

Resultatenverslag 2014 - 2021

2 augustus 2022



Inhoudsopgave

1	Inleiding/voorwoord	1
2	Indicatoren	1
3	Resultaten	2
3.1	Veiligheid en zorggerelateerde schade	2
3.1.1	Vaccinatiegraad COVID-19	2
3.1.2	Handhygiëne	7
3.1.3	Patiëntidentificatie	11
3.1.4	Heropnames	13
3.2	Patiëntenervaringen	16
3.2.1	Patiëntenervaringen klassieke hospitalisatie	16
3.2.2	Patiëntenervaringen daghospitalisatie	19
3.2.3	Patiëntenervaringen pediatrie	22
3.2.4	Patiëntenervaringen geestelijke gezondheidszorg	25
3.2.5	Conclusies en aanbevelingen	28
3.3	Persoonsgerichtheid	29
3.3.1	Behandelplannen	29
3.4	Zorgtrajecten	31
3.4.1	Longkanker	31
3.4.2	Rectumkanker	34
3.4.3	Conclusies en aanbevelingen	36
4	Overzicht ontwikkelingen	37

1 Inleiding/voorwoord

Kwaliteitszorg is vastgelegd in het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Het decreet verplicht de gezondheidsvoorzieningen om aan zijn gebruikers een verantwoorde hulp- en dienstverlening te bieden.

In dit resultatenverslag worden de resultaten weergegeven van een selectie van 11 indicatorsets, verspreid over de hoofdthema's patiëntveiligheid, persoonsgerichtheid en zorgtrajecten. Deze indicatorsets werden ontwikkeld, gevalideerd en gemeten in de periode tussen 2014 en 2021. Voor alle indicatorsets weergegeven in dit rapport kiezen de voorzieningen zelf vooraf of en welke indicatorsets ze meten. In dit resultatenverslag worden de belangrijkste resultaten weergegeven voor elk van de indicatorsets, op basis waarvan beleidsaanbevelingen geformuleerd worden.

2 Indicatoren

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de kwaliteitsindicatorsets die opgenomen zijn in dit resultatenverslag per hoofdthema. Bijkomend wordt verduidelijkt op welke sector de meting van toepassing is, en van welke metingen de resultaten besproken zullen worden in dit rapport.

Hoofdthema	Indicatorset	Sector	Meting
Veiligheid en zorg- gerelateerde schade	Vaccinatiegraad COVID-19	AZ, GGZ, WZC	september 2021, oktober 2021, november 2021, april 2022
	Handhygiëne	AZ	2014, 2015, 2016, 2017, 2018
Patiëntenervaringen	Patiëntidentificatie	GGZ	2018, 2019
		AZ	2014, 2015, 2016, 2017, 2018
	Ongeplande heropnames	AZ	2018, 2019, 2020
	Klassieke opname	AZ	2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
	Dagopname	AZ	2019, 2020, 2021
	Pediatrie	AZ	2020, 2021-2022
Persoonsgerichtheid	Geestelijke gezondheidszorg	GGZ	2017, 2018, 2019, 2020, 2021
	Behandelplan CGG	GGZ	2020
	Begeleidingsplan IBW	GGZ	2020
Zorgpaden	Zorgplan PVT	GGZ	2020
	Longkanker	AZ	2012-2016
	Rectumkanker	AZ	2009-2011, 2012-2014, 2015-2017

3 Resultaten

3.1 Veiligheid en zorggerelateerde schade

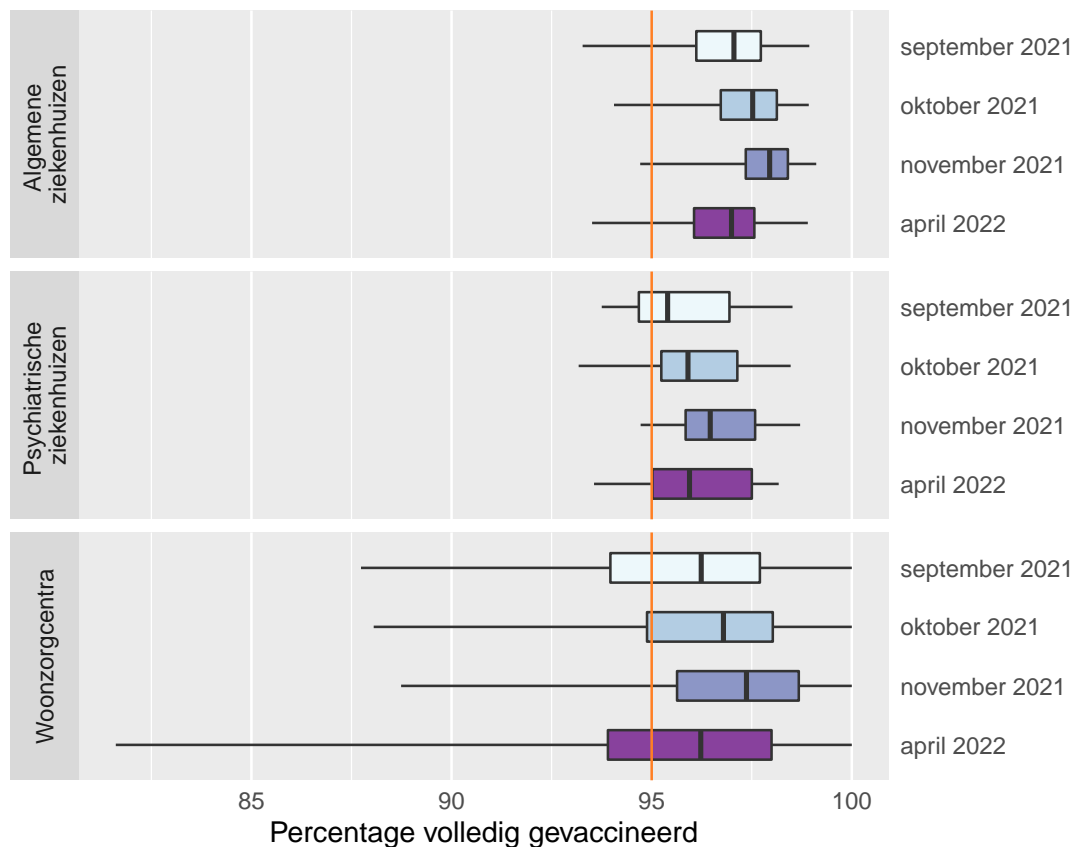
3.1.1 Vaccinatiegraad COVID-19

De vaccinatiegraad vormt een belangrijke indicatie voor het kwaliteitsbeleid van een zorgvoorziening. Vanuit het perspectief van patiënt- en bewonersveiligheid is het cruciaal dat de vaccinatiegraden bij medewerkers gemaximaliseerd worden.

Tabel 1: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen per sector en meting.

Sector	september 2021	oktober 2021	november 2021	april 2022
Algemene ziekenhuizen	49	53	56	52
Psychiatrische ziekenhuizen	26	30	31	22
Woonzorgcentra	460	505	554	350

Figuur 1 geeft een overzicht van de vaccinatiegraad in de verschillende metingen, voor elk van de drie sectoren. Voor de metingen in 2021 moesten medewerkers alle dosissen van de basisvaccinatie (1 of 2, afhankelijk van het vaccin) gekregen hebben om te voldoen aan de definitie van ‘volledig gevaccineerd’. Voor de meting in 2022 moest de basisvaccinatie aangevuld zijn met een boostervaccinatie van een erkend COVID-19 vaccin.

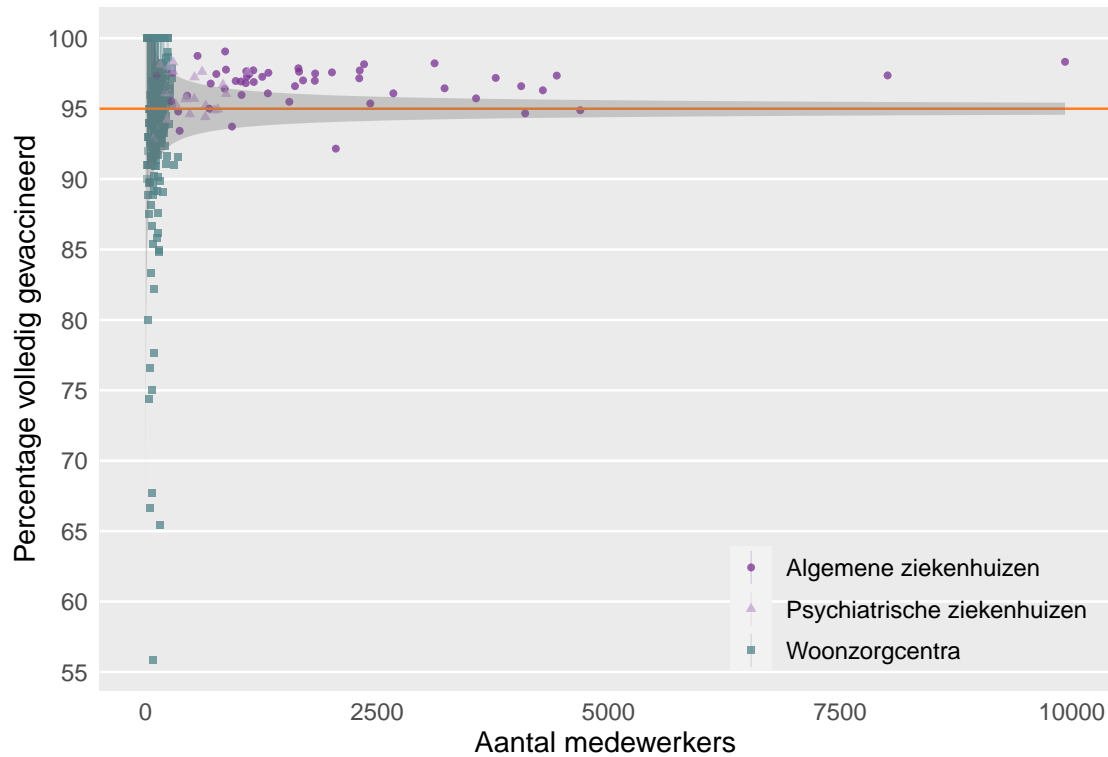


Figuur 1: Percentage volledig gevaccineerde medewerkers in elk van de metingen, gegroepeerd per sector. De oranje lijn geeft de streefwaarde van 95% vaccinatiegraad weer.

Deze figuur toont dat de vaccinatiegraad stijgt in alle drie de sectoren, over de verschillende meetperiodes in

2021. Zoals verwacht zien we een daling in de vaccinatiegraad bij de meting in april 2022. Dit is te wijten aan de vernieuwde definitie, waarbij medewerkers ook een boostervaccinatie moeten gekregen hebben om nog te voldoen aan de definitie van volledig gevaccineerd.

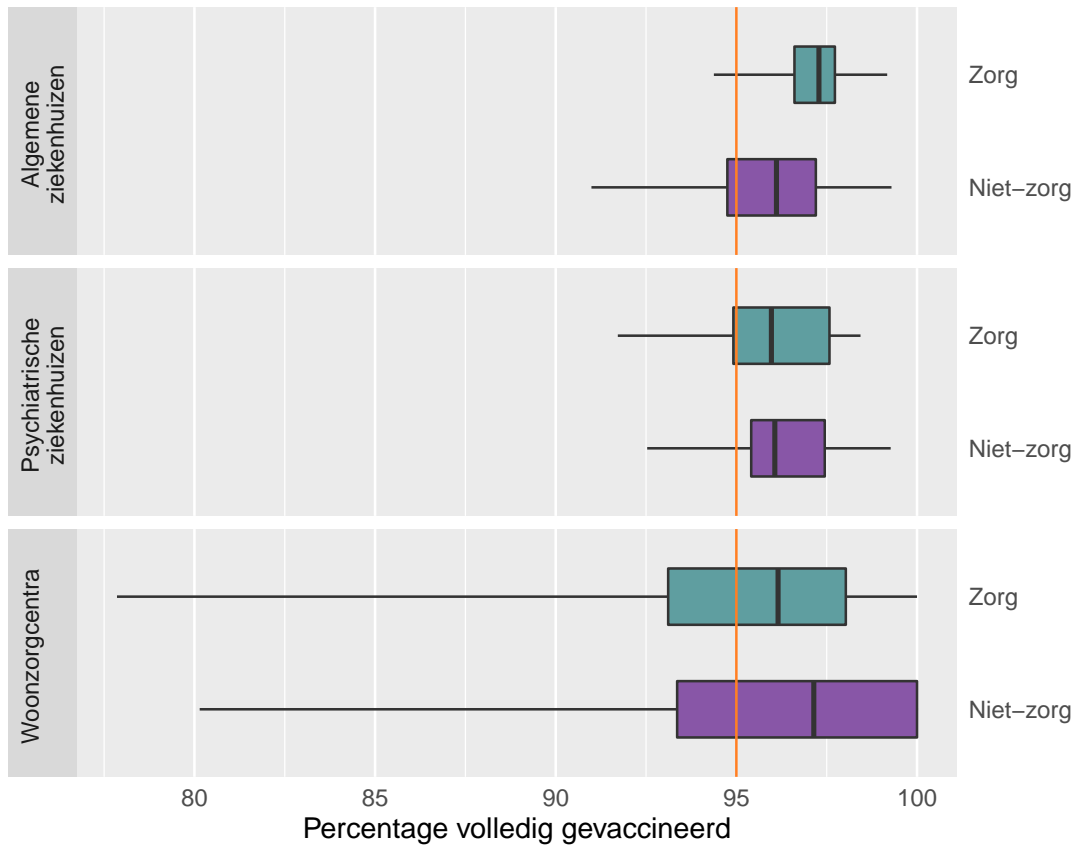
Om na te gaan of de behaalde vaccinatiegraad per voorziening (in de meest recente meting) significant verschilt van de vooropgestelde streefwaarde van 95% maken we gebruik van een trechtergrafiek.



Figuur 2: Trechtergrafiek van het percentage volledig gevaccineerde medewerkers ten opzichte van het aantal medewerkers per zorgvoorziening, gekleurd per sector. De oranje lijn geeft de streefwaarde van 95% vaccinatiegraad weer. Voorzieningen wiens datapunt onder (boven) de donkergrijze trechter valt, hebben een vaccinatiegraad die significant lager (hoger) is dan de vooropgestelde streefwaarde van 95%, rekening houdend met het aantal medewerkers in de voorziening.

Deze figuur toont dat nagenoeg alle algemene en psychiatrische ziekenhuizen een vaccinatiegraad behalen die voldoet aan de streefwaarde van 95%. Bij de woonzorgcentra valt een grotere spreiding op. Ondanks de bredere trechter o.w.v. het kleinere aantal medewerkers per voorziening, is de behaalde vaccinatiegraad voor enkele tientallen woonzorgcentra significant lager dan 95%.

