



Kwaliteit kenbaar maken in de zorg



## **Kwaliteit kenbaar maken in de zorg**

Accreditering als garantie voor een optimale prijs-kwaliteitverhouding  
van Vlaamse zorg in een Europese context



# Inhoudstafel

<b>Woord vooraf</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>1. Kwaliteit vandaag</b>	<b>8</b>
<hr/>	
<b>2. Wat is kwaliteit in de zorg(sectoren)?</b>	<b>10</b>
2.1. Definities van zorgkwaliteit verschillen per sector	10
2.2. Algemeen model	10
<hr/>	
<b>3. Hoe aan kwaliteit werken?</b>	<b>13</b>
3.1. Doelstellingen van het kwaliteitsbeleid in de zorg	13
3.2. Kwaliteit kent drie niveaus	19
<hr/>	
<b>4. Kwaliteit kenbaar maken via accreditering</b>	<b>24</b>
4.1. Definitie van accreditering	24
4.2. Verschillen met andere vormen van kwaliteitstoetsing	25
4.3. Historiek van accreditering	26
4.4. Accreditering in Europees perspectief	26
4.5. Doel van accreditering	27
4.6. Waarom accrediteren?	28
4.7. Effecten van accreditering	29
4.8. Methodiek van accreditering	30
4.9. Voorwaarden voor implementatie van accreditering	32
4.10. Financiering van accreditering	33
4.11. Accreditering en wettelijk kader	34
<hr/>	
<b>Conclusies</b>	<b>36</b>
<hr/>	
<b>Selectieve literatuurlijst</b>	<b>40</b>

**Colofon:** Redactie: Johan Pauwels

Met inhoudelijke bijdragen van: Roel Van de Wygaert, Yves Wuyts

Eindredactie: Catherine Zenner

Vormgeving: [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

Verantwoordelijke uitgever:

Guido Van Oevelen, p/a Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

# Woord vooraf

Een beproefde manier om de kwaliteit van een organisatie grondig en objectief te laten evalueren, is de accreditering. Bij accreditering komt een onafhankelijke instantie een zorgvoorziening op alle gebieden doorlichten. Ook de *outcome*, de uiteindelijke resultaten, willen we in Vlaanderen – zo veel als mogelijk – meetbaar maken. En dat is nieuw. Te lang ging de aandacht van de overheid naar structurele en kwantitatieve criteria. Wat die criteria aan resultaten opleverden, werd nauwelijks onderzocht.

Accreditering raakt steeds meer ingeburgerd in Europa. Meer zelfs, binnenkort komt er allicht een Europese accreditering. Vlaanderen heeft er alle belang bij deze trein niet te missen. Alleen zo is de Vlaamse zorg mee met de Europese kopgroep voor innovatieve zorg.

Mensen vandaag zijn mondig en koesteren hoge verwachtingen. Ook op het gebied van de gezondheidszorg. Zeggen dat je je best doet volstaat al lang niet meer. Je moet *bewijzen* dat je al het mogelijke doet, voor een optimale kwaliteit. Met dit dossier wil Zorgnet Vlaanderen actief de accreditering in de zorg ondersteunen en stimuleren. Daarbij pleiten we voor een globaal kader voor alle sectoren, met een specifieke praktische invulling voor de noden van elke doelgroep. Zorgnet Vlaanderen vraagt aan de overheid dat de zorgvoorzieningen die de inspanning doen voor accreditering vrijgesteld worden van inspectie en visitatie. Op die manier kan de administratieve overlast beperkt worden.

We zijn immers van mening dat zorgvoorzieningen er baat bij hebben om hun kwaliteit kenbaar te maken aan het publiek. Accreditering is bovendien voor voorzieningen de beste verdediging bij incidenten en negatieve media-aandacht. Voorliggend dossier toont ook duidelijk de samenhang tussen kwaliteit, accreditering en budgettering. Accreditering kan met andere woorden het publieke debat over de keuzes in de gezondheidszorg voeden. Het is op termijn de beste garantie op een optimale prijs-kwaliteitsverhouding in de zorg.

*Brussel, februari 2010*

*Peter DEGADT,  
gedelegeerd bestuurder*

*Guido VAN OEVELEN,  
voorzitter*

# Inleiding

De sterk gestegen levensverwachting van de bevolking, de toename van therapeutische, medische en verpleegkundige mogelijkheden, het groeiende aantal chronisch zieken en het inkrimpen van de globale economie, zetten wereldwijd het gezondheidszorgbudget onder hoogspanning. Daarnaast vormt de vergrijzing ook een belangrijke uitdaging voor de levenskwaliteit van ouderen, al dan niet zorgbehoevend. Tot slot is de psychische druk in een geglobaliseerde economie gedreven door kostendrukking, een steeds voortschrijdende efficiëntiedrang en maximaal winstbejag nog nooit zo hoog geweest als vandaag.

Volgens prognoses van Price Waterhouse Coopers<sup>1</sup> zullen de gezondheidszorguitgaven tegen 2020 in Europa dan ook gemiddeld 16% van het BBP bedragen, tegenover 9% in 2008. Voor de VS wordt dat 21% versus 15,3%. Voor België steeg de totale besteding aan gezondheidszorg van 8,1% in 2000 naar 9,9% in 2006.<sup>2</sup> De voortdurende toename van de gezondheidszorguitgaven zal gepaard gaan met een groeiende nood aan bijkomende menselijke middelen. De nieuwe behoeften tonen aan dat de toename van gezondheidszorguitgaven niet enkel als een noodzakelijk kwaad kan worden beschouwd. Ze kan ook worden aangezien als een opportuniteit om economische groei te verwezenlijken.<sup>3</sup>

De drang om het budget te beheersen is in België evenwel alomtegenwoordig, waarbij men de blinde methodiek van de lineaire besparingen hanteert. Uiteraard is er ook in de gezondheidssector nog efficiëntiewinst te boeken – net als in alle andere sectoren – maar toch is besparen in de gezondheidszorg een veel heikelere onderneming. De kwaliteit van het product is immers voor de patiënt moeilijk in te schatten, waardoor voor de meeste patiënten alle zorg gelijk lijkt en de echte zorgkwaliteit amper deel uitmaakt van de traditionele concurrentiedrijvers (naast afstand en prijs).

Met andere woorden: bij gebrek aan een grondige, systematische kwaliteitsopvolging staat er geen enkele veiligheidslimiet op besparingen. De potentiële kwaliteitsverliezen die onverantwoorde besparingsmaatregelen zullen induceren, worden immers niet zichtbaar gemaakt. Een treffend voorbeeld daarvan is de te lage bestaffing in Belgische ziekenhuizen ten gevolge van een veel te lage bestaffingsfinanciering. Die is in hoofdzaak nog gebaseerd op normen van de jaren 1960. De onderfinanciering van de huidige verpleegkundige personeelskost bedraagt meer dan 200 miljoen euro op jaarbasis. De OESO onderstreept al meermaals het belang van stilstaan bij de kwaliteit van de zorg.<sup>4</sup>

Het niet kunnen beoordelen van de kwaliteit van een dienstverlening in het buitenland ligt aan de basis van accreditering in de industriële sector en de handelwereld. Zo voorziet de wereldhandelsorganisatie (WTO) in haar Agreement of Technical Barriers to Trade<sup>5</sup> expliciet in accreditering om de WTO-principes van transparantie en eerlijke concurrentie te kunnen vormgeven. Ook Europa bewandelt deze piste.

We zien dat in een geglobaliseerde economie benchmarking steeds meer aan belang wint, en dat zowel op vlak van kwaliteit als op vlak van kost. Het Belgische gezondheidszorgbeleid doet enkel aan benchmarking met betrekking tot de kosten. De Vlaamse overheid belijdt kwaliteit enkel op papier via vele decreten, doch zonder de inzet van middelen om ze ook echt te realiseren zonder meerkost voor de patiënt.

Internationale vergelijkende studies door verschillende instituten<sup>6,7</sup> en ook sommige wetenschappelijke outcome studies<sup>8</sup> tonen aan dat de kwaliteit van zorg in ons land in internationale vergelijkingen niet steeds volgens de verwachtingen presteert en dat kwaliteitsmetingen steeds belangrijker worden. We

1. PriceWaterhouseCoopers Healthcast 2020: *Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel*.

2. [www.oecd.org/belgium](http://www.oecd.org/belgium). Country statistical profile 2009.

3. Daue F., Crainich D., *De toekomst van de gezondheidszorg: diagnoses en remedies*, Itinera instituut ASP, 2008.

4. *Towards High-Performing health systems*, OESO 2004; Kelley E., Husrt J., *Health care quality indicators project*, Conceptual framework paper, OESO, 2006.c

5. TBT Agreement 1994.

6. Björnberg A. Euro health consumer index 2009. Health consumer powerhouse.

7. Daue F., Crainich D., *De toekomst van de gezondheidszorg: diagnoses en remedies*, Itinera instituut ASP, 2008.

8. *Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. [www.dopps.org](http://www.dopps.org) 2009.

moeten er ons bewust van zijn dat zolang we geen goede kwaliteitsmetingen hebben, men op overheidsvlak geen rekening houdt met de kwaliteitskosten ten gevolge van de eigen foutieve financiële beleidskeuzes. Denk maar aan de consequenties voor de zorg van te weinig verpleegkundige bestafling ten gevolge van te lage en bovendien ondergefinancierde normen. We zullen bovendien steeds meer blootstaan aan kritiek op kwaliteit zonder ons terdege te kunnen verdedigen. Om deze kwaliteit permanent in het oog te houden hebben we een eigen instrument (accreditering) nodig. De Vlaamse overheid wil hier bovendien mee werk van maken. Accreditering staat daarom ingeschreven in Vlaanderen In Actie en in het Vlaams Regeerakkoord. Ernest Codman stelde in 1917: "So I am called eccentric for saying in public that hospitals, if they wish to be sure of improvement, must find out what their results are and find their strong and weak points, must compare these with other hospitals, and must welcome publicity not only for their successes, but also for their errors." Hij legde daarmee de basis voor accreditering.

De patiënt heeft recht op de best mogelijke zorgen binnen de beschikbaar gestelde middelen. De zorgvoorzieningen willen hun patiënten en bewoners een optimale prijs-kwaliteitverhouding kunnen bieden voor hun diensten. Ze zijn geïnteresseerd in competente externe evaluatie als toetssteen van hun performantie. Ook de zorgmedewerkers (artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici en andere) willen een hoge kwaliteit bieden. Zorginstellingen en zorgverleners hebben beide baat bij constructieve feedback, waardoor ze kunnen verbeteren en waardoor ze potentiële risico's beter kunnen managen. Bovendien biedt een goed uitgebouwde accreditering een bescherming tegen willekeurige beschuldigingen of ongenuanceerde mediaverhalen naar aanleiding van één incident. De zorg heeft globaal echter ook zijn bekomst van papieren attesten, protocollen en inhoudsloze controles waarbij ze hun handelen moeten rechtvaardigen in het kader van budgettaire termen, achterhaalde wettelijke normen en vergelijkingen met de gemiddelde zorg(kost) in plaats van met excellente zorg en optimale prijs-kwaliteitverhouding.

De patiëntenverenigingen willen de beste zorg voor de pathologie waaraan hun leden lijden. De beste zorgen, dat is ook wat voorzieningen en zorgverleners wensen te bieden. De overheid en de zorgverzekeraars hebben een dubbele taak: enerzijds vertegenwoordigen zij de burger of hun leden, waarbij ze opkomen voor de belangen van de patiënt, anderzijds zien zij als 'cofinancierende' overheid en als zorgverzekeraar toe op een zuinige aanwending van de middelen.

Samen kunnen we de beste zorg bieden, samen kunnen we een geloofwaardige zorg, een geaccrediteerde zorg uitbouwen.

# 1

## Kwaliteit vandaag

We beschikken in ons land, op basis van tevredenheid, over de tweede beste gezondheidszorg van Europa (Second European Quality of Life Survey 2007, p.51). Enkel de Oostenrijkers zijn nog meer tevreden. Voor ouderenzorg staan we op de vierde plaats, voor kindercare op de tiende plaats.

**Tabel 1. Kwaliteitsbeleving door patiënten en gebruikers van zorg.**

	Health services	Childcare services	Care services for elderly people
AT	7,8	7	6,3
BE	7,7	6,9	6,6
BG	4,7	4,6	3,4
CY	5,9	6,2	5,5
CZ	6,4	7,1	5,7
DE	6	6,3	6,1
DK	7	7,4	6,5
EE	6	6,5	5,6
EL	4,9	5	4,2
ES	6,8	6,1	5,6
FI	7,6	7,9	6,7
FR	7,1	6,3	5,6
HU	5,1	5,7	5,4
IE	4,9	5,6	5,6
IT	5,3	5,4	5,1
LT	5,2	6,6	5
LU	7,4	7,1	6,9
LV	5	5,6	4,4
MT	7	7,8	7,6
NL	7,2	6,8	6,4
PL	5	6,4	5,1
PT	4,9	5,6	4,8
RO	5,5	5,3	4,4
SE	7,6	7,6	6,1
SI	5,8	7,1	6,2
SK	5,8	6,6	5,4
UK	6,5	6,3	5,8
HR	5	5,5	4,5
MK	4,8	4,9	4,1
TR	5,9	5,1	4,9
NO	6,9	7	5,7
CC3	5,8	5,2	4,8
NMS12	5,3	6,1	5
EU15	6,4	6,2	5,7
EU27	6,1	6,2	5,6

Question 56: "In general, how would you rate the quality of each of the following public services in [your country]? a) Health services; d) Childcare services; e) Care services for elderly, on a scale from 1 to 10, where 1 means 'very poor quality' and 10 means 'very high quality'. The average score is presented in the table. Source: EQLS 2007.

Bron: Second European Quality of Life Survey, 2007, p.51.

In perceptie behoren we tot de top, onder meer ten gevolge van de vrije keuze voor de patiënt en van het ontbreken van wachtlijsten voor acute zorg. Maar we hebben in ons land op basis van gezondheidszorgresultaten wel een internationaal geloofwaardigheidsprobleem. De conclusie van de *Euro Health Consumer Index 2008*: “België is goed inzake toegankelijkheid, het systeem lijdt onder outcome-kwaliteit mogelijk ten gevolge van een nog zwakkere rapporteringscultuur dan het Europese gemiddelde. Opvallend traag in het toegankelijk maken van nieuwe geneesmiddelen.” Daarom komen we anno 2009 in deze index pas op de elfde plaats. We verliezen vooral punten op outcome-resultaten (mortaliteit van hartinfarct, vijfjaarsoverleving voor kanker, MRSA, ...), toegankelijkheid van nieuwe medicijnen en eHealth. Maar de data zijn onvolledig en moeilijk vergelijkbaar. Afhankelijk van de bron (zo stelt de survey zelf) is de mortaliteit van een hartinfarct 15,5% tegenover 6,4% in Denemarken. Bovendien is een vergelijking tussen landen wat betreft outcome vaak niet gecontroleerd voor belangrijke covariabelen, met name verschillen in hun patiëntenkenmerken (leeftijd, geslacht, multiële pathologie...). Als men dat wel doet, dan krijgt men vaak een volkomen ander beeld.

Voor de ouderenzorg concludeerde een recente meta-analyse uitgevoerd door V.R. Comondore<sup>9</sup> dat de kwaliteit van de zorg in de niet-commerciële residentiële ouderenvoorzieningen hoger is dan in de commerciële. Er is in ons land ook onderzoek<sup>10</sup> verricht naar tevredenheid van bewoners, medewerkers en familie. Dat toonde onder meer aan dat de globale tevredenheid over de instellings sfeer hoog lag (85,5%), maar ook dat de workload bij het personeel hoog is.

In elk geval is er een sterke nood aan betere kwaliteitsgegevens. Dat wordt onder meer geïllustreerd door tal van onderzoeken. *MARQuIS, Quality improvement strategies for European cross-border healthcare*, laat op dat vlak geen twijfel bestaan: “This research project explored whether European citizens can be confident that the care received in another EU country will be safe and of high quality. Ook het Federaal Kenniscentrum stelde in 2006 naar aanleiding van het rapport *Klinische kwaliteitsindicatoren*: “België heeft de beste gezondheidszorg ter wereld ... bewijzen kunnen we die stelling niet.” Met de ondertekening van het WGO-charter van Tallinn<sup>11</sup> engageerde ook België zich om de performantie van zijn gezondheidszorgsysteem transparanter te maken en er verantwoording voor af te leggen. Tot slot komt in de Resolutie van het Europees Parlement van 23 april 2009 (1ste lezing) inzake de richtlijn voor de toepassing van rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg ook duidelijk de drang van Europa naar voren om meer transparantie en marktwerking te verkrijgen op korte termijn.

In de loop van de volgende jaren komt er – vrij zeker – een Europese accreditering. Mee hieraan vormen van bij het begin bezorgt de Vlaamse gezondheidszorg de gelegenheid om opnieuw aansluiting te zoeken bij de Europese kopgroep voor innovatieve zorg. Als we meer op het Europese besluitvormingsproces willen wegen, dan moeten we de krachten bundelen met buitenlandse accrediteringsinstellingen die al een duidelijke voorsprong hebben opgebouwd en al mee rond de tafel zitten bij internationale samenwerking voor kwaliteit, met name de ISQua (International Society for Quality in Healthcare). Het uitwerken van accreditering is opgenomen in het Vlaams regeerakkoord; proactieve participatie dringt zich op.

