

Veiligheidsbeleid in de langdurige zorg

De rol van bestuurders bij patiëntveiligheid

Drs. Loes van Dusseldorp

Dr. Lisette Schoonhoven

Dr. Hub Hamers

Nijmegen, 20 oktober 2014

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

 **ZonMw**

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	4
1 INLEIDING	6
2 METHODEN	8
2.1 DESIGN EN SETTING	8
2.2 INTERVENTIE	8
2.3 DATAVERZAMELING	9
2.4 ANALYSE	10
3 RESULTATEN	11
3.1 RESPONS	11
3.2 RESULTATEN	11
3.2.1 Resultaten voormeting	11
3.2.2 Resultaten WalkRounds™	19
3.2.3 Resultaten nameting	24
4 BESCHOUWING EN CONCLUSIE	27
5 LITERATUUR	29
6 BIJLAGE	31
BIJLAGE 1	32
BIJLAGE 2	33

Samenvatting

In dit project onderzochten we hoe het management en de Raden van Bestuur binnen zorgorganisaties in de langdurige zorg aandacht gaven aan veiligheid in de zorg en of dit veranderde wanneer het management en de Raden van Bestuur regelmatig langsgingen op de afdelingen om te praten over veiligheid, zogenaamde Executive Walkrounds™. Aan dit onderzoek deden in totaal 13 organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VV&T) mee.

In totaal zijn in de voormeting 23 bestuurders geïnterviewd, hebben 22 bestuurders de enquête ingevuld en zijn van alle deelnemende organisaties Raad van Bestuur-vergadersverslagen geanalyseerd. In de nameting zijn 21 bestuurders geïnterviewd, hebben 16 bestuurders de enquête ingevuld en zijn van alle deelnemende organisaties Raad van Bestuur-vergadersverslagen geanalyseerd.

KENMERKEN VEILIGHEIDSBELEID

Uit de interviews en vergadersverslagen blijkt dat veiligheid bij de bestuurders van alle organisaties op de agenda staat. Uit de vergadersverslagen blijkt dat de Raden van Bestuur gedurende het jaar voorafgaand aan het onderzoek in totaal 480 keer over patiëntveiligheid spraken met andere groepen zoals het managementteam, de cliëntenraad, de raad van toezicht, etc. Er stonden 585 signalen over (on)veiligheid in de vergadersverslagen. Signalen over 'incidenten - cijfers/prestatie indicatoren' kwamen het meest voor (26,2%), gevolgd door signalen over 'zorgverlening' (21,4%).

Signalen over onveiligheid zijn vooral afkomstig van harde managementinformatie, zoals klachten van cliënten, incidenten of ziekteverzuim cijfers. Ook externe prikkels vanuit een HKZ-audit, de overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg of calamiteiten bij andere zorgorganisaties vormen een aanleiding.

De sectoren (GGZ, GHZ, VV&T) verschillen niet in de mate waarin veiligheid op de agenda staat. De thema's verschillen wel. In de GGZ speelt vooral het terugdringen van Dwang & Drang en suicides, in de GHZ is er naast aandacht voor Dwang & Drang ook aandacht voor de sociale veiligheid. In de VV&T speelt het dilemma veiligheid versus vrijheid.

MEERWAARDE WALKROUNDS™

In het tweede deel van het onderzoek zijn in 6 organisaties de WalkRounds™ geïntroduceerd (2 GGZ, 2 GHZ, 2 VV&T). Iedere organisatie volgde een workshop en tussen juli 2012 en november 2013 zijn 68 WalkRounds™ uitgevoerd (36 startbezoeken en 32 follow-ups).

Een WalkRound™ bestond uit een open discussie met medewerkers, familie, naasten en/of cliënten over patiëntveiligheid. De WalkRounds™ duurden maximaal 60 minuten. Soms werden de bijeenkomsten aangevuld met een wandeling over de afdeling. De WalkRound™-teams bestonden over het algemeen uit 3 leden: de voorzitter van de Raad van Bestuur, een medisch specialist en een kwaliteits- en veiligheidsmanager.

De WalkRound™-teams hebben in totaal met 446 mensen gesproken. Meestal betrof dit medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, pedagogisch medewerkers, medisch specialisten en orthopedagogen). Bij de VV&T organisaties werden ook familieleden, naasten en/of vrijwilligers uitgenodigd bij het gesprek. In de GHZ organisaties vonden er ook bezoeken plaats waar alleen met cliënten gesproken werd.

In totaal werden tijdens de WalkRounds™ 294 verschillende zachte signalen gerapporteerd. De meest voorkomende signalen betroffen 'zorgverlening' (29%), 'communicatie' (19%), 'omgeving' (18%) en personeelsinzet (15%). In de GGZ betrof 30% van alle zachte signalen signalen over 'zorgverlening'. In de meeste gevallen ging dit om meningsverschillen over inschatting van risico op agressie en/of suïcide, en om een tekort aan kennis en vaardigheden van het personeel. In de VV&T en de GHZ kwamen ook de meeste zachte signalen uit de categorie 'zorgverlening' (29% en 27%). Deze signalen varieerden van gebrek aan vaardigheden voor de specifieke patiëntenpopulatie tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden rondom medicatie inname en zorg- en begeleidingsplannen.

Op basis van de WalkRounds™ werden in totaal 245 verbeteractiviteiten gerapporteerd. De meeste verbeteractiviteiten (43%) betroffen 'organisatorische interventies gericht op de structuur', zoals heroverwegen van de personeelsinzet, repareren van het alarmsysteem, updaten van het brand-ontruimingsplan, herinrichting van gangen en recreatieruimten. 35% van de verbeteractiviteiten betroffen 'interventies gericht op de professional', zoals verbeteren van teamreflectie na agressie incidenten, updaten van kennis en vaardigheden, verbeteren team samenwerking, en ontwikkelen van een gezamenlijke visie op de cliëntpopulatie.

Alle WalkRounds™-teams beoordeelden de methode positief. De Executive WalkRound™ werd ervaren als een redelijk laagdrempelige manier om met elkaar in gesprek te gaan over risico's en gevoelens van (on)veiligheid en daarmee een goede methode om zachte signalen op te vangen. Tevens verhoogde de methode de 'sense of urgency' van veiligheidsonderwerpen en veiligheidsbewustzijn van leden van de Raad van Bestuur en de professionals. De dialoog tussen bestuurders, professionals, familie en/of cliënten werd gezien als een meerwaarde en als essentieel voor een gezamenlijke patiëntveiligheidscultuur.

WalkRound™-teams rapporteerden een toename in het vertrouwen tussen hen en de deelnemers. Tijdens het eerste WalkRound™ bezoek was er soms nog weinig interactie en vertrouwen. Tijdens het follow-up bezoek ervaarden de WalkRound™-teams een toename in de interactie en reflectie op patiëntveiligheidsissues. Professionals en leden van de Raad van Bestuur waardeerden deze bezoeken meer dan een officiële audit. Het belang van veiligheid werd vergroot doordat het bestuur direct geconfronteerd wordt met gevoelens en emoties van professionals, cliënten, familie en/of vrijwilligers. De aanwezigheid van de bestuurder bij een WalkRound™ was voor de professionals, cliënten, familie en/of vrijwilligers een signaal van betrokkenheid en serieus genomen te worden.

De 'zachte' signalen die opgepikt werden tijdens de WalkRounds™ bleken een aanvulling op de bestaande managementinformatie over veiligheid.

De invloed van de zachte signalen op het veiligheidsbeleid is niet aangetoond. Het veiligheidsbewustzijn bij professionals bleek wel vergroot. Door verschillende WalkRound™-teams werd bijvoorbeeld geconstateerd dat na afloop van een WalkRounds™ de professionals zelf initiatieven namen ter verbetering van de veiligheid.

Alle 6 organisaties die de WalkRounds™ voor het onderzoek hebben ingevoerd gaan er mee verder nu het onderzoek is afgelopen.

1 Inleiding

Er is de laatste jaren veel aandacht voor kwaliteit en veiligheid in de zorg. Van gezondheidszorginstellingen wordt verwacht dat zij in veilige zorg investeren. Goede of uitstekende kwaliteit en veiligheid van zorg vraagt sturing, zowel van professionals als van bestuurders¹⁻⁶.

Recente calamiteiten in de zorg laten zien dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals, bestuur en intern toezicht onduidelijk is en te vrijblijvend wordt ingevuld⁷. Ook lijkt het bestuurders te ontbreken aan instrumenten om patiëntveiligheid op organisatieniveau te kunnen verbeteren en borgen⁸.

Onderzoek in ziekenhuizen laat zien dat er betere uitkomsten op het gebied van kwaliteit en veiligheid zijn als:

1. het bestuur meer dan 25% van de tijd aan kwaliteitssaken besteedt,
2. het bestuur een formeel rapport met kwaliteitssuitkomsten krijgt,
3. er een hoge mate van interactie is tussen het bestuur en de medische staf over de kwaliteitsstrategie,
4. de beloning van het bestuur gedeeltelijk gebaseerd is op kwaliteitssuitkomsten, en
5. de CEO geïdentificeerd wordt als de persoon met de grootste impact op kwaliteit, vooral als deze zo gezien wordt door de manager die verantwoordelijk is voor kwaliteit⁶.

Of dit ook kenmerken voor betere uitkomsten zijn in de langdurige zorg is niet onderzocht.

