

Vlaamse overheid



**Agentschap Inspectie Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Welzijn en Gezondheid**
Koning Albert II-laan 35, bus 31,
1030 BRUSSEL
Tel. 02 553 33 79 – Fax 02 553 34 35
E-mail: inspectie@wvg.vlaanderen.be

**Evaluatierapport in het kader van het
kwaliteitsdecreet
Evaluatie van de zelfevaluatie
AZ Sint-Lucas Brugge
Assebroek**

Maart 2008

1 Inleiding

Sinds 1997 wordt vanuit de overheid specifieke aandacht besteed aan de kwaliteit van de werking in de ziekenhuizen. Via het kwaliteitsdecreet werden alle Vlaamse ziekenhuizen verplicht om op gestructureerde wijze na te denken over een aantal kwaliteitsthema's, zoals de tevredenheid van de patiënt, de bedeling van geneesmiddelen en het aantal ziekenhuisinfecties.

In 2004 werd deze regelgeving geactualiseerd. De verplichte thema's werden vervangen door grotere domeinen. Vanaf 2005 zijn alle Vlaamse ziekenhuizen verplicht om zelf op zoek te gaan naar een kwaliteitsverbetering in vier domeinen:

- 1) de tevredenheid van de gebruiker
- 2) de tevredenheid van de medewerker
- 3) de algemene werking van het ziekenhuis (de operationele performantie)
- 4) de kwaliteit van de klinische zorg (de klinische performantie).

De bedoeling van deze wetgeving is de kwaliteit van de zorg in Vlaanderen te bevorderen. De overheid verwacht van de ziekenhuizen dat zij een kwaliteitsbeleid voeren dat streeft naar voordelen voor de gebruikers van die voorziening, maar ook voor hun personeelsleden en voor de samenleving in het algemeen.

Minstens één maal om de vijf jaar wordt de aandacht die het ziekenhuis heeft voor de eigen kwaliteit van werken geëvalueerd door de overheid. Hiervan wordt een evaluatierapport opgemaakt. De Vlaamse ziekenhuizen zijn bij wet verplicht om deze appreciatie aan iedere belanghebbende kenbaar te maken.

Hieronder wordt het verslag weergegeven dat voor dit ziekenhuis werd opgesteld.

2 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis

De geschiedenis van het huidige AZ Sint-Lucas Brugge gaat terug tot 1965. Sindsdien is het ziekenhuis voortdurend gegroeid. In 1988 kwam bovendien een fusie met de Kliniek Sint-Jozef en in 1996 werden zowat alle activiteiten op één campus samengebracht (in samenwerking met het AZ Sint-Jan AV worden nu nog drie bedden op de palliatieve eenheid op campus Minnewater geëxploiteerd).

Het kwaliteitsdenken kent al een rijke traditie in deze instelling. Lang voor het eerste kwaliteitsdecreet liet het AZ Sint-Lucas Brugge al een sterkte-zwakte analyse uitvoeren door het Vlaams Instituut voor de integrale Kwaliteitszorg (1992) en in 1995 werd een kwaliteitsdienst opgericht en een kwaliteitscoördinator aangesteld. Op basis van de sterkte-zwakteanalyse en een bevraging van opgenomen patiënten en de huisartsen, werden toen al verschillende acties opgezet.

Een aantal vereisten van het eerste kwaliteitsdecreet aligneerden goed met de bestaande acties, maar over het algemeen werd het decreet eerder ervaren als een storende factor die plannen en lopende projecten doorkruiste. Desalniettemin bood dit decreet ook een aantal opportuniteiten, wat zich vertaalt in een aantal verbeterprojecten die tot op heden blijven doorlopen (medicatie distributie, infrastructurele werken om het patiëntencomfort te verhogen).

