MediRisk

NOVEMBER 2008

Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

Roep om afstemming

Ziekenhuizen dolgedraaid door vele eisen

Signaleer de signalen En doe er ook iets mee

Smeerolie voor het VMS
Team Resource Management werkt in het Sophia

MediRisk

Colofon

Het huismagazine Alert is een uitgave over aansprakelijkheid en risicopreventie in de zorg van de onderlinge waarborgmaatschappij MediRisk. Deze verzekeraar van medische aansprakelijkheid van zorginstellingen biedt een adequate, betaalbare verzekering tegen medische schadeclaims en werkt samen met de zorginstellingen actief aan het voorkómen van schaderisico's voor patiënten.

Alert wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en het netwerk van MediRisk. Wilt u meer weten over MediRisk, de verzekerde leden of bijvoorbeeld over andere publicaties van MediRisk, kijkt u dan op www.medirisk.nl.

Uw opmerkingen en suggesties over dit huismagazine zijn van harte welkom via medirisk@vvaa.nl

Redactie Mare Bergsma, Matthijs Buikema (coördinatie), Alice Hamersma, John Stappers
Auteurs Mare Bergsma, Karin Bos, Matthijs Buikema, Manon Eikens, Annemiek Manuel, Nathalia Sloots
Illustraties Wietse Bakker, Loet van Moll, Ad Oskam
Fotografie Shutterstock.com
Vormgeving Bard87, 's-Graveland
Druk Schotanus & Jens, Nieuwegein
Oplage 16.000

MediRisk B.A., Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg, Postbus 8409, 3503 RK Utrecht
(030) 247 48 10, medirisk@vvaa.nl

MediRisk B.A en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik en/of interpretatie van de in deze uitgave opgenomen informatie. Meningen of standpunten van de auteurs hoeven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer te geven.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk B.A. Verzekerden van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.
© 2008, MediRisk B.A., Utrecht

Bestuur MediRisk
drs G.P.M. Huisman (voorzitter), *algemeen directeur Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem*
drs C.W.J. Hirschler-Schulte (vice-voorzitter), *voorzitter RvB Deventer Ziekenhuis*
dr ir J.H.M. van Eijndhoven, *lid RvB Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden*
dr J. van der Heide, *voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel*
dr D.J. Hemrika, *voorzitter RvB Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam*
drs J.H.D. van Hemsbergen, *lid hoofddirectie VVAA*
drs D. van Starkenburg RE, *voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede*

Directie MediRisk
mr H.P. Henschen
J.W.M. Stappers

- I N

4

7

20

Dolgedraaid

Prestatie-indicatoren, nieuwe richtlijnen, scherpere kwaliteitseisen, herziene normen. Er komt veel af op de ziekenhuizen. Te veel. Sommige instellingen zien door de bomen het bos niet meer en luiden de noodklok. |pag.4|

Reacties op de noodkreten

Ziekenhuizen worstelen met de veelheid aan kwaliteitseisen, de externe auditdruk en de administratieve last die dit alles met zich meebrengt. Alert legt vier "noodkreten" uit het veld voor aan IGZ, MediRisk, NIAZ en het landelijk veiligheidsprogramma. |pag.7|

Signaleer de signalen

Klachten, tevredenheidsonderzoeken, complicaties, incidenten en claims bevatten informatie die ziekenhuizen kunnen gebruiken om kwaliteit en veiligheid te verbeteren. Helaas gebeurt dat nog te weinig. |pag.14|

H O U D -

11 Case Report als preventieprikkel
Om de druk op de ketel te houden

13 Goed idee!
"TOPPEN" met een poster

17 Smeerolie voor het VMS
Team Resource Management werkt in het Sophia

20 MediRisk Actueel

22 Melden wordt steeds veiliger
Aios, huisartsen en patiënten gaan ook "vimmen"

26 Claimreconstructie
Ongelezen het dossier in

28 Gespot
Gamen tegen incidenten

Snoeien met beleid

Het zal u nauwelijks tot enige troost zijn, maar u bent niet de enige die er last van heeft. Ook verzekeraars kennen ze: Toetsing en Toezicht, Normen en Eisen. Vooral de aangescherpte zijn favoriet. Normenkaders, vangnetcriteria, prestatie-indicatoren worden op u afgevuurd. En natuurlijk zijn er de audits, veel en verschillend. Absoluut nuttig, laat daar geen misverstand over bestaan. Maar langzamerhand hebben wij allemaal het gevoel dat sprake is van een overload. "Overkill" is een term die wij in deze sector immers liever niet gebruiken. "Deadline" mag weer wel. Ook daar hebben we er veel van. Vaak moet dezelfde informatie op nét weer even andere wijze worden verstrekt. Binnen de daarvoor gestelde deadline natuurlijk. De administratieve druk van toetsing en toezicht is inmiddels even belastend voor organisaties als de oplopende werkdruk van de primaire werkprocessen, die niet voor niets primair worden genoemd. De grote vraag is of een en ander nog wel hanteerbaar blijft. In plaats van de zorgsector te (over)belasten met een vloed aan veelal overlappende kwaliteits- en veiligheidseisen, zouden wij als externe partijen veel actiever de afstemming moeten zoeken en daarmee de zorginstellingen faciliteren bij het bereiken van dat ene doel: een nóg veiliger zorg. MediRisk en NIAZ hebben inmiddels afstemming gezocht. Beide organisaties hebben afspraken gemaakt over het verminderen van de externe toetsingsdruk. Hopelijk worden de resultaten daarvan het komend jaar zichtbaar. Ook met de Inspectie vindt afstemming plaats, zoals over de uitkomsten van hun OK-project en de door MediRisk opgestelde OK-vangnetten. En, het zou vreemd zijn als het anders was, we zien daarbij dezelfde knelpunten die tot veiligheidsrisico's leiden. Nu is het alleen nog zaak om zo concreet mogelijk te formuleren wat wij - ieder vanuit de eigen rol in het geheel - van uw organisatie verlangen, met als doel overlap te vermijden. MediRisk probeert het daarbij vooral praktisch en toepasbaar te houden. De regie bij dit alles hoort uiteindelijk in handen te liggen van de zorginstelling zelf. Maar dan moeten we met elkaar wel zodanig snoeien in hetgeen wij van de instellingen vragen, dat zij het bos weer kunnen zien en die regie ook daadwerkelijk kunnen voeren. Het komende snoeiseizoen lijkt daar heel geschikt voor.

John Stappers, algemeen directeur MediRisk

Ziekenhuizen zien door de bomen het bos niet meer

Dolgedraaid door de vele eisen

Ziekenhuizen zien zich geconfronteerd met een toename aan wetgeving, normen, protocollen en 'dwingende' adviezen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en transparantie. Van verschillende "afzenders" met ieder hun eigen belang en elkaar al dan niet overlappende thema's en toetsingsinstrumenten. Sommige ziekenhuizen zien door de bomen het bos niet meer en luiden de noodklok. Door Matthijs Buikema

Prestatie-indicatoren, nieuwe richtlijnen voor laparoscopische ingrepen, aanvullende eisen voor gassentoevoer en luchtbehandeling in de OK, verplichte IGZ-veranderingen in het pre- en peroperatieve traject, het VMS-programma, "vimmen" en "slimmen", arbo-regelgeving, brandveiligheidsvoorschriften, de herziene kwaliteitsnorm van het NIAZ, maatregelen vanuit patiëntenorganisaties, aangescherpte MediRisk-eisen, risico-inventarisaties, zorgverzekeraars die de kwaliteit eigenhandig willen toetsen, een SEH-protocol om kindermishandeling te ontdekken. Duizelt het u ook? In het kader van kwaliteit, veiligheid en transparantie komt er veel af op de ziekenhuizen en haar medewerkers. Te veel, zo blijkt uit een kleine rondgang langs de ziekenhuizen. 'Op mijn afdeling staan momenteel diverse actiepunten uit om te voldoen aan alle kwaliteitseisen en daar komen steeds weer nieuwe bij,' zegt Theo Hoogveld, hoofd OK van het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem. 'Dat kost veel tijd en energie. Bovendien botsen de kwaliteitseisen met maatregelen om efficiënter en goedkoper te werken, wat óók van ons wordt verwacht. De OK moet volgens Plexus bijvoorbeeld in vijftien minuten gereed kunnen zijn. Maar met alle veiligheidsvoorschriften, controles, checks en dubbelchecks redden we dat simpelweg niet meer. Tenminste, niet als je het goed wilt doen en dat is wel onze intentie.'

'Er komt vanuit verschillende hoeken ontzettend veel op ons af. Goede ontwikkelingen, maar iedereen stelt uiteraard deadlines, de druk is groot'

Deadlines

Het is inderdaad een behoorlijke *overload*, beaamt beleidsadviseur zorgontwikkeling Enjé Dekker van het Medisch Centrum Alkmaar. 'We zijn niet alleen bezig met het invoeren van de elementen van het VMS, maar ook met de tien thema's van het landelijk veiligheidsprogramma. Daarnaast hebben we eigen actiepunten op het gebied van medicatieveiligheid, veiligheid van apparatuur en veiligheid als opleidingsonderdeel omdat we een STZ-ziekenhuis zijn. De combinatie met de IGZ-indicatoren, Zichtbare Zorg en het NIAZ maakt dat er vanuit verschillende hoeken ontzettend veel op ons af komt. Goede ontwikkelingen, maar iedereen stelt uiteraard deadlines, de druk is groot.'

