

service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Organisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen (DG1)
Dienst Acute, chronische en ouderenzorg

**Activiteitenrapport van de Federale Raad voor de
Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit (FRKVA)
over de kwaliteit van de verpleegkunde activiteit in
Belgische ziekenhuizen van maart 2009 tot juni 2011.**

Gelieve bij elk gebruik van dit rapport als volgt te refereren.

"Activiteitenrapport van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit (FRKVA) over de kwaliteit van de verpleegkunde activiteit in Belgische ziekenhuizen van maart 2009 tot juni 2011", FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Brussel, mei 2012, 43p.

service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Organisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen (DG1)
Dienst Acute, chronische en ouderenzorg

**Activiteitenrapport van de Federale Raad voor de
Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit (FRKVA)
over de kwaliteit van de verpleegkunde activiteit in
Belgische ziekenhuizen van maart 2009 tot juni 2011.**

INHOUD

1. Inleiding	4
2. Samenstelling van de Raad	6
3. Missies en visie van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit	7
3.1 Missies van de Raad	7
3.2. Visie van de Raad met zijn toetsing missie: "Kijken naar en leren van zorgresultaten"	9
4. Bezorgdheden van de sector aangaande de evaluatie van de kwaliteit.....	12
5. Gebruik van de enquêteresultaten door de Raad	31
6. Perspectieven	35
7. Conclusies.....	41
Bijlagen	43

1. Inleiding

Op 16 maart 2009 werd de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit (FRKVA) officieel door de Minister van Volksgezondheid, mevrouw Laurette Onkelinx, geïnstalleerd. Hierdoor kan zowel de interne als externe evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen concreet worden omkaderd en begeleid op basis van het KB 27 april 2007.

Sinds haar oprichting heeft de FRKVA ongeveer om de twee maanden een plenaire vergadering gehouden en worden er ook werkgroepen georganiseerd.

De eerste werkzaamheden van de Raad bestonden in de opstelling van een huishoudelijk reglement dat goedgekeurd werd door de Minister.

Vervolgens heeft de Raad 3 werkgroepen samengesteld:

- thema's en indicatoren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit,
- communicatie en jaarverslag over de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit,
- ontwikkeling van het wetenschappelijke aspect van het verpleegkundig beroep.

Begin 2010 heeft de Raad een eerste advies aan Minister Onkelinx uitgebracht over de middelen die worden toegekend aan verpleegkundig onderzoek (zie bijlage).

In maart 2010 heeft de Raad alle hoofden van het verpleegkundige departement aangeschreven met een gestructureerde bevraging over aspecten van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in hun departement. Het opmaken van een jaarverslag door de Raad op basis van gegevens van de hoofden van het verpleegkundige departement is sinds 2007¹ wettelijk verplicht. Bij deze eerste bevraging hebben slechts 15 van de 200 aangeschreven ziekenhuizen niet geantwoord.

Deze gestructureerde bevraging werd tijdens het eerste semester 2010 verwerkt. Op basis van de bevraging, was de Raad in staat om te bepalen **wat de prioriteiten zijn** in de ontwikkeling van de zorgkwaliteit in de verpleegkundige departementen van het land. Hiertoe beschikt de Raad eveneens over een eerste inzicht met betrekking tot **de behoefte aan en het aanwenden van middelen en ondersteuning opgegeven door de verpleegkundige departementen** in verband met het meten en evalueren van kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

Deze vaststellingen zijn nu meegedeeld aan de verschillende overheden en het is de ambitie van Raad ondersteunende projecten te lanceren ter verbetering van de verpleegkundige beroepspraktijken in de ziekenhuizen.

Sinds 2010 hebben de Raad en de Cel Patient Quality – Safety van de FOD Volksgezondheid ook een protocol voor de systematische uitwisseling van informatie geïmplementeerd teneinde hun activiteiten op elkaar te kunnen afstemmen en eventuele

¹ Koninklijk Besluit van 27/04/2007, MB 04/06/2007, betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen.

overlappendingen tussen hun projecten maximaal te vermijden. Het is de bedoeling om in het kader van hun respectieve opdrachten elkaar aan te vullen.

De opdracht van de Raad is een belangrijke opportuniteit die specifiek de kwaliteit van de verpleegkundig activiteit en algemeen het verpleegkundig beroep kan ondersteunen en stimuleren. De verpleegkundige departementen kunnen via de opdracht van de Raad de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zichtbaar maken. De overheid wenst haar beslissingen te bepalen op basis van de meest betrouwbare en valide gegevens. Het is belangrijk om de impact van beslissingen (bvb. wijziging van normen of budget bijvoorbeeld) te kunnen toetsen in termen van zo objectief mogelijk gemeten zorgkwaliteit. Het kunnen verantwoorden van middelen en investeringen in functie van het verbeteren en garanderen van de kwaliteit en de veiligheid van de verpleegkundige zorg is een belangrijk uitdaging voor zowel de overheid als de hoofden van het verpleegkundige departement. Om dit proces succesvol te kunnen realiseren is een samenwerking tussen de verpleegkundige departementen en de acties van de Raad aangewezen. Een meerderheid van de verpleegkundige departementen hebben positief gereageerd op de initiatieven van de Raad. In de maand maart 2011 werd door de Raad een symposium georganiseerd om de eerste bevraging te bespreken met een deelname van 200 vertegenwoordigers van de verschillende verpleegkundige departementen van de ziekenhuizen.

De Raad wenst met haar initiatieven samen met de hoofden van het verpleegkundige departement de professionalisering van het verpleegkundig beroep te stimuleren en te ondersteunen. De Raad heeft eveneens als opdracht het stimuleren van het verpleegkundig onderzoek, het zoeken naar efficiënte zorgpraktijken en de verspreiding van goede praktijkvoorbeelden. Hierdoor hoopt de Raad tevens verpleegkundigen in staat te stellen om een academische loopbaan uit te bouwen. Tot slot is het een doelstelling van de Raad handelingen gesteld door verpleegkundigen zoveel mogelijk te onderbouwen op wetenschappelijke evidentie in functie van efficiëntie en effectiviteit. Hierdoor kan het verpleegkundig beroep zich richten op de meerwaarde die het kan bieden aan zowel de individuele patiënten als aan de gezondheidszorg.

Om deze concrete doelstellingen te kunnen bereiken zijn betrouwbare en valide gegevens noodzakelijk die evidenties op vlak van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit ondersteunen en dit via het proces van de externe en interne evaluatie van de verpleegkundige departementen in België.

Dit verslag schetst de opdrachten van de Raad, haar visie op de evaluatie van de verpleegkundige zorgkwaliteit, de methode die in 2010 werd gebruikt, de behaalde resultaten, de selectie van de prioritaire thema's voor de komende jaren, de indicatoren die werden gekozen om die te evalueren, en de voorgenomen toekomstige acties.

We wensen u aangename lectuur.

In naam van de Raad
Miguel Lardennois, verpleegkundig coördinator.

2. Samenstelling van de Raad

Wie zijn de leden van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit?

Overeenstemmend met de bepalingen van het KB van 27/4/2007, bestaat de Raad uit verpleegkundigen en kan deze tevens experts en vertegenwoordigers uitnodigen uit andere beroepsgroepen.

De 25 verpleegkundigen hebben zich bekwaamd in kwaliteitsmanagement of wetenschappelijk onderzoek en hebben minstens 5 jaar ervaring.

De Raad is samengesteld op basis van een brede representativiteit, uitgezonderd de coördinator ambtenaar van de FOD, zijn de verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen (12, waarvan 4 hoofden van een verpleegkundige departement), universiteiten (8), de NRV (2), en de NRZV (2)). Er is tevens voor een taalpariteit gezorgd. De leden zijn afkomstig uit alle regio's en alle soorten ziekenhuizen.

De mandaten duren 6 jaar en kunnen slechts eenmaal hernieuwd worden.

Effectieve leden	Functie	Plaatsvervangers	Functie
Miguel Lardennois (coördinator)	Wetenschappelijke medewerker (FOD Volksgezondheid)		
Jean Tomas	Kwaliteitscoördinator RZ - Huy	Pierre Van den Berge	Kwaliteitscoördinator AZ - Jolimont-Lobbes
Philippe Vanham	Kwaliteitscoördinator ISoSL – Liège	Sandrine Balon	Verpleegkundige Hoofddienst RZ Citadelle – Liège
Myriam Hubinon	Hoofd van het vpl departement UCL St Luc – Brussel	Isabelle Cambier	Hoofd van het vpl departement RZ CHIREC – Brussel
Nicole Van Hoof	Directeur Kwaliteit & Systemen RZ St Trudo – St Truiden	Stefaan Meukens	Patient Veiligheid Coördinator ZNA - Antwerpen
Patrick Vangenechten	Hoofd van het vpl departement MC St Jozef - Bilzen	Mieke Mondelaers	Hoofd van het vpl departement OPZ Geel - Geel
Tamara Leune	Coördinator Klinische Paden UZ Gent - Gent	Luc Van Camp	Manager Kritieke Diensten ZOL - Genk
Françoise Bardiau	Professor ULg	Agnès Jacquerye	Docent ULB
Tom Defloor†	Professor UGent	Bart Van Rompaey	Docent UA
Peter Van Bogaert	Docent UA	Philip Moons	Hoofddocent KUL
Micheline Gobert†	Hoofd onderzoeksgroep UCL	Elisabeth Darras	Prof. - Decaan VG Faculteit - UCL
Laurence Treccani (NRV)	Kwaliteits Medewerker ISPPC - Charleroi	Marc Vanryckeghem (NRV)	Directeur RVT OCMW - Burcht-Zwijndrecht
Tom De Boeck (NRZV)	Stafmedewerker Studie Dienst Socialistisch Ziekenfonds	Aline Hotterbeex (NRZV)	Verpleegkundige adviseur FIH

PS: In 2010 en 2011 heeft de raad het overlijden van twee leden moeten betreuren. Het heengaan van Professoren Micheline Gobert en Tom Defloor zijn een groot verlies voor de raad in het bijzonder, en voor ons beroep in het algemeen.

3. Missies en visie van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

3.1 Missies van de Raad

Interne evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

Het hoofd van het verpleegkundig departement is verantwoordelijk voor de volgende materie:

Toezicht houden op

- de registratie, de evaluatie en de analyse van gegevens
- het verspreiden van aanbevelingen rond bepaalde thema's en deze aanbevelingen verwerken in protocollen
- het stimuleren van de verbetering van de kwaliteit van de verpleegkundig zorg binnen alle diensten van het verpleegkundig departement
- het opstellen van een jaarverslag over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg
- de samenwerking met de Federale Raad (zie verder)
- het sensibiliseren van de verpleegkundige staf met betrekking tot de kwaliteit van de zorg.
- voorstellen formuleren rond het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg
- het sensibiliseren en stimuleren van Evidence Based Nursing

Externe evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

De Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit is belast met de externe evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit.

Deze raad werd opgericht om bij te dragen tot het sensibiliseren, ondersteunen en systematiseren van verbeteringsinitiatieven betreffende de kwaliteit van de verpleegkundige zorg met als doel het stimuleren van de goede praktijkvoering gebaseerd op aantoonbare evidentie.

De opdracht van de Federale Raad betreft:

1. Het wetenschappelijk aspect van het verpleegkundig beroep ontwikkelen aan de hand van Evidence Based Nursing, meer bepaald door:

- a) het ondersteunen van onderzoeksinitiatieven in het domein van de verpleegkunde;
- b) het oprichten van een federale gegevensbank met daarin richtlijnen en goedgekeurde werkinstrumenten;
- c) het opmaken van een inventaris van referenties inzake goede verpleegkundige praktijkvoering voor specifieke zorgthema's;
- d) het uitwerken en verspreiden van aanbevelingen die gebaseerd zijn op deze referenties;

e) het samenstellen van werkgroepen om op grotere schaal goede praktijkvoering uit te wisselen tussen de ziekenhuizen met betrekking tot de kwalitatieve evaluatie van de verpleegkundige activiteit.

2. Deelname van verpleegkundigen bevorderen aan het beleid inzake de evaluatie van de zorgprocessen, meer bepaald door:

- a) het voorstellen van verpleegkundige zorgthema's waarvoor een interne evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit kan gebeuren;
- b) het opstellen van kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten inzake goede verpleegkundige praktijk. De indicatoren worden voorgesteld door de ziekenhuizen en de Federale Raad zal instaan voor de selectie;
- c) het voorstellen van een geïnformatiseerd registratiemodel;
- d) het formuleren van antwoorden op de vragen van de ziekenhuizen omtrent het evaluatie- en verbeteringsproces;

3. Zorgen voor een betere informatiedoorstroming en uitwisseling van goede praktijken, meer bepaald door:

- a) het opmaken en voorstellen van een typemodel van verslag;
- b) het analyseren van de gegevens die nationaal werden geregistreerd;
- c) het opstellen van een nationaal jaarverslag dat anoniem werd gemaakt wat betreft de identiteit van de ziekenhuizen;
- d) het bezorgen van de in punt c bedoelde jaarverslag aan de hoofden van de verpleegkundige afdelingen en aan de directeurs van de ziekenhuizen, de FOD Volksgezondheid, de Nationale Raad voor de verpleegkunde, de Nationale Raad voor vroedvrouwen en de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, alsook aan de minister die bevoegd is voor Volksgezondheid;
- e) uitwerken van informatie- en sensibiliseringsacties voor de ziekenhuizen.

3.2. Visie van de Raad met zijn toetsing missie: "Kijken naar en leren van zorgresultaten"

De FR heeft als opdracht het bepalen en het ontwikkelen van een set indicatoren die de verpleegkundige activiteit toetsen.

