



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

Coaching van diverse teams bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie.

**Afstudeerproject
voorgedragen door:**

Nathalie Gielen

Promotor: Joke Vanlangenaeker

Inhoudsdeskundige: Karla Briers

Viviane Maesen

Academiejaar 2015-2016

Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement



Coaching van diverse teams bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie.

Woord vooraf

Voor u ligt de bachelorproef “Coaching van diverse teams bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie.”

Deze bachelorproef kadert in de opleiding tot het behalen van het diploma bachelor-na-bachelor (BANABA) Zorgmanagement aan de PXL te Hasselt.

Het project is uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost-Limburg waar ik als verpleegkundige in de mobiele equipe tewerkgesteld ben. Samen met de zorgcoördinatoren, tevens ook de inhoudsdeskundigen, werd er gezocht naar een project dat binnen korte termijn opgestart zou worden in het ziekenhuis. Tegelijk zou ik binnen dit project mijn leiderschapscapaciteiten verder kunnen ontwikkelen.

Bij aanvang van dit project is er naast de inhoudsdeskundigen een promotor aangewezen die mij ondersteund heeft in het verwezenlijken van dit project. Zij hebben steeds mijn vragen beantwoord zodat ik verder kon met het uitwerken van mijn project.

Bij deze wil ik graag mijn promotor Joke Vanlangenaeker en de inhoudsdeskundigen Karla Briers en Viviane Maesen bedanken voor hun fijne begeleiding en steun tijdens deze bachelorproef.

Daarnaast wil ik de drie betrokken leidinggevenden bedanken om mij de ruimte en de mogelijkheid te geven om mijn leiderschapscapaciteiten te ontwikkelen.

Een woord van dank aan mijn direct leidinggevende, Theo Thomassen, die mij de kans heeft gegeven om de opleiding te volgen en voor het geloven in mijn capaciteiten.

Verder wil ik de leerkrachten en coaches van de opleiding bedanken om hun wijsheid met de groep te delen en mij te brengen tot waar ik nu sta.

Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken om in mij te geloven en er steeds voor mij te zijn wanneer het schrijven van deze bachelorproef begon door te wegen. Jullie morele steun heeft veel voor mij betekend.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Nathalie Gielen
Peer, 20 augustus 2016

Inhoudsopgave

Woord vooraf	2
Inhoudsopgave	3
Overzicht van Afbeeldingen, Grafieken en Kaders	5
Abstract	6
1 Onderwerp	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Achtergrond informatie	7
1.2.1 De organisatie	7
1.2.2 Patiëntveiligheid	9
1.2.3 Valpreventie	9
1.2.4 Nieuw protocol valpreventie	11
1.3 Probleemstelling	12
1.4 Rolomschrijving	12
2 Het theoretisch kader	13
2.1 Succesvolle implementatie: organisatorische aspecten	13
2.1.1 Implementeren: gebruik van modellen	14
2.1.1.1 Het 8 stappen plan van John Kotter	14
2.1.1.2 De PDCA cyclus (Plan Do Check (re)Act cyclus)	16
2.2 Succesvolle implementatie: menselijke vaardigheden	18
2.2.1 Competenties leidinggevende	18
2.2.2 Leiderschap	18
2.2.2.1 Participatieve stijl	21
2.2.2.2 Coachende stijl	21
2.2.3 Betrokkenheid van het team	22
2.3 Besluit theoretisch luik	24
3 Praktisch deel	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Evaluatiemethodiek	25
3.3 Onderzoeksvraag	27
3.4 Methode	27
3.5 Beschrijving van de betrokken afdelingen	27
3.5.1 De afdeling inwendige geneeskunde (afdeling A)	27
3.5.2 De afdeling heelkunde (afdeling B)	28
3.5.3 De afdeling geriatrie (afdeling C)	29
3.6 Implementatie op basis van het veranderingsmodel van John Kotter met inpassing van de PDCA cyclus	30
3.6.1 Stap 1: Creëren van urgentie.	30
3.6.2 Stap 2: Oprichten van een leidend team	30
3.6.3 Stap 3: Het creëren van een nieuwe visie en strategie.	30
3.6.4 Stap 4: Het creëren van draagvlak en betrokkenheid.	31
3.6.5 Stap 5: Verwijderen van obstakels of geef medewerkers de mogelijkheid om te handelen	32
3.6.6 Stap 6: Zorg voor korte termijnsuccessen en stap 7: Volhouden en bijsturen. .	33
3.6.6.1 Projectverloop per afdeling	34

3.6.7	Stap 8: Borg de verandering.....	46
3.6.7.1	Status borging van het nieuwe protocol valpreventie na 4 maanden	46
4	Besluit	51
4.1	Kan de implementatie van het nieuwe valpreventieprotocol succesvol beoordeeld worden? Is de ziekenhuisdoelstelling rond valpreventie behaald?	51
4.2	Antwoord op de onderzoeksvraag	53
5	Discussie	56
5.1	Algemeen.....	56
5.2	Begeleiding	57
6	Reflectie	59
7	Bibliografie	63
8	Bijlagen	65
8.1	Bijlage 1: Nieuw document valpreventie	65
8.2	Bijlage 2: Auditdocument valpreventie.....	66
8.3	Bijlage 3: Opvolgdocument valpreventie referentieverpleegkundigen	67

Overzicht van Afbeeldingen, Grafieken en Kaders

Afbeelding 1: Acht stappenplan John Kotter (Weustenraed, 2015).....	15
Afbeelding 2: PDCA-cyclus van W.E. Deming (De Sutter en Vandereyken ,2015)	17
Afbeelding 3: Drie essentiële componenten van leiderschap (Fransen, 2014).	19
Afbeelding 4: Interpersoonlijke cirkel, Vermeeren (2014).....	20
Grafiek 1: Overzicht van de opvolgmomenten op afdeling A	46
Grafiek 2: Overzicht van de opvolgmomenten op afdeling B	48
Grafiek 3: overzicht van de opvolgmomenten van afdeling C	49
Grafiek 4: Vergelijking tussen de drie diensten en het ziekenhuisgemiddelde.	52
Grafiek 5: samenvattende resultaten van de afdeling	53
Kader 1: Gehanteerd auditdocument in deze bachelorproef.....	26
Kader 2: Eerste opvolgdocument van afdeling A	34
Kader 3: Tweede opvolgdocument van dienst A.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 4: laatste opvolgdocument van dienst A.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 5: Eerste opvolgdocument van afdeling B	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 6: Tweede opvolgdocument van afdeling B.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 7: Laatste opvolgdocument van afdeling B.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 8: Eerste opvolgdocument van afdeling C	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 9: Tweede opvolgdocument van afdeling C.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 10: Laatste opvolgdocument van afdeling C.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Kader 11: Vierde opvolgmoment afdeling A.....	47
Kader 12: Vierde opvolgmoment afdeling B.....	48
Kader 13: Vierde opvolgmoment afdeling C	49

Abstract

ACADEMIEJAAR: 2015-2016

NAAM: Gielen

VOORNAAM: Nathalie

CONTACT: nathalie.gielen@belgacom.net

INHOUDSDESKUNDIGEN: Briers Karla en Maesen Viviane
Zorgcoördinatoren
Ziekenhuis Oost-Limburg

TITEL: Coaching van diverse teams bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie

ABSTRACT:

Achtergrond: Dit project beschrijft de praktijkervaring die een leidinggevende in opleiding beleeft heeft bij het implementeren van een nieuw protocol op drie verschillende verpleegafdelingen. Eerst wordt de werking van het ziekenhuis en het ontstaan van het protocol valpreventie geschetst. Hierna wordt in het theoretisch luik de gehanteerde modellen (J. Kotter en PDCA cyclus) en de meest geschikte leiderschapsstijl toegelicht. Vervolgens is er gekeken hoe er betrokkenheid gecreëerd kan worden bij het implementeren van een nieuw protocol. Tenslotte zijn de bevindingen uit de literatuur toegepast in de praktijk.

Doel: Het project 'implementatie van het nieuwe protocol valpreventie' geeft de mogelijkheid om de leiderschapscapaciteiten van een leidinggevende in opleiding te ontwikkelen.

Methode: De leidinggevende in opleiding heeft op drie afdelingen samen met de hoofdverpleegkundigen de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie begeleid. De leidinggevende zorgde voor ondersteuning van de hoofdverpleegkundigen en het team. Het procesverloop wordt omschreven aan de hand van het '8 stappen plan' van John Kotter. In de praktijk worden er op de afdelingen infomomenten gegeven, drie opvolgmomenten gepland en het traject wordt per afdeling afzonderlijk beschreven. De leidinggevende hanteert voor de begeleiding van de teams de PDCA cyclus en geeft adviezen.

Resultaat: De begeleiding verliep op de drie afdelingen grotendeels gelijkaardig. Uit de opvolgmomenten konden voor de drie afdelingen een aantal gelijkaardige adviezen gedistilleerd worden. Het doorlopen proces voor de implementatie van het protocol is voor elke afdeling verschillend. Het eindresultaat na zes maanden begeleiding is voor de drie afdelingen op hetzelfde niveau. Op elke afdeling is een positieve groei waar te nemen. Indien de afdelingen deze tendens continueren kan de implementatie als succesvol omschreven worden. Dit geeft dan de mogelijkheid om het protocol te borgen (stap 8 J. Kotter).

Conclusie: De begeleiding kan als een meerwaarde beschouwd worden voor alle partijen. De hoofdverpleegkundigen geven aan extra ondersteuning gehad te hebben. Zij konden het extra inzicht en de begeleiding waarderen. De teams zijn begeleid bij het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie. De leidinggevende heeft praktijkervaring opgedaan met de begeleiding van de drie teams. De leidinggevende heeft hierdoor enkele belangrijke competenties kunnen ontwikkelen en enkele besluiten kunnen trekken die van belang zijn voor in de toekomst.

TREFWOORDEN: coaching, leiderschapsstijlen, PDCA-cyclus, zelfdeterminatie theorie en John Kotter

1 Onderwerp

1.1 Inleiding

Het ontwikkelen van leiderschapscompetenties is de aanleiding van deze bachelorproef. Binnen de opleiding zorgmanagement worden er verschillende handvaten aangereikt om een goede leidinggevende te worden.

Met deze handvaten dient een leidinggevende in opleiding op zoek te gaan naar de eigen persoonlijke kwaliteiten en competenties om er later mee aan de slag te gaan. Dit zal de leidinggevende in staat stellen om een team te kunnen begeleiden in het behalen van doelstellingen die een organisatie vooropstelt zoals het leveren van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg.

De verkregen informatie tijdens de opleiding Zorgmanagement (BANABA) is de basis van deze bachelorproef. De bachelorproef geeft een leidinggevende in opleiding de mogelijkheid om ervaring op doen in het werkveld. Het doel van deze bachelorproef is het ontwikkelen en/of te versterken van leiderschapscompetenties.

Als onderwerp, voor het verder ontwikkelen van leiderschapscompetenties, werden de bestaande protocollen van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) gescreend. Uit de screening bleek dat het nieuwe protocol valpreventie er zich het beste toe leent om als leidinggevende in opleiding praktijkervaring op te doen.

Het protocol was bij aanvang van deze bachelorproef klaar om geïmplementeerd te worden op de verpleegafdelingen. Dit maakte dat de leidinggevende in opleiding aan de slag kon om op enkele verpleegafdelingen de teams te begeleiden bij de implementatie en het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie. Vandaar ook de keuze van dit thema als bachelorproef.

Wil een leidinggevende een implementatie op de afdeling met succes begeleiden, dan is het noodzakelijk om op zoek te gaan naar welke competenties nodig zijn om de implementatie tot stand te brengen.

Hiervoor is eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Er is op zoek gegaan naar de meest geschikte leiderschapsstijl en noodzakelijke competenties waarover een leidinggevende dient te beschikken om een team te begeleiden bij een implementatie.

Verder is er in de literatuur gekeken hoe een leidinggevende betrokkenheid bij een team kan creëren en/of verhogen. Daarnaast is er op zoek gegaan op welke manier het beste geëvalueerd wordt om na te gaan in hoeverre het protocol gebruikt wordt en hoe het toegepast wordt. Hieruit is gedistilleerd wat verder nog nodig is om de vooropgestelde doelstelling te behalen.

In het praktisch deel wordt de theoretisch bekomen kennis aangewend bij het begeleiden van drie teams bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie.

1.2 Achtergrond informatie

Allereerst is het van belang om de organisatie, het ZOL, toe te lichten. Daarnaast wordt patiëntveiligheid, valpreventie en tenslotte het ontstaan van het protocol valpreventie toegelicht.

Dit om een duidelijk beeld van het doorlopen proces te schetsen.

1.2.1 De organisatie

Het project is uitgevoerd in het ZOL, campus Sint-Jan.

Het ZOL bestaat uit drie campussen: Sint-Jan in Genk, Sint-Barbara in Lanaken en André Dumont in Waterschei (medisch centrum). De missie van het ziekenhuis luidt als volgt:

“Het Ziekenhuis Oost-Limburg is een supraregionaal algemeen ziekenhuis dat een volledig zorgpakket aanbiedt, 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.” (ZOL, z.j.).

In het kader van bovenstaande missie werkt het ZOL actief aan een beleid rond patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. Dit beleid wordt uitgewerkt met ondersteuning door de dienst kwaliteit en patiëntveiligheid van het ZOL. Deze dienst streeft naar een professionele en veilige ziekenhuiszorg, en dit op geïntegreerde en patiëntvriendelijke wijze voor alle patiënten. Om dit te verwezenlijken werkt de dienst aan verschillende kerndoelstellingen waarvan accreditering, kwaliteit en patiëntveiligheid slechts enkele voorbeelden zijn (ZOL, z.j.).

Het ZOL is al enkele jaren bezig met de voorbereiding om een accreditatielabel te behalen. Het ZOL heeft gekozen voor de Joint Commission International (JCI) als accreditatieorganisatie.

“Het Joint Commission International-kwaliteitslabel wordt enkel toegekend aan die ziekenhuizen die voor meer dan 1100 objectieve criteria een optimale score behalen. Internationale experts bekijken en evalueren ‘het zorgproces’ vanuit het oogpunt van de patiënt. Net die focus op de patiënt en het feit dat vele van onze artsen een internationaal curriculum hebben, gaf de doorslag om te kiezen voor de internationaal erkende accreditering van JCI.” (ZOL, z.j.).

Wil het ZOL de centrale waarden zoals patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en toegankelijkheid bieden aan patiënten en de accreditatie behalen dan is een goede beleidsvoering van belang.

Voor de beleidsvoering is het ZOL onder andere opgedeeld in zeven divisies. Deze werken samen om de centrale waarden en accreditatie te behalen .

Binnen elke divisie werkt de divisiemanager, de geneesheer-coördinator¹, de zorgcoördinator en de hoofdverpleegkundigen nauw samen om een patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg op de afdelingen en te bekomen.

De divisiemanager geeft leiding aan de hoofdverpleegkundigen. Samen kijken ze naar de noden en behoeften van hun afdelingen in verband met het verlenen van kwaliteitsvolle en veilige zorg. De divisiemanager staat in voor een goede communicatie tussen de hoofdverpleegkundigen en de directie.

Het takenpakket van een zorgcoördinator bestaat uit vier hoofdonderdelen (ZOL, z.j.):

Bewaken van het totale zorginhoudelijke proces en het zorgbeleid binnen één of meerdere divisies ten einde de kwaliteit van de zorg te verzekeren en te optimaliseren

Verantwoordelijk voor één of meer ziekenhuisbrede zorgdomeinen waarbij elk ziekenhuisbreed domein door één zorgcoördinator wordt aangestuurd

Het verlenen van adviezen betreffende zorginhoudelijke thema's inzake vorming en personeel:

Wetenschappelijk- en projectwerk

De zorgcoördinatoren zijn verantwoordelijk voor het ontwerpen, bijsturen en toepassen van protocollen. Hierbij dienen ze rekening te houden met de accreditatiecriteria die in het kader van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg opgesteld zijn.

¹ De geneesheer-coördinator heeft een coördinerende taak naar de medische diensthoofden. Per divisie is er een geneesheer-coördinator aangesteld. Samen met de divisiemanager staat hij in voor de leiding en management van een divisie.

Een zorgcoördinator coördineert tevens ook de implementatie van nieuwe protocollen op de werkvloer en volgt het gebruik van bestaande protocollen op.

Hiervoor voert de zorgcoördinator een maandelijkse opvolging (audit) uit op de verpleegafdelingen die tot hun divisie behoren. Deze opvolging houdt onder andere in dat er enkele patiëntendossiers geëvalueerd worden. De patiëntendossiers dienen te voldoen aan verschillende criteria die beschreven worden in het auditdocument dat opgesteld is om in de toekomst het accreditatielabel te behalen.

De dienst kwaliteit verwerkt deze gegevens, waardoor de resultaten van de controles een visueel beeld geven over het gebruik van de voorgeschreven protocollen. De betrokken hoofdverpleegkundige kan hieruit afleiden in hoeverre het team kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg levert.

1.2.2 Patiëntveiligheid

Zoals eerder beschreven gaan een aantal criteria uit het JCI-rapport over de veiligheid van de patiëntzorg.

Patiëntveiligheid is een facet van kwaliteitsvolle zorg (Frijns, Mintjes, de Groot en Schellekens, 2006).

Op maatschappelijk vlak gaat veel aandacht naar kwaliteitsvolle en veilige zorg. Wanneer het ZOL een accreditatielabel behaalt, mogen we stellen dat het ZOL aantoont dat het voldoet aan de normen van kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg.

Het feit dat het ZOL de JCI-accreditatie tracht te behalen, geeft aan hoeveel belang de organisatie onder meer hecht aan patiëntveiligheid. Het behalen van het accreditatielabel is voor het ZOL geen doel op zich. Enerzijds is het eerder een middel om te blijven streven naar systematische verbetering van haar werking. Anderzijds is het ook een middel om de werking permanent te evalueren. Op deze manier wordt zorg geleverd die zowel kwaliteitsvol als patiëntveilig is. De vooropgestelde normen van JCI fungeren hiervoor als toetssteen. Het streven naar deze accreditatie onderstreept dat het ZOL een dynamische organisatie is die constant in beweging is om haar werking te verbeteren.

Patiëntveiligheid bestaat uit verschillende facetten waarvan handhygiëne, medicatiecontrole, patientenidentificatie en valpreventie slechts enkele voorbeelden zijn. Het ZOL organiseert op regelmatige tijdstippen interne audits JCI. Deze audits geven een beeld van in hoeverre de afdelingen voldoen aan de accreditatienormen. De audits toetsen de verpleegkundigen hun kennis over bestaande en nieuwe protocollen die betrekking hebben op optimale patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. Dit is de zorg die elke patiënt (en diens naasten) verwacht binnen de huidige maatschappelijke context en de zorg waarvoor het ziekenhuis en zijn medewerkers garant willen staan.

1.2.3 Valpreventie

Binnen patiëntveiligheid is valpreventie een belangrijk onderdeel.

“ Het valpreventieprogramma in het ZOL is erop gericht een volledig zorgprogramma rond valproblematiek te bieden door in te spelen op risicoscreening en –evaluatie, multidisciplinaire preventiemaatregelen, interventie en/of behandeling om zo te kunnen zorgen dat er zo weinig mogelijk valincidenten gebeuren gedurende het verblijf in het ziekenhuis.

Het Ziekenhuis Oost-Limburg streeft naar een valpreventieprogramma op maat van elke gehospitaliseerde patiënt. “(ZOL, z.j.).

Het valpreventieprogramma is zodanig opgesteld om het risico op vallen te verkleinen en het aantal valincidenten te doen afnemen. Inherent aan dit beleid is de registratie van de valincidenten. Uit deze registratie kunnen nieuwe beleidslijnen met betrekking tot de valproblematiek afgeleid worden. Uit de cijfers van het ZOL blijkt dat er meer dan 800

valincidenten per jaar zijn. Milissen (z.j.) beschrijft dat er gemiddeld 7,5 incidenten per 1000 ligdagen zijn binnen ziekenhuizen. Dit is een berekend gemiddelde van zes ziekenhuizen en verschillende soorten diensten.

Hinchliffi (2011) spreekt over een gemiddelde van 24 valincidenten per week berekend op 800 bedden.

De 800 valincidenten die het ZOL op jaarbasis registreert liggen onder deze gemiddelden, maar dit aantal is echter nog steeds niets te verwaarlozen. Het betreft namelijk meer dan twee valincidenten per dag. Ook is de registratie niet altijd een weergave van het werkelijke aantal valincidenten aangezien niet alle incidenten gemeld worden. Het is nodig om het aantal valincidenten te helpen verminderen, temeer omdat de gevolgen van een valincident niet te onderschatten zijn.

Het ZOL werkt hiervoor aan een goed valpreventiebeleid, omdat de gevolgen van vallen ernstig en van uiteenlopende aard kunnen zijn. Een valincident heeft een grote impact voor alle betrokkenen en zeker voor de patiënt zelf. Het expertisecentrum "val- en fractuurpreventie" (z.j.) is er in gespecialiseerd om valincidenten van thuiswonende ouderen en ouderen die verblijven in een wooncentrum te voorkomen. Het centrum biedt informatie en advies op maat van de ouderen en de zorgverleners. Een van hun opdrachten is het ontwikkelen van richtlijnen om valincidenten te voorkomen, richtlijnen die wetenschappelijk onderbouwd en haalbaar in de praktijk zijn. Richtlijnen die voor elke patiënt/ bewoner die in gelijk welke zorgsetting en voor elke zorgverlener van toepassing zijn.

Verder besteed het centrum binnen hun programma ook aandacht aan de gevolgen van een valincident. Deze gevolgen kunnen verschillend van aard zijn:

Fysieke gevolgen die variëren van een klein letsel (b.v. schaafwonde) tot een ernstig letsel (b.v. fractuur die een grote impact kan hebben op de zelfredzaamheid) of zelfs tot overlijden (vijfde doodsoorzaak van 75-plusser is een valincident).

Psychosociale gevolgen, zoals valangst, kunnen er voor zorgen dat ouderen activiteiten vermijden met als gevolg dat hun mobiliteit daalt en het risico op sociale isolatie of depressie stijgt.

Economische kosten doordat de patiënten meer hulp nodig hebben of zelfs niet meer zelfstandig kunnen wonen. Hierdoor is een opname in woonzorgcentrum vaak noodzakelijk.

De gevolgen zijn niet enkel voor de patiënten groot, maar ook voor hun naasten (b.v. bezorgdheid), de betrokken medewerkers (b.v. schuldgevoel) en de organisatie waar het incident plaats vond (b.v. voelt zich mede verantwoordelijk en dient mede opzoek te gaan naar de oorzaak van het incident en de mogelijkheden die in de toekomst gelijkaardige incidenten kunnen voorkomen).

Het ZOL heeft een nieuw valpreventieprotocol ontwikkeld dat afgestemd is op de accreditatienormen. Bij de ontwikkeling van het nieuwe protocol is er gefocust op patiëntveiligheid, in het bijzonder op het voorkomen van valincidenten. Het ontwikkelen en implementeren van het nieuwe valpreventieprotocol moet een valincident helpen voorkomen. Wanneer er toch een valincident zou zijn, moet het protocol de schade die daaruit voortkomt helpen beperken tot een minimum.

1.2.4 Nieuw protocol valpreventie

Het nieuwe protocol valpreventie en de implementatie ervan, is het centrale thema van deze bachelorproef. Het vorige valpreventieprotocol waarbij de aandacht vooral gevestigd was op omgevingsfactoren, die een invloed hadden op valincidenten, is verder uitgebreid en vestigt nu ook de aandacht op lichaamseigen factoren.

Het vorige valpreventieprotocol bestond uit een risicoscreening die de verpleegkundige bij opname van de patiënt registreerde in de eerste verpleegkundige evaluatie (EVE). Daarnaast werden de preventiemaatregelen samengevat in het woord "VALKUIL"

Veilige omgeving,

Altijd bel in de buurt,

Laagstand bed,

Kousen en slecht schoeisel vermijden,

Uitstekende hulpmiddelen aanbieden,

In remstand van het bed of stoel en

Licht genoeg.

Indien er toch een valincident plaatsvond, diende de betrokken verpleegkundige dit te registreren in het valregistratiesysteem op zol-NET, het intranet voor de medewerkers van het ZOL. Dit alles gebeurt op de verpleegafdeling onder toezicht van de hoofdverpleegkundige. Deze laatste zal zijn team aansturen en begeleiden in het creëren van een veilige omgeving en in het gebruiken van de preventiemaatregelen om valincidenten te voorkomen.

Zoals eerder aangegeven worden de zorgprocessen herbekeken in het kader van de JCI accreditatie. Een in valpreventie gespecialiseerde zorgcoördinator heeft op basis van literatuuronderzoek gekeken welke criteria een meerwaarde kunnen bieden bij het ontwerpen van een nieuw protocol valpreventie.

Daarnaast is gezocht naar bestaande protocollen valpreventie die in andere organisaties gebruikt worden. Verder is ook nagegaan of deze protocollen geëvalueerd werden. Bij deze evaluaties is vooral gekeken naar succesfactoren en aandachtspunten. Deze informatie biedt een opstap naar het herwerken van het protocol valpreventie dat te beperkt uitgewerkt was en uitgebreid diende te worden.