Ook kwaliteitsadviseur Gon Tullemans van VieCuri Medisch Centrum in Venlo herkent dit beeld in haar ziekenhuis. 'Er wordt nogal wat gezucht onder de medewerkers vanwege de veelheid aan eisen waar ze aan moeten voldoen. Momenteel hebben we het vooral druk op het onderdeel transparantie. Niet alleen IGZ vraagt om prestatie-indicatoren, ook de zorgverzekeraars willen de kwaliteit kunnen toetsen. Je hebt de ene lijst nog niet de deur uit of je moet weer een andere opstellen, want allemaal willen ze het net even anders aangeleverd krijgen. Je kunt niet volstaan met één Excel-bestand.'

Illustratie: Loet van Moll

Troubleshooting
Voor alle duidelijkheid: iedereen is het erover eens dat de kwaliteitseisen van de verschillende afzenders een goede zaak dienen. 'Maar,' zo vat Hoogveld samen, 'we zien door de bomen het bos bijna niet meer. Elke instantie komt met zijn eigen interpretatie van kwaliteitseisen die noodzakelijk zijn. De een zegt dit, de ander gaat daarin nog een stapje verder, terwijl een derde met maatregelen komt die de andere eisen weer in de weg gaan zitten. MediRisk stelt in haar OK-vangnet medicatiecontrole dat alleen het bereiden van oplossingen dubbel gecheckt moet worden. IGZ wil dat zowel klaarmaken als toediening dubbel worden gecheckt. Wie moeten we volgen? De ene eis is werkbaarder dan de andere, maar welke weegt zwaarder?'

'Er wordt soms iets te veel naar de krantenkoppen gekeken in plaats van naar de praktijk'

Afgezien van het feit dat er veel op de ziekenhuizen afkomt, wordt volgens de geïnterviewden teveel aan ad hoc *troubleshooting* gedaan. 'Iedereen weet dat medicatiefouten zwaar drukken op de patiëntveiligheid,' zegt Enjé Dekker. 'Toch hoeven ziekenhuizen nog geen acute maatregelen te nemen om de medicatieveiligheid te vergroten. Maar als er op een OK één keer een brand uitbreekt met fatale gevolgen, liggen de aangescherpte eisen de volgende dag al in de brievenbus. Hoe goed die maatregelen om een volgende brand te voorkomen ook zijn, het is toch wat krom als je ziet hoeveel medicatiefouten er dagelijks worden gemaakt. Dan klopt er volgens mij toch iets niet met de prioritering.' Tullemans: 'Er wordt soms iets teveel naar de krantenkoppen gekeken, dan naar de praktijk.'

Verademing
Het dilemma waar ziekenhuizen steeds tegen aanlopen is: welke maatregel verdient prioriteit? Het zou prettig zijn als er tussen de verschillende organisaties en instanties meer afstemming zou zijn op het gebied van kwaliteit, veiligheid en transparantie. En dat er vervolgens met één mond wordt gesproken. 'Ik zou een oproep willen doen aan met name de Inspectie om de centrale regie hierin te nemen.' De nieuwe NIAZ-kwaliteitsnorm 2.0, waarin ook de NTA-norm VMS is geïntegreerd, is wat dat betreft een verademing, zegt Gon Tullemans. 'Zo'n vernieuwde norm blijft natuurlijk veel werk met zich meebrengen. De hele organisatie moet weer worden doorgelicht om te kijken of er nog steeds aan de NIAZ-norm wordt voldaan. Maar omdat de NTA-norm VMS daarin is geïntegreerd hoef je geen aparte terugrapportage te maken. Het vermindert de externe auditdruk.'

Stuurkaart
Veel ziekenhuizen proberen ondertussen de eisen van de verschillende instanties zoveel mogelijk in hun interne auditsystemen te integreren en zoeken naar één format voor alle actieplannen. Maar dat is niet eenvoudig. Om het overzicht te bewaren, werkt Theo Hoogveld sinds dit jaar met een stuurkaart, een eenvoudig Word-document met een lijst acties die uitgevoerd moeten worden. 'Er staat summier vermeld wát er moet gebeuren, voor welke datum dat moet gebeuren en wie er verantwoordelijk voor is. Daarnaast maken we met groene, gele en rode balletjes achter elke actie inzichtelijk wat de stand van zaken is. Groen betekent 'afgerond', geel betekent dat men er mee bezig is en rood geeft aan dat nog niet begonnen is of dat de actie is vertraagd.' De stuurkaart vormt de leidraad van het wekelijkse overleg tussen de leidinggevenden. Achter elke actie op de stuurkaart schuilt een plan van aanpak die is opgesteld door een kwaliteitswerkgroep. Deze bestaat uit afgevaardigden van de hele afdeling en zorgt ervoor dat de plannen van aanpak daadwerkelijk worden uitgevoerd. Het Slingeland heeft de stuurkaart ziekenhuisbreed ingevoerd; elke afdeling, ook de directie, werkt ermee. De stuurkaarten vervangen de geschreven jaarplannen en vormen met elkaar het activiteitenplan binnen het ziekenhuis.

Apart terugkoppelen
In VieCuri houdt Gon Tullemans het overzicht. 'De nieuwe NIAZ-norm vullen we met de kwaliteitscoördinatoren op centraal niveau grotendeels in, voordat de afdelingen er verder mee aan de slag gaan. Voor de prestatie-indicatoren proberen we het management en de specialisten zoveel mogelijk werk uit handen te nemen door met een werkgroep informatie uit het ziekenhuis informatiesysteem te halen. Er is veel overlap, je kunt veel zaken in één keer uitzoeken of aanpakken. Maar je moet het vervolgens wel weer allemaal apart terugkoppelen naar de verschillende partijen. En sommigen dingen moeten echt van de werkvloer komen. Het blijft bij elkaar erg veel werk, want ondertussen moet er gewoon productie gedraaid worden en zijn er net als in de rest van Nederland bezettingsproblemen.' Hoogveld besluit: 'Het zou ziekenhuizen makkelijker worden gemaakt als er niet alleen meer afstemming is en beter naar de praktijk wordt gekeken, maar ook als bij het pakket kwaliteitseisen best practices worden aangeboden. Er gaat zoveel tijd verloren met steeds weer het wiel uitvinden of uitzoeken hoe collega-afdelingen elders in het land het hebben aangepakt. Alhoewel iedere situatie specifiek is, verhogen goede voorbeelden op het gebied van OK-planning, patiëntenlogistiek en veiligheid een snelle en efficiënte aanpak.'

Noodkreten uit het veld:

Meer afstemming gewenst

De reactie van externe partijen

Ziekenhuizen worstelen met de veelheid aan kwaliteitseisen, de externe auditdruk en de administratieve lasten die dat met zich meebrengt. Lees ook het vorige artikel. Alert legt enkele "noodkreten" uit het veld voor aan de verschillende eisenstellende externe partijen. **Door Matthijs Buikema**

Wim Schellekens

John Stappers

Noodkreet:

‘Er moet en kan beter worden samengewerkt’

Wim Schellekens, Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ:
‘NIAZ, MediRisk en de partijen achter het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' leggen druk op de ziekenhuizen om de zorg beter en veiliger te maken. Ziekenhuizen ervaren dat als externe druk, maar voor alle duidelijkheid: deze organisaties zijn door de ziekenhuizen zelf opgericht. Als er beter afgestemd moet worden, dan moet dat in eerste instantie tussen die partijen gebeuren. IGZ is in feite de enige echte externe partij en heeft een duidelijke taak: erop toezien dat ziekenhuizen kwalitatieve en veilige patiëntenzorg leveren. De IGZ baseert zich daarbij op de normen en richtlijnen van het veld zelf. Een NIAZ-accreditatie is voor ons een waarborg dat de organisatie van de zorg goed geregeld is. Maar het geeft nog geen garantie voor goede en veilige zorg, met name omdat de professionele kwaliteit en de interactie ziekenhuis-professie nog niet echt getoetst wordt. We zijn blij met de initiatieven van NIAZ, MediRisk en het veiligheidsprogramma. Het is juist de rol van de IGZ om deze inspanningen niet meer vrijblijvend te laten zijn: de IGZ sluit graag aan bij deze initiatieven en gaat soms een stapje verder.’

John Stappers, directeur MediRisk:
‘Wij moeten als externe partijen veel actiever de afstemming zoeken om de instellingen beter te kunnen faciliteren bij het realiseren van een veiliger zorg. MediRisk zal als schadeverzekeraar natuurlijk altijd een eigen invalshoek houden. Sommige partijen, zoals IGZ, gaan verder dan MediRisk in bepaalde eisen. Bijvoorbeeld de verplichte dubbelcheck bij medicatie en de verplichting van de time out-procedure. Maar we blijven streven naar afstemming, zoals we hebben gedaan in de samenwerkingsovereenkomst met het NIAZ. Voor de ziekenhuizen levert die samenwerking straks een verdere daling van de administratieve belasting op, ze worden namelijk in principe niet meer dubbel getoetst. Ook zal de kwaliteit van de toetsing door NIAZ verder toenemen en krijgen ziekenhuizen een betere spiegel voorgehouden. Wat ons betreft moet in de verdere uitwerking van de overeenkomst nog meer ingegaan worden op de garantie dat onze vangnetten voor de OK en de SEH altijd worden meegenomen bij externe en interne audits en dat de ziekenhuizen deze eisen ook naleven. Wat MediRisk betreft een harde eis, want alleen dan kunnen wij terughoudender zijn met de externe audits. Daarom blijven wij minimaal eens in de twee jaar een terugrapportage van de ziekenhuizen verlangen waarin zij laten zien wat ze met onze vangnetten hebben gedaan en hoe deze geborgd zijn. Ook het beleid van MediRisk is niet meer vrijblijvend.’

