

# VEILIGHEIDSCULTUUR OP EEN DIALYSEAFDELING



30 april 2009  
Ludo Meyers  
Directeur patiëntenzorg



***1. EEN ALGEMENE SITUERING VAN PATIENTVEILIGHEID***

2. DEFINIEREN VAN CULTUUR

3. VISIE VAN DE OVERHEID

4. DE ROL VAN DE LEIDINGGEVENDE IN VEILIGE ZORG

5. DIALYSE EN VEILIGHEIDSCULTUUR

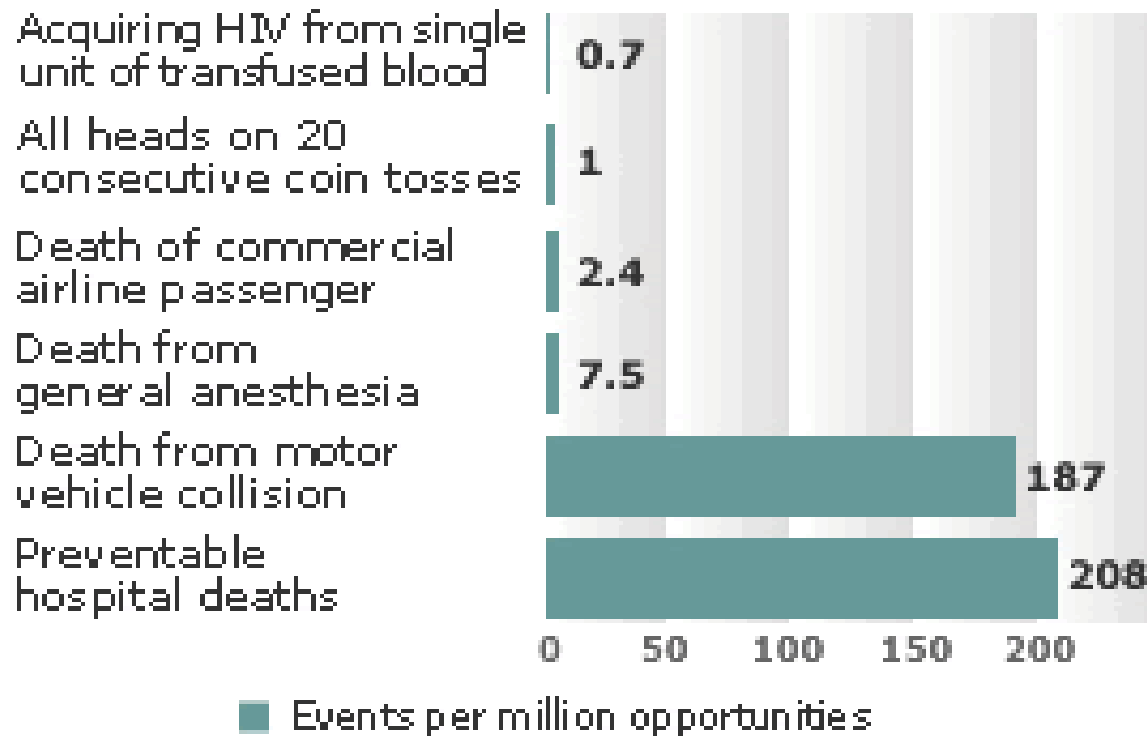
## *Adverse Events in de gezondheidszorg World Alliance for Patient Safety*

- Alliance schat dat bij **10% van de gehospitaliseerde patiënten** in de westerse wereld een adverse event optreedt.
- In de VS schat men dat er elk jaar **44,000-98,000** ziekenhuisoverlijdens zijn die geassocieerd zijn met 'medisch falen'.
- **1.4 miljoen** gehospitaliseerde patiënten wereldwijd hebben een **ziekenhuisinfectie** (op elk moment).



## Did You Know?

### Safety Hazards and Everyday Probabilities



# Estimated Deaths Due to Medical Error

## Accidental Deaths in the U.S.

An estimated one million people are injured by errors during hospital treatment each year and 120,000 people die as a result of those injuries, according to a study led by Lucian Leape of the Harvard School of Public Health. Here's how that number compares with other causes of accidental death in the United States.