In de huidige veiligheidsbenadering in de gezondheidszorg ligt de nadruk op sturing op basis van harde managementinformatie. Het melden en analyseren van incidenten, het vastleggen van indicatoren en de informatie die kwaliteitskaders en programma's als Zichtbare Zorg opleveren, zijn hiervoor essentieel. Deze informatie helpt professionals en bestuurders om kwaliteit en veiligheid te bewaken en te verbeteren. Deze benadering is echter niet de enige manier om kwaliteit en veiligheid te bewaken. Uit de analyse van recente calamiteiten in de zorg blijkt dat indirecte signalen dat er iets mis was (bijvoorbeeld ontevredenheid van personeel, ruzie in de medisch staf) niet opgepakt zijn of onvoldoende serieus zijn genomen. Deze zogenaamde 'zachte signalen' verdienen een plaats in de veiligheidsbenadering^{9;10}. Ze kunnen de bestuurder helpen om de juiste vragen te stellen en gericht onderzoek te doen⁷. Ze dienen als 'early warnings' en kunnen incidenten mogelijk voorkomen. 'Zachte signalen' kunnen op deze manier harde managementinformatie aanvullen of juist bevestigen. Over de mate waarin besturen van gezondheidszorginstellingen in de langdurige zorg gebruik maken van deze 'zachte signalen' en het effect daarvan op het veiligheidsbeleid is weinig bekend. Onderzoek van Twijnstra Gudde¹⁰ en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)⁷ laat zien dat instellingen waarbij het goed gaat met kwaliteit en veiligheid een aantal gezamenlijke kenmerken hebben. Een van deze kenmerken is dat betekenisvolle kwantitatieve en kwalitatieve informatie, ook van patiënten en cliënten, wordt gebruikt om de samenwerking tussen professionals en bestuur te faciliteren. Het rapport benoemt ook een aantal aandachtspunten binnen de langdurige zorg. Zo is het in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T) belangrijk dat de bestuurder contact heeft met de werkvloer om op tijd signalen op te vangen en de professional te ondersteunen in het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicaptenzorg (GHZ) wordt het serieus nemen van 'zachte signalen' als belangrijk onderwerp genoemd. Daarnaast wordt wederzijds vertrouwen tussen professionals en bestuur als randvoorwaarde genoemd voor een effectief veiligheidsbeleid¹⁰.

In 1999 is de methode Executive WalkRoundsTM ontwikkeld door het Institute for Healthcare Improvement als een methode om bestuurders bewust te maken van patiëntveiligheid en een veiligheidscultuur binnen de organisatie op te bouwen^{1;11}. Executive WalkRoundsTM vinden plaats op patiëntgebonden afdelingen en zijn een middel om als bestuurders op informele wijze te spreken met professionals over patiëntveiligheid en betrokkenheid te tonen ten aanzien van foutmeldingen¹². Frankel¹ toonden aan dat invoering van deze WalkRoundsTM in ziekenhuizen leidde tot toegenomen patiëntveiligheid (>75% van de gevonden patiëntveiligheidskwesties werden opgelost) en tot het vertrouwen dat de bestuurder er was om de professionals van alle niveaus en disciplines te steunen en naar ze te luisteren. Montgomery¹³ signaleerde 79 verschillende patiëntveiligheidskwesties gedurende 7 WalkRoundsTM in een ziekenhuis. In de 8 maanden waarin het onderzoek liep werd 39% van deze kwesties opgelost.

De patiëntveiligheidskwesties die gevonden werden betroffen geen incidenten maar kwesties die tot een incident zouden kunnen leiden. De Executive WalkRounds™ blijken dus een effectieve methode om meer 'zachte signalen' op te vangen en leiden daarnaast tot vertrouwen tussen professionals en de bestuurders. De methode van Executive WalkRounds™ is ontwikkeld voor de intramurale setting en is tot nu toe slechts in ziekenhuizen gebruikt en onderzocht. In de langdurige zorg (GGZ, GHZ en VV&T) zijn ook andere zorgvormen aanwezig zoals kleinschalig wonen en thuiszorg. Onduidelijk is of deze methode bruikbaar is voor de langdurige zorg en wat de invloed is op het aantal genomen veiligheidsmaatregelen.

Doelstelling

Doel van dit onderzoeksproject is het in kaart brengen van de manier waarop besturen van organisaties die langdurige zorg verlenen met veiligheid omgaan en beschrijven van de kenmerken van besturen met betere veiligheidsuitkomsten. Daarnaast heeft dit project tot doel om Executive WalkRounds™ te introduceren teneinde de meerwaarde van het sturen op 'zachte signalen' te onderzoeken.

Vraagstelling

Kenmerken veiligheidsbeleid

1. Wat zijn de huidige activiteiten op het terrein van kwaliteit en veiligheid van besturen in de langdurige zorg?
2. Op basis van welke signalen worden veiligheidsmaatregelen genomen?
3. Verschillen de activiteiten op het terrein van kwaliteit en veiligheid op basis van kenmerken van de instelling (sector, omvang van de instelling, locatie)?
4. Is er een relatie tussen de huidige activiteiten en de uitkomsten die gemeten worden ten behoeve van het kwaliteitskader langdurige zorg?
5. Wat zijn de kenmerken van besturen van organisaties met betere uitkomsten op het terrein van kwaliteit en veiligheid?

Meerwaarde van sturen op zachte signalen

6. Welke 'zachte signalen' worden verkregen met WalkRounds™ ?
7. Hoe evalueren Raden van Bestuur en professionals de WalkRounds™ en het onderlinge vertrouwen in het bijzonder?
8. Leidt het sturen op 'zachte signalen' tot meer en/of andere veiligheidsmaatregelen?

2 Methoden

2.1 Design en setting

Een exploratieve, beschrijvende studie met een voor- en nameting bij organisaties voor langdurige zorg (GGZ, GHZ en VV&T), van april 2012 tot en met december 2013.

De onderzoekspopulatie bestond uit Raden van Bestuur en leden van het management en/of staf (bv. regiodirecties, managers, 1^e geneeskundige, beleidsmedewerker kwaliteit en veiligheid) van organisaties voor langdurige zorg. In totaal zijn 13 organisaties geïnccludeerd; 4 GGZ organisaties, 4 GHZ organisaties en 5 organisaties in de VV&T sector. Na schriftelijk toestemming tot deelname zijn de organisaties ‘niet willekeurig’ verdeeld in een interventie – en controle organisatie. De interventiegroep bestond uit 2 organisaties per sector. De overige 7 organisaties fungeerden als controlegroep.

Ten behoeve van de voormeting werden in de deelnemende organisaties gegevens verzameld om de kenmerken van besturen te identificeren en inzicht te krijgen in de bestuurlijke activiteiten op het gebied van veiligheid. Vervolgens werd de methode Executive WalkRounds™ voor het opsporen van ‘zachte signalen’ geïntroduceerd, uitgevoerd en geëvalueerd bij zes organisaties. Een jaar na de introductie van de WalkRounds™ werden opnieuw bij alle besturen (n = 13) gegevens verzameld identiek aan de voormeting. Daarnaast zijn in alle organisaties gegevens verzameld over de verbeteractiviteiten die door de bestuurders zijn genomen in het afgelopen jaar.

2.2 Interventie

Om de bruikbaarheid van de methode van Executive WalkRounds™ in de langdurige zorg te bevorderen is het originele concept² gemodificeerd. Gebaseerd op de literatuur over Executive WalkRounds™^{2;3;12;13;14;15} is een standaardhandleiding ontwikkeld om de drie fasen van het WalkRound™ proces te ondersteunen, te weten de voorbereiding, uitvoering en follow-up. De handleiding bevatte ook grondregels en voorbeeldvragen. Om eenduidigheid van de methode te bevorderen zijn een standaard openingsvraag en twee afsluitende vragen vastgesteld. Deze vragen waren respectievelijk “Kunt u een gebeurtenis herinneren van de afgelopen dagen die heeft geleid tot schade of bijna schade bij een patiënt / cliënt?” , “Wat kan deze afdeling doen om veiligheid structureel te verbeteren?” en “Op welke manier kunnen we nog meer uit de WalkRounds™ halen?”.

In dit onderzoek bestonden de WalkRounds™ uit maandelijks, vooraf aangekondigde bezoeken van een interdisciplinair team bestaande uit (een lid van) de Raad van Bestuur, het management en/of de staf (bijv. directies, managers, 1^e geneeskundige, beleidsmedewerker kwaliteit en veiligheid) aan verschillende afdelingen, units of teams van de organisatie. In totaal werden 6 afdelingen bezocht met een follow-up na een half jaar. Iedere WalkRound™ duurt 30 – 60 minuten. Tijdens de WalkRounds™ werden specifieke vragen gesteld aan de aanwezige verpleegkundigen, artsen en andere aanwezige professionals en eventueel patiënten en mantelzorgers op basis van een vast script. Een open discussie over (patiënt)veiligheid werd gestimuleerd. Alle gegevens van de WalkRound™ werden genoteerd: bezochte afdeling, aantal en type medewerkers / patiënten / mantelzorgers die gesproken zijn, opmerkingen die gemaakt zijn door de medewerkers en eventueel patiënten en mantelzorgers. Na afloop werd de WalkRound™ apart nabesproken in het WalkRound™ team en de opgevangen zachte signalen werden onderverdeeld in één van de 8 categorieën (zorgverlening, communicatie, omgeving, materiaal, transport, medicatie, beveiliging, personeelsinzet)¹³. Tevens werd het risico van elk zacht signaal ingeschat en gescoord als “zeer laag”, “laag”, “hoog” of “zeer hoog”. Vervolgens bepaalde het WalkRound™ team wie het probleem aan zou pakken en wat er gedaan moest worden. Problemen die een onmiddellijk risico vormden werden binnen 24-48 uur aangepakt in samenwerking met de bestuurders. Het geheel werd gerapporteerd volgens het voor het onderzoek ontwikkelde rapportageformulier.

Alle problemen en verbeteracties c.q. veiligheidsmaatregelen werden geregistreerd in een database. De voorzitter van het WalkRound™ team bewaakte de uitvoering van de gemaakte afspraken en koppelde de conclusies binnen 1 week terug naar de leidinggevende van de bezochte afdeling, unit of team.

Daarnaast besprak de voorzitter van het WalkRound™ team de veiligheidskwesties regelmatig met de verantwoordelijke binnen de Raad van Bestuur en een rapport met de uitkomsten uit de rondes, inclusief de oplossingen werd regelmatig besproken in de vergaderingen van de Raad van Bestuur. Om de bruikbaarheid van de methode te bevorderen hebben de verschillende WalkRound™ teams de mogelijkheid gehad om, met uitzondering van de grondregels, de openings- en afsluitende vraag en het rapportageformulier, het script aan te passen aan de eigen situatie, setting en populatie. Ter introductie van de interventie heeft ieder afzonderlijk WalkRound™ team een workshop gevolgd van 3 uur. Hierin is de methode uitgelegd en heeft men afspraken gemaakt over de uitvoering en invoering van de methode in de eigen organisatie.

