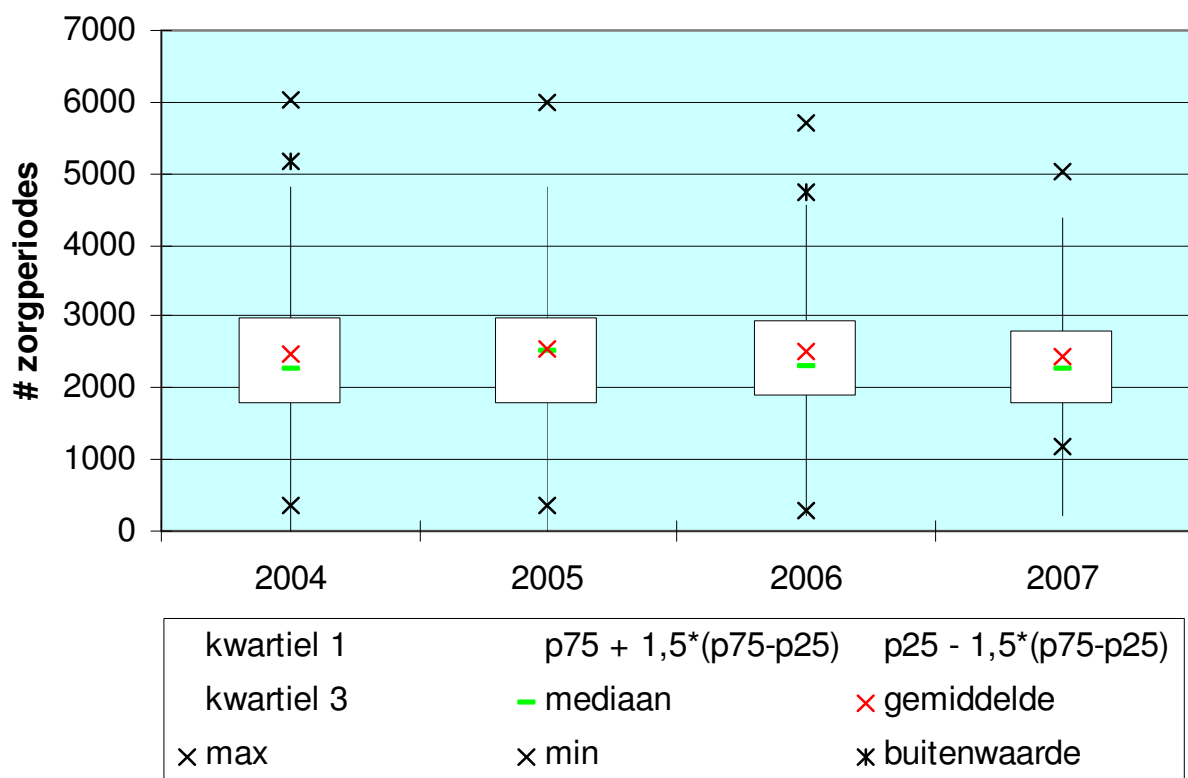
Om het cijfermateriaal in het juiste perspectief te kunnen plaatsen, wordt ook het aantal behandelde cliënten per centrum meegegeven.

In totaal hebben de CGG in 2004 52.230 cliënten behandeld en begeleid. Voor de volgende jaren is dit: 53.317 in 2005, 52.903 in 2006 en 48.797 in 2007. Het aantal zorgperiodes in de CGG blijft gedurende de registratieperiode stabiel. De mediaan bedraagt 2.263 zorgperiodes in 2004 en in 2007.

Het aantal cliënten kan van centrum tot centrum sterk variëren. Het minimum aantal zorgperiodes per CGG stijgt van 343 in 2004 naar 1.187 in 2007. Het maximum aantal zorgperiodes per CGG daalt van 6.020 in 2004 naar 5.020 in 2007.

In 2004 bedroeg het aantal afgesloten zorgperiodes 43%. In 2005 werd 48% van de zorgperiodes afgesloten, in 2006 45% en in 2007 44%.

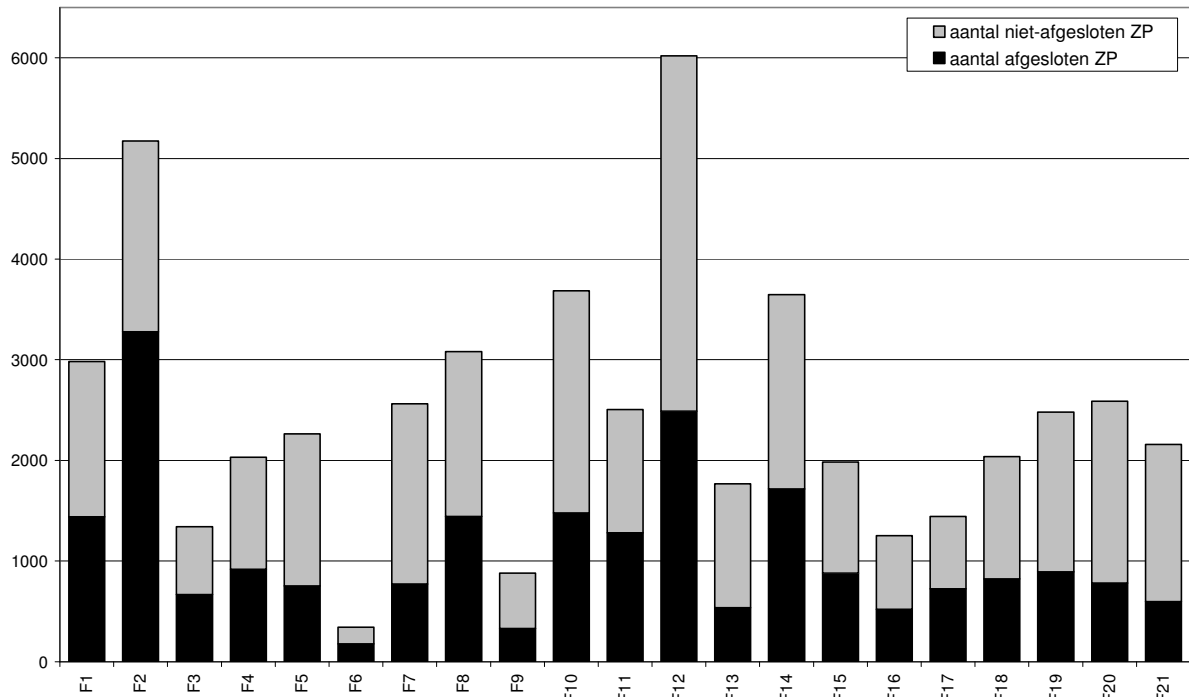
Van alle zorgperiodes waren er in 2005 44% nieuwe zorgperiodes. In 2006 bedroeg dit 48% en in 2007 bedroeg dit 52%.



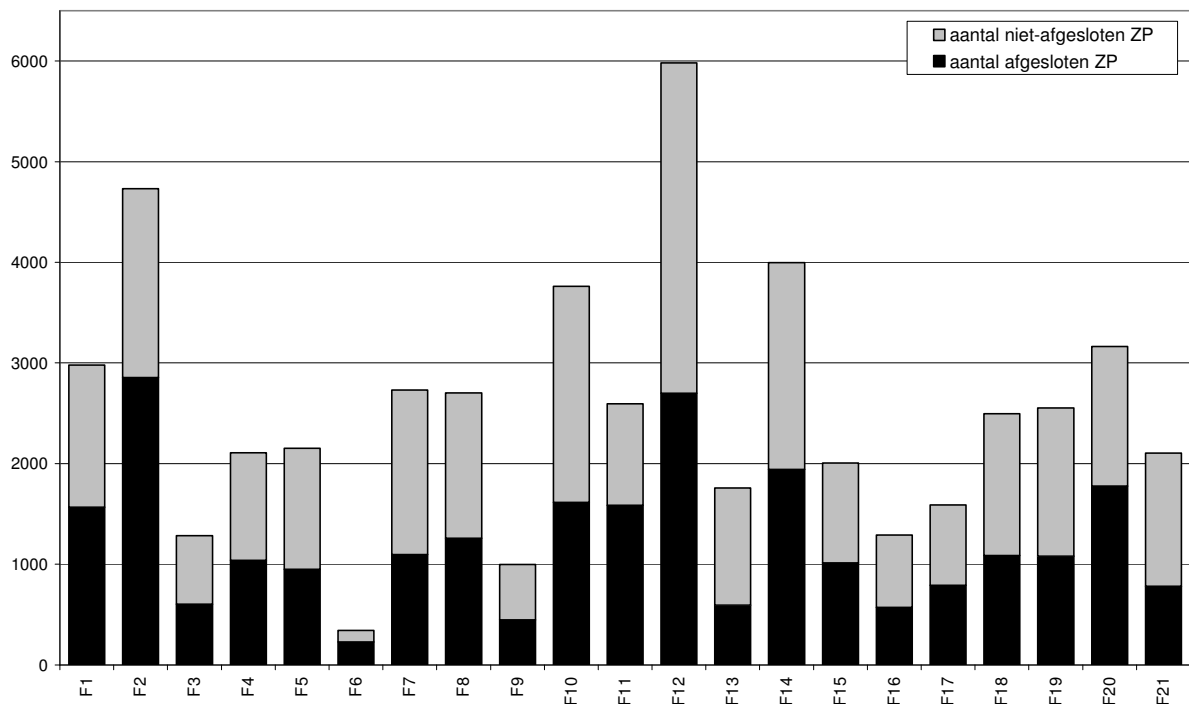
In totaal hebben de CGG in 2004 52.230 cliënten behandeld en begeleid. In datzelfde jaar werd de behandeling voor 22.491 cliënten beëindigd. Dit is het aantal afgesloten ZP (zorgperiodes) in het staafdiagram. Het aantal afgesloten ZP is zwart gekleurd. Bij 29.739

cliënten liep de behandeling verder. Dit is het aantal niet-afgesloten ZP (zorgperiodes) in de grafiek. Het aantal niet-afgesloten ZP is grijs gekleurd.

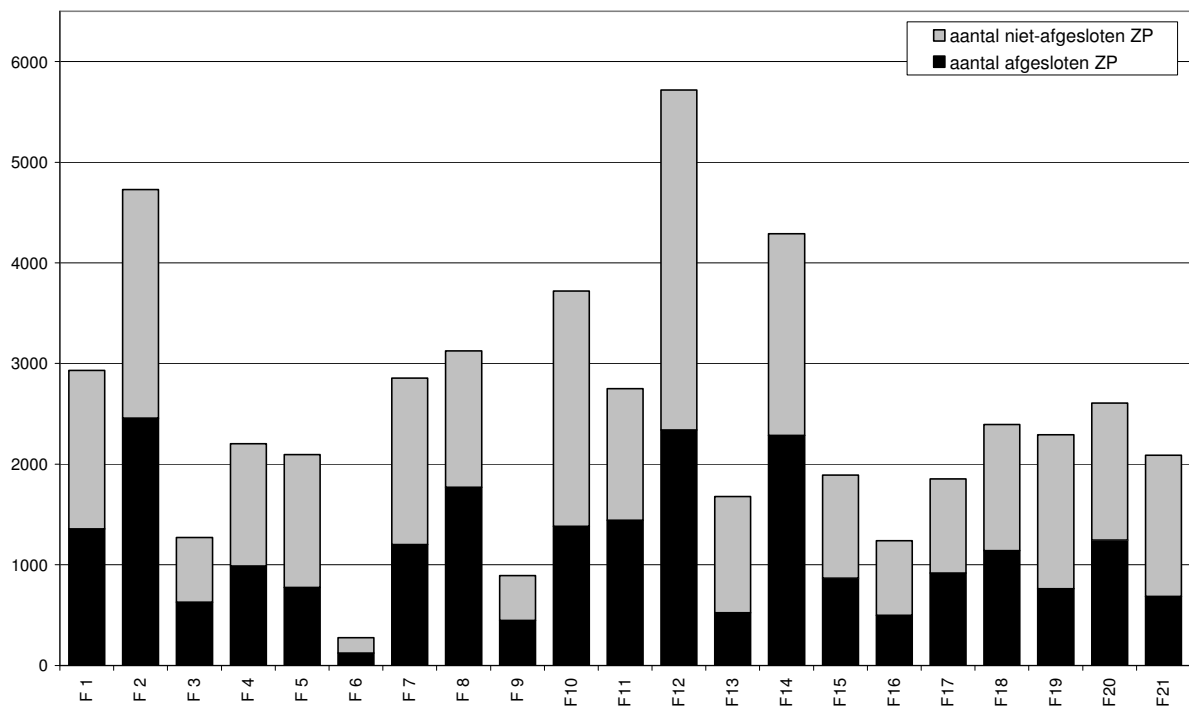
In 2004 bedroeg het aantal afgesloten zorgperiodes 43%



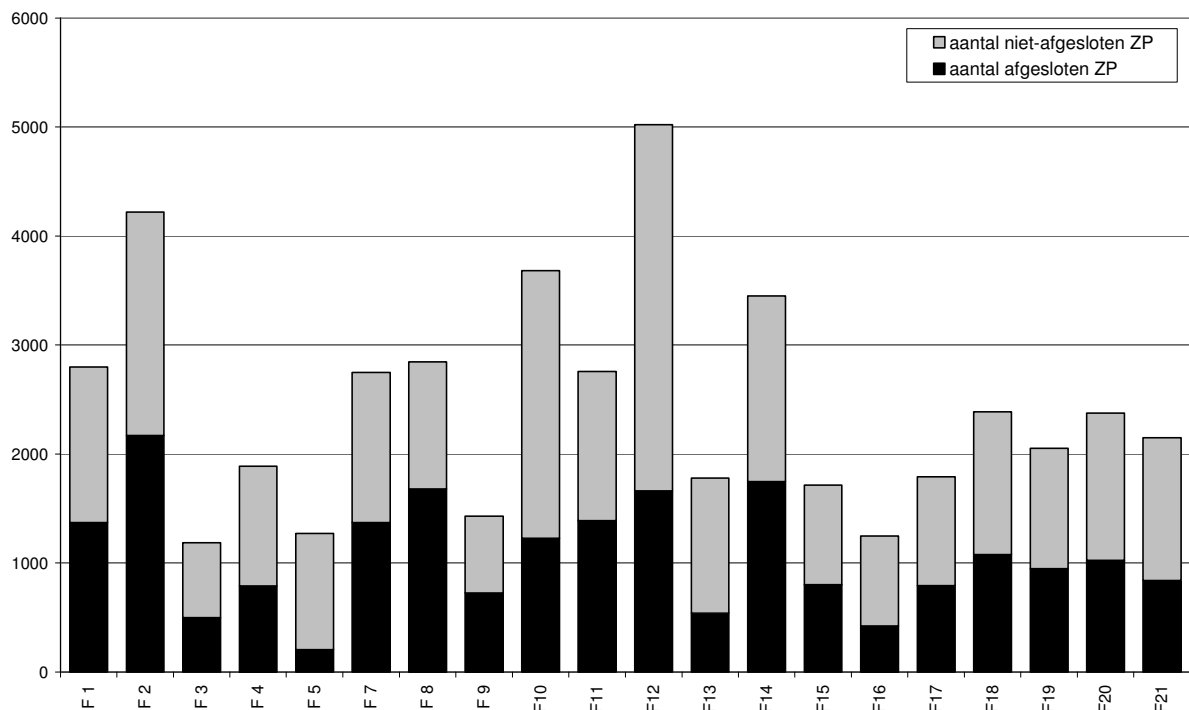
In 2005 bedroeg het aantal afgesloten zorgperiodes 48%



In 2006 bedroeg het aantal afgesloten zorgperiodes 45%



In 2007 bedroeg het aantal afgesloten zorgperiodes 44%.





# 1. De behandeling van een CGG – patiënt start binnen een redelijke termijn

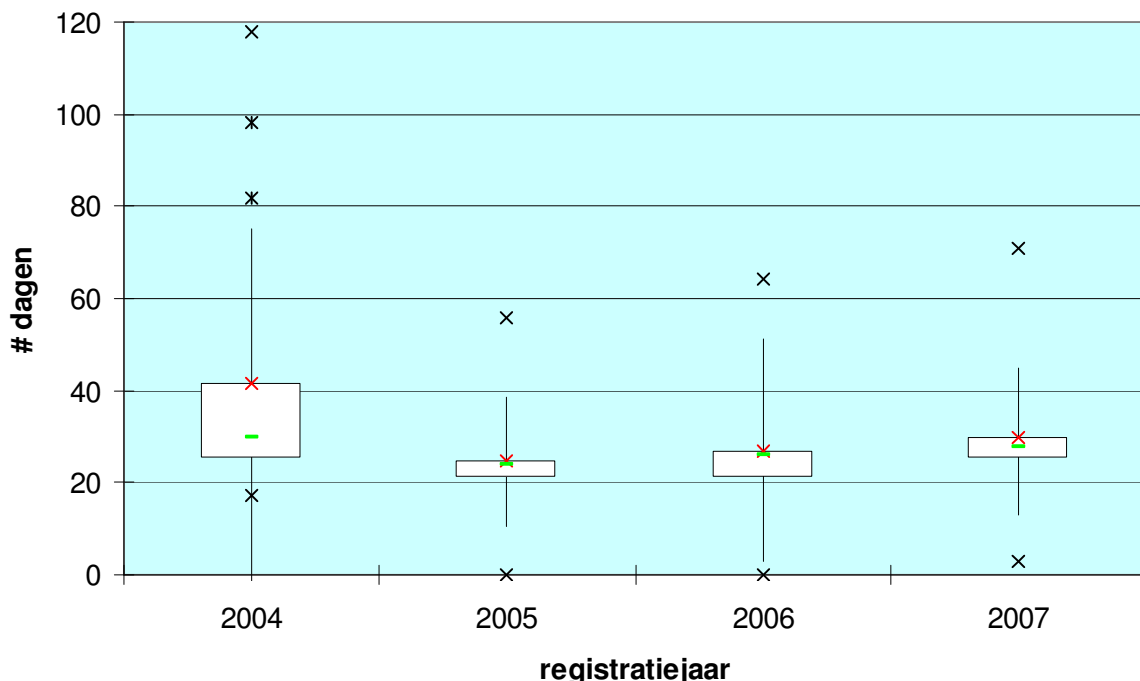
## 1.1. Wachttijd in dagen tussen aanmelding en FTF 1

FTF staat voor face tot face contact, m.a.w. een behandelings- of begeleidingsmoment waarop zowel de therapeut als de cliënt aanwezig zijn. Met FTF 1 wordt het eerste contact, de indicatiestelling bedoeld. Vanaf FTF 2 gaat het over de verdere behandeling en de begeleiding van een patiënt.

Er werd berekend wat de maximale wachttijd is tussen de aanmelding van een cliënt en de indicatiestelling (FTF1). De resultaten worden getoond op percentiel 75. Dit wil zeggen dat 75% van de cliënten binnen de aangegeven wachttijd een indicatiestelling kreeg. De overige 25% van de cliënten moest langer wachten.

De wachttijd tussen aanmelding en indicatiestelling daalt: de gemiddelde wachttijd van 41 dagen in 2004 daalt tot 30 dagen in 2007. De verschillen tussen de centra onderling nemen af. In 2004 was er een verschil van 111 dagen tussen minimum (17 dagen) en maximum (118 dagen). In 2007 was het verschil nog 68 dagen tussen minimum (3 dagen) en maximum (71 dagen). De langste tijd dat een cliënt dus moet wachten vanaf het moment van aanmelding tot de indicatiestelling daalde op vier jaar tijd van 118 dagen naar 71 dagen, een vermindering met 47 dagen.

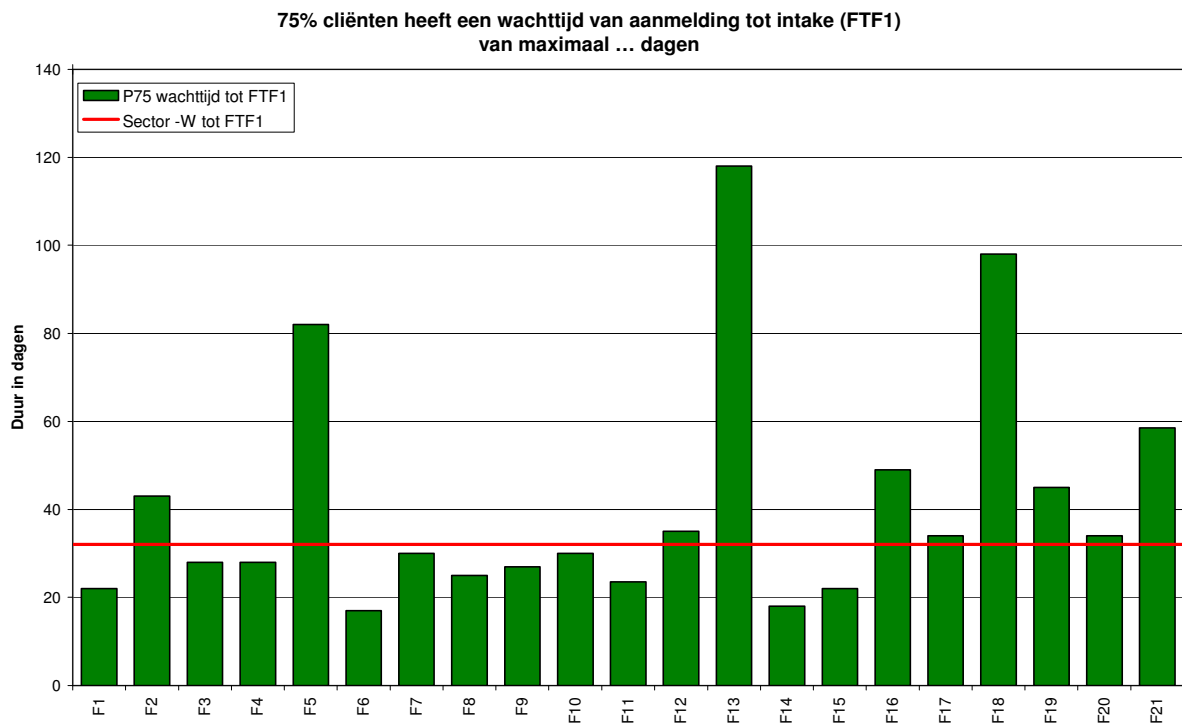
### Wachttijd tot FTF 1



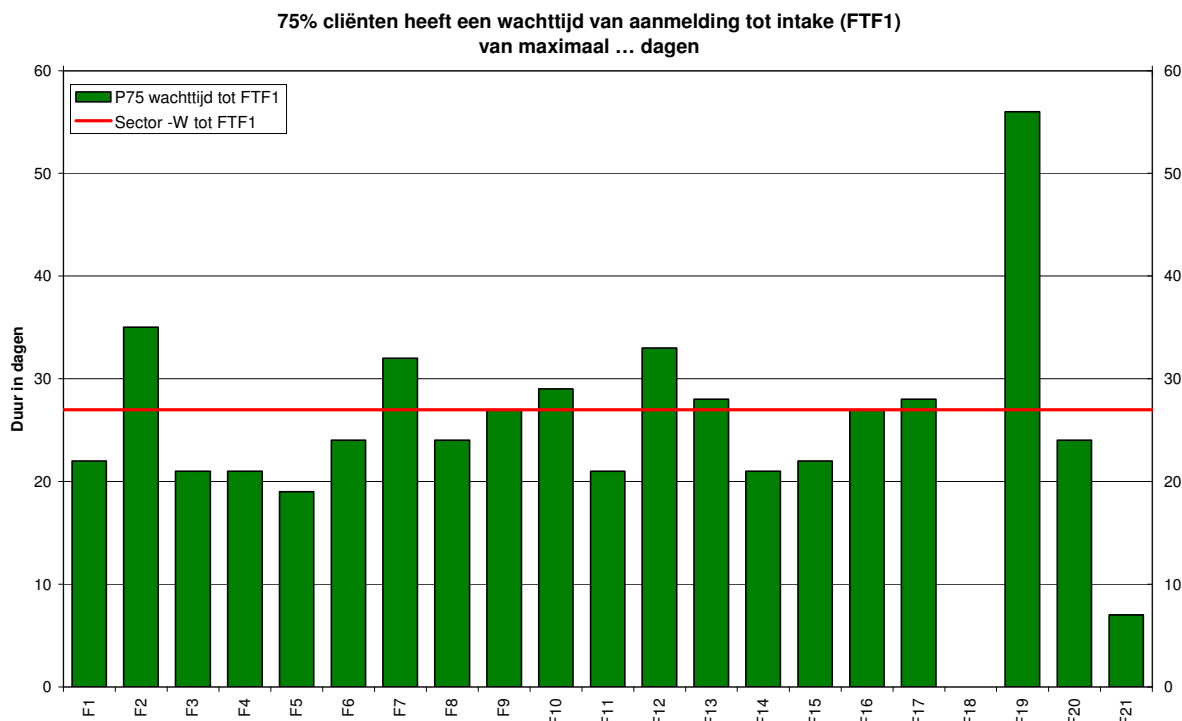
kwartiel 1	$p75 + 1,5 * (p75 - p25)$	$p25 - 1,5 * (p75 - p25)$	kwartiel 3
× gemiddelde	— mediaan	× max	× min
× buitenwaarde	× buitenwaarde		

De terugkoppeling naar de sector gebeurt nominatief. D.w.z. dat, in tegenstelling tot andere sectoren, ieder CGG kan zien welke resultaten in de andere centra worden gehaald.

In 2004 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 32 dagen.

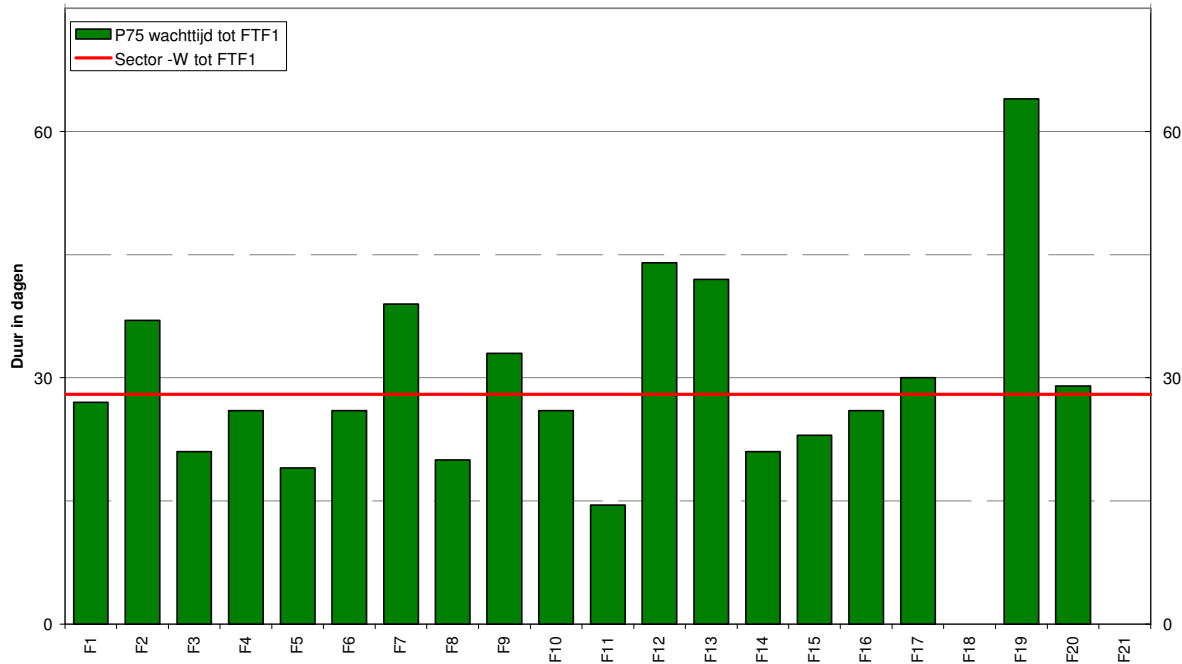


In 2005 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 27 dagen.



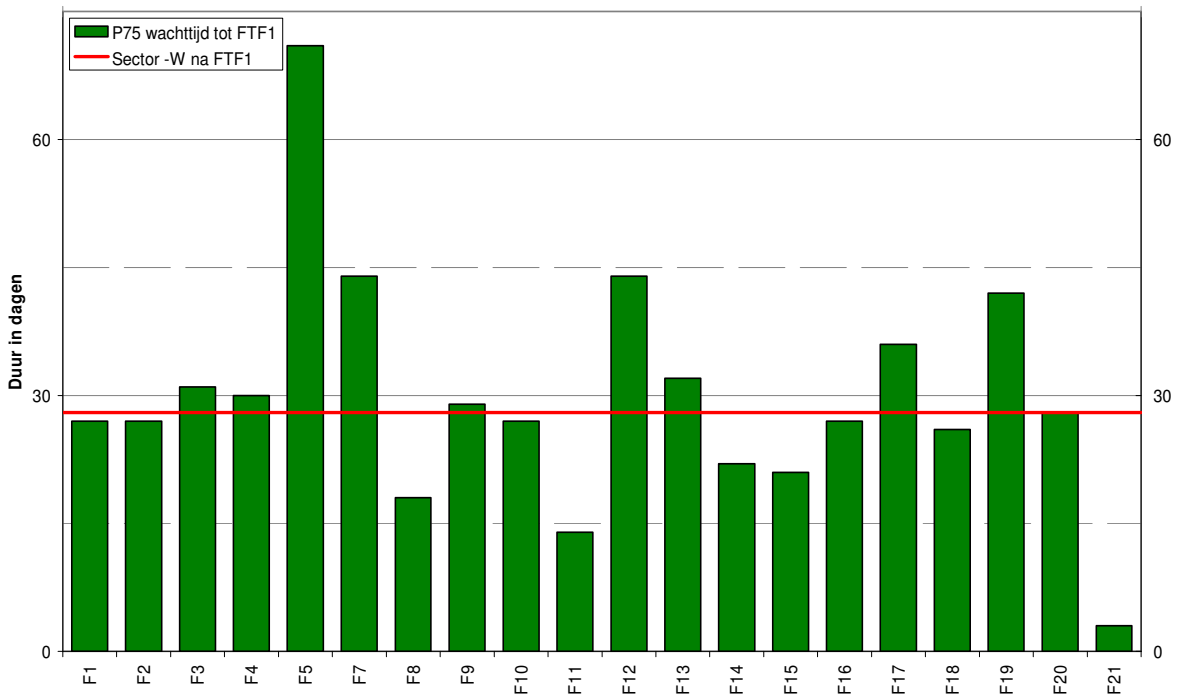
In 2006 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 28 dagen.

