

Vlaamse overheid



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

**Evaluatierapport in het kader van het
kwaliteitsdecreet
Evaluatie van de zelfevaluatie
Nationaal Multiple Sclerose Centrum
Melsbroek**

Januari 2009

1 Inleiding

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

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

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

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

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

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

2 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis

Het Nationaal Multiple Sclerose Centrum (NMSC) is een revalidatieziekenhuis dat ontstond in 1960, o.l.v. dr. Chr. J. Ketelaer. Zoals de naam al aangeeft, richt het ziekenhuis zich sterk op MS-patiënten, maar in mindere mate worden ook patiënten met een andere pathologie zoals ALS, Huntington en CVA opgenomen.

Het ziekenhuis is gehuisvest in een voormalige school van de zusters Ursulinen van Tildonk, die oorspronkelijk instonden voor de organisatie en verzorging.

Intussen is het ziekenhuis steeds meer in handen gekomen van leken, en dat vertaalt zich ook in de bestuursorganen die een opvallende graad van professionalisering vertonen. Naast enkele zusters zetelen in de algemene vergadering verschillende bestuurders van de K.U.L. (vice-rector, ex-decaan faculteit geneeskunde) en directieleden van het UZ Leuven. Een gelijkaardig beeld zien we bij de raad van bestuur. De instelling werkt aan de realisatie van een toekomstproject, waarbij het NMSC zich meer wil integreren in het UZ Leuven om verder uit te kunnen groeien tot een neurologisch twin-top revalidatiecentrum dat op het vlak van patiëntenzorg, opleiding en onderzoek (inter)nationaal toonaangevend wil zijn. Op dit moment bestaat er al een sterke samenwerking met het UZ Leuven (logistiek, sterilisatie, elektronisch medisch dossier, ICT-paltform, facturatie, ziekenhuishygiëne, labo, apotheek, telefooncentrale, artsen doen in beide ziekenhuizen raadplegingen...).

Het voltallige directiecomité, aangevuld met de kwaliteitscoördinator, vormt de stuurgroep kwaliteit/comité patiëntveiligheid, waardoor kwaliteit op beleidsniveau stevig wordt verankerd. In het directiecomité zetelen naast de klassieke departementshoofden ook de medische diensthoofden van neurologie en revalidatie, waardoor er op beleidsniveau voldoende voeling gegarandeerd is met de specifieke aandachtspunten van de patiëntendoelgroep. Naast de kwaliteitsstuurgroep is er nog een kwaliteitsteam, de verschillende wettelijke comités en 17 werkgroepen, die het beleid dan verder concreet uitwerken. Sommige medewerkers uit deze groepen zijn uitgegroeid tot experts op hun gebied die in heel Vlaanderen les geven.

Hierdoor is het kwaliteitsbeleid in deze instelling helemaal verweven in de organisatie. Kwaliteit wordt hoog in het vaandel gedragen. In de lijn van de missie en visie werden tal van onderwerpen de voorbije jaren grondig uitgewerkt. Hierbij werd steeds vertrokken van een grondige, multidisciplinaire aanpak. Daardoor slaagt men er in de zorg expliciet vanuit de patiënt te oriënteren, en richt de organisatie van het ziekenhuis zich maximaal naar de zorgprocessen en naar de behoeften en vragen van zowel de ambulante als gehospitaliseerde patiënt.

Een typisch voorbeeld hiervan is de werking in het revalidatiecentrum. Een efficiënt traject voor de patiënt vanaf intake is uitgetekend, waarbij de mogelijkheden en probleembeleving van de patiënt bevestigd worden en aan de hand daarvan worden doelstellingen (RAP: Revalidatie – activatie – programma) vastgelegd. Een optimale planning en spreiding van de revalidatiemomenten, op maat van de patiënt, zijn hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Heel wat procedures werden de laatste jaren ontwikkeld, gecontroleerd en waar nodig herwerkt. Er is een goed beheer van de procedures en een goed toezicht op de implementatie ervan. Nieuwe richtlijnen gaan gepaard met een vormingsmoment en via de inscholingsverantwoordelijken krijgen nieuwe medewerkers aangepaste vorming en een evaluatie na enkele maanden. Voor de gestructureerde werking in het revalidatiecentrum volgens de ontwikkelde procedures behaalde het ziekenhuis een ISO-certificaat. Hierbij aansluitend is het belangrijk te vermelden dat men pionier is in het ontwikkelen van klinische paden binnen de revalidatiegeneeskunde. Het “Klinisch pad voor de multiple sclerose patiënt gehospitaliseerd binnen de conventie” kreeg de publieksprijs Klinisch Paden 2007, uitgereikt door het CZV i.s.m. het Nederlands Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