2.3 Dataverzameling

Het onderzoek bestond uit twee delen. Deel 1 betrof de kenmerken van het veiligheidsbeleid van de deelnemende organisaties. Er is geïnventariseerd wat de huidige bestuurlijke activiteiten op het terrein van kwaliteit en veiligheid zijn, op basis van welke signalen veiligheidsmaatregelen zijn ingezet, en hoe deze activiteiten samenhangen met de indicatoren uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg. In deel 2 stond het sturen op 'zachte signalen' middels Executive WalkRounds™ centraal. De meerwaarde en bruikbaarheid van het sturen op zachte signalen is onderzocht en de invloed hiervan op het veiligheidsbeleid is geëvalueerd.

Deel 1

De gegevens over het veiligheidsbeleid van de besturen zijn verzameld middels interviews, enquêtes en dossieronderzoek (analyse van Raad van Bestuur vergaderverslagen uit de periode maart 2011 t/m februari 2012).

Om de verschillen tussen de organisaties met betrekking tot het patiëntveiligheidsbeleid te kunnen beschrijven zijn gegevens verzameld over: regio, omvang, doelgroepen, aantal cliënten, fte medewerkers, organisatiestructuur, managementvisie, verantwoordelijkheidsverdeling en de kaderbrieven 2012 en 2013. Om te beschrijven hoe de kenmerken van het veiligheidsbeleid samenhangen met betere uitkomsten uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg zijn de volgende aanvullende gegevens verzameld:

- * Prestatie indicatoren Zichtbare Zorg GGZ, GHZ en VV&T, verslagjaar 2011 en 2012;
- * CQ index VV&T, verslagjaar 2011;
- * Evaluatie van het patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 "Veilige zorg, ieders zorg";
- * Vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, Pijler 1 (kernegegevens kwaliteit op organisatieniveau) 2011 en 2A (kernegegevens kwaliteit op cliëntniveau) 2012

Deel 2

Om gegevens over de meerwaarde van het sturen op zachte signalen te verzamelen is een WalkRound™ rapportageformulier ontwikkeld door de onderzoekers. Aanvullend is een topiclijst ontwikkeld om de communicatie en sfeer tijdens de WalkRounds™ te kunnen observeren. Tevens zijn de WalkRounds™ digitaal vastgelegd als geluidsfragment.

De ervaringen met en de meerwaarde en bruikbaarheid van de methode zijn geëvalueerd middels een semigestructureerd interview met elk WalkRound™ team. Topics voor dit interview zijn gebaseerd op de vraagstellingen en de uitkomstmaten, aangevuld met advies van een expert op het gebied van verbeterstrategieën.

Na de interventieperiode werden opnieuw bij alle besturen (n = 13) gegevens verzameld identiek aan de voormeting zoals beschreven in deel 1. Daarnaast is systematisch in kaart gebracht hoeveel en wat voor soort verbeteractiviteiten in het afgelopen jaar door de bestuurders zijn uitgevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van het kader van Hulscher et al¹⁷. Dit kader beschrijft de kenmerken van een verbeteractiviteit, zoals de inhoud van de activiteit, de aanleiding, de doelgroep en de uitvoerder.

2.4 Analyse

Kenmerken van de deelnemende organisaties en hun veiligheidsbeleid zijn beschreven en onderlinge verschillen zijn geanalyseerd via beschrijvende statistiek, frequenties, gemiddelden en percentages. Kwantitatieve en kwalitatieve analyse methoden zijn gebruikt om de resultaten uit de enquêtes, interviews en dossieronderzoek te analyseren. Bij de kwalitatieve analyse zijn via coderen hoofdcategorieën geïdentificeerd. Om de signalen uit het dossieronderzoek te kunnen vergelijken met de zachte signalen voortkomend uit de WalkRounds™ zijn alle signalen op gelijke wijze gecategoriseerd (bijlage 1). Hierbij is gebruik gemaakt van de 8 categorieën van Montgomery¹³. De onderzoekers hebben de resultaten eerst onafhankelijk van elkaar gecodeerd en ingedeeld. In onderling overleg en op basis van discussie bij verschil van mening is consensus bereikt over de uiteindelijke indeling in kerncategorieën. De programma's SPSS versie 18 en ATLAS.Ti versie 6.2 zijn gebruikt voor respectievelijk de kwantitatieve en kwalitatieve data analyse.

3 Resultaten

3.1 Respons

Dertien organisaties uit de langdurige zorg participeerden in dit onderzoek. De organisaties waren verspreid over Nederland en varieerden qua grootte, aantal leden in de Raad van Bestuur, fte/personeel en aantal cliënten (zie tabel 1). In totaal zijn 44 bestuurders geïnterviewd, hebben 37 bestuurders de enquête ingevuld en zijn van alle deelnemende organisaties de vergaderverslagen (n = 223) geanalyseerd.

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemende organisaties.

Instelling	Omvang	Regio / landelijk of stedelijk	FTE	Aantal cliënten	Aantal leden RvB
GGZ 1 (I)	10 locaties	Midden Oost / stedelijk	1.753	20.489	3
GGZ 2 (I)	13 locaties	West / stedelijk	691	11.368	2
GGZ 3 (C)	6 locaties	Midden Zuid / landelijk	1.546	16.602	2
GGZ 4 (C)	20 locaties	Noord / landelijk	2.296	18.029	2
GHZ 1 (C)	43 locaties	Oost / stedelijk en landelijk	1.549	2.047	1
GHZ 2 (I)	10 locaties	Midden Zuid / stedelijk en landelijk	n = 2.694	2.523	2
GHZ 3 (I)	150 locaties	Midden / stedelijk en landelijk	1.480	2.804	1
GHZ 4 (C)	400 locaties	Noord / stedelijk en landelijk	2.700	3.188	2
VV&T 1 (C)	2 locaties	Noord West / landelijk	127	289	1
VV&T 2 (C)	20 locaties	Midden Zuid / landelijk	1.058	2.006	1
VV&T 3 (I)	3 locaties	Midden / landelijk	81	246	1
VV&T 4 (I)	19 locaties	Midden West / stedelijk	1.311	3.389	2
VV&T 5 (C)	18 locaties	Midden / stedelijk	2.042	10.992	2

I = WalkRound™ groep. C = controle groep.

GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg

GHZ = Gehandicapten Zorg

VV&T = Verpleeg- en Verzorgingshuizen & Thuiszorg

3.2 Resultaten

3.2.1 Resultaten voormeting

DEEL 1: KENMERKEN VEILIGHEIDSBELEID

Patiëntveiligheid op de agenda van de Raad van Bestuur

Uit de interviews en vergaderverslagen van de Raad van Bestuur bleek dat veiligheid bij de bestuurders van alle organisaties op de agenda stond (tabel 2). Bestuurders gaven aan dat veiligheid een continu onderwerp was. Dit bleek ook uit de beleidsstukken van de meeste organisaties (tabel 3). De tijd die per vergadering besteed werd aan veiligheidsgerelateerde onderwerpen varieerde tussen de 15 en 30 minuten en was in uitzonderingsgevallen (bijv. bij calamiteiten) langer.

Tabel 2: Agendering veiligheid op Raad van Bestuur agenda (bron: dossieronderzoek voormeting (maart 2011 – maart 2012))

Instelling	Aantal vergaderingen RvB	Aantal keer over veiligheid (%)	Standaard of incidenteel geagendeerd
GGZ 1	37	26 (70,3%)	Incidenteel
GGZ 2	46	41 (89,1%)	Standaard
GGZ 3	19	18 (94,7%)	Incidenteel
GGZ 4	41	29 (70,7%)	Incidenteel
GHZ 1	0 ^a	0 ^a	-
GHZ 2	0 ^a	0 ^a	-
GHZ 3	32	12 (37,5%)	Incidenteel
GHZ 4	26	14 (53,8%)	Incidenteel
VV&T 1	0 ^a	0 ^a	-
VV&T 2	0 ^a	0 ^a	-
VV&T 3	0 ^a	0 ^a	-
VV&T 4	39	33 (84,6%)	Incidenteel
VV&T 5	34	27 (79,4%)	Standaard

a eenhoofdige Raad van Bestuur

Tabel 3: Consistentie in agendering patiëntveiligheidsbeleid.

Instelling	Enquête RvB ¹	Interview RvB ²	Beleid ³	Management Systemen ⁴	Monitoring Kwaliteitsdata, Veiligheid ⁵	Totaal
GGZ1	++	++	++	+	++	++
GGZ 2	+	++	+	+	+	+
GGZ 3	++	++	++	+	++	++
GGZ4	++	++	++	+	+	+
GHZ5	+	++	+	+	++	+
GHZ6	+	+	+/-	+	+	+
GHZ7	+	+	+	+	+/-	+
GHZ8	++	++	++	+	++	++
VVT9	++	++	++	+/-	++	+
VVT10	++	+	++	+/-	++	+
VVT11	++	++	+	+	++	+
VVT12	++	++	+	++	++	++
VVT13	++	+	+	+/-	++	+

¹ gegevens uit enquête Raad van Bestuur

² gegevens uit interview Raad van Bestuur

³ beschreven in jaarverslag 2011/jaarplan, kaderbrief 2012 en evt. feiten&cijfers

⁴ aanwezigheid VIM, VMS; PDCA cyclus of P&C cyclus; PRISMA of SIRE analyse

⁵ ZiZo; CQ + MTO of VVB + evaluatie "Veilige zorg, ieders zorg"

++ komt continue / in alle items of stukken aan bod *en/of* is in doelen / resultaten uitgewerkt

+ komt meestal / vaak in de items of stukken aan bod *en/of* is in doelen / resultaten uitgewerkt

+/- komt wisselend / af en toe in de items of stukken aan bod *en/of* is beperkt uitgewerkt

- komt zelden aan bod *en/of* is beperkt uitgewerkt

-- komt nooit / niet aan bod

Gesprekspartners Raad van Bestuur over patiëntveiligheid

Uit dossieronderzoek in de voormeting bleek dat de Raden van Bestuur gedurende het jaar voorafgaand aan het onderzoek in totaal 480 keer over patiëntveiligheid spraken in het overleg met een van de onderstaande gremia (tabel 4). Patiëntveiligheid kwam het meest ter sprake in het overleg tussen de Raad van Bestuur en het managementteam, namelijk 203 keer. In het overleg met de (Centrale) Cliëntenraad ((C)CR) kwam patiëntveiligheid ook ter sprake, echter minder vaak dan in overleg met andere gremia. In de gehandicaptenzorg sprak de Raad van Bestuur het meest met de (C)CR over patiëntveiligheid. Uit de verdeling binnen de sectoren blijkt dat in de GGZ het onderwerp patiëntveiligheid het meest werd besproken met het College van Eerste Geneeskundigen. In de GHZ en de VV&T werd patiëntveiligheid het meest besproken in het MT.

