FORUM

WWW.ORPADT.BE

tijdschrift voor
nefrologisch verpleegkundigen

ORPADT vzw

Jaargang 14 • nummer 3 • december 2014

ORPADT wordt financieel ondersteund door:

AMGEN
Arianelaan 5 • 1200 Brussel

BAXTER
Boulevard d'Angleterre 2-4 • 1420 Eigenbrakel

BELLCO
rue Granbonpré 11 • 1348 Louvain-La-Neuve

DIRINCO BVBA
J. van Elewijckstraat 103 bus 5 • 1853 Strombeek-Bever

EUMEDICA
Chemin de Nauwelette 1 • 7170 Manage

FRESENIUS MEDICAL CARE BELGIUM NV/SA
Brownfieldlaan 15/001 • 2830 Willebroek

INTRAVASCULAR- ICT CONSULT
Drengel 83 • 2980 Zoersel

MEDICOLE
Keerbergsesteenweg 19 • 3150 Haacht

NIPRO EUROPE
Weihoek 3H • 1930 Zaventem

SANOFI
Culliganlaan 1C • 1831 Diegem

SHIRE
Lambroekstraat 5c • 1831 Diegem

TRANSONIC SYSTEMS EUROPE
Punterweg 31 • 6222 NW Maastricht Nederland

VEDEFAR
Henri Moeremanslaan 29 • 1700 Dilbeek

COLOFON

Jaargang 14, nummer 3, december 2014

Forum is een publicatie van ORPADT,
de ORganisatie van het PAramedisch personeel van de Dialyse- en Transplantatiecentra
Oplage: 600 exemplaren
Distributie: gratis naar alle ORPADT leden
Lidmaatschap: zie WWW.ORPADT.BE
Rekeningnummer ORPADT:
IBAN: BE90 0012 9740 7332

Redactieleden
Johan De Mulder
Danny Droessaert
Stefaan Maddens
Clement Dequidt
Sabine Verniest
Carina Simons
Sandra Vervynckt

Hoofdredacteur
Johan De Mulder
gsm: 0472/973 984
e-mail: johan.demulder@gza.be

Teksten voor publicatie kunnen aangeboden worden via het mailadres van de hoofdredacteur. De redactie behoudt zich het recht voor om teksten in te korten of niet te plaatsen. Opinies, commentaren en visies weergegeven in de gepubliceerde artikels vallen onder de verantwoordelijkheid van de auteur.

Advertenties
Tarieven en condities zijn op aanvraag te verkrijgen via johan.demulder@gza.be

Druk en lay-out
Drukkerij Coloma
Abeelstraat 102
2800 Mechelen
tel: 015/ 42 32 55
e-mail: info@drukkerijcoloma.be

Secretariaat ORPADT
Stefaan Maddens
Kleine Bassinstraat 1, bus 2
8800 Roeselare
tel: 051/253908 gsm: 0496/780622

Verantwoordelijke uitgever
An Demol
Van Dijcklaan 4
1930 Zaventem

Foto cover: Johan De Mulder

Copyright 2014 ORPADT
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, fotografie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de ORPADT FORUM-redactie.

Van de redactie

Bij alle bedrijven staat een veiligheidsbeleid hoog op de agenda. Ook in de gezondheidszorg wordt meer en meer aan een veiligheidscultuur gewerkt. Voor internationale organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese commissie is de aanwezigheid van een positieve veilige omgeving een voorwaarde voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. In samenwerking met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid onderzocht Annemie Vlayen hoe dit alles verloopt en beter kan in onze Belgische ziekenhuizen. Zorgverleners werken veiliger als de bedrijfscultuur open en transparant is. Ze melden dan zonder vrees fouten in een zorgproces omdat ze weten dat er lessen uit getrokken worden.

Soms is verandering de enige oplossing. Maar hoe voer je die in zonder op zere tenen te trappen of weerstand uit te lokken? Léon de Caluwé en Hans Vermaak menen hierop het antwoord te kunnen bieden met wat zij de 'kleurentheorie' noemen, een niet-bedreigende manier om verschillende overtuigingen bespreekbaar te maken. Het maakt het overwegen en doorvoeren van veranderingen een stuk gemakkelijker.

In het veiligheidsverhaal moet de patiënt altijd vooraan staan. Vooral de oudere dialysepatiënt vraagt extra zorg. Nele Van Den Noortgate vertelt ons hoe we als zorgverlener de kwetsbare oudere met zijn veranderend lichaam veilig kunnen begeleiden.

Essentiëler nog voor de patiëntveiligheid is hoe die thuis omgaat met de (handenvol) pillen dat hij/zij moet slikken. De juiste pil op het juiste moment lukt niet altijd. Yoleen Van Camp geeft zorgverleners handige tips rond therapietrouw.

Beschouw dit als een nuttig geschenk voor de feestdagen.

Johan De Mulder
hoofdredacteur

Forum december 2014 - Inhoud

Sponsors, colofon, van de redactie		2-3
ORPADT-info		5
Therapietrouw: een meervoudige aanpak? Patiënten 'vergeten' vaak hun pillen te nemen.	Y. Van Camp	6-10
Naar een veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Zijn onze ziekenhuizen veilig?	A. Vlayen	11-12
Frailty bij de oudere patiënt aan dialyse. De kwetsbare oudere.	N. Van Den Noorgate	13-14
Vijf manieren van kijken naar verandering. Leren veranderen.	L. de Caluwé	15-18
EDTNA/ERCA-nieuws		19
Nefro-weetjes		20-21
Congresreis naar Riga. Verslag.	S. De Smet Van Damme & N. Moreels	22-23

ORPADT-activiteiten 2015

- **14/03/2015: Vlaamse nefrologiedag**
- **21/05/2015: Namiddagsymposium**
- **20/11/2015: Avondsymposium**
- **3 en 4/12/2015: Basiseducatie**

Alle bovenstaande activiteiten worden georganiseerd in De Montil, Moortelstraat 8 in Affligem (Essene). Het begin en eind uur kan u vinden op WWW.ORPADT.BE van zodra die gekend zijn.

ORPADT-info

2014 was een warm jaar. Een winter lang zonder vrieskou, een warme lente en een natte maand augustus. Op Allerheiligen noteerden we 21°C, een nieuw record. Gevolgen van een veranderend klimaat?

De contouren van de lang, aangekondigde besparingen vanuit de overheid, werden zichtbaar. De besparingen in de gezondheidszorg sijpelen langzaam door en ook de nefrologie zal hieraan niet ontkomen. Ook hier belooft het een warm jaar te worden.

2015 zal met veel onzekerheden starten. Zelfs de stroomvoorziening in ons land is niet meer zeker.

Wel zeker is dat ORPADT voor een boeiend werkjaar staat. Het programma aanbod vind je onder de inhoudsopgave. Vanaf januari wordt er gestart in de werkgroep enquête met de voorbereiding van de editie 2015. Ook het programma van de nefrologiedag 2015, in samenwerking met de Nederlandstalige Belgische Vereniging Nefrologie (NBVN), ligt al vast. De werkgroep 'werklastmeting en zorgzwaarte' zal volgende zomer het werk afronden zodat dit instrument in de praktijk bruikbaar is. De snelle respons van vele centra om mee te werken aan een laatste meting was voor ons erg aangenaam.
De posthogeschool draait op volle toeren en de basiscursus 2014 kende een succesvolle editie. Voor vele nieuwe collega's was dit de eerste kennismaking met de professionele beroepsvereniging ORPADT. We overschrijden de kaap van meer dan 520 leden.

Je merkt dat deze bestuursploeg het voorbije jaar niet stil gezeten heeft. En dat zijn we ook het komende jaar niet van plan. Maar we kunnen dit niet alleen. Jullie lidmaatschap blijft hiervoor nodig. Maar ook jullie aanwezigheid op onze activiteiten is een graadmeter. Jullie input, suggesties en medewerking zullen we steeds op prijs stellen. Ieder bestuurslid is hiervoor bereikbaar.

Rond deze tijd wordt je uitgenodigd om je lidmaatschap te verlengen, stel dit niet uit en wordt opnieuw lid van ORPADT.

Alvast een gezond, prettig en aangenaam 2015 gewenst!

Bert Van den Wijngaert
voorzitter ORPADT

Therapietrouw: een meervoudige aanpak

Yoleen Van Camp
verpleegkundige, wetenschappelijk onderzoeker Universiteit Antwerpen

Hoe kunnen verpleegkundigen patiënten het best ondersteunen om medicatie in te nemen zoals voorgeschreven? De auteur onderzocht dit grondig in het kader van haar master in de Verpleeg- en Vroedkunde en vervolgens in haar doctoraatsthesis aan de Universiteit Antwerpen. Een samenvatting.

Chronische aandoeningen maken 60% van alle overlijdens uit. De meeste zijn goed te behandelen, vaak met orale medicatie, maar de gewenste resultaten worden vaak gemist door therapieontrouw. Therapieontrouw is het niet opvolgen van gezondheidsadviezen door patiënten (zoals het niet stipt innemen van de medicatie) en heeft een hoge prevalentie. Gemiddeld is de helft van de patiënten therapieontrouw wat leidt tot verhoogde morbiditeit, mortaliteit, ziekenhuisopnames, werkverlet, kosten en tot een verlaagde levenskwaliteit. De WHO stelt dat het verbeteren van de therapietrouw een grotere positieve impact zou hebben op de gezondheid en uitgaven dan eender welke verbetering in medische behandeling. Om de therapietrouw te verbeteren zijn inzichten nodig in de omvang van het probleem, de determinanten en in manieren om een goede inname te ondersteunen. Dit is een samenvatting van de doctoraatsdissertatie die dit onderzocht bij dialyse, diabetes en hartfalen patiënten.

Welke patiënten nemen het slechtste hun medicatie in?

De resultaten van onze elektronische meting (zie figuur) toonden dat therapietrouw verschilde in de onderzochte populaties. Diabetes en hartfalenpatiënten hadden de hoogste therapietrouw en dialysepatiënten de laagste. Eén op de drie dialysepatiënten nam de medicatie niet als voorgeschreven in, meestal (in 70% van de gevallen) door vergeetachtigheid en in mindere mate (30%) bewust (bijvoorbeeld om bijwerkingen te vermijden). In de dialysepopulatie onderzochten we fosfaatbinders – medicatie gekend voor ongemakken en bijwerkingen. In de diabetes en hartfalenpopulatie onderzochten we daarentegen ACE-inhibitoren en bèta-blokkers die over het algemeen beter verdragen worden. Hoe dan ook tonen onze resultaten aan dat therapieontrouw een belangrijk probleem is maar dat het niet mag veralgemeend worden. Verdere studie is nodig om te bepalen welke patiënten en welke medicatie vooral problematisch zijn. Daarbij is er nood aan instrumenten die in de dagelijkse, klinische praktijk inzetbaar zijn om therapietrouw te meten, want elektronische monitoring is niet betaalbaar in de praktijk.