75% cliënten heeft een wachttijd van aanmelding tot intake (FTF1)  
van maximaal ... dagen



In 2007 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 28 dagen.

75% cliënten heeft een wachttijd van aanmelding tot intake (FTF1)  
van maximaal ... dagen



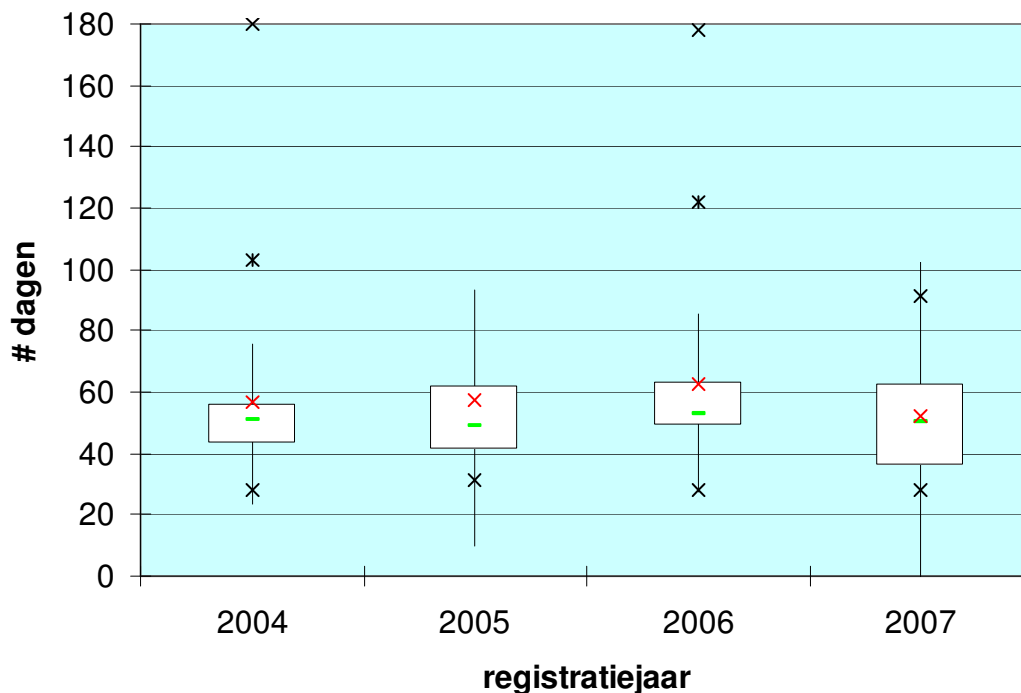
## 1.2. Wachttijd in dagen tussen het FTF 1 en FTF 2

Pas na de indicatiestelling (FTF1) kan de behandeling van een cliënt (FTF2) effectief starten. Het is daarom nuttig ook het aantal dagen dat verloopt tussen de indicatiestelling en de start van de behandeling te meten.

Er werd berekend wat de maximale wachttijd is tussen de indicatiestelling van een cliënt (FTF1) en het eerste behandelingsmoment (FTF2). De resultaten worden getoond op percentiel 75. Dit wil zeggen dat de behandeling van 75% van de cliënten startte binnen de aangegeven termijn. 25% van de cliënten moest langer wachten.

De wachttijd tussen indicatiestelling en start van de behandeling blijft ongeveer stabiel: de gemiddelde wachttijd van 57 dagen in 2004 daalt tot 52 dagen in 2007. De verschillen tussen de centra onderling nemen af. In 2004 was er een verschil van 152 dagen tussen minimum (28 dagen) en maximum (180 dagen). In 2007 was het verschil nog 63 dagen tussen minimum (28 dagen) en maximum (91 dagen). De langste tijd dat een cliënt dus moet wachten vanaf het moment van indicatiestelling tot de start van de behandeling daalde op vier jaar tijd van 180 dagen naar 91 dagen, een vermindering met 89 dagen.

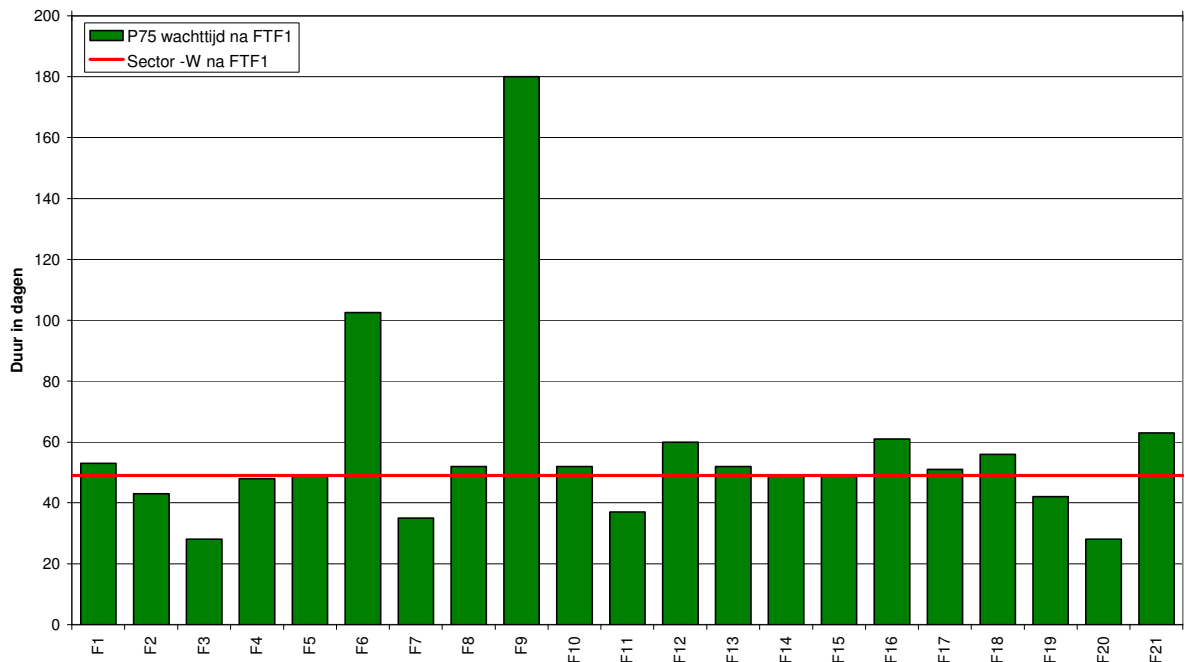
### Wachttijd tussen FTF 1 en FTF 2



kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	- mediaan	× gemiddelde
× min	× max	× buitenwaarde

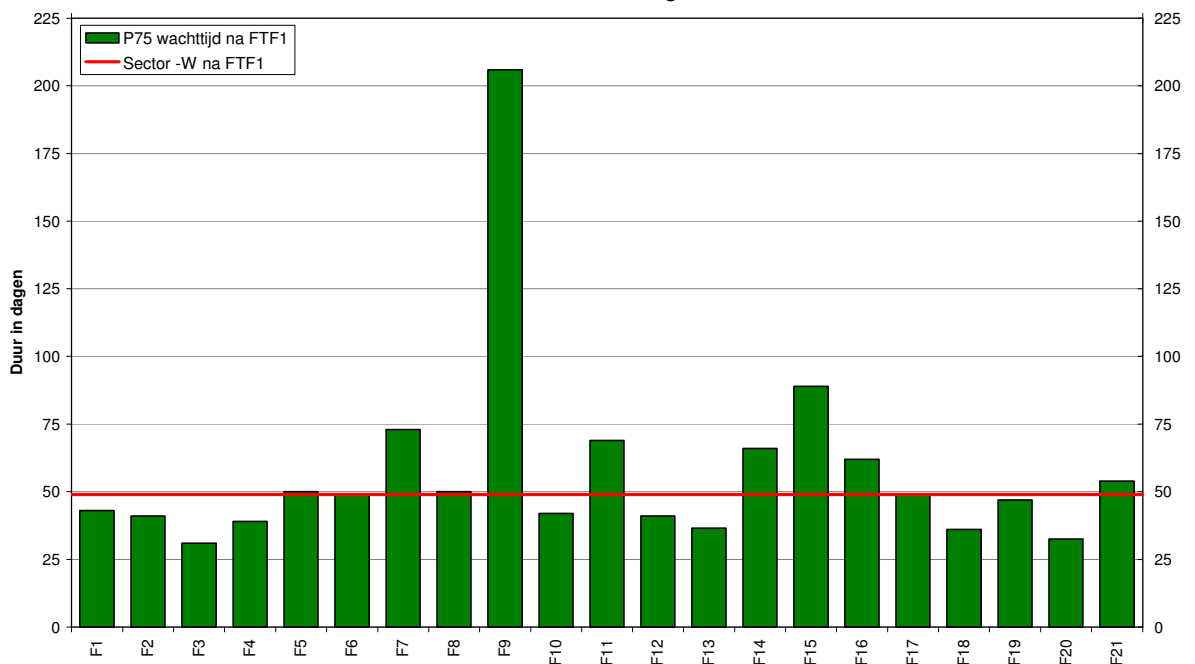
In 2004 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 49 dagen.

75% cliënten heeft een wachttijd van intake tot start behandeling (FTF2) van maximaal ... dagen

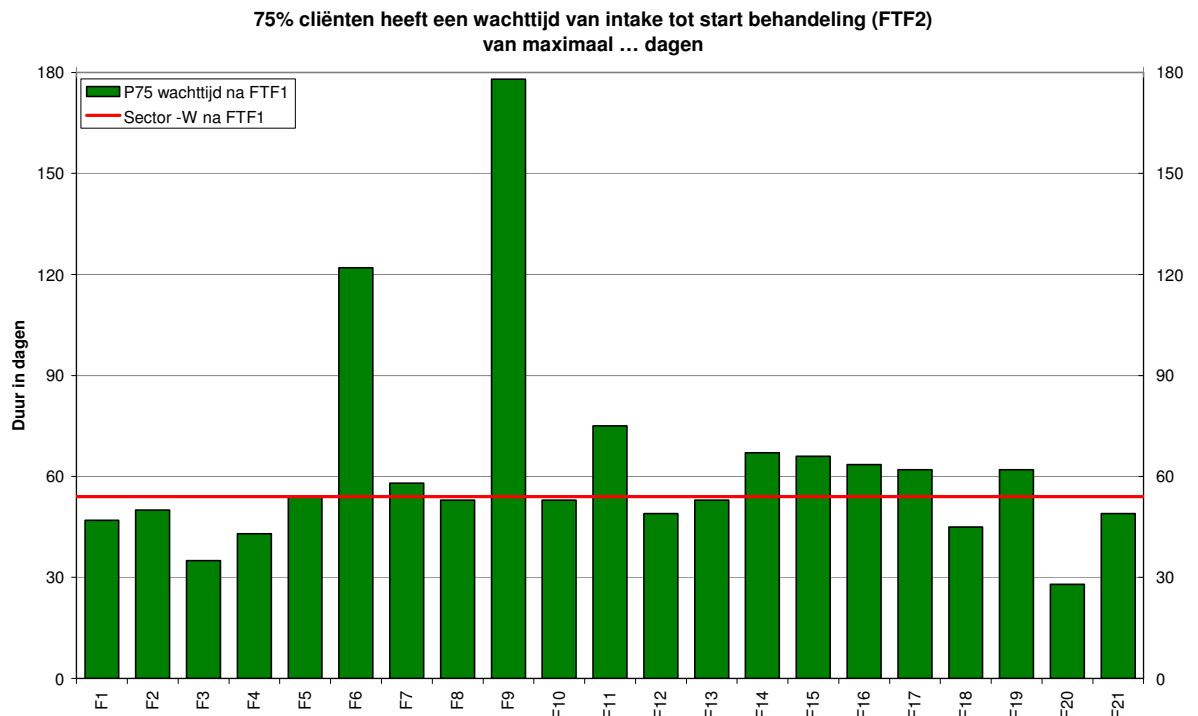


In 2005 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 49 dagen.

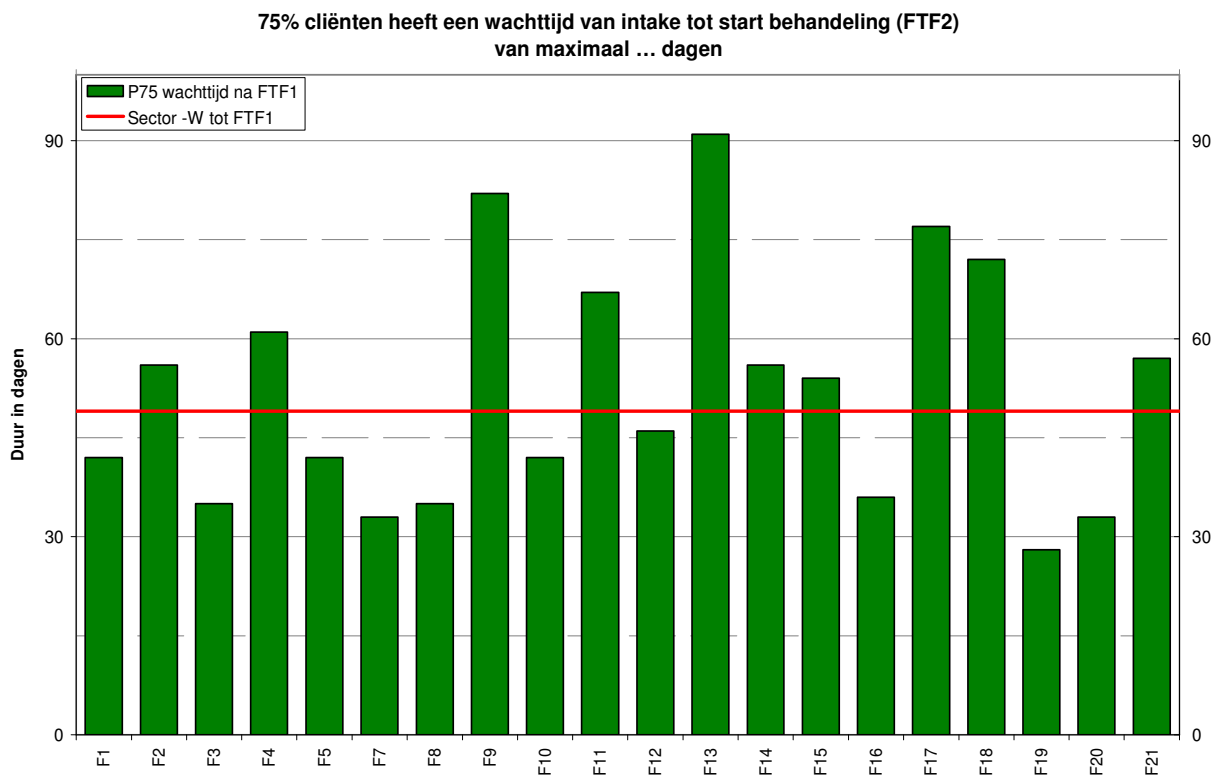
75% cliënten heeft een wachttijd van intake tot start behandeling (FTF2) van maximaal ... dagen



In 2006 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 54 dagen.



In 2007 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 49 dagen.



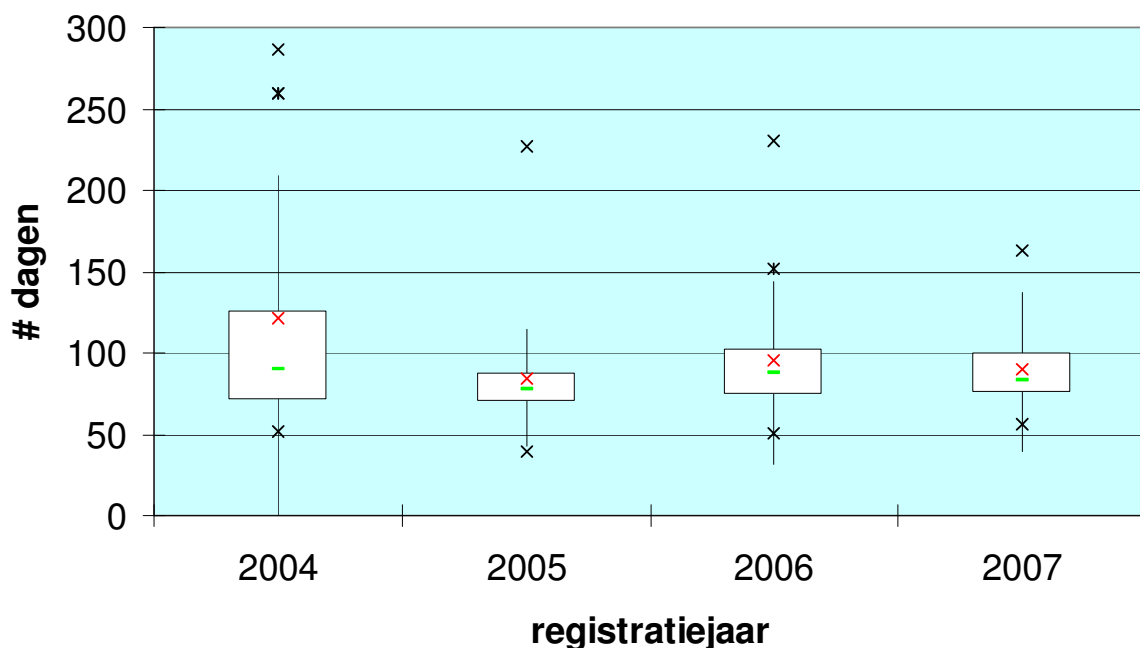
### 1.3. Wachttijd in dagen tussen aanmelding en FTF 2

Hier wordt op percentiel 75 de maximale wachttijd weergegeven tussen de aanmelding en de start van de behandeling.

Voor de totaliteit van de CGG-sector bedroeg in 2004 de maximale wachttijd voor 75% van de cliënten 91 dagen. In 2007 was dit 86 dagen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat geen onderscheid gemaakt werd naar doelgroep en dat het mogelijk is dat bijvoorbeeld de wachttijd in de kinder- en jeugdteams groter is dan in de volwassenenteams.

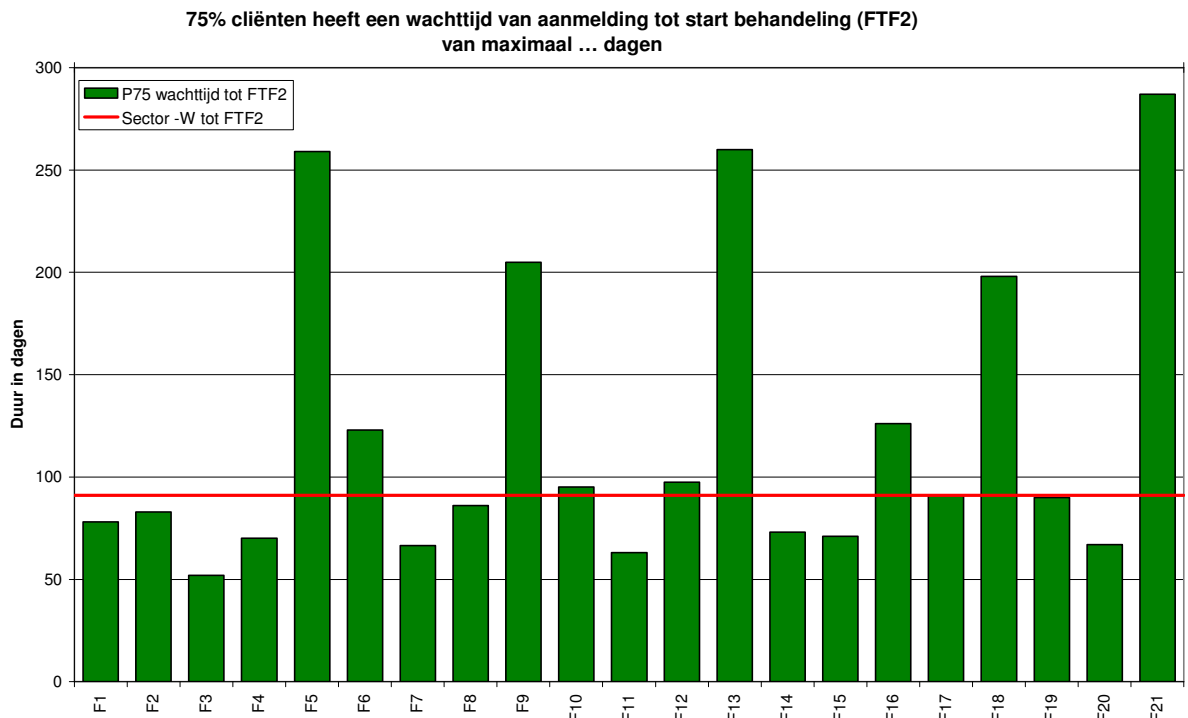
De wachttijd tussen aanmelding en start van de behandeling daalt: de gemiddelde wachttijd van 121 dagen in 2004 daalt tot 90 dagen in 2007. De verschillen tussen de centra onderling nemen af. In 2004 was er een verschil van 235 dagen tussen minimum (52 dagen) en maximum (287 dagen). In 2007 was het verschil nog 107 dagen tussen minimum (56 dagen) en maximum (163 dagen). De langste tijd dat een cliënt dus moet wachten vanaf het moment van aanmelding tot de start van de behandeling daalde op vier jaar tijd van 287 dagen naar 163 dagen, een vermindering met 124 dagen.

## Wachttijd tussen aanmelding en FTF 2

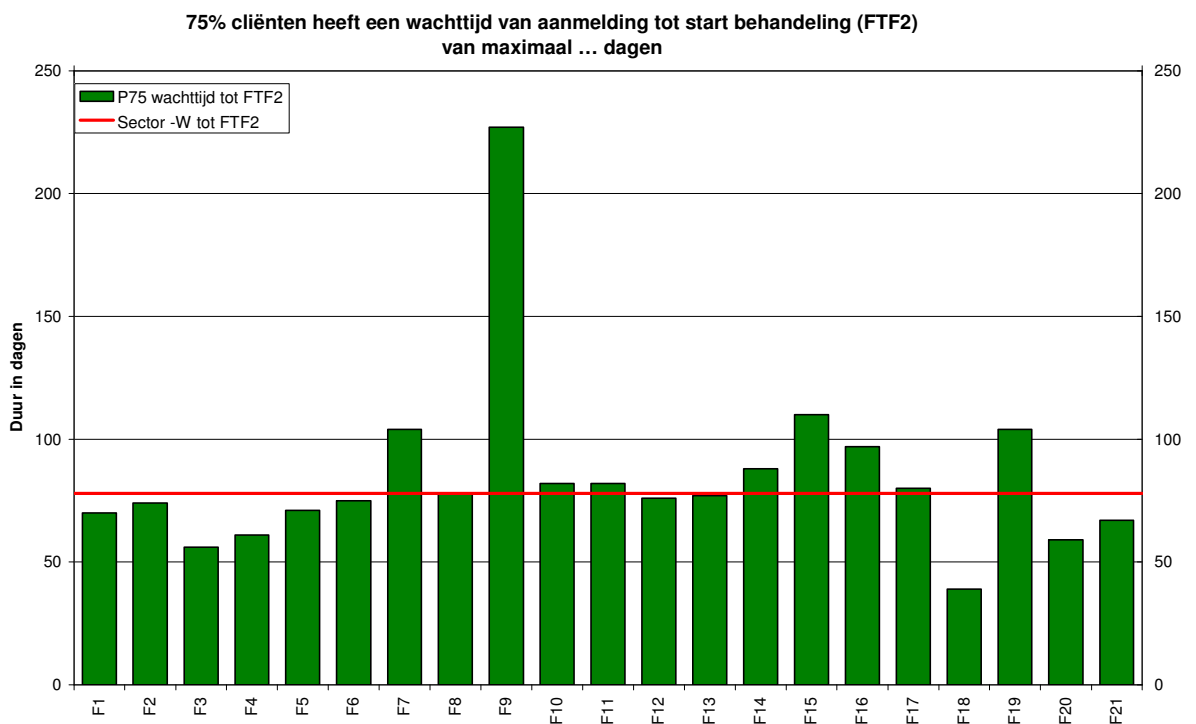


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	- mediaan	x gemiddelde
x max	x min	x buitenwaarde
x buitenwaarde		

In 2004 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 91 dagen.



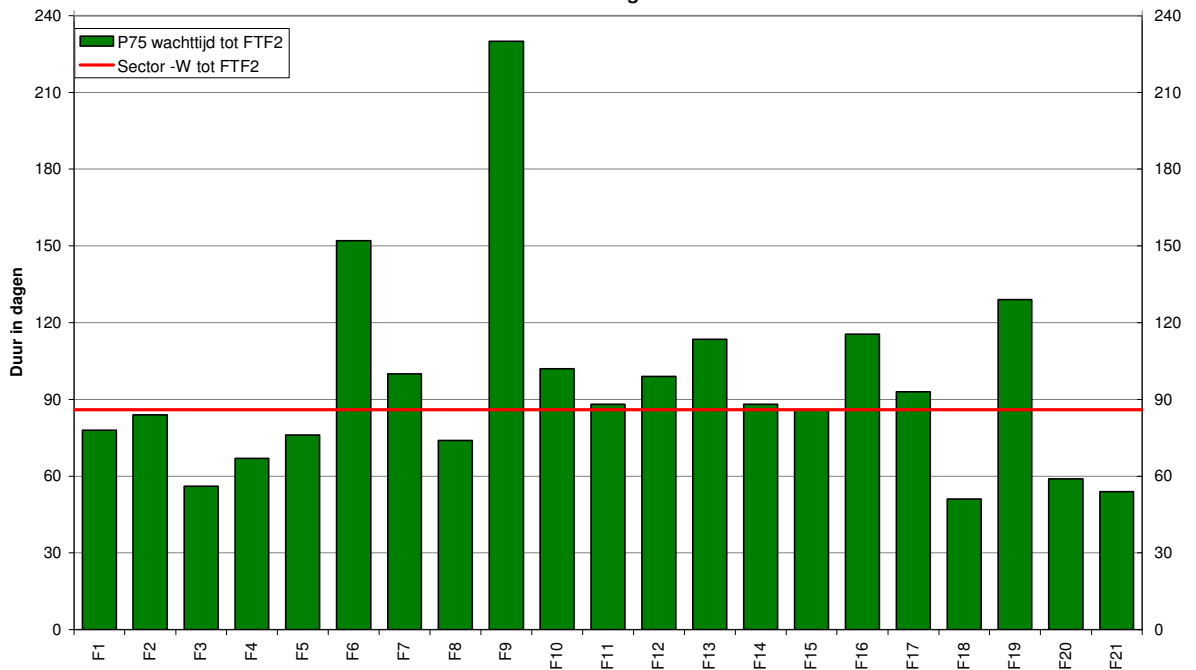
In 2005 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 78 dagen.





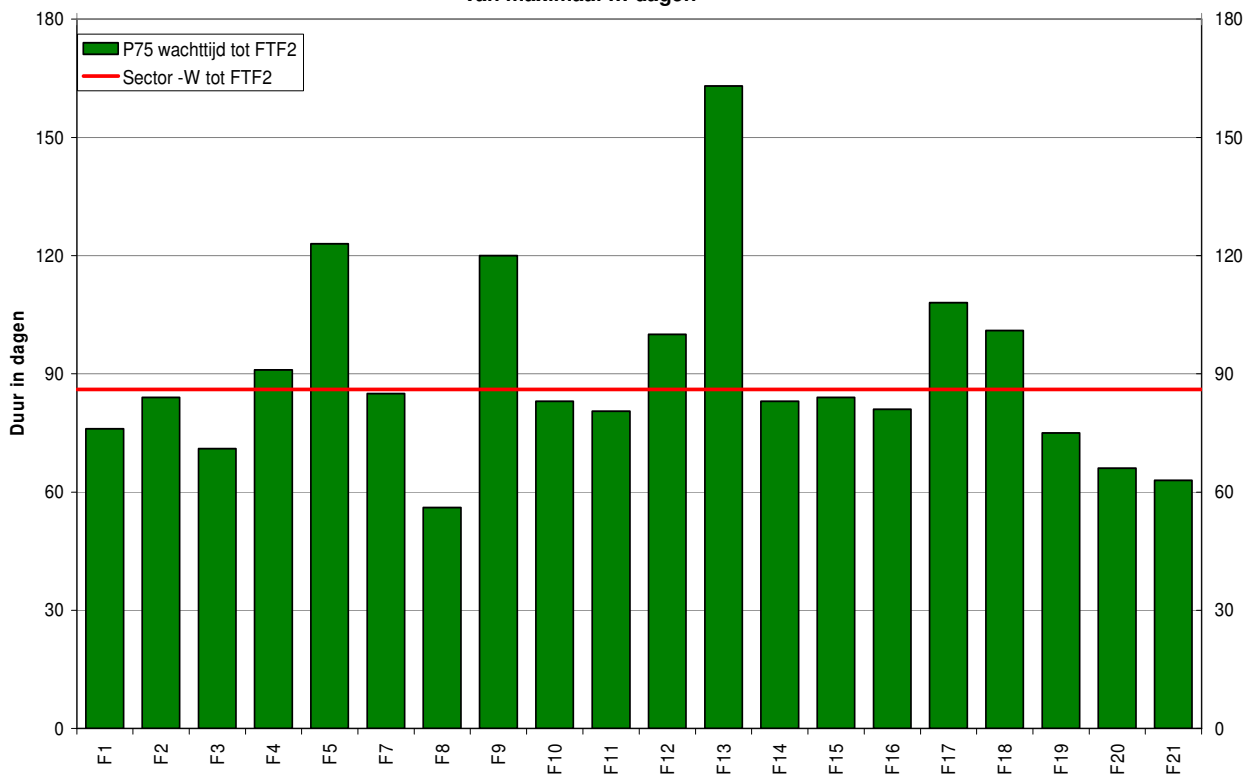
In 2006 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 86 dagen.