Zo vestigde het expertisecentrum val- en fractuurpreventie (z.j.) de aandacht op de oudere², in het ziekenhuis opgenomen patiënt voor het opstellen van richtlijnen.

De praktijkrichtlijn wordt verdeeld in 4 fasen:

- Case finding (opsporen van hoog risicopersonen),
- Multifactoriële evaluatie (de risicofactoren en oorzaken),
- Multifactoriële interventies (aanpak en behandeling),
- Transfer van informatie bij ontslag die het aantal valincidenten thuis dienen terug te dringen.

Zowel het expertisecentrum val- en fractuurpreventie als het Universitaire Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht, z.j.) geven aan dat de aanpak van valincidenten multidisciplinair dient te gebeuren. Bovendien hechten deze organisaties ook veel belang aan het opsporen van patiënten met een verhoogd valrisico.

De preventiemaatregel "Valkuil" die binnen het ziekenhuis al gekend was, vestigde voornamelijk de aandacht op omgevingsfactoren. Er is echter ook noodzaak om lichaamseigen factoren onder de loep te nemen,(UMC Utrecht, z.j.).

Het nieuwe protocol besteedt dan ook extra aandacht aan deze lichaamseigen factoren,

² Deze richtlijnen zijn uiteraard niet enkel van belang voor ouderen patiënten. Ze zijn toepasbaar voor alle patiënten die door hun medische toestand een verhoogd valrisico vertonen.

waardoor elke patiënt een persoonlijk preventieprogramma krijgt.

Het vorige protocol, waarbij gewerkt werd met de standaardmaatregelen, risico screening tijdens de EVE en het melden van incidenten, werd dan door de verantwoordelijke zorgcoördinator uitgebreid met onder andere het nieuw document valrisico evaluatie (bijlage 1).

Het doel van dit nieuwe document is nog meer preventief werken door elke patiënt individueel, en indien nodig meermaals tijdens de opname te screenen, te evalueren en hierdoor persoonsgerichte preventie maatregelen toe te passen of adviezen te kunnen aanbieden. Het document dient daarenboven gebruiksvriendelijk te zijn voor de verpleegkundigen. Er is gestreefd naar een tool met een eenvoudige opmaak zodat met een minimale tijdsbesteding een maximale output voor de patiënt gerealiseerd kan worden.

Nadat de zorgcoördinator het nieuwe protocol uitgeschreven had en het goedgekeurd werd door de stuurgroep (zorgbeleid en medisch diensthoofden overleg), kon de implementatie van het protocol op de afdelingen van start gaan.

1.3 Probleemstelling

Binnen deze bachelorproef is een antwoord gezocht op volgende hoofdvraag: “Hoe kan een leidinggevende in opleiding diverse teams begeleiden bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie?”

Welke competenties dient een leidinggevende te bezitten om een implementatie te laten slagen? Welke leiderschapsstijl is het meest aangewezen bij een implementatie? Hoe kan een implementatie geëvalueerd worden? Hoe kan een team intrinsiek gemotiveerd worden om een implementatie door te voeren en deze implementatie te verankeren in hun werking? Dit zijn deelvragen waarop in de literatuurstudie een antwoorden zijn gezocht.

1.4 Rolomschrijving

Binnen dit proces dient rekening te worden gehouden met het feit dat de leidinggevende in opleiding geen lid is van de drie betrokken teams. Tevens heeft zij tijdens de implementatieperiode, wegens profylactisch verlof, geen eigen praktijkervaring kunnen op doen met het nieuwe protocol valpreventie.

De scope van leidinggeven beperkt zich in deze bachelorproef tot:

- Het informeren van de afdelingen omtrent het nieuwe protocol.
- Het opvolgen van het gebruik van het nieuwe protocol.
- Het team begeleiden tijdens de implementatieperiode door middel van dossierevaluaties en tijdens de opvolgmomenten luisteren naar de beleving van de betrokken (hoofd)verpleegkundigen. Dit geeft de mogelijkheid om alle informatie/adviezen af te stemmen op de noden van de afdeling.
- Het verzorgen van schriftelijke en mondelinge communicatie met de teamverpleegkundigen en de betrokken hoofdverpleegkundigen valt wel binnen de scope van dit project. De hoofdverpleegkundigen werden extra ondersteund tijdens de implementatieperiode. De hoofdverpleegkundigen blijven wel eindverantwoordelijke.

De leidinggevende in opleiding zal verder in dit project benoemd worden als leidinggevende, waarmee bedoeld wordt: leidinggevende voor de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie op de drie betrokken afdelingen.

2 Het theoretisch kader

Het literatuuronderzoek spitst zich in eerste instantie toe op het organisatorische aanpak van de implementatie van een nieuw protocol. Vervolgens wordt specifiek nagegaan hoe een implementatie in zijn werk gaat in het ZOL.

Daarna wordt beschreven welke hulpmiddelen het ZOL inzet om een implementatie succesvol op de werkvloer in te voeren.

In tweede instantie wordt nagegaan hoe een leidinggevende deze implementatie best kan aanpakken en over welke competenties ze moet beschikken om een implementatie in goede banen te leiden.

2.1 Succesvolle implementatie: organisatorische aspecten

Een nieuw protocol ziekenhuisbreed implementeren gaat onmiskenbaar gepaard met veranderingen op de afdelingen.

Wanneer bestaande protocollen worden herbekeken, wordt gesproken van een verbeterproject. Een dynamische organisatie, zoals het ZOL, die zich permanent wil verbeteren, zal protocollen herevalueren, en indien nodig herschrijven.

Binnen het ZOL worden protocollen met betrekking tot de verpleegkundige activiteiten uitgewerkt door de zorgcoördinatoren en een projectgroep volgens het 'evidenced based' principe. De projectgroep die het protocol valpreventie mee heeft helpen opstellen, bestaat uit verpleegkundigen, paramedici en een arts. Deze projectgroep is de spreekbuis en het klankbord van elke medewerker die in aanmerking komt met het protocol. De diversiteit van de groep zorgt ervoor dat er vanuit elke discipline het protocol bekeken en indien nodig aangepast wordt.

Na goedkeuring van een protocol zijn het de zorgcoördinatoren die de afdelingen informeren en begeleiden bij de implementatie van het nieuw protocol. Deze werkwijze is een keuze van de organisatie. Het ZOL is een grote organisatie en dit vraagt een specifieke taakverdeling en aanpak van de talrijke processen die eigen zijn aan zulke instelling. Het is niet haalbaar om in een grote organisatie dat elke medewerker een eigen inbreng doet. Wel is er de mogelijkheid om deel te nemen aan een projectgroep. Voor de afdelingen waar niemand betrokken is bij de opmaak van het protocol lijkt het op een top down benadering, maar dat is het niet. Elke hoofdverpleegkundige wordt in de mogelijkheid gesteld om samen met het team mee te werken aan de opmaak van een nieuw protocol. Dit maakt dat nieuwe protocollen veelal ontstaan vanuit de behoefte van een afdeling of van de organisatie. Bij elk nieuw protocol is er achteraf de mogelijkheid om een nieuwe inbreng te doen vanuit de opgedane ervaringen op de werkvloer. Hierdoor kan het protocol aangepast worden op basis van de evaluatie.

De Niet (2012) concludeert dat het nodig is om eerst na te gaan hoe groot de veranderingsbehoefte is vanuit de afdeling alvorens een implementatie door te voeren. Dit om weerstand te voorkomen en om de kans op slagen te verhogen. Daarnaast is het belangrijk om een bepaalde visie te ontwikkelen en voor ogen te houden.

Zowel De Niet, Tiemens, Munten en Vermeulen (2012), stippen het belang aan dat deze visie gedragen wordt door zowel de afdeling als door de organisatie.

Wanneer de betrokken afdeling deze visie volgt, er een consensus is over het doel van de implementatie en de wijze waarop dat doel moet worden bereikt, is de kans op een succesvolle implementatie groter. Een gedragen visie is, voor Tiemens et al (2012), één van de vijf voorwaarden die bijdraagt tot het succes tot slagen.

De andere vier voorwaarden zijn volgens Tiemens et al (2012) vaardigheden, drijfveren, middelen en plan van aanpak.

- Vaardigheden: wat wordt veranderd en wat moeten de verpleegkundigen anders gaan doen?
- Drijfveren: het is belangrijk dat de verpleegkundigen de meerwaarde van verandering inzien, anders zal de verandering op weerstand stuiten. Betrokkenheid bij het

onderzoek naar de meerwaarde van verandering is een belangrijke stimulans om een verandering effectief door te voeren en duurzaam te implementeren.

- Middelen: tijd, secretariële ondersteuning, automatisering van processen zijn enkele voorbeelden. Binnen dit project is beschikbare tijd een van de belangrijkste factoren om een implementatie in een afdeling succesvol te laten verlopen.
- Plan van aanpak: bij aanvang van een implementatie is een goede informatiedoorstroming heel cruciaal. Er kan gebruik gemaakt worden van infosessies, folders, boodschappen op intranet. De belangrijkste boodschap is om aan een team te vertellen waarom deze verandering wordt gedaan, wat er precies zal veranderen, wat de meerwaarde voor het team en de afdeling is en wat het te verwachten eindresultaat zal zijn. Vervolgens dienen de stappen van het plan duidelijk gemaakt te worden gekoppeld aan de tijd die eraan verbonden is.

Van Berkel en Busschots, (2007) wijzen op enkele valkuilen die mogelijk het succes van de implementatie kunnen verlagen.

Wanneer het doel, implementeren van het nieuwe protocol, behaald wordt, verwatert vaak de duurzame implementatie van het protocol. Vaak liggen het vasthouden aan oude gewoontes en verslachte aandacht voor de noodzaak en de doelstelling van het nieuwe protocol aan de basis van deze verwatering. Ook werkdruk kan zorgen voor het gering of niet toepassen van een protocol waardoor een leidinggevende steeds dient te herhalen en aan te stippen, hoe belangrijk het is om het protocol te gebruiken.

2.1.1 Implementeren: gebruik van modellen

De Sutter en Vandereyken (2015) geven in hun presentatie rond 'Coördinatie van verbeterprojecten in de zorg' aan dat het raadzaam is om een stappenplan te volgen alvorens een protocol wordt geïmplementeerd op een afdeling.

Het ZOL hanteert het stappenplan van John Kotter als ondersteuning voor het behalen van doelstellingen.

2.1.1.1 Het 8 stappen plan van John Kotter

Het stappenplan van John Kotter is geen doel op zich. Het is een middel om een verbetertraject in goede banen te leiden.

John Kotter heeft een model ontworpen dat uit acht stappen bestaat (Kotter, 2007).



Afbeelding 1: Acht stappenplan John Kotter (Kotter, 2007).

Heusdens (2015), Kotter (2007), Van Vliet (2012) en Weustenraed (2015) beschrijven de acht stappen voor verandering van John Kotter (afbeelding 1) als volgt:

- **Stap 1: Creëren van urgentie:** deze eerste stap is een belangrijke stap. Je moet medewerkers kunnen laten inzien waarom het noodzakelijk is om een verandering door te voeren. Wanneer medewerkers inzicht hebben in de verandering en hiervan overtuigd zijn, kan pas een draagvlak gecreëerd worden.
- **Stap 2: Oprichten van een leidend team:** het is belangrijk om een projectgroep op te richten die zich zal buigen over de noodzakelijke veranderingen binnen de organisatie. Bij voorkeur hebben de leden van de projectgroep verschillende functies, zodat er een breed draagvlak ontstaat en een open communicatie mogelijk is. Dit creëert de mogelijkheid om informatie te verzamelen vanuit verschillende standpunten.
- **Stap 3: Het creëren van een nieuwe visie en strategie:** deze nieuwe visie omschrijft welk doel en tegen welke termijn het dient behaald te worden. De nieuwe visie houdt rekening met de behoeften van alle betrokkenen. Een goede visie is helder geformuleerd en zorgt ervoor dat het doel duidelijk is. De strategie omschrijft de beoogde veranderingen, tegen wanneer deze rond zouden moeten zijn en welke middelen hiervoor ingezet moeten worden. Het opmaken van een veranderingsplan is ook een onderdeel van de strategie. Hoe concreter de visie en de strategie omschreven zijn, hoe sneller de acceptatie bij de medewerkers kan verlopen. Dit is een hulpmiddel om de beoogde doelstellingen te bereiken.
- **Stap 4: Het creëren van draagvlak en betrokkenheid:** het creëren van draagvlak en betrokkenheid voor de nieuwe visie is het belangrijkste doel van stap 4. Deze doelstelling kan bereikt worden door de nieuwe visie te bespreken met de medewerkers en hun ruimte te geven voor hun inbreng. Dit geeft de medewerkers de mogelijkheid om hun meningen, angsten en zorgen te delen met het leidend team. De nieuwe visie dient vertaald te worden in de gehele organisatie. Het leidend team heeft een voorbeeldfunctie bij het uitdragen van de nieuwe visie.
- **Stap 5: Verwijderen van obstakels of geef medewerkers de mogelijkheid om te handelen:** binnen deze fase is het van belang om obstakels en/of weerstand te detecteren die de verandering kunnen ondermijnen. Dit scheidt de mogelijkheid om met de medewerkers die hun bedenkingen hebben in gesprek te gaan. Het is

belangrijk om na te streven dat elke medewerker achter de visie staat. Hiervoor is er vaak ruimte nodig waar de medewerkers hun ideeën kenbaar kunnen maken onder het toezicht van het leidend team.

- **Stap 6: Zorg voor korte termijnsuccessen:** erg motiverend is het behalen van succes. Door een aantal korte termijn doelstellingen voorop te stellen en te behalen, worden medewerkers gestimuleerd om op het nieuwe elan verder te gaan. Niets motiveert een medewerker meer dan waardering en complimenten. Naast het vieren van korte termijnsuccessen is het belangrijk om de visie te blijven communiceren. Het veranderproject dient levend gehouden te worden.
- **Stap 7: Volhouden en bijsturen:** de korte termijnsuccessen zijn het begin van een verandering op lange termijn. Maar er mag niet te snel van een overwinning worden uit gegaan. Binnen deze stap kan best nagegaan worden of het gevoel van urgentie nog aanwezig is en het beoogde doel nog zichtbaar en duidelijk is voor medewerkers. Indien niet, dient de visie en strategie aangepast te worden.
- **Stap 8: Verankeren of borg de verandering:** wanneer de verandering duurzaam opgenomen is binnen de organisatie en de medewerkers de verandering blijven ondersteunen kan er gesproken worden van borging. De normen en waarden van de medewerkers zijn afgestemd op de visie van de organisatie. Voor de borging is het belangrijk dat de visie kenbaar wordt gemaakt bij nieuwe medewerkers en dat de visie regelmatig wordt geëvalueerd.

Het doorlopen van deze acht stappen zal het succesvol implementeren van het nieuwe protocol valpreventie moeten verhogen, tenminste als er voldoende tijd voor de verandering wordt voorzien.

J. Kotter geeft aan dat veranderen achttien tot zesendertig maanden in beslag neemt, wil een organisatie de productiviteit van de nieuwe verandering verhogen, de kwaliteit van de nieuwe verandering verbeteren en het effect van het oude reduceren (Weustenraed, 2015).

2.1.1.2 De PDCA cyclus (Plan Do Check (re)Act cyclus)

John Kotter heeft een model uitgewerkt dat het behalen van lange termijndoelstellingen, die ziekenhuisbreed zijn, gunstig beïnvloed. Hij stelt vast dat verandering tijd vraagt, namelijk van achttien tot zesendertig maanden om de productiviteit te verhogen, de kwaliteit te verbeteren en oude gewoontes te reduceren (Weustenraed, 2015).

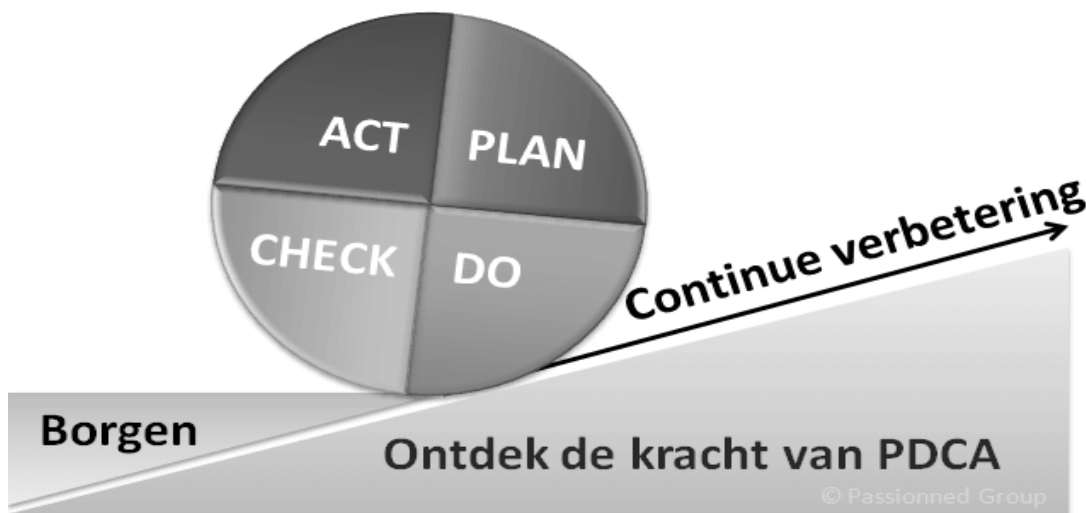
Aangezien de bachelorproef een duurtijd van zes maanden kent, wordt hier dieper op ingegaan.

De Sutter en Vandereycken (2015), Moen en Norman (2006) en Van Vliet (2013) adviseren om voor projecten die een korte duurtijd hebben de PDCA-cyclus (afbeelding 2) te hanteren omwille van het gemakkelijk gebruik.

Daarenboven kan deze cyclus toegepast worden in elke organisatie, zelfs in de meest moeilijke situaties.

De PDCA-cyclus kan op verschillende niveaus binnen een organisatie gebruikt worden, (Universiteit van Amsterdam, 2012).

Vaak gebruiken werknemers en directie deze PDCA-cyclus onbewust, omdat het een eenvoudige gebruiksaanwijzing heeft en het toepasbaar is in verschillende situaties zonder expliciet uitgeschreven te zijn. Er kan een link gelegd worden tussen de verschillende stappen van het veranderingsmodel van John Kotter en de onderdelen van de PDCA-cyclus. Een verwijzing naar deze linken wordt gemaakt bij de uitleg van de PDCA-cyclus.



Afbeelding 2: PDCA-cyclus van W.E. Deming (Deming, 1989)

Van Vliet (2013) geeft praktische uitleg over het gebruik van de PDCA cyclus ook wel Deming cirkel genoemd. Deze cirkel bestaat uit vier onderdelen die duidelijk aangeven op welk punt de hoofddoelstelling zich bevindt.

- Plan fase³: In deze fase wordt een SMART(specifiek, meetbaar, tijdgebonden, realistisch en acceptabel) geformuleerde doelstelling beschreven met de gewenste uitkomst. Beide dienen haalbaar te zijn, wanneer een van de twee niet realistisch is zal het project mislukken.
- Do fase⁴: In de Do fase gebeurt de uitvoering zoals in de plan fase wordt beschreven. Tijdens deze uitvoering vindt een meting en registratie van de resultaten plaats.
- Check fase⁵: In deze fase worden de meetresultaten geëvalueerd. De verantwoordelijke gaat de resultaten vergelijken met de vooropgestelde uitkomst, zodat men snel kan bijsturen indien de resultaten veel verschillen.
- (re-) Act fase⁶: In de Act fase wordt de doelstelling aangepast naar de resultaatverschillen en maatregelen worden genomen om alsnog de geplande uitkomst te bekomen.

Een voordeel van de PDCA- cyclus is dat enkele cyclussen samen kunnen lopen. Zo is het goed om bij een verbeterproject een hoofddoelstelling te hebben die eerder op langere termijn gerealiseerd zal worden. Gelijktijdig kan er een cyclus met korte termijn doelstellingen lopen die steeds bijgestuurd kunnen worden.

Binnen het model van John Kotter wordt omschreven dat korte termijnsuccessen⁷ de slaagkans vergroten, omdat de successen zichtbaar zijn, hierdoor wordt het verband met het veranderingstraject duidelijk (Heusdens, 2015). Binnen de PDCA-cyclus vindt er in de DO-fase een meting en evaluatie plaats. Deze fase kan gelinkt worden aan stap zes van het model van John Kotter, korte termijn successen genereren.

Deze voordelen hebben geholpen bij de beslissing om voor dit project de PDCA-cyclus in de praktijk te gebruiken en te verwerken in het model van John Kotter.

In het kader van deze bachelorproef zal het acht stappenmodel van John Kotter gehanteerd worden om een volledig beeld te krijgen van de bachelorproef.

De PDCA-cyclus zal hoofdzakelijk in stap 6 (korte termijnsuccessen genereren) en in stap 7 (volhouden en bijsturen) in het model van John Kotter geïntegreerd worden.

³ Veranderingsmodel John Kotter: Veranderingsbeweging op gang brengen: stap 1, 2, 3 en 4.

⁴ Veranderingsmodel John Kotter: De verandering aanpakken en uitdragen: stap 5 en 6.

⁵ Veranderingsmodel John Kotter: stap 7.

⁶ Veranderingsmodel John Kotter: stap 7 en 8.

⁷ Stap 6 van het stappenplan van John Kotter: Vier korte termijn successen.

2.2 Succesvolle implementatie: menselijke vaardigheden

Nu er geweten is welke stappen⁸ op organisatorisch vlak doorlopen moeten worden om een implementatie van een protocol te doen slagen. Is in de literatuur verder gezocht naar wat belangrijk is voor een leidinggevende om een implementatieproces te ondersteunen.

Op vlak van menselijke vaardigheden zal er onderzocht worden over welke competenties een leidinggevende moet beschikken om een veranderingsproces te begeleiden. Daarnaast wordt toegelicht welke de meest geschikte leiderschapsstijl is voor de begeleiding van een veranderingsproces. Tot slot is gekeken hoe het proces van implementatie geëvalueerd en begeleid kan worden. Dit om zowel op korte als op lange termijn succes te boeken.

2.2.1 Competenties leidinggevende

In de literatuur is gezocht naar de geschikte competenties waarover een leidinggevende moet beschikken om een implementatie succesvol door te voeren. Als basis hiervan wordt het competentieprofiel dat door het ZOL naar voor wordt geschoven voor een hoofdverpleegkundige gehanteerd.

Binnen het competentieprofiel van een hoofdverpleegkundige in het ZOL staan volgende competenties opgesomd:

- luisteren,
- samenwerken,
- stressbestendigheid,
- klantgerichtheid,
- inzet,
- integriteit,
- groepsgericht en individueel leiderschap,
- delegeren,
- plannen en organiseren,
- probleemanalyse,
- visie en besluitvaardigheid (ZOL, z.j.).

Het merendeel van deze competenties is ook terug te vinden in het functieprofiel van een verpleegkundige, maar ze zijn vanuit een ander oogpunt toepasbaar.

De competentie 'groepsgericht en individueel leiderschap' is een competentie waarmee een leidinggevende zich onder andere onderscheidt van het team.

Het succes van deze competentie wordt bepaald door andere competenties waarvan passie, enthousiasme, dynamiek, multifunctionaliteit, een gezond oordeelvermogen, gezondheidswerkers kunnen motiveren en inspireren slechts enkele voorbeelden zijn. Merendeel van deze competenties heeft een leidinggevende nodig bij een implementatie van een nieuw protocol. Een leidinggevende heeft naast een voorbeeldfunctie een belangrijke verantwoordelijkheid gedurende de implementatieperiode. Aangezien een leidinggevende de stuwende kracht is achter een implementatie en de manier van aanpak voor een stuk het succes van de implementatie bepaalt, is het belangrijk om leiderschap in het algemeen en de meest geschikte leiderschapsstijl toe te lichten.

2.2.2 Leiderschap

Een organisatieverandering vergt een gedragsverandering bij medewerkers. Een positieve attitude van een medewerker verhoogt de bereidheid om mee te werken aan veranderingen (Raasveld, 2007). Helaas is niet elke medewerker positief ingesteld. Als leidinggevende moet

⁸ Acht stappenplan van John Kotter.

je dus ook kunnen omgaan met weerstand. De leiderschapsstijl beïnvloedt de organisatiedoelen, het werk van een team en de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd (Frankel, 2011).

De auteurs van Berkel en Busschots (2007) bekijken de leiderschapsvaardigheden vanuit drie perspectieven:

- Vanuit het 'ik perspectief' is een goede leider iemand die aanvoelt wat leeft in zijn team en geeft medewerkers ruimte om na te denken over hun rol en hun toekomst. Dit is belangrijk, omdat tevreden medewerkers zich gewaardeerd en betrokken voelen. Hierdoor zullen ze positiever kijken naar veranderingen.
- Het 'wij perspectief' bepaalt de cultuur op de afdeling. Voor een leidinggevende is het belangrijk om te luisteren, in dialoog durven te gaan en een team te sturen naar de richting van de organisatiedoelstellingen.
- De 'het kant' waar het gaat over budgetten en middelen die het succes mee helpen bepalen bij verandering.