*\* SOURCE (for accidental deaths shown in blue) National Safety Council. Dates are for 1996.*

KEVIN BURKETT / Inquirer Staff Artist



43,649  
motor  
vehicle  
deaths



14,986  
deaths  
from  
falls



3,959  
drowning  
deaths



329  
commercial  
aviation  
deaths





The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities  
Series Editor : Robert A. Gutman

## The Dialysis Medical Director's Role in Quality and Safety

Alan S. Kliger

Departments of Medicine, Hospital of St. Raphael and Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

### ABSTRACT

---

The medical director of dialysis is responsible for leadership in a dialysis facility's quality improvement activities and patient safety initiatives. The Director should have knowledge of, and an ability to utilize, Continuous Quality Improvement tech-

niques, evidence-based guidelines, standardized mortality, hospitalization and transplantation data and other modalities to improve systems of care.

---

## *Zorgomgeving blijft onveilig*

- **Zorgomgeving blijft onveilig**, meer dan 150 jaar na het onderzoek van Nightingale en de introductie van verpleegkundigen als ‘bewakers’ van veilige zorg.
- Wereldwijd jaarlijks honderduizenden **onnodige overlijdens** ten gevolge van onveilige zorgverlening.
- **Verpleegkundigen** in de huidige context blijven **minstens even belangrijk als in 1855**, in de preventie van onnodige overlijdens vermits de risico’s zijn toegenomen. Hierdoor wordt het **monitoren** van **patiënten nog belangrijker**.



1. EEN ALGEMENE SITUERING VAN PATIENTVEILIGHEID

**2. DEFINIEREN VAN CULTUUR**

3. VISIE VAN DE OVERHEID

4. ROL VAN DE LEIDINGGEVENDE IN VEILIGE ZORG

5. DIALYSE EN VEILIGHEIDSCULTUUR

## 1. DEFINITIE

*Wat is organisatiecultuur?*

**Organisatiecultuur** is de gemeenschappelijke verzameling normen, waarden en gedragsuitingen gedeeld door de organisatieleden; de ‘sociale lijm’ die de leden aan de organisatie bindt.

## 1. DEFINITIE

*Waaruit wordt ze bepaald?*

De samenstelling en aard van de personen die actief zijn binnen de organisatie, vaak met een eigen professionele cultuur.

- De specifieke opdracht van de organisatie, tevens in een bredere maatschappelijke context, en de specifieke waarden en overtuigingen die er leven.
- De organisatiestructuur en de formele wijze waarop de verschillende rollen worden ingevuld.
- De interactieprocessen tussen de leden van de organisatie

## 1. DEFINITIE

### *Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen*

De werkgroep kwaliteit en veiligheid van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen stelt over veiligheidscultuur: “een cultuur die aanvaardt dat instellingen en verstrekkers fouten (kunnen) maken en een cultuur van openheid en transparantie die het voor de organisatie en de individuen die in die organisatie werken mogelijk maakt uit die fouten te leren om de herhaling ervan in de toekomst te voorkomen”.

