

QUALITY IMPROVEMENT ACADEMY AMSTERDAM UMC

Workshop: Kwaliteitsverbetering kent geen grenzen





Stelling

Hoeveel procent van de zorginnovaties bereiken de werkvloer niet?



Laat succesvolle zorg- innovatie geen loterij zijn

Skipr (2017)

75% bereikt nooit de werkvloer!

1. Zorgprofessionals weten waar de kansen liggen
2. Zorgverleners toerusten met kennis en vaardigheden
3. Creëren van een netwerk van kwaliteitsverbeteraars



Amsterdam UMC
Universitair Medisch Centrum

Quality Improvement Academy Curriculum 2022-2023 Projecten QIA bestuur & advisory board

Sprekers IHI Inschrijven

Quality Improvement Academy

Wat is de Quality Improvement Academy?

Tijdens de Quality Improvement Academy (QIA) van Amsterdam UMC leer je als zorgprofessional hoe je een kwaliteitsverbeteringsproject uitvoert.

- In de (patiënten)zorg zijn er vaak tal van goede ideeën om de zorg veiliger, beter, innovatiever of efficiënter te maken.
- Het tot stand brengen van een verbetering met daadwerkelijk goed resultaat kan lastig zijn.
- In deze Academy leren we jou hoe je een idee kan omzetten in een verbeterproject en kun jij het verschil maken!



Amsterdam UMC

Universitair Medische Centra

Wie zijn wij?

Annelies Visser

- Stafadviseur Amsterdam UMC chirurgische specialismen
- Implementatiedeskundige
- Bestuurslid en coach

Lisanne Van der Roest

- Coördinator QI Academy
- Medicatieveiligheidsfunctionaris
- Gespecialiseerd AOA verpleegkundige



Niels Wolfhagen, Jimmy Schenk, Lisanne Van der Roest, Rashudy Mahomedradja, Annelies Visser, Roos Boerman



Agenda

1.

Wat is de QI Academy?

De Quality Improvement Academy van Amsterdam UMC, wat is dat nu precies?

2.

QI Academy = Safety II

Waarom is het opzetten van de QI Academy een voorbeeld van Safety II?

3.

7-stappenplan succesvol implementeren

Onderwijs over succesvol implementeren.

4.

Barrières/ Kansen

Welke barrières en kansen liggen er bij het opzetten van een QI Academy voor je eigen ziekenhuis?

5.

Lessons Learned

En hoe ga je nu verder binnen je eigen ziekenhuis?



Wat is de QI Academy?

- Kwaliteitsopleiding binnen Amsterdam UMC
- Interprofessioneel samenwerken = standaard
- ‘Leren’ hoe het proces van een kwaliteitsverbetering werkt





Hoe doen we dat?

Kennis en scholing

Maandelijkse seminars door experts;

Prof. dr. Jop Groeneweg,
Prof. dr. Jaap Hamming,
Prof. dr. Marcel Levi,
Prof. dr. Hester Vermeulen,
Prof. dr. Sjoerd Repping.

Trainingen;

Zoals pitchtraining en verandermanagement

E-learnings:

Vanuit Institute for Healthcare Improvement (IHI).



Open school Chapter IHI



Projecten

- Medicatieverificatie bij opname, adequaat voorschrijven
- Gestandaardiseerde ontslagprocedure voor SEH patiënten
- Zorgen voor canule (thuiszorg)
- Het ontbijtbuffet, post-operatief
- Verbeteren van preoperatieve informatievoorziening



Introductie
Plaatsing van tracheacanules komt voor bij alle leeftijdscategorieën en dient tijdelijk of soms permanent in de thuiszorg te worden onderhouden te worden. Om verstoppingen te voorkomen moet de canule regelmatig worden uitgenomen, en met regelmatig vervangen. Op de ICU-poli en afdeling worden patiënten hiervoor regelmatig behandeld indien zij dit niet zelf kunnen, maar soms is er ook een spoedgevallen team dat erin slaagt in de thuiszorg.

