

Jaarrapport resultaten 2024

23 januari 2025



Zorgkwaliteit.be

De kwaliteit van zorg
in Vlaanderen in kaart gebracht

Inhoudsopgave

1	Samenvatting: overzicht resultaten en aanbevelingen	1
2	Inleiding	3
3	Resultaten	4
3.1	Is de zorg effectief?	4
3.1.1	Borstkanker	4
3.1.2	Longkanker	7
3.1.3	Rectumkanker	10
3.1.4	Beroertezorg	14
3.1.5	Palliatieve zorg	19
3.2	Is de zorg persoonsgericht?	24
3.2.1	Vlaamse Patiëntenpeiling Klassieke Opname	24
3.2.2	Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis	30
3.2.3	Vlaamse Patiëntenpeiling Pediatrie	35
3.2.4	Patiëntgerichte website	40
3.3	Is de zorg veilig?	42
3.3.1	Handhygiëne	42
3.3.2	Doorligwonden	45
3.3.3	Ongeplande heropnames	48
4	Partners	51

1 Samenvatting: overzicht resultaten en aanbevelingen

Algemeen

- Dit rapport is een samenvatting van resultaten. Alle indicatoren met resultaten per ziekenhuis zijn te raadplegen op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) (<https://www.zorgkwaliteit.be>).
- Het VIKZ pleit voor een verdere structurele verankering van kwaliteitsindicatoren en transparantie in het Vlaamse Kwaliteitsbeleid waar in de komende jaren via het VIKZ een kernset van indicatoren per sector wordt ontwikkeld en gepubliceerd, zoals voorzien in artikel 4 en 5 van het decreet over de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het Kwaliteitsdecreet.
- Het VIKZ pleit tot het voeren van een Vlaams Databeleid om tot een snellere data-ontsluiting en gegevensdeling te komen tussen de verschillende overheden en dataleveranciers, om zo de opdracht tot kwaliteitsopvolging van het VIKZ en de Vlaamse Overheid beter vorm te kunnen geven.

Borstkanker

- Zes van de nu 29 erkende coördinerende centra (status 2024) haalden niet het vereiste aantal van gemiddeld 125 nieuwe diagnoses per jaar. Vijf van de nu tien erkende satellietcentra (status 2024) behaalden niet het vereiste aantal van 60 nieuwe diagnoses per jaar.
- Het VIKZ pleit voor het nauwgezet opvolgen van de erkenningsvoorwaarden van de borstklinieken die moet leiden tot een verdere concentratie van borstkankerzorg in gespecialiseerde erkende centra ten voordele van de zorgkwaliteit.

Long- en rectumkanker

- Zowel voor long- als voor rectumkanker zien we een verbetering in de overlevingskansen na behandeling. Er blijft wel variatie tussen ziekenhuizen, zij het eerder beperkt.
- Het VIKZ pleit, naast de overlevingsparameters, voor een structurele inbedding van PROMs in de Vlaamse ziekenhuizen, waar de ziekenhuizen een uniforme, generieke set van PROMs gebruiken. Hiertoe dienen de nodige datastructuren te worden opgezet die de input, structurele opvolging en benchmarking van PROMs mogelijk moet maken.

Beroertezorg

- Ongeveer de helft van de ziekenhuizen haalt de vooropgestelde normen. Voor de deur-tot-naaldtijd is dit in het laatste jaar van meting afgenomen tot minder dan één derde van de deelnemende ziekenhuizen. Het sterfterisico binnen de 30 dagen varieert van 6% tot 24%.
- Het VIKZ pleit voor het structureel gebruik van deze indicatoren voor beleidsdoeleinden, bijvoorbeeld bij de toewijzing en opvolging van de erkenning van beroertecentra. Ziekenhuizen dienen ertoe aangezet te worden de deur-tot-naaldtijden systematisch te verzamelen en terug te koppelen naar het VIKZ voor de berekening van de indicatoren. Tevens pleit het VIKZ voor een actualisatie en herlancering van het Vlaams Actieplan Beroertezorg van 2019.

Palliatieve zorg

- Over het algemeen wordt de kwaliteit als goed beoordeeld. Naasten geven iets hogere scores dan zorgverleners. Opvallend is dat de zorgverleners de mate van comfort bij de patiënt (wat betreft symptomen zoals pijn, angst, kortademigheid) in de laatste week voor het overlijden eerder laag beoordelen.

- Resultaten geven aan dat de palliatieve zorgcultuur verder verbeterd kan worden, waar het palliatieve support team een sterk mandaat dient te krijgen om deze uit te dragen en te implementeren.

Vlaamse patiëntenpeilingen

- Ondertussen worden de ervaringen van patiënten ongeveer 10 jaar gemeten in de Vlaamse ziekenhuizen. Globaal kunnen we stellen dat er nog weinig evolutie is in de resultaten op de patiëntenpeilingen. Op veel items nemen de resultaten zelfs iets af in de afgelopen jaren.
- Het VIKZ en het Vlaams Patiëntenplatform kunnen de ziekenhuizen ondersteunen tot het organiseren van kennisuitwisseling. Met het VIKZ willen we in 2025 de patiëntenpeilingen evalueren en aanpassen waar nodig.

Patiëntgerichte website

- De resultaten van de meting in 2023 zijn opvallend beter ten opzichte van deze van de vorige meting in 2021. Heel wat ziekenhuizen hebben hun websites dus verder aangepast op basis van de richtlijnen van het Vlaams Patiëntenplatform.

Basisvereisten handhygiëne

- Voor algemene ziekenhuizen zagen we tot en met 2018 een stijging in de mediaan alsook een afname in de spreiding van de resultaten handhygiëne over voorzieningen heen. In 2022 en 2023, de eerste metingen post-covid, zien we een terug een bredere spreiding in resultaten tussen ziekenhuizen.
- In 2025 willen we met het VIKZ evalueren of we deze indicatoren, samen met de andere veiligheidsindicatoren omtrent veilige heelkunde en patiëntenidentificatie, behouden in de VIKZ-set.

Doorligwonden

- De helft van de ziekenhuizen haalt de vooropgestelde norm voor risicoscreening op decubitus. We zien een grote variatie in resultaten tussen de ziekenhuizen. Ondanks het belang van het tijdig detecteren van decubitus zien we nog een sterke verbetermarge op risicoscreening voor decubitus in de deelnemende ziekenhuizen. Ook voor de laatste meetperiode kunnen de indicatoren ‘verworven decubitus’ niet worden gepubliceerd door een belangrijke onderregistratie van decubitus in het patiëntendossier.

Ongeplande heropnames

- Het percentage heropnames na een klassieke opname en een chirurgische daghospitalisatie blijft stabiel in de afgelopen jaren. Wel is een relatief grote spreiding tussen ziekenhuizen merkbaar.
- Het wordt belangrijk om te onderzoeken of heropnames ook berekend kunnen worden op het niveau van specifieke patiëntengroepen zoals voor hartziekten, orthopedie, etc. De relevantie voor kwaliteitsopvolging en -verbetering wordt hierdoor verhoogd. Het VIKZ plant hieromtrent in 2025 nieuwe indicatoren te ontwikkelen.

2 Inleiding

Kwaliteitszorg voor Vlaamse zorgvoorzieningen is vastgelegd in het op 3 mei 2023 door het Vlaams Parlement goedgekeurde decreet over de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit Kwaliteitsdecreet formuleert belangrijke principes en verwachtingen ten aanzien van zorgvoorzieningen, waaronder over kwaliteitsindicatoren en transparantie. Via een beheersovereenkomst met de Vlaamse Gemeenschap heeft het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) als opdracht om de kwaliteit van zorg te meten, te vergelijken en transparant te maken in de Vlaamse zorgvoorzieningen d.m.v. de ontwikkeling, berekening en publieke rapportering van kwaliteitsindicatoren als input voor kwaliteitsverbetering en beleidsondersteuning. Via [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) publiceert het VIKZ de resultaten op deze kwaliteitsindicatoren transparant (en dus ‘niet-geanonimiseerd’).

In dit rapport worden de belangrijkste resultaten weergegeven van de indicatorthema’s waarvoor nieuwe resultaten werden gepubliceerd in 2024. Dit kadert in art. 13 van de beheersovereenkomst waar het VIKZ jaarlijks een rapport aan het Departement en de bevoegde minister dient voor te leggen met resultaten en advies op de gemeten indicatoren. De resultaten worden beschreven per hoofdthema: “Is de zorg effectief?”, “Is de zorg persoonsgericht?” en “Is de zorg veilig?”. Voor alle thema’s opgenomen in dit rapport kiezen de voorzieningen zelf vooraf of en welke thema’s ze meten. Ze dienen hierbij het deelnamebeleid te volgen zoals vastgelegd in de engagementsverklaring tussen de voorziening en het VIKZ. Op basis van de resultaten worden kernboodschappen en beleidsaanbevelingen geformuleerd.

De indicatoren worden ontwikkeld volgens een [gestandaardiseerde methodologie](#) samen met experts en patiënten, en met een sterke betrokkenheid van de sectoren in de bepaling van de indicatoren en in het creëren van het nodige draagvlak voor transparantie. Momenteel zijn enkel resultaten op indicatoren in de algemene ziekenhuizen publiek beschikbaar. De website wordt de komende jaren verder geoptimaliseerd en uitgebreid met nieuwe indicatoren. In 2025 zijn de eerste publicaties voor de woonzorgcentra (residentiële ouderenzorg) voorzien.

Tabel 1: Overzicht van thema’s en bijhorende periodes die opgenomen zijn in dit resultatenverslag. Voor elk van deze thema’s zijn in 2024 nieuwe resultaten gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).

Thema	Periode
Is de zorg effectief?	
Borstkanker	2019-2021, 2024
Longkanker	2012-2016, 2017-2019
Rectumkanker	2010-2013, 2014-2017, 2018-2021
Beroertezorg	2018, 2019, 2020, 2021, 2022
Palliatieve zorg	2023-2024
Is de zorg persoonsgericht?	
Vlaamse Patiëntenpeiling Klassieke Opname	2020, 2021, 2022, 2023
Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis	2020, 2021, 2022, 2023
Vlaamse Patiëntenpeiling Pediatrie	2020, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024
Patiëntgerichte website	2021, 2023
Is de zorg veilig?	
Handhygiëne	2018, 2022, 2023
Doorligwonden	2022, 2023
Ongeplande heropnames	2020, 2021, 2022

3 Resultaten

3.1 Is de zorg effectief?

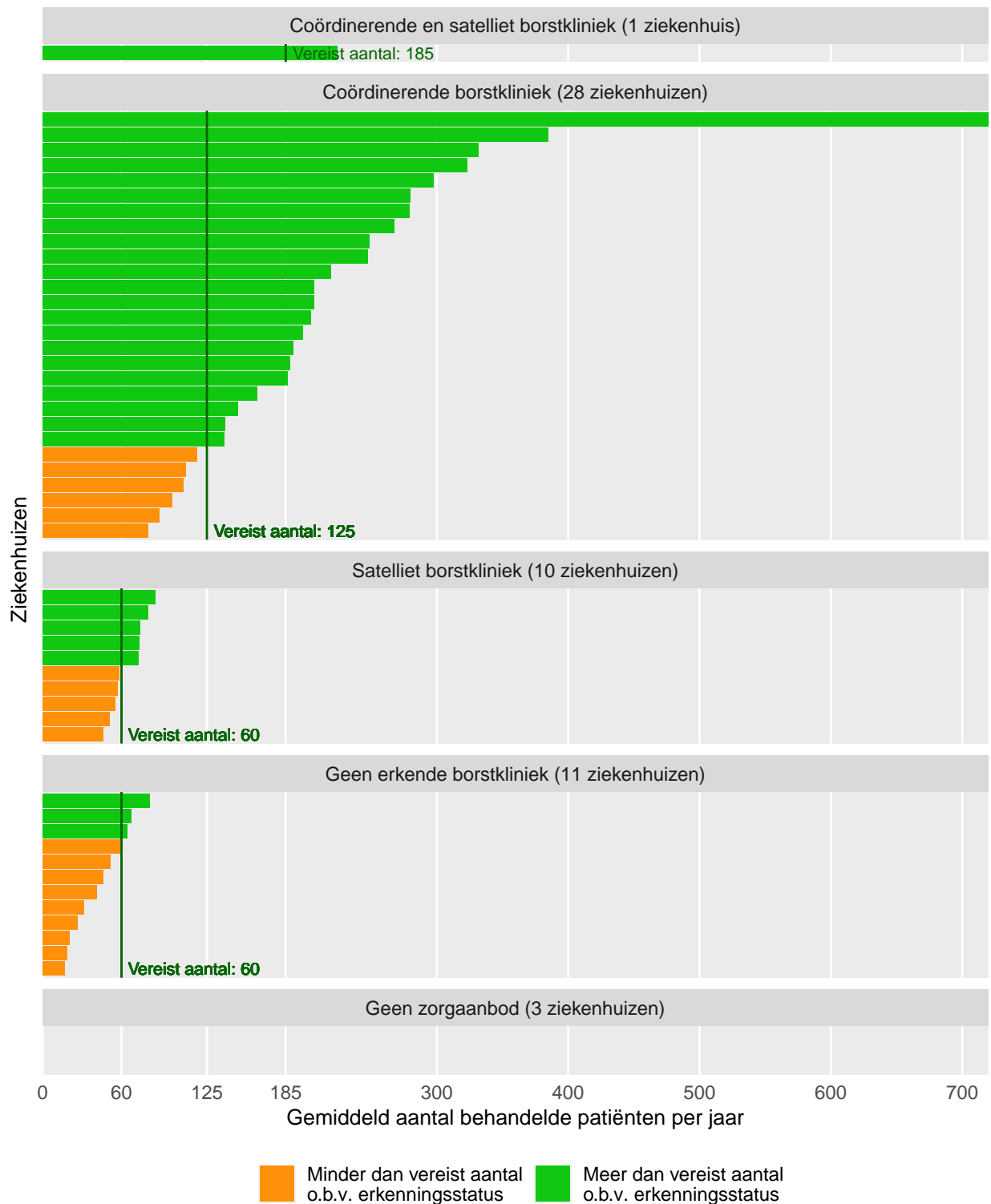
3.1.1 Borstkanker

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in de Europese Unie. In 2020 was borstkanker goed voor 13% van alle nieuwe kankerdiagnoses. Bij vrouwen was dat zelfs 29%. In België krijgt één op de zeven vrouwen tijdens haar leven borstkanker, wat neerkomt op meer dan 10.000 vrouwen per jaar.

De eerste indicator binnen het thema borstkanker beschrijft of een ziekenhuis een **erkende borstkliniek** heeft, zoals toegekend door de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kent twee erkenningen toe, een coördinerende borstkliniek en een satellietborstkliniek. Erkende borstklinieken vertonen gemiddeld een betere overlevingskans. Bijkomend rapporteren we het **gemiddeld aantal nieuwe patiënten per jaar** bij wie het ziekenhuis borstkanker vaststelt en behandelt. Deze indicator biedt de mogelijkheid om patiëntvolume per centrum van hoofdbehandeling op te volgen. Dit is een belangrijke kwaliteitsparameter gezien de overlevingskans gemiddeld gezien hoger is in ziekenhuizen die een hoog aantal patiënten behandelen per jaar ([zie rapport Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg](#)).

Een erkende coördinerende borstkliniek moet jaarlijks ten minste 125 nieuwe borstkankerpatiënten behandelen. Daarbovenop moeten ze voldoen aan normen op vlak van infrastructuur, multidisciplinaire omkadering en kwaliteitsopvolging. Een erkende satellietborstkliniek moet jaarlijks ten minste 60 nieuwe borstkankerpatiënten behandelen en formeel samenwerken met een coördinerende borstkliniek.

Eind 2024 werd de erkenningsstatus van Vlaamse ziekenhuizen geactualiseerd op [Zorgkwaliteit.be](#). Ook het aantal patiënten die worden behandeld per jaar werd geüpdatet; de meest recente gegevens hiervoor dateren van de periode 2019-2021. In 2025 volgt een update van alle indicatoren voor borstkanker.



Figuur 1: Gemiddeld aantal nieuwe patiënten per ziekenhuis waarbij borstkanker wordt vastgesteld en behandeld per jaar, voor de periode 2019-2021. Resultaten worden weergegeven in functie van de erkenningsstatus van het ziekenhuis in 2024. Het vereist aantal te behandelen patiënten verschilt afhankelijk van de erkenningsstatus.

Conclusies en beleidsaanbevelingen

In 2024 beschikken 29 van de 53 Vlaamse ziekenhuizen over een campus met erkenning als coördinerende borstkliniek, en 11 een erkenning als satellietborstkliniek. Ziekenhuizen die een erkenning als borstkliniek hebben, vertonen gemiddeld gezien een betere overlevingskans voor hun patiënten in vergelijking met campussen zonder erkenning (zie rapport [Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg](#)).

In de periode 2019-2021 heeft de helft van de ziekenhuizen meer dan 107 nieuwe borstkankerdiagnoses per jaar. Het hoogste aantal nieuwe diagnoses per ziekenhuis was 719 per jaar, het laagste 16 per jaar. In de periode 2019-2021 haalden zes van de nu 29 erkende coördinerende centra (status 2024) niet het vereiste aantal van gemiddeld 125 nieuwe diagnoses per jaar. Vijf van de nu tien erkende satellietcentra (status 2024) behaalden niet het vereiste aantal van 60 nieuwe diagnoses per jaar.

Ongeveer 578 van de geïncludeerde borstkankerpatiënten per jaar ($\pm 7.6\%$) werden behandeld in een ziekenhuis met een laag volume (d.i. minder dan 60 nieuwe diagnoses per jaar). 524 borstkankerpatiënten werden jaarlijks behandeld in een ziekenhuis zonder erkende borstkliniek.

