

VAN DE ONTWIKKELING VAN KWALITEITSINDICATOREN TOT VERBETERING VAN ZORGKWALITEIT: EEN OVERZICHT

Ariane Ghekiere, *PhD*



MENTALE GEZONDHEID

In 10 jaar tijd 37 procent meer g
opnames in de psychiatrie

13-11-17, 08.23u - Redactie - Bron: Belga, VRT

dS +

DONDERDAG 23 AUGUSTUS 2018 - DS AVOND

PSYCHIATRIE

'Dertien weken vastgebond
uitzonderlijk lang'

Kinderen in afzondering: te vaak, te lang
en te onveilig

Zorginspectie niet mals voor Vlaamse ki

Meisje van 11 dat opgenomen was in
psychiatrie volwassenen krijgt nu
aangepaste ondersteuning

Kwart van patiënten in geestelijke
gezondheidszorg voelt zich nauwelijks
geholpen

Eerste resultaten van kwaliteitsmetingen

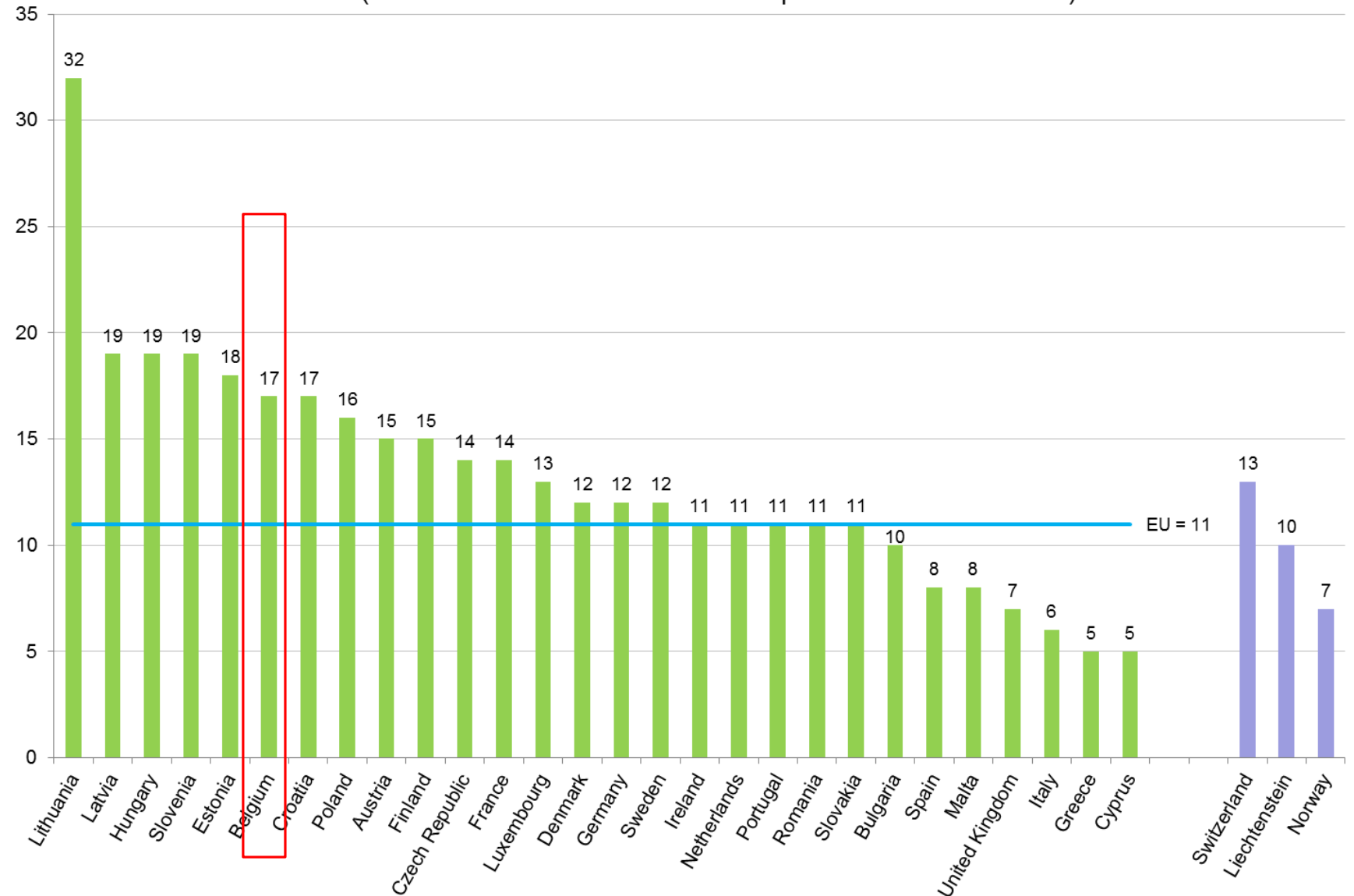
Opsluiting in kinderpsychiatrie is lang
geen uitzondering

