

Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten

Een gezamenlijk onderzoek door drie ziekenfondsen en het PAQS

Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Studiedienst CM

Valérie Fabri — Solidaris

Wies Kestens — Onafhankelijke Ziekenfondsen

Quentin Schoonvaere — PAQS asbl

Samenvatting

De verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van zorg is een permanente doelstelling van elk gezondheidszorgsysteem. De afgelopen jaren is bijzondere aandacht besteed aan het perspectief van de patiënten. Door het delen van hun ervaringen, zijn ook zij een waardevolle bron van informatie, onder meer over ongewenste voorvallen die zich hebben voorgedaan tijdens een ziekenhuisopname (vooral tijdens een klassieke opname in een algemeen ziekenhuis). Een werkgroep van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) heeft zich verdiept in de vraag hoe met dit soort voorvallen rekening kan worden gehouden en hoe ze kunnen worden gemeten. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van een pilootvragenlijst van het PRIM-type (*Patient-Reported Incident Measures*), waarmee patiënten eventuele ongewenste voorvallen tijdens een ziekenhuisopname kunnen melden.

In 2021-2022 is deze vragenlijst voor het eerst afgenomen bij gehospitaliseerde personen in België. PAQS asbl (*Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients*)¹ en drie ziekenfondsen (Christelijke Mutualiteit, Solidaris en Onafhankelijke Ziekenfondsen) bundelden hun krachten om deze vragenlijst, vertaald en aangepast aan de context van Franstalig België, te verspreiden onder gehospitaliseerde patiënten. Dankzij de deelname van meer dan 1.000 respondenten, kunnen we het percentage patiënten dat geconfronteerd werd met een of meerdere ongewenste voorvallen tijdens hun ziekenhuisverblijf (het gaat om de Franstalige ziekenhuizen in ons land) schatten op **15,8%**. De drie meest voorkomende categorieën van ongewenste voorvallen zijn: problemen met het

1 Vzw Platform voor de permanente verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

niet naleven van klinische processen of procedures (26%), medicatiefouten (20%) en ongevallen waarbij de patiënt·e betrokken is (12%).

Statistische analyses tonen aan dat het optreden van ongewenste voorvallen samenhangt met de gezondheidstoestand van de patiënt·e en de duur van het ziekenhuisverblijf. Naast deze individuele kenmerken, die specifiek zijn voor de respondenten, zijn er ook meer organisatorische factoren die verband houden met het optreden van ongewenste voorvallen. Het gaat dan om de kwaliteit van de communicatie tussen het ziekenhuispersoneel onderling of tussen het ziekenhuispersoneel en de patiënten, en het algemene veiligheidsgevoel dat patiënten ervaren tijdens hun verblijf. Ten slotte laat de aanpak van het ongewenste voorval zelf de respondenten met gemengde gevoelens achter: 43,7% vond dat het voorval goed was afgehandeld door het ziekenhuis, 42,5% vond van niet.

Er is dus zeker ruimte voor verbetering. Dit type initiatief, uitgevoerd bij patiënten, maakt het mogelijk om relevante informatie te verzamelen over ongewenste voorvallen, in aanvulling op andere informatiebronnen. We mogen niet aarzelen om gehospitaliseerde patiënten een stem te geven. Hun getuigenissen vormen een verrijking en bieden een reële bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

Sleutelwoorden: PRIM, ongewenst voorval, ziekenhuis, vragenlijst, veiligheid van de zorg

Inleiding

In het zoeken naar informatie over de zorgkwaliteit en de verbetering ervan, is vrij recent een nieuwe bron ontdekt. Waarom zouden we, in plaats van alleen te vertrouwen op wat het zorgteam tijdens een medische prestatie ervaart, niet putten uit de ervaring van de patiënten? Zij zijn immers als eersten betrokken bij wat ze meemaken en ondergaan tijdens een operatie, een ziekenhuisopname of een andere gezondheidsgerelateerde gebeurtenis. Zij kunnen ons helpen om de zorgkwaliteit te verbeteren en zijn soms zelfs beter geplaatst dan het zorgteam om het succes van de zorg te beoordelen (Black, 2013).

Vanuit deze insteek werden de instrumenten PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*²) en PREM (*Patient-Reported Experience Measures*³) ontwikkeld, aanvankelijk als onderdeel van klinisch onderzoek, en vervolgens verspreid in de medische praktijk (voornamelijk ziekenhuizen), om de kwaliteit te verbeteren (bijvoorbeeld via *benchmarking*), de prestaties te meten en ten slotte nieuw beleid te implementeren (Desomer, et al., 2018).

Naast wat patiënten melden als uitkomst van een bepaalde medische prestatie op hun gezondheidstoestand (PROM) en als hun gepercipieerde ervaring met de zorg (PREM), is in de gezondheidszorg in het ziekenhuis nu een nieuw instrument in opmars, op het raakvlak van de twee eerste: PRIM (*Patient-Reported Incident Measures*). “De patiënten zijn immers in staat om ongewenste voorvallen te herkennen die van invloed zijn op hun zorg. Veel gebeurtenissen die door patiënten worden gemeld, worden niet opgepikt door het incidentrapportagesysteem van het ziekenhuis of opgenomen in het medisch dossier. Daarom is het betrekken van gehospitaliseerde patiënten als partners bij het identificeren van medische fouten en letsels een veelbelovende aanpak voor de verbetering van de patiëntveiligheid” (Weingart, et al., 2005, p. 830, eigen vertaling). Het idee is bijgevolg om, naar het voorbeeld van PROM en PREM, instrumenten te ontwikkelen waarmee patiënten zo goed mogelijk kunnen rapporteren wat ze tijdens hun zorgperiode hebben ervaren, in dit geval met de nadruk op ongewenste voorvallen die ze mogelijk hebben meegemaakt (Ward & Armitage, 2012).

De OESO steunt al lang de ontwikkeling van instrumenten om patiëntervaringen te meten. Voortbouwend op deze dy-

namiek en de bemoedigende bevindingen in de literatuur, richtte de OESO in 2018 een werkgroep op (*OECD Working Group on Patient-Reported Experiences of Safety*), bestaande uit nationale deskundigen en leden van het *European Patients' Forum* (EPF) om een pilootvragenlijst over ongewenste voorvallen in ziekenhuizen te ontwikkelen. Dankzij dit gemeenschappelijke instrument kunnen de verschillende landen hun resultaten vergelijken en nadenken over mogelijke maatregelen om ongewenste voorvallen te verminderen (OECD, 2019).

De volgende stap was het vertalen, aanpassen en testen van deze vragenlijst bij patiënten die in Franstalig België in het ziekenhuis hadden verbleven. Dit soort aanpak maakt deel uit van de opdracht van het PAQS (*Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients*), een vzw die actief is in Franstalig België en die, zoals de naam al aangeeft, onder andere nieuwe indicatoren ontwikkelt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg (de Béthune & Herbaux, 2014). De leden van deze vzw zijn onder andere ziekenfondsen, ziekenhuisfederaties en verschillende stakeholders en deskundigen in het domein van de gezondheidszorg. Om deze enquête uit te voeren bij Franstalige patiënten die in een algemeen ziekenhuis in de Franse Gemeenschap van België hadden verbleven, werkte het PAQS samen met drie ziekenfondsen: de Christelijke Mutualiteit (CM), Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen. De ziekenfondsen verspreidden de vragenlijst door – na het ontslag uit het ziekenhuis – per e-mail contact op te nemen met hun Franstalige leden en hen uit te nodigen een online vragenlijst in te vullen (gehost door het PAQS). Dit is de eerste keer in België dat een enquête onder patiënten is uitgevoerd om de omvang van ongewenste voorvallen in ziekenhuizen in te schatten. Naast deze schatting stelde de analyse van de antwoorden ons in staat om de ongewenste voorvallen te beschrijven en de factoren te onderzoeken die verband houden met patiënt-gerapporteerde incidentmeldingen.