75% cliënten heeft een wachttijd van aanmelding tot start behandeling (FTF2) van maximaal ... dagen



In 2007 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de hele sector 86 dagen.

75% cliënten heeft een wachttijd van aanmelding tot start behandeling (FTF2) van maximaal ... dagen



## 2. Een CGG profileert en positioneert zich als een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg en als een 2<sup>de</sup> lijnsvoorziening

2.1. Aantal zorgperiodes dat zich niet op eigen initiatief aanmeldde + aantal zorgperiodes dat zich wel op eigen initiatief aanmeldde, maar a) de laatste 2 jaar al in zorg genomen werd door het CGG, b) met een ernstig suïcide – risico en/of c) met ernstige psychosociale problemen (i.e. een ernstig risico om een psychische stoornis te ontwikkelen)

-----  
Totaal aantal zorgperiodes

Een zorgperiode is de periode dat een cliënt in behandeling is binnen het CGG. Als een cliënt meerdere malen behandeld wordt, met een tussenperiode van minimum 6 maanden, dan zal deze cliënt twee zorgperiodes hebben binnen de registratie.

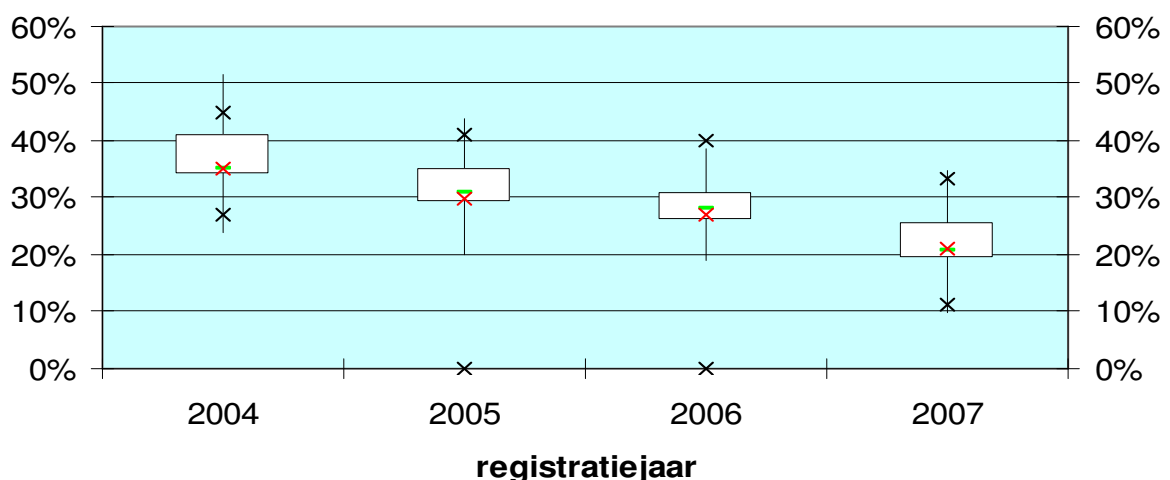
De centra voor geestelijke gezondheidszorg positioneren zich op de tweede lijn. Dit impliceert dat cliënten in principe enkel na verwijzing door huisarts, CLB, BJB... aankloppen bij een CGG.

Er wordt een uitzondering gemaakt voor:

- cliënten die voordien al behandeld werden door het CGG
- cliënten met een ernstig suïciderisico
- cliënten met ernstige psycho-sociale problemen.

Als deze cliënten zich zonder verwijzing aanmelden, worden zij in de statistieken toch bij de cliënten met verwijzing gerekend. Voor deze categorie cliënten is een voorafgaand consult op de eerste lijn immers niet aangewezen.

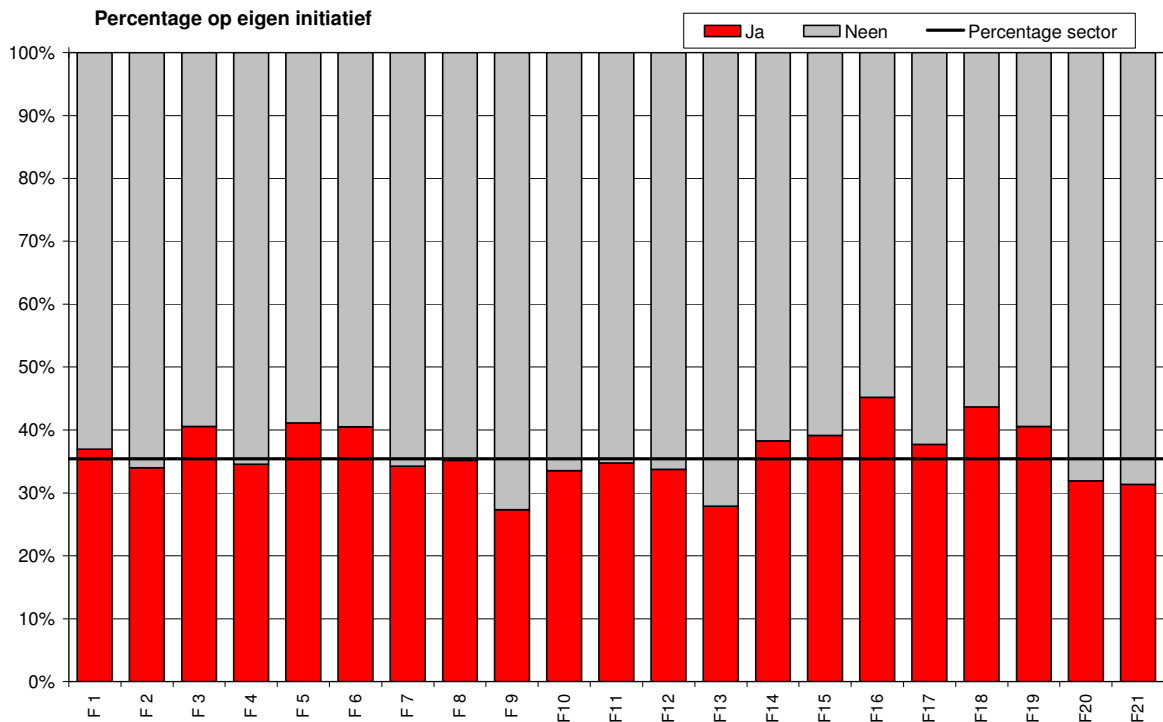
### Percentage op eigen initiatief



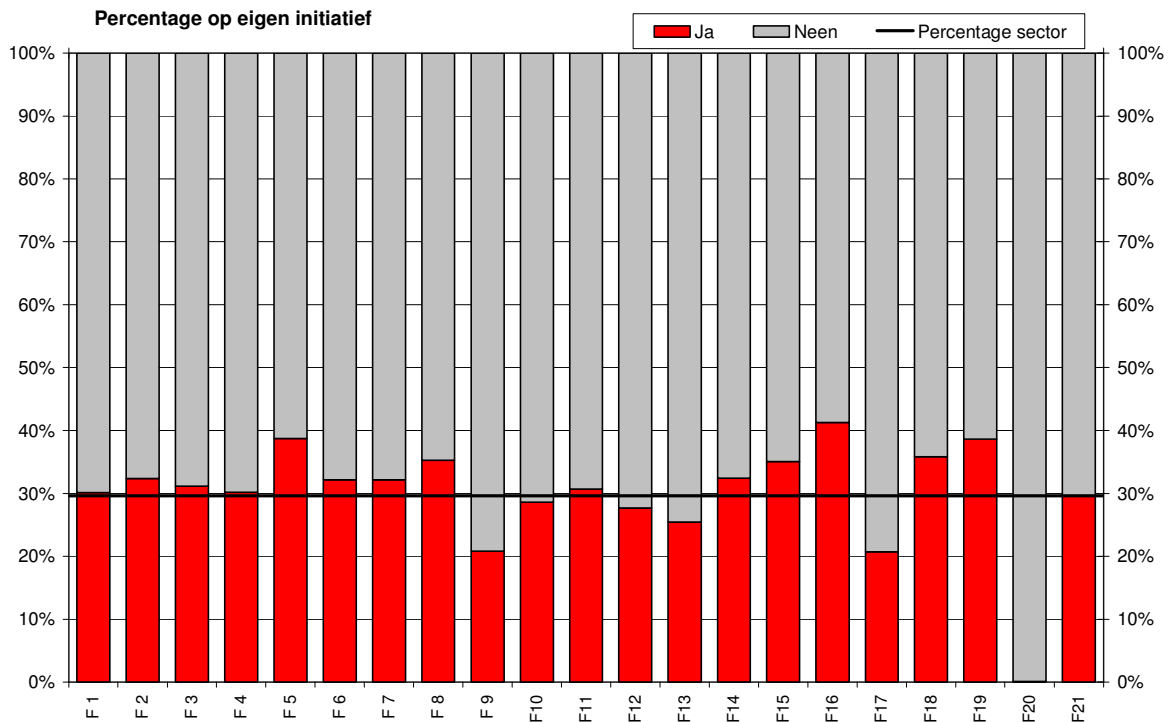
kwartiel 1	$p75 + 1,5 * (p75 - p25)$	$p25 - 1,5 * (p75 - p25)$
kwartiel 3	- mediaan	× gemiddelde
× max	× min	

Het aandeel patiënten dat op eigen initiatief in de CGG aanmeldt daalt. Het gemiddelde van 35 % in 2004 daalt tot 21 % in 2007. De verschillen tussen de CGG onderling, de spreiding, varieert. In 2004 was er een verschil van 18 % tussen het minimum (27 %) en het maximum (45 %), daar waar in 2007 er een verschil is van 22 % tussen minimum (11 %) en maximum (33 %). In 2005 en 2006 was er één centrum voor geestelijke gezondheidszorg waar er niemand op eigen initiatief kwam.

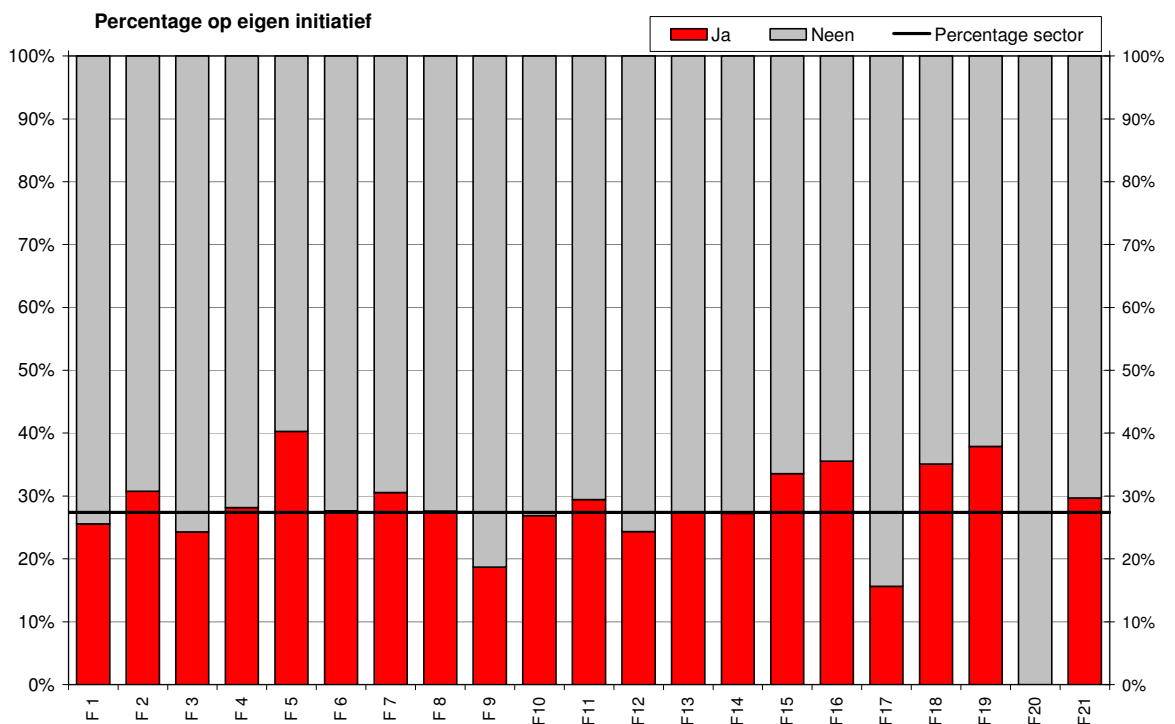
Het gemiddelde aandeel van patiënten op eigen initiatief in 2004 bedroeg 35 %.



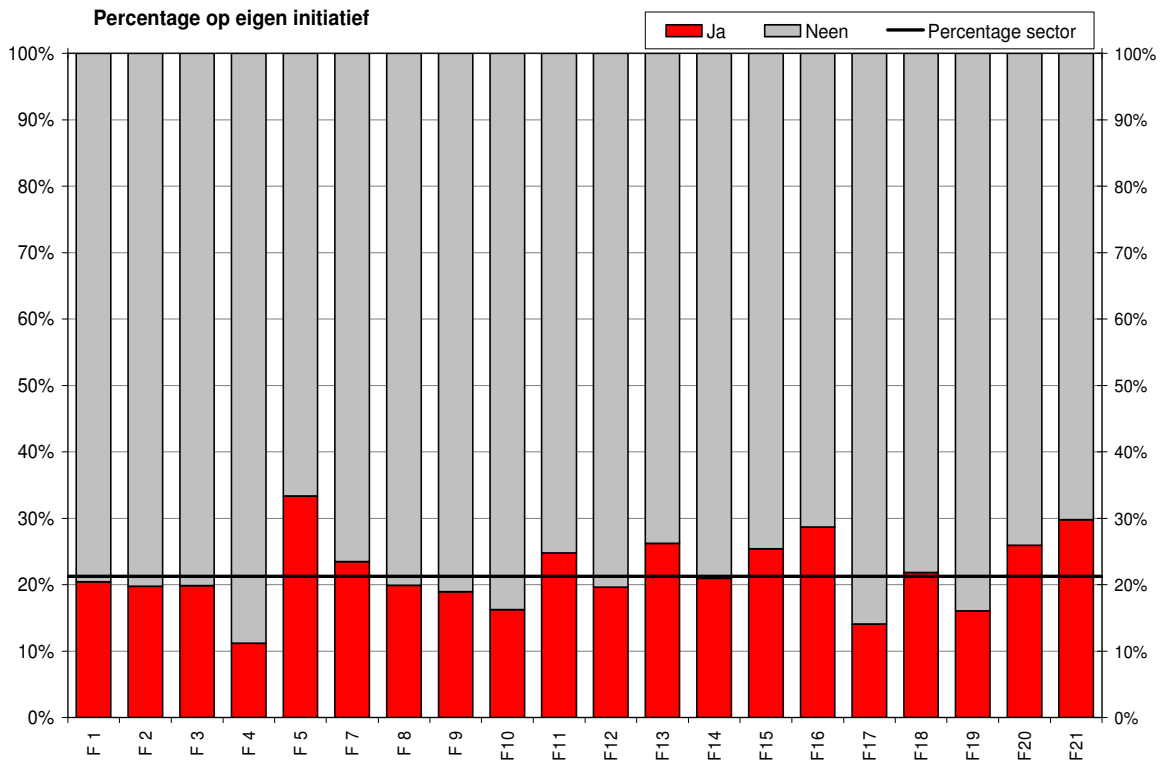
Het gemiddelde aandeel van patiënten op eigen initiatief in 2005 bedroeg 30 %.



Het gemiddelde aandeel van patiënten op eigen initiatief in 2006 bedroeg 27 %.



Het gemiddelde aandeel van patiënten op eigen initiatief in 2007 bedroeg 21 %.



## 2.2.Aantal afgesloten zorgperiodes met > 3 FTF contacten met DSM diagnose

Alle afgesloten zorgperiodes

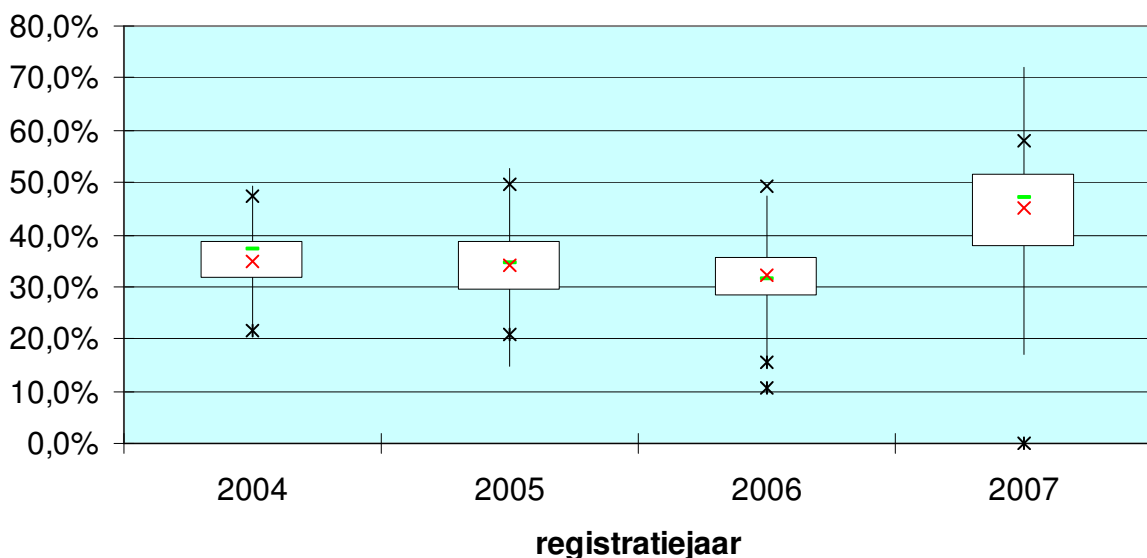
DSM staat voor **D**agnosis and **S**tatistical **M**anual (of Mental Disorders). Dit handboek bevat de, op systematische en gestandaardiseerde wijze verzamelde, definities van psychiatrische aandoeningen ontwikkeld door de American Psychiatric Association. DSM diagnose is een diagnose gesteld op basis van dit handboek.

Wie zich op de tweede lijn positioneert, heeft een specialistisch aanbod dat vooral op zwaardere problematieken georiënteerd is. Het aantal contacten tussen cliënt en therapeut en het stellen van een diagnose zijn hiervoor een aanduiding.

Deze indicator geeft het aandeel weer van de cliënten in een CGG met minimum 4 contacten én met diagnose. Enkel de afgesloten zorgperiodes werden in aanmerking genomen.

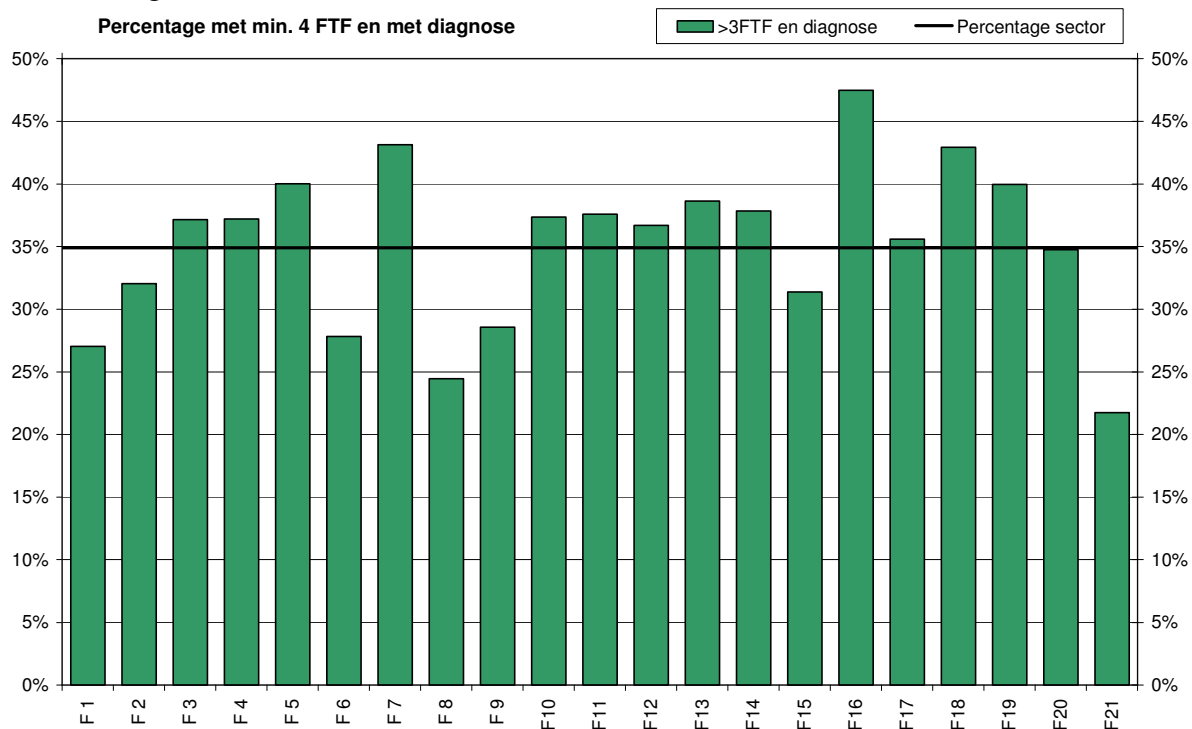
Het aandeel langdurige en specialistische behandeling in de CGG – populatie stijgt in 2007. Het gemiddelde van 34,9 % in 2004 stijgt tot 45,3 % in 2007. De verschillen tussen de centra onderling nemen toe. In 2004 was er een verschil van 26 % tussen maximum (48 %) en minimum (22 %). Dit verschil stijgt naar 58 % in 2007.

### Aandeel met 4 FTF en met diagnose

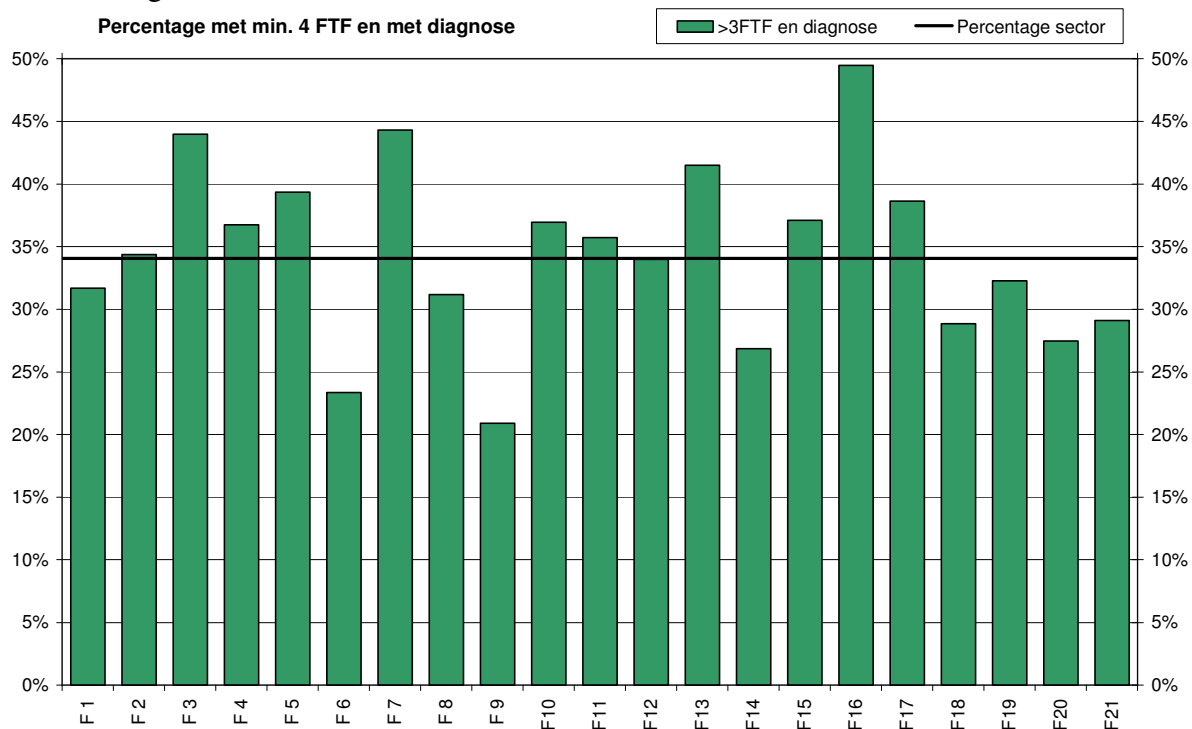


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	- mediaan	× gemiddelde
× max	× min	× buitenwaarde

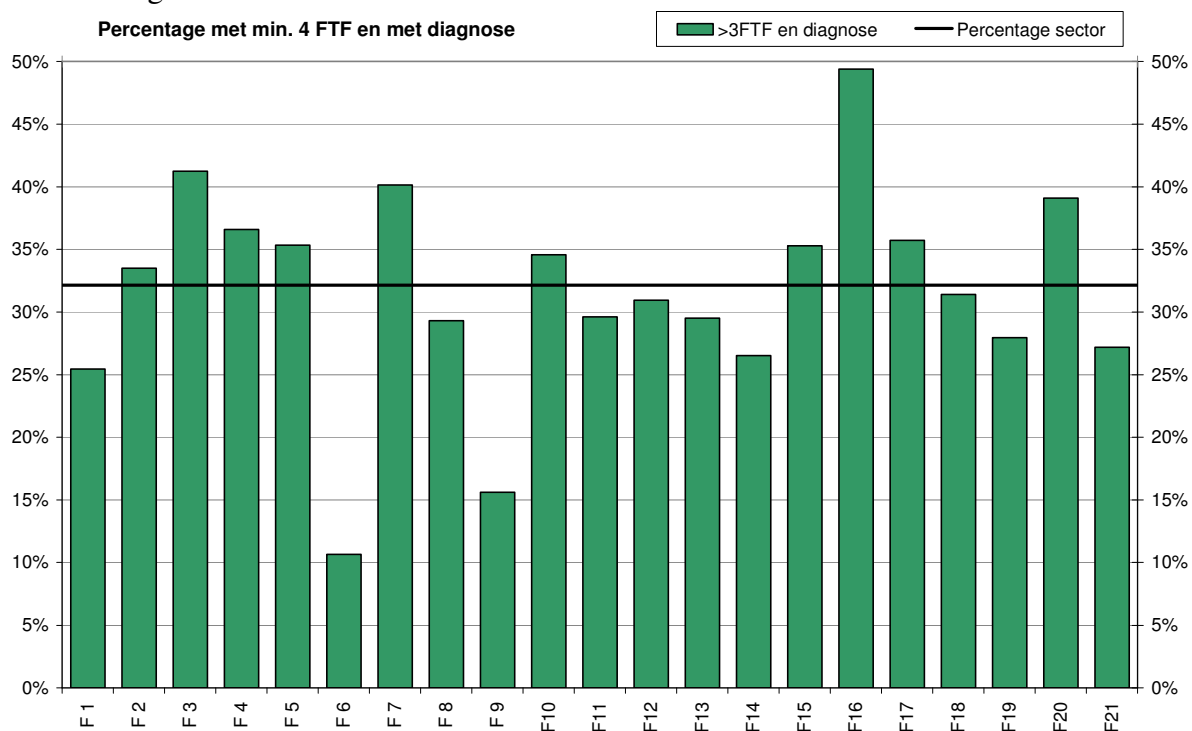
Het gemiddelde aandeel langdurige en specialistische behandeling in de CGG – populatie in 2004 bedroeg 35 %.



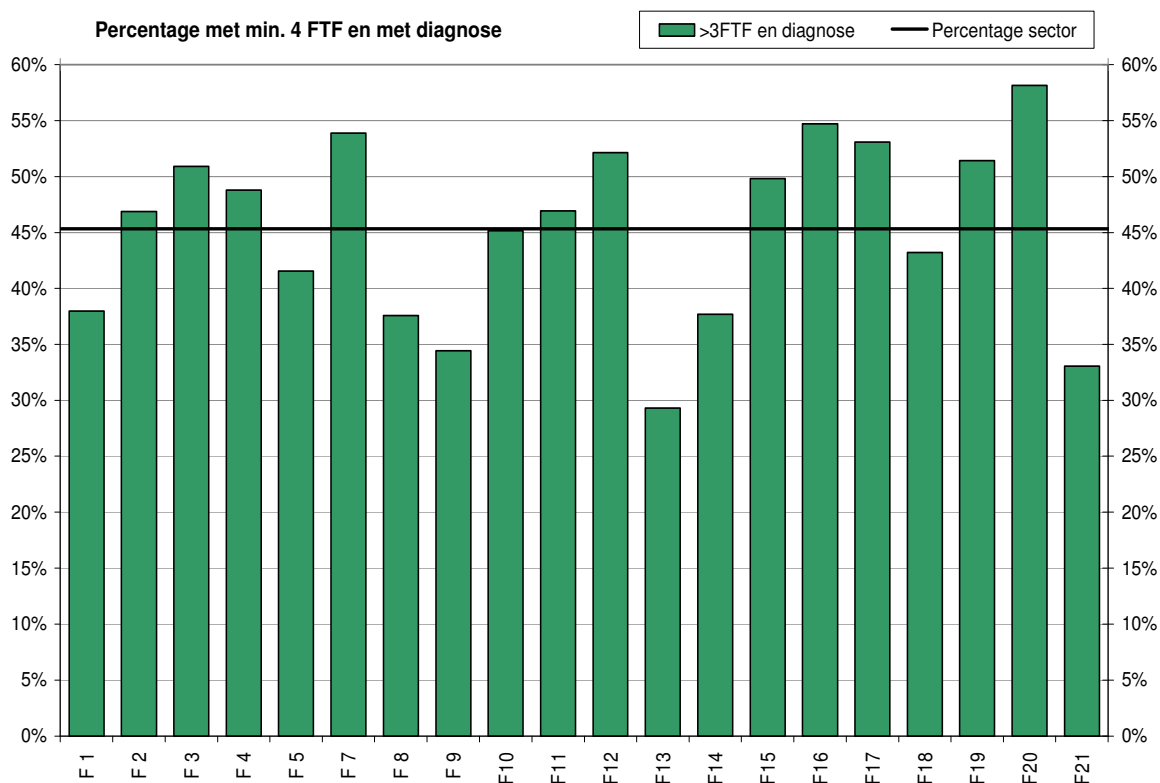
Het gemiddelde aandeel langdurige en specialistische behandeling in de CGG – populatie in 2005 bedroeg 34 %.