De onderzoeksliteratuur is in volle evolutie voor wat betreft verpleegkundig zorggerelateerde indicatoren (VZI) of in de Angelsaksische literatuur beschreven als nurse sensitive outcomes, nurse sensitive patient outcomes, nurse performance measurements, nurse performance outcomes. Drie baanbrekende publicaties van het Institute of Medicine (IOM), *To Err is Human: Building a Safer Health System* (2000)², *Crossing the Quality Chasm: A Health System for the 21st Century* (2001)³ en *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004)⁴ hebben het risico van ongewenste effecten en vermijdbare schade in de gezondheidszorg beschreven en aangetoond. Deze publicaties hebben de dynamiek gestimuleerd om de geleverde patiëntenzorg meer kritisch te benaderen naar potentieel en effectieve ongewenste effecten en vermijdbare schade. Ongewenste effecten en vermijdbare schade situeren zich niet alleen op het niveau van de individuele zorgverstrekker maar ook op het niveau van de structuren en processen in de zorg. De derde publicatie van het IOM *Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004) richt zich naar de rol en het impact van verpleegkundigen en de verpleegkundig proces op de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Deze publicatie stelt dat verpleegkundigen de grootste component zijn in de gezondheidszorg. Door hun opdracht en aanwezigheid hebben verpleegkundigen de verantwoordelijk over de continuïteit van de zorg. In samenwerking met artsen en ander disciplines hebben verpleegkundigen een sleutelpositie in het streven naar een kwalitatief en veilig zorgproces.

Momenteel wordt er meer onderzoek uitgevoerd naar de specifieke rol en het effect van de verpleegkundige zorg voor wat betreft kwaliteit en veiligheid van de zorg. Deze studies ondersteunen het ontwikkelen van VZI om de impact van verpleegkundigen, de context en de werkomgeving waarin verpleegkundigen de zorg leveren te evalueren. Needleman et al (2006)⁵ beschrijft in een literatuuronderzoek de doelstellingen voor wat betreft het meten en het opvolgen van *verpleegkundig zorggerelateerde indicatoren of performance measurement of nursing care* als volgt:

- To quantify nursing' influence on patient safety and health care outcomes with a special focus on promoting the highest levels of quality in acute care hospitals
- To enable benchmarking and sharing the best practices.

² Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., Eds., 2000 *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine, Washington, D.C.

³ *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001.

⁴ Page A., ed 2004 *Keeping patients safe: Transforming the work environments of nurses*. Institute of Medicine, Washington, D.C

⁵ Needleman J, Kurtzman E, Kizer K 2006 *Performance Measurement of Nursing Care*. *Medical Care Research and Review* 64 (2) 10S – 43S.

- To promote provider accountability to the public, but not limited, public reporting and financial incentives
- To identify levels of staffing – including appropriate standards – and approaches to organizing nursing in hospital to be implemented by hospitals and supported by payers and other public and private parties
- To identify gaps in quality which will inform research, education, and training, needed in measuring nursing-sensitive care

Deze doelstellingen sluiten nauw aan met de opdracht van de FR en kunnen vertaald worden als volgt:

- Het kwantificeren van de impact van de verpleegkundige zorg en organisatie op de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, met een streven om het hoogste niveau van kwaliteit te ondersteunen en te promoten.
- Het organiseren en ondersteunen van een *benchmarking* tussen de ziekenhuizen in België en het uitwisselen van *best practices*
- Het organiseren en ondersteunen van externe verantwoording
- Het onderzoeken en ontwikkelen van zorgmodellen met de omschrijving van de opdrachten, de rollen en de inzet van personele middelen zowel naar kwalificatie als naar aantal en andere noodzakelijke middelen.
- Het identificeren van onvolkomenheden, problemen en probleemgebieden in de kwaliteit en veiligheid van de zorg ter ondersteuning van de praktijk, het onderzoek en het onderwijs noodzakelijk voor het ontwikkelen en meten van verpleegkundig zorggerelateerde indicatoren (VZI).

Voor het ontwikkelen van een systeem van VZI opteert de Raad voor de conceptuele benadering van Donabedian⁶ met indicatoren die:

- de **structuur** evalueren waarmee de verpleegkundige zorg wordt georganiseerd of *zijn de juiste zaken aanwezig (having the right things)*,
- de **processen** evalueren waarop de verpleegkundige zorg wordt uitgevoerd of *worden de juiste zaken juist uitgevoerd (having the right things happen)* en
- de verpleegkundige **zorgresultaten** evalueren of *wordt het gewenste resultaat bereikt (having the right things happen)*.

Het kiezen en ontwikkelen van VZI is afhankelijk van in welke mate de indicatoren

- relevant en indicatief zijn,
- meetbaar en uitvoerbaar zijn,
- een benchmarking nationaal en internationaal ondersteunen.
- de dagelijkse praktijk ondersteunen en verbeteren.

Voor het bepalen van VZI wordt gekeken naar de beschikbare nationale databanken, de huidige wetenschappelijke inzichten zowel nationaal als internationaal. Het ontwikkelen van een set VZI zal gefaseerd gebeuren met de betrokkenheid van de hoofden van het verpleegkundig departement van de Belgische ziekenhuizen.

⁶ Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly 83, 691–729.

De VZI set zal een beter inzicht bieden voor wat betreft de impact van verpleegkundigen en de verpleegkundigen zorg op de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg en de evolutie ervan, voor alle stakeholders en in niet in het minst voor patiënten.

Om deze redenen heeft de Raad beslist om het hierboven beschreven principe van het uitwerken en opvolgen van VZI aan te nemen voor de toekomstige evaluatie van de verpleegkundige zorgkwaliteit.

4. Bezorgdheden van de sector aangaande de evaluatie van de kwaliteit.

Op basis van de visie van de Raad over de evaluatie van de verpleegkundige activiteit, heeft de Raad gezocht naar een zo volledig mogelijk beeld van de beschikbare zorgthema's en indicatoren.

Meerdere experts werden uitgenodigd om de Raad te informeren en te adviseren. De huidige Belgische werd geschetst met volgende inzichten:

- De situatie zoals ze was in 2005 volgens de laatste enquête die hierover werd uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid (enquête waarvan de resultaten hebben geleid tot de oprichting van de Raad alsook tot andere initiatieven de laatste 5 jaar op het vlak van de zorgkwaliteit)⁷
- De elementen die werden ondersteund en/of gevraagd in het kader van de Kwaliteits- en Veiligheidscontracten gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, in meer dan 90% van de ziekenhuizen⁸.
- De andere datasystemen die op dit gebied in België bestaan (indicatoren Vlaamse Gemeenschap, Navigator, ...)
- De status van de wetenschappelijke kennis ter zake (dr. Koen Van den Heede werd onder andere bevraagd, auteur van een internationale literatuurstudie over dit onderwerp⁹).
- Een analyse van de benaderingen in andere landen en bij andere overheden (AHRQ, JCHAO...)

De Raad heeft geen stand van zaken kunnen vinden over de huidige situatie (2009-2010) in de verpleegkundige departementen van de Belgische ziekenhuizen. De Raad had graag geweten welke indicatoren op dit moment worden geregistreerd. Het is tevens onduidelijk om precies te bepalen welke gegevensbanken er reëel beschikbaar zijn. De meest recente implementatie van de MZG in de ziekenhuizen (2008) liet bij voorbeeld niet toe om te weten of de verpleegkundige component kwalitatief exploiteerbaar zou zijn.

Rond de evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen heeft de Raad als eerste doelstelling gesteld, duidelijkheid te creëren omtrent relevante indicatoren die gehanteerd worden met betrekking tot de structuur, de processen en de resultaten van de verpleegkundige zorg.

De relevantie van de indicatoren werden getoetst op de door de Raad gestelde criteria:

- De indicatoren moeten een nationale en internationale benchmarking mogelijk maken,
- deel uitmaken van een beperkte, transparante en uniforme set indicatoren,

⁷ Lardennois M., Balon S., Defloor T., Delmotte N. (2006) Kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in het ziekenhuis. Brussel. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. 362p.

⁸ www.patient-safety.be

⁹ K. Van den Heede, S.P. Clarke, W. Sermeus, A. Vleugels, L.H. Haiken (2007) International Experts Perspective on the Nurse Staffing and Patient Outcomes Literature. Journal of Nursing Scholarship, 2007. 39:4, 290-297.

- de meting moet haalbaar en realiseerbaar zijn,
- zorgthema's en indicatoren kunnen enkel worden gekozen in overleg met de hoofden van het verpleegkundige departement
- en het betreft meerdere thema's met nationaal of internationale beschreven indicatoren in wetenschappelijke publicaties of op basis van wetenschappelijk evidenties .

Om inzicht te verwerven in de huidige verpleegkundige praktijk en om deze praktijk te kunnen aanwenden als uitgangspunt voor toekomstige beslissingen omtrent de externe evaluatie van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen, heeft de Raad beslist om de hoofden van de verpleegkundige departementen gestructureerd te bevragen. De inhoud van deze bevraging geldt als jaarverslag 2009 en 2010 .

Er werd aan de hoofden gevraagd om aan te geven welke drie belangrijkste thema's zij momenteel evalueren, en welke drie thema's zij dat in de toekomst wensen te evalueren. Een gestructureerde lijst van mogelijke thema's werd voorgesteld. Deze lijst van thema's werd opgesteld door de leden van de Raad op basis van : een eerdere vragenlijst¹⁰, de thema's waarin de overheden in de laatste jaren hadden geïnvesteerd, en hun huidige ervaringen en kennis van de situatie. Deze lijst van thema's kon manueel worden ingevuld door de hoofden van het verpleegkundige departement.

Voor elk van de thema's die gekozen werd, werd eveneens gevraagd naar de motivatie van de keuze, welke evaluatiemethode(n) en op basis van welke indicatoren, met welke middelen en welke ondersteuning.

Met elke vraag (behalve die over de indicatoren) kwam een meerkeuzelijst overeen die ook manueel kon worden ingevuld door de respondent.

Hier volgt een beschrijvende analyse van de antwoorden die door de hoofden van het verpleegkundige departement werden uitgebracht. De volledige resultaten en andere analyses zijn op vraag beschikbaar bij de Raad.

¹⁰ Lardennois M. et al (2006) op cit.

Resultaten

A. Beschrijving van de ziekenhuizen

200 ziekenhuizen konden de vragenlijst beantwoorden, 186 vragenlijsten zijn binnengekomen, het betreft 183 ziekenhuizen of 93% van de Belgische ziekenhuizen en 98% van de Belgische ziekenhuisbedden.

Tabel 1. Kenmerken van de Belgische ziekenhuizen en van de ziekenhuizen die hebben geantwoord.

Variable	Categories	N	Number (Percent)	N	Number (Percent)
Taal		200		183	
	B		19 (9.5)		16 (8.7)
	FR		72 (36.0)		64 (35.0)
	NL		109 (54.5)		103 (56.3)
Gewest		200		183	
	B		28 (14.0)		24 (13.1)
	V		106 (53.0)		100 (54.6)
	W		66 (33.0)		59 (32.2)
Provincie		200		183	
	Antwerpen		25 (12.5)		24 (13.1)
	Brabant Wallon		7 (3.5)		6 (3.3)
	Brussel-Bruxelles		28 (14.0)		24 (13.1)
	Hainaut		26 (13.0)		23 (12.6)
	Limburg		13 (6.5)		13 (7.1)
	Liège		19 (9.5)		18 (9.8)
	Luxembourg		4 (2.0)		4 (2.2)
	Namur		10 (5.0)		8 (4.4)
	Oost-Vlaanderen		28 (14.0)		25 (13.7)
	Vlaams-Brabant		16 (8.0)		15 (8.2)
	West-Vlaanderen		24 (12.0)		23 (12.6)
Statuut		200		183	
	openbaar/public		53 (26.5)		46 (25.1)
	privaat/privé		147 (73.5)		137 (74.9)
Type ziekenhuis		200		183	
	Alg zkh		100 (50.0)		95 (51.9)
	Geria zkh		8 (4.0)		7 (3.8)
	Psy zkh		68 (34.0)		63 (34.4)
	gesp zkh		17 (8.5)		11 (6.0)
	univ zkh		7 (3.5)		7 (3.8)

Tabel 2. aantal bedden in de Belgische ziekenhuizen en in de ziekenhuizen die hebben geantwoord.

Variable	N	Mean	SD	SE	Min	Q1	Median	Q3	Max
NErkBed	199	354.9	311.25	22.06	6.0	163.0	268.0	460.0	2169.0
Variable	N	Mean	SD	SE	Min	Q1	Median	Q3	Max
NErkBed	183	370.4	313.73	23.19	6.0	170.0	288.0	462.0	2169.0

De kenmerken van onze steekproef zijn identiek aan die van het geheel van de Belgische ziekenhuizen.

Tabel 3. Proportie van responderende ziekenhuizen per kenmerk

Variable	Categories	N	Number (Percent)	N	Number (Percent)	% Catégorie
Taal		200		183		
	B		19 (9.5)		16 (8.7)	84.2
	FR		72 (36.0)		64 (35.0)	88.9
	NL		109 (54.5)		103 (56.3)	94.5
Gewest		200		183		
	B		28 (14.0)		24 (13.1)	85.7
	V		106 (53.0)		100 (54.6)	94.3
	W		66 (33.0)		59 (32.2)	89.4
Provincie		200		183		
	Antwerpen		25 (12.5)		24 (13.1)	96.0
	Brabant Wallon		7 (3.5)		6 (3.3)	85.7
	Brussel-Bruxelles		28 (14.0)		24 (13.1)	85.7
	Hainaut		26 (13.0)		23 (12.6)	88.5
	Limburg		13 (6.5)		13 (7.1)	100.0
	Liège		19 (9.5)		18 (9.8)	94.7
	Luxembourg		4 (2.0)		4 (2.2)	100.0
	Namur		10 (5.0)		8 (4.4)	80.0
	Oost-Vlaanderen		28 (14.0)		25 (13.7)	89.3
	Vlaams-Brabant		16 (8.0)		15 (8.2)	93.8
	West-Vlaanderen		24 (12.0)		23 (12.6)	95.8
Statuut		200		183		
	openbaar/public		53 (26.5)		46 (25.1)	86.8
	privaat/privé		147 (73.5)		137 (74.9)	93.2
Type ziekenhuis		200		183		
	Alg zkh		100 (50.0)		95 (51.9)	95.0
	Geria zkh		8 (4.0)		7 (3.8)	87.5
	Psy zkh		68 (34.0)		63 (34.4)	92.7
	gesp zkh		17 (8.5)		11 (6.0)	64.7
	univ zkh		7 (3.5)		7 (3.8)	100.0

Gelet op de hoge participatiegraad zijn alle categorieën en ziekenhuiskenmerken zeer goed vertegenwoordigd (min 80% met uitzondering van de gespecialiseerde ziekenhuizen met 64,7% respondenten).