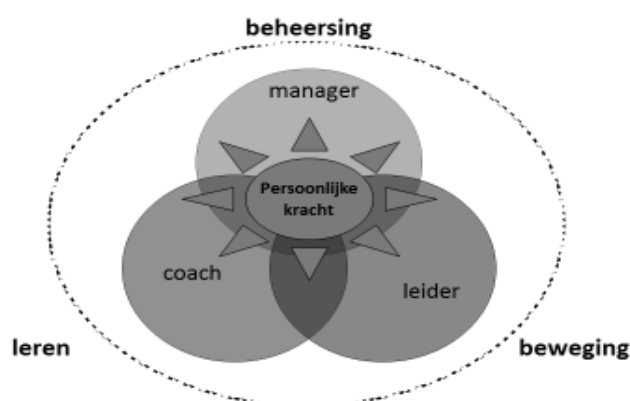
Frijns, Mintjes, de Groot en Schellekens (2006) melden dat voor veranderingen binnen een team ondersteuning nodig is.

Steun (coaching) die verpleegkundigen dienen te krijgen van het management en hun leidinggevende.

De leidinggevende moet hun ondersteunen en begeleiden bij de implementatie van veranderprocessen (rol van leider). Het management moet hun ondersteunen in het behalen van de doelstelling door het inzetten van menskracht en middelen (rol van manager).

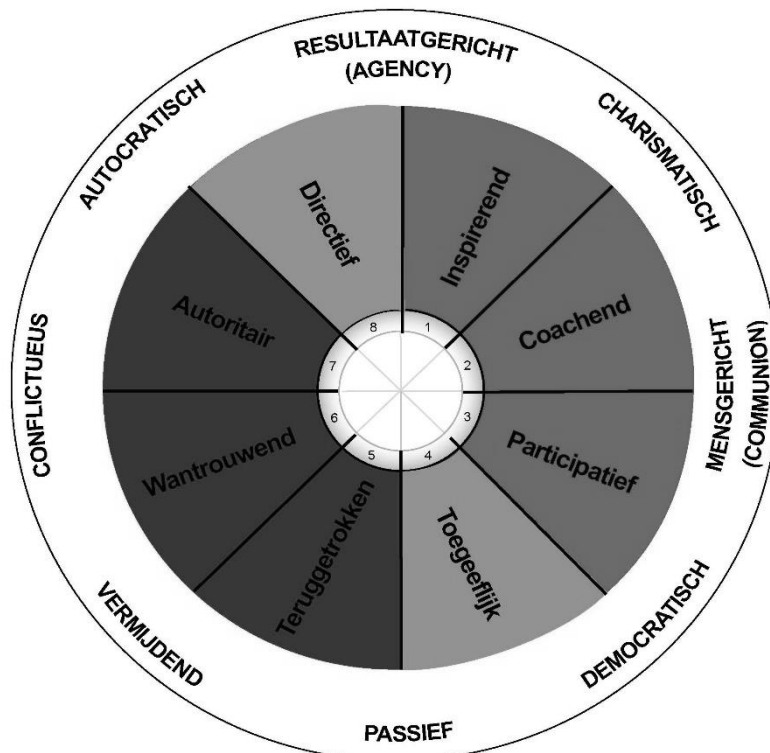
Bovenstaande auteurs geven aan dat een leider over meerdere communicatievaardigheden moet beschikken, omdat er bij het verbeteren of hernieuwen van processen andere vaardigheden nodig zijn dan bij het inbedden van deze nieuwe processen. Franssen (2014), Lingsma (2005) en Govier (2011) geven aan dat de vaardigheden coaching, leiderschap en management drie essentiële componenten zijn voor een goede leidinggevende.

Een goede balans tussen deze drie componenten is nodig om een afdeling te leiden. De leidinggevende als 'manager' kijkt toe dat alles binnen het voorziene budget valt. De leidinggevende als 'leider' geeft de richting van het doel aan, terwijl de 'coach' de medewerkers stimuleert om zelf naar het doel te werken (Afbeelding 3).



Afbeelding 3: Drie essentiële componenten van leiderschap. (Lingsma, 2005.)

Coaching is ook een leiderschapsstijl die Vermeeren (2014) beschrijft in de interpersoonlijke cirkel. De interpersoonlijke cirkel bestaat uit een binnencirkel met acht verschillende leiderschapsstijlen en een buitencirkel die het effect naar de groep weergeeft, afhankelijk van de gekozen stijl.



Afbeelding 4: Interpersoonlijke cirkel, Vermeeren (2014).

Zoals weergegeven in afbeelding 4 verdeelt Vermeeren (2014) de acht leiderschapsstijlen in drie groepen:

- De eerste groep, ook de groene stijlen genoemd, bevat de coachende-, participatieve- en de inspirerende stijl. Deze drie stijlen zijn de meest aangewezen stijlen. Door bij een team afwisselend in te spelen op deze drie stijlen kan een groot succes geboekt worden zowel op vlak van resultaat als op menselijk vlak. Welke stijl het best wordt toegepast is afhankelijk van de situatie of de persoon die betrokken is.
- De tweede groep, ook de oranje stijlen genoemd, bevat de toegeeflijke en directieve stijl. Beide stijlen behoren ook tot de competenties van een leidinggevende, omdat het in sommige situaties nodig is dat deze toegepast worden, b.v. als het doel bereikt moet worden.
- De derde groep bevat de rode leiderschapsstijlen. Deze stijlen worden het best vermeden. Teruggetrokken, wantrouwend en autoritair zijn drie stijlen die ervoor zorgen dat in de groep een conflict ontstaat en alzo de groep verder van het einddoel verwijderd wordt. Het zijn drie stijlen die ieder van ons bezit, maar onze valkuil is wanneer deze gebruikt worden. Deze stijlen zorgen voor passief gedrag dat gepaard gaat met weerstand. Wanneer er zo'n situatie ontstaat is het moeilijk om terug richting groepsdoel te geraken.

Door deze verdeling wordt het duidelijk dat de groene stijlen de voorkeur krijgen bij leiderschap. Voor een implementatie lijken de coachende en participatieve stijl het meest aangewezen. Vermeeren (2014) stelt vast door het hanteren van deze stijlen het meeste kans op succes, op menselijk vlak als op gebied van resultaat, geboekt wordt. Bij een implementatie is zowel het resultaat als het menselijke deel erg belangrijk. Op deze twee aspecten moet op de gepaste manier worden ingespeeld.

De participatieve stijl en de coachende stijl zijn twee groene stijlen die aandacht vestigen op het menselijke en het resultaatgericht aspect. Deze twee stijlen zullen verder toegelicht worden. Welke stijl is het meest geschikt voor de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie.

2.2.2.1 Participatieve stijl

Fransen (2015) en Vermeeren (2014) beschrijven de participatieve stijl als de meest gewaardeerde democratische stijl, omdat er ruimte is voor inspraak en voor het nemen van eigen beslissingen. Medewerkers worden gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen.

The art of management (2010) deelt mee dat de participatieve of steunende stijl het meest relatiegericht is. De leidinggevende moedigt het team aan, luistert actief en stimuleert zelfstandige probleemoplossing. Deze stijl kenmerkt zich door tweerichting communicatie. Leidinggevende en medewerkers beslissen samen hoe het werk wordt uitgevoerd.

2.2.2.2 Coachende stijl

Een coachende leidinggevende heeft een ondersteunende rol. Actief luisteren, andere betrekken en stimuleren zijn dezelfde eigenschappen als bij de participatieve stijl. De coachende stijl onderscheidt zich door taken die zijn vastgelegd en op regelmatige basis gecontroleerd worden (The art of management, 2010).

Fransen (2015) en Vermeeren (2014) voegen volgende eigenschappen toe aan de coachende stijl: als leidinggevende focus je op het *helpen* van medewerkers op korte termijn, het *ontwikkelen* van medewerkers op langere termijn. Aan de persoonlijke relatie met de medewerker wordt voldoende aandacht geschonken. Williamson (2011) stelt dat verbondenheid, openheid over eigen ervaringen, vriendelijkheid, geduld, stressbestendigheid en integriteit persoonskenmerken zijn waarover een leidinggevende moet beschikken om een team te coachen.

Coaching wordt gezien als de meest efficiënte stijl op verschillende vlakken. Tevredenheid van medewerkers en leidinggevende, efficiëntie zijn slechts enkele voorbeelden.

Het geeft de mogelijkheid om de organisatiedoelstellingen en de afdelingsdoelstellingen op elkaar af te stemmen. Dit is van toepassing bij het implementeren van protocollen.

Het nieuwe protocol valpreventie is een protocol dat ziekenhuisbreed geïmplementeerd dient te worden.

Zoals hoger beschreven wordt het betreffende protocol uitgeschreven door de zorgcoördinatoren waarna de hoofdverpleegkundigen en de afdeling geïnformeerd en begeleid worden. Bij het opmaken van het protocol wordt de participatieve stijl niet expliciet gehanteerd.

Echter bij het bepalen van de noodzaak om een protocol op te maken en de evaluatie van een protocol wordt de participatieve stijl dan wel toegepast.

Rekening houdend met het bovenstaande gaat de voorkeur uit naar de coachende stijl.

Een leidinggevende zal eerst de informatie geven welke nodig is om het protocol toe te passen, om daarna het team te stimuleren in het gebruik ervan. Ze zal nagaan in welke vorm ze dit zien en hoe ze het in de praktijk gaan toepassen. Na het eerste infomoment zal de hoofdverpleegkundige en de leidinggevende zich focussen op het feit of de implementatie wordt toegepast en opgevolgd door haar medewerkers.

Vervolgens wordt doormiddel van positieve feedback en antwoord op hun vragen te geven, de teamleden gestimuleerd gericht naar oplossingen te zoeken.

Een leidinggevende die positieve feedback geeft, persoonlijke ervaringen deelt (zowel positieve als negatieve), empathisch ingesteld is en begripvol reageert, creëert een vertrouwensband en een gerust gevoel bij medewerkers.

Hierdoor zal het zelfvertrouwen, de betrokkenheid en de motivatie van de medewerkers stijgen.

In het kader van deze bachelorproef wordt voor de implementatie de coachende leiderschapsstijl gehanteerd.

Reden hiervoor is dat er zowel de leidinggevende (in opleiding) als de betrokken hoofdverpleegkundigen voldoende ondersteuning willen bieden aan de teams om de implementatie door te voeren.

Deze ondersteuning kan erin bestaan door betrokkenheid bij het team te bewerkstelligen.

2.2.3 Betrokkenheid van het team

In het veranderingsmodel van Kotter staat beschreven in stap 4 dat 'een draagvlak en betrokkenheid creëren' belangrijk is voor het dragen van de visie. Bij het creëren van betrokkenheid krijgen de medewerkers de mogelijkheid om hun angsten en zorgen te delen met het leidend team. Hoe groter de betrokkenheid, hoe sneller de veranderingsbeweging op gang gebracht kan worden. Dit kan mede door een leidende coalitie te vormen met enkele verpleegkundigen. In het kader van deze bachelorproef, was het belangrijk om in het team verpleegkundigen⁹ te vinden met een grote affiniteit omtrent valpreventie. Deze affiniteit zal hun motiveren om het nieuwe protocol valpreventie te helpen implementeren met het oog op een optimale veilige zorgverlening.

Door hun affiniteit met het onderwerp zijn deze verpleegkundigen wel bereid om verantwoordelijkheid te nemen ten opzichte van hun collega's. Zij zullen mede het nieuwe protocol helpen starten, verder mee opvolgen en hun teamleden motiveren bij het gebruik van het protocol.

De volgende vragen worden hierbij gesteld: hoe worden teamleden gemotiveerd om het protocol toe te passen en zo bewuster te werken rond de veiligheid van de patiënten gedurende de opnameperiode?

Hoe worden enkele teamleden gevonden die zich willen engageren om de verantwoordelijkheid te nemen?

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) geeft hier een antwoord op.

De ZDT bestaat uit drie onderdelen:

- Autonomie
- Competentie
- Verbondenheid

Fransen (2015) omschrijft in zijn presentatie 'motiveren en enthousiasmeren' deze drie onderdelen als basisbehoeftes.

Door in te spelen op de drie basisbehoeftes kan de kwaliteit van motivatie bevorderd worden. Dit is belangrijk bij een implementatie van een nieuw protocol.

Alvorens de ZDT te linken aan motivatie moet een leider eerst kijken naar wat er verstaan wordt onder autonomie, competenties en verbondenheid. En hoe hier op in te spelen.

Autonomie

Als er gesproken wordt over autonomie, dan wordt er vaak gedacht aan intrinsieke en extrinsieke motivatie.

Aangezien straffen en belonen niet zorgt voor een blijvende motivatie, is extrinsieke motivatie niet duurzaam.

Gelet op het niet duurzaam karakter van extrinsieke motivatie wordt er best meer aandacht besteed aan intrinsieke motivatie van medewerkers.

⁹ Stap 2 van het stappenplan van John Kotter: Stel een leidend team samen.

Hierbij dient de aandacht te gaan naar de activiteit zelf en het uitvoeren ervan. Aelterman, Vansteenkiste, Van Den Berghe & Haerens, (2013) stellen dat medewerkers zich inzetten omdat ze plezier hebben in hun werk, interesse hebben in het onderwerp, initiatief tonen, ideeën (inbreng) kunnen aanbrengen en omdat ze het gevoel hebben zelf de dingen te kunnen aansturen zonder extra druk, hun persoonlijke vrijheid kunnen behouden en onafhankelijk kunnen zijn (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2009).

Intrinsiek gemotiveerde medewerkers moeten niet beloond worden met tastbare beloningen, wanneer hun interesse en plezier niet meer de basis vormen voor hun motivatie.

Merkt een leidinggevende dat de motivatie wegebt, dan worden de medewerkers het best beloond met empathie en positieve feedback (Aelterman et al.,2013; Fransen, 2015; Van den Broeck et al. 2009).

Competentie

De tweede basisbehoefte van de ZDT is competentie (Fransen,2015). Wanneer medewerkers in een gestructureerde context werken, weten zij wat er van hun verwacht wordt en welke doelstellingen of resultaten behaald dienen te worden (Van den Broeck et al., 2009).

Een leidinggevende kan teamleden aanspreken op competenties door in te spelen op hun capaciteiten en vaardigheden. Medewerkers die erkenning krijgen voor hun kennis en kunde staan er sneller voor open om hun competenties naar een hoger niveau te tillen.

Medewerkers gaan hun competenties ontwikkelen en het verhoogt hun capaciteit om zich flexibel aan te passen aan veranderingen (Aelterman et al.,2013 ; Fransen,2015; Van den Broeck et al. 2009).

Medewerkers die op hun competenties worden aangesproken voelen zich bekwaam en durven sneller verantwoordelijkheid nemen.

Verbondenheid

De derde basisbehoefte is verbondenheid. Verbondenheid is gebaseerd op een vertrouwen en wederzijds respect tussen teamleden en hun leidinggevende.

Het gevoel hebben om 'veilig' te zijn in de groep. Een leidinggevende creëert verbondenheid door medewerkers te betrekken in beslissingsprocessen. En actief te luisteren naar wat er leeft in de groep. Door samen te overleggen en samen te werken draagt dit ook bij tot verhoging van de motivatie van een medewerker (Aelterman et al.,2013 ; Fransen,2015; Van den Broeck et al., 2009).

Mogelijkheden tot ontplooiing van autonomie, competentie en verbondenheid werken bevredigend bij teamleden.

Een ondersteunend werkklimaat, een leidinggevende die empatisch is, die kan delegeren en die het nemen van initiatief stimuleert zijn elementen die de motivatie van teamleden verhogen.

Een leidinggevende die inspeelt op bovenstaande basisbehoeften bezit dezelfde competenties als een coachende leidinggevende.

Coaching wordt in de literatuur (Aelterman et al., 2013; Van den Broeck et al.,2009) gekoppeld aan de ZDT en is de leiderschapstijl die het meest aangewezen is om een implementatie in te voeren op een dienst.

Een coachende leidinggevende zal teamleden die een hoge affiniteit hebben met het onderwerp voldoende erkenning moeten geven, om zo hun vaardigheden te stimuleren, opdat zij het voortouw zullen nemen.

Zij zullen mede verantwoordelijk worden voor een succesvolle implementatie. Dit kan gekoppeld worden aan stap 5 van het veranderingsmodel van John Kotter, namelijk empoweren zodat medewerkers in staat zijn de verandering aan te pakken en uit te dragen. Doordat zij het voortouw nemen zullen de overige teamleden gestimuleerd worden om mee te werken aan het behalen van de organisatie- en afdelingsdoelstellingen.

2.3 Besluit theoretisch luik

Om een implementatie te doen slagen zijn er veel factoren die van belang zijn. Op organisatorisch vlak moet er een plan van aanpak zijn. In de literatuur zijn verschillende modellen terug te vinden die al succesvol toepast zijn. In deze bachelorproef wordt ervoor gekozen om in het praktisch deel te werken met de PDCA-cyclus omdat dit model het best kan toegepast worden wanneer het tijdsbestek waarbinnen een verandering doorgevoerd moet worden betrekkelijk kort is.

Op menselijk vlak moet de leidinggevende beschikken over een heel arsenaal vaardigheden. Ook hier kan er gelukkig teruggevallen worden op bestaande modellen die als basis kunnen dienen voor het toepassen van de nodige vaardigheden in de praktijk.

In het praktisch deel wordt voor de begeleiding van de teams de coachende stijl toegepast en dit gecombineerd met de drie basisbehoeften zoals beschreven in de ZDT.

3 Praktisch deel

3.1 Inleiding

Zoals in het theoretisch gedeelte beschreven, wordt in het ZOL het veranderingsmodel van John Kotter gehanteerd om implementaties door te voeren in het ziekenhuis.

Het praktisch gedeelte is dan ook opgebouwd op basis van het acht stappenplan van John Kotter. In dit model wordt de PDCA cyclus ingepast omdat de tijdspanne voor het doorvoeren van de beoogde verandering, implementatie van het nieuwe protocol valpreventie, in het kader van deze bachelorproef relatief kort is, namelijk 6 maanden.

Het volledig doorlopen van een veranderingsproces op basis van het model van John Kotter zou minimaal 18 maanden zijn.

Er zal duidelijk aangegeven worden wanneer de PDCA cyclus wordt ingepast in het model van John Kotter.

Het is van belang om tijdens de duurtijd de bachelorproef te kunnen nagaan wat de stand van zaken van de implementatie. Er werd een aangepast auditdocument opgemaakt voor deze bachelorproef. Dit aangepast auditdocument is afgeleid van een bestaand auditdocument. De aanpassing is doorgevoerd omdat niet alle onderdelen van het bestaande auditdocument getoetst zijn in deze bachelorproef.

3.2 Evaluatiemethodiek

Een implementatie van een protocol vraagt tijd, kennis en kunde van de deelnemers om het correct te kunnen toepassen.

Als er succes behaald moet worden met het invoeren van een nieuw protocol dan dient het tijdig geëvalueerd en bijgestuurd worden. In het veranderingsmodel van Kotter kan dit gelinkt worden aan stap 7: volhouden en bijsturen.

Hier kan beroep worden gedaan op een meetinstrument 'meten is weten'. Het is de eerste stap om de actuele situatie te bepalen om daarna op basis van deze gegevens een bijsturing te doen.

Binnen de organisatie wordt maandelijks door de zorgcoördinatoren op de afdelingen aan dossieropvolging gedaan. Hiervoor gebruiken zij een auditdocument dat verschillende tracers bevat die allen gelinkt zijn aan de JCI-accreditatie. Deze tracers vestigen aandacht op de JCI normen die patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg omvatten.

Het auditdocument bestaat uit verschillende tracers waarvan identificatie, medicatiebeleid, zorgplanning en valpreventie enkele voorbeelden zijn. Voor deze bachelorproef wordt enkel de items rond valpreventie opgevolgd (bijlage 2).

Bij de maandelijkse audit worden enkele patiëntendossiers nagekeken op de verschillende onderwerpen (tracers) en krijgt elk onderzocht item een score;

- 9 is niet van toepassing of niet bevestigd,
- 0 is niet in orde,
- 5 is onvolledig,
- 10 wanneer het correct is toegepast.

De resultaten van de audit geven een visueel beeld van de kwaliteit van zorg die verstrekt worden op de afdelingen.

De feedback gekoppeld aan de resultaten, is afgestemd op de JCI normen en focust met name op patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. De bekomen informatie zorgt ervoor dat de afdelingen gemotiveerd blijven, om zo extra in te zetten op kwaliteitsvolle zorg conform de JCI normen. Het geeft hun ook de mogelijkheid om gericht te werken aan de normen die nog onvoldoende behaald zijn.

Verder geeft het de mogelijkheid om na te gaan welke afdelingen hier wel voldoende scoren.

Wat ervoor zorgt dat hoofdverpleegkundigen bij elkaar ten rade kunnen gaan en adviezen kunnen bekomen.

Voor deze bachelorproef zijn enkele items, die beschreven zijn in het audit document met betrekking tot de items valpreventie niet bevraagd door de leidinggevende. Het betreft de volgende items:

- Een valrisicoscreening met een score groter of gelijk aan twee werd besproken in het wekelijks multidisciplinair overleg (MDO)¹⁰ waarvan een verslag wordt opgemaakt.
- In het patiëntendossier is het valpreventie advies van de liaison G terug te vinden.
- Het valpreventie medicatieadvies van de liaison G is overgenomen in de zorgplanning na medisch order.

Deze items werden niet bevraagd, omdat de leidinggevende eerst opteerde voor een goed ingevuld en gebruikt valrisico evaluatiedocument. De leidinggevende heeft vooral de aandacht gevestigd op de basis van het protocol, namelijk het invullen en gebruiken van het valrisico evaluatie document. Dit is het gedeelte waar elke verpleegkundige zelf over verantwoordelijk was. De drie items die niet bevraagd zijn, zijn niet minder belangrijk. Integendeel zij vervolledigen het protocol. Zij zijn van toepassing bij patiënten die hoogvalrisico vertonden en helpen mee het valrisico verlagen. Het zijn items waar andere medewerkers ook hun verantwoordelijkheid in hebben.

Doordat de drie bovenstaande items niet mee geëvalueerd zijn ziet het auditdocument dat door de leidinggevende gehanteerd is en in verder verloop van deze bachelorproef terug komt als volgt uit:

Afdeling / datum													
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd	
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld												
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd												
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving												
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd												
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen												
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling												



Kader 1: Gehanteerd auditdocument in deze bachelorproef

¹⁰ Een multidisciplinair overleg is een overlegorgaan waarin zorgverleners van verschillende disciplines zetelen en waar de zorg voor de patiënt besproken wordt vanuit een multidisciplinaire invalshoek.

3.3 Onderzoeksvraag

Hoe kan een leidinggevende in opleiding diverse teams begeleiden bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie?

3.4 Methode

Het acht stappen model van John Kotter zal de rode draad vormen doorheen deze bachelorproef.

Binnen stap 6 en 7 van het model van John Kotter zal de PDCA cyclus geïntegreerd worden. De PDCA-cyclus zal gehanteerd worden in de praktijk bij het begeleiden van de afdelingen. Voor de uitwerking van het praktisch gedeelte van deze bachelorproef zullen zowel de relevante elementen van het veranderingsmodel van John Kotter als deze van de PDCA-cyclus gebruikt worden.

3.5 Beschrijving van de betrokken afdelingen

Om een totaal beeld te creëren, worden eerst de betrokken afdelingen in het algemeen en specifiek toegelicht.

Voor deze bachelorproef werd gekozen om drie verschillende afdelingen te begeleiden bij het implementeren van het nieuwe protocol valpreventie, namelijk een afdeling heekunde, een afdeling inwendige geneeskunde en een geriatrische afdeling. De rol van de student in deze bachelorproef is deze van coach. Het is de bedoeling om de teams te begeleiden en te ondersteunen bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de in de literatuur beschreven organisatorische aspecten en menselijke vaardigheden.

Deze drie afdelingen hebben het gemeenschappelijk kenmerk dat het protocol geïmplementeerd dient te worden, maar ze onderscheiden zich in pathologie en patiëntenpopulatie.

De betrokken leidinggevendens zijn geïnformeerd over het opzet van deze bachelorproef op een hoofdenoverleg.

De drie voltallige afdelingen werden over het nieuwe protocol valpreventie geïnformeerd tijdens een briefingmoment van de leidinggevende in opleiding of de coach.

De val- risicoscreening in de eerste verpleegkundige evaluatie (EVE), het nieuwe formulier valpreventie, de nieuwe brochures en de nieuwe materialen werden door de coach toegelicht.

De coach vestigde de aandacht op de risicoscreening in de anamnese en het document valpreventie dat aan het patiëntendossier wordt toegevoegd. Het doel, de wijze van invullen en het tijdstip van invullen van de documenten werden toegelicht alsook de preventieve acties die aan de persoonlijke valrisico's gebonden zijn. Deze dienen dan ook toegepast te worden bij de patiënten.