31-03-17, 06.00u - Femke van Garderen en Sara Vandekerckhove

WAAROM?

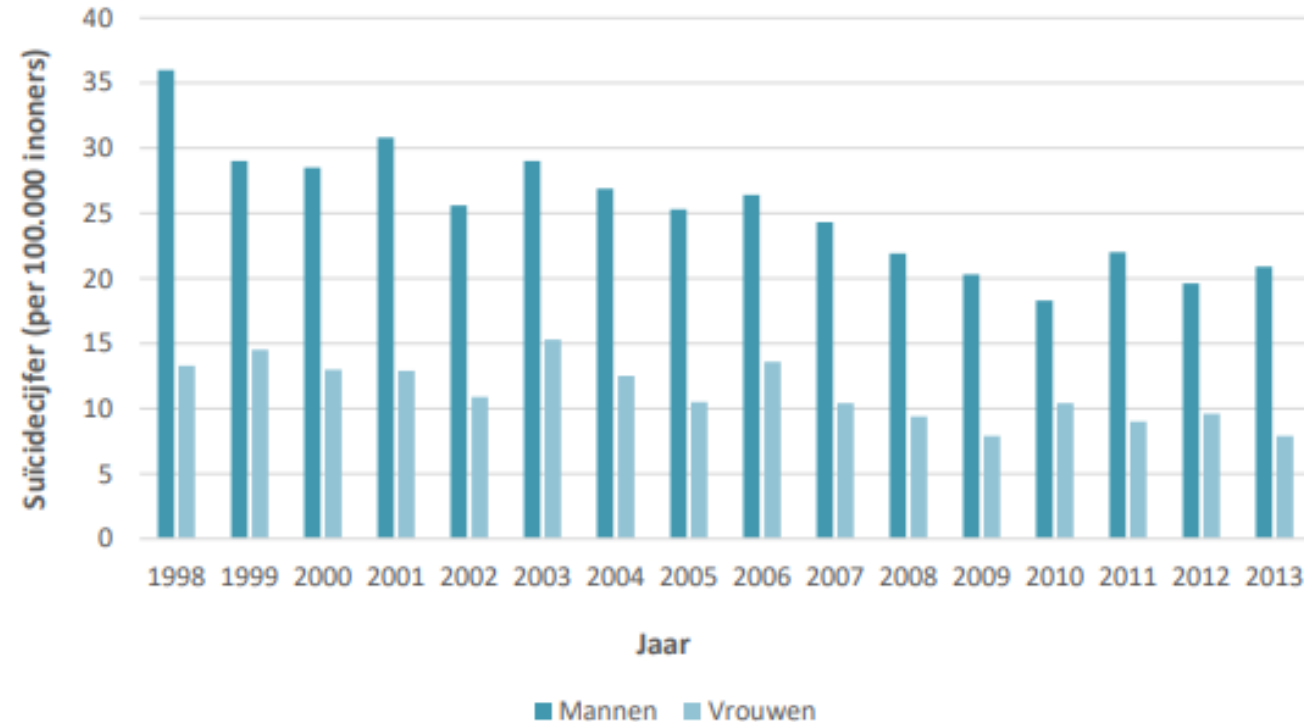
Suicide rate in the EU Member States, 2014

(number of deaths due to suicides per 100 000 inhabitants)



WAAROM?

Figuur 3.1. Evolutie suïdecijfer (per 100.000 inwoners) ingezetenen Belgen en vreemdelingen 1998-2013, volgens geslacht.



Bron: Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (Age Standardized mortality Ratio; ASR-E)

WAAROM? - KWALITEITSDECREET

Artikel 5.

§ 3. Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.

