

**BZIO**

**Contract FOD 2007 – 2012**

**PIJLER 1:**

**Patiëntveiligheidsmanagement**

**BELGISCH ZEEINSTITUUT VOOR ORTHOPEDIE**

**ZEEDIJK**

**8400**

**OOSTENDE**

## INLEIDING

Het management en de medewerkers van BZIO hechten veel waarde aan veiligheid voor patiënten binnen hun ziekenhuis. Door de jaren heen werden verbeter- en opvolgingsprojecten binnen het ziekenhuis geconcretiseerd. Jaarlijks werden metingen uitgevoerd die werden geanalyseerd door de verschillende comités en de medische raad, en waar nodig werden verbeteracties opgestart. (opvolging van medicatiefouten door het farmaceutisch comité, surveillance van urineculturen, voorkomen van MRSA door het comité van ziekenhuishygiëne, de systematische registratie van valincidenten die uiteindelijk heeft geleid tot het multidisciplinair opstellen van een valincidenten-preventie-protocol, FONA registratie in het verpleegkundig en paramedisch departement...).

De hoofdgeneesheer is de eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg, en dus ook voor de patiëntveiligheid, binnen het ziekenhuis. De hoofdgeneesheer die naast zijn dagelijkse taak als afdelingsarts op de werkvloer de patiëntveiligheid bewaakt en zetelt in de hierboven vermelde comités zal in de toekomst, in samenwerking met de kwaliteitscel, meer en meer de spilfiguur worden binnen het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) van BZIO.

In de kwaliteitscel van BZIO (zie verder), zetelt naast de hoofdgeneesheer de voltallige directie, zodat ook zij voortdurend betrokken zijn bij het VMS.

Om de patiëntveiligheid verder te optimaliseren werd in 2003 gestart met klinische paden. Tijdens de verdere ontwikkeling van de klinische paden werd er met behulp van de FONA registratie een prospectieve veiligheidsanalyse van de zorgprocessen gerealiseerd die werd geoperationaliseerd door middel van een checklist tijdens de opname en ontslagvoorbereiding van de klinische paden. Naast de verdere ontwikkeling en continue follow up van klinische paden en zorgpaden werd in de daaropvolgende jaren werk gemaakt van procesanalysemethodieken uit de industriële wereld (Six Sigma, Lean, FMEA...) om naast de zorgprocessen alle belangrijke ondersteunende activiteiten in kaart te brengen en deze continu op te volgen en zonnodig aan te passen (medicatie-traject, organiseren van een Rapid Response team en de werking ervan evalueren en verbeteren (SIRE project 2008), FMEA toepassing op het valpreventieprotocol,.....)

Het veiligheidsmanagementsysteem van BZIO werd verder geconcretiseerd door de invulling van het contract afgesloten met de FOD om de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntveiligheid of patiënt safety te bevorderen. 2007 – 2012). De verdere uitwerking van het veiligheidsbeleid in BZIO zal dan ook verder uitgewerkt worden in het kader van deze overeenkomst.

# INHOUD

## 1. STRUCTUUR

### 1.1. Overzicht

### 1.2. Cel kwaliteit en patiëntenveiligheid

### 1.3. Verbeterteams

- Comité voor ziekenhuishygiëne
- Medisch farmaceutisch comité
- Medische raad
- Verbeterteam wondzorg
- Verbeterteam ADL
- Nursing overleg
- Voedingsteam
- Verbeterteam transferten

