



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

De patiënt als partner

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Luc Mertens**

***Promotor: Mevr. H. Heusdens
Inhoudsdeskundige: Mevr. S. Kimpen***

**Academiejaar 2015-2016
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

De patiënt als partner

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Luc Mertens**

***Promotor: Mevr. H. Heusdens
Inhoudsdeskundige: Mevr. S. Kimpen***

**Academiejaar 2015-2016
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**



Woord vooraf

“Yes, we can!”

Barack Obama

Het schrijven van deze bachelorproef was geen evidentie. De weg was lang, de taak omvangrijk en de voldoening groot. Veel mensen hebben mij op deze weg bijgestaan. Speciaal voor hen dit woord van dank.

Allereerst wil ik graag mijn dank betuigen aan mevr. H. Heusdens en mevr. S. Kimpfen voor hun tijd, waardevolle feedback en aanwijzingen. Weten dat ik steeds bij mijn promotor en inhoudsdeskundige terecht kon met vragen gaf mij de nodige gemoedsrust. Hun begeleiding in het verwezenlijken van deze bachelorproef apprecieer ik dan ook ten zeerste. Daarenboven wil ik mevr. S. Kimpfen ook danken voor de externe coaching in appreciative inquiry.

Graag zou ik ook de medewerkers van het Ziekenhuis Oost-Limburg Genk van harte willen danken. In het bijzonder Dr. M. Thomeer, mevr. A. Jamaer en mevr. K. de Sutter. In hun ongetwijfeld drukke agenda maakten zij de tijd om mij uitgebreid te woord te staan. Ook wil ik de respondenten danken voor de openheid en welwillendheid waarmee ze hun inzichten rond dit thema met mij hebben gedeeld. Zonder hun inbreng was deze bachelorproef niet tot stand kunnen komen. Tevens een woord van dank voor dhr. K. Surmont, paramedisch directeur van het ziekenhuis Oost-Limburg Genk om mij de toestemming te verlenen dit project in het ZOL te laten uitvoeren. Bedankt allemaal.

Als laatste wens ik mijn partner Hilde, zonen en schoonzus te bedanken voor het kritisch nalezen, de tips en advies, de goede zorgen en buitengewone steun. Zij gaven mij de nodige motivatie en kracht om deze bachelorproef, de bekroning van mijn banaba opleiding zorgmanagement te voltooien. Woorden schieten te kort voor wat zij tijdens deze periode voor mij betekend hebben. Bedankt om er altijd te zijn.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	2
Inhoudsopgave	3
Lijst met figuren en tabellen	6
Abstract	7
Inleiding	8
Probleemstelling/ het onderzoeksopzet/ actuele situatie	9
1 Theoretisch kader	11
1.1 Patiëntveiligheid	11
1.1.1 Het ontstaan van incidenten	11
1.1.2 Evolutie van patiëntveiligheid in de gezondheidszorg	12
1.1.3 Veilig Incident Melden	13
1.2 Patiëntenparticipatie	15
1.2.1 Definitie patiëntenparticipatie	15
1.2.2 Ontwikkeling van participatie	15
1.2.3 Argumenten voor participatie	16
1.2.4 Wijze van participatie	17
1.2.5 Niveau van participatie	17
1.2.6 Relatie tussen patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie	17
1.3 Appreciative inquiry	18
1.3.1 Begrip appreciative inquiry	18
1.3.2 Vijf fasen in appreciative inquiry	19
1.3.3 De acht assumpties van AI	20
1.4 Transformationeel en transactioneel leiderschap	21
1.4.1 Transformationeel leiderschap	21
1.4.2 Transactioneel leiderschap	21
1.5 PDCA methodiek	22
1.6 De rol van de leidinggevende	23
1.6.1 De wetgeving	23
1.6.2 Leiding geven en patiëntveiligheid	24
1.6.3 Het belang van leiderschap bij verandering	25
2 Het verbeterproject	27
2.1 Planfase	27
2.1.1 Kick-off (start)	27

2.1.2	De eerste vergadering van het kernteam.....	27
2.1.3	De tweede vergadering van het kernteam.....	29
2.1.4	De eerste infosessie.....	29
2.1.5	De tweede infosessie.....	30
2.1.6	De derde infosessie	30
2.2	Do-fase	30
2.2.1	Het opstarten van de enquête	30
2.2.2	Het gebruik van de patiëntveiligheidskaarten en – folders	31
2.2.3	Vergadering voor verhoging van de input van patiëntveiligheidskaarten	31
2.2.4	De beurtrol van het kernteam	31
2.2.5	De theekrans met patiënten en de uitkomsten	32
2.2.6	Terugkoppeling m.b.t. input patiëntveiligheidskaarten en de theekrans.....	32
2.2.7	Terugkoppeling m.b.t. input veiligheidskaarten van de derde periode	34
2.3	Check-fase	35
2.3.1	Nulmeting van veiligheidscultuurbeleving	35
2.3.2	Input patiëntveiligheidskaarten van de eerste periode	36
2.3.3	Bevindingen van de beurtrol door het kernteam.....	36
2.3.4	Bevindingen van de theekrans	36
2.3.5	Input patiëntveiligheidskaart van de tweede periode	37
2.3.6	Input patiëntveiligheidskaart van de derde periode	38
2.3.7	Tweede veiligheidscultuurmeting	40
2.4	Act-fase.....	41
	Besluit.....	42
	Discussie	43
	Reflectie.....	45
	Bijlage 1: Elektronisch incidentmelden in het ZOL, ZOLmeldt	46
	Bijlage 2: Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 17bis	56
	Bijlage 3: Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).....	59
	Bijlage 4: Enquête veiligheidscultuurmeting.....	66
	Bijlage 5: Patiëntveiligheidskaart	69
	Bijlage 6: Patiëntveiligheidsfolder.....	71
	Bijlage 7: Resultaten veiligheidscultuurmeting, nulmeting.....	73
	Bijlage 8: Input veiligheidskaarten van de eerste periode	78
	Bijlage 9: Input veiligheidskaarten van de tweede periode	79

Bijlage 10: Vergelijking resultaten veiligheidscultuurmetingen.....	81
Bibliografie.....	86

Lijst met figuren en tabellen

Figuur 1: Reason's Swiss Cheese Model of het Zwitserse kaasmodel	12
Figuur 2: Vijf dimensies in AI (AI werkt, sd)	20
Figuur 3: PDCA-cyclus (kwaliteitscirkel van Deming).....	23
Figuur 4: Integratie van de bijzondere activiteiten (KB 13 juli 2006) van de hoofdverpleegkundige in de trilogieparadox.....	24
Figuur 5: Job-Demands-Resources-Model Shaufeli,W (maart, 2015).....	26
Tabel 1: Aantal gemelde incidenten voor de periode van 1 april tot 30 juni 2012. (FOD,volksgezondheid, 2012)	14
Tabel 2: Alle meldingen over de gehele periode	41

Abstract

De patiëntveiligheid in ziekenhuizen komt in het gedrang door het niet leveren van de gewenste kwaliteit. Het handhaven van een meldsysteem voor incidenten en bijna-incidenten is een belangrijk instrument in de ontwikkeling van een geïntegreerd patiëntveiligheidsbeleid in de zorginstelling. Maar het melden van incidenten gebeurt natuurlijk altijd pas achteraf. Het is wenselijk om naar een situatie toe te groeien waarin incidenten worden voorkómen. Waar kunnen we de patiëntveiligheid verbeteren? Binnen een goed onderbouwd veiligheidsmanagementbeleid zijn patiëntveiligheid en patiëntparticipatie onlosmakelijk met elkaar verbonden. Door de patiënt actief een stem te geven, krijgen we inzichten vanuit patiëntenperspectief om de veiligheid te verbeteren. Maar veranderingen om verbetering door te voeren, creëren weerstand. Weerstand die we via transformationeel en transactioneel leiderschap samen met de filosofie van appreciative inquiry aanpakken. In het verbeterproject (uitgevoerd in het ziekenhuis Oost-Limburg, Genk) met als uitgangspunt, de patiënt als partner, onderzoeken we de perceptie van de patiënt bij veiligheid. Daarnaast hopen we een veiligheidscultuurverandering in gang te zetten. In het algemeen stellen we vast dat de patiënt haar/zijn steentje wil bijdragen in de veiligheid van zorg. Met enige nuance, daar het project nog lopende is bij het moment van inleveren van de bachelorproef, meten we een geringe cultuurverandering.

Inleiding

Verwacht u 100% veiligheid in een ziekenhuis? Veiligheid in ons dagelijks leven en in de zorg kent veel paradoxen. We hebben als mens grote behoefte aan veiligheid, maar nemen aan de andere kant veel risico's door bijvoorbeeld te hard rijden, gevaarlijke hobby's uit te oefenen of door er een ongezonde levensstijl op na te houden. Deze risico's accepteren we blijkbaar vanuit de gedachte dat ongelukken bij het leven horen net als het maken van fouten. Het verstrekken van gezondheidszorg is in belangrijke mate het werk van mensen. Deze kunnen falen, ondanks de beste voorzorgen en de beste voorzieningen.

Ook de pers geeft de nodige aandacht aan het leveren van kwaliteit in de ziekenhuizen. Op 13 november 2015 heeft een artikel in het Belang van Limburg gestaan over het niet leveren van kwaliteit van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen. De Vlaamse Zorginspectie bezocht in 2015 onaangekondigd alle Vlaamse ziekenhuizen. Van de 75 ziekenhuiscampussen waar inspecteurs langsgingen, scoorden er twintig ondermaats. De punten waarover de inspecteurs vielen, waren heel verscheiden. We geven een paar voorbeelden. Er zijn te veel patiënten die geen identificatiebandjes dragen. De controle van de medische toestellen blijft achterwege. De gezondheidsmedewerkers communiceren onvoldoende met de patiënt. Medicijnen zijn vervallen of niet voorzien van een label. Te veel artsen en verpleegkundigen nemen een loopje met de regels van de handhygiëne.

In ziekenhuizen zijn maar weinig aspecten waar niets kan misgaan, al dan niet met schade voor de patiënt als gevolg. Gelukkig lopen incidenten vaak goed af. Toch is het nodig preventief te werken om incidenten te beperken. Bovendien, wat is eigenlijk een incident en hoe melden we incidenten? Wie kan incidenten melden? Heeft de patiënt een rol bij het veilig incident melden? Om al een tipje van de sluier op te lichten, verklappen we dat de patiënt tot op heden geen rol heeft in het meldsysteem. Ons doel is dan ook om de patiënt te betrekken bij het melden van incidenten om inzicht te krijgen in de ervaring van de patiënt. Daardoor hopen we bij de gezondheidsmedewerkers een veiligheidscultuurverandering in gang te zetten. Daar veiligheid een breed begrip is beperken we ons tot zes items betreffende veiligheid die we volgens de Vlaamse Zorginspectie het eerst dienen aan te pakken. Hiervoor starten we op één afdeling van een ziekenhuis, die als pilootafdeling zal fungeren. Als het project slaagt, kan dit ziekenhuisbreed een verdere toepassing krijgen.

De bachelorproef is opgesplitst in een theoretisch kader en het verbeterproject. In het theoretisch kader bespreken we achtereenvolgens patiëntveiligheid, patiëntenparticipatie, appreciative inquiry, transformationeel en transactioneel leiderschap, de Plan Do Check Act (PDCA)-cyclus en last but not least de rol van de leidinggevende in dit geheel.

Het verbeterproject is planmatig opgezet met als doelstelling enerzijds de patiënt werkelijk te laten participeren in zijn eigen zorgproces. Dit door het creëren van een werkinstrument dat de patiënt toelaat om zijn bevindingen rond zes items gerelateerd aan veilige zorg te uiten. Aan de hand van de resultaten sporen we mogelijke risico's op en treffen we preventieve maatregelen. Anderzijds gaan we via een enquête na welke impact dit project heeft op de veiligheidscultuurbeleving binnen een team van gezondheidsmedewerkers. Daarnaast is het ook de wens dat dit initiatief zal leiden tot een groter algemeen bewustzijn, zowel voor patiënt als zorgverlener in het kwaliteitsveiligheidsstelsel.

Probleemstelling/ het onderzoeksopzet/ actuele situatie

Probleem- en doelstelling

Volgens Lachman (Lachman, Linkson, Evans, Clausen, & Hothi, 2015) is **de werkelijke schade** die patiënten ondervinden in een ziekenhuis **niet bekend**. Dit heeft verschillende oorzaken. Het rapporteren van schade gebeurt op vrijwillige basis. De rapportage is éénzijdig, partijdig en dus bevooroordeeld omdat de schade is bekeken vanuit het oogpunt van de paramedici. Bovendien is er een onderrapportage van de schade en de bijwerkingen ervan.

Bij het ontwikkelen en het in stand houden van een veilig gezondheidssysteem als toekomstvisie zegt Lachman (Lachman, Linkson, Evans, Clausen, & Hothi, 2015) dat het belangrijk is inzicht te krijgen in de aard van de schade die de patiënt ervaart. Zorg waarbij de mens centraal staat vereist een systeem waar de paramedici luisteren naar de stem van de patiënt. Het begrip van de patiënt over schade moeten de professionals aanvaarden en rapporteren. Daardoor zullen de inzichten van de professionals over schade worden verrijkt.

Volgens de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, 2016) zijn kwaliteit van zorg en veiligheid van de patiënt topprioriteiten van het gezondheidsbeleid, de zorgverleners en de ziekenhuizen in België. De veiligheid van de patiënt verbeteren door invoering van innovatieve ideeën en best practices is daarom één van hun grote doelstellingen.

De patiënt staat centraal in het patiëntveiligheidsbeleid, dit staat buiten discussie. Wil dit zeggen dat patiëntveiligheid enkel een zaak is van de zorginstellingen en zorgverstrekkers? Neen, ook de patiënt kan actiever worden betrokken bij zijn behandeling en bij veilige zorg. Een voorwaarde hiervoor is **de patiënt erkennen als een belangrijke partner** in het zorgproces. Toch dient men niet te vergeten dat de patiënt niet alleen een belangrijke partner is maar ook voor een deel verantwoordelijk is voor het zorgproces dat zij/hij ondergaat. Wederzijdse communicatie en informatie tussen patiënt en zorgverlener spelen in deze optiek een belangrijke rol (FOD, Volksgezondheid, sd).

In het ziekenhuis Oost-Limburg is er nog geen onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van de patiënt bij patiëntveiligheid. De doelstelling van deze bachelorproef is dan ook om antwoorden te vinden op de volgende vragen:

- Speelt patiëntenparticipatie een rol in patiëntveiligheid?
- Welke inzichten levert dit de professionals op?
- Wat is het effect op de huidige veiligheidscultuur?

Het onderzoeksopzet

We voeren ons onderzoek uit in het ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Het ZOL is een dynamisch ziekenhuis met drie campussen: campus Sint-Jan (Genk), campus St. Barbara (Lanaken) beiden met ziekenhuisactiviteiten en campus André Dumont in Waterschei met een medisch centrum voor raadplegingen. Het ZOL is een niet-universitair ziekenhuis en telt 811 bedden. Er werken ruim 3 000 medewerkers. Het zorgaanbod richt zich van basis- tot topklinische geneeskunde, in goede samenwerking met alle partners in de zorg waarbij de patiënt steeds centraal staat.

Patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn centrale waarden in het beleid. Het ziekenhuis als organisatie wil op een geïntegreerde, professionele en klantvriendelijke wijze goede en veilige ziekenhuiszorg aanbieden op een ethisch onderbouwde wijze (ZOL, 2012). De afdeling D2 van campus Sint-Jan is een pneumologische afdeling met voornamelijk chronisch obstructive pulmonal disease (COPD) patiënten maar ook met patiënten in behandeling voor pneumologische oncologie.

Het kwaliteitsverbeteringsproject op de afdeling D2, die over 29 bedden beschikt, loopt van december 2015 tot en met juni 2016. Het project is tweeledig. Enerzijds verrichten we een nulmeting betreffende de veiligheidscultuurbeleving binnen het team van afdeling D2. Anderzijds wordt er een instrument ontwikkeld en toegepast om de patiënt de mogelijkheid te geven incidenten te melden, dit onder de vorm van een patiëntveiligheidskaart met bijhorende informatiebrochure. Deze kaart kan anoniem ingevuld worden en biedt eveneens de mogelijkheid tot positieve feedback.

Actuele situatie

Het ZOL besteedt veel aandacht aan patiëntveiligheid. Op afdelingsniveau vertaalt zich dit in het melden van schade via een elektronisch incidentmeldingssysteem, ZOLmeldt. Dit is een meldingssysteem enkel voor de gezondheidsmedewerkers (zie bijlage 1). Voor de patiënten is er geen specifiek meldingssysteem. Patiënten melden klachten bij paramedici en de ombudsdienst.

Hoor de stem van de patiënt, op elk niveau ook al is die stem gefluister.

(Don Berwick)

1 Theoretisch kader

Als eerste komen begrippen over patiëntveiligheid, zoals de FOD Volksgezondheid ze defineert, aan bod. Vervolgens laat het Zwitserse kaasmodel van James Reason ons kennis maken met het ontstaan van incidenten. Daarna volgt een toelichting over belangrijke kernwoorden van deze bachelorproef, zoals patiëntenparticipatie en appreciative inquiry (AI). Dan volgt transformationeel en transactioneel leiderschap en de Plan Do Check Act-cyclus.

1.1 Patiëntveiligheid

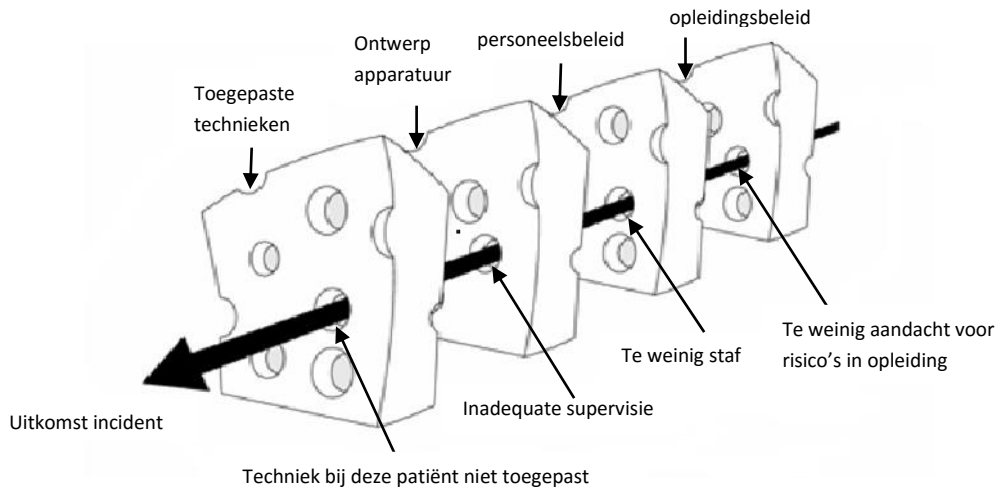
De FOD Volksgezondheid beschrijft het ontstaan en de betekenis van incidenten en bijna-incidenten om patiëntveiligheid in zijn gehele context te schetsen. Het volgende item is de evolutie van patiëntveiligheid. Deze evolutie is interessante achtergrondinformatie. Als laatste komt het veilig melden van incidenten als onderdeel van een veiligheidsmanagementsysteem aan bod.

1.1.1 Het ontstaan van incidenten

Patiëntveiligheid is “het voorkomen van schade aan de patiënt als gevolg van de zorg of door het contact met het zorgsysteem” (FOD, Volksgezondheid, sd). Binnen dit kader wordt voorgesteld om de term “fout” niet te gebruiken vanwege de negatieve bijklank. Daarom is er eerder sprake van “incidenten” en “bijna-incidenten”. De definities van incidenten en bijna-incidenten volgens de FOD, Volksgezondheid zijn:

- Een incident: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden. Binnen het begrippenkader omtrent patiëntveiligheid dient steeds in acht genomen te worden dat schade steeds onopzettelijk is.
- Een bijna-incident: een incident zonder schade aan de patiënt.

James Reason brengt het ontstaan van incidenten treffend in beeld met het Zwitserse kaasmodel (zie figuur 1). In dit model symboliseren de verschillende kaasplakjes de veiligheidsmaatregelen die ziekenhuizen toepassen om ervoor te zorgen dat processen goed verlopen. Voorbeelden hiervan zijn: goed opgeleid personeel, voldoende personeel, veilige apparatuur en het toepassen van de juiste technieken. Dit zijn bovendien allemaal barrières die zijn ingebouwd om goede zorg te kunnen leveren, alleen werkt geen van deze barrières perfect. Uit het Zwitserse kaasmodel is af te leiden dat het niet voorkomt dat een incident maar één oorzaak heeft. Een incident is te zien als het sluitstuk van een reeks gebeurtenissen. Tegelijkertijd laat het model ook zien waarom er zo veel goed gaat in de zorg. Als het dreigende incident door twee gaten in de kaasplakjes heen gaat, vangt de derde veiligheidsbarrière het tijdig op (Van Daele & Van de Velde, 2009).



Figuur 1: Reason's Swiss Cheese Model of het Zwitserse kaasmodel

1.1.2 Evolutie van patiëntveiligheid in de gezondheidszorg

Patiëntveiligheid kwam als thema enkele jaren geleden overwaaien uit de Verenigde Staten waar in 1999 de patiëntveiligheidsproblematiek voor het eerst is aangekaart. Onder invloed van het Institute of Medicine (IOM) en de World Health Organization (WHO) groeide stilaan de belangstelling voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Gaandeweg zijn, rond deze problematiek, meerdere inzichten ontwikkeld. Eén van deze inzichten is dat de ziekenhuissector op het gebied van veiligheid heel wat kan leren van de luchtvaart. Waar in de ziekenhuiswereld pas de laatste jaren stappen zijn ondernomen, is in de luchtvaartsector al bijna veertig jaar systematisch gewerkt aan het verbeteren van de veiligheid. Het resultaat is een ongezien niveau van vliegveiligheid (World Health Organization, sd).

Het onderwerp patiëntveiligheid heeft het laatste decennium internationaal veel weerklank gekregen. Enkele ophefmakende rapporten en studies toonden aan dat vermijdbare medische schade geen uitzondering was, maar structureel bij 3% tot 16% van de ziekenhuisopnames voorkwam. Op basis van die vaststellingen publiceerden toonaangevende instanties zoals o.a. de Wereldgezondheidsorganisatie en de Raad van Europa verschillende aanbevelingen om de zorg voor patiënten veiliger te maken (Hellings J. , 2009).

In navolging van de internationale aandacht voor patiëntveiligheid, werden en worden er ook in België acties ondernomen om patiëntveiligheid (voornamelijk in onze ziekenhuizen) te verbeteren. In 2007 werd door de FOD Volksgezondheid het eerste meerjarige programma ontwikkeld met een duidelijk kader, een strategische visie en met objectieven op langere termijn. Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn immers thema's die, door hun complexiteit, een gefaseerde en planmatige aanpak vragen. Dit programma eindigde in 2012. Het tweede meerjarige programma is opgestart in 2012, eveneens door de FOD Volksgezondheid. Dit zal eindigen in 2017. Generieke thema's in dit programma zijn:

- veiligheidsmanagementsystemen
- leiderschap
- communicatie
- patiënt en familie empowerment.

Specifieke thema's zijn:

- hoog-risico medicatie
- safe surgery (enkel voor de acute ziekenhuizen),
- identitovigilantie of vrijheidsbeperkte maatregelen (enkel voor de psychiatrische ziekenhuizen)
- transmurale zorg.

Bovendien lanceert de FOD Volksgezondheid jaarlijks de campagne "U bent in goede handen" om een correcte handhygiëne in de ziekenhuizen te bevorderen. Aan de hand van promotiemateriaal, informatiesessies, metingen, ... wil de FOD Volksgezondheid het aantal ziekenhuisinfecties verminderen.

Op niveau van de Vlaamse overheid worden er projecten rond indicatoren en ziekenhuisaccreditatie ondersteund om zo de kwaliteit (en dus ook de veiligheid) van de Vlaamse ziekenhuiszorg te meten en te verhogen (FOD, Volksgezondheid, 2016).

1.1.3 Veilig Incident Melden

Het verbeteren van patiëntveiligheid is niet mogelijk door één enkele activiteit. Het vereist een stelsel van samenhangende maatregelen en activiteiten die zijn ondergebracht in het veiligheidsmanagementsysteem. Daarbij staan vier elementen centraal:

- Systemen gericht op de melding en analyse van incidenten.
- De procedure voor de behandeling van klachten van de patiënten.
- De procedure voor het afhandelen van schadeclaims van de patiënten.
- Het externe toezicht op de kwaliteit van het handelen van hulpverleners en instellingen.

De FOD Volksgezondheid moedigt ziekenhuizen via de contracten 'kwaliteit en patiëntveiligheid' aan om over een meldsysteem te beschikken. Het handhaven van een meldsysteem voor incidenten en bijna-incidenten is een belangrijk instrument in de ontwikkeling van een geïntegreerd patiëntveiligheidsbeleid in de zorginstelling. De melding van incidenten en bijna-incidenten is een prioriteit in Belgische en internationale aanbevelingen. Het verkrijgen van meldingen is een scharnierelement voor een goede werking van de organisatie. Hiervoor is een positieve veiligheidscultuur een absolute voorwaarde: een instelling en de zorgverstrekkers die incidenten aanvaarden en erkennen, zullen ook sneller overgaan tot een daadwerkelijke registratie ervan. Een dergelijk systeem moet in de eerste plaats functioneren binnen de zorginstelling. Het melden van een incident moet op een eenvoudige manier verlopen, toegankelijk en vertrouwelijk zijn voor alle zorgverleners. Ten slotte moet de melder zeker zijn dat hij niet wordt bestraft voor het gerapporteerde incident of bijna-incident. Om de melders in deze optiek een garantie te bieden, is de uitbouw van een wettelijk kader wenselijk. Op lange termijn moet de relevante informatie vanuit de zorginstellingen ook kunnen doorstromen naar een nationaal niveau zodat zorginstellingen ervaringen kunnen opdoen (Vlaams patiëntenplatform, 2012).

Volgens een onderzoek van de FOD Volksgezondheid zijn er in België in 2012 rapportages binnengekomen van 173 ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen beschikken allen over een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. 96% van de ziekenhuizen (166 van de 173) beschikt over een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. Dit is een stijging van 2% in vergelijking met 2011 en in 2008 was dit nog maar 80%.

In onderstaande tabel (tabel 1) wordt het aantal meldingen weergegeven van de periode van 1 april 2012 tot 30 juni 2012 (FOD, volksgezondheid, 2012). Van de 173 ziekenhuizen die deelnamen aan het onderzoek over patiëntveiligheid hebben 10 ziekenhuizen (6%) geen antwoord gegeven op de vraag naar het aantal gemelde incidenten voor die periode. In de andere ziekenhuizen werden in totaal 20 911 incidenten gemeld in een tijdspanne van 3 maanden. Gemelde incidenten, zonder schade, waren het talrijkst (65%). Gemelde incidenten, met lichte en matige schade, kwamen voor in 33% van de gevallen. 2% van de gemelde incidenten waren met ernstige schade of overlijden (FOD, volksgezondheid, 2012).

	Meldingen	
	N= aantal	%
Alle incidenten	20 911	100
Alle incidenten met zonder schade	13 661	65
Alle incidenten met lichte en matige schade	6 923	33
Incidenten met ernstige schade of overlijden	327	2

Tabel 1: Aantal gemelde incidenten voor de periode van 1 april tot 30 juni 2012.
(FOD, volksgezondheid, 2012)

Het melden en classificeren van incidenten en bijna-incidenten is geen doel op zich. Belangrijker is **analyses** uit te voeren om na te gaan wat er fout ging en om doelgerichte verbeteracties op te starten. 20 % van de ziekenhuizen analyseert geen enkel incident met ernstige schade of overlijden. Dit is, voor het tweede jaar op rij, toch een opmerkelijke vaststelling (FOD, volksgezondheid, 2012).

Naast het veiliger maken van de zorg vergroot het melden van incidenten ook het veiligheidsbewustzijn onder de medewerkers. Dit heeft een positieve uitwerking op het voorkomen van schade. Daarbij is het van belang dat leidinggevendenden op alle niveaus een draagvlak creëren. Naast het creëren van draagvlak, het realiseren van de juiste condities waaronder zichtbare betrokkenheid, moeten ook zij oog hebben voor eventuele verschillen in meldingsbereidheid binnen het team. Zij faciliteren en ondersteunen waar nodig het team en zien erop toe dat de procedure voor het melden van incidenten goed functioneert. Daarnaast stimuleert de leidinggevende een cultuur waarin het melden van incidenten door alle medewerkers als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Voorts draagt het management op afdelingsniveau zorg voor een vlotte terugkoppeling van de resultaten van een meldingsanalyse en, indien van toepassing, voor het treffen van verbetermaatregelen (Praktijkids Veilig Incident Melden, 2009).