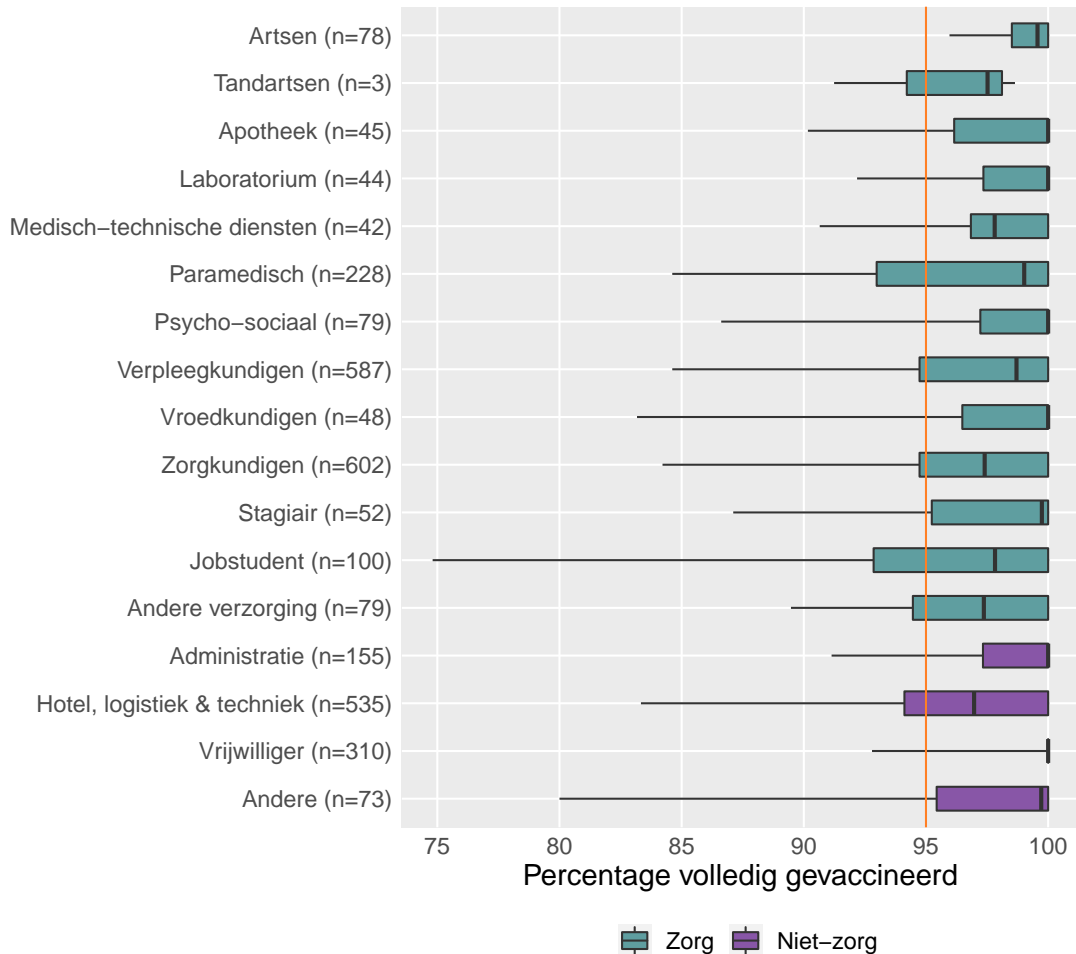
De volgende figuur toont een opsplitsing van de vaccinatiegraad in zorg- en niet-zorggroepen in de drie sectoren, voor de meest recente meting (april 2022).



Figuur 3: Percentage volledig gevaccineerde medewerkers in zorg- en niet-zorgberoepen, gegroepeerd per sector. De oranje lijn geeft de streefwaarde van 95% vaccinatiegraad weer.

In deze figuur zien we dat in de algemene ziekenhuizen het zorgpersoneel globaal iets beter gevaccineerd is in vergelijking met medewerkers in niet-zorgberoepen. Voor de psychiatrische ziekenhuizen en woonzorgcentra zien we echter het omgekeerde patroon.

Tot slot toont Figuur 4 een boxplot van het percentage volledig gevaccineerde medewerkers per functiegroep, over de drie sectoren heen, gekleurd per beroepstype (zorg- versus niet-zorgberoepen). Per functiegroep wordt het aantal zorgvoorzieningen aangeduid die data hebben aangeleverd voor deze functiegroep ($n = x$). De resultaten worden weergegeven ten opzichte van de door de onderzoeksgroep bepaalde streefwaarde (oranje lijn), die werd vastgelegd op een vaccinatiegraad van 95%. Let op: voor de functiegroepen Artsen, Paramedisch, Stagiair, Administratie en Vrijwilliger zijn de resultaten verschillend al naargelang de sector.



Figuur 4: Percentage volledig gevaccineerde medewerkers per zorgvoorziening over alle sectoren heen, in elk van de functiegroepen. De oranje lijn geeft de streefwaarde van 95% vaccinatiegraad weer.

Deze figuur toont aan dat het grootste verbeterpotentieel in vaccinatiegraad nog ligt bij paramedici, verpleegkundigen, zorgkundigen, jobstudenten en hotel, logistiek en techniek.

Conclusies en aanbevelingen

Door het VIKZ werd in augustus '21, in nauwe samenwerking met het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg, Sciensano en Zorg en Gezondheid (Z&G), een set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, met als doel die, op vrijwillige basis, structureel op te volgen en publiek te rapporteren. Dit in eerste instantie voor de ziekenhuizen en woonzorgcentra. Van september tot december '21 werden door het VIKZ twee metingen doorgevoerd, waaraan in totaal 642 Vlaamse zorgvoorzieningen (70%) deelnamen. Op de federale ministerraad van 25 februari 2022 werden deze metingen, en het gebruik van de rijksregisternummers ervoor, verder structureel verankerd, dit in voorbereiding naar de aanpassing van het Samenwerkingsakkoord Vaccinatiegegevens. Zo kon door het VIKZ in april '22 een nieuwe meting worden opgezet, waarmee een update van de vaccinatiegraden kan worden gegeven met inbegrip van de boostervaccinatie.

Ondanks dat de acute crisissituatie omtrent COVID-19 ondertussen is getemperd, namen toch nog 423 voorzieningen (46.1%) deel aan deze update. Deze voorzieningen kunnen hiermee hun vaccinatiegraden opvolgen tot op het niveau van functiegroepen om zo gericht te kunnen sturen op de verdere verhoging van de vaccinatiegraad. Hoewel de vaccinatiegraad hoog blijft, bevestigt de update dat het vaccinatiebereik van de booster beduidend lager ligt dan bij de basisvaccinatie. Meer dan 43% van de deelnemende voorzieningen behalen nu een 'volledige' vaccinatiegraad bij medewerkers (=met inbegrip van de boostervaccinatie) van $\geq 95\%$. In december '21 was dit voor enkel de basisvaccinatie nog 65%. De resultaten tonen het belang om de vaccinatiegraden te blijven monitoren. Dit moet de voorzieningen ondersteunen in voorbereiding op een nieuwe COVID-19 opstoot en in opbouw naar de mogelijke implementatie van de verplichte vaccinatie. Samen met de afdeling Beleidsinformatie van Z&G bekijken we ondertussen hoe we deze vaccinatiegraden op een meer continue manier kunnen opvolgen, met een lagere registratielast voor de voorzieningen.

3.1.2 Handhygiëne

Bij deze indicator wordt nagegaan in welke mate de basisvereisten voor een goede handhygiëne worden nageleefd, zoals de afwezigheid van armbanden, ringen, uurwerken, nagellak en lange mouwen, en het hebben van verzorgde, kortgeknipte nagels. Een goede handhygiëne is essentieel ter preventie van de transmissie van ziektekiemen. Toch lijkt het heel wat moeilijker om deze principes op een sluitende manier te kunnen implementeren in de dagelijkse praktijk. Uit de statistieken van de nationale campagnes voor handhygiëne kan afgeleid worden dat de compliantie van handhygiëne steeds toeneemt tijdens de campagne, maar een terugval kent na het aflopen ervan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het herhaaldelijk motiveren en sensibiliseren van zorgprofessionals essentieel is, maar toch onvoldoende blijkt te zijn om een permanente gedragswijziging te bewerkstelligen.

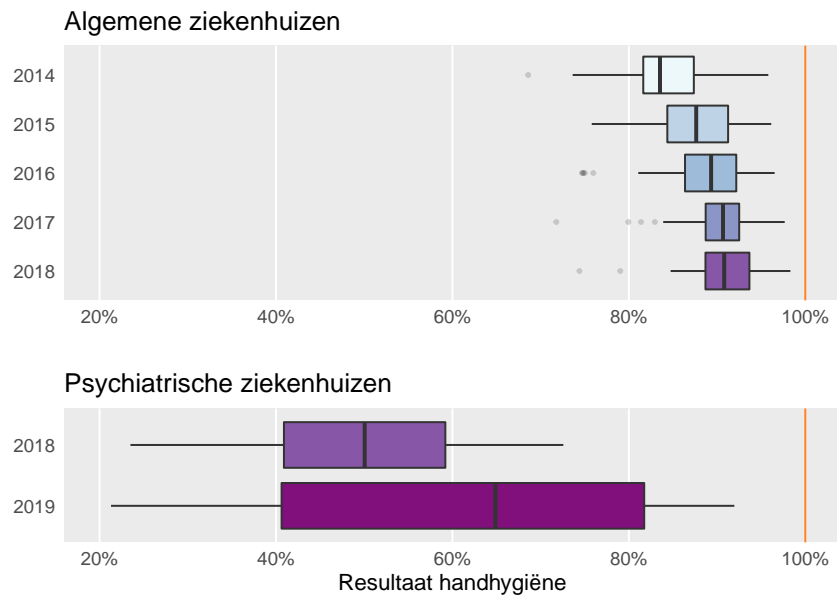
Deze indicator wordt gemeten in algemene ziekenhuizen (inclusief psychiatrische afdelingen) en psychiatrische ziekenhuizen.

Tabel 2: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen per meting.

sector	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Algemene ziekenhuizen	51	54	58	57	59	
Psychiatrische ziekenhuizen					8	7

In 2019 werd enkel een interne meting uitgevoerd voor de algemene ziekenhuizen. Aangezien deze afwijkt van het gevalideerde meetprotocol wordt deze meting niet meegenomen in het huidige rapport. In 2020 werd geen meting uitgevoerd o.w.v. de corona pandemie. Voor voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg vond de eerste meting plaats in 2018 en de meest recente in 2019.

Figuur 5 geeft een globaal overzicht van de resultaten op de indicator handhygiëne per jaar.

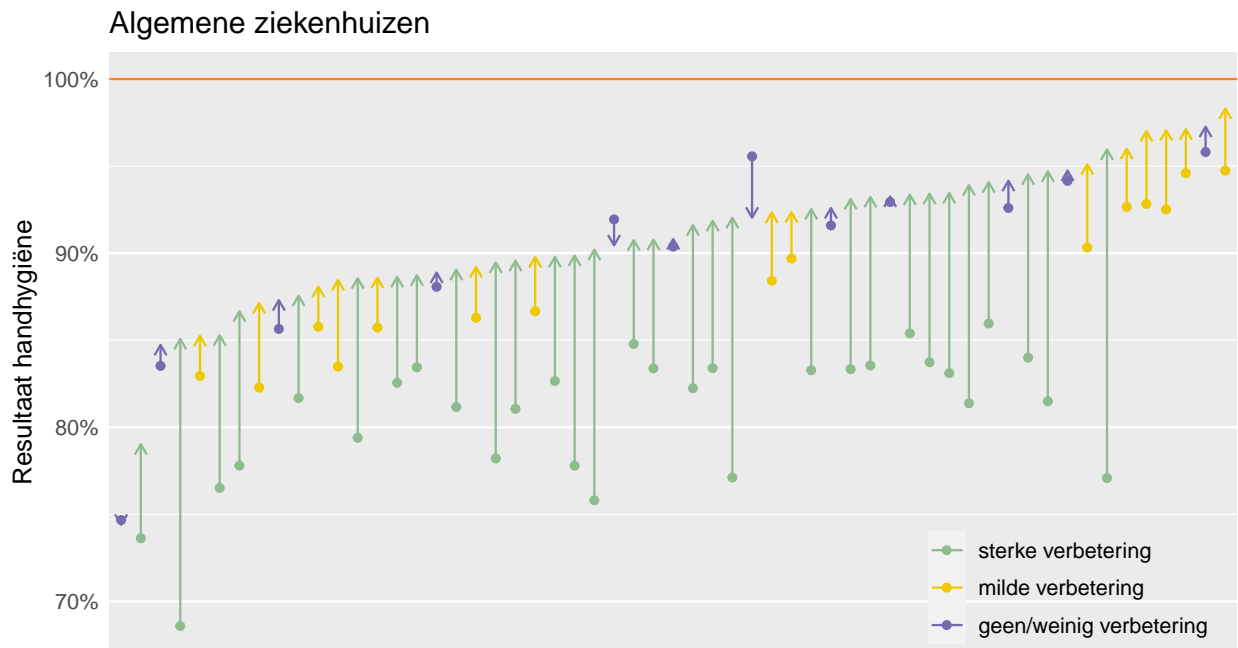


Figuur 5: Overzicht resultaten handhygiëne tussen 2014 en 2019. De oranje lijn geeft de streefwaarde aan, die voor deze indicator ligt op 100%.

Voor algemene ziekenhuizen toont de figuur een stijging in de mediaan alsook een afname in de spreiding van de resultaten handhygiëne over voorzieningen heen. Ondanks deze verbetering over de tijd heen, blijft er ruimte voor verbetering aangezien de door de sector vooropgezette streefwaarde door geen enkele voorziening gehaald wordt.

Psychiatrische ziekenhuizen tonen een grote spreiding in resultaten handhygiëne. In 2019 was gemiddeld minder dan 60% van de zorgverleners en medewerkers in orde met de basisrichtlijnen omtrent handhygiëne. Het verbeterpotentieel, zowel in deelname aan deze indicator als in de resultaten ervan, is hier dus nog aanzienlijk.

Verder geeft figuur 6 de mate van kwaliteitsverbetering tussen de eerste en de meest recente meting van handhygiëne per voorziening weer.



Figuur 6: Vergelijking van resultaten handhygiëne tussen de eerste en de meeste recente meting per voorziening. De pijl vertrekt bij het resultaat van de eerste meting en wijst naar het resultaat van de meest recente meting. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering omtrent handhygiëne werd bereikt tussen beide metingen: verschilscore <2%: geen/weinig verbetering, verschilscore tussen 2 en 5%: milde verbetering, verschilscore >5%: sterke verbetering. De oranje lijn geeft de streefwaarde aan, die voor deze indicator ligt op 100%.

Bij algemene ziekenhuizen is het verschil in score tussen de eerste en meest recente meting gemiddeld 6.1% (mediaan: 5.4%). Het merendeel (30) van de ziekenhuizen behaalt een resultaat bij de meting in 2018 dat meer dan 5% gestegen is ten opzichte van hun eerste meting. 15 ziekenhuizen tonen een lichte kwaliteitsverbetering omtrent handhygiëne tussen hun eerste en meest recente meting. Tot slot zien we bij 12 voorzieningen een stagnatie tot lichte daling in de resultaten.

In de geestelijke gezondheidszorg stijgt het resultaat omtrent handhygiëne tussen 2018 en 2019 gemiddeld met 7.9% (mediaan: 14.3%). Slechts 3 voorzieningen namen deel aan beide metingen. Om deze reden wordt geen trendgrafiek getoond met resultaten per voorziening.

Conclusies en aanbevelingen

Deze indicatorenset meet hoeveel procent van de zorgverleners per ziekenhuis voldoet aan de basisvereisten voor een goede handhygiëne. De laatste metingen dateren voor de algemene ziekenhuizen van 2018 en voor de psychiatrische ziekenhuizen van 2019. Deelname in AZ is hoog. In PZ namen slechts 1/3 van de voorzieningen deel.

In de algemene ziekenhuizen is sinds de eerste meting in 2014 een duidelijk positieve evolutie merkbaar. Zo is de spreiding in resultaten gedaald, maar is ook de mediaan verbeterd door de jaren heen. Het effect van een continue, herhaalde meting is hier duidelijk merkbaar. Ook zal de accreditatiegolf in de Vlaamse ziekenhuizen zeker zijn impact gehad hebben op deze evolutie.