De verbeterpunten uit de zelfevaluatie van het managementteam (2000) en de in 2001 geformuleerde missie (een autonoom, modern, efficiënt, menselijk en kwalitatief ziekenhuis zijn, met specifieke patiëntgestuurde zorgprogramma's) en visie werden vanaf 2003 geconcretiseerd in een 7-tal beleidslijnen (basisspecialistische zorg leveren naast een aantal gespecialiseerde programma's, duidelijke netwerking, het borgen van kwaliteit, feedback gebruiken van klant en medewerkers, de beschikbare middelen effectief en efficiënt inzetten). Deze beleidslijnen vormden op hun beurt de basis voor de beleidsthema's die voor de periode 2005-2009 werden vastgelegd. In de praktijk vertaalt zich dat alles in een aantal erkende zorgprogramma's naast gespecialiseerde projecten die de patiënt centraal stellen (projecten borstkliniek, mondhygiëne, patiëntenvoeding, pijncontrole, outreaching kinder- en jeugdpsychiatrie, geheugenkliniek, stomazorg, kinderplasschool, prostaatcentrum, Kliniek voor Impotentie en Seksuele Stoornissen, bekkenbodemkliniek, rug- en nekkiniek, diabetesrevalidatie, voetkliniek...). Ook stond het ziekenhuis in 2002 mee aan de wieg van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven en sloot het in 2003 aan bij het Netwerk Klinische Paden K.U.Leuven en in 2004 bij het Netwerk Kwadrant K.U.Leuven.

Langs de andere kant waren er op beleidsniveau ook een aantal knelpunten. Zo bleek het opstellen van een algemene en financiële regeling met de artsen een moeizaam proces dat pas in 2006 werd afgerond. Op directieniveau deden zich de laatste jaren een aantal verschuivingen voor en de functie van algemeen directeur is al een jaar vacant.

Deze situatie bracht een aantal veranderingen met zich mee die hun weerslag hebben op de gehele organisatie. Zo werd de vroegere kwaliteitsdienst (die ook ziekenhuishygiëne en patiëntenbegeleiding omvat), opgesplitst en van het niveau algemeen directeur weggehaald en ondergebracht bij het verpleegkundig departement. Ook werd eind 2007 door het nieuwe directiecomité, in samenspraak met de Raad van Bestuur, een start genomen om de beleidslijnen voor de volgende jaren te herzien. In het kader van de strategische nota die wordt voorbereid en met oog op een brede communicatie top-down en bottom-up, werden er nieuwe organen opgericht (voorbereidende strategische cel, strategische commissie, clusters...). Tezelfdertijd wordt ook gewerkt aan een zorgstrategisch plan, gekoppeld aan allerhande bouwwerken en verhuisbewegingen. Verschillende beleidsthema's werden intussen al dan niet tijdelijk een halt toegeroepen (bv. het werken met afdelingsbeleidsplannen).

Er werden heel wat zorgprocessen uitgetekend en gestructureerd. Zo zijn er naast een groot aantal zorgpaden (80) een drietal klinische paden in gebruik en zijn er verschillende in ontwikkeling.

Er is verder werk gemaakt van de centralisatie van een aantal procedures; deze zijn op intranet terug te vinden. Het beheer van deze procedures gebeurt echter niet centraal en men heeft geen idee of alle procedures nog actueel zijn. Ook over hun toepassing in de praktijk tast men in het duister. Bovendien blijken alle afdelingen te beschikken over eigen procedures die niet centraal gekend zijn. Dergelijke werkwijze houdt risico's in, bijvoorbeeld bij het inzetten van personeel op verschillende afdelingen (de mobiele equipe, nachtelijke waken...). Men dient dan ook dringend werk te maken van een sluitend beheersysteem.

3 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis van 1997 tot 2003

Naast drie verplichte thema's die werden opgelegd door het Vlaams ministerie van Volksgezondheid, moest ieder Vlaams ziekenhuis ook zelf minstens twee thema's kiezen. Dit vertaalt zich voor dit ziekenhuis,

voor de drie verplichte thema's in:

- Onthaal – patiënttevredenheid
- Geneesmiddelendistributie
- Ziekenhuisinfecties

voor de vrije thema's in:

- Decubituspreventie
- Pijncontrole

Alhoewel dit decreet met gemengde gevoelens onthaald werd, zowel in het medisch als in het verpleegkundig departement, kon finaal toch op ieders medewerking gerekend worden. Voor de uitwerking van ieder thema werden “themacoördinatoren” aangesteld, meestal een leidinggevende en een geneesheer, gefaciliteerd door de kwaliteitscoördinator.