Welke factoren beïnvloeden een goede inname van medicatie?

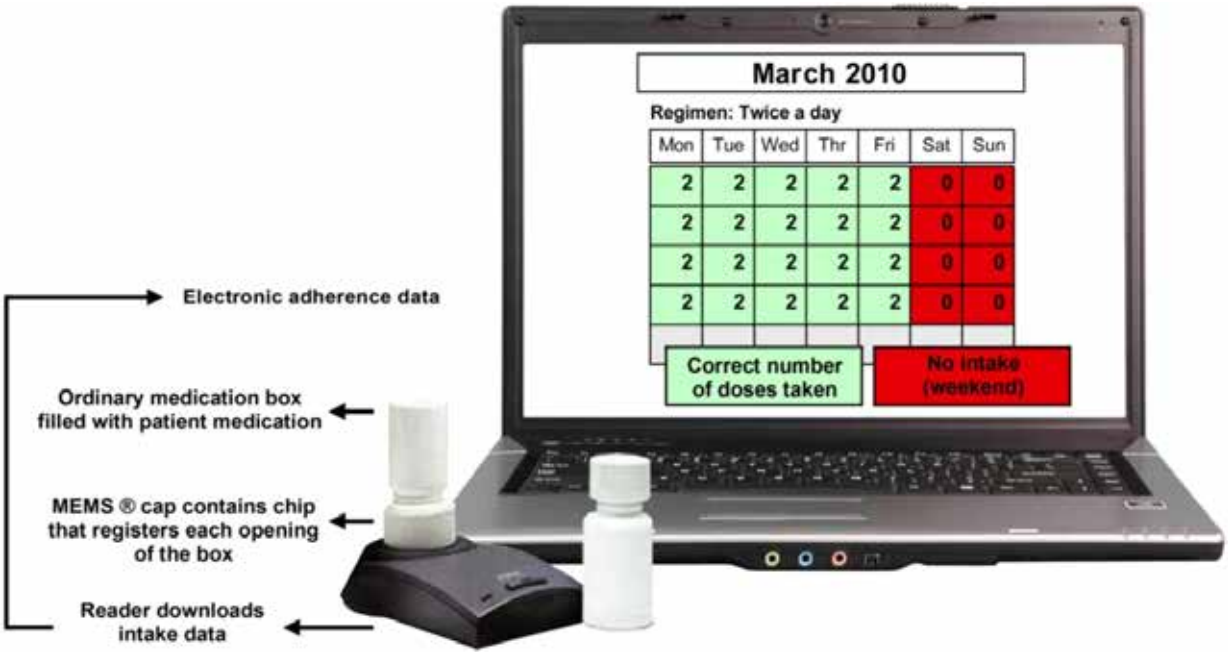
Tot op heden heeft studie weinig factoren gevonden. Ook in onze studies werden slechts een beperkt aantal determinanten weerhouden. Meer sociale steun had een positieve invloed op therapietrouw in alle settings en een hogere ziekte-ernst een negatieve invloed in de dialyse en diabetessetting. Studies hebben voornamelijk demografische factoren in verband willen brengen met therapietrouw en het is pas de laatste decennia dat er meer aandacht gaat naar psychosociale factoren (zoals opvattingen of het vermogen om voor zichzelf te zorgen). Zulke factoren worden nu meer en meer onderzocht en blijken ook bepalend voor de therapietrouw, hetgeen ook in onze studies naar voor kwam. Het samenbrengen van de geïdentificeerde factoren is nodig om een screeningsinstrument op te stellen dat erin slaagt om patiënten aan te duiden die risico hebben op therapieontrouw. Op die manier kunnen therapietrouw ondersteunende maatregelen op zulke risicopatiënten gefocust worden.

Hoe kunnen we therapieontrouw verhelpen?

Uit de voorbereidende literatuurstudies en analyses van geclusterde databases uit de praktijk bleek dat therapietrouw een complex gedrag is dat kan verhinderd worden door verschillende barrières die ook gedurende de tijd kunnen veranderen. Zo kan de ene patiënt bewust medicatie niet innemen door bijwerkingen en de andere patiënt door vergeetachtigheid dosissen overslaan. Daarom hebben enkelvoudige interventies (één interventie voor alle patiënten) doorgaans weinig effect en zijn meervoudige en geïndividualiseerde interventies nodig (dus interventies aangepast aan de bestaande barrière). Wij ontwikkelden een tweeledige aanpak die er eerst op gericht is om patiënten vereisten mee te geven om therapietrouw te zijn (kennis, sociale steun en vaardigheden) en daarna zich richt op de specifieke noden van de patiënt (geïndividualiseerde begeleiding). Voor die geïndividualiseerde begeleiding ontwikkelden we een coaching schema om patiënten op te delen al naargelang hun mate van therapietrouw en parameter (vb. bloeddruk), zodat de interventie aangepast kan worden aan de bestaande situatie, problemen en zorgnoden van de patiënt. Het schema bevat de meest voorkomende problemen met therapietrouw en/of ontregelde bloedwaarden met een bijhorende lijst van mogelijke oplossingen.

Was onze interventie succesvol om de inname van medicatie te verbeteren?

Aangezien de therapietrouw in de diabetessetting dermate hoog was, waren we genoodzaakt de studie voortijdig stop te zetten en konden we dus de interventie die we ontwikkeld hadden niet in deze populatie bestuderen. In de hartfalensetting werd onze studie pas vorig jaar opgestart en ze loopt nog. In deze dissertatie kunnen we dus de resultaten van de interventie voorlopig enkel in de dialysepopulatie weergeven. Die resultaten zijn hoopgevend. De interventie verbeterde de therapietrouw en bloedwaarden. Toch was er een kern van patiënten — de zogenaamde "die hards"— die elke maand therapieontrouw bleef, ondanks onze interventies. Toekomstig onderzoek naar de redenen van het succes of het falen van de interventies is gepland.



Aanbevelingen voor verpleegkundigen

In de zorg voor therapietrouw is het belangrijk dat verpleegkundigen een niet veroordelende houding aannemen en begrip tonen. Problemen met de inname van medicatie moeten opgespoord en bespreekbaar worden gemaakt en patiënten ondersteund om zelf problemen en oplossingen aan te duiden. Een referentieverpleegkundige medicatie inname zou een verrijking zijn voor het team om kennis over therapietrouw te verspreiden en om therapietrouw op te volgen.

Verder onderzoek aangewezen?

Onze studies werden gevoerd bij patiënten in een (vaak vergevorderd) stadium van hun aandoening. We zijn ervan overtuigd dat therapietrouw net gevestigd moet worden bij het allereerste voorschrift. Tijdens dat eerste voorschrift (doorgaans in de eerste lijn) worden vaak overtuigingen, kennis en vaardigheden (of net het gebrek eraan) geschept. Onderzoek naar therapietrouw in de eerste lijn is nodig, niet alleen om een totaalbeeld van de omvang van therapieontrouw te krijgen (van bij het begin van de behandeling) maar ook om de evolutie over de jaren in kaart te brengen. Onderzoek naar factoren die therapietrouw beïnvloeden zou rekening moeten houden met psychosociale factoren, zoals zelf-effectiviteit, sociale steun of de zorgverlener-patiënt relatie. Enkel door duidelijke factoren te vinden kan een screeningsinstrument ontwikkeld worden dat patiënten identificeert die waarschijnlijk therapieontrouw zullen zijn, zodat zij van bij het begin ondersteund kunnen worden.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in NVKVV nieuwseditie juni 2014, p. 59-60 en is gebaseerd op de doctoraatsthesis 'Medication adherence management (MedAM): a nurse-led multifaceted approach' van Yoleen Van Camp. Zij doctoreerde onder de begeleiding van professor Monique Elseviers en professor Bart Van Rompaey in het Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Antwerpen.