In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:

- 1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;
- 2° hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- 3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, te bereiken;
- 4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- 5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

§ 4. Het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie krijgen gestalte in een kwaliteitshandboek, dat bekrachtigd wordt door de hoogste leiding binnen de voorziening



KWALITEITSINDICATOREN ALS EEN METHODIEK

1. Wat is een goede kwaliteitsindicator?
2. Hoe wordt deze ontwikkeld?
3. Implementatie binnen de organisatie
4. Transparantie is de norm
5. Hoe aan de slag met deze indicatoren als organisatie?



INDICATOREN KWALITEIT VAN ZORG

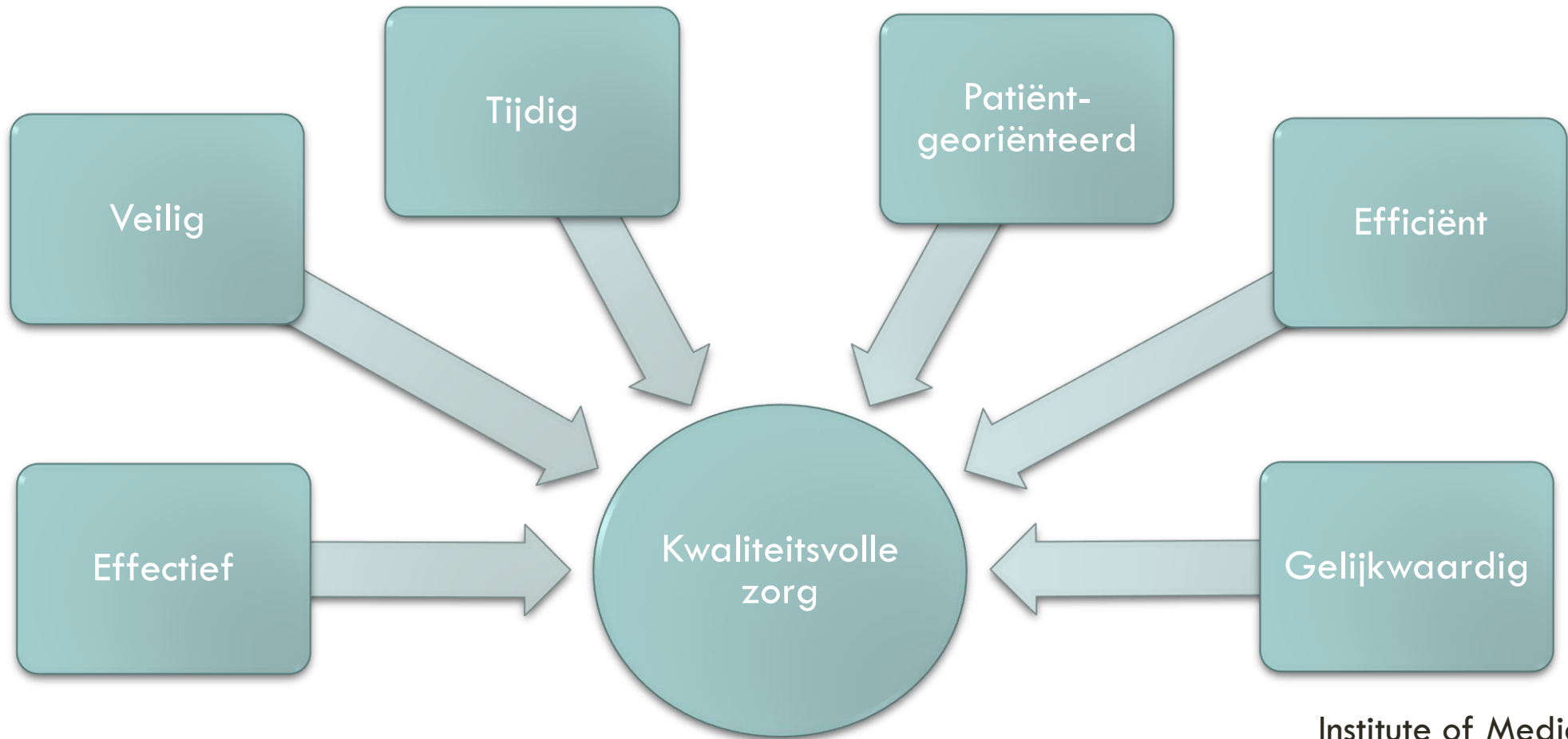
= signaalwijzers

*“Imagine a car dashboard: an indicator is a warning light flashing on the dashboard. It is fed by one of the many streams of **data** – maybe oil level, temperature etc. If flashes when all is not well, suggesting we stop the car. The indicator “alerts us to something worthy of further investigation”.” (Pencheon, 2008, p.6)*



→ Norm noodzakelijk: wat is goed, voldoende en onvoldoende?