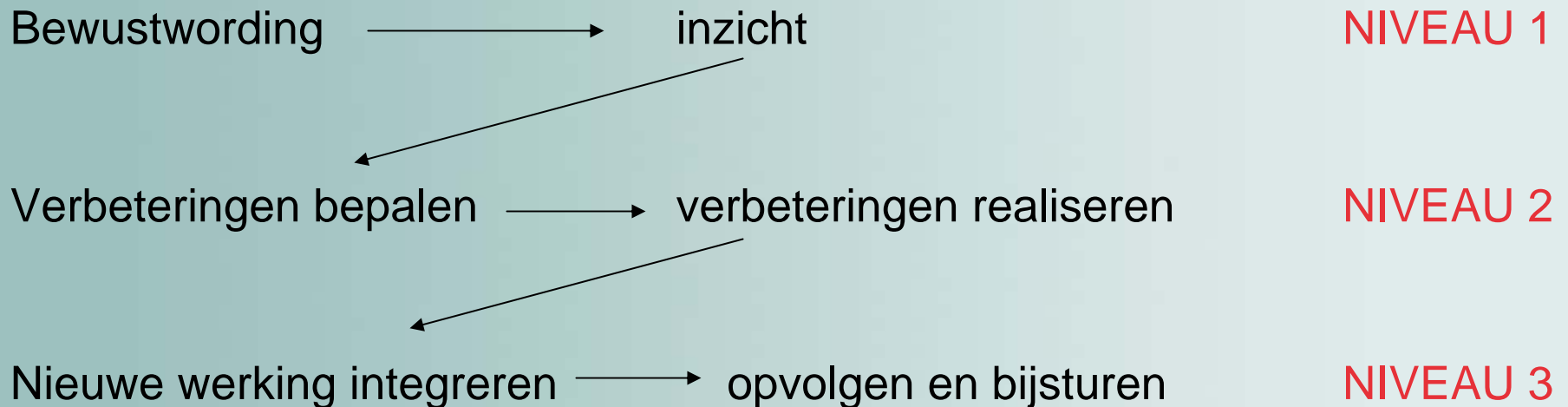
## 1. DEFINITIE

### *Onderdelen van een veiligheidscultuur*

- **“just”**: een faire context waarin mensen aangemoedigd worden om open te zijn en ook vertrouwd worden, maar waar het onderscheid tussen aanvaardbaar en niet aanvaardbaar gedrag ook duidelijk is.
- **“flexible”**: de flexibiliteit in het aanpassen van de reacties in functie van de context en de wisselende omstandigheden.
- **“learning”**: het leervermogen om de juiste conclusies te trekken en het vermogen om de noodzakelijke aanpassingen te implementeren.
- **“reporting”**: een open context waarin mensen bereid zijn om over “errors” te rapporteren en dit kunnen doen op een eenvoudige, zinvolle, bruikbare en systematische wijze.

## 1. DEFINITIE

### *Stadia in ontwikkeling*



• Yates G., e.a. Sentara Norfolk General Hospital: Accelerating Improvement by Focusing on Building, a Culture of Safety, Joint Commission on Quality and Safety, 2004, 30 (8), 534-542

• Cohen M., e.a. Implementing a Hospitalwide Patient Safety Program for Cultural Change, Joint Commission Journal on Quality and Safety, 2004, 30 (8), p. 424-431

## 2. POTENTIEEL PLAN VAN AANPAK

1. Cultuurbewustzijn
2. Consistent plan van aanpak veiligheidsmanagementssysteem
3. Focus op veiligheidsmanagementssysteem in gefaseerde aanpak
4. Creatie van professionele betrokkenheid
5. Centrale en decentrale aanpak
6. Creatie van vertrouwen



1. EEN ALGEMENE SITUERING VAN PATIENTVEILIGHEID
2. DEFINIEREN VAN CULTUUR
- 3. VISIE VAN DE OVERHEID**
4. ROL VAN DE LEIDINGGEVENDE IN VEILIGE ZORG
5. DIALYSE EN VEILIGHEIDSCULTUUR

## *Uitdagingen*

- Pijler 1: Het ontwikkelen & implementeren van een **veiligheidsmanagementsysteem**
- Pijler 2: Het analyseren & **(her)ontwikkelen** van een **proces**
- Pijler 3: Het samenstellen van een **multi-dimensionele indicatorenset** m.b.t. kwaliteit & patiëntveiligheid

## Meerjarenplan tot 2012

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| 2011-2012 | <p><b>PIJLER 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>INTEGRATIE</li> </ul>  | <p><b>PIJLER 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbeterproject van een extramuraal proces op basis van indicatoren</li> </ul>   | <p><b>PIJLER 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestandaardiseerde, geïntegreerde en multidimensionele indicatorenset</li> </ul>   |
| 2010-2011 | <p><b>PIJLER 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registratie (bijna)-incidenten</li> <li>Proactieve analyse van processen at risk en voorstel verbeteracties</li> </ul>                     | <p><b>PIJLER 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbeterproject van een extramuraal proces op basis van indicatoren</li> </ul>   | <p><b>PIJLER 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkeling van nieuwe multidimensionele indicatoren en aanduiding van relatie met strategische doelstellingen</li> </ul>                       |
| 2009-2010 | <p><b>PIJLER 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registratie (bijna)-incidenten</li> <li>Analyse van BI (retrospectief) en voorstel verbeteracties</li> </ul>                               | <p><b>PIJLER 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eén nieuw multidisciplinair proces: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 pathologie: lijst, FBI</li> <li>- 1 transfert pat/intramuros</li> </ul> </li> </ul> | <p><b>PIJLER 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkeling van nieuwe multidimensionele indicatoren en aanduiding van relatie met strategische doelstellingen</li> </ul>                       |
| 2008-2009 | <p><b>PIJLER 1</b></p> <p><u>Ontwikkeling VMS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meerjarig veiligheidsplan</li> <li>2 verbeteracties op basis van cultuurmeting</li> </ul>                   | <p><b>PIJLER 2</b></p> <p><u>(her) Ontwikkeling van een proces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 proces multidisciplinair</li> <li>1 pathologie: lijst, FBI</li> </ul>  | <p><b>PIJLER 3</b></p> <p><u>Ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanduiding orgaan</li> <li>Cartografie van indicatoren en methode</li> </ul> |
| 2007-2008 | Melding en analyse van (bijna) incidenten  | Fiches met beschrijving van 3 kwaliteitsprojecten<br>Gebruik van de indicatoren FBI et PSI   |  |
| 2007-2008 | <p><b>Strategie, visie, doelstellingen kwaliteit/patiëntveiligheid</b></p> <p><b>Coördinatie van de structuren kwaliteit/patiëntveiligheid</b></p> <p><b>Meting van de patiëntveiligheidscultuur</b></p> |  |  |