De maatregel vanuit de Federale Overheid waarbij een terugbetaling van een chirurgische ingreep bij borstkanker enkel nog kan als deze doorgaat in erkende borstklinieken (in voege sinds 1 augustus 2024) biedt voor slechts ten dele een oplossing. Het VIKZ pleit voor het nauwgezet opvolgen van de erkenningsvoorwaarden van de borstklinieken die moet leiden tot een verdere concentratie van borstkankerzorg in gespecialiseerde erkende centra ten voordele van de zorgkwaliteit.

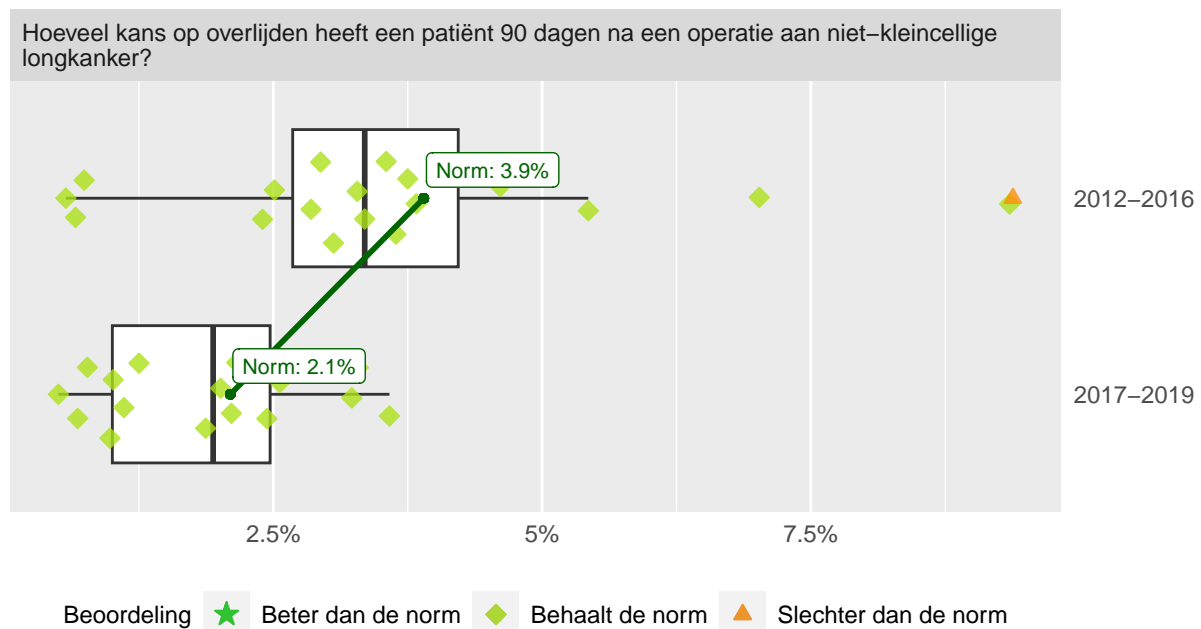
3.1.2 Longkanker

Longkanker is een term voor een groep kwaadaardige tumoren (slechte “kankers” of “gezwellen”) van het longweefsel. De belangrijkste types zijn de “niet-kleincellige longkanker” (75% van de longkankers) en de “kleincellige longkanker”. Roken is nog altijd de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van longkanker, en is maar liefst verantwoordelijk voor 85 tot 90% van alle gevallen van longkanker.

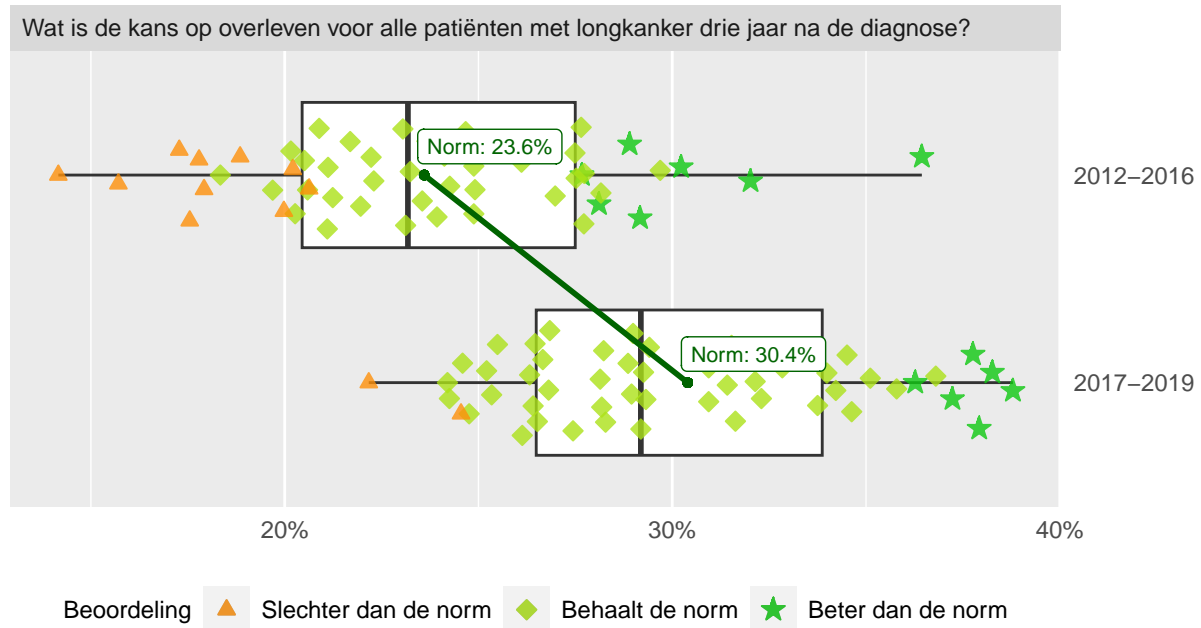
Aan de hand van de indicatoren wordt gepeild naar: (1) of de diagnose correct wordt gesteld; (2) wat de overlevingskans is kort na de opstart van radiotherapie of chirurgische ingreep; en (3) wat de overlevingskans is op één en drie jaar na diagnose.

Eind 2023 werden de resultaten geactualiseerd voor de periodes 2012-2016 en 2017-2019. De meest recente resultaten hebben betrekking op patiënten die minstens vier jaar geleden hun behandeling startten. Om de overlevingskansen te kunnen berekenen, en de nodige gegevens te verzamelen hiervoor, kunnen momenteel geen recentere gegevens gebruikt worden. Ook zijn een minimum aantal patiënten nodig om betekenisvolle conclusies te trekken. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet weergegeven (zie tabel ‘Overzicht van beoordeling en deelname’).

Uit de resultaten op alle indicatoren beschikbaar op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) lichten we er twee uit: de sterftেকans binnen 90 dagen na operatie en de overlevingskans op drie jaar na de diagnose.



Figuur 2: Sterftেকans binnen 90 dagen na een operatie aan niet-kleincellige longkanker, gecorrigeerd voor patiënt- en tumorkarakteristieken. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddeld percentage patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat overlijdt binnen 90 dagen na chirurgie.



Figuur 3: Overlevingskans op drie jaar na diagnose, ongeacht de oorzaak van overlijden, gecorrigeerd voor patiënt- en tumorkarakteristieken. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddeld percentage patiënten met longkanker dat nog in leven is drie jaar na diagnose.

Conclusies en beleidsaanbevelingen

De gemiddelde sterftetekans kort na de operatie is bijna gehalveerd van de periode 2012-2016 ten opzichte van de meest recente periode, van gemiddeld 3.9% naar 2.1%. De variatie tussen de ziekenhuizen is ook beperkt; zo goed als alle ziekenhuizen behalen een resultaat dat rond dit gemiddelde valt. Ook op middellange termijn zien we een duidelijke verbetering: de overlevingskans op drie jaar na diagnose stijgt van gemiddeld 24% voor de periode 2012-2016 naar 30% in de meest recente periode. Zes ziekenhuizen hebben een significant hogere overlevingskans, twee ziekenhuizen een significant lagere overlevingskans.

Het VIKZ pleit ervoor om met alle stakeholders te onderzoeken hoe het traject van registratie, datacollectie tot berekening van de indicatoren verder verkort kan worden zodat tijdiger data kunnen worden gerapporteerd. Naast overlevingskans is het ook belangrijk om de manier waarop de patiënt diens gezondheid en levenskwaliteit beoordeelt te kennen. Dit kan gemeten worden aan de hand van Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Met de financiële ondersteuning van Kom op tegen Kanker loopt momenteel een implementatieonderzoek naar PROMs voor long- en rectumkanker in negen Vlaamse ziekenhuizen dat wordt gecoördineerd door het VIKZ. Het VIKZ pleit voor een structurele inbedding van PROMs in de Vlaamse ziekenhuizen, waar de ziekenhuizen een uniforme, generieke set van PROMs gebruiken. Hiertoe dienen de nodige datastructuren te worden opgezet die de input, structurele opvolging en benchmarking van PROMs mogelijk moet maken.

Tabel 2: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Longkanker'.

Periode	Aantal voorzieningen				
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen	Geen zorgaanbod
Hoeveel kans op overlijden heeft een patiënt 90 dagen na een operatie aan niet-kleincellige longkanker?					
2012-2016	1	18	0	33	1
2017-2019	0	16	0	36	1
Wat is de kans op overleven voor alle patiënten met longkanker drie jaar na de diagnose?					
2012-2016	10	35	7	0	1
2017-2019	2	43	6	1	1

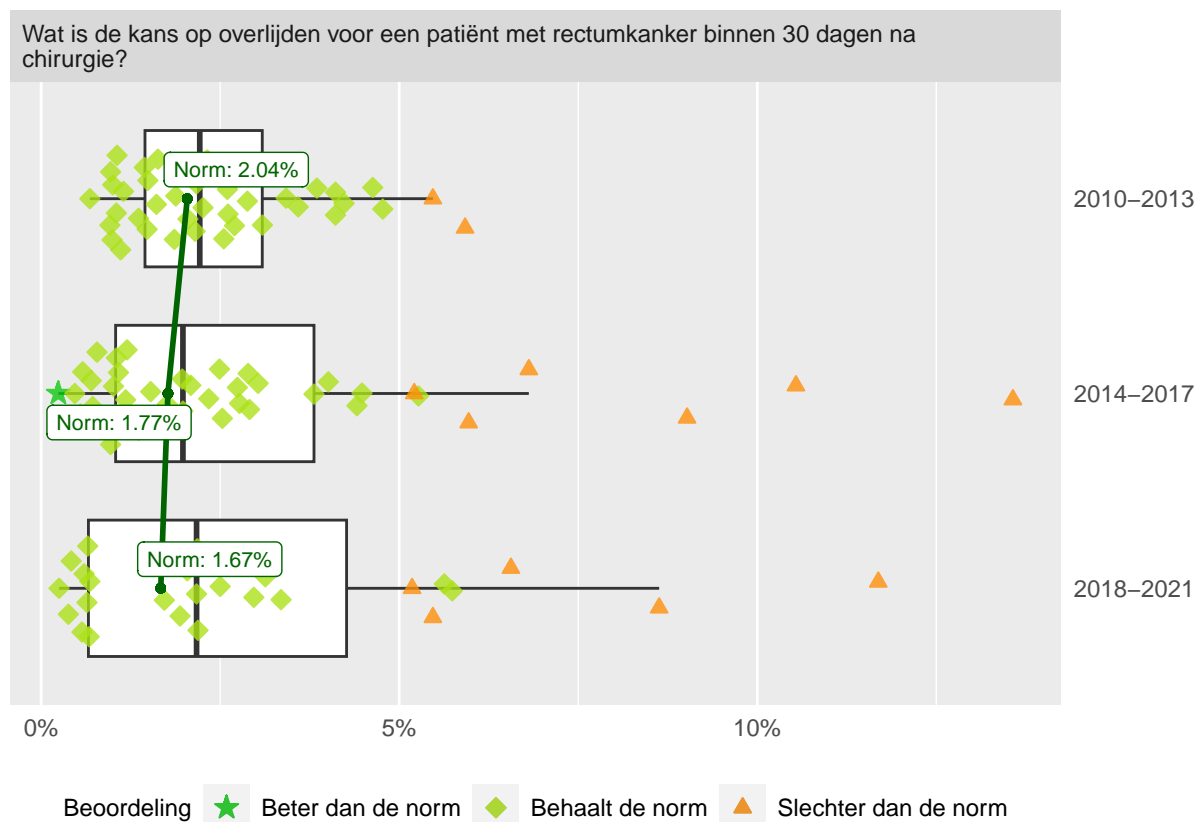
3.1.3 Rectumkanker

Rectumkanker of endeldarmkanker is een kanker die voorkomt in het laatste deel van de dikke darm en zich vrijwel altijd ontwikkelt vanuit een poliep van het slijmvlies. Volgens cijfers van de [Stichting Kankerregister](#) is dit bij zowel mannen als vrouwen de achtste meest voorkomende vorm van kanker in 2022.

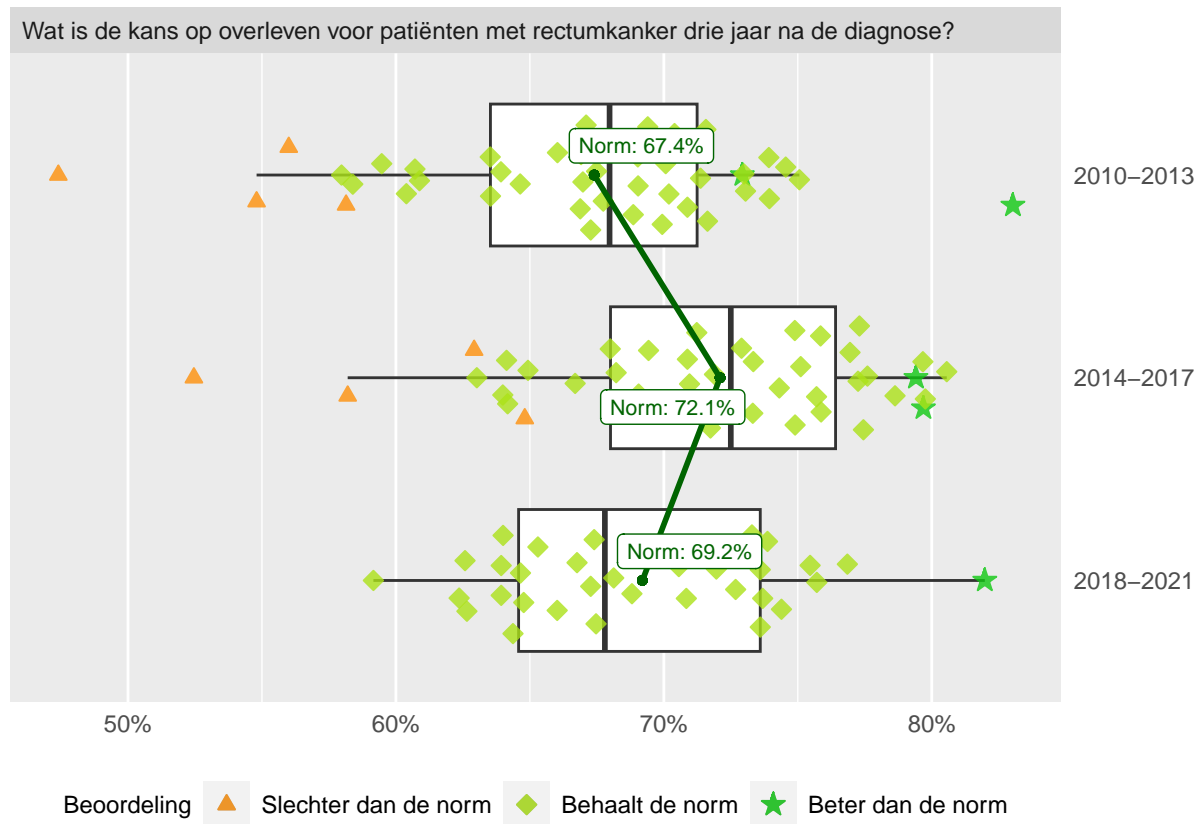
Aan de hand van de indicatoren wordt gepeild naar: (1) wat de sterftkans is binnen 30 en 90 dagen na chirurgie; en (2) wat de overlevingskans is op drie jaar na diagnose.

Eind 2024 werden nieuwe resultaten berekend voor de periodes 2010-2013, 2014-2017 en 2018-2021. De meest recente resultaten hebben betrekking op patiënten die minstens drie jaar geleden hun behandeling startten. Om de overlevingskansen te kunnen berekenen, en de nodige gegevens te verzamelen hiervoor, kunnen momenteel geen recentere gegevens gebruikt worden. Ook zijn een minimum aantal patiënten nodig om betekenisvolle conclusies te trekken. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet weergegeven (zie tabel 'Overzicht van beoordeling en deelname').

Uit de resultaten op alle indicatoren beschikbaar op [Zorgkwaliteit.be](#) lichten we er twee uit: de sterftkans binnen 30 dagen na operatie en de overlevingskans op drie jaar na de diagnose.



Figuur 4: Sterftkans binnen 30 dagen na chirurgie voor patiënten met rectumkanker, gecorrigeerd voor patiënt- en tumorkarakteristieken. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddeld percentage patiënten met rectumkanker dat overlijdt binnen 30 dagen na de chirurgische ingreep.



Figuur 5: Overlevingskans op drie jaar na diagnose, ongeacht de oorzaak van overlijden, gecorrigeerd voor patiënt- en tumorkarakteristieken. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddeld percentage patiënten met rectumkanker dat nog in leven is drie jaar na diagnose.

Tabel 3: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Rectumkanker'.