Doel
1) **Voorkomen van levensbedreigende situaties** bij patiënten die een tracheacanule hebben (en die ook in de thuiszorg nog nodig hebben)
2) **Patient centered care**: Patiënten houden de regie, en worden geholpen tijdens én na ontslag uit het ziekenhuis
3) **Reductie van kosten** door voorkomen incidenten, opnamen en efficiënter werken in het ziekenhuis

Methode en strategie
• Literatuuronderzoek in Pubmed
• Dataverzameling in EPIC
• Data opvragen bij SI (Escudata)
• Een online enquête voor VIM, AIOG en patiënten, opgesteld in Microsoft/Google Forms

Probleemanalyse
Na meerdere PDSA-cycli: beslist tot business case **consultant** consultatie

Resultaten en implementatie
• Vanwege grootte interventie nu nog geen uitkomsten
• Implementatie: op getrapte tijdstippen interventie evalueren

Enquêtes
Verpleegkundigen (n = 51)
• 84,9% van de verpleegkundigen voelt zich betrouwen om de zorg te leveren
• 10,5% vindt het nog om consultatie te leveren
• 33,4% vindt dat er voldoende tijd is voor het ontslagproces
• Draagvlak voor consultant aanwezig

AIOS KNO (n = 8)

Resultaten
• 100% van de patiënten is thuis opgenomen
• 100% van de patiënten is thuis opgenomen
• 100% van de patiënten is thuis opgenomen

Amsterdam UMC
Quality Improvement Academy
Institute for Healthcare Improvement
September 2022
ADEQUAAT VOORSCHRIJVEN VAN THUISMEDICATIE BIJ OPNAME
verbetering van de patiëntveiligheid in de praktijk
G.A.J. Beuken¹, E.M.S. Beers-Vural², A.M.C. Dooper², N.N. Hamid², C.H. Renckens²
1. Anesthesiemedewerker, locatie AMC; 2. Ziekenhuisarts RMAG, locatie VUmc

Inleiding
Een Medicatieteam (M-team) vanuit de apotheek kan thuismedicatie verifiëren en klaarzetten voor de arts. Het beoordelen en accorderen van deze thuismedicatie door de arts gebeurt slechts bij 50% van de patiënten. Thuismedicatie wordt klinisch te vaak niet goed voorgeschreven, wat leidt tot complicaties en verspilling.

Doel bij 80% van alle klinische patiënten, opgenomen op de Acute Opname Afdeling, binnen 24 uur een medicatiebeoordeling van de thuismedicatie is verricht door de arts, van de thuismedicatie die door het M-team

Verbeteren van de preoperatieve informatievoorziening

Quality Improvement Academy: Rooze de Jong-Surger, Ellen de Waard, Sanne Bikker, Sanne Rozenburg & Ilonka Pol
Coach: Annelies Visser

Probleemanalyse
• Slechts 31,5% van de opnames met de verwachte ligduur overeen met de geplande ligduur
• Ontslag afhankelijk van verschillende factoren: Medisch ontslag, Mobilisatie, Nazirect
• Vertragting Merin resulteert in een langere ligduur

Methode
• Literatuuronderzoek
• Semi-structureerd interviews stakeholders
• Dataverzameling
• Stakeholder bijeenkomst (focusgroep)

Interventie
1. **Verduwen van de ontslagfolder**
• de verschillende vormen van nazorg beschrijven
• het mobilisatietraject
• pre operatieve checklist voor de patiënt
2. **Telefonische preoperatieve screening**
• 2-4 weken voorafgaand aan opname wordt de patiënt gebeld
Inhoud telefoongesprek:
• huidige woonlocatie
• huidige gebruik thuiszorg
• aanwezigheid hulpmiddelen
• Contact fysiotherapeut pre-operatief
• Wagen patiënt over opname en operatie

Resultaten
2 maanden pilot met de Interventie:
Telefonische preoperatieve screening
• Totaal 67 patiënten gebeld
• Gemiddelde duur: 8:20 min
Uitkomsten
• 60% van de patiënten ging op de geplande ontslagdatum met ontslag.
• Operatiegraad efficiënter in tijd

Conclusie
Op dit moment is bij 60% van de patiënten de daadwerkelijke ligduur gelijk aan de werklijke ligduur. Een verbetering van 28,5% door het toepassen van de interventies.