1.2 Patiëntenparticipatie

Goede kwaliteit van zorg betekent onder meer dat de zorg patiëntgericht is en de mogelijkheid geeft aan te sluiten bij (de wensen van) het individu. Iedere patiënt heeft zijn eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. In bijgaande paragrafen wordt nagegaan op welke manier de patiënt een rol zou kunnen vervullen binnen zijn zorgtraject.

1.2.1 Definitie patiëntenparticipatie

Patiëntenparticipatie is “het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van zorg te verhogen”. (Patiëntenparticipatie: een handleiding voor het ziekenhuis, 2011)

Patiënten kijken met een ander perspectief naar de zorg dan hulpverleners. Ze bezitten specifieke ervaringsdeskundigheid die uniek is en betrekking heeft op de persoonlijke situatie, de behandeling, de ziekte en het herstel. Het ziekenhuis en de zorgverlener kunnen hier optimaal van profiteren door het perspectief van de aanbieder en van de vrager te gebruiken en op elkaar af te stemmen voor het organiseren van de zorg. Patiëntenparticipatie is een middel om gebruik te maken van dit perspectief en zo te komen tot patiëntgerichte zorg. Het houdt in dat patiënten de mogelijkheid krijgen kennis en ervaringen in te brengen die bijdragen aan verbeteringen in de zorg. Een patiënt kan een individuele patiënt zijn, maar ook een groep van patiënten of patiëntenvertegenwoordigers, zoals ouders en familie van patiënten (Lachman, Linkson, Evans, Clausen, & Hothi, 2015).

Belangrijk hierbij te weten is dat patiëntenparticipatie niet een eenmalige activiteit kan zijn met het geven van één mening op één moment maar dat het noodzakelijk is regelmatig patiënten te betrekken. Patiëntgericht betekent nadrukkelijk niet: “u vraagt wij draaien!” maar wel diversiteit in de dienstverlening. Een dienstverlening dat een aanbod-op-maat mogelijk maakt en ook duidelijkheid geeft aan de patiënt. De uitdaging is de zorg te optimaliseren door een balans te vinden tussen standaardiseren en flexibiliteit om tegemoet te komen aan de individuele wensen en behoeften van patiënten. (Lachman, Linkson, Evans, Clausen, & Hothi, 2015)

1.2.2 Ontwikkeling van participatie

Volgens het handboek “Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis” is patiëntenparticipatie niet zomaar ontstaan. Er zijn een aantal ontwikkelingen te onderscheiden die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van patiëntenparticipatie, waaronder wet- en regelgeving, toename van het aantal chronisch zieken en de marktwerking.

Door de evolutie van de democratisering zijn er wetten aangepast en nieuwe wetten ingevoerd om de positie van de patiënt te versterken. Zo voorziet de wet op patiëntenrechten, anno 2002, een onafhankelijke ombudsdienst waar de stem van de patiënt kan worden gehoord. Het recht op het melden van klachten via de ombudsdienst is op een indirecte manier reeds een vorm van patiëntenparticipatie. In deze wet worden artsen ook verplicht de patiënten in te lichten zodat deze zelfstandig kunnen beslissen over de voorgestelde behandeling.

Met de toename van chronische patiënten waarbij sprake is van een veranderde levensstijl is er meer nood aan een aangepast zorgsysteem. Hierbij komt de focus te liggen op meer zorggerichtheid op lange termijn, diversiteit en multidisciplinaire samenwerking. Daardoor zou het zorgsysteem moeten evolueren van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorgverlening. Vanuit het langdurig en permanente karakter van de ziekte ontwikkelen de chronische patiënten veel kennis maar ook ervaring, wat voor de zorginstelling daarom zeer waardevol is om hen dichterbij het zorgtraject te betrekken.

Anno 2016 wint veilige, kwalitatieve zorg aan belang in een conjunctuur waarbij steeds meer moet met alsmaar minder middelen. Bij de groeiende nood aan kosteloze systemen om veilige zorg te kunnen garanderen, kan patiëntenparticipatie hierop een antwoord bieden (Binkhorst, Posma, & Lobenstein, 2009)

1.2.3 Argumenten voor participatie

In de literatuur worden verschillende argumenten voor participatie aangedragen. Ten eerste wordt gewezen op de inhoudelijke bijdrage die participatie kan opleveren. In de gezondheidszorg wordt dit argument voor participatie veel gehoord (Epstein 2008). Met de bijdrage van patiënten kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden. De ervaringen die patiënten opdoen, in hun leven met een aandoening en de contacten met de gezondheidszorg die daar bij horen, zijn daarvoor de basis. Deze persoonlijke ervaringen worden uitgebreid als het gaat om vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Zij bundelen de ervaringen van hun leden en kunnen daardoor de individuele ervaringen overstijgen en de ervaringsdeskundigheid inbrengen in de besluitvorming. Daarnaast zou een grotere diversiteit van ervaringen en gezichtspunten, naast die van bijvoorbeeld zorgprofessionals en zorgverzekeraars, de kansen op nieuwe, originele oplossingen vergroten.

Ten tweede zou participatie in besluitvorming een positief effect hebben op het empowerment van patiënten. Betrokkenheid kan patiënten, maar ook andere partijen, sterken in een gevoel van gelijkwaardigheid. Dit kan bijdragen aan een gewenste cultuurverandering in de gezondheidszorg naar een meer gelijkwaardige relatie tussen zorgprofessionals en patiënten. Verondersteld wordt dat participatie ook een bijdrage kan leveren aan de gezondheid van burgers en daarmee aan de zelfredzaamheid.

Ten derde zijn er argumenten die te maken hebben met het verhogen van de efficiëntie en effectiviteit van het zorgsysteem. Patiëntenparticipatie is nodig voor het bereiken van de ambities van de zorgorganisatie. In deze lijn wordt het belang van participatie benadrukt ten einde patiënten voldoende tegenmacht te geven ten opzichte van zorgverleners maar eveneens de zorg meer vraaggericht te maken.

Tussen deze argumenten voor participatie zijn argumenten te vinden die pleiten voor participatie als doel op zich (empowerment) en als middel om het doel, verbetering van de kwaliteit van zorg, te bereiken (de inbreng van ervaringsdeskundigheid) (Bal, Grit, & van de Bovenkamp, 2008).

1.2.4 Wijze van participatie

Bewustwording van zowel professional als patiënt is hierbij noodzakelijk, waarin de relatie professional/patiënt eveneens een belangrijke rol speelt. We gaan de patiënt moeten beschouwen als partner. Iemand waarmee we samenwerken aan een gezamenlijk resultaat door een optimale afstemming. De inspiratie voor de titel van de bachelorproef is hieruit ontstaan.

Volgens Posma, et al 2009 zijn diverse manieren waarop patiënten in patiëntveiligheid een rol kunnen spelen tijdens het zorgproces:

- Informatie: de patiënt weet mee. Patiënten worden betrokken in patiëntveiligheid door middel van informatieverstrekking aan de patiënt over wat veilige zorg is en welke rol zij daarin zelf kunnen spelen. Dit kan in de vorm van een folder, brochure, online informatie of in de vorm van een film. Het zijn veelal landelijke campagnes waarin op diverse manieren informatie wordt verstrekt.
- Consultatie: de patiënt praat en denkt mee.
 - Patiënten kunnen bijdragen aan een medicatieoverzicht door het zelf bijhouden van een medicatielijst.
 - Initiatiefname om patiënten te betrekken in het rapporteren van incidenten door te vragen wat er is misgegaan en welke oorzaak dat had.
- Advies: de patiënt adviseert.
- Partnership: de patiënt beslist mee. Er wordt geprobeerd om professional en patiënt samen te laten werken door zich als team in te zetten voor het verbeteren van de patiëntveiligheid.
- Regie bij de patiënt: de patiënt bepaalt.

1.2.5 Niveau van participatie

De rol van patiënten in het zorgproces kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Op **microniveau** zijn er momenten in het behandelproces waarop patiënten de mogelijkheid hebben om invloed uit te oefenen op een veilig verloop van hun eigen zorgproces. De organisatie van zorg op **mesoniveau** laat patiëntenvertegenwoordiging toe in adviesorganen. Op **macroniveau** is participatie mogelijk op landelijk niveau via patiëntenverenigingen, -panels, koepels, etc. (Gelders, Jacob, Spruytte, Tambuyzer, & Van Audenhove, 2010)

1.2.6 Relatie tussen patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie

Patiëntveiligheid en patiëntparticipatie zijn binnen een goed onderbouwd veiligheidsmanagementbeleid onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zoals reeds eerder benoemd, heeft veiligheid in het algemeen en veiligheid van de patiënten in het bijzonder te kampen met beperkte zichtbaarheid van incidenten en bijna-incidenten. Door de patiënt echter wel als actieve actor te gaan betrekken en het erkennen van diens deskundigheid, als aanvulling op de bestaande veiligheidssystemen, vergroot men het platform om meer zicht te krijgen binnen de hiaten van veiligheid van zorg en de verbeteracties.

Het betrekken van patiënten bij een onderwerp als patiëntveiligheid biedt een unieke kans om hun vanuit een nieuwe invalshoek bij patiëntveiligheid te betrekken. De manier waarop de patiënt een rol kan spelen is nog onduidelijk en afhankelijk van de mate waarin hij wil en kan participeren maar ook van de vaardigheden die zij/hij heeft. Niet alle patiënten willen of kunnen een rol innemen in patiëntveiligheid. Uit literatuurstudie blijkt dat de patiënt de rol van adviseur wil maar dat de professionals de eindverantwoordelijkheid blijven behouden in de patiëntveiligheid (Posma, Salfischberger, & van der Schrieck, 2009).

1.3 Appreciative inquiry

Hieronder volgt een beschrijving van het begrip appreciative inquiry(AI) maar wordt ook stilgestaan bij de argumentatie om AI in te schakelen. Daarnaast beschrijven we de fasen van een waarderend coachproces.

1.3.1 Begrip appreciative inquiry

Appreciative inquiry is een samenwerking en participatieproces waarbij leidinggevenden **life giving forces** bekijken en uitvergrooten! AI zorgt ervoor dat mensen verhalen delen over de momenten waarop ze op hun best waren! Het is een avontuur waarbij iedereen iets leert over het leven zelf. AI is co-creatie.

Uit 'AI' is het waarderend coachen voortgekomen. Het uitgaan van sterke punten, successen en datgene wat je nodig hebt als basis voor groei creëert de beste condities voor leren en verandering. AI is een krachtig, succesvol veranderingsproces dat kan uitgroeien tot een filosofie binnen een organisatieontwikkeling. Hierbij gaat het niet over het minimaliseren van tekortkomingen maar over het vertrekken vanuit sterkten, het ontdekken van wat werkt in een systeem en manieren zoeken om dit uit te vergroten (Barrett & Fry, 2008)

Er zijn vijf redenen om AI in te schakelen. Eerst is er de focus op mogelijkheden. De focus wordt gelegd op de mogelijkheden van de organisatie. De vraag luidt: "waar wil men meer van?" Eerder dan "welk probleem moet er opgelost worden?" Dit roept positieve vooruitzichten op en trekt daardoor de aandacht. Het beeld over de toekomst verandert, mensen komen in beweging door verwachtingen over die toekomst.

Ten tweede is de aandacht gevestigd op het betrekken van alle actoren. Werken met AI biedt de mogelijkheid aan deelnemers om actief te participeren in het proces van de verandering. Dit begint met het delen van ervaringen; de sterke en krachtige momenten die men graag terug ziet komen in de toekomst. Vervolgens tekenen de actoren samen de verandering uit. Wat gaat er veranderen en hoe? Wie speelt welke rol? Hoe actief zijn de betrokken actoren?

Als derde komt het creëren van een breed draagvlak naar voren. AI gaat uit van een bottom-up aanpak waarbij ieders kennis en ambitie van belang is. Wat kunnen de bijdragen zijn aan de toekomstige ontwikkelingen van de organisatie? Door iedereen te betrekken en samen hierover in gesprek te gaan, worden werkrelaties intenser. Er ontstaat begrip en het toekomstbeeld wordt gedeeld.

Ten vierde is een snelle implementatie belangrijk. Door dialoog wordt de werkelijkheid samen gecreëerd. Het blijft echter niet bij praten. Wanneer men vlog over gaat tot actie wordt duidelijk wat werkt of niet. Snelle implementatie is het resultaat van gedeelde ervaringen en toekomstverwachtingen. De eerste successen geven extra energie voor de meer complexe veranderingen die wellicht wat langer tijd vragen.

Ten slotte wordt er een duurzaam resultaat verwacht. Bij AI wordt veel belang gehecht aan de borging van het verbeterproject. Vanaf het begin staat borging dan ook op de agenda. Een van de uitgangspunten hierbij is de kwaliteit van duurzame relaties binnen de organisatie. Hierdoor zal het resultaat van het project een blijvend karakter hebben. (AI werkt, sd)

1.3.2 Vijf fasen in appreciative inquiry

De vijf dimensies van AI zijn discovery, dream, design, destiny en define. Deze worden in figuur 2 weergegeven (AI werkt, sd).

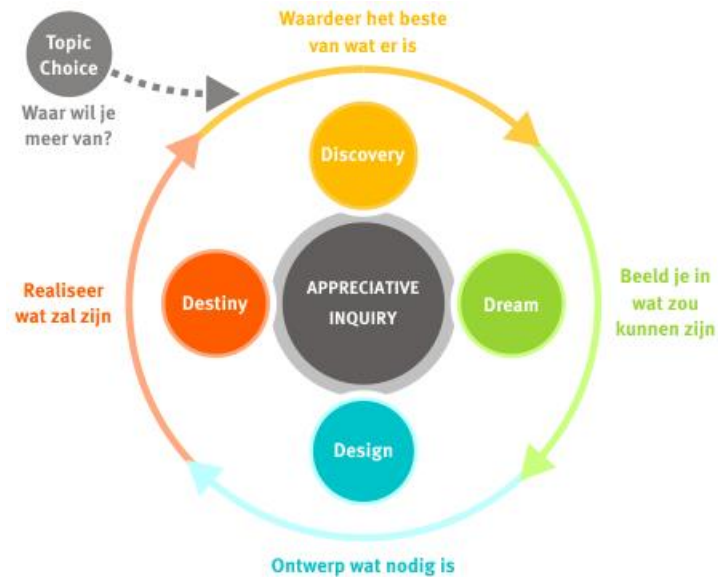
In de eerste fase, discovery, wordt op zoek gegaan naar wat reeds werkt. Wat zijn onze beste ervaringen rond het onderzoeksthema tot nu toe? Het naar boven halen van wat mogelijk is. Mensen gaan hier in gesprek rondom eigen ervaringen, delen voorbeelden en succesverhalen en halen zo het 'DNA voor succes naar boven'. Door de gesprekken over wat er al lukt, ontstaat een gedeeld en gevoeld begrip van waar de organisatie (of het team) echt toe in staat is. En versterkt het zelfvertrouwen: we kunnen dit.

In dream, de tweede fase, wordt de focus gelegd op wat er wenselijk is in de toekomst, het verbeelden van wat zou kunnen zijn. Het stilstaan bij successen leidt bijna automatisch tot nadenken over de toekomst. Wat is er allemaal mogelijk? En hoe zouden we het echt graag willen? Mensen delen toekomstdromen en dit alles binnen de visie van de organisatie.

Het moment voor echte verandering is verborgen in de derde fase, design. In deze fase gaat het over de vraag welke veranderingen gewenst zijn om de droom waar te maken. Zowel de droom- als de designfase ontwikkelen collectief positieve beelden op de toekomst van de organisatie. Maar de toekomstbeelden van de designfase spitsen zich meer toe op de verschillende facetten van de eigen organisatie zoals de besluitvorming, informatievoorziening of de relaties met patiënten. Hier wordt ingegaan op de vraag wat nodig is om de toekomstvisie te realiseren.

Karakteristiek voor de vierde fase, destiny, is het uittekenen van een toekomstbeeld via improvisatie. Tijdens brainstormsessies bespreekt men ideeën en mogelijkheden waarbij men de meest waardevolle ideeën selecteert. De algemene regel hierbij geldt 'kwaliteit voor kwantiteit'. Het gaat er om goede acties in gang te zetten. Acties met het nodige draagvlak. (Masselink, van den Nieuwenhof, de Jong, & van Iren, 2008)

Het fundament van AI zit anno 2016 niet meer in de 4D-fasen maar in vijf fasen. De vijfde fase wordt define genoemd. Deze vijfde fase zou als eerste moeten worden uitgevoerd voor het duidelijk stellen van de scope. De scope bepaalt immers alles (Barrett & Fry, 2008).



Figuur 2: Vijf dimensies in AI (AI werkt, sd)

1.3.3 De acht assumpties van AI

Naast de vijf fasen vermeldt men acht veronderstellingen die maken wat AI vandaag de dag is.

- Er werkt altijd iets.
- De focus bepaalt de werkelijkheid. “Believing is Seeing!” Waar aandacht aan wordt gegeven groeit.
- De werkelijkheid wordt gemaakt op het moment. Mensen percipiëren de werkelijkheid anders. Dus er zijn meerdere werkelijkheden.
- De manier van vragen stellen beïnvloedt een organisatie of groep. De eerste vraag is cruciaal daar deze iets in gang zet.
- Vertrekken vanuit het bekende geeft meer vertrouwen in het onbekende.
- Neem het allerbeste mee uit het verleden.
- Het is belangrijk om diversiteit te waarderen.
- De taal die wordt gebruikt, creëert de werkelijkheid. Words create words. Denk eraan dat er nooit neutrale observatoren zijn.

De kern van deze assumpties is: verbinden, co-creatie en iedereen rond de tafel krijgen (Kimpen, 2016).

1.4 Transformationeel en transactioneel leiderschap

Goed leiderschap incorporeert transformationele en transactionele aspecten. Beide leiderschapstijlen worden hieronder beschreven.

1.4.1 Transformationeel leiderschap

Transformationeel leiderschap is een stijl die een proces beschrijft. De leider is op zo'n manier bezig met zijn medewerkers dat hij een connectie creëert met hen. Hierdoor groeien de motivatie en de moraal van zowel de medewerker als de leider (Northouse, 2010).

Transformationele leiders vertonen een aantal specifieke gedragingen. Deze gedragingen kunnen vier karakteristieken vertonen. Een eerste karakteristiek is idealized influence. Dit houdt in dat de leider zich opstelt als een rolmodel voor zijn medewerkers. Hierbij hanteert de leider hoge morele en ethische normen. Dit resulteert weer in het ontvangen van respect en het winnen van vertrouwen van de medewerkers. Bij elkaar genomen maken deze punten van iemand een natuurlijke leider, ook wel authentieke leider genoemd (Avolio & Gardner, 2005, Algera & Lips-Wiersma, 2012).

Een volgende karakteristiek is inspirational motivation. Leiders hebben hoge verwachtingen van hun medewerkers. Ze motiveren en steunen hun medewerkers om de verwachtingen waar te maken. Hierdoor tonen medewerkers meer inzet dan alleen maar de nodige inzet voor het vervullen van hun eigen behoeften.

Een derde karakteristiek van transformationeel leiderschap is intellectual stimulation. Deze karakteristiek helpt medewerkers te stimuleren om creatief en innovatief te zijn. Doordat medewerkers hun eigen ideeën kwijt kunnen, vormt dit een stimulerende factor. Deze karakteristiek ligt dus in de buurt van inspirational motivation maar richt zich niet op motivatie. Die motivatie is vaak wel een gevolg (Amabile & Fisher, 2009).

De laatste karakteristiek, individualized consideration, slaat op de ondersteuning die de leider geeft aan zijn medewerkers. Een leider fungeert als coach en adviseur voor zijn medewerkers om hen de mogelijkheid te geven zich volledig te kunnen ontwikkelen (Drenkard, 2012).

Samengevat zijn transformationele leiders rolmodellen in de overtuigingen die ze uitdragen en de waarden die ze hebben en dit projecteren ze op hun medewerkers met behulp van een relatie die ze met hen opbouwen (Northouse, 2010).

1.4.2 Transactioneel leiderschap

Zoals eerder aangegeven verschilt transactioneel leiderschap van transformationeel leiderschap voornamelijk in het omgaan met de medewerker. In tegenstelling tot bij het transformationele leiderschap, is er bij de transactionele stijl geen individuele relationele omgang, zoals bijvoorbeeld coaching of persoonlijke ontwikkeling, met de medewerker (Drenkard, 2012).

De transactionele stijl kent een tweetal kenmerken die medewerkers beïnvloeden. Allereerst is er de afhankelijke beloning in ruil voor de prestatie. Dit is het belangrijkste kenmerk omdat het de meeste invloed heeft op de prestatie van de medewerker en dus ook op de organisatie (Durham & Bartol, 2009). Met dit kenmerk krijgt de leider de medewerkers aan zijn kant door een doel te stellen en vervolgens aan te geven welke beloning hier tegenover staat. Hierbij staat de prestatie, en niet de medewerker, centraal (Durham & Bartol, 2009).

Het tweede kenmerk is management-by-exception: dit betreft leiderschap waarbij de leider alleen maar optreedt indien er uitzonderingssituaties zijn. Dan pas uit de leider kritiek, veelal negatieve feedback zodat de acties van de medewerker gecorrigeerd kunnen worden (Chu & Lai, 2011). Dit kenmerk kent een actieve of passieve toepassing. De actieve variant is de meest betrokken vorm: de leider volgt zijn medewerkers op de voet en corrigeert wanneer er iets fout gaat. Bij de passieve vorm controleert de leider de medewerkers niet maar grijpt zij/hij in wanneer er zich een probleem voordoet (Bass, 1985).

De transactionele stijl heeft zowel positieve als negatieve effecten op de medewerker. De medewerker krijgt door de beloning een extrinsieke motivatie maar er is geen sprake van intrinsieke motivatie. Bij de transformationele leiderschapsstijl krijgt de medewerker een intrinsieke motivatie omdat de leider inspeelt op de behoeftes aan autonomie, ontwikkeling van competenties en verbondenheid van de medewerker. Het is dus duidelijk dat een combinatie van beide leiderschapsstijlen essentieel is. (Northouse, 2010). De positievere aanpak van een transformationeel leider is volgens Avolio & Gardner (2005) een goede reden om deze stijl te verkiezen boven anderen.

1.5 PDCA methodiek

Indien een organisatie een lerende organisatie is, werkt de organisatie permanent aan het verbeteren van de kwaliteit. Hierbij is het belangrijk en zelfs noodzakelijk om te werken op een systematische manier. Het vier-stappenplan van de PDCA-cyclus is hier een voorbeeld van.

De eerste stap is het plannen, als vertrekpunt voor elke kwaliteitsverbetering. Hierbij dienen de doelstellingen zo concreet mogelijk te worden omschreven. Weten waar naartoe werken is van groot belang. De doelstellingen dienen met andere woorden SMART te zijn (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden).

Na de planningsfase volgt de uitvoeringsfase. In deze fase dient men alle activiteiten uit te voeren die nodig zijn om de vooropgestelde doelstellingen te kunnen behalen.

Dan evalueert men de uitgevoerde activiteiten. Dit is de evaluatiefase. De evaluatie gebeurt op basis van de verzamelde feiten. Enerzijds stelt men verschillen tussen de feitelijke en de gewenste resultaten vast en anderzijds onderzoekt men de tekorten en de mogelijke oorzaken.

Na de evaluatie volgt de bijstufingsfase. Bij het niet halen van de doelstellingen, stuurt men activiteiten bij en neemt men nieuwe activiteiten op, om zo de doelstellingen te behalen. Bij het halen van de doelstellingen kunnen nieuwe doelstellingen worden geformuleerd en nieuwe activiteiten worden gepland. Zo blijft de cyclus zich herhalen (Cuyvers, 2007). De kwaliteitscirkel van Deming is een creatief hulpmiddel voor kwaliteitsmanagement en probleemoplossing. De PDCA-cyclus wordt in onderstaande figuur weergegeven.



Figuur 3: PDCA-cyclus (kwaliteitscirkel van Deming)

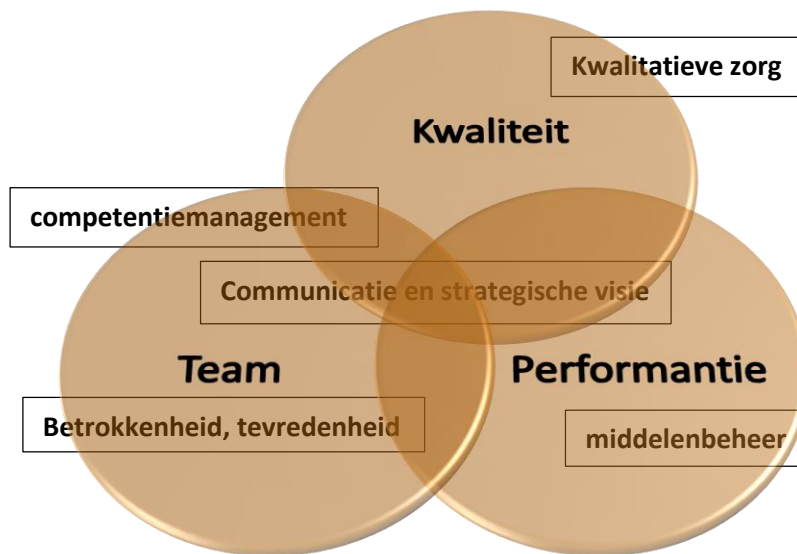
1.6 De rol van de leidinggevende

Verandering, zoals het verbeteren van veilige zorg, eist specifieke verantwoordelijkheden van de leider. Zo legt de wet aan de leider een maatschappelijke verantwoordelijkheid op. De relatie tussen leiderschap en patiëntveiligheid maar ook de rol van de leidinggevende bij verandering komen in dit punt aan bod.

1.6.1 De wetgeving

Voor de rol als hoofdverpleegkundige voorziet het Koninklijk Besluit het artikel 17bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige betreft van 13 juli 2006 (zie bijlage 1). Deze wet is rechtstreeks van toepassing bij de ontwikkeling van een verbeterproject en weerspiegelt de verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. De leidinggevende is verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en de kwaliteit van verpleegkundige activiteiten binnen de equipe. Zij/hij kan taken aan het verpleegkundig team toevertrouwen en ziet toe op de afstemming van de beoogde verandering in relatie tot de strategische visie van de afdeling. Daarbij stuurt, begeleidt en evalueert de hoofdverpleegkundige het veranderingsproces met de focus op patiëntgerichte zorg. In zake personeelsbeleid is het haar/zijn taak om een gunstig werkklimaat te creëren, waarbij een open constructieve feedback een weerspiegeling is van de heersende open feedbackcultuur. Daarbij zet zij/hij in op samenwerking en het creëren van betrokkenheid. Door in te spelen op competenties van medewerkers geeft zij/hij vorm aan competentie management. In het kader van de wettelijke verantwoordelijkheid van de leidinggevende moet zij/hij instaan voor transparante communicatie, informatiedoorstroming en intern en extern overleg. Tot slot dient de leidinggevende de beschikbare middelen optimaal in te zetten met het oog op een kwaliteitsvolle verpleegkundige patiëntenzorg. (FOD, 2006).

De wettelijke functies van de hoofdverpleegkundige passen volledig in de trilogieparadox, die de organisatiedoelstelling weergeeft. Dit door het streven naar een zo hoog mogelijke kwalitatieve zorg, het bereiken van een zo groot mogelijke tevredenheid van medewerkers door betrokkenheid en dit alles met een zo hoog mogelijke performantie. Figuur 4 illustreert hoe iedere wettelijke functie aansluit in minstens één bol van de trilogieparadox van Franssen (2014): het samenwerken en het creëren van betrokkenheid zitten in de teambol. Het optimaal inzetten van beschikbare middelen hoort thuis in de performantiebol. Het optimaliseren van kwalitatieve zorg waarbij de leidinggevende toeziet op de uitvoering ervan is terug te vinden in de kwaliteitsbol. Andere functies zoals communicatie, strategische visie en competentie management behoren tot de deelverzamelingen.



Figuur 4: Integratie van de bijzondere activiteiten (KB 13 juli 2006) van de hoofdverpleegkundige in de trilogieparadox

1.6.2 Leiding geven en patiëntveiligheid

Uit onderzoek van accountancy-researcher Bart Dierynck van Tilburg University en organisatiepsycholoog Hannes Leroy van de Katholieke Universiteit Leuven blijkt dat de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen hoger is wanneer verpleegkundigen onder leiding staan van een betrouwbare hoofdverpleegkundige. Deze komt steeds afspraken met de teamleden na en volgt de protocollen van patiëntveiligheid op. Een hoofdverpleegkundige die over deze leiderschapskwaliteiten beschikt, creëert een werkomgeving waarin verpleegkundigen zich ook zelf beter aan de protocollen houden en niet bang zijn om eventuele fouten te melden en te bespreken. Deze kwaliteiten leiden tot minder medische fouten en daarmee tot een hogere patiëntveiligheid.