Periode	Aantal voorzieningen				
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen	Geen zorgaanbod
Wat is de kans op overlijden voor een patiënt met rectumkanker binnen 30 dagen na chirurgie?					
2010-2013	2	40	0	14	0
2014-2017	6	34	1	14	0
2018-2021	5	22	0	25	1
Wat is de kans op overleven voor patiënten met rectumkanker drie jaar na de diagnose?					
2010-2013	4	38	2	12	0
2014-2017	4	37	2	12	0
2018-2021	0	31	1	21	0

Conclusies en aanbevelingen

De rectumkankerindicatoren werden een eerste maal gepubliceerd in maart 2021. Dezelfde indicatoren werden nu opnieuw gepubliceerd, maar dan met bijkomende resultaten voor de periode 2018-2021. We zien dat de resultaten globaal gezien verder verbeteren. De driejaarsoverleving van de gemiddelde patiënt met rectumkanker in Vlaanderen nam toe van 67% (periode 2010-2013), naar 72% (periode 2014-2017) en nam dan terug af tot 69% (periode 2018-2021). De sterftেকans binnen 30 dagen nam af van 2% (periode 2010-2013) naar 1.7% (periode 2018-2021).

Er blijft wel variatie tussen ziekenhuizen, zij het beperkt: In vijf ziekenhuizen is de kans om te overlijden binnen 30 dagen na de operatie voor de periode 2018-2021 significant hoger dan voor de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt. In geen enkel ziekenhuis is de overlijdenskans statistisch significant lager. Voor de overlevingskans op drie jaar na diagnose voor patiënten met rectumkanker is er voor de periode 2018-2021 slechts één ziekenhuis met een statistisch significant hogere overlevingskans, in vergelijking met de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt.

Het is opvallend dat omwille van te lage aantallen voor heel wat ziekenhuizen geen betrouwbaar resultaat kan worden berekend. Voor de periode 2018-2021 geldt dit voor 25 van de 52 ziekenhuizen voor de overlijdenskans binnen 30 dagen, en voor 21 ziekenhuizen voor de overlevingskans op drie jaar. Verder onderzoek zou moeten kunnen aantonen of er ook voor rectumkanker een relatie bestaat tussen het patiëntenvolume en de outcome.

Naast de overlevingskansen wil het VIKZ samen met Stichting Kankerregister en de ontwikkelingsgroep inzetten op de ontwikkeling van andere (proces)indicatoren die mogelijk meer variatie in kwaliteit van zorg in kaart brengen. Daarenboven pleit het VIKZ om, zoals ook beschreven bij het thema longkanker, ook de gezondheid en levenskwaliteit van oncologiepatiënten te meten. Deze PROMs zouden structureel ingebed moeten worden in de Vlaamse ziekenhuizen, waar de ziekenhuizen een uniforme, generieke set van PROMs gebruiken. Hiertoe dienen de nodige datastructuren te worden opgezet die de input, structurele opvolging en benchmarking van PROMs mogelijk moet maken.

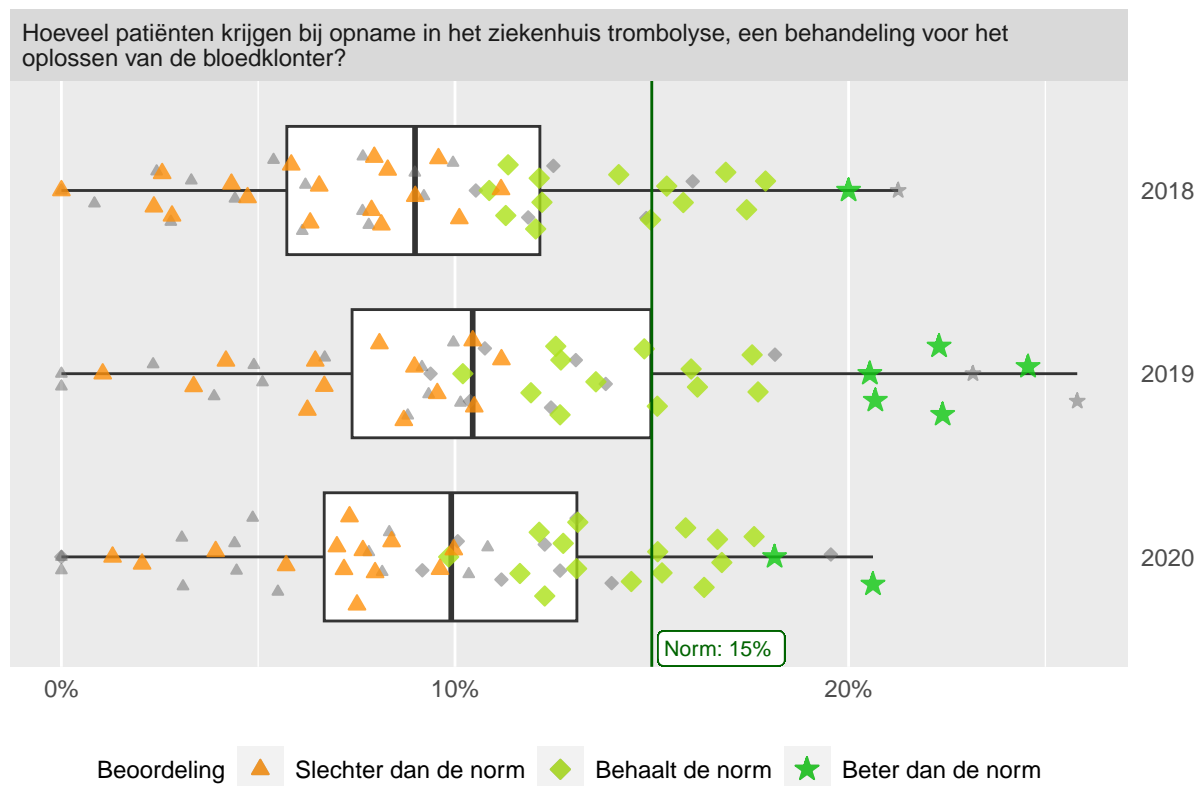
3.1.4 Beroertezorg

Naar schatting krijgen elk jaar 13.000 personen in Vlaanderen te maken met een beroerte (bron: MZG, 2018). De impact van het doormaken van een beroerte is hoog. Beroerte behoort tot de top 10 van belangrijkste aandoeningen in Vlaanderen (bron: BeBoD). Afhankelijk van het type heb je 20 tot 40 procent kans de beroerte niet te overleven. Ook kunnen er ernstige complicaties uit volgen, zoals verlamningsverschijnselen en spraak- en taalproblemen.

We meten de kwaliteit van zorg in de verschillende fases van een beroerte: (1) behandeling in het ziekenhuis vlak na het optreden van de beroerte; (2) complicaties tijdens het verblijf; en (3) de kans op overlijden na een beroerte.

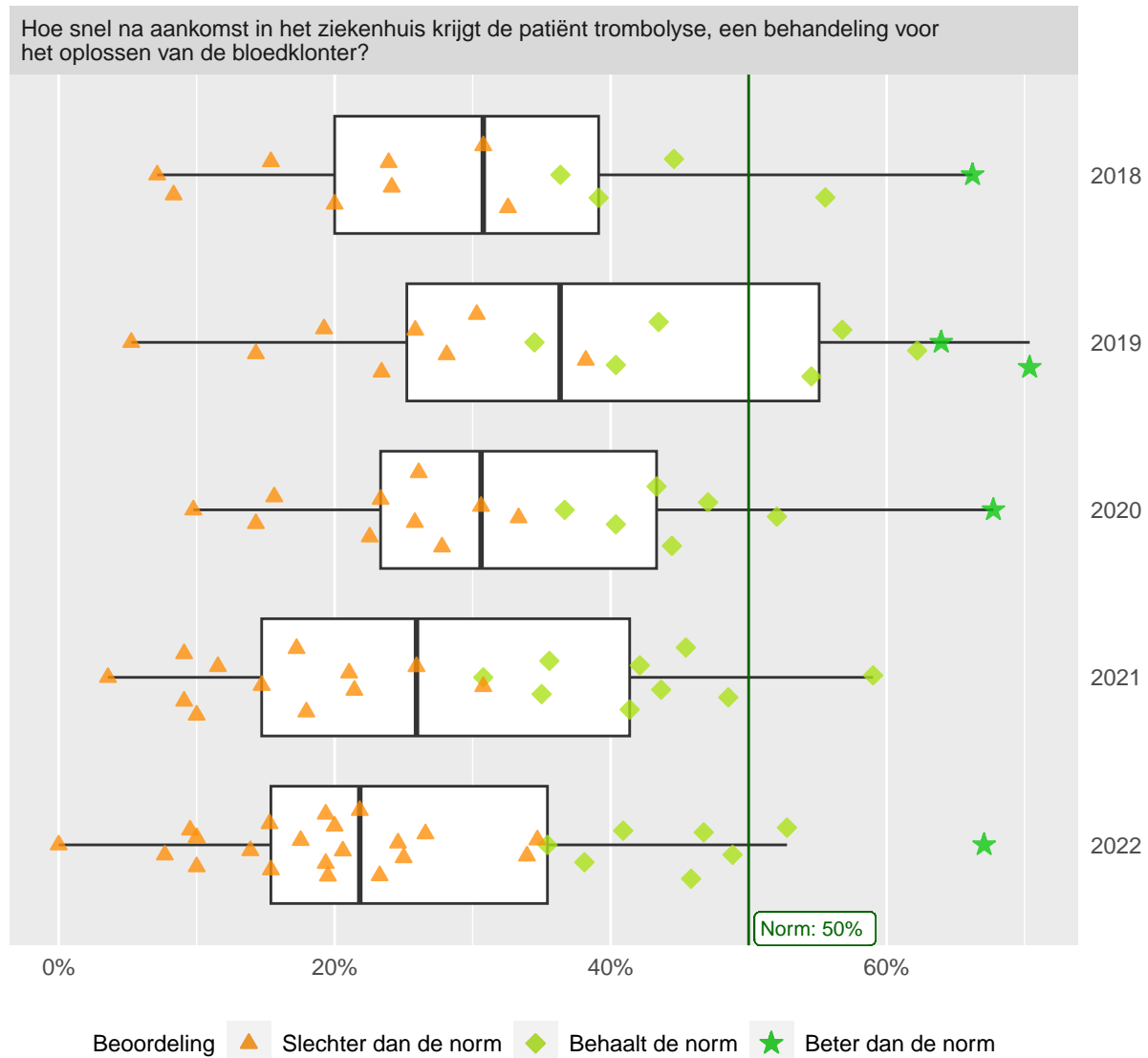
In april 2024 werden de eerste resultaten voor het thema beroertezorg gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be), voor de periode 2018-2021. Eind 2024 werd de indicator deur-tot-naaldtijd nog aangevuld met resultaten voor het jaar 2022.

Uit de resultaten op alle indicatoren beschikbaar op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) lichten we er drie uit: het percentage patiënten dat bij opname in het ziekenhuis een behandeling krijgt voor het oplossen van de bloedklonter (trombolysen), het percentage patiënten dat deze behandeling *tijdig* (binnen de 30 minuten) krijgt, en de sterftekans binnen 90 dagen na de beroerte.

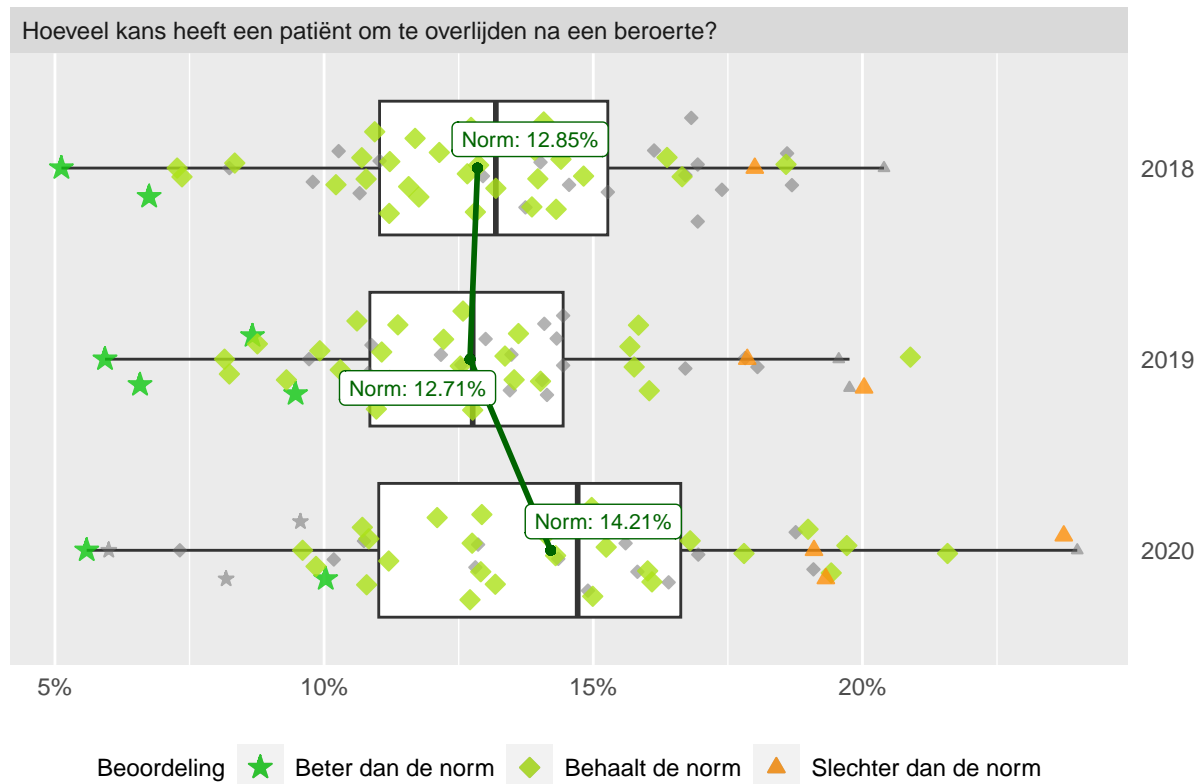


Resultaten berekend voor niet-deelnemende voorzieningen worden aangeduid met grijze symbolen.

Figuur 6: Percentage patiënten met als hoofddiagnose ischemische beroerte of transiënte ischemische aanval bij opname, waarbij intraveneuze trombolysen werd gestart op de dag van opname of de dag nadien. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd door experts bepaald en ligt op 15%.



Figuur 7: Percentage patiënten met een ischemische beroerte of transiënte ischemische aanval bij wie de verstreken tijd tussen aankomst in het ziekenhuis en toediening van de eerste bolus van een tromboliticum korter is dan 30 minuten. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd door experts bepaald en ligt op 50%.



Resultaten berekend voor niet-deelnemende voorzieningen worden aangeduid met grijze symbolen.

Figuur 8: Risico-gecorrigeerde sterftetekans binnen 30 dagen na beroerte. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddeld percentage patiënten met dat overleden is binnen 30 dagen na opname voor een beroerte.

Tabel 4: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Beroertezorg'.

Periode	Aantal voorzieningen				
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen	Geen deelname
Hoeveel patiënten krijgen bij opname in het ziekenhuis trombolysie, een behandeling voor het oplossen van de bloedklonter?					
2018	17	13	1	0	23
2019	13	12	5	0	23
2020	13	15	2	0	23
Hoe snel na aankomst in het ziekenhuis krijgt de patiënt trombolysie, een behandeling voor het oplossen van de bloedklonter?					
2018	8	4	1	1	40
2019	8	6	2	1	36
2020	10	6	1	3	33
2021	12	9	0	2	30
2022	21	7	1	5	18
Hoeveel kans heeft een patiënt om te overlijden na een beroerte?					
2018	1	29	2	0	22
2019	2	25	4	0	22
2020	3	26	2	0	22

Conclusies en aanbevelingen

Behandeling in het ziekenhuis vlak na het optreden van de beroerte

Bij een groep van patiënten dient bij beroerte tijdig trombolysen te worden opgestart. Als norm werd vooropgesteld dat dit bij 15% van de patiënten zou moeten gebeuren. In 2020 haalt iets meer dan de helft van de deelnemende ziekenhuizen deze norm. Twee deelnemende ziekenhuizen halen in 2020 een significant beter resultaat. Globaal gezien scoren deelnemende ziekenhuizen hier beter dan niet-deelnemende ziekenhuizen.

Voor de indicator deur-tot-naald tijd werden eind 2024 nieuwe resultaten berekend voor de meetperiode 2022. Van de 44 ziekenhuizen die deelnemen aan de indicatorenset beroertezorg kon voor slechts 29 een resultaat worden berekend voor de indicator deur-tot-naald tijd. De andere ziekenhuizen konden geen of onvoldoende data aanleveren. Als norm voor deze indicator werd vooropgesteld dat bij minstens 50% van de patiënten die in aanmerking komen voor trombolysen, de toediening moet starten binnen de 30 minuten na aankomst. Minder dan één derde van de deelnemende ziekenhuizen haalden in 2022 de norm. Eén ziekenhuis scoort significant beter dan de norm.

Sterfterisico

In 2020 overleed gemiddeld 14% van de patiënten binnen de 30 dagen na een opname voor een beroerte in de deelnemende ziekenhuizen. Het sterfterisico binnen de 30 dagen varieert van 6% tot 24%. Drie deelnemende ziekenhuizen hebben een significant hoger risicogecorrigeerd sterfterisico, twee een significant lager sterfterisico binnen de 30 dagen. Het gemiddelde sterfterisico neemt toe van 13% in 2018 tot 14% in 2020.

Algemeen

De resultaten geven aan dat er nog belangrijk verbeterpotentieel is ten opzichte van de vooropgestelde normen. Het VIKZ pleit voor het structureel gebruik van deze indicatoren voor beleidsdoeleinden, bijvoorbeeld bij de toewijzing en opvolging van de erkenning van beroertecentra. Ziekenhuizen dienen ertoe aangezet te worden de deur-tot-naaldtijden systematisch te verzamelen en terug te koppelen naar het VIKZ voor de berekening van de indicatoren. Tevens pleit het VIKZ voor een actualisatie en herlancering van het Vlaams Actieplan Beroertezorg van 2019.