## *2. Dimensies van cultuurmeting*

### **Tien veiligheidscultuur-dimensies:**

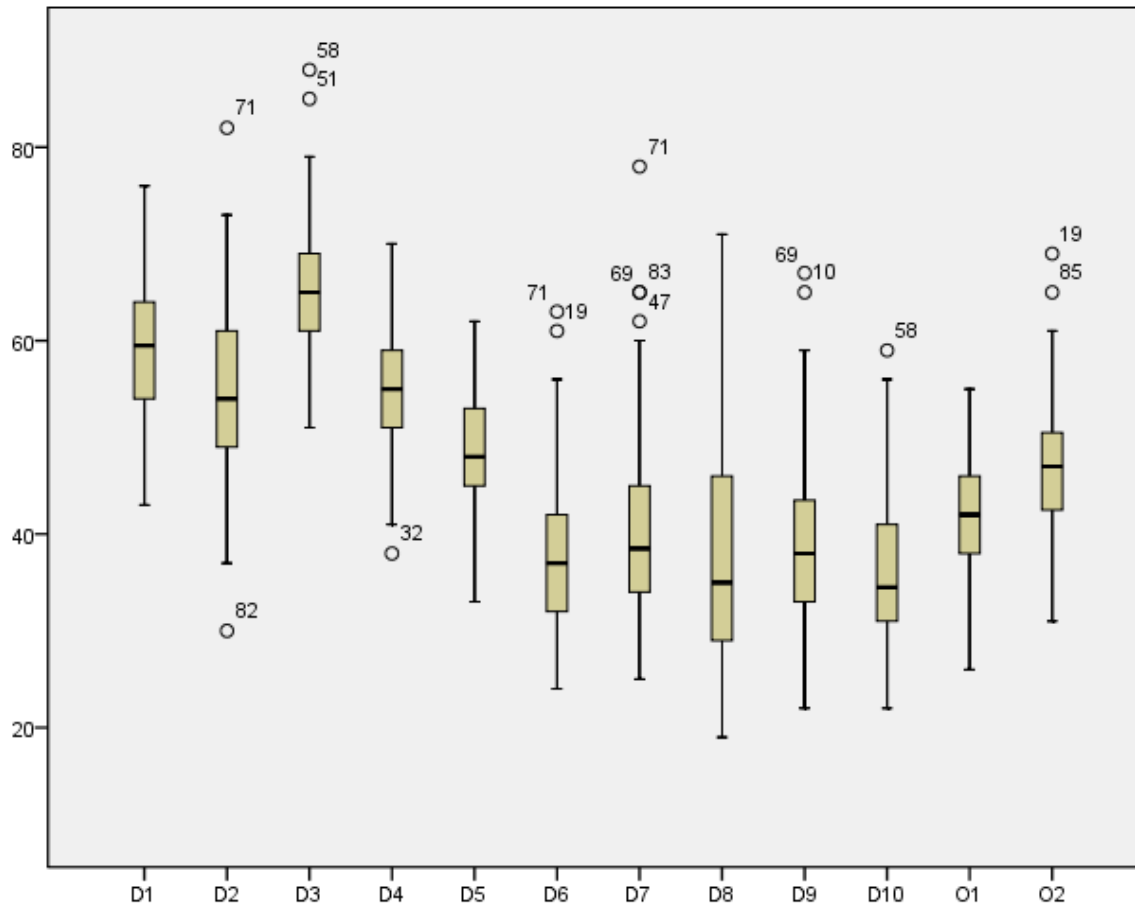
- D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen
- D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren;
- D3. Teamwerk binnen afdelingen
- D4. Openheid naar communicatie
- D5. Feedback en communicatie over veiligheid
- D6. Niet bestraffende respons op fouten
- D7. Bestaffing
- D8. Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid
- D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen
- D10. Overdracht en transfer