3 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis van 1997 tot 2003

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

voor de drie verplichte thema's in:

- Onthaal – patiëntentevredenheid
- Geneesmiddelendistributie
- Ziekenhuisinfecties (vrijgesteld als categoriaal ziekenhuis)

voor de vrije thema's in:

- Decubituspreventie
- Evaluatie van de revalidatiezorgen

Onthaal - patiëntentevredenheid

Er gebeurden twee metingen van de patiëntentevredenheid (2002, 2003). Over het algemeen bleek de tevredenheid hoog. Gezien de leeftijd van het gebouw scoorde het comfort van de patiëntenkamers niet onverwacht laag, maar hiervoor kon men geen acties ondernemen. Ook bleek er ontevredenheid te bestaan over de inrichting van de cafetaria en over het aanrekenen van een supplement voor het televisiegebruik. Men heeft zich toegespitst op de renovatie van de cafetaria, maar gezien de moeilijkheidsgraad van dergelijk dossier kon de renovatie zelf pas in 2007 gebeuren.

Geneesmiddelendistributie

Binnen het thema geneesmiddelendistributie werden twee items (foutpercentage bij het invullen van de medicatiefiches en het foutpercentage in de klaargezette medicatie) aan de hand van verschillende indicatoren opgevolgd. We zien dat men er in slaagt de incidentie van fouten te herleiden tot een klein percentage. Alleen voor het paraferen van de medicatiefiches door de artsen werd het streefdoel niet behaald.

Decubituspreventie

Er werd gekeken naar het percentage patiënten die een risico-evaluatie kregen i.v.m. doorligwonden, het correct opvolgen van de procedure decubituspreventie en de incidentie van doorligwonden die tijdens het ziekenhuisverblijf ontstonden. Voor elk van deze 3 items (input, proces en outcome) werden verschillende indicatoren bepaald en werd per indicator een streefdoel vooropgesteld op basis van de nulmeting in 2000. Er is voorzien in een jaarlijkse evaluatie. We zien dat voor alle indicatoren de streefdoelen probleemloos gehaald werden.

Evaluatie van de revalidatiezorgen

De patiëntenbevraging was opgebouwd rond 9 categorieën. De patiënten bleken het minst tevreden over de informatieverstrekking (slechts 52% was tevreden). Een werkgroep werd opgericht in 2002 en een streefdoel van 75% tevreden patiënten werd vooropgesteld, maar niet gehaald tegen eind 2003. Wel was de tevredenheid al toegenomen tot 66%.

Algemene beoordeling van het kwaliteitsbeleid

Het gevoerde kwaliteitsbeleid tussen 1997 – 2004 werd grondig geanalyseerd. De cijfergegevens tonen aan dat heel wat projecten en verbeteracties werden opgestart en dat binnen de verschillende thema's duidelijke verbeteringen werden gerealiseerd.

Verder is in het kwaliteitshandboek duidelijk omschreven welke thema's worden verdergezet na 2004 en waarom.

4 Het kwaliteitsbeleid in dit ziekenhuis vanaf 2004

Een grondige zelfevaluatie werd uitgevoerd en ligt aan de basis van de keuze voor de thema's die na 2004 worden aangepakt.

Na overleg met de overheid werd ervoor geopteerd dat alle categorale ziekenhuizen in Vlaanderen de thema's "vallen" en "voedingstoestand" zouden kiezen. Daarenboven besloot men aan de hand van een sterkte-zwakte-analyse om de MRSA-incidentie in het ziekenhuis te meten en te verminderen. De thema's medicatiedistributie en decubituspreventie werden verdergezet. Op basis van de tevredenheidsmetingen werd ervoor gekozen het proces dat doorlopen wordt door de revalidatiepatiënt te optimaliseren. Het bleek immers regelmatig voor te vallen dat door een niet-optimale planning patiënten minder uren revalidatie kregen

dan oorspronkelijk gepland. De beschrijving en de uitwerking van de twee klinische paden (een voor de ambulante en een voor de gehospitaliseerde patiënten binnen conventie) is in het kwaliteitshandboek niet opgenomen, wel de indicator die een idee geeft over hoe optimaal het proces verloopt.

4.1 Evaluatie door de gebruikers

Voor deze zelfevaluatie vertrekt het ziekenhuis vanuit 4 verschillende informatiebronnen:

- de tevredenheidsmeting bij de gehospitaliseerde patiënten binnen conventie,
- de tevredenheidsmeting bij de ambulante patiënten,
- de werkgroep “Dialogo” waarin patiënten en vertegenwoordigers van het ziekenhuis knelpunten kunnen aanbrengen en zoeken naar oplossingen,
- de klachten die bij de ombudsdienst terecht komen.