3.1.5 Palliatieve zorg

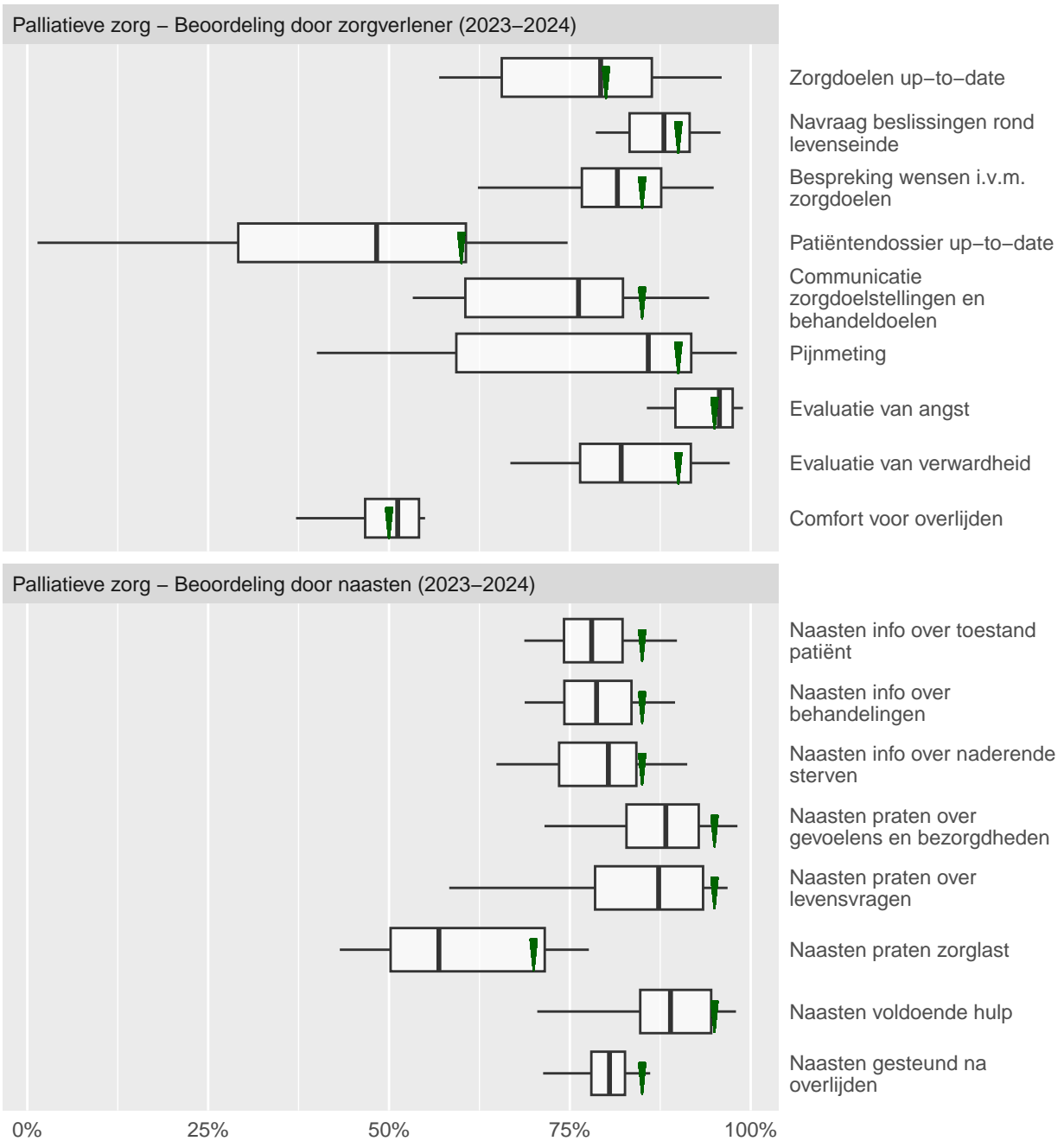
Aan de hand van deze indicatorenset wordt op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten nagegaan hoe zorgverleners en naasten de kwaliteit van de geleverde palliatieve zorg beoordelen in de deelnemende ziekenhuizen. Hierbij wordt nagegaan in welke mate er voldoende aandacht gaat naar de specifieke zorgnoden van de patiënten in de palliatieve fase. Ziekenhuizen kunnen deze feedback gebruiken om de kwaliteit van hun palliatieve zorg te evalueren en verbeteren.

Voor deze meting richten we ons op patiënten die begeleiding krijgen van een gespecialiseerde palliatieve dienst in het ziekenhuis. Dit kan zowel de ondersteuning zijn vanuit het palliatief supportteam voor patiënten en diens zorgverleners op een reguliere afdeling, als de kwaliteit van zorg voor patiënten die opgenomen zijn op een palliatieve eenheid. Omdat de patiënten vaak te kwetsbaar zijn, vragen we de zorgverleners en naasten van de patiënt naar hun beoordeling over de verleende zorg, en niet de patiënt zelf.

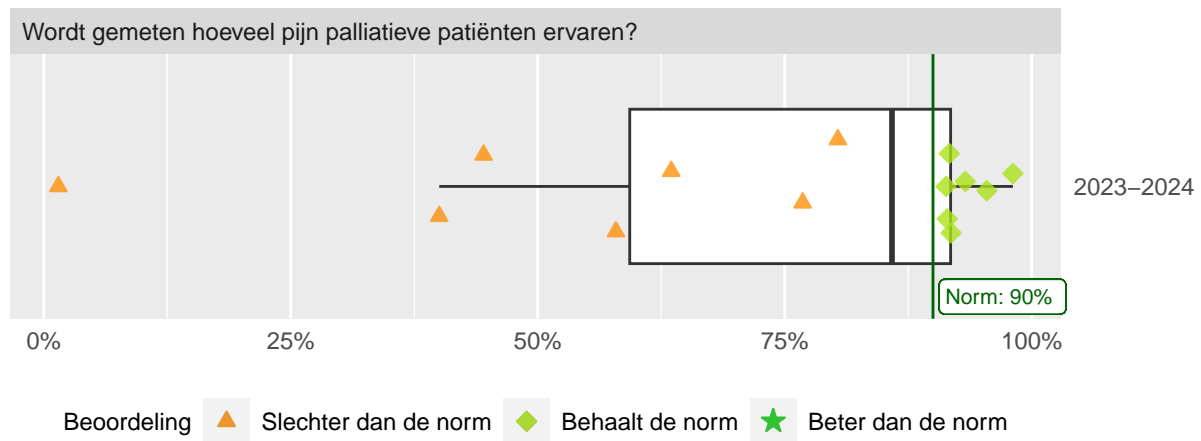
Zowel de kwaliteit van zorg tijdens het palliatief begeleidingstraject als rond en kort na het overlijden van de patiënt worden beoordeeld. We brengen daarbij relevante thema's in beeld zoals de begeleiding rond symptomen en het geven van comfortzorg, en het inzetten op de wensen en zorgdoelen van patiënten. Daarnaast peilen we ook naar de mate waarin naasten geïnformeerd worden over het begeleidingstraject en het naderende overlijden, alsook de mate waarin ze zich daarin ondersteund voelen.

De resultaten voor het thema palliatieve zorg die momenteel beschikbaar zijn op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be), betreffen de metingen die doorgegaan zijn in de periode 2023-2024 in 21 deelnemende ziekenhuizen.

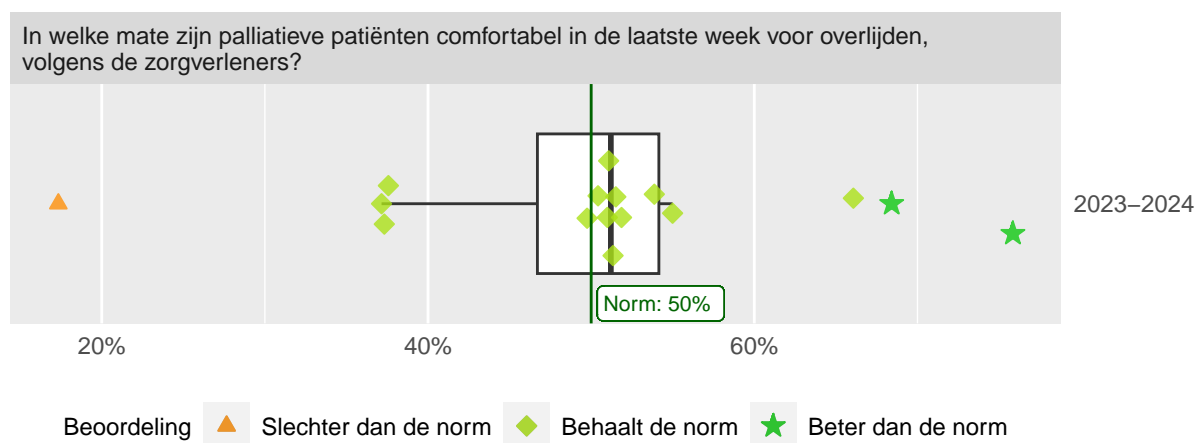
Hierna is een overzicht terug te vinden van resultaten op alle gepubliceerde indicatoren zoals beoordeeld door de zorgverlener of naaste. Ook lichten we er in dit verslag drie indicatoren uit: het percentage patiënten waarbij wordt gemeten hoeveel pijn ze ervaren, de mate waarin patiënten comfortabel zijn in de laatste week voor overlijden (volgens de zorgverleners), en het percentage naasten dat zich gesteund voelt na het overlijden van de patiënt.



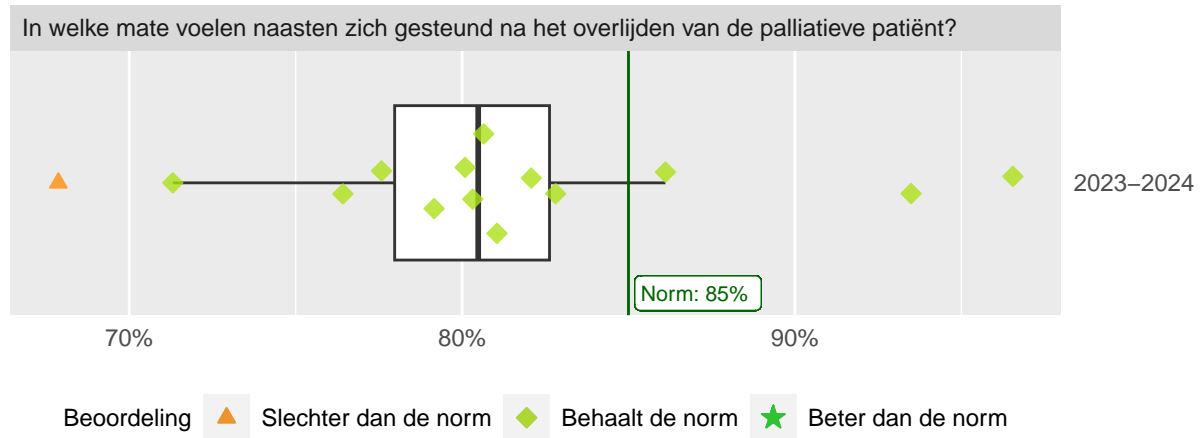
Figuur 9: Overzicht van de eerste resultaten (gemeten in 2023-2024) van alle indicatoren binnen het thema Palliatieve zorg. Resultaten worden vergeleken met de norm (donkergroene aanduiding). Deze werd bepaald door experts.



Figuur 10: Percentage patiënten dat een pijnmeting krijgt met behulp van een pijnschaal, zoals beoordeeld door de zorgverlener en gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd bepaald door experts.



Figuur 11: Percentage patiënten dat altijd of bijna altijd comfortabel was in de laatste week voor overlijden, zoals beoordeeld door de zorgverlener en gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd bepaald door experts.



Figuur 12: Percentage naasten dat zich voldoende gesteund voelt na het overlijden van de patiënt, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd bepaald door experts.

Conclusies en aanbevelingen

Aan de hand van deze indicatorenset wordt op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten nagegaan hoe zorgverleners en naasten de kwaliteit van de geleverde palliatieve zorgen beoordelen in de deelnemende ziekenhuizen. Het is de eerste maal dat resultaten van deze meting worden gepubliceerd. Eénentwintig ziekenhuizen namen deel.

Over het algemeen wordt de kwaliteit als goed beoordeeld, doch met grote variatie tussen de ziekenhuizen. Naasten geven iets hogere scores dan zorgverleners, met minder variatie tussen de ziekenhuizen. Gemiddeld geeft 82% van de naasten in de deelnemende ziekenhuizen aan dat ze zich voldoende gesteund voelden na het overlijden van de palliatieve patiënt. Een aandachtspunt is echter de mate waarin naasten vinden dat de zorgverleners voldoende met hen spraken over de ervaren zorglast.

Bij de beoordeling door zorgverleners tonen bijvoorbeeld de indicatoren over pijnmeting, dossiervorming en zorgdoelen een relatief grote spreiding. Ook opvallend is dat de zorgverleners de mate van comfort bij de patiënt (wat betreft symptomen zoals pijn, angst, kortademigheid) in de laatste week voor het overlijden eerder laag beoordelen.

Deze resultaten kunnen de ziekenhuizen informatie bieden over hoe ze de kwaliteit van zorg beter kunnen afstemmen op de specifieke zorgnoden van de patiënt en hun naasten. Op die manier kan de palliatieve zorgcultuur verder verbeterd worden, en dit niet enkel op de palliatieve eenheid maar door het ganze ziekenhuis, waar het palliatieve support team een sterk mandaat krijgt om deze uit te dragen en te implementeren. In 2025 wordt deze meting en de indicatorenset geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

Tabel 5: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Palliatieve zorg'.

Periode	Aantal voorzieningen				Geen deelname
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen	
Wordt gemeten hoeveel pijn palliatieve patiënten ervaren?					
2023-2024	7	7	0	7	32
In welke mate zijn palliatieve patiënten comfortabel in de laatste week voor overlijden, volgens de zorgverleners?					
2023-2024	1	13	2	5	32
In welke mate voelen naasten zich gesteund na het overlijden van de palliatieve patiënt?					
2023-2024	1	13	0	7	32

3.2 Is de zorg persoonsgericht?

3.2.1 Vlaamse Patiëntenpeiling Klassieke Opname

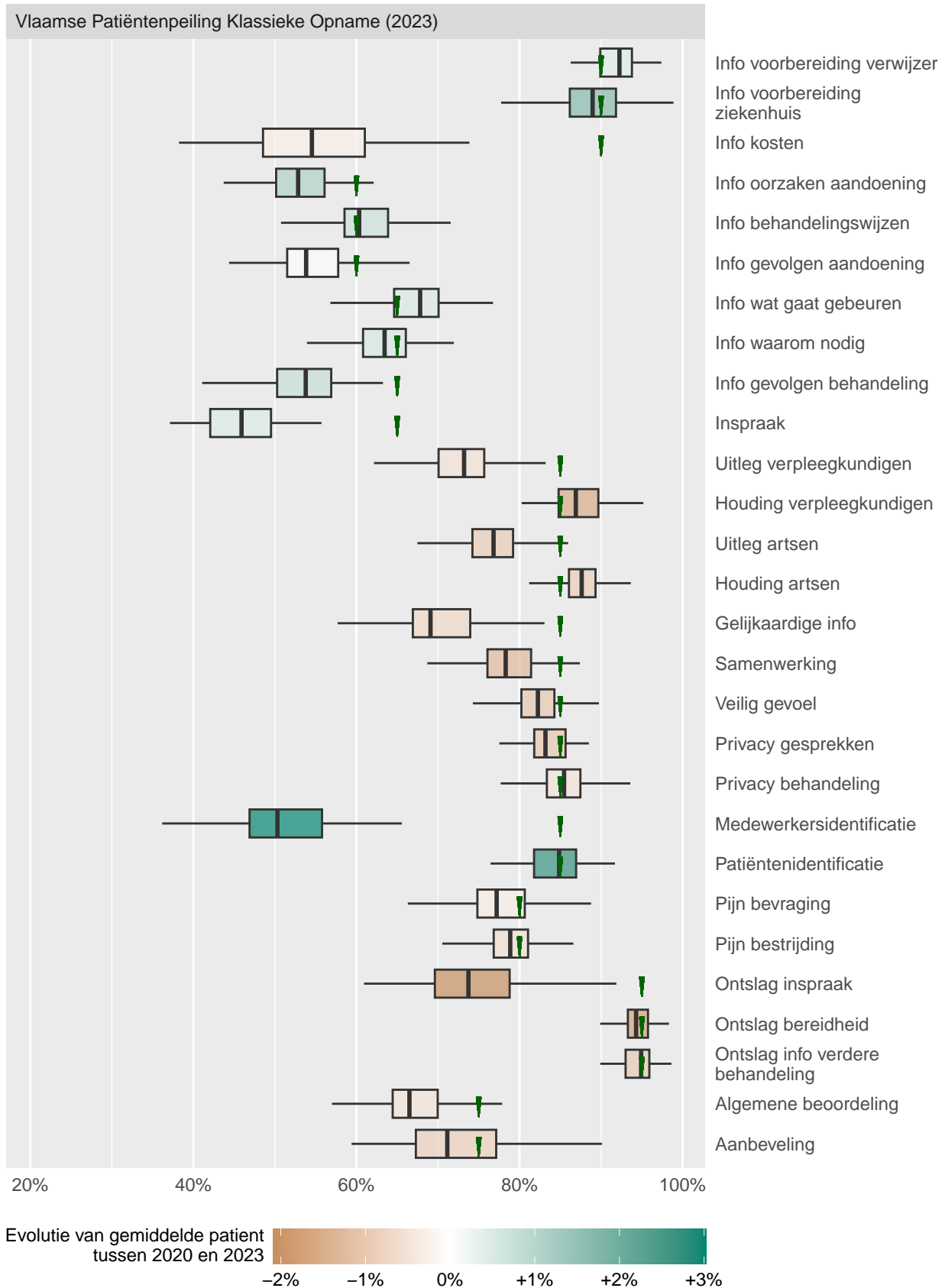
Aan de hand van deze indicatorenset wordt op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten nagegaan hoe patiënten de kwaliteit van zorg bij een klassieke opname in het ziekenhuis beoordelen. De mate waarin de zorg gericht is op hun specifieke noden en of de patiënt voldoende centraal wordt gesteld in het zorgproces vormen hierbij belangrijke elementen. Ziekenhuizen kunnen de feedback van patiënten gebruiken om de kwaliteit en persoonsgerichtheid van hun zorgverlening te evalueren en verbeteren.