## 2. ORGANISATIE

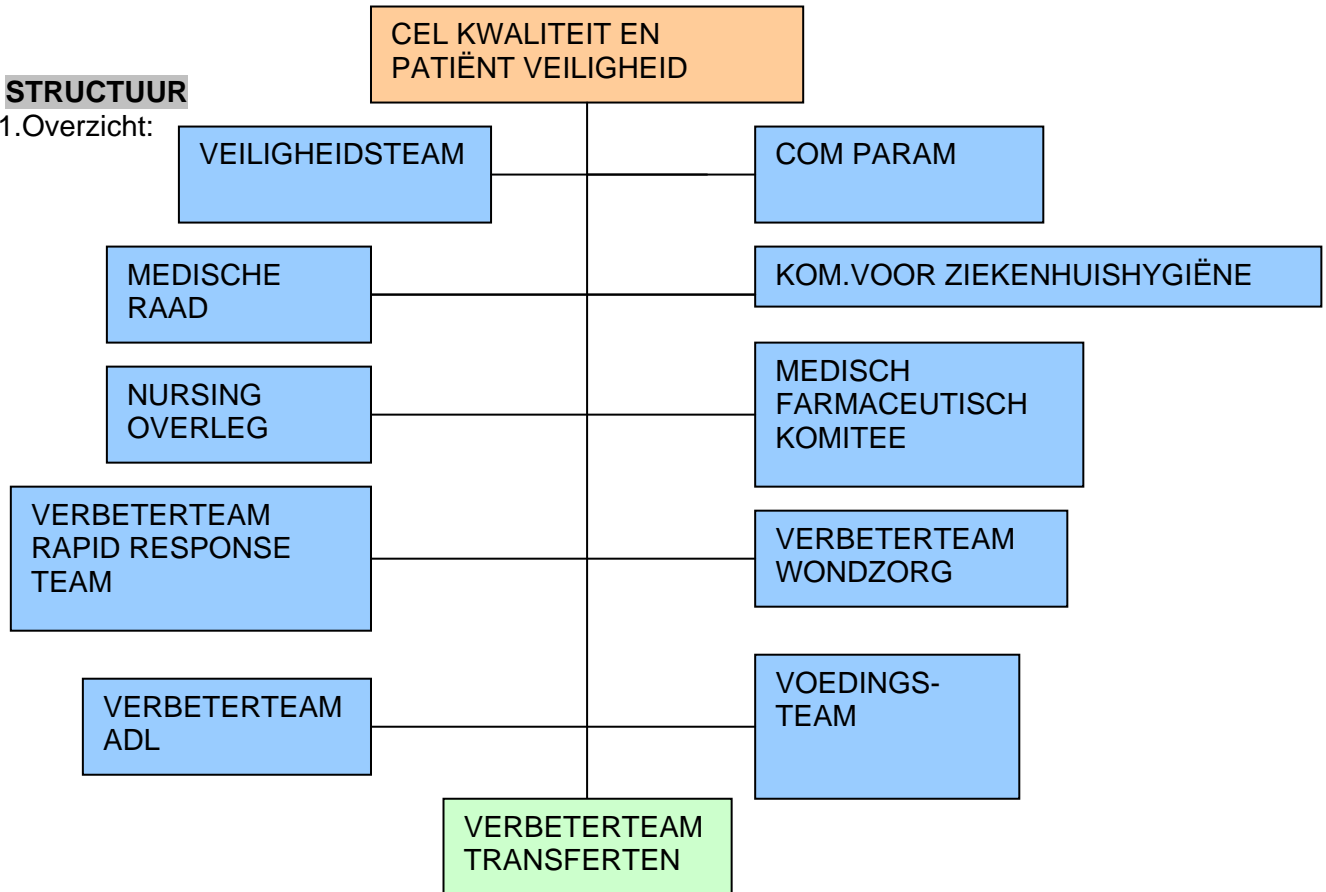
## 3. COÖRDINATIE

## 4. MEERJARIG VEILIGHEIDSPAN

- Pijler 1: Surveillance
- Pijler 2: Patiëntenveiligheidscultuur
- Pijler 3: Incidenten en bijna incidenten

## 1. STRUCTUUR

### 1.1. Overzicht:



### 1.2. CEL KWALITEIT EN PATIËNTENVEILIGHEID:

Is een team dat drie belangrijke taken heeft:

- Strategie ontwikkelen
- Wijze van implementatie bepalen
- Toezicht houden op de relevantie van de kwaliteitsprojecten binnen de instelling (er moet sprake zijn van added value)
- Uitbouwen van CRM ((clinical risk management: geheel van concepten, methoden en technieken bedoeld om de kans op vermijdbare ongewenste resultaten van zorg maximaal te verminderen): Toe te passen methodieken SAFER en SIRE

#### Samenstelling:

Directiecomité (alle departementale directies, Hoofdgeneesheer, Voorzitter en Secretaris Raad van Bestuur) en de kwaliteitscoördinator.

Teamleden die ad hoc worden uitgenodigd al naargelang de te bespreken projecten.

Proceseigenaars

### 1.3. VERBETERTEAMS

#### **Comité voor ziekenhuishygiëne:**

**Leden:** Hoofdgeneesheer, geneesheer-ziekenhuishygiënist, verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, klinisch bioloog, apotheker, technische directie, diensthoofd hotellerie, administratief directeur, direct verpleegkundig departement en de kwaliteitscoördinator.

**Samenkomst:** 6 x per jaar

Kwaliteitsprojecten incl. patiëntensafety: Surveillance metingen: Opvolgen urineculturen, voorkomen MRSA en ESBL, handhygiëne

#### **Medisch farmaceutisch Comité :**

**Leden:** Apotheker, Hoofdgeneesheer, voorzitter medische raad, administratief directeur, verpleegkundig directeur, directeur revalidatie, 2 afdelingsartsen en medewerkers ad hoc

**Samenkomst:** 2 x per jaar

Kwaliteitsprojecten incl. patiëntensafety: opstellen en navolgen van medicatietraject volgens six sigma methodiek

#### **Medische Raad:**

**Leden:** Afdelingsartsen, revalidatieartsen en apotheker

**Samenkomst:** wekelijks

Evaluatie, analyse van alle processen mbt zorg en ondersteunende activiteiten

#### **Verbetersteam wondzorg :**

Leden: referentieverpleegkundige wondzorg – voorzitter, 2 verpleegkundigen per eenheid (4 Sp- eenheden en RVT), verpleegkundig directeur, kwaliteitscoördinator

Doel:

Ontwikkelen en bijsturen van een decubitus-preventie-protocol

Kanaal zijn voor inspraak van verpleegkundigen op het werkveld

Begeleiden van invoering op de VE van de concrete procedures ontstaan binnen de werkgroep

Uitwerken procedures i.v.m. decubitus en omliggende gebieden

Decubitus-preventie-materiaal : maken van keuzes en organisatie

Opstellen van wondzorgprotocols

Bespreken van wondzorgproblematiek

Organiseren van vorming

Wondregistratie van traumatische wonden

**Samenkomsten:** 6 x per jaar.

**Kwaliteitsprojecten:** surveillance van het ontstaan van wonden binnen het ziekenhuis en introductie van wondzorgprotocol

#### **Verbetersteam ADL :**

**Leden:** Verpleegkundig directeur, revalidatie coördinator , ergotherapeuten, ADL-verpleegkundigen en kwaliteitscoördinator

**Samenkomsten:** 6 keer per jaar.

patiëntveiligheid projecten:

Opvolging van de valaccidenten bij interne en ambulante patiënten.