- **Onthaal – patiënttevredenheid**

Onthaal werd in 1992 en 1996 al bevestigd via een tevredenheidsmeting en maakt ook deel uit van de permanente bevestiging bij het ontslag. De specifieke bevestiging in 1999 leverde (naar analogie met de andere metingen) een zeer hoge graad van tevredenheid op over het onthaal zodat besloten werd dit thema stop te zetten en alleen nog te focussen op de bevestiging bij het ontslag. Deze bracht wel een aantal verbeterpunten naar boven waarvan er twee geselecteerd werden als prioritair met name kamercomfort en tevredenheid over de maaltijden. Om het kamercomfort te verhogen werd het masterplan aangepast, voor voeding werden diverse initiatieven genomen. Voor het kamercomfort zag men de score goed + zeer goed stijgen tot 89 %, voor de maaltijden bleef dit op 79% hangen. In beide gevallen werd de norm van 90% dus niet gehaald. Het thema patiënttevredenheid wordt dan ook verdergezet.

- **Geneesmiddelendistributie**

Op basis van de metingen bleek dat de verbetermogelijkheden groot waren (0% door artsen gevalideerde medicatieschema's, 52 % van de klaargezette medicatie niet meer te controleren op juistheid of vervaldatum wegens het verwijderen van de blisters). Verschillende acties werden opgezet maar bij meting bleek het effect hiervan klein (0% door artsen gevalideerde medicatieschema's, 25 % van de klaargezette medicatie niet meer te controleren). Medicatiedistributie is een thema dat verdere aandacht krijgt, actueel zijn hier drie werkgroepen mee bezig.

- **Ziekenhuishygiëne**

Postoperatieve wondinfecties, nosocomiale primaire sepsis en ventilator geassocieerde pneumonie zijn de items waarrond binnen dit ziekenhuis werd gewerkt. Er werd in 2000 een probleem vastgesteld rond primaire (kathetergeassocieerde) septicaemieën op de eenheid intensieve zorgen (incidentie ruim boven percentiel 75), en rond secundaire septicaemieën zowel op intensieve zorgen als elders in het ziekenhuis (vooral urineweginfecties en infecties van huid en zachte weefsels). Acties werden ondernomen en in 2003 bleken de resultaten voor secundaire septicaemieën vergelijkbaar met het nationaal gemiddelde. Voor primaire septicaemieën op intensieve zorgen bleek er verbetering te zijn (-13%), maar bleven de resultaten duidelijk boven de nationale waarden. De meting wordt verdergezet binnen de functie intensieve zorgen. De metingen rond postoperatieve wondinfecties en ventilator geassocieerde pneumonieën gaven geen afwijkende resultaten en werden stopgezet.

- **Decubituspreventie**

Dit thema was al in 1995 opgestart. Verschillende materialen ter preventie van decubitus werden aangeschaft en werkinstructies ter preventie en behandeling van decubitusletsen werden uitgewerkt. De meetmethodiek werd in 2002 gewijzigd naar een continue registratie en in 2004 teruggeschroefd naar een driemaandelijks registratie wegens de goede resultaten (decubitusprevalentie < 1,9%).

- **Pijncontrole**

Eind 1999 werd een nulmeting uitgevoerd, daarna volgden jaarlijks in september regionale metingen. 2000 werd gebruikt om de activiteiten rond pijn intern te structureren en uit te diepen (multidisciplinaire stuurgroep, 27 referentieverpleegkundigen, interne en externe vormingen, opname van het pijnbeleid in diverse zorgpaden). In 2004 stelt men vast dat het gebruik van pijnpompen sterk is toegenomen en dat de pijninschatting door verpleegkundigen is verbeterd. De globale resultaten van de pijnmetingen zelf tonen geen spectaculaire verbeteringen, maar dit dient vooral aan een wijziging van de patiëntenpopulatie toegeschreven te worden (meer oudere patiënten met chronische pijn, kortere verblijfsduur, hoger aantal

operaties). In bepaalde subgroepen (op een afdeling heelkunde waar men vooral acute pijn ziet) werd een duidelijke verbetering aangetoond (percentage patiënten met pijn van 65,7% in 2001 naar 39% in 2006).