In de toekomst
• Pilot wordt met 3 maanden verlengd
• Nazorg (GRZ of thuiszorg) wordt voorafgaand aan de opname al aangevraagd bij het transferbureau
• Herhalen stakeholder bijeenkomsten (focusgroepen)
• Toerekenbaar onderzoek onder zorgverleners
• PDSA cycli blijven herhalen

Doelen
Hoofddoel: Binnen één jaar is bij 75% van de opnames op de Orthopedie afdeling van het Amsterdam UMC, locatie AMC, de verwachte opnameduur gelijk aan de daadwerkelijke ligduur.
Subdoelen:
• Voor 1 juni 2022 is de huidige Informatievoorziening givestandaardiseerd
• Binnen één jaar is er een passende interventie gevonden
• Binnen één jaar is de toerekenbaarheid onder betrokken zorgverleners verbeterd van een rapportcijfer 5 naar 7.

en VUmc
juiste wijze van verificatie en sties.
1) gemiddeld 36% niet m voormeting, beschouwende vakken, net name onvolledig deel van thuismedicatie
2) rimaatregelen: enhuis- en afdelingsbreedatie voorschrijfprocessen
PIC- afdelingsoverzichten op thuismedicatie & eam uitbreiden.
interventie leidt niet tot icatie niet behaald. breiding en aanpassing in turing op tijd en vural@amsterdamumc.nl

Introductie
Na een bezoek aan de SEH van het Amsterdam UMC gaan ca 9000 patiënten per jaar naar huis met een immobiliserend verband. De informatie die de patiënt bij ontslag ontvangt is niet gestandaardiseerd; de verpleegkundige bepaalt zelf welke informatie wordt gegeven. Door de informatievoorziening te standaardiseren in een bezoeksamenvatting verwachten wij meer en completere ontslaginstructies te verstrekken.

Doel
Het doel van het project was om 95% van alle patiënten die met een immobiliserend verband met ontslag gaan een bezoeksamenvatting met daarin gestandaardiseerde, schriftelijke ontslaginstructies te verstrekken.

Process measures:
• Het aantal afgedrukte bezoeksamenvattingen
• % verpleegkundigen welke schriftelijke leefregels verstrekken t.b.v. immobiliserende verbanden
• % verpleegkundigen welke mondelinge instructies geeft t.a.v. immobiliserende verbanden
• De inhoud van de mondelinge instructies

Resultaten:
Onderzoek
SEH verpleegkundigen gaven aan te ondervinden dat de bezoeksamenvatting niet voldoende de wenselijke situatie o.b.v. de te genoemde informatie. Een wens van de verpleegkundigen is het van de bezoeksamenvatting. De input die hiervoor nodig is wordt geleverd door de werkgroep JCI en wordt aangevraagd via patiëntenvoorlichting. Het bouwen van de bezoeksamenvatting wordt gedaan door de applicatiebouwers van Epic. Dit loopt nog maar verwachting voor het einde van dit jaar operationeel zijn. De ook dat de gestelde doelstelling per 1 januari 2022 behaald wordt.

Nulmeting:
Er werden in 2019 vrijwel geen bezoeksamenvattingen afgedrukt. In 2021 wist 71,4% (N=42) van de SEH-verpleegkundigen wel van het bestaan van de bezoeksamenvatting af, slechts 61,4% weet deze te vinden en slechts 52,4% kent de inhoud.

Implementatie
2,06
97,94

Amsterdam UMC
Patiënt haalt ontbijt zelf!
Een ontbijtbuffet op de verpleegafdeling gastro-intestinale chirurgie

Michèle van der Lee, Isabel Degenhart, Selma Masten, Chris Bakker, Rongde Smith, Francis Bakker, Marc Beusink, A

Introductie
Op de afdeling GI-zuid en noord van het Amsterdam UMC (locatie AMC) wordt gewerkt met een ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol, waarin gestreeft wordt naar vroege enteralie intake en mobilisatie. Toch is ondervonden, met ernstige complicaties als gevolg, nog een veel voorkomend probleem bij deze patiëntencategorie. Een innovatie om de voedingsstatus van de patiënt te verbeteren was hard nodig. Daarom werd een ontbijtbuffet voor patiënten ontwikkeld.