Een goede handhygiëne is een minimale basisvereiste voor een patiëntveilige en dus kwaliteitsvolle zorg. Blijvende verhoogde aandacht, periodieke opvolging en gerichte verbeteracties zijn noodzakelijk om een basiskwaliteit te kunnen garanderen. Ook bij de zorginspectie blijft aandacht hiervoor noodzakelijk. Zeker in de PZ is er nog een sterk verbeterpotentieel. Sensibiliseringsacties voor het belang van handhygiëne in GZZ zijn noodzakelijk, net als een verhoogde deelname aan de indicatorenset en meer periodieke meting.

In 2020-2021 konden er geen metingen doorgaan omdat door COVID-19 de veiligheidsprocedures in de ziekenhuizen geen externe audits toelieten. In juni 2022 ging er wel een nieuwe meting door voor deze indicatorenset. Het wordt relevant te bekijken wat de evolutie is in de resultaten, gezien de laatste meting reeds enige tijd geleden is en gegeven de mogelijke verhoogde aandacht omwille van COVID-19.

3.1.3 Patiëntidentificatie

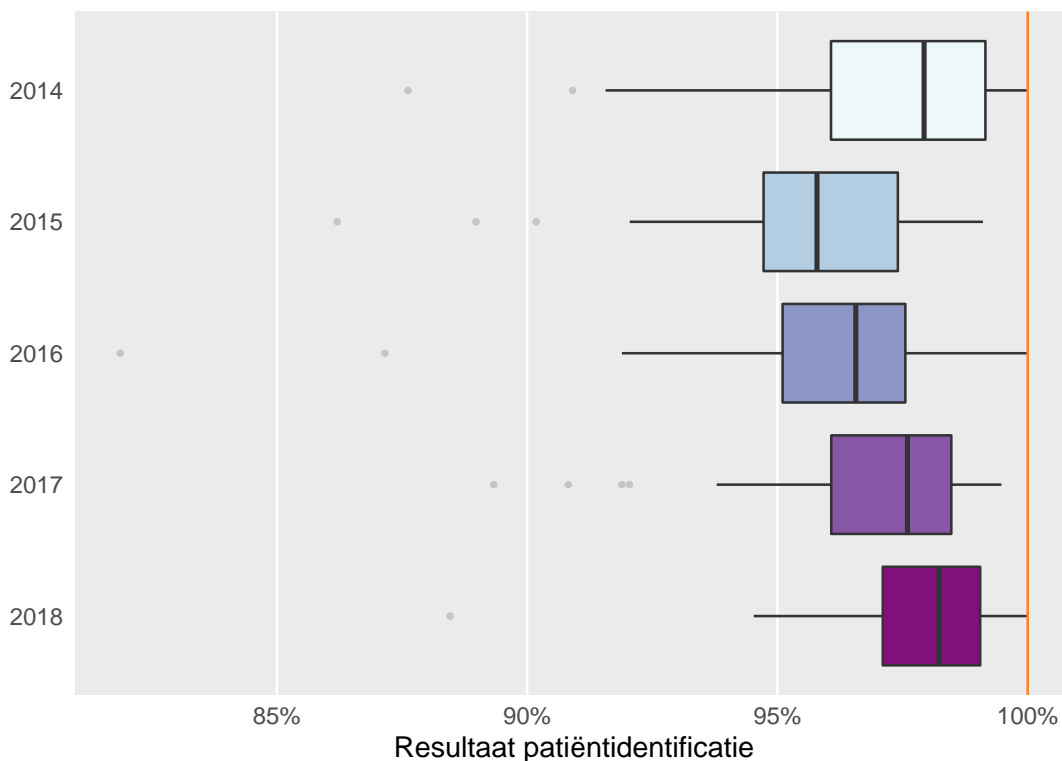
Correct identificeren van patiënten is essentieel om de juiste patiënt de juiste diagnose en zorg te kunnen geven. Vergissingen met betrekking tot de identiteit van de patiënt kunnen ernstige gevolgen met zich meebrengen en dit zowel in de diagnostische als in de behandelingsfase van een zorgtraject. In het bijzonder voor gesedeerde of gedesoriënteerde patiënten vormt het ontbreken van goede identificatieprocedures een groot risico. Juist omdat vergissingen met de identiteit van de patiënt zich in vrijwel alle fasen van de diagnose en behandeling kunnen voordoen, is de opvolging en gebruik van identificatiebandjes belangrijk. Accrediterende instanties zoals NIAZ en JCI beschouwen het correct identificeren van patiënten als één van hun speerpunten. Deze indicator meet daarom hoeveel procent van de gecontroleerde patiënten een identificatie-armbandje draagt met daarop alle vereiste én correcte gegevens.

Tabel 3: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen per meting.

	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal voorzieningen	58	52	59	58	60

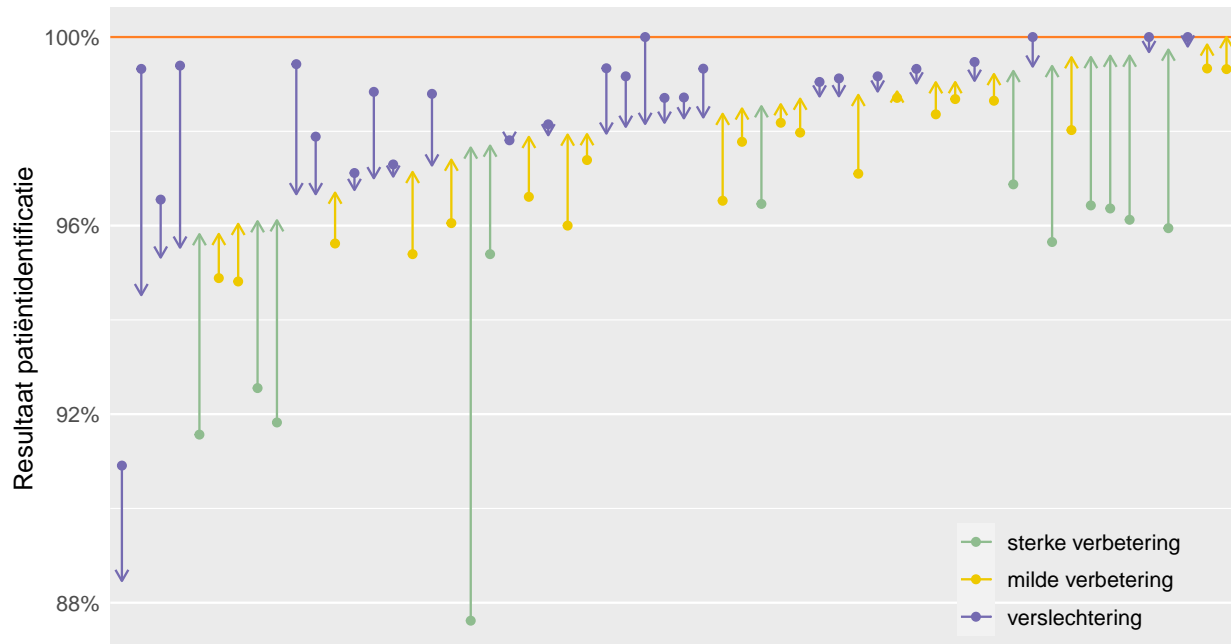
In 2019 werd enkel een interne meting uitgevoerd. Aangezien deze afwijkt van het gevalideerde meetprotocol wordt deze meting niet meegenomen in het huidige rapport. In 2020 werd geen meting uitgevoerd o.w.v. de corona pandemie.

Figuur 7 geeft een globaal overzicht van de resultaten op de indicator patiëntenidentificatie per jaar.



Figuur 7: Overzicht resultaten patiëntenidentificatie 2014 t.e.m. 2018. De oranje lijn geeft de streefwaarde aan, die voor deze indicator ligt op 100%.

Resultaten van de eerste meting in 2014 zijn erg positief. In 2015 zien we een globale daling, gevolgd door een gestage stijging, waarbij de resultaten van 2020 deze van 2014 opnieuw benaderen. De reden voor de opmerkelijk betere resultaten in 2014 is niet gekend.



Figuur 8: Vergelijking van resultaten patiëntidentificatie tussen de eerste en de meeste recente meting per voorziening. De eerste meting dateert van ten vroegste 2014, de meest recente is deze van 2018. De pijl vertrekt bij het resultaat van de eerste meting en wijst naar het resultaat van 2018. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering omtrent patiëntidentificatie werd bereikt tussen beide metingen: verschilscore $<0\%$: verslechtering, verschilscore tussen 0 en 2% : milde verbetering, verschilscore $>2\%$: sterke verbetering. De oranje lijn geeft de streefwaarde aan, die voor deze indicator ligt op 100% .

Resultaten tonen een stijging in het resultaat patiëntenidentificatie tussen de eerste en meest recente meting van gemiddeld 0.6% (mediaan: 0.5%). 12 voorzieningen behalen een resultaat bij de meting in 2018 dat meer dan 2% gestegen is ten opzichte van hun eerste meting. 20 voorzieningen tonen een lichte kwaliteitsverbetering omtrent patiëntidentificatie tussen hun eerste en meest recente meting. Tot slot zien we bij de meerderheid van de voorzieningen (26 voorzieningen) een (lichte) daling in de resultaten. Deze globaal genomen minder positieve trends zijn grotendeels toe te schrijven aan de erg goede resultaten van de eerste meting in 2014.

Conclusies en aanbevelingen

Net als bij handhygiëne is er voor deze indicatorenset een duidelijke positieve evolutie merkbaar. Opnieuw is het effect van een continue, herhaalde meting merkbaar in de resultaten en zal de accreditatiegolf in de Vlaamse ziekenhuizen zeker zijn impact gehad hebben op deze evolutie.

Patiëntenidentificatie is een minimale basisvereiste voor een patiëntveilige en dus kwaliteitsvolle zorg. Blijvende verhoogde aandacht, periodieke opvolging en gerichte verbeteracties zijn noodzakelijk om een basiskwaliteit te kunnen garanderen. Ook bij de zorginspectie blijft aandacht hiervoor noodzakelijk.

In 2020-2021 konden er geen metingen doorgaan omdat door COVID-19 de veiligheidsprocedures in de ziekenhuizen geen externe audits toelieten. In juni 2022 ging er wel een nieuwe meting door voor deze indicatorenset. Het wordt relevant te bekijken wat de evolutie is in de resultaten, gezien de laatste meting reeds enige tijd geleden is. We verwachten dat een tweejaarlijkse meting van deze indicatorenset zal volstaan gezien het nog beperkte verbeterpotentieel.

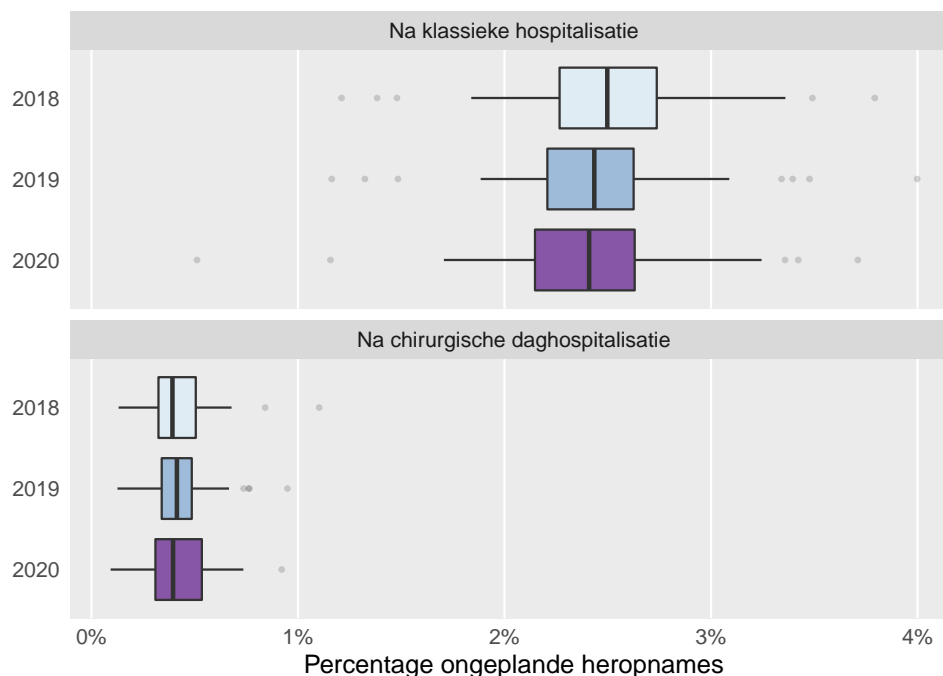
3.1.4 Heropnames

Een heropname kan gepland zijn om de behandeling verder te zetten, bijvoorbeeld wanneer een patiënt op een later tijdstip moet terugkeren voor een operatie. Bij een ongeplande heropname moet een patiënt na een eerdere behandeling terug worden opgenomen voor een probleem dat samenhangt met de eerdere opname. Deze heropname kan in hetzelfde of in een ander ziekenhuis plaatsvinden. Wanneer dit gebeurt, kan dit wijzen op een onzorgvuldige planning van het ontslag uit het ziekenhuis, dat het oorspronkelijke probleem onvoldoende zorg kreeg, dat er bijkomende problemen zijn opgetreden als gevolg van de behandeling of dat er problemen zijn met de vervolgbehandeling. U kreeg bijvoorbeeld onvoldoende informatie over uw medicatie, over aspecten waarop u moest letten of wat u moest vermijden, en u kon de thuisverpleegkundige of huisarts niet contacteren. Ongeplande heropnames kunnen dikwijls voorkomen worden. Toch is het zo dat sommige patiëntengroepen meer kans hebben om ongepland heropgenomen te worden en bijkomende aandacht vragen.

Tabel 4: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

	2018	2019	2020
Aantal voorzieningen	56	55	55

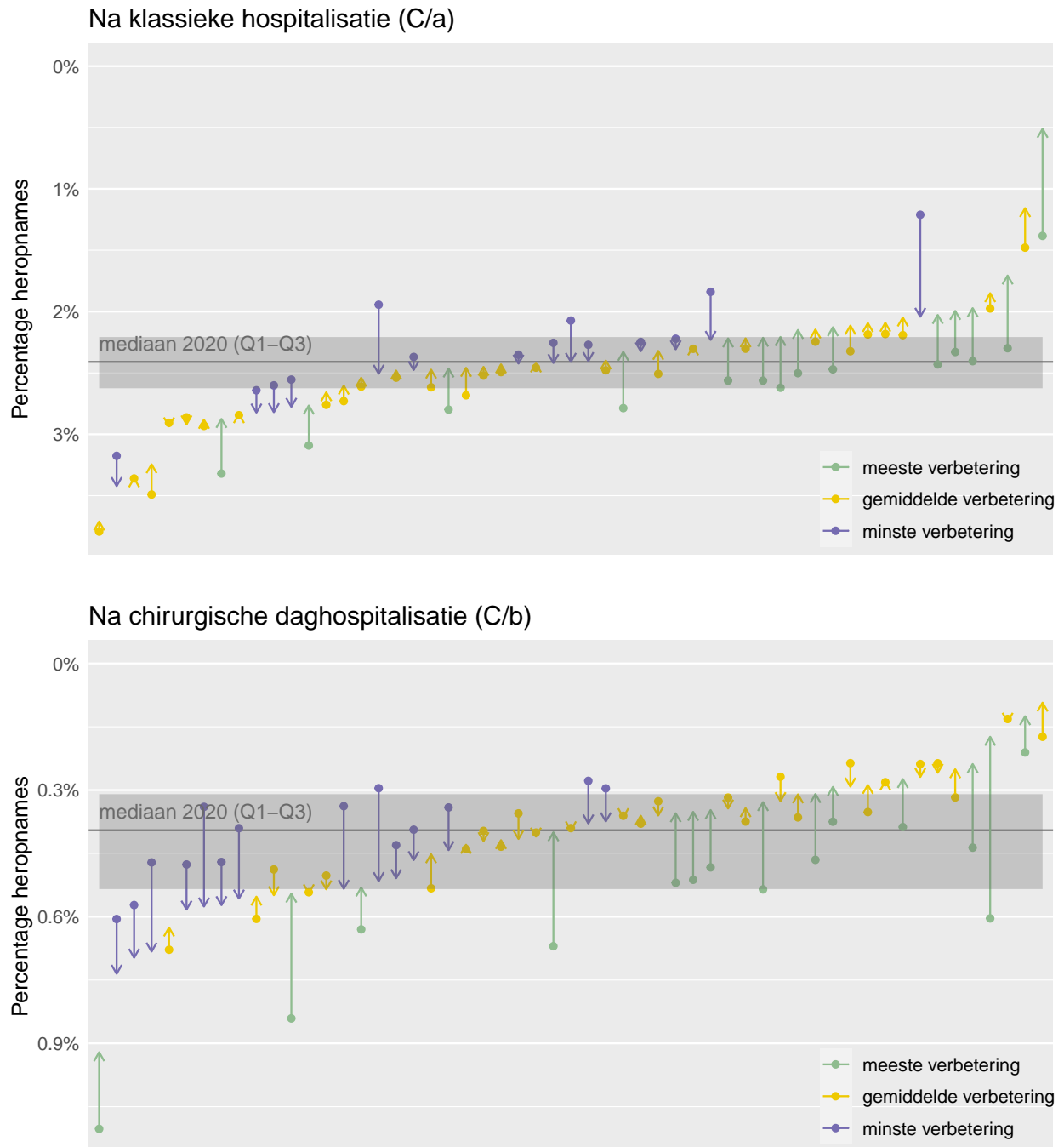
Figuur 9 geeft een overzicht van de resultaten op twee indicatoren: percentage heropnames na klassieke hospitalisatie, en percentage heropnames na een chirurgische daghospitalisatie.