B. Zorgthema's:

a. Algemene beschrijving:

De respondenten hadden de mogelijkheid om 6 thema's naar voor te brengen, 3 thema's die op het moment van de bevraging worden toegepast, ("vandaag") en 3 thema's die in de toekomst zullen worden toegepast ("morgen").

Er werd hen een themalijst voorgelegd die was opgebouwd na raadpleging van de leden van de FRKVA. Het was mogelijk om andere thema's toe te voegen (categorie "andere").

Tabel 4. Thema's waarop de verpleegkundige departementen werkzaam zijn.

Variable	Categories	Total		Par hôpital	
		N	Number (Percent)	N	Number (Percent)
Naam van het thema		111		186	
		0			
	Voeding-ondervoeding		104 (9.4)		91 (48.9)
	vrijheidsbeperkende maatregelen		89 (8.0)		86 (46.2)
	Decubitus		97 (8.7)		82 (44.1)
	tevredenheid van de patiënt		81 (7.3)		75 (40.3)
	Pijn		73 (6.6)		67 (36)
	agressie (ook autoagressie)		68 (6.1)		62 (33.3)
	tevredenheid van het personeel		58 (5.2)		55 (29.6)
	efficiëntie van de organisatie		54 (4.9)		47 (25.3)
	verpleegkundige attractiviteit		44 (4.0)		41 (22)
	ontslag management		42 (3.8)		40 (21.5)
	Catheterzorg		30 (2.7)		28 (15.1)
	Diabetes		19 (1.7)		18 (9.7)
	Desoriëntatie		16 (1.4)		14 (7.5)
	Zelfzorg - medicatie		15 (1.4)		14 (7.5)
	Kwaliteit van leven		14 (1.3)		12 (6.5)
	Mondzorg		10 (0.9)		10 (5.4)
	Continentie - incontinentie		12 (1.1)		9 (4.8)
	Functioneel, mentaal - psychosociaal		9 (0.8)		8 (4.3)
	sociale vaardigheden		8 (0.7)		8 (4.3)
	patienten rechten		8 (0.7)		8 (4.3)
	Neurologische zorg		7 (0.6)		7 (3.8)
	Cognitief verminderd functioneren		7 (0.6)		7 (3.8)
	Ulcus cruris		7 (0.6)		7 (3.8)
	Nausea en braken		5 (0.5)		5 (2.7)
	Vermoeidheid		3 (0.3)		3 (1.6)
	Sedatie		1 (0.1)		1 (0.5)
	andere		229 (20.6)		106 (57)

In het bestand waren maximaal 1116 antwoorden mogelijk (d.w.z. 186 x 6), twee

ziekenhuizen hebben geen antwoord gegeven op de vraag "vandaag", dus betekent dit 1110 antwoorden.

1. Globale beschrijvende analyse van de antwoorden van de participerende ziekenhuizen (n = 1110 antwoorden):

De gestructureerde themalijst heeft 79,4% van de antwoorden opgeleverd, 20,6% van de antwoorden bevonden zich onder de categorie "andere".

De Top 5 van de gekozen thema's zijn: Voeding en Ondervoeding (9,4%), Doorligwonden (8,7%), Vrijheidsberovende maatregelen (8%), Patiëntentevredenheid (7,3%), Pijn (6,6%).

2. Beschrijvende analyse op niveau van de participerende ziekenhuizen (n = 186 ziekenhuizen):

De gestructureerde themalijst werd gebruikt door 43% van de respondenten, 57% van de respondenten hebben "andere" thema's vooropgesteld.

De Top 5 van de gekozen thema's zijn: Voeding en ondervoeding (48,9%), Vrijheidsberovende maatregelen (46,2%), Doorligwonden (44,1%), Patiëntentevredenheid (40%), Geweld (33,3%).

We merken op dat de thema's waarop de verpleegkundige departementen kwalitatief werkzaam zijn grotendeels overeenstemmen met de thema's die door de Raad werden aangeboden in de bevraging.

Vandaag

Tabel 5. Thema's waarop de verpleegkundige departementen werkzaam zijn op het tijdstip van de enquête.

Variable	Categories	Total		Par hôpital	
		N	Number (Percent)	N	Number (Percent)
Naam van het thema		552		186	
	Voeding-ondervoeding		65 (11.8)		61 (32.8)
	vrijheidsbeperkende maatregelen		51 (9.2)		51 (27.4)
	tevredenheid van de patiënt		53 (9.6)		50 (26.9)
	agressie (ook autoagressie)		43 (7.8)		43 (23.1)
	Pijn		27 (4.9)		27 (14.5)
	ontslag management		23 (4.2)		23 (12.4)
	tevredenheid van het personeel		21 (3.8)		21 (11.3)
	efficiëntie van de organisatie		20 (3.6)		19 (10.2)
	Catheterzorg		15 (2.7)		15 (8.1)
	verpleegkundige attractiviteit		14 (2.5)		14 (7.5)
	Diabetes		9 (1.6)		9 (4.8)
	Desoriëntatie		7 (1.3)		6 (3.2)
	Continentie - incontinentie		6 (1.1)		6 (3.2)
	Functioneel, mentaal - psychosociaal		6 (1.1)		6 (3.2)
	Neurologische zorg		5 (0.9)		5 (2.7)
	Zelfzorg - medicatie		5 (0.9)		5 (2.7)
	Mondzorg		5 (0.9)		5 (2.7)
	Kwaliteit van leven		6 (1.1)		5 (2.7)
	sociale vaardigheden		3 (0.5)		3 (1.6)
	patienten rechten		3 (0.5)		3 (1.6)
	Nausea en braken		2 (0.4)		2 (1.1)
	Ulcus cruris		2 (0.4)		2 (1.1)
	Cognitief verminderd functioneren		2 (0.4)		2 (1.1)
	Vermoeidheid		1 (0.2)		1 (0.5)
	Andere		83 (15.0)		60 (32.3)

3. Globale beschrijvende analyse van thema's "vandaag" (n = 3 x 186 respondenten – 2 niet - antwoorden = 552 antwoorden):

De gestructureerde themalijst werd gebruikt door 85% en 15% behoren tot de categorie "andere".

De Top 5 van de geselecteerde thema's zijn: Doorligwonden(13,6%), Voeding en ondervoeding (11,8%), Patiëntentevredenheid (9,6%), Vrijheidsberovende maatregelen (9,2%), Geweld (7,8%).

4. Beschrijvende analyse op niveau van de participerende ziekenhuizen van de thema's "vandaag" (n = 186 ziekenhuizen):

De gestructureerde themalijst werd gebruikt door 67,7 % van de respondenten en 32,3 % behoren tot de categorie "andere".

De Top 5 van de gekozen thema's zijn: doorligwonden (38,2%), Voeding en ondervoeding (32,8%), Vrijheidsberovende maatregelen (27,4%), patiënttevredenheid (26,9%), Geweld (23,1%).

We merken op dat de thema's waarop de verpleegkundige departementen in 2009-2010 kwalitatief werkzaam zijn, overeenstemmen met de thema's die door de Raad werden bevraagd.

Morgen

Tabel 6. Thema's waar de verpleegkundige departementen in de toekomst werk willen van maken

Variable	Categories	Total		Par hôpital	
		N	Number (Percent)	N	Number (Percent)
Naam van het thema		558		186	
	Pijn		46 (8.2)		43 (23.1)
	Voeding-ondervoeding		39 (7.0)		38 (20.4)
	vrijheidsbeperkende maatregelen		38 (6.8)		37 (19.9)
	tevredenheid van het personeel		37 (6.6)		37 (19.9)
	efficiëntie van de organisatie		34 (6.1)		33 (17.7)
	verpleegkundige attractiviteit		30 (5.4)		30 (16.1)
	evredenheid van de patiënt		28 (5.0)		28 (15.1)
	agressie (ook autoagressie)		25 (4.5)		25 (13.4)
	decubitus		22 (3.9)		21 (11.3)
	ontslag management		19 (3.4)		19 (10.2)
	Catheterzorg		15 (2.7)		15 (8.1)
	Diabetes		10 (1.8)		10 (5.4)
	Zelfzorg - medicatie		10 (1.8)		10 (5.4)
	Desoriëntatie		9 (1.6)		9 (4.8)
	Kwaliteit van leven		8 (1.4)		8 (4.3)
	Ulcus cruris		5 (0.9)		5 (2.7)
	Mondzorg		5 (0.9)		5 (2.7)
	Neurologische zorg		5 (0.9)		5 (2.7)
	sociale vaardigheden		5 (0.9)		5 (2.7)
	patienten rechten		5 (0.9)		5 (2.7)
	Continentie - incontinentie		6 (1.1)		4 (2.2)
	Nausea en braken		3 (0.5)		3 (1.6)
	Functioneel, mentaal - psychosociaal		3 (0.5)		3 (1.6)
	Vermoeidheid		2 (0.4)		2 (1.1)
	Cognitief verminderd functioneren		2 (0.4)		2 (1.1)
	Sedatie		1 (0.2)		1 (0.5)
	Andere		146 (26.2)		92 (49.5)

5. Globale beschrijvende analyse van thema's voor de "toekomst" (n = 3 x 186 respondenten = 558 antwoorden):

De gestructureerde themalijst werd gebruikt door 74,2% en 26,2% behoren tot de categorie "andere".

De Top 5 van de gekozen thema's zijn: Pijn (8,2%), Voeding en ondervoeding (7%), Vrijheidsberovende maatregelen (6,8%), Personeelstevredenheid (6,6%), Efficiëntie van de organisatie (6,1%).

6. Beschrijvende analyse op niveau van de participerende ziekenhuizen van thema's voor de "toekomst" (n = 186 ziekenhuizen):

De gestructureerde themalijst werd gebruikt door 51,5% en 49,5% behoren tot de categorie "andere".

De Top 5 van de gekozen thema's zijn: Pijn (23,1%), Voeding en ondervoeding (20,4%), Vrijheidsberovende maatregelen (19,9%), Personeelstevredenheid (19,9%), Efficiëntie van de organisatie (17,7%).

De thema's waarop de verpleegkundige departementen "morgen" kwalitatief willen werken stemmen gedeeltelijk overeen met de thema's die door de Raad werden aangeboden in de bevraging, doch de ziekenhuizen hebben eveneens andere thema's voorgesteld.

b. De Motivatie van keuze voor het thema:

Tabel 7. Motivaties om deze thema's te hebben gekozen.

Variable	Categories	N	Number (Percent)
Motivatie om dit thema te kiezen: strategische doelstellingen van de instelling	Nee	1110	437 (39.4)
	Ja		673 (60.6)
Motivatie om dit thema te kiezen: wettelijke bepalingen	Nee	1110	886 (79.8)
	Ja		224 (20.2)
Motivatie om dit thema te kiezen: nastreven korte ligdagduur	Nee	1110	900 (81.1)
	Ja		210 (18.9)
Motivatie om dit thema te kiezen: verbetert de efficiëntie van het zorgproces	Nee	1110	479 (43.2)
	Ja		631 (56.8)
Motivatie om dit thema te kiezen: verbetert de kwaliteit en/of de veiligheid van zorg	Nee	1110	342 (30.8)
	Ja		768 (69.2)
Motivatie om dit thema te kiezen: vraag verpleegkundigen	Nee	1110	701 (63.2)
	Ja		409 (36.8)
Motivatie om dit thema te kiezen: vraag andere professioneel	Nee	1110	799 (72.0)
	Ja		311 (28.0)
Motivatie om dit thema te kiezen: andere	Nee	1110	943 (85.0)
	Ja		167 (15.0)

Op basis van het geheel van antwoorden (1110 observaties) is de zorgkwaliteit en/of de zorgveiligheid verbeteren (69,2%) de belangrijkste motivatie. Daarnaast hebben meer dan de helft van de opgegeven motivaties te maken met het bereiken van een strategische doelstelling van de instelling (60,6%) en het verbeteren van de efficiëntie van het zorgproces (56,8%).

c. De geplande en gerealiseerd acties:

Tabel 8. Gerealiseerde of geplande acties.

Variable	Categories	N	Number (Percent)
Actie: wetenschappelijke literatuur review	Nee	1110	526 (47.4)
	Ja		584 (52.6)
Actie: Meting van indicator(en)	Nee	1110	387 (34.9)
	Ja		723 (65.1)
Actie: observaties op terrein	Nee	1110	509 (45.9)
	Ja		601 (54.1)
Actie: informatie verspreiden	Nee	1110	402 (36.2)
	Ja		708 (63.8)
Actie: opleiding organiseren	Nee	1110	438 (39.5)
	Ja		672 (60.5)
Actie: aankoop van materiaal	Nee	1110	733 (66.0)
	Ja		377 (34.0)
Actie: opstellen of wijzigen van procedure	Nee	1110	488 (44.0)
	Ja		622 (56.0)
Actie: klinische pad of standaard zorgplan redactie of modificatie	Nee	1110	872 (78.6)
	Ja		238 (21.4)
Actie: evaluatie van ondernomen acties	Nee	1110	679 (61.2)
	Ja		431 (38.8)
Actie: andere	Nee	1110	938 (84.5)
	Ja		172 (15.5)

Op basis van het geheel van antwoorden (1110 observaties) is het meten van indicatoren (65,1%) de meeste aangeduide actie. De enige acties die geen 50 % van de antwoorden halen zijn de evaluatie van de gevoerde acties (38,8%) en het opstellen of aanpassen van het standaard zorgtraject of zorgplan (21,4%).

d. De meetmethode voor het opvolgen van indicatoren :

Tabel 9. Gebruikte of voorziene methode voor het meten van indicatoren:

Variable	Categories	N	Number (Percent)
Methode: Tijdelijke observatoren/waarnemers	Nee	723	633 (87.6)
	Ja		90 (12.4)
Methode: tijdelijke (geïnformatiseerde) registratie	Nee	723	651 (90.0)
	Ja		72 (10.0)
Methode: permanente (geïnformatiseerde) registratie	Nee	723	561 (77.6)
	Ja		162 (22.4)
Methode: andere	Nee	723	650 (89.9)
	Ja		73 (10.1)

De steekproef is beperkt tot de antwoorden van de ziekenhuizen die aangeven een actie op te zetten zoals de "meting van indicatoren" (N=723).