Het opstellen en implementeren van een valprotocol.

#### **Nursingoverleg:**

**Leden:** Verpleegkundig directeur, hoofdverpleegkundigen, adjunct-hoofdverpleegkundigen en kwaliteitscoördinator, ad hoc uitgenodigde medewerkers afhankelijk van de vergaderagenda.

Doel met betrekking tot patiëntveiligheid:

Analyseren en zonodig uitwerken van actiepunten van de FONA registraties

**Samenkomsten:** 12 keer per jaar.

**Voedingsteam:**

**Leden:**

Afdelingsarts, verpleegkundigen, diëtisten, keukenmanager, verantwoordelijke aankoop voeding, apotheker, hoofdverpleegkundige, administratief directeur en kwaliteitscoördinator

**Doel:**

Alle opgenomen patiënten en bewoners te screenen op een eventueel risico op ondervoeding en op ondervoeding.

Acties te ondernemen om de voedingstoestand van de patiënt optimaal te houden en indien nodig te verbeteren.

Evalueren en zonodig verbeteren van de houding van verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot de voeding.

Inrichten van interne opleiding met betrekking tot de voedingsproblematiek teneinde het niveau hiervan te optimaliseren

Richtlijnen samenstellen teneinde het individueel voedingsplan van de patiënt zo gericht mogelijk te kunnen concretiseren.

Het uitvoeren van effectenmetingen op de nutritionele interventies

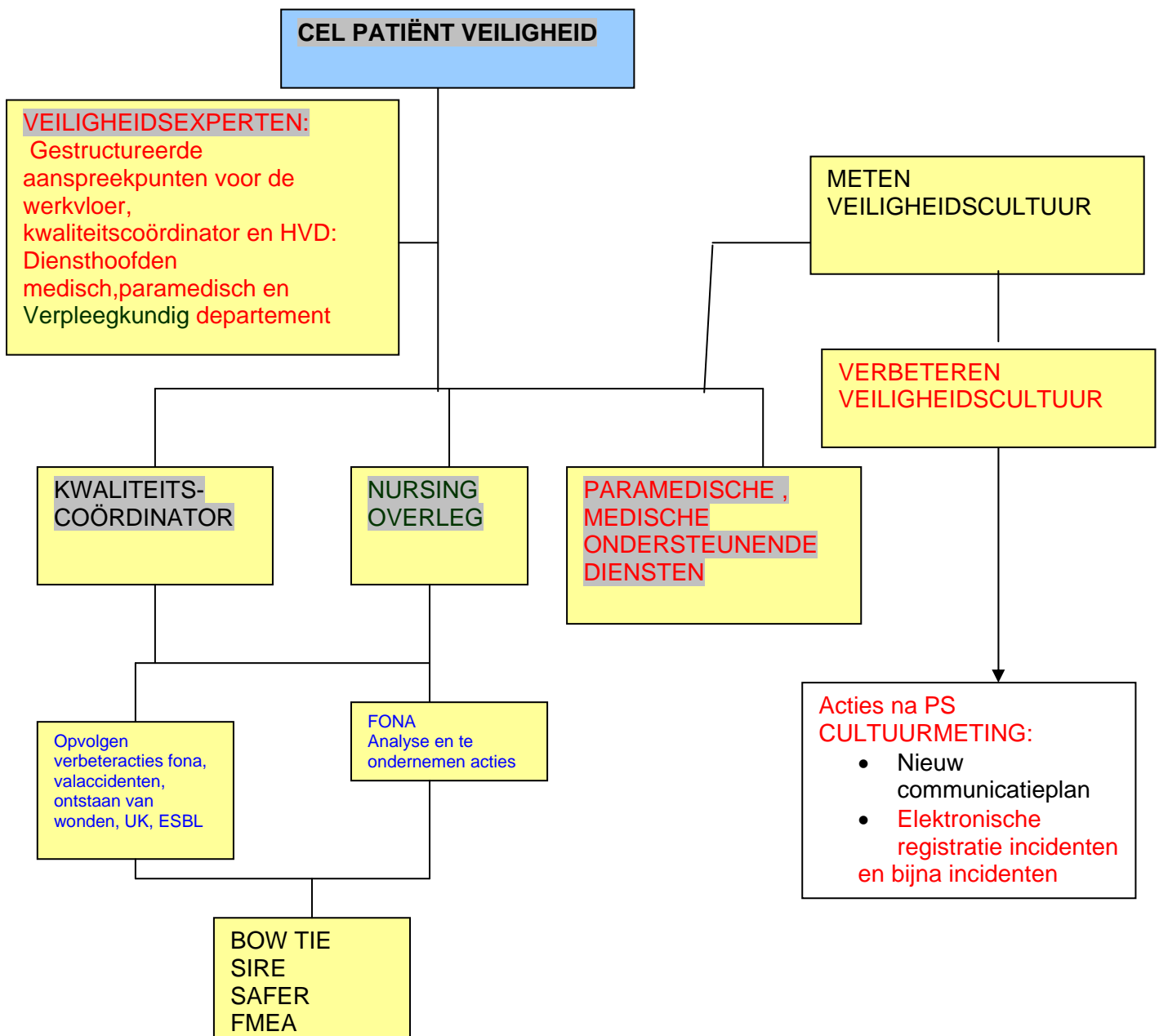
De nutritionele therapie inbedden in het ontslagmanagement