Hélène Beaard, directeur van het NIAZ:
‘Er wordt inderdaad te veel langs elkaar heen gewerkt. Het NIAZ is opgericht door de ziekenhuizen voor de beoordeling van het kwaliteitssysteem. In een goed kwaliteitssysteem zijn de resultaten van toetsingen door andere instanties geïntegreerd. Het NIAZ werkt om die reden samen met instanties als MediRisk, de IGZ en de Orde van Medisch Specialisten. Vertrouwen hebben in de auditsystematiek van het NIAZ speelt daarbij een belangrijke rol. MediRisk doet dat door een deel van de externe audits aan het NIAZ over te laten. En we hebben net een pilot uitgevoerd samen met de Orde van Medisch Specialisten in het Bronovo ziekenhuis waarbij visitatiecommissies van de wetenschappelijke verenigingen en het NIAZ gezamenlijk de toetsing hebben uitgevoerd. Met als doel om meer efficiëntie te realiseren en meer zicht te krijgen op de totale kwaliteit: de kwaliteit van de organisatie en de professionele kwaliteit.
De eerste uitkomsten zijn positief en de pilot moet zeker een vervolg krijgen in de ziekenhuizen.'

Brigit Heemskerk, programmamanager van het landelijk veiligheidsprogramma:
‘Vooral op het gebied van ondersteuning en facilitering is nog wel meer afstemming te bereiken, hoewel dat al wel veel plaatsvindt.. Het veiligheidsprogramma is opgezet doordat de NVZ, de Orde, V&VN en het LEVV een eenduidige aanpak nastreefden. Onze

Hélène Beaard

Brigit Heemskerk

tien thema's waarop de schade teruggebracht moet worden zijn een uitwerking van afspraken met wetenschappelijke verenigingen, de beroepsgroep van verpleegkundigen, de IGZ en schadeverzekeraars. De IGZ maakt gebruik van bepaalde indicatoren die wij per thema verzamelen, dat scheelt ziekenhuizen dubbel werk. Met MediRisk onderzoeken we momenteel hoe we zaken kunnen afstemmen om de last voor de ziekenhuizen te verkleinen.'

Noodkreet:

'Er moet meer centrale regie komen, één partij die zegt waar de prioriteiten liggen'

Schellekens: 'Ziekenhuizen moeten zelf de keuze maken welke veiligheidsaspecten prioriteit behoeven. De IGZ heeft de laatste jaren een aantal rapporten uitgebracht waarin we ons speciaal hebben gericht op de meest kwetsbare patiënten en de meest kritische zorgprocessen en afdelingen. Deze rapporten laten zien dat er nog steeds grote verschillen zijn in aanpak en resultaten tussen de ziekenhuizen: van heel goed tot hier en daar verontrustend slecht. De bedoeling is dat de Raden van Bestuur de situatie in hun ziekenhuis spiegelen aan zo'n rapport en kijken hoe ze de situatie kunnen verbeteren via een duidelijk plan van aanpak. Zij moeten de normen en richtlijnen van het veld zelf vertalen naar hun eigen ziekenhuisbeleid. Het is voor mij het belangrijkste dat een Raad van Bestuur en de medische staf laten zien dat ze aantoonbaar ernst maken met kwaliteits- en veiligheidsbeleid. Geen ziekenhuis of medisch specialist hoeft ooit "bang" te zijn voor de IGZ wanneer ze laten zien dat ze leren van wat er fout gaat en met succes beleid uitvoeren dat is gericht op kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten. De rapporten van de IGZ kunnen hierbij richtsnoer zijn voor prioriteitstelling ten behoeve van het eigen strategische beleid van een ziekenhuis. Als een ziekenhuis de problemen niet (h)erkent, geen actie onderneemt of niet in staat is om te verbeteren, dan pas heeft de IGZ de verantwoordelijkheid om actief op te treden, in het belang van de patiënt.'

Stappers: 'Wij realiseren ons dat elke externe partij een eigen invalshoek heeft en prioriteit wil voor haar risicogebieden en eisen. Zo wil MediRisk dat onze vangnetten voor de OK en de SEH zowel bij externe als interne audits worden getoetst. Maar als er regie moet zijn, hoort deze, via een goed werkend VMS, uiteindelijk bij de ziekenhuizen zélf te liggen. Om die regie naar behoren te kunnen voeren, moeten de verschillende spelers op het gebied van veiligheid de ziekenhuizen ondersteunen en faciliteren met hun expertise. Ook daar is afstemming bij nodig.'

Beaard: 'Ik vraag me af of die roep om centrale regie er werkelijk is. Ik denk dat ziekenhuizen heel goed weten wat prioriteit heeft en wat niet. Met accreditaties houden we de ziekenhuizen een spiegel voor van wat goed geregeld is en wat niet. Als de veiligheid van patiënten en medewerkers in het geding is, wordt geen accreditatie toegekend.'

Heemskerk: 'Ik denk ook dat dit voornamelijk een roep is om ondersteuning bij het invoeren van alle eisen. Het veiligheidsprogramma is in feite opgezet om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen niet steeds opnieuw het wiel hoeven uit te vinden. De tien thema's zijn bijvoorbeeld heel pragmatisch opgesteld. We laten aan de hand van checklists, praktijkgidsen, handleidingen, best practices en andere handvatten precies zien hoe ziekenhuizen bijvoorbeeld postoperatieve wondinfecties kunnen aanpakken. Dit doen we op basis van literatuur en ervaringen die we hebben opgedaan met Sneller Beter en op basis van aanbevelingen van experts en ziekenhuis met ervaringen. We zouden ook meer kunnen kijken naar de ervaringen die MediRisk heeft opgedaan, zodat er ook op het terrein van bijvoorbeeld best practices meer eenduidigheid kan worden bereikt.'

Noodkreet:

‘Er wordt te veel naar krantenkoppen gekeken in plaats van naar de praktijk’

Schellekens: ‘Onze rapporten zijn in eerste instantie bedoeld om het veiligheidsbewustzijn te vergroten, hoe groot of klein het risico ook is. Ziekenhuizen hoeven ons niet klakkeloos te volgen, zolang wij maar constateren dat de patiënt geen onnodige risico’s loopt. Uiteraard staat de Inspectie onder grote druk van de Tweede Kamer, die voor een groot deel gestuurd wordt door de media. Na de toestanden in de IJsselmeerziekenhuizen zou de Tweede Kamer het liefst willen dat wij iedere OK in Nederland gaan controleren op de luchtbehandeling en in elk ziekenhuis toetsen of er op de OK wel wordt gehandeld conform de infectiepreventierichtlijnen. Wij hebben er echter voor gekozen om geen brief naar de ziekenhuizen te sturen. Er is zoveel media-aandacht geweest, dat wij ervan uitgaan dat de ziekenhuizen bij zichzelf te rade gaan om te kijken of bij hen deze zaken op orde zijn. Wij handelen op basis van vertrouwen, de Kamer en de media vaak meer op basis van wantrouwen. Verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg ligt bij het ziekenhuis; de IGZ kan dat niet overnemen en we mogen ook nooit die suggestie wekken.’

Stappers: ‘Wij baseren onze preventieprogramma’s op trends die uit onze analyses van schadeclaims naar voren komen. Wij focussen ons op die risicogebieden die vanuit dit oogpunt prioriteit behoeven.
De vangnetten voor de SEH en de OK zijn daar een uitstekend voorbeeld van. Natuurlijk, wij kunnen zo nodig snel reageren op actuele ontwikkelingen, maar binnen ons beleid is geen plaats voor plotselinge acties die enkel zijn gebaseerd op een eenmalig incident of media-aandacht. De continuïteit van onze preventieactiviteiten zou ermee in gevaar komen.’

Beaard: ‘Ik vind het zeer terecht dat de IGZ werk maakt van zaken die de veiligheid van patiënten in gevaar brengen, hoe groot of klein die risico’s ook zijn. Het is de primaire taak van de IGZ om toezicht te houden op veiligheid. De IGZ moet zijn toezicht echter deels ook overlaten aan het toezicht dat de ziekenhuizen zelf georganiseerd hebben via het NIAZ. Het is vooral jammer dat de media zo gefocust zijn op alles wat fout gaat in de zorg. Er gebeuren zeer veel goede dingen. Als een ziekenhuis de NIAZ-accreditatie ontvangt – toch een bewijs dat er erg hard is gewerkt aan een betere en veiligere organisatie– zijn de media in geen velden of wegen te bekennen.’

Heemskerk: ‘Ik denk wel dat we moeten oppassen dat de aandacht voor de korte termijn issues niet ten koste gaat van de actiepunten die de lange termijn dienen. Ik hoor veel geluiden uit het veld dat ziekenhuizen het ene na het andere plan van aanpak moeten opstellen en dat de actiepunten voor bijvoorbeeld het landelijke veiligheidsprogramma daardoor vertraging oplopen.’