Een proactieve benadering van accreditering vanuit de sector is noodzakelijk om onze kwaliteit op transparante wijze te kunnen aantonen. Accreditering moet gezien worden in een internationale context, anticiperend op de patiëntenmobiliteit in Europa, en moet de internationale geloofwaardigheid van onze zorgkwaliteit ondersteunen.

9. Comondore V.R., *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 2009, 339: b2732.

10. Jans B., Van Oyen H., *Tevredenheid in ROB/RVT instellingen*. WIV en UGent, 2001.

11. The Tallinn charter: *Health systems for health and wealth*. WHO Europe, juni 2008.

## 2

# Wat is kwaliteit in de zorg(sectoren)?

Kwaliteit van de zorg is geen aparte afdeling, het is niet “de kwaliteitscoördinator” of “het kwaliteits-handboek”. Kwaliteit van de zorg is een cruciaal en intrinsiek onderdeel van alle gezondheidszorg-activiteiten en -actoren, met inbegrip van een kwaliteitsvol gezondheidsbeleid van de overheid en een actief betrokken – maar ook actief meewerkende – patiënt.

### 2.1. Definities van zorgkwaliteit verschillen per sector:

Er bestaan vele omschrijvingen van kwaliteit in de zorg.

#### *Definitie van kwaliteit in de gezondheidszorg*

Het Institute of Medicine<sup>12</sup> definieert dat als volgt: “De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis.”

#### *Definitie van kwaliteit in de ouderenzorg*

De Vlaamse overheid definieert kwaliteit in de ouderenzorg als volgt<sup>13</sup>: “Kwaliteitszorg moet in dezelfde betekenis begrepen worden als bijvoorbeeld ‘milieuzorg’, namelijk de zorg om het milieu. Zo wil kwaliteitszorg zich inlaten met de zorg om de kwaliteit en hier een specifieke activiteit van maken, zoals ook de zorg om de financiën, de gebruikers en het personeel een specifieke zorg is van de voorziening. Kwaliteitszorg doorkruist alle andere domeinen en wil binnen die domeinen aandacht besteden aan systematische zorg voor de beste kwaliteit.” In deze definitie wordt de nadruk gelegd op het procesmatige aspect van kwaliteit (kwaliteitszorg), de resultaatcomponent zit hier niet zo duidelijk in vervat. Daarom opteren we voor het gebruik van de term ‘kwaliteit van de zorg’, omdat die de resultaatcomponent beter meeneemt.

### 2.2. Algemeen model

De definitie van kwaliteit, de dynamiek waarmee men met kwaliteitsmanagement bezig is en de wijze waarop kwaliteit beoordeeld wordt, varieert momenteel tussen de zorgsectoren (woonzorgcentra, ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg). Toch gaat het hier in wezen om hetzelfde begrip en vertoont de operationele problematiek veel gelijkenissen.

Om dat beter te duiden vertrekken we van een veelgebruikt model in Vlaanderen. Het van EFQM (European Foundation for Quality Management) afgeleide Leuvense Kwadrant-model<sup>14</sup> laat toe om op een overzichtelijke en systematische manier de verschillende aspecten van kwaliteit vanuit een managementsysteem te bekijken en waar nodig te verbeteren. Een integrale aanpak is absoluut vereist om te vermijden dat kwaliteitsverhoging in bepaalde diensten ten koste gaat van andere diensten (bijvoorbeeld door het verschuiven van personeel of door de capaciteit van bepaalde toestellen preferentieel voor te behouden voor sommige diensten).

EFQM<sup>15</sup> en Kwadrant erkennen negen gebieden, die allemaal dienen meegenomen te worden om de kwaliteit van een organisatie te optimaliseren. Ook de vier resultaatgebieden: waardering door mede-

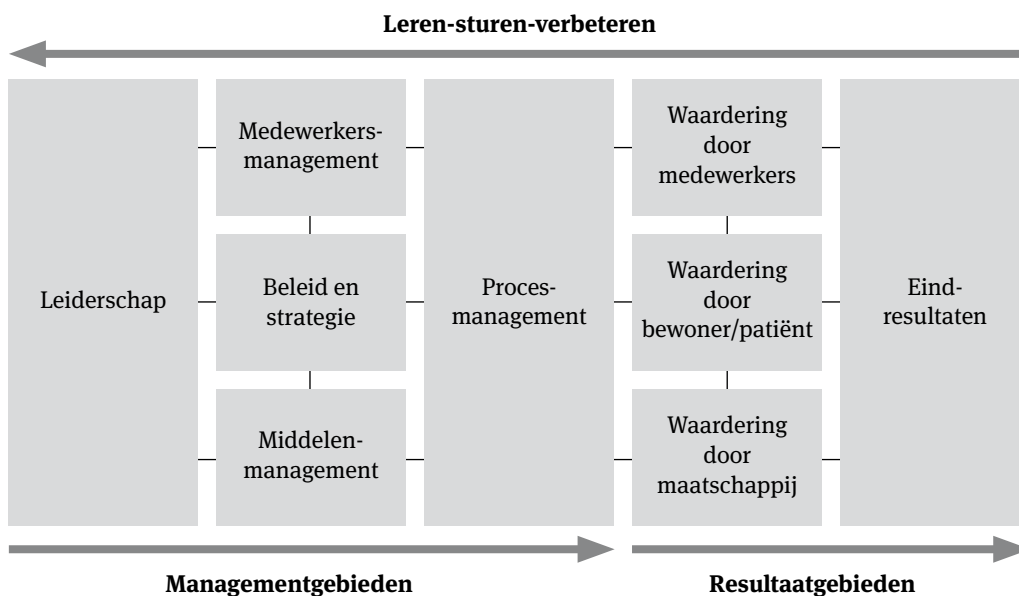
12. [www.iom.edu](http://www.iom.edu)

13. *Brochure Kwaliteitszorg. Handleiding bij het werk van de sectorale overleggroep ouderenvoorzieningen*. Oktober 1999. ([www.zorgengezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Zorgaanbod/Info\\_voor\\_zorgaanbieders/Residentiele\\_Ouderenzorg/Rusthuizen/Kwaliteit/Kwaliteitsbrochure.pdf](http://www.zorgengezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Zorgaanbod/Info_voor_zorgaanbieders/Residentiele_Ouderenzorg/Rusthuizen/Kwaliteit/Kwaliteitsbrochure.pdf))

14. Vleugels A. et al., *Kwadrant: een managementmodel voor zorgexcellentie*, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap K.U.Leuven, 2006.

15. [www1.efqm.org/en](http://www1.efqm.org/en)

**Figuur 1. Kwadrant. Een managementmodel voor zorgexcellentie.**



werkers, klanten, maatschappij en resultaten (cfr. figuur), kunnen in elke sector worden toegepast. Het toegekende belang is wel wisselend, en is onder meer afhankelijk van de mate waarin de zorg dan wel de woonfunctie voorop staat.

### 1) *Waardering door medewerkers*

Lang niet alle voorzieningen hebben een systematisch zicht op de tevredenheid van hun medewerkers. We hebben bijvoorbeeld bijzonder weinig actueel cijfermateriaal over redenen van vertrek uit een zorgfunctie. Er bestaan wel benchmarks, zoals Delta van het Leuvense Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV). Dat is een zeer belangrijk deelaspect in de kwaliteit van zorg binnen een gezondheidszorgsetting. De kwaliteit van een dienstensector wordt immers voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van het personeel. Een grote tevredenheid moet toelaten een succesvol retentiebeleid te voeren, waardoor ervaren krachten in de zorgvoorziening blijven.

### 2) *Waardering door de klant (bewoner/patiënt)*

Vaak wordt onder kwaliteit enkel dit punt verstaan. De meeste voorzieningen hebben dan ook een zicht op de tevredenheid en/of op het aantal klachten. De simplistische visie dat een tevreden klant ook zonder meer kwaliteitsvolle zorg betekent, is al lang achterhaald. De zorg, zeker de gezondheidszorg, is gekenmerkt door een informatieasymmetrie. De kwaliteit van de zorg zelf en de optimale keuzes van zorg zijn moeilijk te beoordelen voor de leek en dus beoordeelt hij noodgedwongen vooral de vriendelijkheid, de tijdigheid, de maaltijd...

### 3) *Waardering door de maatschappij*

De waardering door de maatschappij kan in zijn meest basale vorm worden vertaald als het “doorstaan van de visitaties en andere inspecties vanuit de overheid.” Dat doet uiteraard afbreuk aan de immense waarde die de maatschappij toekent aan de zorg. Zelfs vanuit economische invalshoek wordt de uitbouw van de gezondheidszorg steeds meer gezien als een toekomstgerichte investering in plaats van als een kost. Daarom kreeg gezondheidszorg recent meer gewicht in het Globaal competitiviteitsrapport.<sup>16</sup>

16. Schwab K., *The Global Competitiveness report 2009-2010*, World Economic Forum, Genève, 2009.

#### 4) Eindresultaten

Die zijn moeilijk meetbaar omdat er dient gecorrigeerd te worden voor vele covariabelen. De eindresultaten zijn echter cruciaal in de gezondheidszorg. In de ouderenzorg zijn die “harde feiten” veel minder vaak voorhanden, maar ze zijn er wel. Bijvoorbeeld het percentage bewoners gevaccineerd tegen griep (als preventieparameter), het aantal valincidenten, het percentage patiënten met slaapmedicatie, het percentage patiënten met oneigenlijke medicatie (o.a. criteria Beers<sup>17</sup>). In de chronische zorg zijn ze echter minder prominent. De tevredenheid van de bewoners over de levenskwaliteit die hen aangeboden wordt, is in deze setting toch vaak het allerbelangrijkst.

Afhankelijk van de bewoners/patiënten zullen de vier verschillende onderdelen een ander gewicht krijgen. Toch zijn de vier componenten van belang in alle sectoren. In de ouderenzorg zal de tevredenheid van de bewoner sterk wegen. In de geestelijke gezondheidszorg speelt naast de patiënttevredenheid dan weer vooral het gezin rond de patiënt en de maatschappelijke tevredenheid zwaar door (bijvoorbeeld bij gebrek aan ziekte-inzicht of bij gedwongen opnames). In de gezondheidszorg weegt vooral het bereikte resultaat (=outcome) zwaar door.



Afhankelijk van de bewoners/patiënten zullen de vier verschillende resultaatsgebieden een ander gewicht en een andere invulling vereisen. Toch zijn de vier resultaatsgebieden van belang in alle sectoren en is een gemeenschappelijk kader dus wenselijk. Voor dat kader dient een integraal model gekozen te worden om te vermijden dat kwaliteitswinsten op de ene dienst ten koste gaan van de kwaliteit op een andere dienst.

---

17. Donna M. et al., *Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. Arch. Intern. Med., 2003, 163: 2716-2724.

# 3

## Hoe aan kwaliteit werken?

Een ziekenhuis is een van de meest complexe bedrijfsvormen. Ook het optimaal verzorgen van chronisch zieken, van mensen met multifactorieel bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen en van kwetsbare ouderen is een erg complexe taak met zeer veel facetten en grote verantwoordelijkheden. De complexiteit vloeit voort uit de snelheid van innovaties in de zorg, de nood aan integratie van hoogopgeleid personeel met verschillende achtergronden (verpleegkundigen, paramedici, zorgkundigen, artsen (vele disciplines), ingenieurs, apothekers, informatici, laboranten, sociaal assistenten, logistiek...), de verscheidenheid aan hoogtechnologische apparatuur, de variabiliteit en onvoorspelbaarheid van de zorgvraag, de verscheidenheid van de zorgvragers, de vele deelaspecten van ketenzorg en last but not least het karakter van de activiteiten: levensbelangrijk!

Het is evident dat in zo'n complex systeem de kans relatief groot is dat bepaalde elementen niet perfect werken of niet perfect op elkaar zijn afgestemd. Bovendien moet er op vele diensten en in vele zorgvoorzieningen steeds gewerkt worden onder strenge budgettaire restricties.

### 3.1. Doelstellingen van het kwaliteitsbeleid in de zorg

Om zinvol met kwaliteit bezig te zijn is het belangrijk dat de doelstellingen duidelijk omschreven zijn. Zo hoeft het geen betoog dat patiëntveiligheid een essentieel en onlosmakelijk onderdeel is van de zorgkwaliteit. Het Institute of Medicine (IOM)<sup>18</sup> onderscheidt zes *doelstellingen voor kwaliteitsvolle zorg*.

1. **Veilig:** vermijdbare letsels minimaliseren.
2. **Effectief:** zorg, gebaseerd op wetenschappelijke kennis, voor al wie daar baat bij heeft.
3. **Efficiënt:** vermijden van verspilling van materiaal, ideeën en energie.
4. **Patiënt-centraal:** respectvol voor en responsief aan individuele voorkeur, nood, waarden.
5. **Tijdig:** zonder wachttijden en schadelijke vertragingen voor patiënt en zorgverlener.
6. **Gelijkwaardig:** zorg die niet varieert in kwaliteit ten gevolge van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, locatie, sociaal-economische status

Alhoewel deze doelstellingen in eerste instantie vanuit een ziekenhuisperspectief werden opgesteld, zijn ze toch zeer relevant voor alle zorgsettings. Over sommige aspecten zoals effectiviteit is het wel moeilijker betrouwbare inzichten te verwerven afhankelijk van de setting en van het specifieke voor- en natraject.

#### 3.1.1. Veilig

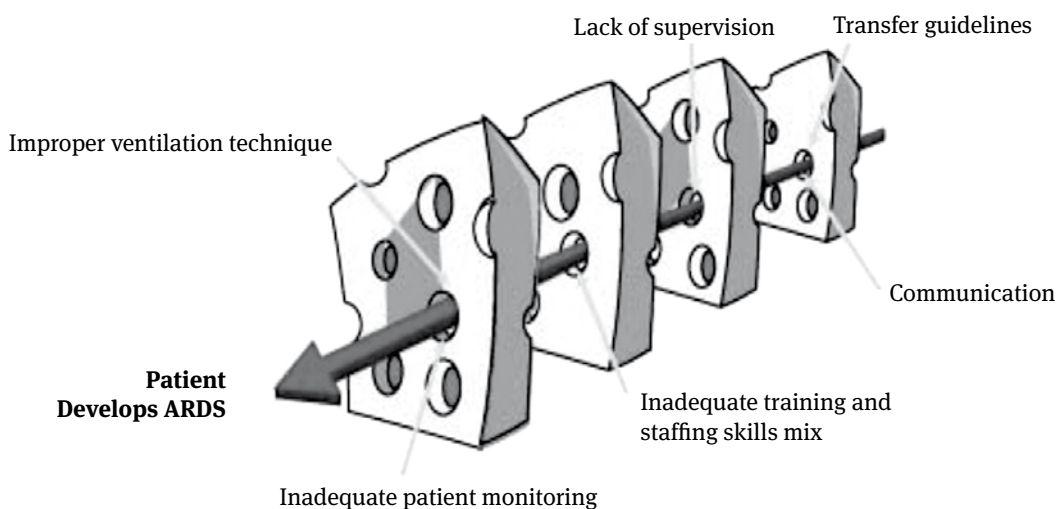
##### Systeemvereisten

Dat aspect kwam expliciet op de internationale maatschappelijke agenda toen het Institute Of Medicine zijn rapport *To err is human: building a safer health system* (november 1999) publiceerde. *De Harvard Medical Practice Study* toonde aan dat 3,7% van alle ziekenhuisopnames in een bepaalde regio letsels tot gevolg had zoals handicaps of verlengd ziekenhuisverblijf, veroorzaakt door medisch management veeleer dan door de onderliggende ziekte of toestand van de patiënt. 58% van die letsels was te wijten aan vergissingen. De meeste letsels waren van tijdelijke aard, hoewel 13,6% leidde tot de dood en 2,6% blijvende handicaps veroorzaakte. Complicaties in verband met medicatie traden het meest frequent op. De meeste fouten hebben pas ernstige consequenties als er meerdere zaken tegelijk mislopen. Dat beschreef James Reason uitvoerig in zijn *Swiss cheese model of safety incidents*.<sup>19</sup> Het symbool van de Zwitserse kaas staat voor het feit dat in elk plakje gaten zitten. Zolang de gaten niet op één lijn liggen, is er een filter die de patiënt beschermt. Pas wanneer alle gaten op één lijn zitten, faalt het systeem en treft het falen de patiënt. Een gat is een latente fout of onveilige handeling.

18. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, Institute of Medicine, march 2001.

19. Reason J., *Human error: models and management*, BMJ, 2000, 320: 768-770.

**Figuur 2. Swiss cheese model of safety incidents.**



Ondertussen hebben al vele algemene en psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen (89% AZ, 82% PZ volgens bevraging FOD<sup>20</sup>) een incident/near incident meldingssysteem geïnstalleerd. Dat is een eerste vooruitgang, maar het blijft beperkt tot de eigen voorziening, wat veel te eng is. Denken we maar aan het probleem van de 'look a like'-verpakkingen van vele medicaties. Daarbij is het duidelijk dat tegen de tijd dat elke voorziening zich bewust is van het gevaar, er zich in heel het land al vele incidenten hebben voorgedaan. Zo'n traag leerproces kunnen we ons in de gezondheidszorg niet langer veroorloven.