### **Twee outcome dimensies:**

- O1. Globale perceptie over veiligheid
- O2. Frekwentie van “event” rapportering



## Vergelijking op ziekenhuisniveau



Tien veiligheidscultuur-dimensies:

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren;

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

D8. Ziekenhuismanagement

ondersteuning voor

patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

D10. Overdracht en transfer

Twee outcome dimensies:

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event" rapportering



1. EEN ALGEMENE SITUERING VAN PATIENTVEILIGHEID
2. DEFINIEREN VAN CULTUUR
3. VISIE VAN DE OVERHEID
- 4. ROL VAN DE LEIDINGGEVENDE IN VEILIGE ZORG**
5. DIALYSE EN VEILIGHEIDSCULTUUR

## *Taak van de hoofdverpleegkundige*

1. Plannen, coördineren, opvolgen, bijsturen en ondersteunen van de activiteiten en de medewerkers van de dienst teneinde een professionele en patiëntvriendelijke zorg te realiseren.

## *Taak van de hoofdverpleegkundige*

1. Vertaalt de visie en doelstellingen;
2. Staat in voor de organisatie, de werking en de ontwikkeling van de dienst;
3. Plant en zet het verpleegkundige en verzorgend personeel in;
4. Voert een afdelingsgebonden personeelsbeleid;
5. Doet administratief-ondersteunende werkzaamheden;
6. Bewaakt en begeleidt veranderings- en zorgprocessen;
7. Bewaakt de kwaliteit van de dienstverlening;
8. Is eindverantwoordelijke voor projecten op de eigen afdeling;
9. Implementeert de kennis en draagt deze over aan de medewerkers.

## *Definitie goede zorg*

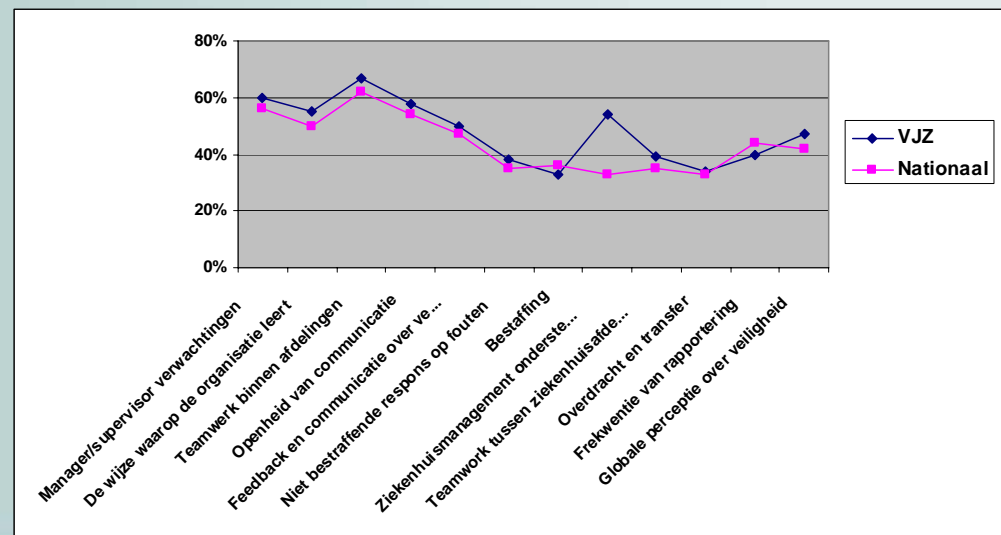
1. Patiëntgericht
2. Effectiviteit
3. Veiligheid
4. Tijdigheid
5. Doelmatigheid
6. Billijkheid
7. Geïntegreerd
8. Continu

## Enkele vaststellingen

De motivatie van een team vertrekt vanuit het leiderschap van de hoofdverpleegkundige.