Tabel 4: Frequentie overleg over patiëntveiligheid Raad van Bestuur met andere gremia, gedurende 1 jaar (bron: dossieronderzoek voormeting)

GREMIUM	GGZ	GHZ	VVT	TOTAAL
Raad van toezicht	16	8	33	57
Managementteam	37	74	92	203
Ondernemingsraad	12	20	2	34
(Centrale) Clientenraad	5	18	14	37
MIC / VIM commissie	4	8	6	18
Familieraad	0	0	0	0
Vakgroepen / VAR	0	0	0	0
Patiëntenvertrouwenspersoon	1	0	1	2
Vertrouwenspersoon Medewerkers	1	3	0	4
Interne klachtencommissie	4	5	1	10
Externe klachtencommissie	2	0	1	3
College Eerste Geneeskundigen	49	0	0	49
Stuurgroep Kwaliteit	0	0	0	0
Stuurgroep Risicomanagement	6	0	0	6
Veiligheidscommissie	35	0	0	35
IGZ	0	0	1	1
Middelen & Maatregelen commissie	0	1	2	3
ARBO commissie	0	0	5	5
Commissie Infectiepreventie	0	0	1	1
Stuurgroep Centrale Zorgthema's	0	0	6	6
Geneesmiddelencommissie	0	6	0	6
TOTAAL	172	143	165	480

De onderwerpen die besproken werden met deze gremia zijn ingedeeld in 11 categorieën, zie bijlage 1.

In het overleg tussen de Raad van Bestuur - Raad van Toezicht en Raad van Bestuur – Managementteam over patiëntveiligheid kwamen onderwerpen uit de categorie 'Incidenten - cijfers / prestatie-indicatoren' respectievelijk 18 en 96 keer ter sprake. Onderwerpen t.a.v. patiëntveiligheid binnen de categorie 'zorgverlening' werden met deze gremia respectievelijk 14 en 24 keer besproken. Met het managementteam werd niet gesproken over patiëntveiligheid gerelateerd aan 'transport', en onderwerpen uit de categorie 'materiaal' kwamen slechts 4 keer voor.

Van de 49 keer dat patiëntveiligheid ter sprake kwam in het overleg met het college van Eerste Geneeskundigen kwamen onderwerpen uit de categorie 'Incidenten - cijfers/prestatie-indicatoren' het vaakst voor (31 keer). Tijdens het overleg tussen Raad van Bestuur en de Centrale Cliëntenraad werd met name gesproken over patiëntveiligheid gerelateerd aan 'zorgverlening' (11 keer), 'incidenten - cijfers / prestatie-indicatoren' kwamen 9 keer ter sprake.

Signalen over patiëntveiligheid

De inhoud van de verslagen van de Raden van Bestuur is geanalyseerd en signalen van (on)veiligheid zijn gecodeerd en geordend aan de hand van 11 categorieën (zie bijlage 1). In totaal zijn 585 signalen op het gebied van (on)veiligheid geconstateerd (tabel 5). Signalen met betrekking tot 'incidenten - cijfers/prestatie-indicatoren' kwamen het meest frequent voor (n = 153, 26,2%), gevolgd door signalen omtrent zorgverlening (n = 125, 21,4%). Het minst vaak kwamen signalen naar voren in de categorie 'transport' (n=0) en 'materiaal' (n=3, 0,5%).

Tabel 5: Signalen veiligheid uit dossiers Raad van Bestuur per categorie en per sector (bron: dossieronderzoek voormeting)

Signalen	GGZ (n=239)	GHZ (n=164)	VVT (n=182)	Totaal (n=585)
Zorgverlening	20,5% (49)	20,1% (33)	23,6% (43)	21,4 % (125)
Communicatie	10,5% (25)	5,5% (9)	3,8% (7)	7 % (41)
Omgeving	15,9% (38)	6,7% (11)	8,2% (15)	10,9 % (64)
Materiaal	0,0% (0)	0,6% (1)	1,1% (2)	0,5 % (3)
Transport	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0 % (0)
Medicatie	7,5% (18)	12,8% (21)	9,3% (17)	9,6 % (56)
Veiligheidsgevoel	4,2% (10)	3,6% (6)	5,5% (10)	4,4 % (26)
Personeelsinzet	1,7% (4)	6,7% (11)	4,9% (9)	4,1 % (24)
Lossen incidenten/niet te classificeren	16,3% (39)	7,3% (12)	12,1% (22)	12,5 % (73)
Incidenten - cijfers/prestatie-indicatoren	18,4% (44)	34,8% (57)	28,6% (52)	26,2 % (153)
Overig	5,0% (12)	1,8% (3)	2,7% (5)	3,4 % (20)

Per sector kwamen andere signalen naar voren in de verslagen van de Raad van Bestuur; de aantallen en accenten verschillen (tabel 5). Zo ging het respectievelijk om 239 signalen voor de GGZ, 164 voor de GHZ en 182 signalen voor de VV&T sector. Naast onderling verschil blijkt dat ongeacht de sector de meeste signalen zijn geconstateerd in respectievelijk de categorie 'incidenten - cijfers/prestatie-indicatoren' en 'zorgverlening'. De top 3 in de categorieën 'incidenten - cijfers / prestatie-indicatoren' in de GGZ bestaat uit signalen op het gebied van suïcides (n = 25), vrijheidsbeperkende maatregelen (n = 17), ziekteverzuim (n = 8) en valincidenten (n = 8). Signalen betreffende suïcides zijn vooral jaaroverzichten en verslagen van suïcides. Ook wordt melding gemaakt van onderzoek en evaluaties van suïcides.

In de GHZ vormden signalen over ziekteverzuim, het aantal klachten en vrijheidsbeperkende maatregelen de top 3 binnen de categorie 'incidenten - cijfers / prestatie-indicatoren', met respectievelijk 12, 10 en 10 signalen. Bij ziekteverzuim gaat het vooral om verzuimcijfers per kwartaal of meldingen die tot verzuim hebben geleid. Daarnaast is er sprake van analyse van oorzaken van ziekteverzuim.

Binnen de VV&T bestaat de top 3 van signalen over 'incidenten - cijfers / prestatie-indicatoren' uit valincidenten (n = 17), grensoverschrijdende gedrag (n= 11) en patiënttevredenheid en medewerkertevredenheid, beiden met 6 signalen. Bij signalen over valincidenten is er sprake van een jaaroverzicht van het totaal aantal valincidenten, melding van een individueel incident of verslagen van een Meldingen Incidenten Bewoners (MIB) commissie.

De meeste signalen met betrekking tot 'incidenten - cijfers/prestatie-indicatoren' betroffen vrijheidsbeperkende

maatregelen (n= 31). Voorbeelden hiervan zijn: kengetallen van het totaal aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per kwartaal; het aantal cliënten waarbij sprake is van afzondering, fixatie of een afbouwtraject; of zoals blijkt uit onderstaand citaat uit de GGZ, een constatering van de daling van de duur van de separaties: *“De aantallen separaties blijken toe te nemen, maar de duur is korter. De afzonderingen zijn hoger in aantal. De totaaltijd van separeren en afzonderen is toegenomen, waarbij de tendens is dat er meer afzonderingen zijn in plaats van separaties. Het verschil is echter nog te klein om hier definitief iets over te zeggen. Ook in het 3e kwartaal zet de stijging van totaaltijd separatie + afzondering zich door, waardoor het beleid om separaties terug te dringen nog niet echt effectief lijkt te zijn.”*

In de categorie 'zorgverlening' vormden klachten van cliënten over behandeling en bejegening de grootste groep met 41 klachten.

Bronnen voor signalen over patiëntveiligheid

De signalen over (on)veiligheid zijn afkomstig van diverse bronnen (tabel 6). De bronnen zijn gecodeerd en geordend in één van de volgende 11 bronnen: advies, audit (intern of extern), correspondentie, evaluatie, externe bron, IGZ (bezoek, correspondentie, rapportage), management informatie, melding (van cliënt, medewerker of via mail), notitie, overleg en rapportage (jaarrapportage, kwartaalrapportage, CQ meting, Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO) of specifieke rapportage n.a.v. een thema).

Tabel 6: bronnen voor signalen over (on)veiligheid per sector (bron: dossieronderzoek voormeting)

Bronnen	GGZ (n= 133)	GHZ (n= 62)	VVT (n=96)	Totaal (n=291)
Advies	30 %	10 %	60 %	3,4 %
Audit	42,9 %	21,4 %	35,7 %	4,8 %
Correspondentie	50 %	37,5 %	12,5 %	2,7 %
Evaluatie	88,9 %	11,1 %	0 %	3,1 %
Externe bronnen	71,4 %	14,3 %	14,3 %	2,4 %
Inspectie	28,2 %	30,8 %	41 %	13,4 %
Management info	27,5 %	25 %	47,5 %	13,7 %
Melding	44,8 %	20,7 %	34,5 %	10 %
Notitie	44,4 %	44,4 %	11,1 %	3,1 %
Overleg	47,8 %	26,1 %	26,1 %	7,9 %
Rapportage	55,3 %	14,6 %	30,1 %	35,4 %

Verbeterinitiatieven

De verbeterinitiatieven die volgens de dossiers zijn ingezet zijn gecodeerd in 7 categorieën (bijlage 2). In totaal zijn 22 verbeterinitiatieven beschreven (tabel 7). De verbetermaatregelen die genomen werden bleken het meest frequent organisatorische interventies gericht op de structuur te zijn. Dit betroffen: veranderingen van de setting, veranderingen in omvang en aard van diensten, veranderingen in fysieke structuur en faciliteiten. Bijvoorbeeld de opzet van een intensief auditsysteem in een GGZ instelling met betrokkenheid van Raad van Bestuur, afdeling Kwaliteit, directie, teammanagers en artsen voor een integrale aanpak. Daarbij wordt geaudit op o.a. somatische screening, diagnose, gedragsproblemen en incontinentie.