Figuur 9: Boxplot van het percentage ongeplande heropnames na klassieke hospitalisatie (boven) en na chirurgische daghospitalisatie (onder), voor de meting in 2018, 2019 en 2020. Er werden geen streefwaarden vooropgesteld voor deze indicatoren.

Het percentage heropnames na een klassieke opname daalt licht over tijd sinds 2018. De heropnamegraad na chirurgische daghospitalisatie is reeds relatief laag en blijft stabiel.

Verder geeft figuur 10 de mate van kwaliteitsverbetering tussen de meting van 2018 en 2020 per voorziening weer.



Figuur 10: Vergelijking van percentage ongeplande heropnames na klassieke hospitalisatie (indicator C/a) en na chirurgische daghospitalisatie (indicator C/b) per voorziening tussen 2018 en 2020. De pijl vertrekt bij het resultaat van 2018 en wijst naar het resultaat van 2020. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering omtrent heropnames werd bereikt tussen beide metingen (verschilscore < Q1: minste verbetering, verschilscore tussen Q1 en Q3: gemiddelde verbetering, verschilscore > Q3: meeste verbetering). De grijze horizontale lijn duidt het mediane resultaat in 2020 aan, de balk errond toont de interkwartielafstand. Voorzieningen wiens resultaat onder (boven) de grijze balk valt, hebben in 2020 een score lager dan percentiel 25 (hoger dan percentiel 75).

Het percentage heropnames na klassieke hospitalisatie is tussen 2018 en 2020 gemiddeld 0.09% afgenomen (mediaan: -0.08%). Na chirurgische daghospitalisatie nam het percentage heropnames tussen 2018 en 2020 gemiddeld af met 0.014% (mediaan: 0.003%).

Conclusies en aanbevelingen

De indicatorenset Heropnames geeft zowel een indicatie over de geleverde kwaliteit in het ziekenhuis, maar ook over de ontslagprocedure en een eerste indicatie omtrent de continuïteit van zorg.

Ondanks de beperkingen van deze indicatorenset en de reeds bestaande gelijkaardige indicatoren met een iets verschillende berekeningswijze (VZN KUL, 3M en P4P) is er toch een duidelijke meerwaarde t.o.v. de andere, namelijk de tijdigheid van de data door te werken met facturatiegegevens t.o.v. MZG, en vooral gezien in deze indicatorenset ook heropnames in andere ziekenhuizen worden meegenomen, die toch een significant deel uitmaken van het totaal aantal heropnames (tot 25%). Het moeilijk doorlopen traject tot berekening en validatie is ook kenmerkend gezien het voor zo'n relevante, internationaal gebruikte indicatorenset zo moeilijk is om tot echt valide en betrouwbare indicator te komen.

Het wordt belangrijk om te onderzoeken of heropnames ook berekend kunnen worden op DRG-niveau, gezien de variatie tussen ziekenhuizen daar groter wordt verwacht, waardoor de relevantie voor kwaliteit ook zal toenemen en meer gerichte verbeteracties kunnen worden genomen.

3.2 Patiëntenervaringen

Patiëntgerichtheid is één van de acht kenmerken van een kwaliteitsvolle zorg. De ervaringen van patiënten laten toe om te meten in welke mate de voorziening de patiënt centraal stelt in het zorgproces. Het meten van ervaringen van patiënten is geen doel op zich, maar een middel om verbeteringen na te streven. Het gebruik van een uniforme, gevalideerde en op patiëntervaringen gebaseerde vragenlijst maakt, na casemix-correctie, een vergelijking tussen voorzieningen mogelijk op het vlak van service. Voorzieningen kunnen de feedback van de patiënten gebruiken om de kwaliteit en efficiëntie van hun zorgverlening te verhogen. Het instrument werd ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform, v.z.w., en vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt.

3.2.1 Patiëntenervaringen klassieke hospitalisatie

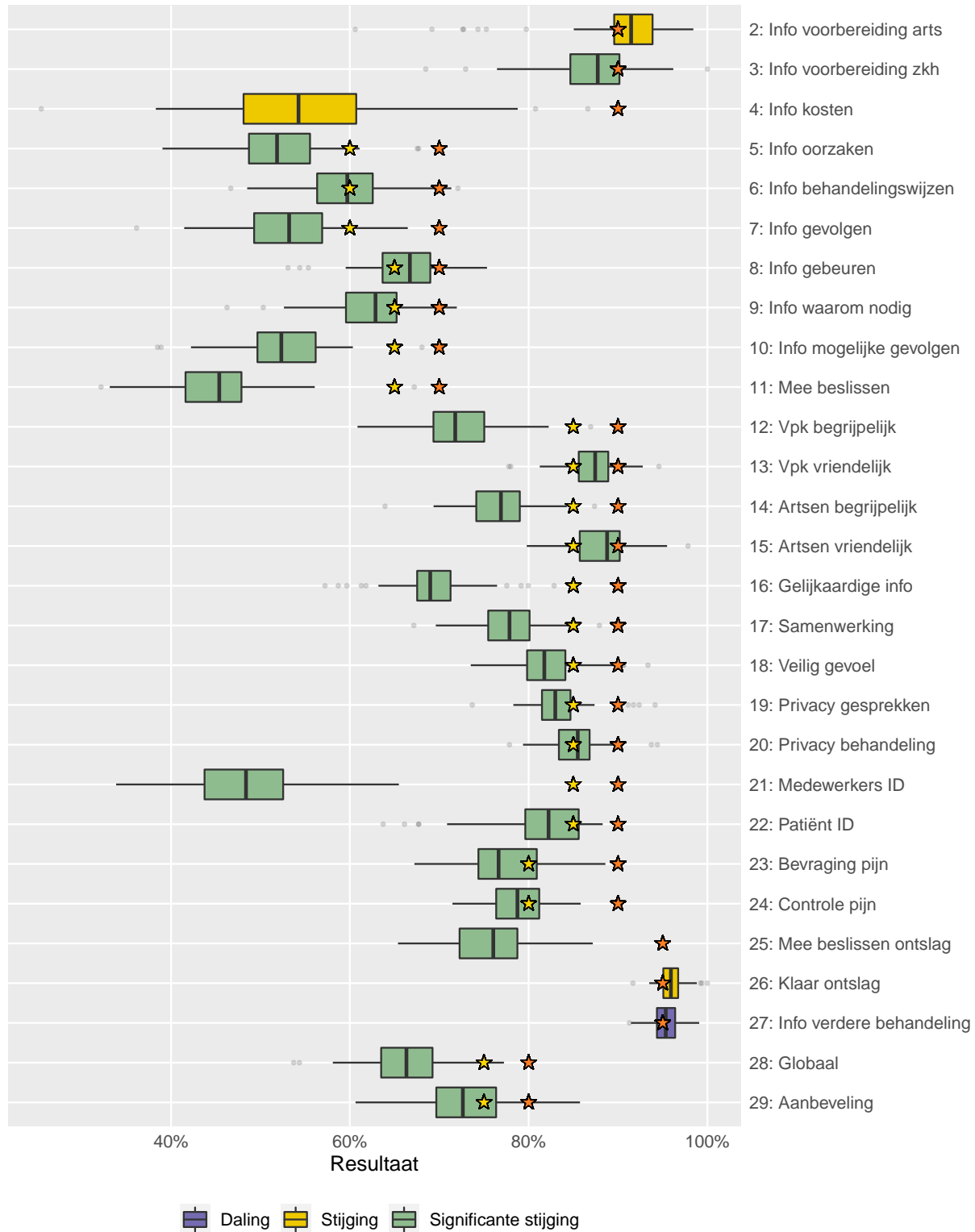
De vragenlijst patiëntenervaringen bij klassieke hospitalisatie bestaat uit 2 algemene vragen en 26 detailvragen. Deze vragen zijn geclusterd in 9 dimensies:

1. Voorbereiding op opname (3 vragen)
2. Informatieverstrekking over de aandoening (3 vragen)
3. Informatieverstrekking over onderzoek, behandeling of verzorging (4 vragen)
4. Wijze van omgaan met patiënten en samenwerking tussen zorgverleners (7 vragen)
5. Privacy (2 vragen)
6. Veilige zorg (2 vragen)
7. Pijn (2 vragen)
8. Ontslag uit voorziening (3 vragen)
9. Algemene beoordeling (2 vragen)

Tabel 5: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

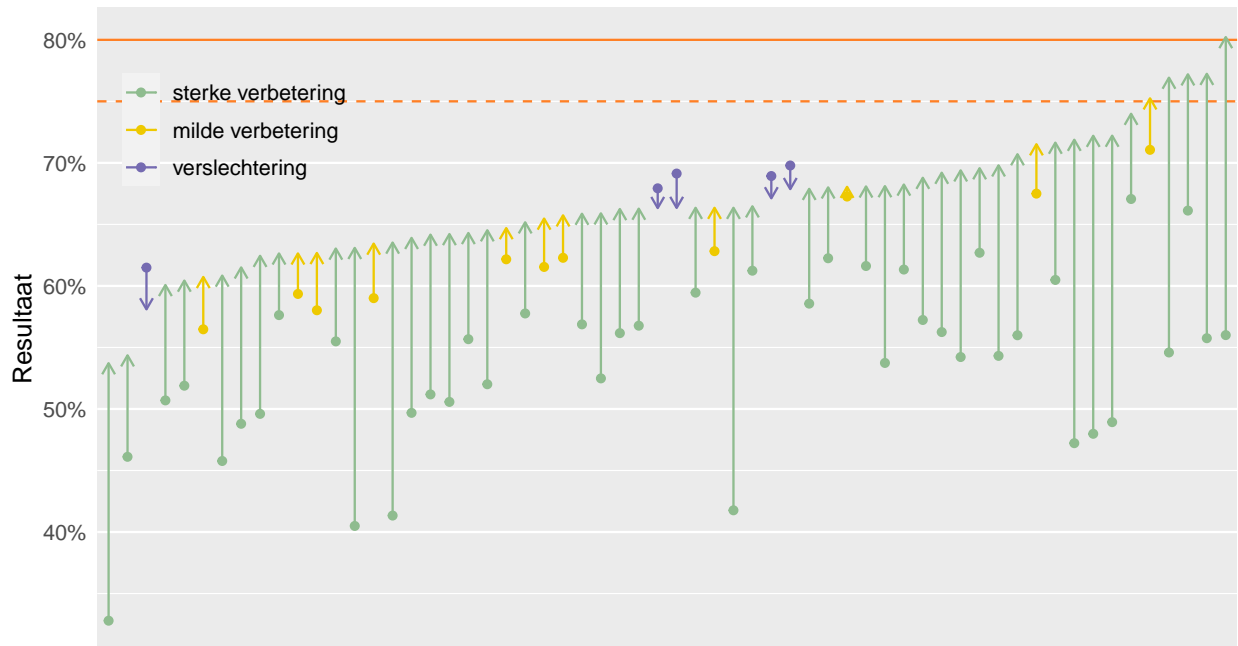
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal voorzieningen	42	51	52	54	57	58	58	60

Figuur 11 biedt een overzicht van de resultaten van 2021 aan de hand van een boxplot per vraag. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2014 en 2021 over alle deelnemende ziekenhuizen. Verder wordt ook de meest recente streefwaarde (i.e., kortetermijndoelstelling; gele ster) en het ambitieniveau (i.e., langetermijndoelstelling; oranje ster) weergegeven. Indien enkel een oranje ster zichtbaar is voor een welbepaalde vraag impliceert dit dat de streefwaarde en het ambitieniveau samenvallen voor die vraag.



Figuur 11: Overzicht resultaten 2021 van VPP klassieke hospitalisatie. Resultaten worden weergegeven per vraag a.d.h.v. een boxplot. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2014 en 2021 over alle deelnemende ziekenhuizen. De meest recente streefwaarde wordt weergegeven d.m.v. een gele ster, het ambitieniveau met een oranje ster.

Patiënten geven hun ziekenhuis doorgaans goede tot zeer goede scores over de hoeveelheid informatie die ze verkrijgen ter voorbereiding op de opname, hoe zij het ontslag uit het ziekenhuis ervaren, en de omgang tussen patiënten en medewerkers. Anderzijds signaleren patiënten dat de informatieverstrekking beter kan, bijvoorbeeld informatie over de kostprijs, over de aandoening, onderzoeken en behandeling. Ook de mate waarin patiënten worden aangespoord om mee te beslissen en de mate waarin medewerkers zich identificeren wordt lager gescoord.



Figuur 12: Vergelijking van resultaten VPP klassieke hospitalisatie, vraag 29 (Globale beoordeling) tussen de eerste en de meest recente meting per voorziening. De eerste meting dateert van ten vroegste 2014, de meest recente is deze van 2021. De pijl vertrekt bij het resultaat van de eerste meting en wijst naar het resultaat van 2021. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering werd bereikt tussen beide metingen (verschilscore < 0%: verslechtering, verschilscore tussen 0 en 5%: milde verbetering, verschilscore > 5%: sterke verbetering). De volle oranje lijn geeft het ambitieniveau weer, de oranje stippellijn geeft de meest recente streefwaarde weer.

Tussen de eerste en meest recente meting stijgt de globale beoordeling van patiënten over hun verblijf tijdens een klassieke hospitalisatie met gemiddeld 10.2% (mediaan: 9.2%). 5 voorzieningen boeken geen kwaliteitsverbetering tussen hun eerste en meest recente meting. Het merendeel (44 voorzieningen) van de voorzieningen behalen een resultaat bij de meting in 2021 dat meer dan 5% gestegen is ten opzichte van hun eerste meting.