**Samenkomsten:** Minstens 5 keer per jaar

**Communicatievergadering paramedische departement:**

Komt maandelijks samen. Alle medewerkers van dit departement worden uitgenodigd.  
Bespreking van FONA

## 2. ORGANISATIE VMS:



SAFER: Scenario analyse van faalwijzen effecten en risico  
SIRE: Systematische incident reconstructie en evaluatie  
FMEA: feature mode effecten analyses

## 3.COÖRDINATIE

De keuze en planning van de uit te voeren projecten worden goedgekeurd door de kwaliteitscel van het ziekenhuis. Dit orgaan komt minstens twee keer per jaar samen doch meerdere bijeenkomsten zijn mogelijk ngl. de noodwendigheid.

De betrokkenheid van het directiecomité beperkt zich niet enkel tot de aanwezigheid in de kwaliteitscel, daar in alle werkgroepen en comités er minstens één directeur aanwezig is. In de werkgroepen ontstaat er op deze manier een rechte dialoog tussen werkvloer en directie. Iets wat in procesbeheersingsmanagement onontbeerlijk is.

De kwaliteitscoördinator is een persoon (full-time) die:  
zich kan engageren / visies kan ontwikkelen binnen het verpleegkundig, paramedisch en ondersteunend domein;  
projecten kan uitwerken en begeleiden interdepartementeel;  
zich in een staffunctie bevindt en niet in de lijn;  
kennis inzake veiligheidsmanagementsprogramma's heeft.  
Deze medewerker coördineert patiënt veiligheid projecten binnen BZIO.

### **Communicatie van het veiligheidsbeleid:**

De doorstroming van het veiligheidsbeleid top down en bottom up is de taak van de kwaliteitscoördinator. Om dit te concretiseren werd een nieuw communicatieplan voor BZIO opgesteld waarbij de betrokkenheid van de directie en de mogelijkheid van de medewerkers om rechtstreeks te kunnen discussiëren met de directie een belangrijke aspect vormt.

## **4. MEERJARIG VEILIGHEIDSPLAN**

Het veiligheidsplan van BZIO is gebaseerd op drie pijlers:

Pijler 1: Surveillance

Pijler 2: Patiëntveiligheidscultuur

Pijler 3: Incidenten en bijna incidenten

De concretisering van het VMS wordt gerealiseerd door de verschillende verbeterteams. Per verbeterteam werd een meerjarenplan opgesteld.

### **4.1. Pijler 1: Surveillance**

#### **4.1.1. Verbeterteam wondzorg:**

Registratie van ontstaan van wonden:

#### **a. Definitie van het thema:**

De preventie van het ontstaan van verschillende typen van wonden binnen de instelling:

- decubitus
- traumatische wonden

b. Meetinstrumenten:

Indicatoren:

- Locatie van de wonde
- Aard van de wonde
- Oorzaak van ontstaan
- Bradenschaal indien niet wordt vermeld geen risico patiënt
- Afdeling waar patiënt wordt verpleegd

Voor alle indicatoren:

Populatie: alle patiënten die een letsel in de instelling oplopen

Meetfrequentie: continue registratie (werkresultaten per kwartaal)

Meetinstrument:

Registratieformulier dat werd opgesteld door de werkgroep wondzorg met volgende items:

- Plaats van de wonde
- Soort wonde
- Bij decubituswonden de graad
- Plaats van de wonde
- Bradenschaal indien risico patiënt
- Oorzaak van ontstaan
- Verpleegeenheid waar de patiënt is gehospitaliseerd

### **c. streefdoel:**

Algemeen:

- Het in kaart brengen van de wonden bij de gehospitaliseerde patiënten
- Prevalenties en karakteristieken te onderscheiden
- Een evolutie te volgen
- Te zoeken naar anticiperende interventies en preventieve maatregelen

Concreet:

- Het aantal ontstane decubituswonden - intern ontstaan - tot een minimum te herleiden
- Het aantal intern ontstane traumatische wonden tot een minimum te herleiden

Evaluatie:

Deze gegevens worden per kwartaal verwerkt.

In de periode 2007- 2012: worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.

## **4.1.2. Verbeterteam incontinentie:**

### **a. Definitie van het thema:**

Registratie van het voorkomen van incontinentie en de gebruikte technieken om de patiënt indien mogelijk terug continent te maken in kaart te brengen om deze te kunnen analyseren met het verbeterteam. Tevens een zicht te krijgen op de gebruikte incontinentiematerialen per afdeling.