Het empoweren van hoofdverpleegkundigen is een primordiale rol van directie en middenmanagement.

Dit straalt af op de cultuur van de afdeling.



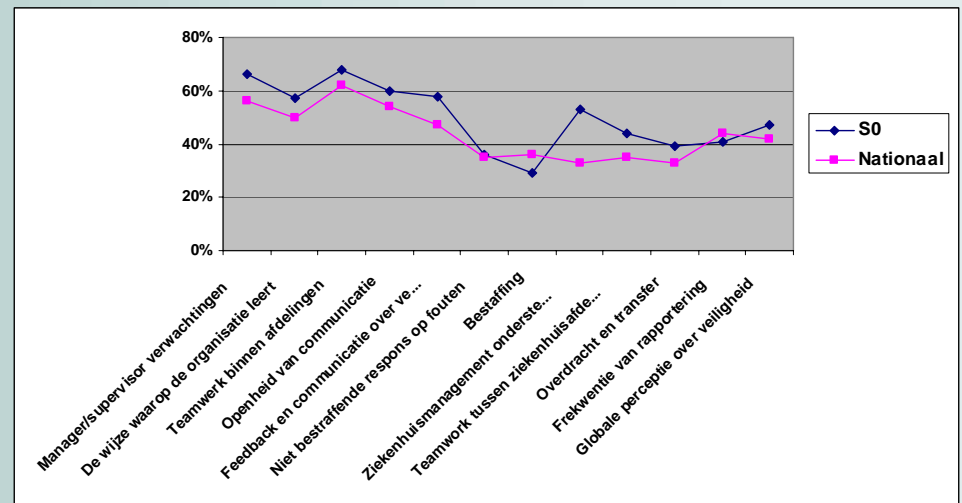
## Enkele vaststellingen

De cultuurmetingsscores van het Virga Jesseziekenhuis zijn meestal hoger dan deze van het nationale gemiddelde.

Diensten met krachtig leiderschap scoren hoger dan het ziekenhuisgemiddelde.

Deze diensten zijn de early adopters en staan vooraan bij verandertrajecten.

Andere hoofdverpleegkundigen volgen hun ontwikkelingen en implementeren ze binnen hun diensten.