3.2.2 Patiëntenervaringen daghospitalisatie

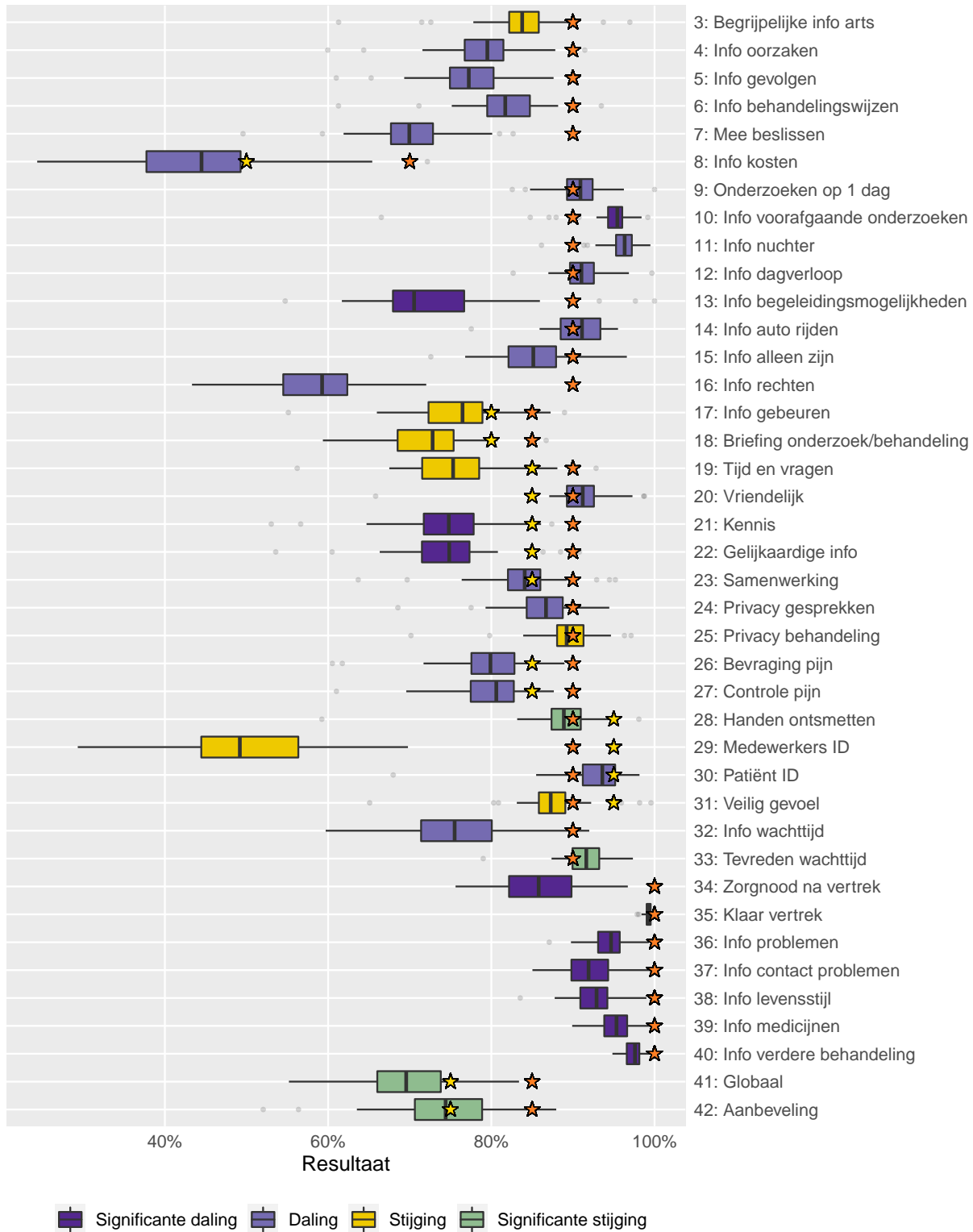
Deze vragenlijst bestaat uit 2 algemene vragen en 38 detailvragen. Deze vragen zijn geclusterd in 9 dimensies:

1. Voorbereiding op opname (14 vragen)
2. Informatie over onderzoek of behandeling (2 vragen)
3. Wijze van omgaan met patiënten en samenwerking tussen zorgverleners (5 vragen)
4. Privacy (2 vragen)
5. Pijn (2 vragen)
6. Veilige zorg (4 vragen)
7. Wachttijden (2 vragen)
8. Ontslag uit het ziekenhuis (7 vragen)
9. Algemene beoordeling (2 vragen)

Tabel 6: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

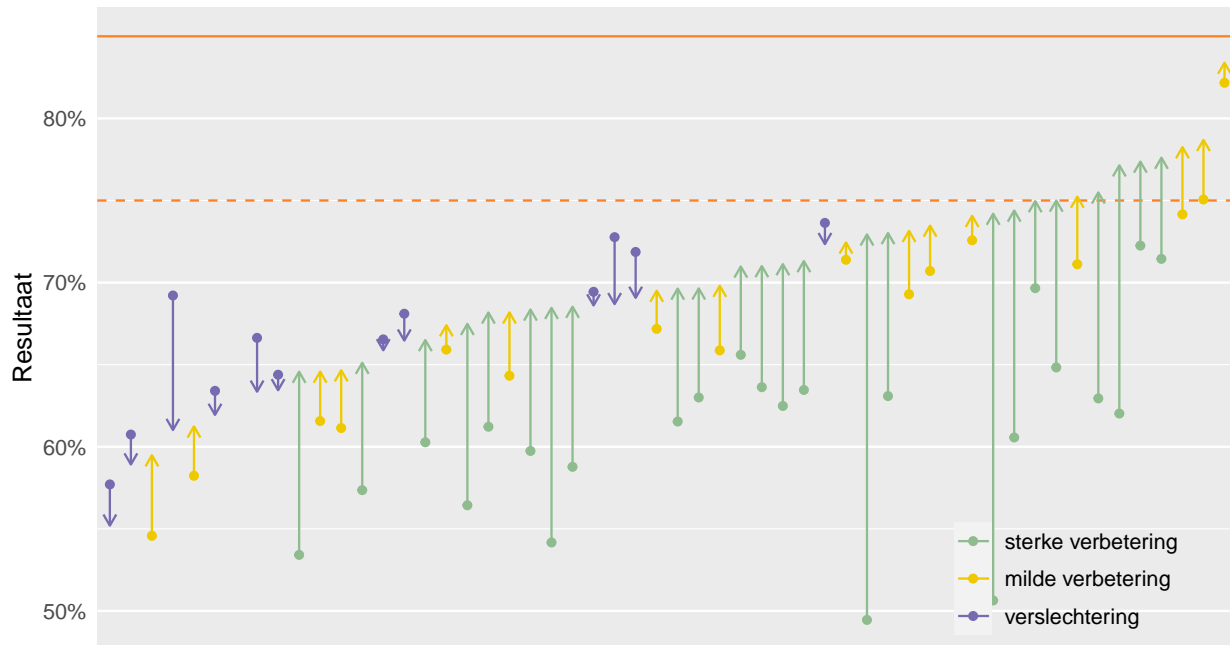
	2019	2020	2021
Aantal voorzieningen	52	48	54

Figuur 13 biedt een overzicht van de resultaten van 2021 aan de hand van een boxplot per vraag. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2019 en 2021 over alle deelnemende ziekenhuizen. Verder wordt ook de meest recente streefwaarde (i.e., kortetermijndoelstelling; gele ster) en het ambitieniveau (i.e., langetermijndoelstelling; oranje ster) weergegeven. Indien enkel een oranje ster zichtbaar is voor een welbepaalde vraag impliceert dit dat de streefwaarde en het ambitieniveau samenvallen voor die vraag.



Figuur 13: Overzicht resultaten 2021 van VPP daghospitalisatie. Resultaten worden weergegeven per vraag a.d.h.v. een boxplot. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2019 en 2021 over alle deelnemende ziekenhuizen. De meest recente streefwaarde wordt weergegeven d.m.v. een gele ster, het ambitieniveau met een oranje ster.

De resultaten voor dagziekenhuis zijn over het algemeen beter dan die van de klassieke opname. De verbeterpunten zijn gelijkaardig, zoals bijvoorbeeld omtrent het verlenen van voldoende informatie over de kostprijs van de behandeling en medewerkersidentificatie. De figuur toont minder (significante) verbetering over tijd. Echter moet in rekening gebracht worden dat deze meting slechts loopt sinds 2019.



Figuur 14: Vergelijking van resultaten VPP daghospitalisatie, vraag 41 (Globale beoordeling) tussen de meting van 2019 en 2021 per voorziening. De pijl vertrekt bij het resultaat van 2019 en wijst naar het resultaat van 2021. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering werd bereikt tussen beide metingen (verschilscore < 0%: verslechtering, verschilscore tussen 0 en 5%: milde verbetering, verschilscore > 5%: sterke verbetering). De volle oranje lijn geeft het ambitieniveau weer, de oranje stippellijn geeft de meest recente streefwaarde weer.

De globale beoordeling van patiënten over hun daghospitalisatie stijgt gemiddeld met 4,8% (mediaan: 4%) tussen 2019 en 2021. 24 voorzieningen behalen een resultaat bij de meting in 2021 dat meer dan 5% gestegen is ten opzichte van 2019, en 16 voorzieningen maken een lichte vooruitgang. 14 voorzieningen boeken geen kwaliteitsverbetering.

3.2.3 Patiëntenervaringen pediatrie

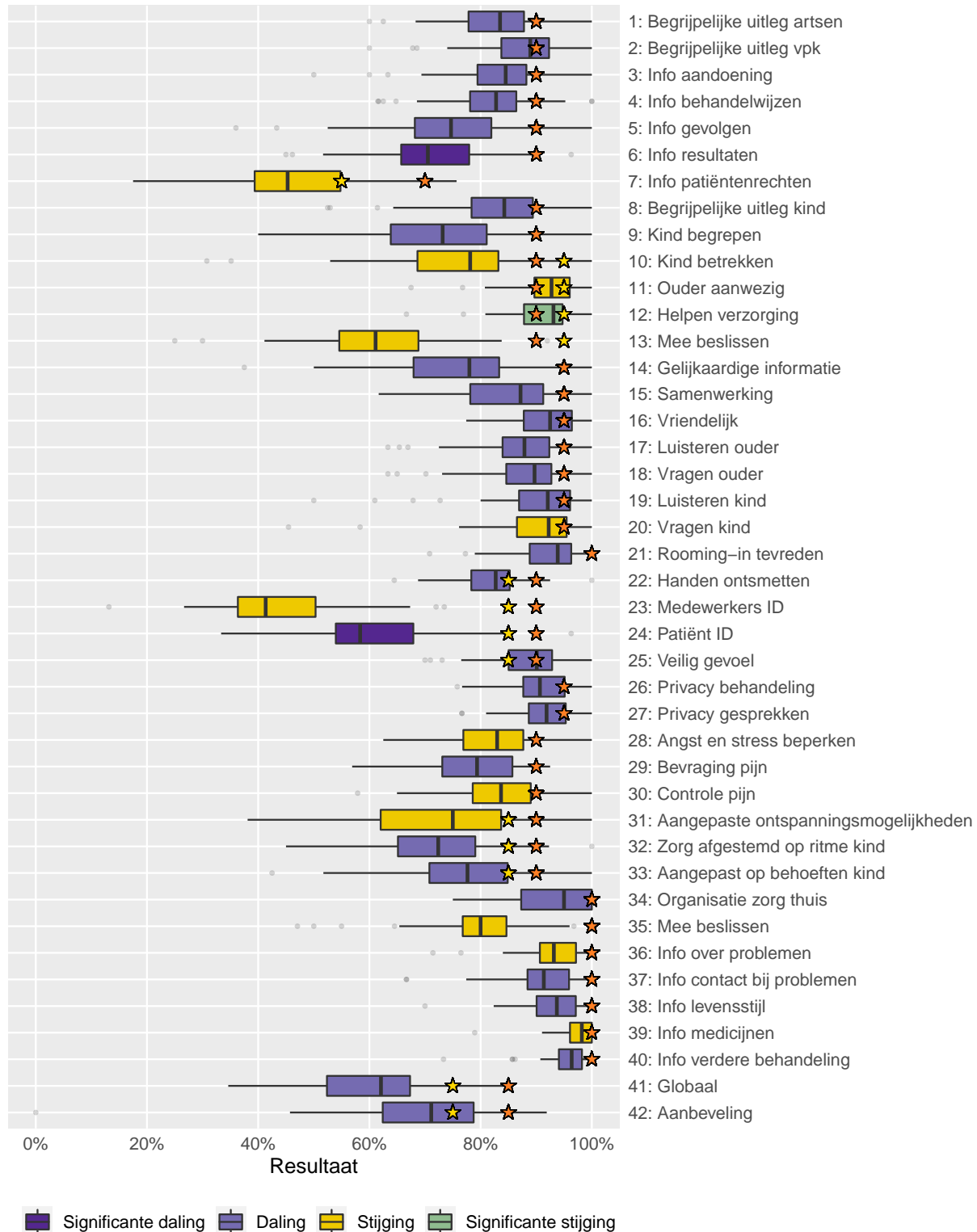
De vragenlijst patiëntenervaringen pediatrie bestaat uit 2 algemene vragen en 40 detailvragen. Deze vragen zijn geclusterd in 10 dimensies:

1. Informatie aan ouders en kind (9 vragen)
2. Kinder- en ouderparticipatie (4 vragen)
3. Wijze van omgaan met ouders en kinderen en samenwerking tussen medewerkers (7 vragen)
4. Rooming-in (1 vraag)
5. Veilige zorg (4 vragen)
6. Privacy (2 vragen)
7. Pijn en angst (3 vragen)
8. Zorg op maat (3 vragen)
9. Ontslag uit het ziekenhuis (7 vragen)
10. Algemene beoordeling (2 vragen)

Tabel 7: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

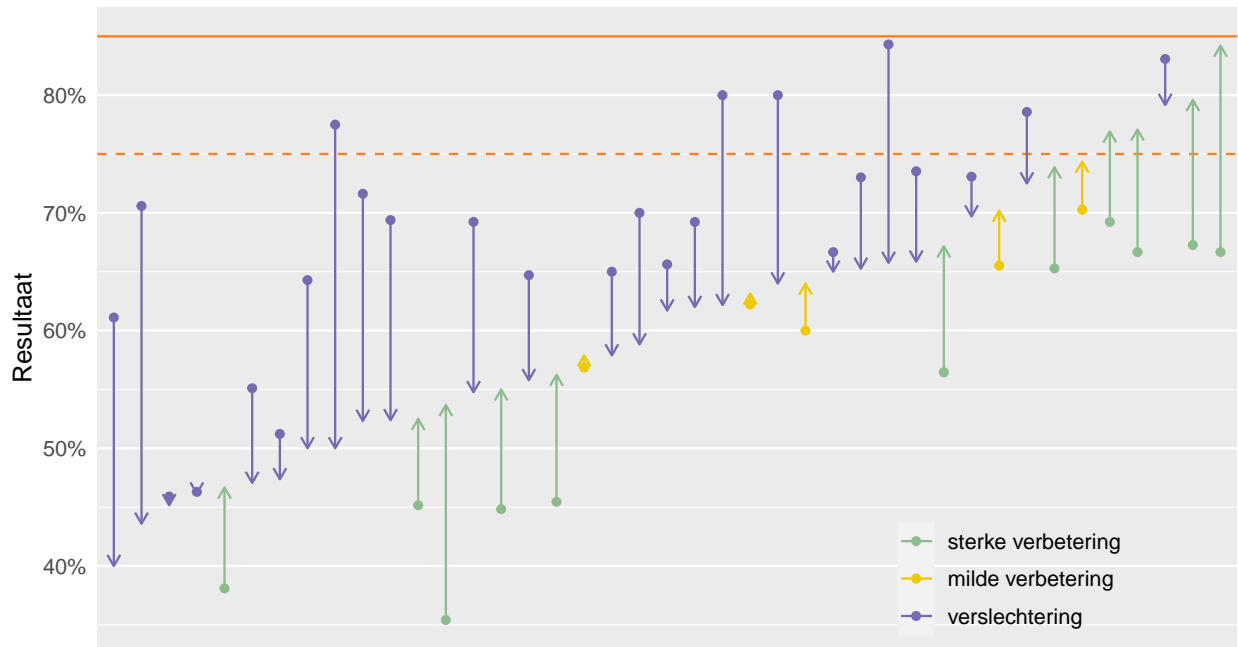
	2020	2021-2022
Aantal voorzieningen	45	48

Figuur 15 geeft een overzicht van de resultaten van 2021-2022 aan de hand van een boxplot per vraag. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2020 en 2021-2022 over alle deelnemende ziekenhuizen. Verder wordt ook de meest recente streefwaarde (i.e., kortetermijndoelstelling; gele ster) en het ambitieniveau (i.e., langetermijndoelstelling; oranje ster) weergegeven. Indien enkel een oranje ster zichtbaar is voor een welbepaalde vraag impliceert dit dat de streefwaarde en het ambitieniveau samenvallen voor die vraag.