Dat een dergelijk trage wijze van leren uit falen of fouten niet kan, ondervond de luchtvaartsector al snel en ze handelden er ook naar. De sector organiseerde zich internationaal en vrijwillig om van elkaars problemen te leren en om een herhaling van een (fataal) incident te vermijden. Ze installeerden STEA-DES (*The Safety Trend Evaluation Analysis and Data Exchange System*) met als opdracht: "Where member airlines can submit incident reports retrieved from pilots, cabin crew or ground personnel. This data allows IATA (*International Air Transport Association*) to analyse operational issues that can potentially have an impact on safety and to determine international trends." In de luchtvaart zijn ook alle cruciale elementen en handelingen voorzien van een controle en ontdubbeld. Internationaal gaan stemmen op om de veiligheid in ziekenhuizen op een vergelijkbaar niveau te brengen als in de luchtvaart. Bij die vergelijking met de luchtvaartsector vergeet men weleens de impact op de inzet van personeel en middelen te vermelden, alsook de grotere onvoorspelbaarheid van onder meer het genezingsproces van het menselijk lichaam en de geest. Een Amerikaanse studie berekende de integrale toepassing van de luchtvaartprocedures inzake werktijd en kwam tot het volgende resultaat<sup>21</sup>: 174% meer ziekenhuisartsen met een extra kost van omgerekend 4,3 miljard euro (voor alle artsen werd dat zelfs 53,3 miljard). Als men de pensioenleeftijd van 65 zou toepassen, dan was er nog eens 7 miljard euro nodig.

De noodzaak dringt zich op om het systeem in zijn geheel veiliger te maken. Een integrale benadering is dus vereist. De meeste incidenten gebeuren immers door een opeenvolging van latente fouten of onveilige handelingen, veeleer dan door één individueel falen. Waarschuwingen, problemen en proactieve oplossingen dienen zo breed mogelijk gedeeld te worden door de voltallige sector, als het kan ook internationaal.

20. Borgermans L. et al., *Kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2008*, FOD, 2009.

21. Payette M., *Cost and workforce implications of subjecting all physicians to aviation industry work-hour restrictions*. Am. J. Surg., 2009 epub; apr 15 in press.

## Personeelsvereisten

Vooreerst dient er voldoende en voldoende hoogopgeleid verpleegkundig, paramedisch, medisch en ander personeel te zijn. Zo is er een rechtstreeks verband aangetoond tussen hoge patiëntenaantallen per verpleegkundige en een hogere mortaliteitsratio bij risicogecorrigeerde chirurgische patiënten binnen de 30 dagen. Bovendien vertonen verpleegkundigen die in dergelijke situaties moeten werken meer burn-out en jobontevredenheid.<sup>22</sup> Een betere bestaffing (vooral op de diensten chirurgie en intensieve zorgen) heeft naast effecten op overleving en reanimatiekansen ook een significant positief effect op ziekenhuisinfecties (pneumonie).<sup>23</sup> Elke bijkomstige patiënt per verpleegkundige is geassocieerd met een stijging van 7% wat de overlijdenskans betreft.<sup>24</sup> Dat verband werd ook voor België bevestigd.<sup>25</sup> Een meer doorgedreven analyse van Aiken toonde aan dat in ziekenhuizen met een grotere proportie hoger opgeleide verpleegkundigen (bachelor of hoger) de chirurgische patiënten minder kans hebben op overlijden en op falen van reanimatie.<sup>26</sup> 10% meer hoger opgeleide verpleegkundigen leidde tot 5% minder kans op overlijden binnen de 30 dagen met correctie van alle andere variabelen. Te lange werktijden moeten worden vermeden. Zo stelde Lockley<sup>27</sup> onder meer vast dat verpleegkundigen die in shiften werken van meer dan 12,5 uur een significant verhoogd risico hebben op een arbeidsongeval of op een medicatiefout.

De huidige onderbestaffing in de Belgische residentiële zorg vormt een ernstig probleem. Zo stellen we vast dat de steeds complexer wordende zorgnoden en de snellere doorstroming van bewoners/patiënten in de woonzorgcentra en in de ziekenhuizen niet gepaard gingen met een door de overheid gefinancierde evenredige opwaardering en bestaffing. Zowel voor de werkdruk voor het personeel als voor het bewaren van de permanentie op een voldoende kwaliteitsvolle wijze ontstond een tijdsbom. Door het verpleegkundige beroep en verschillende medische disciplines (spoedartsen, huisartsen, kinderartsen, endocrinologen, hematologen, oncologen, kinderpsychiaters...) lange tijd relatief te onderwaarderen (voor sommigen tot op heden) komt onder meer de urgente zorg onder zeer zware druk.

Wat Lockley vaststelde voor de verpleging, toonde hij ook aan voor de artsen. Ook artsen in opleiding die meer dan 24 uur (ononderbroken) werken, hebben een zeer sterk verhoogd risico op prikongevallen, op een motorongeval als ze naar huis rijden en op fatale medicatiefouten. Ten opzichte van artsen die in shiften van 16 uur werken hebben permanent oproepbare artsen tweemaal meer aandachtsproblemen 's nachts en maken ze 36% meer ernstige medicatiefouten. De "wet Colla" heeft de arbeidstijd van de GSO's (geneesheer specialist in opleiding) al een stuk verbeterd, maar men vergat tegelijk een behoorlijke regeling en financiering uit te werken voor de wachtbelasting van de vaste ziekenhuisartsen, die alles moeten opvangen. Het gevolg is dat disciplines met hoge verantwoordelijkheid en beschikbaarheidsvereisten nog amper te vinden zijn op de arbeidsmarkt... Haast niemand voelt zich daartoe nog geroepen.

De FOD heeft 6,8 miljoen euro projectmiddelen veul voor "contracten kwaliteit en patiëntveiligheid". Die vormen vooral een inventaris van wat de ziekenhuizen al op eigen kracht aan maatregelen nemen. Het is echter ten eerste te betreuren dat de zaken niet ten gronde worden aangepakt, met name de structurele verankering van een wetenschappelijk onderbouwde bestaffing in het budget financiële middelen. De bestaffingsfinanciering moet worden opgetrokken, conform de wetenschappelijke inzichten en de actueel gangbare bestaffing in de best presterende EU-landen. Daarnaast moet de permanentiefunctie door ziekenhuisspecialisten draaglijk worden gehouden door de koppeling van de wachtpermanentie aan het RIZIV-nummer, naar analogie met de regeling voor huisartsen.<sup>28</sup>

22. Aiken L.H., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, JAMA, 2002, 288: 1987-1993.

23. Kane R.L., *Nurse staffing and quality of patient care*, Evid. Rep. Technol Assess, 2007, mar(151): 1-115.


24. Aiken L.H., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, JAMA, 2002, 288: 1987-1993.

25. Van den Heede K., *Verpleegkundige personeelsomkadering en patiëntveiligheid in Belgische acute ziekenhuizen: een analyse van administratieve databanken* proefschrift, Verpleegkunde nr. 1: 18- 21, maart 2009.

26. Aiken L. H. *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*, JAMA, 2003, sep 24, 290(12): 1671-23.

27. Lockley S.W., *Effects of health care providers work hours and sleep deprivation on safety and performance*, JT Comm J Qual Patient Saf, 2007 nov, 33(11suppl): 7-18.


28. MB 21 februari 2006, BS 27.02.2006 art 10 4°.



Zorgnet Vlaanderen wees al in zijn tienpuntenplan voor verpleegkundigen, Zorg voor de zorgende, op de grote nood om zo snel mogelijk de verpleegkundigen tijdens de nachtdiensten te ontdubbelen waar nodig. Patiëntveiligheid mag niet verschillen naargelang het tijdstip (overdag, 's nachts of in het weekend). Permanente beschikbaarheid van gespecialiseerde artsen, wat de kern is van acute zorg, dient veiliggesteld te worden voor de toekomst. De bestaffingsfinanciering moet worden opgetrokken, conform het Europees niveau. Ook voor de continuïteit en de kwaliteit van de chronische zorg is meer en goed opgeleid personeel noodzakelijk.

### Communicatievereisten

De medische, verpleegkundige en multidisciplinaire zorgdossiers bevatten cruciale informatie. Dossiers worden soms vergeten bij transporten of belangrijke informatie wordt onvolledig (al dan niet mondeling) doorgegeven. Dat kan ernstige consequenties hebben. Zaken zoals het medicatieschema zouden in het belang van de patiënt via ICT voor huisarts, verpleging van de woonzorgcentra (wzc), thuisverpleegkundige en apotheker onderling moeten kunnen worden uitgewisseld. De ICT-ondersteuning is een essentieel onderdeel van procesmanagement. Ondanks de hoge *return on investment* wordt hierin door de overheid niet noemenswaardig geïnvesteerd. De ziekenhuizen en wzc trachten dat alles momenteel te ontwikkelen op eigen kracht, wat onze achterstand verklaart ten opzichte van landen met een meer vooruitstrevende overheid zoals Nederland en de Scandinavische landen.



Cruciale informatie over de patiënt zou eenmalig moeten worden verstrekt en toegankelijk zijn voor andere zorgverleners. De overheid moet dringend meer ondersteuning bieden bij de ICT implementatie in de zorg om de achterstand ten opzichte van de Europese koplopers in te halen.

### 3.1.2. Effectief

Zorg moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke bewijsvoering om te bepalen of een bepaalde diagnose, therapie, zorgtraject... al dan niet beter is dan het alternatief of niets doen. Dat is momenteel nog sterk beperkt, omdat naar schatting maar een klein deel (20%) van de geneeskunde (en een nog geringer deel van de zorg in het algemeen) gebaseerd is op sluitend bewijs over de beste aanpak. Dat wil zeggen: (keten)zorg waarvan is aangetoond dat ze de beste resultaten geeft en die in het budgettaire kader mogelijk is, dient te worden geïmplementeerd. Zorg die bewezen ineffectief is, moet achterwege worden gelaten. Zorg die onvoldoende onderzocht is, dient verder bestudeerd te worden terwijl men ze ondertussen in de praktijk voortzet. *Evidence based Medicine* (EBM), *Evidence based Nursing* (EBN) en *Evidence based Practice* (EBP) moeten dan ook meer worden gefaciliteerd. Dat kan bijvoorbeeld door het gratis ter beschikking stellen van alle info zoals Cochrane library aan alle actoren (CEBAM vrijgeven) en de opslag ervan te faciliteren. Dat kan bijvoorbeeld door het opslaan van richtlijnen op een *personal digital assistant* (PDA), wat in vele Westerse landen al de regel is. De keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de arts, binnen een EBM-kader, bieden hier een kans om elke zorgvoorziening en elke zorgverlener toe te laten de beste zorg te bieden en niet bijvoorbeeld de goedkoopste. Het laat ook toe dat patiëntenbelangen voorop kunnen staan bij de zorgvoorzieningen en de zorgverleners en dat men niet de belangen van de verzekeraar of een andere financier moet dienen zoals in de VS. Anderzijds wordt de therapeutische vrijheid nog te vaak misbruikt om onwetendheid of om eigenbelang van de verstrekker te verschonen. Vele onderzoeken zijn immers overbodig en soms ook schadelijk (cfr. standaard RX thorax preoperatief).<sup>29</sup> Ook vele medicaties zijn overbodig en/of induceren secundaire pathologie zoals slaapmedicatie en valincidenten bij ouderen of antipsychotica, ginkgo bilboa en memantine bij alzheimerpatiënten.<sup>30</sup>

29. Mambourg F. et al., *Het preoperatief onderzoek*, KCE reports 5A, 2004.

30. Hulstaert F., *Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer: een rapid assessment*, KCE reports, 2009.

Het stopzetten van de financiering van bewezen nutteloze tot zelfs schadelijke onderzoeken en behandelingen is een belangrijke stap in het vrijmaken van extra middelen voor kwaliteitsvolle zorg. Ook het vlotter kunnen delen van al bestaande informatie via ICT-toepassingen kan nutteloze herhaling van sommige onderzoeken vermijden.



### 3.1.3. Patiënt-centraal

Dat behelst medeleven, empathie, vertrekken vanuit de noden, waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Patiënten zijn steeds meer geïnteresseerd in informatie over gezondheid, maar kunnen in een professionele omgeving vaak niet deelnemen aan de beslissing of krijgen de gewenste informatie niet. Beter gestructureerde en goed gevalideerde informatie is nochtans cruciaal voor een actief participerende patiënt.

Hierbij dient wel opgelet te worden dat men afstemt op de noden van de patiënt (niet zonder meer op de vraag), met respect van wil en waarden van de patiënt. Maar ook hier biedt de therapeutische vrijheid (het is aan de arts om te beslissen of hij de behandeling opportuun acht) de mogelijkheid om niet blindelings in te gaan op de zorgvraag. Zorg is geen 'U vraagt, wij draaien'-verhaal, het is een wederzijds zoeken naar de meest gepaste, meest haalbare en meest wenselijke oplossing.

### 3.1.4. Tijdig

Fysische letsels en bijkomende complicaties kunnen optreden als gevolg van laattijdige diagnose of behandeling. Dat is in België tot hertoe gelukkig zo goed als niet het geval in de ziekenhuissector (geen klassieke wachtlijsten) en moeten we absoluut zo houden. Helaas zijn er wel wachtlijsten in deelaspecten van de geestelijke gezondheidszorg, zoals voor de doelgroep kinderen en in de woonzorgcentra. Er is een duidelijke nood aan een lichte mate van overcapaciteit in de voltallige keten van zorg en dat om meerdere redenen:

- De patiënt moet zorg krijgen op het moment dat dit nodig is, niet op het moment dat er eindelijk een bed, spreekuur, toestel, kamer... vrijkomt.
- De vraag fluctueert sterk, bijvoorbeeld bij infecties met pieken in de winter op onder andere pediatrie, pneumologie...; het gevaar van epidemies (SARS, griep...); rampen (kribbe Dendermonde, gasramp, busongeluk...); seizoensinvloeden op stemmingsstoornissen<sup>31</sup>, hittegolf ...

Men kan de capaciteit in de gezondheidszorg het best vergelijken met een brug die wordt gebouwd met als doel de maximale belasting te doorstaan, niet om de gemiddelde belasting aan te kunnen. In het dossier ziekenhuispediatrie is men dat bijvoorbeeld uit het oog verloren.

**Figuur 3. Brug gebouwd voor gemiddelde belasting.**



Daarnaast zoeken sommige patiënten te laat hulp. Dat kan om diverse redenen, zowel om een stigma te vermijden dat bijvoorbeeld nog vaak voorkomt in de geestelijke gezondheidszorg, als wegens financiële drempels of onvoldoende ziekte-inzicht.

31. Szabo C.P., *Seasonal variation in mood disorder presentation: further evidence of this phenomenon in a South African Sample*, J. Affectiv Disorders 1995, vol 33, 4, p. 209-214.



- Er is een lichte mate van overcapaciteit nodig om tijdig de juiste zorg te kunnen bieden. We moeten oppletten dat door de aanhoudende drang naar het schrappen van bedden er geen wachtlijsten ontstaan in de acute zorg.
- Er moet meer worden gedaan om een laattijdige zorgvraag door stigmatisering, armoede of onwetendheid actief te bestrijden.

### 3.1.5. Efficiënt

Vele kwaliteitsverbeteringen leiden tot een lager middelenverbruik. Denken we aan het verminderen van bepaalde overconsumpties van diagnostische procedures (cfr. studies KCE over preoperatieve en zwangerschapsbegeleidende tests<sup>32</sup>) en behandelingen (cfr. onder meer studie medicatiegebruik wzc<sup>33</sup>), het verhogen van de veiligheid met minder schadeclaims of infecties tot gevolg en een rationeler gebruik van personeel ten gevolge van afgeslankte procedures en registraties. Dat is het terrein van het procesmanagement/workflowmanagement (bijvoorbeeld klinische paden). Belangrijk is wel dat in de zorg de efficiëntie ook sterk beïnvloed wordt door patiëntkarakteristieken. Is de patiënt ambulante of bedlegerig, stipt of overal te laat, verloopt communicatie rechtstreeks of via tolk of ouders... Bovendien is ook de setting bepalend: in een acuut ziekenhuis dient de planning vaak te worden omgegooid ten gevolge van het binnenkomen van een urgentie. Met dat alles moet ook rekening worden gehouden. Anders dreigt men de meest zorgbehoevende patiënten uit het systeem weg te duwen, omdat er niet efficiënt gemanaged werd en het dus te duur werd. Die patiëntselectie verklaart mee waarom de “nine-to-five-villageneeskunde” veel efficiënter kan werken. Het is daarom onlogisch dat die villageneeskunde op dezelfde manier vergoed wordt voor een gelijkaardige prestatie, die in totaal andere omstandigheden verloopt dan in de ziekenhuizen (die een 24-uurs permanentie moeten waarborgen voor alle pathologieën en voor alle doelgroepen).