Noodkreet:

‘Ondanks de vele kwaliteitseisen en toezichthouders schieten kwaliteit en veiligheid soms nog steeds tekort’

Schellekens: ‘Hier helpt de metafoor van het visnet. De IGZ legt als het ware een visnet over de ziekenhuizen met als doel om risico’s voor de patiënt op te vissen. De laatste jaren is de IGZ hier redelijk succesvol in. Toch vist de IGZ niet alle risico’s op. De vraag is dan: zijn de mazen van ons visnet wel klein genoeg? Mijn antwoord is “nee”, hoewel dit een lastig dilemma is. Als we meer risico’s willen opvissen – wat de Tweede Kamer en de media van ons vragen – dan moeten de mazen van ons visnet kleiner worden. Maar dat betekent direct dat de toezichtlast voor de ziekenhuizen groter wordt. We zoeken binnen de IGZ voortdurend naar een balans. Hierover willen we ook met de ziekenhuizen in gesprek blijven: wat helpt en wat werkt contraproductief? Hoe maken we onderscheid tussen ziekenhuizen waar we bovenop zitten en ziekenhuizen die zelf hun verantwoordelijkheid goed waarmaken?’

Stappers: ‘Dat je er ooit helemaal bovenop zou kunnen zitten, is een illusie. Het is wel de vraag hoe lang je nog accepteert dat niet aan bepaalde eisen wordt voldaan. MediRisk gaat haar beleid in 2009 wat dat betreft verder aanscherpen, in opdracht van haar leden, de ziekenhuizen. Zelfopgelegde maatregelen dus. Nu al is het zo dat ziekenhuizen bij een claim een eigen bijdrage van € 5000 opgelegd krijgen als blijkt dat de vangnetten niet of onvoldoende zijn nageleefd. Als daarna nóg een keer schade wordt veroorzaakt omdat de vangnetten niet zijn nageleefd, is de vraag of je hiervoor nog wel dekking moet willen bieden. Het houdt tenslotte een keer op. Maar tegelijk: het zal om uitzonderingen gaan. De ziekenhuizen nemen de vangnetten heel serieus en hebben al veel werk verzet om risico’s te verminderen. Dat mag ook wel eens worden gezegd.’

Beaard: ‘Ik ben ervan overtuigd dat de zorg er beter en veiliger van wordt als we onderling nog beter op elkaar afstemmen en goed naar de zorg kijken en luisteren. We moeten elkaar niet voor de voeten lopen, maar juist informatie met elkaar uitwisselen en vooral ook elkaar vertrouwen. Daarmee kunnen we nog een goede slag slaan.’

Heemskerk: ’Als de NTA basiseisen voor het VMS volledig zijn geïntegreerd in het accreditatieschema van het NIAZ kunnen ziekenhuizen heel goed zichtbaar maken dat ze hun kwaliteits- en veiligheidssystemen op orde hebben. De IGZ kan dan rustig een stapje terug doen. Maar daarover moet nog meer afstemming worden bereikt. En dan zou NIAZ meer in detail moeten kunnen laten zien wat ziekenhuizen hebben gedaan met de specifieke eisen van de afzonderlijke partijen. Je zou bij de terugrapportage bijvoorbeeld een speciale bijlage kunnen voegen waarin de punten van MediRisk, de IGZ en het veiligheidsprogramma worden uitgelicht.’

Illustratie: Wietse Bakker

Om druk op de ketel te houden

Case Report als preventieprikkel

Sinds 1 januari 2008 kunnen ziekenhuizen die de verplichte vangnetten op de OK of SEH niet of onvoldoende hebben ingevoerd, geconfronteerd worden met een case report. Samen met het ziekenhuis onderzoekt MediRisk de oorzaak van vangnetgerelateerde claims. Pakt het case report negatief uit, dan volgt een verplichte eigen bijdrage voor het ziekenhuis.

Door Mare Bergsma

MediRisk heeft sinds 1 januari 2007 vangnetten verplicht gesteld ter voorkoming van bepaalde SEH-claims (zie kader).
Ook de operatieafdelingen moeten begin dit jaar voldoen aan de vangnetten: verplichte eisen om hoog vermijdbare schades te voorkomen. Deze nieuwe fase in het preventiebeleid van MediRisk betekent dat ziekenhuizen via vragenlijsten en de verificatiebezoeken inzicht krijgen in hoeverre ze aan de vangnetten voldoen. En via het opstellen van actieplannen kunnen ze vervolgens laten zien hoe en wanneer ze verbeteringen gaan doorvoeren. Uit de resultaten van het SEH-project blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen in beweging zijn gekomen en bijna alle vangnetten hebben ingevoerd.
Om de voortgang van de invoering van deze vangnetten te blijven monitoren en druk op de ketel te houden, kunnen ziekenhuizen een zogenaamde case report verwachten bij vangnetgerelateerde claims. Ook voor het OK-project, dat momenteel in volle gang is, geldt dat vangnetgerelateerde claims op de OK's in aanmerking kunnen komen voor een case report.

Falende vangnetten

Bernadet Valentijn, riskmanager en projectleider van het SEH-project, legt uit: 'We verzamelen eerst alle beschikbare informatie over de betreffende claim en kijken daarbij specifiek naar de oorzaak van het incident in relatie tot de vangnetten. Welke vangnetten waren aanwezig om het incident te voorkomen? Werkten of faalden deze? En in welk opzicht was het falen van een of meerdere vangnetten van invloed op het incident? Een case report is niet alleen bedoeld ter onderbouwing van het toepassen van de sanctiemaatregel - een eigen bijdrage van € 5000 - maar vooral als preventieprikkel. Het geeft inzicht in hoe de verplichte vangnetten zijn ingevoerd en hoe deze in het ziekenhuis werken. Het is een signaleringsfunctie die we de komende jaren op zowel de SEH- als OK-vangnetgerelateerde claims zullen blijven uitvoeren.'

Onderzoek

Niet alle claims komen in aanmerking voor een case report. Na melding van een claim wordt beoordeeld of deze is ontstaan na 1 januari 2007, de datum waarop de SEH-vangnetten verplicht zijn gesteld. Voor OK-claims geldt dat ze na 1 januari 2008 zijn ontstaan. Vervolgens wordt bekeken of deze claim betrekking heeft op de geselecteerde

Vangnetgerelateerde claims?

MediRisk heeft vanaf 1 januari 2007 vangnetten verplicht gesteld voor de SEH, en vanaf 1 januari 2008 ook voor de operatieafdelingen. De risicogebieden op de SEH zijn gemiste en verkeerd behandelde pees- en zenuwletsels of fracturen. Voor de OK zijn dit verwisselingfouten, het achterblijven van materialen, medicatiefouten, positioneringfouten, apparatuur en materiaalgerelateerde fouten en gebitsletsel na intubatie van hoogrisicopatiënten. Mocht zich een incident voordoen in een van deze risicogebieden die leidt tot een claim, dan kunnen ziekenhuizen geconfronteerd worden met een case report.

schadecategorieën. Als vervolgens uit de toegezonden informatie blijkt dat het incident en de schade vermoedelijk veroorzaakt zijn door het niet of onvoldoende functioneren of ontbreken van één van de verplichte vangnetten, wordt een nader onderzoek ingesteld: het case report. MediRisk stelt het ziekenhuis hiervan door middel van een brief aan de Raad van Bestuur op de hoogte. In de brief wordt het doel van het case report nader toegelicht, een korte casusomschrijving gegeven en aanvullende vragen gesteld. Samen met het ziekenhuis onderzoekt MediRisk de oorzaak van het incident en de relatie met de vangnetten. Aanvullende informatie, zoals de aanwezigheid van protocollen of hoe de supervisie in de praktijk heeft plaatsgevonden, is niet altijd via het medische en verpleegkundig dossier te achterhalen. Dit geldt ook voor de organisatorische context van de gebeurtenis. Als alle onderzoekgegevens compleet zijn, stelt MediRisk definitief vast of de claim heeft kunnen ontstaan door het ontbreken of niet functioneren van een of meerdere vangnetten. Daarna wordt het ziekenhuis ook weer via de Raad van Bestuur op de hoogte gesteld van het eindoordeel en volgt, bij een gebleken negatieve relatie, een sanctiemaatregel in de vorm van de eigen bijdrage. MediRisk zal de betreffende instelling daarbij adviseren gericht preventieactiviteiten te starten om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen.

Aangescherpt

John Stappers, directeur van MediRisk: 'Met dit sanctiebeleid, dat in overleg met de ziekenhuizen en het bestuur van MediRisk is afgesproken, wordt de gezamenlijk ervaren noodzaak van invoering van de SEH- en ook de OK-vangnetten onderstreept. Het beleid is nog verder aangescherpt. De eigen bijdrage staat overigens los van de medische en juridische beoordeling van de aansprakelijkheid en de verwijtbaarheid. De eigen bijdrage zal MediRisk gebruiken voor het 'preventiefonds', dat financiële ondersteuning biedt aan door ziekenhuizen ontplooide initiatieven op het gebied van patiëntveiligheid en schadereductie.'

Vanaf volgend jaar vindt u in Alert de nieuwe rubriek 'Case report' met een praktijkvoorbeeld uit een van de aangesloten instellingen.