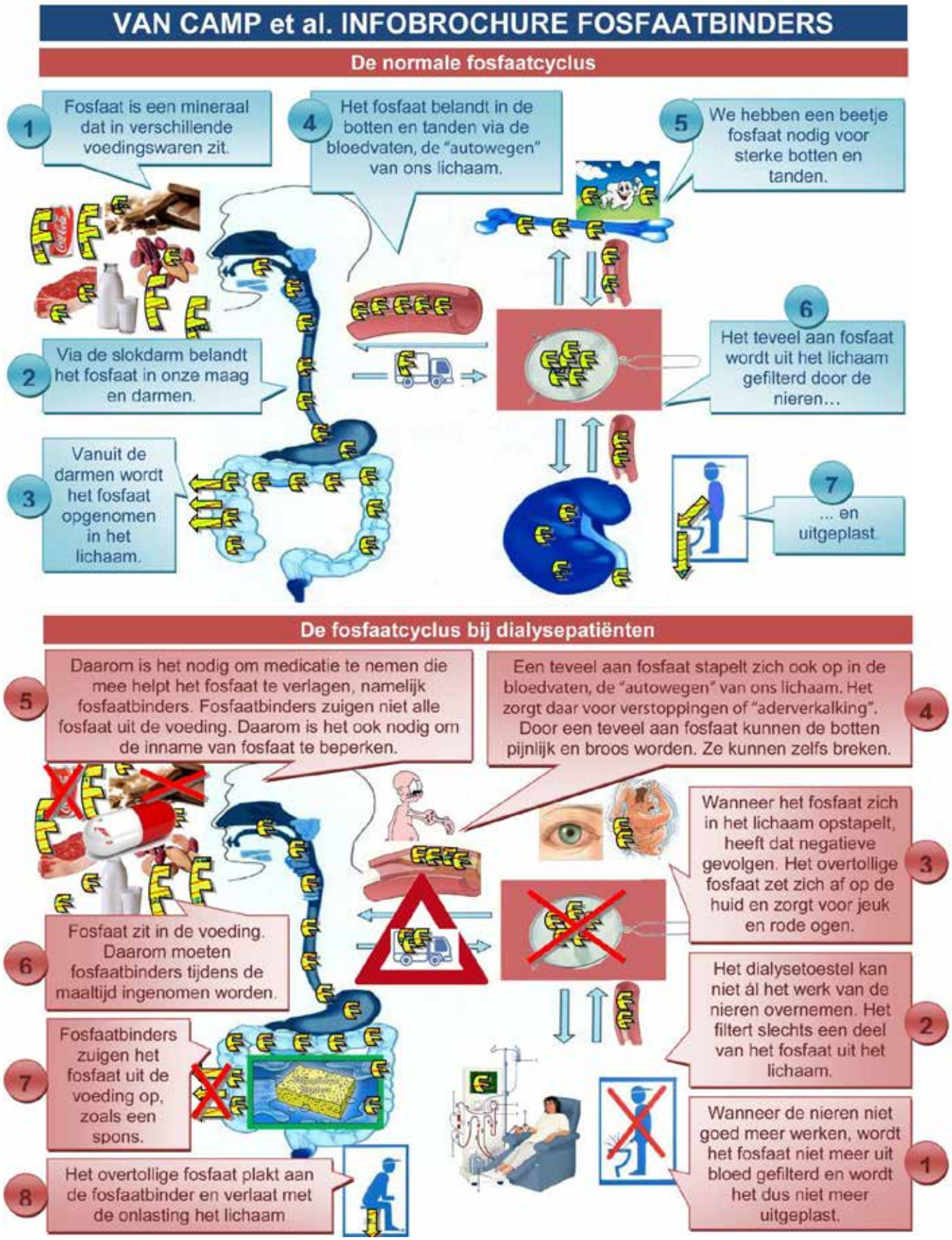
Mailadres: yoleen@gmail.com

Referenties

1. Elseviers M, Huybrechts S, Van Camp Y & De Broe M. Compliance to phosphate binders: an observational multi-centre study. J Am Soc Nephrol 2010; 21: 442A.
2. Floege J, Kim J, Ireland E, et al. Serum iPTH, calcium and phosphate, and the risk of mortality in a European haemodialysis population. Nephrol Dial Transplant 2011; 26: 1948-55.
3. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJM, et al. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. Patient Prefer Adher 2013; 7: 675-82.
4. Schmid H, Hartmann B, Schiffl H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: A critical review of the literature. Eur J Med Res 2009; 14: 185-90.
5. Terai K, Nara H, Takakura K, et al. Vascular calcification and secondary hyperparathyroidism of severe chronic kidney disease and its relation to serum phosphate and calcium levels. Br J Pharmacol 2009; 156: 1267-78.
6. Van Camp YP, Van Rompaey B, Elseviers MM. Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Clin Pharmacol 2013; 69: 761-70.
7. Van Camp, Y. et al. Handbook of qualitative health research for evidence-based practice. Part II state-of-the-science reviews – Treatment adherence 2014: Springer. J Am Soc Nephrol 2006; 17: 3149-3157

EDUCATIONAL MATERIAL

Schema 1: Fosfaatbinders achtergrond.



Schema 2: De fosfaatcyclus bij gezonde personen en dialysepatiënten.

SKILLS' ENHANCING MATERIAL

VAN CAMP et al. INFO FOSFAATBINDERS

Tips om de inname van fosfaatbinders niet te vergeten

1) Koppel de inname van fosfaatbinders aan een vast ritueel

Bijvoorbeeld telkens u de tafel dekt of de tafel gedekt wordt (op restaurant), neemt u uw fosfaatbinders klaar

2) Stel een alarm in uw gsm of op een wekker op de tijdstippen dat u eet

Wanneer het alarm afgaat en u aan tafel gaat, neemt u uw fosfaatbinders

3) Schakel uw partner of kinderen in

Laat iemand (die vaak aanwezig is als u gaat eten) u helpen te herinneren aan de inname van uw fosfaatbinders. U kunt erom wedden wie het er het vaakst aan denkt!

4) Leg een papier op de plaats waar u uw fosfaatbinders inneemt

- *Thuis kunt u een papier op de eettafel kleven*
- *Als u vaak uit eten gaat, kunt u een papier op de deur hangen zodat u eraan denkt uw fosfaatbinders mee te nemen bij uw vertrek*
- *Als u meestal buitenhuis eet, kunt u een papier in uw auto leggen of in uw portefeuille of tas stoppen zodat u herinnerd wordt aan de inname*

5) Leg uw fosfaatbinders op de plaats waar u ze nodig heeft

- *Leg uw fosfaatbinders bij het zoutvat of in de besteklade zodat u ze tegenkomt als u aan tafel gaat*
- *Als u uit eten gaat, stopt u de fosfaatbinders in uw tas of jaszak zodat u ze tegenkomt bij het afrekenen bijvoorbeeld.*

Schema 3: Geheugensteun bij het innemen van fosfaatbinders.

Naar een veiligheidscultuur in het ziekenhuis

Annemie Vlayen
post doctoraal navorser, Faculteit Geneeskunde & Levenswetenchappen, Universiteit Hasselt, Onderzoeksgroep Patiëntveiligheid

Iedereen die in een ziekenhuis terechtkomt, hoopt op een spoedig herstel. Soms gaat het echter mis en loopt de patiënt zelfs schade op. Er bestaat in België een veiligheidsplan en de auteur onderzocht hoe het met de patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen gesteld is. De aanbevelingen uit haar doctoraatsthesis vindt u hieronder terug.

Patiëntveiligheid en organisatiecultuur

Patiëntveiligheid is een essentieel kenmerk en de evidente verwachting van kwaliteitsvolle zorg. Patiëntveiligheid is gericht op het (her)organiseren van zorgprocessen opdat schade voor de patiënt, veroorzaakt door het gezondheidszorgsysteem, gereduceerd of zelfs geheel vermeden kan worden. Incidenten of onbedoelde fouten in het zorgproces kunnen zich vaak voordoen zonder dat zorgverleners zich hiervan bewust zijn of zonder dat de patiënt hiervan schade ervaart ('bijna'-incidenten). Deze worden veelal veroorzaakt door een samenloop van omstandigheden of een combinatie van latente of sluimerende tekortkomingen in het systeem. Dit kenmerkt ook meteen de complexiteit van het meten en verbeteren van patiëntveiligheid in de context van het ziekenhuis. Het ontwikkelen van een veiligheidscultuur kan worden gezien als een essentiële voorwaarde in de weg naar meer patiëntveiligheid. Spreken over veiligheidscultuur vraagt om een juiste definiëring van het concept. Veiligheidscultuur kan worden gezien als een aspect van organisatiecultuur geënt op patiëntveiligheid en kan best omschreven worden als "een geïntegreerd patroon van individueel en organisatorisch gedrag, gebaseerd op gedeelde waarden en overtuigingen, waarbij voortdurend getracht wordt om risico's te beheersen, schade voor de patiënt en medewerkers zoveel mogelijk te beperken en te leren uit (on)veilig handelen" (Kizer 1999). Een veiligheidscultuur wordt gekenmerkt door een faire en transparante context, waarin mensen worden aangemoedigd om open te zijn en waarin voor iedereen duidelijk is wat van elkaar verwacht wordt, wat wel en niet wordt geaccepteerd, hoe met elkaar wordt omgegaan en hoe men elkaar aanspreekt. In een veiligheidscultuur moeten zorgprofessionals gestimuleerd worden om incidenten te melden, met het doel er uit te kunnen leren zodat deze incidenten in de toekomst kunnen vermeden worden. Een ander kenmerk van veiligheidscultuur is de flexibiliteit, veerkracht of wendbaarheid (resilience) van de organisatie, waarbij zorgprofessionals zich kunnen aanpassen aan of kunnen anticiperen op de complexe en de steeds wisselende omstandigheden in het ziekenhuis of op de ziekenhuisafdeling.

Onderzoek veiligheidscultuur

In het kader van het eerste federale meerjarenplan Kwaliteit en Patiëntveiligheid (pijler 1) werden in de ziekenhuizen reeds twee organisatie brede veiligheidscultuurmetingen uitgevoerd (2008 en 2011). Voor beide metingen organiseerde de Universiteit Hasselt een benchmark onderzoek. De resultaten tonen aan dat de veiligheidscultuur in de ziekenhuizen positief maar slechts moeizaam lijkt te evolueren. Er zijn nog een aantal essentiële randvoorwaarden die de nodige aandacht vereisen in het verbeteren van veiligheidscultuur.
Aan de hand van een gevalideerde vragenlijst (Hospital Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality) werd gepeild naar de percepties van de ziekenhuismedewerkers op twaalf aspecten van patiëntveiligheid. Deze aspecten hebben betrekking op de acties van leidinggevenden die patiëntveiligheid bevorderen, organisatorisch leren en verbeteren, teamwerk binnen afdelingen, openheid van communicatie, feedback over patiëntveiligheid, niet bestraffende respons op incidenten, bestaffing, ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid, teamwerk tussen ziekenhuisafdelingen en de overdracht van patiënteninformatie. Met de vragenlijst werd ook gepeild naar de algemene percepties over patiëntveiligheid en de bereidheid tot het melden van (bijna-) incidenten in het ziekenhuis. De hoge deelname in het onderzoek – met meer dan 56 000 respondenten uit 141 Belgische acute, psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen voor het tweede benchmark onderzoek – toont aan dat er alvast een grote bereidheid is van het werkveld om actief te participeren in patiëntveiligheid initiatieven in de ziekenhuizen. Voor 111 ziekenhuizen – die tweemaal deelnamen in het onderzoek – kon ook de evolutie van veiligheidscultuur in kaart gebracht worden.

Knelpunten

De resultaten van het cultuuronderzoek werden anoniem teruggekoppeld naar de deelnemende ziekenhuizen in een benchmark rapport en indiceren - met enige variabiliteit tussen ziekenhuizen - een lichte maar significante vooruitgang voor de meeste aspecten van veiligheidscultuur. Veiligheid op de afdeling wordt hierbij positiever beoordeeld door de ziekenhuismedewerkers dan veiligheid in de ziekenhuisbrede werking.

Er werd vastgesteld dat het melden van (bijna-) incidenten en de overdracht van patiënteninformatie in de ziekenhuizen knelpunten zijn die zelfs wat achteruit gingen, hoewel er via de federale contracten kwaliteit en patiëntveiligheid de nodige aandacht voor was. Ook het blijvende knelpunt van onderbestaffing en de hoge werkdruk, voornamelijk voor de verpleegkundigen en dit op specifieke momenten van de dag, schept risico's voor de veiligheid van zorg die op dit vlak nood heeft aan structurele oplossingen.