Resultaten
1. **Focusgroepen met zorgprofessionals**
'Leuk idee, wie ruikt de lef of, dient moet geonderd zijn, wie heeft patiënten naar de ruimte, waar het eten wil onze medicijnen, de ruimte is gesluis'.
1. **B-meting onder 23 patiënten**
Zou u gebruik maken van het ontbijtbuffet?
13% ja
36% ja
51% ja
2. **Implementatie**
• Start nov 2019 op GI-zuid en jan 2020 op GI-noord
• Dagelijks en daarna 2-wekelijks evaluaties,
• Betrokkenheid van studenten.
3. **Conclusie**
Haalbaarheid:
Ja, 100% haalbaar voor verpleegkundigen en zorgverleners. Voor de voedingsstatus kent nu meer bij.
Gebruik door patiënten + tevredenheid:
• 84 patiënten deelgenomen aan project.
• Gemiddeld 19,4% tot 32,4% reactie bij VPO.
• 23,6% tot 35,5% maakte gebruik van het ontbijtbuffet, vooral na dag 3 post-OK.
• Tevredenheidscijfers: Tussen de 7,4 en 7,8.
Voedingsstatus + mobiliteit:
• Alle 84 patiënten hebben een dagboek bijgehouden
• Hypothese: patiënt sneller mobiliteit vertoont ontbijt in hand.
Conclusie
Patiënten hebben meer interesse in een ontbijtbuffet dan uit de B-meting naar voren kwam. Ondanks de uitdagingen in de implementatiefase, wordt het ontbijtbuffet nu standaard aangeboden op de afdeling. Het is nog te vroeg om te beoordelen of de voedingsstatus van patiënten ook is verbeterd.

Methode
1. Praktijktoetsing bij zorgprofessionals én zorgverleners om knelpunten te inventariseren.
2. Implementatie van ontbijtbuffet.
3. Processevaluatie en analysefase.

Secundaire vraagstelling:
1. Is een ontbijtbuffet haalbaar?
2. Maakten patiënten gebruik van het ontbijtbuffet?
3. Wat is de patiëntentevredenheid?