In dit artikel geven we een overzicht van de resultaten van deze gezamenlijke aanpak van het PAQS, CM, Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen. We definiëren eerst wat we verstaan onder ‘ongewenst voorval’ en lichten toe hoe de vragenlijst werd aangepast in het Frans en verspreid onder de patiënten. We beschrijven vervolgens de resultaten en de belangrijkste boodschappen die de patiënten ons hebben gegeven over de communicatie tussen hen en het zorgteam, het beheer van het ongewenste voorval zelf, de

2 Patiënt-gerapporteerde uitkomsten.

3 Patiënt-gerapporteerde ervaringen.

patiëntveiligheid en de zorgcontinuïteit. Daarna bespreken we de resultaten vanuit een meer globaal perspectief en gaan we in op de toekomst van dit instrument in de Franse Gemeenschap, om te eindigen met een besluit.

1. Methode: Wat is een ongewenst voorval en hoe kan het worden gemeten?

1.1. Definitie en informatieverzameling

Wat is een 'ongewenst voorval'? In de literatuur worden veel termen en uitdrukkingen gebruikt, zoals ongewenste effecten, vermijdbare medische fouten, incidenten, enz. Het is daarom van belang om duidelijkheid te scheppen over wat we willen meten. In dit onderzoek wordt een ongewenst voorval gedefinieerd als een "onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, of (nog) zou kunnen leiden". Deze definitie komt uit een nota van de FOD Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, 2015, p. 6). Ze werd woordelijk herhaald in de vragenlijst, samen met een aantal concrete voorbeelden (medicatiefouten, zorggeassocieerde infecties, fouten bij de identificatie van de patiënten, verkeerde-kant-chirurgie⁴, vallen, doorligwonden).

Hoe kunnen ongewenste voorvallen worden gemeten door patiënten te raadplegen? De methode die wordt gebruikt om de informatie te verzamelen, heeft een grote invloed op de resultaten. Er zijn verschillende manieren: telefonisch, via een interview of door het verspreiden van een vragenlijst. Deze verspreiding kan plaatsvinden onder de algemene bevolking of specifiek bij patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. In het laatste geval is het gekozen tijdstip om deze patiënten te bevragen ook een belangrijke factor: tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, bij het ontslag of een tijd later. Als men contact opneemt met patiënten na afloop van hun verblijf in het ziekenhuis, moet men rekening houden met de termijn: aangezien herinneringen vervagen, mag men na het ontslag niet te lang wachten met het bevragen van de patiënten. Een ongewenst voorval is niet noodzakelijk spectaculair en heeft niet altijd ernstige gevolgen. Hoe langer de tussenliggende tijd, hoe groter het risico dat 'kleine' incidenten worden vergeten of ge-

bagatelliseerd. Tot slot is het redelijk om aan te nemen dat de antwoorden ook beïnvloed kunnen zijn door het feit dat de vragenlijst wordt voorgelegd door een bepaalde partij: het ziekenhuis zelf, een patiëntenvereniging, een (of meer) ziekenfonds(en) of andere partijen.

Een ander fundamenteel punt is de mate waarin de ongewenste voorvallen worden bevestigd via andere bronnen (bijvoorbeeld medische dossiers, notities of rapporten van het personeel, incidentenrapporten, enz.). Deze bevestiging heeft een grote impact op de meting van het aandeel van de patiënten dat wordt geconfronteerd met een ongewenst voorval. Zo bleek uit een Brits onderzoek bij 2.471 patiënten die tijdens hun ziekenhuisverblijf werden bevestigd, dat 23% van hen een of meer ongewenste voorvallen had gemeld. Maar na analyse, wanneer men zich beperkte tot de bevestigde en gedocumenteerde incidenten, was dit aandeel slechts 10,7% (O'Hara, et al., 2018). Hetzelfde geldt voor een onderzoek dat werd uitgevoerd in Massachusetts, waarbij 998 patiënten door artsen werden bevestigd nadat ze uit het ziekenhuis waren ontslagen: 23% van de patiënten meldt een of meer ongewenste voorvallen; na beoordeling van de dossiers daalt dit percentage echter tot 11% (Weissman, et al., 2008). Deze resultaten lijken er ook op te wijzen dat patiënten meer ongewenste voorvallen rapporteren dan de zorgverleners via de administratieve en medische gegevens van de ziekenhuizen. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat, wanneer een ongewenst voorval slechts minimaal schadelijk is of wanneer het zorgteam meent dat de patiënt-e niet significant is getroffen, het zorgteam minder geneigd is om zulke voorvallen te melden (Chamberlain, Koniaris, Wu, & Pawlik, 2012).

Voor dit onderzoek kozen de drie ziekenfondsen en het PAQS ervoor om patiënten te bevragen nadat ze uit het ziekenhuis waren ontslagen, door middel van een e-mail met een uitnodiging om een online vragenlijst in te vullen. De schatting van het percentage patiënten dat een ongewenst voorval heeft meegemaakt, evenals de beschrijving en classificatie ervan, is volledig gebaseerd op hun verklaringen. Met betrekking tot de tussenliggende periode pasten de ziekenfondsen de volgende procedure toe: ze selecteerden personen die in het ziekenhuis werden opgenomen tijdens de derde maand voorafgaand aan de datum van de gegevensverzameling. Voor een e-mailcampagne georganiseerd in september, werd dus rekening gehouden met ziekenhuisopnames in juni. De ziekenfondsen hebben deze periode van drie maanden nodig om de opnames correct te identificeren en de juiste controles uit te voeren

4 De chirurg vergist zich bijvoorbeeld tussen het linker- en het rechterbeen.

(vooral bij eventuele overlijdens). Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor de betrokken persoon, dus drie maanden later vragen naar wat er tijdens het verblijf is gebeurd, lijkt niet onredelijk. Ter vergelijking: deelnemers aan de gezondheidsenquête van 2018, georganiseerd door Sciensano, werden bevestigd over hun ziekenhuisopnames in de voorgaande twaalf maanden (Charafeddine, Demarest, Berete, & Drieskens, 2020).

1.2. De vragenlijst

De gebruikte vragenlijst is afkomstig van de door de OESO ontwikkelde pilootvragenlijst, waarmee patiënten een of meer ongewenste voorvallen kunnen melden die zij tijdens een ziekenhuisverblijf hebben ervaren (OECD, 2019, p. 8-9). Aangezien de vragenlijst in het Engels was, werd deze in 2020 vertaald naar het Frans. Om de Franstalige Belgische context te weerspiegelen, heeft het PAQS de vertaling voor advies voorgelegd aan ziekenhuisprofessionals. Het idee was om een consensus te bereiken over de gebruikte termen en de formulering van de vragen. Daarnaast kon een panel van patiënten beoordelen of de formulering van de vragen duidelijk was en of de vragen begrijpelijk waren. Als dat niet het geval was, werden de vragen opnieuw geformuleerd op basis van de suggesties van de patiënten.

De vragenlijst begint met vragen over het profiel van de respondenten (leeftijd, geslacht, provincie waar ze wonen, opleidingsniveau, ervaren gezondheidstoestand, duur van het ziekenhuisverblijf). Dan zijn er enkele vragen over de communicatie met en tussen de ziekenhuisprofessionals. Het betreft de volgende drie vragen.

- 'Hebt u tijdens uw meest recente hospitalisatie gemerkt dat er een goede communicatie was tussen de artsen, de verpleegkundigen en ander personeel over uw zorg en behandeling?'. Er waren zes mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nooit', 'Soms', 'Vaak', 'Altijd'.
- 'Voelde u zich tijdens uw recentste ziekenhuisopname vrij om zich te uiten over een onderwerp dat u wilde bespreken met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid?'. Er waren zes mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.
- 'Indien u zich hebt uitgesproken, werd dat goed ontvangen door het personeelslid met wie u sprak?' met dezelfde antwoordopties als bij de vorige vraag.