Uitdaging voor de praktijk

De bevindingen uit het veiligheidscultuuronderzoek suggereren de nood aan een optimale integratie van veiligheidscultuur strategieën in het beleid en een systematische opvolging hiervan, met een explicieter commitment van het ziekenhuismanagement, leiderschap op alle niveaus van de organisatie en een grotere betrokkenheid van de professionals. Veiligheidscultuur kan ook maar verbeterd worden mits een gerichte aanpak, op maat van afdelingen en professionals, zo blijkt uit de grote variabiliteit in veiligheidscultuur tussen de verschillende professionele groepen en ziekenhuisafdelingen.
Standaardiseren van informatie en processen (bijvoorbeeld overdracht van patiënteninformatie) zijn erg belangrijk, maar niet sluitend voor veiligheid en dus onvoldoende in aanpak. Het is een grote uitdaging om alle zorgprofessionals actiever te laten participeren in patiëntveiligheidsinitiatieven en het risicobewustzijn en het verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgprofessionals te verhogen. Kennisverhoging, trainen van teamwerk en communicatie zijn elementaire middelen om de aandacht voor patiëntveiligheid in het ziekenhuis te verhogen. Maar om een gedragsverandering bij de zorgprofessionals te kunnen realiseren, is het van belang om een positieve context te creëren, waarin in alle openheid incidenten kunnen gemeld worden, waarin geleerd kan worden en waarin zorgprofessionals aangemoedigd worden om veilig te werken. De rol van de leidinggevenden hierin is cruciaal. Hoewel de ziekenhuismedewerkers positieve percepties hebben over acties die leidinggevenden ondernemen op het vlak van patiëntveiligheid, duiden de resultaten van het veiligheidscultuuronderzoek toch op een belangrijke kloof in percepties tussen de leidinggevenden en de professionals op het werkveld, vooral op het vlak van niet bestraffende respons op incidenten. Zorgprofessionals hebben immers nog te vaak het gevoel dat fouten in hun persoonlijk dossier bewaard worden en dat men zich in de werkomgeving richt op de persoon eerder dan op het probleem. Ook blijkt uit het onderzoek dat zorgprofessionals nog te weinig feedback ontvangen over veranderingen die gebeuren op basis van de incidentmeldingen. Dit vormt een belangrijke belemmerende factor voor het ontwikkelen van een meldcultuur in het ziekenhuis.
Het is een grote uitdaging veiligheidscultuur structureel te integreren in de dagelijkse werking van het ziekenhuis. Dit vraagt een nieuwe wijze van samenwerken met alle zorgprofessionals, leiding geven en het optimaliseren van systemen en processen opdat een cultuur kan ontstaan waarin veilig werken de norm wordt. De nood aan een systematische aanpak kan tevens worden gekaderd binnen de trajecten van ziekenhuisaccreditatie, waarin patiëntveiligheid een expliciete focus krijgt. De grote meerderheid van de Vlaamse ziekenhuizen bereidt dergelijke accreditatie voor. Ook het systematisch opvolgen en gericht verbeteren van de veiligheidscultuur in het ziekenhuis krijgen hierin een expliciete plaats.

Publicaties Belgische veiligheidscultuuronderzoek, instrumenten, validatie rapporten en benchmark resultaten zijn beschikbaar via: www.patient-safety.be

Dit artikel is eerder gepubliceerd in NVKVV nieuwseditie juni 2014, p. 57-58 en is gebaseerd op de doctoraatsthesis 'Patient safety and safety culture in Belgian hospitals' van Annemie Vlayen met als promotor professor Neree Claes en copromotor professor Ward Schrooten.

Mailadres: annemie.vlayen@uhasselt.be

Referenties

1. Vlayen A, Hellings J, Schrooten W, Garcia Barrado L, Haelterman M, Peleman H. Evolution of patient safety culture in Belgian Hospitals after implementing a national patient safety plan. BMJ Quality & Safety 2014;23:346-347 doi: 10.1136/bmjqs-2014-002893.2
2. Vlayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W. A nation-wide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. BMJ Quality & Safety 2012, 21:760-767.
3. Vlayen A, Schrooten W, Wami W, Aerts M, Claes N, Barrado Garcia L and Hellings J. Variability of patient safety culture in Belgian acute hospitals, Jounal Of Patient safety. 2013 Sep 27. (Epub ahead of print)

‘Frailty’ bij de oudere patiënt aan dialyse

Nele Van Den Noortgate
geriater, hoofddocent, diensthoofd zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, Universitair Ziekenhuis Gent

Hoe ouder iemand wordt, hoe meer kans op gezondheidsproblemen. Vooral dialysepatiënten blijken kwetsbaarder voor allerlei complicaties. Hoe deze kwetsbare oudere tijdig te herkennen en hoe ingrijpen als zorgverlener wordt u verteld door een specialist ter zake.

Begrip in evolutie

‘Frailty’ kan het best omschreven worden als een toestand van extreme kwetsbaarheid en verminderde reserves die leiden tot toenemende afhankelijkheid en overlijden.
Sinds de jaren 1980 onderscheiden we een 2-tal scholen met een licht verschillende visie op frailty. De ene groep (Fried ea.) bekijkt frailty voornamelijk als een louter biomedisch concept. Hierbij ligt de nadruk voornamelijk op lichamelijke eigenschappen zoals spierverlies, vertraagde acitiviteit, snelle vermoeidheid, gewichtsdaling … In een tweede, bredere visie wordt voornamelijk een biomedische en psychosociaal model van frailty verdedigd (Rockwood, Bergman ea). In dit model worden naast de hierboven vermelde lichamelijke factoren ook mentale (cognitie), affectieve factoren (depressie, angst …), sociale en omgevingsfactoren (draagkracht van de mantelzorg, educatie, financiële factoren en factoren als onaangepast wonen …) meegenomen.
Ondanks het feit dat frailty vaak gepaard gaat met multipele chronische aandoeningen en verschillende graden van ‘afhankelijkheid’ is frailty een begrip dat dient onderscheiden te worden van comorbiditeit en zorgafhankelijkheid (disability). Uit studies is gebleken dat ongeveer 20% van de oudere met chronisch nierlijden met frailty geen comorbiditeit of zorgafhankelijkheid heeft. Daarnaast is het ook zo dat comorbiditeit of het zorgafhankelijk zijn, niet noodzakelijk betekent dat je ook frail bent. Wel is zeker dat chronische aandoeningen het optreden van frailty versnellen. Verschillende studies in oudere personen met nierinsufficiëntie en hemodialyse tonen aan dat mensen met deze chronische aandoeningen op jongere leeftijd kwetsbaarder worden dan gezonde ouderen. Een andere oorzaak van toenemende kwetsbaarheid is een acuut incident. Bij verouderen, gekenmerkt door een verminderde reservecapaciteit, kan een acuut gebeuren leiden tot toenemende kwetsbaarheid en kleinere kans op volledig herstel. Een mogelijk onderliggend pathofysiologisch proces voor frailty is de aanwezigheid van inflammatoire stoffen zoals TNF-alfa en Interleukine 6.

Prevalentie van frailty

De prevalentie van frailty is sterk schommelend (van 4% tot 59.1%) afhankelijk van de gebruikte definitie en de bestudeerde populatie. Studies tonen dat de prevalentie geslachts- (vrouwen meer dan mannen) en leeftijdsafhankelijk is. Gebruik makend van de Friedcriteria zien we dat de prevalentie toeneemt met de leeftijd van 4% in de groep 65- 69 jaar, naar 9% bij ouderen 75-79 jaar tot meer dan 26% bij de personen ouder dan 85 jaar. Deze prevalentie is duidelijk hoger in de groep van ouderen met chronic kidney disease (GFR<15ml/min). Hieruit blijkt dat ongeveer 20% van de CKD groep 65plus frail is; bij hemodialyse populatie 65 jaar en ouder is ongeveer 50% frail.

Gevolgen van frailty in dagelijkse praktijk

Frailty op zich is gerelateerd met een verhoogde incidentie van morbiditeit, institutionalisering en mortaliteit. Reeds in 1999 publiceerde Rockwood in de Lancet de gevolgen van frailty op institutionalisering en mortaliteit. Latere grootschalige studies bevestigen de gevolgen van frailty op valincidenten (Hazard Ratio (HR) van 1.23- 2.44), verlies aan zelfredzaamheid (HR van 1.79- 2.79), hospitalisatie (HR 1.27), opname in woonzorgcentrum (HR 2.6 – 23.98) en mortaliteit (HR 1.63- 6.03). Dit is ook aangetoond voor de groep met end-stage nierfalen en aan dialyse.
Gezien de belangrijke gevolgen van dit fenomeen voor de oudere lijkt het belangrijk om als zorgverlener zowel actie te ondernemen in de (primaire) preventie als de aanpak (secundaire preventie) van dit syndroom.

Aanpak van frailty

In het voorkomen van frailty is het duidelijk dat een evenwichtige en gezonde voeding, voldoende lichamelijke activiteit, sociale interacties, geheugen ondersteunende activiteiten enzovoort, zorgen voor ‘active ageing’ en kwetsbaarheid vermijden.
Eens kwetsbaarheid aanwezig onder vorm van één (prefrailty) of meerdere kenmerken (frailty) zijn er redenen om aan te nemen dat dit fenomeen deels reversiebel is of afgeremd kan worden. Epidemiologisch onderzoek door Gill toont dat ongeveer 15% van de personen van een prefrail of frail stadium na 18 maand als niet frail kunnen worden geclassificeerd en dat ongeveer 1 op 4 verschuift van prefrail naar frail en vice versa. Dus frailty lijkt niet noodzakelijk een onomkeerbaar proces en de preventie van functionele achteruitgang en mortaliteit dient zo snel mogelijk te starten. Vandaar is het belangrijk om frailty en de factoren die frailty veroorzaken tijdig op te sporen met daarvoor ontwikkelde screeningsinstrumenten (zie infra).
Alhoewel beperkt is er toch overtuigende evidentie dat ach-

teruitgang van functionaliteit afgeremd kan worden. Deze evidentie is verschillend van setting tot setting. De meest overtuigende evidentie is er voor kwetsbare ouderen tijdens hospitalisatie. We weten dat hospitalisatie de risicofactor is voor verlies van functie en overlijden bij de kwetsbare oudere. Recente meta-analyses hebben bevestigd dat de systematische medische en psychosociale screening van ouderen, door middel van het comprehensive geriatric assessment (CGA) en de hieraan gekoppelde aanpak door teams op specifieke geriatrische verpleegeenheden, gerelateerd is met een betere functionaliteit en een kleinere kans op opname in een woonzorgcentrum. Op mortaliteit kon geen meerwaarde van deze aanpak worden aangetoond vermoedelijk door de reeds gevorderde kwetsbaarheid van de oudere gehospitaliseerd in deze afdelingen. Ook voor de thuiswonende ouderen blijken multidimensionele interventies (gericht op verschillende risicofactoren) te resulteren in een geringere comorbiditeit, een verminderd risico op opname in woonzorgcentrum en minder valincidenten. De minst kwetsbare oudere heeft het grootste voordeel bij deze interventies.