### **b.Meetinstrumenten:**

Indicatoren:

- Aantal urninaire incontinentie patiënten per afdeling
- Aantal faecale incontinentie patiënten per afdeling
- Gebruikte incontinentie materiaal
- Het aantal patiënten met een verblijfsonde
- Het aantal patiënten met intermitterende sondage

- Het aantal patiënten die positief evolueren

Voor alle indicatoren:

Populatie: alle patiënten die een lijden aan een vorm van incontinentie

Meetfrequentie: wekelijkse registratie (werkresultaten per maand)

Meetinstrument:

Registratieformulier dat werd opgesteld door de werkgroep incontinentie met volgende items:

- Identificatie van de patiënt
- Diagnose
- Incontinentie vorm
- Gebruikt incomateriaal
- Aanwezigheid van een verblijfsonde
- Toepassen van intermitterende sondage
- Toepassen van blaastraining

### **c. streefdoel:**

Algemeen:

- Het in kaart brengen van de incontinente patiënten per afdeling
- Het in kaart brengen van het gebruikte incomateriaal per afdeling
- Het in kaart brengen van het aantal toegediende blaastrainingen
- Het in kaart brengen van het aantal patiënten met een verblijfsonde
- Het in kaart brengen van het aantal patiënten met intermitterende sondage
- Een evolutie te volgen
- Te zoeken naar anticiperende interventies

Concreet:

- Iedere inco patiënt de kans te geven opnieuw continent te worden
- het juiste incomateriaal te gebruiken aangepast aan de individuele noden van de patiënt

Evaluatie:

Deze gegevens worden maandelijks verwerkt.

In de periode 2007- 2012: worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.

### **4.1.3. Verbetersteam voeding:**

**Tot 2008:**

#### **a. Definitie van het thema:**

Opsporen van ondervoeding bij patiënten die worden opgenomen met een CVA

#### **b.Meetinstrument:**

- MUST

Voor alle indicatoren:

Populatie: alle patiënten die opgenomen worden om te revalideren Meetfrequentie:

Bij opname

2 wekelijks

Bij ontslag

Meetinstrument:

- MUST

### **c. streefdoel:**

Algemeen:

- Het in kaart brengen van aantal ondervoedde patiënten (bij opname, tijdens hospitalisatie en ontslag)
- Het in kaart brengen van het aantal patiënten met een risico op ondervoeding (bij opname, tijdens hospitalisatie en ontslag)
- Een evolutie te volgen
- Te zoeken naar anticiperende interventies

Concreet:

- Het herkennen van patiënten met ondervoeding of met een risico op ondervoeding
- De nodige therapie instellen zodat de voedingstoestand van de patiënt gehospitaliseerd wordt

**2008:**

- **introduceren van een nieuwe screeningsmethode voor alle patiënten**
- **opstellen van een beslissingsboom**
- **screeningsmethode en te ondernemen acties implementeren in het elektronisch verpleegdossier**
- **continue opvolging**
- **analyseren van de gegevens en de gepaste verbeteracties ondernemen**
- **implementeren van de nieuwe methode en werkwijze**

**2009:**

- **verder verfijnen van de geïmplementeerde methodiek**
- **analyseren van de gegevens en de gepaste verbeteracties ondernemen**

**Na 2009:**

- **worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.**

### **4.1.3. Comité voor ziekenhuishygiëne:**

Bespreken en analyseren van het voorkomen van MRSA, ESBL en UK+ en zonodig gepaste acties ondernemen

#### **a. Definitie van het thema:**

Vroegtijdige detectie van MRSA en ESBL positieve patiënten

Een zicht te krijgen op de verwijzende ziekenhuizen van MRSA en ESBL positieve patiënten

Effectiviteit van de behandeling te controleren

#### **b. Meetinstrumenten:**

Indicatoren :

- herkomst van de patiënt
- infectie of kolonisatie aard
- al dan niet nosocomiaal
- eenheid waar de MRSA is verworven
- resultaat van de behandeling (al dan niet genegativeerd)

Voor alle indicatoren:

Populatie: CVA-patiënten, diabetes-patiënten, patiënten met een zwakke algemene toestand, vochtafgevende wonden

Meetfrequentie: continue registratie

Meetinstrument:

Een continue registratie wordt uitgevoerd bij alle gehospitaliseerde patiënten van een aantal items:

Naam patiënt

eenheid

leeftijd

infectie of kolonisatie aard

patiëntnummer.

herkomst patiënt

opnamedatum ZH

opnamedatum eenheid

datum staalafname

nosocomiaal

eenheid waar MRSA is verworven

genegativeerd

Deze gegevens worden geregistreerd op een daarvoor bestemd formulier

De HVK is verantwoordelijk voor de registratie.

Het HVD is verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens

#### **c. Streefdoel:**

Voor de patiënten van de diensten Sp globaal en per verpleegeenheid:

Het in kaart brengen van de aard en de oorsprong van de MRSA positieve patiënten

Een evolutie te volgen

Te zoeken naar anticiperende interventies en preventieve maatregelen bij probleemstelling uit de registratie.

#### **3.1.1.4.Registratie van + urinekulturen:**

##### **a.Definitie van het thema:**

Vroegtijdige detectie van urineweginfecties bij opgenomen patiënten.

Aard van de pathogene kiem die de infecties veroorzaakt te kennen inzicht te krijgen van de therapie ervan.