6 DOMEINEN VAN ZORGKwaliteit



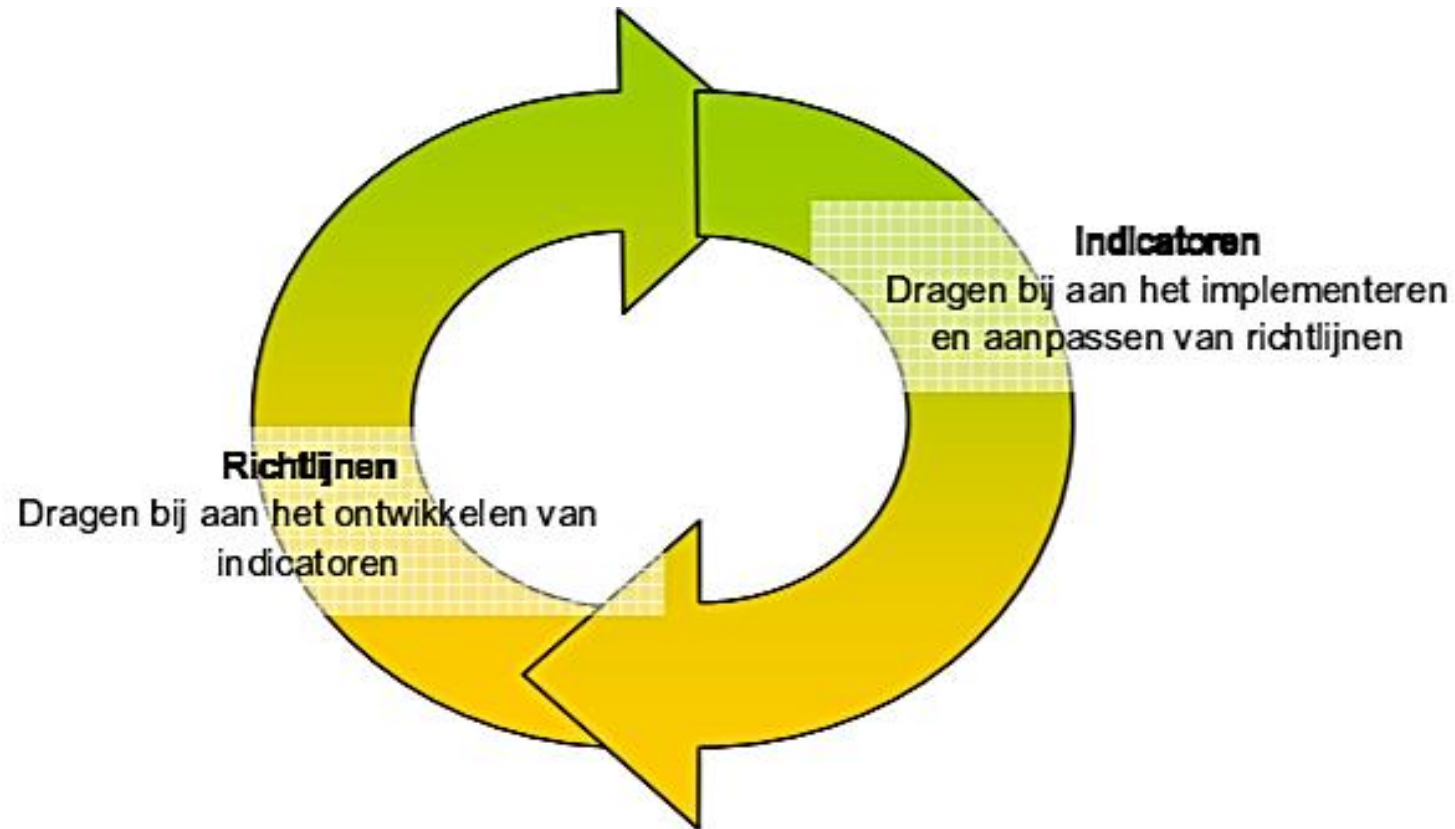
Institute of Medicine

DIMENSIONS OF QUALITY AREAS OF NEED	ACCEPTABILITY Health services are respectful and responsive to user needs, preferences and expectations.	ACCESSIBILITY Health services are obtained in the most suitable setting in a reasonable time and distance.	APPROPRIATENESS Health services are relevant to user needs and are based on accepted or evidence-based practice.	EFFECTIVENESS Health services are based on scientific knowledge to achieve desired outcomes.	EFFICIENCY Resources are optimally used in achieving desired outcomes.	SAFETY Mitigate risks to avoid unintended or harmful results.
BEING HEALTHY Achieving health and preventing occurrence of injuries, illness, chronic conditions and resulting disabilities.						
GETTING BETTER Care related to acute illness or injury.						
LIVING WITH ILLNESS OR DISABILITY Care and support related to chronic or recurrent illness or disability.						
END OF LIFE Care and support that aims to relieve suffering and improve quality of living with or dying from advanced illness or bereavement.						

KENMERKEN VAN IDEALE KWALITEITSINDICATOR

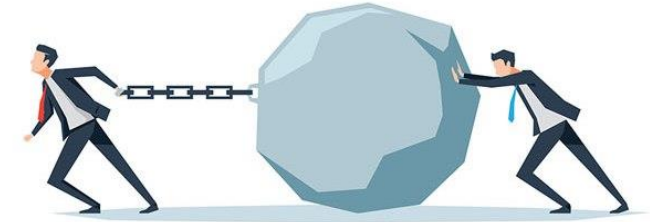
- valide & betrouwbaar
- moet verbetering toelaten en kunnen detecteren
- consensus over definitie en omschrijving
- specifiek & sensitief
- onderscheidend vermogen
- relevant voor de praktijk
- vergelijking mogelijk
- Evidence-based
- Haalbaar
- Begrijpelijk

INDICATOREN VS. RICHTLIJNEN



Beersen et al. 2007

STAPSGEWIJZE ONTWIKKELING



1. Samenstelling ontwikkelingsgroep



2. Stand van zaken wetenschappelijke evidentie



3. Selectie van de indicatoren obv evidentie, relevantie, haalbaarheid



4. Opstellen indicatoren



5. Pilootmeting en evaluatie haalbaarheid