Figuur 15: Overzicht resultaten 2021-2022 van VPP pediatrie. Resultaten worden weergegeven per vraag a.d.h.v. een boxplot. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2020 en 2021-2022 over alle deelnemende ziekenhuizen. De meest recente streefwaarde wordt weergegeven d.m.v. een gele ster, het ambitieniveau met een oranje ster.

Ouders van pediatrie patiënten geven hun ziekenhuis doorgaans goede tot zeer goede scores over de omgang tussen patiënten en medewerkers, alsook over hoe ze het ontslag uit het ziekenhuis ervaren. Anderzijds geven ze aan dat de informatieverstrekking over patiëntenrechten beter kan, evenals de mate waarin patiënten en medewerkers worden geïdentificeerd.



Figuur 16: Vergelijking van resultaten VPP pediatrie, vraag 41 (Globale beoordeling) tussen de eerste en de meeste recente meting per voorziening. De eerste meting dateert van 2020, de meest recente is deze van 2021-2022. De pijl vertrekt bij het resultaat van de eerste meting en wijst naar het resultaat van 2021-2022. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering werd bereikt tussen beide metingen (verschilscore < 0%: verslechtering, verschilscore tussen 0 en 5%: milde verbetering, verschilscore > 5%: sterke verbetering). De volle oranje lijn geeft het ambitieniveau weer, de oranje stippellijn geeft de meest recente streefwaarde weer.

Tussen de eerste en meest recente meting daalt de globale beoordeling van ouders van pediatrie patiënten over hun verblijf met gemiddeld 3.4% (mediaan: -3.9%). 25 voorzieningen boeken geen kwaliteitsverbetering tussen hun eerste en meest recente meting. 11 voorzieningen behalen een resultaat bij de meting in 2021-2022 dat meer dan 5% gestegen is ten opzichte van hun eerste meting.

3.2.4 Patiëntenervaringen geestelijke gezondheidszorg

De vragenlijst bestaat uit 2 algemene vragen en 35 detailvragen. Deze vragen zijn geclusterd in 10 dimensies:

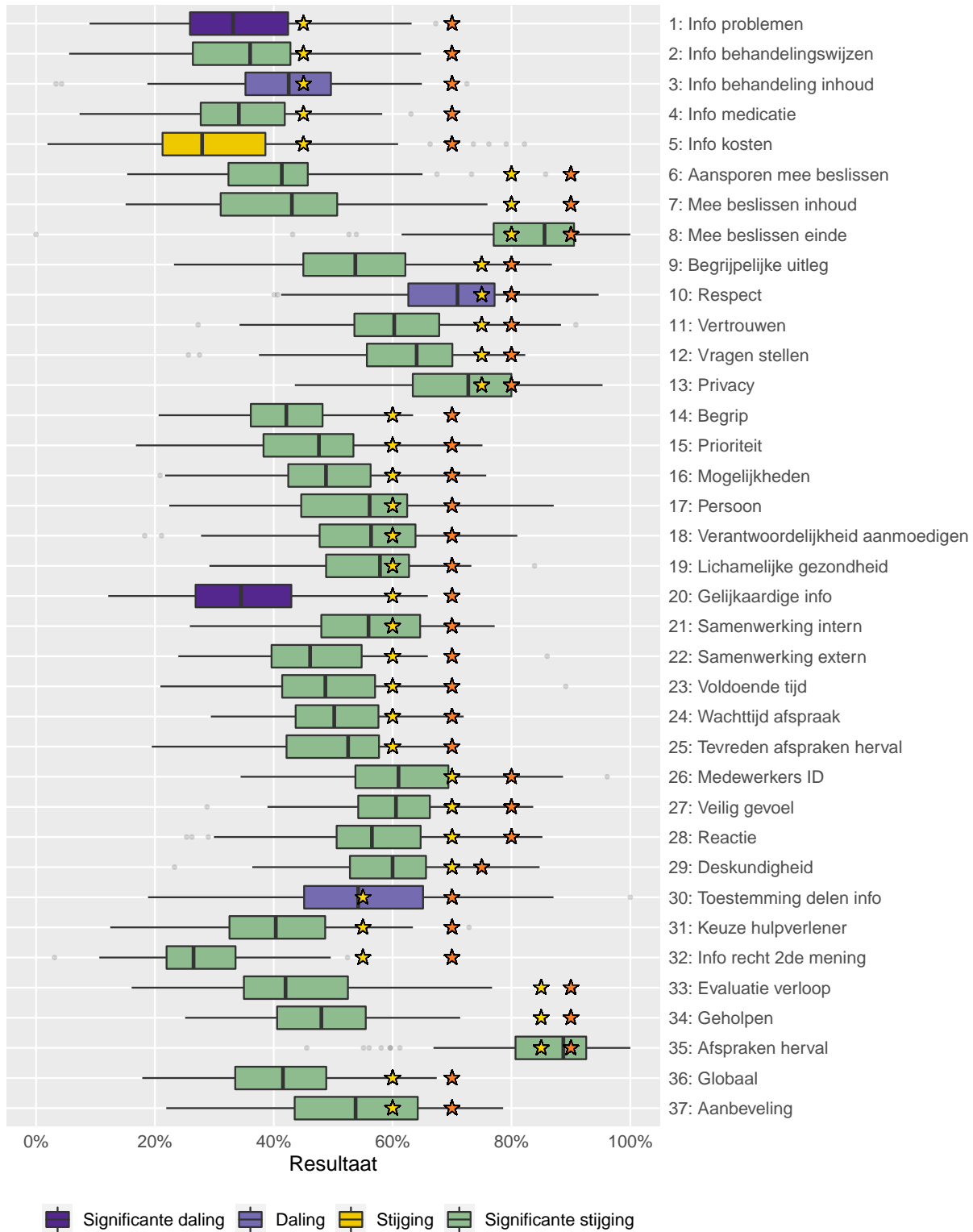
1. Informatie over psychische problemen en behandeling (5 vragen)
2. Inspraak (3 vragen)
3. Therapeutische relatie (5 vragen)
2. Zorg op maat (6 vragen)
3. Organisatie van zorg en samenwerking tussen hulpverleners (6 vragen)
4. Veilige zorg (3 vragen)
5. Deskundigheid (1 vraag)
6. Patiëntenrechten (3 vragen)
7. Resultaat en evaluatie van zorg (3 vragen)
8. Algemene beoordeling (2 vragen)

Momenteel is er deelname uit de PZ, PAAZ, PVT, BW, CGG, psychosociale revalidatie en de verslavingszorgcentra. Over de verschillende types voorzieningen heen neemt ongeveer 40% van alle voorzieningen deel per jaar, met de hoogste participatie uit PZ (63%) en PAAZ (61%).

Tabel 8: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

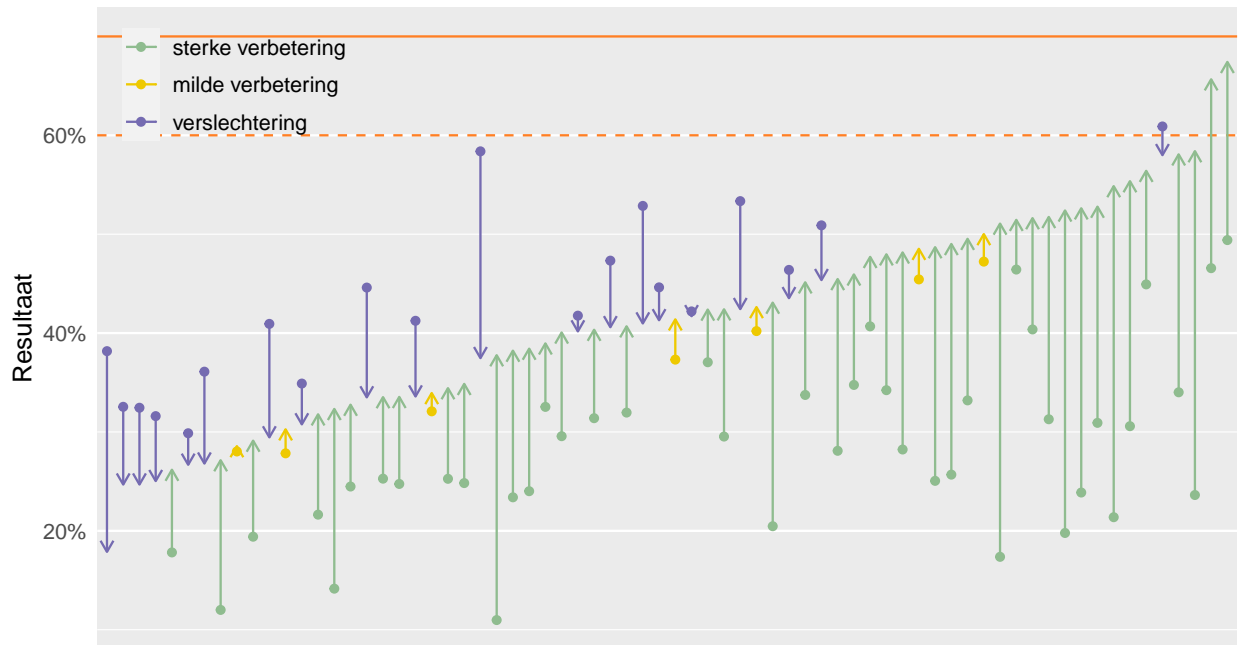
	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal voorzieningen	67	68	64	72	84

Figuur 16 geeft een overzicht van de resultaten van 2021 aan de hand van een boxplot per vraag. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2017 en 2021 over alle deelnemende voorzieningen. Verder wordt ook de meest recente streefwaarde (i.e., kortetermijndoelstelling; gele ster) en het ambitieniveau (i.e., langetermijndoelstelling; oranje ster) weergegeven. Indien enkel een oranje ster zichtbaar is voor een welbepaalde vraag impliceert dit dat de streefwaarde en het ambitieniveau samenvallen voor die vraag.



Figuur 17: Overzicht resultaten 2021 van VPP geestelijke gezondheidszorg. Resultaten worden weergegeven per vraag a.d.h.v. een boxplot. De kleur van de boxplot toont de mate van kwaliteitsverbetering die behaald werd tussen 2017 en 2021 over alle deelnemende voorzieningen. De meest recente streefwaarde wordt weergegeven d.m.v. een gele ster, het ambitieniveau met een oranje ster.

De resultaten van de Vlaamse Patiëntenpeiling binnen de geestelijke gezondheidszorg liggen aanzienlijk lager dan deze binnen de algemene ziekenhuizen. Desalniettemin is er reeds grote vooruitgang geboekt in het merendeel van de vragen sinds het begin van de meting in 2017.



Figuur 18: Vergelijking van resultaten VPP GGZ vraag 36 (Globale beoordeling) tussen de eerste en de meeste recente meting per voorziening. De eerste meting dateert van ten vroegste 2017, de meest recente is deze van 2021. De pijl vertrekt bij het resultaat van de eerste meting en wijst naar het resultaat van 2021. De kleur van de pijl geeft aan in welke mate kwaliteitsverbetering werd bereikt tussen beide metingen (verschilscore < 0%: verslechtering, verschilscore tussen 0 en 5%: milde verbetering, verschilscore > 5%: sterke verbetering). De volle oranje lijn geeft het ambitieniveau weer, de oranje stippellijn geeft de meest recente streefwaarde weer.

De globale beoordeling van zorg verstrekt binnen de geestelijke gezondheidszorg stijgt tussen de eerste en meest recente meting gemiddeld met 8% (mediaan: 8.8%). 20 voorzieningen boeken geen kwaliteitsverbetering tussen hun eerste en meest recente meting. Het merendeel (43 voorzieningen) van de voorzieningen behaalt een resultaat bij de meting in 2021 dat meer dan 5% gestegen is ten opzichte van hun eerste meting.

3.2.5 Conclusies en aanbevelingen

De patiëntenpeilingen ontwikkeld samen met het Vlaams Patiëntenplatform worden reeds enige tijd gemeten. Naast de metingen in klassieke hospitalisatie werden ondertussen ook peilingen voor daghospitalisatie, pediatrie en GGZ ontwikkeld en gemeten. De deelname aan deze patiëntenpeilingen blijft ook hoog in de verschillende doelpopulaties en sectoren. Het meten van de patiëntenervaringen is dan ook een essentieel onderdeel in het totaalpakket van kwaliteitsmetingen. De mening van de patiënt over de geleverde kwaliteit helpt de voorzieningen te identificeren op welke punten zij hun patiënten meer kunnen ondersteunen.

Ondanks de grotendeels positieve evoluties in scores, blijven de aandachtspunten dezelfde. Deze liggen nog steeds voornamelijk op de mate waarin patiënten geïnformeerd worden over de opname en de mate waarin patiënten betrokken worden bij besluitvorming. Op het vlak van informatie en reële patiëntparticipatie is er dus nog werk aan de winkel. Ook zijn de scores in de GGZ voorzieningen opvallend lager. Blijvende inzet en gerichte verbeteracties, samen met de voorzieningen, koepels en het Vlaams Patiëntenplatform, blijven noodzakelijk. De overheid kan hierin faciliteren en prioriteren. Voor de patiëntenpeilingen zelf is het vooral belangrijk dat er acties worden genomen om de respons op de vragenlijsten te verhogen.