##### **b.Meetinstrumenten:**

###### **Indicatoren :**

- 'Percentage positieve urineculturen tijdens verblijf'
- Kiem die de infectie veroorzaakt
- Toegediende Antibiotica

###### **Voor alle indicatoren:**

**Populatie:** Elke opname (gehospitaliseerde patiënt) - continue registratie per verblijf  
Steekproef: -

**Meetfrequentie:** continue registratie (werkresultaten per jaar)

###### **Meetinstrument:**

Een **continue** registratie wordt uitgevoerd **bij alle gehospitaliseerde patiënten** van een aantal items:

1. datum afgenomen urinestaal
2. naam patiënt
3. aard cultuur
5. type kiem
6. behandelingsproduct

Deze gegevens worden geregistreerd op een daarvoor bestemd formulier.

De HVK is verantwoordelijk voor de registratie van de urineculturen.

De kwaco is verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens

### **c. Streefdoel:**

Voor de patiënten van de diensten Sp globaal en per verpleegeenheid:

Het in beeld brengen van de aard van de urinaire infectie

Het in kaart brengen van de gebruikte antibioticatherapie

Een evolutie te volgen

Te zoeken naar anticiperende interventies en preventieve maatregelen bij probleemstelling uit de registratie

In de periode 2007- 2012: worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.

### **4.1.4. FARMACEUTISCH COMITÉ:**

**Tot en met 2008 : Kwaliteit van de opvolging van het medicatietraject:**

#### **a.Definitie van het thema:**

Het in kaart brengen van fouten die voortvloeien uit het niet opvolgen van het medicatietraject

#### **b.Meetinstrumenten:**

2.1. Checklist medicatietraject deel 1 (verpleegeenheden)

2.2. Checklist medicatietraject deel 2 (medicatieverwerking in apotheek)

**Populatie:** alle medicatietrajecten van de patiënten op de 4 sp-afdelingen waarvan alle benodigde gegevens terug te vinden zijn in de apotheek en/of verpleegafdeling

**Steekproef:** de steekproef wordt gespreid over alle afdelingen sp. De dag van de steekproef wordt bepaald door de apotheker en de kwaliteitscoördinator.

Het farmaceutisch comité heeft beslist dat de apotheker en de kwaliteitscoördinator de metingen uitvoert.

**Meetfrequentie:** jaarlijks

#### **Meetinstrument:**

Het medicatietraject wordt op volgende items getoetst:

##### **Verpleegkundige opname:**

Hoe komt men aan de gegevens

Noteren van de gegevens in verpleegdossier en op medicatiefiche

Medicatievoorschrift

Niet gebruiken van thuismedicatie en medicatie vanuit het verwijzend ziekenhuis

##### **Medische opname:**

Arts parafeert opnamemedicatie in verpleegdossier

Klaarzetten medicatie:

Gegevens op medicatievakje

Ontblisteren van de medicatie

Medicatie voorraadbak bevat de juiste medicatie  
Bestelde medicatie op dienst aangebrachte veranderingen door apotheek aanpassen op medicatiefiche en verpleegdossier.

**Medicatiebedeling:**

Medicatie die op specifieke tijdstippen wordt toegediend  
Controle gegevens voor toediening  
Vloeibare medicatie wordt gedoseerd op het moment van toediening  
Patiënt niet op kamer: recipiënt bevat naamvermelding en tijdstip van toedienen  
Paraferen op medicatiefiche  
Na toer de medicatiekar sluiten

**Medicatieveranderingen:**

Paraaf arts in verpleegdossier naast de verandering  
Aanpassen medicatiefiche  
Opmaak voorschrift

**Medicatieverwerking in de apotheek:**

Juistheid medicatiefiche  
Aanpassen veranderingen op medicatiefiche  
Foute leveringen medicatie vanuit apotheek

**Procedure uitvoering onderzoek:**

Het onderzoek wordt uitgevoerd volgens six-sigma  
Het onderzoek gebeurt in verschillende stappen:  
Eerst worden alle voorschriften gecontroleerd  
Daarna worden de medicatiefiches van de apotheek gecontroleerd en vergeleken met de medicatiefiche.  
Er wordt een medicatie distributietoer bijgewoond waarop de hier bovenvermelde ctq's worden gecontroleerd.  
Als laatste stap worden alle verpleegdossiers gecontroleerd van de patiënten die aanwezig zijn op de afdeling en waarvan alle gegevens beschikbaar zijn.

**c. Streefdoel:**

In eerste instantie zal er naar gestreefd worden alle items die lager dan een sigmaniveau drie scoren aan te optimaliseren.

**2009:**

- **Het medicatietraject aanpassen aan het elektronisch verpleegdossier**
- **Het medicatietraject uitleanen**
- **Implementatie van het nieuwe medicatietraject**

**2010 - 2012:**

- **Metten en analyseren van de opvolging van het medicatietraject**
- **Waarnodig verbeteracties ondernemen**

**4.1.5. VERBETERTEAM RAPID RESPONS TEAM:**

**2008:**

- **Uitvoeren van een reconstructie van een ongeval via de SIRE methodiek**

- **Samenstellen van een nieuw rapid respons team**
- **Opstellen van een nieuwe procedure voor de verschillende teamleden**
- **Implementatie van de nieuwe procedure**
- **Opmaken van checklisten voor de uitvoering van de procedure**
- **Organiseren van een oefening, het verloop analyseren en de nodige aanpassingen doorvoeren en implementeren**
- **Na ieder ongeval wordt een evaluatie opgemaakt met het team**