Er kunnen zeker nog efficiëntiewinsten gerealiseerd worden in alle sectoren. Denken we maar aan de administratieve overvloed. Ze mogen evenwel geen aanleiding geven tot patiëntselectie, pathologieselectie of permanentie-afbouw en ze mogen de werkdruk van het personeel niet verder opdrijven.

### 3.1.6. Gelijkheid

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen gelijkheid op het niveau van de bevolking en gelijkheid op het niveau van het individu.

Het eerste gaat over het verkleinen van de kloof tussen de verschillende subpopulaties. Dat impliceert universele toegankelijkheid, maar ook inspanningen om bij bepaalde doelgroepen een langetermijninzicht te verkrijgen door hun meest prangende problemen te helpen oplossen. Zo zijn de screeningprogramma's die gratis zijn toch onderbenut door de armsten omdat die veel grotere zorgen hebben op korte termijn. Vaak stelt deze doelgroep daarom ook curatieve zorgen uit, tot het zeer ernstig is. De keuze van de zorg moet steeds kunnen worden gemaakt op basis van de zorgnoden en mag niet afhankelijk zijn van de budgettaire mogelijkheden van de patiënt of de bewoner.

Het tweede gaat over de beschikbaarheid van zorg naar noden en niet naar de persoonlijke kenmerken van de patiënt of de reden waarom hij/zij zorg nodig heeft. Er mag geen onderscheid bestaan qua geslacht, ras, leeftijd, inkomen, scholingsgraad, seksuele geaardheid, woonplaats...

Er bestaan spanningen tussen de verschillende te bereiken doelen. Zo kan het moeilijk zijn zowel te voldoen aan efficiëntie als aan patiëntgeoriënteerde zorg.

32. Lodewyckx K. et al, *Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen*, KCE reports 6A, 2004.

33. Vander Stichele R.H. et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports 47A, 2006.

## 3.2. Kwaliteit kent drie niveaus

Kwaliteit moet globaal genomen nagestreefd worden op drie niveaus en vereist daarbij een duidelijke inspanning: het meest basale is het **structurele niveau** (aantal artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen, opleiding artsen, opleiding verpleegkundigen, uitrustingsniveau ziekenhuizen...), dan komt het **procesniveau** (het verloop van de zorg volgens zo goed mogelijk onderbouwde procedures) en bovenaan staat het **resultaatsniveau**.<sup>34</sup>

### 3.2.1. Niveau 1: structureel niveau

Het structurele niveau is een taak bij uitstek van de overheid. Die moet de voorwaarden scheppen om goede zorg te kunnen verstrekken aan betaalbare prijzen voor alle patiënten. Dat wil zeggen dat de overheid een ondersteunende taak vervult om voldoende en voldoende hoogopgeleid personeel, en voldoende hedendaagse infrastructuur te voorzien in de gemeenschap/het land.

#### Personeel

Voldoende en voldoende hoogopgeleid personeel voorzien is een Vlaamse **onderwijsaangelegenheid**. Het beroep inhoudelijk aantrekkelijk maken is een bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid, het financieel aantrekkelijk maken is meestal een RIZIV-aangelegenheid (met uitzondering van personeel betaald via Budget Financiële Middelen, wat eveneens een FOD-aangelegenheid is).

Vanuit het zorgmanagement speelt het **personeelsbeleid** een grote rol: het is evident dat de kwaliteit van een dienstverlenende sector voor een groot stuk staat of valt met de kwaliteit van het personeel. In de eerste plaats van de artsen, verpleegkundigen en paramedici, maar het resultaat van klinische zorg is ten gevolge van de toenemende complexiteit meestal een groepsresultaat. Kwaliteit van het personeel als geheel is dus van groot belang. Het werk in de ouderenzorgvoorzieningen is de laatste jaren veel meer belastend geworden door het verkleinen van de ROB-doelgroep (rustoorden voor bejaarden) en het vergroten van de RVT-doelgroep (rust- en verzorgingstehuizen).

Ziekenhuisgeneeskunde is sterk belastend door de steeds snellere patiëntendoorstroming, door de permanentiefunctie en door de acute problematiek die een enorme verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Er is echter geen toeloop van artsen (pediaters, spoedartsen, hematologen, oncologen, gerieters, kinderpsychiaters, endocrinologen...) noch van verpleegkundigen in de voorzieningen. De nomenclatuur maakt geen onderscheid tussen aktes die uitgevoerd worden door geneesheren die solidair met hun collega's deelnemen aan de wachtpermanentie en geneesheren die enkel op de momenten dat het hen past de patiënten van hun voorkeur ontvangen. Naarmate de schaarste groter wordt, produceert de overheid zelfs meer en meer gespecialiseerde titels en diensten, waardoor de inzetbaarheid van het personeel fors beperkt wordt. Dat maakt het bijvoorbeeld zeer moeilijk om de nachtpermanentie gedragen te houden door een voldoende "polyvalent" verpleegkundig team.

De cruciale vraag is echter of al die normen nu ook de kwaliteit verhogen. Het antwoord is veeleer negatief. Alleen al om de talloze registraties rond te krijgen die de overheden ons opleggen moet in Vlaanderen jaarlijks het equivalent van 560 VTE verpleegkundigen worden ingezet. Dat terwijl we al een tekort hebben aan verpleegkundigen in vele ziekenhuizen, bovenop het structurele tekort ten gevolge van de sterk voorbijgestreefde verpleegkundige bestaansnormen. Bovendien hebben de bijkomende opleidingen en beroepstitels naast hun onmiskenbaar positieve effecten ook een wrange keerzijde. Aangezien voor de bijkomende opleidingen het personeel dient vrijgesteld te worden, meestal zonder enige bijkomende financiering voor voldoende extra vervangingspersoneel, leidt dit tot het onttrekken van personeel aan de zorg en een verdere verhoging van de werkdruk in vele diensten. Men moet daarom alle aspecten aan elkaar koppelen: eerst opleiden en gepast financieren, dan pas extra specificaties invoeren, zodat we functiedifferentiatie behoorlijk kunnen vormgeven. Nu worden we vaak geconfronteerd met de vereiste van extra kwalificaties die nog niet voorhanden zijn op de arbeidsmarkt, omdat ze nog niet of maar pas voorzien zijn in de (onderwijs)opleidingen.

Dubbel jammer is dat haast niemand buiten de voorzieningen iets leert uit de informatie van de inspecties. De inspecties dienen vanuit wettelijk oogpunt te gaan over de basale structurele erkenningsvoor-

34. Daue F., Crainich D., *De toekomst van de gezondheidszorg: diagnoses en remedies*, Itinera instituut ASP, 2008.

waarden om minimale kwaliteit te kunnen realiseren. De laatste jaren breidde de Vlaamse inspectie dat wel uit naar enkele proces- en resultaatsindicatoren. Maar ondanks de vele inspanningen van de voorzieningen en de Vlaamse inspectie de laatste jaren, staat de Vlaamse visitatie niet op de internationale kaart. De inspanningen worden dan ook niet gevaloriseerd als een duidelijke erkenning van de geloofwaardigheid van de kwaliteit van zorg in Vlaanderen.

Er zijn ook geen overzichten voorhanden waarmee de diverse actoren – met inbegrip van de vele overheden – hun beleidsprioriteiten kunnen bijsturen. Dit jaar is wel het eerste overzicht verschenen van de Vlaamse inspectie, doch ook hierin worden geen beleidsconclusies geformuleerd voor de eigen en andere overheden en financiers. De overheden trekken dus geen conclusies voor zichzelf uit de inspecties. Logische beleidsbeslissingen, zoals het optrekken van de financiering voor nachtbestaffing, zijn immers nog steeds niet genomen. Erger nog, de onderfinanciering van de verplegingsdiensten is nog verder gestegen van 4,9% verschil tussen opbrengsten en kosten in 2006 naar 5,6% in 2007.<sup>35</sup> Dat ondanks verschillende studies die de ernstige kwaliteitsproblemen hiervan bewezen.<sup>36</sup> De inspecties gebeuren ook op weekdays tussen 9 en 17 uur en houden geen rekening met de globale zorgzwaarte, maar wel met de (flink voorbijgestreefde) wettelijke normen per dienst. Die normen worden beoordeeld los van het aantal aanwezige patiënten en los van klinische paden of andere aspecten van gekantelde organisaties.



Het kunnen aanwerven van goed opgeleide medewerkers is een eerste kwaliteitsvereiste. Die moeten voldoende aanwezig zijn op de arbeidsmarkt en ze moeten billijk worden vergoed naargelang hun inzet en hun verantwoordelijkheid. Functiedifferentiatie en gespecialiseerde zorgprogramma's vereisen een langetermijnbeleid, waarbij de randvoorwaarden (opleidingsmogelijkheden en vervanging op de werkvloer) gegarandeerd moeten worden.

### Infrastructuur

Het realiseren van voldoende op de bewoner/patiënt afgestemde en hedendaagse zorginfrastructuur is een bevoegdheid van de initiatiefnemers. De infrastructuur betaalbaar maken – waardoor er minder kosten door de patiënt moeten worden gedragen – is dan weer duidelijk een overheidsaangelegenheid.

De federale overheid besliste vanuit besparingsoogpunt om voor de algemene ziekenhuizen een minimale schaalgrootte op te leggen en tegelijk de totale capaciteit af te bouwen. Het aangehaalde argument voor die schaalvergroting was de *economy of scales*. De Vlaamse algemene ziekenhuizen zijn daarop ingegaan, mede omdat schaalvergroting ook nog een ander voordeel heeft. Het gaat dan om de mogelijkheid om subdisciplines uit te bouwen en om de wachtbelasting van ziekenhuisartsen te verminderen. Daardoor kan het ziekenhuis meer gediversifieerde zorg bieden en wordt het aantrekkelijker om personeel en artsen aan te werven.

Wat stellen we op vandaag echter vast? De economische schaalvoordelen kunnen op vele plaatsen niet gerealiseerd worden omdat de overheid onvoldoende investeert in de bouw van nieuwe fusieziekenhuizen op één campus. Als er vandaag nog behoorlijk geïnvesteerd wordt in het op peil houden van materiaal en gebouwen, dan is dat in de niet-openbare, niet-commerciële voorzieningen. Dat toonde de *Model for Automatic Hospital Analysis*-studie aan.<sup>37</sup> Het schaalvoordeel heeft evenwel maar zijn volle impact op de economische aspecten, de zorgdiversiteit, de -kwaliteit en de wachtbelasting als de diensten effectief geconcentreerd kunnen worden.

Op het structurele niveau is het duidelijk dat de overheid enorm dirigeert. Federale programmatie en erkenningsnormen zijn er in overvloed, recent nog aangevuld met de wettelijke verankering van aanvullende Vlaamse gemeenschapsnormen. Vaak zijn die normen niet afgestemd op de nood (bijvoorbeeld

35. [www.dexia.be/Nl/small/sites/research/SocialProfit/maha/](http://www.dexia.be/Nl/small/sites/research/SocialProfit/maha/)

36. Aiken L.H., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, JAMA, 2002, 288: 1987-1993;

Van den Heede K., *Verpleegkundige personeelsomkadering en patiëntveiligheid in Belgische acute ziekenhuizen: een analyse van administratieve databanken*, proefschrift, maart 2009;

Kane R.L., *Nurse staffing and quality of patient care*. Evid. Rep. Technol Assess 2007, mar, (151): 1-115.

37. [www.dexia.be/Nl/small/sites/research/SocialProfit/maha/](http://www.dexia.be/Nl/small/sites/research/SocialProfit/maha/)

m<sup>2</sup> in PVT) of kan de financiering niet volgen bij het optrekken van de normen aan de nood (bijvoorbeeld VIPA-budget voor ziekenhuizen). In de zorg is en blijft een overheidssturing op dit niveau belangrijk, omdat de zorg niet aan de vrijemarktprincipes voldoet. Er speelt een informatie-asymmetrie voor de patiënt en de overheid komt steeds meer als rechtstreekse financierer tussen, aanvullend op de verzekeraars (mutualiteiten). Het is daarom logisch en billijk dat de overheid toezicht wil hebben op de wijze waarop middelen worden ingezet en in welke mate ze de betaalbaarheid van de zorg ten goede komen.

De structurele minimumvereisten worden bepaald en deels betaald door de overheid. Het is dan ook logisch dat zij de naleving en de correcte aanwending van haar middelen controleert. De overheid heeft dus een duidelijke taak op het structurele niveau. Het is belangrijk dat de overheid die taak optimaliseert, niet in bijkomende reglementering maar in bijkomende ondersteuning voor personeel en infrastructuur (met inbegrip van ICT).



### 3.2.2. Niveau 2: procesniveau

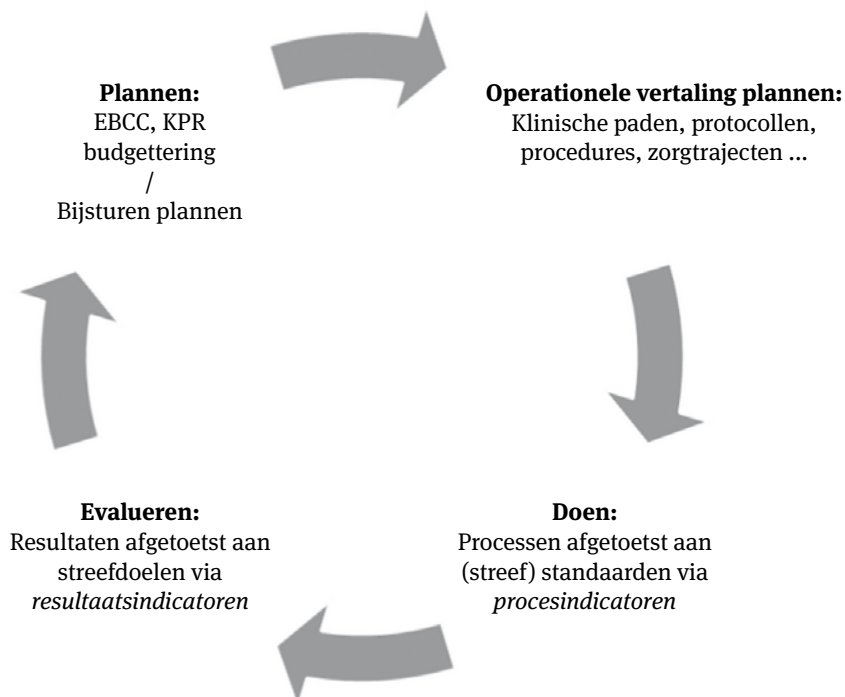
Hier zitten we volop in het organisatiebeleid. Aangezien het management van een voorziening als kern-taak heeft de strategische doelstellingen uit te zetten en ze operationeel te vertalen en te beheren, is de rol hiervan niet te onderschatten. Het personeel wordt gestuurd op vlak van wat belangrijk wordt geacht. Vindt men kwaliteit belangrijk, dan moet dat in de strategische doelstellingen en de operationele vertaling daarvan expliciet zichtbaar worden gemaakt. De kwaliteitscoördinator alleen zal het verschil niet maken.

Specifiek voor dit niveau is het **procesmanagement**, wat de laatste jaren sterk in beweging was: gekantelde organisaties, klinische paden, uitgeschreven procedures al dan niet in het kader van het kwaliteitsdecreet, zorgprogramma's, zorgtrajecten...

Er zijn vier generieke onderdelen voor elk zorgproces/verbetercyclus:

1. Plannen: bv. Evidence based Clinical Care (EBCC), klinische praktijkrichtlijnen (KPR)...
2. Doen: bv. klinische paden, protocollen, procedures...
3. Meten: klinische performantie (proces- en resultaats)indicatoren
4. Bijleren en daarnaar handelen

**Figuur 4. Aangepaste PDCA-cyclus.**



**Evidence based Clinical Care.** Dat is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van de huidige evidentie bij de beslissing over de zorg aan individuele patiënten. De professionals moeten dus de individuele klinische expertise integreren in de externe klinische evidentie. Het hoeft geen betoog dat dit een permanente update vereist, want de wetenschap gaat enorm snel. Daarom is het ook een aspect van de zorgverleners zelf; zij zijn de specialisten op het terrein.


**Klinische praktijkrichtlijnen.** Dat zijn systematisch ontwikkelde uitspraken om beslissingen van zorgverlener en patiënt over gepaste zorg in specifieke klinische omstandigheden te ondersteunen. Het zijn richtlijnen die artsen, verpleegkundigen, sociale werkers, opleiders en zorgverstrekkers helpen om te bepalen hoe ziekten, ongemakken en andere gezondheidssituaties op de meest doeltreffende en gepaste wijze kunnen worden voorkomen, gediagnosticeerd, behandeld en klinisch aangepakt. Die richtlijnen moeten bruikbaar zijn in de setting waarin men werkt en steeds up-to-date worden gehouden.

De klinische praktijkrichtlijnen kunnen worden vertaald naar de praktijk via **klinische paden, protocollen, procedures, zorgtrajecten**. Ze steunen op de omschrijving van goede klinische zorg en groeien mee met wetenschap en praktijk. Ze moeten ook aandacht hebben voor de ketenaspecten in de zorg (voor- en natraject).