De onderzoekers bevroegen via een enquête 580 (hoofd)verpleegkundigen uit 54 teams in vier Belgische ziekenhuizen. Ze richtten zich daarbij op de paradox die veel verpleegkundigen ervaren als het gaat om patiëntveiligheid. Enerzijds wordt voortdurend gehamerd op het volgen van de protocollen anderzijds wordt ook verlangd dat eventuele fouten gemeld en besproken worden met de leidinggevende. Die tweede eis lijkt te wringen met de eerste: fouten geeft men meestal niet graag toe, vaak uit angst voor represailles. Vandaar het belang van een no-blame cultuur.

Dierynck en Leroy laten in hun onderzoek zien dat de hoofdverpleegkundige degene is die deze paradox kan oplossen. Het gedrag van de leidinggevende blijkt hierin een cruciale rol te spelen. Teamleden die een leidinggevende zien die zelf protocollen nakomt en opvolgt, worden gestimuleerd om dit ook zelf te doen. Zo voelen ze zich veilig om eigen fouten bespreekbaar te maken zonder bevreesd te zijn voor eventuele consequenties, aldus Dierynck.

Uit het onderzoek blijkt dat bij teams waar een sterke nadruk ligt op het volgen van de protocollen én waar open gesproken kan worden over de missers, in totaal minder fouten worden gemaakt. “Het leiderschap van de hoofdverpleegkundige is uiteraard niet de enige factor die een rol speelt in patiëntveiligheid. De hoofdverpleegkundige heeft er echter wel grote invloed op”, voegt Dierynck toe.

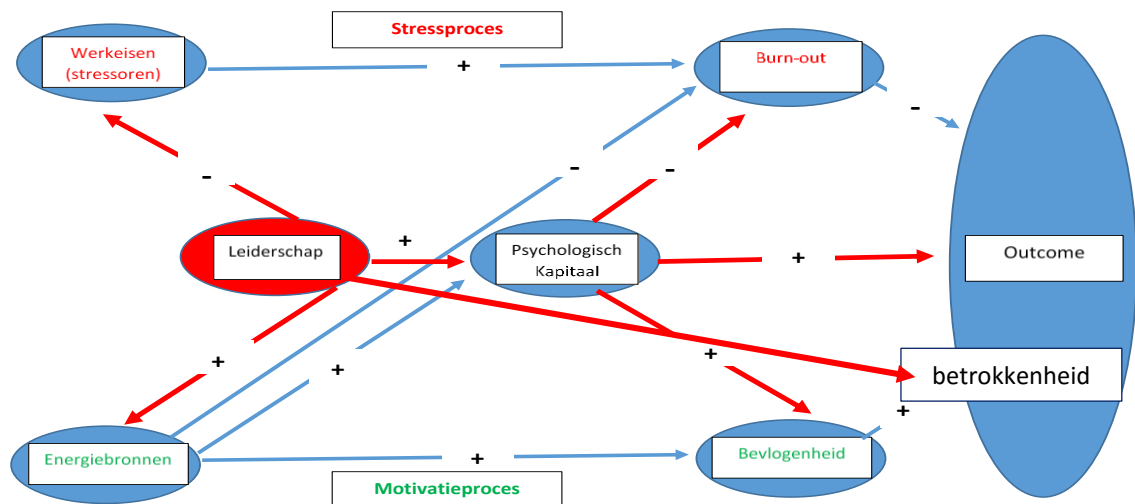
Volgens Dierynck besteden ziekenhuizen in zowel België als Nederland nog te weinig aandacht aan de menselijke factor in het voorkomen van fouten. Patiëntveiligheid wordt nu voornamelijk afgemeten aan het aantal en het type gerapporteerde fouten. Men investeert vaak in het aanleggen van een rapporteringsysteem (VIM) waarbij verpleegkundigen fouten via de PC kunnen melden. Hoewel dit op zich goed is, is een systeem alleen niet voldoende. Het is minstens even belangrijk om een omgeving te creëren waarin verpleegkundigen niet bevreesd zijn om het systeem te gebruiken. Het leiderschap van de hoofdverpleegkundige blijkt hier een belangrijke factor te zijn (Skipr, 2012).

1.6.3 Het belang van leiderschap bij verandering

Het belang van goed leiderschap bij verandering is besproken aan de hand van het Job-Demands-Resources-Model (JD-R Model, zie figuur 4). Dit is een wetenschappelijk ontwikkeld model dat ervan uitgaat dat iedere werknemer wordt geconfronteerd met twee soorten werkkenmerken: werkeisen (Job Demands) en energiebronnen (Job Resources). Bij werkeisen gaat het om aspecten van het werk die moeite en energie kosten en daardoor verbonden zijn met bepaalde fysiologische en psychologische kosten (zoals vermoeidheid en irritatie). Werkeisen zijn niet per definitie stressvol. Dit is enkel wanneer de inspanningen om aan de eisen te voldoen te hoog zijn, maar ook wanneer er onvoldoende herstel plaatsvindt. Wanneer dit onvoldoende herstel aanhoudt gedurende een langere periode, kan dit leiden tot mentale uitputting (burnout) met alle negatieve gevolgen van dien.

Bij energiebronnen gaat het om aspecten van het werk die functioneel zijn om aan de eisen van het werk te voldoen, maar ook aspecten die de groei en ontwikkeling bij de medewerkers stimuleren. Voorbeelden zijn regelruimte en prestatiefeedback. Energiebronnen hebben motivationeel potentieel; hun aanwezigheid bevordert de bereidheid van werknemers om zich in te spannen het werk goed te doen. Het JD-R Model veronderstelt twee processen: een stressproces waarbij te hoge werkeisen (stressoren) en een gebrek aan energiebronnen via burnout tot negatieve uitkomsten leiden en een motivatieproces waarbij energiebronnen en lage werkeisen via bevlogenheid tot positieve uitkomsten leiden.

Ook de rol van leiderschap en psychologisch kapitaal krijgen een centrale rol in het JD-R Model. De reden daarvoor is dat leiderschap een belangrijke hefboom kan vormen om bevlogenheid te bevorderen en burnout te verminderen. Hierbij richt men zich op leiderschap dat antwoord biedt aan de diepgewortelde, psychologische basisbehoefte van werknemers zoals autonomie, competentie en verbondenheid. Dit noemt men bevlogen leiderschap. Dit heeft een grotere invloed op het motivatieproces dan op het stressproces. Want dit leiderschap beïnvloedt enerzijds de energiebronnen en daardoor het motivatieproces positief. Anderzijds heeft het een kleinere invloed op stressoren waardoor het stressproces wordt afgeremd. Daarnaast heeft bevlogen leiderschap een versterkend effect op het psychologisch kapitaal. Dit heeft zowel op een directe als een indirecte manier invloed op de outcome waaronder betrokkenheid. (Schaufeli, 2015).



Figuur 5: Job-Demands-Resources-Model Shaufeli,W (maart, 2015)

2 Het verbeterproject

Het verbeterproject is via de PDCA-cyclus benaderd. Dit biedt de mogelijkheid om met meer inzicht op een systematische wijze het project op te volgen en zo nodig bij te sturen.

2.1 Planfase

De eerder beschreven probleemstellingen, het beperkt zichtbaar zijn van incidenten en bijna-incidenten maar ook de verschillen in perspectief tussen patiënt en medici over schade en het rapporteren ervan zijn de aanleiding tot dit verbeterproject. Vertrekkend vanuit de voelbare nood, veiligheid van zorg verder te optimaliseren, is de arts op D2 de initiatiefnemer en bezieler van dit project. Het project start met het samenstellen van een kernteam. Hierbij is rekening gehouden met verschillende aspecten zoals deskundigheid, geloofwaardigheid en leiderschap. Als toekomstig leidinggevende en in het kader van de bachelorproef is dit voor mij een unieke kans om bij het kernteam aan te sluiten. In deze fase komen de start, voorbereidingen, vergaderingen en de infosessies aan bod.

2.1.1 Kick-off

Het kernteam brainstormt bij de start (30/11/2015) over de probleemstellingen en beslist om een literatuuronderzoek te doen. Ook maakt dit team een afspraak voor een eerste vergadering.

Bij verandering moet een leidinggevende een zo groot mogelijk draagvlak creëren. Het brainstormen met het kernteam in plaats van met het hele team D2, komt hierin niet tegemoet. Bovendien ontstaat er minder inzicht inzake het engagement van medewerkers bij verandering.

2.1.2 De eerste vergadering van het kernteam

Door de literatuurstudie zijn er heel wat inzichten naar boven gekomen die het kernteam benut om de eerste vergadering (14/12/2015) in te zetten. Geïnspireerd door een onderzoek beschreven in een artikel van Lachman, beslissen we om een patiëntveiligheidskaart en folder (zie bijlage 5 en 6) te gebruiken als werkinstrumenten voor patiëntenparticipatie. In het belang van afbakening, gezien veiligheid van zorg een breed spectrum betreft, spitsen we ons toe op zes veiligheidstopics die voor de afdeling D2 van toepassing zijn. Deze topics zijn medicatie, vallen, communicatie en informatie, identificatie, medisch materiaal en handhygiëne. Bij het centraal stellen van de veiligheid van de patiënt is het eveneens van belang een verandering te meten aan de hand van indicatoren. Deze indicatoren zijn het aantal meldingen van incidenten en bijna-incidenten van patiënten maar ook het meten van de effecten van dit project op de veiligheidscultuurbeleving binnen het team D2. Dit willen we onderzoeken door een enquête te doen bij het afdelingsteam vóór het opstarten van het project. De resultaten van deze enquête is de nulmeting. Twee maanden later doen we een tweede meting. De resultaten van de tweede meting zouden een antwoord moeten bieden op de vraag of de geplande verandering ook aanleiding geeft tot een veiligheidscultuurwijziging.

Dan voeren we een stakeholderanalyse uit. De stakeholders zijn patiënten, het afdelingsteam, de coach van AI, de zorgcoördinator, de divisie manager, het algemeen management, een medewerker van de dienst kwaliteit, de ethische commissie, de ICT-afdeling en de dienst pers en communicatie.

Samen met heel het projectteam, hiermee bedoelen we het kernteam én het afdelingsteam, houden we een gemeenschappelijk doel voor ogen, gelinkt aan de missie en de visie van de organisatie. Het doel is om tegen 30 juni 2016 via meetbare indicatoren meer inzicht te krijgen op incidenten en bijna-incidenten door patiëntenparticipatie op de dienst D2.

Om deze doelstelling te bereiken, is het nodig om een goedkeuring te krijgen van de directie en de ethische commissie van de organisatie, een taak die de medewerker van de dienst kwaliteit op zich neemt.

Na het definiëren van de doelstelling hebben we gebrainstormd over de projectnaam. Al snel is dit project in verband gebracht met een kangoeroe waarbij we het accent leggen op de geborgenheid van de buidel en het met sprongen vooruit komen. De geborgenheid zit vooral in het veiliger maken van de zorg van de patiënt door met deze samen te werken. Door met de patiënt in overleg te gaan, haar/hem de ruimte te laten om actief deel te nemen, is de patiënt een partner omdat zij/hij bijdraagt aan een gezamenlijk resultaat.

Vervolgens bakenen we het project duidelijk af door het voorzien van inclusie-en exclusiecriteria mede in het belang van de haalbaarheid. De inclusiecriteria zijn gehospitaliseerde patiënten van de dienst D2 met pneumologische aandoeningen inclusief patiënten waarvoor chemotherapie noodzakelijk is. Bovendien dient de bijdrage aan dit project vrijblijvend te zijn. De exclusiecriteria omvatten té zieke patiënten en patiënten die niet beschikken over voldoende cognitieve vaardigheden.

Hierna verdelen we onderling de taken. Dit takenpakket omvat het verder op punt stellen van de enquête over de veiligheidscultuurbeleving binnen het team van de afdeling D2, de patiëntveiligheidskaarten en de bijhorende brochures. Hierbij houden we rekening met de deadline maar ook met het inplannen van twee infosessies voor het team van D2. Bij deze infosessies delen we het afdelingsteam op in twee groepen zodat iedere medewerker de mogelijkheid krijgt om een infosessie bij te wonen.

Eén van de succesfactoren voor dit project is het creëren van duidelijkheid. Dit is de taak van de leidinggevende. Duidelijkheid omvat verschillende aspecten zoals:

- huidige situatie
- doelformulering (SMART)
- projectbenaming via metafoor
- afbakening (inclusie-en exclusiecriteria).

Bovendien moet de leidinggevende ook zorgen voor de andere succesfactoren, namelijk het blijvend focussen op het doel en de goede groepsdynamiek. Een belangrijk knelpunt is het té enthousiast inzetten van dit project door de kerngroep, dit leidt tot een top-down benadering.

2.1.3 De tweede vergadering van het kernteam

De tweede vergadering (11/01/2016) spitst zich vooral toe op het op punt brengen van de enquête die gebaseerd is op een voorbeeld van een bestaande vragenlijst van de Manchester Patient Safety Framework (zie bijlage 3) (Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), 2006). Unaniem keuren de kernleden de enquête goed. Vervolgens nemen we de patiëntveiligheidskaart en -brochure onder de loep. Naast de zes reeds genoemde topics op de veiligheidskaart opteren we om nog “Andere problemen”, als zevende item, te integreren. Voor de lay-out en het drukken van de enquête, de patiëntveiligheidskaart en –brochure neemt de medewerker van de dienst kwaliteit contact op met de dienst pers en communicatie.

Vervolgens gaan we momenten van terugkoppeling voorzien voor het afdelingsteam. Tijdens de terugkoppeling verschaffen we info over het aantal ingevulde patiëntveiligheidskaarten en de informatie die de kaarten ons geven. Deze terugkoppeling voorzien we binnen één maand. Dit weerspiegelt de dynamiek en de snelheid waarmee we handelen.

2.1.4 De eerste infosessie

Het is van belang de nodige tijd te voorzien voor het geven van informatie bij verandering. We zijn vertrokken vanuit het terug aanhalen van het verleden van dit afdelingsteam waarbij er sprake was van een vertrouwenscrisis. Nu, jaren later, met een andere afdelingscultuur en het steeds groter wordend vertrouwen, is deze ommekeer aanzien als het juist moment om dit project te starten.

Tijdens deze sessie (19/01/2016) is het kernteam van een wervend visieverhaal uitgegaan, gericht op het doel van dit project. Omdat elke verandering staat of valt met de acceptatie van de medewerkers, is het belangrijk om hen te motiveren. Dit is een taak voor de leidinggevende. Het is belangrijk dat de leidinggevende de link legt met de zelfdeterminatietheorie. Hiermee bedoelen we dat de leidinggevende moet inzetten op autonomie, competentie en verbondenheid om de motivatie van de medewerkers te bevorderen. Samen het proces aangaan, speelt in op verbondenheid en geeft vertrouwen aan het team.

De medewerkers van de afdeling D2, ervaren dit project als een bijkomende belasting op de reeds aanwezige hoge werkdruk. Er is dus sprake van groepsdynamische weerstand. In plaats van te focussen op dit probleem legt het kernteam de nadruk op de patiëntveiligheid waardoor de weerstand vermindert. Hierbij komt het belang van een positieve benadering tot uiting. Door het actief luisteren en het bijkomend stellen van vragen geven we vorm aan de coachende en de participatieve leiderschapsstijlen.

Na de eerste infosessie is er nog een kort overleg met het kernteam. Hierin checken we of de werkinstrumenten in orde zijn gebracht, inclusief het voorzien van een box waar de patiënten de ingevulde kaarten kunnen deponeren bij ontslag.

2.1.5 De tweede infosessie

Deze sessie (26/01/2016) verliep simultaan met de eerste sessie. Maar deze groep bood meer weerstand dan de eerste groep medewerkers. Naast bedenkingen over de bijkomende belasting stellen de medewerkers kritische vragen: waarom deze afdeling? Is er nog niet genoeg gedaan in het kader van JCI (Joint Commission International)? Het kernteam bewaart de nodige rust en staat open voor uiteenlopende standpunten en perspectieven van de medewerkers om constructief met deze weerstand om te gaan. Op het ogenblik van het mogen ventileren van de mening van de medewerkers, werd er door elkaar gepraat en niet meer naar elkaar geluisterd. Het is dan niet eenvoudig om structuur te houden. De leidinggevende heeft de methode van CORPI (Context, Objectief, Rol, Procedure, Interactie) gebruikt. Met deze methode structureert de leidinggevende het gesprek.

Omdat niet iedereen van het afdelingsteam bij de gegeven sessies aanwezig was, heeft het kernteam beslist om een derde infosessie in te lassen. Deze is een week later gepland.

2.1.6 De derde infosessie

De grootste weerstand laat zich voelen in deze sessie (04/02/2016). Een mogelijke verklaring hiervan zou kunnen zijn dat deze groep al informatie gekregen heeft van de vorige groepen. Een andere verklaring zou de diversiteit aan mensen kunnen zijn. Hierin blijkt de houding van de leidinggevende cruciaal. De leidinggevende verlaagt deze weerstand door het tonen van empathie en zorgt voor duidelijkheid. Dit is een illustratie van de filosofie van AI. De weerstand verlagen, vraagt echter tijd en coaching.

2.2 Do-fase

In deze fase wordt het project uitgevoerd. Bij de uitvoering zijn het kernteam, de patiënten en het team van D2 de actieve actoren.

2.2.1 Het opstarten van de enquête

Na de infosessies aan het team van D2 verdelen we de enquêtes (zie bijlage 4) (05/02/2016) onder de teamleden. Deze manier van werken is nodig om tot een juiste nulmeting (zie bijlage 7) te komen alvorens het project op te starten. Het engagement van het team weerspiegelt de betrokkenheid. Ondanks de uitgebreide infosessies blijkt het alsnog nodig te zijn een aantal teamleden extra te stimuleren om de enquête tijdig in te leveren. De leidinggevende realiseert dit door deze medewerkers een hart onder de riem te steken maar tegelijkertijd ook het belang van de nulmeting te benadrukken. In deze fase is het belangrijk dat het afdelingsteam weet, dat het beroep kan doen op het kernteam voor bijkomende info of het wegwerken van onduidelijkheden (coachende leiderschapstijl). In de checkfase bekijken we de resultaten van de nulmeting (zie punt 2.3.1).

2.2.2 Het gebruik van de patiëntveiligheidskaarten en – folders

Nadat alle enquêtes (responsrate 100%) zijn ingeleverd, start het project daadwerkelijk op (18/02/2016). Concreet betekent dit het uitdelen van de patiëntveiligheidskaart en de brochure. Dit gebeurt door de verpleegkundigen van het team D2. Zo engageert dit team de nieuw opgenomen patiënten in dit project. Hierbij benadrukken we dat de houding van de verpleegkundigen mede de bereidheid van de patiënt bepaalt. De eerste ingebruikname van de patiëntveiligheidskaart en -brochure zal voor iedere verpleegkundige van het team gevoelens met zich mee brengen. Dit vraagt van een leidinggevende alertheid waardoor de coachende en de participatieve leiderschapstijl het meest aangewezen zijn. Dit komt onder andere tot uiting door het luisteren naar het perspectief van iedere medewerker, vandaar het belang van een heersende open feedbackcultuur. In punt 2.3.2 controleert het kernteam de input van de patiëntveiligheidskaarten.

2.2.3 Vergadering voor de verhoging van de input van patiëntveiligheidskaarten

In deze vergadering (26/02/2016) brainstormt het kernteam over de té lage input van de kaarten (twee ingevulde kaarten op achttien uitgedeelde kaarten) en tracht hiervan de oorzaak te achterhalen. De bespreking hieromtrent maakt duidelijk dat de opstart door alleen het kernteam, zonder het afdelingsteam, niet efficiënt was. Alleen maar infosessies geven, was onvoldoende. Succesvol veranderen vereist van het kernteam een grotere participatie bij het begin van de uitvoeringsfase. Zo beslissen de leden van het kernteam om een beurtrol te voorzien voor het engageren van patiënten met als doel een hogere input. Het kernteam geeft zo een signaal aan het team van D2 om samen voor de verandering te gaan. Deze participatie van het kernteam biedt hen niet alleen de kans om te achterhalen wat de mogelijke hinderpalen zijn maar ook om informeel bij de medewerkers te peilen naar hun beleving bij dit veranderproject. De vergadering is beëindigd met het nemen van de beslissing om een theekrans te voorzien. Dit om ook de perceptie van een tiental patiënten bij dit project te achterhalen. Bij het samenstellen van de patiëntengroep voor de theekrans is bewust gekozen voor vijf patiënten met COPD en bronchitis en vijf patiënten met chemotherapie. Voor de werkwijze bij de theekrans moeten we kiezen tussen twee opties. De eerste optie is de patiënt de vrijheid geven om te vertellen wat zij/hij heeft ervaren als onveilige situatie. De andere optie gaat uit van een gestructureerde aanpak met het voorzien van vooropgestelde vragen. Meteen beslissen we om te gaan voor een semigestructureerde aanpak waarbij de patiënt de vrijheid krijgt om te vertellen, maar waarbij de patiënt kan worden bijgestuurd door het kernteam, wanneer zij/hij afwijkt van de doelstelling.

2.2.4 De beurtrol van het kernteam

Het kernteam voert de beurtrol uit zolang het project loopt. De nadruk ligt nu duidelijk op het bijkomend engagement van het kernteam. Dagelijks overlopen we de lijst van de nieuwe opgenomen patiënten met de aanwezige verpleegkundigen. Hierbij spreken we af om bij patiënten langs te gaan die nog geen patiëntveiligheidskaart en –brochure hebben gekregen om het project, samen met de medewerker van D2, te promoten. Het accent leggen we op ondersteuning en niet op het extra inbouwen van een controlemechanisme. Op deze manier benadrukken we het belang van een no-blame cultuur. De focus ligt op een grotere input van ingevulde patiëntveiligheidskaarten. Deze input vindt men terug in de checkfase (punt 2.3.3).

2.2.5 De theekrans met patiënten en de uitkomsten

Na het doornemen van bijkomende literatuur is overgegaan naar de uiteindelijke uitvoering van de theekrans waarbij rekening gehouden is met het artikel (Organizing and Conducting Focus Groups, 2008). Hierin staat beschreven dat men voorzichtig moet zijn met het geven van input aan de patiënten. Dit om de patiënt niet te beïnvloeden.

De theekrans heeft plaats gevonden op de dienst D2 (10/03/2016). Enerzijds omdat we daar gebruik kunnen maken van een ruimte zonder voorafgaande reservering, anderzijds voor het gemak van de patiënt. Al snel komt de eerste valkuil tot uiting. Het verplaatsen van een pneumologische patiënt, weliswaar met een rolstoel, blijkt niet voor iedere patiënt vanzelfsprekend te zijn. Hierdoor wordt zichtbaar hoe belangrijk het is vooraf goed te screenen welke patiënt de theekrans al dan niet lichamelijk aankan, zeker bij deze patiëntenpopulatie.

Na toelichting over de reden van dit initiatief, de verhoogde input van patiëntenparticipatie, hebben de patiënten zichzelf kort voorgesteld. Ook hierin is snel een ander probleem aan het licht gekomen namelijk het begrip kort wordt niet door iedereen als hetzelfde ervaren. Als facilitator van de theekrans vraagt het de nodige feeling om de patiënt te onderbreken en even het tijds kader te schetsen. Daarbij is het een hele beproeving om geen input te geven aan de patiënt. Opmerkelijk tijdens deze gespreksronde is de gedrevenheid maar ook de verbondenheid binnen deze groep van patiënten. Vooral de snelheid waarmee er een grotere verbondenheid is ontstaan, is uitzonderlijk te noemen. De bevindingen van de theekrans staan beschreven bij de checkfase (punt 2.3.4).

2.2.6 Terugkoppeling m.b.t. input patiëntveiligheidskaarten en de theekrans

Drie dagen voor deze terugkoppeling is er een screening gebeurd van het gebruik van de patiëntveiligheidskaarten en – brochures bij de patiënten. Hierbij is vastgesteld dat van de 29 patiënten 20 patiënten op de hoogte zijn van het kangoeroeproject.

Bij de terugkoppeling (30/03/2016) zijn het kernteam, zonder aanwezigheid van de arts, en zeven verpleegkundigen van het afdelingsteam aanwezig. Vertrekkend vanuit positieve ervaringen en het benoemen ervan in combinatie met het verwoorden dat niet alle patiënten op de hoogte waren van het project, terwijl dit wel de afspraak was; geeft een beeld van wat met AI wordt bedoeld. AI vertrekt vanuit positieve psychologie, niet vanuit positief denken, een wereld van verschil. Het creëren van duidelijkheid en de manier waarop deze is gebracht, zijn hierbij twee belangrijke pijlers. Bovendien is continue monitoring van het proces belangrijk als voorwaarde voor leren en als drijfveer van continue veranderingen. De aanzet om via terugkoppeling over te gaan naar brainstorming heeft geleid tot de volgende actiepunten bij zowel incidenten als bijna-incidenten.

Incidenten:

De gemelde incidenten hebben enkel betrekking op de medicatie. Om tegemoet te komen aan een snelle levering van medicatie, door het tijdig ondertekenen van de bestelbonnen, is een voorstel gedaan om hiervoor een vast moment te voorzien.

Om tegemoet te komen aan een grotere medicatievoorraad, komt het voorstel om twee vaste besteldagen voor medicatie te voorzien. Op deze twee dagen bestellen we voor alle aanwezige patiënten medicatie om het gebruik van de voorraadkast tot een minimum te beperken.

De oorzaak van het toedienen van medicatie op een foutief tijdstip is te wijten aan het feit dat de patiënt niet op de afdeling aanwezig was omwille van een onderzoek. Dit zou een aandachtspunt voor de toekomst moeten zijn om dit incident te vermijden. Een mogelijke oplossing hiervoor is medicatie meegeven met de patiënt zodat zij/hij deze inneemt op het gewenste tijdstip.

Als leidinggevende is het vooral belangrijk de nadruk te leggen op de no-blame cultuur door dit op een rustige en respectvolle manier onder de aandacht te brengen. Dit hoort bij authentiek leiderschap.

De bijna-incidenten:

De bijna-valincidenten zijn vooral het gevolg van onvoldoende licht op de kamer. We kijken na welke mogelijkheden er zijn om meer licht te voorzien op de kamers en eventueel gebruik te maken van bewegingsdetectie. De te lange wachttijd op professionele hulp, na een beloproep, vraagt een efficiënter gebruik van de intercom. We contacteren de desbetreffende firma hiervoor.

Bijna-incidenten in verband met informatie en communicatie zijn vooral bij de theekrans tot uiting gekomen. Dezelfde informatie geven aan patiënten is een belangrijk aandachtspunt voor het hele team. Hierbij spelen zowel kennis als communicatieoverdracht een niet te onderschatten rol. Bovendien melden patiënten gebrekkige info-overdracht in verband met de pijnpompen. Hier is een rol weggelegd voor de referentieverpleegkundige en leidinggevende. Ook een bijkomende opleiding kan een oplossing bieden. Ondanks de heersende drukte blijft het belangrijk de nodige tijd te voorzien om de patiënt informatie te geven.

Om bijna-incidenten door medische materialen te vermijden, stellen we deze op punt. Hiervoor doen we beroep op de technische dienst van het ziekenhuis. Voor het op punt stellen van de slecht werkende touchscreens op de kamers is de ICT-dienst verantwoordelijk die zo nodig de verantwoordelijke firma bij dit probleem betreft.

Wat betreft de (hand)hygiëne letten we erop dat de toiletstoelen proper en niet verroest zijn. In geval van roest vervangen we deze stoelen. Het leveren van kwalitatieve, veilige zorg vereist degelijk materiaal. Als leidinggevende is het belangrijk dit te voorzien in het budget van de afdeling of op zoek te gaan naar alternatieven.

Als laatste stellen we andere problemen aan de kaak. Eén van deze problemen is de te koude airco op de kamer. De airco wordt centraal geregeld doch zijn er mogelijkheden om deze beter af te stellen. De afstelling gebeurt door de technische dienst aan de hand van temperatuurmetingen.