Algemene beoordeling van het kwaliteitsbeleid

Het gevoerde kwaliteitsbeleid tussen 1997 – 2004 werd grondig geanalyseerd. Er werden heel wat projecten en verbeteracties opgestart en afgewerkt. De cijfergegevens werden niet altijd mee opgenomen in het huidige kwaliteitshandboek, ook niet voor de thema's die verder opgevolgd worden. Deze konden wel apart opgevraagd en beoordeeld worden, maar het bemoeilijkt wel het globale overzicht op de al dan niet behaalde resultaten.

De motivatie om bepaalde thema's verder te behandelen binnen het huidige kwaliteitsbeleid is duidelijk omschreven.

4 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis vanaf 2004

4.1 Kwaliteitsbeleid

Zoals hoger vermeld werden in 2005 beleidsthema's vastgelegd. Deze beleidsthema's zijn gegroepeerd rond 5 van de 9 domeinen van het EFQM-model, met name leiderschap, beleid en strategie, management van de medewerkers, management van middelen en management van processen. Deze 5 domeinen horen thuis in het managementsgedeelte van het EFQM-model.

De 4 domeinen van het kwaliteitsdecreet komen echter overeen met resultaatsgebieden uit het EFQM-model. Deze 4 verplichte domeinen komen in de beleidsthema's en in het kwaliteitshandboek niet aan bod. Nochtans blijken er in de praktijk wel acties en metingen te bestaan binnen deze domeinen (bv. verschillende patiëntentevredenheidsmetingen, zowel algemeen op ziekenhuisniveau als specifiek op afdelingsniveau; een medewerkerstevredenheidsmeting via Delta, een geïnformatiseerd instrument van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verpleegwetenschap).

Binnen de zelfevaluatie is het belangrijk via het systematisch verzamelen en registreren van gegevens een beschrijving te geven van het huidige kwaliteitsniveau. Deze gegevensverzameling dient geanalyseerd te worden om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren en om te motiveren waarom welke knelpunten eerst worden aangepakt. Momenteel ontbreken de gegevensverzameling en de analyse ervan in het kwaliteitshandboek, waardoor de motivatie van de keuze van de verbeterdoelstellingen en beleidsthema's onduidelijk is. Ook voor de klinische performantie ontbreekt de verplichte sterkte-zwakke analyse. Heel wat beleidsthema's lijken gekozen vanuit een eerder pragmatisch oogpunt of als afronding/voortzetting van een reeds eerder gestart proces.

Voor ieder beleidsthema werd een themafiche uitgewerkt met een omschrijving van het thema, een beschrijving van de projectgroep en het actieplan met bijhorend tijdspad alsook de indicatoren die gemeten zullen worden ter evaluatie van het al dan niet bereikte resultaat.

Bij nazicht van een aantal beleidsthema's blijkt dat het overgrote deel van de doelstellingen geformuleerd is in algemene bewoordingen zoals o.a. "het aanbieden van een kwalitatieve wondzorg met aandacht voor uniformiteit, wetenschappelijk en kostenverantwoord werken", rust en stabiliteit verkrijgen binnen een groep verpleegkundigen... Alhoewel men vaak een aantal indicatoren selecteert om het al dan niet behaalde eindresultaat te meten, is meestal geen norm bepaald per indicator. Bovendien kunnen sommige thema's in feite beschouwd worden als acties op zich om verbeterdoelstellingen te bereiken (bv. thema "het invoeren van

een nieuw verpleegdossier” → meetbaar maken van de verpleegkundige kwaliteit in het kader van de klinische performantie, thema “het structureren van de werking op de dienst patiëntenbegeleiding met afstemming van de psycho-sociale-spirituele zorg in het ziekenhuis” → aanbieden van een volledig zorgpakket met als doel een hogere patiënt- en medewerkerstevredenheid te bereiken...).