De vangnetten nogmaals op een rij

SEH-vangnetten

Voor vangnetgerelateerde claims op de Spoedeisende Hulp hanteert MediRisk per 1 januari 2007 de volgende verplichte vangnetten:

- Inwerkprogramma speciaal voor arts-assistenten
- Structureel onderwijs
- Protocollen/richtlijnen peesletsels en fracturen
- Toetsing arts-assistenten
- Dossiercontrole
- Supervisie
- Dagelijkse röntgenbespreking

OK-vangnetten

Op de operatieafdelingen gelden per 1 januari 2008 per vangnetgerelateerde claim onderstaande verplichte vangnetten:

- Vastleggen van eenduidige afspraken
- Naleving van procedures
- Controleren van de naleving
- Gebruik van hulpmiddelen, zoals een checklist die zorgt voor waarborging van de gemaakte afspraken

Meer over de vangnetten

Kijkt u voor meer informatie over risicofactoren en voorbeelden van de verschillende vangnetten per risicogebied op de ledensite van www.medirisk.nl onder Schadepreventie.

Illustratie: Wietse Bakker

Goed idee!

“Toppen” met een poster

Naast “vimmen”, “slimmen” en “mippen” begint ook “toppen” onderdeel te worden van het vaste vocabulaire in de Nederlandse ziekenhuizen. “Toppen” staat voor het uitvoeren van de time out-procedure. In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in Amsterdam loopt sinds een jaar een time out-pilot waarbij goede ervaringen zijn opgedaan met TOP*plus*, dat ontwikkeld is door het Erasmus MC in samenwerking met de TU-Delft. Deze time out-procedure wordt ondersteund met een poster op de OK waarop precies staat aangegeven wie wat vraagt en wie er vervolgens antwoord moet geven. ‘Het zijn open vragen zodat er niet met “ja” of “nee” kan worden volstaan,’ legt Bianca Balvert van het SLAZ uit, specialisme oudste endoscopie en projectleider van TOP*plus*. ‘Iedereen wordt met deze cross-check interactief bij de time out betrokken.’

De procedure duurt 1 á 2 minuten en vindt in het SLAZ vlak voor de eerste incisie plaats. Dit omdat iedereen op dat moment aanwezig is en even gezamenlijk stilstaat om door de procedure te lopen. Onderzoeker Linda Wauben, die de poster en de procedure met het TOP*plus* projectteam (bestaande uit collega-onderzoeker Connie Dekker, chirurg Johan Lange en anesthesioloog Jan Klein van het Erasmus MC) heeft ontwikkeld, moet nog onderzoeken of dit inderdaad het juiste moment is om de procedure uit te voeren. ‘We willen een zo werkbaar en evidence based mogelijke procedure ontwikkelen. Daarvoor onderzoeken we momenteel alle bijzonderheden en incidenten die voor, tijdens en na de procedure plaatsvinden. Het kan best zijn dat daaruit naar voren komt dat de procedure eerder in het traject moet plaatsvinden.’

De informatie die Wauben daarvoor gebruikt, komt grotendeels voort uit de debriefing, het *plus*-onderdeel van TOP*plus*. In het SLAZ vindt de debriefing plaats vlak voordat de wond wordt gesloten. ‘Op dat moment is iedereen nog aanwezig, want de specialist wil het sluiten van de patiënt nog wel eens overlaten aan de assistent,’ verklaart Balvert. ‘Zoals op de poster aangegeven vraagt de operateur aan iedereen of er nog bijzonderheden zijn. Het gaat dan om zaken die misgaan in de communicatie, een operatie die niet helemaal lekker ging. Omdat de wond nog niet gesloten is, kan de compleetheidscontrole voor instrumenten, gazen en disposible materialen aan de debriefing gekoppeld worden.’

De reacties op de procedure en de poster zijn positief, zegt Balvert. Inmiddels werken alle specialismen met TOP*plus*. Wat dat concreet heeft opgeleverd, wordt momenteel onderzocht aan de hand van enquêtes en de analyse van incidenten. Balvert kent al wel wat voorbeelden: ‘Het is voorgekomen dat tijdens de time out werd ontdekt dat een hulpmiddel ontbrak of dat de antibiotica nog niet aan de patiënt was gegeven. Dat is vervolgens opgelost. Het is niet zo dat we een operatie hebben moeten uitstellen.’

Het TOP*plus* projectteam onderzoekt ondertussen een manier waarop ziekenhuizen zelf de gegevens uit de debriefing kunnen terugkoppelen. ‘Nu doen wij dat nog in het kader van het onderzoek, maar het is natuurlijk de bedoeling dat ziekenhuizen dit straks zelf doen en er een leereffect ontstaat.’ Zij krijgt enthousiaste reacties uit het veld en er is veel interesse vanuit de ziekenhuizen. ‘In het begin lijkt het of je een toneelstukje loopt op te voeren en dat levert vaak wat lacherige taferelen op. Maar de ervaring is dat cross-checking snel went. Toen een van de medisch specialisten uit het Erasmus MC op een locatie kwam waar niet met TOP*plus* werd gewerkt, had zij toch een wat “topless” gevoel.’

Belangstellende ziekenhuizen kunnen informatie opvragen bij Linda Wauben: l.s.g.l.wauben@tudelft.nl.

Signaleer de signalen

Klachten worden nog onvoldoende aangewend voor verbeteringen

Hoe kun je signalen vanuit klachten, tevredenheidsonderzoeken, complicaties, incidenten en claims gebruiken om de veiligheid en de kwaliteit te verbeteren? Daar worstelen veel ziekenhuizen mee, zo blijkt uit het rapport 'Klacht en Veiligheid'. De bereidheid is er wel, maar het systeem ervoor ontbreekt. Drie ziekenhuizen zijn wél op de goede weg. Door Annemiek Manuel

In 2004 verscheen de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Naast aanbevelingen voor het afhandelen van klachten staan er in de richtlijn aanbevelingen over de wijze waarop klachten kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Eén daarvan betreft een koppeling van informatie uit de diverse informatiebronnen. Denk aan de MIP- en VIM-meldingen, tevredenheidonderzoeken, exitgesprekken, audits, visitaties en dossieronderzoek. Door de koppeling, zo is de gedachte, kunnen betere analyses worden gemaakt, op geaggregeerd niveau trends worden vastgesteld en een organisatiebreed klachtenmanagementbeleid worden opgesteld en uitgevoerd dat bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit.

Veel verbeteracties

De praktijk leert echter dat dit tot op heden onvoldoende gebeurt. De nadruk ligt nog op de feitelijke afhandeling van individuele klachten en het realiseren van verbeteracties op afdelingsniveau. Dit blijkt uit het onderzoeksrapport *Klacht en Veiligheid* van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en SOKG expertisecentrum klachtenmanagement. In dit rapport wordt verslag gedaan van de stand van zaken in de ziekenhuizen in de periode 2006 – 2007.

Een korte samenvatting: vrijwel alle responderende ziekenhuizen bespreken klachten om verbeteracties te kunnen vaststellen. Ongeveer de helft van de ziekenhuizen werkt aan koppeling van klachtenoverzichten aan andere informatiebronnen, met name met informatie over incidentmeldingen, claims en cliëntmeningen. Dit gebeurt over het algemeen via koppeling aan kerncijfers of in periodiek overleg. Het samenbrengen van broninformatie in één systeem is echter nog maar zeer beperkt (in zes ziekenhuizen) op gang gekomen. Ook is in weinig ziekenhuizen een centraal verantwoordelijke aangewezen die alle informatiebronnen gezamenlijk analyseert en vervolgt. Een totaalbenadering, een beleid en afspraken ontbreken veelal nog. Algemene methoden en instrumenten om tot een systematische benutting van klachten ten behoeve van kwaliteitsverbetering te komen, zijn er niet.

> **Het samenbrengen van broninformatie in één systeem is nog maar in zes ziekenhuizen op gang gekomen**

Kleurcodes en barometers

Wel zijn er (op deelaspecten) veelbelovende initiatieven en instrumenten die een meerwaarde voor andere ziekenhuizen kunnen hebben. In het rapport zijn vier goede praktijkvoorbeelden genoemd. Meander Medisch Centrum in Amersfoort riep de Commissie Incidenten, Claims en Klachten (CICK) in het leven. De informatie uit drie bronnen wordt samengebracht en besproken in deze commissie. Op basis van de

Illustratie: Ad Oskam

gesignaleerde trends en conclusies die kunnen worden getrokken, adviseert de commissie vervolgens de afdelingen en de Raad van Bestuur. Het Diakonessenhuis Utrecht/Zeist/Doorn koos voor een geïntegreerde registratie en analyse van klachten en incidenten waarbij gebruik wordt gemaakt van een risicomatrix. Aan de hand van kleurcodes wordt vastgesteld door wie de klacht moet worden opgepakt ten behoeve van verbeteracties: klachten met een groene of gele codering worden voorgelegd en besproken met de afdeling of specialist, oranje klachten gaan naar de veiligheidsraad, en klachten uit de rode categorie gaan naar de Raad van Bestuur.

Het Medisch Centrum Haaglanden tot slot, wordt in het rapport genoemd met twee praktijkvoorbeelden. Allereerst startte het ziekenhuis het verbeterproces *Van Klacht naar Kwaliteit*. Het proces is bedoeld om op afdelingsniveau na de afhandeling van een individuele klacht, een oorzaakanalyse uit te voeren en mogelijkheden tot verbeteracties te onderzoeken. Klachtenfunctionarissen verbonden aan de betreffende divisie registreren de voortgang en brengen rapportage uit aan de betreffende afdeling, divisie en, via de kwaliteitscoördinator in de centrale staf en aan de Raad van Bestuur. Ook voortgangsgesprekken maken deel uit van het traject.