Het grootste deel van de vragenlijst is gewijd aan veiligheid in de zorg, met volgende vragen.

- De centrale vraag luidt als volgt: 'Hebt u tijdens uw meest recente ziekenhuisopname een of meer ongewenste voorvallen ervaren?' Er waren vijf mogelijke antwoorden: 'Ja', 'Nee', 'Ik weet het niet', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'.
- Aan degenen die 'Ja' antwoordden op de vorige vraag, werd gevraagd om het ongewenste voorval te beschrijven (in vrije tekst). Daarnaast is gevraagd hoe de patiënt-e wist dat die een ongewenst voorval had ervaren (met de volgende antwoordmogelijkheden: 'Een medewerker van het ziekenhuis heeft het me verteld', 'Ik heb het zelf vastgesteld', 'Mijn familie heeft het me verteld', 'Iemand anders heeft het me verteld', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'). Eén vraag luidde of het ongewenste voorval al dan niet was gemeld aan een arts, verpleegkundige of ander personeelslid (met de volgende antwoordopties: 'Ja', 'Nee', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden').
- Opnieuw voor degenen die aangaven dat ze een ongewenst voorval hadden ervaren, is nagegaan of dit voorval was behandeld zoals gewenst door de patiënt-e (met de volgende antwoordmogelijkheden: 'Ja', 'Nee', 'Ik weet het niet', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'). In het geval van een positief of negatief antwoord kon de patiënt-e de reden opgeven (de antwoordmogelijkheden worden verderop vermeld in Figuur 3 en Figuur 4).
- Het gevoel van veiligheid in de zorg kwam aan bod in de volgende vraag: 'Voelde u zich veilig tijdens uw meest recente ziekenhuisopname?' met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

Tot slot zijn er enkele vragen over de zorgcontinuïteit (informatie ontvangen voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis). Het gaat om volgende vragen.

- 'Hebt u, voordat u het ziekenhuis verliet, alle informatie gekregen die u nodig had over symptomen en gezondheidsproblemen waarop u moest letten nadat u het ziekenhuis had verlaten?', met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.
- 'Werd, voordat u het ziekenhuis verliet, duidelijk aan u uitgelegd hoe uw zorg of behandeling na uw vertrek uit het ziekenhuis zou worden voortgezet?', met de vol-

gende antwoordopties: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik had geen follow-up van mijn zorg of behandeling nodig', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

- 'Kreeg u, voordat u het ziekenhuis verliet, een duidelijke uitleg over hoe u de voorgeschreven geneesmiddelen moest innemen, inclusief de geneesmiddelen die u innam voordat u in het ziekenhuis werd opgenomen (bijvoorbeeld wanneer u de geneesmiddelen moest innemen, bijwerkingen waar u op moest letten, enz.)?', met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik hoefde geen voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

De vragenlijst was online toegankelijk (op een account van het PAQS) en volledig anoniem. Het was niet mogelijk om het ziekenfonds van de gecontacteerde persoon of het ziekenhuis waar het verblijf plaatsvond te identificeren. Er werd geen diagnostische informatie gevraagd. In overeenstemming met de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) werd elke respondent-e bovendien gevraagd om het PAQS toestemming te geven voor de verwerking van de informatie die in de online vragenlijst was ingevoerd.

Alle analyses werden door het PAQS uitgevoerd. De resultaten van deze analyses worden gepresenteerd onder punt 2. In het bijzonder testen we een aantal verbanden tussen variabelen en het feit of een ongewenst voorval is gemeld. Er moet echter worden opgemerkt dat als een variabele in verband staat met het optreden van een ongewenst voorval, dit niet noodzakelijkerwijs betekent dat deze variabele de oorzaak is van het ongewenste voorval in kwestie.

1.3. Steekproef en verspreiding van de vragenlijst

De drie ziekenfondsen (CM, Solidaris, Onafhankelijke Ziekenfondsen) namen contact op met hun leden (via e-mail) en nodigden hen uit om de online vragenlijst in te vullen. Tussen september 2021 en februari 2022 werden twee e-mailcampagnes georganiseerd. In totaal werden 21.902 e-mails verstuurd. Alle gecontacteerde personen waren Franstalig en waren opgenomen in een Franstalig ziekenhuis (gelegen in het Brussels of Waals Gewest) tijdens de derde maand voor de datum van gegevensverzameling.

De personen die door de drie ziekenfondsen werden geselecteerd, moesten ouder dan 18 en jonger dan 80 jaar zijn op het moment van hun meest recente ziekenhuisopname, en moesten opgenomen zijn geweest in een algemeen ziekenhuis (met minstens één gefactureerde overnachting).

De volgende personen werden uitgesloten:

- patiënten die waren opgenomen in psychiatrische instellingen of op psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen;
- patiënten die waren opgenomen in ziekenhuizen in het Vlaams Gewest of in het UZ Brussel (VUB) in Brussel;
- patiënten die waren overleden sinds hun ziekenhuisopname;
- patiënten die na een ziekenhuisopname palliatieve zorg ontvingen of werden opgenomen in een woonzorgcentrum.

1.4. Beperkingen

Aangezien het PAQS een Franstalige organisatie is, is deze studie beperkt tot Franstalige patiënten die opgenomen werden in Franstalige ziekenhuizen in het Brussels en Waals Gewest. De gepresenteerde resultaten kunnen daarom niet worden veralgemeend voor gans België.

Een andere beperking is dat de vragenlijst alleen online beschikbaar was. Patiënten van wie geen e-mailadres bekend was bij hun ziekenfonds werden niet gecontacteerd, wat ertoe kan leiden dat bepaalde sociale groepen ondervertegenwoordigd zijn onder de deelnemers aan het onderzoek. Mensen met een laag inkomen hebben bijvoorbeeld vaker dan mensen met een hoger inkomen te maken met een digitale kloof (Faure, Brotcorne, Vendramin, Marien, & Dedonder, 2022), wat maakt dat zij moeilijker kunnen deelnemen aan dit soort initiatieven.

We kozen ervoor om bepaalde patiënten niet te bevragen (zoals hierboven beschreven bij punt 1.3). Dit was om praktische redenen vanwege de moeilijkheden die zij zouden kunnen ondervinden bij het beantwoorden van een online vragenlijst (kinderen, ouderen, mensen die een beroep deden op psychiatrische zorg, bewoners van woonzorgcentra, enz.). Het spreekt uiteraard vanzelf dat deze mensen ons ook veel hadden kunnen vertellen over hun (ziekenhuis- en andere) zorg.

2. Resultaten: Wat vertellen patiënten ons over hun ziekenhuisverblijf?

2.1. Beschrijving van de respondenten

Het aantal mensen dat de online vragenlijst opende, was 2.037⁵. Echter, 512 respondenten gaven het PAQS geen toestemming om hun gegevens te verwerken. Daarnaast hebben 426 respondenten de vragenlijst wel geopend, maar de vragen niet beantwoord. Uiteindelijk hebben 1.099 respondenten de vragenlijst ingevuld (bijna altijd tot en met de laatste vraag). Om robuuste resultaten te verkrijgen, was het de bedoeling om ten minste 1.000 respondenten te bereiken.

Het profiel van de 1.099 mensen van wie de antwoorden werden verwerkt, is weergegeven in tabel 1. Voor elk analysecriterium worden de respondenten vergeleken met een referentiepopulatie. Dit varieert van criterium tot criterium en is afkomstig uit de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) of de resultaten van de Gezondheidsenquête 2018 (georganiseerd door Sciensano).

Vergeleken met de referentiepopulatie geldt voor onze respondenten het volgende.