De vragenlijst werd ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform, v.z.w. en bestaat uit 28 vragen, gegroepeerd in negen dimensies: (1) voorbereiding op de opname; (2) informatieverstrekking over de aandoening; (3) informatieverstrekking over onderzoek, behandeling of verzorging; (4) wijze van omgaan met patiënten en samenwerking tussen zorgverleners; (5) privacy; (6) veilige zorg; (7) pijn; (8) ontslag uit het ziekenhuis; en (9) algemene beoordeling.

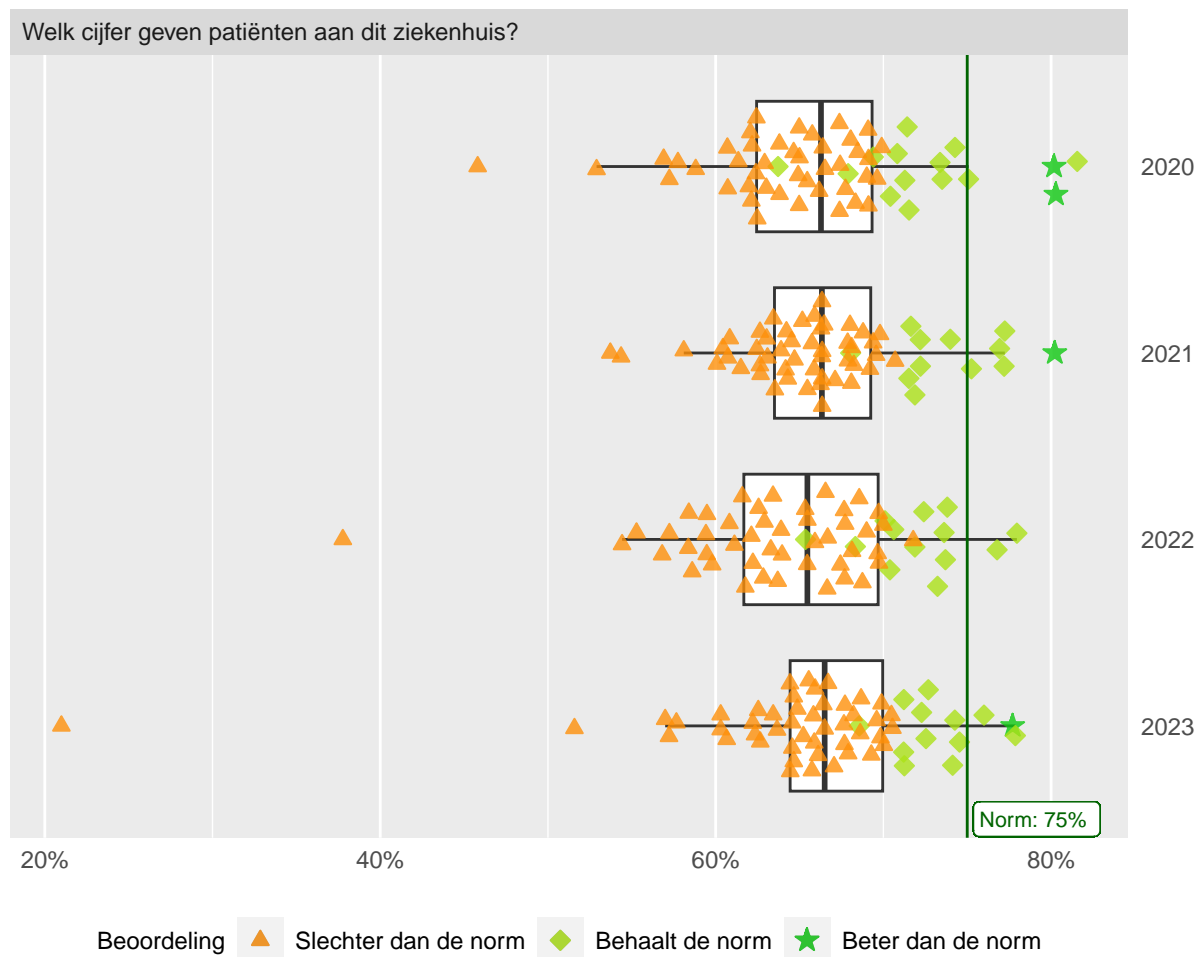
De meting vindt jaarlijks plaats. In april 2024 werden de resultaten van 2023 gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).

Resultaten van alle indicatoren worden hierna weergegeven met hun spreiding en evolutie. Daaruit lichten we ook twee beoordelingen uit: welk globaal cijfer de patiënten geven aan het ziekenhuis en de mate waarin patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen aan vrienden en familie.

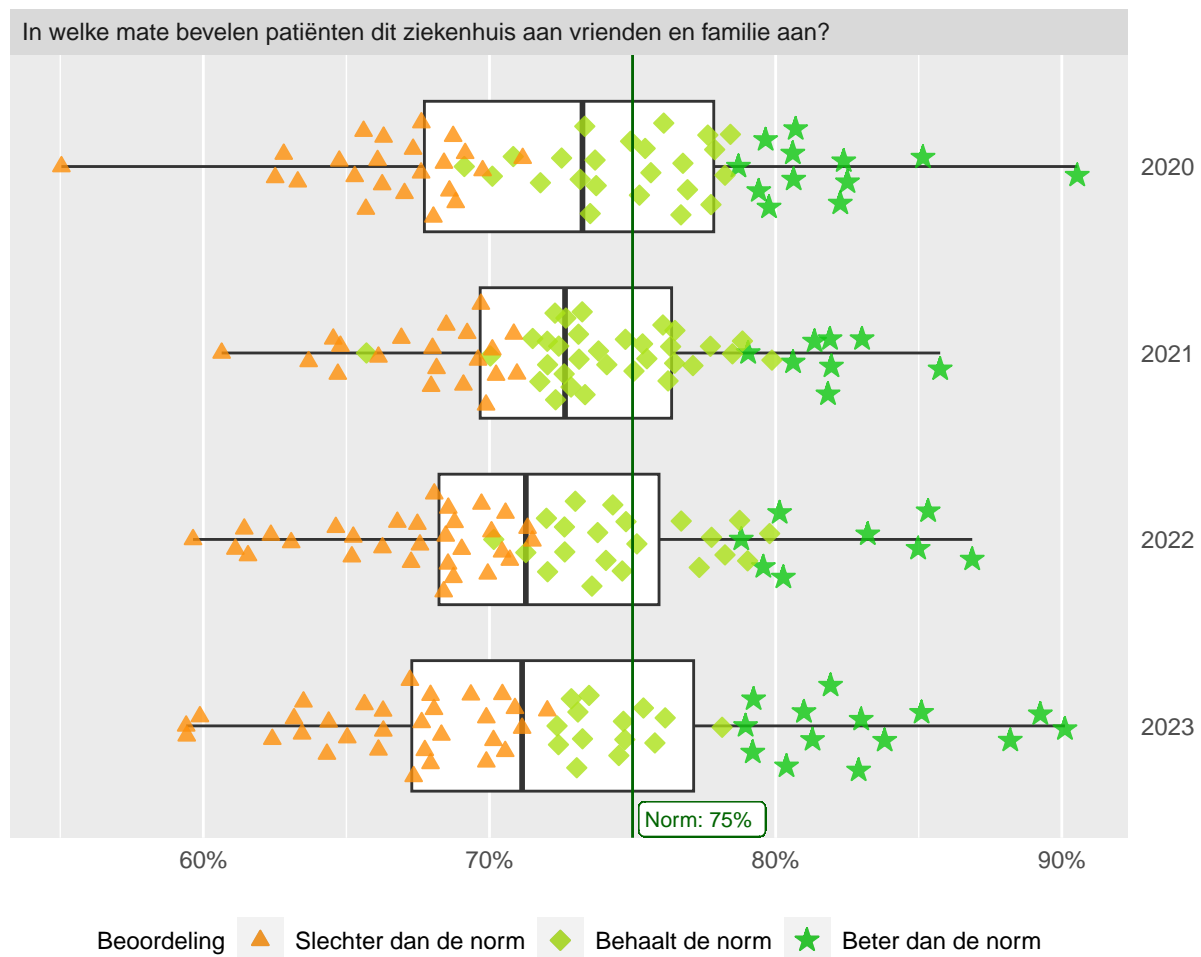
Uit de resultaten op alle indicatoren beschikbaar op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be) lichten we er twee uit: de globale beoordeling en de mate waarin patiënten het ziekenhuis aanbevelen.



Figuur 13: Overzicht van de meest recente resultaten, ten opzichte van de meest recente norm (darker groene aanduiding), van alle indicatoren binnen het thema Vlaamse Patiëntenpeiling Klassieke Opname. De kleur van de boxplot weerspiegelt de evolutie van het resultaat van de gemiddelde patient.



Figuur 14: Percentage patiënten dat 9/10 of 10/10 geeft aan dit ziekenhuis, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).



Figuur 15: Percentage patiënten dat het ziekenhuis ‘zeker wel’ zou aanbevelen bij familie of vrienden, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).

Tabel 6: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema ‘Vlaamse Patiëntenpeiling Klassieke Opname’.

Periode	Aantal voorzieningen				
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Geen deelname	Geen zorgaanbod
Welk cijfer geven patiënten aan dit ziekenhuis?					
2020	43	13	2	2	1
2021	48	11	1	0	1
2022	46	13	0	0	1
2023	46	12	1	0	1
In welke mate bevelen patiënten dit ziekenhuis aan vrienden en familie aan?					
2020	23	23	12	2	1
2021	20	32	8	0	1
2022	30	21	8	0	1
2023	31	14	14	0	1

Conclusies en aanbevelingen

Ondertussen worden de ervaringen van patiënten bij klassieke opnames 10 jaar gemeten in de Vlaamse ziekenhuizen. De ziekenhuizen tonen hiermee dat ze veel belang hechten aan kwaliteit en de mening van hun patiënten hierover. De patiëntenpeilingen laten toe om te meten in welke mate het ziekenhuis de patiënt voldoende centraal stelt in het zorgproces. De feedback van patiënten biedt ziekenhuizen waardevolle inzichten om de kwaliteit en persoonsgerichtheid van de zorg te evalueren en verder te verbeteren.

Gemiddeld genomen scoren de ziekenhuizen in 2023 het beste op de vragen over hoe patiënten voorbereid werden door hun arts voor hun opname (91%) en of ze zich klaar voelen om naar huis te gaan (94%). Daartegenover vond slechts 53% van de patiënten dat ze vooraf voldoende informatie kregen over de kosten van hun ziekenhuisopname en gaf 45% van de patiënten aan “altijd” door medewerkers aangespoord te worden om mee te beslissen over welk onderzoek, behandeling of verzorging ze kregen.

Als we kijken naar de globale beoordeling dan zien we dat in 2023 13 ziekenhuizen de vooropgestelde norm behalen (waarvan één ziekenhuis significant beter scoort). In deze ziekenhuizen geeft meer dan 75% van de bevroegde patiënten een 9/10 of 10/10 als algemene beoordeling over de opname, dit gecorrigeerd voor beïnvloedende factoren zoals de gezondheidstoestand en de leeftijd van de patiënt. Het aantal ziekenhuizen dat de norm haalt is gelijkaardig door de jaren heen. Voor de mate waarin patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen behalen in 2023 28 ziekenhuizen de norm, waarvan 14 ziekenhuizen significant hoger scoren. 31 ziekenhuizen halen een significant lager resultaat. Sinds de meting van 2022 is het aantal ziekenhuizen dat de norm voor dit item niet haalt opvallend toegenomen.

Globaal kunnen we stellen dat er weinig evolutie is in de resultaten op de patiëntenpeilingen voor klassieke opname. Op vele items nemen de resultaten zelfs iets af in de afgelopen jaren. Het blijft relevant om de patiëntenervaringen te meten om op ziekenhuis- en dienstniveau gerichte verbeteracties te kunnen nemen. Het VIKZ adviseert de ziekenhuizen om rond specifieke thema's kennisuitwisseling te organiseren. Het VIKZ en het Vlaams Patiëntenplatform kunnen de ziekenhuizen hierin ondersteunen.

Met het VIKZ willen we in 2025 de patiëntenpeilingen evalueren en aanpassen waar nodig. De doelstelling hierbij is om op basis van een literatuurstudie en expert opinion een geactualiseerde patiëntenpeiling te ontwikkelen. We voorzien deze eind 2025 te kunnen testen, waarna de vragenlijst breed kan uitgerold worden.

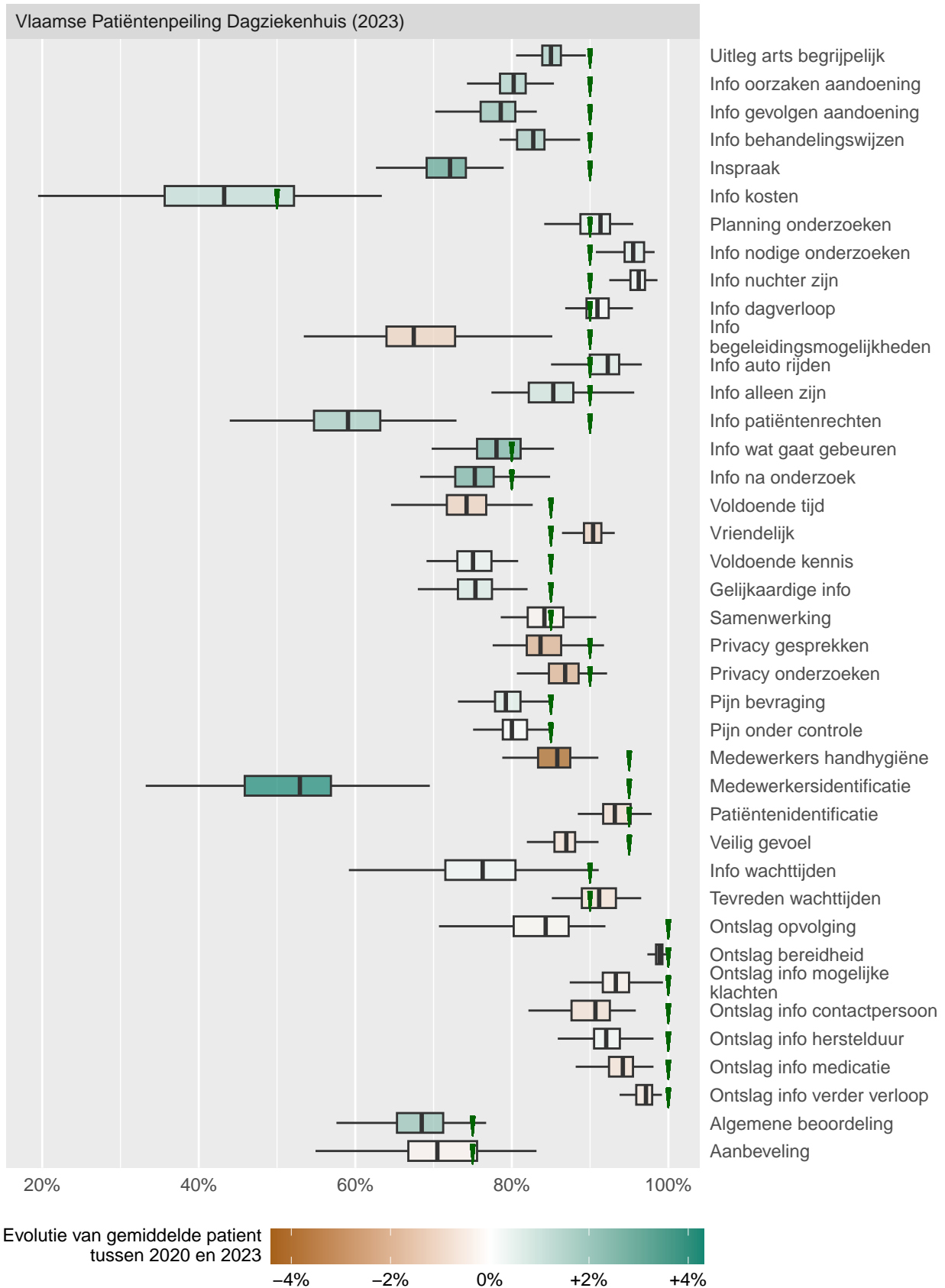
3.2.2 Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis

Aan de hand van deze indicatorenset wordt op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten nagegaan hoe patiënten de kwaliteit van zorg bij een opname in het dagziekenhuis beoordelen. De mate waarin de zorg gericht is op hun specifieke noden en of de patiënt voldoende centraal wordt gesteld in het zorgproces vormen hierbij belangrijke elementen. Ziekenhuizen kunnen de feedback van patiënten gebruiken om de kwaliteit en persoonsgerichtheid van hun zorgverlening te evalueren en verbeteren.