‘Een eenduidige registratie is een cruciale basis om trends te kunnen analyseren en adviezen uit te brengen’

Het tweede praktijkvoorbeeld is de kwaliteitsbarometer die in vervolg op het verbeterproces werd ontwikkeld: een digitale webtool die zorgmanagers een totaaloverzicht biedt van hun scores op het gebied van kwaliteit uit diverse informatiebronnen (denk aan klachtregistraties, incidentmeldingen, prestatie-indicatoren en audits) en die tegelijkertijd een module biedt voor het beheersen van verbeteracties.

Niet waterdicht

De drie ziekenhuizen zijn blij te zijn genoemd als goed praktijkvoorbeeld. Maar stellen alledrie direct dat de genoemde voorbeelden slechts onderdeel zijn van een veel groter geheel én dat ze nog zeker niet beschikken over een waterdicht, ziekenhuisbreed systeem om klachten te benutten voor kwaliteitsverbetering. Maarten van Gemert, neuroloog in Meander Medisch Centrum en voorzitter van de CICK: ‘De CICK is één van de vele schakels die met elkaar een “bedding” moeten vormen om systematisch te werken aan kwaliteit en veiligheid. De echte klachtafhandeling en daadwerkelijke incidentanalyse gebeuren niet in de CICK, maar bij de afdelingen zelf. Daar heeft men meer

zicht op de inhoud van de klacht, de situatie en op mogelijke verbeteringen. In de CICK proberen we op ziekenhuisniveau te kijken naar wat de getallen rond klachten, claims en alle in het kader van VIM ingediende meldingen ons zeggen. Welke trends we kunnen zien, welke rode vlaggen er gezet moeten worden bij kennelijk risicovolle processen en ook welke goede voorbeelden er voor het voetlicht kunnen worden gebracht. Dit is nodig om te komen tot een systematische, ziekenhuisbrede aanpak, maar zover zijn we nog niet. We zijn nog maar een jaar bezig, het systeem is nog niet uitgekristalliseerd. Ik verwacht pas na twee jaar voldoende cijfers te hebben om echte trends te signaleren en duidelijke conclusies te kunnen trekken.'

Gebrek aan terugkoppeling

Wieneke Rauwerdink, Maaike van der Ham en Henriëtte Morselt, klachtenfunctionarissen in het Diakonessenhuis vullen aan: 'Een goed werkend kwaliteitssysteem is van veel factoren afhankelijk: de juiste cultuur, een goed registratiesysteem, de juiste procedures, noem maar op. We zijn met ons plan goed op weg. De cultuur is voldoende open, de meldingsbereidheid is er. We beschikken over een registratiesysteem en als onderdeel daarvan helpt de risicomatrix ons vervolgens om klachten te kwalificeren en op het juiste niveau onder de aandacht te brengen ten behoeve van verbeteracties. Ook de samenwerking met de MIP-commissie is goed. Door een eenduidige registratie ontstaat een breed en helder overzicht van risicofactoren, een cruciale basis om trends te kunnen analyseren en adviezen uit te brengen. De terugkoppeling van verbeteracties gebeurt echter nog te veel ad hoc. Die zou verder moeten worden ontwikkeld, zodat we acties kunnen volgen en met andere afdelingen kunnen delen.'

Ook Hans Huysen, Manager Kwaliteit en Veiligheid in het Medisch Centrum Haaglanden, mist nog een stukje terugkoppeling. 'De cijfers op hoofdlijnen zijn voorhanden. In een volgende slag zouden we de individuele activiteiten nog een plek moeten geven in het centrale systeem, zodat we beter kunnen volgen hoe de organisatie werkt aan verbeteringen en welke verbeteringen bruikbaar zijn voor andere plekken in de organisatie. Maar de basis is gelegd. We zijn in staat om gegevens als klachten en incidenten bijeen te brengen en de grote lijnen zichtbaar te maken. Door het inzicht in de samenhang kan efficiënter en effectiever worden gestuurd op kwaliteit. Bijvoorbeeld door thematisch te werken aan verbeteringen. Daarnaast bieden we onze zorgmanagers voldoende inzicht in waar zij met hun afdelingen staan én we bieden hen een goede structuur om invulling te geven aan verbeteringen. Die structuur is in mijn ogen nog belangrijker dan de juiste cultuur. Mensen kunnen wel willen, maar als ze de mogelijkheden niet hebben houdt het op.'

'Er gebeuren veel goede dingen, maar te veel ad hoc. Het ontbreekt aan een systematische aanpak'

Witte jassen

Hoewel het bij alledrie de ziekenhuizen met name nog ontbreekt aan een systeem voor terugkoppeling van verbeteracties, hebben zij belangrijke stappen gezet op weg naar totaalbenadering. Maar het verbaast hen dat zij tot de weinigen behoren die al zover zijn. 'Als dat echt zo is, zouden ziekenhuizen zich moeten schamen,' vindt Van Gemert. Hans Huysen heeft ervaring als kwaliteitsmanager in het bedrijfsleven en heeft wel een idee waar de schoen wringt. 'Er gebeuren veel goede dingen, maar te veel ad hoc. Het ontbreekt op veel plaatsen aan een systematische aanpak. Het zou zeker helpen als ziekenhuizen, zoals aanbevolen in de rapportage Klacht en Veiligheid, kennis en ervaringen met elkaar delen, maar dat is moeilijk. Zij handelen vanuit hun eigen visie en insteek en vinden het lastig om elkaars best practices over te nemen. Toch groeit het besef dat er een systematische aanpak nodig is. Er wordt steeds vaker over gediscussieerd. Misschien helpt het als er een structuur wordt gecreëerd waarin gezamenlijk en aan de hand van specifieke thema's standaarden worden ontwikkeld, vergelijkbaar met de branchegerichte kwaliteitsrichtlijnen in het bedrijfsleven. Als de methode er ligt, hoeven ziekenhuizen niet zelf het wiel uit te vinden.' Van Gemert deelt de vergelijking met het bedrijfsleven. 'Naar mijn idee zijn ziekenhuizen oprecht hard aan het werk, maar zij lopen twintig jaar achter op het bedrijfsleven. En vergis je niet in de kracht van het medisch systeem. De focus in ziekenhuizen richt zich niet zozeer op de witte boorden, maar op de witte jassen. Zorg heeft de hoogste prioriteit. Het benutten van klachten is voor veel mensen nieuw. Verbeterbereidheid is er wel degelijk, maar moet nog flink groeien. Dat kost tijd.'

Gerichte aanpak MediRisk

Ook MediRisk ziet dat klachten als informatiebron voor verbetering van de kwaliteit en veiligheid nog nauwelijks worden gekoppeld aan andere informatiebronnen, zoals MIP- en VIM-gegevens, complicaties, claims, tevredenheidsonderzoeken, audits en dossieronderzoek. Via een gerichte aanpak wil MediRisk de afstemming van deze klachtsignalen stimuleren. Daarbij wordt ziekenhuizen gevraagd of ze het schadebeeld vanuit de claims ook herkennen vanuit de andere informatiebronnen.

Kijk voor meer informatie over de risicoprofielen en de gerichte aanpak van MediRisk op www.medirisk.nl of lees het septembernummer van Alert 2008.

Dick Tibboel zag de cultuur op zijn afdeling veranderen

‘TRM is de smeerolie voor het VMS’

Op de Kinder-IC van het Erasmus MC-Sophia is het helder wie wat waar wanneer en waarom doet. Met dank aan Team Resource Management. Maar TRM alleen is niet genoeg. Het is de combinatie van registratiemethodes, analyses en teamtraining die de cultuur op de afdeling definitief heeft veranderd.

Door Matthijs Buikema

Een veiliger zorg valt of staat met betere onderlinge communicatie, daar is iedereen het over eens. Om de communicatie te verbeteren, is het belangrijk inzicht te hebben in de factoren die optimale communicatie bedreigen, zoals de reactie van de ander op wat er is gezegd en de gevolgen die dit heeft voor de acties daarna. Daarbij spelen factoren als opleiding, ervaring, vermoeidheid, ontspanning, stress en afleiding door bijvoorbeeld omgevingslawaai een rol. Het verwerven van inzicht in communicatieprocessen zou daarom een integraal onderdeel moeten zijn van de bedrijfsvoering in zorginstellingen, zo pleitte chirurg en helikopterpiloot kolonel Marck Haerckens in het septembernummer van *Alert*. Een belangrijk hulpmiddel hiertoe is volgens hem Crew Resource Management, in de zorg Team Resource management (TRM) genoemd. Samen met het Centrum voor Mens en Luchtvaart initieerde hij een TRM-training, toegespitst op de zorgverleners in een ziekenhuisomgeving. De IC-afdeling van het Erasmus MC-Sophia in Rotterdam ging vier jaar geleden met deze TRM-pilot aan de slag.

Kwetsbaar

‘TRM kwam niet zomaar op ons pad,’ zegt IC-hoofd en kinderarts Dick Tibboel. ‘We hebben in 2002 op de IC onderzoek gedaan naar *preventable death and iatrogenic illness in the pediatric ICU patient*. In dit onderzoek werd geanalyseerd waarom kinderen overlijden dan wel langer dan gemiddeld op de IC-afdeling verblijven. Het bleek dat de helft van die patiënten door vermijdbaar menselijk handelen langer op de afdeling lag. Wij vonden dat we iets met die uitkomsten moesten doen. Onze afdeling is een unieke in zijn soort en met de verschillende beademingsmachines, nieuwe ontwikkelingen en overige high-tech apparatuur zijn wij een afdeling met een potentieel gevaar voor het maken van fouten.’ Tibboel presenteerde de uitkomst van het onderzoek aan de afdeling en nam als leidinggevende de verantwoordelijkheid voor het menselijk falen op zich. ‘Niet om me af te laten schieten, maar om me kwetsbaar op te stellen. Wil je echt iets veranderen dan moet je daarmee durven beginnen.’