Coaching van de drie betrokken afdelingen vergt een verschillende aanpak gelet op de diversiteit in pathologie en patiëntenpopulatie. Daarom is noodzakelijk om eerst de verschillende kenmerken toe te lichten.

3.5.1 De afdeling inwendige geneeskunde (afdeling A)

Deze afdeling heeft een diverse populatie. Hier verblijven zowel oncologische als endocrinologische patiënten.

Oncologische patiënten komen voor behandeling met chemotherapie vaak meerdere dagen, vaak worden ze hier ook opgenomen wanneer ze complicaties hebben of erg verzwakt zijn. Daarnaast worden ook oncologische patiënten opgenomen die zich in de terminale fase bevinden.

De patiënten endocrinologie zijn voor tachtig procent patiënten die voor opsporing, behandeling of oppuntstelling van hun diabetes worden opgenomen. Deze patiëntenpopulatie heeft veelal een goede zelfredzaamheid qua verzorging en mobiliteit. Het merendeel van de opgenomen patiënten verblijft slechts enkele dagen op de afdeling.

Er zijn enkele aandachtspunten voor de implementatie van het protocol valpreventie waar de coach rekening mee dient te houden.

De teamleden mogen de zelfredzaamheid niet veralgemenen. Aanhankelijk van het aantal chemo's en zwaarte van de chemo kunnen de patiënten verzwakken, waardoor de zelfredzaamheid daalt en het valrisico stijgt.

Ook bij diabetes dient men alert te blijven, omdat er mogelijkheid is voor onderliggende oog- en voetproblematiek die bij opname niet steeds duidelijk is. Zeker in het beginstadium van het ziektebeeld bevinden de patiënten zich regelmatig in de ontkenningfase en zullen de patiënten niet spontaan hulp vragen aan de zorgverleners. De zorgverleners dienen hiervoor zeker de nodige aandacht voor te hebben.

Bij opname hebben de patiënten op deze afdeling vaak geen valrisico.

Indien de patiënten bij opname of tijdens hun verblijf wel een valrisico vertonen (een risicoscore van 1 of meer) dienen de adviezen die in het protocol valpreventie zijn opgenomen toegepast te worden.

Bij een verhoogd valrisico (een risicoscore van twee of meer) dienen de verpleegkundigen beroep te doen op de liaison geriatrie. Dit is een multidisciplinair team dat hun deskundigheid rond valpreventie en geriatrisch profiel van de patiënt deelt met een geneesheerspecialist en het team, die de patiënt verzorgen. De liaison geriatrie geeft adviezen over heel het ziekenhuis, op de niet geriatrische diensten.

Het merendeel van de patiënten verblijft voor een korte periode op afdeling A, waardoor er meestal geen wekelijkse screening nodig is. Indien de patiënt langer dan een week verblijft bestaat het risico dat een nieuwe screening vergeten wordt en een noodzakelijke aanpassing uitblijft.

Dit geldt ook voor de patiënten waar comfortzorgen aan worden toegediend. De herevaluatie van de patiënten die daarvoor in aanmerking komen is nog niet ingeburgerd op de afdeling.

3.5.2 De afdeling heilkunde (afdeling B)

Op deze afdeling verblijven patiënten die een chirurgische ingreep moeten ondergaan. Deze patiënten worden hoofdzakelijk opgenomen voor urologische ingrepen. Daarnaast verblijven ook patiënten voor mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde, neus-, keel- en oorziekten en abdominale chirurgie. Negentig procent van de opnames zijn geplande opnames met een korte verblijfsduur. Het merendeel van de patiënten zijn volledig zelfstandig bij opname en hebben op dat moment geen specifiek valrisico.

Bij de heilkundige afdeling is het belangrijk dat de leidinggevende, bij de implementatie, naar de manier van herevalueren kijkt. Na elke narcose dient het valrisico namelijk geëvalueerd te worden en is een herevaluatie nodig. Elke patiënt moet individueel benaderd worden, zodat de juiste adviezen kunnen gegeven worden aan de patiënten.

Ook dient de wekelijkse herevaluatie bij langdurige opnames opgevolgd te worden. Aangezien het merendeel van de patiënten slechts enkele dagen verblijft op de dienst bestaat het risico dat een herevaluatie vergeten wordt.

Verder moet, zoals bij de langdurige opnames op deze afdeling en op afdeling A, rekening gehouden worden met patiënten die een andere pathologie hebben. Bijvoorbeeld een geriatrische patiënt die op deze afdeling verblijft vertoont bijkomende risico's zoals postoperatieve verwardheid, het dragen van Anti Trombose-kousen (AT-kousen) of minder gevoel in de benen door het gebruik van een pijnpomp. Dit vraagt een andere benadering en kan het nodig zijn om na te gaan of een andere disciplines (bv liaison geriatrie) betrokken dient te worden.

3.5.3 De afdeling geriatrie (afdeling C)

Op deze dienst verblijven geriatrische patiënten met diverse acute ziektebeelden Dit vereist een multidisciplinaire aanpak.

Deze patiënten vertonen bij opname vaak een verhoogd valrisico. De verpleegkundigen van een geriatrische afdeling moeten geen beroep doen op de liaison geriatrie. Zij beschikken zelf over de nodige kennis en vaardigheden om geriatrische patiënten te verzorgen. Zij gaan dagelijks om met de complexe zorgen die een geriatrische patiënt nodig heeft.

Op een geriatrische afdeling is de relatie met de familieleden van de patiënten belangrijk. Hierdoor kan informatie over de gezondheidstoestand en de thuissituatie ingewonnen worden.

Een aantal patiënten kampen met een cognitieve stoornis of verstaat de taal niet. Aan de familie kan dan gevraagd worden of er reeds hulpmiddelen zijn bij verminderde mobiliteit. Verder kan de verpleegkundige informatie geven over maatregelen op vlak van valpreventie en in bredere zin patiëntveiligheid. Deze informatie kan nuttig zijn voor de thuissituatie.

Multipathologie en de hogere leeftijd van deze patiënten zorgen ervoor dat deze gemiddeld langer in het ziekenhuis verblijven ten opzichte van andere patiënten.

De langere verblijfsduur in een niet vertrouwde omgeving, veelal gepaard gaande met het veranderen van de fysieke en mentale status van de patiënt gedurende de opname, zijn elementen die voor een herevaluatie valpreventie vragen. Bij elke voorgaande verandering kan het risico op vallen verhogen (b.v. een patiënt die omwille van een griep enkele dagen in bed blijft, verzwakt snel, waardoor de mobiliteit in gedrang komt.)

Bij elke herevaluatie dienen de nodige adviezen aan de patiënt en/of zijn familie gegeven te worden.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat voor elke afdeling, ongeacht hun pathologie en hun patiëntenpopulatie, valpreventie een belangrijk aandachtspunt is.

Elke afdeling vraagt weliswaar een andere benadering omwille van de diversiteit van aandoeningen en patiënten.

Op vlak van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg is er voor elke afdeling winst te boeken.

3.6 Implementatie op basis van het veranderingsmodel van John Kotter met inpassing van de PDCA cyclus.

3.6.1 Stap 1: Creëren van urgentie.

In mei 2015 werd het nieuwe protocol valpreventie aan de hoofdverpleegkundigen voorgesteld tijdens het hoofdenoverleg. De verantwoordelijke zorgcoördinator heeft de aandacht eerst gevestigd op het “waarom” van het nieuwe protocol valpreventie: namelijk het aantal geregistreerde valincidenten (\pm 800 incidenten die het voorbije jaar hadden plaatsgevonden). Zoals eerder aangegeven ligt het werkelijk cijfer wellicht hoger aangezien niet elk incident gemeld wordt. Daarna heeft de leidinggevende de betrokken afdelingen de informatie meegedeeld. Het doel van dit informatiemoment was de verpleegkundigen bewust te maken van het aantal valincidenten en de mogelijke gevolgen voor de patiënten.

Verder werd tijdens het informatiemoment door de leidinggevende de gebruiksaanwijzing van het nieuwe protocol valpreventie toegelicht alsook werden de nieuwe materialen (infobrochure voor de patiënt, antislipkousen, enz...) voorgesteld. Deze materialen werden samen met het valrisico evaluatiedocument geleverd op de afdelingen. Tijdens het informatiemoment werd vooral het accent gelegd op de preventie van valincidenten. Ook werd toegelicht dat het registreren van de acties noodzakelijk is voor de zorgcontinuïteit.

3.6.2 Stap 2: Oprichten van een leidend team.

Bij aanvang van dit project bestond het leidend team uit de hoofdverpleegkundige van de afdeling en uit de leidinggevende¹¹.

De rol van de leidinggevende bestond uit het informeren en het motiveren van de verpleegkundigen over het nieuwe protocol en hun op regelmatige basis begeleiden ('training on the job') bij het hanteren van het nieuwe protocol. Dit laatste gebeurde op basis van opvolging van de dossiers. De begeleiding richtte zich voornamelijk rond het deel valpreventie (EVE en valrisico evaluatie). Verder werd bij elk bezoek op de afdeling geïnformeerd naar de bevindingen van de verpleegkundigen en werd aangepast advies gegeven.

De taak van de hoofdverpleegkundigen was in dit verhaal drieledig, namelijk informatiedoorstroming aan het hele team, het tussentijds opvolgen van het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie en indien nodig contact opnemen met de leidinggevende voor extra begeleiding. De hoofdverpleegkundigen bleven gedurende deze bachelorproef eindverantwoordelijke voor de effectieve implementatie van het nieuwe protocol valpreventie op hun afdeling.

Gedurende het implementatieproces werd het leidend team uitgebreid. Binnen dit team zijn op twee afdelingen referentieverpleegkundigen aangesloten. Hun hoofdrol bestond uit het verder begeleiden van het team op momenten dat de leidinggevende niet aanwezig was. Daarnaast werd hun rol ook in de toekomst noodzakelijk i.v.m. borging van het protocol. Hun rol wordt verder verduidelijkt in stap 6 en 7 van het model van John Kotter.

3.6.3 Stap 3: Het creëren van een nieuwe visie en strategie.

Visie: de visie van deze bachelorproef of het onderliggend doel is valincidenten voorkomen door middel van het leveren van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. In het kader van deze doelstelling is het nieuwe protocol valpreventie ontworpen om de verpleegkundigen te ondersteunen bij het leveren van kwaliteitsvolle en veilige patiëntenzorg. Het hoofddoel van deze bachelorproef is het ontwikkelen van leiderschapscompetenties .

¹¹ Met leidinggevende wordt de leidinggevende in opleiding bedoeld in het kader van deze bachelorproef.

Strategie: de strategie beschrijft de verandering en de middelen die nodig zijn om de verandering door te voeren. Voor het protocol valpreventie is een nieuw document ontworpen, namelijk de valrisico evaluatie¹². Daarnaast zijn nieuwe hulpmiddelen (bv. antislipkousen) ter beschikking gesteld. Dit samen zal de verpleegkundigen ondersteunen in het nemen van acties bij de patiënt in het kader van valpreventie. Verder geeft het de mogelijkheid om educatie rond valpreventie voor patiënt en familie af te stemmen op de noden patiënt.

In het kader van deze bachelorproef is op de afdelingen kenbaar gemaakt welke bijdrage de leidinggevende gaat leveren gedurende de beginfase van de implementatieperiode, namelijk: het team op weg helpen om het nieuwe protocol te gebruiken.

ondersteuning van en begeleiding bieden aan de (hoofd)verpleegkundigen bij het gebruik van het nieuwe protocol.

De strategie beschrijft ook welke stappen en tegen welke termijn dienen te veranderen. Dit onderdeel is terug te vinden in stap 6 en 7 van het model van John Kotter.

3.6.4 Stap 4: Het creëren van draagvlak en betrokkenheid.

Draagvlak creëren is geen evidentie voor een leidinggevende die niet bij het team hoort. Voor dit project is door de leidinggevende de volgende informatie op de drie afdelingen gegeven met als doel draagvlak voor het nieuwe protocol valpreventie te creëren:

- Waarom is het protocol ontstaan?

Het protocol is ontworpen in het kader van patiëntveilige - en kwaliteitsvolle zorg. Een werkgroep heeft onderzocht welke elementen uit het bestaande protocol valpreventie verbeterd konden worden. Verder is in de literatuur gezocht naar elementen die het protocol zouden verrijken. Waardoor het ziekenhuis, met een registratie van ongeveer 800 valincidenten op jaarbasis, meer preventief gaat werken om valincidenten te voorkomen. Om het aantal valincidenten terug te dringen, dient bewuster en efficiënter gewerkt te worden rond valpreventie.

- Waaruit bestaat het protocol?

De onderwerpen van het protocol zijn screening EVE, valrisico evaluatie document, informatie brochure en nog enkele andere materialen waarvan antislipkousen een voorbeeld is. Omdat het bekomen van zorgcontinuïteit een belangrijk punt is, werd het valrisico evaluatiedocument uitgebreider toegelicht.

- Binnen de EVE is er een item “vallen”. Het screent hoe hoog het valrisico van de patiënten bij opname is. Aan dit item is een score (0, 1, 2 of 3) toegekend. Op basis van dit cijfer weet de verpleegkundige welke verdere stappen ze moet nemen. Bij score 0 is geen valrisico (preventiemaatregel VALKUIL¹³), bij score 1 is er een laagvalrisico en vanaf score 2 wordt gesproken van een hoog valrisico.
- Vanaf score “1” in de EVE moet het valrisico evaluatiedocument gebruikt worden. Dit evaluatiedocument was nieuw voor de verpleegkundigen. Tijdens het informatiemoment is de gebruiksaanwijzing van het valrisico evaluatiedocument toegelicht en de mogelijke acties die de verpleegkundige moet uitvoeren. Naast de inhoudelijke toelichting van het document is ook de wijze van invullen uitgelegd. Ook werd toegelicht wanneer de liaison geriatrie gecontacteerd moet worden (vanaf score 2) en wanneer de brochure of extra informatie verschaft moet worden.
- De nieuwe materialen die, de afdelingen ter beschikking hebben gekregen, werden toegelicht alsook de wijze van registreren.

De leidinggevende heeft op de drie afdelingen dezelfde informatie gegeven. De

¹² Beschreven in 1.2.4 het nieuw protocol valpreventie.

¹³ VALKUIL is beschreven in paragraaf 1.2.4 het nieuwe protocol valpreventie.

leidinggevende heeft vooral de nadruk op het “waarom” van het nieuwe protocol gelegd. Het protocol is vernieuwd in kader van het leveren van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. De zorg die verpleegkundigen ten harte nemen en dragen in hun persoonlijke waarden en normen. Dit verhoogt de betrokkenheid en biedt de mogelijkheid om een draagvlak te creëren. Het “doel” dat het ziekenhuis wilt behalen met vernieuwen van het protocol werd evenzeer belicht.

3.6.5 Stap 5: Verwijderen van obstakels of geef medewerkers de mogelijkheid om te handelen.

Het protocol botste op twee van de drie afdelingen op weerstand. ‘Het zoveelste nieuwe protocol’ en ‘alweer extra werk’ was een veelgehoorde opmerking. In deze fase vond de leidinggevende het belangrijk om eerst naar de verpleegkundigen te luisteren. Hierdoor kon gedetecteerd worden waar hun weerstand vandaan kwam. De leidinggevende kon hieruit afleiden dat voornamelijk het extra administratief werk voor weerstand zorgden en niet zozeer het protocol op zich. Vele acties van het protocol werden echter al uitgevoerd aan het bed van de patiënt. Doordat de leidinggevende heeft kunnen aantonen dat bij het gebruik van het protocol verpleegkundigen terug bewuster werden van de mogelijke acties die kunnen genomen worden. Het waren vaak kleine elementen die vergeten werden, waardoor het incident had kunnen voorkomen worden. Door de acties aan te vinken, worden de uitgevoerde zorgen bevestigd. Dit zorgt voor het verlagen van de werkdruk. Collega’s krijgen om die reden een zicht op welke acties reeds ondernomen werden en kunnen deze dan ook evalueren. Wat op zijn beurt zorgt voor het inspelen op de zorgcontinuïteit. Deze bewustmaking zorgt ervoor dat de acties terug toegepast worden en het risico op vallen vermindert.

Elk valincident dat voorkomen wordt, maakt dat de verpleegkundige extra tijd wint om andere zorgen te leveren. We mogen niet vergeten dat een valincident meer tijd en energie vraagt dan de preventiemaatregelen toe te passen. De leidinggevende heeft samen met de verpleegkundigen gekeken op welke manier het protocol het best ingepast werd op de werkvloer. Hierdoor is er ruimte voor inspraak gegeven. Zeker voor de herevaluatie van een patiënt is het noodzakelijk dat de afdeling zelf kan bepalen hoe ze dit inpast in hun werking. Na het informatiemoment was de weerstand afgezwakt. Enkele verpleegkundigen waren niet 100% overtuigd, maar waren wel bereid om het een kans te geven.

3.6.6 Stap 6: Zorg voor korte termijnsuccessen en stap 7: Volhouden en bijsturen.

Het ziekenhuisbeleid over valpreventie:

“Het valpreventieprogramma in het ZOL is erop gericht een volledig zorgprogramma rond valproblematiek te bieden door in te spelen op risicoscreening en – evaluatie, multidisciplinaire preventiemaatregelen, interventie en/of behandeling om zo te kunnen zorgen dat er zo weinig mogelijk valincidenten gebeuren gedurende het verblijf in het ziekenhuis.

Het Ziekenhuis Oost-Limburg streeft naar een valpreventie programma op maat van elke gehospitaliseerde patiënt.”(ZOL, z.j.).

Wanneer een afdeling tijdens een audit 90% scoort op het onderdeel “vallen”, wordt verwacht dat deze afdeling actief meewerkt aan het beleid omtrent valpreventie. Vandaar dus ook werkt aan een patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg.

Willen de afdelingen de 90% behalen, dan is het belangrijk om kleine stappen vooruit te zetten gedurende een implementatieperiode.

Zoals John Kotter omschrijft, zijn korte termijnsuccessen belangrijk. Zowel om de verpleegkundigen te motiveren als om hun aan te moedigen om te blijven bijsturen.

De stappen zes en zeven van het veranderingsmodel van John Kotter worden in deze bachelorproef samengevoegd en verwerkt in de PDCA cyclus¹⁴.

De PDCA cyclus is zoals eerder omschreven in het theoretisch kader als volgt opgebouwd:

- Planfase: Hier wordt een SMART(specifiek, meetbaar, tijdgebonden, realistisch en acceptabel) geformuleerde doelstelling beschreven met de gewenste uitkomst. Beide dienen haalbaar te zijn, wanneer een van de twee niet realistisch is, zal het project mislukken. Voor deze bachelorproef zijn kleine haalbare doelstellingen opgesteld die op langere termijn moeten resulteren in het bereiken van de vooropgestelde ziekenhuisdoelstelling rond het preventiebeleid vallen.
- Do fase: Hier gebeurt de uitvoering zoals beschreven in de planfase. Tijdens de uitvoering vindt een meting plaats en worden de resultaten geregistreerd. De leidinggevende heeft tijdens de opvolgmomenten ook dossieropvolging uitgevoerd. De informatie die in de dossiers terug te vinden is, wordt beschouwd als effectief geleverde zorg.
- Check fase: In deze fase worden de meetresultaten geëvalueerd. De leidinggevende gaat de resultaten vergelijken met de vooropgestelde uitkomst. Op deze manier kan snel bijgestuurd worden indien de resultaten erg verschillen. De resultaten van de dossierevaluaties gaven in deze fase een visueel beeld voor de leidinggevende en de (hoofd)verpleegkundigen. De leidinggevende is nagegaan welke de mogelijke oorzaken van de afwijkingen waren om in de volgende fase doelgerichte acties te bepalen.
- (Re-) act fase: De doelstelling wordt aangepast op basis van de resultaatsverschillen en maatregelen worden genomen om alsnog de geplande uitkomst te bekomen. De leidinggevende heeft in deze fase allerlei mogelijke acties voorgesteld om de afdeling te helpen bij behalen van de doelstelling rond valpreventie.

Deze vier stappen zijn terug te vinden in het proces van de begeleiding per afdeling. Om een beter beeld te krijgen van het proces dat een afdeling doorlopen heeft, wordt het projectverloop per afdeling gedurende de begeleiding volledig beschreven.

¹⁴ Stap 6 en 7 zijn samengevoegd zoals beschreven in Paragraaf 2.1.1.2 De PDCA Cyclus in het theoretisch gedeelte.

3.6.6.1 Projectverloop per afdeling

Afdeling A: de afdeling inwendige geneeskunde

Op dienst A werd, op vraag van de hoofdverpleegkundige, het nieuwe valpreventie protocol een tweede keer tijdens een briefingmoment uitgelegd om zoveel mogelijk verpleegkundigen te bereiken voor de opstart van het protocol.

Plan: Elke verpleegkundige weet tegen het eerste opvolgmoment hoe het nieuwe protocol valpreventie gehanteerd dient te worden en op welke wijze het valrisico evaluatiedocument dient ingevuld en uitgevoerd te worden.

Do: Tijdens het eerste opvolgmoment is geïnformeerd naar de beleving en bevindingen omtrent het protocol. Tien dossiers werden geëvalueerd op het item "vallen". De evaluatie is steeds gebeurd aan de hand van het aangepaste auditdocument¹⁵. Dit alles gaf de leidinggevende de mogelijkheid om de informatie van de (hoofd)verpleegkundige(n) af te stemmen op de bevindingen in het dossier. De dossiers zijn steeds willenkeurig gekozen door de leidinggevende. De leidinggevende heeft enkele dossiers genomen uit elke verzorgingskar. Dit geeft een duidelijker beeld van in hoeverre de implementatie is gebeurd en het betreft verschillende verpleegkundigen.

Afdeling A: 02-12-2015												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	100%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	0	10	10	9	0	9	10	9	9	0	50%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	10	0	9	0	9	9	9	9	0	20%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	0	9	9	10	0	9	0	9	9	25%
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	0	0	0	9	0	9	0	9	9	9	0%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
												48%

Kader 2: Eerste opvolgdocument van afdeling A

Check:

- D6 scoort een 9 (niet van toepassing of niet bevraagd) op alles, omdat de patiënt de dag van het opvolgmoment was opgenomen en de verantwoordelijke verpleegkundige diende het dossier nog te vervolledigen. De overige 9's wijzen erop dat deze onderdelen niet van toepassing waren voor de betrokken patiënt. (b.v. D1: Scoort een 9 op item 4. Deze patiënt vertoonde geen hoog valrisico ≥ 2 of geen geriatrisch risico profiel (GRP) score van ≥ 2 , waardoor de liaison niet betrokken diende te geraken.
- In de andere dossiers is zowel de EVE ingevuld op het onderdeel vallen als het GRP dat ook aandacht besteed aan vallen. Wanneer de GRP score en de valrisico screening boven of gelijk is aan twee dient de betrokken verpleegkundige de liaison geriatric te raadplegen.

¹⁵ Eerder beschreven in 3.2 evaluatiemethodiek

- D2 hier is de liaison geriatrie niet geraadpleegd
- D7 was er bij de EVE de liaison geriatrie afgetekend, echter op het valpreventiedocument was het niet terug te vinden.
- Van de 10 dossiers was geen enkele patiënt die onder narcose was geweest. Dit is de reden waarom elk dossier een 9 scoort op dit item
- Tot slot kan geconcludeerd worden dat in de patiëntendossiers geen gegevens gevonden zijn van het verschaffen van informatie aan patiënt of familie, terwijl zes van de tien patiënten een verhoogd valrisico vertonen. Bij amper drie van de zes patiënten werd het valrisico evaluatieformulier ingevuld en is er geen herevaluatie gebeurd.

De leidinggevende toetste de vragen en bevindingen van de verpleegkundigen af op de bevindingen in de dossiers. Deze stemde overeen (b.v. herevaluaties gebeurden niet, omdat het niet altijd duidelijk was wanneer deze diende te gebeuren, ze werden vergeten doordat het document niet zichtbaar was in het dossier,...)

Act: Samen met de aanwezige verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige werden de volgende afspraken gemaakt (A):

- Aandacht hebben voor de identificatielever op de EVE en het valrisico evaluatiedocument.
- De patiënt en/of de familie voldoende informeren omtrent valpreventie, de voorziene brochure overhandigen en op het valrisico evaluatiedocument aanduiden indien de informatie gegeven is.
- Om de wekelijkse herevaluatie niet te vergeten, wordt de deze opgenomen in de zorgplanning als geheugensteun voor de verpleegkundigen.

Plan: Binnen de PDCA cyclus, waar de eerste doelstelling gericht was op het opstellen van het protocol en het moment dat het protocol dient gebruikt te worden, is er een uitbreiding op de doelstelling. Hier wordt omschreven dat de verpleegkundigen tegen het tweede opvolgmoment het valrisico evaluatiedocument gekoppeld aan het protocol, kunnen invullen en gebruiken zoals het protocol het voorschrijft.