#### **2009-2012:**

- **Organiseren van een oefening, het verloop analyseren en de nodige aanpassingen doorvoeren en implementeren**
- **Na ieder ongeval wordt een evaluatie opgemaakt met het team**
- **Educatie van het rapid respons team**

## **4.2. Pijler 2: PATIËNTVEILIGHEIDSCULTUUR**

Het streven naar een optimale veiligheidscultuur binnen BZIO is een topprioriteit voor de veiligheidscel van ons ziekenhuis. Om dit te kunnen realiseren heeft de veiligheidscel een meerjarenplan opgesteld rekeninghoudend met de richtlijnen bepaald in het contract patiëntveiligheid en kwaliteit met het FOD

#### **2008:**

- **Introductie aan alle medewerkers mbt patiëntenveiligheid**
- **meten van de veiligheidscultuur**
- **analyseren van de uitgevoerde meting (interne benchmerking) en actiepunten bepalen**

### **EVALUATIE VAN DE VEILIGHEIDSCULTUUR:**

Het realiseren van een optimale veiligheidscultuur wordt door het "institute of medicine" beschouwd als de grootste uitdaging om een veilige gezondheidszorg te kunnen realiseren.

Een effectieve veiligheidscultuur omvat :

- Het erkennen van de mogelijke risico's en foutgevoeligheid van de organisatie
- Een cultuur waar incidenten, bijna-incidenten en fouten probleemloos kunnen medegedeeld worden
- Een multidisciplinaire samenwerking doorheen de hiërarchische lijn, met andere woorden de lijnfuncties dienen geen belemmerende maar eerder een aanmoedigende factor te zijn.

### **A. BEDOELING:**

- Inzicht te verwerven in de attitude van de medewerkers ten opzichte van patiëntenveiligheid
- Inzicht te verwerven in de bereidheid tot melden van incidenten, bijna incidenten en fouten door de medewerkers
- Waar nodig actie ondernemen
- Het evalueren van de patiëntenveiligheid cultuur door middel van nametingen.

## **B. MEETINSTRUMENT:**

Nederlandstalige versie van het Hospital Survey on Patiënt Safety Culture van het Agency for Healthcare research and Quality.

Dit document werd vertaald en gevalideerd door medewerkers van het Ziekenhuis Oost-Limburg A.V.

Het bestaat uit 9 hoofdstukken en telt in totaal 51 vragen:

- Hfst1: werkomgeving/afdeling
- Hfst2: de leidinggevende
- Hfst3: communicatie
- Hfst4: frequentie van foutmeldingen
- Hfst5: beoordeling van patiëntenveiligheid
- Hfst6: het eigen ziekenhuis
- Hfst7: aantal foutmeldingen
- Hfst8: achtergrond info
- Hfst9: eventuele opmerkingen

## **C. DOELGROEP:**

Medewerkers rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk voor de klinische zorg die minstens 6 maand in actieve dienst zijn en tot volgende beroepscategorie behoren:

Verpleegkundigen

Paramedici

Psycholoog en ass. Psycholoog

Geneesheren

Medewerkers apotheek

Medewerkers med. Sekretariaat.

### **2009**

- **realiseren van verbeteracties (2 domeinen) om de veiligheidscultuur verder uit te bouwen, rekeninghoudend met de resultaten van de voormeting van de veiligheidscultuur:**

**domein 1: bevorderen van open communicatie in het paramedisch departement:**

**nieuw communicatieplan voor dit departement opstellen met als doel de communicatie tussen het management en de medewerkers te vereenvoudigen.**

**domein 2: teamwork binnen de afdelingen optimaliseren (verpleegkundig departement en het paramedisch departement)**

**uitvoeren van een voormeting:**

- **teameffectiviteit**
- **investement in people**
- **stress°**

➤ **medewerkerstevredenheid**

Deze metingen (en de resultaten) worden aan de verschillende teams voorgesteld door de kwaliteitscoördinator. Deze medewerker ondersteunt de teams in het opstellen van verbeteracties en betreft daarbij alle teamleden.

**Uitvoeren van een nameting**

**2010: Verbeteracties uitvoeren na de analyse van de nametingen**

**2011: Een tweede cultuurmeting uitvoeren**

**2012: Integratie van alle informatiebronnen voor patiëntveiligheid**

### **4.3. Pijler 3: INCIDENTEN EN BIJNA INCIDENTEN**

#### **4.3.1. ADL VERBETERTEAM:**

##### **VOORKOMEN VAN VALINCIDENTEN**

Registratie van valincidenten:

##### **a. Definitie van het thema**

Het voorkomen van het aantal gevallen patiënten en de gevolgen van het “vallen” bij gehospitaliseerde patiënten op de Sp diensten.

Vallen = het uit de rechtopstaande of zittende positie plotseling in een min of meer liggende houding met de grond in aanraking komen

##### **b. Meetinstrumenten:**

Indicatoren:

- aantal gevallen patiënten
- wondincidentie: percentage van de valregistraties die aanleiding geeft tot een open huidletsel
- incidentie ziekenhuisopname: percentage van de valregistraties die aanleiding geeft tot een ziekenhuisopname

Voor de drie indicatoren:

Populatie: een continue registratie wordt uitgevoerd bij alle gehospitaliseerde patiënten per dienst.