- Ze zijn oververtegenwoordigd in de hogere leeftijdsgroepen (56-65 jaar en 66-75 jaar).
- Ze hebben een hoger opleidingsniveau.
- Ze hebben een ervaren gezondheidstoestand die slechter is dan bij de algemene bevolking die deelnam aan de Gezondheidsenquête van 2018. Dit komt doordat we te maken hebben met mensen die onlangs in het ziekenhuis zijn opgenomen. Helaas meet de Gezondheidsenquête van 2018 niet de ervaren gezondheid van mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen.
- Ze zijn oververtegenwoordigd voor ziekenhuisverblijven van 2 tot 3 nachten en van 4 tot 6 nachten.
- Ze zijn oververtegenwoordigd in Waals-Brabant, ondervertegenwoordigd in de provincie Luik en lichtjes ondervertegenwoordigd in de provincie Henegouwen en in Brussel. We merken op dat sommige van onze respondenten uit Vlaams-Brabant komen. Dit kan verklaard worden door het feit dat de mensen die door de ziekenfondsen gecontacteerd zijn Franstalig moesten zijn en opgenomen moesten zijn geweest in een Franstalig ziekenhuis, maar in Vlaanderen mochten wonen.

2.2. Aanvaardbaarheid van de vragenlijst

Aangezien de vragenlijst voor het eerst in België werd gebruikt, werd de aanvaardbaarheid ervan geëvalueerd. Voor elke vraag is het responspercentage berekend (het beantwoorden van de vragen was niet verplicht). Voor de meeste vragen bedroeg dit percentage meer dan 95%. Voor slechts twee vragen (één over de informatie van de patiënt-e over de mogelijkheden om bezorgdheden te uiten, de andere over de behandeling van het ongewenst voorval volgens de wens van de patiënt-e) was de respons lager, wat duidt op een probleem met de begrijpelijkheid of de relevantie. Om de aanvaardbaarheid van deze twee vragen te verbeteren, moet worden overwogen om ze tijdens een nieuw onderzoek te herformuleren en eventueel andere antwoordopties te bieden.

2.3. Beschrijvende analyses

2.3.1. Communicatie

Verschillende vragen hadden betrekking op de communicatie tussen de zorgverleners onderling, maar ook tussen de zorgverleners en de patiënt-e.

- De communicatie tussen professionals over de zorg en behandeling van de patiënt-e wordt veeleer positief beoordeeld: **76%** van de respondenten is van mening dat deze communicatie altijd of vaak goed is, 17% dat ze soms goed is en 3% dat ze nooit goed is.
- Voelt de patiënt-e zich vrij om met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid te praten over een onderwerp dat die wil bespreken? Voor **88%** van de respondenten is dat geheel of gedeeltelijk het geval. Volgens 11% van de respondenten is het niet echt of helemaal niet het geval.
- Werden de opmerkingen van de patiënt-e goed ontvangen door het personeelslid met wie die sprak? Ook hier is de beoordeling veeleer positief: **89%** van de respondenten geeft aan dat dit geheel of gedeeltelijk het geval is. Voor 8,8% van de respondenten werden diens opmerkingen niet echt of helemaal niet goed ontvangen.

2.3.2. Veiligheid van de zorg

Om te evalueren in welke mate de patiënten een ongewenst voorval hadden ervaren, waren in de online vragenlijst de definitie (zie punt 1.1) en enkele concrete voorbeelden opgenomen (medicatiefouten, zorggeassocieerde

5 De beschreven resultaten zijn allemaal afkomstig uit het onderzoeksrapport (PAQS, 2023).

Tabel 1: Profiel van de respondenten

Analysecriteria	PRIM-enquête (n=1.099)	Referentiepopulatie
Leeftijd*		
16-25 jaar	0,6%	6,7%
26-35 jaar	10,0%	13,8%
36-45 jaar	9,1%	11,6%
46-55 jaar	13,3%	15,5%
56-65 jaar	25,1%	19,9%
66-75 jaar	33,2%	22,1%
76-80 jaar	8,6%	10,4%
Geslacht**		
Vrouw	50,9%	54,4%
Man	49,0%	45,6%
X	0,2%	-
Opleidingsniveau**		
Geen diploma of lagere school	6,2%	11,7%
Secundair onderwijs	37,6%	51,4%
Hoger onderwijs van het korte type en bachelor	34,5%	37,0%
Hoger onderwijs van het lange type	21,7%	
Woonplaats**		
Provincie Henegouwen	28,4%	30,9%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18,5%	21,1%
Provincie Luik	18,3%	23,6%
Provincie Waals-Brabant	13,5%	7,9%
Provincie Namen	11,4%	10,8%
Provincie Luxemburg	5,5%	5,6%
Provincie Vlaams-Brabant	2,6%	-
Andere	1,9%	-
Ervaren gezondheidstoestand****		
Zeer slecht	2,5%	23%
Slecht	17,9%	
Goed noch slecht	32,0%	
Goed	36,7%	77%
Zeer goed	10,9%	
Duur van het ziekenhuisverblijf***		
1 nacht	20,3%	28,6%
2 tot 3 nachten	32,7%	24,4%
4 tot 6 nachten	24,4%	17,1%
7 nachten of meer	22,7%	29,9%

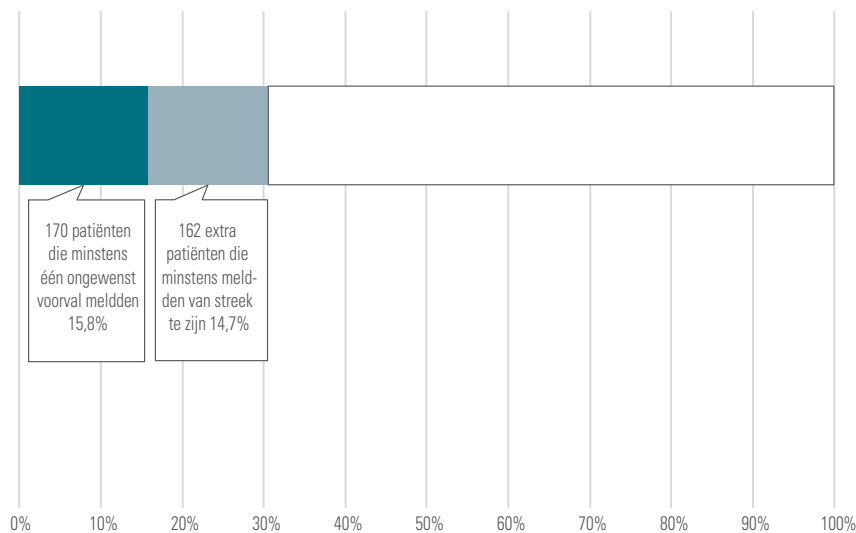
* Vergelijking met de verdeling van de in 2017 gehospitaliseerde bevolking (bron: MZG - www.gezondbelgie.be)

** Vergelijking met de verdeling van de in 2020 gehospitaliseerde bevolking woonachtig in het Waals en Brussels Gewest (Bron: MZG - FOD Volksgezondheid)

*** Vergelijking met de steekproef van respondenten die ten minste één nacht in het ziekenhuis waren opgenomen in de Gezondheidsenquête 2018 (Bron: Sciensano)

**** Vergelijking met de totale steekproef van respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 (Bron: Sciensano)

Figuur 1: Percentage respondentent die een ongewenst voorval heeft ervaren tijdens of van streek is over hun verblijf in het ziekenhuis

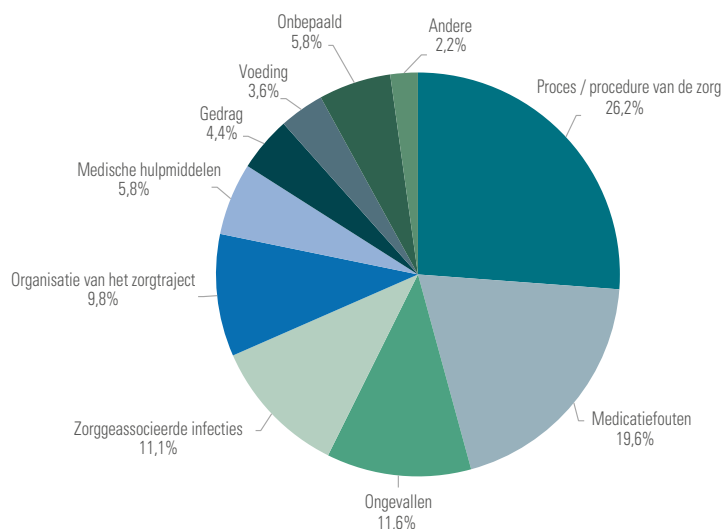


infecties, fouten bij de identificatie van patiënten, verkeerde-kant-chirurgie, vallen, doorligwonden). Bijna 170 van de 1.099 personen die de vragenlijst invulden, antwoordden dat ze een (of meer) ongewenste voorvallen hadden ervaren tijdens hun recentste ziekenhuisopname, dit is **15,8%** van de respondenten (zie Figuur 1).