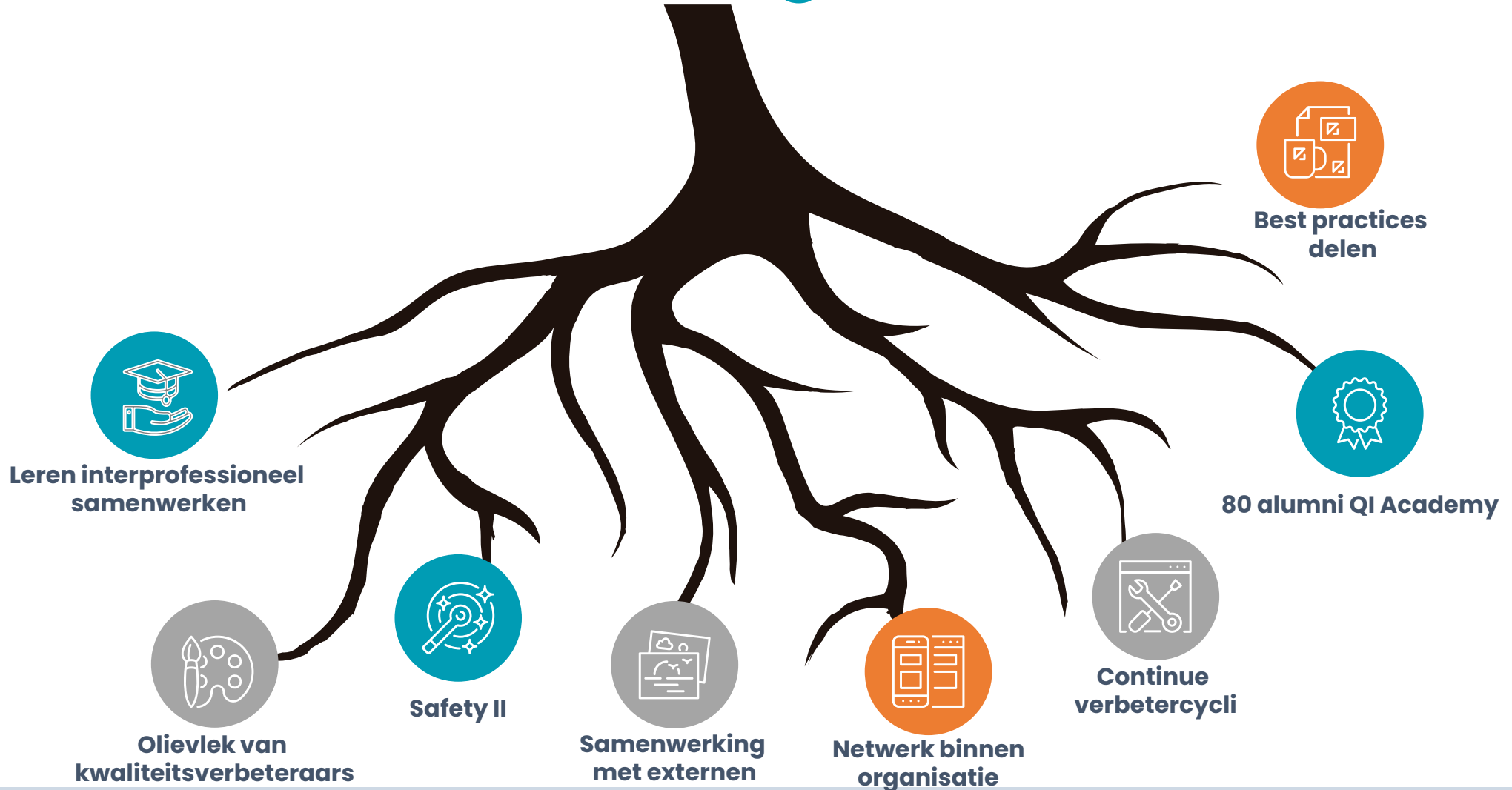
Conclusie
1. Het ontbijtbuffet is een vroege mobilisatie- en daadwerkelijk verbeterd door het ontbijtbuffet.

Conclusie
1. Praktijktoetsing bij zorgprofessionals én zorgverleners om knelpunten te inventariseren.
2. Implementatie van ontbijtbuffet.
3. Processevaluatie en analysefase.

Conclusie
1. Het ontbijtbuffet is een vroege mobilisatie- en daadwerkelijk verbeterd door het ontbijtbuffet.