Tabel 7: Aantal verbetermaatregelen (bron: dossieronderzoek voormeting)

Type verbetermaatregel	GGZ	GHZ	VVT	Totaal
Financiële interventies gericht op de patiënt	0	0	0	0
Financiële interventies gericht op de professional	0	0	0	0
Interventies gericht op de professional	0	0	1	1
Organisatorische interventies gericht op de professional	0	1	1	2
Organisatorische interventies gericht op de patiënt	0	0	0	0
Organisatorische interventies gericht op de structuur	10	2	5	17
Wettelijke maatregelen	1	0	1	2

Relatie tussen de huidige activiteiten en de uitkomsten die gemeten worden ten behoeve van het kwaliteitskader langdurige zorg

De items uit het kwaliteitskader langdurige zorg worden besproken tijdens het overleg van de Raad van Bestuur. In het dossieronderzoek is dit gecodeerd als de categorie 'incidenten–cijfers / prestatie-indicatoren'. Het kwaliteitskader is echter gedurende het onderzoek aan discussie en verandering onderhevig geweest. Gedurende de afgelopen jaren zijn hierdoor niet jaarlijks dezelfde cijfers verzameld. Bovendien zijn cijfers pas een jaar later beschikbaar en heeft niet iedere deelnemende organisatie gegevens aangeleverd aan het kwaliteitskader volgens het vastgestelde format. De relatie tussen de activiteiten en het kwaliteitskader is hierdoor niet vast te stellen.

Kenmerken van besturen van organisaties met betere uitkomsten op het terrein van kwaliteit en veiligheid

Deze kenmerken zijn helaas niet te benoemen omdat het niet mogelijk is te definiëren wat betere uitkomsten zijn. In de langdurige zorg is veel discussie over het meten van de prestatie-indicatoren. Gedurende de afgelopen jaren zijn hierdoor niet jaarlijks dezelfde cijfers verzameld. Het is hierdoor niet mogelijk om organisaties op het terrein van kwaliteit en veiligheid met elkaar te vergelijken.

Zo zijn er bijvoorbeeld in de GGZ in 2011 andere gegevens verzameld dan in 2012 t.a.v. separaties. Zie onderstaande tabellen 8a en 8b. In 2011 keek men naar het aantal separaties (insluitingen), in 2012 werden er gegevens verzameld over het gemiddelde aantal en de gemiddelde duur van de separaties. Daarnaast is de definitie van 'separatie' veranderd; in 2011 werd er gekeken naar het feitelijk aantal separaties, in 2012 sprak men over de 'interventie' separatie. Hierdoor is het moeilijk om een verloop te zien tussen 2011 en 2012. De gegevens uit 2011 laten wel een verschil zien tussen de vier GGZ organisaties, waarbij GGZ1 meer separaties uitvoerde dan GGZ2. Het aantal uren dat iemand in de separeer verbleef was bij GGZ1 echter beduidend minder dan bij GGZ2. In 2012 lijken er weinig opvallende verschillen te zijn tussen de vier GGZ organisaties. Gegevens over 2013 waren ten tijde van dit onderzoek nog niet beschikbaar (worden openbaar gemaakt ongeveer juni 2014).

Tabel 8a: Overzicht Prestatie indicatoren ZiZo, GGZ 2011: thema veiligheid; separaties

Indicator	Eenheid	Indicator label	GGZ1	GGZ2	GGZ3	GGZ4
2.4.a.1	Aantal	Het aantal insluitingen in een separeerruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen.	3,6 (2640/741)	0,4 (109/264)	0,5 (145/289)	0,8 (260/318)
2.4.a.1	Aantal	Het aantal insluitingen in een afzonderingsruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen.	0,4 (332/741)	0,1 (17/264)	0,0 (7/289)	0,6 (204/318)
2.4.b.1	Aantal	Het aantal uren insluiting in een separeerruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen.	6,4 (16807/2640)	125,5 (13680/109)	25,7 (3723/145)	58,3 (15152/260)
2.4.b.1	Aantal	Het aantal uren insluiting in een afzonderingsruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen.	11,9 (3947/332)	8,9 (152/17)	23,6 (165/7)	74 (15096/204)

Tabel 8b: Overzicht prestatie indicatoren ZiZo, GGZ 2012: thema 2 Veiligheid; separaties

Indicator	Indicator Eenheid	Indicator label	GGZ1*	GGZ2	GGZ3*	GGZ4
2.4.a.1	Gemiddelde	Gemiddeld aantal separaties - doelgroep 1 Teller = aantal separatie-interventies in 2012 per RVE Noemer = totaal aantal klinisch verblijfsdagen per RVE Interventie: kan één of meerdere episodes bevatten	0,002 (359/15331)	Regio1: 0,02 (93/4640) Regio2: 0,01 (106/10153)	<i>Geen registratie (in 2012 registratie op basis van episodes, niet op basis van interventies)</i>	0,001 (138/98057)
2.4.a.2	Gemiddelde	Gemiddeld aantal separaties - doelgroep 2	0,002 (359/15331)	0 (noemer totaal = 84137)	<i>Geen registratie</i>	0,001 (81/98057)
2.4.b.1	Gemiddelde	Gemiddelde duur (aantal uren) van de separaties - doelgroep 1 Teller = totale duur van de separatie-episodes Noemer = totaal aantal separatie – episodes Episode = ononderbroken periode van verblijf in een separeer	7,8 (18083/322)	8,5 (17799/2088)	<i>Geen onderscheidt gemaakt in doelgroepen; zie cijfers bij doelgroep 2.</i>	4,4 dag (492/111) = 105,6 uur
2.4.b.2	Gemiddelde	Gemiddelde duur (aantal uren) van de separaties - doelgroep 2	7,8 (18083/2322)	0	17,1 (3472/203)	5,9 dag (492/84) = 140,4 uur

Doelgroep 1: Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de wet BOPZ

Doelgroep 2: Langdurig Zorgafhankelijken (LZA)

*GGZ1 en GGZ3 maken geen onderscheid in doelgroepen

3.2.2 Resultaten WalkRounds™

DEEL 2: MEERWAARDE VAN STUREN OP 'ZACHTE SIGNALLEN'

In het tweede deel van het onderzoek zijn in 6 organisaties de WalkRounds™ geïntroduceerd (2 GGZ, 2 GHZ, 2 VV&T). Iedere instelling volgde een workshop waarin de methode werd geïntroduceerd. Tussen juli 2012 en november 2013 zijn 68 WalkRounds™ uitgevoerd (36 startbezoeken en 32 follow-ups).

Een WalkRound™ bestond uit een open discussie met medewerkers, familie, naasten en/of cliënten over patiëntveiligheid. De gesprekken werden gepland en vonden plaats volgens een op de instelling afgestemd script.

De WalkRounds™ duurden maximaal 60 minuten. Soms werden de bijeenkomsten aangevuld met een wandeling over de afdeling. De WalkRound™ teams bestonden over het algemeen uit 3 leden: de voorzitter van de Raad van Bestuur, een medisch specialist en een kwaliteits- en veiligheidsmanager.

Tabel 9 geeft een overzicht van de variatie in de uitvoering van de WalkRounds™ en de samenstelling van het team.

De WalkRound™ teams hebben in totaal met 446 mensen gesproken. Meestal betrof dit professionals (verpleegkundigen, verzorgenden, pedagogisch medewerkers, medisch specialisten en orthopedagogen). Bij de VV&T werden ook familieleden, naasten en vrijwilligers uitgenodigd bij het gesprek. In de GHZ vonden bezoeken plaats waar alleen met cliënten gesproken werd.

Tabel 9: Praktijkvariatie WalkRounds™ c.q. WalkRound™ teams

Organisatie	GGZ1	GGZ2	GHZ2	GHZ3	VV&T3	VV&T4
Variabele						
RvB aanwezig	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Primair met personeel	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Primair met cliënten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Mix van personeel en cliënten	Nee	Nee	Nee	Enkele keer <i>(personeel is ondersteunend)</i>	Nee	Nee
Mix van cliënten, familie, vertegenwoordigers	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
Mix van personeel, familie en/of vrijwilligers	Nee	Nee	Nee	Enkele keer <i>(doelgroep afhankelijk)</i>	Nee	Ja
Functies leden WR team	1. regiodirecteur 2. regiodirecteur 3. circuitmanager 4. circuitmanager 5. decentrale risicocoördinator	1.Voorzitter RvB 2.Hoofd stafbureau 3.Directeur behandelzaken regio 4.Stafmedewerker / projectleider VIM	1.voorzitter RvB 2.beleidsadviseur 3. staffunctionaris inspectiezaken 4.BOPZ arts 5.manager sociale zaken 6.directeur regio (directeur regio, manager RIF, manager HVO, extern adviseur)	1.directeur service ondersteuning 2.directeur zorg 3.manager behandeling, kwaliteit en ontwikkeling 4.BOPZ arts 5.manager regio 6. manager regio 7. manager regio	1.bestuurder 2.manager Welzijn en Zorg 3.Manager Facilitair en Wonen 4. stafmedewerker beleid	1.voorzitter RvB 2. lid RvB 3. manager zorg 4. manager zorg 5. adviseur zorg 6. adviseur zorg 7. Specialist ouderen Geneeskunde (SOG) 8. SOG in opleiding 9. Specialist kwaliteit 10. specialist kwaliteit

Zachte signalen

In totaal werden tijdens de WalkRounds™ 294 verschillende zachte signalen gerapporteerd (tabel 10). Deze signalen zijn gecodeerd en geordend aan de hand van 11 categorieën (zie bijlage 1). De meest voorkomende signalen betroffen zorgverlening (29%), communicatie (19%), omgeving (18%) en personeelsinzet (15%). Slechts 2% (n=6) van de zachte signalen betroffen medicatie en er zijn geen signalen met betrekking tot transport gerapporteerd.

Tabel 10: Zachte signalen WalkRounds™

Zachte signalen	GGZ (n = 74)	GHZ (n = 110)	VVT (n = 110)	Totaal
Zorgverlening	29,7 %	29,1 %	27,3%	28,6 %
Communicatie	24,3 %	12,7 %	20,9 %	18,7 %
Omgeving	12,2 %	20 %	20 %	18 %
Materiaal	10,8 %	11,8 %	10,9 %	11,2 %
Transport	0 %	0 %	0	0
Medicatie	1,4 %	1,8 %	2,7 %	2 %
Veiligheidsgevoel	12,2 %	5,5 %	4,5 %	6,8 %
Personeelsinzet	9,5 %	19,1 %	13,6 %	14,6 %
Losse incidenten <i>niet te classificeren</i>	0 %	0 %	0 %	0%
Incidenten - cijfers / prestatie indicatoren	0 %	0 %	0 %	0 %
Overig	0 %	0 %	0 %	0 %

Hoewel in alle sectoren de meeste zachte signalen zorgverlening betroffen, was de verdeling van de andere signalen over de sectoren niet gelijk. In de GGZ en de VV&T was het signaal communicatie met respectievelijk 24,3% en 20,9% belangrijk, terwijl in de GHZ personeelsinzet met 19 % het belangrijkste was. Zie tabel 10.