6. Kritische evaluatie van de resultaten mbt validiteit & betrouwbaarheid



7. Vastleggen rapportering

2 jaar



ONTWIKKELINGSGROEP - EXPERTENGROEP



WELKE INDICATOR?

- grootte populatie ~ grootte van ernst
- meetbaarheid & haalbaarheid
 - Bestaande registraties > nieuw ontwikkelde registraties
 - Bijvoorbeeld: IMA, MPG, FOD, KCE, TDI, ...
- relevantie voor werkveld
- maatschappelijke verantwoording



Vlaamse patiëntenpeiling GGZ

Patiëntgerichtheid is een belangrijk element van kwalitatieve zorg. Het Vlaams Patiëntenplatform ontwikkelde, in nauwe samenwerking met professionals en patiënten een patiëntenbevraging die hiernaar peilt bij gebruikers van GGZ. Neem contact op met ariane.ghekiere@zorg-en-gezondheid.be indien uw voorziening wenst deel te nemen.

Meer info kunt u vinden in de  [indicatorfiche Vlaamse Patiënten Peiling GGZ \(596 kB\)](#)

-  [Registratietool VPP 2018 \(3.9 MB\)](#)
-  [Codeboek Vlaamse Patiënten Peiling GGZ 1.1 \(2.06 MB\)](#)
-  [voorbeeld xml \(140 kB\)](#)
-  [FAQ over de Vlaamse Patiëntenpeiling voor de geestelijke gezondheidszorg \(210 kB\)](#)
-  [Infobrief over de Vlaamse Patiënten Peiling voor de geestelijke gezondheidszorg \(123 kB\)](#)

 [meetperiode 2018 VPP GGZ \(265 kB\)](#)

 [Richtlijnen bij afname VPP door medewerker GGZ-voorziening \(425 kB\)](#)

-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - CGG \(226 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - CGG \(195 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - BW-PVT \(226 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - BW-PVT \(196 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - PZ PAAZ dagZH \(227 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - PZ PAAZ dagZH \(196 kB\)](#)
-  [Vlaamse Patiënten Peiling GGZ - PZ PAAZ dagZH \(196 kB\)](#)

 [Indicatorfiche tijdig contact na ontslag \(459 kB\)](#)