Meetfrequentie: continue registratie

Meetinstrument:

Een registratie wordt uitgevoerd van elke ‘val’ van een gehospitaliseerde patiënt

Registratie van volgende items:

- datum van het ongeval
- naam patiënt
- verpleegeenheid
- hoofddiagnose

- verwardheid
- slaapmedicatie
- uur van ongeval
- plaats van het ongeval
- oorzaak van het ongeval
- gevolgen van het ongeval
- noodzaak van het nemen van een röntgenopname
- aanwezigheid van getuigen van de val
- wordt de patiënt in een ziekenhuis opgenomen
- getuigen bij het ongeval
- vermelding van de persoon die de val geregistreerd heeft.

### **c. Streefdoel:**

- de invloeden op, alsook de omstandigheden en oorzaken van het vallen verder te volgen
- eventuele karakteristieken te herkennen, valrisico's en cumulaties ervan verder te evalueren
- verder te zoeken naar anticiperende interventies en preventieve maatregelen
- het personeel te blijven sensibiliseren voor het probleem
- een volwaardig registratie document te ontwikkelen
- het aantal valincidenten op termijn verminderen en de gevolgen te reduceren

De registratie gebeurt door de medewerker die getuige is van de val.

De kwaliteitscoördinator is verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens.

De resultaten worden besproken in het comité voor ziekenhuishygiëne, hoofdverpleegkundigen vergadering, werkgroep ADL en met de werkvloer.

De registratie gebeurt per dienst (verpleegeenheden en paramedische diensten).

De bespreking van de item heeft geleid tot het opstellen en implementeren van een gericht valpreventieprotocol

### **2008:**

- **Toepassing van het valpreventieprotocol evalueren**
- **Uitvoeren van een FMEA op het valpreventieprotocol**
- **Uit de FMEA nieuwe acties ondernemen**

### **2009-2012:**

- **Verder analyseren van de metingen**
- **Opstellen van gerichte verbeteracties en deze implementeren**

## **4.3.2.NURSINGOVERLEG:**

### **REGISTRATIE VAN BIJNA INCIDENTEN:**

#### **a. Wie registreert?**

Medewerkers van het verpleegkundig en paramedisch departement.

### **b. Wat wordt geregistreerd?**

Alle vastgestelde fouten, ongevallen, bijna ongevallen en gevaarlijke situaties met vermelding van aard, gevolgen en oorzaken.

### **c. Hoe wordt er geregistreerd?**

Op een standaard document CKECKLIST

### **d. Analyse van de registratie:**

Maandelijks op de nursing overleg.

### **e. Actie:**

De te ondernemen actie wordt bepaald na analyse in de hoofdverpleegkundigenvergadering. Het HVD bepaalt met dit team de implementatie en opvolging van de genomen maatregelen.

Voor de paramedici gebeuren deze acties in het task force overleg

**In de periode 2007- 2012: worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.**

**Vanaf 2009: dient de registratie elektronisch te gebeuren**

## **4.3.3.FARMACEUTISCH COMITÉ:**

### **REGISTRATIE VAN BIJNA INCIDENTEN EN INCIDENTEN MET MEDICATIE:**

#### **a. Wie registreert?**

Medewerkers van het verpleegkundig departement en de medewerkers van de apotheek

#### **b. Wat wordt geregistreerd?**

Alle vastgestelde fouten, ongevallen, bijna ongevallen en gevaarlijke situaties met vermelding van aard, gevolgen en oorzaken.

#### **c. Hoe wordt er geregistreerd?**

Op een standaard document met volgende gegevens:

- Voorval (bijna incident/incident)
- Aard van de fout
- Op welk niveau van het proces heeft de fout zich voorgedaan
- Oorzaak van de fout
- outcome

#### **d. Analyse van de registratie:**

Maandelijks op het farmaceutisch comité

#### **e. Actie:**

De te ondernemen actie wordt bepaald na analyse in het farmaceutisch comité.. Dit team is verantwoordelijk voor de implementatie en opvolging van de genomen maatregelen.

**In de periode 2007- 2012: worden deze indicatoren verder opgevolgd. Waarnodig worden verbeteracties gepland.**

**Vanaf 2009: dient de registratie elektronisch te gebeuren**

#### **4.3.4. TEAM PATIËNTVEILIGHEID:**

##### **Leden:**

1 paramedicus locomotoriek  
1 paramedicus neurologie  
1 verpleegkundige per eenheid  
kwaliteitscoördinator  
Hoofdgeneesheer  
Ziekenhuisapotheker

##### **Opdracht:**

Analyseren van de gemelde incidenten en bijna incidenten  
Ondernemen van gerichte acties  
Verantwoordelijk voor de feed back: top down en bottom up  
Organiseren van opleiding met betrekking tot de patiëntveiligheid  
I.N. opdrachten geven met betrekking tot het uitvoeren van bijkomende analyses

##### **Meerjarenplan:**

**2009: oprichten van het team patiëntveiligheid  
basisopleiding aan de deelnemers van de werkgroep met betrekking tot PS**  
**2010 – 2012: operationaliseren van de opdrachten  
evalueren van de tweede cultuurmeting**