Het gemiddelde aandeel langdurige en specialistische behandeling in de CGG – populatie in 2006 bedroeg 32 %.



Het gemiddelde aandeel langdurige en specialistische behandeling in de CGG – populatie in 2007 bedroeg 45 %.



1.



### 2.3. Aantal afgesloten zorgperiodes met < 4 FTF die werden doorverwezen naar andere zorgactoren (gezondheidszorg of andere sector)

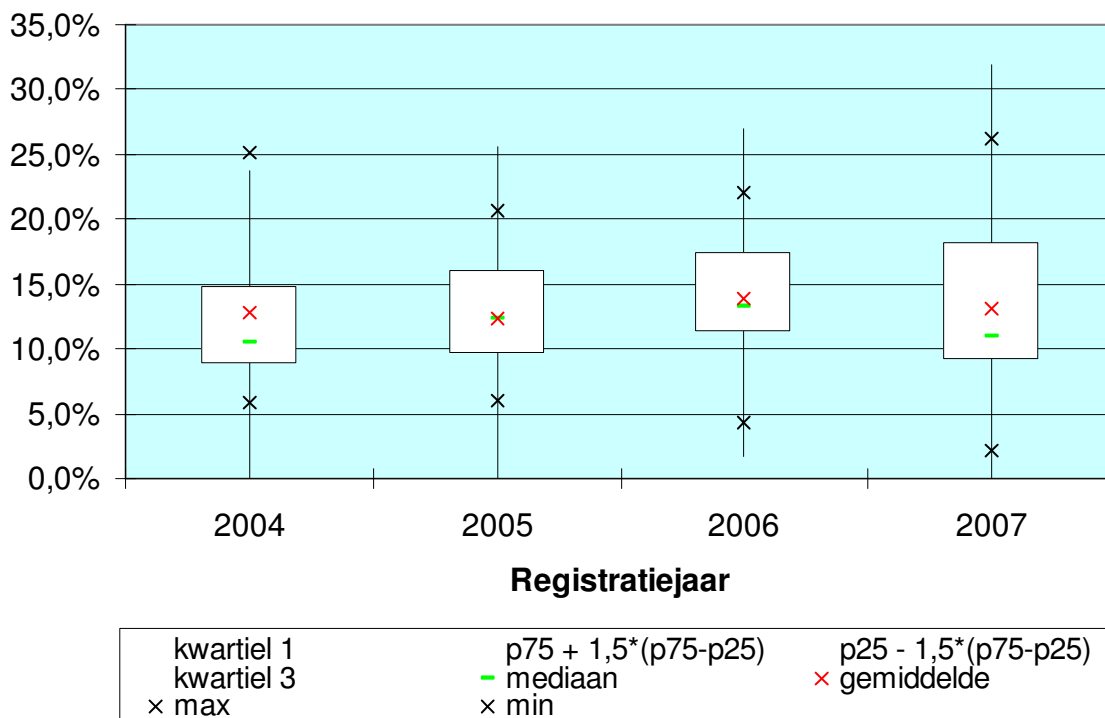
-----  
Alle afgesloten zorgperiodes

Andere zorgactoren: alle voorzieningen in de beleidsvelden gezondheid, welzijnszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, bijzondere jeugdbijstand en kind- en jeugdzorg (niet de justitiële zorg).

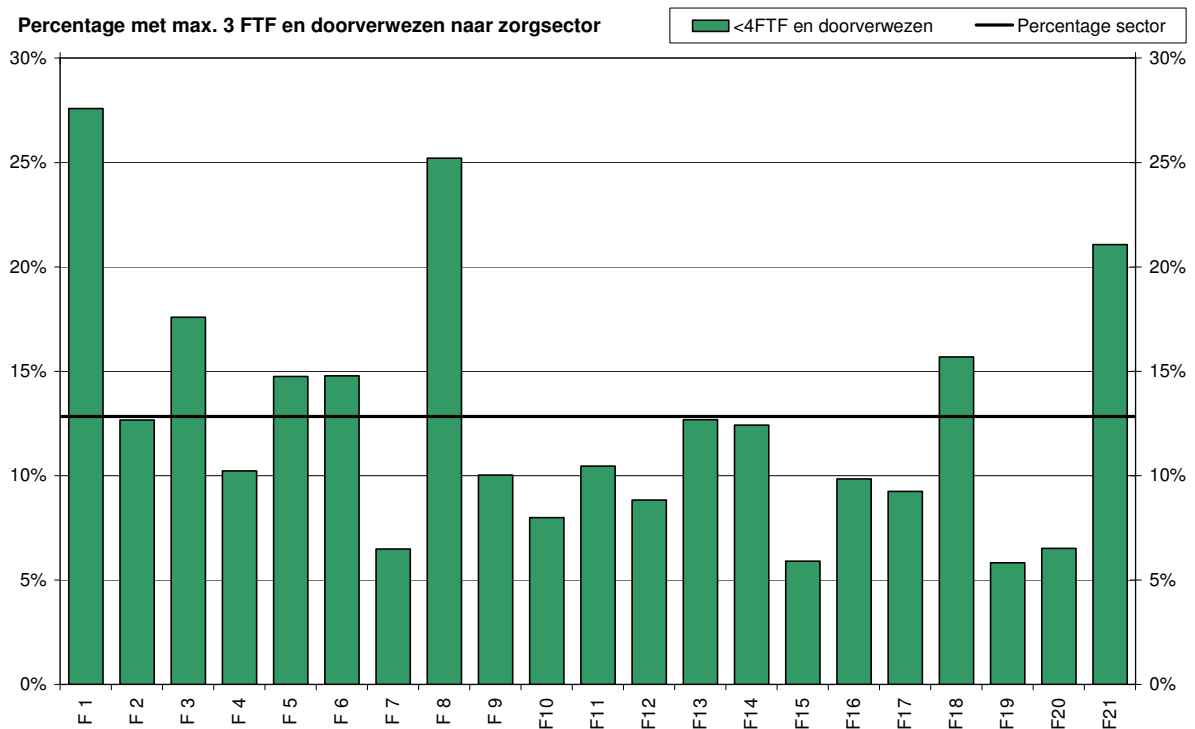
Deze indicator geeft het aandeel patiënten met korte behandeling en doorverwijzing weer.

Het aandeel patiënten met korte behandeling en doorverwijzing blijft gedurende de registratieperiode ongeveer stabiel. Het gemiddelde van 12,8 % in 2004 stijgt lichtjes naar 13,1 % in 2007. De spreiding tussen de centra onderling neemt toe: een verschil van 19,2 % tussen maximum (25 %) in 2004 en minimum (5,8 %) stijgt naar een verschil van 24 % in 2007.

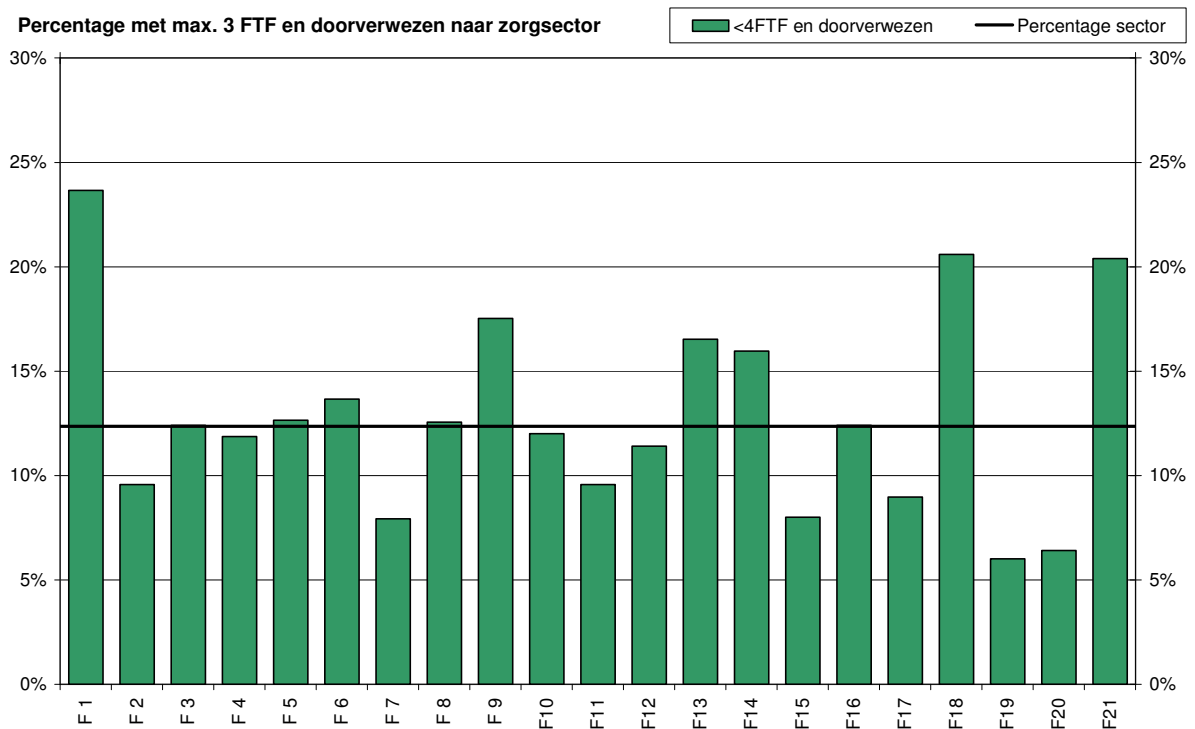
## Maximum 3 FTF en doorverwezen



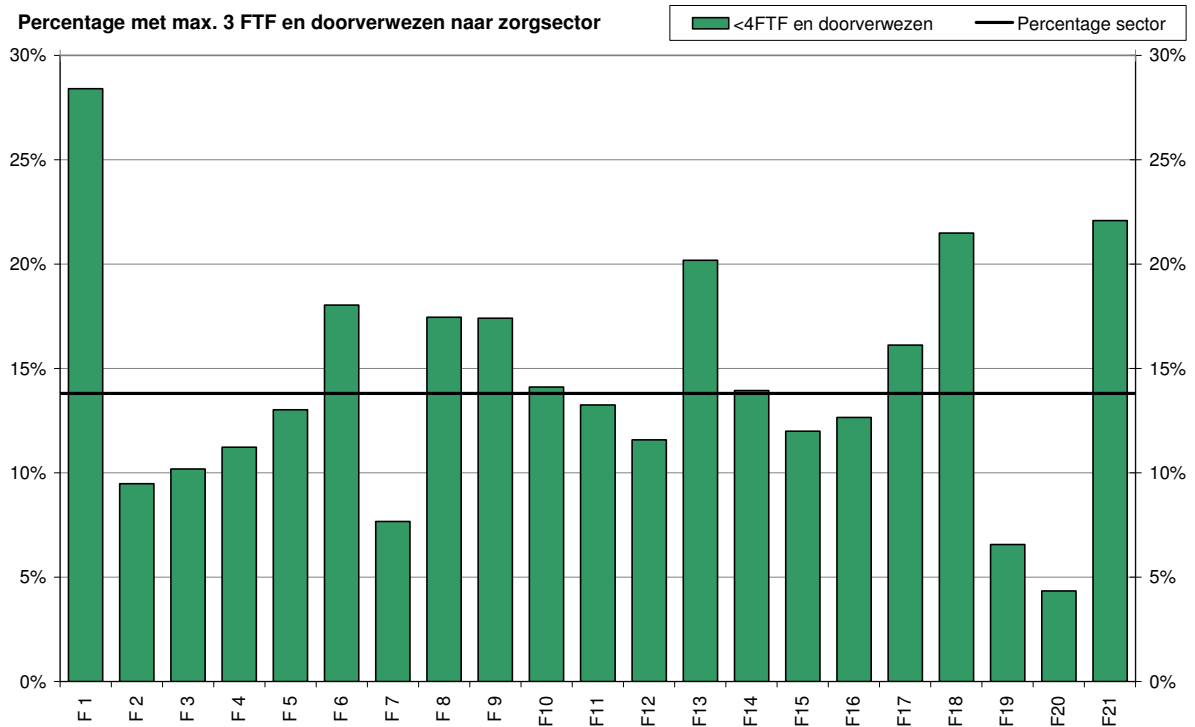
Het gemiddelde aandeel met korte behandeling en doorverwijzing in de CGG – populatie in 2004 bedroeg 12,8 %.



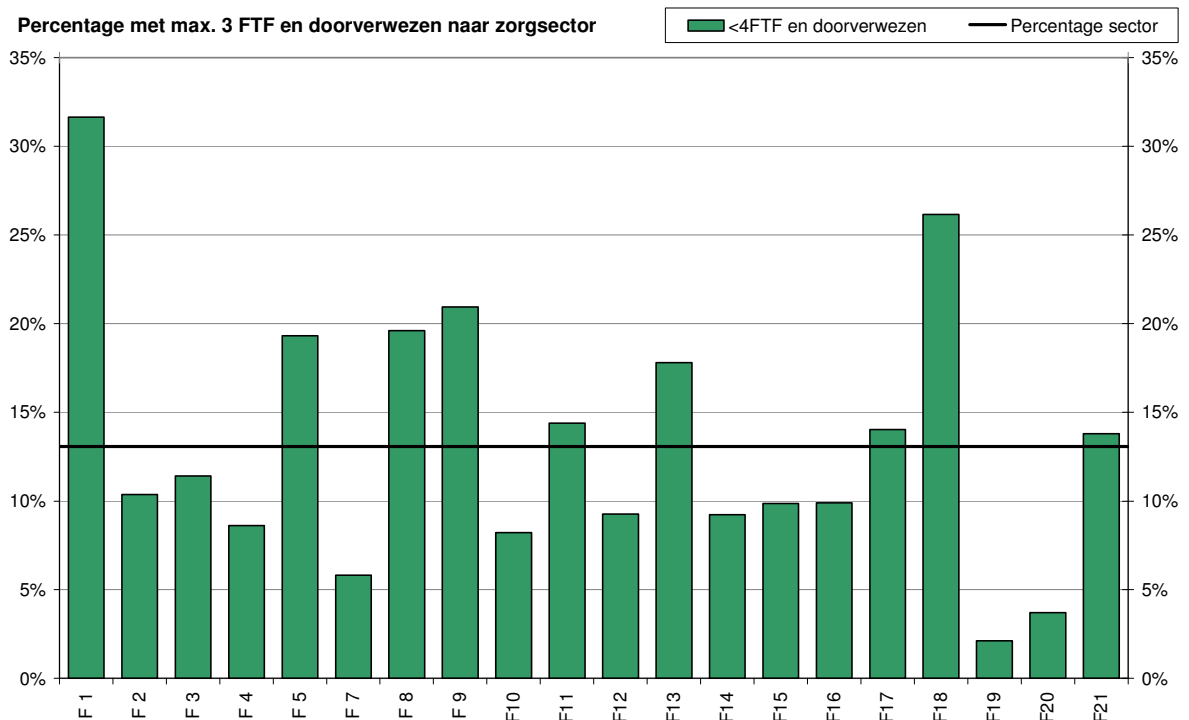
Het gemiddelde aandeel met korte behandeling en doorverwijzing in de CGG – populatie in 2005 bedroeg 12,4 %.



Het gemiddelde aandeel met korte behandeling en doorverwijzing in de CGG – populatie in 2006 bedroeg 13,8 %.



Het gemiddelde aandeel met korte behandeling en doorverwijzing in de CGG – populatie in 2007 bedroeg 13,1 %.



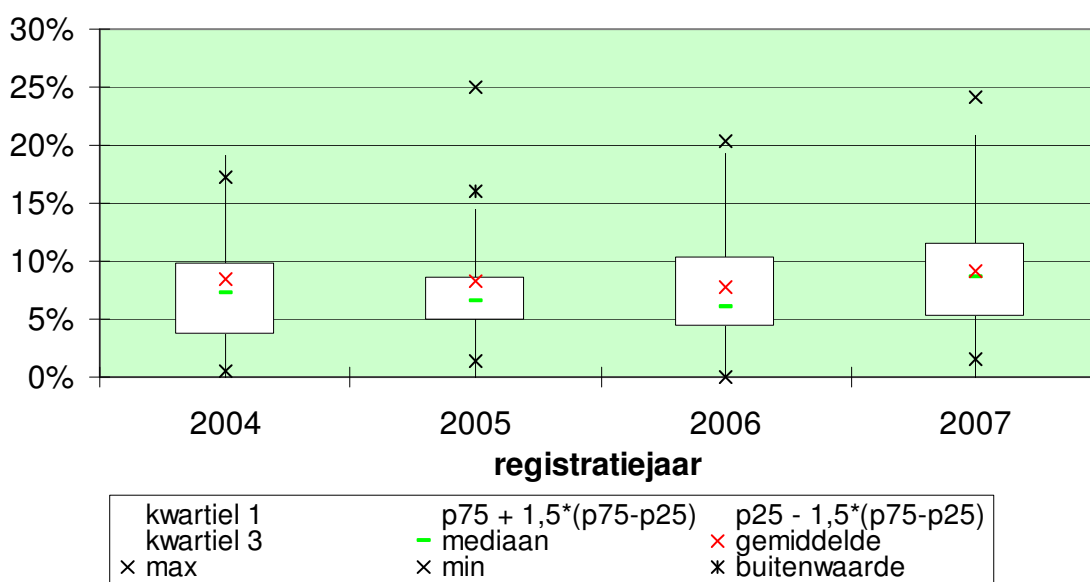
Aantal afgesloten zorgperiodes in jaar x met minimum 2 FTF met minstens 1 psychiater

-----  
Alle afgesloten zorgperiodes in hetzelfde jaar

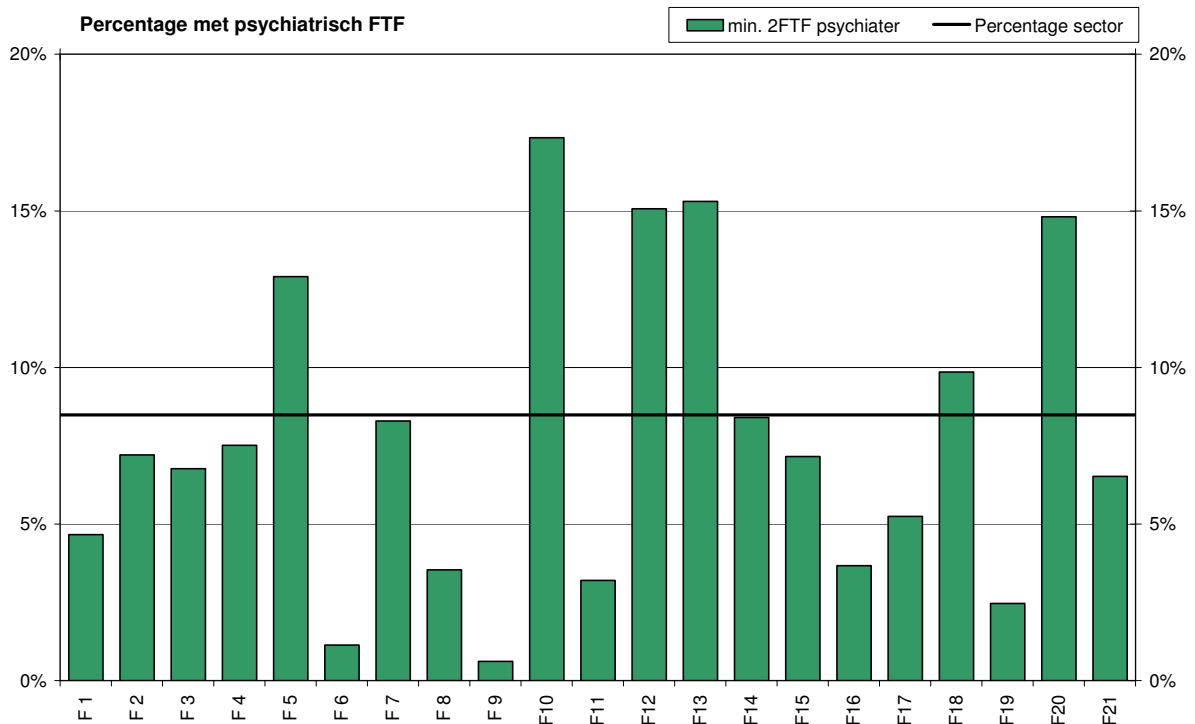
Psychiatrische consulten tonen het specialistische karakter van een CGG aan. Daarom is het aandeel van het aantal zorgperiodes in een CGG met minstens één psychiatrisch consult een indicator voor dat specialistische karakter.

Het aandeel patiënten met minstens 2 FTF met psychiater blijft gedurende de registratieperiode ongeveer stabiel, met een gemiddelde van 9 %. De spreiding tussen de centra onderling neemt toe: een verschil van 16 % tussen maximum (17 %) in 2004 en minimum (1 %) stijgt naar een verschil van 22 % tussen maximum (24 %) en minimum (2 %) in 2007.

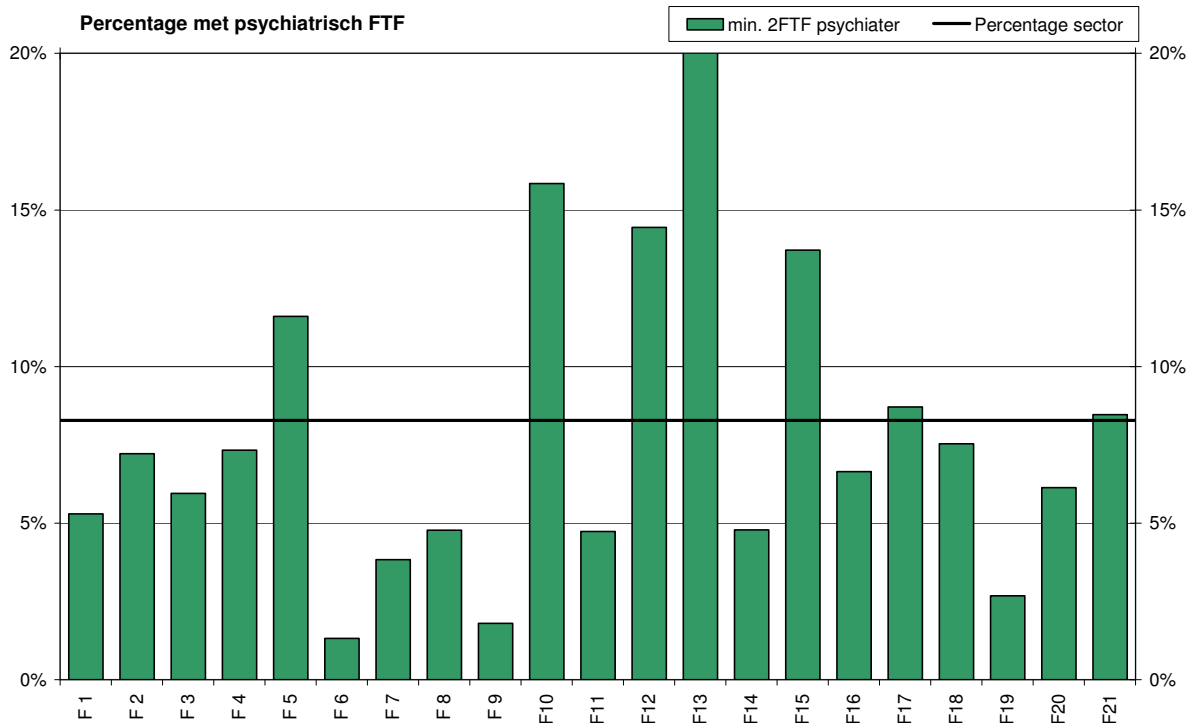
## Minimum 2 FTF psychiater



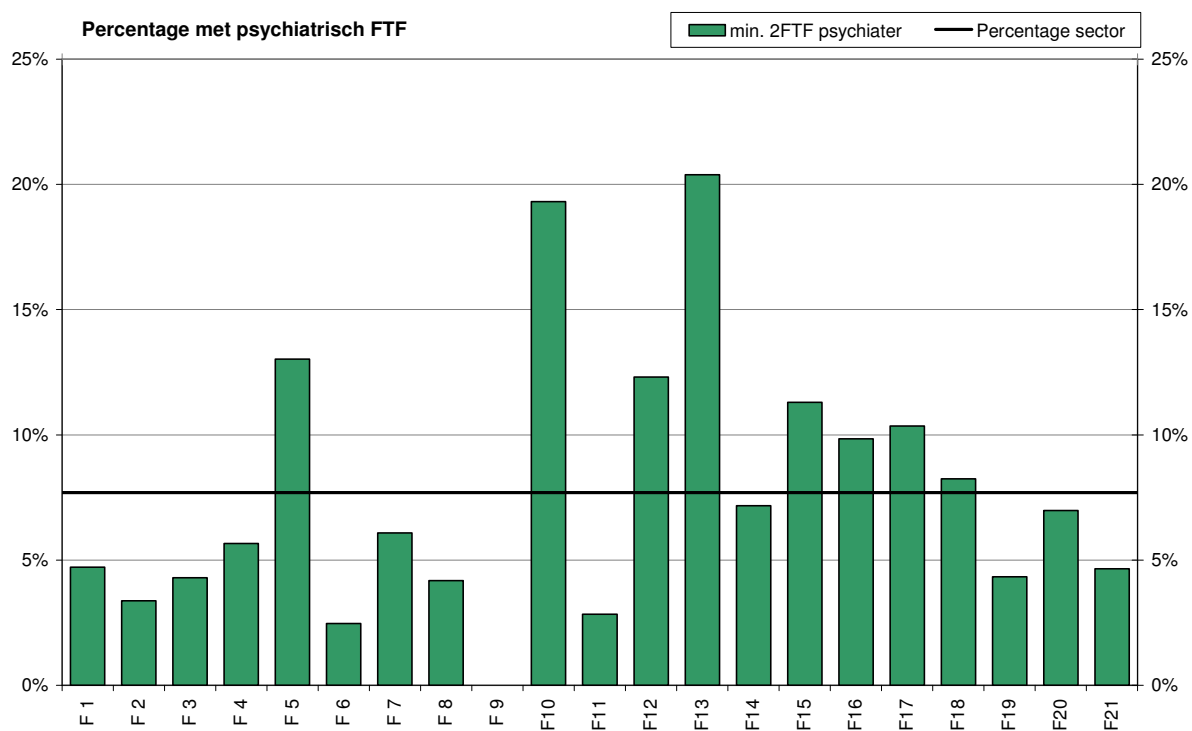
Het gemiddelde aandeel patiënten met minstens 2 FTF met psychiater bedroeg 9 % in 2004.



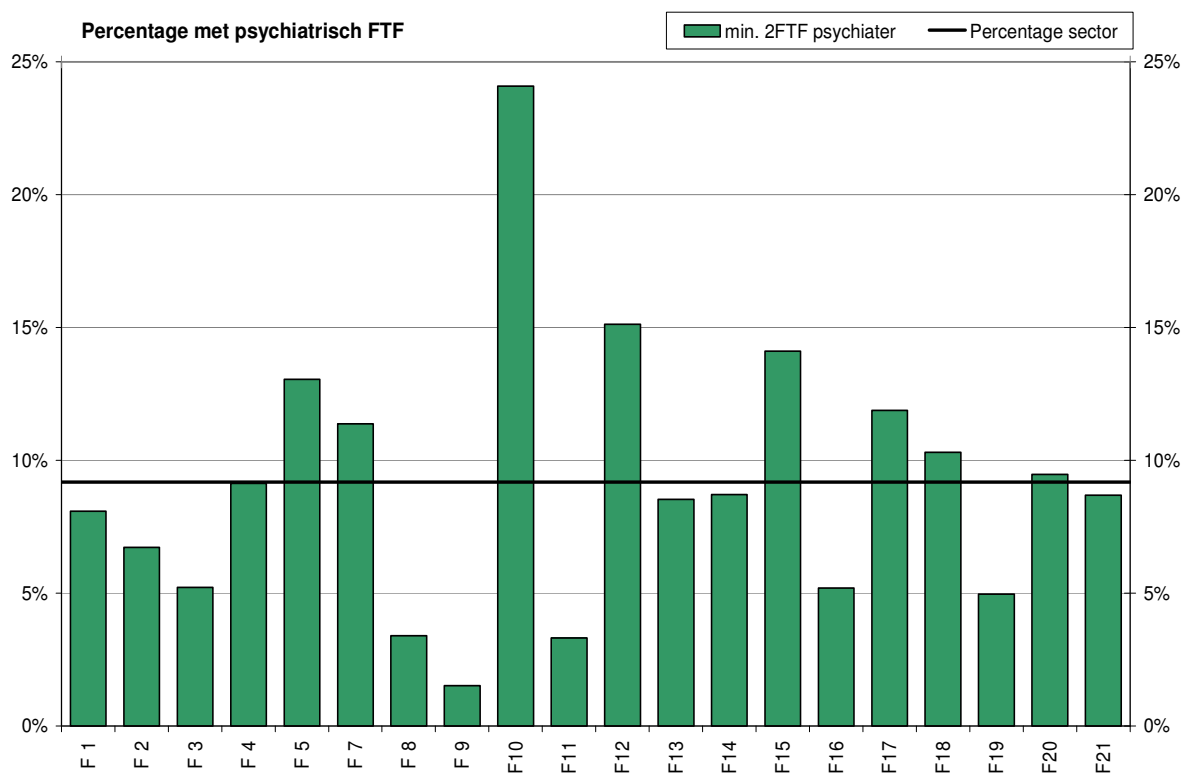
Het gemiddelde aandeel patiënten met minstens 2 FTF met psychiater bedroeg 8 % in 2005.



Het gemiddelde aandeel patiënten met minstens 2 FTF met psychiater bedroeg 8 % in 2006.



Het gemiddelde aandeel patiënten met minstens 2 FTF met psychiater bedroeg 9 % in 2007.