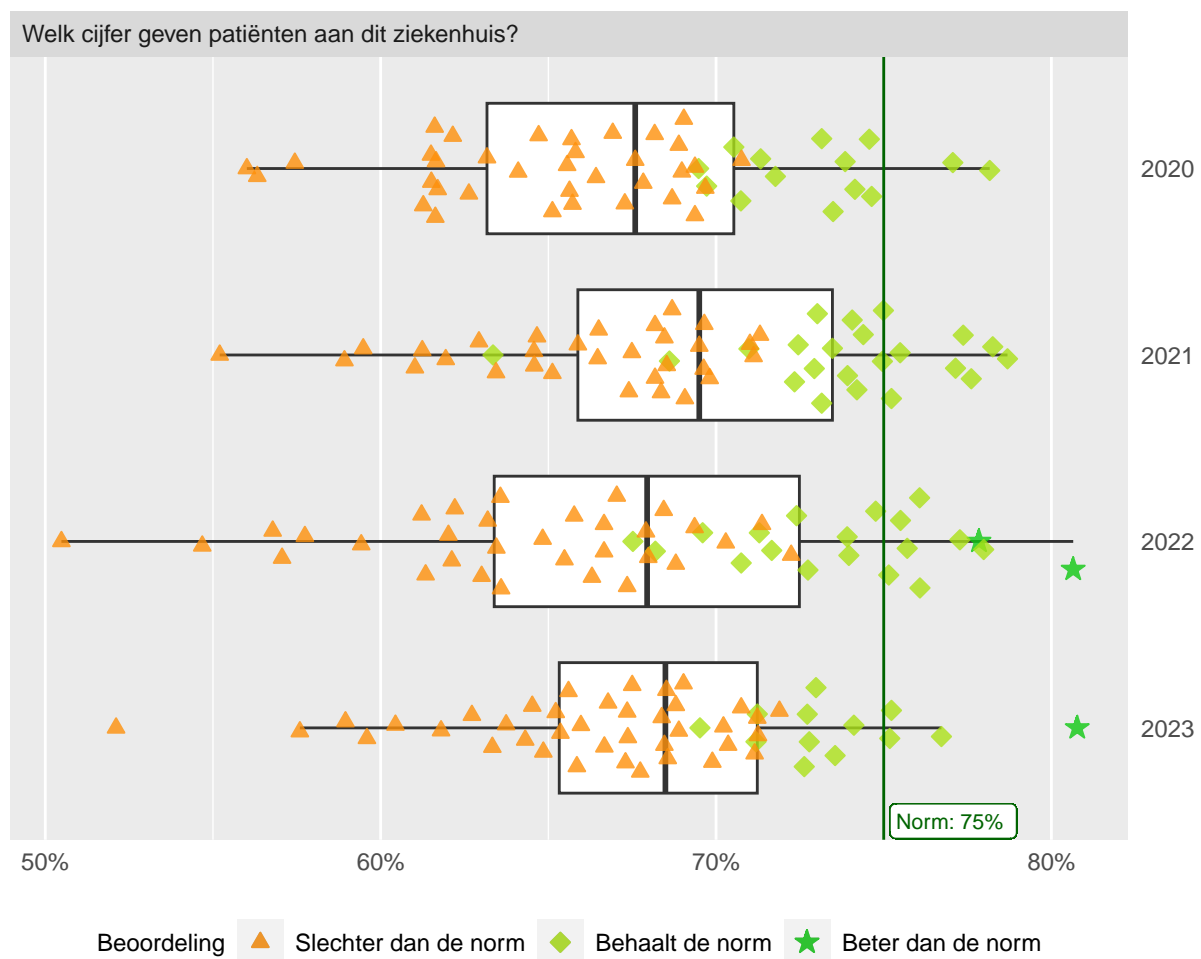
De vragenlijst werd ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform, v.z.w. en bestaat uit 40 vragen, gegroepeerd in negen dimensies: (1) voorbereiding op de opname; (2) informatieverstrekking over onderzoek of behandeling; (3) wijze van omgaan met patiënten en samenwerking tussen zorgverleners; (4) privacy; (5) pijn; (6) veilige zorg; (7) wachttijden; (8) ontslag uit het ziekenhuis; en (9) algemene beoordeling.

De meting vindt jaarlijks plaats. In april 2024 werden de resultaten van 2023 gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).

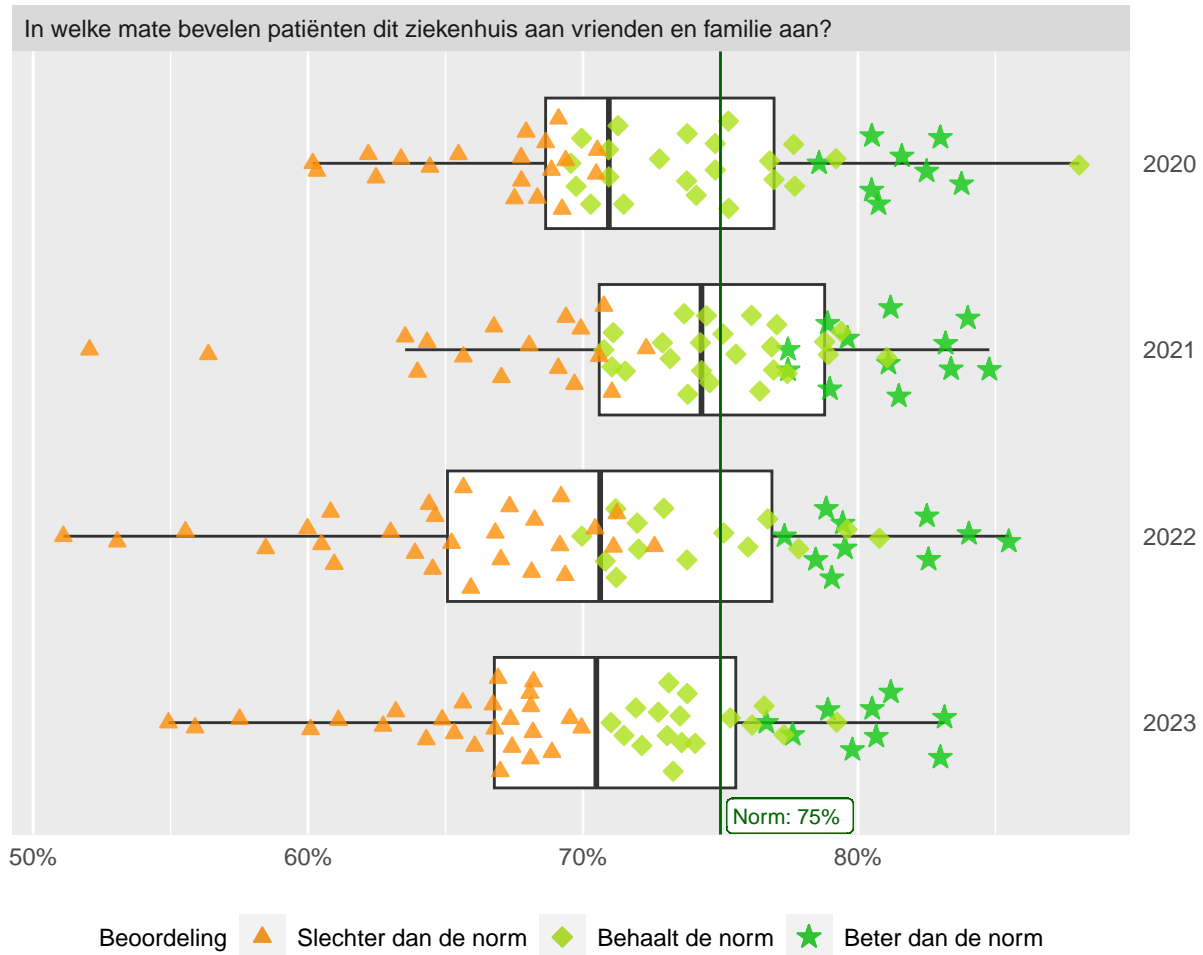
Resultaten op alle indicatoren worden hierna weergegeven met hun spreiding en evolutie. Daaruit lichten we ook twee beoordelingen uit: welk globaal cijfer de patiënten geven aan het ziekenhuis en de mate waarin patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen aan vrienden en familie.



Figuur 16: Overzicht van de meest recente resultaten, ten opzichte van de meest recente norm (darker roene aanduiding), van alle indicatoren binnen het thema Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis. De kleur van de boxplot weerspiegelt de evolutie van het resultaat van de gemiddelde patiënt.



Figuur 17: Percentage patiënten dat 9/10 of 10/10 geeft aan dit ziekenhuis, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).



Figuur 18: Percentage patiënten dat het ziekenhuis ‘zeker wel’ zou aanbevelen bij familie of vrienden, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).

Conclusies en aanbevelingen

De resultaten voor de Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis zijn over het algemeen beter dan die van de patiëntenpeiling bij klassieke opname. De verbeterpunten zijn echter gelijkaardig, zoals omtrent het verlenen van voldoende informatie over de kostprijs van de behandeling en de rechten van de patiënt, alsook de mate waarin medewerkers zich voorstellen aan de patiënt. Ook bemerken we een afname in de mate waarin patiënten zeggen dat medewerkers hun handen ontsmetten voor elk onderzoek of behandeling. In 2020 stelden we een sterke stijging vast in deze resultaten, die in de loop van de jaren erna opnieuw is afgenomen.

Als we kijken naar de globale beoordeling dan zien we dat in 2023 13 ziekenhuizen de vooropgestelde norm behalen (waarvan één ziekenhuis significant beter scoort). In deze ziekenhuizen geeft meer dan 75% van de bevroagde patiënten een 9/10 of 10/10 als algemene beoordeling over de dagopname, dit gecorrigeerd voor beïnvloedende factoren zoals de gezondheidstoestand en de leeftijd van de patiënt. Het aantal ziekenhuizen dat de norm haalt daalt licht door de jaren heen. Ook de mate waarin patiënten het ziekenhuis zouden aanbevelen aan familie of vrienden voor een dagopname neemt licht af gedurende de afgelopen jaren. In 2023 haalde de helft (26) van de ziekenhuizen de normscore, waarvan 9 ziekenhuizen significant beter scoorden. In 2021 behaalden nog 36 ziekenhuizen de normscore voor dit item.

Tabel 7: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema ‘Vlaamse Patiëntenpeiling Dagziekenhuis’.

Periode	Aantal voorzieningen			
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Geen deelname
Welk cijfer geven patiënten aan dit ziekenhuis?				
2020	35	14	0	4
2021	31	22	0	0
2022	32	18	2	0
2023	39	12	1	0
In welke mate bevelen patiënten dit ziekenhuis aan vrienden en familie aan?				
2020	19	22	8	4
2021	17	24	12	0
2022	28	14	10	0
2023	26	17	9	0

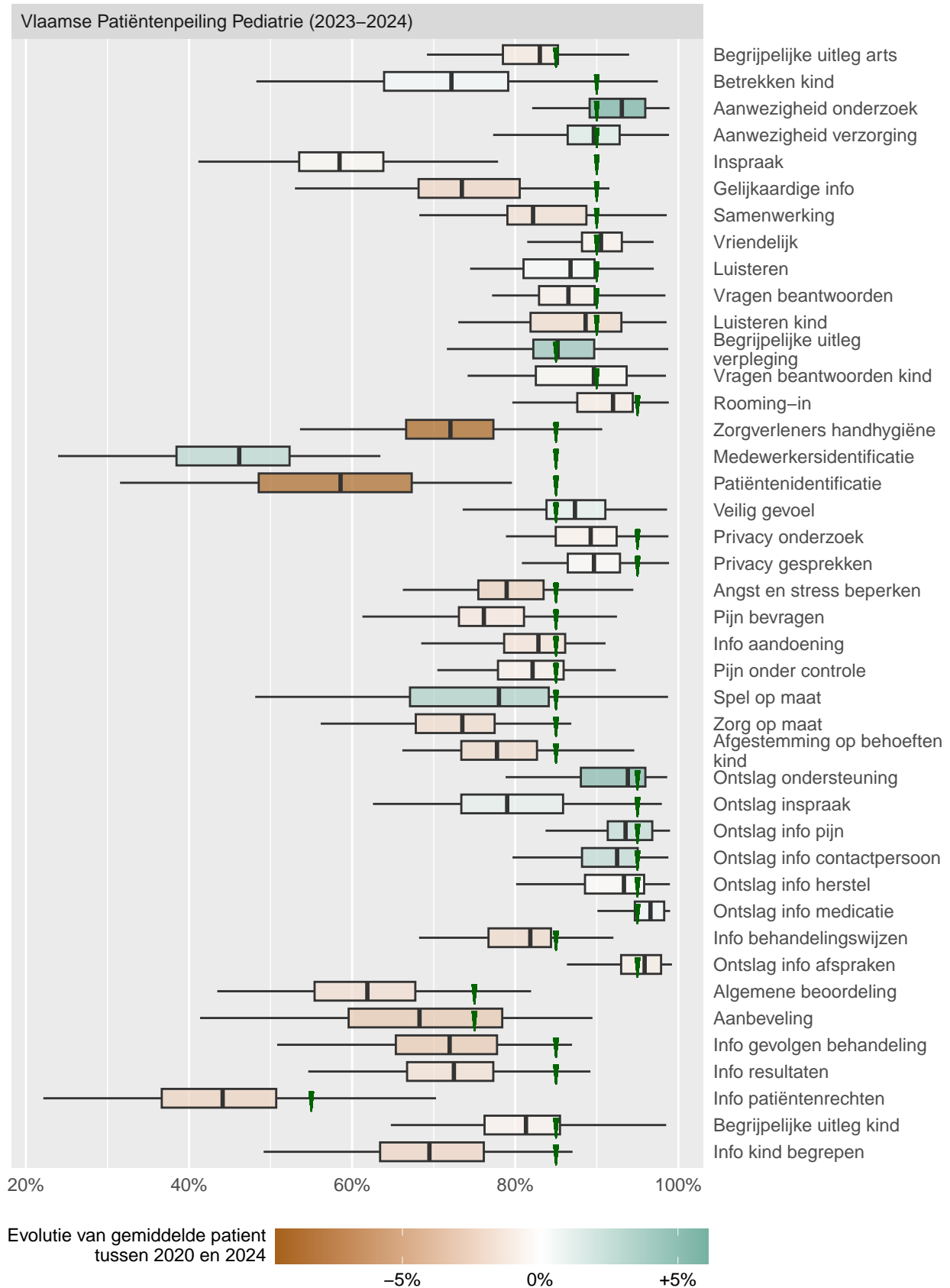
3.2.3 Vlaamse Patiëntenpeiling Pediatrie

Aan de hand van deze indicatorenset wordt op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten nagegaan hoe ouders en kinderen de kwaliteit van zorg op de pediatrieafdelingen beoordelen. De mate waarin de zorg gericht is op hun specifieke noden en of ze voldoende centraal worden gesteld in het zorgproces vormen hierbij belangrijke elementen. Ziekenhuizen kunnen de feedback gebruiken om de kwaliteit en persoonsgerichtheid van hun zorgverlening te evalueren en verbeteren.

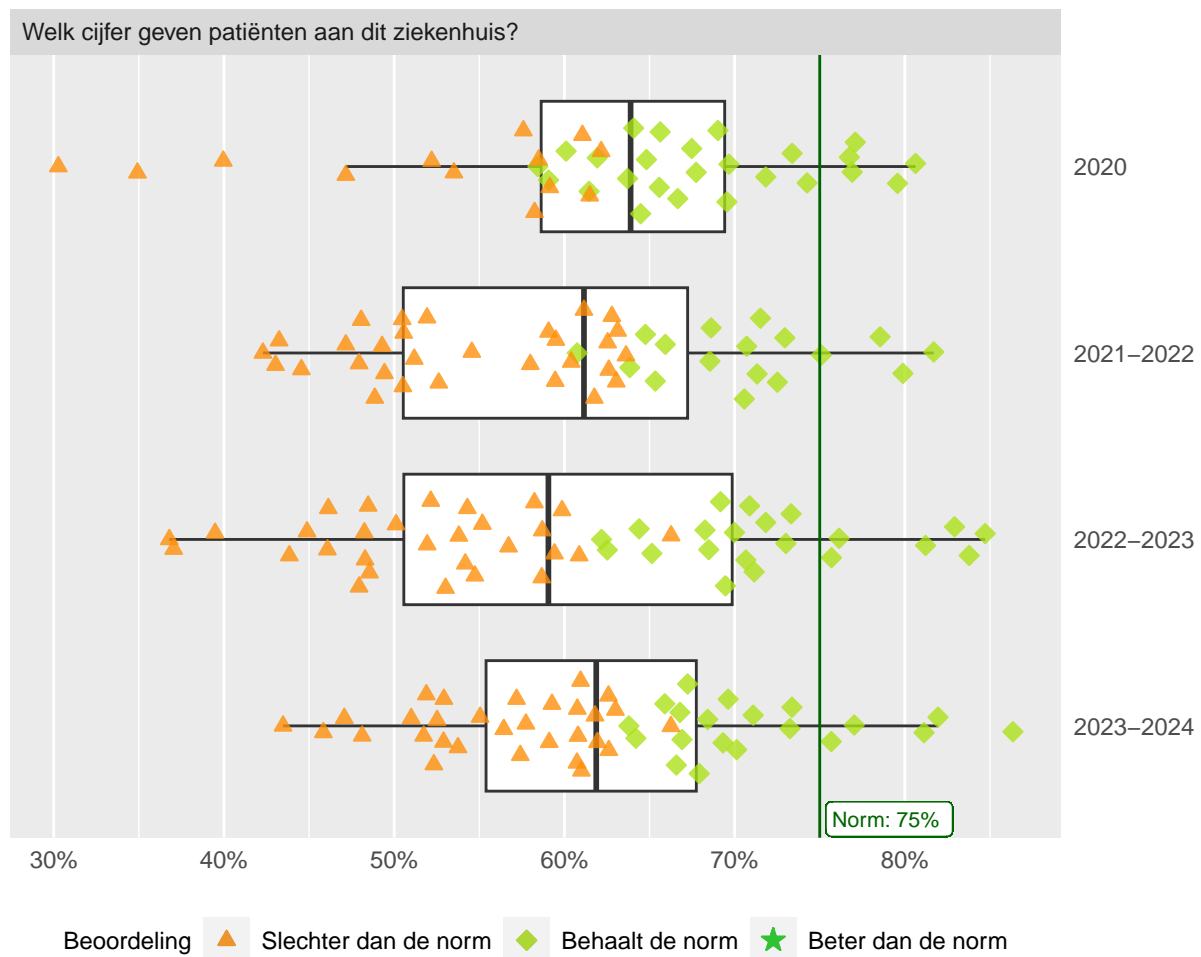
De vragenlijst werd ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform, v.z.w. en bestaat uit 42 vragen, gegroepeerd in tien dimensies: (1) informatie aan ouders en kind; (2) kinder- en ouderparticipatie; (3) wijze van omgaan met ouders en kinderen en samenwerking tussen medewerkers; (4) rooming-in; (5) veilige zorg; (6) privacy; (7) pijn en angst; (8) zorg op maat; (9) ontslag uit het ziekenhuis; en (10) algemene beoordeling.