2.2.7 Terugkoppeling m.b.t. input veiligheidskaarten van de derde periode

Met het voorzien van een tweede terugkoppeling(30/04/2016) creëren we een platform van grotere betrokkenheid door de mogelijkheid van inspraak en inzicht te krijgen in de effecten van dit project. Hiervoor nodigen we, zoals bij de vorige terugkoppeling, het voltallige afdelingsteam. Naast het informatieve luik over de input van patiëntveiligheidskaarten is het de taak van het kernteam om opmerkingen en ideeën af te stemmen op de projectdoelstelling. Dit heeft geleid tot de volgende actiepunten:

De gemelde incidenten:

Betreffende de medicatie is er onder andere terug gekeken naar de eerste terugkoppeling waarbij een voorstel is gedaan om een vast tijdstip te voorzien voor het ondertekenen van de apotheebonnen en twee vaste besteldagen. Zo zullen voortaan om 8u30 en om 15u30 de bonnen ondertekend worden. Hierdoor wordt de medicatie tijdig geleverd waardoor de patiënt geen risico loopt de medicatie niet of laattijdig te ontvangen. De vaste besteldagen, in het kader van de medicatievoorraad, gaan door op dinsdag en donderdag. Het medicatie-incident van de tweede input waarbij geen capsule is gebruikt bij cortisone, is terug onder de aandacht gebracht. Bij het informeren blijkt vergetelheid de oorzaak van dit incident te zijn. We voorzien een extra nota ter ondersteuning bij de medicatie om dit probleem in de toekomst te vermijden.

Over valincidenten valt geen terugkoppeling te geven omdat er zich geen incidenten van vallen hebben voorgedaan.

Ook incidenten ten gevolge van communicatie krijgen de aandacht. Als eerste zal iedere verpleegkundige eventuele ontevredenheid, die de patiënt heeft ervaren over een slechtnieuws gesprek, melden aan de arts zodat deze een tweede kans krijgt om bij de patiënt langs te gaan. Dit is echter geen oorzakelijke aanpak waardoor we dit item nog verder bekijken. Vervolgens gaan we in het kader van de onduidelijkheid, over wie de verantwoordelijkheid heeft over de patiënt bij transfer, in een latere fase een verantwoordelijke aanduiden. Als laatste is bij de melding van een niet correcte houding van een assistent tegenover een patiënt, de arts van het kernteam ingeschakeld om dit aan de assistent over te brengen. Dit weerspiegelt het belang van diversiteit binnen een team.

Incidentmeldingen over identificatie zijn niet gemeld.

Over incidenten betreffende medische materialen en (hand)hygiëne zijn er geen meldingen geweest.

Er is één melding van een dichtslaande kastdeur waarbij de patiënt zich heeft bezeerd. Hiervoor is de technische dienst ingeschakeld.

De bijna-incidenten:

Betreffende medicatie en valincidenten: geen melding.

Een probleem van communicatie en informatie door het vlug weg zijn van de arts is door de arts erkend. Hiermee wordt rekening gehouden in de mate van het mogelijke. Bewustwording is de eerste stap naar verandering.

Identificatie: geen meldingen.

Medische materialen zijn een veel besproken item bij de bijna-incidenten. Al snel is duidelijk dat de leidinggevende en het team meer aandacht dienen te besteden aan de medische materialen met zo nodig het inschakelen van de technische dienst. Sommige zaken kan het team zelf oplossen zoals het aanpassen van de lengte van een zuurstofleiding. Daarnaast kan beroep worden gedaan op de uitleendienst om medisch materiaal te vervangen.

(hand)hygiëne: geen meldingen.

Andere problemen die aan de oorzaak liggen van bijna-incidenten zijn onder de loep genomen. De té frequente bloedafnames zijn met de arts besproken. Het benoemen en het durven in vraag stellen van de frequente bloedafnames bij de arts is een actiepoint naar de toekomst toe. Over het aspect van de drukte op de dienst is er de vraagstelling gekomen of er in de winter (drukke periode) meer personeel wordt ingezet ten aanzien van de zomer. De taak van de leidinggevende is het bijhouden van statistieken over de drukke en de rustige periodes om zo de personeelsbezetting daarop te kunnen afstemmen.

Uitvoerig ingaan op andere meldingen, niet gerelateerd aan veiligheid van zorg, is voor dit project niet van toepassing. Deze meldingen zijn wel besproken met het team met het oog op een grotere patiënttevredenheid.

2.3 Check-fase

In de checkfase evalueren we de resultaten van de input van de patiëntveiligheidskaarten en de theekrans. Door het analyseren van de resultaten krijgen we inzichten over hoe het project verloopt en kunnen we waar nodig bijsturen. Eveneens checken we formeel en informeel naar de beleving van de medewerkers in het kangoeroeproject.

2.3.1 Nulmeting van veiligheidscultuurbeleving

De enquêtes zijn digitaal verwerkt waardoor er een beeld is verkregen van de veiligheidscultuurbeleving van het team op de afdeling D2. De verwerking gebeurt door één persoon om vergissingen te mijden.

Aan de nulmeting heeft het voltallige team (26 respondenten) deelgenomen:

- 3 onvolledige enquêtes → exclusie
- 23 verwerkte vragenlijsten:
 - 16 verpleegkundigen (8 HBO5, 7 Bachelor, 1 Master)
 - 7 artsen
- Aantal jaren werkervaring: $X = 14,4$ j
- Aantal jaren op D2: $X = 9,9$ j

In het beantwoorden van de gestelde vragen komt vooral tot uiting dat zowel verpleegkundigen als artsen het meest in level D scoren.

Level D wordt omschreven als: We zijn alert op patiëntveiligheidsproblemen die zich kunnen aandienen. Er wordt erkend dat incidenten een combinatie van individuele- en systeemfouten zijn. Het rapporteren van incidenten wordt aangemoedigd. Incidenten worden gezien als een opportuniteit om te leren, al wordt niet altijd evenveel geleerd uit incidenten. Het meldsysteem is gebruiksvriendelijk. Het team heeft een **open en eerlijke cultuur, samenwerking** is belangrijk. **Incidenten zijn bespreekbaar**. De grafieken zijn te vinden in bijlage 4.

2.3.2 Input patiëntveiligheidskaarten van de eerste periode

Veertien dagen na het engageren van de patiënten is de eerste controle uitgevoerd op de input van de patiëntveiligheidskaarten in de daarvoor voorziene box. Van de 18 opgenomen patiënten zijn twee ingevulde kaarten gedeponerd (1 op 9). De té lage input heeft geleid tot het stellen van een aantal vragen waardoor een bijkomende vergadering met het kernteam is gepland, wat ons terug naar de do-fase brengt (zie punt 2.2.3).

2.3.3 Bevindingen van de beurtrol door het kernteam

Tijdens de beurtrol van het kernteam zijn de volgende items naar voren gekomen:

- Eenmalige informatie blijkt niet voor iedere patiënt voldoende.
- De patiëntenpopulatie leent zich niet altijd voor dit project.
- De drukte is inderdaad een hinderpaal.
- Er is nog geen automatisme in het handelen van de verpleegkundigen.
- Sommige patiënten zijn de uitleg over het project vlug vergeten.

2.3.4 Bevindingen van de theekrans

De theekrans geeft inzicht in de volgende topics:

Er zijn geen incidenten gemeld. De melding van bijna-incidenten worden als volgt omschreven:

- Medicatie: geen enkele melding.
- Valincidenten: geen enkele melding.
- Informatie en communicatie:
 - Het niet krijgen van overeenstemmende informatie van professionals in verschillende disciplines zoals kiné, artsen en verpleegkundigen.
 - Te weinig uitleg over het gebruik van pijnpompen.
 - Te weinig informatie over de tijdspanne dat een patiënt de afdeling mag verlaten i.v.m. de behandeling.
 - Een algemeen tekort aan tijd voor het geven van informatie.
 - Nood aan een tolk als overbrugging van de aanwezige taalbarrière. Er wordt aangehaald dat verpleegkundigen met kennis van meerdere talen hiervoor een oplossing zouden zijn.
- Identificatie: geen meldingen.

- Medische materialen:
- Te luidruchtige intercom (beloproepen)
- Slecht werkende touchscreens op de kamers.
- (hand)hygiëne: geen meldingen.
- Andere problemen:
 - Sommige patiënten zijn meegenomen naar onderzoeken zonder zuurstof.
 - Er is weinig toezicht in de wachtruimten, vooral storend bij dringende hulp.
 - Het lange wachten na de onderzoeken op het patiëntentransport wordt als knelpunt omschreven.
 - Bij terugkomst op de kamer wordt de zuurstofleiding niet altijd terug aangekoppeld.
 - Te koude eenpersoonskamer
 - Er is een voelbaar tekort aan verpleegkundigen waardoor deze zeer snel weg zijn.

Naast deze meldingen over incidenten zijn er ook nog bijkomende opmerkingen geformuleerd. Deze zijn:

- Een fijne ontvangst op de afdeling door de verpleegkundigen en de artsen.
- Iedereen is vriendelijk en de verzorging is heel goed.
- Er moet een mogelijkheid zijn voor een grotere keuze in maaltijden voor chemopatiënten.
- Als een warme maaltijd door de gezondheidstoestand niet mogelijk is, zou het fijn zijn om een beroep te kunnen doen op een broodmaaltijd.
- Er zou meer keuze mogen zijn in frisdranken.
- De chemopatiënten geven aan gevoelig te zijn voor geuren en parfums.

2.3.5 Input patiëntveiligheidskaart van de tweede periode

Mede door de participatie van het kernteam (beurtrol) is de input van de patiëntveiligheidskaarten toegenomen in de periode van 1 maart tot en met 29 maart 2016: 25 ingeleverde kaarten van 176 opgenomen patiënten.

Het bestuderen van de cijfers geeft ons inzichten over incident en bijna- incidentmeldingen (zie bijlage 8).

De gemelde incidenten betreffen vier keer een medicatie- incident:

- 1 x problemen met bestelling: de apotheek in het ziekenhuis staat in voor de bevoorrading van de medicatie. Bij het bestellen van medicatie stelt zich het probleem dat de afdeling geen medicatie krijgt van de apotheek als de bestelbon hiervoor niet is ondertekend door een arts. De artsen tekenen deze bonnen naar willekeur zonder enige systematiek.
- 1x probleem met bevoorrading. Het niet bestellen van medicatie op vaste dagen maakt dat de medicatievoorraad soms ontoereikend is.
- 1 x toediening op een foutief uur.
- 1 x toediening foutief geneesmiddel.

De gemelde bijna-incidenten:

- Valincidenten:
 - 3x melding van onvoldoende licht op de kamer en moeilijkheden met het aandoen van het licht.
 - 1x lang wachten bij beloproep om naar het toilet te gaan.
- Communicatie en informatie:
 - 2x gebrekkige en onduidelijke informatie over de behandeling.
- Identificatie: geen meldingen ontvangen.
- Medische materialen
 - Het ontbreken van een pillenbreker.
 - Te korte aërosolleiding.
 - Het niet beschikbaar zijn van rollators.
- (hand)hygiëne
 - 2x melding van bevuilde toiletstoelen
- Andere problemen
 - 2x te koud airco kamer/gang
 - 1x werken/openliggende plafonds
 - 3x stuk materiaal
 - 1x lange wachttijden bij onderzoeken

- **Andere meldingen:**
- 3x geen tweede zetel beschikbaar
- 1x voeding te koud
- 1x te dun kussen
- 1x te lange afstand tot het koffieapparaat
- 1x te lange afstand tot de parking
- 5x bedankjes

Algemeen kan worden vastgesteld dat er een lichte verhoging is aan input van kaarten (van 1 op 9 in de eerste twee weken naar 1 op 7).

2.3.6 Input patiëntveiligheidskaart van de derde periode

De tweede periode is van 30 maart 2016 tot en met 25 april 2016. Tijdens deze periode zijn er 117 patiënten opgenomen, waarvan 24 personen ingevulde kaarten in de box hebben gedeponneerd. Dit heeft geresulteerd tot de volgende bevindingen (zie bijlage 9).

De gemelde incidenten:

- Medicatie: er is één melding over het niet gebruiken van een capsule om de vieze smaak van cortisone te maskeren.
- Vallen: geen meldingen.
- Communicatie en informatie:
 - Er is één melding betreffende een slecht nieuwsgesprek dat door verschillende factoren voor de patiënt als heel onaangenaam is ervaren. Het verkrijgen van deze informatie door een niet vertrouwde arts, in afwezigheid van de partner en op een minder gunstig tijdstip heeft geleid tot een emotioneel onevenwicht bij de patiënt.
 - Ook is er een melding van onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de patiënt tijdens transfer. De patiënt en de familie weten niet bij wie ze terecht kunnen voor informatie.
 - Verder is er melding gemaakt van een niet correcte houding van één van de assistenten.
- Identificatie: geen meldingen.
- Medische materialen: geen meldingen.
- (hand)hygiëne: geen meldingen.
- Andere problemen: er is een melding over een dichtslaande kastdeur waarbij de patiënt een vinger heeft bezeerd.

De gemelde bijna-incidenten:

- Medicatie: geen meldingen.
- Vallen: geen meldingen.
- Communicatie en informatie: één melding over het te weinig info ontvangen van de arts. De arts is veel te snel weg.
- Identificatie: geen meldingen.
- Medische materialen:
 - Het gaat over een klaptafel die onverwacht snel naar binnen klapt.
 - De patiënt meldt een scherpe rand aan een stoel in de doktersruimte.
 - Ook een te korte of te lange zuurstofleiding is een probleem.
 - Als laatste is er een melding over een versleten matras.
- (hand)hygiëne: geen meldingen.
- Andere problemen: één melding betreft een rolstoel die omslaat bij het oversteken van gootjes aan de inkom van het ziekenhuis. Voorbeelden van andere gemelde problemen zijn te lange wachttijden, te veel bloedafnames en algemene drukte bij artsen en verpleegkundigen.

Andere meldingen:

- 2x beschikbaarheid frisdrank
- 1x te dun kussen
- 1x te weinig kastruimte
- 1x geen afsluitdop in lavabo
- 1x tv moeilijk te bedienen
- 1x voeding

- 1x internet werkt niet
- 1x stuk materiaal
- 1x infrastructuur voor gehandicapten (te kleine badkamer)
- 12x bedankjes.

Algemeen stellen we vast dat er wederom een lichte verhoging is aan input van kaarten (van 1 op 7 naar 1 op 5).

2.3.7 Tweede veiligheidscultuurmeting

Aan de meting hebben 9 respondenten deelgenomen:

- Enkel volledige vragenlijsten
- Respondenten:
 - 8 verpleegkundigen, 7 HBO5, 1 bachelor)
 - 1 arts
 - Aantal jaren werkervaring: $X = 15.2$ j
 - Aantal jaren op D20: $X = 8.3$ j

Door de lage responserate van de artsen bij de tweede meting is een vergelijking met de nulmeting niet mogelijk gezien deze niet representatief is. Een vergelijking maken tussen de nulmeting en de tweede meting bij verpleegkundigen is wel mogelijk.

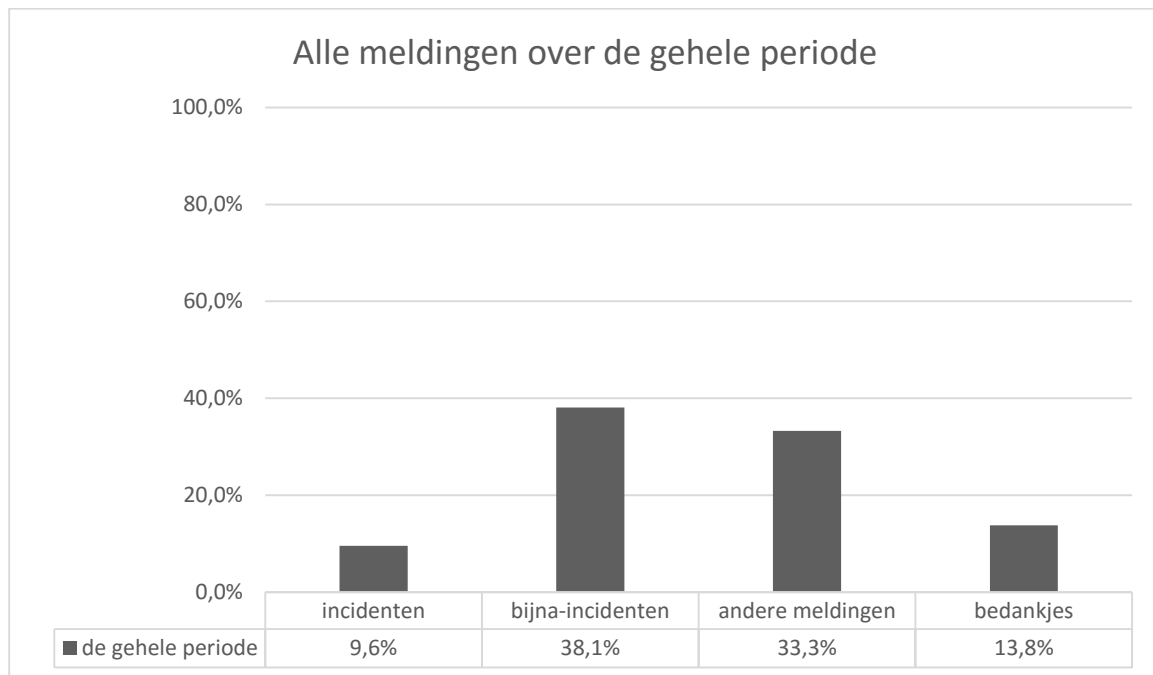
In het beantwoorden van de gestelde vragen komt vooral tot uiting dat er een significante daling is van score D. De verschuiving weerspiegelt zich vooral in een toename van score C (zie bijlage 10).

In hoeverre de aanpak voor het engageren van de patiënt de juiste blijkt te zijn, maken we op uit de volgende berekening:

- Periode 1 en 2: 194 patiënten waarvan 25 ingevulde kaarten.
- Periode 3: 117 patiënten waarvan 24 ingevulde kaarten.

Daar periode 1 overeenstemt met 14.94% aan ingevulde kaarten en periode 2 met 20.51% stellen we vast dat er een stijging is van 5,57%. hieruit maken we op goed bezig te zijn.

De hierna volgende tabel geeft in percentage weer wat met patiëntenparticipatie extra aan het licht is gekomen met betrekking tot incidenten, bijna-incidenten en andere meldingen waaronder bedankjes. Dat laatste is evenzeer belangrijk daar zowel positieve als negatieve ervaringen de aanzet geven tot het verbeteren van zorg.



Tabel 2: Alle meldingen over de gehele periode

2.4 Act-fase

Gezien het project op dit ogenblik nog bezig is, kunnen we het project nog niet implementeren. Begin juli 2016 komt het kernteam samen om het project te evalueren en eventueel te implementeren.

Besluit

In onze zoektocht naar de rol van patiëntenparticipatie in patiëntveiligheid zijn we erin geslaagd om de patiënt te laten participeren door middel van eenvoudige patiëntveiligheidskaarten. De resultaten van deze participatie tonen aan dat patiënten zéker een rol spelen in het veiliger maken van zorg.

Welke inzichten levert patiëntenparticipatie de professionals op inzake patiëntveiligheid? De ervaringen van de patiënten werken als eyeopeners voor de zorgverleners. De eerste vaststelling hierbij is dat patiënten goede observators zijn. De patiënten melden incidenten, bijna-incidenten en andere meldingen die anders het daglicht niet zouden zien. Daaruit vloeit de volgende vaststelling dat veilige zorg niet zo veilig is als professionals denken. Bovendien blijken initiatieven om de veiligheid van de zorg te verbeteren geen vanzelfsprekendheid te zijn en vragen ze de nodige inzet van leidinggevenden, zorgprofessionals maar ook van patiënten. Bijkomend stellen we vast dat door participatie de patiënttevredenheid stijgt op basis van meldingen onder de vorm van bedankjes.

Wat is het effect op de huidige veiligheidscultuur? Doordat op de werkvloer duidelijk meer gecommuniceerd is over veiligheid zijn de professionals zich meer bewust van wat er daadwerkelijk gebeurt. Dit bewustzijn brengt een lichte cultuurswijziging met zich mee. Dit wordt door de cultuurmeting bevestigd.

Algemeen besluiten we dat initiatieven om de patiënt actief te betrekken bij zijn eigen zorgproces de kloof tussen de perceptie van de patiënt en de zorgprofessionals verkleint en dat de patiënt als partner een meerwaarde blijkt te zijn.

Discussie

Het schrijven van de bachelorproef geeft, naast het in beeld brengen van de resultaten, ook aanleiding tot discussie. Het onderzoek van patiëntenparticipatie bij patiëntveiligheid geeft aan dat wanneer de patiënt de kans krijgt incidenten of bijna-incidenten te melden, zij/ hij dat ook werkelijk doet. Ook leid ik af dat patiënten patiëntveiligheid in een ander perspectief zien dan professionals.

Dit project is zeker de moeite waard. Toch stel ik me de vraag of het zinvol is dit bij dezelfde patiëntenpopulatie te implementeren. De longpatiënt heeft wel de nodige deskundigheid maar ik merk op dat de impact van de ziekte bij de patiënt soms zwaarder doorweegt dan de zorgprofessionals inschatten. Deze patiëntenpopulatie heeft immers minder oog voor de patiëntveiligheid. Zou het daarom niet beter zijn het onderzoek op een andere dienst te organiseren? Hierbij denk ik aan een dienst waar het verantwoordelijkheidsgevoel van patiënten en hun familie, betreffende de veiligheid, van een andere orde is dan bij de doorsnee longpatiënt. Voorbeelden van deze diensten zijn materniteit, prematuren of pediatrie oncologie.

Een minder goed aspect van dit project is de lage responsrate van artsen bij de tweede cultuurmeting. Dit roept bedenkingen en bezorgdheden op. Wat als de verpleegkundigen die de enquêtelijst invullen, zien dat de artsen dit niet doen? Wat zal dan de reactie van de verpleegkundigen zijn en welk gevolg zal dit hebben? Zijn de artsen zich wel voldoende bewust van de voorbeeldfunctie en de boodschap die ze hiermee uitdragen?

Een afdelingsteam speelt een zeer belangrijke rol in het empoweren van de patiënt. Daarom is het een duidelijke tekortkoming dat het afdelingsteam geen instrument heeft om op een eenduidige manier de patiënt te engageren tot deelname. Een checklist, als instrument, kan hiervoor de oplossing bieden. Een bijkomend voordeel is dat de patiënt steeds dezelfde informatie krijgt.

De patiëntveiligheidskaarten zijn voor patiënten een eenvoudig meldingssysteem om incidenten en bijna-incidenten vanuit hun perspectief te melden. De anonimiteit en vrijblijvendheid beschrijven de patiënten als succesfactoren.

De meldingen vanuit patiëntenperspectief hebben de zorgprofessionals tot andere inzichten gebracht. Een voorbeeld hiervan is dat het brengen van een diabetespatiënt naar een onderzoek niet zo onschuldig is als het lijkt. Het wachten op een onderzoek kan aanleiding geven tot een hypoglycemie (te laag suikergehalte in het bloed) met grote risico's als gevolg.

Bij de analyse van de patiëntveiligheidskaarten is het merkwaardig dat er nooit melding is gemaakt van incidenten en bijna-incidenten rond identificatie en handhygiëne. Verloopt dit 100%? Of wordt dit door de patiënt minder belangrijk geacht? Of is dit het resultaat van preventiecampagnes rond deze items in het ziekenhuis Oost-Limburg?

Omdat de patiënten naast incidentmeldingen ook comfortproblemen beschrijven, kunnen we de patiëntveiligheidskaarten ook inzetten voor het meten en het bevorderen van de patiënttevredenheid.

Is het niet een potentieel risico dat de patiënt door meer zeggenschap té mondig wordt en meer en meer verwacht van de zorgprofessionals. En dit in een tijdsgeest waar er steeds meer moet met alsmaar minder middelen. Zorgt dit op termijn niet voor extra druk op de al overladen zorgprofessionals?

De theekrans voor patiënten is duidelijk een meerwaarde om een grotere input aan informatie te krijgen. Toch is deze manier van werken onderhevig aan beïnvloeding door zorgprofessionals. Het is dan ook de taak van de zorgprofessionals om de info van de patiënt vanuit hun perspectief te blijven waarborgen.

Leiding geven, is ook kunnen omgaan met paradoxen. Enerzijds moet de leidinggevende blij zijn met de vele meldingen van incidenten en bijna-incidenten. Anderzijds is het voor de leidinggevende bedroevend omdat zij/hij hierdoor beseft dat de veiligheid van zorg nog steeds onvoldoende is.

Dit onderzoek toont de meerwaarde van patiëntenparticipatie aan maar geeft geen inzicht in het onder- of overschatten van de deskundigheid van de patiënt betreffende de veiligheid van zijn/haar zorgproces.

Ook stel ik vast dat een objectieve tijdsmeting écht wel nodig is voor het maken van een juiste kostprijsberekening van dit project. We hebben het belang hiervan onvoldoende ingeschat. Objectiviteit is een must, zeker voor de leidinggevende want dit bepaalt het budget en het rendement van dit project.

Reflectie

Ik dacht dat het opzetten van een verbeterproject dé basis zou zijn om de kloof tussen theorie (kennis) en praktijk (vaardigheden) te verkleinen. Enerzijds is deze gedachte bevestigd. Anderzijds was het niet gemakkelijk om in het project te fungeren als leidinggevende, terwijl je het nog niet bent. In de praktijk heb ik mijn theoretische kennis kunnen toepassen. Enkele voorbeelden hiervan zijn CORPI, LSD, schakelen tussen verschillende leiderschapsstijlen, de trilogieparadox en het JD-R model. Toch merk ik op dat ik in het leiding geven nog in mijn kinderschoenen sta door het gebrek aan ervaring. Dit tracht ik te compenseren door mijn enthousiasme en gedrevenheid.

Het mee realiseren van een verbeterproject geeft me een enorme boost. Het krijgen van positieve feedback doet je groeien. Samenwerken met mensen laat het boeiende zien van diversiteit maar ook de moeilijkheid ervan. Zo heb ik gemerkt dat je dikwijls afhankelijk bent van mensen. Uiteraard stelt dit soms je geduld op de proef. Maar ook dat is leiderschap.

Het projectmatig werken laat me inzien dat ik niet altijd even efficiënt met tijd ben omgegaan. Ik moet beter prioriteiten stellen want het streven naar perfectie is soms tijdrovend. Een metafoor die op mijn lijf geschreven staat, is: "In plaats van het bos uit te dunnen door bomen te verwijderen, slaag ik er telkens in om bomen bij te planten." Het minder streven naar perfectie, om in de toekomst efficiënter te werken, blijft een werkpunt.

Het analyseren van de resultaten en het formuleren van conclusies is zo boeiend dat alle energie die hieraan vooraf ging, snel vergeten is. Het maakt me gelukkig dat ik een duidelijk antwoord heb gevonden op de vraagstellingen van dit project, alhoewel het project nog lopende is.

Architect mogen zijn van een veranderingsproces is een nieuwe, boeiende ervaring die smaakt naar meer. Ik hoop dat de uitwerking van dit project de opgebouwde kennis en vaardigheden van de twee jaar durende opleiding weerspiegelt. Daarbij hoop ik dat het de aanzet is om van mijn droom, het leiden van een team, werkelijkheid te maken.

Bijlage 1: Elektronisch incidentmelden in het ZOL, ZOLmeldt

Document type:	Werkinstructie / WI	Document subtype:	.
Doelgroep:	ziekenhuisbreed	Subdoelgroep:	.
Auteur:	Karlijn Valkenborgh	Keurder:	Heidi Werckx
Geldig van:	19/06/2014	Geldig tot:	18/06/2017
Document-nr:	AIKZ-WI1-0006	Versie-nr:	2.0
Campus:	Alle		

1. Doelstelling

Deze handleiding beschrijft hoe je een (bijna)incident of onveilige situatie via het incidentmeldingssysteem (ZOLmeldt) kan melden.

Door informatie over een (bijna-)incident of een onveilige situatie te delen, kan er geleerd worden uit deze situaties. Het doel van *ZOLmeldt* is om op een gestructureerde manier de onderliggende oorzaken van een incident op te sporen en verbeteracties te formuleren. Hierdoor kan herhaling van het (bijna-)incident voorkomen worden.

2. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De ontwikkeling en algemene opvolging van *ZOLmeldt* valt onder de verantwoordelijkheid van de cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

3. Definities/Begripsomschrijvingen

- **Incidentmeldingssysteem (ZOLmeldt):** Het incidentmeldingssysteem is een elektronisch systeem waarin je (bijna-) incidenten en onveilige situaties met betrekking tot de patiënt kan melden. Ook de opvolging en afhandeling van de meldingen gebeurt in dit systeem.
- **Incident:** een onbedoelde gebeurtenis in het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden.
Voorbeeld: Het toedienen van een foutieve dosis medicatie
- **Bijna-incident:** een incident dat niet tot schade bij de patiënt zal leiden, omdat er een interventie is gebeurd die het incident heeft onderschept.
Voorbeeld: Controle op de klaargelegde medicatie, waardoor een foutief klaargelegde dosis wordt opgemerkt en de juiste dosis wordt toegediend aan de patiënt
- **Onveilige situatie:** Situatie in de dagdagelijkse praktijk met een verhoogd risico op een incident of een bijna-incident.
Voorbeeld: Look-a-like medicatie die naast elkaar liggen in de medicatiekast

4. Werkwijze

4.1. Hoe kan je melden?

- **Op naam:** Je naam is gekend. De afhandeling van de melding gebeurt op je eigen afdeling.
- **Vertrouwelijk:** Je naam is gekend. De afhandeling gebeurt vertrouwelijk door de cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid. De vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd: je identiteit wordt niet bekendgemaakt bij verdere analyses of opvolging. (zie punt 9)
- **Anoniem:** Er zijn geen persoonsgegevens van je gekend. De melding wordt anoniem afgehandeld. (Let op: het is niet mogelijk bijkomende informatie op te vragen. Je melding moet dus zeer volledig zijn om een analyse te doen en/of mogelijke verbeteracties te kunnen formuleren)

4.2. Hoe een incident melden in het incidentmeldingssysteem?

1. Open het **Intranet**
2. Klik op **"Ik meld..."** (zie rode ovaal en pijl)



3. Klik op “Infoland-incidentmeldingssysteem” (zie rode ovaal en pijl)

The screenshot shows the ZOLnet website header. The logo 'ZOLnet' is prominent, with 'Informatie voor ZOL-medewerkers' below it. A 'login' button is visible. Below the header is a navigation bar with four tabs: 'ALGEMEEN NET', 'PERSONEELSNET', 'ZORGNET', and 'MEDINET'. A secondary navigation bar contains links: 'Home', 'Wie is wie?', 'Diensten', 'Ik meld...', and 'Formulieren'.

MELDINGSFORMULIEREN

MELDING MET BETREKKING TOT PATIËNT

- [Infoland - incidentmeldingssysteem](#)



MELDING MET BETREKKING TOT MEDEWERKER

- [Arbeidsongeval](#) (o.a. prikongeval, snijongeval, ...)
- [Agressie/ingrijpende gebeurtenis](#)
 1. [Procedure](#)
 2. [Formulier invullen](#)
- [\(Bijna-\)brand](#)
- [Diefstal en beschadiging](#)
- [Melding beschadiging en infrastructuur \(Beleidsplan 2011\)](#)
- [Melding ICT - SelfServiceDesk ICT](#)
- [Melding Technische bijstand - Planon Facility Net](#)
- [Rampenplan: vragen, suggesties en opmerkingen](#)

HANDLEIDINGEN

- [Hoe melden](#)
- [Hoe een melding behandelen](#)
- [Hoe een toegewezen actiepoint behandelen](#)

STEEKKAARTEN

- [Hoe melden](#)
- [Hoe een melding behandelen](#)

4. Volgend scherm wordt geopend:

Formulier invullen - Windows Internet Explorer

http://server-infoland/ITask/Tasks/Task_Add_Step2.a

Bestand Bewerken Beeld Favorieten Extra Help

Favorieten Authenticatie nodig! Aanbevolen websites Meer invoegtoepassin...

Formulier invullen

Bent u 'karlijn valkenborgh'?

Ja

Nee, dat is mijn groepsaccount

Ik ben: Kiezen

Mijn wachtwoord is:

Nee, dat is iemand anders

Ik ben: Kiezen

Mijn wachtwoord is:

Ik wil anoniem een melding doen

< Vorige **Volgende >** Annuleren

5. In bovenstaand scherm dient u, uw identiteit te bevestigen. U heeft de volgende mogelijkheden:

- a. Je bent de persoon die aangegeven wordt door het systeem (*zie gele markering*):
Je kiest voor **“ja”** en drukt op **“Volgende”**. Je wordt automatisch aangemeld.
- b. Je bent niet de persoon/dienst die aangegeven wordt door het systeem (*zie gele markering*):
 - i. Het betreft een groepsaccount (=login voor de dienst): dan kies je voor **“Nee, dat is mijn groepsaccount”** en geef je je eigen naam in door op **“kiezen”** te klikken (*zie pijl i*). Vervolgens vul je je wachtwoord* in en drukt op **“Volgende”**.
 - ii. Het betreft een andere persoon: dan kies je voor **“Nee, dat is iemand anders”** en geef je je eigen naam in door op **“kiezen”** te klikken (*zie pijl ii*). Vervolgens vul je je wachtwoord* in en drukt op **“Volgende”**.

* Het wachtwoord is hetzelfde als het wachtwoord waarmee je een PC opstart of je e-mail opent (ZOL-login)

- c. Je wilt anoniem** een melding doen: kies dan voor **“Ik wil anoniem een melding doen”**. Je melding wordt anoniem doorgestuurd en behandeld door de cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Je naam en/of afdeling wordt automatisch uit de gegevens gewist.

*** Let op: een anonieme melding zorgt ervoor dat je niet kan opvolgen wat er met de melding gebeurt. De mogelijkheid tot afhandeling van de melding hangt samen met de volledigheid van de informatie die wordt meegegeven in de melding. Het is namelijk niet mogelijk bijkomende informatie op te vragen. Zorg er dus voor dat je zeer volledig meldt.*

6. Het meldformulier wordt geopend.

Formulier invullen - Windows Internet Explorer

http://server-infoland/itTask/Task/Task_Add_Step2.aspx?StoreID=f4fd98cd8e1744bab8f2f9e3ad23f6e

Bestand Bewerken Beeld Favorieten Extra Help

Favorieten i Formulier invullen

Melding Incidenten Patiëntveiligheid

Naam van de melder **1**

Type melding

★ Wat wenst u te melden?

Incident **2**

Bijna-incident

Onveilige situatie

★ Op welke afdeling heeft het (bijna) incident plaatsgevonden? **a**

7. Uw naam wordt (op basis van het vorige scherm) weergegeven in het veld “Naam van de melder”

(zie 1)

8. Bij ‘Type melding’ *(zie 2)* geef je aan wat je wilt melden. Voor de eenvoudigheid staat dit standaard ingevuld op ‘Incident’, maar dit kan worden aangepast naargelang hetgeen gemeld wordt. *(zie 3. Definities/begripsomschrijvingen)*

- Incident
- Bijna-incident
- Onveilige situatie

Het symbool geeft bijkomende informatie. Je dient enkel met de cursor over de te gaan (niet klikken) om de informatie te openen.

Het rode sterretje ★ voor de vraag, geeft aan dat deze vraag verplicht is om in te vullen. Het meldformulier kan niet verstuurd worden indien deze vraag niet wordt ingevuld.

9. Duid de afdeling aan waar het (bijna-) incident zich heeft voorgedaan door op het **pijlte te klikken** *(zie a)* en te **scrollen** naar de betreffende afdeling.

- Indien u vertrouwelijk wilt melden kiest u hier voor “**Vertrouwelijk afhandelen**”

- ii. Indien uw afdeling niet in de lijst voorkomt, kan u kiezen voor 'Testafdeling' – vermeld dan wel duidelijk uw afdeling in het vrije tekstveld (beschrijving incident) zodat de lijst van afdelingen kan worden aangepast
- iii. Indien er slechts 1 afdeling getoond wordt en u bijgevolg niet naar de gewenste afdeling kan scrollen, dient u contact op te nemen met de ICT helpdesk (1333).

★ Op welke afdeling heeft het (bijna) incident plaatsgevonden? **a**

10. Volgende vragen gesteld:

Incident of bijna incident

Waren er andere afdelingen betrokken bij het incident?

- Ja **b**
 Nee

Waren er nog andere personen betrokken bij het incident?

- Ja **c**
 Nee

Op welke dag vond het (bijna)incident plaats?

- Weekdag **d**
 Weekend/feestdag

Op welk tijdstip vond het (bijna)incident plaats?

- 00:00-04:00
 04:00-08:00
 08:00-12:00
 12:00-16:00
 16:00-20:00
 20:00-24:00

Incident type:

e

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Vallen | <input type="radio"/> Voeding |
| <input type="radio"/> Proces/ handeling in de zorg | <input type="radio"/> Medische hulpmiddelen/apparatuur |
| <input type="radio"/> Medicatie/IV vloeistoffen | <input type="radio"/> Zuurstof/gas/stoom |
| <input type="radio"/> Bloed/bloedproducten | <input type="radio"/> Infrastructuur/gebouw/aanpassingen |
| <input type="radio"/> Documentatie | <input type="radio"/> Ontvoering, of het kind met de verkeerde ouders meegeven |
| <input type="radio"/> Invasieve ingreep: Verkeerde ingreep, verkeerde patiënt, verkeerde kant | <input type="radio"/> Gedrag van personeel/medepatiënt |
| <input type="radio"/> Anders: | |

Beschrijf kort wat er gebeurde:

🔍 ✂ 📄 📁 | **B** *I* U | ☰ ☱ ☲ ☳ ☴ ☵ ☶ ☷

- a. Geef aan of er andere **afdelingen** betrokken waren bij het incident (*zie b*). Dit kan bijvoorbeeld voorkomen indien het incident betrekking heeft op een (informatie)overdracht.
- b. Geef aan of er andere **personen** betrokken waren bij het incident (*zie c*).
- c. Geef aan op **welke dag** en op **welk tijdstip** het incident heeft plaatsgevonden (*zie d*).
- d. Duid aan **welk type (bijna-)incident** je wilt melden (*zie e*). Afhankelijk van de categorie die je kiest, krijg je een aantal standaardvragen omtrent deze categorie.

11. Nadat je de standaardvragen omtrent jouw type melding hebt ingevuld (optioneel), krijg je de mogelijkheid om **kort te beschrijven** wat er gebeurde (*zie gele arcering*).
Dit is geen verplicht veld, je kan dit veld invullen indien je bijkomende informatie wenst te geven over het incident of indien je met behulp van de standaardvragen niet hebt kunnen verduidelijken wat er precies gebeurde.

12. Klik op “**Volgende**” om naar de volgende en laatste pagina te gaan.

13. Op de laatste pagina van het meldformulier wordt gevraagd naar mogelijke oorzaken en gevolgen van het incident.

Formulier invullen - Windows Internet Explorer

http://server-infoland/ITask/Tasks/Task_Add_Step2.aspx?StoreID=0ec4

Bestand Bewerken Beeld Favorieten Extra Help

Favorieten Authenticatie nodig! Aanbevolen websites Meer invoegtoepassin...

Formulier invullen

Oorzaken en gevolgen

Wat is de oorzaak of aanleiding van het incident? [i](#)

a

Wat zijn de genomen maatregelen? [i](#)

b

* Graad van schade voor de patiënt [i](#)

c

d

Ernst van het (bijna-) incident (los van de schade aan de patiënt) [i](#)

e

Gevolgen voor de organisatie: [i](#)

f

Hoe vaak denkt u dat dit (bijna) incident kan voorkomen op uw afdeling? [i](#)

g

Heeft de patiënt aangegeven dat hij contact zal nemen met de ombudsdienst? [i](#)

Indien u een bijlage wilt toevoegen klik dan hier: [Nieuwe bijlage](#) **h**

Pagina 2 van 2

Opslaan als concept < Vorige Versturen Annuleren

- a. Geef aan wat volgens jou een oorzaak of aanleiding kan zijn voor het (bijna-) incident (*zie a*)
- b. Indien er reeds maatregelen genomen werden om herhaling van het (bijna-) incident te voorkomen kan je deze aangeven in *vak b*.
- c. Vul in wat de **graad van schade voor de patiënt** is (*zie c*).
 - i. **Geen/nog niet gekend:** Het incident heeft geen enkel gevolg voor de patiënt, dit wil zeggen dat er geen symptomen worden waargenomen en dat er geen bijkomende behandeling vereist is.
 - ii. **Licht:** De patiënt vertoont lichte symptomen of beperkt functieverlies. De schade is minimaal of gematigd maar van korte duur. Er is geen of slechts een minimale interventie vereist (vb. extra observatie of onderzoek)
 - iii. **Matig:** Het incident veroorzaakt symptomen waardoor verdere interventie (vb. bijkomende operatie, behandeling) noodzakelijk is, OF

een verlengde opnameduur nodig is, OF het incident veroorzaakt permanente, langdurige schade of functieverlies bij de patiënt

- iv. **Ernstig:** Het incident veroorzaakt de nood tot levensreddend ingrijpen, OF majeure chirurgie of medische behandeling die de levensverwachting verkort, is noodzakelijk OF het incident veroorzaakt zware permanente, langdurige schade of functieverlies bij de patiënt
- v. **Overlijden:** Het overlijden van de patiënt werd veroorzaakt of, op korte termijn, bespoedigd door het incident.

- d. Naast de graad van schade voor de patiënt wordt ook gevraagd naar de ernst van het (bijna-) incident. Dit polst naar de mogelijke impact van het (bijna-)incident op de organisatie (*zie d*).

Bijvoorbeeld: een bijna-incident (geen schade voor de patiënt) had toch zeer grote gevolgen kunnen hebben.

Vb. Vlak voor incisie merken dat het een foutieve patiënt is.

- e. Mogelijke **gevolgen voor de organisatie** kunnen aangegeven worden in *vak e*.
- f. Om een risicoscore te bepalen wordt gepolst **hoe dikwijls** volgens u het incident zou kunnen voorkomen. Dit is een schatting (*zie f*).
- g. Tot slot wordt er gepolst of de patiënt heeft aangegeven naar de **ombudsdienst** te willen gaan (*zie g*). Indien op deze vraag “Ja” wordt geantwoord, wordt de melding doorgestuurd naar de ombudspersoon van het ZOL (met uitzondering van anonieme en vertrouwelijke meldingen).
- h. Indien je een document wenst toe te voegen met bijkomende informatie over het (bijna-) incident of de onveilige situatie (foto, verslag, ...) kan je dit doen door op “**Nieuwe bijlage**” te klikken (*zie h*).

14. Om het formulier te versturen klik je op “**Versturen**” onderaan de pagina. Indien je nog gegevens wenst te veranderen kan je klikken op “**Vorige**”.

15. Je kan de melding ook “**Opslaan als Concept**” om de melding op een later tijdstip verder aan te vullen of door te sturen.

! Let op: indien een melding wordt opgeslagen als concept wordt deze niet verstuurd! Vergeet hem dus zeker niet later door te sturen. Het heropenen van een melding wordt toegelicht in de handleiding “Heropenen van een melding”.

5. Revisie overzicht

31-07-2013	Creatie document	K. Valkenborgh
06-06-2014	Wijziging document naar aanleiding van update naar 4.6	K. Valkenborgh

**de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de
functie van hoofdverpleegkundige betreft**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9quinquies, ingevoegd bij de wet van 29 december 1990, vernummerd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en vernummerd bij de wet van 25 januari 1999, op artikel 17bis, ingevoegd bij de wet van 29 december 1990 en gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002 en op artikel 17sexies, ingevoegd bij de wet van 29 december 1990;

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

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde van 20 december 2005;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 12 januari 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën van 2 mei 2006;

Gelet op het advies 40.533/3 van de Raad van State, gegeven op 13 juni 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. Algemene bepalingen

Artikel 1. De bepalingen van dit besluit zijn eveneens van toepassing op hoofdvroedvrouwen.

Art. 2. § 1. De hoofdverpleegkundige als bedoeld in artikel 17bis, tweede lid, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, is verantwoordelijk voor de organisatie, de continuïteit en de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit binnen zijn equipe, die hem door het hoofd van het verpleegkundig departement wordt toevertrouwd.

§ 2. De hoofdverpleegkundige werkt mee aan de uitbouw van het verpleegkundig beleid in het ziekenhuis en past dit toe binnen zijn equipe.

§ 3. De hoofdverpleegkundige kan belast worden met het toezicht op en de evaluatie van zijn equipe.

§ 4. Binnen de structuur van het verpleegkundig departement kan de hoofdverpleegkundige één of meerdere taken of opdrachten hem toebedeeld toevertrouwen aan een verpleegkundige.

Art. 3. De hoofdverpleegkundige is rechtstreeks hiërarchisch afhankelijk van het verpleegkundigediensthoofd of van het hoofd van het verpleegkundig departement, zoals bepaald in het organogram van het verpleegkundig departement.

Art. 4. Om de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis te bevorderen binnen het kader van de zorg aan de patiënten, voert de hoofdverpleegkundige zijn opdracht uit in nauw contact met de artsen en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de activiteiten van de afdeling.

HOOFDSTUK II. Bijzondere activiteiten met betrekking tot de strategische visie van het ziekenhuis

Art. 5. § 1. De hoofdverpleegkundige ziet erop toe dat de verpleegkundige activiteit binnen zijn equipe afgestemd is op de strategische visie van het verpleegkundig departement alsook op de maatschappelijke ontwikkelingen en verwachtingen.

§ 2. Hij is in het bijzonder verantwoordelijk voor :

- 1° het ontwikkelen, operationaliseren en opvolgen van het verpleegkundig beleid binnen zijn equipe in overeenstemming met de strategische visie van het ziekenhuis;
- 2° het sturen, begeleiden en evalueren van veranderingsprocessen;
- 3° het uitwerken en aanpassen van procedures en werkmethoden;
- 4° het uitvoeren van wettelijk opgelegde registraties met betrekking tot verpleegkunde;
- 5° het opvolgen, het toepassen van relevante wetgeving en het informeren van de leden van zijn equipe hierover.

HOOFDSTUK III. Bijzondere activiteiten met betrekking tot de zorg

Art. 6. § 1. De hoofdverpleegkundige staat in voor de organisatie en coördinatie van, het toezicht op en de evaluatie van de verpleegkundige activiteit, binnen zijn equipe.

§ 2. Hij is verantwoordelijk voor :

- 1° het bepalen van de doelstellingen van zijn equipe in overleg met zijn leidinggevende en rekening houdend met het globaal verpleegkundig beleid binnen het ziekenhuis;
- 2° het aanbieden van een patiëntgerichte verpleegkundige zorgorganisatie, met bijzondere aandacht voor patiëntenrechten en ethiek;
- 3° het bijsturen van de verpleegkundige zorgorganisatie binnen zijn equipe in functie van de behoeften van de patiënten en de vereiste zorg;
- 4° de kwaliteit en de continuïteit van de zorg die door zijn equipe wordt verzekerd.

HOOFDSTUK IV. Bijzondere activiteiten met betrekking tot het personeelsbeleid

Art. 7. § 1. De hoofdverpleegkundige werkt samen met zijn leidinggevende teneinde over de vereiste personeelsomkadering te beschikken, zowel op kwalitatief als op kwantitatief vlak.

§ 2. In het bijzonder wordt hij belast met:

- 1° het beheer van de personeelsformatie alsook het adequaat inzetten van personeel door werkverdeling, dienstroosterplanning en verlofregeling;
- 2° het leidinggeven aan de leden van zijn equipe met het oog op het scheppen van eengunstig arbeidsklimaat dat aanzet tot effectieve samenwerking;
- 3° de begeleiding van nieuwe leden van zijn equipe;
- 4° het opvolgen, het ondersteunen, het toezicht en de evaluatie van de leden van zijn equipe.

HOOFDSTUK V. Bijzondere activiteiten met betrekking tot het beheer van de middelen

Art. 8. § 1. De hoofdverpleegkundige staat in voor het optimaal aanwenden van de middelen met het oog op een kwaliteitsvolle verpleegkundige patiëntenzorg.

§ 2. In het bijzonder is hij verantwoordelijk voor :

- 1° het beheer en de besteding van het afdelingsbudget;
- 2° het doeltreffend en doelmatig gebruik van de beschikbare goederen en ruimten door zijn equipe.

§ 3. De hoofdverpleegkundige brengt advies uit over de aanschaf van nieuwe hulpmiddelen en de bouw en renovatie van het ziekenhuis voor zover het een weerslag heeft op de verpleegkundige zorg.

HOOFDSTUK VI. Bijzondere activiteiten

met betrekking tot de opleiding en de ontwikkeling

Art. 9. § 1. De hoofdverpleegkundige ziet erop toe dat de leden van zijn equipe hun capaciteiten voldoende kunnen ontwikkelen via coaching en permanente vorming zodat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikken alsook over de nodige motivatie om het gewenste kwaliteitsniveau op peil te houden.

§ 2. Om dit mogelijk te maken, neemt hij volgende initiatieven:

- 1° inventariseren van de nood aan vorming bij de leden van zijn equipe;
- 2° zijn equipe tot het volgen van een vorming stimuleren van de leden van;
- 3° toezien op en coördineren van de vorming van de leden van zijn equipe;
- 4° ondersteunen van de loopbaanontwikkeling van de leden van zijn equipe;
- 5° zelf deelnemen aan permanente vorming.

Art.10. De hoofdverpleegkundige houdt toezicht op de studenten verpleegkunde en

verloskunde op zijn afdeling, in samenwerking met de stagebegeleiders en de verpleegkundige belast met de begeleiding van intreders en herintreders behorend tot de categorie van het verpleegkundig personeel.

HOOFTSTUK VII. – Bijzondere activiteiten

met betrekking tot de communicatie en het overleg

Art. 11. §1. De hoofdverpleegkundige staat in voor de communicatie betreffende zijn equipe en zijn patiënten, de informatiedoorstroming en het overleg zowel intern als extern.

§2. Meer in het bijzonder heeft de hoofdverpleegkundige de volgende opdrachten:

- 1° het onderhouden van contacten met de patiënten, hun familie en andere bezoekers;
- 2° overleg plegen met de leden van zijn equipe;
- 3° overleg plegen met de artsen en de paramedici binnen het ziekenhuis;
- 4° overleg plegen met andere gezondheidswerkers;
- 5° overleg plegen met de stagebegeleiders.

Art. 12. Onze Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

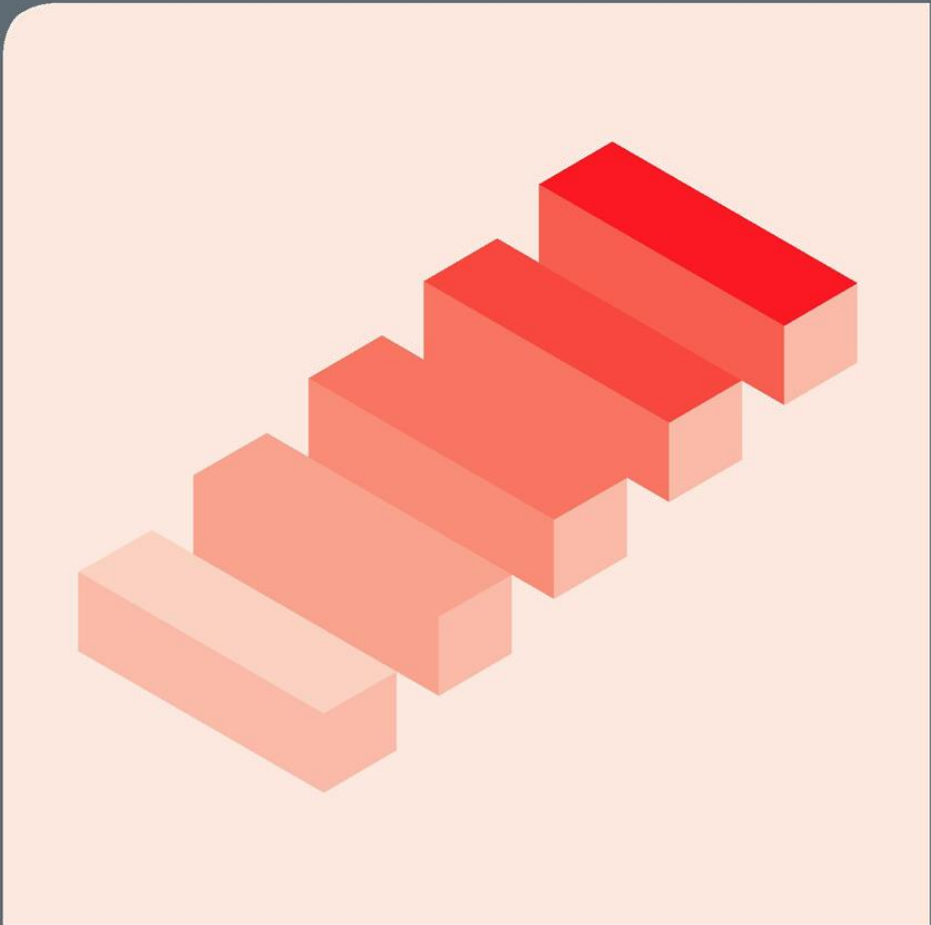
Gegeven te Brussel, op 13 juli 2006.

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Volksgezondheid,

R. DEMOTTE



How to use MaPSaF

MaPSaF is best used as a team based self-reflection and educational exercise:

- it should be used by all appropriate members of your team;
- for each of the ten aspects of safety culture, select the description that you think best fits your organisation and/or team.
Do this individually and privately, without discussion;
- use a T (team) or O (organisation) on the evaluation sheet to indicate your choices. If you really can't decide between two of the descriptions, tick both. This will give you an indication of the current patient safety culture profile for your organisation;
- discuss your profiles with the rest of your team. You may notice that there are differences between staff groups. If this happens, discuss possible reasons. Address each dimension in turn and see if you can reach consensus;
- consider the overall picture of your organisation and/or team. You will almost certainly notice that the emerging profile is not uniform – that there will be areas where your organisation is doing well and less well. Where things are going less well, consider the descriptions of more mature risk management cultures. Why is your organisation not more like that? How can you move forward to a higher level?

What we mean by these terms

Patient safety incident (PSI):	Any unintended or unexpected incident that could have or did lead to harm to one or more patients receiving NHS-funded healthcare.
Prevented patient safety incident (PPSI):	Any patient safety incident that had the potential to cause harm but was prevented, resulting in no harm to patients receiving NHS-funded healthcare.
Root cause analysis (RCA):	A technique for undertaking a systematic investigation that looks beyond the individuals concerned and seeks to understand the underlying causes and environmental context in which the incident happened. Retrospective and multidisciplinary in its approach, it is designed to identify the sequence of events, working back from the incident.

Evaluation sheet (sample)

Dimension of patient safety culture	A	B	C	D	E
1. Commitment to overall continuous improvement					
2. Priority given to safety					
3. System errors and individual responsibility					
4. Recording incidents and best practice					
5. Evaluating incidents and best practice					
6. Learning and effecting change					
7. Communication about safety issues					
8. Personnel management and safety issues					
9. Staff education and training					
10. Team working					

T = Team O = Organisation

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) – Acute

MaPSaF was originally developed by Dianne Parker, Sue Kirk, Tanya Claridge, Aneez Esmail and Martin Marshall in a collaborative project supported by the National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester. The original idea came from research funded by Shell International.

Why MaPSaF was developed

The safety of both patients and staff in a healthcare organisation is influenced by the extent to which safety is perceived to be important across the organisation. This 'safety culture' is a new concept in the health sector and can be a difficult one to assess and change. This framework has been produced to help make the concept of safety culture more accessible. It was originally designed for use by general practices and primary care organisations and has now been adapted for use in other sectors of healthcare provision to help these organisations understand their level of development with respect to the value that they place on patient safety. It uses ten dimensions of patient safety and for each of these describes what an organisation would look like at five levels of safety culture. The framework is based on an idea used successfully in non-health sectors. The content is derived from in-depth interviews and focus groups with a range of healthcare professionals and managers.

MaPSaF is designed to be used to:

- help your team recognise that patient safety is a complex multidimensional concept;
- facilitate reflection on the patient safety culture of a given healthcare organisation and/or team;
- stimulate discussion about the strengths and weaknesses of the patient safety culture in your team and/or organisation;
- show up any differences in perception between staff groups;
- help understand how an organisation with a more mature safety culture might look;
- help you evaluate any specific intervention to change the safety culture of your organisation and/or team.

MaPSaF is NOT designed to be used:

- for performance management or assessment purposes;
- to apportion blame when the results show that an organisation's and/or team's safety culture is not sufficiently mature.

MaPSaF and the National Patient Safety Agency (NPSA)

The NPSA has endorsed MaPSaF to help healthcare organisations reflect on their progress in developing a safety culture. The NPSA is not a regulator or a reviewer and the framework has not been developed for this purpose. Rather, it aims to stimulate discussion about the patient safety culture in any given healthcare organisation and, in doing so, will help that organisation reflect on its progress towards developing a mature safety culture.