### 3. Een CGG schenkt uitdrukkelijke aandacht aan kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen

#### 3.1. Procentueel aandeel van deze doelgroep in het CGG

---

#### Procentueel aandeel van deze doelgroep in het werkgebied van het CGG

Bij het bepalen van de sociaal en financieel zwakkeren (18 – 59 jarigen) werd rekening gehouden met volgende kenmerken:

Opleiding: max. lager onderwijs, deeltijds onderwijs, leercontract of onbekend

Inkomsten: vervangingsinkomen of onbekend

Leefsituatie: alleen, pleeggezin, jeugdhulpverlening of therapie, onbekend

Burgerlijke staat: alleenstaand, gescheiden, onbekend

Beroep: niet-actief, ongeschoolde arbeider, onbekend

In deze indicator wordt nagegaan wat het aandeel van jongeren en ouderen binnen een CGG is in vergelijking met het aandeel van jongeren en ouderen in het werkgebied van het CGG.

Jongeren = < 18 jaar

Ouderen = > 59 jaar

Verhoudingen van percentages (odds ratio's = OR) worden uitgetekend op een logaritmische schaal.

Een logaritmische schaal leest u zo:

Al wat gelijk is aan het aandeel in de sector, is gelijk aan 1

Al wat groter is dan het aandeel in de sector, is groter dan 1

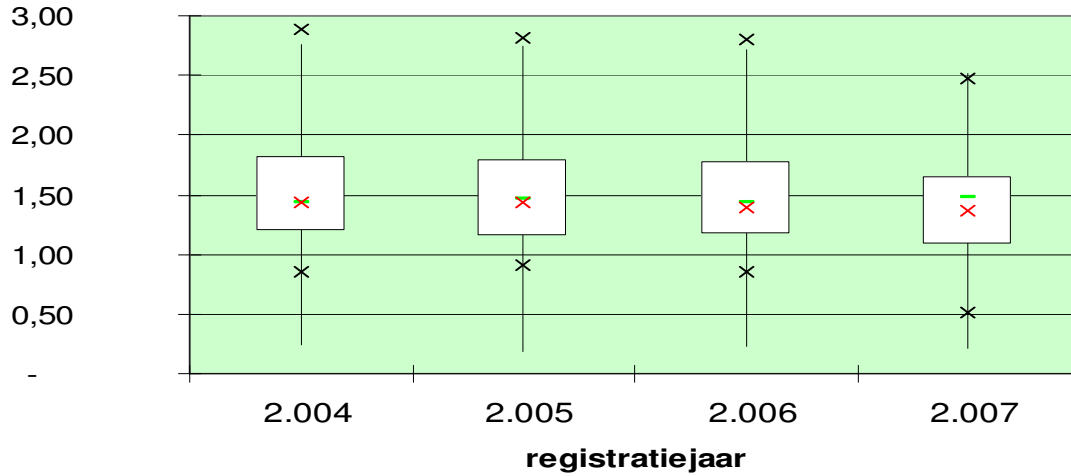
Al wat kleiner is dan het aandeel in de sector, is kleiner dan 1

Indien het aandeel 10 keer groter is dan dat van de sector, krijgt de verhouding de waarde 10.

Indien het aandeel 10 keer kleiner is dan dat van de sector, krijgt de verhouding de waarde 0.1, namelijk 1/10.

In de CGG worden gemiddeld 1,5 keer zoveel jongeren gezien als er jongeren zijn in de populatie. Deze ratio blijft stabiel gedurende de registratieperiode. Ook de verschillen tussen de centra onderling (spreiding) blijven quasi gelijk. Het verschil tussen de maximum OR (2,88) en de minimum OR (0,86) bedraagt 2,02 in 2004. In 2007 bedraagt dit verschil 1,97.

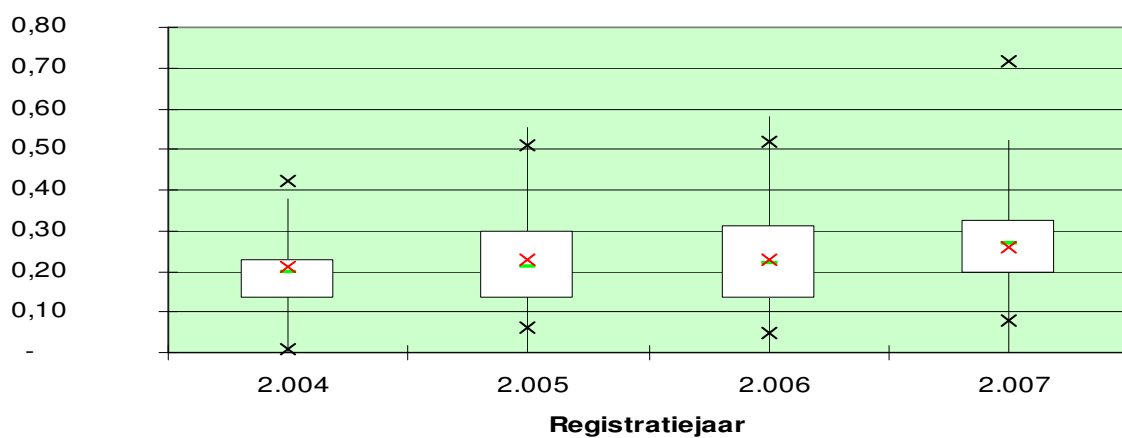
## OR jongeren



kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	- mediaan	× gemiddelde
× max	× min	

In de CGG worden gemiddeld 5 keer minder ouderen gezien als er ouderen zijn in de populatie. Deze ratio stijgt lichtjes gedurende de registratieperiode. In 2007 worden gemiddeld nog 4 keer minder ouderen gezien als er ouderen zijn in de populatie. De verschillen tussen de centra onderling (spreiding) neemt toe. Het verschil tussen de maximum OR (0,42) en de minimum OR (0,01) bedraagt 0,41 in 2004. In 2007 bedraagt dit verschil 0,64.

## OR Ouderen

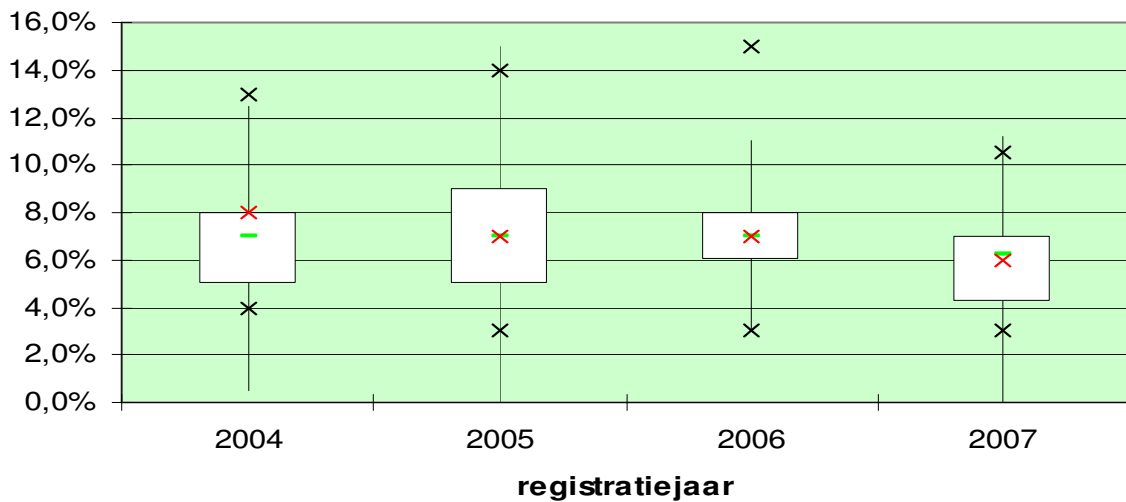


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	- mediaan	× gemiddelde
× max	× min	



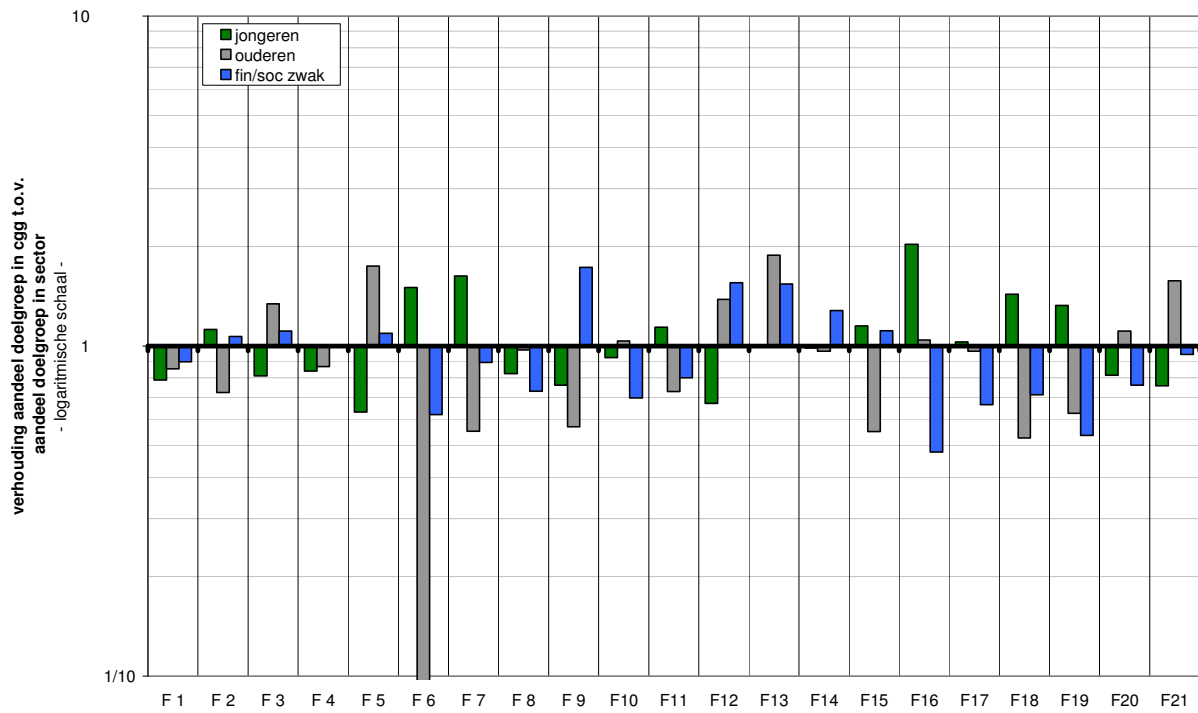
Het gemiddeld procentuele aandeel financieel of sociaal zwakkere cliënten neemt af. Het gemiddelde aandeel financieel / sociaal zwakkere personen in 2004 bedraagt 8 %, t.o.v. 6 % in 2007. De verschillen tussen de centra onderling (spreiding) neemt af. Het verschil tussen het maximum (13 %) en het minimum (4 %) bedraagt 9 % in 2004. In 2007 bedraagt dit verschil 7,5 %, met een maximum van 10,5 % en een minimum van 3,0 %.

### Financieel / Sociaal zwakkere

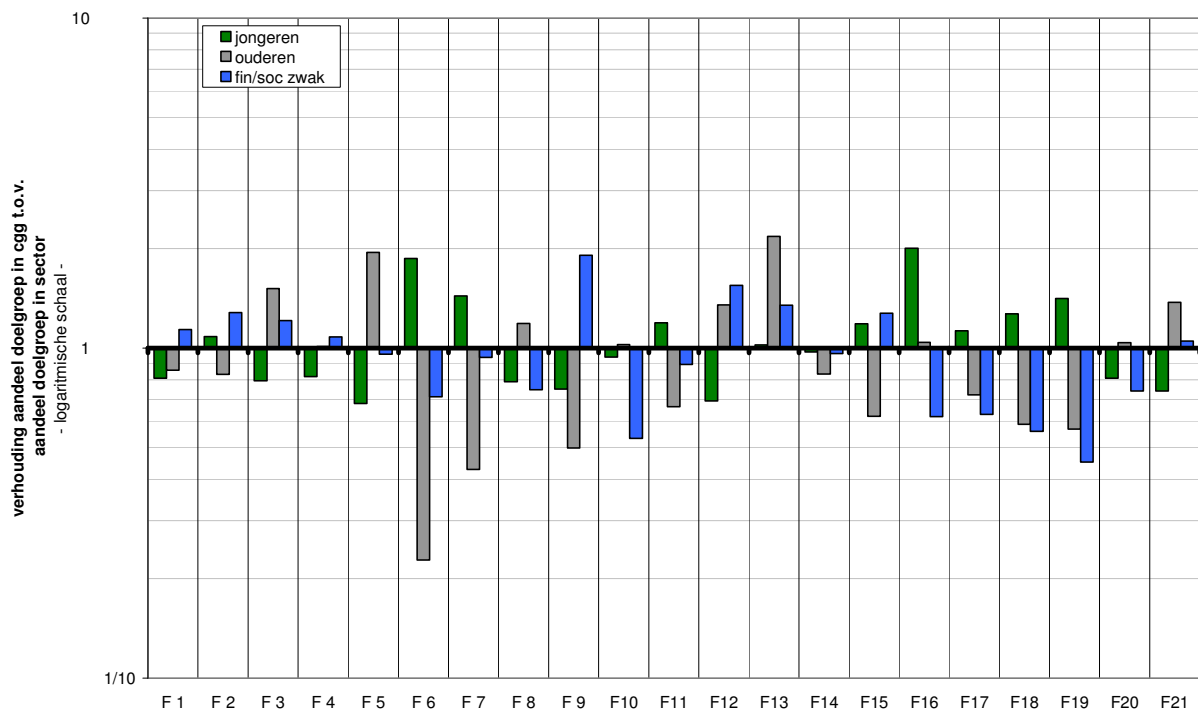


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	— mediaan	× gemiddelde
× max	× min	

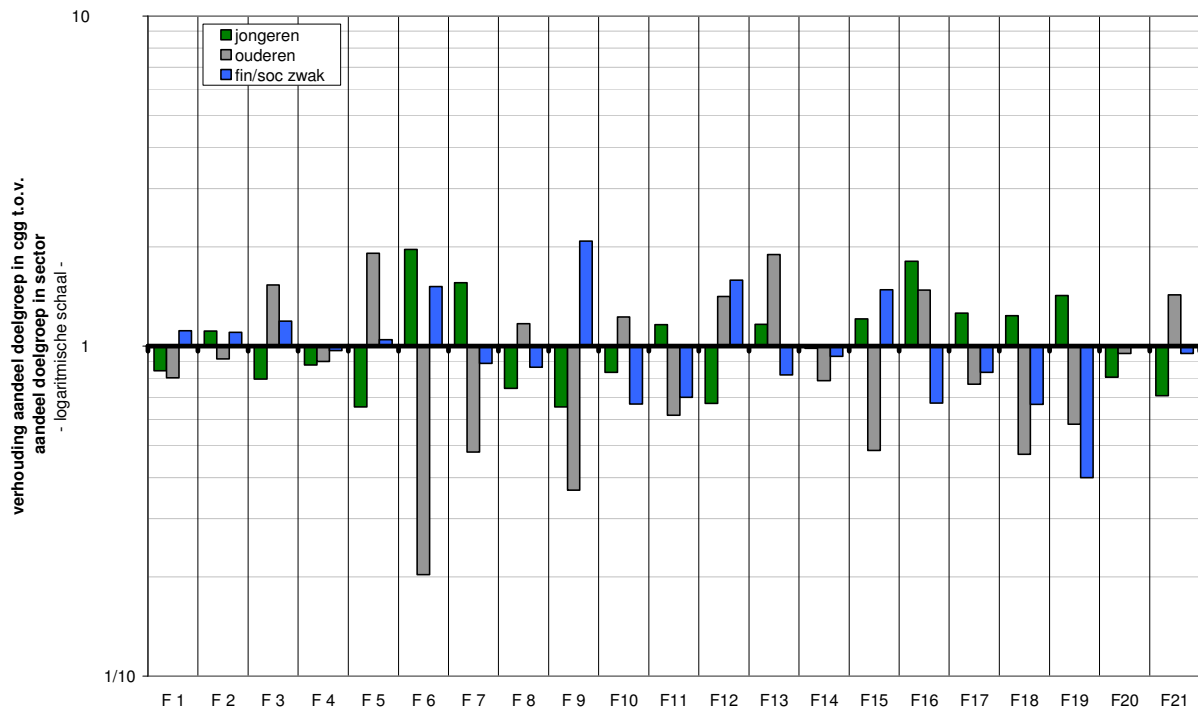
De Odds Ratio's van de individuele centra voor 2004 worden hieronder weergegeven:



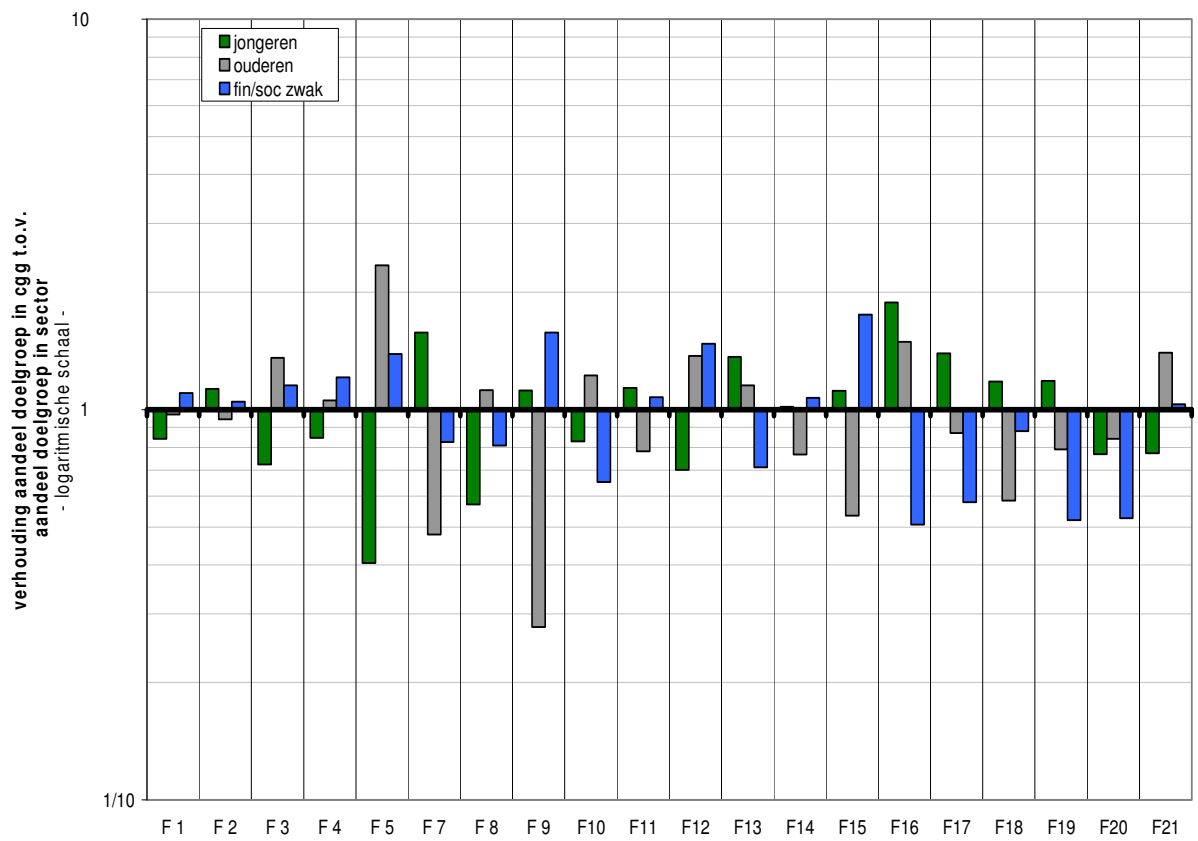
De Odds Ratio's van de individuele centra voor 2005 worden hieronder weergegeven:



De Odds Ratio's van de individuele centra voor 2006 worden hieronder weergegeven:



De Odds Ratio's van de individuele centra voor 2007 worden hieronder weergegeven:



#### 4. Het psychisch evenwicht van CGG – patiënten wordt hersteld of de psychische stoornissen worden draaglijk gemaakt voor patiënt en omgeving

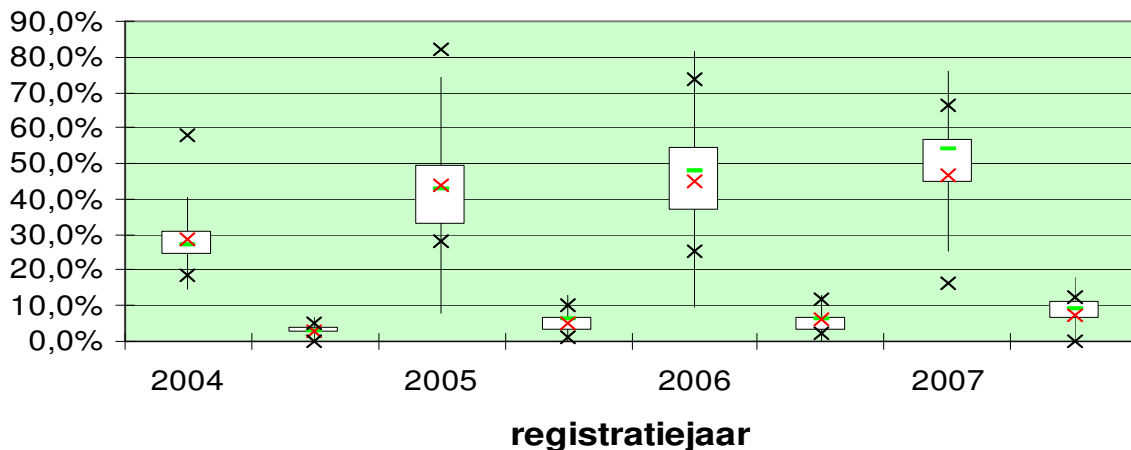
##### 4.1. Procentueel aandeel van de tewerkstellingstijd in een CGG die naar directe patiëntencontacten gaat

Bij het uitwerken van deze indicator is ervan uitgegaan dat directe cliëntencontacten een gunstige invloed hebben op de geestelijke gezondheid van de cliënt. Bijgevolg kan het percentage tewerkstellingstijd dat naar persoonlijke contacten met de cliënt gaat, een indicatie zijn van de mate waarin een centrum bijdraagt tot het herstellen van het psychische evenwicht van de cliënt of tot het draaglijk maken van de psychische stoornissen voor cliënt en omgeving.

De gemiddelde tijd die voorzien wordt voor direct patiëntencontact in de CGG – sector neemt toe. Gemiddeld werd in 2004 28,6 % van de werktijd voorzien voor direct patiëntencontact, t.o.v. gemiddeld 46,9 % in 2007. Echter, het gemiddelde aantal contacten dat door de patiënt geannuleerd wordt neemt gedurende de registratieperiode ook toe, van gemiddeld 3 % in 2004 tot 7,6 % in 2007.

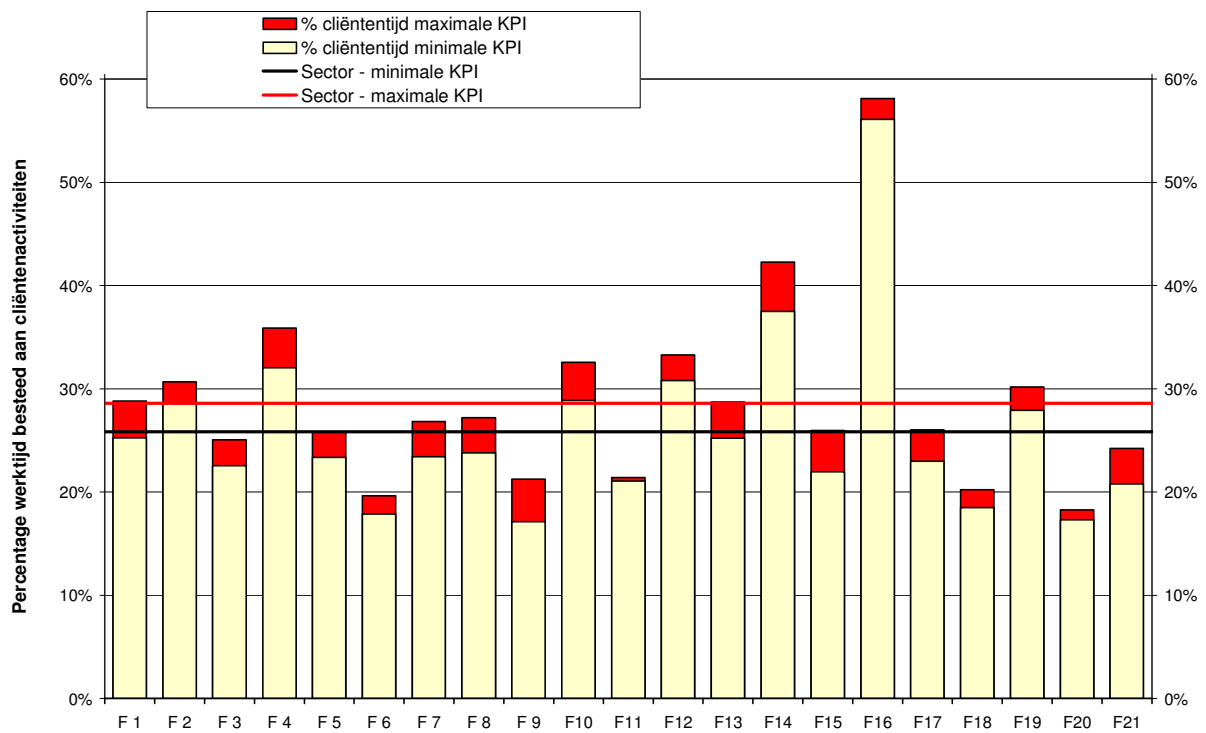
De verschillen tussen de verschillende centra nemen gedurende de registratieperiode toe. Het verschil tussen maximum aandeel van de werktijd voor directe patiëntencontacten (58,1 %) en het minimum (18,3 %) bedraagt 39,8 % in 2004, t.o.v. een verschil van 50,5 % in 2007.

#### Percentage cliëntentijd

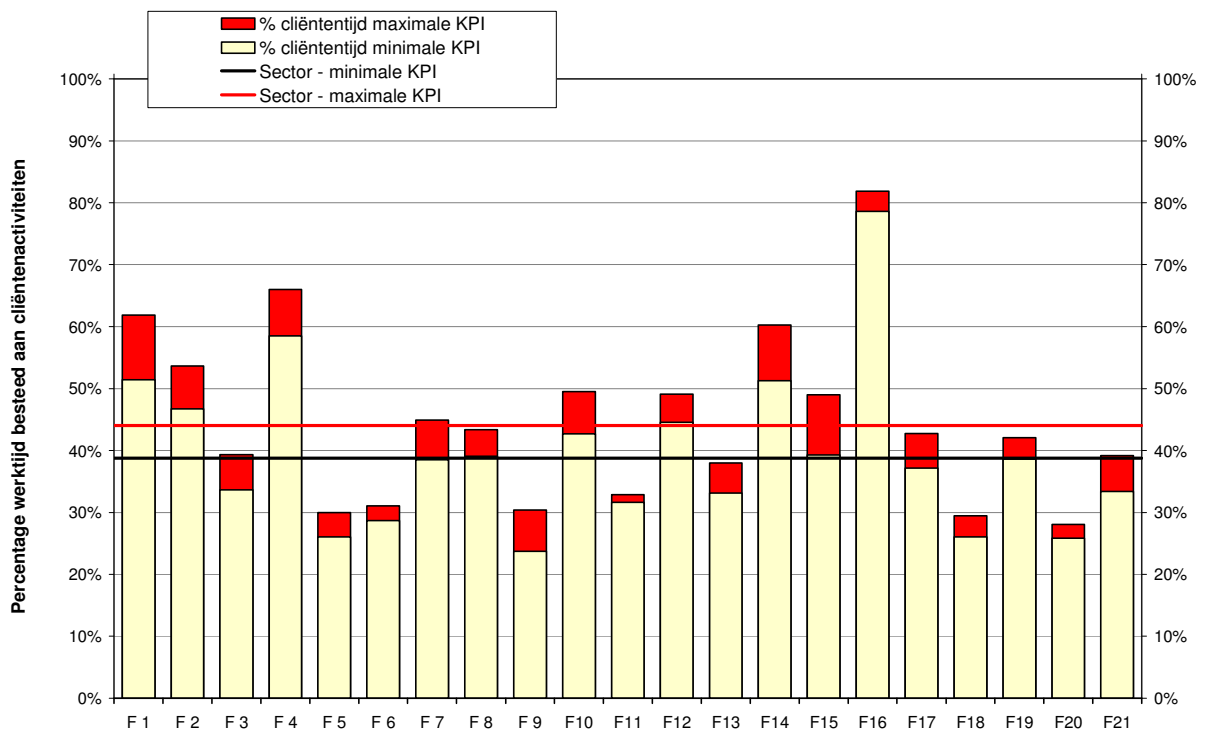


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	— mediaan	× gemiddelde
× max	× min	

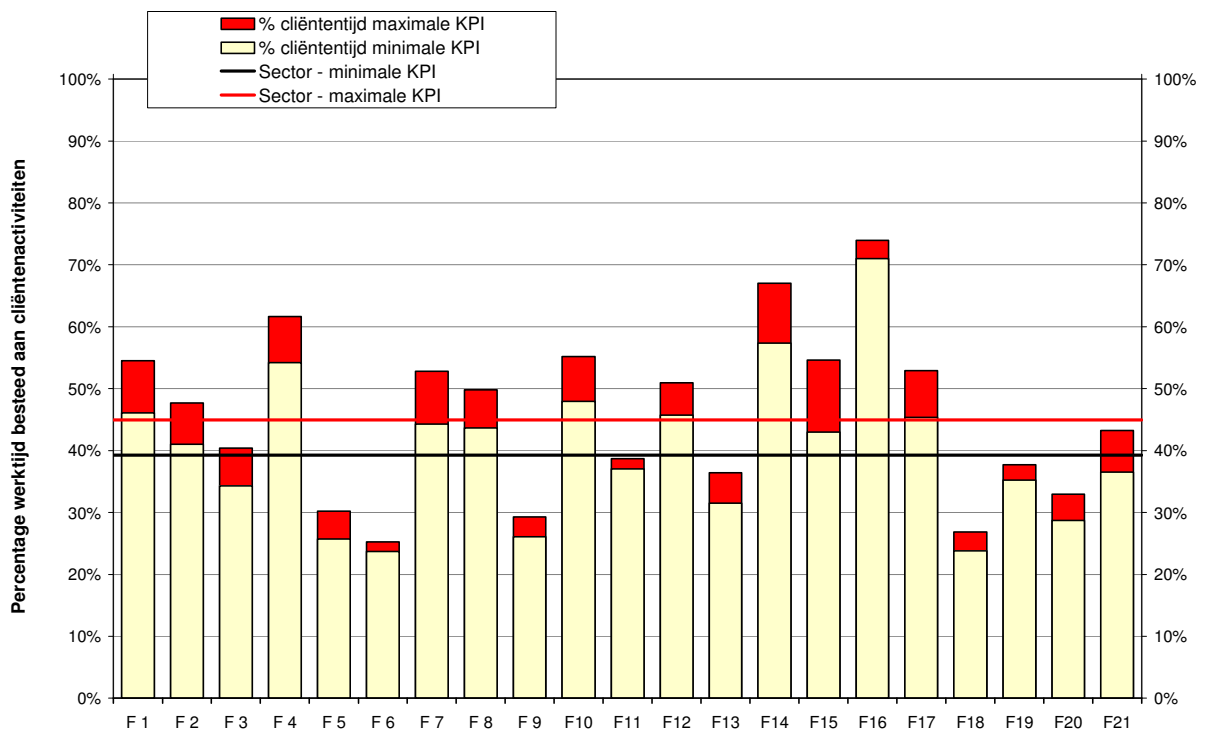
In 2004 werd 28,6% van de tewerkstellingstijd gepland voor directe cliëntencontacten, waarvan ongeveer 90% gerealiseerd werd. Dit wil zeggen dat 25,8% van de tewerkstellingstijd effectief naar direct cliëntencontact ging.