De respondenten kregen de gelegenheid om deze ongewenste voorvallen te beschrijven. Deze werden geclassificeerd volgens de taxonomie van de *International Classification for Patient Safety (ICPS)* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2009, p. 32). Zoals te zien is in

figuur 2, heeft ongeveer **26%** van de ongewenste voorvallen te maken met de niet-naleving van klinische processen of procedures, dus de gestructureerde manier waarop het zorgpersoneel omgaat met de patiënten en hun gezondheidsproblemen behandelt. Het op één na meest voorkomende type ongewenste voorvallen (**20%**) betreft medicatiefouten. Ongevallen waarbij de patiënt-e betrokken was, zijn goed voor **12%** van de ongewenste voorvallen die door respondenten worden gemeld. Bijna **11%** van de incidenten houdt verband met zorggeassocieerde infecties. Iets minder dan **10%** betreft de organisatie van het zorgtraject.

Figuur 2: Soorten ongewenste voorvallen beschreven door respondenten



Een bijkomende vraag had de bedoeling te weten of de patiënt-e van streek was over de manier waarop die was verzorgd. Het was dus de bedoeling om niet alleen naar ongewenste voorvallen te vragen, maar ook om een beeld te krijgen van de mate waarin de patiënten andere redenen voor ontevredenheid hadden. 162 respondenten die geen ongewenst voorval hadden ervaren, meldden dat ze van streek waren over de manier waarop ze werden verzorgd of behandeld tijdens hun ziekenhuisverblijf, zonder dat dit direct gerelateerd was aan een ongewenst voorval (bijvoorbeeld ontevredenheid over de kwaliteit van het eten). Dit aantal komt overeen met **14,7%** van de respondenten (zie Figuur 1). Algemeen genomen, stellen we vast dat **30%** van de respondenten aangeeft een of meer ongewenste voorvallen meegemaakt te hebben tijdens hun ziekenhuisverblijf (15,8%) of van streek te zijn geweest (14,7%).

Hoe veilig voelen de patiënten zich in het algemeen? Voelden de patiënten zich veilig over hun zorg in het ziekenhuis? Het gevoel van veiligheid is sterk aanwezig: **70%** van de respondenten voelde zich volledig veilig, **22%** gedeeltelijk veilig. Toch voelt **7,9%** van de respondenten zich niet echt of helemaal niet veilig.

2.3.3. Beheer van het ongewenst voorval

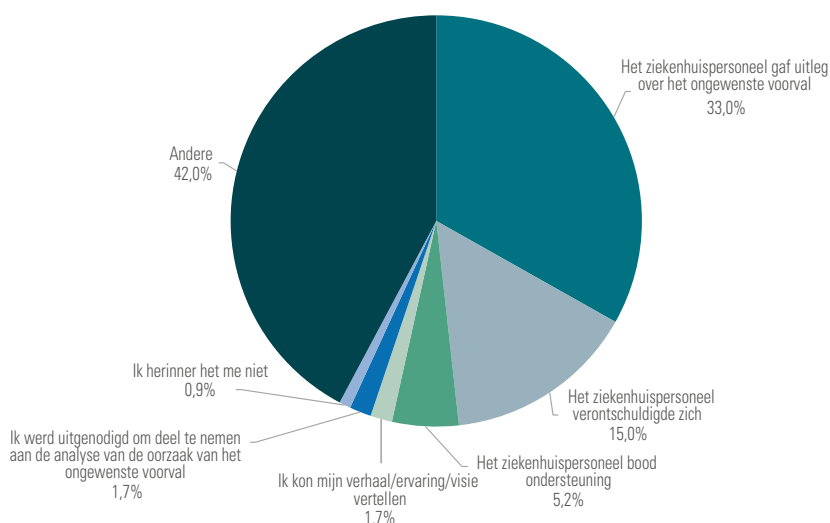
Door wie werd het ongewenste voorval vastgesteld en hoe werd ermee omgegaan? In de overgrote meerderheid van de gevallen (**76%**) was het de patiënt-e die het onge-

wenste voorval vaststelde. Het ongewenste voorval werd in **19%** van de gevallen gemeld door een personeelslid van het ziekenhuis en in **4,5%** van de gevallen door iemand uit de omgeving van de patiënt-e. Wanneer het ongewenste voorval werd opgemerkt door de patiënt-e of iemand uit diens omgeving, geeft **89%** van de respondenten aan dat ze het vervolgens hebben gemeld aan een medewerker van het ziekenhuis.

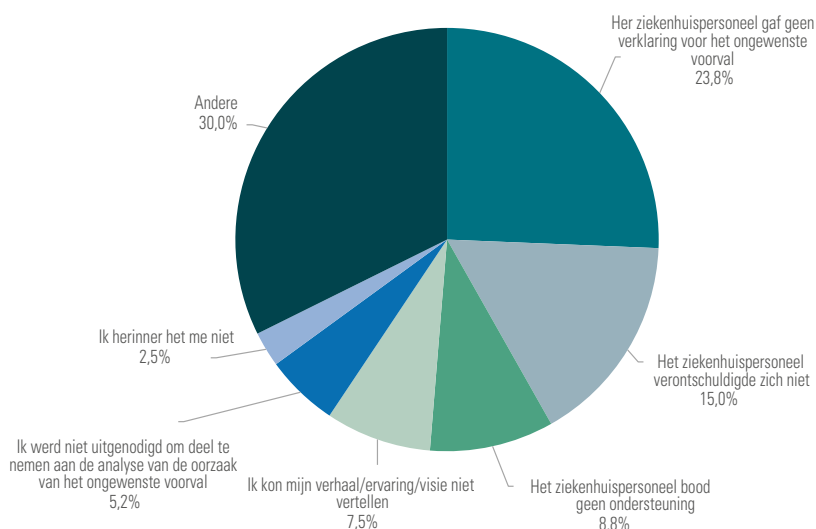
Wat de aanpak van het ongewenste voorval betreft, zijn de meningen van de respondenten verdeeld: **43,7%** vond dat het voorval goed werd afgehandeld door het ziekenhuis, **42,5%** vond dat niet. Merk op dat bijna 14% van de respondenten het niet weet.

- Wanneer de aanpak van het ongewenste voorval positief verliep (zie Figuur 3), benadrukken de respondenten het feit dat het ziekenhuispersoneel uitleg gaf (**33%**), zich verontschuldigde (**15%**), ondersteuning aanbood (**5,2%**).
- Wanneer het ongewenste voorval niet volgens de wensen van de patiënt-e werd behandeld (zie Figuur 4), waren de meest genoemde redenen dat het ziekenhuispersoneel geen uitleg gaf (**24%**), geen excuses aanbood (**15%**), geen ondersteuning aanbood (**9%**).
- Voor deze twee vragen hebben de respondenten andere redenen toegevoegd als vrije opmerkingen, wat aangeeft dat de antwoordopties die aanvankelijk in de vragenlijst waren voorzien, zouden kunnen worden aangevuld. Deze opmerkingen zijn jammer genoeg nog niet geanalyseerd.