De meest gebruikte methode voor het meten van indicatoren is de permanente (geautomatiseerde) registratie. Maar deze methode haalt slechts 22,4% van de antwoorden, 46,9 % van de respondenten hebben een werkmethode opgegeven, verdere analyses werden opgesplitst tot de antwoorden "vandaag" en "morgen".

Voor de antwoorden met betrekking tot "**vandaag**" (N=372 **is er geen enkel ziekenhuis dat een meetmethode voor indicatoren beschrijft**). Dit relatief lage resultaat beïnvloedt het lage percentage totale antwoorden .

Als we kijken naar de antwoorden met betrekking tot "**morgen**" (N=351) hebben **alle ziekenhuizen een meetmethode opgegeven voor het opvolgen van indicatoren**. De vaakst aangeduide methode is de permanente (geautomatiseerde) registratie (46,2%).

Tabel 10. Kenmerken van de ziekenhuizen die van plan zijn indicatoren te meten

Variable	Categories	N	Number (Percent)	Number	% Catégorie
Taal		200			
	B		19 (9.5)	12	63.2
	FR		72 (36.0)	55	76.4
	NL		109 (54.5)	88	80.7
Gewest		200			
	B		28 (14.0)	18	64.3
	V		106 (53.0)	86	81.1
	W		66 (33.0)	51	77.3
Provincie		200			
	Antwerpen		25 (12.5)	20	80.0
	Brabant Wallon		7 (3.5)	4	57.1
	Brussel-Bruxelles		28 (14.0)	18	64.3
	Hainaut		26 (13.0)	21	80.8
	Limburg		13 (6.5)	13	100.0
	Liège		19 (9.5)	15	79.0
	Luxembourg		4 (2.0)	4	100.0
	Namur		10 (5.0)	7	70.0
	Oost-Vlaanderen		28 (14.0)	23	82.1
	Vlaams-Brabant		16 (8.0)	12	75.0
	West-Vlaanderen		24 (12.0)	18	75.0
Statuut		200			
	openbaar/public		53 (26.5)	40	75.5
	privaat/privé		147 (73.5)	115	78.2
Type ziekenhuis		200			
	Alg zkh		100 (50.0)	88	88.0
	Geria zkh		8 (4.0)	3	37.5
	Psy zkh		68 (34.0)	49	72.1
	gesp zkh		17 (8.5)	9	52.9
	univ zkh		7 (3.5)	6	85.7

We merken op dat het percentage ziekenhuizen dat indicatoren wil gaan meten in Waals-Brabant en in Brussel het laagst is respectievelijk nog 57,1 en 64,3 %). In Waals-Brabant betreft het zeer gespecialiseerde en (zeer) kleine ziekenhuizen wanneer we kijken naar de verdeling per type.

e. Het aanwenden van middelen:

Tabel 11. gebruikte of gewenste middelen

Variable	Categories	N	Number (Percent)
Middelen: specifiek personeel voor dit thema	non	1110	708 (63.8)
	oui		402 (36.2)
Middelen: gebruik van het beschikbaar personeel	non	1109	529 (47.7)
	oui		580 (52.3)
Middelen: ondersteuning via aankoop van materiaal en/of software	non	1109	835 (75.3)
	oui		274 (24.7)
Middelen: financiële ondersteuning	non	1109	1002 (90.4)
	oui		107 (9.6)
Middelen: andere	non	1110	908 (81.8)
	oui		202 (18.2)

Wat de globale antwoorden (1110 observaties) betreft wordt de uitbreiding van de beschikbare personele middelen (52,3%) het meest aangeduid en het minst het aanwenden van financiële ondersteuning (9,6%).

Bij de antwoorden voor "vandaag" (552 observaties) evenals "morgen" (558 observaties) werd het meest gehanteerde aanwending van middelen *uitbreiding van het beschikbare personeel* met respectievelijk 79,3% en 40% aangeduid.

Tabel 12. Details van de gebruikte of gewenste middelen

Variable	N	Mean	SD	SE	Min	Q1	Median	Q3	Max
Middelen: aantal FTE specifiek personeel voor dit thema	347	0.7	0.97	0.05	0.0	0.3	0.5	1.0	10.0
Middelen: cost (€) voor aankoop van materiaal en/of software	80	28450	84361	9431.8	5.0	2000.0	6250.0	24893	703000
Middelen: cost (€) van de financiële ondersteuning	40	20113	25937	4101.0	10.0	4250.0	11500	20000	120000

De respondenten die aangeven dat ze specifiek personeel gebruiken of gaan gebruiken om te werken rond de gekozen thema's hebben een raming gegeven van de benodigde werktijd per gekozen thema. Hetzelfde geldt voor diegenen die geantwoord hebben in termen van aankoop van materiaal of software, of van financiële ondersteuning.

Indien er specifiek personeel wordt toegewezen of moet toegewezen worden per thema (32,6% van de antwoorden) dan gaat het over 0,5 VTE (mediaan).

Het aantal VTE verschilt significant volgens de taalgebied (B: 1.0 ± 0.83 , FR: 1.0 ± 1.1 en NL: 0.6 ± 0.9 , $p=0.0020$). Franstaligen geven aan meer personeel nodig te hebben per thema dan Nederlandstalige. De gemiddelde kost voor de aankoop van het materiaal en de gemiddelde kost voor de financiële ondersteuning verschillen echter niet voor wat het van de taalgebied ($p=0.53$ en $p=0.72$, respectievelijk) betreft.

Het verschil in taalgebied rond het aantal VTE is eveneens significant volgens het gewest (B: 0.9 ± 0.75 , V: 0.6 ± 0.91 en W: 1.0 ± 1.08 , $p=0.0027$). De Waalse ziekenhuizen geven aan meer personeel per thema nodig te hebben dan de andere gewesten. De gemiddelde kost voor de aankoop van materiaal en de gemiddelde kost inzake financiële ondersteuning verschillen niet tussen de gewesten ($p=0.52$ en $p=0.72$, respectievelijk).

We stellen geen significant verschil vast tussen provincies wat het aantal VTE personeel voor het thema betreft ($p=0.14$) en voor de gemiddelde kost voor de aankoop van materiaal en/of software ($p=0.88$). We stellen wel een significant verschil vast wat de gemiddelde kost van de financiële ondersteuning betreft ($p=0.0048$). De gemiddelde kost van de financiële ondersteuning is het hoogst in Waals-Brabant en in Oost- en West-Vlaanderen, en het laagst in Limburg, Luik en Antwerpen.

Het gemiddelde aantal VTE dat wordt voorzien is hoger voor de openbare dan voor de private ziekenhuizen (1.0 ± 1.5 vs 0.6 ± 0.65 , $p=0.0011$). De gemiddelde kost voor de aankoop van materiaal en de gemiddelde kost voor financiële ondersteuning verschilt niet tussen de statuten ($p=0.13$ en $p=0.052$, respectievelijk).

Het gemiddeld aantal VTE, de gemiddelde kost voor materiaalaankopen, de gemiddelde kost voor financiële ondersteuning verschillen niet tussen de types ziekenhuizen ($p=0.12$, $p=0.87$ en $p=0.95$, respectievelijk).

f. Voorziene of gewenste begeleiding.

Tabel 13. Voorziene of gewenste begeleiding

Variable	Categories	N	Number (Percent)
Begeleiding: methodologische ondersteuning	non	1110	563 (50.7)
	oui		547 (49.3)
Begeleiding: recente kennis m.b.t. dit thema	non	1110	616 (55.5)
	oui		494 (44.5)
Begeleiding: voorbeelden van goede praktijk omtrent dit thema	non	1110	687 (61.9)
	oui		423 (38.1)
Begeleiding: andere	non	1110	955 (86.0)
	oui		155 (14.0)

Voor de globale antwoorden (1110 observaties) werd het meest gebruikte of gewenste type begeleiding om rond de gekozen thema's te werken de methodologische ondersteuning (49,3%) aangeduid, gevolgd door een kennisstatus over de materie (44,5%), en het ontvangen van goede praktijkvoorbeelden (38,1%).

De resultaten zijn quasi identiek voor de thema's die voor "vandaag" als "morgen" aangeduid werden.

g. De verschillen tussen de psychiatrische en de andere ziekenhuizen:

Bij de analyse van de enquêteresultaten heeft de Raad soms aanzienlijke verschillen vastgesteld tussen de psychiatrische en de andere ziekenhuizen.

Deze verschillen liggen voornamelijk in de keuze van de thema's:

Tabel 14. Thema's waarrond gewerkt wordt door de verpleegkundige departementen van de psychiatrische ziekenhuizen.

Variable	Catégories	Total		Par hôpital	
		N	Nombre (%)	N	Nombre (%)
Naam van het thema		372		63	
	Désorientation		2 (0.5)		2 (3.2)
	Voeding-ondervoeding		10 (2.7)		9 (14.3)
	decubitus		2 (0.5)		2 (3.2)
	Ulcus cruris		1 (0.3)		1 (1.6)
	Diabetes		3 (0.8)		2 (3.2)
	Cognitief verminderd functioneren		1 (0.3)		1 (1.6)
	Zelfzorg - medicatie		12 (3.2)		11 (17.5)
	Pijn		2 (0.5)		2 (3.2)
	Functioneel, mentaal - psychosociaal		6 (1.6)		6 (9.5)
	Neurologische zorg		3 (0.8)		3 (4.8)
	Kwaliteit van leven		11 (3.0)		10 (15.9)
	agressie (ook autoagressie)		54 (14.5)		48 (76.2)
	vrijheidsbeperkende maatregelen		36 (9.7)		35 (55.6)
	sociale vaardigheden		5 (1.3)		5 (7.9)
	ontslag management		22 (5.9)		22 (34.9)
	patienten rechten		7 (1.9)		7 (11.1)
	verpleegkundige attractiviteit		11 (3.0)		10 (15.9)
	tevredenheid van het personeel		26 (7.0)		25 (39.7)
	Tevredenheid van de patiënt		26 (7.0)		26 (41.3)
	efficiëntie van de organisatie		25 (6.7)		22 (34.9)
	Andere		107 (28.8)		47 (74.6)

1. Globale beschrijving (n = 372 antwoorden):

De Top 5 van de gekozen thema's zijn Geweld (14,5%), Vrijheidsberovende maatregelen (9,7%), Personeelstevredenheid en Patiëntentevredenheid (7%), Ontslagbeheer (5,9%). Dit resultaat wijkt af van de globale resultaten voor alle ziekenhuizen samen, de psychiatrische ziekenhuizen kiezen namelijk niet voor de thema's "Voeding en ondervoeding", "Doorligwonden", en "Pijn".

2. Beschrijvende analyse op niveau van de ziekenhuizen (n = 63 psychiatrische ziekenhuizen):

De Top 5 van de gekozen thema's zijn Geweld (76,2%), Vrijheidsberovende maatregelen (55,6%), Patiënttevredenheid (41,3%) en Personeelstevredenheid(39,7%), Ontslagbeheer (34,9%). Dit is een afwijkend resultaat ten opzichte van de globale resultaten van alle ziekenhuizen aangezien de psychiatrische ziekenhuizen niet kiezen voor de thema's "Voeding en ondervoeding", en "Doorligwonden".

We merken op dat de thema's waarrond de verpleegkundige departementen van de **psychiatrische ziekenhuizen** kwalitatief bezig zijn, wel degelijk kaderen in de door de Raad werden bevroegd, maar dat ze sterk afwijken van de antwoorden van de andere types ziekenhuizen.

De Raad beschikt over doorgedreven analyses van de resultaten van deze enquête en kan deze gegevens op aanvraag ter beschikking stellen.

5. Gebruik van de enquêteresultaten door de Raad

A. Samenvatting van de resultaten:

Op basis van de analyse van de resultaten van de gestructureerde bevraging – waarbij deze gegevens tevens gelden als jaarverslag over de interne kwaliteitsevaluatie van de verpleegkundige departementen in 2009 en 2010 – neemt de Raad volgende elementen op als samenvatting:

- De belangrijkste en prioritaire thema's (de "top 10") zijn ondervoeding, vrijheidsbeperking, doorligwonden, patiënttevredenheid, pijn, geweld, personeeltevredenheid, organisatie-efficiëntie, verpleegkundige attractiviteit en het ontslagbeheer.
- De thema's "doorligwonden" en "ondervoeding" zijn eerder een actueel thema, het thema "pijn" is eerder een toekomstig thema.
- Er zijn verschillen in de keuze van de thema's tussen de psychiatrische ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen.
- De thema's "vrijheidsbeperking" en "geweld" zitten grotendeels in de "top 10" dank zij de keuzes van de psychiatrische sector.
- De verpleegkundige departementen van de ziekenhuizen tonen zich gemotiveerd om mee te doen aan initiatieven ter verbetering van de zorgkwaliteit. Naast de motivatie die gerelateerd is aan de wettelijke verplichting, is de motivatie gerelateerd aan de beroepsbeoefenaars (verpleegkundigen en anderen) van de operationele basis minder prominent aanwezig.
- De actie die de verpleegkundige departementen het vaakst aanduiden is het opvolging van indicatoren, doch weinig ziekenhuizen beschrijven de indicatoren zeer concreet met bijvoorbeeld een definitie, een teller en een noemer. Alhoewel heel wat ziekenhuizen voor "morgen" veel concreter de indicatoren beschrijven.
- De meest gebruikte middelen zijn personele middelen, het zijn de verpleegkundigen van de operationele basis die het vaakst worden ingeschakeld. Vele ziekenhuizen hebben geraamd dat de implementatie van nieuwe thema's voor "morgen" ongeveer ½ VTE specifiek belast voor deze taak betreft.
- Bijna de helft van de ziekenhuizen wijzen op de nood aan methodologische ondersteuning, en meer dan een derde van de ziekenhuizen hebben de behoefte aan goede praktijkvoorbeelden.
- Bij het evalueren van de talrijke antwoorden onder categorie "andere", stellen we vast dat de verpleegkundige departementen aangeven over deze materie te reflecteren en te discussiëren.