3.3 Persoonsgerichtheid

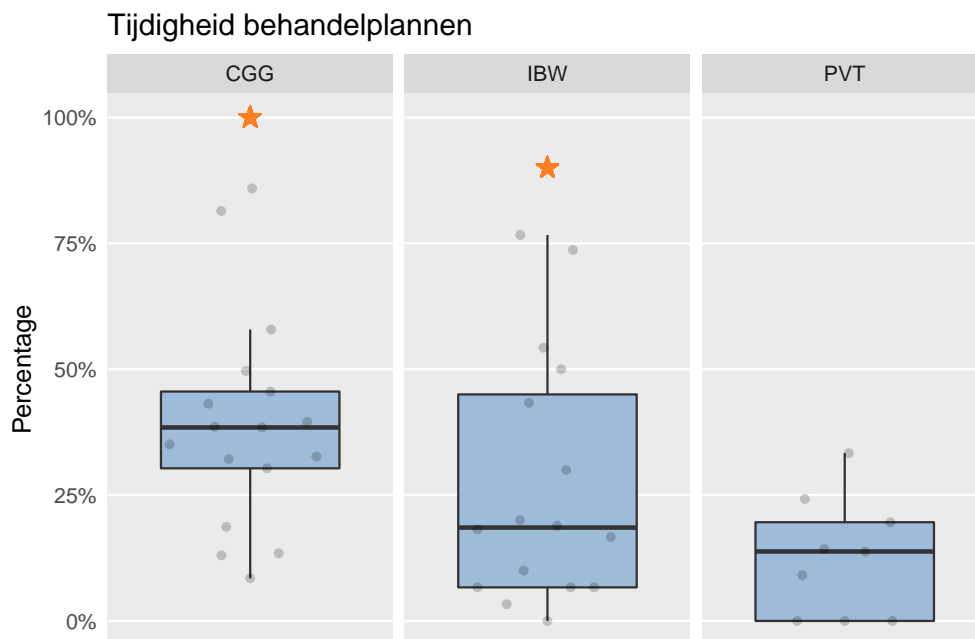
3.3.1 Behandelplannen

Een behandelplan is een belangrijk instrument om de samenwerking tussen zorgverleners en met de zorggebruiker te ondersteunen. Via een behandelplan weten alle betrokkenen wat het doel is van de zorg voor de zorggebruiker en kunnen er mogelijk betere uitkomsten bereikt worden. Het is belangrijk dat dit behandelplan regelmatig wordt aangepast naargelang nieuwe evoluties of behoeftes van de zorggebruiker.

Tabel 9: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

Subsector	2020
Centra geestelijke gezondheidszorg (CGG)	17
Initiatieven beschut wonen (IBW)	16
Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	9

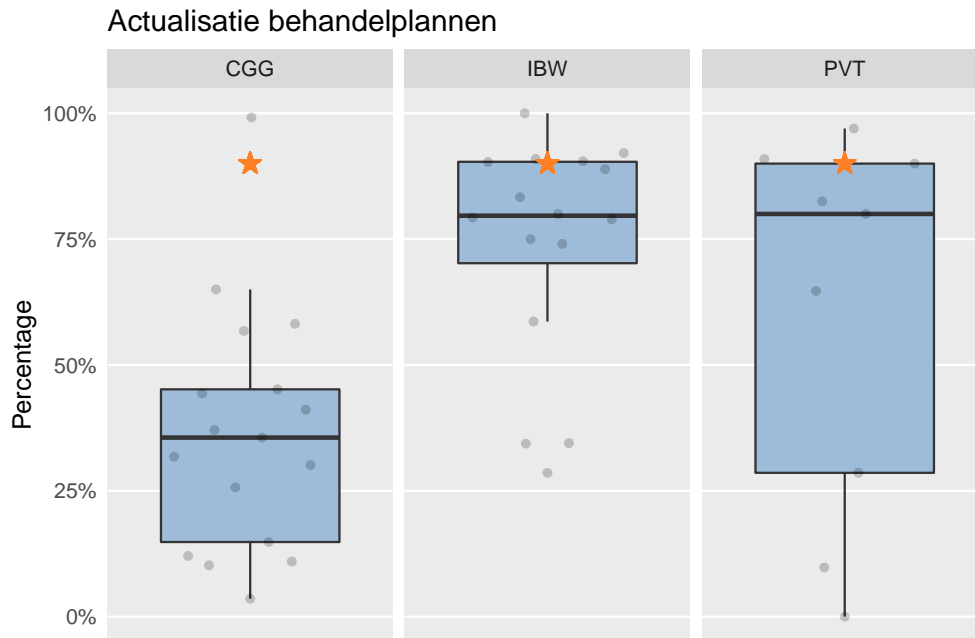
In 2020 namen 85% van de CGG (17 van de 20 voorzieningen), 36% van de IBW (16 van de 45 voorzieningen), en 39% binnen de PVT (9 van de 23 voorzieningen) deel aan deze eerste metingen. Hierna lichten we er voor de drie types voorzieningen twee types indicatoren uit, namelijk de tijdigheid van het opstellen van de plannen en de periodieke evaluatie en actualisatie ervan.



Figuur 19: Overzicht resultaten m.b.t. tijdig opstellen van behandelplannen, per subsector. De oranje ster toont de streefwaarde die werd vooropgesteld per indicator (voor PVT werd geen streefwaarde vooropgesteld voor deze indicator).

Legende:

- CGG: Percentage behandelplannen die zijn opgestart ten laatste na het vierde face tot face contact;
- IBW: Percentage begeleidingsplannen die zijn opgemaakt binnen de drie maand na de start van de begeleiding;
- PVT: Percentage zorgplannen die zijn opgemaakt binnen de maand na opname.



Figuur 20: Overzicht resultaten m.b.t. actualisatie van behandelplannen, per subsector. De oranje ster toont de streefwaarde die werd vooropgesteld per indicator.

Legende:

- CGG: Percentage dossiers waarbij de intercollegiale bespreking van het behandelplan minstens halfjaarlijks gebeurt;
- IBW: Percentage zorggebruikers waarvan het begeleidingsplan in zijn algemeenheid over de verschillende levensdoelen ten minste eenmaal per jaar is herzien;
- PVT: Percentage zorgplannen die in hun algemeenheid over de verschillende domeinen maximum 1 jaar geleden zijn besproken op een teamvergadering.

Conclusies en aanbevelingen

Behandelplannen vormen een belangrijk hulpmiddel bij de zorg, begeleiding en behandeling van de zorggebruikers, voor het bieden van zorg op maat waarbij gezamenlijke doelstellingen worden bepaald en opgevolgd. Een onderhandeld behandelplan bevordert een kwaliteitsvolle, professionele behandeling en de participatie van de patiënt aan zijn herstel. Dit plan dient samen te worden besproken met de zorggebruiker en bij voorkeur ook met de context ervan.

Via het werken met behandelplannen wordt er gepoogd om meer doelmatig, doelgericht en patiëntgericht te werken. De resultaten op deze indicatoren, en vooral de spreiding erin tussen de voorzieningen, tonen aan dat behandelplannen op zich wel gebruikt worden in de deelnemende voorzieningen, maar dat een meer systematische aanpak en toepassing ervan als werkinstrument in de dagdagelijkse praktijk noodzakelijk is. Zowel de sectoren als de overheid dienen hier dan ook verder op in te zetten.

3.4 Zorgtrajecten

Belgische ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologie en diensten voor anatomopathologie zijn wettelijk verplicht mee te werken aan de kankerregistratie, en dit via Stichting Kankerregister. Op basis van deze registraties ontwikkelden Vlaamse ziekenhuizen in de schoot van het Vlaams Indicatorenproject Algemene Ziekenhuizen (VIP² AZ) kwaliteitsindicatoren voor long- en rectumkanker. Deze indicatorensets werden ontwikkeld door multidisciplinair samengestelde ontwikkelingsgroepen met brede vertegenwoordiging vanuit de sector, gebaseerd op eerdere rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en in samenwerking met de Stichting Kankerregister.

3.4.1 Longkanker

Longkanker is een vorm van kanker die uitgaat van longweefsel. De meest voorkomende types longkanker zijn 'niet-kleincellige' longkanker en 'kleincellige' longkanker. Volgens cijfers van de Stichting Kankerregister krijgt in België één op de 16 mannen en 30 vrouwen ooit gedurende zijn/haar leven te maken met longkanker. In België kregen in 2017 5559 mannen en 2873 vrouwen een diagnose longkanker, wat overeenkomt met 15 procent van alle kankers bij mannen en 9 procent bij vrouwen. Longkanker is in België de belangrijkste kanker-gerelateerde doodsoorzaak bij mannen, en de tweede belangrijkste bij vrouwen.

Een multidisciplinair samengestelde ontwikkelingsgroep met brede vertegenwoordiging vanuit de Vlaamse ziekenhuizen ontwikkelde in samenwerking met de Stichting Kankerregister in 2019 een set kwaliteitsindicatoren voor lonkanker. Hierin wordt gepeild naar de volgende aspecten:

- Het bepalen van het type longkanker aan de hand van weefselonderzoek;
- De registratie van longkankers bij de Stichting Kankerregister;
- De sterftekans na ingreep (= heekunde) of bestraling (= radiotherapie) als hoofdbehandeling;
- Het relatief sterfterisico binnen 1 jaar na diagnose van longkanker.

De resultaten dateren van enkele jaren terug. Het betreft dan ook patiënten die minstens drie jaar geleden hun behandeling startten. Om de overleving over meerdere jaren te kunnen berekenen, en de nodige gegevens te verzamelen kunnen meer recente gegevens niet gebruikt worden. Voor longkanker werd de publicatie ook met een jaar uitgesteld omwille van de COVID-19 pandemie.

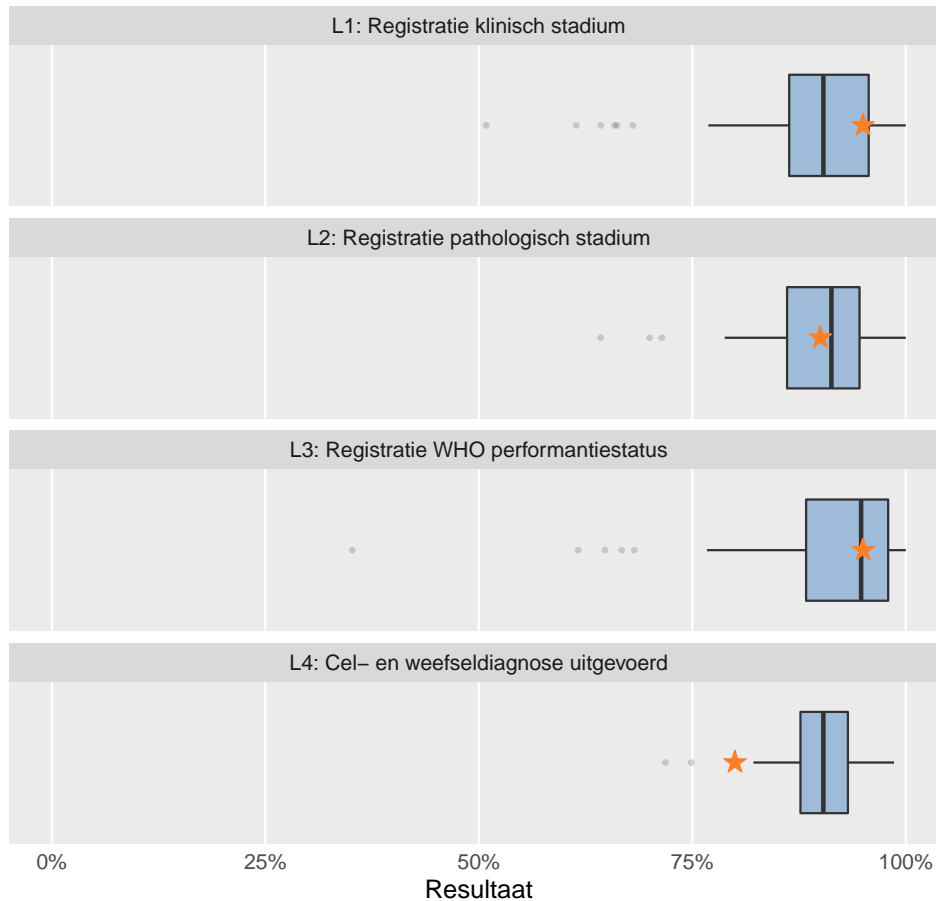
Tabel 10: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

	2012-2016
Aantal voorzieningen	53

53 Vlaamse ziekenhuizen namen deel. Het betreft resultaten voor patiënten gediagnosticeerd in de periode 2012-2016.

Procesindicatoren

De procesindicatoren brengen de kwaliteit van de registratie bij longkanker in kaart. De behandeling van longkanker vereist een nauwgezette coördinatie tussen verschillende medische en paramedische disciplines, waarbij deze multidisciplinair op maat wordt bepaald op basis van het kankertype, het stadium van de kanker en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Een goede klinische registratie is dan ook essentieel om de diagnose te verfijnen en een aangepaste behandeling op te stellen.



Figuur 21: Resultaten procesindicatoren longkanker, voor de periode 2012-2016. Resultaten worden weergegeven a.d.h.v. een boxplot per indicator. De oranje ster toont de streefwaarde per indicator die in overeenstemming met de sector werd vastgelegd.

Conclusies voor de procesindicatoren:

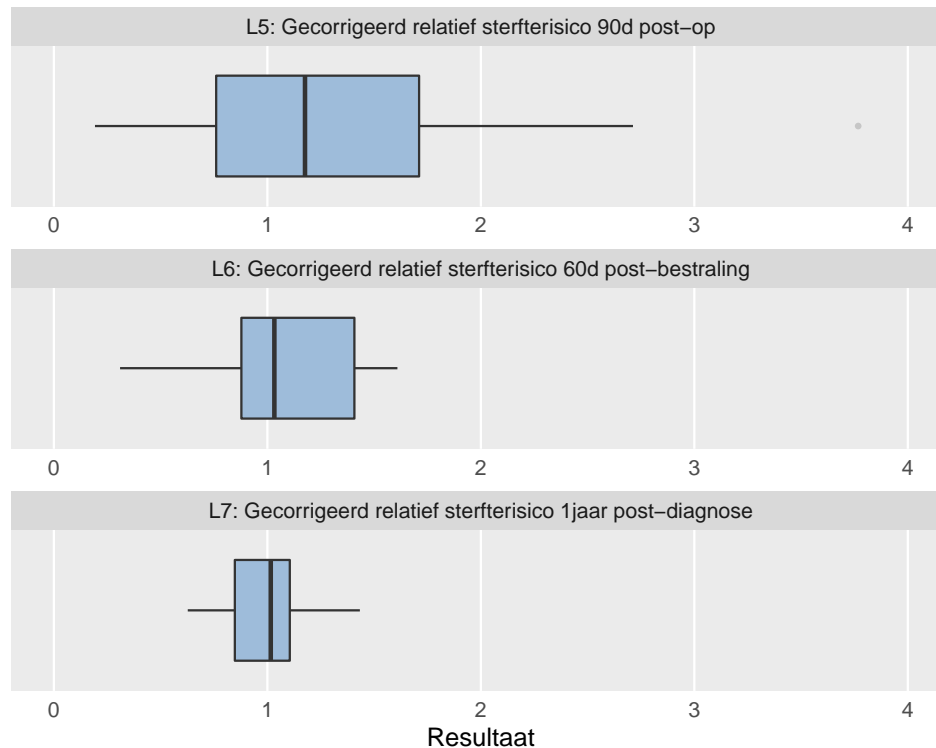
1. Twee derde van de diagnostische centra behaalt de gewenste streefwaarde van 95% van het aantal patiënten waarbij het klinisch TNM-stadium wordt geregistreerd. De spreiding tussen ziekenhuizen is groot.
2. Iets meer dan de helft van de behandelcentra behaalt de gewenste streefwaarde van 90% van het aantal geopereerde patiënten waarbij een pathologisch TNM-stadium wordt geregistreerd.
3. Iets minder dan de helft van de diagnostische centra behaalt de gewenste streefwaarde van 95% van het aantal patiënten bij wie de WHO performantiestatus bij de diagnose wordt gerapporteerd.
4. Zo goed als alle diagnostische centra behalen de streefwaarde van 80% van het aantal patiënten waarbij een histopathologische bevestiging van de diagnose wordt geregistreerd.

Resultaatsindicatoren

De resultaatsindicatoren brengen de overlevingskans na longkanker in kaart. Om te komen tot een eerlijke basis voor vergelijking worden enkel patiënten meegenomen die aan vooraf bepaalde, gelijke criteria voldoen. Hierdoor is het weergegeven aantal patiënten per ziekenhuis vaak kleiner dan het werkelijk aantal behandelde patiënten. Ook zijn een minimum aantal patiënten nodig om betrouwbare, betekenisvolle conclusies te trekken. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet weergegeven.