Figuur 3: Goed beheer van het ongewenste voorval – door patiënt-e opgegeven redenen



Figuur 4: Slecht beheer van het ongewenste voorval – door patiënt-e opgegeven redenen



2.3.4. Continuïteit van de zorg

Voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis, is het belangrijk om duidelijke instructies te geven voor de follow-up en de continuïteit van zorg eens de patiënt-e terug thuis is. Drie vragen maakten het mogelijk te evalueren hoe goed de patiënten werden geïnformeerd over de symptomen en gezondheidsproblemen waarop ze moesten letten, over het voortzetten van hun behandeling en over de geneesmiddelen (tijdstip van inname, bijwerkingen, enz.). Zoals te zien is in tabel 2, vond **85% tot 89%** van de patiënten dat ze geheel of gedeeltelijk waren geïnformeerd over deze verschillende aspecten. Merk op dat bijna 15% van de respondenten vindt dat ze niet echt of helemaal niet zijn geïnformeerd over de geneesmiddelen.

2.4. Statistische analyse

Welke variabelen zijn geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval? Om dit type statistische analyse uit te voeren, gebruikten de onderzoekers de *chi-kwadraattoets*, die test of twee categorische variabelen al dan niet geassocieerd zijn.

2.4.1. De kenmerken van de patiënt-e en de kenmerken die verband houden met diens gezondheidstoestand

Uit de literatuur blijkt dat een aantal factoren positief geassocieerd is met het optreden van een ongewenst voorval. Het gaat onder meer om hoge leeftijd, lange verblijfsduur en slechte gezondheid (Tsilimingras, Rosen, & Berlowitz, 2003; Vincent, 2012). Hoe zit het met onze respondenten?

Tabel 2: Informatie over de zorgcontinuïteit - verdeling van de respondenten

Informatie bij ontslag over	Ja, zeer goed	Ja, gedeeltelijk	Nee, niet echt	Nee, helemaal niet	Ik weet het niet zeker / Ik kan het me niet herinneren
Symptomen en gezondheidsproblemen om op te letten	65,9%	21,7%	8,8%	2,6%	0,9%
De verdere behandeling	69,4%	19,8%	8,2%	2,5%	0,2%
De voorgeschreven geneesmiddelen	68,7%	16,3%	10,7%	3,9%	0,3%

We testten of leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, ervaren gezondheidstoestand, verblijfsduur in het ziekenhuis en woonplaats verband hielden met het melden van een ongewenst voorval. Twee variabelen springen eruit in deze statistische analyses: **de ervaren gezondheidstoestand en de verblijfsduur in het ziekenhuis**. Deze twee variabelen zijn significant ($p < 0,001$) geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval.

- Hoe slechter respondenten hun gezondheidstoestand inschatten, hoe groter de kans dat ze een ongewenst voorval rapporteren.
- Hoe langer de verblijfsduur, hoe groter de kans dat ze een ongewenst voorval melden.

Eenzijds is een slechtere gezondheid geassocieerd met een hogere rapportering van ongewenste voorvallen. Anderzijds verhoogt ook een langer ziekenhuisverblijf dat risico. Er was geen significant verband tussen het melden van een ongewenst voorval enerzijds en leeftijd, geslacht, woonplaats of opleidingsniveau anderzijds. Deze variabelen houden dus geen significant verband met het risico om een ongewenst voorval te melden.

2.4.2. Communicatie door de zorgverleners en gevoel van veiligheid

Vervolgens testten we of de communicatie tussen de professionals onderling en tussen de professionals en de patiënten verband hield met het melden van een ongewenst voorval.

- **Wanneer een patiënt-e vaststelt dat de communicatie tussen de professionals in het ziekenhuis goed is, is de neiging om ongewenste voorvallen te melden kleiner.** Omgekeerd geldt dat hoe slechter de communicatie tussen de professionals wordt ervaren, hoe groter ook de kans is dat patiënten een ongewenst voorval melden.
- **Wanneer patiënten zich uitspreken over om het even welk onderwerp dat ze willen bespreken met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid, is de manier waarop dit door ziekenhuisprofessionals wordt ontvangen negatief geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval.** Hoe meer patiënten zich dus gehoord voelen in elementen die ze ter sprake brengen, hoe kleiner de kans dat ze een ongewenst voorval zullen melden. Nogmaals, dit is een associatie, geen oorzakelijk verband.

Het melden van ongewenste voorvallen is dus negatief en significant ($p < 0,001$) geassocieerd met de communicatie tussen de professionals onderling en met deze tussen de professionals en de patiënten. Hetzelfde geldt voor het algemene gevoel van veiligheid dat patiënten ervaren in het ziekenhuis.

- Het **algemene gevoel van veiligheid dat patiënten ervaren, is significant en negatief geassocieerd met het melden van ongewenste voorvallen**: hoe veiliger patiënten zich zeggen te voelen, hoe kleiner de kans is dat ze een ongewenst voorval melden.

2.4.3. Continuïteit van de zorg

De drie vragen over de zorgcontinuïteit (zie Tabel 2) werden gebruikt om de informatie te evalueren die de patiënt-e ontving voor het vertrek uit het ziekenhuis. Gezien de onderlinge correlatie tussen deze drie vragen, zijn ze samengevat door het aantal ondervonden problemen te tellen. De respondent-e kon immers het gevoel hebben helemaal niet of niet goed te zijn geïnformeerd over de volgende drie items: symptomen om op te letten, de verdere behandeling en de inname van geneesmiddelen. Vervolgens telden we per respondent-e het aantal items waarvoor de informatie ontoereikend was (dit aantal kan dus variëren van 0 tot 3). Vervolgens testten we het verband tussen dit aantal items en het melden van een ongewenst voorval.

We stellen een significant verband vast ($p < 0,001$) tussen het aantal gebreken in de zorgcontinuïteit en het melden van een ongewenst voorval: hoe beter de ontvangen informatie over de drie items, hoe minder waarschijnlijk dat respondenten een ongewenst voorval melden. Anders gezegd: hoe meer zaken waarover slecht wordt geïnformeerd, hoe groter de kans dat de respondenten een ongewenst voorval melden.

3. Bespreking, aanbevelingen en mogelijkheden voor de toekomst

3.1. Belangrijkste bevindingen

3.1.1. Het globale percentage gemelde ongewenste voorvallen

De vragenlijst maakte het mogelijk om in ons land voor het eerst een schatting te geven van het percentage patiënten dat een ongewenst voorval heeft ervaren tijdens een ziekenhuisopname. Dit percentage is 15,8% en betreft alleen het Franstalige deel van ons land. Wat is de situatie in andere westerse landen?

De OESO verzamelde de resultaten van onderzoeken in verschillende westerse landen (zie Figuur 5). Voor landen waar de vragenlijst werd verspreid onder de algemene bevolking (niet alleen onder mensen die onlangs in het ziekenhuis waren opgenomen), zijn de resultaten afkomstig van een internationaal onderzoek (*Commonwealth Fund 2020 International Health Survey*) en gaat het om “mensen tussen 18 en 64 jaar die zeiden dat ze de afgelopen twee jaar het slachtoffer waren geweest van een medische fout” (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, p. 33, eigen vertaling). Voor landen waar gehospitaliseerde patiënten werden bevraagd, kwamen de vragen uit de pilootvragenlijst die was ontwikkeld door de OESO-werkgroep.

Zoals figuur 5 laat zien, is het resultaat voor Franstalig België hoger dan de percentages in andere landen. Het is mogelijk dat ons resultaat een overschatting is: de interesse van (sommige van) onze respondenten om deel te nemen aan het onderzoek, kan te wijten zijn aan het feit dat ze in het ziekenhuis problemen hebben ervaren en daarvan wilden getuigen. Bovendien kan de verstreken tijd tussen de ziekenhuisopname en het moment waarop de patiënten worden ondervraagd, een invloed hebben op het aantal mensen dat een ongewenst voorval meldt.