 [Meetprotocol volledig geneesmiddelenvoorschrift GGZ \(1.05 MB\)](#)

-  [Meetinstructie volledig geneesmiddelenvoorschrift \(238 kB\)](#)
-  [Registratiesoftware medicatieveiligheid \(1.21 MB\)](#)
-  [Overeenkomst voorziening en auditor \(114 kB\)](#)
-  [Overeenkomst voorziening en auditor \(674 kB\)](#)

-  [Checklist indicator volledig geneesmiddelenvoorschrift \(14 kB\)](#)
-  [Presentatie interpretatie volledig geneesmiddelenvoorschrift \(1.09 MB\)](#)

 [VIP² melding van geplande audit Bevestigingsformulier audit](#)

 [Indicatorfiche suïcidepreventiebeleid \(636 kB\)](#)

-  [Richtlijnen en afspraken audit SPB \(22 kB\)](#)
-  [Registratietool suïcidepreventiebeleid 2018 \(233 kB\)](#)
-  [Overeenkomst voorziening en auditor \(114 kB\)](#)
-  [Overeenkomst voorziening en auditor \(674 kB\)](#)

IMPLEMENTATIE

→ ‘werken aan kwaliteit’ bestaat niet.

Drogredenen:

“We werken kwaliteitsvol maar we meten het niet.”

“We moeten al zoveel registreren.”

“We zijn liever bezig met mensen dan met registratie.”

Essentieel: eigenaarschap – integratie binnen de PDCA cyclus



BENCHMARKING ALS METHODIEK

Resultaten van de Vlaamse PatiëntenPeiling GGZ 2018 1e semester

Resultaten - 3. Beoordeling : cijfer per sector

Algemene beoordeling																	
			Antwoord														
Patiëntengroep	Dienst	Aantal	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Niet ingevuld	Ongeldig	Gemiddeld cijfer	
36 - Welk cijfer zou u deze voorziening geven voor deze behandeling?																	
uw voorziening	Psychiatrisch Ziekenhuis	141	6%	27%			31%			20%			5%		4%	0	7,8
Alle patiënten	Alle sectoren		14%	21%			31%			17%			5%			7,9	
Alle patiënten	Psychiatrisch Ziekenhuis		10%	16%			31%			20%			7%	5%			7,5

Rapport opgemaakt door de TTP voor VIP²GGZ (2018-1)

Resultaten van de Vlaamse PatiëntenPeiling GGZ 2018 1e semester

Resultaten - 3. Beoordeling : aanbeveling per sector

Algemene beoordeling											
			Antwoord								
Patiëntengroep	Dienst	Aantal	Zeker Wel	Waarschijnlijk Wel	Niet ingevuld	Waarschijnlijk Niet	Zeker Niet	Ongeldig	nvt		
37 - Zou u deze voorziening aanbevelen aan uw vrienden en familie?											
uw voorziening	Psychiatrisch Ziekenhuis	141	50%			36%		9%	4%	0	0
Alle patiënten	Alle sectoren		50%			37%		7%			0
Alle patiënten	Psychiatrisch Ziekenhuis		43%			41%		9%	5%		0

Rapport opgemaakt door de TTP voor VIP²GGZ (2018-1)