Interventies bij frailty

Het onderzoek naar de aard en de modaliteiten van zinvolle interventies is nog volop bezig. Duidelijk is dat interventies moeten gericht zijn op deze domeinen die de functionaliteit van de ouderen in het gedrang brengen. Ze moeten de oudere motiveren en hoop brengen. Empowerment van de oudere en zijn zorgverlener zijn extreem belangrijk voor het slagen van de interventie. Daarom is een patiënt en familie gerichte approach die aansluit bij de noden en behoeften van de ouderen van essentieel belang.
Eén van de belangrijkste interventies is de oefentherapie al dan niet met interventies zoals calorie- en eiwitverrijkte voeding. Een recente Cochrane review toont dat oefentherapie ook in kwetsbare ouderen een bewezen meerwaarde heeft. Grote probleem met dit type van interventies in de dagelijkse praktijk is de compliance van de oudere patiënt. In de implementatie dient dus rekening gehouden te worden met bovenstaande aanbevelingen. Minder effect kan verwacht worden van medicamenteuze interventies. Er zijn zeer controversiële resultaten rond het gebruik van ACE-inhibitoren in de preventie van functionele achteruitgang. Groeihormoon geeft aanleiding tot toename van spiermassa, maar niet van spierkracht en is gezien de ernstige bijwerkingen ook te vermijden. Testosteron verbetert de spierkracht van oudere mannen maar heeft belangrijke bijwerkingen op cardiovasculair vlak en doet het risico op prostaatcarcinoom significant toenemen. Het wordt enkel aangeraden bij oudere mannen met androgeendeficiëntie. Vitamine D verbetert de spierkracht bij ouderen maar enkele bij bewezen deficiëntie.
Kortom, niet-medicamenteuze interventies lijken het meest effectief maar de implementatie van deze maatregelen dient rekening te houden met de wensen en noden van de oudere en/of mantelzorger.

Meten van frailty

Een eerste voorwaarde om gerichte interventies (hetzij curatief dan palliatief) te starten is het tijdig herkennen van de kwetsbare oudere. Hiervoor is screening door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten en/of assessment tools aangewezen.
In de literatuur wordt in een eerste stap aanbevolen gebruik te maken van één van volgende gestandaardiseerde vragenlijsten (self-assessment door de oudere) zoals de Groningen frailty indicator of de Tilburg frailty indicator, al dan niet aangevuld met een assessment tool (door een zorgverlener) zoals de gait speed (cut of < 1m/sec) of de 6 minute walking test.
Eens frailty gedetecteerd dient een uitgebreid comprehensive geriatric assessment uitgevoerd (MBGST (minimum Belgian Geriatric Screening Tool) of BelRAI (Belgian Resident Assessment Instrument) in nabije toekomst). Doel hiervan is een goed beeld te krijgen van de risico domeinen en op deze wijze gerichte interventies uit te voeren. Belangrijk is dat de zorg voor de kwetsbare oudere steeds multi- maar liefst interdisciplinair wordt aangepakt.

Referenties

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet 2013;381:752-62
2. De Vries NM, Staal JB, Van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Nijhuis-van der Sanden MWG. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. Ageing Res Rev 2011;10:104-114
3. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD006211
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. J of Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-156
5. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Schols JM. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. Gerontologist 2012;52: 619–31
6. Johansen KL, Chertow GM, Jin C, Kutner NG. Significance of Frailty among Dialysis Patients. J Am Soc Nephrol 2007;18:2960-2967
7. McAdams-DeMarco MA, Law A, Salter ML, Boyarsky B, Gimenez L, Jaar BG et al. Frailty as a Novel Predictor of Mortality and Hospitalization in Individuals of All Ages Undergoing Hemodialysis. J Am Geriatr Soc 2013;61:896-901
8. Pepersack T; College of Geriatrics and the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics. Minimum geriatric screening tools to detect common geriatric problems. J Nutr Health Aging. 2008;12:348-52
9. Reese PP, Cappola AR, Shults J, Townsend RR, Gadegbeku CA, Anderson C, et al. CRIC Study Investigators. Physical Performance and Frailty in Chronic Kidney Disease. Am J Nephrol 2013;38:307-315
10. Rockwood, K., R.A. Fox, P. Stolee, D. Robertson, B.L. Beattie. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ 1994;150:489-495
11. Rodriquez-manas L on behalf of the FOD-CC group. Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J of Gerontol A Biol Sci Med Sci 2013;68:M62-67
12. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59: M962–65
13. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002;287:1022–28
14. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. JAMA; 2001;285:2987-94

Vijf manieren van kijken naar verandering

Léon de Caluwé
hoogleraar advieskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam, senior partner Twynstra Gudde, Amersfoort

Rond het woord 'veranderen' bestaat nogal wat begripsverwarring. Als je even onder de oppervlakte van dat woord kijkt, kom je heel verschillende betekenissen en waarden tegen. In dit artikel worden de vijf manieren van denken over veranderen beschreven. Samen vormen ze een theorie die vervolgens vier praktische toepassingsgebieden kent.

Vijf kleurendrukken

Ik beschrijf vijf manieren van denken over veranderen. Die hebben we kleurenlabels gegeven. Dat is een goede keus geweest: deze kleurenlabels zijn heel populair geworden. Maar in zekere zin zijn de kleuren het minst belangrijke aan het denken over veranderen: het gaat om contrasterende overtuigingen over veranderen (geloofssystemen), niet over verfpigmenten of lichtgolflengtes.
De lettergreep 'druk' verwijst naar het streven van veranderaars om toch min of meer planmatig te werk te gaan, ook al laat je alles – doelbewust - op zijn beloop. Je wilt immers iets kunnen voorspellen, beredeneren of beïnvloeden. Dat gaat per kleur overigens zeer verschillend.

Geeldrukdenken

Geeldrukdenken is gebaseerd op socio-politieke opvattingen over organiseren, sturen en veranderen, waarbij belangen, conflicten, macht en posities een belangrijke rol spelen. Het veronderstelt dat veranderingen niet tot stand komen als ze niet gesteund, gelegitimeerd of gesanctioneerd worden door een coalitie van machthebbers, opinieleiders of krachtige persoonlijkheden. Draagvlak creëren, belangen bundelen, win-win situaties maken zijn favoriete manieren van doen.
Je kunt geeldrukdenkers vaak herkennen aan het volgende spraakgebruik: achterbannen, comités, mandaten, pettenprobleem, gezichtsverlies, agenda's, en dergelijke. Ze geloven dat iedereen handelt uit eigenbelang, dat er altijd verborgen agenda's zijn. Dat het niet zozeer uitmaakt wat iemand zegt, maar wie het zegt. En niet om wat je kent, maar wie je kent. De machtigen moeten zich achter een bepaalde verandering scharen (een compromis waarschijnlijk), anders lijdt de verandering schipbreuk.

Blauwdrukdenken

Blauwdrukdenken is gebaseerd op het wetenschappelijk en rationeel optimaliseren van processen. Hierbij worden de deugden van efficiënt organiseren, van gedetailleerde specificaties en planning en control onderstreept. De wijze van benadering is rationeel (planning) en empirisch (kengetallen). Eerst denken (definiëren en ontwerpen) en daarna doen (implementeren of uitrollen) is het adagium. Het resultaat wordt van tevoren bepaald, evenals de weg ernaartoe: van A naar B. Favoriete denkmodellen zijn stappenplannen, handboeken en richtlijnen. Meten is weten; gokken is dokken en gissen is missen. Afspraak is afspraak; geen geld, geen Zwitsers. Het geloof is dat de wereld maakbaar, beheersbaar, planbaar en kenbaar is.
Wat niet meetbaar is, doet er eigenlijk niet toe. De boeken, plannen en presentaties zien er hier dan ook altijd erg zakelijk, consistent en transparant uit. Er is een buitengewoon heilig geloof in de alwetendheid van experts en de empirische wetenschappen: is dat bewezen of aangetoond?

Rooddrukdenken

Rooddrukdenken vindt zijn grondslag in de aandacht voor 'human relations'. Hoe kun je mensen motiveren? Wat is effectieve menselijk communicatie? Hoe kun je het beste uit mensen halen? En hoe kun je mensen ontwikkelen?
Favoriete manieren van doen is het belonen en prikkelen van mensen. Alsmede het bevorderen van een 'wij-gevoel' en cohesie en binding van mensen met de organisatie. Mensen willen ergens bijhoren, willen een gevoel van saamhorigheid hebben: daarom worden goede communicatie, goed samenwerken en teambuilding gezien als nastrevenswaardige deugden. Het geloof is dat veranderingen alleen kunnen plaatsvinden in persoonlijke, open en respectvolle conversaties. En daarbij steun, erkenning, perspectief en respect aan mensen geven. Een tevreden medewerker is een productieve medewerker. De verandering moet aangenaam en leuk zijn. Wij zetten er samen de schouders onder.

Groendrukdenken

Groendrukdenken is gebaseerd op 'action learning', organisatie-ontwikkeling en de lerende organisatie. Veranderen en leren betekenen zo ongeveer hetzelfde: als je leert, verander je. En als je verandert, leer je. Het gaat dan om het eigen maken van nieuwe vermogens, om je aan te passen aan veranderde omstandigheden of het bewust worden van je eigen manieren van kijken. Als mensen 'bewust onbekwaam' worden, zien ze wat ze nog niet weten of kunnen en zijn ze gemotiveerd om daarin te investeren. Dat kan door het werken met twee veranderingsbenaderingen: spiegels en vensters. Spiegels staan voor het goed naar jezelf kijken, bij voorkeur door de ogen van anderen (door

feedback, coaching, intervisie). Vensters staan voor nieuwe vergezichten zodat je kunt zien dat dingen heel anders kunnen gaan (goede voorbeelden, rolmodellen, stages, bezoeken brengen). Leren en veranderen doe je in het werk en samen met anderen. Maar reflectie en tijdelijk vertragen (stil staan bij wat er gebeurt of gebeurd is) is altijd nodig. Hiervoor is veiligheid nodig, zodat mensen durven op te staan voor andere ideeën of inzichten van anderen. Je mag en moet van fouten leren. Alles kan immers altijd beter.

of zo hoort, maar omdat men het wil, er klaar voor is en de tijd is rijp. Interventies waar men in gelooft, zijn gebaseerd op intensieve interactie en betekenisgeving. Het gaat om het begrijpen en leren omgaan met dilemma's en paradoxen, met patronen, complexiteit, onzekerheid en onvoorspelbaarheid, dan moet het weten van binnenuit komen. Witdrukdenkers zijn zelfbewuste actoren (daders) die weten wat ze willen. Ze zijn nauwelijks te beïnvloeden. Tenzij ze dat zelf willen natuurlijk. Ze zijn creatief, innovatief, maar ook grillig.