Dat kan uiteraard niet op dergelijke wijze worden uitgebouwd voor zeldzame aandoeningen, het is enkel mogelijk voor de grote patiëntengroepen. Hierin schuilt een groot gevaar, namelijk dat meer zeldzame aandoeningen uit het oog worden verloren bij kwaliteitsborging of verdrongen worden door de frequente pathologie indien men niet voor een integrale kwaliteitsbenadering opteert.

Klinische praktijkrichtlijnen worden aangevuld met **klinische indicatoren** om de performantie te bewaken. Het is belangrijk dat er een goede manier bestaat om gebreken in het systeem te detecteren en eraan te remediëren. Daarbij dient men zich permanent de volgende vraag te stellen: “Doen we de juiste dingen en doen we ze juist?”

Gekende normen die ook in België gehanteerd worden zijn die van het QIP (*Quality Indicator Project*).<sup>38</sup> Die zijn 20 jaar geleden ontstaan uit een spontane samenwerking tussen zeven ziekenhuizen in de Verenigde Staten. De normen zijn zelf geen directe maat voor kwaliteit, maar een referentiepunt of een mogelijke aanwijzing voor kwaliteit.

- 
- De medische en bedrijfskundige kennis is zeer gespecialiseerd, evolueert zeer snel en dient optimaal afgestemd te zijn op de exacte zorgsetting en patiëntengroep. Bovendien moet dat alles permanent operationeel vertaald en geïmplementeerd worden, waardoor enkel de experts op het terrein mee zijn.
  - Procesindicatoren moeten de *real life*-processen monitoren. Ze dienen door de experts ter zake bepaald en opgevolgd te worden. Dat wil zeggen: door de zorgvoorzieningen en de zorgverleners. Procesindicatoren moeten ook oog hebben voor de ketenaspecten van zorg.
  - Het is evident dat de overheden die nog met verpleegkundige bestaafsnormen van de jaren 1960 in de weer zijn, niet goed geplaatst zijn om een rol op te nemen op procesniveau, waar de evoluties bijzonder snel gaan.

### 3.2.3. Niveau 3: resultaatsniveau

De focus komt steeds meer te liggen op **resultaatsgericht management**. Als de Radboud Case in Nijmegen één ding duidelijk maakte, dan is het wel dat door de processen onder controle te hebben de resultaten nog niet aanvaardbaar zijn. Waar vroeger in bedrijven het beleid rond de financiële parameters draaide (zolang er winst is, is er geen probleem), zien we dat ze hun ‘boordtabellen’ verruimd hebben met permanente aandacht voor de bedrijfsspecifieke kengetallen. Een daarvan is de kwaliteit van de geleverde producten. Dat is bijzonder moeilijk in (medische) zorg, maar wel degelijk mogelijk. In het

---

38. [www.qiproject.org](http://www.qiproject.org)

universitair Radboud ziekenhuis evalueren de diensthoofden ondertussen permanent hun resultaten en koppelen ze die ook rechtstreeks terug naar de raad van bestuur. Jammer genoeg is dat in reactie op een ernstige problematiek (te hoge mortaliteit cardiochirurgie) die ze in eerste instantie niet in kaart hadden gebracht en in tweede instantie afgedaan hadden als eigen aan een “universitaire” patiëntenmix. De voltallige staf van het ziekenhuis wordt hier tot op internationale congressen toe nog steeds op aangesproken, de imagoschade is enorm en het vertrouwen in heel het ziekenhuis en de sector werd daarmee ondermijnd.

Tal van casussen tonen het toenemende belang aan van het veiligstellen van het vertrouwen in de zorg naar de toekomst. Dat is een zeer belangrijke uitdaging. De patiënten willen actiever participeren en kiezen, verzekeraars en advocaten worden agressiever, kennis evolueert steeds sneller, globalisering en vrije markt zijn een feit ... Daarom zijn we voorstander van accreditering, waarbij we er duidelijk voor opteren om ook zoveel mogelijk resultaatsindicatoren mee op te nemen. Uiteraard zijn niet voor alle settings en alle aspecten van de zorg resultaten beschikbaar of eenduidig te omschrijven.

#### **Kwaliteit kan dus op drie niveaus worden gemeten:**

1. **Structurele indicatoren.** Zijn er voldoende ziekenhuizen, RVT's, bedden, verpleegkundigen, psychologen, sociaal assistenten, artsen, animatoren... ? Heeft het personeel een voldoende hoog opleidingsniveau? Ze geven een aantal noodzakelijke, doch zeker niet voldoende inputfactoren weer. Een concreet voorbeeld hiervan is het aantal hemodialyseudiensten en de bestaafingsnorm.
2. **Procesindicatoren.** Die geven weer of de zorg conform vastgelegde procedures verloopt (onder meer via wetenschappelijk onderbouwde praktijkrichtlijnen, klinisch pad, kwaliteitshandboek...). Ook die indicatoren zijn vaak noodzakelijke randvoorwaarden voor kwaliteit, doch eveneens onvoldoende. Voor vele aandoeningen bestaan er immers geen uitgeschreven procedures of paden en voor sommige patiënten vereist de juiste zorg een afwijking van de procedures. Procedures mogen nooit de zorg dicteren, ze moeten de zorg inspireren. Zoals een kookboek de beginnende chefs ondersteunt, maar geen enkele topchef nog volledig volgens een kookboek kookt. Bijvoorbeeld: volgt men voor de hemodialysepatiënt de KDOQI- of EVAS-richtlijn?<sup>39</sup>
3. **Resultaatsindicatoren.** Geven de verkregen resultaten weer. Ze vormen de gouden standaard, maar zijn niet zo makkelijk te definiëren en vaak moeilijk correct te interpreteren wegens tal van covariabelen. Maar ook de andere resultaatsgebieden (patiënt/bewonertevredenheid, medewerkerstevredenheid en maatschappelijke waardering) moeten steeds mee in overweging worden genomen (cfr. Kwadrant-model pagina 11). Bijvoorbeeld het aantal geïnfecteerde of gestenoseerde greffes bij hemodialysepatiënten, en de fysieke en mentale toestand van de dialysepatiënten zoals opgenomen in de DOPPS-studie.<sup>40</sup>

39. Richtlijnen van de *Kidney Disease Quality Outcome Initiative* en van de *European vascular access society*.

40. *Dialysis outcomes and practice patterns study* (DOPPS).

# 4

## Kwaliteit kenbaar maken via accreditering

### 4.1. Definitie van accreditering

**Accreditatie** komt uit het Latijn en betekent “te geloven” (ad+credere), geloofwaardig. Bij accreditatie zal een derde partij een geschreven garantie geven dat een product, proces of dienst beantwoordt aan specifieke vereisten. Het is daarom een prospectieve erkenning, die ervoor zorgt dat men zaken en diensten kan vergelijken op basis van prijs en afstand, bij een bevestigd kwaliteitsniveau (gewaarborgd via accreditering).

De ISQua (International Society for Quality in Healthcare) geeft de volgende definitie van accreditering:

1. Het is de langst bestaande en meest wijdverspreide werkwijze voor externe evaluatie van gezondheidsdiensten.
2. Het is een formele werkwijze om veilige, hoog kwaliteitsvolle gezondheidszorg te garanderen.
3. Het is gebaseerd op standaarden en procedures die ontwikkeld werden door professionals in de gezondheidszorg voor gezondheidszorgdiensten.
4. Het is een ontwikkelingsproces dat gebruikmaakt van de expertise van externe peers die getraind worden om als een team van beoordelaars (assessors) te functioneren.

De ISQua-definitie vermeldt gezondheidsdiensten, wat al ruimer is dan vele andere definities, maar idealiter gaat het om zorgorganisaties.

Het KCE definieerde ziekenhuisaccreditering als volgt: “Initiatieven die gericht zijn op de externe evaluatie van een ziekenhuis tegen vooraf gedefinieerde, expliciete en gepubliceerde standaarden met het oog op het bevorderen van continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg.”<sup>41</sup>

De Vlaamse Gezondheidsraad kwam tot de volgende definitie: “Het betreft een systematische evaluatie van ziekenhuizen tegen een set van expliciete kwaliteitsstandaarden. Dat gebeurt typisch op basis van een standaardenhandboek met enkele honderden standaarden.”<sup>42</sup>

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) spreekt van “Het door een derde partij afgeven van een schriftelijke garantie dat een bepaalde organisatie of dienst of een bepaald proces of product aan bepaalde eisen voldoet, waaraan verwachtingen voor de toekomst zijn te ontleen. Het begrip kan betrekking hebben op het proces (tot het verkrijgen van de status) en op de status zelf.”

De definitie van de president van de Joint Commission International (JCI)<sup>43</sup> geeft het best de accreditering weer die we voor ogen hebben: “Het is een veelal vrijwillig proces waarbij een gouvernementeel of niet-gouvernementeel agentschap erkenning verleent aan een gezondheidszorgvoorziening die voldoet aan bepaalde standaarden die vereisen dat er continue verbetering van structuren, processen en outcome gerealiseerd wordt.” In deze definitie wordt de dynamiek van kwaliteitsvoortgang en de relatie tot de outcome duidelijk in de verf gezet.

De basisgedachte van accreditering omvat de volgende aspecten:

1. Evalueren van de volledige gezondheidszorgorganisatie als een complexe interactie van vele klinische processen, managementprocessen en resultaten (integrale aanpak).

41. *Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa*, KCE reports 70A, 2008.

42. *Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen*, Vlaamse Gezondheidsraad, 2002.

43. Timmons K.H., *Accreditation in health care: an overview*. International Forum on Quality and Safety in Health Care, Paris, 22-25 april 2008.

2. Gebruikmaken van gepubliceerde consensusstandaarden bij het uitvoeren van de evaluatie, waarbij gestreefd wordt naar het maximaal bereikbare (in tegenstelling tot certificering). De standaarden zijn patiëntgeoriënteerd en cultureel aanpasbaar.
3. Het engageert de zorgprofessionals en de sleutelstakeholders in het creëren van standaarden.
4. Het staat voor een objectieve en transparante evaluatie van de kwaliteitsstandaarden, gebruikmakend van vooraf bepaalde beslissingsregels.
5. Het stimuleert een kwaliteitscultuur die voortdurende inspanningen ondersteunt.

## 4.2. Verschillen met andere vormen van externe kwaliteitstoetsing

**Visitatie** is een plaatselijk bezoek door een officiële inspectie. Het komt van het Latijn *visitare* (bezoeken) en werd oorspronkelijk gebruikt als term voor het onderzoek naar de gang van zaken in een bisdom of klooster. Meestal betreft het een praktijkbezoek door collega's en heeft een visitatie een uitgesproken professionele in plaats van institutionele oriëntering. De huidige Vlaamse visitatie van de zorgvoorzieningen heeft haar beperkingen als het gaat om het optimaliseren van kwaliteit. Er zijn meestal geen transparante, sterk onderbouwde, permanent geactualiseerde criteria voorhanden. De inspecteurs kunnen bovendien niet over alle zorgaspecten voldoende expertise opbouwen om inhoudelijk de zaken ten gronde te interpreteren, om concrete verbeteringen voor te stellen of om resultaten gedetailleerd en in hun context (gecorrigeerd voor patiëntenmix en voor macro-organisatorische en budgettaire beperkingen) te evalueren. Men moet de resultaten immers verregaand kunnen analyseren, waardoor duidelijk wordt waar men concreet moet bijsturen. Het belangrijkste doel van controle – met name de kwaliteit van zorgen op een geloofwaardige wijze toetsen en helpen die op een steeds hoger niveau (conform internationale evolutie) te brengen – wordt daardoor niet behaald met het visitatiemodel. De actuele visitatie kijkt vooral vanuit wettelijke normen met historisch bepaalde minimale vereisten. Ze is immers ontstaan vanuit de toetsing van structuurindicatoren en neemt sinds kort ook enkele proces- en resultaatsindicatoren mee. Hiervan kunnen de meeste voorzieningen onvoldoende bijleren, aangezien de normen geruime tijd achterlopen op de nieuwste wetenschappelijke en operationele inzichten en aangezien het leren uit problemen beperkt blijft tot één voorziening. Bijleren is nochtans het essentiële punt van kwaliteitsdenken (cfr. Plan-Do-Check-Act-cyclus van Deming).

**Certificering** wordt door Timmons (43) gedefinieerd als “Een proces waarbij een geautoriseerd orgaan (gouvernementeel of niet) een individu of een organisatie evalueert en erkent als conform met de vooraf bepaalde vereisten en criteria.” Meestal zijn die vereisten erg eng bepaald: men moet exact voldoen (niet meer en niet minder, het zijn geen dynamische streefdoelen maar absolute statische vereisten). Dat is vooral geschikt bij traag evoluerende, volledig te reproduceren en zeer precies te bepalen kwaliteitsstandaarden. Bijvoorbeeld bij productie en gebruik van apparatuur en werkwijzen in labo's, in een apotheek... (cfr. ISO-certificering). Dergelijk model is vaak niet geschikt voor zorg omdat zorgstandaarden voldoende flexibel moeten zijn, aangepast aan de patiënt. Er bestaan ondertussen echter ook ISO 9001 (met betrekking tot het kwaliteitsmanagementssysteem) gerelateerde normen die gericht zijn op zorgprocessen. Binnen de accreditering spreekt men soms ook van certificering, waardoor het onderscheid soms moeilijk wordt.

**EFQM-model met Baldrige Award** is een integraal kwaliteitsmodel waarbij de excellentie permanent nagestreefd wordt. Een wijze van extern kenbaar maken van deze excellentie in de VS is het voldoen aan de *Health care criteria for performance excellence*. Die zijn gekoppeld aan de Baldrige Award die uitgereikt wordt door het National Institute of Standards and Technology.

Shaw<sup>44</sup> gaf volgende kernelementen weer van de verschillende systemen; ze convergeren de laatste jaren steeds meer:

Visitatie	'Professional performance'
Accreditatie	'Health service delivery'
EFQM	'Management system'
ISO	'Quality of operations'

44. Shaw C.D. et al., *External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in EU countries*, International Journal Qual Health Care, 12 (3): 169-175.

### 4.3. Historiek van accreditering

Dr. Ernest Codman definieerde accreditering al in 1910 als volgt: “End result system of hospital standardization. Under this system, a hospital would track every patient it treated long enough to determine whether the treatment was effective. If the treatment was not effective, the hospital would then attempt to determine why, so that similar cases could be treated successfully in the future.” Daarmee waren de fundamenteën gelegd voor accreditering, waarmee het American College of Surgeons als eerste aan de slag ging.

Accreditatie in de gezondheidszorg ging definitief van start in 1951, toen de Joint Commission on Accreditation of Hospitals werd opgericht. Die ontstond vanuit een samenwerking tussen het American College of Physicians (ACP), de American Hospital Association (AHA), de American Medical Association (AMA), de Canadian Medical Association (CMA) en het American College of Surgeons. Het betrof een private, niet-commerciële organisatie die ziekenhuizen en andere gezondheidszorgorganisaties evalueerde en accreditteerde.

Accreditering van de gezondheidszorg, vooral in ziekenhuizen, raakt meer en meer verspreid in Europa. Het eerste accrediteringsprogramma in Europa ging in de jaren 1980 van start in de Spaanse regio Catalonië.<sup>45</sup> Sinds de jaren 1990 neemt het aantal programma's in Europa sterk toe.

Accreditering is ontsproten uit het vrijwillig, professioneel gedreven engagement van ziekenhuizen en zorgverleners voor continue verbetering. Halverwege de jaren 1990 zijn de nieuwe programma's steeds meer geëvolueerd naar mechanismen ter verantwoording naar het publiek en de regulerende en financierende instanties.

Er worden wereldwijd verschillende systemen gebruikt. Er zijn wel initiatieven om te komen tot één systeem (cfr. ISQua en Europese initiatieven ter zake). Zo definieerde de ISQua de zogenaamde ALPHA-principes en standaarden, en zijn vergelijkbare data en kwaliteitsaspecten een duidelijk doel van de Europese Commissie.<sup>46</sup> Wat deels nog ontbreekt, zijn outcome-maten gelinkt aan algemeen toepasbare internationale evidence based praktijkrichtlijnen waartegen de geboden zorg kan worden afgetoetst.

In Vlaanderen werden de laatste jaren, via de visitaties, ook een beperkt aantal kwalitatieve proceselementen in rekening gebracht. Vroeger gebeurde in Vlaanderen de erkenning uitsluitend op basis van een veeleer 'kwantitatief nazicht' van de wettelijke federale erkenningscriteria. In dat opzicht is de actuele Vlaamse aanpak al een eerste tussenstap op weg naar accreditatie. Met name de visie van de overheid is verschoven van 'zijn de structurele voorwaarden voldaan' naar 'zijn de kerntaken en sleutelprocessen in een ziekenhuis die als randvoorwaarden gelden voor optimale resultaten geborgen en worden die resultaten ook opgevolgd'. In het nieuwe Vlaamse regeerakkoord neemt men de logische volgende stap, men is bereid de controle op cruciale diensten terug te schroeven, mits de afdeling geaccrediteerd is. We evolueren dus veeleer naar een toezicht op het toezicht vanuit de overheid.