In de GGZ betrof 30% van alle zachte signalen (n=22) signalen over 'zorgverlening'. In de meeste gevallen ging dit om meningsverschillen over inschatting van risico op agressie en/of suïcide, en om een tekort aan kennis en vaardigheden van het personeel. In de VV&T en de GHZ kwamen ook de meeste zachte signalen uit de categorie 'zorgverlening'. Respectievelijk 29% en 27% (n = 32, en n = 30). Deze signalen varieerden van gebrek aan vaardigheden voor de specifieke patiëntenpopulatie tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden rondom medicatie inname en zorg- en begeleidingsplannen (Tabel 11).

In de GGZ was 24% (n=18) van de zachte signalen gerelateerd aan 'communicatie'. In de VV&T was dit 21% (n=23). In de GHZ was dit percentage aanzienlijk lager (13%, n=14).

Problemen met de overdracht en samenwerking met andere afdelingen werden vaak gerapporteerd als zacht signaal. Ook werd onduidelijkheid over verantwoordelijkheden tussen personeel en vrijwilligers vaak genoemd.

De meeste zachte signalen in de categorie 'omgeving' kwamen uit de VV&T en GHZ, in beide gevallen 20% (n=22). Deze signalen betroffen zwaar meubilair, gehorigheid c.q. geluidsoverlast in de woning /slaapkamers, teveel rolstoelen in woonkamers en gangen, ontbreken van brandoefeningen, gladde vloeren, en drempels (tabel 11).

Tabel 11: Categorieën en citaten over zachte signalen

Categorie	Representatieve citaten
I Zorgverlening	GGZ "Recentelijk zijn er tijdens huisbezoek twee agressie-incidenten geweest. De opvang door collega's wordt als goed ervaren. Er wordt niet formeel bij de incidenten stil gestaan. Men zou dat willen om te leren. Van de VIM-procedure als het gaat om onderzoek doen is men niet op de hoogte".
	GHZ "Medewerkers zijn niet allen getraind/opgeleid om met deze doelgroep te werken; er is sprake van verschillende competenties."
II Communicatie	GGZ "Overdracht en overleg met ziekenhuis rond delirante beelden brengt risico met zich mee".
	VV&T Medicatieveiligheid: "Er is geen toezicht op inname medicatie. Bij afwijkende tijden inname medicatie wordt dit niet altijd overgedragen naar de verzorgende die medicatie dan moet delen. Bijvoorbeeld medicatie die om 14.00 uur nog gegeven moet worden terwijl je dienst er eerder opzigt, dus iemand dit moet overnemen (al dan niet van andere woning). Medewerkers worden hierop door collega's niet altijd aangesproken."
III Omgeving	VV&T "Obstakels in gangen. Obstakels in gangen belemmeren de doorgang en leveren een valrisico op. Dit geldt ook voor de (te lange) snoer van de stofzuiger."
	GHZ "Ruimtes in de panden zijn gehorig. Dit signaal werd afgegeven door bewoners maar ook in de praktijk ervaren bij de nabespreking van de WalkRound. Privacygevoelige informatie kan hierdoor niet op een veilige manier gedeeld worden door begeleiders onderling. Gesprekken tussen bewoners of van bewoner/begeleider zijn gemakkelijk door anderen te horen."

Verbeteractiviteiten op basis van WalkRounds™

Op basis van de WalkRounds™ werden in totaal 245 verbeteractiviteiten gerapporteerd. De meeste verbeteractiviteiten (43%, n = 105) betroffen 'organisatorische interventies gericht op de structuur', zoals heroverwegen van de personeelsinzet, repareren van het alarmsysteem, updaten van het brand-ontruimingsplan, herinrichting van gangen en recreatieruimten. 35% van de verbeteractiviteiten betroffen 'interventies gericht op de professional' (n=85), verbeteren van teamreflectie na agressie incidenten, updaten van kennis en vaardigheden, verbeteren teamsamenwerking, en ontwikkelen van een gezamenlijke visie op de cliëntpopulatie.

Negentien procent van de verbeteractiviteiten betroffen 'organisatorische interventies gericht op de professional' zoals het ontwikkelen van een overdrachts- en ontslagbeleid, en 4% betroffen 'organisatorische interventies gericht op de patiënt', zoals het informeren van nieuwe cliënten over de vluchtroute bij brand. Er werden geen activiteiten gerapporteerd in de categorieën 'financiële interventies gericht op de patiënt', 'financiële interventies gericht op de professional' en 'wettelijke maatregelen'.

In de meeste gevallen was de manager van de afdeling verantwoordelijk voor het implementeren van de verbeteractiviteiten. Leden van de Raad van Bestuur waren verantwoordelijk wanneer er organisatorische verbeteracties, zoals samenwerking met de externe apotheek of verbeteren van veiligheid op het instellingsterrein, genomen moesten worden.

Communicatie en sfeer

Observaties van de communicatie tijdens de WalkRounds™ lieten zien dat alle WalkRound™-teams een serieuze interesse toonden in de visie en meningen van de deelnemers. Dit bleek doordat men luisterde, oogcontact maakte, verdiepende vragen stelde en gevoelig was voor non-verbale communicatie. Alle WalkRound™-teams startten de discussie met een uitleg van het doel van het bezoek en benadrukten dat er vertrouwelijk omgegaan werd met de gegevens en de rapportage anoniem zou zijn. Deze houding leidde er met name tijdens het vervolgbezoek toe dat deelnemers die aan het eerste gesprek hadden deelgenomen zich meer op hun gemak voelden en zich veilig voelden om open te spreken over persoonlijke gevoelens en veiligheidsissues waar ze bezorgd over waren. Door het creëren van een rustige omgeving, het nemen van voldoende tijd, gecombineerd met humor, ontstond een ontspannen en veilige sfeer voor de gesprekken.

Ervaringen met en evaluatie van de WalkRounds™

De inhoud van de open groepsinterviews met ieder WalkRound™-team is geanalyseerd aan de hand van drie thema's: 1) meerwaarde en haalbaarheid; 2) vertrouwen en interactie; en 3) barrières en kansen.

Meerwaarde en bruikbaarheid

Alle WalkRound™-teams beoordeelden de methode positief. Zoals weergegeven in tabel 12 verhoogde de methode de 'sense of urgency' van veiligheidsonderwerpen en veiligheidsbewustzijn van leden van de Raad van Bestuur en de professionals. De dialoog tussen bestuurders, professionals, familie en/of cliënten werd gezien als een meerwaarde en als essentieel voor een gezamenlijke patiëntveiligheidscultuur.

Tabel 12 Evaluatie van de WalkRounds™

Thema's en categorieën	
Meerwaarde en bruikbaarheid	<ul style="list-style-type: none">• Directe dialoog met stakeholders over zorgen en frustraties t.a.v. onveiligheid.• Urgentiegevoel vergroot van (te) lang lopende (on)veiligheidsissues• Meerdere invalshoeken door multidisciplinaire samenstelling van het WalkRound™ team• Vergroten veiligheidsbewustzijn bij professionals• Aanvulling op huidige kwaliteitssystemen• Bezoeken van de werkvloer is het meest effectief• Bewustwording van zachte signalen is vergroot
Vertrouwen en interactie	<ul style="list-style-type: none">• Waardering van de ontmoeting• Gezamenlijke reflectie• Face-to-face in plaats van papierwerk• Medewerkers komen in de actiemodus• Na afloop meer en makkelijker contact tussen bestuurders en professionals• Positieve ervaringen van cliënten en ouders• Vertrouwen moet groeien
Barrières en kansen	<ul style="list-style-type: none">• Planning van de bezoeken• Terugkoppeling naar bezocht team/afdeling• Vasthouden 'professionele verbazing'• Follow-up met zelfde of verschillende stakeholders• Bruikbaarheid handboek• Context- en persoonsafhankelijk• Borging

Vertrouwen en interactie

WalkRound™-teams rapporteerden een toename in het vertrouwen tussen hen en de deelnemers aan de WalkRound™. Tijdens het eerste WalkRound™ bezoek was er soms nog weinig interactie en vertrouwen. Tijdens het follow-up bezoek ervaarden de WalkRound™-teams een toename in de interactie en reflectie op patiëntveiligheidsissues. Professionals en leden van de Raad van Bestuur waardeerden deze bezoeken meer dan een officiële audit.

Barrières en kansen

Planning van de WalkRound™ was één van de belangrijkste barrières. Door de drukke agenda van de WalkRound™-teamleden, was het voor de meeste teams lastig om één bezoek per maand te plannen. Het geven van feedback binnen de daarvoor afgesproken tijd en het monitoren van de verbeteractiviteiten was ook moeilijk voor de meeste WalkRound™-teams. Het delen van deze verantwoordelijkheid met de manager van de bezochte afdelingen bleek een praktische oplossing. De zogenaamde ‘professionele verbazing’ werd genoemd als een belangrijke factor voor het bevorderen van een open discussie. Het WalkRound™-team dient daarom zorgvuldig samengesteld te worden om het vasthouden van ‘professionele verbazing’ te bevorderen. Tijdens dit project werden de WalkRound™-teams aangemoedigd om zich te houden aan het standaard script. Soms paste dit script niet bij de specifieke cliëntengroep of bij de leden van het WalkRound™-team en werd het aangepast.

Tot slot, hoewel niet alle WalkRound™-teams precies weten hoe verder te gaan met de methode, heeft men wel allemaal besloten om de WalkRound™ in hun organisatie te gaan implementeren.

3.2.3 Resultaten nameting

DEEL 3: EFFECT VAN STUREN OP ZACHTE SIGNALLEN

Hoewel dit onderzoek, gezien het geringe aantal deelnemende organisaties, niet toelaat harde uitspraken te doen over het effect van de WalkRound™ op het veiligheidsbeleid hebben we in de nameting wel een vergelijking gemaakt tussen organisaties die de WalkRound™ hebben ingevoerd en organisaties die dit niet hebben gedaan.