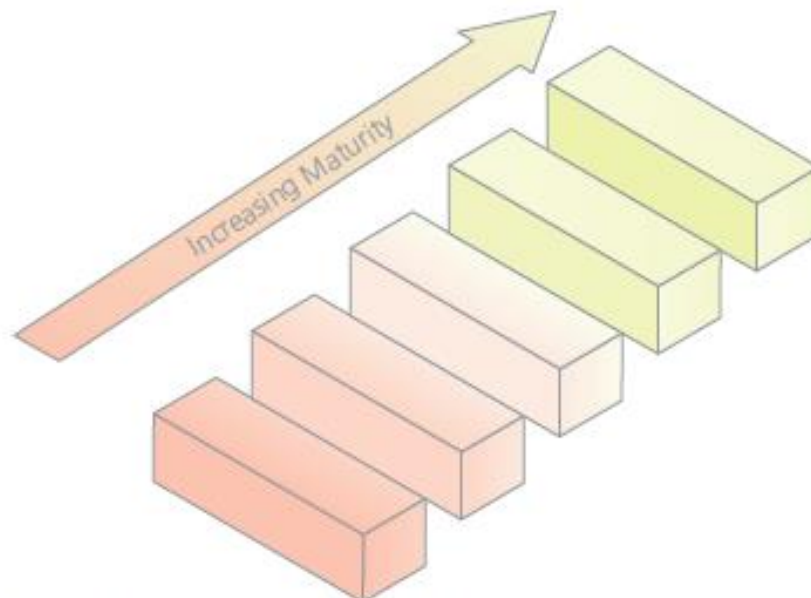
MaPSaF describes in words some of the key elements of an open and fair culture, previously described in the document, *Seven steps to patient safety*. MaPSaF can be used by boards, clinical governance teams, management teams, healthcare teams and others who would like to pause and reflect on their safety culture and risk management processes.

Public and patient involvement

It might seem that patient and public involvement in a maturing patient safety culture should be included as a eleventh dimension. However, the development of processes to ensure meaningful participation should be seen as being integral to all ten dimensions identified and this is how they have been integrated into the MaPSaF matrix.

The levels of patient safety culture explained

Level	Description
A – Pathological	Why do we need to waste our time on patient safety issues?
B – Reactive	We take patient safety seriously and do something when we have an incident.
C – Bureaucratic	We have systems in place to manage patient safety.
D – Proactive	We are always on the alert/thinking about patient safety issues that might emerge.
E – Generative	Managing patient safety is an integral part of everything we do.



MaPSaF is based on Parker and Hudson's (2001) application of Westrum's (1992) stage model of organisational culture maturity

References

Parker, D and Hudson, P (2001) *Understanding your culture*, Shell International Exploration and Production.
 Westrum, R (1992) *Culture with Regulus to Imagination* in White, J., Hopkin, D and Stage, P (eds.), *Verification and validation of complex systems: human factors issues* (pp 401–416), Berlin: Springer-Verlag.

MaPSaF explained

How the dimensions were developed

The dimensions are themes that emerged following:

- a literature review about patient safety in primary care and the NHS in general;
- feedback from opinion leaders and interviewees;
- consideration of the dimensions in terms of their comprehensiveness and appropriateness for primary care;
- focus group discussions with senior managers and clinical specialists from acute organisations with experience of patient safety issues. These groups refined and generalised the dimensions developed for the original MaPSaF for use with teams working in acute care in the NHS.

Defining the dimensions

Dimension	Description
1. Commitment to overall continuous improvement	How much is invested in developing the quality agenda? What is seen as the main purpose of policies and procedures? What attempts are made to look beyond the organisation for collaboration and innovation?
2. Priority given to safety	How seriously is the issue of patient safety taken within the organisation? Where does responsibility lie for patient safety issues?
3. System errors and individual responsibility	What sort of reporting systems are there? How are reports of incidents received? How are incidents viewed – as an opportunity to blame or improve?
4. Recording incidents and best practice	Who investigates incidents and how are they investigated? What is the aim of recording the incident?
5. Evaluating incidents and best practice	How are any incidents evaluated? What recognition is there of safe practice? How is the resultant data used?
6. Learning and effecting change	What happens after an event? What mechanisms are in place to learn from the incident? How are changes introduced and evaluated?
7. Communication about safety issues	What communication systems are in place? What are their features? What is the quality of record keeping to communicate about safety like?
8. Personnel management and safety issues	How are safety issues managed in the workplace? How are staff problems managed? What are the recruitment and selection procedures?
9. Staff education and training	How, why and when are education and training programmes about patient safety developed? What do staff think of them?
10. Team working	How and why are teams developed? How are teams managed? How much team working is there around patient safety issues?

The Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) research team, based at the University of Manchester, includes psychologists, healthcare researchers and healthcare professionals from both primary and acute care settings.

The development of MaPSaF is one part of an ongoing programme of patient safety research that draws on both our expertise working on safety issues in a range of high risk industries, and our extensive research and practical experience in healthcare in the NHS.

For further information about this project or the work of the MaPSaF team contact:

Dianne Parker
(Dianne.Parker@manchester.ac.uk)
School of Psychological Sciences
The University of Manchester
Oxford Road
Manchester
M13 9PL

For further information about the National Patient Safety Agency visit:
www.npsa.nhs.uk

0199MAR05 ACUTE TRUST

© The University of Manchester 2006. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the University of Manchester and all rights are reserved. The University of Manchester authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

Bijlage 4: Enquête veiligheidscultuurmeting

Beste,

In de volgende bevraging krijgt u 10 patiëntveiligheidsdimensies voorgelegd. Elke dimensie is voorzien van een toelichting die de dimensie verder verduidelijkt. De doelstelling van de vragenlijst is dat u voor elke dimensie aangeeft op welk niveau het multidisciplinair team waarin u werkt zich bevindt. Deze niveaus worden later toegelicht. Denk bij het evalueren van uw team aan de globale werking van uw team. Het is mogelijk dat uw team op sommige items goed scoort terwijl er op andere items nog ruimte voor verbetering is.

Deze doelstelling van deze vragenlijst is om zicht te krijgen op de manier waarop uw team naar veiligheid kijkt. Zowel de artsen als de verpleegkundigen van uw team zullen gevraagd worden om deze bevraging in te vullen.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

- . Leeftijd: hoogst behaalde diploma:
- . Aantal jaren werkervaring: ingevuld door:
- . Aantal jaren ervaring op D20:

	dimensie	toelichting	A	B	C	D
1	Belang van continue verbetering					
2	Belang dat aan veiligheid gegeven wordt	Hoeveel belang wordt er aan patiëntveiligheid gehecht? Waar ligt de verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheidsproblemen?				
3	Systeemfouten en individuele verantwoordelijkheid	Welke soort rapportagesystemen zijn er? Hoe wordt incidentmelden onthaald? Wordt een incidentmelding gezien als een opportuniteit om te leren of om een schuldige te zoeken?				
4	Registratie van incidenten en best practice	Hoe worden incidenten gerapporteerd? Wat is hier de doelstelling van? Hoe worden incidenten onderzocht?				
5	Evaluatie van incidenten en best practice	Hoe worden incidenten geëvalueerd? Wat is de herkenning voor veilige praktijken en best practices? Hoe wordt de data van evaluaties gebruikt?				
6	Leren en implementeren van verandering	Wat gebeurt er na een incident? Welke mechanismen zijn er om van incidenten te leren? Hoe worden veranderingen geïmplementeerd en geëvalueerd?				
7	Communicatie over veiligheidsproblemen	Welke communicatiekanalen zijn er? Wat zijn hun kenmerken?				
8	Personeelmanagement en veiligheidsproblemen	Hoe wordt er met veiligheidsproblemen omgegaan? Hoe wordt er met personeelsproblemen omgegaan?				
9	Opleiding en training personeel	Hoe, waarom en wanneer worden opleiding en training over patiëntveiligheid ontwikkeld? Wat vinden de medewerkers ervan?				
10	Werking van het team	Hoe en waarom worden teams samengesteld? Hoe worden teams geleid? Hoeveel teamsamenwerking is er rond patiëntveiligheidsproblemen?				

- . Toelichting levels:

Level A:

- . Waarom verspillen we tijd aan patiëntveiligheid? Incidenten worden eerder gezien als 'pech' of het resultaat van fouten van personeel of het gedrag van patiënten. Er zijn ad hoc rapportagesystemen maar vaak worden problemen genegeerd, tenzij er ernstige incidenten gebeuren. **Er is een sterke 'blame' cultuur.**

Level B:

- . We nemen patiëntveiligheid serieus en nemen acties als er een incident is. Individuen worden gezien als de oorzaak van incidenten, strengere regels en bestraffing worden gezien als de oplossing. Er is een rapportagesysteem maar dat staat in de kinderschoenen. Er wordt wel data verzameld maar dit wordt niet geanalyseerd. **Er is een 'blame' cultuur** daarom zijn medewerkers terughoudend om incidenten te rapporteren.

Level C:

- . We hebben systemen om patiëntveiligheid te managen. Er wordt erkend dat systemen bijdragen aan incidenten en niet enkel individuen. Er is een meldsysteem en medewerkers worden aangemoedigd om incidenten te rapporteren (ook incidenten die geen schade veroorzaken). Maar **medewerkers voelen zich niet veilig om incidenten met schade te melden.**

Level D:

- . We zijn alert op patiëntveiligheidsproblemen die zich kunnen aandienen. Er wordt erkend dat incidenten een combinatie van individuele- en systeemfouten zijn. Het rapporteren van incidenten wordt aangemoedigd. Incidenten worden gezien als een opportuniteit om te leren, al wordt niet altijd evenveel geleerd uit incidenten. Het meldsysteem is gebruiksvriendelijk. Het team heeft een **open en eerlijke cultuur, samenwerking** is belangrijk. **Incidenten zijn bespreekbaar.**

level E:

- . Omgaan met patiëntveiligheid is een integraal onderdeel van alles wat we doen. Fouten worden gezien als het falen van het systeem, ook al zij medewerkers zich bewust van hun eigen professionele verantwoordelijkheid bij incidenten. Melden van incidenten wordt als normaal beschouwd en medewerkers hebben vertrouwen in de manier waarop er met incidenten wordt omgegaan. **De waarde van het rapporteren van incidenten is duidelijk. In het team is een hoog niveau van openheid en vertrouwen.**

Bijlage 5: Patiëntveiligheidskaart

Beste patiënt,

Momenteel gebeurt er op onze afdelingen een project rond patiëntveiligheid, project **KANGOEROE**. Tijdens dit project willen we graag van u leren! Daarom vragen we u ons te laten weten welke problemen of hindernissen m.b.t. veiligheid u eventueel hebt ervaren tijdens uw verblijf.

Heeft u zin om mee te werken? Dan mag u uw opmerkingen noteren op de keerzijde van dit kaartje. Noteer gerust in detail wat er gebeurde. Hoe meer informatie u ons bezorgt, hoe meer we kunnen leren. We rekenen op u!

Wat mag u ons melden? Er bestaan geen foute antwoorden, we staan open voor al uw feedback. U mag ons alle onveilige of problematische situaties die u opvallen melden. Het kan om heel uiteenlopende dingen gaan zoals bv. een technisch probleem met apparatuur, een afgebroken, scherpe hoek aan een tafel, een probleem met medicatie, ... De verschillende categorieën die op het kaartje aangeduid worden kunnen u alvast wat inspireren. U krijgt van ons ook een brochure met aantal veiligheidstopics waar we veel belang aan hechten.

Wat doet u als het kaartje ingevuld is? Dan mag u het kaartje in de antwoorddoos in de dagzaal van de afdeling deponeren. Dit kan volledig anoniem. Als u uw observaties ook graag bespreekt met een van onze artsen of verpleegkundigen, dan staan we daar natuurlijk voor open. Zij kunnen u ook een nieuw kaartje bezorgen als dat nodig is.

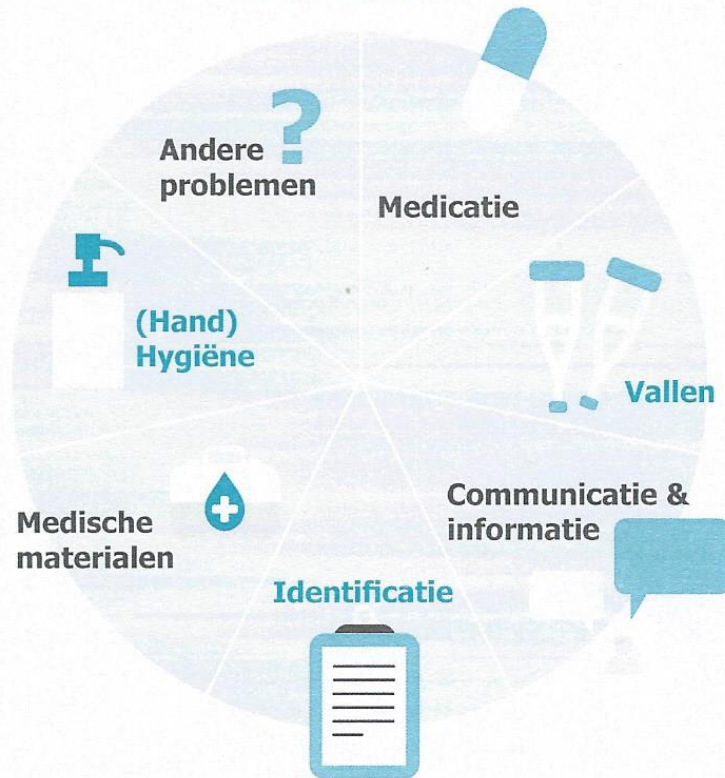
Wat gaan wij doen met uw antwoorden? Alle antwoorden die we krijgen worden besproken met de artsen en verpleegkundigen van de afdeling. Samen zullen we bekijken welke acties we kunnen nemen. Op het informatiebord van de afdelingen zullen we regelmatig informatie geven over welke initiatieven we al genomen hebben op basis van uw feedback.

Heeft u nog vragen? Geef gerust een seintje aan uw verpleegkundige of arts. Zij helpen u graag verder.

Alvast heel erg bedankt voor uw input en medewerking!
De artsen en verpleegkundigen van D20

PATIËNTVEILIGHEIDSKAART

Welke veiligheidsproblemen merkte u op?
Kruis het onderwerp aan & beschrijf
in de kader van onder.



	Beschrijving van het veiligheidsprobleem	Was er schade?	Indien er schade was, beschrijf a.u.b.
1.		JA / NEE	
2.		JA / NEE	
3.		JA / NEE	
4.		JA / NEE	

Bijlage 6: Patiëntveiligheidsfolder

Medicatie

Medicatie is een belangrijk onderdeel van een behandeling. Om veilig met uw medicatie te kunnen omgaan hebben we graag een duidelijk en volledig overzicht van alle medicatie (naam, dosis, frequentie) die u thuis neemt. Breng voldoende medicatie mee om de eerste 24 uur te overbruggen. Zorg ervoor dat deze medicatie in de originele verpakking zit. Uw arts zal bekijken welke medicatie u in het ziekenhuis mag verder nemen. U mag ook steeds gekende medicatie- en andere allergieën melden.

Soms is het mogelijk dat uw thuismedicatie er in het ziekenhuis anders uitziet, vraag gerust wat uitleg als dat het geval is. Ook voor andere vragen over uw medicatie staan we altijd voor u klaar.

Wanneer u in het ziekenhuis medicatie krijgt zullen we steeds uw identiteit controleren. Dit doen we omdat we er zeker van willen zijn dat we de juiste medicatie aan de juiste patiënt geven.

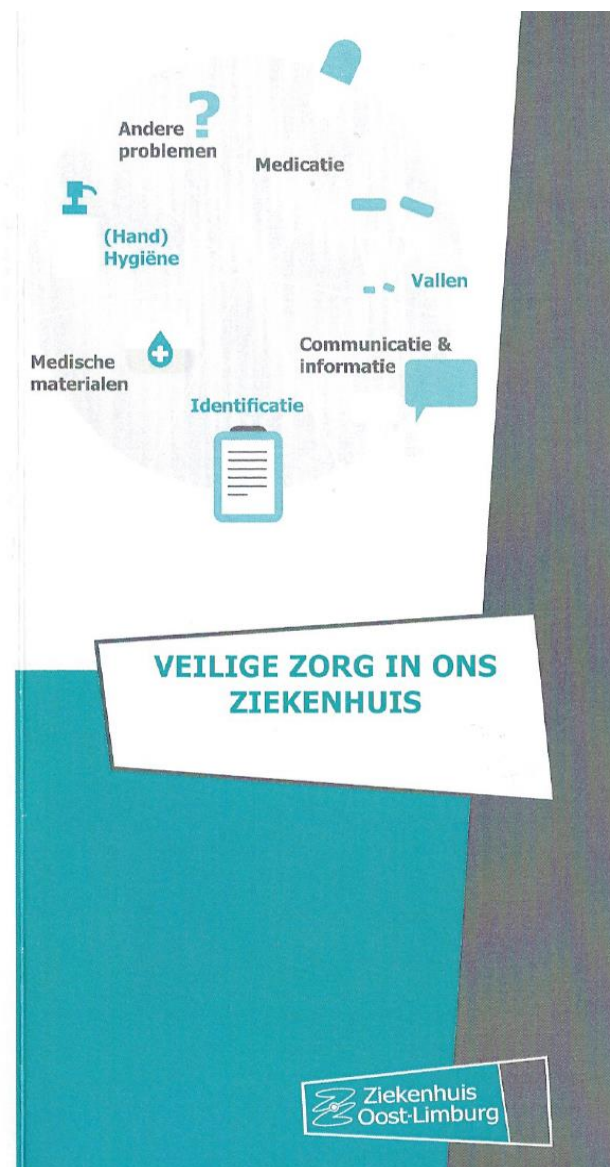


□ Campus Sint-Jen
Schiepse Bos 6
B 3600 Genk

□ Campus Sint-Barbara
Bessemersstraat 47B
B 3620 Lanaken

□ Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

Ziekenhuis Oost-Limburg | Folder: Patiëntveiligheid in het ZOL | Inhoudsopgavevoordrager: cd | versie 1.1 | februari 2016





Patiëntenidentificatie

Omdat we u de juiste en veilige zorg willen bieden is het belangrijk dat we steeds weten wie u bent. Daarom krijgt u bij opname een identificatiebandje met uw gegevens. Het is belangrijk dat de juiste gegevens op dit bandje staan en dat u dit gedurende uw hele verblijf draagt.

Voor behandelingen en onderzoeken zullen we uw identiteit extra controleren door uw naam, voornaam en geboortedatum te vragen. Dit doen we om misverstanden of onduidelijkheden te voorkomen. Wees niet bang om het aan te geven als u verward wordt met een andere patiënt.



Vallen

Valincidenten zijn een veel voorkomend probleem in het ziekenhuis. Samen met u doen we er alles aan om dit te voorkomen. We geven u graag enkele tips:

- Houd de bel en voorwerpen die u vaak nodig heeft binnen handbereik.
- Sta traag recht om duizeligheid te voorkomen.
- Loop niet op blote voeten of kousen.
- Sta niet op zonder begeleiding indien u niet zo goed te been bent.
- Doe het licht aan als het donker is.
- Draag geen kleren die over de grond slepen.
- Laat geen zaken rondslingeren waarover u kan struikelen of uitglijden.
- Draag bij voorkeur schoenen met:
 - een sluitingsmechanisme
 - een gesloten hiel
 - een reliëf onder de zool

Daarnaast doen wij er alles aan om ook uw omgeving zo veilig mogelijk te maken, zo worden bijvoorbeeld natte vloeren gesignaleerd met een waarschuwingsbord en zullen we uw bed altijd in de laagste stand plaatsen.



(Hand)Hygiëne



Zuivere en verzorgde handen en nagels zijn een belangrijke factor in het voorkomen van ziekenhuisinfecties. Daarom dragen artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners geen ringen, armbandjes of horloges. Ook lange nagels, gelnagels of nagellak zijn niet toegestaan.

Om er zeker van te zijn dat onze handen zuiver zijn, ontsmetten we onze handen bij elk contact. U mag er ons aan herinneren als we het vergeten.

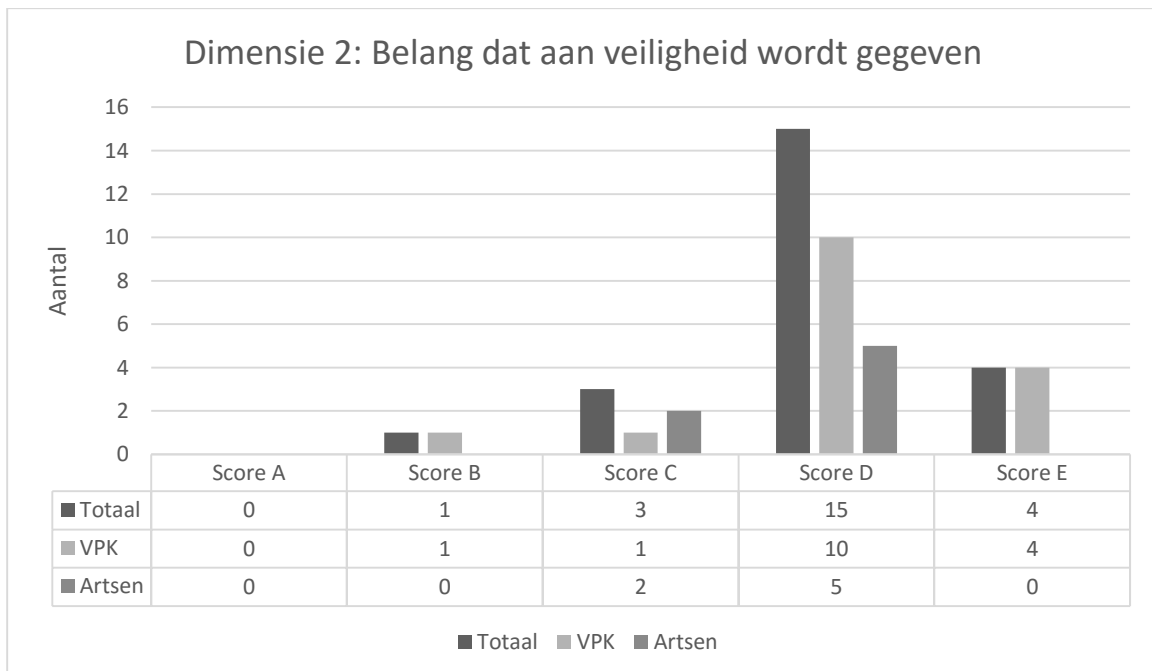
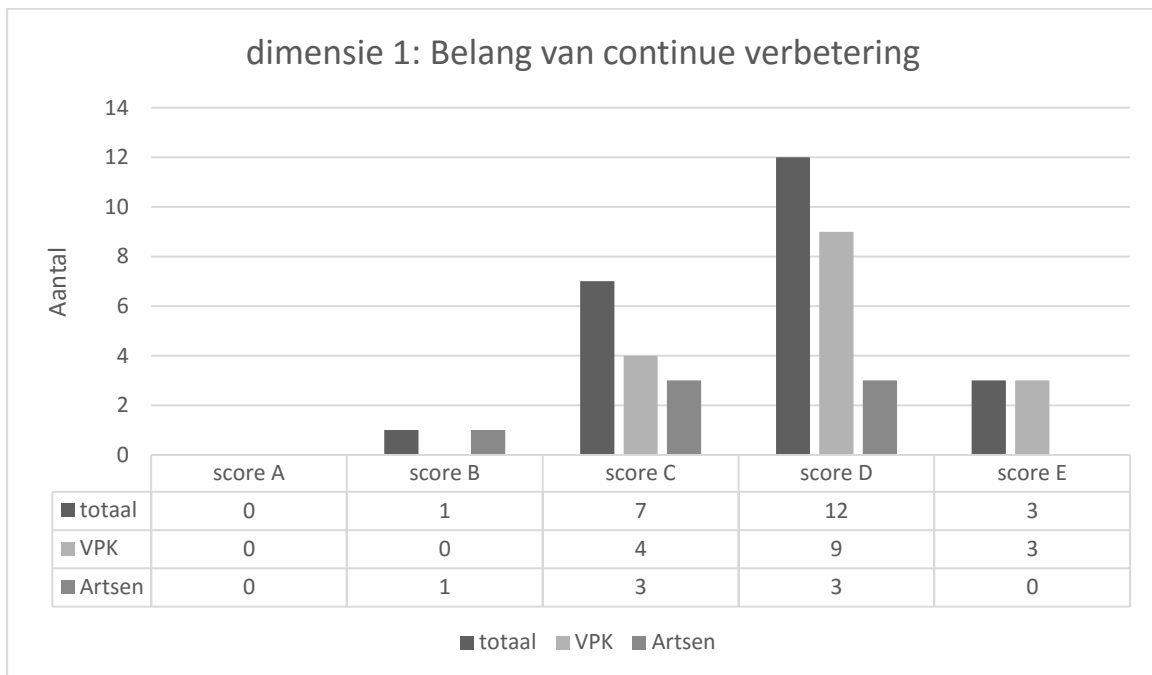


Communicatie & informatie

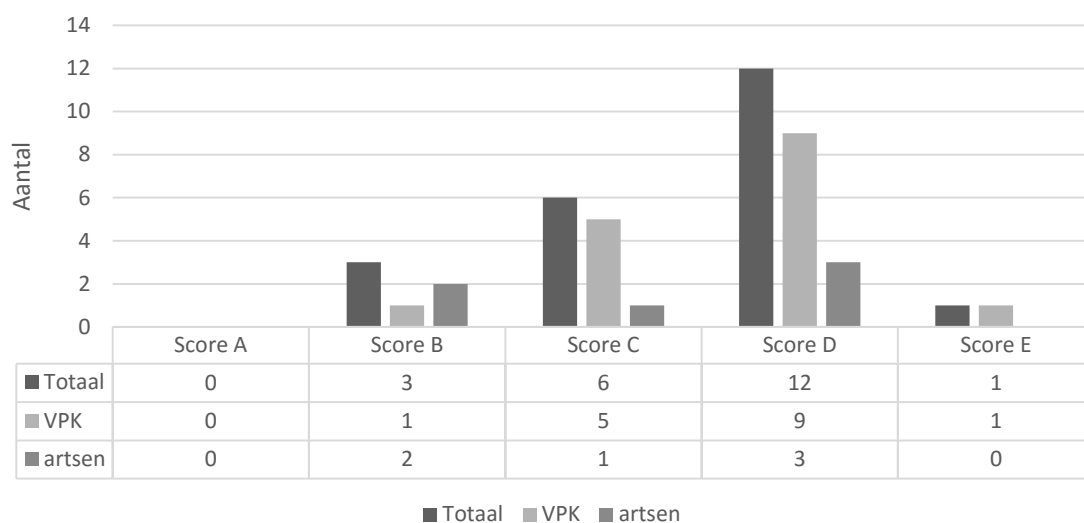
Tijdens uw verblijf zullen we u zo goed mogelijk informeren over uw behandeling, diagnose en herstel. Aarzel niet om uw vragen te stellen.

De artsen en verpleegkundigen van uw afdeling zullen elkaar regelmatig over uw toestand en herstel informeren. Zo proberen we ervoor te zorgen dat u altijd eenduidige informatie krijgt en dat iedereen op de hoogte is van afspraken en plannen.