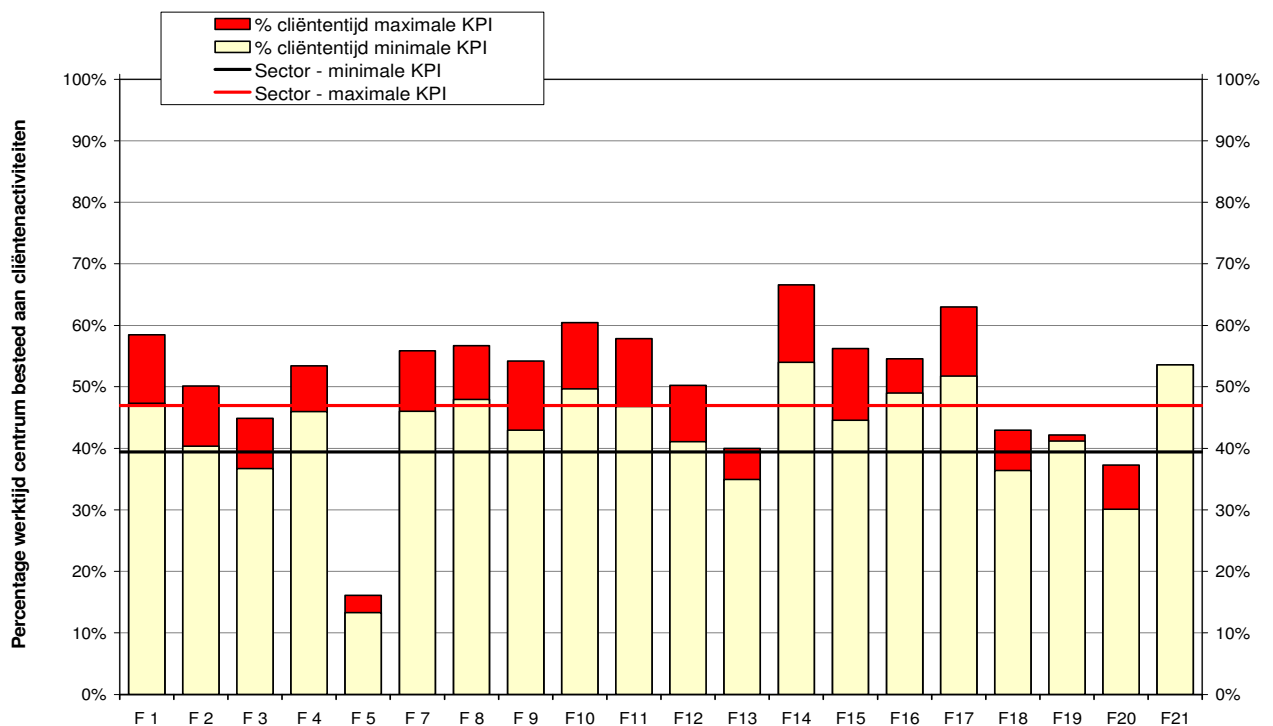
In 2005 werd 44,0% van de tewerkstellingstijd gepland voor directe cliëntencontacten, waarvan ongeveer 88 % gerealiseerd werd. Dit wil zeggen dat 38,8 % van de tewerkstellingstijd effectief naar direct cliëntencontact ging.



In 2006 werd 44,9% van de tewerkstellingstijd gepland voor directe cliëntencontacten, waarvan ongeveer 87 % gerealiseerd werd. Dit wil zeggen dat 39,2 % van de tewerkstellingstijd effectief naar direct cliëntencontact ging.



In 2007 werd 46,9% van de tewerkstellingstijd gepland voor directe cliëntencontacten, waarvan ongeveer 84 % gerealiseerd werd. Dit wil zeggen dat 39,4 % van de tewerkstellingstijd effectief naar direct cliëntencontact ging.



## 5. Het aantal vroegtijdige, eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan vier sessies beperken

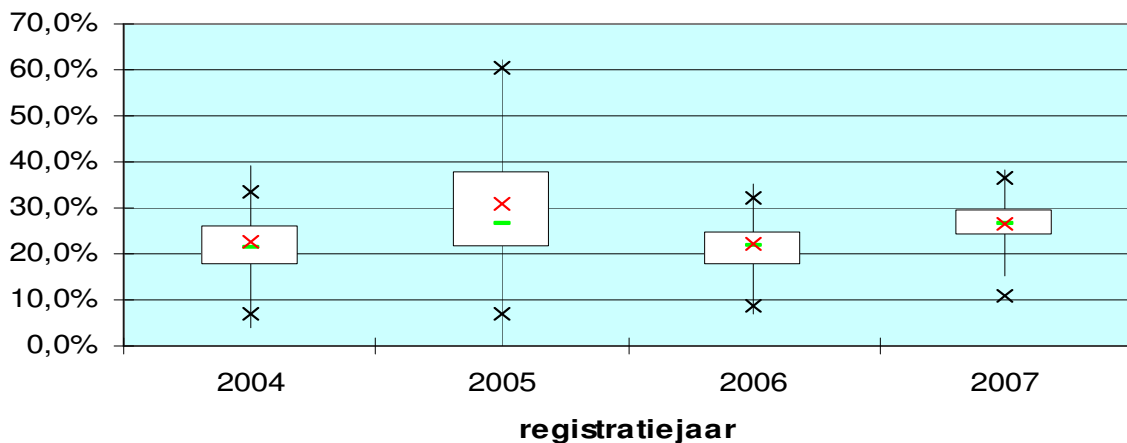
### 5.1. Zorgperiodes met FTF > 4 die vroegtijdig en eenzijdig afbreken

Totaal aantal zorgperiodes met FTF > 4

Vroegtijdige en éénzijdige afsluitingen zijn zorgperiodes die door de cliënt, zonder akkoord van of voorafgaandelijk overleg met de therapeut afgebroken worden, dus waar de cliënt op een zelfgekozen moment beslist om niet meer naar het CGG te komen.

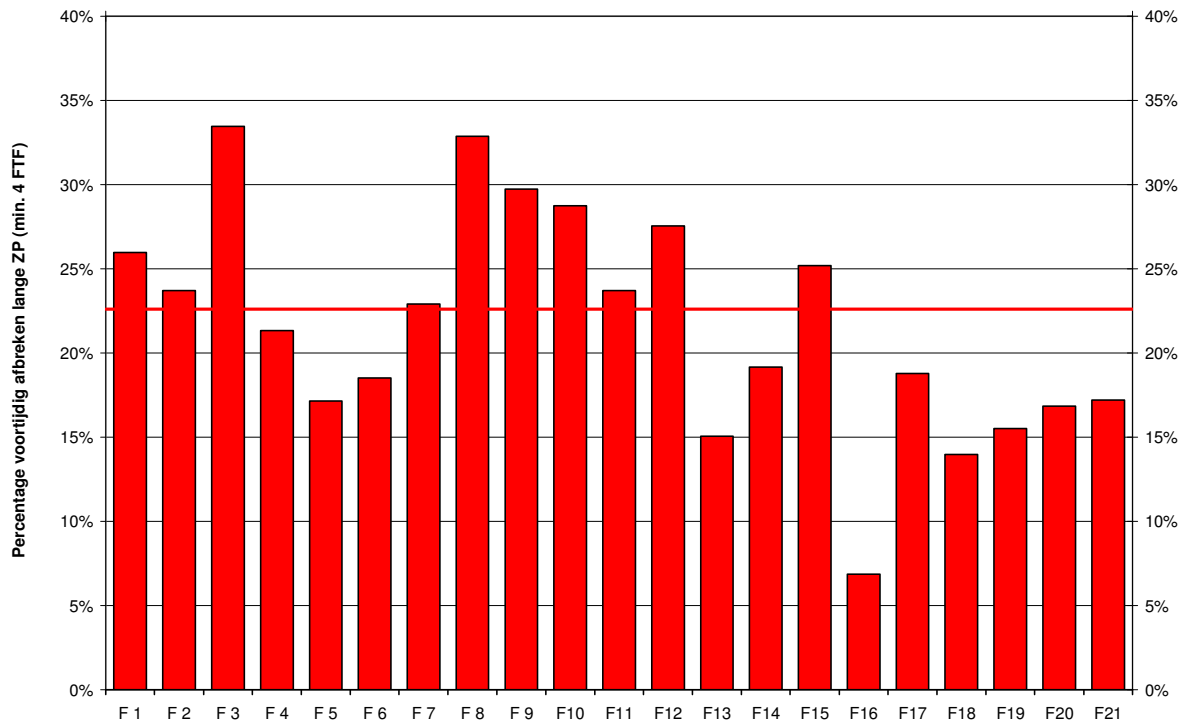
Het gemiddeld procentuele aandeel vroegtijdige en éénzijdige afsluitingen schommelt gedurende de registratieperiode. Na een toename van de spreiding van 53,2 % in 2005 is er een daling tot 25,2 % in 2007.

### Vroegtijdige en eenzijdige stopzetting

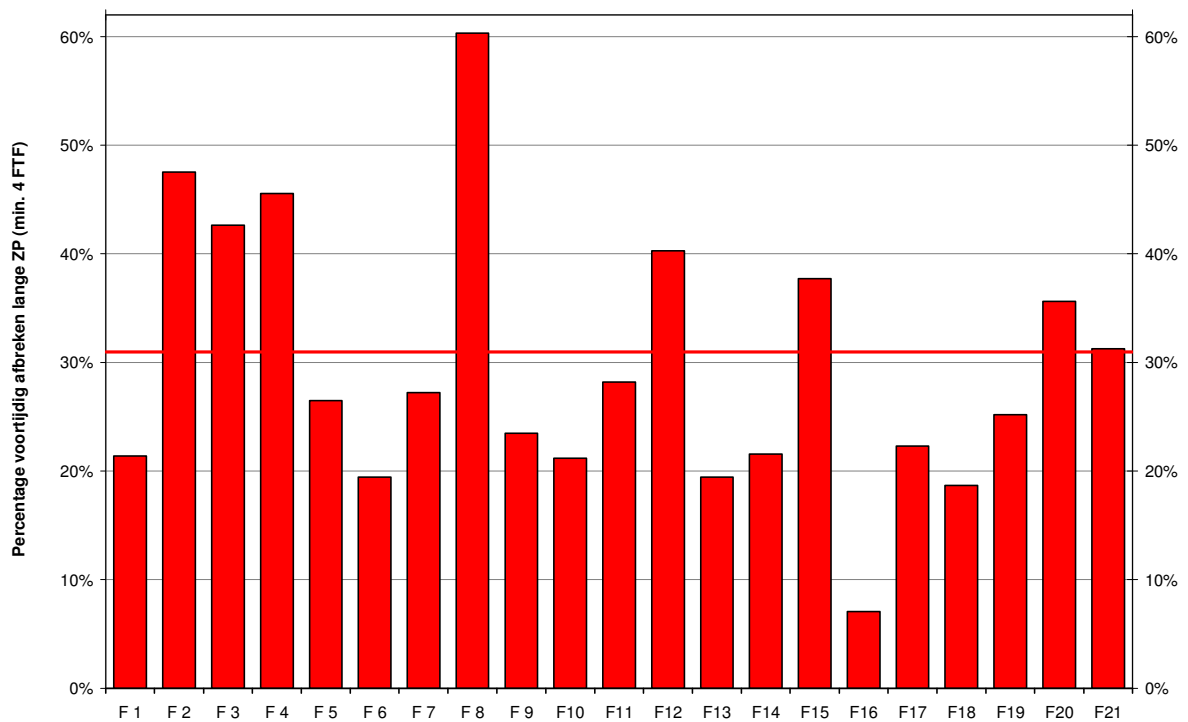


kwartiel 1	$p75 + 1,5*(p75-p25)$	$p25 - 1,5*(p75-p25)$
kwartiel 3	— mediaan	× gemiddelde
× max	× min	

In 2004 werd de behandeling van patiënten met lange zorgperiodes (minimaal 4 FTF) in de CGG – sector in 22,6 % van de gevallen vroegtijdig en éénzijdig afgesloten door de cliënt.

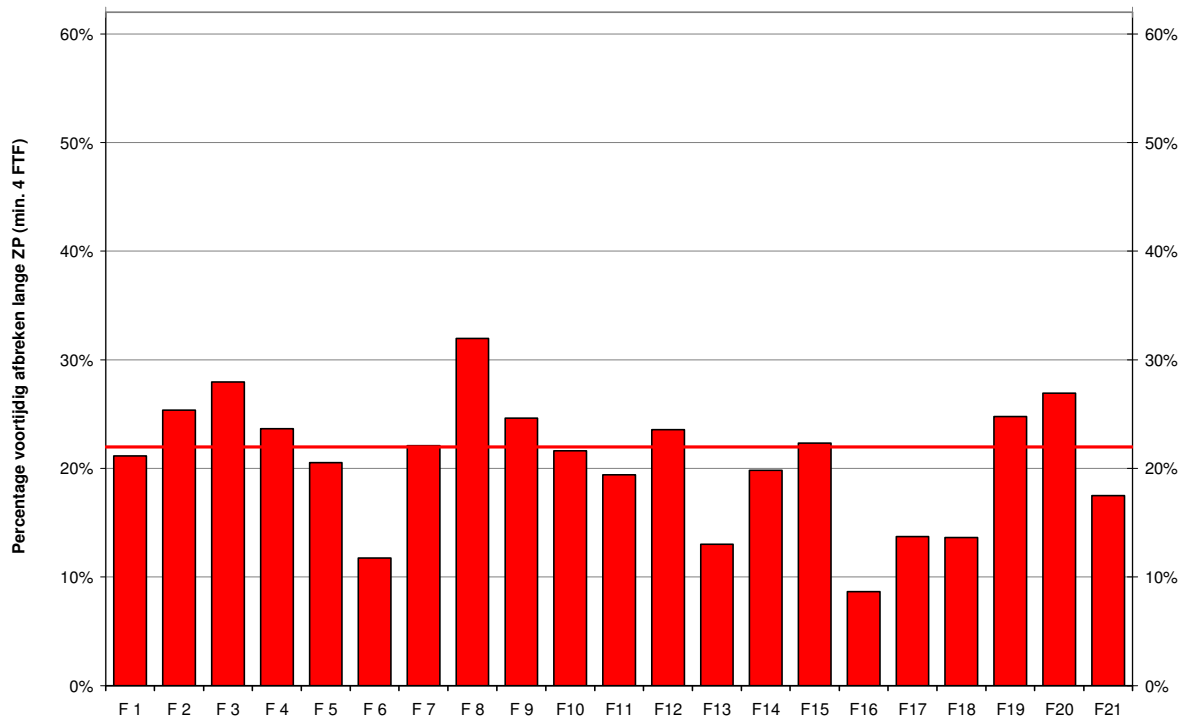


In 2005 werd de behandeling van patiënten met lange zorgperiodes (minimaal 4 FTF) in de CGG – sector in 31,0 % van de gevallen vroegtijdig en éénzijdig afgesloten door de cliënt.

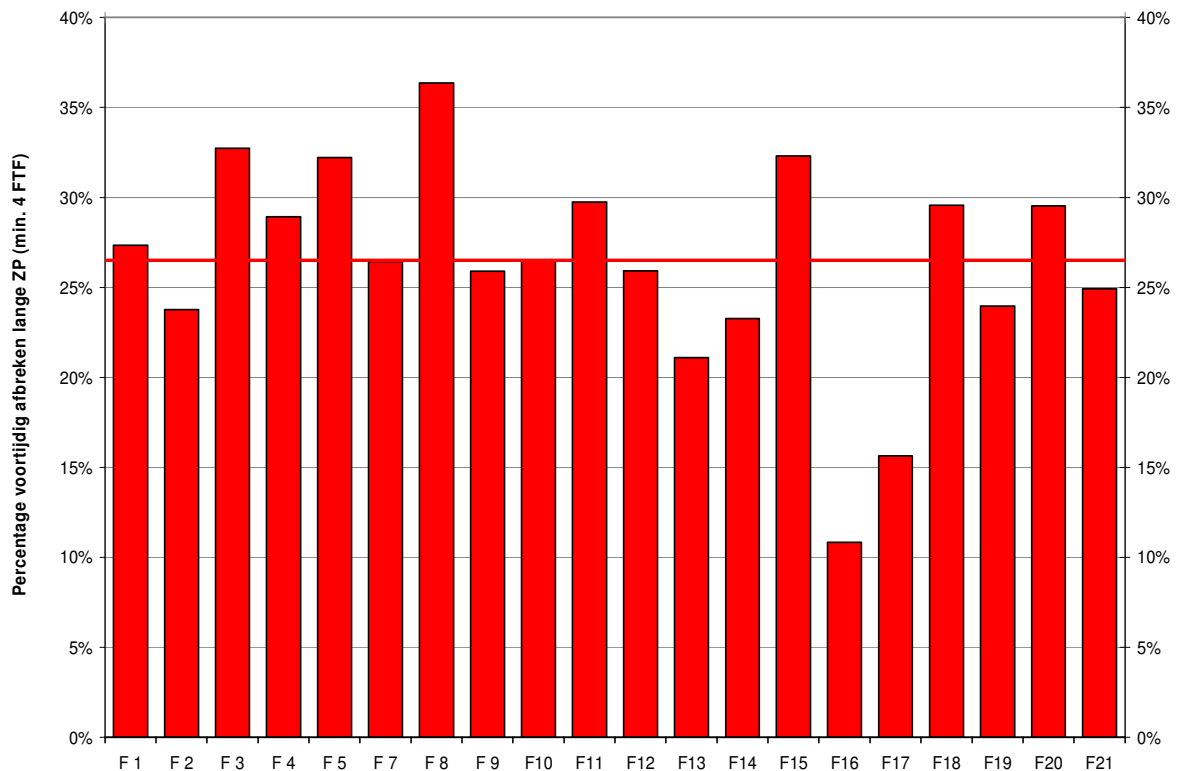




In 2006 werd de behandeling van patiënten met lange zorgperiodes (minimaal 4 FTF) in de CGG – sector in 22,0 % van de gevallen vroegtijdig en éénzijdig afgesloten door de cliënt.



In 2007 werd de behandeling van patiënten met lange zorgperiodes (minimaal 4 FTF) in de CGG – sector in 26,5 % van de gevallen vroegtijdig en éénzijdig afgesloten door de cliënt.



## PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

Het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet werd voor de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg geconcretiseerd in een Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006<sup>4</sup>.

De vier domeinen, zoals gedefinieerd voor de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen, worden aangehouden voor deze sectoren. Het domein van de klinische performantie en de daaraan gekoppelde performantie – indicatoren werden aangepast aan de specificiteit van de te verlenen zorg.

### **Domein klinische performantie**

Door de sector werden klinische performantie – indicatoren uitgewerkt.

#### 1. DOMEIN OPNAME

Procentuele en cumulatieve verdeling van de tijd tussen het moment van opnameaanvraag en het moment van beantwoording van de hulpvraag, opgesplitst volgens de criteria dringend / niet - dringend.

Doelstelling: elke aanvraag wordt binnen een zo kort mogelijke termijn beantwoord.

Gemiddelde tijd tussen het moment van opnameaanvraag en het moment van beantwoording van de hulpvraag, opgesplitst volgens de criteria dringend / niet – dringend.

Doelstelling: elke aanvraag wordt binnen een zo kort mogelijke termijn beantwoord.

1.3. Verhouding van het aantal ontvankelijk bevonden aanvragen t.o.v. het aantal aanvragen.

Doelstelling: elk antwoord biedt de aanvrager een perspectief.

1.4. Procentuele verdeling van de redenen van het aantal niet-ontvankelijk bevonden aanvragen t.o.v. het totale aantal aanvragen.

Doelstelling: elk antwoord biedt de aanvrager een perspectief.

1.5. Procentuele verdeling van het aantal aangeboden alternatieven bij niet-ontvankelijk bevonden aanvragen.

Doelstelling: elk antwoord biedt de aanvrager een perspectief.

1.6. Procentuele en cumulatieve verdeling van de wachttijd tussen opnameaanvraag en het door het ziekenhuis gepland moment van opname, opgesplitst volgens de criteria dringend / niet – dringend.

Doelstelling: de wachttermijn tot opname staat in relatie tot het dringendheidskarakter ervan.

1.7. Percentage daadwerkelijke opnames na ontvankelijk bevonden aanvragen, opgesplitst volgens de criteria dringend / niet – dringend.

---

<sup>4</sup> Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006 houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (BS 23/02/2006)

Doelstelling: de wachtermijn tot opname staat in relatie tot het dringendheidskarakter ervan.

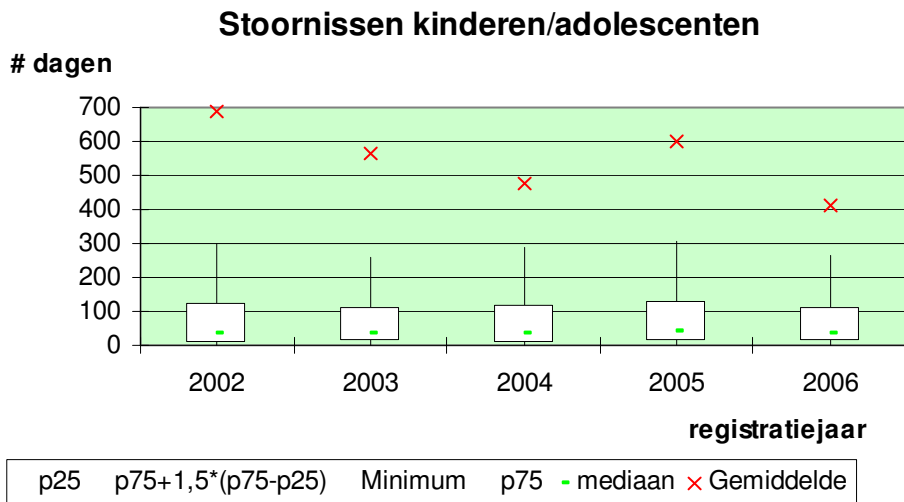
## 2. DOMEIN THERAPIE / BEHANDELING

Aantal ligdagen per patiënt, binnen elke diagnosegroep van Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM – IV)

Doelstelling: de therapie / behandeling is efficiënt. Ze duurt niet langer dan strikt noodzakelijk.

*Stoornissen in de ontwikkeling die dus meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden*

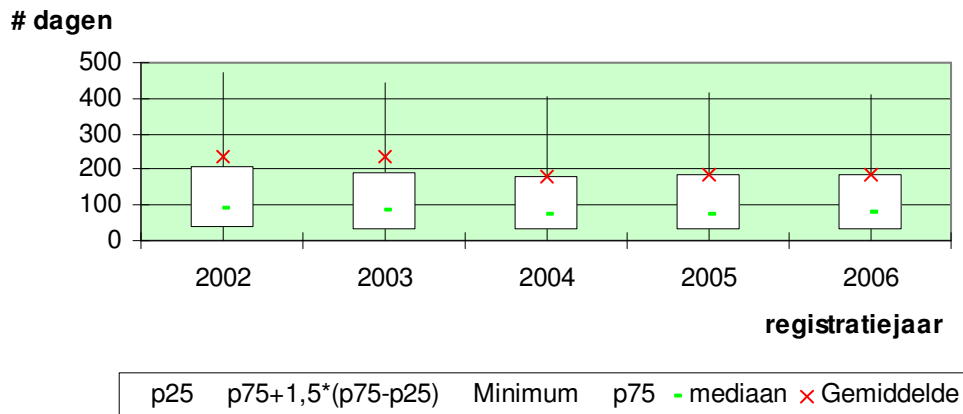
Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 980 in 2002 naar 1.263 in 2006 (+ 283 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft ongeveer stabiel rond de 35 dagen. In enkele voorzieningen ligt de behandelingsduur dermate hoog, waardoor de gemiddelde behandelingsduur hoog is (statistisch te beschouwen als een buitenwaarde).



*Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 1.106 in 2002 naar 1.309 in 2006 (+ 203 patiënten). De mediaan behandelingsduur daalt van 91 dagen in 2002 naar 76 dagen in 2006 (- 15 dagen).

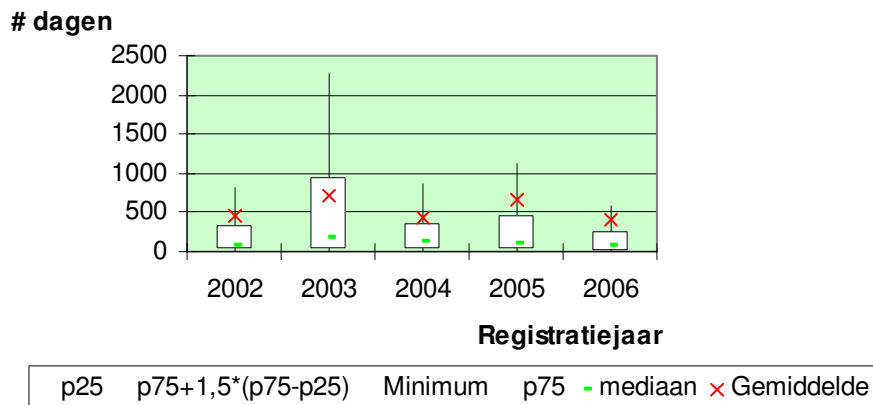
## Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen



### *Psychische stoornissen door een somatische aandoening*

Het aantal behandelde patiënten per jaar daalt van 104 in 2002 naar 95 in 2006 (- 9 patiënten). De mediaan behandelingsduur schommelt gedurende de registratieperiode.

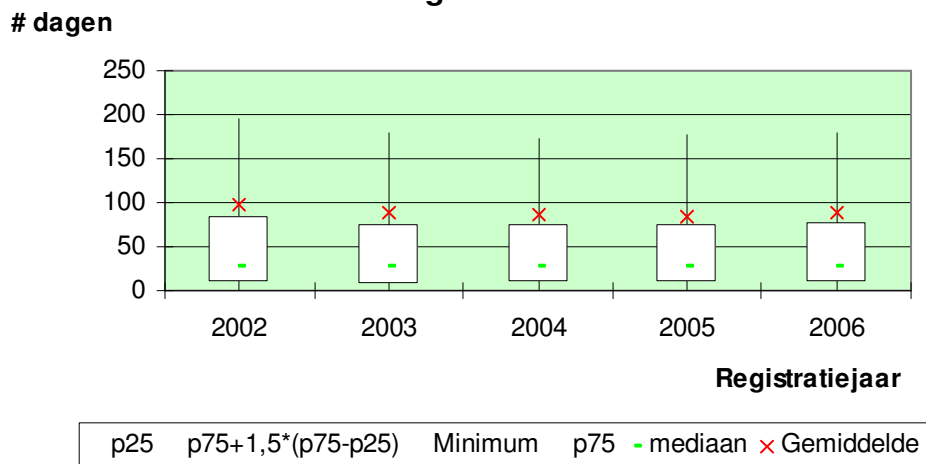
## Psychische stoornissen door een somatische aandoening



### *Aan middelen gebonden stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 7.747 in 2002 naar 9.286 in 2006 (+ 1.539 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft ongeveer stabiel rond de 28 dagen.

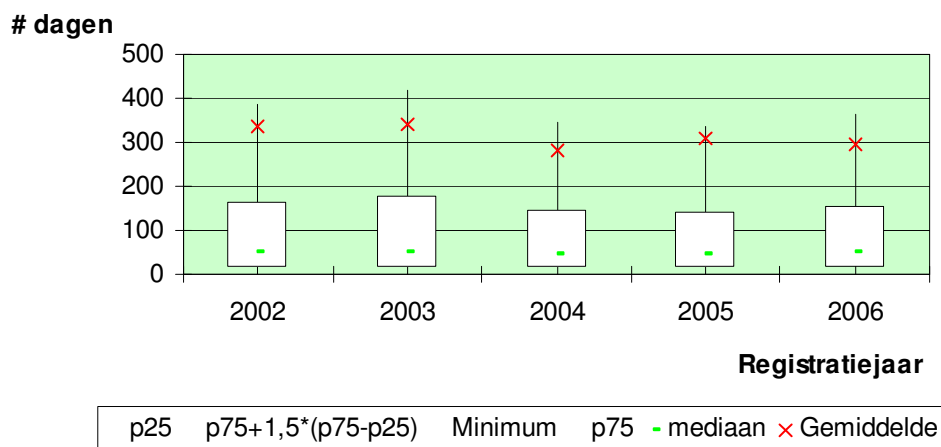
### Aan een middel gebonden stoornis



#### *Schizofrenie en andere psychotische stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 4.307 in 2002 naar 6.104 in 2006 (+ 1.797 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft ongeveer stabiel rond de 48 dagen. In enkele voorzieningen ligt de behandelingsduur dermate hoog, waardoor de gemiddelde behandelingsduur hoog is.