B. Keuze van de thema's door de Raad

Ingevolge de analyse van de antwoorden van de hoofden van het verpleegkundige departement van de ziekenhuizen op de gestructureerde bevraging heeft de Raad de procedure verdergezet zoals beschreven in het KB van 2007¹¹. Nadat de Raad een voorstel van thema's heeft geformuleerd en de ziekenhuizen indicatoren hebben aangeduid, heeft de Raad een eerste selectie bepaald.

Om deze keuze te maken heeft de Raad de thema's uit de "Top 10" en de voorgestelde indicatoren gerangschikt op basis van de volgende criteria:

- Is het thema een wetenschappelijk aantoonbare uitdaging inzake volksgezondheid?
- Is het wetenschappelijk bewezen dat verpleegkundigen voldoende invloed kunnen hebben op de zorgkwaliteit (nurse sensitive)?
- Is het mogelijk dit thema te meten, en zo ja hoe?
- Zijn er over dit thema al gegevens beschikbaar op Federaal of op andere niveaus?
- Zijn er veel ziekenhuizen die over dit thema indicatoren hebben voorgesteld? Zo ja, zijn deze indicatoren
 - o Nursing Sensitive (zoals internationaal gedefinieerd)?
 - o Gemakkelijk meetbaar (vergen weinig middelen)?
 - o Nuttig voor een benchmarking (nationaal en internationaal)?
 - o Duidelijk gedefinieerd (om een uniforme meting te garanderen)?

Op basis van deze rangschikking en de opgesomde criteria komen vijf thema's uit de "Top 10" naar voren: Ondervoeding – Vrijheidsbeperking / Fixatie – Doorligwonden – Pijn – Geweld.

Omdat het thema van agessiemangement het voorwerp uitmaakt van een Federaal onderzoeksproject dat beoogt na te gaan of een opleiding op dit vlak in de eenheden psychiatrie een significante invloed zou hebben, verkiest de Raad dit thema in reserve te houden.

De Raad heeft daarom beslist om deze vier andere thema's als prioritair naar voor te schuiven. Voor wat betreft de keuze van indicatoren hebben de ziekenhuizen weinig concrete indicatoren per thema beschreven.

Zoals tevens voorzien in het KB van 2007, heeft de Raad beslist om experts rond deze thema's uit te nodigen om duidelijkheid te verschaffen aangaande de evaluatie van de gekozen thema's voor wat betreft bruikbare indicatoren, definities en kenmerken.

De uitgenodigde experts waren :

- Ondervoeding: Bart Van Geurden, verpleegkundige en doctorandus master verpleegkunde - vroedkunde aan de UA, en Thérèse Van Durme, verpleegkundige en doctorandus in de volksgezondheidswetenschappen aan de UCL.

¹¹ Arrêté Royal du 27/04/2007, MB 04/06/2007, relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

- Vrijheidsbeperking/Fixatie: Pr. Dr Koen Milisen van de KUL en David Leduc, verpleegkundige hoofd van dienst aan het CHU Charleroi.
- Decubitus: Pr. Dr Katrien Vanderwee van UGent en Aurelia Bustillo, verpleegkundige hoofd van dienst aan het Hôpital Universitaire Erasme
- Pijn : Susan Broekmans, verpleegkundige en doctorandus in de verpleegkundige wetenschappen aan de KUL, expert inzake pijn aan het UZ Leuven.

Deze experts hebben aan de Raad tussen 20 en 30 indicatoren voorgesteld over elk thema die aan de beschreven selectiecriteria beantwoordden (met inbegrip van hun definities en meetmethoden).

In dit stadium had de Raad een selectie kunnen doorvoeren en ze meedelen aan de hoofden van het verpleegkundige departement van de ziekenhuizen. Maar de resultaten van de gestructureerde vragenlijst gaven blijk van een groot engagement en uiteenlopende ideeën en voorstellen rond thema's en indicatoren die het voeren van discussie en overleg met de hoofden motiveerde. Daarom werd beslist om een terugkoppeling te organiseren via een symposium. Een dergelijk symposium werd in maart 2011 georganiseerd en liet toe de kennis van de hoofden van het verpleegkundige departement over goede praktijken en over de evaluatie van zorgthema's uit te wisselen, hun mening te vragen over indicatoren en na te gaan in hoeverre zij zich tot een dergelijke aanpak zouden kunnen verbinden.

C. Overlegssymposium met de verpleegkundige directies en/of hun vertegenwoordigers.

Alle hoofden van het verpleegkundig departement hebben voor dit symposium enkele maanden op voorhand een uitnodiging voor twee personen gekregen.

Het programma omvatte :

- Een inleiding over de rol en de werking van de Raad, wat de Raad tot dan toe gedaan heeft, de missie en de doelstellingen van de Raad en het verloop van de dag.
- Een ochtendsessie met theoretische uiteenzettingen door experts over elk voorgesteld thema door de Raad: omvang van het probleem, verpleegkundige impact op het thema en goede praktijkvoorbeelden
- Een namiddag met workshops over elk thema en in elke taal om de directies de kans te geven met de experts en leden van de Raad te discussiëren over de voorgestelde indicatoren, en na te gaan in hoeverre zij zich ertoe zouden kunnen verbinden om de indicatoren te gebruiken.
- Een conclusie door de Minister van Volksgezondheid

230 personen hebben deelgenomen aan dit symposium dat plaatsvond op 03 maart 2011 in de conferentiezalen van het Brusselse Bedford Hotel.

Onder de genodigden waren er 121 hoofden van het verpleegkundige departement (52% van de deelnemers) en 145 ziekenhuizen waren vertegenwoordigd (72% van de Belgische ziekenhuizen).

Dit symposium was de gelegenheid voor alle leden van de Raad om hun standpunten uit te wisselen met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, deze toe te lichten en te beargumenteren. Deze zeer rijke gedachtewisselingen waren een gelegenheid voor iedereen (deelnemers en organisatoren) om nieuwe elementen rond de voorgestelde thema's te leren en de eigen zekerheden te evalueren en in vraag te stellen.

De Raad heeft gepeild naar de tevredenheid bij de deelnemers aan het symposium. 200 personen (86%) hebben daartoe een vragenlijst ingevuld.

Algemeen genomen heeft het symposium een score gekregen van

- 8/10 voor het wetenschappelijk aspect
- 6/10 voor het aanreiken van nieuwe kennis
- 8/10 voor de toepasbaarheid in de praktijk
- 8/10 voor de interactiviteit
- 8/10 voor het gevoel beslissingen te kunnen beïnvloeden
- 10/10 voor de algemene organisatie

Voor de workshop was de tevredenheid als volgt :

- 8/10 voor het wetenschappelijk aspect
- 6/10 voor het aanreiken van nieuwe kennis
- 8/10 voor de toepasbaarheid in de praktijk
- 8/10 voor de interactiviteit
- 8/10 voor het gevoel beslissingen te kunnen beïnvloeden
- 10/10 voor de begeleiding van de debatten

Op het einde van het symposium hebben de leden van de Raad een debriefing gehouden waarbij ze vaststelden dat de Raad in dit stadium voldoende informatie heeft om een beslissing te nemen rond de thema's, de indicatoren, de definitie en de meetmethode van de indicatoren die in de toekomst zullen worden gebruikt om de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen te kunnen evalueren.

6. Perspectieven

Op basis van de beschikbare informatie in dit stadium heeft de Raad beslist om de volgende principes aan te nemen :

- De Raad moet duidelijk zijn in toekomstige communicaties door te stellen wat de Raad wil bereiken, waarom en binnen welke termijn – de departementshoofden zijn gemotiveerd maar willen zich kunnen voorbereiden.
- De vier thema's moeten omzichtig en progressief worden ingebouwd in de cyclus van de kwaliteitsevaluatie (niet allemaal tegelijk) – want de verpleegkundige departementen moeten over de nodige middelen kunnen onderhandelen, referentiepersonen selecteren en eventueel veranderingen doorvoeren in de organisatie van de verpleegkundige zorg.
- Het is niet mogelijk om in dit stadium reeds 4 thema's vast te leggen voor de psychiatrische ziekenhuizen – dat moet gebeuren tegen eind 2011 – maar voor 2011 wordt het thema vrijheidsbeperking gekozen (afzondering – fixatie)
- De Raad heeft een pedagogisch opdracht de verpleegkundige departementen helpen om voldoende inzicht te krijgen over de gebruikte indicatoren (definities, mogelijke meetmethoden, doelstellingen)
- Voor elke indicator moet een realistisch voorstel, het "noodzakelijke minimum" voor de meting worden aangeboden, samen met een beschrijving van de ideale meting.
- De Raad zal synergie en samenwerking bestendigen met het initiatief Kwaliteits- en Veiligheidscontracten van de FOD Volksgezondheid, en mee de methodologische kennis en bronnen die in dit kader beschikbaar zijn opnemen.
- Goede verpleegkundige praktijken zullen opgesteld en verspreid worden om de verpleegkundige departementen te ondersteunen bij het toepassen van deze nieuwe dynamiek om de verpleegkundige praktijken te verbeteren
- Eerst zullen er structuur- en procesindicatoren voorgesteld worden daarna resultaatindicatoren.
- Aan de ziekenhuizen zal gevraagd worden hun jaarverslag 2011 in te dienen op 30 maart 2012 en vervolgens elk jaar op 30 maart van de volgende jaren voor het jaar dat voorbij is.
- Er moet voor de zomer van 2011 een brief worden gestuurd naar de hoofden van het verpleegkundig departement om de beslissing van de Raad tot in 2014 mee te delen (cf. bijlage).

A. Doelstellingen van de Raad voor 2014:

- De prevalentie van decubitus verminderen veroorzaakt door een tekort aan verpleegkundige preventie.
- De detectie van de voedingsstatus door de verpleegkundigen en de opvolging van de nutritionele zorg aan ondervoede patiënten verbeteren.
- De frequentie van ongevallen verminderen die zijn gelinkt aan fixatie toegepast door verpleegkundigen als vrijheidsbeperkende maatregel.
- De detectie en opvolging van acute pijn bij patiënten door verpleegkundigen verbeteren.

- Thema's voorstellen die toepasbaar zijn voor de psychiatrie ziekenhuizen.
- In 2014 kunnen alle Belgische ziekenhuizen rond deze thema's vergeleken worden, België kan vergeleken worden met het buitenland, de overheden kennen de toestand, de Raad kan aanbevelingen formuleren aan de hoofden van het verpleegkundig departement en aan de overheden om de resultaten te verbeteren.

B. Methode die zal worden toegepast van 2011 tot 2014:

De thema's worden geleidelijk van jaar tot jaar ingevoerd – samen met de indicatoren om ze te meten (eerst de indicatoren rond middelen en processen, vervolgens indicatoren rond resultaten). Zodra een thema is ingevoerd wordt het vanaf het volgende jaren geëvalueerd. Elk jaar dat voorafgaat aan de invoering van een thema zullen de hoofden van het verpleegkundig departement een technische fiche ontvangen die elke indicator beschrijft: de definitie, de teller en de noemer, de manier van meten (minimaal en ideaal) en eventueel welke resultaten er in de literatuur worden gevonden ("target").

Elk jaar dat er een thema wordt ingevoerd zal de Raad ernaar streven om goede praktijkrichtlijnen te verspreiden om de hoofden van het verpleegkundig departement te helpen de goede zorgmethoden te verspreiden.

Twee verschillende "trajecten" zullen worden gebruikt naargelang van de groep waartoe het ziekenhuis behoort. Het traject "psychiatrisch ziekenhuis" ligt nog niet vast tot in 2014 want er moeten nog keuzes overlegd worden met de sector.

Niet-psychiatrische ziekenhuizen:

In 2011 wordt gevraagd om het thema **doorligwonden** te evalueren aan de hand van de indicatoren rond *middelen* en *processen* die de Raad in 2011 zullen bezorgen.

In 2012 zal worden gevraagd om bij het thema **doorligwonden** *resultaatindicatoren* toe te voegen. Daarnaast wordt het thema **ondervoeding** toegevoegd met indicatoren rond *middelen* en *processen*.

In 2013 zal worden gevraagd om bij het thema **doorligwonden** de laatste *resultaatindicator* toe te voegen, en *resultaatindicatoren* toe te voegen aan het thema **ondervoeding**. Dat jaar komen de thema's **fixatie** en **pijn** erbij (indicatoren rond *middelen* en *processen*).

In 2014 zal worden gevraagd om resultaatsindicatoren toe te voegen voor **fixatie** en voor **pijn**.

Psychiatrische ziekenhuizen:

In 2011 wordt gevraagd om het thema **vrijheidsbeperking (afzondering-fixatie)** te evalueren aan de hand van indicatoren rond *middelen* en *processen* die de Raad in de maand 2011 zullen bezorgen.

In 2012 wordt gevraagd om *resultaatindicatoren* toe te voegen voor het thema **vrijheidsbeperking (afzondering-fixatie)**. Daarbij moet ofwel het thema **ondervoeding** ofwel het thema **geweld/agressie** worden toegevoegd met de bijhorende indicatoren rond *middelen* en *processen*. Dit zal in december 2011 nader worden bepaald.