Do: De leidinggevende heeft een drietal weken na het eerste opvolgmoment opnieuw contact opgenomen met de hoofdverpleegkundige om samen te bekijken hoe de gemaakte afspraken verliepen. De hoofdverpleegkundige gaf aan dat er nood was aan extra opvolging, omdat de verpleegkundigen onvoldoende het beleid toepasten. De hoofdverpleegkundige stelde voor om samen te komen met vier gemotiveerde referentieverpleegkundigen¹⁶ "vallen". Tijdens de vergadering met de referentieverpleegkundigen is besloten de referentieverpleegkundigen zelf één keer per maand een dossierevaluatie uit te laten voeren. Hiervoor is een gebruiksvriendelijk document opgesteld (bijlage 3: opvolgdocument voor referentieverpleegkundigen) dat voor een minimaal tijdsbeslag zorgt. De referentieverpleegkundigen zullen hun bevindingen delen met de hoofdverpleegkundige en de betrokken verpleegkundigen.

Een week na de bijkomende vergadering volgde het tweede opvolgmoment door de leidinggevende.

¹⁶ Verpleegkundigen die veel affiniteit hebben met een bepaald onderwerp binnen de zorg en die op regelmatige basis hierover bijscholingen volgen.

Afdeling A: 15-01-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	0	9	10	10	9	9	10	10	9	10	83%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	9	9	0	9	9	9	10	9	9	33%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	0	9	9	0	9	9	9	0	9	9	0%
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	0	9	0	0	9	9	0	9	9	9	0%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
											62%	

Kader3: tweede opvolgdocument van dienst A

Check:

- In de EVE was de GRP score en de valrisicoscreening ingevuld.
- Het valrisico evaluatiedocument zat in elk dossier waar de patiënt een verhoogd valrisico vertoonde en bevatte de identificatie-kleef.
- D6 bevatte een blanco valrisico evaluatie document, maar er was geen verhoogd valrisico en herevaluatie nodig.
- Het contacteren van de liaison geriatrie, het informeren van de patiënt en/of de familie was niet terug te vinden in het dossier en werd nog steeds geen herevaluatie uitgevoerd, noch opgenomen in de zorgplanning.

We kunnen concluderen dat een gedeelte van de acties bereikt zijn, maar er kan nog niet geoordeeld worden over het effect van de opvolging van de referentieverpleegkundigen. Zij hebben beperkt gewerkt in de voorbije week en nog niet de mogelijkheid gehad om de opvolging te doen.

Act: Samen met de hoofdverpleegkundige en de referentieverpleegkundigen werden de volgende afspraken gemaakt:

- Maandelijks een dossierevaluatie inplannen voor de referentieverpleegkundigen.
- De wekelijkse herevaluatie opnemen in de zorgplanning, zoals bij aanvang van de implementatie besproken is.
- Blijven aandacht hebben voor het informeren van de patiënten en/of familie en het registreren hiervan in het patiëntendossier.
- De liaison geriatrie meer betrekken in het zorgproces .

Plan: De eerder opgestelde doelstelling van de PDCA - cyclus loopt verder na het tweede opvolgmoment. Het laatste opvolgmoment werd verlengd van één maand naar drie maanden. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid voor de referentieverpleegkundigen om de gemaakte afspraken na te komen en een dossierevaluatie uit te voeren. Gedurende deze drie maanden kunnen de referentieverpleegkundigen steeds terecht bij de leidinggevende indien zij extra informatie of begeleiding willen.

Do: Half april werd het derde en laatste opvolgmoment georganiseerd. Tijdens dit opvolgmoment werd voor de laatste keer door de leidinggevende nagegaan in hoeverre de eerdere acties werden toegepast en is er gekeken of de implementatie succesvol verlopen is.

Afdeling A: 12-04-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	100%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	9	9	9	10	9	9	0	10	9	75%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	9	9	9	10	9	9	0	10	9	50%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	0	9	9	9	9	9	9	10	9	9	50%
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	0	9	9	9	9	9	9	9	0	9	0%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
												71%

Kader 4: laatste opvolgdocument van dienst A

Check:

- Bij D3 is de EVE onvoldoende ingevuld. Reden is dat de patiënt nog geen 24 uur op de afdeling is opgenomen. Het ziekenhuis voorziet 24 uur om een EVE in te vullen.
- Bij D8 ontbreekt het invullen van het valpreventie document.
- Herevaluatie wordt nog steeds niet uitgevoerd en in het dossier zijn geen gegevens gevonden die er op duiden dat informatie is gegeven aan de patiënt en/of de familie.
- De referentieverpleegkundigen, die het opvolgdocument gebruikten hadden, gaven aan dat het gebruiksvriendelijk was. De resultaten van hun dossierevaluatie zijn met de hoofdverpleegkundige besproken. Verder gaven de referentieverpleegkundigen aan dat het niet haalbaar was geweest om maandelijks de dossieropvolging uit te voeren.

Na dit laatste opvolgmoment kan samengevat worden dat dienst A actief werkt met het nieuwe protocol valpreventie. Er is echter nog een weg af te leggen alvorens de afdeling voldoet aan de norm die aan het item vallen is gekoppeld.

Verder is informeren, herevaluëren en liaison geriatrie contacteren onvoldoende terug te vinden in de patiëntendossiers. Het is belangrijk dat de verpleegkundigen aandacht blijven houden voor deze drie knelpunten.

Act: De leidinggevende geeft ten slotte nog enkele adviezen mee. Deze dienen het team op weg te helpen naar het behalen van de vooropgestelde 90% die gekoppeld is aan de patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg.

- Elke referentieverpleegkundige dient maandelijks tien dossiers te blijven opvolgen. Hun bevindingen dienen gedeeld te worden met de hoofdverpleegkundige en het team van verpleegkundigen.
- De hoofdverpleegkundige dient blijvend de aandacht te vestigen op het protocol.
- Het team dient alert te blijven naar informeren, herevaluëren en het contacteren van de liaison geriatrie. Dit is nodig wil de afdeling het maximum halen uit de adviezen verbonden aan het preventieprotocol.

Afdeling B: de afdeling heekunde

Op afdeling B werd enkel tijdens een middagbriefing het nieuwe valpreventieprotocol toegelicht door de leidinggevende. Tijdens het infomoment waren er enkele verpleegkundige die hun weerstand uitten op het nieuwe protocol. De leidinggevende heeft eerst geluisterd naar de oorzaak van de weerstand. Het bleek niet het patiëntveilige aspect dat voor weerstand zorgde, maar het extra werk om het document in te vullen. Op afdeling B dient bijna elke patiënt enkele uren na opname al opnieuw gescreend te worden. Een narcose

verhoogt namelijk het valrisico. Het toepassen van het nieuwe protocol verhoogt de werkdruk op een moment dat de werkdruk al hoog is: patiënten moeten gehaald worden op recovery, ze dienen geïnstalleerd te worden op de kamer en de orders van de dokter moeten nog uitgevoerd worden.

Doordat de leidinggevende kon aantonen wat de meerwaarde van het protocol was (bv het voorkomen van een valincident vraagt minder tijd dan het oplossen van een valincident) en hoe gebruiksvriendelijk het protocol was opgesteld wilden de verpleegkundigen het werken met het nieuwe protocol valpreventie een kans geven. Verder zorgt het hanteren van het valrisico evaluatiedocument voor een beter zorgcontinuïteit. De collega die de patiënt verder opvolgt weet namelijk welke acties reeds ondernomen zijn en is dan in de mogelijkheid om ze verder te evalueren. Het voorkomt dubbelwerk, waardoor de werkdruk verlaagt wordt.

Nadat de verpleegkundigen voldoende geïnformeerd waren, kon de begeleiding beginnen op de afdeling.

Plan: Elke verpleegkundige weet tegen het eerste opvolgmoment hoe het nieuwe protocol valpreventie gehanteerd dient te worden en op welke wijze het valrisico evaluatiedocument dient ingevuld en uitgevoerd te worden.

Do: Tijdens het eerste opvolgmoment werd eerst geluisterd naar de vragen die de aanwezige verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige hadden over het werken, het toepassen en het invullen van het nieuwe protocol. De uitleg rond het toepassen en het gebruik van het protocol werd door de aanwezige verpleegkundigen als duidelijk ervaren.

Verder vond er een dossierevaluatie plaats, waarbij in tien dossier de onderdelen met betrekking tot valpreventie onder de loep werden genomen.

Afdeling B: 02-12-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	0	0	0	9	10	10	10	10	10	67%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0	0%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	100%
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	100%
												67%

Kader 5: eerste opvolgdocument van afdeling B

Check:

- Uit de eerste meeting blijkt dat de verpleegkundigen van dienst B de EVE goed invullen. Zowel de GRP score als de score van het valrisico zijn beide ingevuld.
- De liaison geriatrie is geraadpleegd bij de patiënt met een hoog risicoprofiel.
- Het valrisico evaluatiedocument is in de meeste dossiers aanwezig en ingevuld.
- De herevaluatie wordt uitgevoerd met adviezen die afgestemd zijn op de patiënt als individu. Dit ondanks de ervaren weerstand bij het infomoment.
- In de dossiers is niet terug te vinden of de patiënten en/of de familie geïnformeerd zijn.
- Bij item nr.4 en 5 staan merendeel 9 geregistreerd. Dit is te wijten aan de soort patiëntenpopulatie. Merendeel vertoont geen valrisico bij opname en verblijven

slechts enkele dagen op de afdeling waardoor de liaison en de wekelijkse herevaluatie niet van toepassing zijn voor deze patiënten.

Hieruit kan gesteld worden dat de verpleegkundigen het nieuwe protocol leren kennen en toepassen. Het is echter van belang dat het verder opgevolgd wordt, dat het beleid actief wordt gehouden en dat het educatieve luik verder ook de nodige aandacht krijgt.

Act: Samen met de hoofdverpleegkundige werden de volgende afspraken gemaakt:

- Aandacht schenken aan het informeren van patiënten en/of familie. Vaak wordt dit spontaan gedaan en is het jammer dat het als dusdanig niet terug te vinden is in het dossier.
- De goede tendens verderzetten. Het blijven uitvoeren van het nieuwe protocol valpreventie en de adviezen blijven afstemmen op de individuele patiënt.

Door de dossiers te evalueren kan gesteld worden aan de hand van de bevindingen dat het herevaluatie, het invullen van de documenten en de gegevens, de adviezen afgestemd zijn op de noden van de patiënt.

Hierdoor wordt de eerste doelstelling omtrent de opstelling en het gebruik van het protocol door de verpleegkundigen behaald. Er kan dieper ingegaan worden op het protocol en de doelstelling zal vernieuwd worden.

Plan: Tegen het tweede opvolgmoment kunnen de verpleegkundigen het protocol gedetailleerder hanteren. De verpleegkundigen schenken aandacht aan het informeren van de patiënten en/of familie.

Do: Drie weken na het eerste opvolgmoment is door de leidinggevende via email, contact opgenomen met de hoofdverpleegkundige om navraag te doen naar de gemaakte afspraken en het verloop van het uitvoeren van het nieuwe valpreventieprotocol. Hier is geen reactie gekomen op het verzoek, waardoor de leidinggevende er vanuit ging dat er geen problemen waren.

Bij het tweede opvolgmoment blijkt dat de hoofdverpleegkundige niet voltijds aanwezig is op de afdeling. Dit bemoeilijkt het contact met de afdeling.

Een verpleegkundige die tijdens de afwezigheid van de hoofdverpleegkundige aangesteld was om de taken over te nemen, is tijdens het tweede opvolgmoment in onderling overleg de tweede contactpersoon¹⁷ geworden gedurende het begeleidingstraject.

Vanaf het tweede opvolgmoment hebben beiden de feedback ontvangen van de leidinggevende en zal het vervangend hoofd, indien noodzakelijk, de hoofdverpleegkundige op de hoogte brengen.

¹⁷ In verdere verloop wordt de tweede contact persoon omschreven als vervangende hoofdverpleegkundige

Half januari volgde het tweede opvolgmoment:

Afdeling B: 15-01-2016													
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd	
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	90%	
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	9	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0%	
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	9	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0%	
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	0	0	9	0	0	9	0	0	0%	
												30%	

Kader 6: tweede opvolgdocument van afdeling B

Check:

- D3 is een patiënt die dezelfde middag is opgenomen en de verpleegkundige dient het dossier nog te vervolledigen.
- De EVE wordt nog steeds goed ingevuld.
- Het valrisico evaluatiedocument bevindt zich in de meeste dossiers, maar wordt onvoldoende ingevuld.
- De herevaluaties gebeuren onvoldoende.
- In de dossiers is nog steeds niet terug te vinden of de patiënten en/of de familie geïnformeerd werden.

De volgende conclusie kan hieruit getrokken worden. Het was niet haalbaar om de gemaakte afspraken uit te voeren. De resultaten zijn minder gunstig ten opzichte van het eerste opvolgmoment. Wanneer de leidinggevende probeert de oorzaak hiervan te achterhalen, geeft de vervangende hoofdverpleegkundige aan dat het ontzettend druk is geweest op de afdeling. Hierdoor heeft het protocol de afgelopen maand te weinig aandacht gekregen. Aandacht die gedurende de implementatieperiode belangrijk is, wil het team het protocol borgen.

Act: Samen met de vervangende hoofdverpleegkundige werden de volgende afspraken gemaakt:

- Terug meer aandacht schenken aan valpreventie in het algemeen.
- Terug actiever het valrisico herevalueren.
- Patiënten informeren en indien dit gebeurt noteren in het dossier.

Plan: De planning naar het derde en laatste opvolgmoment is dat de verpleegkundigen terug actief gaan werken met het protocol en extra aandacht geven aan herevalueren en informeren.

Do: Half april vond het laatste opvolgmoment plaats. Voor de laatste keer werd door de leidinggevende nagegaan in hoeverre de eerdere afspraken werden toegepast. Aan de hand van de dossierevaluatie werd gekeken of de implementatie succesvol verlopen is.

Afdeling B: 12-04-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	90%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	0	10	9	10	10	10	10	0	0	67%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	0	10	9	9	10	9	10	0	0	43%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	10	9	10	9	0	10	9	10	9	9	80%
												71%

Kader 7: laatste opvolgdocument van afdeling B

Check:

- Er is een duidelijke verbetering na het tweede opvolgmoment.
- De verpleegkundigen hebben regelmatig een herevaluatie uitgevoerd
- In de dossiers is een positieve tendens te zien in verband met het informeren van preventiemaatregelen aan de patiënten.

Act: De leidinggevende geeft ten slotte nog enkele adviezen mee.

- Verder groeien en volhouden in het eigen maken van het nieuwe protocol. Op deze manier kan samen verder gewerkt worden aan het behalen van de ziekenhuisdoelstelling rond valpreventie en de missie en visie die het ziekenhuis beoogt te bekomen rond patiëntveilige - en kwaliteitsvolle zorg.
- De nodige aandacht blijven schenken aan informeren en indien nodig de liaison geriatrie consulteren.

Afdeling C: de afdeling geriatrie

Op afdeling C is de informatie tijdens een middagbriefing gegeven door de leidinggevende aan de aanwezige verpleegkundige. Om alle verpleegkundigen van de afdeling te bereiken heeft de hoofdverpleegkundige de informatie gedurende enkele weken op het digitale informatiescherm in het briefingslokaal geplaatst.

Tijdens het infomoment van de leidinggevende toonden de verpleegkundigen een grote interesse in het nieuwe protocol. Zij komen vaak in aanmerking met patiënten met een verhoogd valrisico. De mobiliteit en cognitieve functies van de patiënten kunnen veranderen tijdens hun opname en de patiënten verblijven regelmatig voor een langere periode op de afdeling. De interesse van de aanwezige verpleegkundigen en hun motivatie zorgde ervoor dat de begeleiding kon beginnen.

Plan: Elke verpleegkundige weet tegen het eerste opvolgmoment hoe het nieuwe protocol valpreventie gehanteerd dient te worden en op welke wijze het valrisico evaluatiedocument dient ingevuld en uitgevoerd te worden.

Do: Tijdens het eerste opvolgmoment werd geïnformeerd naar de bevindingen en bedenkingen rond het nieuwe protocol. De hoofdverpleegkundige gaf aan dat het moeilijk was om het team te motiveren naar nieuwe en bestaande protocollen toe. Enkele aanwezige verpleegkundigen geven aan dat het in orde brengen van de patiëntendossiers minder prioritair is dan de patiëntenzorg op de patiëntenkamers.

Ze zien het nut van het invullen en aanpassen van de patiëntendossiers zeker in. Ze weten dat veel nuttige informatie hierin is terug te vinden, zeker rond de verzorging van de patiënten. Door veel aandacht te schenken aan de patiëntenzorg op de kamers, worden vaak de dossiers beperkt ingevuld.

Door de dossierevaluatie uit te voeren kon de leidinggevende nagaan of de verkregen feedback overeenstemde met de resultaten in de dossiers.

Afdeling C: 02-12-2015													
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd	
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	0	10	0	10	10	10	0	70%	
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	10	10	0	10	0	10	9	0	0	56%	
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	10	0	0	0	0	0	0	9	0	0	11%	
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0%	
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
												35%	

Kader 8: eerste opvolgdocument van afdeling C

Check:

- In de resultaten van de dossieropvolging is te zien dat de patiëntendossiers onvoldoende ingevuld worden.
- De EVE wordt niet of onvoldoende ingevuld.
- Het valrisico evaluatiedocument wordt zelden ingevuld.
- De herevaluatie gebeurt onvoldoende en is vaak niet correct.
- Op deze afdeling kan de liaison niet gecontacteerd worden (score 9 op item 4). Eerder is reeds aan gegeven dat de verpleegkundige op de geriatrische afdeling zelf voldoende expertise dienen te hebben omtrent valpreventie.
- Item 6 zal meestal ook score 9 bevatten. Zelden zullen patiënten op een geriatrische afdeling een narcose ondergaan.

De informatie die de hoofdverpleegkundige en de aanwezige verpleegkundigen meedeelden komt overeen met de bevindingen van de leidinggevende bij het nagaan van de dossiers. De leidinggevende heeft het belang van het invullen van de dossiers aangehaald. Namelijk wanneer een dossier goed is ingevuld, vinden de verpleegkundigen in het dossier veel nuttige informatie rond de zorg en opvolging van de patiënten. Een goed ingevuld valrisico evaluatiedocument zorgt ervoor dat de verpleegkundige, die de verantwoordelijkheid en zorg overneemt, welke adviezen reeds gegeven en gebruikt werden bij de patiënt. Een goed ingevuld dossier zorgt voor continuïteit in de zorg. Continuïteit wat voor veel ouderen belangrijk is.

Act: Samen met de hoofdverpleegkundige worden de volgende afspraken gemaakt:

- De EVE wordt binnen de vierentwintig uur vervolledigd.
- De informatie die de EVE geeft over de zorg wordt overgenomen in de zorgplanning bij opname. Tijdens de opname wordt deze aangepast aan de noden van de patiënt.
- Het valrisico evaluatiedocument wordt bij opname, indien nodig, ingevuld. Dit vergemakkelijkt de zorg voor de verpleegkundigen die de patiënt niet kennen en

overnemen tijdens hun werkdienst. Bij het invullen wordt de nodige aandacht geschonken aan de acties die ondernomen worden, aan het gebruik van initialen en aan het informeren over valpreventie aan de patiënt en/of de familie.

- De herevaluatie gebeurt bij elke fysieke en cognitieve verandering tijdens de opname, welke het valrisico verhogen.
- De wekelijkse herevaluatie wordt op vraag van de hoofdverpleegkundige ingepland in de zorgplanning op dinsdag. Hierdoor kan de informatie gebruikt worden bij het wekelijks multidisciplinair patiëntenoverleg¹⁸.

Plan: De doelstelling is dat elke verpleegkundige tegen het volgende opvolgmoment weet hoe het nieuwe protocol valpreventie gehanteerd dient te worden en op welke wijze het valrisico evaluatiedocument dient ingevuld en uitgevoerd te worden. De doelstelling wordt aangevuld met een bijkomende doelstelling waar nog extra aandacht wordt gevraagd om de EVE volledig in te vullen en de informatie van de EVE over te nemen in de zorgplanning.

Do: Na drie weken is opnieuw contact opgenomen met de hoofdverpleegkundige. Dit om na te gaan hoe de gemaakte afspraken worden uitgevoerd. De hoofdverpleegkundige uitte zijn ongerustheid en vroeg om extra ondersteuning. De leidinggevende stelde voor om referentieverpleegkundigen aan te stellen en met hen samen te zitten. Het doel hiervan was om meer betrokkenheid en een groter draagvlak te creëren (stap 4 en 5 van het model van John Kotter en de ZDT). Enkele verpleegkundigen werden door de hoofdverpleegkundige gevraagd en aangesteld om referentieverpleegkundige “vallen” te worden.

Met de twee referentieverpleegkundigen werd een vergadering gepland om meer inzicht te krijgen in de werking van de afdeling. Tijdens de vergadering werd gekeken wat de oorzaken van het onvoldoende invullen waren, welke maatregelen in het verleden genomen werden en welke hiervan succes hadden en hoe zij een extra bijdrage konden doen om het team verder te ondersteunen. De extra bijdrage is belangrijk als de begeleiding stopt en de verantwoordelijkheid opnieuw volledig bij de teamleden terecht komt.

Act: Tijdens de vergadering werd samen met de referentieverpleegkundigen de volgende afspraken gemaakt:

- Beide referentieverpleegkundigen gaan maandelijks zelf dossiercontrole doen met het document dat de leidinggevende heeft opgesteld (bijlage 3 opvolgdocument voor referentieverpleegkundigen) en hun bevindingen delen met het team en de hoofdverpleegkundige.
- Indien bij opname het niet mogelijk is om met de patiënt de EVE en het valpreventiedocument in te vullen, wordt op het patiëntendossier een kaartje gestoken en indien nodig (bv.: taalbarrière, dementie, enz. ...) op de kamer een kaartje gelegd voor de familie om contact op te nemen met de verpleegkundigen.
- Wekelijkse herevaluatie wordt opgenomen in de zorgplanning op dinsdag, zodat de nodige informatie mee genomen kan worden naar het wekelijks patiëntenoverleg.

¹⁸ Dit is een overlegmoment dat één keer per week plaatsvindt en waar elke patiënt door een multidisciplinair team besproken wordt.

Do: Een week na het vergadermoment vond het tweede opvolgmoment plaats.

Afdeling C: 15-01-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	0	10	0	10	10	10	10	10	80%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	10	0	0	0	0	0	10	0	10	40%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	9	9	9	0	9	9	0	10	33%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
												39%

Kader 9: tweede opvolgdocument van afdeling C

Check:

- De EVE werd beter ingevuld.
- De ingevulde EVE's waren volledig ingevuld.
- Het valrisico evaluatiedocument krijgt nog te weinig aandacht en het protocol wordt nog onvoldoende gebruikt.
- Het informeren van de patiënt en/of familie is nog een aandachtspunt.

Act: De leidinggevende verwacht bij het derde opvolgmoment betere resultaten aangezien de week voor het tweede opvolgmoment nieuwe afspraken gemaakt zijn met de referentieverpleegkundigen. Er was te weinig tijd tussen het tijdstip van de afspraken en het opvolgmoment om de gemaakte afspraken uit te voeren.

Met de hoofdverpleegkundige werden de volgende afspraken afgesproken om het team te ondersteunen bij hun administratief werk:

- De EVE worden binnen de 24 uur ingevuld met aandacht voor de totaalscores GRP en vallen.
- Het valrisico evaluatiedocument wordt bij elke opname in het dossier toegevoegd en geïdentificeerd.
- In het valrisico evaluatiedocument is steeds een datum, paraf van de verpleegkundige, de ondernomen acties en het info/educatie luik ingevuld.
- Indien het niet haalbaar is voor de verpleegkundige om deze acties uit te voeren, wordt een nota hiervan vooraan in de kافت gestoken. Dit geeft de mogelijkheid voor de collega's om het verder aan te vullen.
- Wekelijkse herevaluatie opnemen in de zorgplanning, zodat het visueel zichtbaar wordt.

Plan: De leidinggevende heeft hoge verwachtingen naar het derde opvolgmoment. De leidinggevende verwacht van de verpleegkundigen dat zij actiever werken met het valpreventieprotocol en dat de hoofdverpleegkundige, indien nodig, bijstuurt of tijdig contact opneemt met de leidinggevende.. De reeds vooropgestelde doelstelling "elke verpleegkundige weet hoe het nieuwe protocol valpreventie gehanteerd dient te worden en op welke wijze het valrisico evaluatiedocument dient ingevuld en uitgevoerd te worden" loopt verder binnen de PDCA cyclus.

Veder dienen de verpleegkundigen de nodige aandacht te vestigen op het invullen van de EVE bij opname. Dit wordt aangevuld met een maandelijkse dossierevaluatie uitgevoerd door de referentieverpleegkundigen.

Do: Het laatste opvolgmoment werd gepland over drie maanden. De verantwoordelijkheid die de leidinggevende had wordt gedeeltelijk overgedragen naar de referentieverpleegkundigen. Dit is belangrijk voor de toekomst om de continuïteit te behouden. Het blijft belangrijk dat elke verpleegkundige zijn verantwoordelijkheid neemt naar administratief werk toe. De leidinggevende blijft in deze periode steeds bereikbaar indien er onduidelijkheden zijn en extra ondersteuning gewenst is.

Half april vond het derde en laatste opvolgmoment plaats.