De meting vindt jaarlijks plaats. Eind 2024 werden de resultaten van 2023-2024 gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).

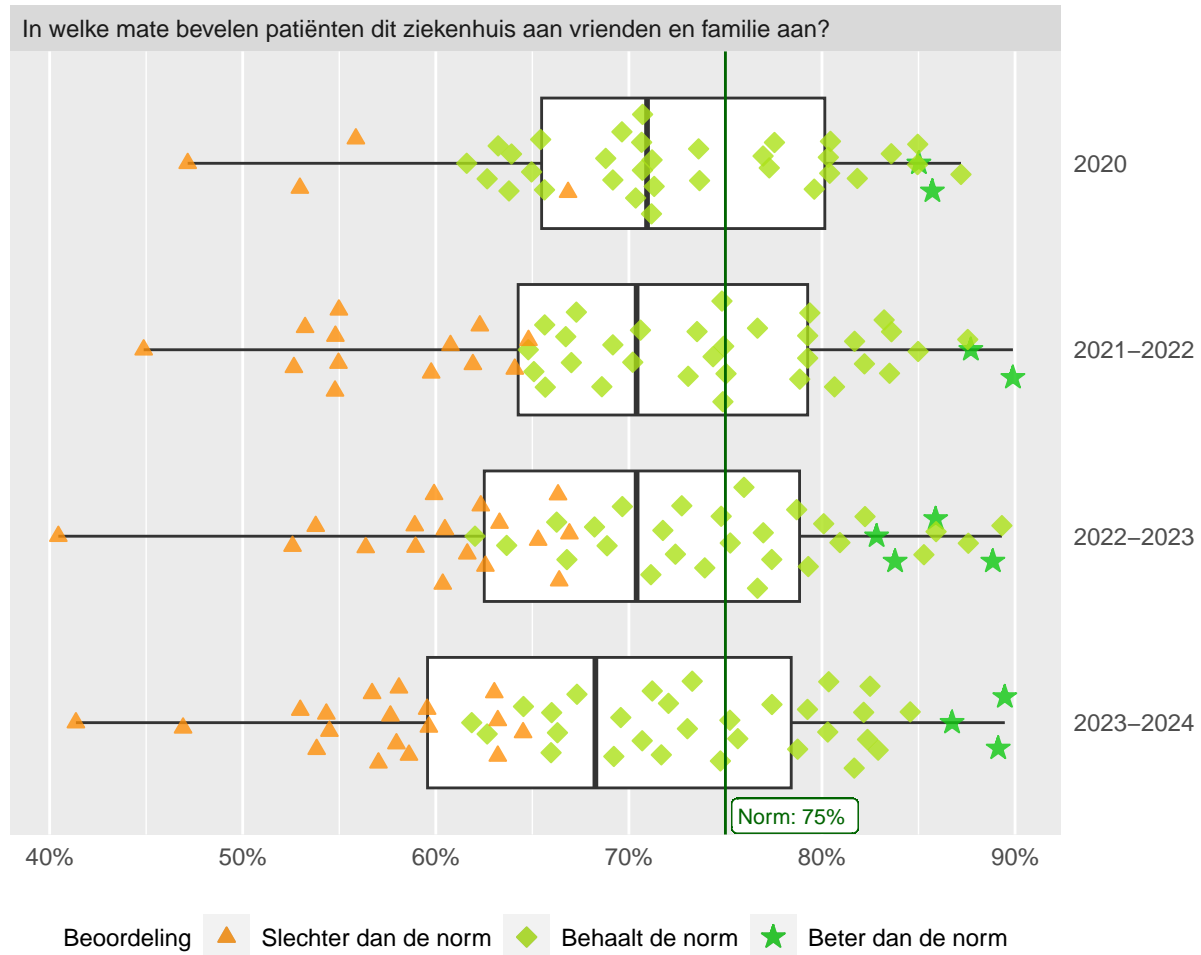
Resultaten op alle indicatoren worden hierna weergegeven met hun spreiding en evolutie. Daaruit lichten we ook twee beoordelingen uit: welk globaal cijfer ouders van pediatrische patiënten geven aan het ziekenhuis en de mate waarin ze het ziekenhuis zouden aanbevelen aan vrienden en familie.



Figuur 19: Overzicht van de meest recente resultaten, ten opzichte van de meest recente norm (darker roene aanduiding), van alle indicatoren binnen het thema Vlaamse Patiëntenpeiling Pediatrie. De kleur van de boxplot weerspiegelt de evolutie van het resultaat van de gemiddelde patiënt.



Figuur 20: Percentage patiënten dat 9/10 of 10/10 geeft aan dit ziekenhuis, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).



Figuur 21: Percentage patiënten dat het ziekenhuis ‘zeker wel’ zou aanbevelen bij familie of vrienden, gecorrigeerd voor invloedsfactoren. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel, op dimensieniveau).

Conclusies en aanbevelingen

Ouders van pediatrische patiënten geven hun ziekenhuis doorgaans goede tot zeer goede scores over de omgang tussen patiënten en medewerkers, alsook over hoe ze het ontslag uit het ziekenhuis ervaren. Anderzijds geven ze aan dat de informatieverstrekking over patiëntenrechten beter kan, evenals de mate waarin patiënten en medewerkers worden geïdentificeerd. Opvallend is dat op heel wat items de resultaten er de laatste jaren op achteruitgaan, waarbij vooral de mate waarin zorgverleners een correcte handhygiëne toepassen en de patiënt correct identificeren opvallend lager wordt gescoord.

De resultaten op de globale score en de aanbevelingsvraag liggen in de lijn van de voorbije jaren, waar respectievelijk een twintigtal en een dertigtal ziekenhuizen de normscore behaalt.

Tabel 8: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema ‘Vlaamse Patiëntenpeiling Pediatrie’.

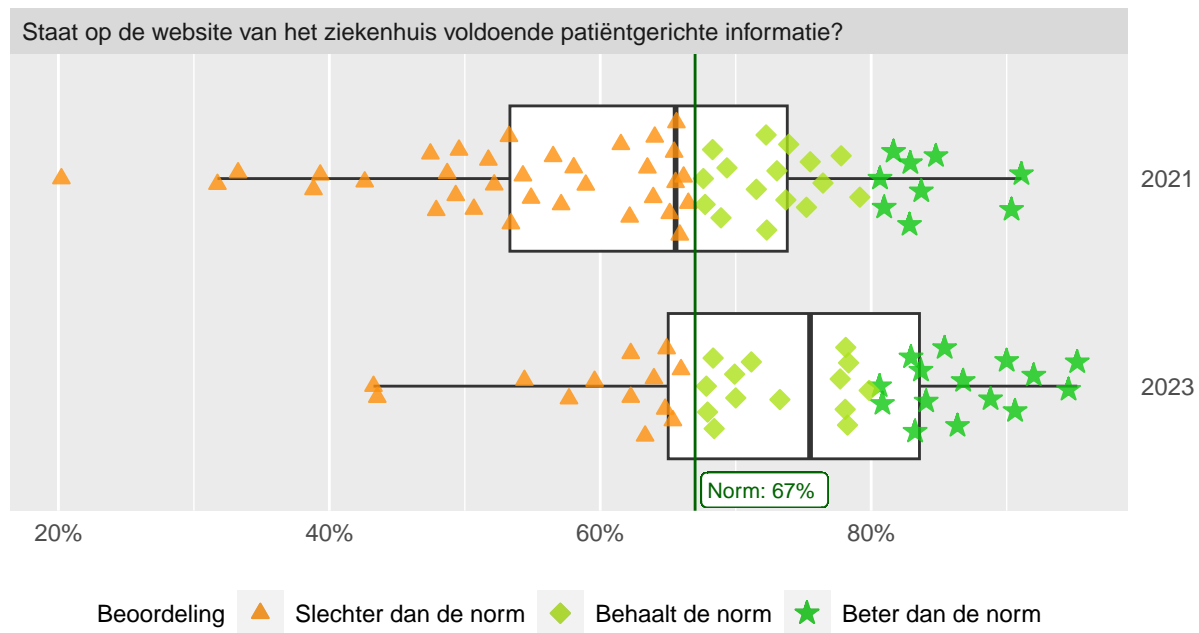
Periode	Aantal voorzieningen					Geen deelname	Geen zorgaanbod
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen			
Welk cijfer geven patiënten aan dit ziekenhuis?							
2020	13	25	0	8	6	1	
2021-2022	30	17	0	1	4	1	
2022-2023	29	21	0	1	0	1	
2023-2024	30	20	0	1	0	1	
In welke mate bevelen patiënten dit ziekenhuis aan vrienden en familie aan?							
2020	4	32	2	8	6	1	
2021-2022	13	31	2	1	5	1	
2022-2023	17	27	4	2	1	1	
2023-2024	18	29	3	1	0	1	

3.2.4 Patiëntgerichte website

Zijn de websites van de ziekenhuizen gebruiksvriendelijk voor patiënten, kunnen zij informatie gemakkelijk terugvinden en is de informatie relevant en begrijpelijk? Dit beoordeelt het Vlaams Patiëntenplatform aan de hand van een meetinstrument.

Het meetinstrument werd ontwikkeld door het [Vlaams Patiëntenplatform vzw](#) en vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt. Patiënten hebben recht op informatie over de zorg die ze krijgen. Een degelijke, gebruiksvriendelijke ziekenhuiswebsite met relevante informatie en toepassingen heeft voordelen voor zowel zorginstellingen als voor patiënten en hun omgeving. Goed geïnformeerde patiënten kunnen beter mee beslissingen nemen over hun zorg, wat kan leiden tot positievere uitkomsten.

Eind 2024 werden de resultaten van 2023 gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](#).



Figuur 22: Aan hoeveel procent van de criteria voor patiëntgerichte informatie voldoet de ziekenhuiswebsite? Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze werd door experts bepaald.

Conclusies en aanbevelingen

Het Vlaams Patiëntenplatform beoordeelt aan de hand van een gestandaardiseerd meetinstrument of de websites van de deelnemende ziekenhuizen voldoende patiëntgericht en gebruiksvriendelijk zijn. Ze bekijken of de informatie voldoende relevant, begrijpelijk en aangepast is aan de noden van de patiënt.

De resultaten van de meting in 2023 zijn opvallend beter ten opzichte van deze van de vorige meting in 2021. Waar de mediane score in 2021 op 66% lag is deze in 2023 gestegen naar 75%. Bij deze laatste meting behaalden 29 ziekenhuizen de norm, waarvan 15 ziekenhuizen significant beter dan de norm scoorden. Ter vergelijking: in 2021 behaalden 25 ziekenhuizen de norm, waarvan 9 significant beter. Heel wat ziekenhuizen hebben hun websites dus verder aangepast op basis van de richtlijnen van het Vlaams Patiëntenplatform. Opvallend is wel dat 19 ziekenhuizen verkozen niet deel te nemen aan de meting van 2023, ten opzichte van slechts twee in 2021. In 2025 wordt met het Vlaams Patiëntenplatform beoordeeld of en op welke manier deze meting nog wordt verdergezet.

Tabel 9: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Patiëntgerichte website'.

Periode	Aantal voorzieningen			
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Geen deelname
Staat op de website van het ziekenhuis voldoende patiëntgerichte informatie?				
2021	34	16	9	2
2023	13	14	15	19

3.3 Is de zorg veilig?

3.3.1 Handhygiëne

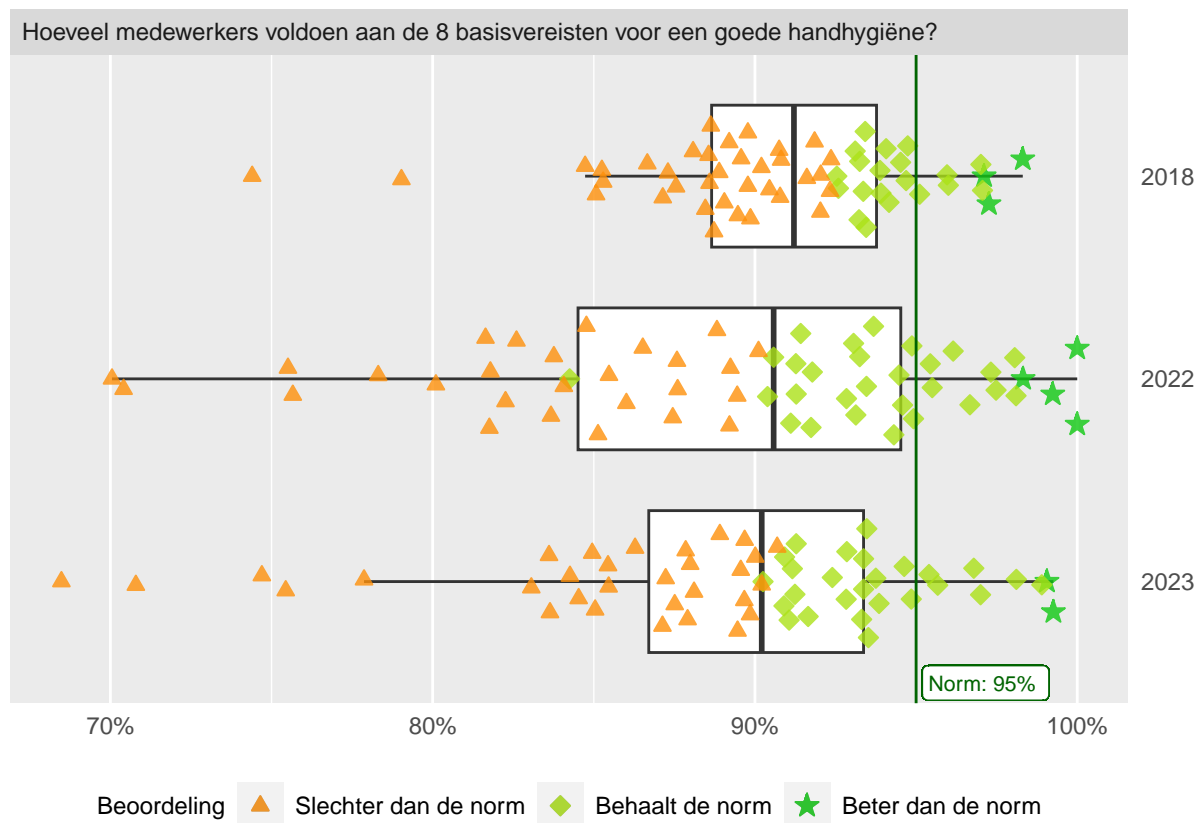
Volgen de medewerkers de minimale vereisten voor een goede handhygiëne? Iemand van buiten het ziekenhuis, een externe auditor, controleert dat.

Een goede handhygiëne bij medewerkers in een ziekenhuis vermijdt dat ziektekiemen worden overgedragen naar patiënten. Daartoe worden de handen van de medewerkers gecontroleerd op acht basisvereisten voor een goede handhygiëne. Deze basisvereisten zijn: (1) geen armbanden; (2) geen ringen; (3) geen horloges; (4) geen nagellak; (5) geen kunstnagels; (6) verzorgde nagels; (7) kortgeknipte nagels; (8) korte mouwen.

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

Eind 2024 werden de resultaten van 2023 gepubliceerd op [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).

Deze indicator wordt gemeten in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Gezien het beperkt aantal psychiatrische ziekenhuizen dat deelneemt aan deze meting worden deze resultaten niet weergegeven.



Figuur 23: Hoeveel procent van de medewerkers voldoen aan alle 8 basisvereisten voor een goede handhygiëne (verzorgde nagels, korte nagels, korte mouwen, geen armbanden, geen ringen, geen horloges, geen nagellak en geen kunstnagels)? Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel).

Tabel 10: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Handhygiëne'.

Periode	Aantal voorzieningen				
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Onvoldoende gegevens om resultaat te berekenen	Geen deelname
Hoeveel medewerkers voldoen aan de 8 basisvereisten voor een goede handhygiëne?					
2018	35	20	3	1	3
2022	27	28	4	0	1
2023	31	26	2	1	0

Conclusies en aanbevelingen

Voor algemene ziekenhuizen zagen we tot en met 2018 een stijging in de mediaan alsook een afname in de spreiding van de resultaten handhygiëne over voorzieningen heen. In 2022 en 2023, de eerste metingen post-covid, zien we een terug een bredere spreiding in resultaten tussen ziekenhuizen. Het aantal ziekenhuizen dat de norm haalt in 2023 is gestegen naar 28 ten opzichte van 23 in 2018. Een dertigtal ziekenhuizen scoort significant lager dan de norm. In 2025 willen we met het VIKZ evalueren of we deze indicatoren, samen met de andere veiligheidsindicatoren omtrent veilige heerkunde en patiëntenidentificatie, behouden in de VIKZ-set.