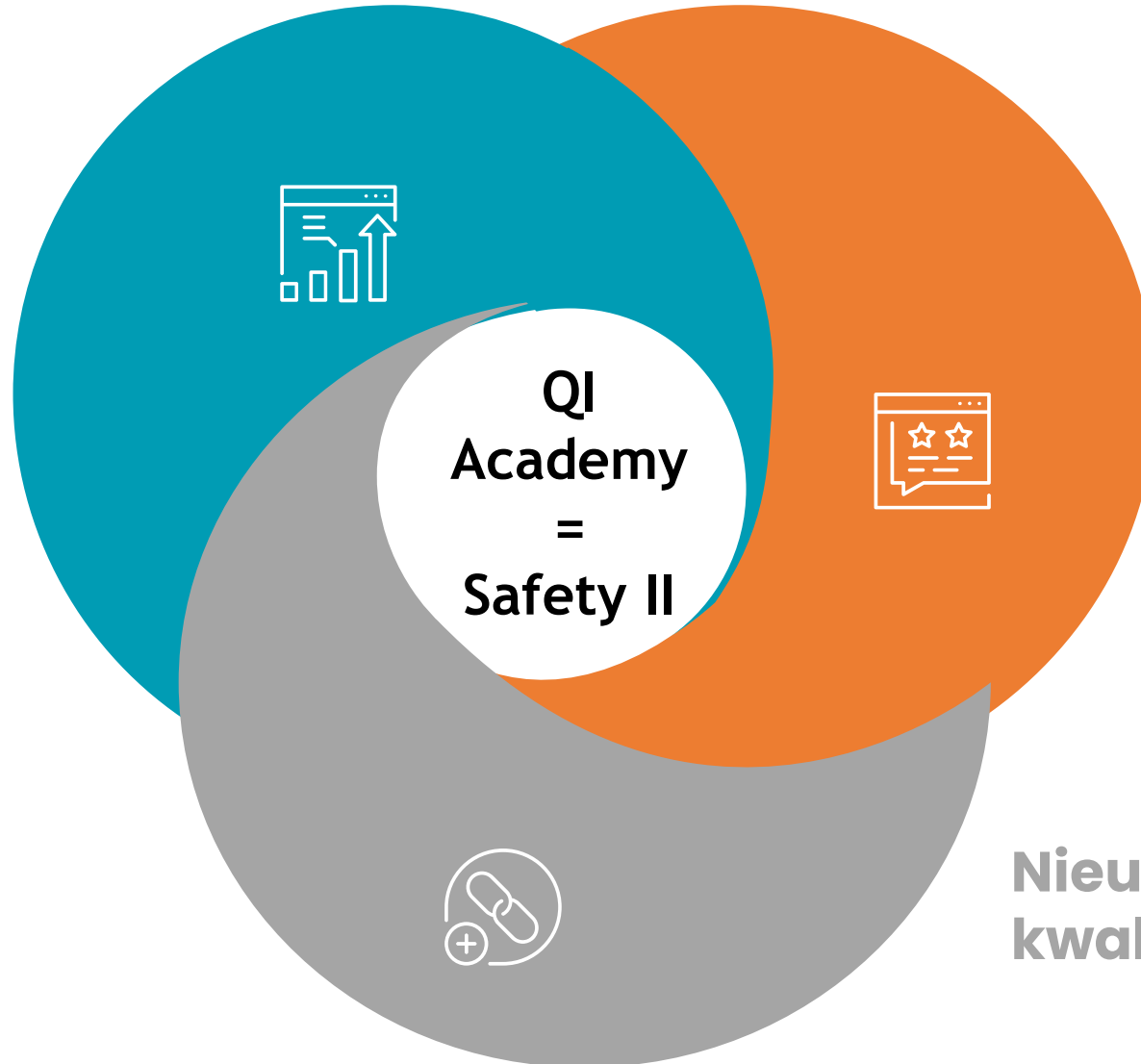


Wat doet het met de organisatie?