Er worden gecorrigeerde indicatoren berekend. Dit betekent dat wordt rekening gehouden met een aantal

factoren zoals leeftijd, zelfredzaamheid en ernst van de aandoening, die de patiëntenpopulatie per ziekenhuis bepalen en een invloed kunnen hebben op de resultaten van die indicatoren. Niet elk ziekenhuis zal nadat de kankerdiagnose bij een patiënt is vastgesteld ook effectief de behandeling uitvoeren. Het centrum van diagnose kan dus verschillend zijn van het centrum van behandeling. Zo dient er voor de radiotherapeutische behandeling steeds te worden doorverwezen naar een erkend radiotherapeutisch centrum. Maar ook voor de chirurgische ingreep wordt er in bepaalde gevallen doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Afhankelijk van de indicator wordt het resultaat toegewezen aan het diagnose- of behandelcentrum.



Figuur 22: Resultaten resultaatsindicatoren longkanker, voor de periode 2012-2016. Resultaten worden weergegeven a.d.h.v. een boxplot per indicator. Voor deze indicatoren werden geen streefwaarden vastgelegd.

Conclusies voor de resultaatsindicatoren:

5. Voor de gecorrigeerde 90-dagen postoperatieve sterfte voor NSCLC patiënten met klinisch stadium I-IIIa zijn resultaten beschikbaar voor 22 ziekenhuizen, met in totaal 2058 geïncludeerde patiënten (spreiding: 31 – 391 patiënten per centrum). In zo goed als alle behandelcentra is er geen significant hoger sterfterisico binnen 90 dagen na resectie ten opzichte van de gemiddelde geopereerde Vlaamse longkankerpatiënt met klinisch stadium I-IIIa.
6. Voor de gecorrigeerde 60-dagen post-radiotherapie sterfte voor NSCL en SCLC patiënten met klinisch stadium III zijn resultaten beschikbaar voor 13 bestralingscentra, met in totaal 1957 geïncludeerde patiënten (spreiding: 69 – 308 patiënten per centrum). In geen enkel bestralingscentrum is er een significant hogere of lagere kans op overlijden binnen de 60 dagen na de bestraling voor deze groep van patiënten.
7. Voor het gecorrigeerd geobserveerd relatief sterfterisico (hazard ratio) binnen een jaar voor alle patiënten met longkanker zijn resultaten beschikbaar voor 53 ziekenhuizen, met in totaal 18 231 geïncludeerde patiënten (spreiding: 102 – 1055 patiënten per centrum). Deze indicator is voor het merendeel van de ziekenhuizen gelijkaardig. Toch is het sterfterisico binnen het jaar na de diagnose van longkanker in een tiental Vlaamse ziekenhuizen statistisch significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse longkankerpatiënt, en in een tiental ziekenhuizen statistisch significant hoger. Opvallend is dat dit sterfterisico onafhankelijk lijkt te zijn van het aantal patiënten dat in een centrum wordt gediagnosticeerd.

3.4.2 Rectumkanker

In 2016 werd de set van kwaliteitsindicatoren voor rectumkanker ontwikkeld en in 2018 een eerste maal gepubliceerd. Het betreft allen zogenaamde “outcome”- of uitkomstindicatoren die de overlevingskans na rectumkanker in kaart brengen. Ze peilen naar:

- De relatieve overleving en het relatief sterfterisico binnen 3 of 5 jaar na rectumkanker diagnose voor alle patiënten en voor alle geopereerde patiënten (verwijderen van (een deel van) endeldarm).
- De sterftekans van geopereerde patiënten binnen de 30 en 90 dagen na de chirurgische ingreep.

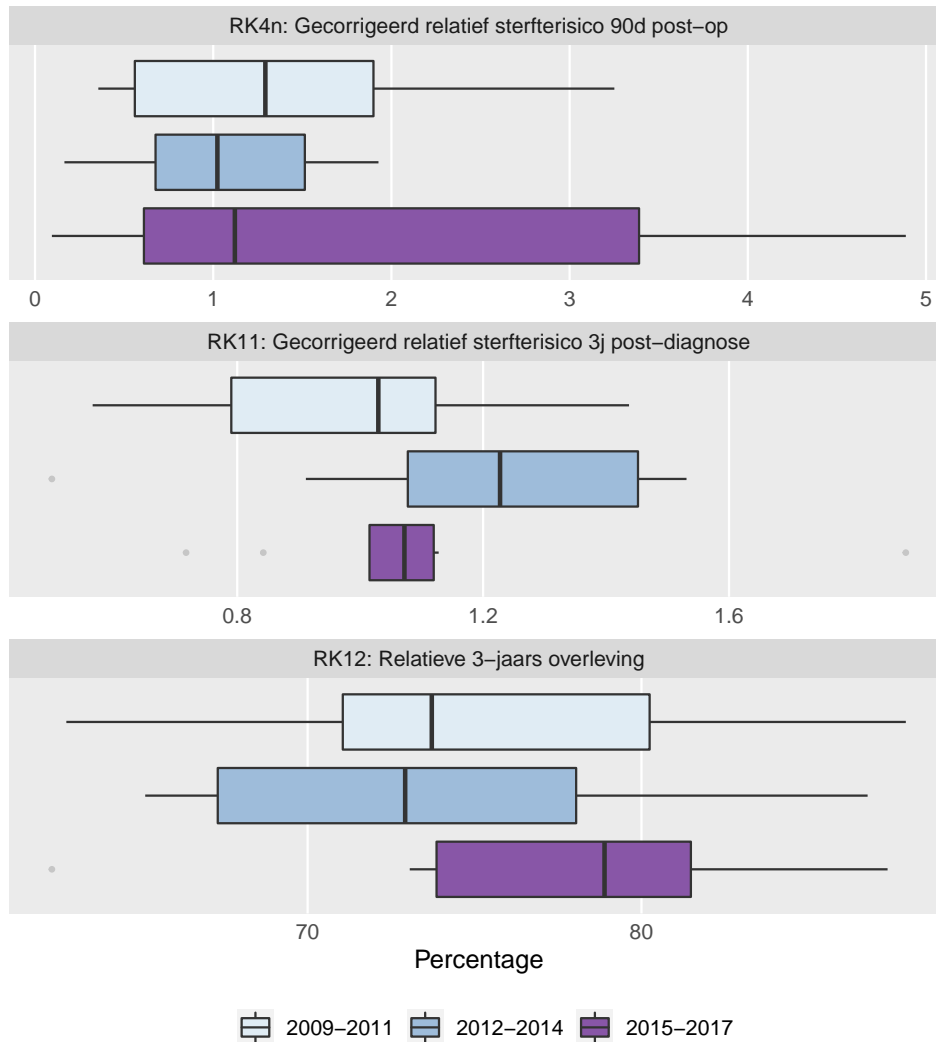
Tabel 11: Overzicht van het aantal deelnemende voorzieningen aan elk van de metingen.

	2009-2011	2012-2014	2015-2017
Aantal voorzieningen	53	53	53

In 2020 bekrachtigde de expertengroep de reeds bestaande indicatoren waarna deze indicatoren werden berekend voor 3 periodes: 2009-2011, 2012-2014 en 2015-2017. In elk van de meetperiodes namen 53 voorzieningen deel.

Om betekenisvolle conclusies te kunnen trekken, is er, net als voor longkanker, een minimum aantal patiënten nodig. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet gepubliceerd. Ook werden de resultaten opnieuw gecorrigeerd voor een aantal factoren zoals leeftijd, zelfredzaamheid en ernst van de aandoening. Merk op dat het onmogelijk is om te corrigeren voor alle factoren die een invloed kunnen hebben op het sterfterisico, aangezien deze informatie niet allemaal voorhanden is.

Uit de resultaten op alle (10) indicatoren beschikbaar op Zorgkwaliteit.be lichten we er drie uit.



Figuur 23: Selectie van resultaten rectumkanker voor de drie meetperiodes tussen 2009 en 2017. Resultaten worden weergegeven a.d.h.v. een boxplot per indicator. Voor deze indicatoren werden geen streefwaarden vastgelegd.

Conclusies:

1. Gecorrigeerd relatief sterfterisico (odds ratio) 90 dagen na de operatie: Deze indicator is een maat voor de kwaliteit van de chirurgische behandeling. De gecorrigeerde vergelijking van de sterfttekans na een ingreep wordt weergegeven aan de hand van een “odds ratio”. Een odds ratio groter (kleiner) dan 1 wijst op een hogere (lagere) sterfttekans in vergelijking tot het gemiddeld Vlaams ziekenhuis. Voor de periode 2015-2017 zijn resultaten beschikbaar voor 24 van de 51 deelnemende ziekenhuizen, met in totaal 2109 geïncludeerde patiënten (spreiding: 41 – 240 patiënten per ziekenhuis). In één ziekenhuis is het relatief sterfterisico 90 dagen na de operatie voor de periode 2015-2017 significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt, en in zeven ziekenhuizen statistisch significant hoger.
2. Gecorrigeerd relatief sterfterisico (hazard ratio) binnen drie jaar voor alle patiënten met rectumkanker: Deze indicator is een maat voor hoeveel keer groter of kleiner het risico op overlijden is ten gevolge van alle doodsoorzaken (niet enkel ten gevolge van rectumkanker), binnen de drie jaar na diagnose in een bepaald ziekenhuis, in vergelijking met het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis. Een hazard ratio groter (kleiner) dan 1 wijst op een hoger (lager) sterfterisico ten gevolge van alle doodsoorzaken in vergelijking

tot het gemiddelde Vlaams ziekenhuis. Voor de periode 2015-2017 zijn resultaten beschikbaar voor 29 van de 51 deelnemende ziekenhuizen, met in totaal 3.208 geïncludeerde patiënten (spreiding: 52 – 315 patiënten per ziekenhuis). De andere deelnemende ziekenhuizen hadden te weinig resultaten om te kunnen worden meegenomen voor deze gecorrigeerde indicator. Voor het merendeel van de ziekenhuizen is de score op deze indicator gelijkaardig. Toch is het sterfterisico binnen drie jaar na de diagnose van rectumkanker voor de periode 2015-2017 in twee Vlaamse ziekenhuizen statistisch significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt, en in twee ziekenhuizen statistisch significant hoger.

3. Relatieve 3-jaarsoverleving voor alle patiënten met rectumkanker: Deze indicator meet hoe de geobserveerde overleving bij rectumkankerpatiënten zich verhoudt t.o.v. die voor een gelijkaardige groep personen zonder rectumkanker. De indicator vergelijkt met andere woorden de 3-jaarsoverleving van patiënten met rectumkanker relatief tot die van een gelijkaardige groep van personen uit de algemene bevolking (zelfde leeftijd, geslacht, regio en kalenderjaar). Op basis van deze indicator kan geen correcte vergelijking gemaakt worden tussen ziekenhuizen, aangezien de relatieve overleving voor een ziekenhuis immers specifiek is voor de groep patiënten die dit ziekenhuis consulteerde. Bekijk hem daarom samen met de gecorrigeerde relatieve sterfterisico's. De resultaten tonen dat de relatieve overleving van de gemiddelde patiënt met rectumkanker in Vlaanderen toegenomen is van 74.4%, over 77.2% naar 79.4%, een stijging van 5% over 9 jaar.

3.4.3 Conclusies en aanbevelingen

Belgische ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologie en diensten voor anatomopathologie zijn wettelijk verplicht mee te werken aan de kankerregistratie, en dit via Stichting Kankerregister. Op basis van deze registraties ontwikkelden Vlaamse ziekenhuizen in de schoot van het Vlaams Indicatorenproject Algemene Ziekenhuizen (VIP² AZ) en het VIKZ kwaliteitsindicatoren voor long- en rectumkanker.

De resultaten dateren van enkele jaren terug. Het betreft dan ook patiënten die minstens drie jaar geleden hun behandeling startten. Om de overleving over meerdere jaren te kunnen berekenen, en de nodige gegevens te verzamelen kunnen meer recente gegevens niet gebruikt worden. Voor longkanker werd de publicatie ook met een jaar uitgesteld omwille van de COVID-19 pandemie. Impact van meer recente ontwikkelingen is zo nog niet zichtbaar.

Minder dan op de resultaten willen we met deze indicatorensets dan ook vooral focussen op het traject van monitoring en kwaliteitsopvolging dat we hiermee opzetten. Zo kunnen we voor rectumkanker ondertussen ook evoluties in resultaten in kaart brengen en volgen er in de komende jaren verdere updates op alle oncologiedomeinen. Ook willen we onderzoeken of en hoe een koppeling kan gemaakt worden tussen de huidige indicatoren en o.m. levenskwaliteit gemeten aan de hand van patiëntgerapporteerde outcomes (PROMs).

Deze resultaten zijn een belangrijke indicatie van de kwaliteitsvolle werking op dit vlak in de deelnemende ziekenhuizen en dienen beschouwd te worden als een uitgangspunt voor opvolging en verbetering. Zo zijn er zowel op het vlak van therapie als zorgorganisatie in de afgelopen jaren veel ontwikkelingen gerealiseerd. Er wordt meer multidisciplinair samengewerkt en er worden op niveau van ziekenhuizen en medische diensten frequenter afspraken gemaakt omtrent doorverwijzing. Op het vlak van centralisatie van deze vaak hoog specialistische zorg kunnen in het kader van de ziekenhuisnetwerken en normering verdere stappen worden gezet.

Ook worden in een aantal ziekenhuizen digitale zorgpaden opgezet waarbij de patiënten zelf hun levenskwaliteit en mogelijke complicaties kunnen rapporteren (PROMs). Deze initiatieven kunnen de kwaliteit verder bevorderen.

4 Overzicht ontwikkelingen

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de meest recente resultaten op de indicatoren zoals gerapporteerd op Zorgkwaliteit.be, met evolutie over de voorbije gemeten jaren. Voor het raadplegen van resultaten van individuele voorzieningen en het vergelijken ervan met andere gelijkaardige voorzieningen verwijzen we naar de website. Dit rapport wordt jaarlijks geactualiseerd en aangevuld met nieuwe beschikbare indicatoren. In de tabel hierna kan een overzicht worden gevonden van de lopende indicatoren en de huidige geplande nieuwe metingen en ontwikkelingen in indicatorthema's voor 2022-2025.

	AZ	GGZ	WZC	Eerste lijn
Lopend	Patiëntenpeilingen Websitescreening Veilige heekunde Patiëntenidentificatie Handhygiëne Oncologie-indicatoren BCR Vaccinatiegraden COVID-19 Ongeplande heropnames	Patiëntenpeilingen Handhygiëne Behandelplannen Vaccinatiegraden COVID-19	Zorgindicatoren Vaccinatiegraden COVID-19	Ervaringsmeting diensten maatschappelijk werk
Meting '22-'23	Decubitus Beroertezorg Update borst- en longkanker Palliatieve zorgen Benzodiazepines (PAAZ)	Benzodiazepines (PZ) Hepatitis C Somatische screening Suïcidepreventie Ervaring familie en naasten	Basisvereisten handhygiëne	Ervaringsmeting diensten gezinszorg Diabetesopvolging bij huisarts
In ontwikkeling '22-'25	Vaccinatiegraden griep Vermijdbare ziekenhuisinfecties AB-gebruik Klinische farmacie PROMs oncologie Pathologiespecifieke mortaliteit en heropnames Cardiologie Intensieve zorgen	Vaccinatiegraden griep Vrijheidsbeperkende maatregelen Zorgcontinuïteit	Vaccinatiegraden griep Meting kwaliteit van leven, wonen en zorg Geneesmiddelen zorgindicatoren via BELRAI-LTCF	Ervaringsmeting officina-apotheek Onderzoek indicatoren BELRAI-Screener/HomeCare Patiëntenpeiling Eerstelijns