Andere onderzoeken (waarin andere instrumenten en methoden werden gebruikt voor de gegevensverzameling) laten zelfs nog hogere percentages zien: 20,5% in een Zweedse studie bij 960 patiënten (Rutberg, et al., 2014), 23,4% in een Brits onderzoek bij 329 patiënten (Armitage,

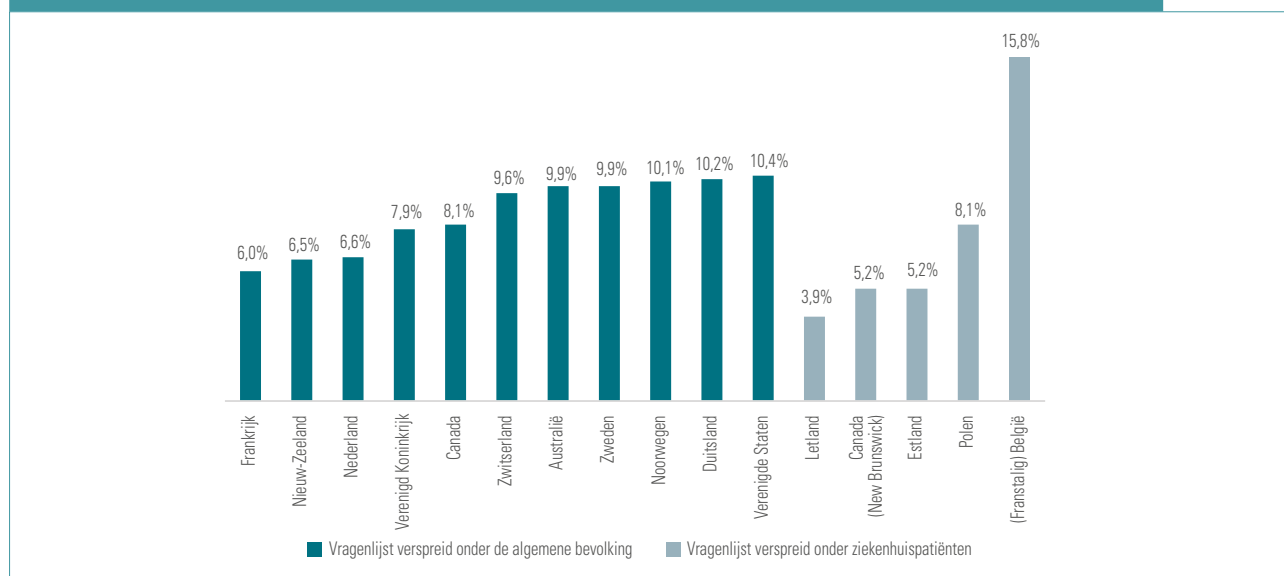
et al., 2018) en 29,2% in een Amerikaanse studie bij 2.582 patiënten (Zhu, et al., 2011).

Voorzichtigheid is echter geboden daar het niet eenvoudig is om vergelijkingen te maken tussen landen, zelfs niet op basis van vergelijkbare vragen. In haar commentaar op ons huidige initiatief stelt de OESO: “Volgens het proefproject voor de verzameling van gegevens dat in België werd uitgevoerd, maakten problemen op vlak van gedrag 4,4% uit van de ongewenste voorvallen die door patiënten werden gemeld, maar deze informatie was niet beschikbaar in de open tekst die werd verzameld in het kader van onderzoeken in andere landen die deelnamen aan het proefproject voor de verzameling van gegevens van de OESO. Dit komt waarschijnlijk doordat patiënten in andere landen deze niet als patiëntveiligheidsincidenten beschouwden. De percentageverschillen tussen landen in de door patiënten gemelde incidenten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd” (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, p. 34, eigen vertaling).

3.1.2. De meest gemelde incidenten

Meer dan de helft van de gemelde ongewenste voorvallen gaat over klinische processen/procedures, medicatiefouten, ongevallen en zorggeassocieerde infecties. Het lijkt dus evident dat een deel van deze voorvallen vermijdbaar is door een preventiebeleid in het ziekenhuis. De overheden moeten ook nadenken over terugkerende problemen in de ziekenhuissector en de gezondheidszorg in het algemeen, zoals de zwaarte van het werk en het tekort aan

Figuur 5: Percentage patiënten dat een ongewenst voorval meldde in verschillende westerse landen (Bronnen: Kendir et al. (2023), voor België: PAQS (2023))



bepaalde zorgberoepen. België is zeker niet gespaard van deze problemen. Bijna 2.500 ziekenhuisbedden zijn momenteel gesloten. “Er zijn verschillende redenen voor het sluiten van bedden, in feite *‘is het sluiten van bedden een wijdverspreid gevolg van het tekort aan zorgpersoneel, in het bijzonder verpleegkundigen*, zegt Pascal Mertens, algemeen directeur van Vivalia, de intercommunale voor gezondheidszorg in Luxemburg” (RTBF, 2023, eigen vertaling).

Hoewel dat tekort zelf ook meerdere oorzaken heeft, kunnen we aannemen dat een gebrek aan welzijn op het werk er één van is en dat dit gevolgen heeft voor de patiëntveiligheid. Meerdere onderzoeken laten een verband zien tussen een slechter welzijn of zelfs een hoge mate van burn-out enerzijds en een achteruitgang van de patiëntveiligheid anderzijds (Hall, Watt, Tsipa, & O’Connor, 2016). Dit geldt voor veel diensten, waaronder de dienst intensieve zorgen, waar de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid te lijden kunnen hebben onder burn-out bij bepaalde leden van het zorgteam (Reader, Cuthbertson, & Decruyenaere, 2008).

3.1.3. Relaties tussen het melden van een ongewenst voorval en andere variabelen

Onze benadering, die het subjectieve perspectief van patiënten weerspiegelt, lijkt al aan te tonen dat deze goed in staat zijn om organisatorische problemen te identificeren die verband houden met de melding van ongewenste voorvallen. De kwaliteit van de communicatie tussen de ziekenhuisprofessionals onderling of tussen de ziekenhuisprofessionals en de patiënten hangt bijvoorbeeld samen met het optreden van ongewenste voorvallen. Hoe slechter de kwaliteit van deze communicatie, hoe groter het risico dat een ongewenst voorval wordt gemeld. Het is duidelijk dat het verbeteren van de communicatie een geschikte manier is om ongewenste voorvallen te voorkomen. Voorts zijn de meningen onder de patiënten verdeeld over het beheer van de ongewenste voorvallen zelf: 43,7% vond dat het voorval goed was afgehandeld door het ziekenhuis, 42,5% vond dat niet. In dit opzicht tekent zich een actiedomein af voor het ziekenhuis.

3.2. Evaluatie van de vragenlijst zelf

Aangezien dit de eerste keer is dat een dergelijke vragenlijst in Franstalig België werd afgenomen bij Franstalige patiënten die in het ziekenhuis hadden verbleven, is het belangrijk om de kwaliteit van de vragenlijst kritisch te bekijken. Werde de vragenlijst goed begrepen? Was hij moeilijk in te vullen? Van de 1.099 mensen die de vragenlijst

hebben ingevuld, heeft bijna iedereen alles ingevuld. De mediane tijd die nodig was om de vragenlijst in te vullen, was minder dan 7 minuten, wat vrij kort is en aangeeft dat er geen grote problemen waren. Zoals besproken in punt 2.2, zijn er echter twee vragen (één over de informatie aan de patiënt-e over de mogelijkheden om bezorgdheden te uiten, de andere over de aanpak van het ongewenst voorval zoals gewenst door de patiënt-e) waar het non respons percentage hoger was dan 5%. Om deze twee vragen te verbeteren, moeten ze worden geherformuleerd en moeten eventueel andere antwoordopties worden voorzien. Daarnaast zagen we dat de respondenten veel andere opmerkingen gaven bij vragen over goed of slecht beheer van het ongewenste voorval (zie Figuur 3 en Figuur 4). Op basis van deze opmerkingen moeten de antwoordopties worden verbeterd. Kortom, de vragenlijst zelf is nog voor verbetering vatbaar.