Afdeling C: 14-04-2016													
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd	
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	90%	
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	0	10	10	10	0	10	10	10	10	80%	
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	10	0	10	10	10	0	10	0	10	10	70%	
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	10	10	10	9	10	0	0	10	71%	
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
												78%	

Kader 10: laatste opvolgdocument van afdeling C

Check:

- De EVE was beter ingevuld.
- D2 was onvolledig, maar de patiënt verbleef nog geen vierentwintig uur op de afdeling en diende nog vervolledigd worden.
- Het valpreventie protocol werd ook goed gehanteerd.

Ondanks de betere resultaten gaf de hoofdverpleegkundige aan, dat het toepassen van het nieuwe valpreventie protocol moeizaam verloopt op de afdeling. De verpleegkundige zijn niet enthousiast over het protocol, omdat vele beschreven acties in het protocol niet toepasbaar zijn op het merendeel van de patiënten. De patiënten zijn soms volledig hulpbehoevend, waardoor herevalueren voor de verpleegkundigen overbodig lijkt te zijn. Omdat veel van deze patiënten met een cognitieve stoornis kampen begrijpen ze de informatie en adviezen niet altijd. En omwille van de multipathologie is het moeilijker om de juiste maatregelen toe te passen bij de patiënten.

Act: De leidinggevende geeft nog enkele adviezen mee om het team te motiveren en te enthousiasmeren bij het verder gebruik van het protocol valpreventie:

- Het protocol levendig houden gedurende de implementatie periode en erna.
- Referentieverpleegkundigen maandelijks een dossierevaluatie laten uitvoeren. De bevindingen dienen meegedeeld te worden aan de hoofdverpleegkundige en aan het team.
- Moeilijke casussen bespreken tijdens een briefing, om meer inzichten te bekomen en te delen.
- De zorgcoördinator die de afdeling begeleidt en ondersteunt in het leveren van patiëntveilige - en kwaliteitsvolle zorg, kan best regelmatig het protocol nog eens komen toelichten en adviezen geven bij moeilijke casussen.

- De valincidenten die plaatsvonden op de afdeling bespreken met het team en de mogelijke preventiemaatregelen die het incident hadden kunnen voorkomen extra aanhalen. Zo wordt de toepassing van het protocol tastbaarder voor de verpleegkundigen.

De drie afdelingen zijn door de leidinggevende op weg geholpen bij het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie. De leidinggevende heeft de afdelingen, via adviezen, de mogelijkheid aangereikt om het protocol te borgen op hun afdeling.

3.6.7 Stap 8: Borg de verandering.

De leidinggevende is in de mogelijkheid gesteld om een vierde opvolgmoment uit te voeren op de drie afdelingen. Dit opvolgmoment vond plaats drie maanden nadat de begeleiding van de leidinggevende was gestopt.

Deze opvolging geeft een beeld van de stand van zaken van het gebruik van het nieuwe protocol op deze drie afdelingen.

Er kan nagegaan worden of het protocol al geborgd is.

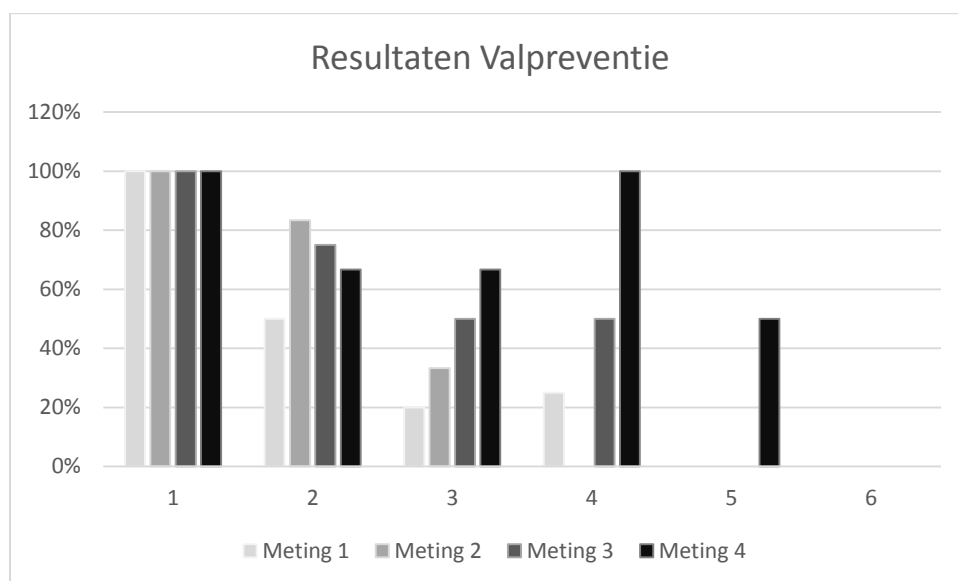
Wanneer borging nog niet aan de orde is, kan er gekeken worden naar wat de afdeling nog nodig heeft om het team verder op weg te helpen in het gebruik van het protocol en om het te borgen.

3.6.7.1 Status borging van het nieuwe protocol valpreventie na 4 maanden

Afdeling A: de afdeling geneeskunde

Na het derde opvolgmoment kon geconcludeerd worden dat afdeling A actief werkt aan valpreventie door te werken met de geboden mogelijkheden van het valpreventiebeleid. Volgende aandachtspunten konden aangestipt worden; nog extra aandacht vestigen op informeren, herevalueren van patiënten en contacten leggen met de liaison geriatrie. Bovenstaande aandachtspunten waren onvoldoende terug te vinden in de patiëntendossiers en het is belangrijk dat deze drie knelpunten voor afdeling A onder de aandacht blijven.

De onderstaande grafiek geeft visueel weer welke evolutie afdeling A heeft gemaakt gedurende de hele implementatieperiode inclusief de vierde meting.



Grafiek 1: Overzicht van de opvolgmomenten op afdeling A

De grafieken binnen stap 8 geven op de horizontale as de resultaten van de volgende onderdelen weer:

- 1: Staat voor het eerste onderdeel dat in de tabellen gemeten is vanuit de dossiers namelijk: in de EVE werd een valscreening ingevuld,
- 2: Indien de EVE een valrisico screening > 1 werd er een valrisico evaluatie uitgevoerd,
- 3: Er werd geregistreerd dat de patiënt/ de familie educatie voor valpreventie ontving,
- 4: Er werd geregistreerd dat er advies liaison G werd gevraagd,
- 5: Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie- evaluatie en de genomen acties,
- 6: Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico evaluatie op de verblijfsafdeling.

De verticale as van de grafieken geeft de percentages weer van het aantal dossiers dat voldeed aan de vereisten van het auditdocument. Het doel is hier 90% behalen op de zes onderdelen. Rekening houdend met de score 9 in de tabellen. Een 9 op een item in 10 dossiers geeft geen visuele weergave in de grafiek.

Wanneer naar het vierde opvolgmoment wordt gekeken, dat plaatsvond enkele maanden na de begeleiding, kan geconcludeerd worden dat de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundigen van afdeling A zich actief zijn blijven inzetten om het protocol valpreventie toe te passen.

De resultaten van het vierde opvolgmoment worden beschreven in de onderstaande tabel. De onderdelen zijn positief geëvalueerd, uitgezonderd onderdeel 2. Bij opname is het belangrijk, wanneer de patiënt verhoogd valrisico heeft, er een valrisico evaluatie gebeurt. Deze valrisico evaluatie dient ook tijdens het verblijf minimum wekelijks herbekeken te worden. Het is nodig dat de hoofdverpleegkundige het team blijft motiveren om het protocol toe te passen met de nodige aandacht voor de valrisico evaluatie. Dit is nodig wil de afdeling in de toekomst de doelstelling rond valpreventie en de accreditatie behalen.

Afdeling A: 25-07-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	10	9	0	9	10	10	10	9	9	0	67%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	10	9	0	9	10	10	10	9	9	0	67%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	100%
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	10	9	0	9	10	10	0	9	9	0	50%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
												76%

Kader 3: Vierde opvolgmoment afdeling A

Afdeling B: De afdeling heelkunde

Afdeling B was goed gestart met het implementeren van het protocol. Helaas verwaterde op deze dienst de goede tendens na het eerste opvolgmoment.

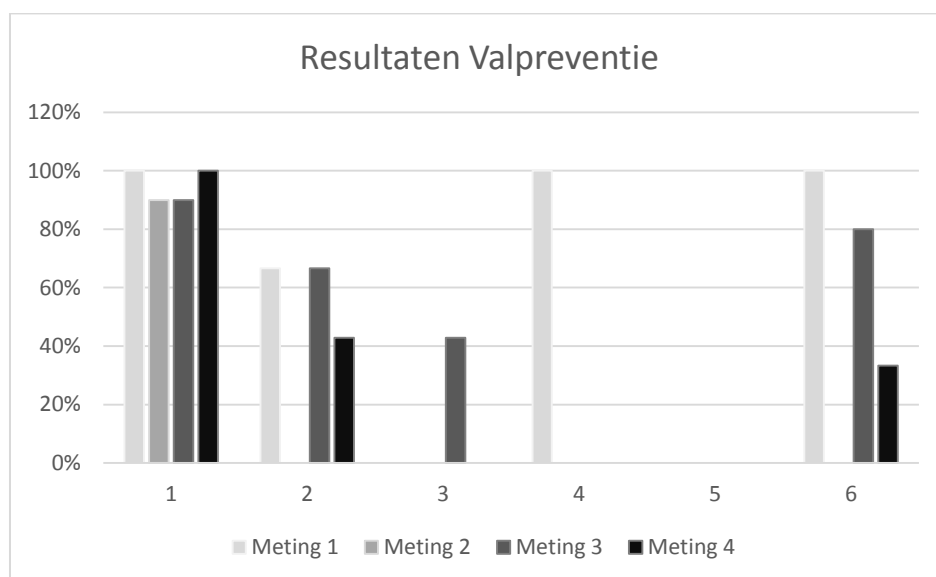
Na de feedback van het tweede opvolgmoment konden we concluderen dat gewerkt wordt met de gekregen feedback. Er werd actief gewerkt met het valrisico evaluatiedocument en het geven van informatie aan de patiënten werd meer toegepast.

Hier is een groeiende tendens waar te nemen om het nieuwe protocol valpreventie te gebruiken na het derde opvolgmoment.

Uit onderstaande afbeelding en kader kan echter afgeleid worden dat de afdeling nog niet klaar is om het nieuwe protocol te borgen (stap 8 van het model van John Kotter). Na enkele maanden zonder begeleiding kan vastgesteld worden dat de afstand tot het behalen van de doelstelling vergroot is i.p.v. verkleind. De terugval in het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie geeft aan dat de verpleegkundigen nog niet voldoende intrinsiek gemotiveerd (ZDT) zijn ondanks het feit dat eerder aangetoond is dat de verpleegkundigen wel weten hoe het nieuwe protocol gebruikt dient te worden.

Om de motivatie bij de verpleegkundigen te verhogen werd door de leidinggevende actie ondernomen. Er werd contact genomen met de dienst Kwaliteit. De cijfers van het aantal valincidenten en de oorzaken ervan werden opgevraagd en besproken met de verpleegkundigen. Het doel van deze interventie is om de verpleegkundigen aan te tonen dat jonge patiënten ook kunnen vallen en dat een sedatie, voorafgaand aan een operatie, het risico op vallen verhoogd.

Deze cijfers en informatie zouden hun bewust moeten maken van het feit dat ook hun patiëntenpopulatie risico op vallen kan vertonen. De eerder verstrekte adviezen inzake valpreventie kunnen hun op weg helpen om het risico op vallen terug dringen. Dit zou hun moeten motiveren om het protocol valpreventie te gebruiken voor en na een narcose.



Grafiek 2: Overzicht van de opvolgmomenten op afdeling B

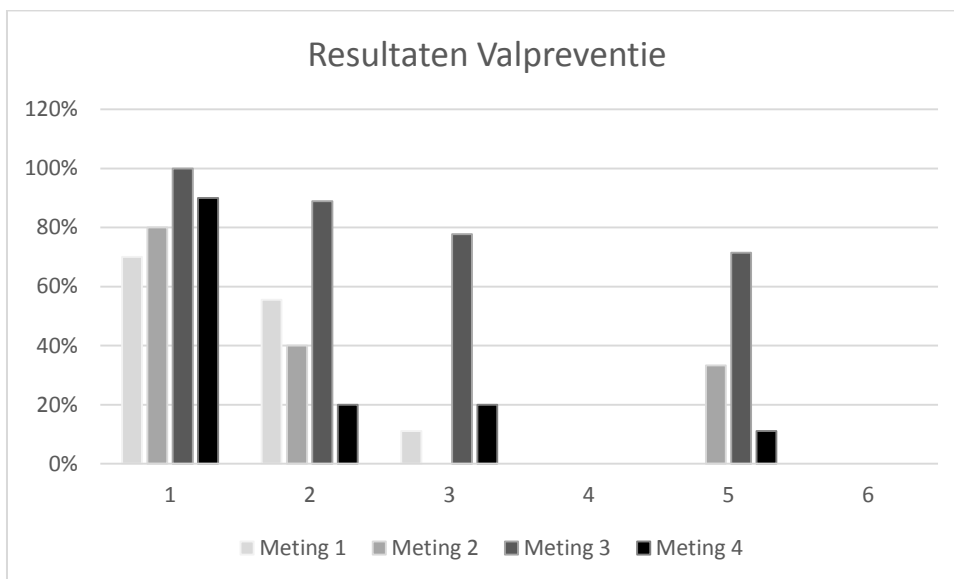
Afdeling B: 25-07-2016													
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd	
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100%	
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	9	0	10	10	0	0	9	0	9	10	43%	
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	9	0	9	9	0	0	9	9	9	9	0%	
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	0	10	9	0	0	9	0	9	10	33%	
												58%	

Kader 4: Vierde opvolgmoment afdeling B

Afdeling C: De afdeling geriatrie

Afdeling C heeft een positieve groei doorgemaakt, zowel de EVE, het patiëntendossier als het valrisico evaluatiedocument wordt beter ingevuld en toegepast. De afspraken die gemaakt werden met de referentieverpleegkundigen werden onvoldoende nageleefd. Het opvolgen van de dossiers door de referentieverpleegkundigen is in de voorbije drie maanden nog niet gebeurd. De reden hiervan is dat een nieuw project op de dienst is gestart, waardoor de referentieverpleegkundigen onvoldoende tijd hebben gehad om dossieropvolging uit te voeren.

Wanneer gekeken wordt naar onderstaande afbeelding ziet men dat, gedurende de periode dat er begeleiding was, er voor elk op te volgen onderdeel een positieve significante evolutie was. Echter bij het vierde opvolgmoment, drie maanden na de begeleiding, is een grote terugval te zien. De terugval wordt verduidelijkt in de onderstaande tabel per onderdeel.



Grafiek 3: overzicht van de opvolgmomenten van afdeling C

Afdeling C: 25-07-2016												
Nr	Item=norm	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Gemidd
1	In de EVE werd de valscreening ingevuld	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	90%
2	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	20%
3	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	20%
4	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
5	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen	0	0	0	10	0	0	9	0	0	0	11%
6	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
												36%

Kader 5: Vierde opvolgmoment afdeling C

Uit de resultaten van het derde opvolgmoment kan besloten worden dat de hoofdverpleegkundige en het team weten hoe het nieuwe protocol valpreventie gebruikt dient te worden. De aanwezige verpleegkundigen bevestigde tijdens het derde opvolgmoment dat het protocol duidelijk was. Na het vierde opvolgmoment kan men concluderen dat het belangrijk is tijdens een implementatieperiode de hoofdverpleegkundige het team blijft enthousiasmeren (ZDT) voor het gebruik van het protocol valpreventie. Motiveren en enthousiasmeren kan het beste door een goede feedbackcultuur te creëren. Een feedback cultuur die ook het positieve benadert, dit omdat positieve feedback inspeelt op de intrinsieke motivatie. De hoofdverpleegkundige heeft een voorbeeldfunctie in het geven van feedback en kan hierdoor een ruimte creëren voor de referentieverpleegkundigen. Dit geeft hun de mogelijkheid om vrij hun teamleden te adviseren bij het gebruik van het protocol. De hoofdverpleegkundige zou bijvoorbeeld aan het team kenbaar kunnen maken dat er een positieve evolutie merkbaar is bij het invullen van de EVE's. Verder is het aan te raden om met de referentieverpleegkundigen de afspraken nog eens te overlopen en om de adviezen voor borging nog eens te bespreken met het team. Dit nadat het doel van het protocol weer kenbaar gemaakt is op de afdeling. Het kan een meerwaarde zijn dat de zorgcoördinator die de afdeling begeleidt in het leveren van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. Zij kan het doel van het protocol nogmaals toelichten en eventueel staven met valincidenten die op een geriatrische afdeling plaatsvonden en die mits gebruik van het protocol hadden voorkomen worden. Concrete voorbeelden kunnen de verpleegkundigen helpen bewust te worden van de voordelen van het protocol. De motivatie verhogen bij de verpleegkundigen is noodzakelijk wil men borging van het protocol bekomen.

4 Besluit

Het besluit is opgesplitst in twee delen. Het eerste deel beschrijft of de implementatie van het nieuwe valpreventie protocol als succes kan beoordeeld worden. Het tweede deel beschrijft het antwoord op de onderzoeksvraag.

4.1 Kan de implementatie van het nieuwe valpreventieprotocol succesvol beoordeeld worden? Is de ziekenhuisdoelstelling rond valpreventie behaald?

De ziekenhuisdoelstelling over valpreventie was de volgende:

“Het valpreventieprogramma in het ZOL is erop gericht een volledig zorgprogramma rond valproblematiek te bieden door in te spelen op risicoscreening en -evaluatie, multidisciplinaire preventiemaatregelen, interventie en/of behandeling om zo te kunnen zorgen voor optimale patiëntveiligheid gedurende het verblijf in het ziekenhuis”.

- Er kan geconcludeerd worden als de afdelingen op dit accreditatieonderdeel negentig procent behalen dat de verpleegkundigen actief werken met het nieuwe valpreventiebeleid, dat de doelstelling behaalt wordt en dit in het kader van patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg die het ZOL wil leveren. Wanneer de resultaten van de drie afdelingen vergeleken worden op het Q dashboard¹⁹ met het ziekenhuisgemiddelde is in de onderstaande grafiek te zien dat de twee van de drie afdelingen minder goed scoren dan het ziekenhuis in het algemeen.

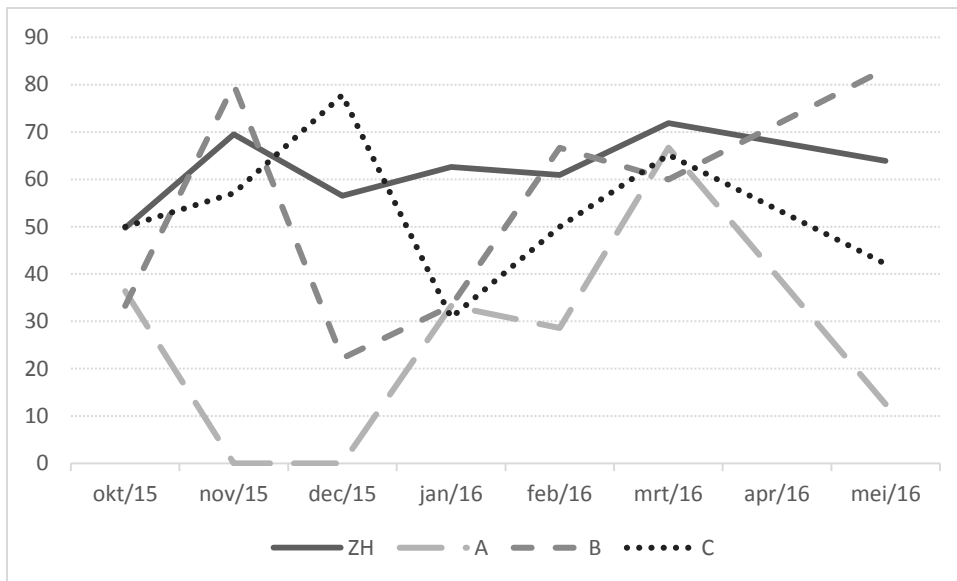
De drie betrokken afdelingen, en het ZOL in het algemeen, halen geen negentig procent. De resultaten²⁰ van het ziekenhuis algemeen als van de drie afdelingen fluctueren nog steeds na acht maanden. Ze zijn nog onvoldoende constant. Er kan dus na acht maanden geconcludeerd worden dat het nieuwe protocol valpreventie gebruikt wordt door de verpleegkundigen van de drie betrokken afdelingen maar dat de borging nog niet volledig is.

Bekijken we de eindresultaten van de drie afdelingen apart dan zien we:

- Bij afdeling A een grote achteruitgang bij het hanteren van het nieuwe protocol namelijk er was slecht 12.5% van de geëvalueerde dossiers waar het protocol volledig gehanteerd werd. Kijken we naar het opvolgmoment van juli 2016 dat de leidinggevende heeft uitgevoerd is er een positieve groei te zien. Hier voldeed 75.86% van de dossierevaluatie aan de criteria. Er dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de leidinggevende niet elk item van het bestaande auditdocument heeft mee geëvalueerd zoals aangegeven in de inleiding van het praktisch deel. Na mei zijn er geen officiële meetresultaten gekend.
- Bij afdeling B is een sterk positieve groei te herkennen in de grafiek. 83.3% van de gecontroleerde items voldeden. Echter in het laatste opvolgmoment (juli 2016) door de leidinggevende is een verwaarlozing (57.69%) vast te stellen.
- Bij afdeling C is in de onderstaande grafiek een daling te zien, ook bij het opvolgmoment in juli 2016 gaat de negatieve tendens verder. Van 42.1% naar 35.90%.

¹⁹ Het Q-dashbord is een programma op het intranet van het ZOL waar elke audit terug te vinden is uitgevoerd door een zorgcoördinator en verwerkt door de dienst kwaliteit. Het Q-dashbord geeft aan de afdelingen weer hoe ver zij staan in het behalen van de accreditatienorm

²⁰ Het betreft hier de resultaten van de officiële audit uitgevoerd door de zorgcoördinatoren en niet over de resultaten die in het praktijkgedeelte van deze bachelorproef terug te vinden zijn.



Grafiek 4: Vergelijking tussen de drie diensten en het ziekenhuisgemiddelde.

De afdelingen hebben gedurende de implementatie periode aangetoond dat de teams weten hoe het nieuwe protocol moet toegepast worden. Ze dienen echter de komende maanden terug de draad op te pikken willen ze het nieuwe protocol borgen binnen de termijn van achttien maanden. Dit is de termijn die door John Kotter aanbevolen wordt bij een implementatie.

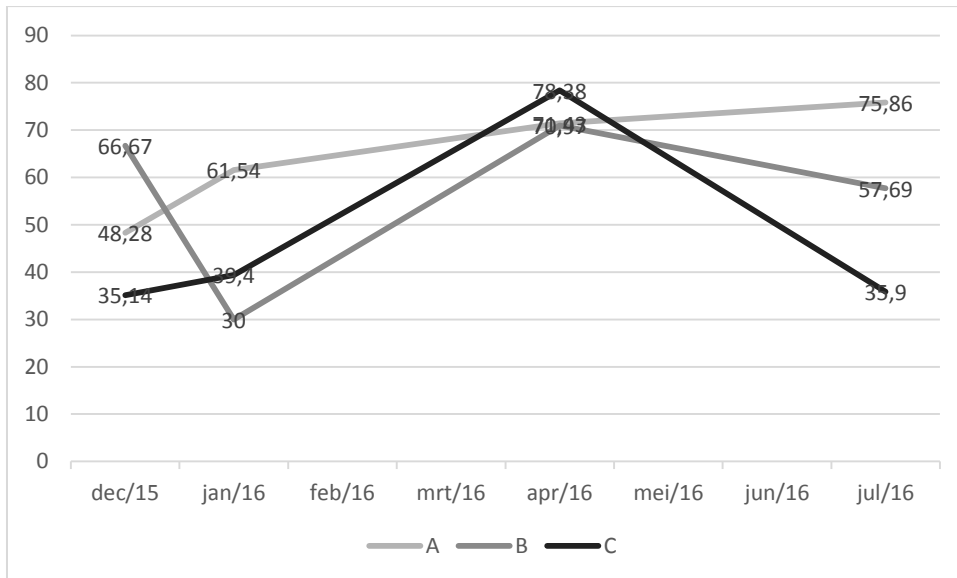
Nu er geweten is hoever het protocol al geïmplementeerd is, wordt er in het deel twee nagegaan of extra begeleiding voldoende was om de hoofddoelstelling te behalen. Het betreft de doelstelling: "Hoe kan een leidinggevende in opleiding diverse teams begeleiden bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie?"

Op de drie afdelingen is het effect van de leidinggevende te zien wanneer de resultaten van het derde opvolgmoment vergeleken worden met het eerste opvolgmoment.

In de volgende paragraaf wordt hier dieper op ingegaan, omdat de begeleiding het hoofdonderwerp is binnen deze bachelorproef.