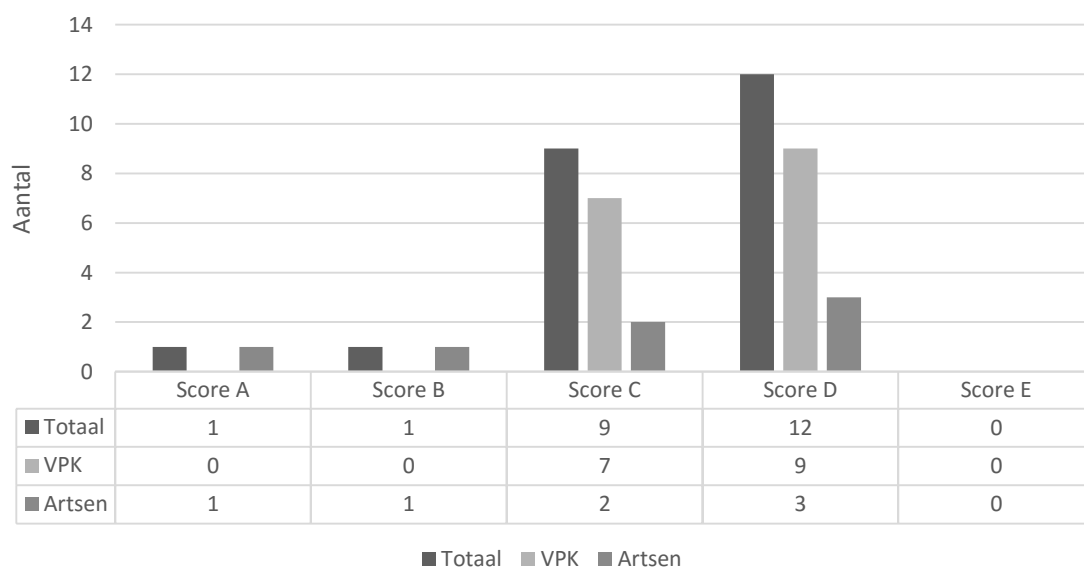
Bijlage 7: Resultaten veiligheidscultuurmeting, nulmeting



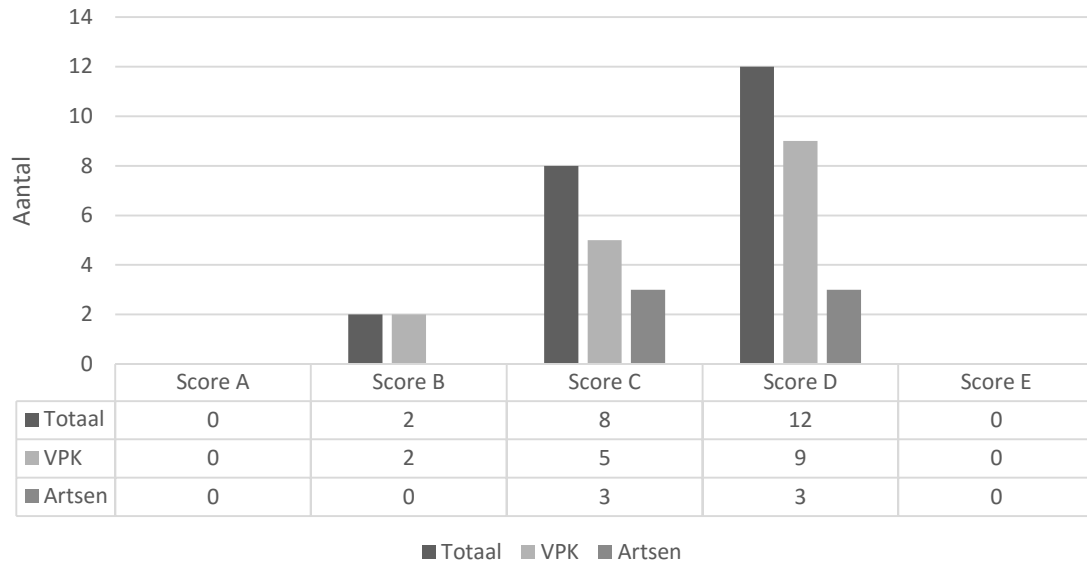
Dimensie 3: Systeemfouten en individuele verantwoordelijkheid



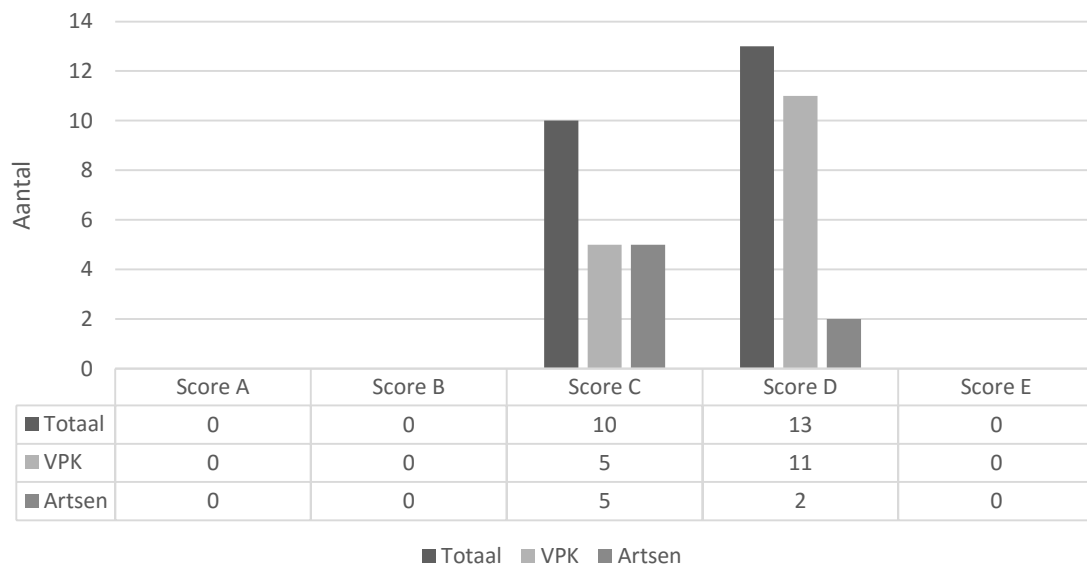
Dimensie 4: Registratie van incidenten en best practice



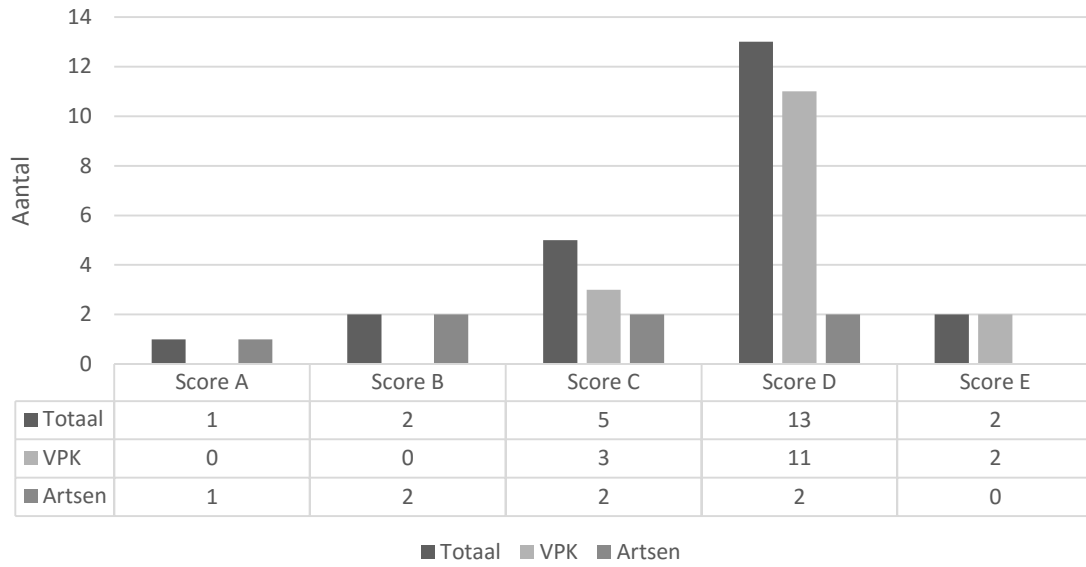
Dimensie 5: Evaluatie van incidenten en best practice



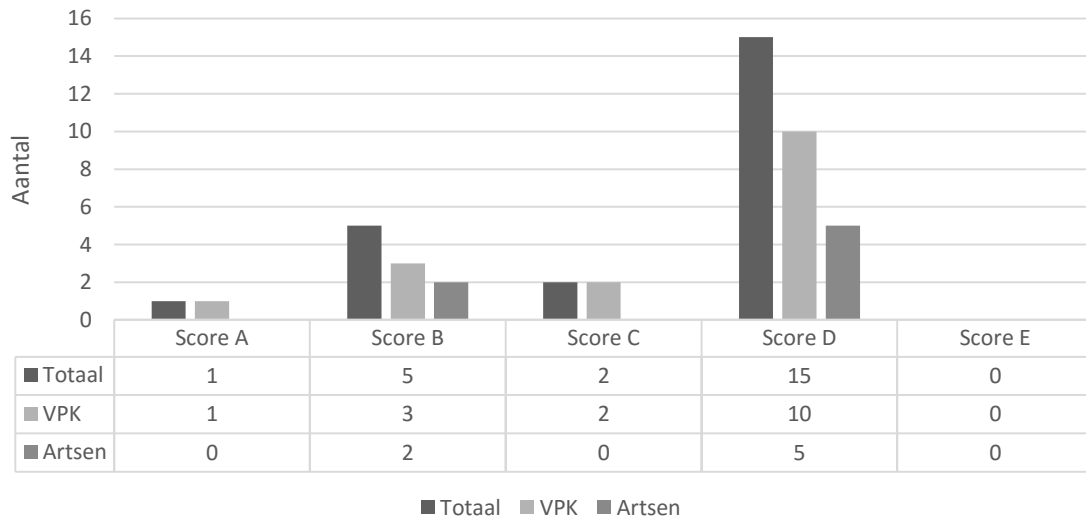
Dimensie 6: Leren en implementeren van verandering



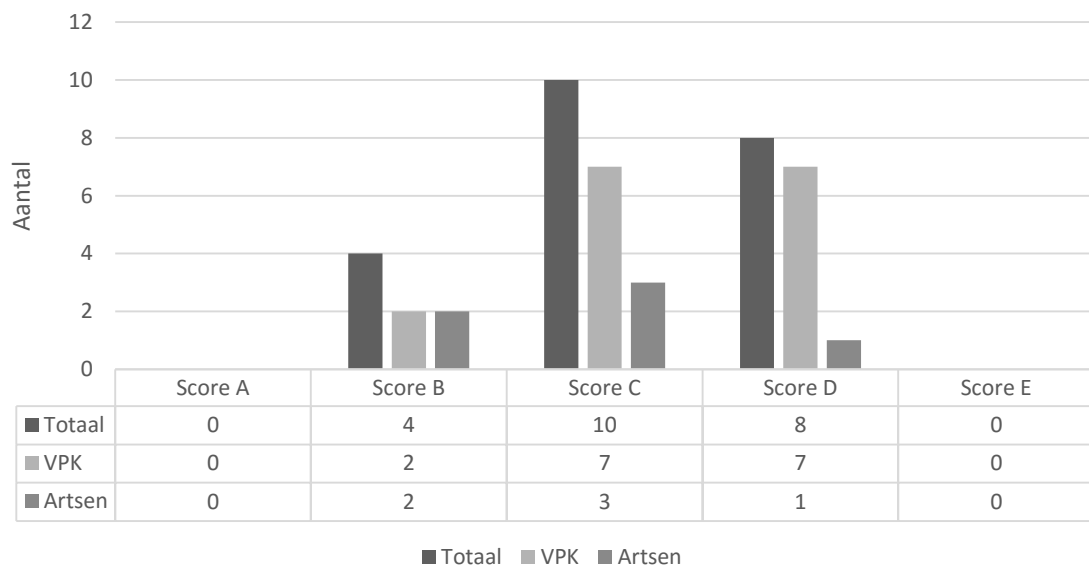
Dimensie 7: Communicatie over veiligheidsproblemen



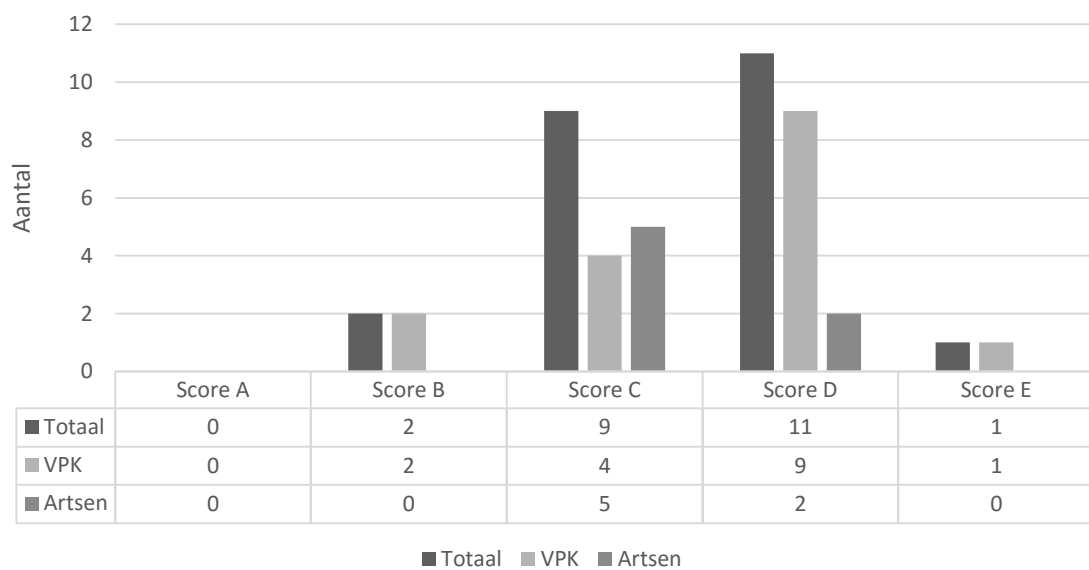
Dimensie 8: Personeelsmanagement en veiligheidsproblemen



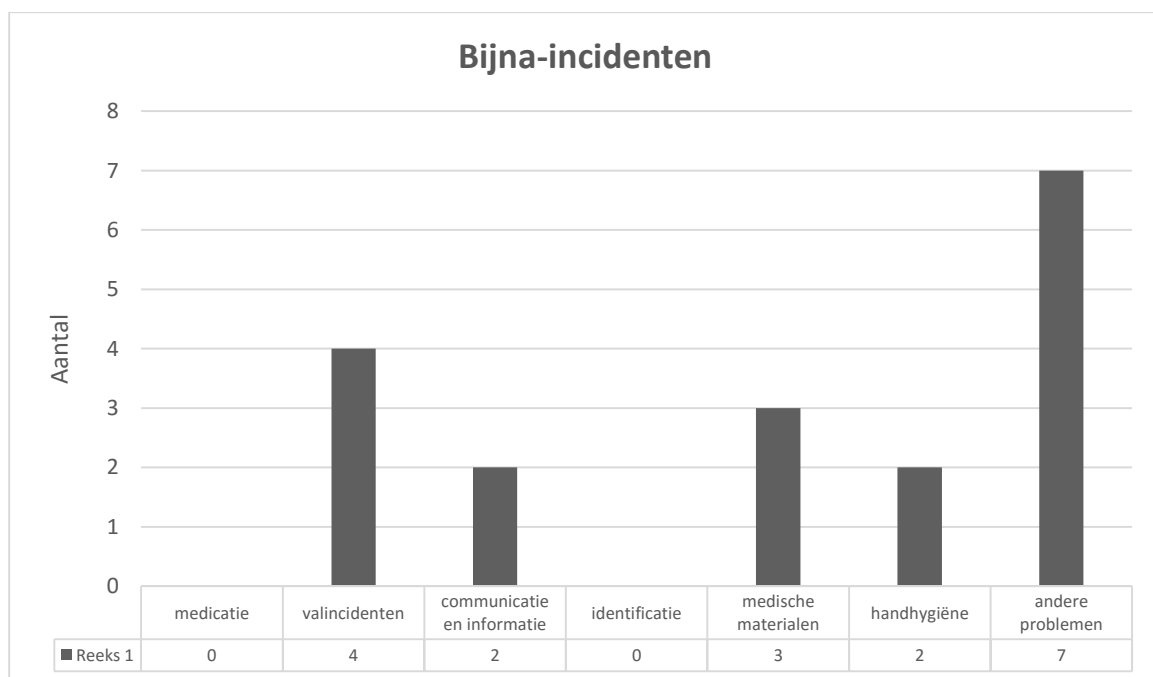
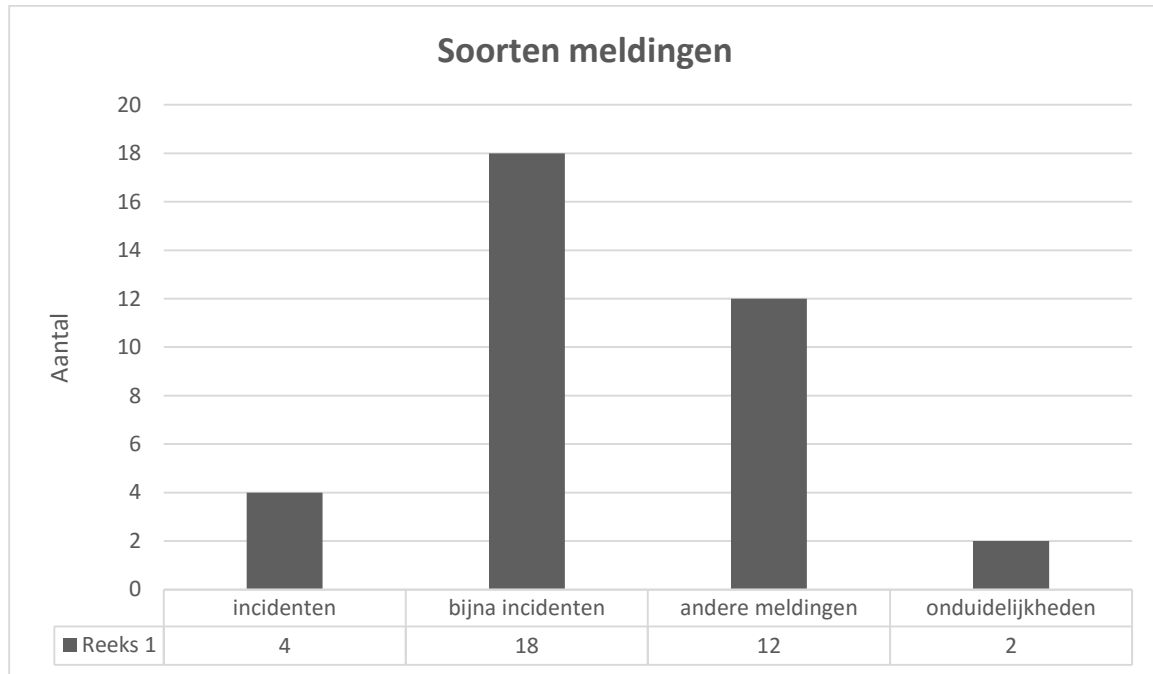
Dimensie 9: Opleiding en training van personeel



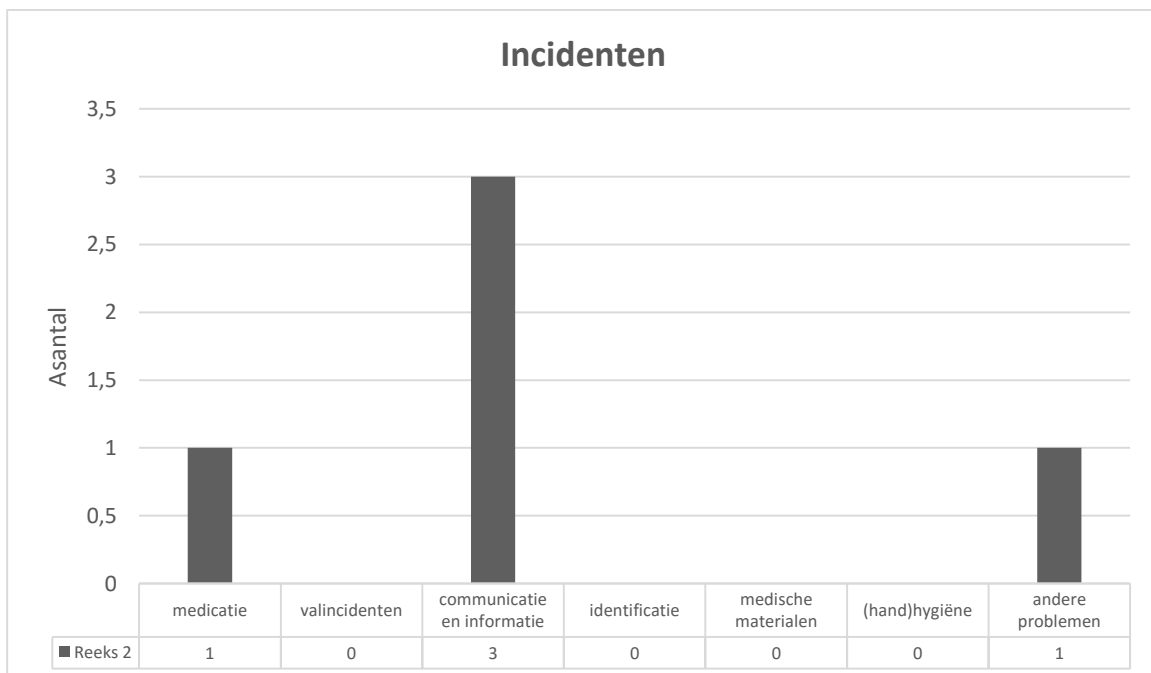
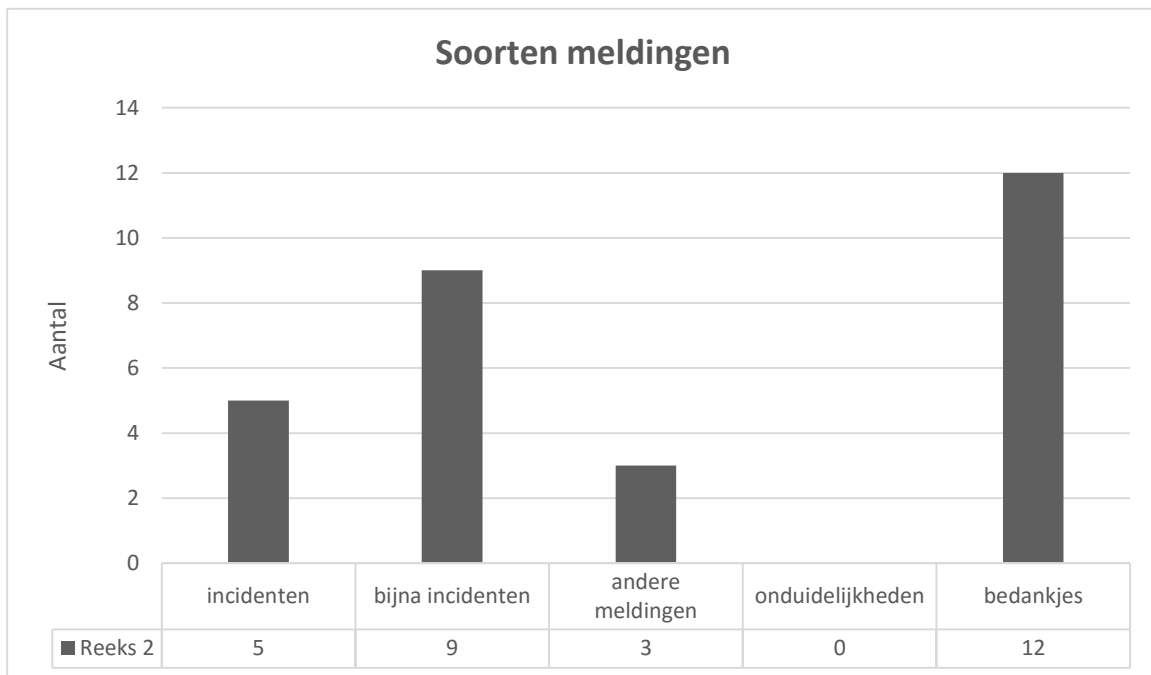
Dimensie 10: Werking van het team

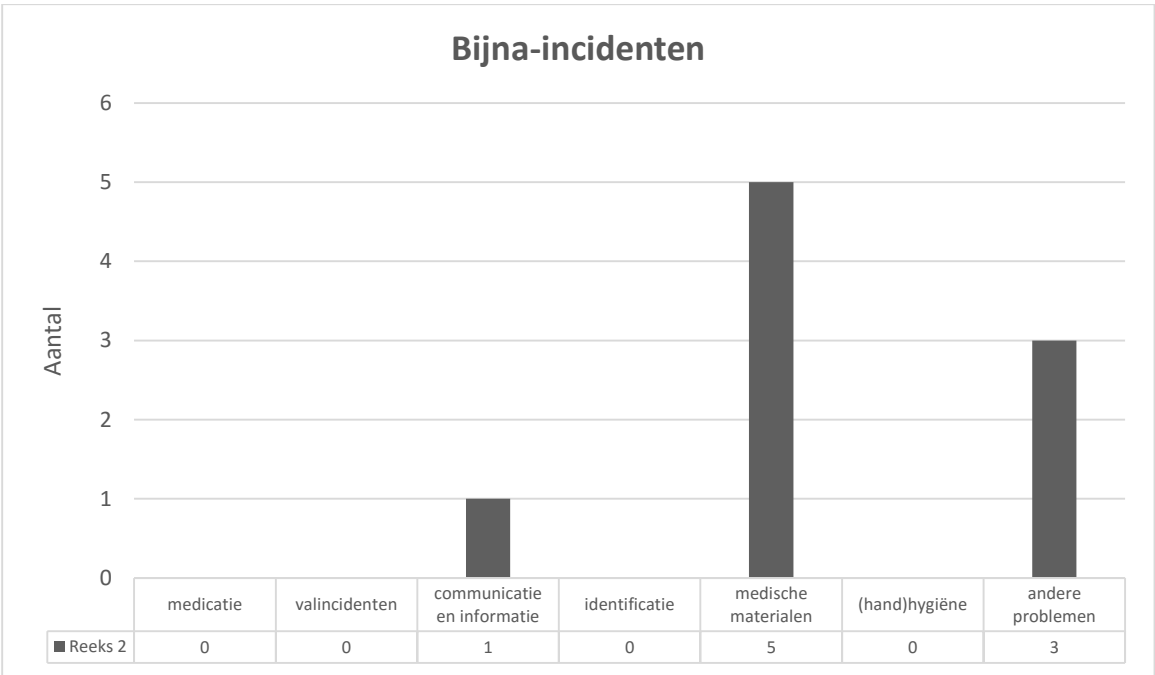


Bijlage 8: Input veiligheidskaarten van de eerste periode

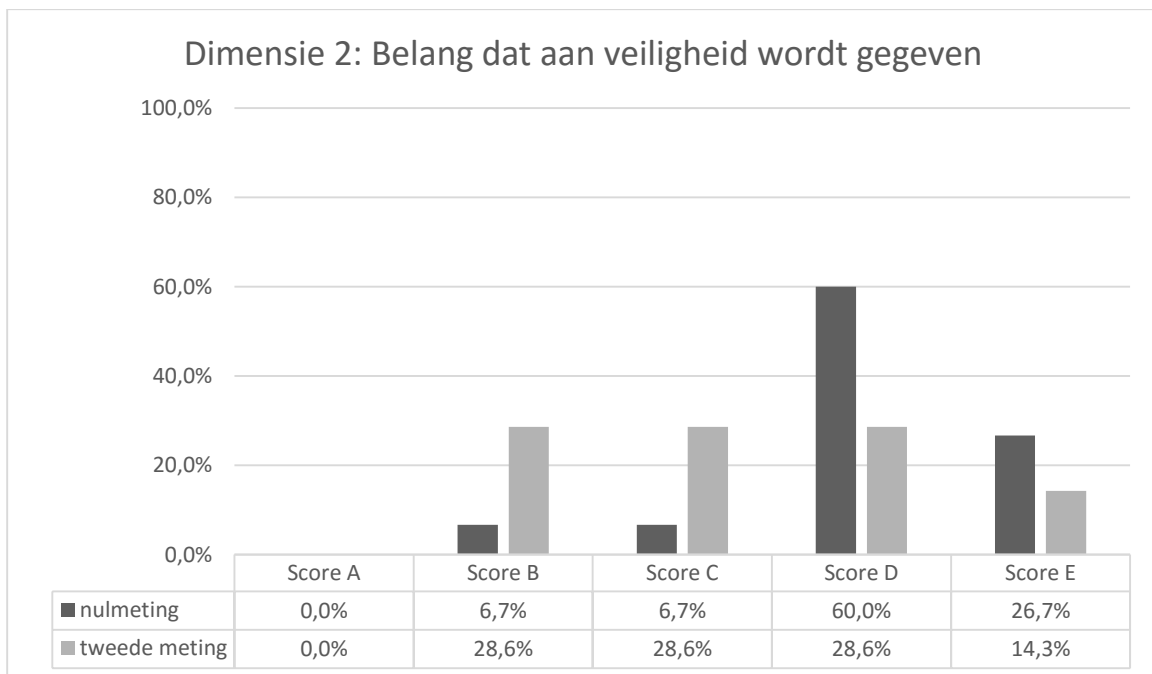
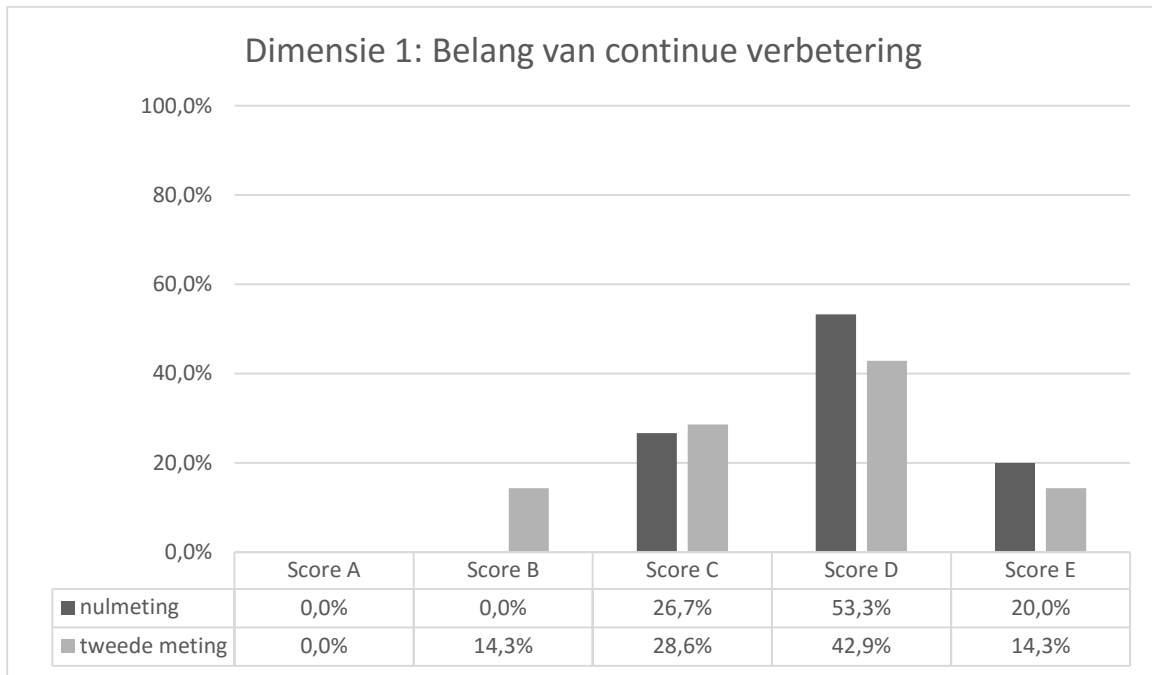