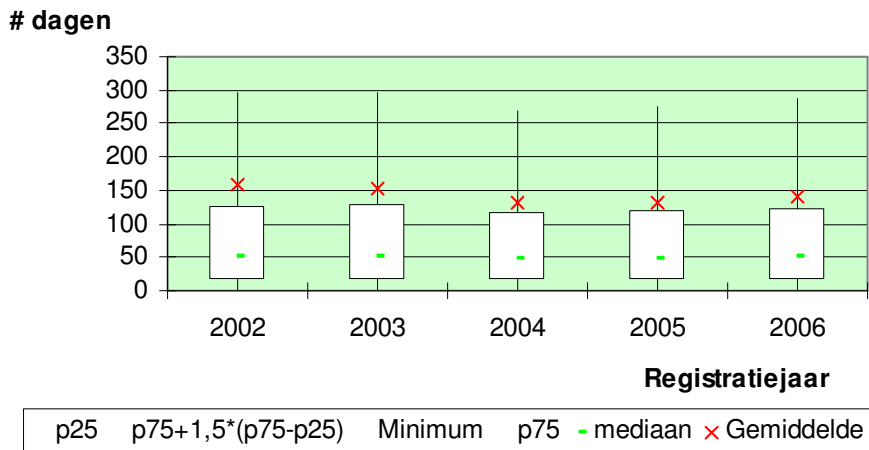
### Schizofrenie en andere psychische stoornissen



#### *Stemmingsstoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 4.876 in 2002 naar 5.967 in 2006 (+ 1.091 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft ongeveer stabiel rond de 50 dagen.

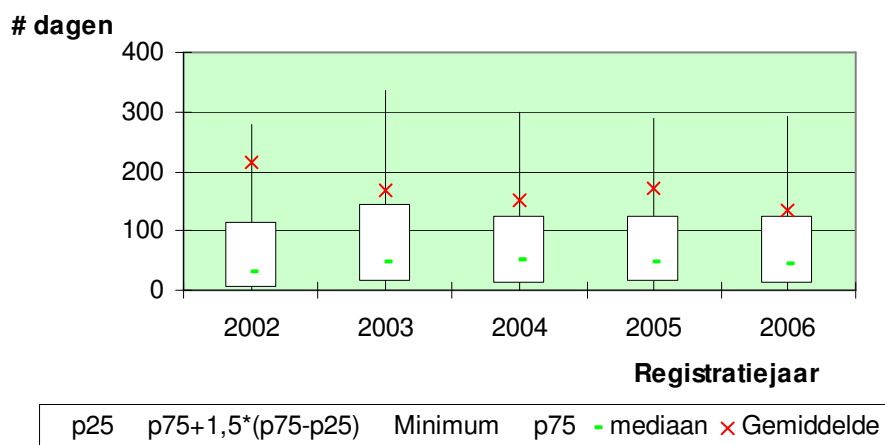
## Stemmingsstoornissen



### Angststoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar blijft gedurende de registratieperiode constant op gemiddeld 574 patiënten per jaar. De mediaan behandelingsduur stijgt van 31 dagen in 2002 naar 44 dagen in 2006 (+ 13 dagen). In enkele voorzieningen ligt de behandelingsduur hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

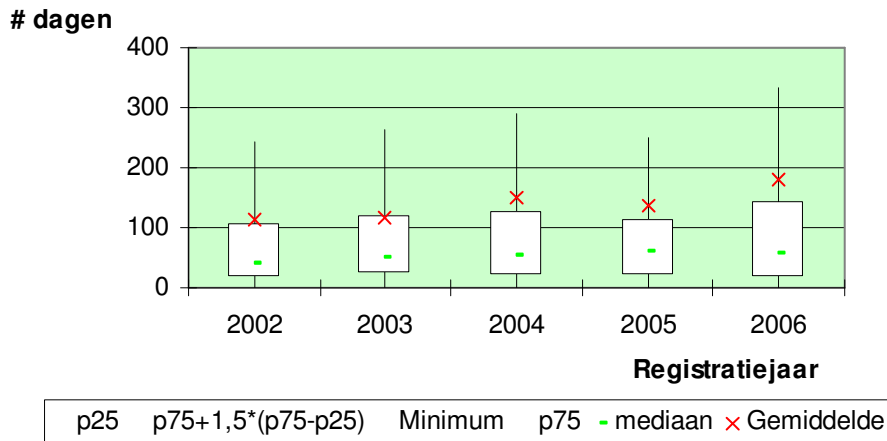
## Angststoornissen



### Somatoforme stoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 114 patiënten in 2002 naar 151 patiënten in 2006 (+ 37 patiënten). De mediaan behandelingsduur stijgt van 39 dagen in 2002 naar 58 dagen in 2006 (+ 19 dagen). In enkele voorzieningen ligt de behandelingsduur hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

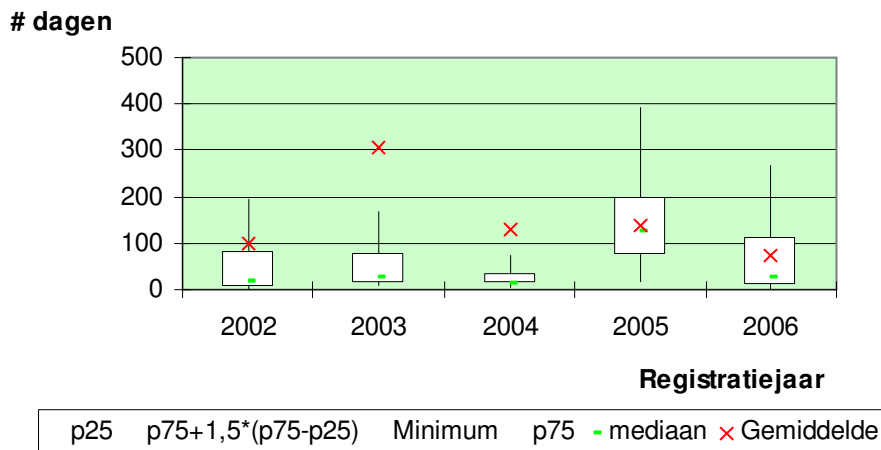
### Somatoforme stoornissen



#### *Nagebootste stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar is laag: ongeveer tien patiënten per jaar (met uitzondering van drie patiënten in 2004). De mediaan behandelingsduur stijgt van 18 dagen in 2002 naar 27 dagen in 2006 (+ 9 dagen).

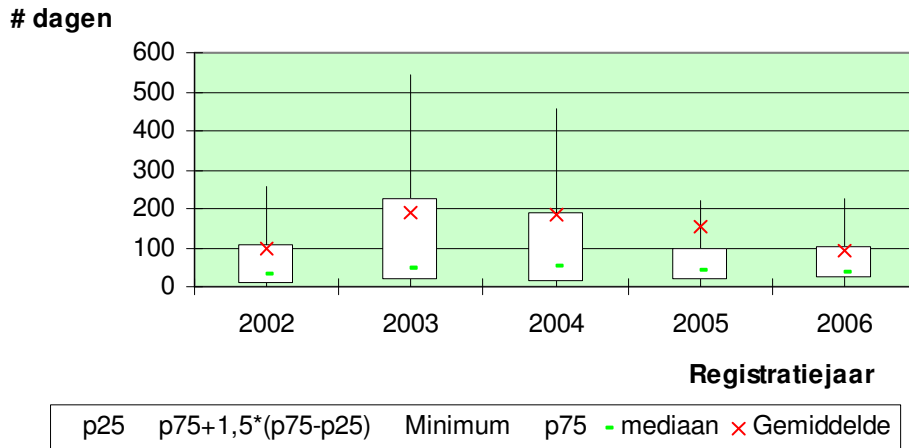
### Nagebootste stoornissen



#### *Dissociatieve stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar daalt van 82 patiënten in 2002 naar 34 patiënten in 2006 (- 48 patiënten). De mediaan behandelingsduur stijgt van 29,5 dagen in 2002 naar 35 dagen in 2006 (+ 5,5 dagen).

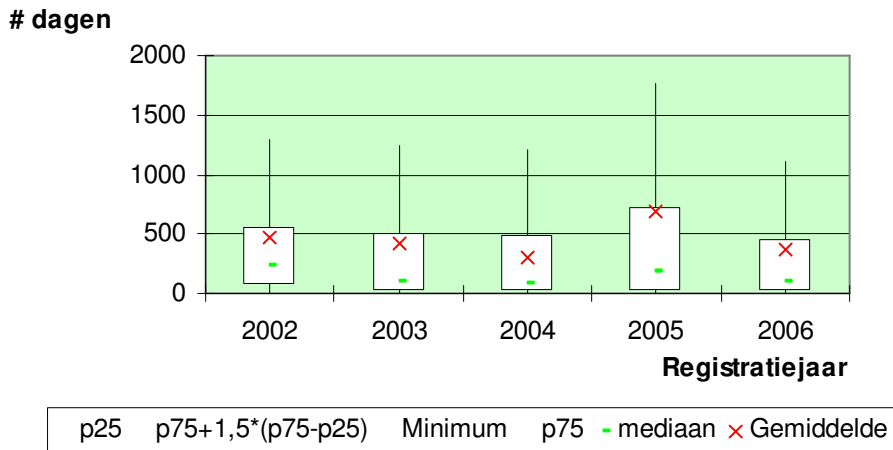
### Dissociatieve stoornissen



#### Sexuele en genderidentiteitsstoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 74 patiënten in 2002 naar 92 patiënten in 2006 (+ 18 patiënten). De mediaan behandelingsduur daalt van 227 dagen in 2002 naar 97 dagen in 2006 (- 130 dagen).

### Sexuele en genderidentiteitsstoornissen



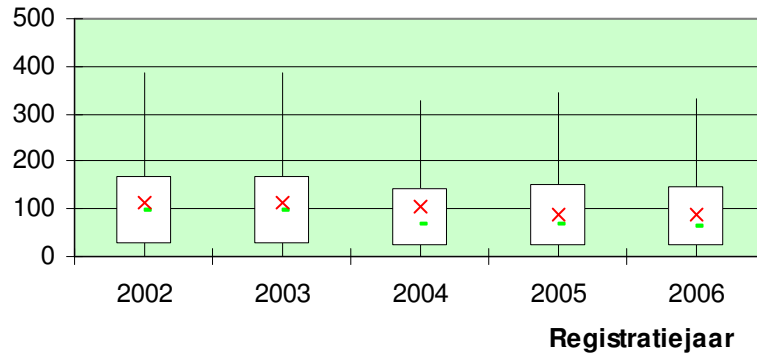
#### Eetstoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 225 patiënten in 2002 naar 390 patiënten in 2006 (+ 165 patiënten). De mediaan behandelingsduur daalt van 95 dagen in 2002 naar 64,5 dagen in 2006 (- 30,5 dagen).



## Eetstoornissen

# dagen



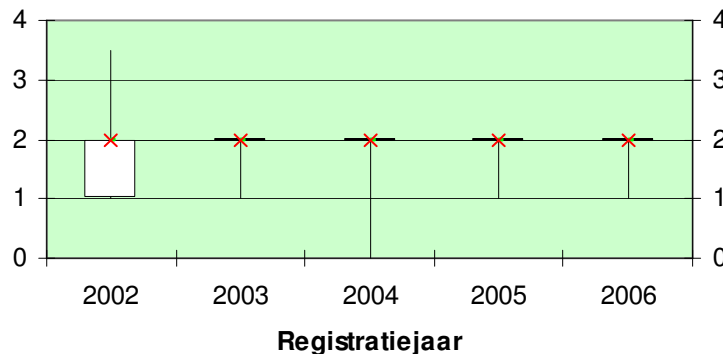
p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan × Gemiddelde

### *Slaapstoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar daalt van 571 patiënten in 2002 naar 441 patiënten in 2006 (-130 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft gedurende de registratieperiode constant op 2 dagen.

## Slaapstoornissen

# dagen



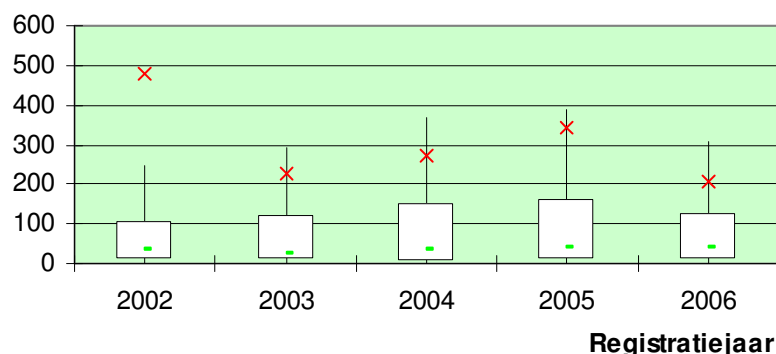
p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan × Gemiddelde

### *Stoornissen in de impulsbeheersing*

Het aantal behandelde patiënten per jaar daalt van 381 patiënten in 2002 naar 312 patiënten in 2006 (-69 patiënten). De mediaan behandelingsduur stijgt van 33 dagen in 2002 naar 39 dagen in 2006 (+ 6 dagen). De behandelingsduur is in een aantal ziekenhuizen hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

## Stoornissen in de impulsbeheersing

# dagen



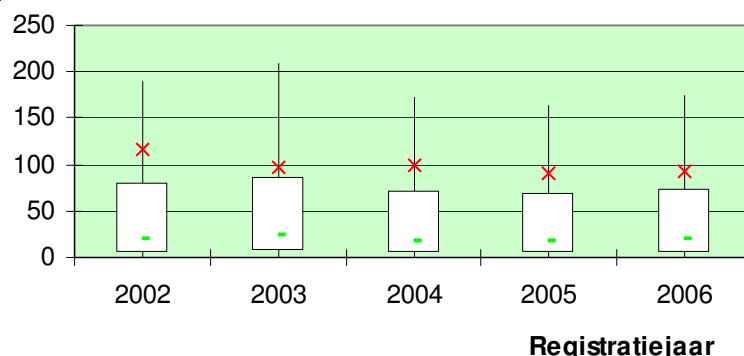
p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan × Gemiddelde

### Aanpassingsstoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar stijgt van 1.471 patiënten in 2002 naar 1.793 patiënten in 2006 (+ 322 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft gedurende de registratieperiode stabiel op gemiddeld 19 dagen. De behandelingsduur is in een aantal ziekenhuizen hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

## Aanpassingstoornissen

# dagen

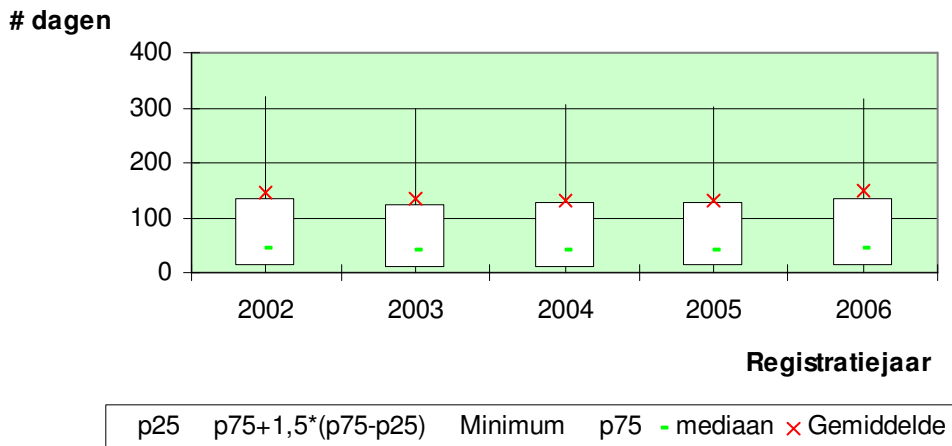


p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan × Gemiddelde

### Persoonlijkheidsstoornissen

Het aantal behandelde patiënten per jaar blijft gedurende de registratieperiode constant, met gemiddeld 2.803 patiënten per jaar. De mediaan behandelingsduur blijft gedurende de registratieperiode stabiel op gemiddeld 41 dagen.

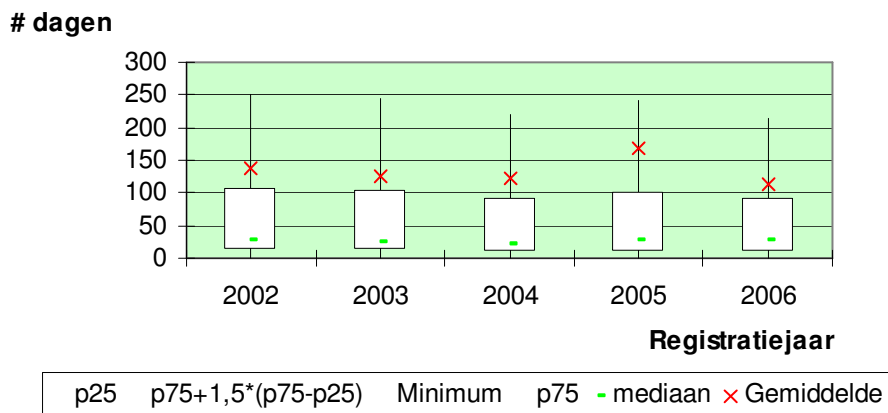
## Persoonlijkheidsstoornissen



*Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*

Het aantal behandelde patiënten per jaar daalt van 478 patiënten in 2002 naar 403 patiënten in 2006 (- 75 patiënten). De mediaan behandelingsduur blijft gedurende de registratieperiode stabiel op gemiddeld 26 dagen. De behandelingsduur is in een aantal ziekenhuizen hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

## Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

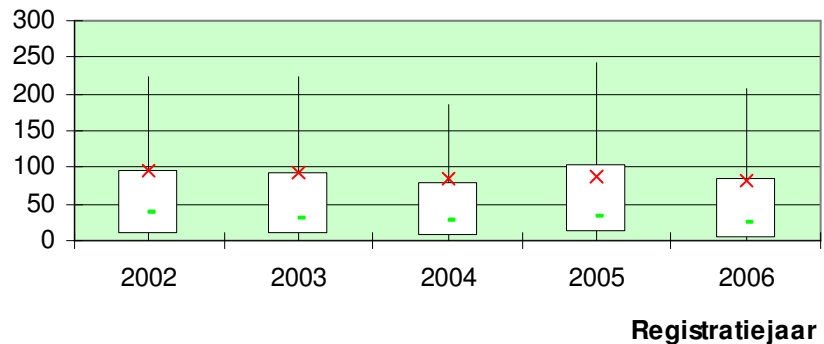


*Niet-gespecificeerde psychische stoornissen*

Het aantal behandelde patiënten per jaar blijft gedurende de registratieperiode constant, met gemiddeld 693 patiënten per jaar. De mediaan behandelingsduur daalt van 38 dagen in 2002 naar 25 dagen in 2006 (- 13 dagen).

## Niet-gespecificeerde psychische stoornissen

# dagen



p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan x Gemiddelde

### Niet ingevuld

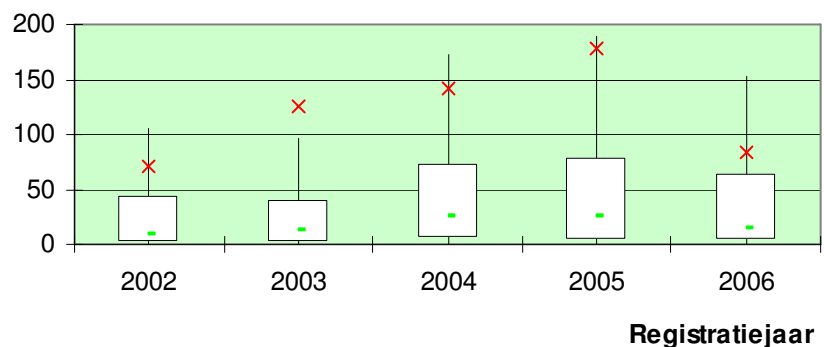
Het aantal patiënten waarvoor de DSM – code niet is ingevuld stijgt van 91 patiënten in 2002 naar 147 patiënten in 2006 (+ 56 patiënten).

### Diagnose op As 3

Het aantal behandelde patiënten per jaar blijft gedurende de registratieperiode stabiel, met gemiddeld 283 patiënten per jaar. De mediaan behandelingsduur stijgt van 10 dagen in 2002 naar 25,5 dagen in 2005, om vervolgens te dalen naar 14 dagen in 2006. De behandelingsduur is in een aantal ziekenhuizen hoog, waardoor het gemiddelde omhoog wordt getrokken.

## Diagnose op as 3

# dagen



p25 p75+1,5\*(p75-p25) Minimum p75 - mediaan x Gemiddelde

Verhouding van het aantal zorgverstrekkende eenheden met een uitgeschreven therapeutische visie t.o.v. het totaal aantal zorgverstrekkende eenheden op ziekenhuisniveau.

Doelstelling: Er is een therapeutische visie en ze is vertaald in onderbouwde behandelprogramma's.

Bestaat er minstens één informatiedrager per zorgverstrekkende eenheid aangaande de ziektebeelden – de medicatie – het therapie-aanbod – algemene informatie specifiek voor de zorgverstrekkende eenheid?

Doelstelling: Er zijn hulpmiddelen i.v.m. informatieverstrekking aan patiënt en familie.

Verhouding van het aantal uren vorming voor medewerkers patiëntenzorg t.o.v. het aantal VTE medewerkers patiëntenzorg.

Doelstelling: Er is een vormingsbeleid voor de medewerkers patiëntenzorg.

Verhouding van het aantal uren supervisie voor medewerkers patiëntenzorg voor medewerkers patiëntenzorg t.o.v. het aantal VTE medewerkers patiëntenzorg.

Doelstelling: Er is een supervisiebeleid voor de medewerkers patiëntenzorg m.b.t. de klinische praktijk.

Verhouding van het aantal contractuele medewerkers met een psychotherapeutische opdracht dat een bijkomende erkende therapeutische opleiding heeft afgerond t.o.v. het aantal VTE contractuele medewerkers met een psychotherapeutische opdracht.

Doelstelling: Het competentieprofiel van de contractuele medewerkers met een psychotherapeutische opdracht nagaan.

Verhouding directe versus indirecte patiëntenzorg, uitgedrukt per zorgverstrekkende eenheid.

Doelstelling: Het aandeel uren besteed aan directe patiëntenzorg nagaan.

Verhouding directe versus indirecte patiëntenzorg, uitgedrukt per discipline op ziekenhuisniveau.

Doelstelling: Het aandeel uren besteed aan directe patiëntenzorg nagaan.

Frequentie van interdisciplinaire evolutiebesprekingen.

Doelstelling: De kwaliteit van de multi- en interdisciplinaire samenwerking nagaan.

Verhouding van het aantal patiënten bij wie de teamleden akkoord gaan met de opname en/of de behandeling en/of het ontslag t.o.v. het totaal aantal patiënten binnen de steekproefpopulatie.

Doelstelling: Mate waarin consensus is tussen de verschillende teamleden over de opname, de behandeling en het ontslag van de patiënten nagaan.

Het kwantitatief aanbod gestructureerde therapie-uren per week voor een steekproefpopulatie patiënten.

Doelstelling: Het behandelaanbod onderzoeken op vlak van kwantiteit.

Het aantal verschillende therapieessies per week voor steekproefpopulatie patiënten.

Doelstelling: Het behandelaanbod onderzoeken op vlak van de aard van de therapieessies.

Percentage onvolledige medicatieschema's.

Doelstelling: Er is een volledig en duidelijk medicatieschema.

Het percentage medicatie dat per patiënt is klaargezet voor distributie en dat niet overeenstemt met de gegevens op het medicatieschema.

Doelstelling: Juiste medicatie wordt klaargezet door de verpleegkundige.

Aantal fundamentele veranderingen die door de arts worden aangebracht in de medicatievoorschriften m.b.t. de anti-depressiva.

Doelstelling: Stabiel beleid m.b.t. de strategische medicatie.

Aantal fundamentele veranderingen die door de arts worden aangebracht in de medicatievoorschriften m.b.t. de anti-psychotica.

Doelstelling: Stabiel beleid m.b.t. de strategische medicatie.

Aantal patiënten met een psychiatrische problematiek die somatisch worden gescreend.

Doelstelling: Er bestaat een grondig en selectief somatisch screeningsbeleid.

Gemiddeld aantal dagen tussen opnamedatum en eerste fysiek contact van de hulpverlener van de patiënt met diens familie.

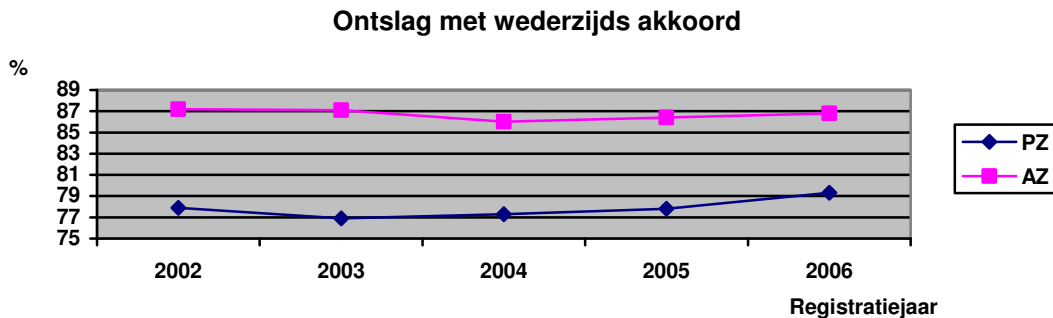
Doelstelling: Fysiek contact van hulpverlener met familie.

### 3. DOMEIN ONTSLAG

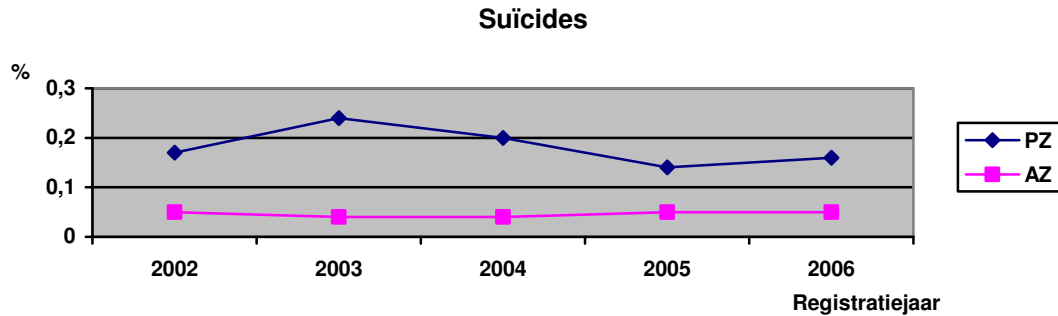
Aantal ontslagen met wederzijds akkoord / aantal ontslagen met wederzijds akkoord + geëist ontslag + zonder overleg + suïcides

Doelstelling: Het aantal ontslagen met wederzijds akkoord is zo hoog mogelijk.

Het aandeel van de ontslagen met wederzijds akkoord in de psychiatrische ziekenhuizen stijgt van 77,9 % in 2002 naar 79,3 % in 2006 (+ 1,4 %). Het aandeel van de ontslagen met wederzijds akkoord in de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen blijft gedurende de registratieperiode stabiel rond de 86 %.



Het aandeel van de patiënten, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis dat suïcide pleegde vertoont een piek van 0,24 % in 2003 en daarna een dalende trend met 0,17 % in 2006. Het aandeel van de patiënten, opgenomen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis blijft gedurende de registratieperiode stabiel rond de 0,04 %.



Aantal patiëntendossiers van patiënten die langer dan 14 kalenderdagen opgenomen zijn, waarin ontslagperspectief vermeld staat.

Doelstelling: Interdisciplinaire ontslagvoorbereiding.

Aantal dossiers van patiënten die medisch werden ontslagen in de maand voorafgaand aan de meetdatum, waarin zorgoverleg vermeld is.

Doelstelling: Betrokkenheid van belangrijke partners bij de ontslagvoorbereiding.

Aantal patiënten dat wordt ontslagen met een afspraak voor verdere nazorg t.o.v. alle patiënten voor wie het team verdere nazorg nodig vond.

Doelstelling: Continuïteit van zorg na ontslag.

Totaal aantal patiënten met een afspraak voor verdere nazorg versus totaal aantal ontslagen patiënten.

Doelstelling: Continuïteit van zorg na ontslag.

Alle patiënten voor wie het team verdere nazorg nodig vond t.o.v. het totaal aantal ontslagen.

Doelstelling: Continuïteit van zorg na ontslag.

Percentage ontslagbrieven dat opgesteld is binnen de week na ontslag.

Doelstelling: Zorgcommunicatie: alle relevante informatie wordt doorgegeven aan diegenen die in de toekomst bij de zorg betrokken worden.

#### 4. DOMEIN NAZORG

Aantal ontslagen met geplande nazorg (in de psychiatrische inrichting waar de patiënt was opgenomen of in een andere zorginstelling) / totaal aantal ontslagen

Doelstelling: Continuïteit van zorg na ontslag.

Percentage patiënten die effectief gestart zijn met de aangevraagde nabehandelingen.

Doelstelling: Continuïteit van zorg na ontslag.

## **Domein evaluatie door de gebruiker**

Door de sector werd een vragenlijst opgesteld voor de evaluatie door de gebruiker. Er is een vragenlijst (30 vragen) voor opgenomen patiënten en er is een lijst (37 vragen) voor patiënten op het moment van ontslag.



## UITDAGINGEN

Het doel van maatregelen rond kwaliteit is een maximale gezondheid van de bevolking binnen de grenzen van de beschikbare financiële middelen, de stand van de wetenschap en rekening houdend met aanvaardbare risico's (Corens, 2007).

### **Transpanter maken van data naar gebruikers**

De druk om kwaliteitsresultaten publiek te maken neemt steeds toe. “De Belgen zijn tevreden over hun gezondheidszorg, maar op haast geen enkel punt wordt de kwaliteit ervan in ons land gemeten. Dat moet wel gebeuren en de resultaten moeten publiek gemaakt worden” stelt de denktank Itinera (De Standaard, 17/12/2008).