Daaruit rolde *Safety First*, een veiligheidsproject dat in 2003 werd gelanceerd en waarbij niet alleen artsen en verpleegkundigen betrokken waren, maar ook de mensen waarmee de IC-afdeling veel te maken had: het unithoofd van het ingrepencentrum, de ziekenhuishygiënist, de ziekenhuisapotheker, de technicus en de klinisch chemicus van het Sophia. Als eerste is een nieuw incidenten meldingsformulier ingevoerd, overgenomen uit *The Hospital for Sick Children* in Toronto. Sindsdien worden elke dag voor iedere patiënt op een A4-tje alle fouten verzameld en beoordeeld op de ernst ervan. De meldingscommissie, bestaande uit twee intensivisten, een verpleegkundig specialist

kwaliteit en een unithoofd, bespreekt eens per week de meldingen. De meest ernstige worden met de PRISMA-methode geanalyseerd om de achterliggende oorzaken boven water te krijgen. De top 5 van de meest voorkomende meldingen wordt maandelijks teruggekoppeld naar het team, inclusief de maatregelen om herhaling te voorkomen. Daarnaast zijn de *Critical Nursing Situation Index* (CNSI) en een complicatieregistratie ingevoerd. Aan de hand van de CNSI - een scorelijst bestaande uit 192 items, opgesteld aan de hand van protocollen – wordt bepaald in hoeverre er volgens protocol wordt gewerkt en waar de zorg afwijkt van goede klinische zorg. 'Op die manier kun je potentieel gevaarlijke situaties voor de patiënt inzichtelijk maken,' zegt Tibboel. 'Je kunt wel allerlei protocollen opstellen, maar als je niet voor de borging ervan zorgt, zeggen protocollen niet zoveel.' De complicatieregistratie kwam voort uit een pilot van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde en moest zorgen voor een duidelijk onderscheid tussen een bijwerking en een complicatie.

Veilige cultuur

Na het ontwikkelen van deze registratiemethoden was de volgende vraag: hoe creëren we een *blame-free* cultuur? 'Toevallig bleek de vader van een van mijn patiëntjes destijds helikopterpiloot te zijn,' gaat Tibboel verder. 'Ik raakte met hem aan de praat over standaardprocedures, checks en debriefings in de luchtvaart. Medici checken weinig; we beginnen meteen. De medewerkers van onze traumahelikopter evalueren na iedere missie wat goed en wat fout ging. Wij niet. Zowel in de burgerluchtvaart als in de luchtmacht heeft het personeel 24 uur na een vlucht de tijd om blame-free fouten te melden. Hou je je mond en meld je een fout ná 24 uur, dan ben je in principe strafbaar.' Tibboel kwam in contact met vlieger-

arts Marck Haerkens, die net een pilot-ziekenhuis zocht voor de TRM-training van het Centrum voor Mens en Luchtvaart.
De TRM-training, waarbij veel gebruik wordt gemaakt van authentieke videobeelden, werd vertaald naar een cursus voor ziekenhuismedewerkers. Videomateriaal van militaire acties in Afghanistan, precisiebombardementen, neerstortende helikopters en miscommunicatie van verkeerstorens werd vervangen door de meest stressvolle situaties op de kinder-IC. 'We hebben destijds het aanleggen van een kunstlong en de opname van een kind met ernstig hersenletsel opgenomen,' zegt Tibboel. De beelden spraken volgens hem boekdelen. 'We zagen dat twee mensen aan het bed hetzelfde ding gingen halen omdat de taakafbakening niet goed was afgesproken. Er kwam een kindercardioloog binnenvallen die iets vroeg over een patiënt op een andere zaal. Er staan op een van die filmpjes zelfs twee mensen waarvan wij nooit hebben begrepen wat ze daar nou eigenlijk deden. Verschrikkelijk leerzaam natuurlijk, om zo eens naar jezelf en je collega's te kijken. En het heeft zeker bijgedragen aan de acceptatie van de TRM-training later.'

'De koudwatervrees om je mond open te doen en je zwakte te tonen is grotendeels weggenomen'

Groepsprocessen
Het gehele team (circa tachtig verpleegkundigen en artsen) heeft deze tweedaagse TRM-training gevolgd. Doel: inzicht krijgen in informatiemanagement (*situational awareness*), communicatie, stressmanagement (werklastverdeling), groepsprocessen (hoe krijg je een groep mee, hoe ga je om met negativisme), leiderschap (volgerschap), besluitvorming (hoe neem je een beslissing onder stress) en risicomanagement (analyse van incidenten). 'Je leert hoe groepsprocessen werken, hoe je gezamenlijk opdrachten kunt uitvoeren, waarbij uitgebreid aandacht is voor leiderschap en volgers,' zegt IC-verpleegkundige Alice Pietersen. 'Met praktische opdrachten oefenden we om groepsprocessen en onderlinge interacties te herkennen en het eindresultaat, een veilige en optimale zorg, duidelijk voor ogen te houden. Het mooie was dat we als afdeling vooraf de noodzaak van TRM al inzagen. Door de invoer van verschillende registratiemethoden waren we zo goed als allemaal al eens geconfronteerd met onze eigen fouten. Dat maakte dat iedereen goed meedeed tijdens de training en ook de drive had om anders te gaan werken.'

Na afronding van de TRM-training werd een TRM-werkgroep opgericht. Deze werkgroep begon met het ontwikkelen van een handboek waarin regels en afspraken zijn opgeschreven ten aanzien van hygiëne, ruis (zoals omgevingslawaai, pratende bezoekers, visites en patiëntdiscussies op zaal), omgangsvormen, opvang van een ernstig ziek kind en debriefing. Zo is bij bepaalde groepen patiënten van A tot Z vastgelegd hoe er wordt gewerkt, zoals bij pasgeborenen met ernstig aangeboren afwijkingen, kinderen met schedel- en hersenletsel en kinderen die aan de kunstlong gaan. Tibboel: 'De meest ingewikkelde procedures waar veel variaties in mogelijk zijn, hebben we allemaal ingebed in universele standaardprocedures. Daarvóór zag je dat artsen verschillende interpretaties hadden: wat is mijn taak, hoe ver gaat mijn verantwoordelijkheid? We hebben bepaald wat de volgorde is rond het bed. Rondom het bed zijn in verschillende kleuren voetstappen geschilderd, de chirurg staat alleen op de rode, de operatieassistent op de groene, enzovoorts. Wie op de verkeerde voetstappen gaat staan, wordt door de anderen zonder pardon opzij geduwd.'

Hiërarchie doorbroken
TRM heeft volgens IC-verpleegkundige Pietersen niet alleen helderheid en rust gebracht, maar ook de cultuur veranderd. 'We zijn in de afgelopen jaren van vijftig tot zestig meldingen per jaar, naar 120 tot 150 meldingen per maand gegaan. De aard van de meldingen is veranderd, namelijk: alles wat niet de bedoeling was, wordt gemeld. De *blame-free* cultuur op de afdeling is groter geworden, medewerkers melden ook steeds vaker incidenten die in hun eigen dienst zijn voorgekomen, en niet alleen "ontdekkingen" bij anderen. Een fout maken en melden is natuurlijk nooit leuk. Maar volgens mij worden fouten over het algemeen minder gezien als een persoonlijk falen, maar meer als een kans of uitdaging om zaken te veranderen en het in de toekomst beter te doen. Ik merk ook dat verpleegkundigen steeds meer de artsen durven aan te spreken over zaken die niet kloppen. Natuurlijk, het blijft spannend, maar het gebeurt en het wordt ook geaccepteerd. De hiërarchie is doorbroken.'
Dit alles heeft volgens Pietersen concreet een veiliger zorg op de IC-afdeling opgeleverd. 'Bij de opbouw van de beademingsmachines worden vrijwel geen fouten meer gemaakt, iets wat nog redelijk vaak voorkwam. Ook wordt de tube voor de beademing beter gefixeerd. We zagen voorheen behoorlijk wat auto-extubaties, dat gebeurt nu veel minder.' Het heeft ook de invoer van scenariotrainingen makkelijker gemaakt. De IC-afdeling van het Sophia beschikt over een volledig ingerichte IC-kamer waar scenariotrainingen kunnen worden gefilmd. Aan de hand van de beelden volgt een debriefing waarbij de TRM-principes worden besproken. Mensen voelen zich volgens Pietersen niet meer bekeken. Het is een normaal onderdeel van de afdeling geworden, mensen vragen er zelfs naar. Dat geldt ook voor de debriefing – inmiddels normaal na reanimaties, ingewikkelde opnames en als dingen misgaan – en de geïntegreerde mortaliteit-, morbiditeit- en veiligheidsbesprekingen. Pietersen: 'De koudwatervrees om je mond open te doen en je zwakte te tonen is grotendeels weggenomen.'