Bijlage 9: Input veiligheidskaarten van de tweede periode

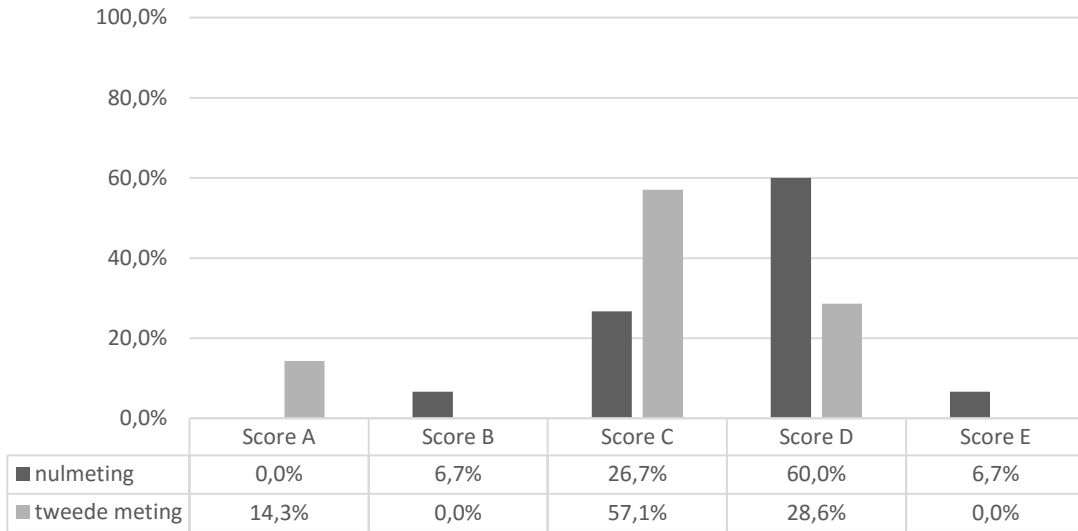




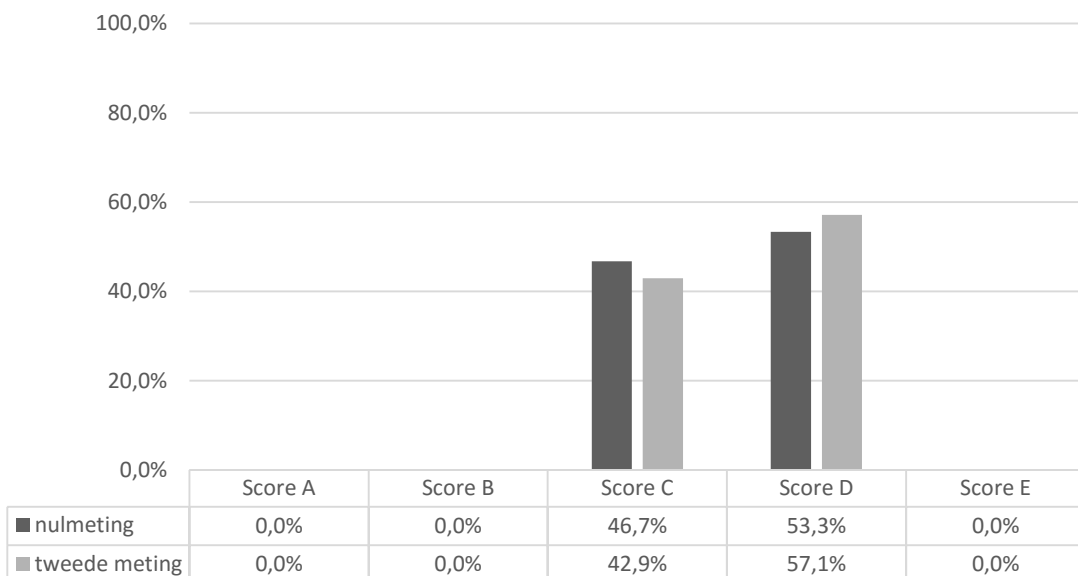
Bijlage 10: Vergelijking resultaten veiligheidscultuurmetingen



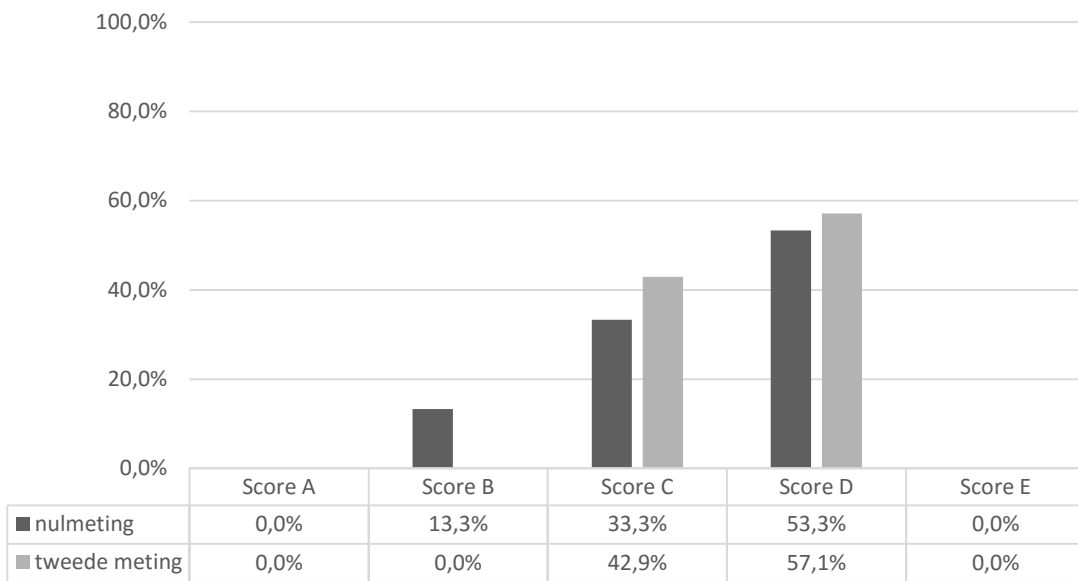
Dimensie 3: Systeemfouten en individuele verantwoordelijkheden



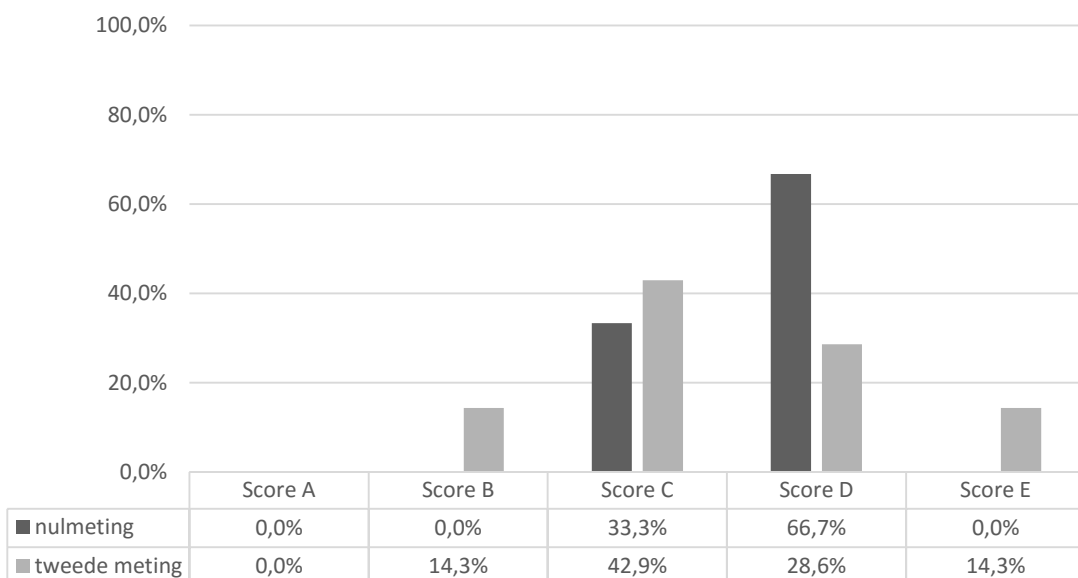
Dimensie 4: Registratie van incidenten en best practice



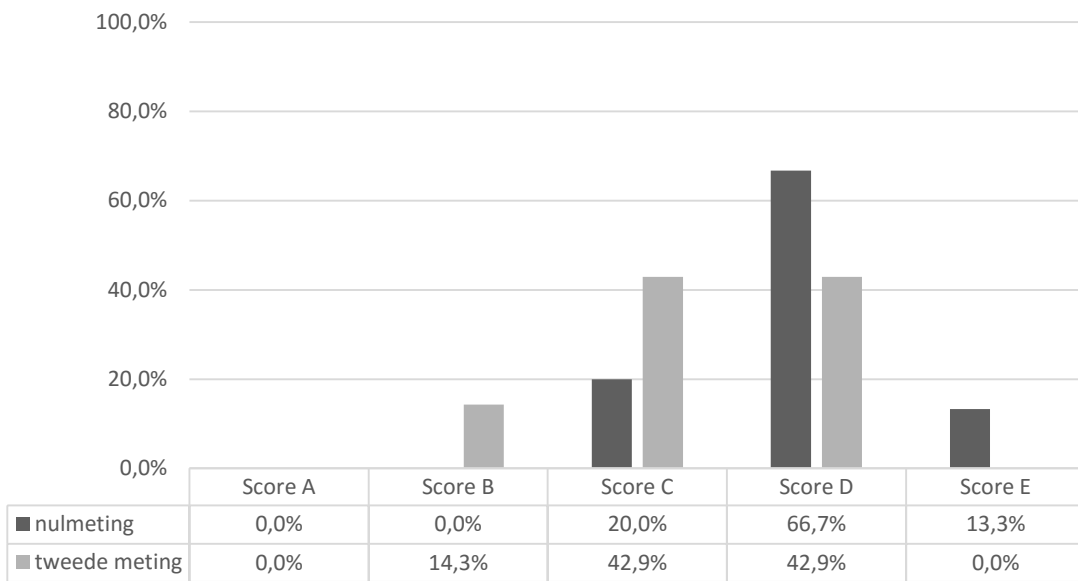
Dimensie 5: Evaluatie van incidenten en best practices



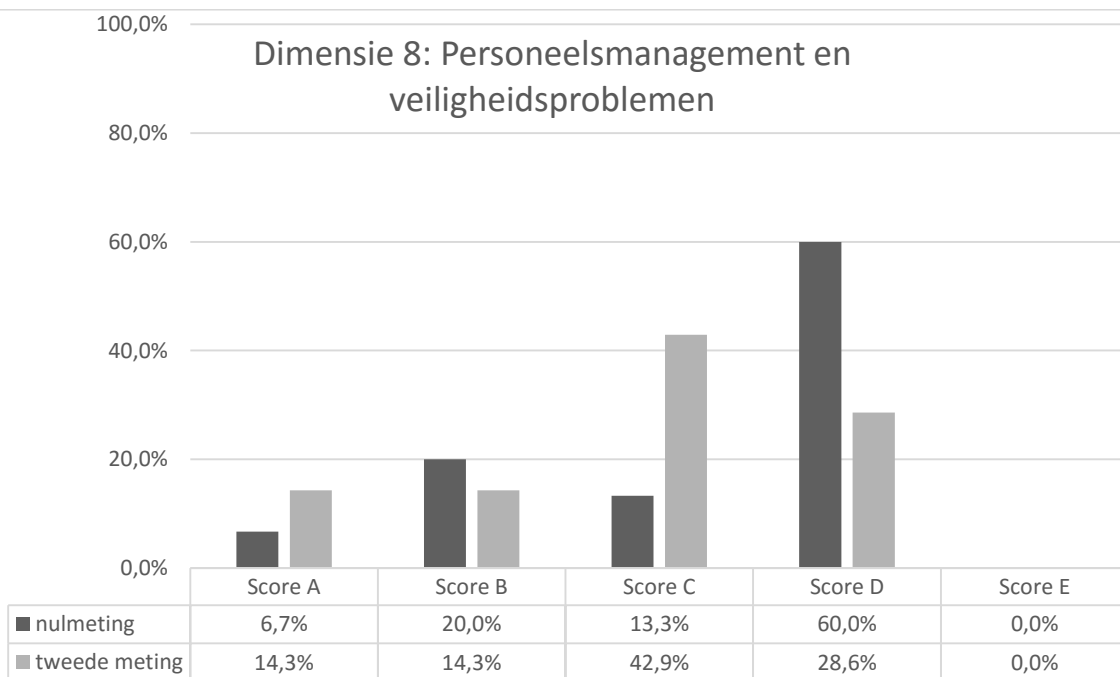
Dimensie 6: Leren en implementeren bij veranderingen



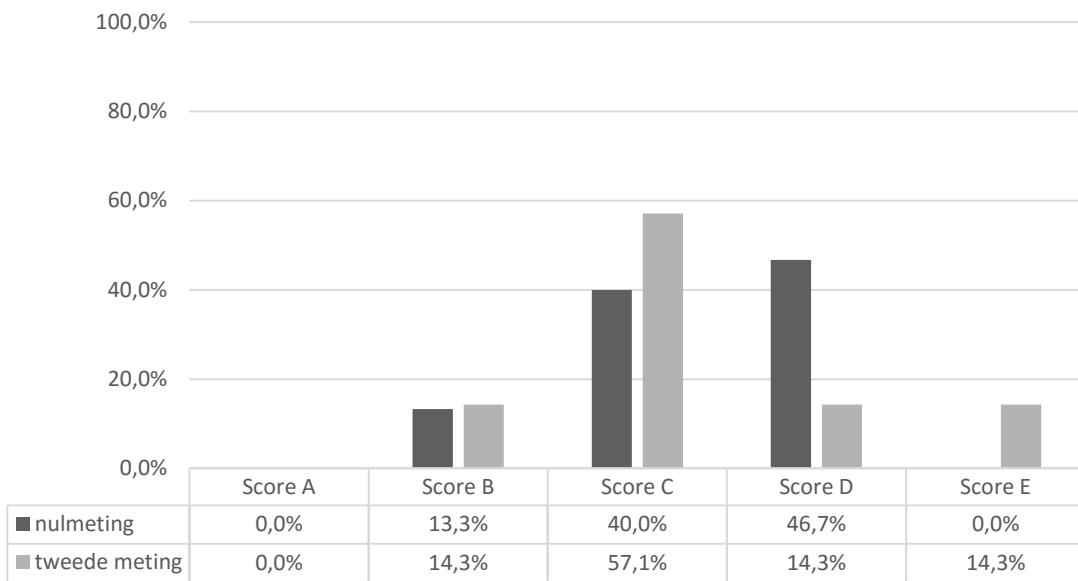
Dimensie 7: communicatie over veiligheidsproblemen



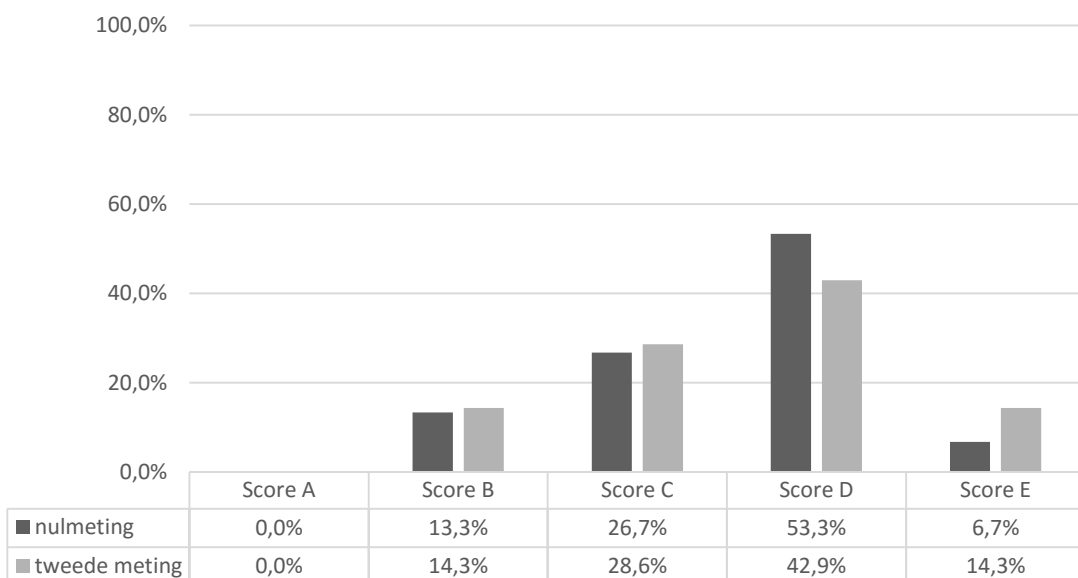
Dimensie 8: Personeelsmanagement en veiligheidsproblemen



Dimensie 9: Opleiding en training personeel



Dimensie 10: Werking van het team



Bibliografie

- AI werkt.* (sd). Opgeroepen op 11 01, 2016, van AI werkt:
<http://www.aiwerkt.be/nl/content/pages/home.aspx>
- AI werkt.* (sd). Opgeroepen op 11 03, 2016, van waarderend onderzoek:
<http://www.aiwerkt.be/nl/content/pages/topic.aspx>
- Armitage, G., Giles, S., Lawton, R., Mc Eachan, R., O'Hara, J., Parveen, S., . . . Wright, J. (2014, 14 05). Developing a reliable and valid patient measure of safety in hospitals (PMOS): a validation study. *BMJ Qual Saf*, 23, 565-573. Opgeroepen op 15 12, 2015
- Bal, R., Grit, K., & van de Bovenkamp, H. (2008). *Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Opgeroepen op 12 03, 2016, van I BMG instituut Beleid & Management Gezondheidszorg:
[file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/rapport_ibmg_patiëntenparticipatie\[1\]\[1\].pdf](file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/rapport_ibmg_patiëntenparticipatie[1][1].pdf)
- Barrett, F. J., & Fry, R. E. (2008). *Appreciative Inquiry, A positive Approach to building cooperative capacity*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Bijl, A., Binkhorst, T., Timmers, M., & van Veenendaal, H. (2006). *Praktijkboek patiëntveiligheid* (1 ed.). (v. E. J.J.E., W. van Harten, J. Kievit, A. Mintjens-de Groot, A. Molendijk, W. Schellekens, & S. Smorenburg, Red.) Zeist, Nederland: Pre Press. Opgeroepen op 12 01, 2016, van http://download.springer.com/static/pdf/222/chp%253A10.1007%252F978-90-368-1100-2_10.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-90-368-1100-2_10&token2=exp=1459802531~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F222%2Fchp%25253A10.1007%252F978-90-3
- Binkhorst, T., Pasma, E., & Lobenstein, S. (Red.). (2009). *kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO*. Opgeroepen op 12 11, 2015, van Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis, Een handboek: http://www.haring.nl/download/literatuur/Handboek_patiëntenparticipatieCBO.pdf
- Cuyvers, G. (2007). *Zorgen voor kwaliteit* (6 ed.). Leuven, Vlaams-Brabant, België: Lannoo Campus. Opgeroepen op 08 12, 2015
- Diependaele, S. (2013-2014). Patiëntveiligheid in ziekenhuizen, lessen uit de luchtvaartsector. Oost-Vlaanderen, België. Opgeroepen op 03 01, 2016, van http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/165/124/RUG01-002165124_2014_0001_AC.pdf
- FOD. (2006, 13 07). Opgeroepen op 04 11, 2015, van FODkoninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 17bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige betreft:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1987080732&table_name=wet

- FOD, *Volksgesondheid*. (sd). Opgeroepen op 11 11, 2015, van patiëntveiligheid:
http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_-_9_vragen_missie_patient_safety.pdf
- FOD, *volksgesondheid*. (2012). Opgeroepen op 30 10, 2015, van health belgium:
http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2012_-_kwaliteit_en_patiëntveiligheid_in_belgische_ziekenhuizen.pptx
- FOD, *Volksgesondheid*. (2016, 20 04). Opgeroepen op 22 04, 2016, van patiëntveiligheid:
<http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patiëntveiligheid/eerste-meerjarige>
- FOD, *Volksgesondheid*. (2016, 12 01). Opgeroepen op 01 02, 2016, van kwaliteit van de zorg en veiligheid van de patiënt: <http://www.health.belgium.be/nl/kwaliteit-van-de-zorg-en-veiligheid-van-de-patient-de-ziekenhuizen>
- Gelders, C., Jacob, B., Spruytte, N., Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2010). *Lucas, KU Leuven*. Opgeroepen op 23 10, 2015, van Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten:
https://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2010_7_ET_CG_NS_BJ_CVA_Participatie%20in%20TP.pdf
- Hellings, J. (2009, 19 05). Patient safety in hospitals: an evaluation study with a focus on medication safety. Leuven, Vlaams Brabant, België. Opgeroepen op 12 01, 2016, van Patient safety in hospitals: an evaluation study with a focus on medication safety
- Hellings, J. (2009). *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen*. Mechelen, België: Kluwer. Opgeroepen op 09 10, 2015
- jaarverslag 2008 ziekenhuis in beweging*. (2008, 31 12). Opgeroepen op 06 03, 2016, van algemeen ziekenhuis Sint-Maarten:
http://www.azsintmaarten.be/WebFiles/AZSintMaarten/Documents/nieuwsbrief_jaarverslag.pdf
- Joeri, K., & Tjepkema, S. (Red.). (2012). *Appreciative Inquiry: Veranderen met energie*. Opgeroepen op 03 11, 2016, van Kessels & Smit the learning company: http://www.kessels-smit.be/files/Artikel_2012_-_tjepkema_kabalt_-_appreciative_inquiry_spreads.pdf
- Kimpen, S. (2016). *Maak het gras groener aan je eigen kant*. langstrump appreciative coaching, Hasselt, Limburg, België. Opgeroepen op 21 04, 2016
- Kotter, J. (1997). *leiderschap bij verandering* (21 ed.). (P. Carla, Vert.) Den Haag, Nederland: BIM Media B.V. Opgeroepen op 30 03, 2015
- Kotter, J., & Rathgeber, H. (2005). *Onze ijsberg smelt* (21 ed.). (P. Inez, Vert.) Amsterdam/Antwerpen, Nederland/België: Business Contact,. Opgeroepen op 06 02, 2015
- Lachman, P., Linkson, L., Evans, T., Clausen, H., & Hothi, D. (2015). Developing person-centred analysis of harm in a paediatric hospital: a quality improvement report. *BMJ Qual Saf*, 24,

- 337-344. Opgeroepen op 15 11, 2015, van <http://qualitysafety.bmj.com/content/24/5/337.full?sid=2f8af4c9-edc0-447e-8875-b1db3d12d4dc>
- Maagdenberg, F. (2008). Coachen volgens waarderende coachingprincipes. *Coachen volgens waarderende coachingprincipes*, 127. Twente, Nederland: The learning company Kessels & Smit. Opgeroepen op 05 02, 2016, van http://www.lerendoorwaarderen.nl/wp-content/uploads/2008/09/29-08-2008-afstudeeronderzoek_frederieke_maagdenberg.pdf
- Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. (2006). Opgeroepen op 03 11, 2015, van National Patient Safety Agency: [file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/NRLS-0199-MaPSaF-acute-2006-v1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/NRLS-0199-MaPSaF-acute-2006-v1%20(1).pdf)
- Masselink, R., van den Nieuwenhof, R., de Jong, J., & van Iren, A. (2008). *Waarderend organiseren: Appreciative Inquiry: co-creatie van duurzame verandering* (1 ed., Vol. deel I). (J. C. de jong, & R. van den Nieuwenhof, Red.) Nederland: Gelling Publishing. Opgeroepen op 02 11, 2016
- Organizing and Conducting Focus Groups*. (2008). Opgeroepen op 03 03, 2016, van I-Tech Technical Implementation Guide: [file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/TIG%201%20Focus%20Groups%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/TIG%201%20Focus%20Groups%20(1).pdf)
- Patiënt Incident Melden*. (2016, 15 12). Opgehaald van vms zorg: <http://patientenparticipatie.vmszorg.nl/index.php/patient-incident-melden>
- Patiëntenparticipatie: een handleiding voor het ziekenhuis*. (2011). Opgeroepen op 15 12, 2015, van Vlaams Patiëntenplatform vzw: [file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/Patientenparticipatiehandleiding%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Luc%20Mertens/Downloads/Patientenparticipatiehandleiding%20(2).pdf)
- Posma, E., Salfischberger, Y., & van der Schrieck, E. (2009). *De rol van de cliënt in patiëntveiligheid een must, geen wenselijkheid*. ZonMw. Nederland: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Opgeroepen op 22 01, 2016, van <http://www.sin-nl.org/pdfs/14%2012%2009%20Rapport%20Rol%20client%20patient%20bij%20patientveiligheid.pdf>
- Praktijkids Veilig Incident Melden*. (2009). Opgeroepen op 22 01, 2016, van VMS zorg: http://www.vmszorg.nl/_library/5542/web_2009.0106_praktijkids_vim.pdf
- Schaufeli, W. (2015). Van burnout tot bevlogenheid. *Van burnout tot bevlogenheid*, 17. Opgeroepen op 16 11, 2015, van https://bb.pxl.be/bbcswebdav/pid-982796-dt-content-rid-1451079_1/courses/BAMA-1516-BAZGM-5537/Artikel%20Wilmar%20Schaufeli%20Leiderschap%28sontw%29%20%28ACV%21%29%2C%20psychol%20kapitaal%2C%20burn-out%20tot%20bevlogenheid%20-%20KUL%20en%20Universiteit%20U
- Skipr*. (2012, 30 12). Opgeroepen op 16 01, 2016, van Goed voorbeeld leiding verbetert patiëntveiligheid: <http://www.skipr.nl/actueel/id12037-goed-voorbeeld-leiding-verbetert-patintveiligheid.html>

- Smith, R. (2001). *reducing medical error or increasing patient safety*. Opgeroepen op 25 01, 2016, van University of Pittsburgh: <http://www.pitt.edu/~super7/14011-15001/14971.ppt>
- Van Daele, P., & Van de Velde, A. (2009, 25 05). *Top in Zorg*. Opgeroepen op 28 12, 2015, van Retrospectieve analyse van incidenten in het acuut ziekenhuis: <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/17368549.pdf>
- Vlaams patiëntenplatform. (2012, 21 11). Opgeroepen op 12 12, 2015, van patiëntveiligheid: http://vlaamspatiëntenplatform.be/uploads/documents/Standpunttekst_Patintveiligheid_VP_P_2012.pdf
- Vlayen, A., & Vleugels, A. (2007). *Onderzoek naar patiëntveiligheid in de belgische ziekenhuizen, met bijzondere aandacht voor de reductie van het risico op medicatiefouten*. eindrapport, K.U. Leuven, ziekenhuis- en verplegingswetenschappen, Leuven. Opgeroepen op 02 01, 2016, van <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/12920472.pdf>
- Ward, J., & Armitage, G. (2012, 13 05). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf*, 21, 685-699. Opgeroepen op 04 12, 2015
- World Health Organization. (sd). Opgeroepen op 03 01, 2016, van patiëntveiligheid: <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>
- ZOL. (2012). *opdracht, missie en visie ZOL*. Opgeroepen op 12 12, 2014, van ZOL: <http://www.zol.be/opdracht-missie-visie>