	Dingen/mensen zullen veranderen, als je ...
Geeldruk	• belangen bij elkaar kunt brengen • ze kunt dwingen tot het innemen van (bepaalde) standpunten/meningen • win-win situaties kunt creëren/coalities kunt vormen • de voordelen kunt laten zien van bepaalde opvattingen (macht, status, invloed) • de neuzen kunt richten
Blauwdruk	• van tevoren een duidelijk resultaat/doel formuleert • een goed stappenplan van A naar B maakt • de stappen goed monitort en op basis daarvan bijstuurt • alles zoveel mogelijk stabiel houdt en beheerst • de complexiteit zoveel mogelijk reduceert
Rooddruk	• mensen op de juiste manier prikkelt, bijvoorbeeld door . . . straf- en/of lokmiddelen • geavanceerde HRM-instrumenten inzet voor belonen, motiveren, promoveren, status • mensen iets teruggeeft voor wat zij jou geven
Groendruk	• ze bewust maakt van nieuwe zienswijzen en eigen tekortkomingen (bewust onbekwaam) • ze kunt motiveren om nieuwe dingen te zien/te leren/te kunnen • geschikte gezamenlijke leersituaties kunt creëren
Witdruk	• uitgaat van de wil, de wens en de 'natuurlijke weg' van de mens zelf, betekenis toevoegt • de eigen energie van mensen laat komen • dynamiek/complexiteit wilt zien - eventuele blokkades wegneemt • symbolen en rituelen gebruikt

Tabel 1: Veronderstellingen achter de vijf manieren van denken.

Witdrukdenken

Witdrukdenken is ontstaan als een reactie op het deterministische, mechanistische en lineaire wereldbeeld dat is afgeleid van Newton. De chaostheorie draait om levende complexe systemen met een beperkte voorspelbaarheid. Zelforganisatie, betekenisgeving en wilsvorming zijn centrale begrippen. Verandering vindt autonoom plaats: alles stroomt altijd. Beïnvloeding is slechts beperkt mogelijk. Mensen komen in actie op grond van hun drijfveren en ze stellen zichzelf open voor verandering. Niet omdat het moet

Gelijkwaardige manieren van denken

De kleuren zijn in onze ogen gelijkwaardig. De ene is niet superieur over de andere. Ze kunnen namelijk alle vijf zeer effectief zijn. Ze hebben bovendien allemaal fraaie idealen. En als je kundig en functioneel met een kleur aan de slag gaat, kun je dingen bereiken. Maar ze kunnen ook disfunctioneel zijn.
Dat betekent ook dat ze heel verschillende definities hebben over succes of effectiviteit. Wat men in de gedachtegang van de ene kleur een succes noemt, is in de ogen van

een andere juist geen succes. Er is met andere woorden geen gemeenschappelijk kader waarmee verschillende begrippenapparaten met elkaar gemeten of vergeleken kunnen worden. Gele veranderaars waarderen bijvoorbeeld dat men elkaar heeft kunnen vinden op een compromis. En rode veranderaars dat mensen zich gerespecteerd voelen en dat er een goede sfeer is. Beide (succes)criteria zijn voor blauwdrukdenkers hooguit bijzaken als het gaat om succes.

Vier toepassingsgebieden

Wat kun je nu met dit inzicht in deze vijf manieren van denken? We hebben in de loop der jaren vier toepassingsgebieden ontwikkeld voor de kleurentheorie. Dat zijn:

- het kijken naar organisaties
- het aanpakken van verandering
- het opereren als veranderaar
- het communiceren over veranderingen.

Die toepassingen beschrijven we hieronder.

spelregels hier zijn vooral groen", "Ik hoor hier nu nooit eens rode oplossingen", "De managementstijl is erg blauw". Als een veranderaar zich bewust is van veranderkleuren, wordt hij gestimuleerd om meervoudig te kijken. Hij kan zich nog eens afvragen of het vanuit een andere kleur toch weer niet anders in elkaar zit. Hij zet dan steeds een andere bril op. Sommige organisaties hebben van nature wel dominante kleuren. In door logistieke processen gevormde organisaties zien we vaak dominant blauw. Bij professionals veel groen. Bij het openbaar bestuur het onvermijdelijke geel. Eén van de grootste problemen is echter eenzijdigheid: té lang, té veel van alleen bepaalde kleuren. En dat wordt in alles bevestigd: andersdenkende nieuwelingen of adviseurs worden geweerd. "Die begrijpen ons niet", zeggen ze dan.

Onze gedachte is dat organisaties juist meerkleurigheid moeten zoeken: de ideale, op lange termijn gerichte, gezonde organisatie heeft alle kleuren in zich in een dynamisch evenwicht. Daarmee haal je ook alle tegenstellingen, conflicten en paradoxen tussen de kleuren binnen. Je moet dan leren omgaan met die concurrerende werkelijkheden, die elk van de kleuren met zich meebrengt. Dat vermogen

	Geeldruk	Blauwdruk	Rooddruk	Groendruk	witdruk
Er verandert iets als je....	belangen bij elkaar brengt	eerst denkt en dan (planmatig) doet	mensen op de juiste manier prikkelt	mensen in leersituaties brengt	ruimte maakt voor spontane evolutie
in een	machtsspel	rationeel proces	ruilexercitie	leerproces	dynamiserend proces
naar....	een haalbare oplossing, win-winsituatie	de beste oplossing, een maakbare wereld	een motiverende oplossing, de beste 'fit'	een oplossing die mensen samen vinden	een oplossing die energie losmaakt
Interventies zoals....	coalitievoming, topstructurering	projectmatig werken, strategische analyse	beoordelen en belonen, sociale bijeenkomsten	gaming en coaching, open systems planning	open space meetings, zelfsturende teams
door een...	procesbegeleider die zijn macht gebruikt	inhoudelijk expert, een projectleider	HRM-expert, een coachend manager	procesbegeleider die mensen steunt	patroonduider die zichzelf op het spel zet
gericht op...	posities en context	kennis en resultaten	procedures, inspiratie en sfeer	setting en communicatie	complexiteit en betekenissen
Het resultaat is...	onbekend en verschuivend	omschreven en gegarandeerd	bedacht, niet gegarandeerd	geschetst, niet gegarandeerd	onvoorspelbaar
De borging schuilt in...	beleidsdocumenten en machtsbalans, loyaliteit	meten = weten, bijsturen	HRM-systemen, goede verhoudingen, communicatie	lerende organisatie	zelforganisatie, kwaliteit van dialoog
De valkuil schuilt in...	luchtfietserij, loose-loosesituatie	negeren van externe en irrationele aspecten	verstikkende systemen, zachte heelmeesters	niemand uitsluiten, gebrek aan actie	oppervlakkig begrip, laissez-faire

Tabel 2: De vijf kleuren in één oogopslag.

Kijken naar organisaties

In elke organisatie en zelfs in elke afdeling of team zie je de kleuren wel terug. In processen, in de wijze van leidinggeven, in de samenwerking, in veranderaanpakken, in gewenste uitkomsten of in idealen. De kleuren kunnen een prachtig hulpmiddel zijn bij het diagnosticeren van delen van organisaties of van hele organisaties. De kleuren verschaffen de taal om bijvoorbeeld te zeggen: "De dominante

moet dan collectief zijn: men moet de dilemma's zien, ze begrijpen en ermee leren omgaan.

Anders haal je meer conflicten en tegenstellingen binnen wat leidt tot stagnatie en miscommunicatie: "Het lijkt wel alsof hij van een andere planeet komt", "Dat gaat echt niet werken", "Zij begrijpen er helemaal niets van".

Aanpakken van verandering

Alle kleuren hebben zo hun sterke kanten. Dat betekent dat sommige aanpakken beter passen bij bepaalde typen veranderingen. Een gebouw neerzetten kun je beter blauw aanpakken. Een organisatiestructuur of een opleidingsplan maken ook. Als je echter een goede sfeer wilt maken, heb je meer aan een rode aanpak. Wil je mensen klantgericht leren kijken en handelen, ligt een leer-georiënteerde benadering meer voor de hand.
Aanpakken passen ook vaak bij mensen. Zij grijpen naar hun favoriete benaderingswijze, ongeacht het type verandering of de context waarin die plaatsvindt. En soms zullen in een bepaalde context alleen bepaalde aanpakken geaccepteerd worden, omdat men de alternatieve benaderingen niet ziet en die zal afwijzen.
Soms moet je aanpakken combineren. In één veranderingstraject kunnen dan verschillende kleuren voorkomen: onderhandelen over het benodigde budget (geel); een plan maken (blauw), communiceren met de doelgroep (rood), coachen van anderen (groen) en ruimte scheppen (wit). We geloven echter dat één kleur de hoofdbenadering moet zijn, omdat anders in de (meta-)communicatie geen heldere boodschap over kan komen.

Opereren als veranderaar

Veranderaars hebben net als alle andere mensen dominant gedrag. Niet iedereen heeft alles in huis. Je bent sterk in bepaalde kleuren, zwak in andere. Je hebt voorkeuren en allergieën. Maar het is wel mogelijk, gegeven een dominante kleur, om in andere kleuren te leren kijken en ze te begrijpen. En om in die kleuren eenvoudige interventies te doen. Maar om in andere kleuren te interveniëren in de daarbijbehorende stijl, achterliggende inzichten en geloofwaardigheid is volgens ons nagenoeg onmogelijk. We adviseren dan ook om jezelf op dit punt goed te (leren) kennen en om goed te weten wanneer wat er gevraagd wordt niet (meer) past bij jouw competenties en sterktes. Of juist wel natuurlijk.