BENCHMARKING ALS METHODIEK

Resultaten van de Vlaamse PatiëntenPeiling GGZ 2018 1e semester

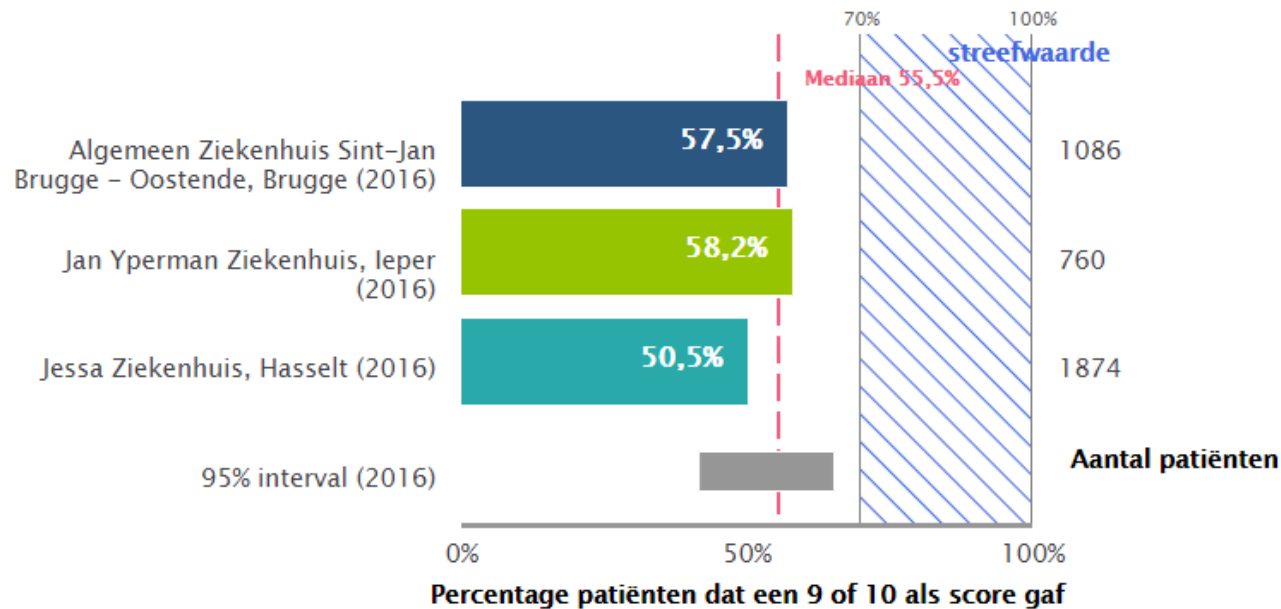
Resultaten - 3. Beoordeling : aanbeveling in afdelingen

Algemene beoordeling										
		Antwoord								
Patiëntengroep	afdeling	Aantal	Zeker Wel	Waarschijnlijk Wel	Niet ingevuld	Waarschijnlijk Niet	Zeker Niet	Ongeldig		
37 - Zou u deze voorziening aanbevelen aan uw vrienden en familie?										
uw voorziening		3	67%				33%	0		
uw voorziening		20	55%				40%	5%	0	
uw voorziening		25	44%				36%	16%	4%	0
uw voorziening		10	20%	50%			10%	20%	0	
uw voorziening		16	50%				38%	13%	0	
uw voorziening		20	35%	40%			5%	15%	5%	0
uw voorziening		23	70%				30%	0	0	
uw voorziening		24	54%				33%	13%	0	
Alle patiënten			50%				37%	7%	0	

TRANSPARANTIE IS DE NORM

WELK CIJFER GEEF JE AAN DIT ZIEKENHUIS?

Hoeveel procent van de patiënten gaf 9/10 of 10/10 aan dit ziekenhuis? De patiënten kunnen een score van 0/10 tot 10/10 aanduiden. Deze indicator wordt gemeten met de Vlaamse Patiënten Peiling.



© VIP² – Vlaams Indicatoren Project



DE KWALITEIT VAN DE VLAAMSE ZIEKENHUIZEN IN KAART GEBRACHT

De ziekenhuizen in Vlaanderen meten de kwaliteit van hun zorg. Sommige metingen doen ze vrijwillig, andere zijn verplicht. Deze website biedt patiënten en professionele zorgverleners de mogelijkheid om de gemeten resultaten per ziekenhuis te raadplegen en te vergelijken. De metingen gebeuren in samenwerking met onder meer de Vlaamse overheid, de Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen, het Vlaams Patiëntenplatform en de koepel Zorgnet-ICURO.

ZOEK EEN ZIEKENHUIS :

Welke behandeling bij welk domein?

OP LOCATIE

OP NAAM

Kies een locatie

Kies een domein



Zoeken

VERBETERTRAJECT

- Toon de feedback aan medewerkers
- Bespreek – waarom beter/slechter?
- Oorzaak?
- Motiveer – kwaliteit is van ons
- Onderbouw met gedragsveranderingstheorieën!
 - ASE model
 - Theory of Behavior Change model
 - Theory of Planned Behaviour