In de nabije toekomst plant men ook een tevredenheidsmeting bij de gehospitaliseerde patiënten buiten conventie.

Vanuit deze vier bronnen worden op regelmatige basis verschillende verbeterpunten naar voor gebracht en worden grotere en kleinere acties ondernomen. Heel wat van die acties hebben al geleid tot het oplossen van knelpunten.

4.2 Evaluatie door de medewerkers

Bij deze zelfevaluatie heeft men zich gericht tot alle medewerkers, met een eenvoudig meetinstrument dat een zekere benchmarking mogelijk maakt. De tevredenheid over de direct leidinggevende, het stressbeleven en de eigen autonomie wordt aan de hand van 10 vragen geëvalueerd. Bij afwijkende resultaten moet dan meer specifiek onderzoek gebeuren. De resultaten van de twee metingen tot nog toe (de eerste in 2005, de tweede in 2007) blijken zeer gelijklopend. Wel stelde men vast dat bij de tweede meting het revalidatiedepartement amper deelnam aan de enquête. Hiertoe ondernam men specifieke acties om het waarom hiervoor aan het licht te brengen. Daaruit bleek dat heel wat veranderingen die waren doorgevoerd binnen de revalidatie hadden geleid tot een zekere graad van ontevredenheid. Verdere stappen werden gezet om aan de opmerkingen dienaangaande tegemoet te komen. Een nieuwe evaluatie is gepland eind 2009.

4.3 Evaluatie van de operationele performantie

Zoals hoger aangegeven werd er oorspronkelijk voor gekozen om onder deze noemer de indicator op te nemen die het aantal dagen weergeeft waarop patiënten de geplande intensieve revalidatie konden volgen versus het totaal aantal geplande dagen. Deze indicator toont sinds 2005 jaar na jaar een duidelijke verbetering (van 73,76% in 2005 naar 88,94% in 2007).

In de loop van de jaren zijn binnen de operationele performantie nog verschillende andere verbeterprojecten gestart. Deze zijn mee in het kwaliteitshandboek opgenomen. Het gaat om:

- Het hele gebeuren binnen de polikliniek in het kader van de ISO-certificering;
- De ontwikkeling van de twee klinische paden binnen de revalidatiegeneeskunde;
- Het verbeteren van het informatieaanbod aan de patiënt in het ziekenhuis;
- Het scoren van de MVG-gegevens op basis van het verpleegkundig dossier;
- Het beheer van het procedureboek;

- Het beheer van de website naar externen toe;
- Het opvolgen van de informatiestroom via de MS-infolijn.

Per item is er een werkgroep die telkens een jaarverslag opstelt met daarin een evaluatie van de bereikte resultaten en een opsomming van de punten waaraan men het volgende jaar wil werken.

4.4 Evaluatie van de klinische performantie

Binnen het domein van de klinische performantie werden oorspronkelijk 5 thema's geselecteerd: decubitusincidentie, medicatiedistributie, vallen, de voedingstoestand van de patiënt (inclusief mondhygiëne) en MRSA. Later zijn aan dit lijstje "(in)continentie" en "darmmanagement" toegevoegd.

De streefdoelen zijn telkens concreet en meetbaar geformuleerd. Binnen al deze thema's blijkt men de vooropgestelde doelen vaak nu al te bereiken. Voor wat betreft decubituspreventie heeft men daarom vanaf 2008 een moeilijker streefdoel vastgelegd. Ook binnen de medicatiedistributie heeft men het foutpercentage nog verder kunnen reduceren.

Binnen dit domein wordt eveneens uitgegaan van verschillende werkgroepen die jaarlijks een concreet actieplan opstellen en telkens evalueren welke doelen bereikt werden. Niet bereikte doelen probeert men vooralsnog het volgende jaar te realiseren.

5 Besluit

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

Bij de uitwerking van het kwaliteitshandboek in 1999 werd aandacht besteed aan een duidelijke missie en visie, die intussen bijgestuurd werden met meer aandacht voor de patiëntveiligheid. Verschillende strategische doelstellingen werden binnen de gekozen thema's geformuleerd en verder uitgewerkt in operationele doelstellingen. Bij de start van het nieuwe kwaliteitsdecreet werd de werking grondig geëvalueerd en werden gemotiveerde keuzes gemaakt naar de toekomst. Sindsdien werden naast de gekozen thema's nog een aantal nieuwe onderwerpen gestart. Tal van onderwerpen werden de voorbije jaren grondig uitgewerkt.

Het kwaliteitshandboek geeft een duidelijk overzicht van de verschillende initiatieven die lopende zijn en de resultaten die binnen elk van de thema's bereikt zijn. Op deze manier wordt het kwaliteitshandboek ten volle gebruikt als een kwaliteitsinstrument.