In 2013 zal worden gevraagd om *resultaatindicatoren* toe te voegen voor het thema van 2012. Dat jaar zullen we ook twee thema's toevoegen (indicatoren rond *middelen* en *processen*).

In 2014 zal worden gevraagd de resultaatindicatoren toe te voegen, voor het **laatste ingevoerde thema's**.

Deze 2 "trajecten" worden in de onderstaande tabellen schematisch weergegeven:

Tabel 14. Geleidelijke invoering van thema's en indicatoren voor de NIET-Psychiatrische ziekenhuizen.

Thema's - niveaus	2011	2012	2013	2014
Decubitus				
Structuur	x	x	x	x
Proces	x	x	x	x
Resultaten		x*	x	x
Ondervoeding				
Structuur		x	x	x
Proces		x	x	x
Resultaten			x	x
Fixatie				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x
Pijn				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x

De registratie van doorligwonden was een wettelijke verplichting van 1987 tot 2007, vandaar dat dit thema als eerste wordt ingevoerd. Meer dan de helft van de gehospitaliseerde patiënten in België genieten van de diensten van een multidisciplinair nutritioneel team dat ermee belast is de beoogde indicatoren te verzamelen, vandaar dat dit thema als tweede wordt ingevoerd. Daarnaast heeft de Raad vastgesteld dat het thema **pijn** een grote uitdaging is, zowel omwille van zijn multidisciplinaire aanpak als door zijn innoverend aspect, dit verklaart waarom het later wordt ingevoerd, samen met het thema **fixatie**.

Tabel 15. Geleidelijke invoering van thema's en indicatoren in de **PSYCHIATRISCHE** ziekenhuizen.

Thema's - niveaus	2011	2012	2013	2014
Contention				
Structuur	x	x	x	x
Proces	x	x	x	x
Resultaten		x	x	x
Dénutrition ? Violence ?				
Structuur		x	x	x
Proces		x	x	x
Resultaten			x	x
????????????				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x
????????????				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x

De registratie van fixaties en vrijheidsbeperkingen is een wettelijke verplichting in de psychiatrie, vandaar dat dit thema als eerste wordt ingevoerd.

De structuurindicatoren, procesindactoren en resultaatindicatoren voor de 4 nu gekende thema's, zijn de volgende:

Decubitus	Ondervoeding	Fixatie - Vrijheidsbeperkingen		Pijn
		NIET-PSY		
<i>Structuur:</i>	<i>Structuur:</i>	<i>Structuur:</i>		<i>Structuur:</i>
Aanwezigheid van een EB protocol	Protocol (EB) voor screening, assessment en behandeling	Aanwezigheid multidisciplinair beleid/richtlijn vrijheidsbeperkende maatregelen	Aanwezigheid Acute Pain Service	Présence d'un service spécifique de prise en charge de la douleur (Pain Service)
Aanwezigheid van een referentieverpleegkundige decubitus (en wondzorg)	Verantwoordelijke die protocollen up-to-date houdt en toeziet op het gebruik ervan door zorgv.	Aanwezigheid multidisciplinaire werkgroep voor technische evaluatie en protocolontwikkeling correct en veilig praktisch gebruik van gehanteerde fixatiemiddelen	Aanwezigheid van een Strategisch plan voor Continue Kwaliteitsverbetering	Existence d'un plan stratégique d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans l'institution
Aanwezigheid van een decubituscommissie in het ziekenhuis	Bijscholing (preventie en behandeling van ondervoeding)			
Regelmatig registratie van prevalentie van decubitus				
Beschikbaarheid van preventiematerialen				
Risicobepaling rubriek in het dossier van de patiënt				
<i>Proces:</i>	<i>Proces:</i>	<i>Proces:</i>		<i>Proces:</i>
Percentage patiënten waarvan het risico op decubitus werd bepaald	Screenen bij opname a.h.v. gevalideerde schaal	Percentage medewerkers met opleiding	Percentage geïnformeerde patiënten	Pourcentage de patients informés sur ce thème
Percentage patiënten dat een totale adequate	Vastleggen van risico in patiëntendossier	Percentage patiënten met multidisciplinair	Percentage Systematische evaluatie van	Pourcentage d'évaluation systématique de

preventie krijgt		overleg	pijn Percentage Toepassing van pijnprotocollen	la douleur Pourcentage de patients bénéficiant d'un protocole
	Consult diëtist wordt gedocumenteerd in patiëntendossier	Percentage rapportering in patiënten dossier		
		Percentage patiënten met verhoogd toezicht		
Resultaten:	Resultaten:	Resultaten:	Resultaten:	Resultaten:
Prevalentie decubitus categorie I-IV	Aantal ondervoede patiënten die heeft een gewichtevoluitie in dossier (min 2 gewicht)	Aantal beperkingen van de bewegingsvrijheid door middel van fixatie	Percentage patienten VAS>3 post-op D2	Pourcentage de patients EVA>3 post-op J2
Prevalentie decubitus categorie II-IV	Consult diëtist bij ondervoede patiënten	Aantal fixatie volgens tijdsduur van de fixatie	Percentage Patiëntentevred enheid is goed voor pijnbehandeling	Pourcentage de patients satisfaits à la sortie
Prevalentie hieldecubitus categorie I-IV		Aantal fixatie volgens tijdstip van aanvang van fixatie		
Prevalentie hieldecubitus categorie II-IV		Aantal patiënten die gefixeerd worden (totaal + > 1 keer)		
*Het aantal patiënten dat ondanks preventie toch decubitus krijgt		Valincidenten van gefixeerde patiënten		
		Valincidenten van gefixeerde patiënten met verwonding tot gevolg (volgen ernstklasse)		

Voor elk van deze indicatoren zal de Raad, het jaar voor hun invoering, een beschrijvende technische fiche aanreiken met een definitie, de teller en de noemer, hoe de indicator gemeten moet worden (minimaal en ideaal), en indien mogelijk een te behalen doelstelling en een doelstelling die een vergelijking mogelijk maakt ("target").

7. Conclusies.

De 3 grote missies, die aan de FRKVA werden toevertrouwd, beogen: het stimuleren van de verpleegkundige praktijk op basis van wetenschappelijke evidentie (EBN), het ondersteunen van de hoofden van het verpleegkundig departement bij het intern evalueren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit door met hen thema's en indicatoren te bepalen, het opstellen van een geanonimiseerd jaarverslag met gegevens van gans het land met de resultaten van de interne evaluaties die door de ziekenhuizen verzameld worden en de overheid rapporteren.

De Raad opgericht in 2009 is vanuit een nieuwe situatie gestart zonder voorgaande, heeft de beschreven opdrachten toegeëigend, heeft een visie en een werkmethode bepaald en heeft een wijze uitgewerkt om overleg te plegen met de hoofden van het verpleegkundig departement en andere experts die nuttig zijn voor haar werking.

Dit eerste verslag beschrijft de verschillende activiteiten van de Raad met de eerste resultaten van een gestructureerde bevraging van de verpleegkundige departementen.

De doelstellingen van de Raad zijn uitgeklaard en door alle actoren gekend. Tegen 2014 zal de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in de algemene ziekenhuizen op het vlak van de preventie van doorligwonden, de verstrekking van voedingszorg, de preventie van ongevallen te wijten aan fixaties en de follow-up van acute pijn van patiënten in beeld gebracht worden en verbeterinitiatieven in de verschillende ziekenhuizen kunnen ondersteund worden. In de psychiatrische ziekenhuizen zullen de doelstellingen verschillend zijn (eind 2011 gedefinieerd worden) en de maatregelen inzake de vrijheidsbeperkende maatregelen (bedwinging en isolement) zullen het eerst worden geëvalueerd.

In 2014 zullen alle ziekenhuizen zich met elkaar kunnen vergelijken wat de gekozen thema's betreft, België zal zich kunnen vergelijken met het buitenland, de overheid zal de situatie kennen en de Raad zal in staat zijn om aanbevelingen aan de hoofden van het verpleegkundig departement en aan de overheid te formuleren om zorgresultaten te verbeteren.

De werkmethode die is gekozen om de doelstellingen te bereiken, is samengesteld uit een opvolging van Verpleegkundig Zorggerelateerde Indicatoren (VZI); de verspreiding van goede praktijken op basis van wetenschappelijke evidentie (EBN); een samenwerking met het Federale initiatief "contracten Kwaliteit-Veiligheid" voor wat betreft de implementatie van een permanente verbeteringscultuur en een dynamiek van zelfevaluatie van de zorgactiviteiten.

In bepaalde domeinen van de verpleegkundige activiteiten (bijvoorbeeld het informed consent van patiënten, het succesvol implementeren van goede praktijken, het toepassen van bepaalde communicatietechnieken op het vlak van de geestelijke gezondheid, ...) is de stand van de wetenschappelijke kennis nog onvolledig en in volle ontwikkeling. Teneinde de taken van de Raad op het vlak van EBN te kunnen vervullen, is het van

essentieel belang dat het verpleegkundige onderzoek door de overheid correct wordt gefinancierd.

De Raad stelt alles in het werk om de beschreven methode van evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit te implementeren en alle hoofden van het verpleegkundig departement te laten deelnemen. De ambitie is groot, de uitdagingen voor het verpleegkundige beroep zijn eveneens groot. Het kunnen verstrekken van kwaliteitszorg is een belangrijk aspect met betrekking tot de aantrekkelijkheid van het verpleegkundige beroep, met daarnaast een positieve impact op de ziekenhuismorbiditeit en mortaliteit en tevens de kosten voor de maatschappij. Het zou een illusie zijn te denken dat werkzaamheden van een dergelijke omvang zonder de gepaste middelen zouden kunnen gebeuren, zowel in de zorginstellingen als voor de Raad. Sinds de implementatie van de Raad wordt de coördinatie verzekerd door een deeltijdse ambtenaar en het secretariaat door leden van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, ook al zijn de 2 secretarissen bepaald in het KB van 2007 niet aangewezen, en de Raad – naar het voorbeeld van de colleges voor artsen – niet over een eigen budget beschikt. De ziekenhuizen, zoals aangegeven in de resultaten van de vragenlijsten 2009-2010, hebben eveneens gepaste middelen nodig voor de methodologische begeleiding van verbeterprojecten in het kader van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit en deze zijn gemiddeld bepaald op ½ VTE.

Daarenboven is het tevens nodig om in 2011 vier effectieve mandaten die momenteel openstaan in de Raad te vervangen, wat in de context van een regering van lopende zaken niet kon gebeuren.

Bijlagen

- **KB 27/04/2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizenp. 45**
- **eerste advies van de Raad betreffende het verpleegkundig onderzoek.....p. 49**
- **programma van het symposium van 03 maart 2011.....p. 51**
- **brief die in juni 2011 aan de hoofden van de verpleegkundige departementen verstuurd werd.....p. 54**

- **BIJLAGE 1**

KB 27/04/2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen.

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9quinquies, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en vervangen bij de wet van 25 januari 1999 en op artikel 17^{quater}, ingevoegd bij de wet van 29 december 1990 en gewijzigd bij de wet van 29 april 1996;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, inzonderheid op de bijlage, « Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn », rubriek « III Organisatorische normen », 12^{bis};

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Vroedkunde van 30 augustus 2005;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde van 20 juni 2006;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 november 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 18 januari 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 20 april 2007;

Gelet op advies 42.242/3 van de Raad van State, gegeven op 27 februari 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1° van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — Algemene bepalingen

Artikel 1. Met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit dienen het geheel van diensten, functies, medisch-technische diensten, evenals de zorgprogramma's, zoals bedoeld in artikel 9^{quater} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, over te gaan tot interne en externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit.

HOOFDSTUK II. — Interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

Art. 2. Voor het geheel van de in artikel 1 bedoelde diensten, functies, medisch-technische diensten en zorgprogramma's, is het hoofd van het verpleegkundig departement van het desbetreffend ziekenhuis verantwoordelijk voor :

1° de registratie en de toetsing van gegevens overeenkomstig het registratiemodel en de richtlijnen voorgesteld door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit, zoals bedoeld in artikel 4 van dit besluit;

2° de analyse van de geregistreerde gegevens op lokaal vlak in het licht van de door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit voorgestelde kwaliteitsindicatoren;

3° de verspreiding van richtlijnen betreffende de verschillende verpleegkundige zorgthema's die ter beschikking zijn gesteld geworden door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit en de vertaling ervan in de vorm van protocollen;

4° het stimuleren van de in artikel 1 bedoelde diensten, functies, medisch-technische diensten en zorgprogramma's tot het volgen van een kwaliteitsverbeteringscyclus en tot het verrichten van een zelfevaluatie;

5° het schrijven van een jaarrapport met betrekking tot de getoetste verpleegkundige zorgthema's dat minstens de volgende elementen bevat :

- a) de waarden, de strategie en de nagestreefde doelstellingen;
- b) de bijhorende verbeteracties;
- c) het opgezette kwaliteitsmanagementsysteem voor wat betreft de organisatiestructuur, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de procedures en processen;
- d) de geregistreerde gegevens.

De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan nadere modaliteiten bepalen met betrekking tot het jaarrapport.

6° het overmaken aan de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit, aan de hoofdgeneesheer en aan de directeur van het ziekenhuis van het in punt 5° bedoelde jaarrapport, en het verzekeren van de verspreiding ervan binnen het verpleegkundig departement;

7° het samenwerken met de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit, met name door het stimuleren van de deelname aan de door deze Raad opgerichte werkgroepen;

8° het sensibiliseren van de verpleegkundige staf voor het toetsen en het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in het ziekenhuis;

9° het voorstellen van maatregelen met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit;

10° het stimuleren van het gebruik van Evidence Based Nursing ter ondersteuning van de verpleegkundige activiteit.

Art. 3. § 1. Het in artikel 2, 5°, bedoelde rapport dient geschreven te worden op basis van een interne registratie volgens het in artikel 7, 2°, c), bedoelde registratiemodel. Het wordt geschreven en overgemaakt binnen de vier maanden na het verstrijken van het desbetreffende jaar.