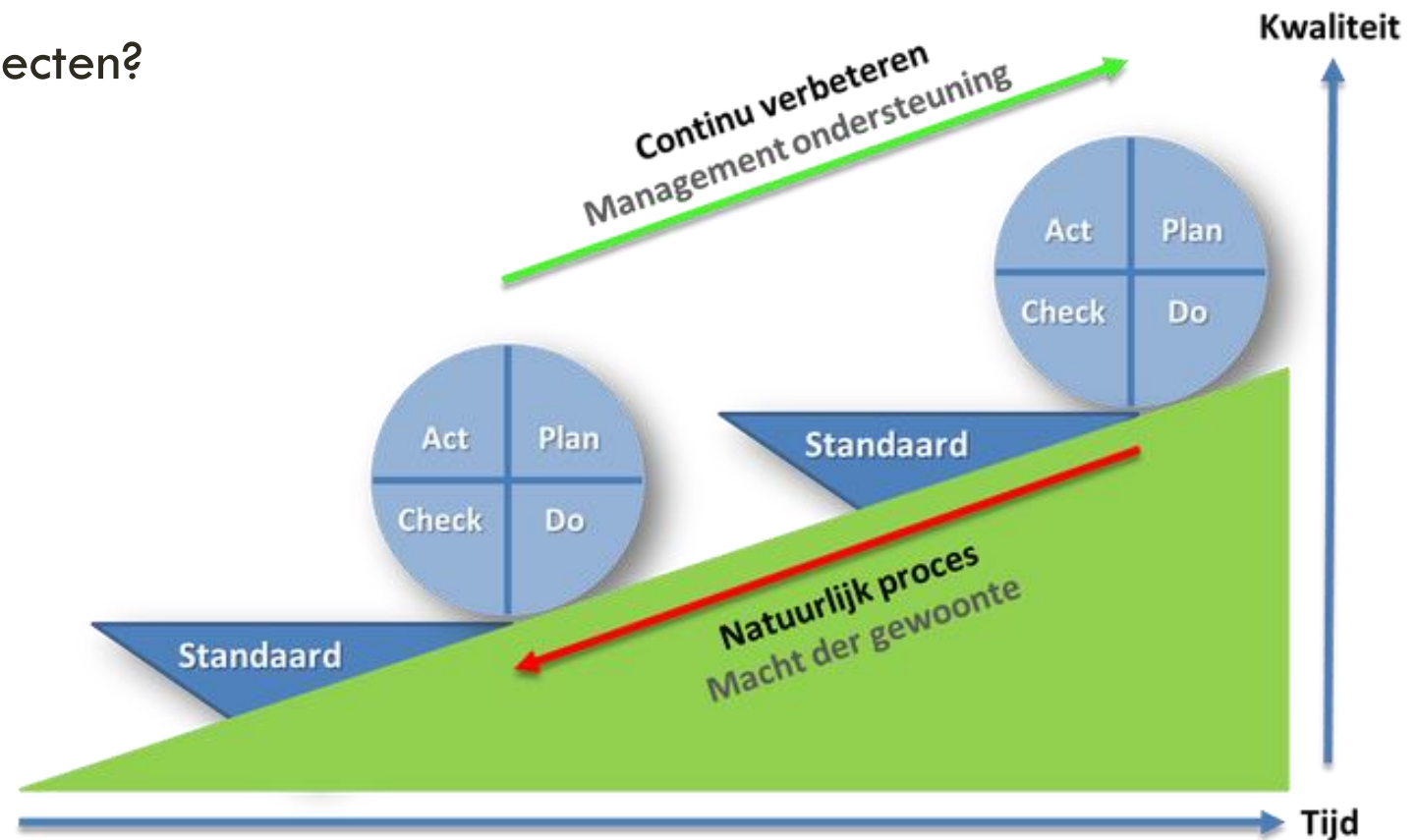
SAMENVATTING

Waarom meten kwaliteit, welke aspecten?

Hoe gaan we het doen?

Hoe goed doen we het?

Verbeteracties



DANK U WEL

Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid
Zorgnet-Icuro
Bureau VIP² GGZ
Prof. dr. Dirk Ramaekers
Dirk De Wachter



REFERENTIES

Beersen N, Kallewaard M, van Croonenborg JJ, van Barneveld TA. (2007) Handleiding indicatorontwikkeling. (<http://www.haring.nl/download/literatuur/HandleidingIndicatorenontwikkelingCBO.pdf>)

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement (2003). International Journal for Quality in Health Care 15(6):523-530.

De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van der Voort P, Westert P. (2009) Using quality indicators to improve hospital care : a review of the literature. International Journal for Quality in Health Care 21(2):119-129.

Poelman M, Hermans K, Van Audenhoven C. (2011). Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020. (https://steunpuntwvg.be/images/swvg-1-publicaties/2011_08-r19-indicatoren-pact-2020)