Uit het dossier onderzoek in de nameting (juli 2012 – november 2013) blijkt dat de meeste signalen over veiligheid betrekking hebben op ‘zorgverlening’ (34%), ‘communicatie’ (16,2%) en de ‘omgeving’ (12,4%) (tabel 13). Dit is anders dan in de voormeting toen de top 3 bestond uit ‘incidenten - cijfers /prestatie-indicatoren’ (26,2%), ‘zorgverlening’ (21,4%) en ‘losse incidenten/niet te classificeren’ (12,5%) (tabel 5). Mogelijk heeft de toename van het percentage signalen ‘zorgverlening’ te maken met het landelijke beleid rondom veiligheid zoals de terugdringing van dwang en drang en de aandacht voor medicatieveiligheid, waardoor meer signalen met betrekking tot de zorgverlening werden gerapporteerd. Of met het instellingsbeleid waarin men meer gericht is op veiligheidsaspecten in de zorgverlening zoals somatische screening of met de toename van het aantal klachten van cliënten. De organisaties die de WalkRounds™ uitvoerden verschilden niet opvallend van de organisaties die dat niet deden (tabel 13).

Tabel 13: Signalen veiligheid nameting in WalkRound™ (n = 6) versus Controle (n =7) organisaties.
(bron: dossieronderzoek)

Signalen	Walkround™ (n = 442)			Controle (n = 583)			Totaal (n=1025)
	GGZ	GHZ	VV&T	GGZ	GHZ	VV&T	
Zorgverlening	22,8 %	31,3%	69,2 %	77,2 %	68,7 %	30,8 %	34 %
Communicatie	27,5 %	30,6 %	76,7 %	72,5 %	69,4 %	23,3 %	16,2 %
Omgeving	61,5 %	40 %	55,2 %	38,5 %	60 %	44,8 %	12,4 %
Materiaal	57,1 %	100 %	80 %	42,9 %	0 %	20 %	1,9 %
Transport	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,1 %
Medicatie	30 %	11,1 %	66,7 %	70 %	88,9 %	33,3 %	7 %
Veiligheidsgevoel	50 %	42,9 %	55,6 %	50 %	57,1 %	44,4 %	3,5 %
Personeelsinzet	37,5 %	38,5 %	50 %	62,5 %	61,5 %	50 %	7,1 %
Losse incidenten / niet te classificeren	50 %	66,7 %	50 %	50 %	33,3 %	50 %	6,4 %
Incidenten - cijfers/prestatie- indicatoren	50 %	0 %	55,1 %	50 %	100 %	44,9 %	7,5 %
Overig	50 %	62,5 %	66,7 %	50 %	37,5 %	33,3 %	4,1 %

In de nameting werden meer verbeterinitiatieven beschreven in de verslagen van de overleggen van de Raad van Bestuur (34 versus 22 in de voormeting; tabel 14 en tabel 7). Hoewel de 'organisatorische interventies gericht op structuur' nog steeds het meest frequent waren, bleek uit de nameting dat er wel meer aandacht was voor 'interventies gericht op de patiënt en de professional'. Dit verschil lijkt echter niet toe te schrijven aan de WalkRounds™ (tabel 14).

Opvallend was dat de organisaties die geen WalkRound™ uitvoerden zelfs meer verbeterinitiatieven beschreven.

Tabel 14: Aantal verbeterinitiatieven nameting in WalkRounds™ (n = 6) versus Controle (n =7) organisaties (bron: dossieronderzoek)

Type verbetermaatregel	Walkround™			Controle			Totaal
	GGZ	GHZ	VV&T	GGZ	GHZ	VV&T	
Financiële interventies gericht op de patiënt	0	0	0	0	0	0	0
Financiële interventies gericht op de professional	0	0	0	0	0	0	0
Interventies gericht op de professional	0	0	0	0	0	2	2
Organisatorische interventies gericht op de professional	1	0	0	4	1	0	6
Organisatorische interventies gericht op de patiënt	3	3	0	2	0	1	9
Organisatorische interventies gericht op de structuur	4	0	1	9	2	1	17
Wettelijke maatregelen	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	8	3	1	15	3	4	34

In de nameting bleek uit de interviews met de Raden van Bestuur (n = 21) dat er een diversiteit aan verbeterprogramma's was uitgevoerd waar de Raden van Bestuur naar refereerden als zijnde "het grootste kwaliteitsverbeteringprogramma van het afgelopen jaar". Projecten rondom het terugdringen van Dwang & Drang werden vaak genoemd, zowel bij de GGZ als bij de GHZ organisaties. In de VVT en in de GGZ werden projecten met betrekking tot medicatieveiligheid ook vaak genoemd. Voor de meeste verbeterprogramma's gold dat de aanleiding een landelijke initiatief was; vanuit de IGZ of vanuit de brancheorganisaties.

4 Beschouwing en conclusie

VEILIGHEIDSBELEID LANGDURIGE ZORG

Kwaliteit en veiligheid staan op de agenda bij alle onderzochte besturen in de langdurige zorg. Dit wordt gedreven door interne beweegredenen en signalen zijn vooral afkomstig van harde management informatie. Het betreft bijvoorbeeld klachten van cliënten, val-, medicatie- of agressieincidenten, ziekteverzuim cijfers, medewerkers tevredenheids onderzoeken, of de CQ index. Daarnaast zijn externe prikkels vanuit een HKZ audit, de overheid en IGZ om bijvoorbeeld verplicht een VeiligheidsManagementSysteem (VMS)¹⁸ (www.vmszorg.nl) in te voeren en het verbeteren van medicatieveiligheid via een verplicht Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)¹⁹ (www.igz.nl), redenen voor deze agendering. Calamiteiten bij andere zorgorganisaties zoals bijvoorbeeld een brand in een GGZ instelling of langdurige fixatie van een geestelijk gehandicapte jongen waren ook aanleiding om het eigen (brand)veiligheidsbeleid kritisch te evalueren en zo nodig aan te passen.

De sectoren (GGZ, GHZ, VV&T) verschillen niet in de mate waarin veiligheid op de agenda staat. In alle sectoren was en is beweging ten aanzien van kwaliteit en veiligheid zichtbaar. Vanuit de brancheorganisaties zijn ontwikkelingen en verbeterinitiatieven ingezet. In de GGZ heeft GGZ Nederland het programma 'Veilige zorg, ieders zorg' gedraaid. In de GHZ is er vanuit Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) gewerkt aan een vernieuwd Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg²⁰ (VGN, 2013), waarin op een bij de sector passende manier gegevens worden verzameld over de kwaliteit van zorg. Bij ActiZ is in 2012 het kader van de Kwaliteitskoers 2.0 een programma 'Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn'²¹ (www.actiz.nl) van start gegaan. In dit programma gaat ActiZ samen met de leden onderzoeken hoe men meer zicht en grip kan krijgen op de zogenaamde 'zachte kant' van de zorg. Deze ontwikkelingen en programma's zijn ook van invloed geweest op het veiligheidsdenken van de deelnemende organisaties.

Uit de verzamelde gegevens uit de WalkRoundsTM, het dossieronderzoek, de interviews met de Raden van Bestuur en de slotconferentie blijken er sector specifieke thema's te zijn. In de GGZ speelt vooral het terugdringen van Dwang & Drang en suicides, in de GHZ is er naast aandacht voor Dwang & Drang ook aandacht voor de sociale veiligheid. In de VV&T speelt het dilemma veiligheid versus vrijheid.

EXECUTIVE WALKROUNDSTM

WalkRoundsTM zijn een goede methode om 'zachte signalen' op te vangen en verhogen het vertrouwen tussen professionals en het bestuur. WalkRoundsTM zijn een redelijk laagdrempelige manier om met elkaar in gesprek te gaan en te reflecteren op situaties, risico's en gevoelens van (on)veiligheid. De urgentie van veiligheidsissues wordt vergroot doordat 'het bestuur' direct geconfronteerd wordt met gevoelens en emoties van professionals, cliënten, familie en/of vrijwilligers. Voor deze laatste groepen is de aanwezigheid van de bestuurder bij een WalkRoundsTM een signaal van betrokkenheid en serieus genomen worden. Tevens zijn de 'zachte' signalen die opgepikt worden tijdens WalkRoundsTM aanvullend op de bestaande managementinformatie systemen en kan men deze signalen mogelijk inzetten / zien als prospectieve risicoanalyse^{10;22;23;24;25} (GGZ Nederland 2013a; GGZ Nederland 2013b; GGZ Nederland 2012; de Bekker, 2011; Twijnstra Gudde, 2009).

De invloed van de zachte signalen op het veiligheidsbeleid is niet aangetoond. Het veiligheidsbewustzijn bij professionals is wel vergroot c.q. geactiveerd door middel van de WalkRoundsTM. Door verschillende WalkRoundTM teams werd bijvoorbeeld geconstateerd dat na afloop van een WalkRoundTM de professionals zelf initiatieven namen ter verbetering van de veiligheid.

Ter bevordering van vertrouwen en interactie is het van belang dat de bestuurder beschikt over de juiste gespreksvaardigheden als sensitiviteit, luisteren, oprechte nieuwsgierigheid, openheid en het kunnen ontvangen en geven van feedback.

AANBEVELINGEN

WalkRounds™ zijn te gebruiken als aanvulling op de bestaande management informatie. Ze leveren vaak informatie op voordat een incident plaatsvindt en zijn daardoor mogelijk een aanvulling op prospectieve risicoanalyses of op informatie die uit audits of VIM analyses naar voren komt.

WalkRounds™ voeren met cliënten heeft aanvullende waarde: het geeft het patiëntenperspectief weer wat anders lijkt te zijn dan het perspectief van de professionals.

Maak veiligheid een structureel thema, organiseer structureel bijeenkomsten waarin professionals, bestuurders en/ of cliënten, familie en vrijwilligers met elkaar van gedachten wisselen over (on)veiligheid.

De bestuurder dient aanwezig te zijn in het WalkRound™-team. De ontmoeting tussen bestuur en werkvloer is de kracht van de WalkRounds™.

Het WalkRound™ team moet bestaan uit verschillende disciplines. Een multidisciplinair WalkRound™-team zorgt ervoor dat signalen vanuit verschillende disciplines en andere verantwoordelijkheden worden opgemerkt. Dit geeft een completer beeld en “twee zien meer dan één”.