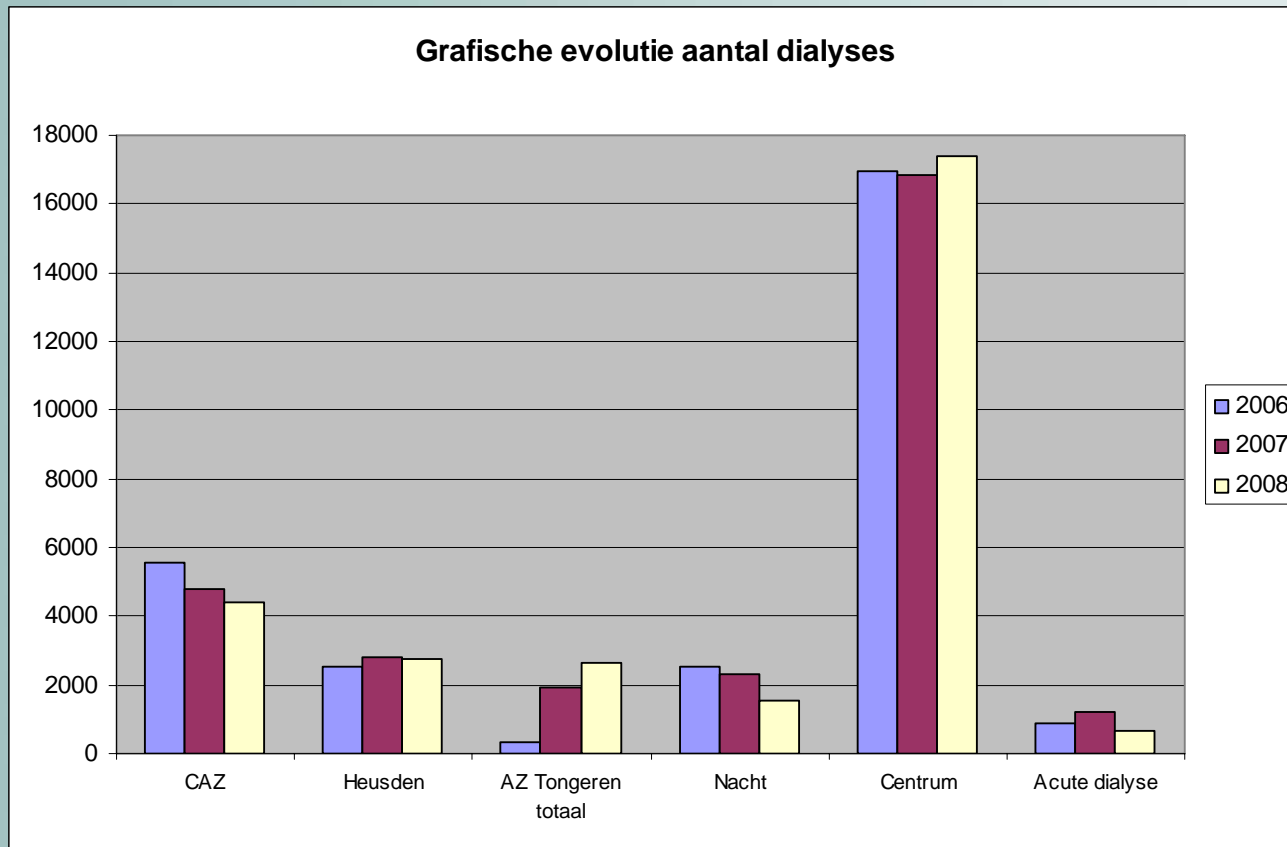




1. EEN ALGEMENE SITUERING VAN PATIENTVEILIGHEID
2. DEFINIEREN VAN CULTUUR
3. VISIE VAN DE OVERHEID
4. ROL VAN DE LEIDINGGEVENDE IN VEILIGE ZORG
- 5. DIALYSE EN VEILIGHEIDSCULTUUR**

## *Duiding bij dialyse*

- Groot centrum
- Uitbouw van verschillende low care dialyses
  - Van op de campus ~~VJZ~~ naar 3 low care dialyses in 3 samenwerkende ziekenhuizen:
    - Tongeren
    - Salvator
    - Heusden
  - Uitbouw peritonaal dialyse
  - Uitbouw nachtdialyse
- Monitoring van indicatoren



## *Groeiprocessen in de organisatie*

- 1 Hoofdverpleegkundige dialyse
- 1 Hoofdverpleegkundige low care



- 1 Hoofdverpleegkundige low care en dialyse



- 2 Hoofdverpleegkundigen: - vanuit stijgende werkdruk  
- als aanloop naar pensionering