3.3.2 Doorligwonden

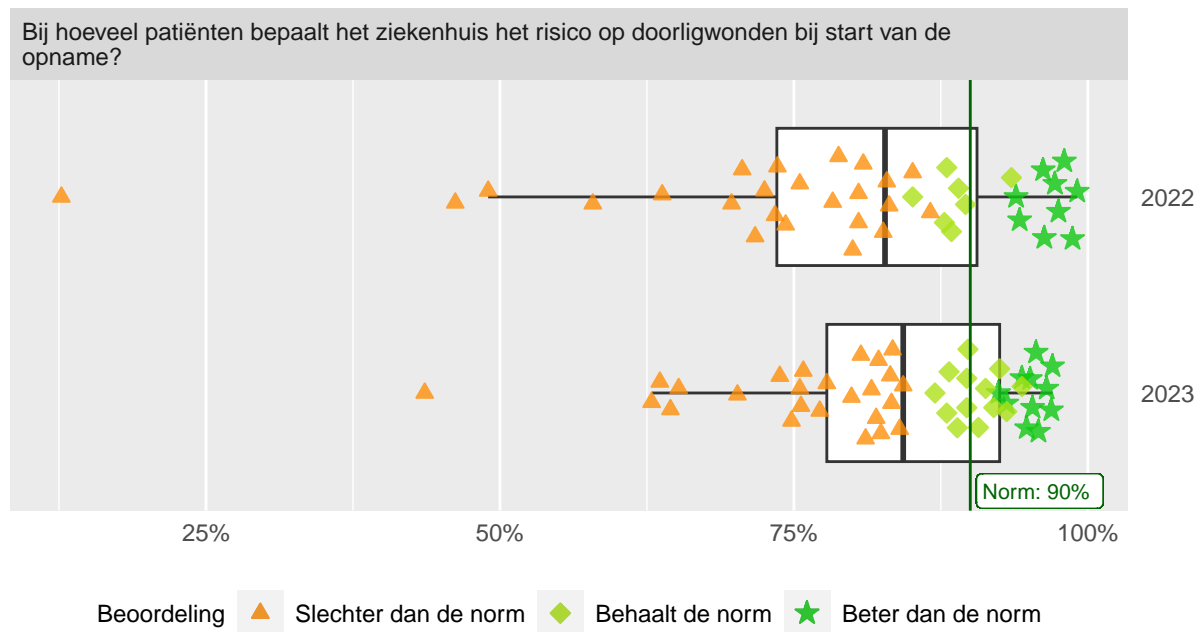
Doorligwonden of decubitusletsels ontwikkelen zich meestal op delen van het lichaam waar zich botten dicht onder het huidoppervlak bevinden, zoals de heupen, de stuit, de hielen, en de ellebogen. Langdurige druk op deze lichaamsdelen zorgt ervoor dat de huid en het omliggende weefsel beschadigd raken en kan leiden tot het ontstaan van een doorligwonde. Risicofactoren voor het ontwikkelen van doorligwonden zijn onder andere immobiliteit, langdurig bedlegerig zijn, incontinentie, slechte voedingstoestand, verminderde sensitiviteit en verminderde doorbloeding.

De preventie van doorligwonden wordt internationaal gezien als een belangrijk element van kwaliteitsvolle, veilige zorg. Doorligwonden zijn immers niet alleen pijnlijk, ze zijn ook moeilijk behandelbaar en geven op langere termijn aanleiding tot een verminderde gezondheid en kwaliteit van leven. De behandeling ervan is ook intensief en duur, waardoor preventie des te belangrijker is.

Deze indicatoren vormen een maatstaf voor de kwaliteit van zorg bij doorligwonden in de Vlaamse ziekenhuizen. We peilen naar hoe vaak het ziekenhuis meteen bij de opname het risico op doorligwonden onderzoekt, alsook hoeveel patiënten een doorligwonde krijgen tijdens hun verblijf in het ziekenhuis.

De resultaten voor de tweede indicator worden nog niet gepubliceerd omdat controles op de meting van deze indicator uitwijzen dat ongeveer de helft van de doorligwonden niet geregistreerd worden in het patiëntendossier. Hierdoor is de meting van deze indicator nog niet voldoende betrouwbaar.

Eind 2024 werden de resultaten van 2023 toegevoegd aan [Zorgkwaliteit.be](https://www.zorgkwaliteit.be).



Figuur 24: Percentage patiënten bij wie op de dag van opname of de dag nadien het risico op het ontwikkelen van doorligwonden bepaald werd. Resultaten worden vergeleken met de norm. Deze komt overeen met de waarde die 1 op 4 deelnemende voorzieningen behaalt (derde kwartiel).

Tabel 11: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema 'Doorligwonden'.

Periode	Aantal voorzieningen			
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Geen deelname
Bij hoeveel patiënten bepaalt het ziekenhuis het risico op doorligwonden bij start van de opname?				
2022	24	7	9	20
2023	25	13	11	11

Conclusies en aanbevelingen

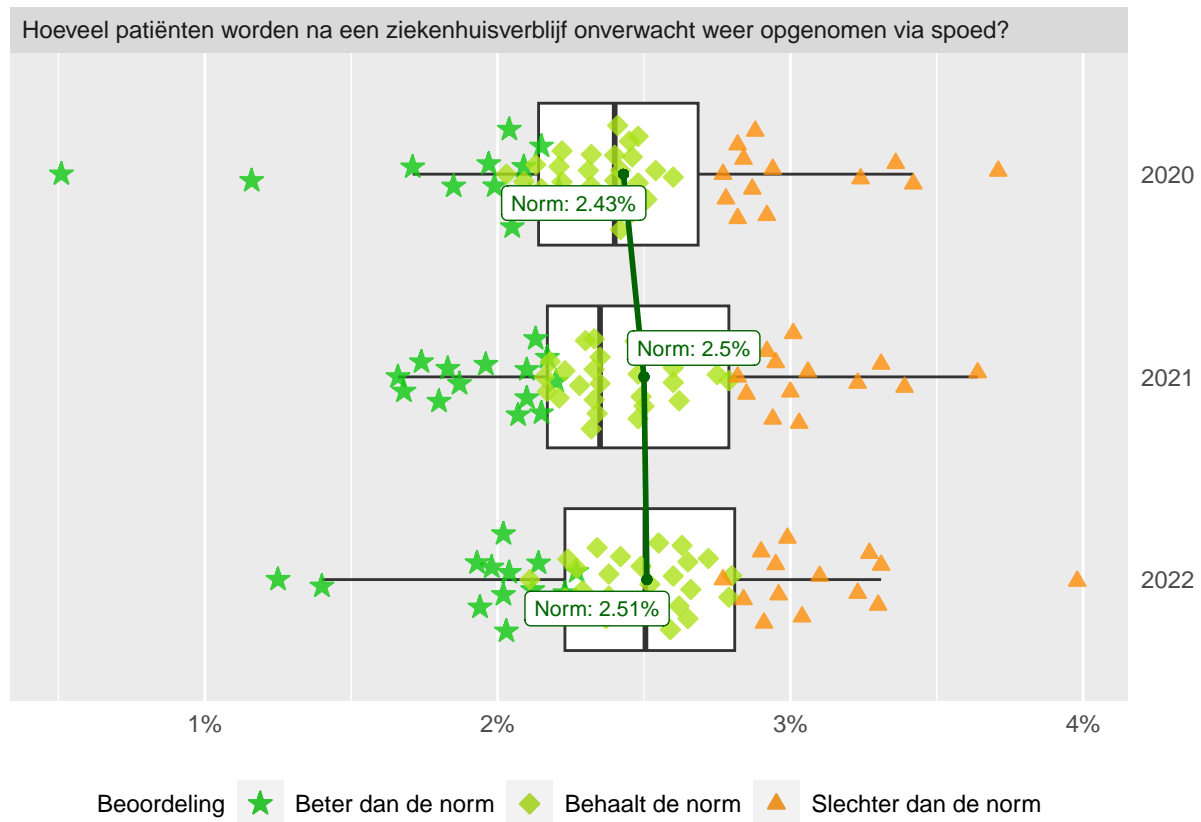
Risicoscreening op decubitus gebeurde in 2022 gemiddeld bij 80% van de opgenomen patiënten in de deelnemende ziekenhuizen. In 2023 steeg dit tot een gemiddelde van 84%. Bij de laatste meting in 2023 behaalde de helft van de ziekenhuizen (24) de vooropgestelde norm. Elf hiervan scoorden significant beter dan de norm. We zien een grote variatie in resultaten tussen de ziekenhuizen. Ondanks het belang van het tijdig detecteren van decubitus zien we nog een sterke verbetermarge op risicoscreening voor decubitus in de deelnemende ziekenhuizen. Ook voor de laatste meetperiode kunnen de indicatoren ‘verworven decubitus’ niet worden gepubliceerd door een belangrijke onderregistratie van decubitus in het patiëntendossier.

3.3.3 Ongeplande heropnames

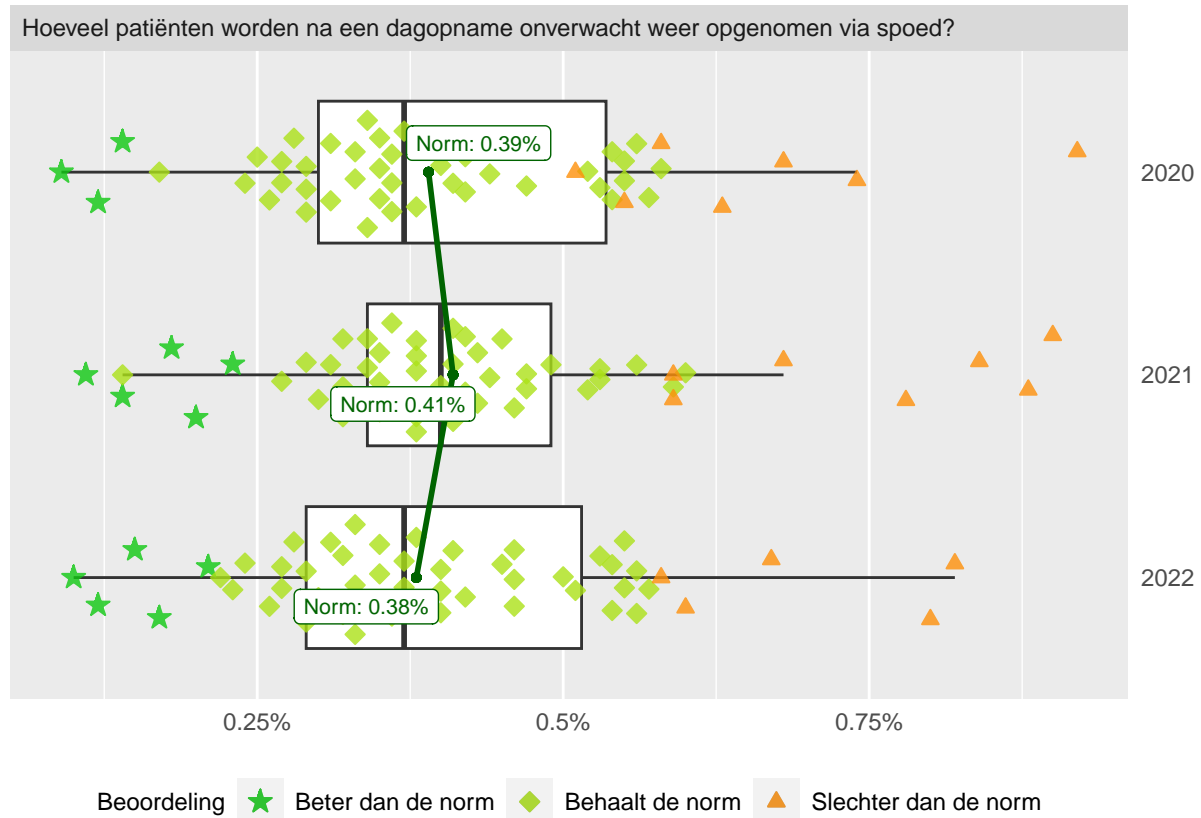
Een heropname kan gepland zijn om een behandeling verder te zetten, bijvoorbeeld wanneer een patiënt op een later tijdstip moet terugkeren voor een operatie of andere behandeling. Bij een ongeplande heropname wordt een patiënt na een eerdere behandeling terug opgenomen voor een probleem dat samenhangt met de eerdere opname. Dit kan in het behandelend ziekenhuis zijn of in een ander ziekenhuis. Wanneer dit gebeurt, kan dit wijzen op een kwaliteitsprobleem en/of een onzorgvuldige planning van het ontslag uit het behandelend ziekenhuis. Mogelijk kreeg het oorspronkelijke probleem onvoldoende (na)zorg of zijn er bijkomende problemen opgetreden. Daarnaast kan het bijvoorbeeld ook voorkomen dat er onvoldoende informatie werd gegeven over medicatie of nazorg.

Binnen dit thema worden twee indicatoren gemeten: (1) het percentage patiënten via spoed heropgenomen na een *ziekenhuisverblijf*; en (2) het percentage patiënten via spoed heropgenomen na behandeling in een *chirurgisch dagziekenhuis*.

Deze indicatoren worden jaarlijks berekend. In april 2024 werden de resultaten van 2022 gepubliceerd op Zorgkwaliteit.be.



Figuur 25: Percentage patiënten in klassieke opnames die binnen de 7 dagen (te tellen vanaf de dag na ontslag) heropgenomen worden via de spoeddienst. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddelde percentage patiënten dat ongepland heropgenomen wordt.



Figuur 26: Percentage patiënten in een chirurgisch dagziekenhuis die binnen de 7 dagen (te tellen vanaf de dag na ontslag) heropgenomen worden via de spoeddienst. Resultaten worden vergeleken met de norm. Dit is het gemiddelde percentage patiënten dat ongepland heropgenomen wordt.

Conclusies en aanbevelingen

Het percentage heropnames na een klassieke opname en een chirurgische daghospitalisatie blijft stabiel in de afgelopen jaren. Wel is een relatief sterke spreiding tussen ziekenhuizen merkbaar.

De indicatorenset Heropnames geeft zowel een indicatie over de geleverde kwaliteit in het ziekenhuis, maar ook over de ontslagprocedure en een eerste indicatie omtrent de continuïteit van zorg. Ondanks de beperkingen van deze indicatorenset en de reeds bestaande gelijkaardige indicatoren met een iets verschillende berekeningswijze (VZN KUL, 3M en P4P) is er toch een duidelijke meerwaarde t.o.v. de andere, namelijk de tijdigheid van de data door te werken met facturatiegegevens t.o.v. MZG, en vooral gezien in deze indicatorenset ook heropnames in andere ziekenhuizen worden meegenomen, die toch een significant deel uitmaken van het totaal aantal heropnames (tot 25%).

Het wordt belangrijk om te onderzoeken of heropnames ook berekend kunnen worden op het niveau van specifieke patiëntengroepen zoals voor hartziekten, orthopedie, etc. De relevantie voor kwaliteitsopvolging en -verbetering wordt hierdoor verhoogd. Het VIKZ plant hieromtrent in 2025 nieuwe indicatoren te ontwikkelen.

Tabel 12: Overzicht van beoordeling en deelname van geselecteerde indicatoren binnen het thema ‘Ongeplande heropnames’.

Periode	Aantal voorzieningen			
	Slechter dan de norm	Behaalt de norm	Beter dan de norm	Geen deelname
Hoeveel patiënten worden na een ziekenhuisverblijf onverwacht weer opgenomen via spoed?				
2020	13	26	12	2
2021	13	26	14	0
2022	14	25	13	0
Hoeveel patiënten worden na een dagopname onverwacht weer opgenomen via spoed?				
2020	7	41	3	2
2021	7	41	5	0
2022	5	42	5	0

4 Partners



Het VIKZ werkt voor de uitvoer van de verschillende opdrachten samen met verschillende partners. Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen, zoals:

- Subsidie van de [Vlaamse Gemeenschap](#) aan het VIKZ voor uitvoer van de opdrachten zoals bepaald via de beheersovereenkomst onder toezicht van het Departement Zorg.
- De verschillende partners uit de vier zorgsectoren waarbinnen het VIKZ actief is. Deze partners werken samen via de Feitelijke Verenigingen en zijn vertegenwoordigd [in de besluitvormingsorganen van het VIKZ](#).
- Samenwerking met het [Departement Zorg](#) voor beleidsondersteuning en in het bepalen van kwaliteits-thema's voor indicatoren op basis van beleidsprioriteiten.
- Financiële ondersteuning van [Zorgnet-Icuro](#), samenwerking in diverse projecten en afstemming van de doelen en initiatieven in de verschillende sectoren via de besluitvormingsorganen van het VIKZ.

- Samenwerking met en financiële ondersteuning van het [Vlaams Intermutualistisch College \(VICO\)](#) en het [Intermutualistisch Agentschap \(IMA\)](#) voor de ontwikkeling en transparantie van kwaliteitsindicatoren die aspecten van outcomes en zorgcontinuïteit in kaart brengen. Het VICO verenigt alle mutualiteiten actief in Vlaanderen ([CM Vlaanderen](#), [Solidaris](#), [Helan](#), [Liberale Mutualiteit](#) en het [Vlaams & Neutraal Ziekenfonds](#)).
- Financiële ondersteuning van [Kom op tegen Kanker](#) voor de uitvoer van een implementatieonderzoek over PROMs en PREMs in oncologie met partners Stichting Kankerregister, KU Leuven en het Vlaams Patiëntenplatform.
- Samenwerking met het [Vlaams Patiëntenplatform](#) voor de ontwikkeling, validatie, analyse en meting van patiëntenervaringen in AZ en GGZ aan de hand van de Vlaamse Patiëntenpeiling.
- Samenwerking met de [Stichting Kankerregister](#) voor de ontwikkeling, validatie en meting van kwaliteitsindicatoren voor oncologie.
- Samenwerking met het [Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn](#) voor de ontwikkeling van indicatoren op eerstelijnsniveau en de afstemming met de eerstelijnszones.
- Samenwerking met het [Departement Zorg](#), de [Vlaamse Ouderenraad](#), het [Expertisecentrum Dementie Vlaanderen](#), en de koepels van zorgvoorzieningen in de Residentiële Ouderenzorg ([Zorgnet-Icuro](#), [VLOZO](#) en [VVSG](#)) voor de organisatie van bewoners- en naastenbevragingen in het kader van kwaliteit van leven, wonen en zorg in de Vlaamse woonzorgcentra.
- Samenwerking met [Sciensano](#) voor de ontwikkeling, validatie en meting van indicatoren voor infectiepreventie en vermijdbare ziekenhuisinfecties.
- Samenwerking met [Smals](#) voor beheer van dataserver onder toezicht van de Toezichtscommissie (Trusted Third Party).
- Overleg tussen de [FOD cel kwaliteit](#), het [PAQS](#) en VIKZ omtrent het afstemmen van de kwaliteitsinitiatieven over de verschillende beleidsniveaus.