### 4.4. Accreditering in Europees perspectief

In vele Europese landen (Bulgarije, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Letland, Luxemburg, Nederland, Polen, Portugal, Spanje, de Tsjechische Republiek en het Verenigd Koninkrijk) bestaat al een ziekenhuisaccreditering.<sup>47</sup> In verschillende landen wordt dat regionaal georganiseerd (onder andere in het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Italië). Er is een lichte meerderheid aan vrijwillige accreditatiesystemen. In de meeste programma's is accreditering ingebed in een gestructureerd kader via wetgeving of via een ander overheidsbeleid. De drijfveren die in deze landen naar voren worden geschoven om deel te nemen zijn vooral “wens voor verbetering” en “wettelijke verplichting”.

De meeste accrediteringsprogramma's passen standaarden toe als streefdoel van een continu verbeteringsproces, dus niet als vastgestelde (onder)grenswaarden. Er is geen duidelijk patroon in het

45. *Gids voor accreditering*, WHO 2006 Eur/04/5051758.

46. *Quality of healthcare: policy actions at EU level*, Reflection paper version 1, 24 september 2009.

47. *Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa*, KCE reports 70A, 2008.

gouvernementele of niet-gouvernementele karakter van de organisatie van ziekenhuisaccreditering. Men evolueert naar ISQua-standaarden. De meeste programma's beschikken momenteel niet over outcome-gegevens. De standaarden van de meeste programma's dekken zowat alle processen binnen een ziekenhuis.<sup>48</sup>

De gezondheidszorgbeoefenaars, directies en regelgevers zijn het vaakst vertegenwoordigd in de bestuursorganen van een accrediteringsinstituut. De geldigheidsduur van een accrediteringscertificaat is meestal drie jaar of meer. Vaak is er ook een beroepsprocedure tegen een accrediteringsbeslissing. Er is een trend naar publicatie van de beslissing. De meeste programma's werken met verschillende niveaus in plaats van een binair systeem (geslaagd in accreditatie of niet).<sup>49</sup>

Het grootste deel van de programma's werd aanvankelijk gefinancierd door de overheid. In de meeste landen dienen de ziekenhuizen te betalen voor de diensten, ofwel via honoraria ofwel via een abonnement (van 450 euro tot iets meer dan 10.000 euro per jaar). De globale kosten van een accrediteringsprogramma varieerden van minder dan 100.000 euro per jaar (Tsjechië) tot 59.483.000 euro in het Verenigd Koninkrijk.<sup>50</sup> De duurste programma's (Frankrijk en VK) worden gerund door omvangrijke overheidsinstellingen, maar geen van beide landen staat in de top 5 van kwaliteit van zorg.<sup>51</sup>

Om al deze accrediteringsprogramma's ook internationale geloofwaardigheid te geven biedt het ISQua een accreditering van deze accrediteringsprogramma's aan. Men kan zich laten accrediteren voor de normen, voor de organisatie en voor de opleiding van de auditoren. Tot op heden is slechts een zeer beperkt aantal accrediteringsorganen ook zelf geaccrediteerd door ISQua. NIAZ en de Joint Commission International (JCI) behoren daartoe. De Haute Autorité de Santé (HAS) is bezig met het behalen van de eigen accreditering.

#### 4.5. Doel van accreditering

Het doel is te komen tot een **geloofwaardige externe validatie van de zorgresultaten en interne kwaliteitsprocedures voor zorg in verschillende settings** (geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en algemene ziekenhuizen) binnen een gelijkaardig kader op vrijwillige basis.

Er dient daarbij inzicht verworven te worden in de mate waarin een voorziening als geheel presteert, om ze te **bevestigen in haar goede resultaten of ze zicht te helpen krijgen op verbetermogelijkheden en risicobeheersing**.

Dat gebeurt door **toetsing** van de verschillende zorg- en managementgebieden aan **(procesmatige) standaarden, maar ook aan outcome-resultaten door inhoudelijke experts**. Dat moet tevens het raamwerk zijn om de patiëntveiligheid (onlosmakelijk onderdeel van kwaliteit) te verbeteren.

De **bestaande instrumenten en data dienen dan ook gevaloriseerd te worden in de accreditering** zodat zoveel mogelijk informatie wordt verkregen uit bestaande databronnen. Zo moet **het aantal registraties in toto naar omlaag** door een betere exploratie en koppeling van de voorhanden zijnde gegevens. Men moet dus een geïntegreerde databank opzetten waaruit men de kwaliteitsgegevens automatisch kan verkrijgen. Men moet die kunnen vergelijken met eigen vorige metingen, met die van anderen en met EBM/beste praktijkvoorbeelden.

De verwijzers en de patiënten **worden globaal geïnformeerd over de behaalde kwaliteitsresultaten** (goed, zeer goed, excellent) **en de aan de gang zijnde inspanningen** (matig, sterk, zeer sterk), en dit voor heel de voorziening. In de aanloop naar een voorzieningsbrede accreditatie kan men voor zorgprogramma's of diensten geaccrediteerd worden. Het is een gradueel verhaal.

48. *Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa*, KCE-reports 70A, 2008.

49. *Ibid.*

50. *Ibid.*

51. Euro Health consumer index 2009. Frankrijk staat op 7e plaats, het Verenigd Koninkrijk slechts op 14e plaats.

ISQua heeft de volgende doelstellingen:

- Het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg.
- Het stimuleren en bevorderen van de integratie en het management van gezondheidsdiensten.
- Een vergelijkende databank verkrijgen van gezondheidszorgorganisaties die beantwoorden aan structurele, procesmatige en outcome-standaarden.
- Het reduceren van gezondheidskosten door te focussen op de verhoging van de efficiëntie en de effectiviteit van de diensten.
- Het aanleveren van educatie en consultatie aan gezondheidszorgdiensten, managers en zorgverleners in verband met kwaliteitsbevorderende strategieën en best practices in de gezondheidszorg.
- Het publiek vertrouwen in de kwaliteit van de gezondheidszorg versterken.
- Het verminderen van risico's op ongevallen en infecties voor patiënten en medewerkers.

#### 4.6. Waarom accrediteren?

Accreditering moet ervoor zorgen dat **iedere patiënt/bewoner de mate van inspanningen kan kennen die zijn zorgvoorziening levert om hem of haar de best mogelijke zorgen te verlenen**, binnen de beschikbare middelen. De patiënt kan immers wel een oordeel vellen over de vriendelijkheid van het onthaal en over de kwaliteit van de kamer en de inkom, maar over de zorg zelf kan hij moeilijker oordelen.

Kwaliteit kenbaar maken zorgt voor een **sterke dynamiek van kwaliteitsverbetering**, waardoor we **ook op het vlak van aangetoonde resultaten naar de Europese top 10** kunnen doorstoten.

Accreditering als publieke erkenning van een goede tot excellente kwaliteitsborging is cruciaal om te **vermijden dat keuzes in de zorg nog langer alleen worden gemaakt op basis van prijs en afstand**, waarbij men indirect meent dat de kwaliteit van zorg steeds voldoende gewaarborgd is door de grote gedrevenheid van de zorgmedewerkers.

**Kwaliteit kenbaar maken via accreditering laat toe om een correcte prijssetting te verkrijgen.** Onverantwoorde besparingen kunnen worden aangetoond. Zeker in tijden van besparingen is het belangrijk dat we de repercussies kunnen aantonen en becijferen. De maatschappij moet op basis van de aangeleverde kwaliteitsgegevens vanuit de voorzieningen eindelijk een volwaardige stem krijgen in de fundamentele prijsmechanismen van de gezondheidszorg (de medicomut). Ook de beheerders van de zorgvoorzieningen dienen hierin een stem te krijgen, aangezien ze steeds meer verantwoordelijkheden toegewezen krijgen.

Ook de potentiële patiënt/bewoner, **elke burger** dus, **heeft het recht om te weten welke keuzes men beleidsmatig maakt in de zorg**. Hij moet weten dat er minder personeel is voorzien dan in onze buurlanden, omdat we noodgedwongen met normen van de jaren 1960 werken. Hij moet weten dat dit bijvoorbeeld een effect heeft op zijn overlevingskansen op C-diensten, op de kans om besmet te raken met een 'ziekenhuiskiem'. Hij moet ook beseffen dat dit geen keuze is die de beheerders van de voorzieningen hebben gemaakt. Hij moet weten dat besparingen in de zorg niet opnieuw de meest cruciale diensten mogen treffen. Al decennialang worden het verpleegkundig departement, de spoedgevallen, de oncologie, de pediatrie, de kinderpsychiatrie... en andere cruciale diensten benadeeld, ten voordele van diensten en disciplines die een duidelijke stem hebben in de medicomut (zoals de ondersteunende diensten en de disciplines klinische biologie en radiologie). **We willen daarom dat iedereen zijn conclusies trekt uit de vastgestelde problemen. Niet alleen voorzieningen en zorgverleners, maar ook de financierende overheden en ziekenfondsen moeten hun verantwoordelijkheid voluit willen nemen.**

Accreditering moet ook zichtbaar maken dat voorzieningen en zorgverleners doen wat binnen hun mogelijkheden en hun budgetten mogelijk is. **Bij eenmalige incidenten kunnen ze zich dan degelijk verdedigen tegen pers en advocaten**, doordat ze het voorval in het juiste perspectief kunnen plaatsen. Accreditering moet daarbij minstens een gelijkaardige geruststelling geven over de zorggerelateerde bedrijfsprocessen/resultaten voor directie en de raad van beheer als het werk van een externe bedrijfsrevisor voor de boekhoudkundige bedrijfsprocessen en resultaten. Ook de verzekeraars burgerlijke aansprakelijkheid zullen hiermee rekening kunnen houden voor hun prijssetting.

Accreditering moet **verlopen volgens transparante en duidelijke criteria** die ook internationaal worden aanvaard.

#### 4.7. Effecten van accreditering

Verscheidene mogelijkheden om kwaliteit extern te valideren werden recent onderzocht door Sunol<sup>52</sup> en worden weergegeven in onderstaande tabel.

**Tabel 2. Results of relation between external assessment and output indexes**  
(Pearson Correlation coefficient)

Data source: audit (n = 89)						
Level of analysis: wards						
	Clinical			Safety	Patient-centredness	Cross-border patient-centredness
	Maternity	Surgery	Medical			
Government accreditation	NS	NS	p = 0.060	p = 0.009	NS	NS
Voluntary accreditation	NS	NS	p = 0.019	p < 0.001	NS	p = 0.020
Teaching accreditation	NS	NS	p = 0.002	NS	NS	NS
ISO	NS	NS	NS	NS	p = 0.020	p = 0.034
External pressure index	NS	NS	NS	p = 0.007	p = 0.007	p = 0.002

ISO, International Organization for Standardization; NS, not significant.

De vrijwillige accreditatie scoorde daarbij globaal het best met een significante correlatie tussen accreditering en de output van interne diensten, veiligheidsaspecten en grensoverschrijdende patiëntgeoriënteerde zorg.

Alhoewel het potentieel aan verbeteringsimpact op kwaliteit van zorgen/leven via accreditering zeer groot is, zijn de wetenschappelijk aangetoonde effecten veeleer mager.

Vooraf het accrediteringssysteem van de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) is frequent bestudeerd in de wetenschappelijke literatuur. Uit de QIP-studie<sup>53</sup> (*Quest for Quality and Improved Performance*) van 2006 (loopt over vijf jaar en kost 2,5 miljoen pond) blijkt dat accreditatie wel een trigger is voor meer aandacht voor kwaliteitsbeleid (voornamelijk patiëntveiligheid), maar dat het moeilijk is om harde positieve effecten aan te tonen op *outcome* in geaccrediteerde voorzieningen. Men stelde wel een correlatie vast tussen de kwaliteit van zorgen en accreditatie, maar de vraag blijft of dat causaal is. Het zou kunnen dat de betere resultaten die soms werden vastgesteld bij geaccrediteerde instellingen te wijten zijn aan het feit dat de beste instellingen bezig zijn met accreditatie. Op zich maakt dat niet uit, het doel (met name goede kwaliteit zichtbaar maken) is wel bereikt.

Dat vele studies weinig of geen *outcome*-effecten konden aantonen is ook niet zo verwonderlijk. De JCAHO was oorspronkelijk immers vooral bezig met structurele kwaliteitsindicatoren. Pas na 2004 is er meer aandacht gekomen voor procesindicatoren. De resultaatsindicatoren worden nog steeds niet of

52. Sunol R. et al., *Impact of quality strategies on hospital outputs*, Qual. Saf. Health Care, 2009, Febr, 18 (suppl 1): i62-68.

53. Sutherland K et al., *Regulation and quality improvement 2006*. www.health.org.uk/QQUIP.

onvoldoende mee in overweging genomen. Een Canadees onderzoek<sup>54</sup> toonde dan weer aan dat in een geaccrediteerd traumacentrum de *outcome* (echte versus verwachte mortaliteit en verblijfsduur) wel degelijk duidelijk beter was ten opzichte van twee andere niet-geaccrediteerde diensten.

Het is dus zeker mogelijk om via een goed uitgewerkte accreditering te komen tot een betere *outcome*. Bovendien heeft accreditering aangetoonde effecten op het verbeteren van kwaliteitsprocessen, wat een noodzakelijke voorwaarde is voor een betere outcome.

#### 4.8. Methodiek van accreditering

De gebruikte methodiek die we willen hanteren moet in elk geval een oplossing bieden voor drie fundamentele tekorten van de meeste huidige accrediteringssystemen, met name:

1. Afzwakking naar minimale normen en dus verzaken aan de basisdrijfveer en doelstelling van accreditatie (streven naar excellentie). Dat is het geval wanneer men iedereen het systeem wil opleggen en dus voortdurend afstemt op de traagste en zwakste schakel. Bij overheidsaangestuurde systemen speelt ook mee dat de overheid dikwijls minder ambitieus is inzake kwaliteit, indien dat voor haar budgettaire consequenties met zich zou meebrengen.
2. Standaarden die onvoldoende of helemaal niet wetenschappelijk onderbouwd zijn.
3. Het niet, of veel te weinig, rekening houden met de echte zorgresultaten (outcome-maten), waarbij er geen afdoende bewijzen zijn dat bij uitstekende procescontrole de resultaten eveneens uitstekend zijn.

Daarom stellen we een **systeem in twee trappen** voor.

##### *Stap 1: Resultaten*

- Men vertrekt van **resultaatsindicatoren als eerste stap**. Het expliciet opnemen van resultaatsgegevens is een essentiële voorwaarde om geloofwaardig te zijn. Dat omdat er nog maar weinig bewezen effecten zijn van accreditering op de outcome en omdat dat het echte doel betreft (cfr. Radboudcase Nijmegen en besluiten ter zake van het KCE). Voor de algemene ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de woonzorgcentra zijn hiervan al voorbeelden beschikbaar, denken we maar aan Navigator.<sup>55</sup>
- Wanneer de **resultaten** van de zorg (gecorrigeerd voor patiëntenmix en in benchmark met vergelijkbare voorzieningen) **internationaal gezien goed zijn**, dan moet dat als meer dan voldoende garantie van zorgkwaliteit worden aanvaard. Bijgevolg moet men de voorzieningen of de betrokken diensten automatisch accrediteren en hun excellente resultaten honoreren. Zitten die resultaten duidelijk boven het gemiddelde van een gelijkaardige doelgroep voor een bepaalde afdeling, zorgproces of 'voorzieningsbreed', dan zijn dus geen verdere procedures vereist (geen accrediteringsaudit). Bovendien moet dat ook **worden aanvaard als een vrijstelling voor de visitatie** inzake de minima voor de erkenningsnormen.
- De **resultaatsindicatoren waarmee men werkt komen daarom ook uit internationale vergelijkingen**. Voor vele medische disciplines (cardiale zorg, nefrologische zorg...) zijn die er al. Ook voor patiënttevredenheid en voor bedrijfsmatige aspecten bestaat al veel. De indicatoren dienen ook internationaal gevalideerd te zijn en/of uitgewerkt te zijn door het ISQua. Het is van het grootste belang dat die resultaatsindicatoren in de mate van het mogelijke strikt wetenschappelijk worden bepaald (onder andere EBM) en grondig geanalyseerd door inhoudelijk gereputeerde (internationale) experts.
- Er bestaan al goed bruikbare instrumenten (bijvoorbeeld Kwadrant) en internationale benchmarkings (zoals Navigator, QIP) om de kwaliteit op te volgen en te vergelijken. Die zijn al gangbaar in meerdere Vlaamse voorzieningen. Er zijn ook veel relevante data (MZG, MVG, MPG, facturatie) beschikbaar. Een nauwe samenwerking met het CZV Leuven (wetenschappelijke analyse, data Navigator, QIP, Kwadrant, klinische paden, bevraging medewerkers en andere) en Partezis (MKG, MVG, MPG, facturatie...) kan overwogen worden om de metingen op wetenschappelijke basis te **realiseren met tegelijk een globale reductie aan registratielasten**.

54. Simons R. et al., *Relative importance of designation and accreditation of trauma centers during evolution of a regional trauma system*, The Journal of Trauma Injury, Infection, Critical Care, 2002, 52( 5): 827-834.