- 1 Hoofdverpleegkundige met 2 adjuncten en verantwoordelijke low care



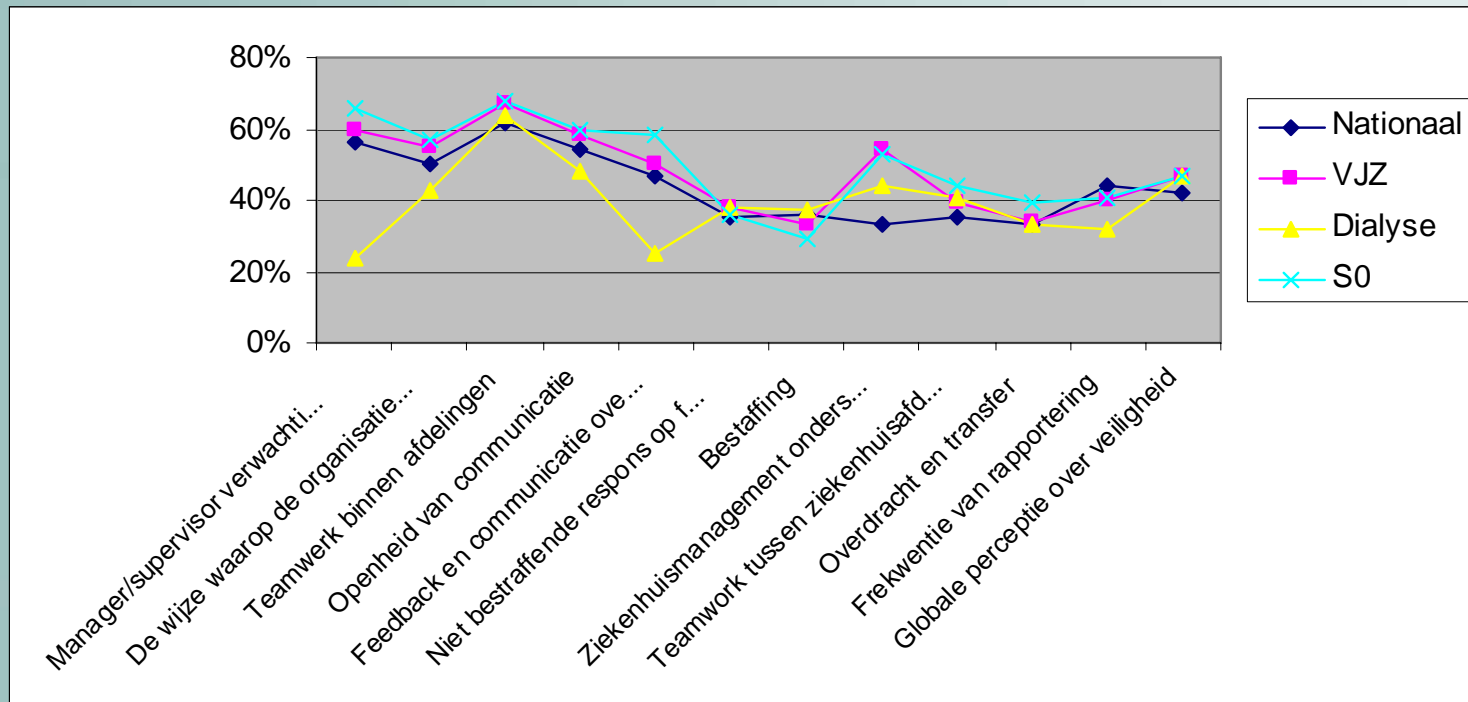
- Vervanging hoofdverpleegkundige met behoud adjuncten

## Voordelen van deze aanpassingen

- Inspelen op de behoeften
- Groei van onderuit

## Nadelen van deze aanpassingen

- Te veel wissels in leiding
- Onduidelijke sturing
- Veel personeelwissels



## *Plan van aanpak*

- Wissel van hoofdverpleegkundige
- Implementatie Veiligheidsmanagementsysteem decentraal
- Focus op Veiligheidsmanagementsysteem via professionele betrokkenheid
- Vertrouwen in de toekomst

## *Voorbeelden van een decentrale aanpak op onze dialyse*

Opgestarte werkgroepen (n.a.v. beleidsdag niercentrum 2003).

- Artsen participeren actief in deze werkgroepen
- (wondzorg en ziekenhuishygiëne, kwaliteit van zorg, vaattoegang, voeding, acute zorg).
  - 2007 opleiding rond projectmanagement
  - 2008 omtrent kwaliteitsindicatoren.
  - 2009 elke werkgroep opnieuw 5 concrete DS formuleert waarvan 1 concrete kwaliteitsindicator.
- Indicatoren opgevolgd door nefrologen en vpk
  - KT/V, formule om efficiëntie van de dialyse te bepalen
  - infecties,
  - vaataccessfiches,
  - concrete indicatoren peritoneale dialyse zoals infecties).
- Sinds begin dit jaar traject omtrent voetscreeningen opgestart, i.s.m. voetkliniek.

## *Voorbeelden van een decentrale aanpak op onze dialyse*

- Regina op autodialyse is studieverpleegkundige gedurende 1 dag/week (studies in overleg met firma's omtrent medicatie Mircera / Dopps / Cera-studie).
- Six Sigma project ter optimalisatie van het medicatiegebruik op dialyse.
- Opleidingstraject voor nieuwe medewerkers, met succes, volledig herzien vanaf 2007.
- Volgende maand dagsessie voor alle medewerkers om deze vorming door te trekken naar alle medewerkers. Nieuw opleidingsplan uitgewerkt o.l.v. Bea, Veronique, verpleegkundigen en artsen.



- Succes met de eigen trajecten
- Succes met je eigen plan van aanpak
- Werk systematisch met kleine stappen:
  - Eerst wandelend dan pas lopend,
  - Werk interdisciplinair,
  - Gebruik cijfers als duiding en gebruik je buikgevoel.