§ 2. De in § 1 bedoelde registratie is gebaseerd op in artikel 7, 2°, b), bedoelde indicatoren betreffende de toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen. Deze toetsing wordt, op initiatief van het hoofd van het verpleegkundig departement, uitgevoerd door verpleegkundigen die een activiteit uitoefenen in het ziekenhuis.

HOOFDSTUK III. — *Externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit*

Afdeling 1. — Oprichting, samenstelling en benoeming

Art. 4. Met het oog op de externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit wordt er binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voor het geheel van de in artikel 1 bedoelde diensten, functies, medisch-technische diensten en zorgprogramma's een Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit opgericht, hierna de « Federale Raad » genoemd.

Art. 5. § 1. De Federale Raad bestaat uit verpleegkundigen die een aanvullende opleiding inzake het kwaliteitsbeleid van zorg en/of inzake wetenschappelijk onderzoek hebben gevolgd en die beschikken over een nuttige beroepservaring van minstens vijf jaar.

§ 2. De Federale Raad is samengesteld uit :

- 1° een coördinator die de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu vertegenwoordigt;
- 2° zes werkende leden en zes plaatsvervangende leden, waaronder twee werkende leden en twee plaatsvervangende leden die de functie van hoofd van het verpleegkundig departement uitoefenen, die de ziekenhuizen vertegenwoordigen;
- 3° vier werkende leden en vier plaatsvervangende leden die de universiteiten vertegenwoordigen;
- 4° een werkend lid en een plaatsvervangend lid die lid zijn van de Nationale Raad voor Verpleegkunde;
- 5° een werkend lid en een plaatsvervangend lid die lid zijn van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

§ 3. De Federale Raad telt evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden, met uitzondering van de coördinator die tweetalig is.

De coördinator dient een bewijs van taalkennis, afgeleverd door SELOR, te kunnen voorleggen.

Art. 6. § 1. De leden van de Federale Raad worden door de Koning benoemd voor een periode van zes jaar, met dien verstande dat de mandaten eenmaal hernieuwbaar zijn.

§ 2. De benoeming van de in artikel 5, § 2, 1°, bedoelde coördinator gebeurt op voordracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

§ 3. De benoeming van de in artikel 5, § 2, 2°, bedoelde leden gebeurt na een oproep aan de ziekenhuizen uit een dubbele lijst van door hen voorgestelde kandidaten.

§ 4. De benoeming van de in artikel 5, § 2, 3°, bedoelde leden gebeurt na een oproep aan de universiteiten uit een dubbele lijst van door hen voorgestelde kandidaten.

§ 5. Bij overlijden of ontslag van een lid, of in het geval dat een lid niet langer aan de benoemingsvoorwaarden voldoet, wordt er in zijn vervanging voorzien.

§ 6. Het plaatsvervangend lid woont de vergaderingen bij wanneer het werkend lid verhinderd is.

Afdeling 2. — Opdrachten

Art. 7. De Federale Raad dient bij te dragen tot het op gang brengen, systematiseren en op elkaar afstemmen van initiatieven tot het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit met het oog op het bevorderen van op evidentie gebaseerde goede praktijkvoering. In het kader hiervan heeft de Federale Raad tot opdracht om, ofwel op vraag van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ofwel op eigen initiatief :

1° het wetenschappelijke aspect van het verpleegkundig beroep te ontwikkelen doorheen Evidence Based Nursing, meer bepaald door :

- a) het ondersteunen van onderzoeksinitiatieven in het domein van de verpleegkunde;
- b) het creëren van een federale databank met richtlijnen en gevalideerde instrumenten;
- c) het opmaken van een inventaris van referenties van goede verpleegkundige praktijkvoering met betrekking tot specifieke verpleegkundige zorgthema's;
- d) het ontwikkelen en verspreiden van op deze referenties gebaseerde richtlijnen;
- e) het samenstellen van werkgroepen teneinde de positieve resultaten inzake de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit op een grotere schaal te verspreiden onder de ziekenhuizen en dit met het oog op het verkrijgen van een beter zicht op de problemen en de bijhorende oplossingen;

2° het stimuleren van de deelname van verpleegkundigen aan het evaluatiebeleid inzake zorgprocessen door :

- a) het voorstellen van verpleegkundige zorgthema's die het voorwerp kunnen uitmaken van een interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit;
- b) het vaststellen van kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten inzake goede verpleegkundige praktijkvoering. De indicatoren kunnen voorgesteld worden door de ziekenhuizen en de selectie zal gebeuren door de Federale Raad;
- c) het voorstellen van een geïnformatiseerd registratiemodel;
- d) het beantwoorden van vragen van de ziekenhuizen met betrekking tot het evaluatie- en verbeteringsproces;

3° het stimuleren van de verspreiding van informatie en van de uitwisseling van goede praktijkvoering, meer bepaald door :

- a) het vaststellen en het voorstellen van een type rapport;
- b) het analyseren van de geregistreerde gegevens op nationaal vlak;
- c) het schrijven van een met betrekking tot de identiteit van de ziekenhuizen geanonimiseerd nationaal jaarrapport;
- d) het overmaken van het in punt c) bedoelde jaarrapport aan de hoofden van het verpleegkundig departement en aan de directeurs van de ziekenhuizen, aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, aan de onderscheiden organen van de Federale Overheidsdienst, in het bijzonder aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde, aan de Nationale Raad voor Vroedkunde en aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, alsook aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
- e) het organiseren van informatie- en sensibiliseringscampagnes ten aanzien van de ziekenhuizen.

Afdeling 3. — Werking

Art. 8. Bij het uitvoeren van de in artikel 7 bedoelde opdrachten kan de Federale Raad een beroep doen op universitaire onderzoeksequipes, experts, vertegenwoordigers van andere beroeps categorieën die ziekenhuisactiviteiten verrichten, evenals werkgroepen oprichten die belast worden met een welomschreven opdracht.

Art. 9. Voor wat betreft de verpleegkundige zorgthema's zoals bedoeld in artikel 7, 2°, a), kan de Federale Raad multidisciplinair overleg plegen met één of meerdere Colleges van geneesheren opgericht in uitvoering van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.

Het initiatief om een welbepaald klinisch thema in overleg te toetsen zoals bedoeld in het eerste lid kan uitgaan van zowel de Federale Raad als van een College van geneesheren.

Art. 10. Het secretariaat van de Federale Raad wordt waargenomen door twee ambtenaren van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu die aangeduid worden door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 11. De Federale Raad stelt een huishoudelijk reglement op en legt het ter goedkeuring voor aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Het huishoudelijk reglement bevat onder meer de specifieke modaliteiten met betrekking tot de samenwerking en het overleg met de Colleges van geneesheren, de verhouding tussen de Federale Raad en de door haar opgerichte werkgroepen.

Art. 12. De coördinator en de leden van de Federale Raad hebben recht op :

1° een presentiegeld van 25 EUR per vergadering die minstens twee uren duurt;

2° vergoedingen voor reiskosten overeenkomstig het koninklijk besluit van 18 januari 1965 houdende algemene regeling inzake reiskosten;

3° vergoedingen voor verblijfskosten overeenkomstig het koninklijk besluit van 24 december 1964 tot vaststelling van de vergoedingen wegens verblijfskosten toegekend aan de leden van het personeel der ministeries.

De coördinator en de leden van de Federale Raad worden voor de vergoedingen bedoeld in 2° en 3° gelijkgesteld met ambtenaren die een graad bekleden behorende tot rang 15 tot en met 17.

HOOFDSTUK IV. — *Slotbepalingen*

Art. 13. In het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, wordt punt 12°*bis* van de bijlage, « Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn », rubriek « III Organisatorische normen », opgeheven.

Art. 14. Onze Minister bevoegd voor Volksgezondheid, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, op 27 april 2007.

ALBERT
Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

BIJLAGE 2

Het verpleegkundig onderzoek : eerste advies van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit gegeven aan Minister Onkelinx.

Mevrouw de Minister,

Na besprekingen in de werkgroep "wetenschappelijke aspecten" en daarna in de plenaire vergadering, leggen de leden van de Raad u hun eerste advies voor met betrekking tot de ontwikkeling van de wetenschappelijke aspecten van het verpleegkundig beroep.

1. De Raad dankt Mevrouw de Minister voor het aanwijzen van vertegenwoordigers van het beroep in de Raad van Bestuur van het KCE. Wij verwachten dat ze een aantal verpleegkundige problemen op de agenda van deze organisatie zullen zetten en dat het KCE oog zal hebben voor de verpleegkundige invalshoek in elk van haar onderzoeken.
2. De Raad is van oordeel dat, in ons land, de middelen toegekend voor het verpleegkundig onderzoek zouden moeten worden verhoogd. Met het oog op meer efficiëntie stelt hij aan de overheidsinstanties voor Volksgezondheid voor om een onderzoeksplan met betrekking tot een aantal domeinen van de verpleegkundige zorg en gespreid over verschillende jaren op te stellen. Ideaal zou zijn om actieonderzoeken, gespreid over 4 jaar, te plannen. Dankzij deze methode zou het ook mogelijk zijn om de expertise van een aantal van onze onderzoekers verder te ontwikkelen, om hen binnen onze onderzoekscentra te kunnen houden en om het uitwerken van doctoraatsthesisen en academische loopbanen voor verpleegkundigen aan te moedigen.
3. De Raad vraagt aan de federale overheid specifieke onderzoeksbeurzen toe te kennen voor verplegingswetenschappelijk onderzoek. Dit lijkt ons noodzakelijk want we stellen vast dat het FWO en het FRS (communautaire organen) onderzoeksbeurzen toekennen voor fundamenteel onderzoek en niet voor toegepast verplegingswetenschappelijk onderzoek.
4. De Raad stelt voor om de onderzoeksbudgetten op verpleegkundig gebied met voorrang te besteden aan de identificatie, de ontwikkeling en de implementatie van Evidence Based Nursing op het terrein. Het is ook mogelijk, bij het uitvoeren van dergelijke onderzoeksprojecten, de impact te meten op de kwaliteit en veiligheid van de verpleegkundige zorg en ook op de financiële aspecten van de zorgverstrekking.
5. Tot slot denkt de Raad dat, zowel voor de overheid als voor de professionelen, het nuttig is jaarlijks middelen te voorzien voor het verspreiden van de resultaten

van deze onderzoeksprojecten. Dit kan bijvoorbeeld onder de vorm van wetenschappelijke en professionele publicaties, en symposia.

In de loop van de komende maanden, zullen wij u concrete voorstellen aanreiken in verband met bovenstaande punten 4 en 5.

BIJLAGE 3 - programma van het symposium van 03 maart 2011

Symposium 2011 van het FRVVA: Indicatoren van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

03 maart 2011

Hotel Bedford – Brussel

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-generaal Organisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen

Doelstelling

Het is ondertussen 6 maanden geleden dat hoofden van de verpleegkundige departementen geantwoord hebben op de vraag van de FRKVA naar de belangrijkste thema's en evaluatiemethoden inzake kwaliteit die in 2009 aan bod zijn gekomen en die ze in de toekomst voorziet aan bod te laten komen. Ze hebben een vragenlijst ingevuld die het jaarrapport inzake kwaliteit vormt.

Overeenkomstig met wat de wetgeving voorziet (KB 27/04/2007), wensen de leden van de Raad de hoofden van de verpleegkundige departementen te ontmoeten teneinde met ze te overleggen.

De bedoeling van deze ontmoeting is drievoudig:

- presenteren van de resultaten van deze vragenlijst
- presenteren van het belang van en de beste evaluatiepraktijken voor sommige thema's
- hun mening kennen over onze voorstellen inzake de evaluatie van de verpleegkundige praktijken

Hun deelname aan deze dag is belangrijk vermits het de gelegenheid biedt hun ervaringen te delen met de Raad en hun meningen meer in detail toe te lichten dan een vragenlijst mogelijk maakt.

Hun deelname is belangrijk vermits hun getuigenis de beslissingen en de manier van werken van de Raad zullen beïnvloeden voor de komende 4 jaar – meer bepaald de inhoud van het jaarrapport die ze in de toekomst zullen moeten bezorgen.

Doelgroep

Het symposium is in het bijzonder bedoeld voor de hoofden (directeurs) van de verpleegkundige departementen. Ze mogen zich laten vergezellen door een medewerker naar keuze – bijvoorbeeld door diegene aan wie ze de coördinatie van de kwaliteit hebben toevertrouwd.

Programma								
	9u00 9u30	Onthaal						
1	9u30 9u50	Inleiding: doelstellingen van de dag, missies van het FRKVA, wat is gedaan tot nu toe?			Miguel Lardennois, FOD Volksgezondheid, coördinator van de Raad			
2	9u50 10u10	Resultaten van de questionnaire en thema's gekozen: Hoe? Waarom?			Dr. Peter Van Bogaert, Universiteit Antwerpen, lid van de Raad			
Zorghema's die het voorwerp kunnen uitmaken van een toetsing: experts standpunt.								
3	10u10 10u30	Decubitus.			Dr. Katrien Vanderwee, Universiteit Gent			
4	10u30	<i>Pauze</i>						
5	11u 11u20	Ondervoeding.			Pr Dr. T. Pepersack, Hôpital Erasme			
6	11u20 11u40	Pijn.			Pr Dr. Fr. Bardiau, Université de Liège, lid van de Raad			
7	11u40 12u	Fixatie.			Pr. Dr. Koen Milissen, Katholiek Universiteit Leuven			
8	12u 12u15	Verder verloop van de dag			Miguel Lardennois, FOD Volksgezondheid, coördinator van de Raad			
9	12u15	<i>Lunch</i>						
10	13u 14u30	Workshops: Presentatie en overleg met verpleegkundige directeurs over methodes en indicatoren.						
		Decubitus <i>(A. Jacquery)</i>	K. Vanderwee	Voeding T. Van Durme	Bart Geurden	Pijn Fr. Bardiau	S. Broekmans	Fixatie D. Leduc
11	14u30	<i>Pauze</i>						
12	15u 16u	Verslag van iedere workshop : wat is er voorgesteld ? wat is het advies van de deelnemers?			1 lid van de Raad per workshop			
13	16u 16u15	Conclusie			Minister van Volksgezondheid Of Christiaan Decoster – DG, FOD Volksgezondheid			

Inschrijving

Inschrijven is gratis, maar verplicht, via onze website (<http://www.health.belgium.be>).