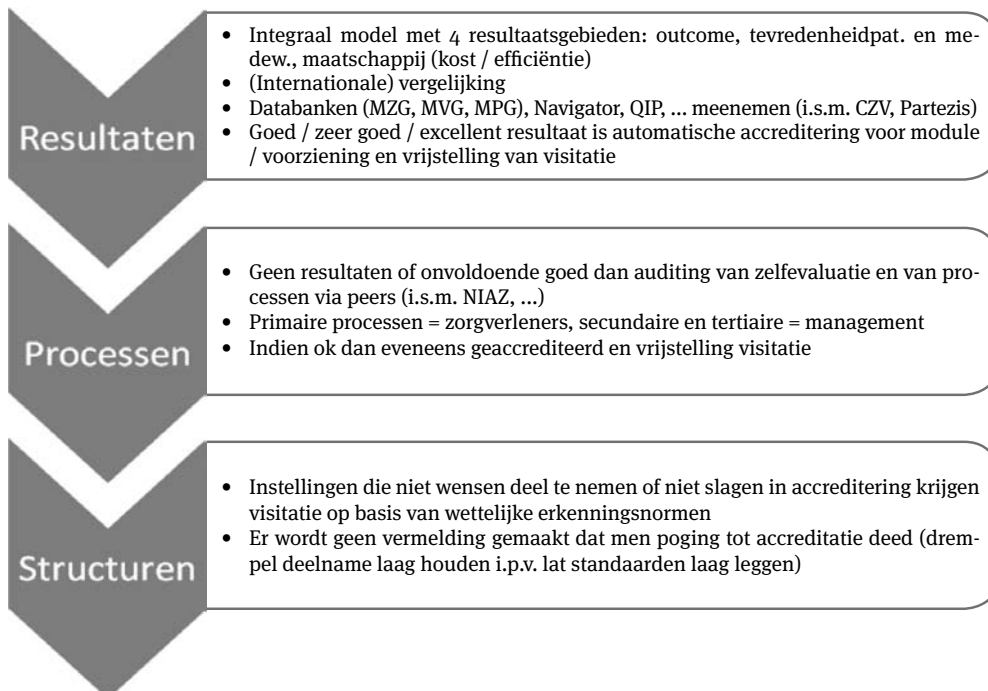
55. [www.navigator.czv.be](http://www.navigator.czv.be).

## Stap 2: Processen

- Voor die resultaatsindicatoren die geen goede resultaten vertonen en voor de zorgaspecten waarvoor geen passende resultaatsindicatoren voorhanden zijn, gaat men over tot **stap 2: 'Auditing door peers van processen op basis van procesindicatoren en internationaal gevalideerde normen'**. Die normen moeten conform de EMB-, EBP- en ISQua-aanbevelingen zijn uitgewerkt en moeten een internationaal karakter hebben om de geloofwaardigheid te verhogen en de vergelijkbaarheid te optimaliseren. Een nauwkeurige auditing dringt zich op voor die diensten/(zorg)processen waarin men minder performant scoort. Hier heeft men maximaal baat bij een accrediteringskader. Accreditering vertrekt immers vanuit een gedachte van peerreview. Daarbij wordt dus door actieve experts (mensen die zeer goed vertrouwd zijn met de materie) een advies gegeven over sterktes en zwaktes en over het risicomangement van de diensten en van de voorziening in haar geheel. Daarbij worden verpleegkundigen, technici, artsen, management... beoordeeld door collega-experts. Zowel de auditoren als de geauditeerden leren hiervan. Dat versnelt de kennisdeling en kwaliteit enorm in de verschillende voorzieningen en diensten ten opzichte van de klassieke visitatie.
- De experts dienen wel gegarandeerd onafhankelijk te zijn en mogen dus geen directe of indirecte bindingen hebben met de voorziening die ze auditen. Een samenwerking met Nederland geniet daarbij de logische voorkeur. Indien we immers enkel auditoren rekruteren in Vlaanderen (noodzakelijk omdat de taal van de audit dezelfde moet zijn als van de voorziening, om geen communicatiestoornissen of extra drempels te creëren), dan dreigt de onafhankelijkheidsvereiste fors bemoeilijkt te worden. Daarnaast moet het land waar het accrediteringssysteem is ontstaan liefst een internationaal erkende, toonaangevende rol spelen inzake gezondheidszorg om voldoende uitstraling te creëren en om überhaupt iets te kunnen bijleren.
- De auditoren zijn ervaren en gereputeerde medewerkers van voorzieningen die een bijzondere opleiding auditing volgden. De auditoren valideren het functioneren van het kwaliteitmanagementssysteem van de dienst of de voorziening. De auditoren evalueren gezamenlijk hun bevindingen en schrijven die neer in een rapport met aanbevelingen. Het rapport wordt overgedragen aan de raad van bestuur die de aanbevelingen valideert (analoog aan de werkingsprocedure KCE).
- Het rapport met praktische aanbevelingen wordt teruggekoppeld naar de voorziening. Tevens wordt er een overzicht opgesteld van de kwaliteitsproblematiek over alle voorzieningen heen. Zo moet input kunnen worden geleverd voor kwaliteitsverbetering van structurele factoren (infrastructuraanpassing, bestaffingsnormen), procesindicatoren met gezamenlijke risico's (bijvoorbeeld 'look a like'-medicatie) en resultaatsindicatoren die in hun globaliteit kunnen worden teruggekoppeld aan de (FOD) colleges.

### Samengevat komen we op volgend schema:

**Figuur 5. Schematische voorstelling toekomstige evolutie accreditering.**



## 4.9. Voorwaarden voor de implementatie van accreditering

1. Accreditering moet toelaten dat het brede publiek duidelijk beseft dat de geaccrediteerde voorzieningen forse kwaliteitsinspanningen leveren en resultaten behalen. De accreditering heeft nood aan **brede maatschappelijke gedragenheid en goede communicatie**.
2. Accreditering gaat over het **streven van een voorziening naar excellente zorg**. Daarom is het een **vrijwillig gegeven**. Elke voorziening moet al aan de minimale erkenningscriteria voldoen. Het is niet mogelijk om de lat ineens zo hoog mogelijk te leggen (excellentieniveau). De lat opnieuw zo laag mogelijk (erkenningsniveau) leggen heeft dan weer geen enkele meerwaarde en is dus zinloos.
3. De structuurindicatoren worden bepaald (FOD), deels betaald (FOD/Vlaamse gemeenschap) en geëvalueerd (visitatie/Vlaamse Gemeenschap) door de overheden. Voor die voorzieningen die niet wensen deel te nemen aan accreditering of niet slagen blijft de actuele visitatie dan ook behouden.  
De **proces- en resultaatsindicatoren worden geëvalueerd door middel van accreditering door een onafhankelijk instituut dat beschikt over grondige en actuele terreinkennis en dat internationaal erkend is**. De accreditering is daarom enerzijds regionaal ingebed, maar ook internationaal verankerend door samenwerking met tenminste één ander – ISQua erkend – accrediteringsorgaan. Dat moet toelaten voldoende terreinexpertise, draagvlak en gezamenlijk overleg zonder taalbarrières of andere drempels te koppelen aan internationale geloofwaardigheid en het snel operationeel worden van accreditering. Samenwerking is geboden door onze huidige achterstand en omdat we samen met bijvoorbeeld Nederland veel meer betrokken kunnen worden in de internationale ontwikkelingen ter zake. Bovendien zorgt samenwerking voor een zeer grote pool van *peers*, zodat vermeden wordt dat er onafhankelijkheidsproblemen ontstaan. Gezien de totaal andere zorgcultuur tussen Noord en Zuid in ons land (getuige het omgaan met moratoria, contingentering, volledigheid registraties en andere) zou een nationaal instituut bij voorbaat een mislukking worden. Het streven naar excellentie zal dan weer een afstemmen worden op de grootste gemene deler en de traagste zal het tempo bepalen. Het is daarom in ieders belang dat de ziekenhuizen in ieder taalgebied hun internationale partner(s), liefst ISQua-geaccrediteerd, kunnen kiezen.
4. Accreditering dient voor alle sectoren binnen een gezamenlijk globaal kader te gebeuren, maar de expertise en de randvoorwaarden zijn zo verschillend dat de concrete praktische invulling volledig afgestemd moet zijn op de sectorale inzichten.
5. Accreditering moet ook buiten ons land **internationaal geloofwaardig** zijn. Daarom is het noodzakelijk dat het accrediteringsorgaan op zich ook geaccrediteerd is, bij voorkeur door de internationale referentie ter zake (ISQua).
6. De directies en de zorgverleners moeten kunnen terugvallen op die externe controle om aan te tonen dat ze systematisch al het nodige doen kwaliteitsvol te werken binnen de budgettaire randvoorwaarden. Accreditering **moet bescherming bieden** tegen willekeurige aantijgingen. Daardoor moet het op termijn aanleiding kunnen geven tot een vermindering van premies voor aansprakelijkheidsverzekeringen.
7. De accreditering werkt vanuit een *systeem in twee trappen* (zie methodiek). Men vertrekt van **resultaatsindicatoren als eerste stap**. Indien die voldoen, dan is aan de accrediteringsvereisten voldaan. Voor die resultaatsindicatoren die niet goed zitten en voor de zorgaspecten waarvoor geen passende resultaatsindicatoren voorhanden zijn, gaat men over tot de **tweede stap (accreditatie door peers van processen op basis van procesindicatoren)**. Om de onafhankelijkheid van de *peers* te garanderen moeten die kunnen worden gerekruteerd uit een voldoende grote (internationale) pool van auditoren.
8. Wie niet geslaagd is in zijn accreditering of geen accreditering heeft aangevraagd, blijft erkend op voorwaarde dat de erkenningsnormen worden behaald. Voor die voorzieningen verandert er dus niets ten opzichte van de huidige situatie. Er wordt niet meegedeeld wie een mislukte poging deed tot accreditering om te voorkomen dat voorzieningen/diensten terughoudend worden om de toetsing uit te proberen.
9. De accreditering werkt met drie beoordelingsniveaus voor twee groepen van indicatoren (resultaten en processen). Men kan accreditering aanvragen voor diensten, voor zorgprogramma's en voor volledige voorzieningen.
10. Accreditering in Vlaanderen moet **maximaal efficiënt zijn**, het mag dus geen bijkomende administratieve belasting betekenen voor de sector. Integendeel, het moet personeel vrijmaken voor de zorg. Daarom is samenwerking aangewezen om bestaande databanken en kwaliteitsgegevens maximaal te saneren, te analyseren en bestaande kwaliteitsbenchmarks maximaal te integreren.

11. De accreditering mag niet ten koste gaan van de patiënt noch de werkdruk verhogen. Daarom moet er naast een forse reductie van de totale registratielasten ook een **neutraliserende compensatie komen voor de accrediteringkosten en de extra tijdsbesteding indien de afbouw van de registratielast niet snel genoeg vordert**. Het kan immers niet dat voorzieningen die extra inspanningen doen inzake kwaliteitstransparantie daardoor ook nog eens financieel benadeeld zouden zijn. Zo kan eraan worden gedacht de vergoedingen in het kader van de projecten patiëntveiligheid aan te vullen met een kostendekkende accrediteringscomponent voor die voorzieningen die via accreditering de volledige kwaliteit opnemen. Die financiering dient wel structureel verankerd te worden in het BFM (Budget Financiële Middelen).
12. De accreditering geldt voor voldoende lange termijn om een nieuwe kwaliteitscyclus (resultaten evalueren; verbeterde processen uitwerken; die processen aanleren, effectief implementeren en opnieuw evalueren) rond te krijgen. Dat wil zeggen: best een **cyclus van vijf jaar** vooropstellen.

#### 4.10. Financiering van accreditering

Accreditering doet men in de eerste plaats uit bekommernis voor een optimale (binnen het beschikbare budget) kwaliteit van zorgen die aan de patiënt of bewoner worden aangeboden.

Eenzijds kunnen kwaliteitsvolle zorgen een hele reeks kwaliteitskosten uitsparen zoals overbodige onderzoeken, dubbele onderzoeken, suboptimale capaciteitsinvulling van apparatuur en infrastructuur, elimineren van onnodige handelingen, voorkomen van bijkomende ingrepen of behandelingen ten gevolge van complicaties onder meer door nosocomiale infecties, juridische claims bij vergissingen...

Anderzijds geeft accreditering aanleiding tot bijkomende kosten en personeelsbelasting voor de voorzieningen, hoe gering de last ook wordt gehouden. Daarom zou het niet meer dan billijk zijn dat – in navolging van de accreditering voor de artsen – een financiële stimulus wordt voorzien voor die instellingen die effectief hun kwaliteit weten te verhogen of die al zeer goede resultaten kunnen voorleggen. Indien we de vergelijking maken met de accreditering van de artsen, dan zien we dat die zich ervoor moeten engageren een aantal vormingsmomenten te volgen en een aantal intervisies bij te wonen. Resultaat-(zorg beter?) of procesindicatoren (past men het geleerde toe?) zijn daarbij niet gespecificeerd.

**Tabel 3. Kost accreditering artsen 2008 (in euro).**

Omschrijving	Kost accreditering 2008
<b>I. Forfait accreditering buiten nomenclatuur</b>	<b>13.224.000</b>
<b>II. Verschil honorarium al dan niet geaccrediteerd</b>	
Raadpleging huisarts	91.869.489
Raadpleging specialist	67.500.435
Psychotherapieën	2.749.268
Toezicht	6.369.739
Urgentiegeneeskunde	2.852.103
Consultatiehonorarium voor röntgendiagnose	4.613.581
Biologie: ambulante forfaits	8.707.725
Biologie: verblijvende forfaits	445.313
	<b>185.107.653</b>
<b>III. Bijkomend honorarium voor verstrekkingen</b>	
Gynaecologie	201.809
Heelkunde	1.482.163
Anesthesie	2.392.687
Reanimatie	346.132
Radio- en radiumtherapie	206.474
Anatomopathologie	301.208
Parcutane interventionele verstrekkingen	108.499
	<b>5.038.972</b>
<b>Kost accreditering</b>	<b>203.480.625</b>

Bron: cijfers RIZIV

Het is dan ook logisch dat voor de veel verdergaande inspanningen die voorzieningen leveren om geaccrediteerd te raken, ze minstens een gelijkwaardig globaal budget ter beschikking krijgen. De accreditering wordt voor artsen geregeld met een forfaitair deel en een verhoogde tegemoetkoming per prestatie. De totale kost voor 2008 bedroeg 203.408.625 euro (zie tabel 3).

De voorzieningen zouden over een vergelijkbaar totaal budget moeten kunnen beschikken, voor een veel performantere accreditering en de daaruit resulterende noodzakelijke investeringen in kwaliteitsverbeteringen. Daarbij zou eveneens gewerkt kunnen worden met een forfaitaire vergoeding naar rato van het aantal geaccrediteerde diensten van de voorziening of van de hele voorziening die geaccrediteerd is, en een variabel deel dat vanuit een globale enveloppe wordt verdeeld over de diensten/voorzieningen met bovengemiddelde resultaten.

Accreditering heeft zijn nut bewezen als trigger om het kwaliteitsdenken en de kwaliteitscultuur in voorzieningen te bevorderen. Vlaanderen heeft bovendien accreditering ingeschreven in het Vlaams regeerakkoord en in VIA (Vlaanderen in Actie). Daarom is het wenselijk dat Vlaanderen de opstartkosten van accreditering van voorzieningen binnen de innovatieprojecten opneemt en dat voor de opstartperiode van vijf jaar. Daarnaast zou een kwaliteitsincentive voor geaccrediteerde instellingen een logische piste zijn. Het KCE toonde immers aan dat er globaal veel voordelen en amper nadelen zijn van meer kwaliteitsstimulerende financieringsmechanismen.<sup>56</sup>

#### **4.11. Accreditering en wettelijk kader**

Het Vlaams kwaliteitsdecreet van 17/10/2003 stelt in artikel 3 §3 dat “voorzieningen en gebruikers elk een aandeel hebben in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid”. In art. 4 wordt dat gespecificeerd en krijgt kwaliteitsbeleid een plaats in de managementfunctie van een voorziening: “Elke voorziening doet aan kwaliteitszorg, gericht op verantwoorde zorg als bedoeld in artikel 3. Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid... Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteits-managementssysteem... en een zelfevaluatie.... nodig.”

Daarmee is duidelijk een wettelijke basis voorhanden om voorzieningen te mandateren om enerzijds hun kwaliteitsopvolging en bewaking in eigen handen verder te ontwikkelen en anderzijds onderling en internationaal te benchmarken.

De FOD Volksgezondheid is bevoegd voor het opstellen van de erkenningsnormen en de programmatiecriteria. De Vlaamse gemeenschap is bevoegd voor erkenningen en voor controle op het naleven van programmatie- en erkenningscriteria. Recent voorzag de Vlaamse gemeenschap ook in een wettelijke basis voor bijkomende (bovenop, maar niet in strijd met de federale) erkennings- en programmatielenormen via het Decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (B.S. 06.04.2009). Het kent aan de Vlaamse overheid ook het recht toe de procedures te bepalen onder meer inzake verlenen, verlengen en ontnemen van vergunningen aan voorzieningen. Het maakt maatregelen en strafmaten mogelijk onder meer bij illegale exploitatie van een psychiatrisch verzorgingstehuis of initiatief beschut wonen.