4.2 Antwoord op de onderzoeksvraag

De onderstaande grafiek is een samenvattende weerspiegeling van de opvolging en begeleiding. Het betreft de evaluatieresultaten van de metingen uitgevoerd door de leidinggevende. Zoals eerder beschreven in de inleiding van het praktisch deel is niet elk item door de leidinggevende opgevolgd en kunnen deze resultaten ook niet vergeleken worden met de officiële metingen.



Grafiek 5: samenvattende resultaten van de afdeling

Hieruit kan worden afgeleid dat:

- Op afdeling A is doorheen het hele traject een positieve groei te herkennen. Ook na de begeleiding wordt de tendens verder gezet. De hoofdverpleegkundige geeft aan nog steeds actief te werken met de adviezen en gemaakte afspraken. Dit kan te wijten zijn aan verschillende oorzaken:
 - De begeleiding die er gebeurd is doormiddel van de coachende leiderschapsstijl.
 - De open communicatie die er heerste
 - De leidinggevende had bij aanvang van het protocol al enige kennis van de afdelingswerking en het team. Dit vergemakkelijkten het creëren van een draagvlak en betrokkenheid.
 - De teamleden motiveren, verbondenheid met het team te creëren en inspelen op hun competenties (ZDT) is mogelijk geweest doordat de doelstelling en het voordeel van het nieuwe protocol valpreventie voor de patiënten en de verpleegkundigen duidelijk was bij het informatiemoment.
 - De referentieverpleegkundigen die actief meegewerkt hebben. Doordat ze een hoge affiniteit met het onderwerp hebben en intrinsiek gemotiveerd zijn .
 - De hoofdverpleegkundige is de eindverantwoordelijke. Zij begeleidt het team verder bij de implementatie. Zij houdt het protocol levend op de afdeling. Dit is terug te vinden in het resultaat van juli 2016.
 - De hoofdverpleegkundige en het team vonden de begeleiding een pluspunt tijdens de implementatieperiode. De ondersteuning zorgde voor een andere blik en andere inzichten. Welke voor gunstige adviezen zorgde

- Op grafiek 5 is te zien dat afdeling B het sterkst fluctueert. Dit kan te wijten zijn aan de verschillende oorzaken:
 - De 'gezonde dosis' weerstand: 'het zoveelste project'. die bij aanvang heerste. Deze weerstand werd door de leidinggevende doorbroken door te luisteren naar het team en hun persoonlijke beleving.. Vervolgens werd door de leidinggevende de meerwaarde van het protocol aan gehaald. Dat het belangrijk is voor het leveren van zorgcontinuïteit.
 - De leidinggevende kende de afdeling en het team amper. Welk een nadelig effect heeft op het creëren van een draagvlak en betrokkenheid.
 - De heersende werkdruk bemoeilijkte het persoonlijk feedback geven. De feedback verliep via de hoofdverpleegkundigen. Zij dienden de boodschap verder over te dragen naar het team. Verder zorgde de werkdruk voor een zekere afstand tussen het team en de leidinggevende.
 - Het onvoldoende effect bekomen door het hanteren van enkel de coachende leiderschapsstijl. Dit blijkt uit het vierde opvolgmoment. De positieve groei is weggeëbd en er heerste terug weerstand over het protocol. Door enkel de coachende leiderschapsstijl te hanteren is er onvoldoende ingespeeld op de ZDT. Meer specifiek zijn de verpleegkundigen nog niet voldoende intrinsiek gemotiveerd bij het gebruiken van het nieuwe protocol valpreventie. De hoofdverpleegkundige gaf aan dat het moeilijk was om het team te blijven enthousiasmeren, omdat de verpleegkundigen het direct effect op de werkvloer niet merken. Merendeel van de adviezen worden spontaan aan het bed toegepast en merendeel van hun patiënten vertonen geen valrisico. Om de hoofdverpleegkundige en zijn team terug gemotiveerd te krijgen, heeft de leidinggevende de cijfers van de geregistreerde valincidenten voor afdeling B opgevraagd. Door de oorzaken van de incidenten en de valincidenten per leeftijdscategorie toe te lichten. Dit zou hun terug moeten bewust maken van het feit dat op vallen geen leeftijd staat en dat preventie voor elke patiënt belangrijk is. Deze informatie en de voorgestelde adviezen dienen het team op weg te helpen naar borging van het protocol.

- Op de grafiek ziet men dat afdeling C mooie evolutie maakt tijdens de begeleiding. Een evolutie die na de begeleiding terug negatief wordt. Dit zou te wijten kunnen zijn aan:
 - Bij aanvang van het project werd gevreesd voor het extra administratief werk. Welke weerstand opwekte. Weerstand die onderhuids aanwezig was en op het informatie moment niet kenbaar werd gemaakt.
 - Door tijdens de opvolgmomenten de coachende leiderschapsstijl door in te spelen op de verbondenheid. Wanneer elke verpleegkundige de verantwoordelijkheid neemt in het vervolledigen van de dossiers, beperkt de werkdruk voor de collega. Verder werd er benadrukt dat 'het administratief werk' geen nutteloos onderdeel is van het protocol, maar dat het noteren van de valpreventie acties in kader van zorgcontinuïteit gebeurt.

Verbondenheid, motivatie en betrokkenheid zijn drie onderdelen die omschreven staan in de ZDT. Ze zijn belangrijk tijdens de implementatie periode en in verdere loop tijdens de borging. Om hierop in te spelen heeft de leidinggevende overleg gehad met de referentieverpleegkundigen. De referentieverpleegkundigen werden door de hoofdverpleegkundige aangewezen. Tijdens deze vergadering werd enkel de coachende leiderschapsstijl gehanteerd. Er werd geluisterd naar de oorzaken van de weerstand rond administratief werk, naar oplossingen in het verleden en naar mogelijke oplossingen voor de toekomst die haalbaar waren voor de afdeling. Deze afspraken zouden het team kunnen helpen om de ziekenhuisdoelstelling rond valpreventie te behalen en het protocol te kunnen borgen (stap 8: model John Kotter). Bij het laatste opvolgmoment met begeleiding, kan men

zien dat het team op goede weg was om de implementatie te borgen. Na een vierde opvolgmoment is het duidelijk dat de voorgenomen acties en afspraken verwaterd zijn. Dit is te wijten aan het feit dat er op de afdeling meegewerkt wordt aan een proefproject. Hierbij is de motivatie van het team groter. Elk project neemt bij aanvangt veel tijd in beslag. Het nieuwe project en de beleving van de verpleegkundigen rond administratief werk dat nog niet voldoende doorbroken werd, zorgde ervoor dat het protocol valpreventie onvoldoende aandacht kreeg.

Deze aandacht is belangrijk zolang er nog niet van borging gesproken kan worden. Verder waren de referentieverpleegkundigen niet voldoende gemotiveerd om de gemaakte afspraken duurzaam uit te voeren. Dit wil zeggen dat de leidinggevende de referentieverpleegkundigen niet voldoende intrinsiek heeft kunnen motiveren. De leidinggevende had echter wel het gevoel dat de referentieverpleegkundigen intrinsiek gemotiveerd waren bij de contactmomenten wel.

- Samengevat zijn de onderstaande punten die de leidinggevende onder andere meeneemt naar de toekomst: Het team, de teamleden en de afdelingswerking beter leren kennen alvorens een verandering door te voeren. Dit is vooral gericht op stap 4 van John Kotter (draagvlak en betrokkenheid creëren). We kunnen het effect van het draagvlak en betrokkenheid vooral terug vinden na het vierde opvolgmoment. Op afdeling A kende de leidinggevende de werking en het team waardoor er sneller een draagvlak en betrokkenheid kon gecreëerd worden. Op afdeling B en C verliep de begeleiding hierdoor wat langzamer. De leidinggevende had meer tijd nodig om betrokkenheid en voldoende draagvlak te bekomen. De heersende werkdrukte en de weerstand bemoeilijkte dit proces nog verder.
- Referentieverpleegkundigen beter selecteren. Referentieverpleegkundigen dienen een bepaalde affiniteit te hebben met het onderwerp willen ze mee hun schouders zetten onder een project. Op afdeling A kunnen de referentieverpleegkundigen zich vinden in de afspraken. Op afdeling C komen de afspraken van hun zelf. Echter gaven ze geen vervolg aan de afspraken. De referentieverpleegkundigen zijn aangewezen door de hoofdverpleegkundige. De hoofdverpleegkundige heeft de referentieverpleegkundigen niet gekozen op basis van hun affiniteit met het onderwerp. Het was een test om te kijken of de verpleegkundigen voldoende maturiteit bezitten om verantwoordelijkheid te dragen binnen het team. en te kijken of ze voldoende assertief waren om hun schouders onder het project te zetten dat op weerstand botst. Hieruit blijkt nogmaals hoe belangrijk affiniteit en intrinsieke motivatie is.
- In een volgend project zou er de voorkeur naar uit gaan om slechts één afdeling te begeleiden, maar dan intenser. Intensier door mee de patiënten te screenen en verpleegkundigen gericht en specifiek te adviseren.
- De coachende leiderschapsstijl zorgde ervoor dat op elke afdeling de leidinggevende als buitenstaander de implementatie kon begeleiden. Het is een leiderschapsstijl die in de toekomst verder gehanteerd zal worden bij het aansturen van een team. Echter is het ook belangrijk om bij blijvende weerstand het niet onderhandelbaar kader aan het team mee te delen. Het voorkomt oneindige discussies en brengt iedereen weer terug naar de lijn die richting het doel loopt. Hiervoor dient de hoofdverpleegkundige soms een andere leiderschapsstijl²¹ (b.v. directieve stijl) te hanteren. Dit is een stijl die niet past in een groepscommunicatie, maar kan bij een op een gesprekken. De leidinggevende bevond haar niet in de positie om deze stijl te hanteren. Je hebt als leidinggevende voldoende draagvlak nodig.

²¹ Beschreven in paragraaf 2.2.1 Leiderschap: Leiderschapsstijlen van Vermeeren.

5 Discussie

De discussie is opgesplitst in twee delen. Het eerste deel is gericht op de implementatie van het nieuwe valpreventie protocol. Het tweede deel geeft de knelpunten weer met betrekking tot het hoofdonderwerp leiding geven.

5.1 Algemeen

Wil het ZOL de accreditatie behalen die betrekking heeft op patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg, is het noodzakelijk dat de afdelingen ook 90% (op de maandelijkse audit) halen op het luik 'valpreventie welk een onderdeel is van patiëntveiligheid in het algemeen'.

Op het onderdeel 'vallen' scoren zowel de drie betrokken diensten op het einde van de bachelorproef als het ziekenhuis in het algemeen nog onvoldoende.

Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- Bij de start van de bachelorproef werden enkele praktische randvoorwaarden (b.v. drukwerk) door omstandigheden niet tijdig gerealiseerd. Dit vroeg voor enige flexibiliteit ten aanzien van de afgesproken termijnen. John Kotter beschrijft in stap 3 hoe belangrijk een goede strategie is. De strategie bevat de middelen, de afgesproken termijnen en wat er verandert moet worden. De proefperiode is weggefallen. Echter kwam de officiële start niet in gedrang. De implementatie van het protocol is binnen de vooropgestelde termijn gestart. Er was voldoende tijd voor de implementatie voorzien om eventuele achterstand in te halen.
- Binnen het ziekenhuis wordt, voor het opstellen van een nieuw protocol, een projectgroep (stap 2 John Kotter) samengesteld. De projectgroep stond onder leiding van een zorgcoördinator en daarnaast zetelden ook enkele verpleegkundigen, paramedici en een arts in de projectgroep. Deze groep stelde samen het nieuwe protocol op en zijn de spreekbuis en klankbord voor elke medewerker. Bij het opstellen van het ontwerp van het protocol valpreventie was er niemand van de drie afdelingen rechtstreeks betrokken bij de projectgroep. Binnen de projectgroep werd met afgevaardigden gewerkt om de verschillende patiëntenpopulaties vertegenwoordigd te hebben. Communicatie over de voortgang rond uitwerken van het valpreventie programma en feedback om bij te sturen gebeurde via deze vertegenwoordigers. Wanneer deze communicatie gedeeltelijk onvoldoende zou zijn geweest, kon de implementatie door sommige (hoofd)verpleegkundigen ervaren worden als een top down benadering. Een top down benadering wekt vaak weerstand op (Heusdens, 2015). Deze weerstand was op enkele afdelingen aanwezig bij aanvang van het project. Na het stopzetten van de begeleiding in het kader van deze bachelorproef stak deze weerstand terug de kop op.
- Het tijdsbestek van deze bachelorproef was te kort om te komen tot een volledige implementatie van het nieuwe protocol valpreventie. Weustenraed (2015) geeft aan dat John Kotter een periode van minimum achttien maanden voorschrijft om een verandering op een afdeling in te voeren. De implementatie van het nieuwe valpreventieprotocol loopt nu acht maanden op alle afdelingen en de begeleiding van deze implementatie heeft zes maanden geduurd. Het tijdsbestek is dus te kort om nu alvast een definitieve beoordeling te maken over de implementatie. De hoofdverpleegkundigen zijn nog in de mogelijkheid om het voordeel van het protocol terug toe te lichten, het protocol positief te bekijken en hun team motiveren om het protocol terug actiever te hanteren. Dit, samen met de voorgestelde adviezen, kan alsnog zorgen voor een geslaagde implementatie. Verder is het effect van het nieuw protocol nog onvoldoende zichtbaar en tastbaar op de werkvloer voor de

verpleegkundigen. Het kan een meerwaarde zijn om naast de maandelijkse audit van de zorgcoördinator, welke direct een weerspiegeling is van de geleverde patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg op de afdeling, om de nieuwe cijfers van het aantal geregistreerde valincidenten en de oorzaken kenbaar te maken aan de teams. Wanneer deze cijfers gedeeld worden met de verpleegkundigen van de afdeling en deze cijfers beduidend lager liggen dan de cijfers van de voorgaande jaren, dan kan er ervaren worden dat het toepassen van het nieuwe protocol mogelijk een succes is. Dit succes kan een factor zijn om de verpleegkundigen blijvend te motiveren.

- Een andere factor kan zijn om de liaison geriatrie meer te betrekken bij het hanteren van het protocol. De liaison geriatrie kan tips en ondersteuning aanbieden met informatie waar de verpleegkundigen niet altijd spontaan aan denken en om hun alsnog te motiveren.
- De leidinggevende was niet bevoegd om officiële metingen uit te voeren. Daarnaast heeft de leidinggevende geen bijkomende opleiding gehad om evaluaties uit te voeren. De resultaten van de begeleiding kunnen hierdoor niet mee opgenomen worden in de ziekenhuisevaluatie. Aangezien enkele items niet mee geëvalueerd zijn door de leidinggevende²², kunnen deze resultaten niet vergeleken worden. De leidinggevende heeft vooral de aandacht gevestigd op de basis van het protocol: het gedeelte waar elke verpleegkundige zelf verantwoordelijk voor was, gekoppeld aan de acties die meteen uitvoerbaar waren.

5.2 Begeleiding

Na het derde opvolgmoment was er op de drie afdelingen een groeiende tendens (zoals eerder in stap 8 borging kenbaar is gemaakt) te zien. Na het vierde opvolgmoment was de positieve groei op twee van de drie afdelingen verwaterd.

Op vlak van de begeleiding kunnen volgende mogelijke oorzaken aangehaald worden:

- Als leidinggevende is het nodig om in eerste instantie een draagvlak te creëren. Een eerste stap om draagvlak te bekomen is de afdeling en de teamleden beter te leren kennen. Dit geeft de mogelijkheid tot het opbouwen van wederzijds respect en vertrouwen. Twee elementen welke inspelen op verbondenheid. Verbondenheid zoals omschreven in de ZDT en welke de mogelijkheid schept om een openfeedback cultuur te creëren. Op afdeling A was de verbondenheid met het team groter doordat de leidinggevende het team reeds kende. Dit vormde een goede basis om een draagvlak voor de implementatie van het protocol valpreventie te creëren. Op afdeling B en C was er bij aanvang van de implementatie nog geen draagvlak en geen verbondenheid. Dit creëren vraagt tijd. Daarnaast moet de mogelijkheid bestaan om intensiever samen te werken met een team. Zowel op het aspect 'draagvlak' als op het aspect 'verbondenheid' is er door omstandigheden onvoldoende op ingezet kunnen worden door de leidinggevende. De oorspronkelijke bedoeling was dat de leidinggevende vanuit de mobiele equipe op regelmatige basis zou meewerken op de betrokken afdelingen (B en C) en alzo de mogelijkheid kreeg om verpleegkundigen te ondersteunen in het gebruik van het nieuwe protocol valpreventie. Omwille van het profylactisch verlot is dit weggefallen. Hierdoor is de begeleiding van afdeling B en C beperkt gebleven tot het informeren van de afdelingen, de dossieropvolging, het verstrekken van adviezen en het opleiden van referentieverpleegkundigen. De hoofddoelstelling van deze bachelorproef is daardoor onvoldoende behaald.

²² Zoals vermeld in de inleiding van het praktisch deel.

- Naast het creëren van een draagvlak is het ook nodig om verpleegkundigen te motiveren. Het inschatten van de motivatie is geen evidentie wanneer de leidinggevende de verpleegkundige(n) amper kent. Zo was er het gevoel van hoge motivatie bij enkele referentieverpleegkundigen tijdens de extra vergadering en de daarop volgende opvolgmomenten. Daarentegen bleek bij het vierde opvolgmoment de verpleegkundigen aangewezen te zijn door de hoofdverpleegkundige. De hoofdverpleegkundige had dit gedaan om hun te stimuleren en hun te laten groeien binnen het team. Zij waren niet gekozen op basis van hun affiniteit met het onderwerp 'valpreventie'. Dit bemoeilijkte een duurzame motivatie.
De intrinsieke motivatie is een belangrijke factor die inspeelt op de autonomie van de ZDT, twee elementen die verpleegkundigen doen groeien in hun competenties en die hen stimuleert in het nemen van meer verantwoordelijkheid.
- Dat de leidinggevende zelf opvolgmomenten heeft uitgevoerd op de drie afdelingen was een meerwaarde. Het zorgde ervoor dat de feedback gericht gegeven kon worden, dat de verpleegkundigen de mogelijkheid hadden om vragen te stellen of bedenkingen mee te delen. Dit maakte dat breder gekeken werd dan wat terug te vinden was in de dossiers.
Zo gebeurden er regelmatig acties aan het bed, maar ontbraken ze in het dossier. Wanneer louter naar de resultaten in het dossier gekeken wordt, kan de geleverde zorg negatiever zijn ten opzichte van de effectieve zorg die bij de patiënten geleverd is.
- Voor een leidinggevende in opleiding, was het niet gunstig om een protocol op te starten op drie afdelingen tegelijk.
Het verschil in pathologie is een factor die een verscheiden aanpak vraagt. Het is complexer op de ene afdeling ten opzichte van een andere afdeling om het protocol te gebruiken. Het is noodzakelijk om de afdelingen en hun patiëntenpopulatie grondig te kennen. Dit was nu niet het geval.
- De coachende leiderschapsstijl is, zoals in de theorie beschreven, de meest aangewezen leiderschapsstijl om een implementatie aan te pakken. Het is tijdens de drie eerste opvolgmomenten bewezen dat deze stijl een positief effect heeft gehad op de implementatie van het nieuwe protocol. Tijdens een implementatieperiode is het noodzakelijk om deze stijl te hanteren. Echter kan een hoofdverpleegkundige de stijl aanpassen indien het team blijvend verzet toont naar het protocol. De leidinggevende was niet in de juiste positie en had onvoldoende draagvlak om een andere stijl te hanteren. De begeleiding te vroeg stoppen heeft een nadelig effect. Dit effect is merkbaar in de resultaten van het vierde opvolgmoment. Na het beëindigen van de begeleiding groeide de weerstand terug en zijn de resultaten verslechterd. De coachende leiderschapsstijl dient het beste gedurende de hele implementatieperiode gehanteerd te worden tot het nieuwe protocol geborgd is (stap 8 van John Kotter).

Willen de afdelingen het succes van het nieuwe protocol verzilveren, dan kunnen de hoofdverpleegkundigen best gedurende de hele implementatieperiode aandacht vestigen aan de adviezen die in dat kader verstrekt worden. Bovendien dienen ze hun verpleegkundigen te blijven motiveren door het belang van het nieuwe protocol valpreventie te onderstrepen. Cijfermateriaal inzake valincidenten op regelmatige basis aan het team presenteren kan een hulpmiddel zijn. Dit om het belang om aan valpreventie te doen onder de aandacht te brengen.

6 Reflectie

De banaba Zorgmanagement beoogt het opleiden van toekomstige leidinggevenden in de zorg.

De bachelorproef is een werkstuk om de leiderschapsvaardigheden van de toekomstige leidinggevende verder te ontwikkelen.

Ik heb deze opleiding gevolgd om in de toekomst een leidinggevende functie, namelijk deze van hoofdverpleegkundige, uit te oefenen. Aangezien ik reeds werkzaam ben in het ZOL zou ik deze functie graag daar uitoefenen.

Om de ontwikkeling van mijn leiderschapsvaardigheden in het kader van deze bachelorproef te toetsen heb ik me gebaseerd op de competenties die het ZOL voor een hoofdverpleegkundige naar voor schuift.

Zoals eerder aangestipt zijn luisteren, samenwerken, stressbestendigheid, klantgerichtheid, inzet, integriteit, groepsgericht en individueel leiderschap, delegeren, plannen en organiseren, probleem analyse, visie en besluitvaardigheid de competenties die het ZOL omschrijft in het functieprofiel van een hoofdverpleegkundige (ZOL, z.j.).

Mijn persoonlijke bevindingen omtrent bovenstaande competenties zijn als volgt:

Luisteren: Tijdens het project heb ik steeds actief geluisterd naar de bevindingen en vragen die de (hoofd)verpleegkundigen op de afdelingen hadden. Op basis van de informatie van de (hoofd)verpleegkundigen is er steeds constructief feedback gegeven. Dit heeft ertoe bijgedragen dat het behalen van de doelstelling rond valpreventie voor de afdelingen een haalbare kaart werd. Luisteren is een sterke kwaliteit van mij persoonlijk. Luisteren doe ik oprecht en zonder vooroordelen. Als hoofdverpleegkundige is het belangrijk om elk teamlid gelijke kansen te geven. Hiervoor is er dan ook geen ruimte voor vooroordelen en dient men naar elk teamlid zijn/haar beleving te luisteren en elk hun persoonlijke identiteit te respecteren.

Samenwerken: Als verpleegkundige van de mobiele equipe zijn een neutrale houding en kunnen samenwerken twee competenties die nodig zijn, wil men aanvaard worden binnen een team en samen optimale en patiëntveilige zorg verlenen. Deze twee competenties zijn ook van toepassing voor een hoofdverpleegkundige wil deze samen met het team patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg verlenen. Voor deze bachelorproef verliep de samenwerking met zowel de hoofdverpleegkundigen als met de verpleegkundigen vlot. De open feedbackcultuur op de afdelingen heeft hiertoe bijgedragen. Deze open feedbackcultuur speelt in op het element 'verbondenheid' van de ZDT²³. Het zorgt voor een klimaat waarin medewerkers zich veilig voelen. Het motiveert hen om verder te werken in functie van de vooropgestelde ziekenhuisdoelstelling. Het samenwerken met de promotor en inhoudsdeskundige verliep gedurende het schrijfproces stroef, omdat we niet op dezelfde golflengte zaten. Eens ieders visie over dit project concreet en duidelijk was herstelde deze samenwerking. Het heeft mij bewust gemaakt hoe belangrijk het is dat iedere betrokkene zijn bevinding kenbaar kan maken, wil men tot een oplossing komen die voor elke betrokkene aanvaardbaar is.

Stressbestendigheid: Stress is een relatief begrip en wordt door iedereen anders ervaren. Binnen dit project heerste er enkel een stressmoment tijdens het schrijven van deze bachelorproef net voor de eerste indienperiode. Door de focus te leggen op de bachelorproef en nog meer op de positieve feedback die bekomen is van de hoofdverpleegkundigen wordt er uit de stress enorm veel energie gehaald. Stressmomenten zorgen voor mij voor extra energie, energie die het mogelijk maakt om mijn grenzen te verleggen en doelen op korte termijn te behalen (b.v.: het tijdig inleveren van de bachelorproef .

²³ 2.2.3. Betrokkenheid van het team

Klantgerichtheid: Voor een verpleegkundige is de zorg voor de patiënt en de beleving van de opname van groot belang. Er wordt binnen het ZOL steeds gestreefd naar een optimale patiëntveilige en kwaliteitsvolle zorg. Hiervoor wordt onder andere op regelmatige basis patiënttevredenheidsenquêtes (vragenlijst die de beleving van de patiënt onderzoekt) gehouden. Voorts wordt bij aanwerving en gedurende een proefperiode de verpleegkundigen gescreend en geëvalueerd op patiëntgericht werken. Binnen deze bachelorproef beperkte de klantgerichtheid zich tot het stimuleren van verpleegkundigen om het nieuwe protocol valpreventie toe te passen dat als hulpmiddel voor patiëntveiligheid is opgesteld. Omwille van mijn profylactisch verloop heb ik dit niet verder kunnen uitdiepen.