3.3. Mogelijkheden voor toekomstig onderzoek

Om de eerste resultaten te bevestigen, zou het interessant zijn om het onderzoek te herhalen om de robuustheid ervan te beoordelen. Dat zou tevens een gelegenheid zijn om methodologische verbeteringen aan te brengen en variaties in de manier van verspreiding van de vragenlijst te testen.

- Wat de steekproef betreft, kan worden overwogen om bepaalde categorieën mensen die ondervetegenwoordigd zijn onder de respondenten te oververtegenwoordigen, zoals jongeren (35 jaar en jonger), mensen met een zwakker sociaaleconomisch profiel (bijvoorbeeld op basis van hun statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming), vrouwen, mensen met een hospitalisatie van 1 nacht of van 7 nachten of meer (zie Tabel 1).
- Er kan ook worden overwogen om een alternatieve methode voor de gegevensverzameling te testen. Kunnen we, met de medewerking van de ziekenhuizen, overwegen om de vragenlijst willekeurig onder de patiënten te verspreiden aan het einde van hun verblijf? Dit zou mogelijk een betere representativiteit van de patiënten opleveren. We zouden dan kunnen onderzoeken in hoeverre deze alternatieve methode een invloed heeft op de resultaten. Als onze huidige methode om de vragenlijst te verspreiden bijvoorbeeld gepaard gaat met een selectiebias, waardoor het percentage patiënten dat een ongewenst voorval rapporteert hoger is, dan zou het rechtstreeks bevragen van patiënten aan het eind van hun verblijf deze bias kunnen wegnemen.

- Dit type onderzoek kan ook worden uitgebreid naar andere zorgsectoren dan klassieke ziekenhuisopnames. Ambulante zorg, ziekenhuisopname omwille van psychiatrische problematiek, verblijf in woonzorgcentra, enz., zouden het onderwerp kunnen zijn van een PRIM-benadering, op voorwaarde dat men een adequate en aangepaste manier vindt om de patiënten te bevragen.

Conclusie

Voor het eerst in België werd een vragenlijst van het PRIM-type (*Patient-Reported Incident Measures*) getest bij gehospitaliseerde patiënten. Deze aanpak is het resultaat van een samenwerking tussen het PAQS en drie ziekenfondsen (CM, Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen). De vragenlijst zelf is afkomstig van een pilootvragenlijst ontwikkeld door de OESO. Aan de hand van deze vragenlijst, vertaald en aangepast aan de Franstalige Belgische context, kunnen we rammen dat **15,8%** van de patiënten een of meerdere ongewenste voorvallen heeft meegemaakt (waarvan meer dan de helft verband hield met klinische processen/procedures, medicatiefouten, ongevallen en zorggeassocieerde infecties). Dit percentage lijkt hoog, maar is plausibel gelet op onderzoeksresultaten in andere westerse landen. Naast ongewenste voorvallen gaf **14,7%** van de respondenten aan dat ze een of andere gebeurtenis hadden meegemaakt die hen ontevreden stemde.

De resultaten van deze studie laten zien dat er ruimte is voor verbetering, zowel wat betreft de veiligheid van de zorg als de manier waarop ongewenste voorvallen worden beheerd. We zijn van mening dat de inspraak van patiënten in thema's als deze een echte verrijking vormt en bijdraagt aan de veiligheidscultuur binnen het ziekenhuis. Een PRIM-instrument heeft daarom duidelijk zijn plaats in de verbeteringsstrategie van zorgkwaliteit en -veiligheid in ziekenhuizen, aanvullend op andere instrumenten en informatiebronnen over ongewenste voorvallen (zoals routinematig verzamelde gegevens over behandelingen, procedures, diagnoses, kenmerken van patiënten, enz., en rapporten over door het ziekenhuispersoneel gemelde incidenten).

Gelet op het huidige tekort aan zorgpersoneel vinden we het ook belangrijk om erop te wijzen dat de organisatorische context van de zorg en de arbeidsomstandigheden van alle zorgprofessionals bijzondere aandacht moeten krijgen. In de huidige context is het moeilijk te geloven dat de veiligheid van zorg optimaal kan worden gegarandeerd als er niet genoeg personeel is om aan de behoeften van de patiënten te voldoen. De verdere verbetering van zorgkwaliteit moet ongetwijfeld samengaan met het verder verbeteren van het welzijn van het zorgpersoneel, in het bijzonder van het verplegend en verzorgend personeel.

Bibliografie

- Armitage, G., Moore, S., Reynolds, C., Laloë, P.-A., Coulson, C., Mc Eachan, R., . . . O'Hara, J. (2018). Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28(1), 36-43.
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *British Medical Journal*, 346, f167.
- Chamberlain, C. J., Koniaris, L. G., Wu, A. W., & Pawlik, T. M. (2012). Disclosure of "Nonharmful" Medical Errors and Other Events: Duty to Disclose. *Archives of Surgery*, 147(3), 282-286.
- Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Opname in het ziekenhuis*. Brussel: Sciensano.
- de Béthune, X., & Herbaux, D. (2014). Het platform voor continue verbetering van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt: de fundamenten zijn gelegd. *CM-Informatie*, 258, 11-16.
- Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L., & Cleemput, I. (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. Health Services Research (HSR), Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 303. D/2018/10.237/40.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Barometer digitale inclusie 2022*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- FOD Volksgezondheid. (2015). *Bevraging over het veiligheidsmanagementsysteem 2015*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Hall, L. H., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), e0159015.
- Kendir, C., Fujisawa, R., Brito Fernandes, O., de Bienassis, K., & Klazinga, N. (2023). Patient engagement for patient safety: The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety. *OECD Health Working Papers*, 159.
- OECD. (2019). *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance*. Paris: OECD.
- O'Hara, J. K., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., . . . Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality & Safety*, 27, 673-682.
- PAQS. (2023). *Rapport du projet PRIM - Etude réalisée en collaboration avec l'OCDE, Solidaris, la Mutualité Chrétienne et les Mutualités Libres*. Bruxelles: PAQS.
- Reader, T. W., Cuthbertson, B. H., & Decruyenaere, J. (2008). Burnout in the ICU : potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive care medicine*, 34, 4-6.
- RTBF. (2023, Octobre 3). *Près de 2500 lits d'hôpital encore fermés en Belgique par manque de personnel*. Opgehaald van <https://www.rtbef.be/article/pres-de-2500-lits-d-hopital-encore-fermes-en-belgique-par-manque-de-personnel-11265574>
- Rutberg, H., Borgstedt Risberg, M., Sjö Dahl, R., Nordqvist, P., Valter, L., & Nilsson, L. (2014). Characterisations of adverse events detected in a university hospital: a 4-year study using the Global Trigger Tool method. *BMJ open*, 4, e004879.
- Tsilimingras, D., Rosen, A., & Berlowitz, D. (2003). Patient safety in geriatrics: A call for action. *Journals of Gerontology*, 58(9), 813-819.
- Vincent, C. (2012). *L'essentiel sur la sécurité des patients*. Bâle : Fondation pour la Sécurité des Patients (Publication n°4).
- Ward, J. K., & Armitage, G. (2012). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting ? A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(8), 685-699.
- Weingart, S., Pagovich, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B., . . . Phillips, R. S. (2005). What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 830-836.
- Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelman, S., . . . Gatsonis, C. (2008). Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 149(2), 100-108.
- WHO. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report January 2009*. WHO/IER/PSP/2010.2.
- Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can we rely on patients' reports of adverse events? *Medical Care*, 49(10), 948-955.