Aangezien de federale erkenningsnormen vooral draaien om structurele kwaliteitsaspecten (infrastructuur, personeelsbestaffing...) en de gemeenschappen de taak hebben die te laten naleven, staan voor de sector zelf het kwaliteitsterrein van de procesopvolging en de resultaten ter beschikking. Dat zijn ook kwaliteitsaspecten die enkel kunnen worden opgevolgd door mensen die dagdagelijks bezig zijn met de inhoudelijke ontwikkelingen en met hun praktische vertaalslag. In de wet op de ziekenhuizen is dan ook al sprake van kwaliteitszorg in die zin: onder meer in de taken van de hoofdgeneesheer, de geneesheer-diensthoofd en de medische staf. Bovendien werd met het KB van 15 februari 1999 over de kwaliteitsvolle toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen ook al het begrip peer review geïntroduceerd.

---

56. Annemans L., *Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van Pay for Quality programma's in België*, KCE reports, 2009.

Ook is het zo dat met de oprichting van de colleges van geneesheren (KB van 15 februari 1999) en van een Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (KB 13 juli 2001) de FOD een duidelijk initiatief nam voor het extern toetsen van de kwaliteit van de medische activiteit in ziekenhuizen. Zo hebben de colleges onder meer als taak het in consensus opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria voor goede medische praktijkvoering en kunnen ze ook visitaties afleggen, geïnformateerde registratiemodellen uitwerken, nationale rapporten opmaken... Niet alle colleges zijn echter even actief en vele specifieke zorginhoudelijke domeinen hebben geen overeenkomstig college. Het zou dan ook goed zijn om de mogelijkheid van ziekenhuisaccreditering ook federaal expliciet te voorzien en te financieren, waarbij de voorzieningen per gemeenschap belast worden met de praktische uitvoering op vrijwillige basis. Daarbij moet de mogelijkheid voorzien worden om per taalgebied samen te werken met een of meerdere reeds internationaal erkende accrediteringsinstituten. Voor Nederlandstaligen is er het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), voor Franstaligen is dat de Haute Autorité de Santé (HAS), voor Duitstaligen is dat de Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ), voor de Engelstaligen is er ook de JCI (Joint Commission International).

# Conclusies

Deze nota toont de samenhang van kwaliteit (met inbegrip van patiëntveiligheid), accreditering en budgettering duidelijk aan. De focus is vooral gericht op de ziekenhuissetting. Er zijn echter ook vele raakvlakken met de woonzorgcentra. Aangezien de wooncomponent daar zwaar doorweegt, is dat echter een onderwerp voor een ander dossier.

Het oogpunt prijs-kwaliteit wordt in ons land in de gezondheidszorg amper in overweging gebracht in de vele regels. We willen dan ook minder regelgeving, maar wel meer transparantie in de prijs-kwaliteitverhouding. Die is immers van fundamenteel belang voor de patiënt.

Dat kwaliteit niet enkel een verantwoordelijkheid is van voorzieningen en zorgverleners werd uitvoerig toegelicht. Als de financieringsmechanismen louter kwantitatief zijn opgesteld, dan komt de kwaliteit automatisch onder extra druk te staan. Als bestaffingsfinanciering totaal voorbijgestreefd en ernstig verlieslatend is, dan benadeelt dat rechtstreeks de zorgkwaliteit. Accreditering moet een tegengewicht vormen voor verdergaande ineffectieve regelgeving die vertrekt vanuit een budgettair, lineair, activiteitsgericht denken in plaats van uit geobjectiverde noden, nieuwe internationale inzichten met benchmarking en een daadwerkelijk betrokken patiënt.

Zorgnet Vlaanderen wil actief accreditering in de zorg ondersteunen en stimuleren. Accreditering gebeurt voor Zorgnet Vlaanderen voor alle sectoren best binnen een gezamenlijk globaal principiële kader. De expertise en de randvoorwaarden zijn echter zo verschillend dat de concrete praktische invulling volledig moet zijn afgestemd op de noden van de doelgroep van de sector en op de sectorale budgettaire mogelijkheden.

De gemeenschappelijke voorwaarden (het 'lastenboek') waaraan een accreditering voor Zorgnet Vlaanderen moet voldoen zijn:

1. Accreditering moet toelaten dat het brede publiek duidelijk beseft dat de geaccrediteerde voorzieningen forse kwaliteitsinspanningen leveren en resultaten behalen. De accreditering heeft nood aan een **breed maatschappelijk draagvlak** omdat het in essentie gaat om geloofwaardigheid. **Alle actoren** (*zorgvoorzieningen, zorgverleners, financiers – overheden en ziekenfondsen*) moeten bereid zijn om conclusies te trekken en consequent de vastgestelde knelpunten in de zorg weg te werken.
2. Kwaliteit kenbaar maken via accreditering zal de al **sterke dynamiek in kwaliteitsverbetering** nog versnellen in Vlaanderen. Het einddoel is immers de kwaliteit van zorg in Vlaanderen op alle vlakken **in de Europese top 10 te behouden of daar te brengen**. Die versnelling kan onder meer bereikt worden door sectorbreed van elkaar en van de beste landen te leren via peers.
3. Accreditering als publieke erkenning van een goede tot excellente kwaliteitsborging is cruciaal om te **vermijden dat keuzes in de zorg nog langer enkel gemaakt worden op basis van prijs en afstand**, waarbij men indirect meent dat de kwaliteit van zorg steeds voldoende gewaarborgd is door de grote gedrevenheid van de zorgmedewerkers. Kwaliteit kenbaar maken via accreditering laat toe om een **correcte prijssetting** te verkrijgen, dus een goede prijs-kwaliteitverhouding. Het moet daarmee ook een dam opwerpen tegen onverantwoorde besparingen.
4. Accreditering gaat fundamenteel over het **streven van een voorziening naar excellente zorg** en is daarom een **vrijwillig gegeven**. Elke voorziening moet immers al aan de minimale criteria voldoen voor zijn erkenning.
5. Accreditering werkt **gradueel** (goed/zeer goed/excellent niveau) en met **reliëf** (resultaten van het geheel en van afzonderlijke diensten) om een zo genuanceerd en reëel mogelijk totaalbeeld te verkrijgen. Ze heeft tot **einddoel de volledige organisatie via een geïntegreerd kwaliteitsmodel te evalueren**. Om de opstap te faciliteren kan men accrediteringen in de beginfase echter ook modulair aanvragen voor bepaalde diensten en voor zorgprogramma's, en worden al ISO-gecertificeerde diensten (zoals de apotheek) vrijgesteld.

6. Accreditering is **regionaal ingebed**. Dat is noodzakelijk omdat er verregaand moet kunnen worden afgestemd met de inspectiebevoegdheid van de gemeenschap. De geloofwaardigheid van de accreditering moet immers meer dan voldoende robuust zijn, om inspectie van die diensten en voorzieningen volledig te vervangen. Accreditering moet daarom zeker ook **internationaal geloofwaardig** zijn. Dat verklaart waarom het noodzakelijk is dat het accrediteringsorgaan op zich ook internationaal geaccrediteerd is, bij voorkeur door ISQua. Dat moet toelaten voldoende terreinexpertise, draagvlak en interactie via gelijkstalige *peers* te koppelen aan internationale geloofwaardigheid en snelle operationaliteit.
7. Accreditering werkt vanuit een **getrapt systeem**. Men vertrekt als **eerste stap van door de voorziening naar voor gebrachte resultaten** (indien voorhanden). Als de resultaten voor een accrediteringsitem, (een deel van) een dienst of een zorgprogramma (gecorrigeerd voor patiëntenmix, rekening houdend met budgettaire beperkingen en in benchmark met vergelijkbare voorzieningen), internationaal gezien goed zijn, dan moet dat als een meer dan voldoende garantie van zorgkwaliteit worden erkend en moet men de voorzieningen automatisch accrediteren en excellente resultaten honoreren voor dit aspect. Dat dient ook te **worden aanvaard als een vrijstelling voor de visitatie voor dat accrediteringsitem/zorgaspect**. Bij het ontbreken van resultaten, wanneer het onmogelijk is om resultaten te genereren (bv. omdat dit zeer lange opvolging vergt) of bij minder goede of niet-wetenschappelijk geverifieerde resultaten gebeurt er een auditing van dat item door peers verbonden aan het accrediteringsorganisme in een tweede stap. De peers zijn daarbij professionals in de zorg en in het zorgmanagement. Hier heeft men maximaal baat bij een toetsing via actieve experts, waarbij een advies gegeven wordt over de sterktes en de zwaktes en over het risicomanagement van de voorzieningen en de zorgprocessen. Daarbij worden management en zorgprocessen beoordeeld door collega-experts, waardoor ieder hier ook iets aan heeft. Bovendien leren zowel de auditoren als de geauditeerden hiervan, wat de **kennisdeling en kwaliteit op het terrein vele malen versnelt**.
8. De taken zijn daarmee duidelijk. Voor die voorzieningen die vrijwillig kiezen en slagen voor accreditering worden de **proces- en resultaatsindicatoren geëvalueerd en de resultaten inspanningen ter zake kenbaar gemaakt** door een onafhankelijk organisme dat beschikt over grondige en actuele terreinkennis en internationaal erkend is. Voor de voorzieningen die niet wensen in te stappen in accreditering of niet slagen blijft de inspectie van de gemeenschappen zoals vandaag gelden. Voor de voorzieningen die geaccrediteerd zijn, evolueert de rol van de inspectie naar toezicht op het toezicht.
9. De **resultaatsindicatoren waarmee men werkt komen – voor zover mogelijk – vanuit internationale vergelijkingen**. Het is van het grootste belang dat de resultaatsindicatoren strikt wetenschappelijk worden bepaald en grondig worden geanalyseerd door inhoudelijke experts. De resultaten omvatten vier resultaatsgebieden: patiëntentevredenheid, outcome, medewerkers-tevredenheid en maatschappelijke meerwaarde. Bovendien moet accreditering in Vlaanderen ook **maximaal efficiënt** zijn. Daarom mag het geen bijkomende belasting betekenen voor de sector. **Op het vlak van registraties moet afstemming en grondige afslanking** van de bestaande databanken met kortere latentietijden inzake analyse toelaten om de totale registratielast met minimaal 20% te verminderen, waarbij de talloze (historische) items gereduceerd worden tot enkele zinvolle kwaliteitsparameters. Voor elke nieuwe registratie moeten er minstens twee oude registraties worden afgeschaft. Bovendien moeten ook de al bestaande en gebruikte kwaliteitsbenchmarks maximaal geïntegreerd en erkend worden in de accreditering.
10. De accreditering mag niet ten koste gaan van de patiënt noch de werkdruk verhogen. Daarom moet er naast een forse reductie van de totale registratielasten ook een **neutraliserende compensatie komen voor de accrediteringskosten en de extra tijdsbesteding indien de afbouw van de registratielast niet snel genoeg vordert**. Het kan immers niet dat voorzieningen die extra inspanningen doen inzake kwaliteitstransparantie daardoor ook nog eens financieel benadeeld zouden zijn. Zo kan eraan worden gedacht om de vergoedingen in het kader van de projecten patiëntveiligheid aan te vullen met een kostendekkende accrediteringscomponent en te verankeren in het BFM voor die voorzieningen die via accreditering de volledige kwaliteit opnemen.
11. Accreditering moet ook directies, hoofdgeneesheren en diensthoofden ondersteuning bieden in hun steeds toenemende verantwoordelijkheden inzake kwaliteit van zorg. Ze moeten kunnen

terugvallen op deze extra tool om aan te tonen dat ze systematisch al het nodige doen om kwaliteitsvol te werken. Zoals een bedrijfsrevisor de bedrijfsresultaten bevestigt, zo moet accreditering dat doen voor de zorgresultaten. Accreditering **moet daarmee bescherming bieden** tegen willekeurige aantijgingen, door niet alleen klachten/falen, maar vooral ook complimenten/successen duidelijk te maken. Daarmee biedt het ook een oplossing om de neerwaartse spiraal van verzuring en juridische ontsporing een halt toe te roepen en om terug werk te maken van een positieve maatschappij. Accreditering zou op termijn, als ultieme toets van geloofwaardigheid, ook aanleiding moeten geven tot een vermindering van premies voor aansprakelijkheidsverzekeringen.



Vroeger ging men ervan uit dat iedereen zijn best deed om optimale kwaliteit te bieden. De actuele maatschappij wil echter dat iedereen bewijst al het mogelijke gedaan te hebben voor een optimale kwaliteit. Dat is een wereld van verschil, daarin moeten we 'mee zijn'.

Daarom moeten we kwaliteit zichtbaar maken in het kader van het beschikbare budget en van het beschikbaar gekwalificeerd personeel. Het kenbaar maken van de prijs-kwaliteitverhouding dus.

De keuzes in de zorg moeten een ruimer draagvlak krijgen dan de verstrekkers en de financiers. Het gaat om een essentieel onderdeel van onze maatschappij waaraan elke burger, de patiënten, de bewoners en de zorgorganisaties actief moeten kunnen participeren.



# Selectieve literatuurlijst

2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Institute of Medicine.
2002. *Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen*. Vlaamse Gezondheidsraad.
2006. *Gids voor accreditering*. WHO Eur/04/5051758.
2008. *Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa*. KCE reports 70A.
2009. *Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study 2009*. www.dopps.org.
- Aiken L.H. 2002. "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction". *The Journal of the American Medical Association*, 288:1987-1993.
- Aiken L.H. 2003. "Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality". *The Journal of the American Medical Association*, 290(12): 1671-23.
- Annemans L. et al. 2009. *Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van Pay for Quality programma's in België*. KCE Reports 118A.
- Björnberg A. *Euro health consumer index 2009*. Brussel: Health Consumer Powerhouse.
- Borgermans L. et al. 2009. *Kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen anno 2008*. FOD.
- Comondore V.R. 2009. "Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis". *British Medical Journal*, 339: 2732.
- Daue F. & D. Crainich. 2008. *De Toekomst van de gezondheidszorg: diagnoses en remedies*. Itinera instituut ASP.
- Donna M. et al. 2003. "Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults". *Archives of Internal Medicine*, 163: 2716-2724.
- Hulstaert F. 2009. *Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer: een rapid assessment*. KCE reports 111 A.
- Jans B & H. Van Oyen. 2001. *Tevredenheid in ROB/RVT instellingen*. WIV en UGent.
- Kane R.L. 2007. "Nurse staffing and quality of patient care". *Evidence Report - Technology Assessment*, 151:1-115.
- Kelley E & J. Hurst. 2006. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper*. Oeso.
- Lodewyckx K. et al. 2004. *Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen*. KCE reports 6A.
- Lockley S.W. 2007. "Effects of health care providers work hours and sleep deprivation on safety and performance". *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (11 suppl):7-18.
- Mambourg F. et al. 2004. *Het preoperatief onderzoek*. KCE reports 5A.
- Oeso. 2004. *Towards High-Performing health systems*.
- Payette M. 2009. "Cost and workforce implications of subjecting all physicians to aviation industry work-hour restrictions". *American Journal of Surgery*, 197(6): 820-5.
- Price Waterhouse Coopers. 2005. *Healthcast 2020: Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel*. Price Waterhouse Coopers.
- Reason J. 2002. "Human error: models and management". *British Medical Journal*, 320:768-770.
- Schwab K. 2009. "The Global Competitiveness report 2009-2010". Genève: World Economic Forum.

- Shaw C.D. et al. 2000. "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitatie, accreditation. EFQM and ISO assessment in EU countries". *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3): 169-175.
- Simons R. et al. 2002. "Relative importance of designation and accreditation of trauma centers during evolution of a regional trauma system". *The journal of trauma injury, infection, critical care*, 52(5): 827-34.
- Sunol R. et al. 2009. "Impact of quality strategies on hospital outputs". *Quality and Safety in Health Care*, 18 (suppl 1): 162-168.
- Sutherland K. et al. 2006. *Regulation and quality improvement 2006*. [www.health.org.uk/qquip](http://www.health.org.uk/qquip).
- Szabo C.P. 1995. "Seasonal variation in mood disorder presentation: further evidence of this phenomenon in a South African Sample". *Journal of Affective Disorders*, 33 (4): 209-214.
- Timmons K.H. 2008. *Accreditation in health care: an overview*. *International forum on Quality and Safety in health care*. Frankrijk.
- Van Brabandt H. et al. 2005. *Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België*. KCE reports 14 A.
- Van den Heede K. 2009. "Verpleegkundige personeelsomkadering en patiëntveiligheid in Belgische acute ziekenhuizen: een analyse van administratieve databanken". *Verpleegkunde*, (1).
- Vander Stichele R.H. et al. 2006. *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*. KCE reports 47A.
- Vleugels A et al. 2006. *Kwadrant: een managementmodel voor zorgexcellentie*. Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap. Leuven: Acco Leuven.
- WHO Europe. 2008. *The Tallinn charter: Health systems for health and wealth*.





Zorgnet Vlaanderen vzw  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel  
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69  
post@zorgnetvlaanderen.be  
www.zorgnetvlaanderen.be