Inzet: Bij het verwezenlijken van deze bachelorproef heb ik ervaren dat er zowel op de afdelingen als bij het schrijven veel niet aflatende inzet is geweest. Er was de mogelijkheid om op regelmatige basis contact te hebben met de hoofdverpleegkundigen en hun teams van de betrokken afdelingen. De hoofdverpleegkundigen waren steeds in de mogelijkheid om extra tijd vrij te maken en informatie te bekomen om de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie te bewerkstelligen. Het neerschrijven van deze bachelorproef was een moeilijker parcours om af te leggen, maar mijn motivatie en inzet is steeds intact gebleven en eerder nog verhoogd gedurende het proces.

Integriteit: Ik vind dat integriteit een belangrijke kwaliteit is voor een leidinggevende. Voor de drie afdelingen heb ik dezelfde inzet getoond en heb ik de begeleiding op een zorgvuldige manier uitgevoerd. Een leidinggevende moet zich bewust zijn van de verantwoordelijkheden die bij de functie horen. Integriteit zorgt voor geloofwaardigheid bij de medewerkers. Tijdens het project heb ik respect, dat wederzijds was, getoond (ZDT) en heb ik oprechte feedback gegeven aan de hoofdverpleegkundigen en de medewerkers²⁴.

Delegeren: Als verpleegkundige werkzaam in de mobile equipe weet ik uit ervaring dat het moeilijker is om taken te delegeren. Als verpleegkundige verbonden aan een bepaalde afdeling ben je dagelijks verantwoordelijk voor een groep patiënten. Als verpleegkundige van de mobiele equipe ben ik meestal maar één dag op een afdeling aanwezig en heb ik niet de mogelijkheid om bepaalde zaken de dag erna in orde te brengen. Hierdoor is het moeilijker om bepaalde zorgaspecten te delegeren. Gedurende het project heb ik geleerd dat een hoofdverpleegkundige die taken durft delegeren meer betrokkenheid creëert bij de teamleden. Betrokkenheid stimuleert de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen. Intrinsiek gemotiveerde verpleegkundigen hebben een gunstig effect op een implementatie van een nieuwheid, in dit geval het nieuwe protocol valpreventie. (ZDT).

Plannen en organiseren: Voor mij is dit een competentie die zich niet in de grijze zone bevindt. Ofwel bezit je ze ofwel bezit je ze niet. Gedurende het project ben ik verantwoordelijk geweest voor de organisatie en de planning. Afspraken waren tijdig gemaakt, agenda's en verslagen werden tijdig doorgegeven. Een goede planning zorgt voor structuur. Een structuur die de mogelijkheid geeft om onverwachtheden op te vangen.

Probleemanalyse: Op twee afdelingen heb ik de mogelijkheid gehad om een probleemanalyse te begeleiden. Op beide afdelingen heb ik samengezeten met de referentieverpleegkundigen 'vallen'. Eerst is nagegaan waarom het nieuwe protocol valpreventie onvoldoende gehanteerd werd. Vervolgens is gekeken of er in het verleden gelijkaardige oorzaken waren die een implementatie bemoeilijkten en welke oplossingen destijds tot een beter resultaat hebben geleid. Deze oplossingen zijn samen met de referentieverpleegkundige aangepast zodat ze toepasbaar waren op het nieuwe protocol valpreventie en daarna voorgelegd aan de hoofdverpleegkundigen. De oplossingen afgestemd op de noden van de afdeling hadden veel potentieel om de implementatie te doen slagen mits ze correct en duurzaam toegepast werden. Tijdens het project werd voldoende ruimte gecreëerd voor eigen inbreng van de referentieverpleegkundige. Hierdoor werd de coachende LS gehanteerd en droeg dit bij tot een grote meerwaarde bij het slagen van de implementatie.

²⁴ 2.2.3. Betrokkenheid van het team .

Visie: Mijn visie als toekomstig leidinggevende is in eerste instantie een patiëntveilige- en kwaliteitsvolle zorg geven aan patiënten. Als verpleegkundige zet ik me dagelijks in om de zorg zo maximaal mogelijk af te stemmen op de noden van de patiënt als individu. De patiëntenpopulatie is zeer divers en elke patiënt vraagt een persoonlijke aanpak waarbij patiëntveiligheid en kwaliteitsvolle zorg centraal staan. Een hoofdverpleegkundige heeft onder andere als opdracht om haar team te stimuleren om patiëntveilige- en kwaliteitsvolle zorg te bieden met oog voor de eigenheid van de patiënt. Een competentie die mij nauw aan het hart ligt.

Besluitvaardigheid: Een hoofdverpleegkundige moet regelmatig durven beslissingen te nemen. Bij voorkeur doet ze dit in overleg met haar team. Dit is echter niet altijd haalbaar. Als hoofdverpleegkundige zal je van tijd tot tijd zelf knopen moeten doorhakken. Een hoofdverpleegkundige dient zich bewust te zijn dat een beslissing voor- en nadelen heeft. Het is belangrijk dat de hoofdverpleegkundige hierin verantwoordelijkheid durft te nemen. Beslissingen dienen als “goede huisvader”, in functie van de afdeling genomen te worden. Het siert een hoofdverpleegkundige wanneer ze een “foute” beslissing heeft genomen, deze toe te geven en samen met het team te zoeken naar een nieuwe of andere oplossing. Voor deze bachelorproef is er gekozen om drie afdelingen te begeleiden bij de implementatie van het nieuwe protocol valpreventie. Voor mij lag hierin een grote uitdaging. Doordat de implementatie binnen deze bachelorproef voorzien was op drie afdelingen, met elk hun eigen patiëntenpopulatie, vergrote dit voor mij de complexiteit. Er was te weinig tijd en ruimte om de drie teams intensief te begeleiden. Als aanbeveling wil ik meegeven dat bij een volgend project de leidinggevende in opleiding beter kan opteren om slechts één afdeling te begeleiden. De begeleiding kan op een intensievere manier gebeuren en er kan door de leidinggevende in opleiding actief meegewerkt worden op de afdeling wat de eigen ervaringen versterkt.

Groepsgericht en individueel leiderschap: Deze bachelorproef is opgebouwd rond deze competenties.

Drie teams aansturen, begeleiden en motiveren wanneer je geen teamlid bent en je hiërarchisch op gelijke voet staat met de verpleegkundigen van de afdeling mag niet onderschat worden.

Het creëren van voldoende draagvlak bij de medewerkers voor een protocol dat op weerstand botst was een grote klus. De weerstand wegwerken en de teams begeleiden was een prioriteit voor mij, wilde ik deze de teams begeleiden in het behalen van de ziekenhuisdoelstelling op vlak van patiëntveiligheid en kwaliteitsvolle zorg.

De verpleegkundigen blijven enthousiasmeren heb ik ervaren als moeilijk vanuit de positie waar ik mij nu bevindt.

Het is noodzakelijk dat een hoofdverpleegkundige achter de implementatie van het nieuwe protocol staat en kenbaar te maken dat het niet “moet”, maar over te brengen welke de meerwaarde het nieuwe protocol is voor de afdeling en de patiënten. Verder dient de hoofdverpleegkundige na te gaan bij het team hoe de verpleegkundigen denken over het nieuwe protocol en welke mogelijkheden en obstakels zij zien bij de implementatie.

Het opmaken van deze bachelorproef en het proces dat ik daarbij doorlopen heb, vond ik erg verrijkend. Ik heb meer inzicht verworven in de taken van een hoofdverpleegkundige en ervaren hoe het is om een heel team aan te sturen.

De implementatie van het nieuwe protocol ‘valpreventie’ begeleiden op drie afdelingen was niet gemakkelijk. Ik heb hieruit echter wel veel van geleerd. Zo verliepen er zaken goed v.b.: Bij aanvang van de BANABA was mijn communicatiestijl eerder directief met weinig ruimte voor inbreng van anderen. Door de BANABA te volgen ben ik bewuster geworden van andere, meer gunstige leiderschapsstijlen. Tijdens deze bachelorproef heb ik meer aandacht geschonken aan de coachende stijl. Het aanleren en eigen maken van deze stijl heeft ervoor gezorgd dat ik de implementatie kon begeleiden op de afdelingen. Deze stijl is minder aanvallend en geeft anderen de mogelijkheid om een eigen inbreng te doen. Het is de stijl die ik in de toekomst nog verder wil uitbouwen en hanteren als hoofdverpleegkundigen).

Naast de zaken die goed verliepen, zijn er ook zaken die minder goed verliepen v.b.: het schrijfproces was bij aanvang van deze bachelorproef mijn grootste angst. Het is een onderdeel van de bachelorproef, maar steeds in het verleden ook een knelpunt voor mij geweest. Door de feedback die gekregen heb, ben ik hier verder in gegroeid. In de toekomst wil ik hier nog verder in groeien door onder andere deel te nemen aan projecten. Daarnaast heb ik binnen deze bachelorproef leiderschapsvaardigheden kunnen oefenen. Ik heb ze afgetoetst aan de competenties zoals hierboven beschreven. Tot slot kan ik stellen dat de BANABA zorgmanagement en de bijhorende bachelorproef voor mezelf zeker een goede opstap in de richting van een leidinggevende functie is geweest.

7 Bibliografie

- Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Van Den Berghe, L. & Haerens, L. (2013). *Moetivatie of motivatie?: de motiverende rol van de trainer*. Universiteit G999nt geraadpleegd op 12 januari 2016 via https://www.bloso.be/VlaamseTrainersschool/Documents/130701_UG18_Moetivatie%20of%20motivatie%20-%20De%20motiverende%20rol%20van%20de%20trainer.pdf
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11, 319-338
- De Niet, G.J. (2012). *Implementeren en het verpleegkundig team*. Nederlands tijdschrift voor evidence based practice (15-18). Geraadpleegd op 8 december 2015 via <http://link.springer.com/article/10.1007/s12468-012-0016-5#page-1>
- Deming, W. (1989) “*Out of the crisis*”. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Studies.
- De Sutter, K., Vandereycken, C., (2015). *Coördinatie van verbeterprojecten in de zorg*. Banaba zorgmanagement Pxl Hasselt.
- Expertisecentrum val en fractuur preventie Vlaanderen.(z.j.), <http://www.valpreventie.be/Zorgverlener/Geriatrieschepatiëntinhetziekenhuis/Praktijkrichtlijn.aspx>
- Frankel, A.,(2011). *What leadership styles should seniornurses develop?* Nursing times leadership supplement (3-6) geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/n/i/Leadership-Skills-for-Nurses.pdf>
- Fransen, A., (2014). *Integratie van leiderschap in de klinische zorgcontext*. Banaba zorgmanagement Pxl Hasselt.
- Fransen, A.,(2015). *Motiveren, enthousiasmeren en betrokkenheid creëren. Duurzaam motiveren: zelfdeterminatietheorie*. Banaba zorgmanagement Pxl Hasselt.
- Frijns, C., Mintjens-de Groot, A., & Schellekens W. (2006). *Leiderschap en patiëntveiligheid*. Patiëntveiligheid (87-102) geraadpleegd op 20 februari 2016 via <https://mijn.bsl.nl/7-leiderschap-en-patientveiligheid/6632332>
- Govier, I., (2011). *Examining transformational approaches to effectieve leadership in healthcare settings*. Nursing times leadership supplement (12-15) geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/n/i/Leadership-Skills-for-Nurses.pdf>
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Heusdens, H., (2015). *Verandermanagement: een integrale aanpak*. Banaba zorgmanagement Pxl Hasselt.
- Hincliffe, S., (2011). *Implementing quality care indicators and presenting results to engage frontlinestage*. Nursing times leadership supplement (16-18) geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/n/i/Leadership-Skills-for-Nurses.pdf>
- Kotter, John P. *Leading Change. Why transformation efforts fail*, Harvard Business Review, January 2007, pp 92-107 geraadpleegd op 21 juli 2016 via http://wiki.tafensw.edu.au/sydney/myleadership/images/e/e8/Leading_change_-_HBR.pdf
- Lingsma, M. M., (2005). “*Aan de slag met teamcoaching*”. Uitgeverij De Boeck Hoger en universitair onderwijs, 2005.
- Meysman, H., & Vanderhoeven, L., (1989). *Paper, project of scriptie: van muisklik tot tekst*. (zevende editie). Leuven: Acco
- Milissen, K.,(z.j.). *Valpreventie in ziekenhuizen*. KU Leuven geraadpleegd op 12 april 2016 via http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2Mb2VX_4bGAJ:www.pat

ntsafety.be/internet2Prd/groups/public/%40public/%40dg1/%40acutecare/documents/i
e2divers/12216493.pdf+&cd=4&hl=nl&ct=clnk&gl=be

- Moen, R., & Norman, C. (2006), *Evolution of the PDCA Cycle*. Geraadpleegd op 12 januari via http://pkpinc.com/files/NA01_Moen_Norman_fullpaper.pdf
- Raasveld, T. (2007). *Leiderschap bij verandering*. Universiteit van Amsterdam [doctoraal scriptie] geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=53914>
- Stoker, J. (2005). *Leiderschap in verandering*. Gedrag en organisatie universiteit Groningen geraadpleegd op 20 februari 2016 via https://www.researchgate.net/profile/Janka_Stoker/publication/256196126_Leiderschap_in_verandering/links/53f64ec70cf2888a7493d8fe.pdf
- The art of management (2010). *Situationeel leiderschap*. Geraadpleegd op 20 februari 2016 via http://123management.nl/0/030_cultuur/a300_cultuur_11_situationeel_leiderschap.html
- Tiemens, B., Munten, G. & Vermeulen, H. (2012), *implementatie van epb: professionals in een context*. Nederlands tijdschrift voor evidence based practice (pp4-7). Geraadpleegd op 6 december 2015 via <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12468-012-0002-y?LI=true>
- UMC Utrecht,(z.j.). http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Ziekte/vallen_
- Universiteit van Antwerpen (2012), *De PDCA- cyclus op diverse niveaus*. Kader kwaliteitszorg (pp 10-19)[beleidsnota]. Geraadpleegd op 12 januari 2016 via <https://www.google.be/#q=kader+kwaliteitszorg+uva>
- Van Berkel, F.,& Busschots, M. (2007), *De zeven drivers of change: meer succes bij verandering*. SIGMA (pp29-33). Geraadpleegd op 6 december 2015 via <http://docplayer.nl/3104372-Meer-succes-bij-verandering.html>
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W.,& Andriessen, M. (2009). *De zelfdeterminatie theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer*. Gedrag en organisatie 22(4), 316-335 geraadpleegd op 12 januari 2016 via <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/264198/3/Van+den+Broeck+et+al+ZDT+G%26O-2009-4.pdf>
- Van Vliet, V. (2011). *PDCA cyclus (Deming)*. Geraadpleegd op 12 januari via <http://www.toolshero.nl/probleem-oplossen/pdca-cyclus-deming/>
- Vermeren, P. (2014). *Rond leiderschap: de brug tussen wetenschap en praktijk*. Gent: Academia Press.
- Weustenraed, J., (2015). *Verandering geeft zuurstof: leiderschap bij veranderingen*. Ziekenhuis Oost-Limburg [niet gepubliceerd].
- Williamson, C., (2011). *Using life coaching techniques to enhance leadership skills in nursing*. Nursing times leadership supplement (9-11) geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/n/i/Leadership-Skills-for-Nurses.pdf>
- Ziekenhuis Oost-Limburg, (z.j.). *Functieprofiel hoofdverpleegkundige*. Persoonlijk bekomen.
- Ziekenhuis Oost-Limburg, (z.j). *Functieprofiel zorgcoördinator*. Persoonlijk bekomen.
- Ziekenhuis Oost-Limburg, (z.j.). *Kwalitatieve en veilige zorg*. Geraadpleegd op 10 april 2016 via <http://www.zol.be>.
- Ziekenhuis Oost-Limburg,(z.j.). *Opdracht, missie en visie*. Geraadpleegd op 10 april 2016 via <http://www.zol.be>.
- Ziekenhuis Oost-Limburg,(z.j.). *Werking*. Geraadpleegd op 10 april 2016 via <http://www.zol.be>.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Nieuw document valpreventie

Patiëntenklever



MB 3041

MULTIFACTORIËLE INTERVENTIES in functie van VALPREVENTIE

		Noteer datum en initialen van VPK per val-evaluatie				
		././	././	././	././	
		---	---	---	---	
VAL-RISICO EVALUATIE						VALPREVENTIE-ACTIES
EDUCATIE AAN PATIËNT EN/OF FAMILIE - VRIENDEN ook via brochure MB3036 → afgegeven	Mentale status • verwardheid • agitatie • dementie • depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dehydratatie: laat patiënt voldoende drinken Check oorzaak onrust (pijn, infectie, urineretentie/constipatie) en bespreek met arts indien nodig Informeer familie en vrienden over verhoogd valrisico (brochure MB 3036) Beperk fixatie, indien mogelijk, creëer vertrouwen en bespreek met arts indien nodig Teveel psychopharmaca? Bespreek met arts
	Zicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leg aan patiënt uit hoe hij voor aangepast licht kan zorgen Zorg voor bril binnen handbereik, maak de brilglazen schoon indien nodig Indien nog visusstoornis: geef door aan arts
	Uitscheiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informeer patiënt over regelmatig naar toilet gaan + 's avond minder drinken Plaats WC-stoel/plasfles naast het bed, indien nodig Spoor mannelijke patiënten aan om op het toilet te gaan zitten Heb extra aandacht voor de patiënt bij toiletbezoek: zeg de patiënt hulp te vragen indien nodig
	Mobiliteit, evenwicht, spierkracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bied loophulpmiddel aan en geef info over correct gebruik: Indien correct gebruik van loophulpmiddel niet mogelijk o.w.v. cognitieve status geef info aan patiënt en familie/vrienden Verwittig arts bij hoog valrisico Heb extra aandacht voor het 1 ^{ste} opstaan na een procedure
	Voeten en schoeisel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geef advies over veilig schoeisel Geef antislipsokjes, indien nodig, als tussenoplossing (vraag naar veilig schoeisel!) Vermoeden van voetafwijking? Geef door aan arts
	Medicatie • slaapmedicatie • sedativa • BD↓-medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluatie medicatie: teveel psychofarmica of BD↓-medicatie? Bespreek met arts Heb aandacht voor correcte toediening, inname + nevenwerkingen Geef informatie ivm nevenwerkingen en therapietrouw
	Valangst (eerder gevallen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informeer de patiënt over beperkingen en mogelijkheden Bespreek valangst met de patiënt
	Hypotensie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meet BD liggend/staand (orthostatische proef): Zo ja, geef door aan arts Plaats hoofdeind bed op 30° Spoor patiënt aan traag op te staan (geen bruske bewegingen, eerst op rand van bed zitten) Voldoende laten drinken
	Vraag advies liaison G indien: <input type="checkbox"/> GRP ≥ 2 en valrisicoscreening in EVE > 0. <input type="checkbox"/> GRP < 2 en valrisicoscreening in EVE ≥ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liaison G (T 5515) is gecontacteerd

Vul in:

1. Wanneer valscreening in EVE

- = 1
- ≥ 2, in afwachting van advies liaison G

2. Herscreen:

- 1x/7 dagen, ook wanneer valscreening in EVE = 0
- bij verandering van klinische toestand patiënt, na advies arts
- na sedatie of narcose, op de VP-afdeling en op IZ, tenzij patiënt comateus is of niet in staat om zelf te bewegen.

Aanvullend bij brochure info/educatie aan:

- patiënt
- naaste, nl.
- niet mogelijk o.w.v.

op datum ././ over

op datum ././ over

op datum ././ over

8.2 Bijlage 2: Auditdocument valpreventie

Auditlijst XXX - November 2015									
Afdeling	N	Book	Categorie	Item	Item=norm	Correcte antwoord / observatie	Scoring	Eigen score	Opmerking
	93	Patiënten dossier	Vallen	866	Indien in de EVE de valrisico-screening > 1 werd er een valrisico-evaluatie uitgevoerd	<p>Observatie</p> <p>Het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie' wordt voor deze evaluatie gebruikt</p> <p>Op het formulier is minimaal aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De datum - De initialen van de VPK - De relevante items in het evaluatielink werden afgekruist <p>Niet voor patiënten op een verpleegafdeling die het terminale zorgplan volgen</p>	<p>10: Het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie' in pt-dossier aanwezig en volledig ingevuld</p> <p>5: /</p> <p>0: Het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie' is niet in het pt-dossier aanwezig of het formulier is niet volledig ingevuld</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	94	Patiënten dossier	Vallen	867	Er werd geregistreerd dat de patiënt / de familie educatie voor valpreventie ontving	<p>Observatie</p> <p>Op het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie' wordt het vakje 'educatie en de pt en/of zijn familie' afgekruist</p>	<p>10: Het vakje 'educatie' is afgekruist</p> <p>5: /</p> <p>0: Het vakje 'educatie' is niet afgekruist</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	95	Patiënten dossier	Vallen	868	Er werd geregistreerd dat er advies Liaison G werd gevraagd	<p>Observatie</p> <p>Indien: GRP ≥ 2 En valrisicoscreening in EVE > 0 GRP < 2 En valrisicoscreening in EVE ≥ 2</p> <p>Wordt op het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie' het vakje 'Vraag advies Liaison G' aangeduid.</p> <p>Op G-afdeling wordt de Liaison G niet gecontacteerd</p>	<p>10: Het vakje 'Vraag advies aan Liaison G' is afgekruist</p> <p>5: /</p> <p>0: Het vakje 'Vraag advies aan Liaison G' is niet afgekruist terwijl dit wel noodzakelijk was</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	96	Patiënten dossier	Vallen	869	In het patiëntendossier is valpreventie-advies van Liaison G terug te vinden.	<p>Observatie</p> <p>Wanneer een valpreventie-advies van Liaison G gevraagd werd kan hiervan een notitie worden teruggevonden binnen de 24u tenzij weekend of feestdag</p> <p>De notitie kan gebeuren op het doordrukformulier 'Interventies Liaison G'.</p> <p>Op G-afdeling wordt de Liaison G niet gecontacteerd</p>	<p>10: Het valpreventie-advies van Liaison G kan worden teruggevonden.</p> <p>5: /</p> <p>0: Het advies valpreventie-advies van Liaison G kan niet worden teruggevonden terwijl er een advies gevraagd werd.</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	97	Patiënten dossier	Vallen	870	Het valpreventie medicatie advies van liaison G werd overgenomen in de zorgplanning, na medisch order.	<p>Observatie</p> <p>Indien er een wijziging van medicatie ifv valpreventie werd geadviseerd, is deze overgenomen in het medicatielink van het vpk link van het pt-dossier na medisch order van de behandelende arts.</p> <p>De score wordt toegekend aan de VP-afdeling</p>	<p>10: Advies i.v.m. het wijzigen van medicatie werd overgenomen in het medicatielink na medisch order.</p> <p>5: /</p> <p>0: Het advies werd niet opgenomen ookal was er een medisch order</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	98	Patiënten dossier	Vallen	871	Een valrisicoscreening groter of gelijk aan 2 werd besproken in wekelijks MDO met verslag	<p>Observatie</p> <p>Op de G-afdelingen wordt een valrisicoscreening ≥ 2 van een patiënt besproken in het MDO met verslag van deze bespreking</p> <p>Enkel van toepassing voor G-afdelingen.</p>	<p>10: Een valrisicoscreening ≥ 2 werd besproken in het MDO met verslag</p> <p>5: /</p> <p>0: Een valrisicoscreening ≥ 2 werd niet besproken in het MDO of er was geen verslag</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	99	Patiënten dossier	Vallen	872	Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen acties	<p>Observatie</p> <p>Er gebeurt minimaal 1x / 7 dagen een herevaluatie van het valrisico en de genomen acties. De herevaluatie gebeurt op het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie'.</p>	<p>10: Er gebeurt wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen acties</p> <p>5: /</p> <p>0: Er gebeurt niet wekelijks een opvolging van de valpreventie - evaluatie en de genomen actiesbevestigd</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		
	100	Patiënten dossier	Vallen	873	Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie op de verblijfsafdeling	<p>Observatie</p> <p>Na een sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie. De evaluatie gebeurt op het formulier 'Multifactoriële interventies in functie van Valpreventie'.</p>	<p>10: Na sedatie of narcose gebeurt er een valrisico-evaluatie</p> <p>5: /</p> <p>0: Na sedatie of narcose gebeurt er geen een valrisico-evaluatie</p> <p>2: Niet van toepassing of niet bevestigd</p>		

8.3 Bijlage 3: Opvolgdocument valpreventie referentieverpleegkundigen

Dossiermeting rond valpreventie

Dienst:

Datum:

Aantal dossiers:

Nagekeken items:

	Dossier1	Dossier2	Dossier3	Dossier4	Dossier5	Dossier6	Dossier7	Dossier8	Dossier9	Dossier10
Valrisicoscreening EVE										
Ingevulde totaalscore										
Liason G gecontacteerd										
Advies Liason G bekomen										
Valrisico evaluatie in PD										
Ingevuld: datum										
initialen										
Oorzaak risico										
info										
Liason G										
Herevaluatie nodig										
ingevuld										
Opmerking										

Ja (J), nee (N), niet van toepassing (NVT), onvolledig (O)