In publicaties over de evaluatie van het gezondheidsbeleid in België wordt aangedrongen om kwaliteit een belangrijker plaats te geven. België faciliteert de keuzevrijheid van de patiënt en de concurrentie tussen de zorgverleners, maar doet te weinig om de keuzes van de patiënt geïnformeerd te doen verlopen (Daue & Crainich, 2008). Deze stelling is zelfs verankerd in de wet op de patiëntenrechten. De patiënt heeft recht op vrije keuze van zorgverlener. Deze keuze moet mogelijk zijn op basis van correcte informatie.

Een aantal zaken die gemeten worden door ziekenhuizen (zoals ziekenhuisinfecties, klinische performantie-indicatoren, ...) worden (in beperkte mate) overgemaakt aan niet overheidsinstanties, zoals het WIV, het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, het KCE, ... enkel op voorwaarde dat geen individuele scores bekend gemaakt zullen worden. De gebruikers krijgen geen nominatieve data hieromtrent.

Patiëntenverenigingen winnen aan belang. Zowel het Vlaams Patiëntenplatform (dat 89 patiëntenverenigingen vertegenwoordigt) aan Vlaamse kant, als de pas opgerichte Luss aan Waalse kant, beschouwen zich als lobby die de belangen van de patiënt verdedigt.

De Belg wordt meer en meer investeerder van het gezondheidssysteem. België staat op de vijfde plaats (t.o.v. 27 Europese landen) voor wat betreft de gezondheidskost per capita. De gezondheidskost per capita is alleen hoger in Luxemburg, Nederland, Duitsland en Frankrijk (Corens, 2007). De uitgaven per inwoner liggen 23 % hoger dan het OESO gemiddelde. In 1995 waren er 2.500.000 Belgen die een bijkomende dekking inzake gezondheidszorg hadden. In 2008 zijn dit er 4.913.000, dit is op dertien jaar tijd bijna een verdubbeling (Daue & Crainich, 2008).

Een studie van het KCE (Van De Sande et al., 2006) toont aan dat er in België zeer veel gegevens over gezondheid en gezondheidszorg worden geregistreerd, en dit op een zeer gedetailleerd niveau. Ondanks het grote potentieel van deze data, is er een gebrek aan een correcte rapportage en onvoldoende integratie van internationale classificaties, wat het mogelijk zou maken om internationaal betrouwbare informatie te rapporteren.

Een andere studie van het KCE (Gillet, Kohl, Sermeus et al., 2008) stelt dat verfijning van de administratieve databanken nodig is, alvorens adverse events hiermee gemeten kunnen worden. Het gebruik van administratieve databanken is op vandaag een goede stap naar kwaliteitsverbetering, omdat enkele algemene indicaties uit de databanken aanleiding kunnen zijn tot nader onderzoek van de patiëntendossiers in het ziekenhuis.

Publicaties melden dat, hoewel er inspanningen worden ondernomen op individueel niveau, er geen globale aanpak bestaat om de kwaliteit van onze gezondheidszorg te waarborgen. Bepaalde ziekenhuizen zijn zeer actief in de aanpak van ziekenhuisinfecties, maar er is geen enkele scoretabel ter beschikking om de burger – patiënt toe te laten de resultaten te vergelijken en om het oplossen van het probleem aan te moedigen. Men heeft inspanningen gedaan (platform over ziekenhuishygiëne, financiering van het kader, ...) maar men heeft de inspanningen overgelaten aan het vrije individuele initiatief en er bestaat geen enkele vorm van sanctionering of van regulering (Daue & Crainich, 2008).

Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat geïnformeerde patiënten kiezen voor minder invasieve en minder dure zorg en dat ze betere outcome bereiken (Porter & Teisberg, 2006). Pleitbezorgers voor transparantie in de resultaten van de zorg stellen dat er niet mag gewacht worden op “perfecte” data over outcome of prijzen. Zelfs niet perfecte data zijn beter dan geen data, omdat dit het leren en het verbeteren zal prikkelen. Sommige wetenschappers oordelen dat het verplicht rapporteren van outcome op nationaal niveau noodzakelijk is om de waarde van de geleverde gezondheidszorg te verbeteren. Het proces moet volgens onmiddellijk gestart worden met bestaande metingen van gestandaardiseerde outcomes, en uitgebreid worden over de tijd.

Er ontstaan allerhande andere initiatieven waarbij wordt getracht om de kwaliteit van de zorg transparant te maken naar de burger. In 2005 organiseerde Test Aankoop een enquête van de ziekenhuizen en een bevraging van de ouders van gehospitaliseerde kinderen. Men concludeerde dat de opvang van kinderen in ziekenhuizen erop vooruit ging sinds 1996, maar dat er nog grote verschillen tussen de ziekenhuizen onderling bestaan (Test Gezondheid, 2005). In het Nieuwsblad van 20 november 2007 werden de inspectieverslagen van 731 Vlaamse rusthuizen gepubliceerd. In 2008 meldde een ‘onderzoekster’ van Test Aankoop zich aan bij 36 spoeddiensten met het voorwendsel van een lichte enkelverstuiking. Na deze interventie concludeerde men dat grote middelen te snel worden ingezet (Test Gezondheid, 2008).

Frankrijk heeft, met succes, talrijke maatregelen getroffen i.v.m. kwaliteit:

- invoering van een nationaal agentschap belast met de kwaliteit
- uitwerking van een echt kwaliteitsplan op nationale schaal
- nationale klassificatie van de ziekenhuizen op basis van performantie- en kwaliteitsindicatoren
- het via internet aan de burgers ter beschikking stellen van scoretabellen betreffende de nosocomiale infecties. Deze scoretabellen laten de patiënt toe de situatie in verschillende ziekenhuizen te vergelijken en zorgen voor wedijver tussen de ziekenhuisinstellingen.
- Participatie van de burgers – patiënten in de beleidsorganen. (Daue & Crainich, 2008)

De overheid moet zelf initiatief nemen, willen we voorkomen dat de kwaliteit van de gezondheidszorg ongenueanceerd beoordeeld wordt door initiatieven in de media. De weerstanden bij voorzieningen tegen publicatie van cijfergegevens en concrete kwaliteitsresultaten moet overwonnen worden, en er moet op korte termijn overgaan worden tot publicatie van die gegevens. Dat betekent verplichte registratie en verplichte overmaking van de geregistreerde gegevens aan de overheid. Tevens moet ook de relevante informatie uit de vaststellingen tijdens de periodieke audit van een ziekenhuis publiek worden gemaakt. De publicatie van de rapporten moet vergezeld gaan van een leeswijzer: wat zeggen de gegevens en wat zeggen ze niet, welke conclusies kunnen eruit getrokken worden.

Als men wil overschakelen van de logica van ‘kampioen van de reactiviteit’ naar een logica van ‘kampioen van de kwaliteit’, dan is het nodig over te stappen van een middenlogica naar een kwaliteitslogica. Dit houdt in dat men informatie betreffende de kwaliteit moet vergaren en ter beschikking stellen: het delen van informatie laat de burger – patiënt toe zijn keuze te verhelderen en speelt een stimulerende rol voor het geheel van zorgverleners (Daue & Crainich, 2008).

### **Federale initiatieven rond patiëntveiligheid**

Kaderend in een meerjaren beleidsplan “patiëntveiligheid” stelde de Belgische federale overheid in 2007 een contract “kwaliteit en patiëntveiligheid” voor aan alle acute, psychiatrische en categorale ziekenhuizen. Deelname aan het contract was vrijblijvend. Het contract 2007 – 2008 voorzag onder meer dat ziekenhuizen hun missie, visie, strategie en doelstellingen m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid formuleerden. Er tekenden 170 ziekenhuizen in. In het Budget van Financiële Middelen werd hiervoor 6,8 miljoen euro voorbehouden dat, onder de ziekenhuizen die op het contract intekenden, verdeeld werd op basis van het erkende aantal bedden.

Veilige zorg wordt beschouwd als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg en als een topprioriteit in de snel evoluerende ziekenhuiszorg (Hellings & Schrooten, 2008). De ingrijpende impact van de patiëntveiligheidsproblematiek op de publieke opinie heeft ertoe geleid dat tal van internationale organisaties zich door deze problematiek aangesproken voelen en er expliciet aandacht aan geven (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, 2008).

De Belgische federale overheid wil zich expliciet inschrijven in de internationale initiatieven in verband met patiëntveiligheid en heeft hieromtrent een strategische beleidsnota opgesteld. Gekaderd binnen een meerjarenplan tot 2012 worden nieuwe contracten (van 01/07/2008 tot 30/06/2009) aangeboden aan de ziekenhuizen. Met dit contract wil men de ziekenhuizen aanzetten tot het ondernemen van kwaliteits- en patiëntveiligheidsinitiatieven gebaseerd op drie pijlers: het ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem, het analyseren en (her)ontwikkelen van een proces en het samenstellen van een multidimensionale indicatorenset m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid. Hiervoor wordt in het Budget van Financiële Middelen 7,2 miljoen euro voorzien.

Uit de MKG – registratie werden veiligheidsindicatoren geëxtraheerd en teruggekoppeld aan de ziekenhuizen. Eén van de voorwaarden voor de toekenning van het budget voor het contractjaar 2008 – 2009 is dat de ziekenhuizen deze data analyseren in de werking van de eigen voorziening.

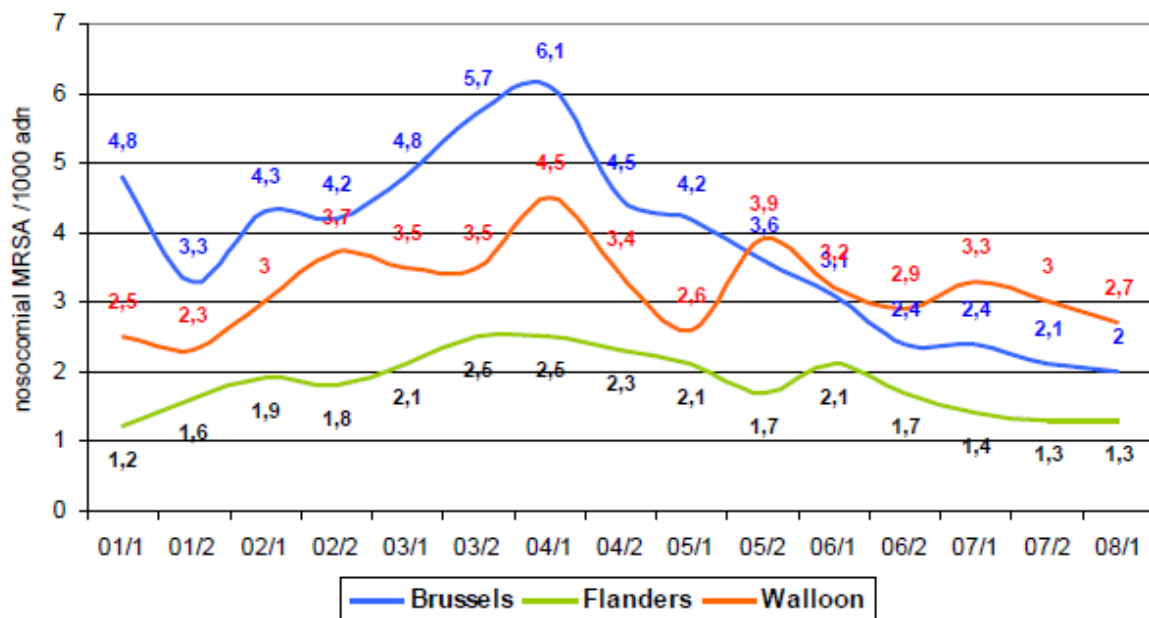
Bovenstaande is sterk gelijkend op de manier van aanpak in het vernieuwde Vlaamse kwaliteitsdecreet. Nochtans is de Vlaamse overheid nooit betrokken geweest bij de uitwerking van dit beleid rond patiëntveiligheid, als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg. Hierdoor ontstaat de dreiging dat de sectoren opnieuw zullen aangeven dat er verschillende visies en snelheden zijn in het beleid van de verschillende overheden. Een afstemming is daarom absoluut noodzakelijk.

De Vlaamse overheid heeft al in 1997 initiatief genomen om ziekenhuizen aan te sporen om op een meer gestructureerde wijze het kwaliteitsbeleid zichtbaar te maken. Dit initiatief, dat

geactualiseerd werd in 2002, is een prachtige voorzet geweest voor de huidige initiatieven vanuit de Federale overheid. Niet alleen worden nu ook de ziekenhuizen in het Waalse en het Brusselse Gewest uitgenodigd om deel te nemen, er wordt ook een structurele financiering voorzien binnen het Budget van Financiële middelen van de ziekenhuizen.

Onderzoek (Jans, 2008) toont aan dat er zeer grote verschillen bestaan in het prevalentiecijfer van nosocomiaal verworven MRSA – infecties. In sommige ziekenhuizen loopt geen enkele patiënt een MRSA – infectie op, in andere ziekenhuizen lopen tot 17,2 patiënten per duizend opnames een MRSA – infectie op. Dit uit zich in provinciale verschillen, maar er zijn ook regionale verschillen. In een nog niet gepubliceerd onderzoek van het Federaal Kenniscentrum worden voor het eerst deze regionale verschillen duidelijk aangegeven.

**Figure 61. Mean incidence of nosocomial MRSA: by region (source: NSIH).**



Het is niet aanvaardbaar dat een overheid de verzamelde data als hun eigendom beschouwen en deze afschermen van bekendmaking. Ook de koepelorganisaties pleiten voor een optimaal benutten van registratiegegevens, door gegevensuitwisseling en een minimale bijkomende registratielast (Van Oevelen, Coussee, et al., 2010). Transparantie van de sector naar de overheid en tussen de overheden onderling is een eerste stap naar transparantie naar de gebruiker. Als overheden de gezondheidssector op een moderne manier wil aansturen, is het nodig dat ook de niet-geanonimiseerde cijfers over de Patient Safety Indicatoren bruikbaar zijn voor evaluatie van de werking, onder meer tijdens de audit.

Er moet daarom komaf gemaakt worden met de actuele splitsing, zodat de overheid die de verplichte registraties aanstuurt, ook de gegevens kan ontvangen, én ze gebruiken voor algemeen beleid én specifieke aansturing (bijvoorbeeld bij inspectie of audit).

## **Kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg scoort matig bij internationale vergelijking**

Volgens de meest recente bevestigingen is een duidelijke meerderheid van de Belgische bevolking tevreden met de huidige organisatie van de gezondheidszorg (Corens, 2007):

- 23,8 % van de Belgen zegt dat het systeem goed loopt (t.o.v. 13,2 % in de EU15)
- 41,3 % van de Belgen zegt dat kleine aanpassingen nodig zijn (t.o.v. 30,7 % in EU15)
- 22,7 % van de Belgen zegt dat fundamentele veranderingen nodig zijn (t.o.v. 38,2 % in de EU15)
- 5,2 % van de Belgen wil het gezondheidssysteem volledig herzien (t.o.v. 13,5 % in de EU15).

Ondanks maatregelen die een rationeel gebruik van medisch goed onderbouwde wetenschappelijke standaarden stimuleren, blijft er een grote variabiliteit bij de beroepsbeoefenaars en de ziekenhuizen voor wat betreft het voorschrijven en het gebruik van medicatie, diagnose en behandeling van gelijkaardige types van aandoeningen (Corens, 2007). Dit uit zich onder meer in het verschil in prevalentie van nosocomiale MRSA – infecties tussen de verschillende regio's (Vlaanderen scoort gemiddeld beter dan Wallonië en Wallonië scoort gemiddeld beter dan Brussel), tussen de verschillende provincies (Limburg scoort gemiddeld het best), tussen de verschillende zorgvoorzieningen (ziekenhuizen scoren gemiddeld beter dan ouderenvoorzieningen) en tussen de voorzieningen onderling (minimum 0 per 1000 opnames t.o.v. maximum 17,2 per 1000 opnames) (Jans, 2008).

Op de Euro Health Consumer Index 2009, een (vijfde) jaarlijks rapport dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in de Europese landen met elkaar vergelijkt, is België gezakt naar de elfde plaats, komende van plaats vier in 2005, zeven in 2006, tien in 2007 en twaalf in 2008 (Björnberg, Cebolla Garrofé & Lindblad S., 2009). De vergelijking gebeurt op basis van 38 indicatoren, gegroepeerd in 6 domeinen: patiëntenrechten en informatie, E-health, wachttijden, outcomes, zorgaanbod en dienstverlening en medicatiebeleid. België staat op de eerste plaats voor wat betreft de domeinen wachttijden en zorgaanbod en dienstverlening. De matige algemene ranking is onder meer het gevolg van zwakke resultaten voor (de transparantie van) het resultaat van de geleverde zorg. Voor het domein outcome haalt België pas de 18<sup>de</sup> plaats. De indicatoren die voor dit domein worden gemeten zijn: sterftcijfer ingevolge hartinfarct binnen de 28 dagen na hospitalisatie; kindersterfte; ratio sterfte aan kanker t.o.v. de incidentie in 2006; vermijdbare verloren levensjaren; MRSA – infecties; relatieve daling van de ratio aan suïcide en het percentage diabetici met hoog HbA1c-bloedspiegel (> 7).

De OECD is in 2004 gestart met het verzamelen van vergelijkbare informatie over de performantie van de gezondheidszorg, teneinde indicatoren samen te stellen die de kwaliteit en de outcome van de gezondheidszorg in de verschillende landen kunnen vergelijken. Het aspect kwaliteit van zorg wordt gemeten aan de hand van 22 indicatoren, verdeeld over vijf domeinen: zorg voor chronische condities; zorg voor acute opstoten van chronische condities; zorg voor psychiatrische ziekten; zorg voor kanker en zorg voor meer algemene aandoeningen. In de indicatoren die in het meest recente rapport voor internationale vergelijking van de kwaliteit van zorg worden gebruikt (OECD, 2009), scoort België matig tot goed voor de kwaliteit van de preventieve zorg, de 1<sup>ste</sup> lijnszorg en de psychiatrische zorg. In de vergelijking van de kwaliteit van zorg in de acute, klassieke 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijnszorg, wordt België niet vernoemd.

De indicatoren uit de OECD – vergelijking werden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid maximaal ingevuld met Vlaamse cijfers. We stellen vast dat Vlaanderen voor sommige indicatoren opnieuw anders scoort dan België. Daar waar België relatief goed scoort in internationale vergelijkingen is dit niet altijd zo voor Vlaanderen (bijvoorbeeld aangeboren hartfalen, psychiatrische zorg) en daar waar België slecht scoort in internationale vergelijking scoort Vlaanderen soms beter (bijvoorbeeld mortaliteit na darmkanker, vaccinatiegraad voor mazelen).

Er is inspanning geleverd in het meten teneinde informatie te verzamelen over de medische praktijkvoering van artsen en ziekenhuizen, maar incentives om de verschillen in praktijkvoering tussen artsen en ziekenhuizen aan te pakken zijn zeer beperkt. De overheid ondervindt veel weerstand van zorgverleners die deze incentives beschouwen als een inbreuk op de therapeutische vrijheid (Corens, 2007).

Het KCE (Vluyen et al., 2006) onderstreept dat landen zoals Australië, Groot-Brittannië, de VS en Nederland een kwaliteitsmeting van de zorgen hebben ingevoerd door gebruik te maken van kwaliteitsindicatoren. Bepaalde landen hebben enkel het doel om de kwaliteit te controleren en te verbeteren, terwijl andere deze systemen gebruiken als basis van de financiering van ziekenhuizen. Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelt het volgende:

“België heeft de beste gezondheidszorg van de wereld. Een vaak gehoorde stelling. Bewijzen kunnen we die stelling niet, want we meten de kwaliteit van onze gezondheidszorg niet systematisch.”

Dat België slecht zou scoren voor wat betreft nosocomiale infecties wordt tegengesproken in een recente studie van het KCE (Vrijens, Gordts, de Laet et al., 2008). Voor het eerst in twintig jaar worden cijfers over nosocomiale infecties in België gepubliceerd. In dit onderzoek vindt men een prevalentie voor nosocomiale infecties in acute ziekenhuizen van 6,2 % (95 % BI 5,9 – 6,5 %). We merkten al op dat onderzoekers (Jans, 2008) aanzienlijke verschillen vaststellen in de prevalentie van nosocomiale MRSA – infecties. Dit cijfer is vergelijkbaar met de recente cijfers die in 2007 werden gepubliceerd voor Nederland (6,7 %) en Frankrijk (5,03 – 6,77 % afhankelijk van het soort acuut ziekenhuis). Er wordt gepleit voor een continue aandacht voor het probleem, op regelmatige basis nationale prevalentiestudies uit te voeren en te zorgen voor een snelle feedback aan de ziekenhuizen. De onderzoeksequipe is van mening dat deelname aan prevalentiestudies voor nosocomiale infecties voor alle ziekenhuizen verplicht zou moeten worden.

Uit bovenstaande leren we dat het een goede keuze was om de klinische performantie expliciet op te nemen als verplicht op te volgen domein. De kritiek dat de kwaliteit niet op systematische wijze wordt gemeten is een gevolg van wat eerder aan bod kwam: er is onvoldoende transparantie van de metingen naar de bevolking.

## **Conclusie: Kwaliteitsbeleid als permanente verbetercirkel**

Mede dankzij de invoering van het Vlaams kwaliteitsdecreet in 1997 zien we dat er in de Vlaamse ziekenhuizen een toegenomen aandacht is voor de risicobeheersing inzake medicatiefouten, met een stijging van het aantal ziekenhuizen dat de medicatiedistributie heeft geïnformatiseerd. Het aantal patiënten dat een MRSA – infectie opliep is in Vlaanderen lager dan in de andere landsgedeelten.

Hoewel niet langer wettelijk verplicht, hebben het merendeel van de Vlaamse ziekenhuizen één of meerdere kwaliteitscoördinatoren in dienst.

Algemeen beschouwd kan gesteld worden dat de ziekenhuissterfte in Vlaanderen daalt. Daarentegen neemt de sterfte van de patiënten in de acute en universitaire ziekenhuizen kort na een ziekenhuisopname toe. In de acute ziekenhuizen die niet over een functie voor maternale intensieve zorgen (MIC) of neonatale intensieve zorgen (NIC) beschikken, neemt de sterfte bij pasgeborenen toe. Het aandeel ongeplande heropnames in Vlaanderen stijgt. Het aandeel keizersneden in het aantal geboortes is in Vlaanderen sinds 2002 gestabiliseerd. De verblijfsduur in de Vlaamse ziekenhuizen kent een dalende trend. Meer en meer patiënten worden in daghospitalisatie behandeld.

Alle categorale ziekenhuizen hebben een valpreventieprotocol uitgewerkt, waarbij aandacht wordt geschonken aan het bepalen van het valrisico, het nemen van preventiemaatregelen en het opvolgen van incidenten. Aansluitend hierop hebben diverse ziekenhuizen een visie en procedure rond vrijheidsbeperkende maatregelen ontworpen. Alle Vlaamse categorale ziekenhuizen gebruiken een screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen. In sommige ziekenhuizen werd een multidisciplinair voedingsteam opgericht.

Het meten van indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg blijkt moeilijker dan in de algemene gezondheidszorg.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG) doet tevens onderzoek naar meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg.

In essentie beoogt het vernieuwde kwaliteitsdecreet dat de aangeboden zorg aantoonbaar bijdraagt tot de gezondheid en de kwaliteit van het leven van de samenleving in het algemeen en van de gebruikers in het bijzonder. De inbreng en de rol van de medewerkers van de voorzieningen wordt meer geaccentueerd. De aandacht voor de resultaten van de kernactiviteit van de voorzieningen is toegenomen.

Evaluatie van het hernieuwde Vlaamse kwaliteitsbeleid leert dat we op vandaag, op niveau van de overheid, onvoldoende concrete data hebben om uitspraken te doen over de evolutie van het kwaliteitsbeleid in de verschillende sectoren. Dit leidt ertoe dat internationaal gepubliceerde studies over het gezondheidsbeleid in België stellen dat er geen gesystematiseerde meting is van de kwaliteit van de zorg.

Een expliciete vraag van de sector om een cyclus vijf jaar te laten duren, zorgt ervoor dat resultaten rond operationele performantie, evaluatie door de patiënt en evaluatie door de medewerker, pas vanaf nu in beeld kunnen komen. De informatie rond de klinische performantie die op het niveau van de Vlaamse overheid beschikbaar is, is uitermate geschikt om een evaluatie mogelijk te maken op het niveau van de individuele voorziening, maar niet om gegeneraliseerde uitspraken te doen.

Responsabiliseren van de voorzieningen was een expliciete manier van aanpak bij de herziening van het Vlaamse kwaliteitsbeleid. Het is in eerste instantie de voorziening zélf die aangemoedigd wordt om kwalitatieve en verantwoorde zorg te bieden. Idealiter zou patiëntveiligheid belichaamd moeten worden vanuit de voorziening, zoekend naar potentiële oorzaken die accidenteel tot schade kunnen leiden. Deze voortdurende zoektocht, aangemoedigd door kleine maatregelen, is analoog met het kwaliteitsconcept van continue kwaliteitsverbetering (Spencer, 2000).

Een ongunstig neveneffect van deze visie is dat op het niveau van de overheid onvoldoende informatie beschikbaar is om het beleid te onderbouwen en om de bevolking adequaat te kunnen informeren om hun keuze te ondersteunen. Op vandaag zijn we ook niet in staat om adequaat te reageren op uitspraken m.b.t. de kwaliteit van zorg in de literatuur. Op basis van de huidige werkwijze is het daarom niet mogelijk om grote uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg in Vlaanderen.

Er is daarom nood aan een meer stabiel en vooral uniform beleid inzake kwaliteit in de gezondheidszorg. Dit wil zeggen dat de houding van de sectoren ten aanzien van de opgelegde registraties en ten aanzien van de inhoud van de registraties, gedurende voldoende lange tijd stabiel moet zijn. Enkel op deze wijze kunnen adequate conclusies in deze materie worden getrokken.

Tot slot moet er op relatief korte termijn een antwoord worden gezocht op een aantal uitdagingen. Het transparanter maken van informatie naar de gebruiker en de verschillende manieren van aanpak door de verschillende overheden zijn hierbij de belangrijkste.



## Literatuur

- Björnberg A., Cebolla Garrofé B., Lindblad S. (2009). Euro Health Consumer Index. *Health Consumer Powerhouse*. Opgehaald op 24 juni, 2010, van <http://www.healthpowerhouse.com>
- Cannoodt L., Gemmel P., Rossi D., Tambreur W., Leunis G., Vanden Boer G. et 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*. Opgehaald 30 september, 2007, van <http://www.absym.be/rapport-hopitaux-synthese-30-3-06.pdf>
- Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap – K.U.Leuven. (2004) Klinische performantie – indicatoren voor het kwaliteitsbeleid van de Vlaamse algemene ziekenhuizen.
- Corens D. (2007). Belgium: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 9(2)
- Daue F. & Crainich D. (2008). Hoe gezond is de gezondheidszorg in België? Itinera Institute, [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)
- Gillet P., Kolh P., Sermeus W. et al. (2008). Detectie van adverse events in administratieve databanken. Brussel, Federaal Kenniscentrum
- Hellings J. & Schrooten W. (2008). Rapport Veiligheidscultuur in Belgische ziekenhuizen : Resultaten van een eerste onderzoek. Universiteit Hasselt, onderzoeksgroep Patient Safety. Opgehaald op 24 december, 2008, van <https://portal.health.fgov.be>
- Jans B. (2008). Statusrapport: Screeningsbeleid in acute ziekenhuizen en in Woon- en Zorgcentra in Vlaanderen. *Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling Epidemiologie*.
- Lemos P., Jarret P. & Philip B. (2006). Day surgery. Development and practice. *International Association for Ambulatory Surgery*, Londen, 346p.
- OECD (2004). Towards High-Performing Health Systems. Opgehaald 14 november, 2008, van <http://www.oecd.org/dataoecd/15/23/31737305.pdf>
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing.  
doi: 10.1787/health\_glance-2009-en  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)
- Pacolet J. et al. (2005). Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. *Onderzoek in opdracht van VESOFO*.
- Pacolet J. et al. (2006). Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. *Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de*

*planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.*

Porter M. & Teisberg E. (2006). Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results. *Harvard Business School Press*, Boston

Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H., Kümmerling A., Büscher A. et al. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. *Bergische Universität Wuppertal*. Opgehaald op 24 juni, 2010, van [www.next-study.net](http://www.next-study.net)

Smets D. (2010). Tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen: Positie van Vlaanderen binnen Europa en beïnvloedende factoren. *Studiedienst van de Vlaamse Regering*.

Spencer F.C. (2000). Human Error in Hospitals and Industrial Accidents: Current Concepts. *Journal American College of Surgeons*, 191(4), 410-418

Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie (2008). Patiëntveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden. Strategische nota Patiëntveiligheid. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Opgehaald op 24 december, 2008, van <https://portal.health.fgov.be>

Vanackere S. (2008). Beleidsprioriteiten 2008 – 2009. *Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

Vanhaesebrouck P., Charon A., Devlieger H., Haumont D., Langhendries J.P., et al. (2008). NIC audit Synoptic Report 2000-2007.

Van De Sande S., De Wachter D., Swartenbroekx N. et al. (2006). Inventaris van databanken gezondheidszorg. Brussel, Federaal Kenniscentrum.

Van Oevelen G., Coussee F., Baetens D., Boeckxstaens C., De Gronckel K., et al. (2010). Charter: Kwaliteitsvolle registratie van gegevens uit de zorgsector. *Zorgnet Vlaanderen*. Opgehaald op 25 juni, 2010 van <http://www.zorgnetvlaanderen.be>

Vlayen J., Van De Water G., Camerlin C., et al. (2006). Klinische kwaliteitsindicatoren. Brussel, Federaal Kenniscentrum.

Vrijens F., Gordts B., de Laet C., et al. (2008). Nosocomiale infecties in België. Deel I: Nationale prevalentiestudie. Brussel, Federaal Kenniscentrum

Skinner & Wickman (1974). The focused factory. *Harverd Business Review*, 52(3), 113-121