Veranderen is communiceren

Het is heerlijk als je aan een half woord genoeg hebt, als een collega goed bij je aansluit, als je op een zelfde manier naar de wereld kijkt. Je kunt snel aan de slag, zit op één lijn en je hebt hetzelfde beeld voor ogen. Maar juist deze knusheid kan eenzijdigheid versterken. Het alternatief is je eigen onzekerheid organiseren door mensen erbij te betrekken die juist anders kijken, denken en doen. Dat levert op zich weer mogelijke nadelen op: spraakverwarring, stroefheid, conflicten en defensief gedrag. De kunst is om met andersdenkenden om te gaan als een uitdaging en als een vorm van kaderverruiming.
De kleurentheorie is een niet-bedreigende manier om verschillende overtuigingen en geloofssystemen op tafel te krijgen en bespreekbaar te maken. De theorie depersonaliseert: het is niet zo dat Jan niet deugt. Jan komt van de blauwe planeet, daar denken ze zo en dat is soms wel handig. Je kunt dat vreemd vinden en moeilijk te begrijpen. Of iets wat niet bij jou past. Maar je kunt er mild over worden en leren accepteren. Een mooi begrip voor dat proces vinden we: ‘de plek der moeite’. Het kost moeite om andere overtuigingen te begrijpen, ook die van jezelf. En het is tegelijk de moeite waard om deze plek op te zoeken en er tijd aan te besteden.

Tot slot

We hebben een intelligente vereenvoudiging van de werkelijkheid gemaakt. Die probeert niet de werkelijkheid te beschrijven in termen van het is waar of het is onwaar. Maar die maakt de werkelijkheid hanteerbaar, vanwege nieuwe taal en nieuwe labels. Met die nieuwe taal en labels kunnen we de werkelijkheid beter doorgronden en de complexiteit ervan beter doorzien. En kunnen veranderaars beter en meer betekenisvol met elkaar over veranderen praten.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in Dialyse & Nefrologie Magazine, nr 2, 2014, V&VN, Nederland

Referentie

Het artikel is een samenvatting van een deel van het boek: ‘Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige’ (tweede geheel herziene editie) geschreven door Léon de Caluwé en Hans Vermaak (Kluwer, 2006).

Contact of informatie: lca@tg.nl of www.decaluwe.nl

EDTNA/ERCA-nieuws*

Beste ORPADT-VLaams en EDTNA/ERCA vrienden, Sveicināti!

Of voor diegenen die hun enkele woorden Lets alweer vergeten zijn, zeggen we maar gewoon “Hallo”! Inderdaad, de jaarlijkse internationale EDTNA/ERCA conferentie zit er weer op. Deze ging dit jaar door in de Letse hoofdstad Riga. Naast een interessant programma en een resem fantastische gastsprekers (o.a. Professor Vanholder tijdens de openingsceremonie) was ook de zon dit jaar van de partij. Mogelijkheden genoeg dus, voor de om en bij de 60 aanwezige Belgen, om naast de scholing ook wat van het toeristische aspect van de oude Hanzestad te proeven (letterlijk en figuurlijk dan). Eerst dien ik jullie nog te melden dat we dit jaar 6 ingezonden en aanvaardde abstracts hadden:

A measurement tool for nursing workload in hemodialysis units
Onsia E. University Hospital Antwerp
Effect of a quality management system on key performance indicators in a dialysis unit
Marynissen J, Mattheeussen J, Vermeiren E, Van Gompel G, Gheuens E, Daelemans R. ZNA Nierkliniek Antwerpen
Preparing patients to choose a renal replacement therapy: experiences and practical suggestions (1)
Goovaerts T, Isnard Bagnis C, Crepaldi C, Dean J, Melander S, Mooney A, Prieto-Velasco M, Trujillo C, Zambon R, Nilsson EL. University Hospital St. Luc Brussels
A nurse-led multifactorial intervention to improve phosphate binder adherence: a one-year clinical trial
Van Camp Y, Van Rompaey B, Vrijens B, Arnouts P, Elseviers M. University of Antwerp
Which dialyzer performs best? A retrospective membrane comparison
Van Paesschen N, Houtevelts E, Van den Broecke E, Vonckx L, Roden M, Tielemans C, Bonkain F. UZ Brussel
CARPEDIEM as promising machine to treat neonatal and pediatric patients with acute renal failure (2)
Dick M, Claus S, Dhondt A, Raes A, Vande Walle J, Eloot S. Ghent University Hospital

Uw EDTNA/ERCA Brand Ambassador zorgde dit jaar weer voor twee “National Awards”, elk ter waarde van de inschrijving op het congres en de reis met ORPADT VL naar de EDTNA/ERCA conferentie in Dresden volgend jaar.

(1) Belgian National Bellco - Nipro-Europe Award 2014 voor Tony Govaerts en zijn team van het UCL Brussel.

(2) Belgian National MCMedicol Award2014 voor Martine Dick en haar team van het UZ Gent.

Mijn welgemeende felicitaties voor beide winnende teams. Hou echter de nieuwe data voor de volgende Internationale EDTNA/ERCA Conferentie in de gaten: het is volgend jaar **“niet het eerste maar het laatste weekend van september”!** Zie achterkant van deze FORUM.

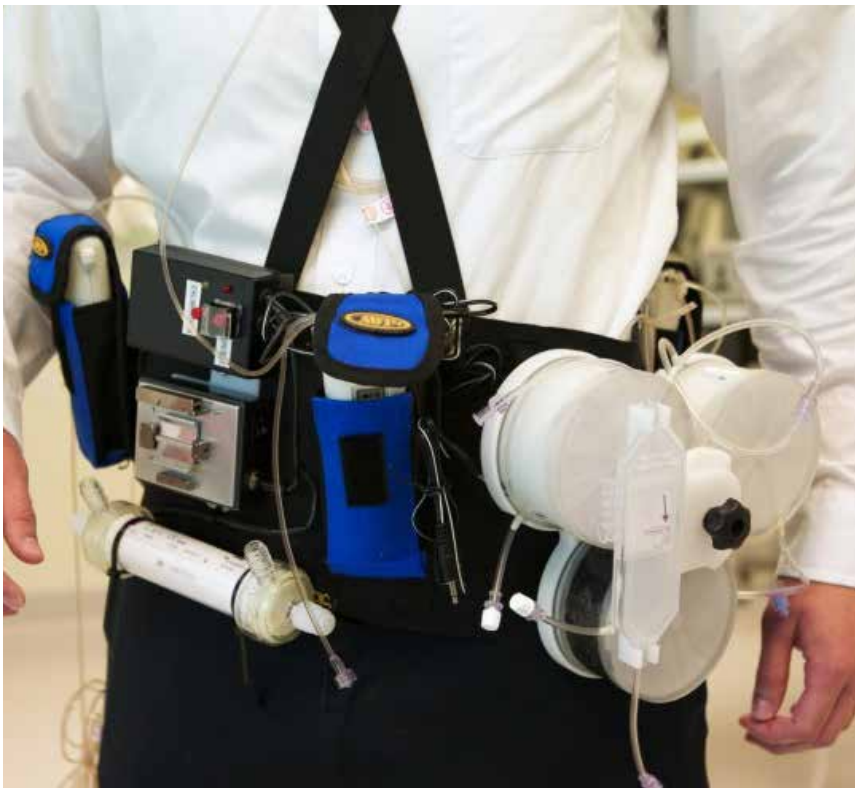
Zoals steeds bereikbaar op: rodenmichel@gmail.com of: 0476/22.49.85

* EDTNA/ERCA is de naam van onze overkoepelende Europese beroepsvereniging

Michel Roden
EDTNA/ERCA Brand Ambassador voor België

Nefro-weetjes

Draagbare nier een stapje dichterbij?



Nieuws over de draagbare kunstnier (Wearable Artificial Kidney- WAK) duikt de laatste jaren regelmatig op. De Food and Drugs Administration (FDA) heeft nu groen licht gegeven om deze vorm van dialyse in de Verenigde Staten bij mensen te testen.
Het apparaat werd door de nefroloog David Gura ontwikkeld. Er werden al positieve testresultaten behaald bij een Italiaanse en Britse studiepopulatie. Indien deze testreeks succesvol blijkt (o.a. voldoende vocht en zout verwijdering), is het de bedoeling om het toestel ingang te doen vinden in de dialysewereld. Praktisch bekeken, zullen patiënten dan hun WAK toestel afhalen op de dialyseafdeling van hun ziekenhuis.

Meer bewegingsvrijheid tijdens dialyse, continue klaring met verminderde fosforopbouw in het bloed, onafgebroken vochtverwijdering waardoor de patient meer mag drinken, zijn de grote voordelen. Het apparaat moet zeker verder geminiaturiseerd worden om handig gedragen te kunnen worden. Op dit moment weegt het prototype ongeveer 4.5 kg en wordt het aangedreven door een 9 volt batterij (foto).

Wordt dit een ‘gamechanger’? Het blijft in elk geval een ‘toestel’. Fundamenteel verandert er dus niets op het gebied van de behandeling. Vermoedelijk wordt dit ooit een bijkomende mogelijkheid voor zelfzorg dialyse, die we tijdens de predialysebegeleiding zullen kunnen aanbieden.