Lors de son inscription, chaque participant doit choisir un thème de workshop auquel il désire participer.

Het aantal inschrijvingen is beperkt tot 350. Het aantal deelnemers per workshop is beperkt tot 40.

De inschrijving dient uiterlijk op 20 februari 2011 binnen te zijn. Laattijdige inschrijvingen worden niet behandeld.

Plaats

Bedford Hotel & Congress Centre
Zuidstraat, 135
1000 Brussel

Openbaar vervoer

Trein: Zuid Station, 10 minuten te voet

Metro: lijn 2-6, station Zuid-Station, 10 minuten te voet

Pre-Metro: as Noord-Zuid, station Anneessens, 3 minuten te voet

Inlichtingen

Miguel Lardennois
Coördinator
Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Tel: 02/524.85.90

E-mail: miguel.lardennois@health.fgov.be

BIJLAGE 4 - brief die in juni 2011 verstuurd werd aan de hoofden van de verpleegkundige departementen

Geachte,

De wet op de ziekenhuizen (gecoördineerde en hernummerde versie van 10/07/2008, bekendgemaakt in het BS van 07/11/2008) bepaalt dat "de verpleegkundige activiteit kwalitatief getoetst moet worden zowel intern als extern" en dit voor "het geheel van diensten, functies, medisch-technische diensten, evenals de zorgprogramma's".

In het koninklijk besluit van 27/04/2007 (BS van 04/06/2007) is aangegeven dat de interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit onder de verantwoordelijkheid valt van het hoofd van het verpleegkundig departement, terwijl de externe toetsing toebehoort aan de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit, die opgericht is om tot die toetsing over te gaan.

Die wetgeving voorziet dat u ons eind maart van elk jaar het jaarrapport van het jaar daarvoor, i.v.m. de interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in uw instelling, overmaakt. De Raad zal u ook vragen om indicatoren aan te leveren op grond van voorstellen van de ziekenhuizen.

Zoals u weet, hebben wij u reeds in 2010 bevestigd over de prioriteiten die u in 2009 en 2010 in uw departement ontwikkeld had. De antwoorden op die bevestiging worden door de Raad als gelijkwaardig beschouwd met de opmaak van het jaarrapport voor 2009 en 2010. U hoeft bijgevolg geen jaarrapport voor 2010 in te sturen.

Op grond van de antwoorden op die bevestiging identificeerde de Raad 4 thema's (decubitus, ondervoeding, fixatie en pijn) evenals indicatoren die momenteel aangewend worden om ze in de verschillende verpleegkundige departementen van het land te meten. Tijdens ons federaal symposium van 3 maart 2011, waarvan u alle presentaties terugvindt op onze website www.frkva.be, werd de gebruikte selectiemethode toegelicht en kon u daarover uw mening geven.

De Raad heeft beslist om voor de komende 4 jaar, duidelijke doelstellingen voor de toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit vast te leggen.

Wij willen dat u zich een nauwkeurig beeld kunt vormen van de weg die wij volgen en dat u zich daarop kunt voorbereiden voor de volgende jaarrapporten (van 2011 tot 2014).

De thema's en de indicatoren gerelateerd aan die thema's, worden van jaar tot jaar geleidelijk aan ingevoerd. Eerst zullen de proces- en middelen-indicatoren opgevraagd worden, vervolgens de resultaatindicatoren. Nadat een thema ingevoerd is, blijft het de jaren daarop getoetst worden. Elk jaar vóór de invoering van een thema en de indicatoren ervan, zal u een technische fiche waarin elke indicator beschreven wordt, ontvangen. De fiche verduidelijkt de definitie van de indicator, de teller en de noemer, hoe deze te meten (minimaal en idealiter), en indien voorhanden, welke resultaten daarvan terug te vinden zijn in de literatuur.

Elk jaar dat er een thema ingevoerd wordt, proberen wij u handige gidsen voor een goede praktijkvoering te bezorgen teneinde u de juiste zorgmethodes te helpen verspreiden.

Het is de bedoeling dat alle ziekenhuizen van het land in 2014 op het niveau van die 4 thema's met elkaar vergeleken kunnen worden en dat de Raad aan zowel de verpleegkundige afdelingen

als aan de overheid aanbevelingen kan doen omtrent de middelen die moeten worden ingezet om al die resultaten te verbeteren.

Tijdens het symposium van maart stelden wij vast dat de keuze van de thema's voor psychiatrische ziekenhuizen anders moest zijn dan voor alle andere ziekenhuizen. Om die reden worden 2 verschillende "trajecten" gebruikt naargelang van de groep waarin u zit. Het traject "psychiatrisch ziekenhuis" is nog niet vastgelegd tot 2014 want er moet nog overleg gepleegd worden met verantwoordelijken binnen deze sector.

Niet-psychiatrische ziekenhuizen (jaarrapport moet op 30 maart van het volgende jaar ingediend worden):

- **In 2011** wordt u gevraagd het thema **decubitus** te toetsen met behulp van de *proces- en middelenindicatoren* die wij u in september van dit jaar zullen bezorgen.
- **In 2012** wordt u gevraagd *resultaatindicatoren* toe te voegen aan het thema **decubitus** en de *proces- en structuurindicatoren* voor het thema **ondervoeding**.
- **In 2013** wordt u gevraagd een laatste *resultaatindicator* toe te voegen aan het thema decubitus en de *resultaatindicatoren* toe te voegen aan het thema **ondervoeding**. Dat jaar voegen wij ook indicatoren m.b.t. *proces en structuur* toe wat betreft de thema's **fixatie en pijn**.
- **In 2014** wordt u gevraagd de ontbrekende indicatoren toe te voegen, met name de *resultaatindicatoren* voor **fixatie en pijn**.

Psychiatrische ziekenhuizen (jaarrapport moet op 30 maart van het volgende jaar ingediend worden):

- **In 2011** wordt u gevraagd het thema **vrijheidsbeperkende maatregelen (afzondering/fixatie)** te toetsen met behulp van de *proces- en structuurindicatoren* die wij u in september van dit jaar zullen bezorgen.
- **In 2012** wordt u gevraagd de *resultaatindicatoren* toe te voegen aan het thema **vrijheidsbeperkende maatregelen (afzondering/fixatie)**. En u moet ofwel het thema **ondervoeding/malnutritie** ofwel **geweld/agressie** toevoegen, met de desbetreffende wat betreft de *structuur- en resultaatindicatoren*. Dat zal nader worden toegelicht in december 2011.
- **In 2013** wordt u gevraagd de *resultaatindicatoren* toe te voegen aan het thema van **2012**. Dat jaar voegen wij ook twee thema's toe (enkel *proces- en structuurindicatoren*).
- **In 2014** wordt u gevraagd de ontbrekende indicatoren toe te voegen, met name de *resultaatindicatoren* voor **de laatst ingevoerde thema's**.

Als bijlage vindt u overzichtstabellen met daarin de hierboven toegelichte methode voor geleidelijke toetsing, evenals de lijst van de indicatoren die zullen worden geselecteerd.

Ter herinnering:

- De registratie van decubitus was van 1987 tot 2007 een wettelijke verplichting.
- Meer dan de helft van de in België gehospitaliseerde patiënten, doet een beroep op de diensten van een multidisciplinair voedingsteam dat ermee belast is de in de bijlage bepaalde indicatoren te verzamelen.
- De registratie van de fixaties en de vrijheidsberovingen is een wettelijke verplichting in de psychiatrie.

Wij zijn er dus van overtuigd dat u zult instemmen met die vragen tot interne toetsing van de praktijken in uw departement. Wij zullen u natuurlijk helpen om dat zo eenvoudig mogelijk en

op een gestandaardiseerde manier die niet al te veel tijd vraagt, te doen teneinde u te kunnen vergelijken met de anderen.

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 27/04/2007 (BS van 04/06/2007) bereidt ook de Federale Raad zijn jaarrapport voor betreffende de externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen. Dat zal vanaf september 2011 beschikbaar zijn op onze website.

Voor bijkomende informatie over de jaarrapporten kunt u zich schriftelijk (per email) wenden tot de raad.

Wij danken u voor uw medewerking.

Voor de Federale Raad,
M. Lardennois, vpl.

Coördinator

BIJLAGE aan de brief die in juni 2011 aan de hoofden van de verpleegkundige departementen verstuurd werd

Toetsing van de verpleegkundige activiteit 2011 – 2014: indicatoren

NB: Jaarlijks rapport te zenden de 30 maart van volgend jaar.

NIET-PSY ZIEKENHUIZEN

Thema's - niveaus	2011	2012	2013	2014
Decubitus				
Structuur	x	x	x	x
Proces	x	x	x	x
Resultaten		x*	x	x
Ondervoeding				
Structuur		x	x	x
Proces		x	x	x
Resultaten			x	x
Fixatie				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x
Pijn				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x

1 jaar op voorhand zal een beschrijvend fiche opgestuurd worden naar de ziekenhuizen voor elke indicator: titel – omschrijving – hoe te meten (minimalistisch/optimaal). Het jaar van invoering van een nieuw thema zullen er acties ondernomen worden in functie van de verspreiding van goede praktijken. Begin 2012 zal er een werkgroep FRKVA-Anesthesisten-QS opgericht worden om het thema pijn voor te breiden.

PSY ZIEKENHUIZEN

Thema's - niveaus	2011	2012	2013	2014
Fixatie – vrijheidsbeperkingen				
Structuur	x	x	x	x
Proces	x	x	x	x
Resultaten		x	x	x
Ondervoeding of Geweld ?				
Structuur		x	x	x
Proces		x	x	x
Resultaten			x	x
Ondervoeding of Geweld ?				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x
????????????				
Structuur			x	x
Proces			x	x
Resultaten				x

1 jaar op voorhand zal een beschrijvend fiche opgestuurd worden naar de ziekenhuizen voor elke indicator: titel – omschrijving – hoe te meten (minimalistisch/optimaal). Het jaar van invoering van een nieuw thema zullen er acties ondernomen worden in functie van de verspreiding van goede praktijken. Begin september 2011 zal er een werkgroep FRKVA-PSYnetwerk QS opgericht worden om het thema pijn voor te breiden.

INDICATOREN

Decubitus	Ondervoeding	Fixatie - Vrijheidsbeperkingen		Pijn
		NIET-PSY	PSY	
<i>Structuur:</i>	<i>Structuur:</i>	<i>Structuur:</i>		<i>Structuur:</i>
Aanwezigheid van een EB protocol	Protocol (EB) voor screening, assessment en behandeling	Aanwezigheid multidisciplinair beleid/richtlijn vrijheidsbeperkende maatregelen	Aanwezigheid van een Programma voor Continue Kwaliteitsverbetering	Aanwezigheid Acute Pain Service
Aanwezigheid van een referentieverpleegkundige decubitus (en wondzorg)	Verantwoordelijke die protocollen up-to-date houdt en toeziet op het gebruik ervan door zorgv.	Aanwezigheid multidisciplinaire werkgroep voor technische evaluatie en protocolontwikkeling correct en veilig praktisch gebruik van gehanteerde fixatiemiddelen	Identificatie van de redenen tot isolering in het dossier	Aanwezigheid van een Strategisch plan voor Continue Kwaliteitsverbetering
Aanwezigheid van een decubituscommissie in het ziekenhuis	Bijscholing (preventie en behandeling van ondervoeding)		Aanwezigheid van een procedure van verpleegkundige zorgen	
Regelmatig registratie van prevalentie van decubitus			Registratie van de incidentie van de isolering	
Beschikbaarheid van preventiematerialen			Registratie van de incidentie patiënt minstens 1 keer geïsoleerd	
Risicobepaling rubriek in het dossier van de patiënt		Registratie van de incidentie van de fixatie		
<i>Proces:</i>	<i>Proces:</i>	<i>Proces:</i>		<i>Proces:</i>
Percentage patiënten waarvan het risico op decubitus werd bepaald	Screenen bij opname a.h.v. gevalideerde schaal	Percentage medewerkers met opleiding	Percentage patiënten met zeer intensief toezicht	Percentage geïnformeerde patiënten
Percentage patiënten dat een totale adequate preventie krijgt	Vastleggen van risico in patiëntendossier	Percentage patiënten met multidisciplinair overleg	Percentage van voorafgaande toestemming van de patiënt	Percentage Systematische evaluatie van pijn
	Consult diëtist	Percentage		Percentage

	wordt gedocumenteerd in patiëntendossier	rapportering in patiënten dossier Percentage patiënten met verhoogd toezicht		Toepassing van pijnprotocollen
Resultaten:	Resultaten:	Resultaten:		Resultaten:
Prevalentie decubitus categorie I-IV	Aantal ondervoede patiënten die heeft een gewichtevolutie in dossier (min 2 gewicht)	Aantal beperkingen van de bewegingsvrijheid door middel van fixatie	Aantal preventieve detectie van het risico	Percentage patiënten VAS>3 post-op D2
Prevalentie decubitus categorie II-IV	Consult diëtist bij ondervoede patiënten	Aantal fixatie volgens tijdsduur van de fixatie	Aantal patiënten die het gevoel hebben hun emoties aan een professionele te kunnen uitdrukken	Percentage Patiëntentevredenheid is goed voor pijnbehandeling
Prevalentie hieldecubitus categorie I-IV		Aantal fixatie volgens tijdstip van aanvang van fixatie		
Prevalentie hieldecubitus categorie II-IV		Aantal patiënten die gefixeerd worden (totaal + > 1 keer)		
*Het aantal patiënten dat ondanks preventie toch decubitus krijgt		Valincidenten van gefixeerde patiënten Valincidenten van gefixeerde patiënten met verwonding tot gevolg (volgen ernstklasse)		