Spreek verwachtingen uit over en benadruk de eigen verantwoordelijkheid van een ieder aanwezig bij de WalkRounds™. Niet alleen de bestuurder heeft de taak om signalen op te pakken, ook de betreffende professionals zijn verantwoordelijk voor het oppakken en oplossen van risicovolle situaties.

Het is belangrijk om de zogenaamde ‘professionele verbazing’ vast te houden. Het risico bestaat wanneer een WalkRound™ wordt uitgevoerd door een ‘eigen’ directeur of manager, die te snel denkt signalen juist te interpreteren. Doorvragen, nieuwsgierigheid, bekend veronderstelde zaken ter discussie stellen is een belangrijke factor in een WalkRounds™. Een directeur of manager van bijvoorbeeld een andere regio of locatie zal deze ‘professionele verbazing’ meer van nature met zich meebrengen.

Maak het op maat. De vormgeving van een WalkRound™, samenstelling van het WalkRound™-team, en de organisatie en planning van de WalkRounds™ moeten passen bij de cultuur en doelgroep van de organisatie. De handleiding dient als kader, de uiteindelijke uitvoering is niet “one size fits all”.

Overweeg zorgvuldig met wie het WalkRound™-team gaat spreken. Wanneer men ervoor kiest om alleen met professionals van een afdeling of team te spreken is het goed om een multidisciplinaire samenstelling na te streven (bijvoorbeeld verpleegkundigen, begeleiders, huishoudelijk medewerkers, psychiater of specialist ouderen geneeskunde). Hierdoor wordt bewaakt dat het gesprek over veiligheid vanuit verschillende ervaringen en invalshoeken wordt gevoerd.

Wanneer men er voor kiest om met cliënten te spreken dient het WalkRound™-team zich te realiseren op welk niveau het gesprek plaats zal vinden. Men dient zich bewust te zijn van de beperkingen of handicaps en het eigen taalgebruik en de vorm waarin het bezoek plaats vindt, daarop aan te passen.

5 Literatuur

1. Frankel A, Gandhi TK, Bates DW: Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *Intl J Qual Health Care* 2003;15 (suppl. I): i31-i40.
2. Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK: Patient Safety Leadership WalkRounds TM. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(1):16-26.
3. Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, Console P, O'Quinn M, Thibault G, Gandhi, TK: Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners HealthCare: Learning from Implementation. *J Qual Patient Saf.* 2005;31(8): 423-437
4. Joshi MS, Hines SC: Getting the Board on Board. Engaging hospital boards in Quality and Patient Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006;32(4):179-187.
5. Kroch E, Vaughn T, Koepke M, Roman S, Foster D, Sinha S, Levey S: Hospital Boards and Quality Dashboards. *J Patient Saf.* 2006;2(91):10-19.
6. Vaughn T, Koepke M, Kroch E, Lehrman W, Sinha S, Levey S: Engagement of leadership in Quality Improvement initiatives: Executive Quality Improvement Survey results. *J Patient Saf.* 2006;2(1):2-9.
7. IGZ (Inspectie voor de gezondheidszorg). Staat van de gezondheidszorg. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Den Haag, november 2009.
8. de Bont A, Jerak S, Zuiderent J, Bal R, Meurs P: Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de gezondheidszorg 2009. Onderzoeksrapport 2009.02. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Institute of Health Policy & Management; 2009.
9. Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid (WRR): Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid. Amsterdam: University Press; 2008.
10. Twijnstra Gudde: Kwaliteit & veiligheid op de agenda van professionals, bestuurders en toezichthouders. Achtergrondstudie bij de Staat van de gezondheidszorg 2009. Amersfoort; 2009.
11. Rubin MS, Stone RK: Adapting the "Managing By Walking Around" methodology as a leadership strategy to communicate a hospital-wide strategic plan. *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(2): 162-166.
12. Frankel A: Patient Safety Leadership WalkRounds™ tool. Institute for Healthcare Improvement 2004.
13. Montgomery VL: Impact of Staff-Led Safety Walk Rounds. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol. 3: Performance and Tools. Edited by Henriksen, K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
14. Cavanagh P, Hulme A: Patient Safety Walkrounds; Leadership for Safety (Supplement 1) 2009 [<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>].
15. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL: The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res.* 2005;5: 28.
16. Joshi MS: RWJF Research Study Survey (Attachment A): Board Engagement in Quality (Board/CEO/Nursing Leader). Delmarva Foundation; 2005.
17. Hulscher M, Laurant M, Wensing M, Grol R: Evaluatie van het proces van implementatie. In *Implementatie; Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier. 2006;417-439.
18. VMS. <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagement/Raad-van-Bestuur>
19. IGZ. http://www.igz.nl/onderwerpen/curatievegezondheidszorg/medicatieveiligheid/medicatieoverdracht/elektronisch_voorschrijven_evs/index.aspx
20. VGN. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; visiedocument 2.0. 2013.
21. ActiZ <http://www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=12522>
22. GGZ Nederland. Handreiking Signaleren en melden van (on)veiligheid door cliënten en naasten. Amersfoort 2013.
23. GGZ Nederland. Handreiking Risicomanagement in de GGZ. Amersfoort 2013.
24. GGZ Nederland. Handreiking veiligheidscultuur. Amersfoort 2012.
25. de Bekker J. Het nieuwe melden. Triaspect / Actiz. Nijmegen 2011.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

1. (Be)sturen op veiligheid; rol van de cliëntenraad.
2. Patiëntveiligheid in de acute prehospitalale zorgketen.

Publicaties

1. **Verbeteren met Executive WalkRounds™; sturen op zachte signalen.** Loes van Dusseldorp, Hub Hamers, Lisette Schoonhoven. Ezine 2013. <http://www.dezorgsector.eu/2013/08/e-zine-70-sensire-stoptdefinitief-met.html>
2. **Patient Safety Policy in Long-Term Care: A Research Protocol to Assess Executive WalkRounds to Improve Management of Early Warning Signs for Patient Safety.** Loes van Dusseldorp, Hub Hamers, Theo van Achterberg, Lisette Schoonhoven. JMIR Research Protocols. 2014; 3(3): e36 http://www.researchprotocols.org/article/viewFile/resprot_v3i3e36/2
3. **In gesprek over veiligheid. Handleiding voor de uitvoering van in gesprek over veiligheid in de langdurige zorg; GGZ, gehandicaptenzorg en VV&T.** Loes van Dusseldorp, Hub Hamers, Juliette Cruisberg, Lisette Schoonhoven. IQ healthcare. 2014

6 Bijlage

BIJLAGE 1

Categorieën Signalen Veiligheid¹³

Zorgverlening: benaderingswijze c.q. behandeling van de cliënt, kennis en vaardigheden professionals, protocollen / richtlijnen, klachten cliënt, vrijheidsbeperkende maatregelen, somatiek, sterfgevallen (geen suïcide), welbevinden cliënt, grensoverschrijdend gedrag van professionals.

Communicatie: samenwerking onderling en/of met andere disciplines/diensten, gezamenlijke visie, op 1 lijn zitten, cultuur van bespreken van (persoonlijke) aspecten in het werk, communicatie tussen cliënten en hulpverleners, informatie-uitwisseling, VIM - proces niet goed ingeregeld / onvolledige registratie, bejegening naar medewerkers, bezoek of client.

Omgeving: Woonruimte, werk- of recreatie ruimtes, voorwaarden om veilig te werken of te wonen, hygiëne, gebouwveiligheid (brand, lekkage), bedrijfsongevallen (BHV, veiligheidsbeleid).

Materiaal: kapot materiaal, het niet werken of afwezig zijn van benodigd materiaal, materiaal met risico op incident, afwezigheid van adequaat materiaal (bijv. oproepsysteem, beademingssysteem, douche, ICT).

Transport: vervoer van patiënten binnen de organisatie. Gebrek aan personeel om een patiënt te begeleiden tijdens het vervoer. Inadequate communicatie tussen de verschillende medewerkers die betrokken zijn bij het vervoer.

Medicatie: foute etikettering van de medicatie, geen of onjuiste verstrekking van medicatie, afwezigheid van medicatie, fouten bij aftekenen, medicatiegebruik.

Veiligheidsgevoel: (on)veiligheid veroorzaakt door toegankelijkheid van het terrein / gebouw, (on)overzichtelijkheid van het terrein, toegankelijkheid van gebouw en deuren, ontstaan van een gevoel van onveiligheid, diefstal, ervaren veiligheid medewerkers en cliënten.

Personeelsinzet: wie is wanneer aanwezig op een groep, planning van personeel bv. in nachtdienst, analyse van ziekteverzuim, werkbeleving, werkdruk, RI&E.

Aanvullende signalen t.b.v. dit onderzoek:

Losse incidenten *niet te classificeren:* aanrijding op het terrein, overlast, suïcidepoging, sterfgeval (onnatuurlijke dood, geen suïcide), geweldsincident (extern).

Incidenten – cijfers / prestatie-indicatoren: valincidenten, suicides, infecties, automutilatie, incontinentie, aantal klachten, verslikking / verstikking, VIM / Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) / Meldingen Incidenten Cliënten (MIC), CQ index, vrijheidsbeperkende maatregelen, Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO).

Overig: privacyschending cliënten / medewerkers / dossiers, grensoverschrijdend gedrag van cliënten (agressie, seksueel overschrijdend gedrag).

BIJLAGE 2

Typering Verbetermaatregelen¹⁷

Interventies gericht op de professional: educatief materiaal of bijeenkomsten, discussies, reminders, persoonlijke interviews, groepsgesprekken.

Financiële interventies gericht op de professional: betaling per verrichting, beloning voor de hulpverlener, prikkels voor de organisatie.

Financiële interventies gericht op de patiënt: eigen bijdrage, financiële boete.

Organisatorische interventies gericht op de structuur: verandering van de setting van de zorgverlening, verandering in omvang en aard van diensten, verandering in fysieke structuur, faciliteiten.

Organisatorische interventies gericht op de professional: herziening professionele rollen, continuïteit van zorg, follow-up mechanismen om zorg te coördineren, samenstelling multidisciplinaire teams, bespreking van casus op afstand.

Organisatorische interventies gericht op de patiënt: participatie van consumenten in bestuur, aanwezigheid van mechanismen voor omgaan met klachten en suggesties van patiënten.

Wettelijke maatregelen: veranderingen in de zorgverlening of zorgkosten via wet- en regelgeving.