**Leren vanuit
de dagelijkse praktijk**



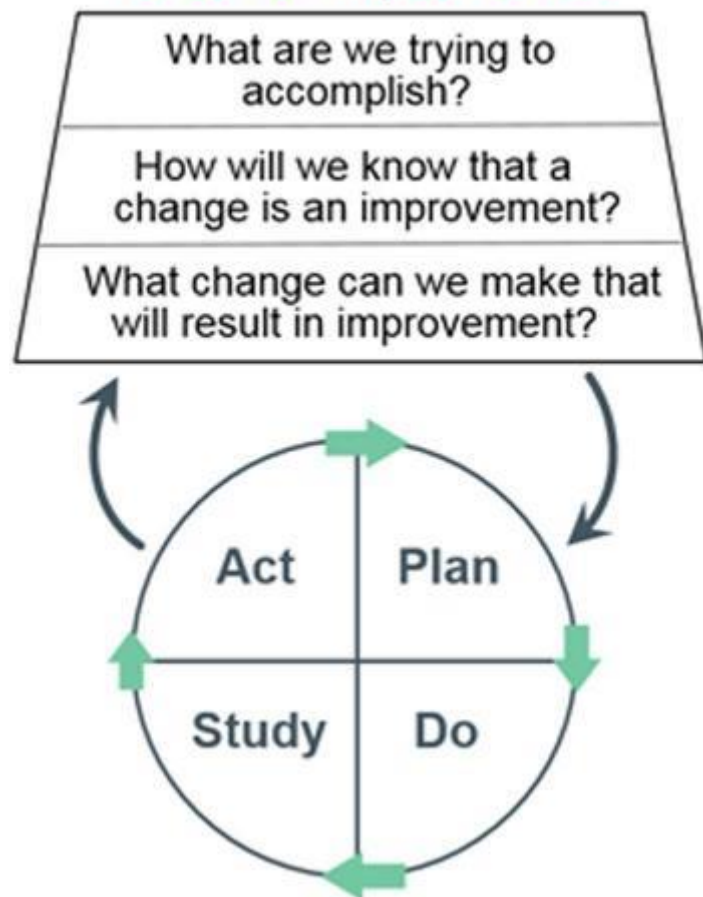
**Door en voor
zorgprofessionals**

**Nieuwe denken over
kwaliteit en veiligheid**



Modellen

Model for Improvement



7 stappenplan voor implementatie





Welke kansen en barrières zie je bij de implementatie van de QI Academy in jouw ziekenhuis?

KANS

BARRIÈRE



Welke strategie/oplossing kan je bedenken voor de barrières?





Roadmap QI Academy

2019–2020 ●

Startbudget 10.000 RvB
Bestuur

Start locatie AMC, 3 afdelingen

2020–2021 ●

Innovatie aanvraag (3 jaar)
Over de Amstel
Digitaal (Covid)
Coordinator
Advisory Board

2021–2022 ●

Research
Externe deelnemers
PR campagne
Slotseminar voor netwerk

2024 ●

Borging Onderwijs
Koppeling functiehuis
NFU pre master / EPB Minerva
Standaard deelnemers divisie
Financiering per deelnemer



Evaluatie onderzoek



Brugman, I.M. ea, The Evaluation of an Interprofessional QI Program: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. PublicHealth* 2022, 19, 10087. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610087>



Kansen (K) - Barrières (B) & Strategieën



■ FINANCIEN & TIJD (B)

- Intakegesprek Deelnemer en Leidinggevende
- Heldere verwachtingen voor de start
- Verplichte opleiding functiehuis (Senior)
- Opnemen in opleidingsplannen

■ INTERPROFESSIEEL (K&B)

- Verplicht interprofessionele groep
- Beoordeling van projecten op interprofessionaliteit
- Heldere verwachtingen bij vorming groep en bij elkaar

■ NETWERK (K)

Onderhoud het netwerk!

- Platform
- Sessies (regulier en extra)
- Informeer – best practices

■ MOTIVATIE (K) & ACHTERGROND (K & B)

- Verbeteren vanaf de werkvloer (project niet opgelegd)
- Kleine projecten (PDSA min. 1 keer)
- Coach: Sterke kanten belichten per deelnemer
- Pre- master NFU of aansluiten opleiding (ZHA)
- Elkaar beoordelen ipv alleen coach en bestuur





Amy Edmundson
Harvard Business School
Expert Psychologische Veiligheid

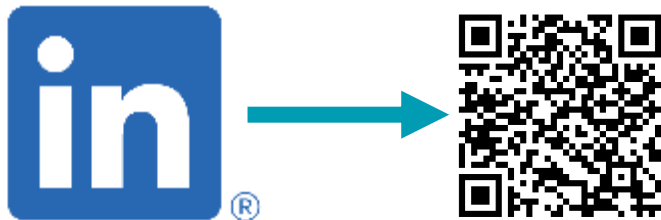
“Leren is niet iets eenmaligs of een tijdelijke luxe. Goede leiders onderkennen dat voortdurend leren, innoveren en verbeteren cruciaal zijn voor succes.”



Lessons Learned?

Meer informatie over de QI Academy?

- Deelnemen als externe kandidaat;
- Samenwerking aangaan met de QI Academy als zorginstelling;
- QI Academy opzetten binnen eigen ziekenhuis?



Check: www.qiacademy.nl
OF
Neem contact op via:
qiacademy@amsterdamumc.nl