Uit de themafiches blijkt dat de kwaliteitscoördinator geen deel uitmaakt van heel wat project- en stuurgroepen. Ook de koppeling tussen de verschillende project- of stuurgroepen en de stuurgroep kwaliteit is vrij onduidelijk, zo zijn de project- of stuurgroepen bv. niet terug te vinden in het kwaliteitsorganogram. Momenteel kan het zijn dat verbeterprojecten opgestart worden zonder dat de stuurgroep kwaliteit hiervan op de hoogte is, en bijgevolg is van daaruit geen informatie-uitwisseling, sturing en opvolging mogelijk. Het kwaliteitshandboek geeft dan ook niet altijd een volledige weergave van alle kwaliteitsprojecten binnen de instelling.

Het is belangrijk binnen de zelfevaluatie doelstellingen te selecteren, deze concreet meetbaar te formuleren en hieraan de nodige actieplannen te koppelen. Binnen dit gehele proces is het eveneens van belang de timing te bewaken, daar de vooropgestelde en uiteindelijk geselecteerde doelstellingen binnen een tijdsperiode van 5 jaar moeten aangetoond worden.

4.2 Kwaliteitshandboek

Hoewel er in realiteit tal van verbeterprojecten goed zijn uitgewerkt, is hiervan onvoldoende terug te vinden in het kwaliteitshandboek. Het kwaliteitsbeleid, en met name de zelfevaluatie binnen de vier domeinen, van de analyse van de gegevens en de gemotiveerde keuze van verbeterdoelstellingen tot de opgestarte verbeteracties, is niet terug te vinden in het kwaliteitshandboek. Zo geeft het ziekenhuis in het kwaliteitshandboek wel aan welke gegevens ze op systematische wijze verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg; maar niet:

- hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
- welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
- hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
- welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Een aantal van deze gegevens zijn wel versnipperd aanwezig in tal van vergaderverslagen en documenten.

5 Besluit

In dit ziekenhuis heeft men een sterke kwaliteitstraditie, kwaliteitsbeleid wordt er bovendien gezien als organisatiebeleid.

Zoals in vele Vlaamse ziekenhuizen beschouwt het ziekenhuis het nieuwe kwaliteitsdecreet als een opportuniteit om de kwaliteitsvisie verder te implementeren binnen het algemene beleid van de instelling en alle medewerkers hierbij te betrekken.

Momenteel is men met behulp van een externe partner gestart met een herziening van de beleidslijnen en een nieuw stappenplan voor de toekomst. De invloed hiervan op de lopende projecten is nog niet in te schatten.

Verder heeft men reeds heel wat zorgprocessen uitgetekend en gestructureerd. Voorbeelden hiervan zijn de zorgpaden en enkele klinische paden.

Het beheer van procedures, werkinstructies en zorgpaden kan echter beter georganiseerd worden.

Het ziekenhuis dient ook meer moeite te doen om het gevoerde kwaliteitsbeleid formeel en overzichtelijk neer te schrijven in het kwaliteitshandboek. Er zijn heel wat kwaliteitsinitiatieven lopende op dit moment en verschillende projecten hebben al tot mooie resultaten geleid, dit komt echter onvoldoende aan bod in het handboek. Mede hierdoor kan het kwaliteitshandboek niet ten volle benut worden als een kwaliteitsinstrument.

Bovendien vertoont het kwaliteitsmanagementssysteem belangrijke tekortkomingen. Zo is de kwaliteitscoördinator op papier weliswaar verantwoordelijk voor de coördinatie van het kwaliteitsbeleid, maar is hij niet op de hoogte van alle kwaliteitsprojecten in het ziekenhuis. Het verband tussen de verschillende projectgroepen en de stuurgroep kwaliteit is in veel gevallen onduidelijk. Er dient dus nog werk gemaakt te worden van een inventarisatie van alle kwaliteitsprojecten, een herwerking van het kwaliteitsorganogram en in de toekomst dient de doorstroming van informatie naar de kwaliteitscoördinator beter georganiseerd te worden.