Bron: http:// nephrologynews.com/blogs/5/post/110363

Snelle diagnose van urineweginfecties

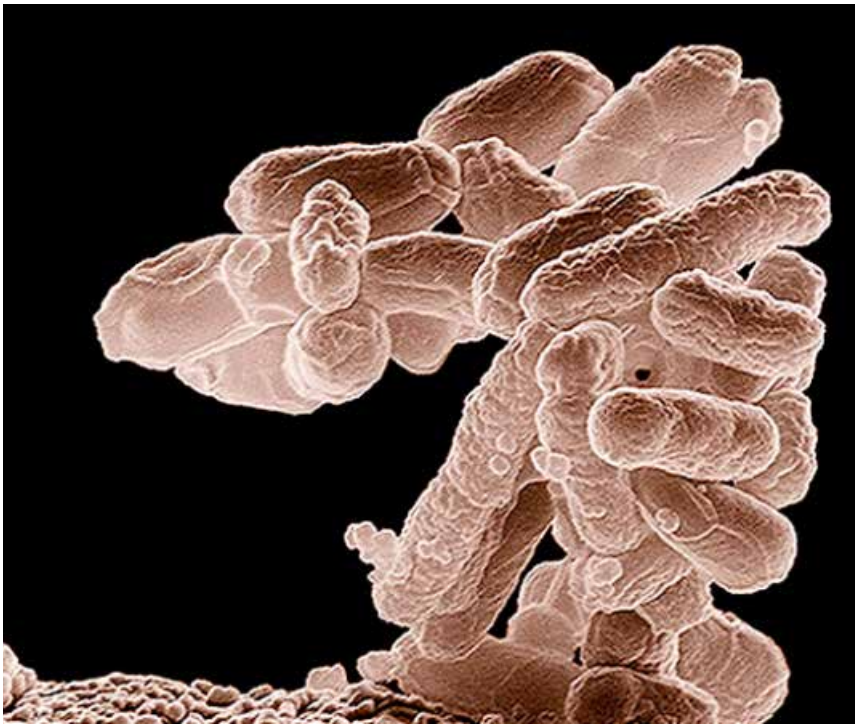


Foto: Eric Erbe, digitale kleuring: Christopher Pooley/USDA Agricultural Research Service

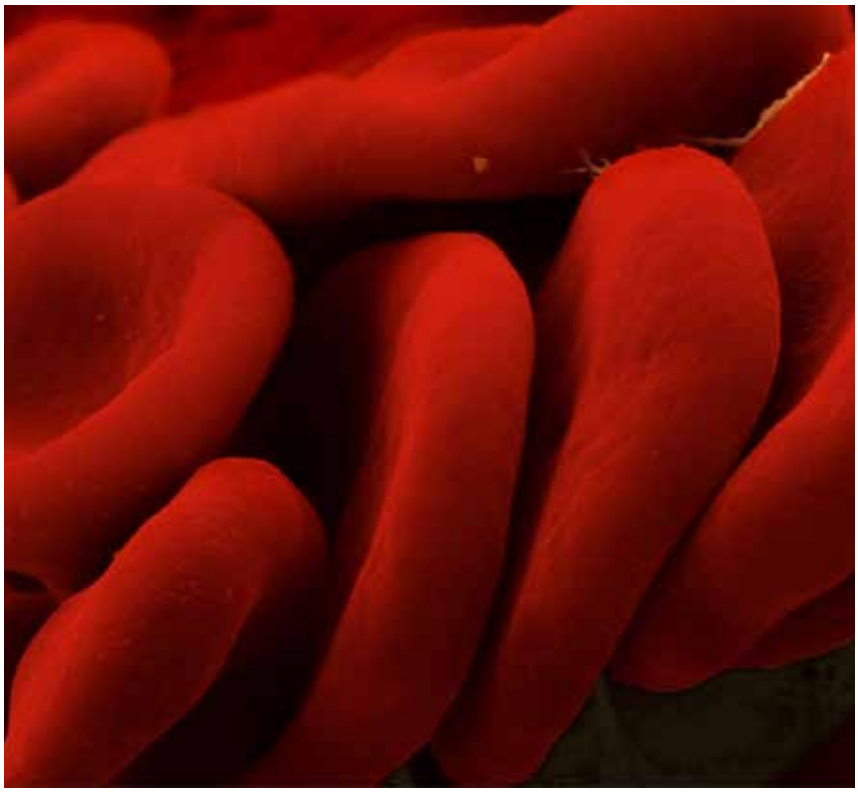
Antibiotica zijn de eerste lijn defensie tegen urineweginfecties. Het is ook een feit dat bacteriën snel resistentie ontwikkelen tegen standaard antibiotica. Een goedkope, nieuwe test om antibioticaresistente E. Coli (ongeveer 10 % van de infecties) op te sporen werd ontwikkeld (2 à 3 dollar per urinestaal).

Principe: resistente bacteriën maken bepaalde enzymen aan (extended-spectrum beta-lactamases). Onderzoekers voegen een rode vloeistof toe die de kleur van bacteriën in urinestalen verandert op basis van de zuurtegraad. Als bacteriën deze enzymen aanmaken, zal de zuurtegraad van de vloeistof verhogen en het staal wordt geel.
Het voordeel van de test is dat de diagnose van resistentie binnen de 20 minuten al bekend is met een grote voorspelbaarheid (98% gebaseerd op een trial met 450 urinestalen).

Deze belangrijke stap voorwaarts heeft zijn nut binnen zowel de urologische als de nefrologische discipline. Door de test is het mogelijk om snel gerichter antibiotica voor te schrijven. In de predialysefase is het bekend dat effectieve behandeling van chronische urineweginfecties het afglijden naar dialyse nood kan vertragen. In de peri- en post-transplantfase helpt deze snelle diagnose eventueel bij het behoud van de kwaliteit van de transplantaten.

Bron: de originele Engelse tekst vind je op www.sciencenews.org/article/speedy-test-could-improve-treatment-urinary-tract-infections

Erytrocytentransfusies verhogen risico op hartfalen



BRUSSEL 07/07 - Een 'case only' onderzoek evalueerde voor de eerste keer de acute effecten van erytrocytentransfusies op het risico op hartfalen bij patiënten met een gevorderde nierziekte. Zeker bij patiënten met comorbiditeit is dit risico aanzienlijk.

Ten gevolge van een verminderde vorming van endogeen erytropoetine is bij patiënten met eindstadium nierziekte (ESRD) vaak sprake van anemie. Daarom krijgen deze patiënten regelmatig een transfusie met erytrocyten. Bij hen ontbreekt echter het vermogen om het toegenomen extracellulaire volume dat door de transfusie toeneemt, weer te normaliseren. Momenteel is er nog weinig evidence beschikbaar over de mogelijke risico's van transfusies op het optreden van exacerbaties van hartfalen.

Aanzienlijke ziektelast

In een 'case only' onderzoek met bijna 8.000 patiënten, uitgevoerd door Brian Bradbury (VS) en anderen, is het verband tussen een recente toegediende erytrocytentransfusie en de noodzaak voor ziekenhuisopnames in verband met hartfalen onderzocht. Door het gebruik van de 'case only' strategie, waarbij de deelnemers functioneerden als hun eigen controles, is het gemakkelijker om potentiële confounders eruit te filteren.

Oudere patiënten en zeker degenen met comorbiditeit, zoals diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en pre-existent hartfalen, werden vaker opgenomen in verband met een exacerbatie van hartfalen. De ziektelast voor deze patiënten is dus aanzienlijk. Deze effecten traden consistent op in de geanalyseerde subgroepen, die onder andere verdeeld werden op basis van leeftijd, geslacht en comorbiditeit.

Pro's en contra's

Vervolgens bespreekt Bradbury enkele sterke en zwakke kanten van dit eigen onderzoek. De 'case only' benadering is een ongebruikelijk, maar bruikbare methode om acute (neven)effecten van een interventie in kaart te brengen. Bovendien kan met deze onderzoeksmethode op een nauwkeurig wijze gecontroleerd worden voor bias. Een ander positief punt is dat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van alle beschikbare data. Een beperking is dat naast de juiste diagnoses ook fout-positieve diagnoses zouden kunnen zijn meegenomen.

Conclusies

Bij ESRD-patiënten die in verband met anemie erytrocytentransfusies krijgen, treden regelmatig verergering van hartfalen op. Gezien de recente veranderingen in de behandeling van anemie bij deze patiëntenpopulatie en het toegenomen gebruik van transfusies, is aanvullend onderzoek nodig naar de risico's op hartfalen door deze interventie.

Bron: ERA-EDTA Congres 2014, auteur: Brian Bradbury (site Mediquality)

Samenstelling Nefro-weetjes: Clement Dequidt & Sandra Vervynckt

Congresreis naar Riga

Sigrid De Smet Van Damme
hoofdverpleegkundige, dialyse AZ Glorieux, Ronse

Dit jaar ging het 43ste internationaal EDTNA/ ERCA- congres door in Riga, de hoofdstad van Letland.

Nathalie Moreels
adjunct-hoofdverpleegkundige, AZ Glorieux, Ronse

Op zaterdag 6 september omstreeks 9u30 stonden alle deelnemers - bekende, minder bekende en nieuwe gezichten - paraat op de luchthaven van Zaventem. We zagen al van op afstand de verantwoordelijken van ORPADT staan en kregen meteen de nodige informatie en uitleg om de komende congresdagen op een vlotte manier te kunnen doorbrengen met slechts één doel: vier dagen lang ondergedompeld worden in de wondere wereld van dialyse.

Ons vliegtuig vertrok stipt, richting Riga. Na een vlotte vlucht stond een bus ons op te wachten om ons veilig naar het hotel te brengen, in te checken, ons op te frissen en in groep naar de openingsceremonie van het congres te gaan.
We waren toehoorders van een interessante openingsspeech over en rond EKHA - European Kidney Health Alliance – gebracht door professor Vanholder, die aan talrijke nefrologische publicaties meewerkte.

De lezing werd gevolgd door een optreden van de authentieke Letse folkgroep 'Skandinieki'. Deze ging door in het Radisson Blu hotel, dat op wandelafstand van ons hotel lag, hoewel sommigen onder ons toch van de taxi gebruik maakten. Van bij het ontbijt – voor sommige tot in de vroege uurtjes - werden ideeën gewisseld, ervaringen gedeeld, overleg gepleegd en zoveel meer. Uitwisselingsprojecten staan op til.

Het EDTNA-programma bood verschillende parallelle sessies aan met internationale sprekers.
's Avonds waren er gelegenheden genoeg om iets lekkers te eten en te drinken in de stad en om nog even na te genieten. Er werden onderling ervaringen uitgewisseld tussen de verschillende deelnemers. Het was heel leuk om eens te horen hoe het er elders aan toe ging.

Op maandag waren we uitgenodigd door ORPADT voor een gezellig samenzijn en een lekker diner onder vorm van buffet met de ganse groep in het hotel.
De groepssfeer was geslaagd. Er werd veel gepraat en gelachen. Het 4-daagse congres werd op dinsdag 9 september 's middags afgesloten. Omstreeks 15 uur vertrokken we richting huiswaarts.

Als algemene conclusie stelden we vast dat het een leerrijk congres was. We hebben enkele inhoudelijk sterke presentaties gezien en heel wat collega's van andere dialysecentra leren kennen.

Dank aan ORPADT voor de organisatie van het verblijf, het gezelschap en zo meer en in het bijzonder aan Sandra en Stefaan om ter beschikking te staan bij vragen en/of problemen. Dikke pluim!
Dresden staat nu al genoteerd in de agenda.

airBaltic.com
airBaltic
OMBARDIER Q400 NextGen

44th EDTNA/ERCA International Conference

September 26–29, 2015
Maritim, Hotel & Internationales Congress Center
Dresden, Germany

Conference Theme:
Quality and Safety in Renal Care: Shared Responsibility among Health Care Professionals and Patients

www.edtnaerca.org