Zinloos
Maar dat ligt dus niet aan TRM alleen, wil Tibboel graag nogmaals benadrukken. 'TRM staat bij ons niet op zichzelf, maar is ingebed in een breed veiligheidsprogramma dat van begin af aan door de hele afdeling is gedragen. TRM is in feite de smeerolie van het VMS.' Het heeft volgens Tibboel dan ook geen enkele zin om TRM op te nemen in het VMS als dit niet geïntegreerd wordt in andere onderdelen van het VMS, zoals veilig incidenten melden. 'Het is de vraag of dit nu goed gebeurt in Nederland. In veel ziekenhuizen past men fragmentarisch, op onderdelen en op verschillende afdelingen, TRM toe. Maar pas als je het integraal implementeert, kun je TRM gebruiken om een cultuurverandering te bewerkstelligen. Het is volstrekt zinloos om dit in het wilde weg te doen en toch zie ik dat gebeuren.'

MediRisk

Ampulhouder tegen medicatieverwisseling

Veel instellingen bewaren lege ampullen bij de spuit zodat gecheckt kan worden of de opgetrokken medicatie de juiste is. Hoe meer spuiten er klaargelegd moeten worden, hoe groter de kans dat onduidelijk is welke ampul bij welke spuit hoort. Soms wordt de ampul daarom op de spuit geplakt, maar daardoor is niet altijd goed te zien hoeveel er geïnjecteerd wordt. Bovendien is de kans op een snijwond door de ampulhals aanwezig. Het Westfriesgasthuis heeft daar een handig hulpmiddel voor gevonden: een ampulhouder dat spuit en ampul bij elkaar houdt zonder dat ze elkaar in de weg zitten.

ingezonden

Hoe liep het af met de verpleegkundige?

In het juninummer van *Alert* staat een interessant artikel 'Koester uw incidenten' dat handelt over een verkeerd ingestelde infuuspomp. De reconstructie laat exact zien waar de risicofactoren zaten. Het artikel eindigt met een kadertje 'Hoe liep het af?' waarin alle verbeteringen worden vermeld die na het incident werden opgesteld. Maar hoe liep het af met de avondverpleegkundige, Dorien, in het artikel als zeer ervaren bestempeld? Dorien wordt, vanwege het invullen van een onnatuurlijke dood, door de politie verhoord en in staat van beschuldiging gesteld. Een buitenlandse reis staat hierdoor op losse schroeven. Gelukkig maar voor korte duur. De familie van de patiënte wordt tot tweemaal toe gewezen op de mogelijkheid een klacht in te dienen tegen Dorien. Zij weigeren dit pertinent, zijn eerder blij dat aan het lijden van de patiënte een einde is gekomen. De familie is ook tevreden over de warme aandacht en verzorging die de patiënte en zij van Dorien hebben gekregen. Dorien gaat weer aan het werk en krijgt begeleiding van de maatschappelijk werkster van het ziekenhuis. Maar na enige weken meldt zij zich ziek, op aanraden van diezelfde maatschappelijk werkster. Dorien voelt zich onveilig, is bang om verkeerde beslissingen te nemen. Bang ook om verantwoordelijkheid te dragen, maar voelt zich ook niet prettig dat een ander dat moet doen. Uiteindelijk is er nog steeds geen uitsluitsel over de beschuldiging. De vraag: wat gebeurt er als ik schuldig word bevonden, blijft knagen. Wordt het een rechtzaak? Kom ik voor het tuchtcollege? Hoe gaat het met mijn BIG-registratie? Al die vragen eisen hun tol. Na drie maanden wordt de zaak geseponeerd. De vraag is nu: moet men alleen het incident koesteren met zijn risicofactoren, of ook de mensen die erbij betrokken zijn? Waar is bijvoorbeeld de behandelend medicus gebleven in dit verhaal, die per telefoon meldde dat er een onnatuurlijke dood moest worden ingevuld? Hij wist dat het einde van de patiënte zeer nabij was. Verpleegkundige Dorien heeft van hem nooit iets gehoord of gezien. De recherche had meer empathie en kwam persoonlijk melden dat de zaak werd geseponeerd. Ik heb mij door deskundigen laten vertellen dat het zeer de vraag is of de te hoge pomp zo snel de dood heeft kunnen veroorzaken.

Diny, oud-verpleegkundige en moeder van Dorien

Week van de Patiëntveiligheid

Van 24 t/m 28 november wordt de "Week van de Patiëntveiligheid 2008" gehouden. *Het programma van deze week is te vinden op www.weekvandepatientveiligheid.nl.*

ICT-oplossing voor achtergebleven materialen

Het Amerikaanse blad Physician Insurer meldt twee nieuwe methoden om te voorkomen dat materialen achterblijven in de patiënt. Bij de eerste methode worden alle gazen, disposible materialen en instrumenten voorzien van een barcode. Voor en na gebruik moet alles gescand worden. Voordat de patiënt gesloten wordt, is op de computer te zien of alle materialen en instrumenten zijn afgescand of dat er wellicht iets ontbreekt.
Op www.surgicalcount.com is een filmpje te zien. Nog geavanceerder is een compleetheidscontrole met Radio Frequentie Detection. Daarbij worden alle materialen en instrumenten voorzien van een steriele micro chip. Door een Radio Frequentie-ontvanger over de patiënt te halen voordat de wond door de arts wordt gesloten, kan in enkele seconden worden gecheckt of er geen gazen of instrumenten zijn achtergebleven. *Meer informatie is te vinden op www.rfsurg.com.*

ACTUEEL

MediRisk verwelkomt nieuwe leden

Met ingang van 1 januari 2009 treden het Medisch Centrum Zaandam en het Antoniusziekenhuis in Sneek officieel toe als nieuwe leden van MediRisk. Beide ziekenhuizen hebben in 2008 de acceptatieperiode doorlopen en verheugen zich op een doorstart op preventie- en patiëntveiligheidsgebied. MediRisk heeft in het kader van de acceptatie een bezoek gebracht aan de verschillende afdelingen van deze ziekenhuizen en een inventarisatie gemaakt van de risicogebieden en de verbeterpunten. De ziekenhuizen zijn daarmee aan de slag gegaan.

Nieuws over het OK-project

OK-symposium

MediRisk is in het kader van het OK-project intussen bij 90 procent van de operatieafdelingen op verificatiebezoek geweest. Medio december staat het laatste bezoek gepland. De actieplannen komen gestaag binnen en het door MediRisk ontwikkelde actieformulier blijkt hierbij een handig hulpmiddel te zijn om de ondernomen verbeteracties weer te geven. Uit de actieplannen en de reacties die we binnenkrijgen blijkt dat de ziekenhuizen met volle inzet bezig zijn om alle OK-vangnetten te implementeren. Ziekenhuizen hebben behoefte aan best practices en handvatten om de invoering van bepaalde vangnetten te bevorderen. Medio 2009 wil MediRisk daarom een mini-symposium organiseren over de OK-vangnetten met onder meer de laatste ontwikkelingen en de mogelijkheid om ervaringen en praktijkvoorbeelden met collega's uit te wisselen. Als deelnemer kunt u in workshopsessies zelf aan de slag met de belangrijkste verbeterpunten en goede voorbeelden uit het veld. Houd de MediRisk-website in de gaten voor de aankondiging van de datum!

Collega's in actie op medirisk.nl!

Op de website van MediRisk zijn twee filmpjes van collega-ziekenhuizen te zien met praktijkvoorbeelden van de OK-vangnetten. MediRisk filmde in de Isala Klinieken in Zwolle hoe ze het risico op medicijnverwisselingen omlaag brachten. En in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam maakten we een mini-reportage over de invoering van de time-outprocedure. *Kijk voor meer actuele tips en best practices op www.medirisk.nl onder OK-project!*

SURPASS checklist op internet

De SURPASS-checklist is een veiligheidschecklist die het gehele ziekenhuistraject van de chirurgische patiënt volgt (van opname tot ontslag) en de informatieoverdracht bij iedere transfer van de patiënt bewaakt. De checklist is door het AMC ontwikkeld naar analogie van de lucht- en ruimtevaart en gebaseerd op internationale gegevens over fouten en complicaties in de chirurgie. Vervolgens is de checklist gevalideerd door 170 procedures te observeren en de gevonden afwijkingen in de praktijk te vergelijken met de inhoud van de checklist. De SURPASS-checklist is nog in ontwikkeling, maar al wel door andere centra te gebruiken. Dit is wel gebonden aan enkele voorwaarden. *Checklist en gebruiksvoorwaarden zijn te vinden op www.surpass-checklist.nl.*

Academie voor medisch specialisten

Steeds meer medisch specialisten krijgen management bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot het ziekenhuisbeleid. Bovendien zijn er diverse ontwikkelingen die het noodzakelijk maken om communicatief sterker te functioneren, zowel richting patiënt, intercollegiaal als richting de ziekenhuisorganisatie. Naast hun vak als specialist, krijgen ze er dus een 'tweede vak' bij, waarbij specifieke vaardigheden als samenwerking, communicatie, management en financiën worden gevraagd. De Academie voor Medisch Specialisten is in het leven geroepen om dat vak onder de knie te krijgen, zowel voor artsen als voor assistenten. De academie is een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten, het Erasmus MC en VVAA. *Kijk voor het uitgebreide cursusaanbod op: www.academiemedischspecialisten.nl*

Incidenten melden wordt steeds veiliger

Successtory "vimmen"

Steeds meer ziekenhuizen zien het aantal meldingen explosief stijgen. Met dank aan veilig incident melden, kortweg "vimmen". En ook voor aios, patiënten en huisartsen worden meldsystemen in het leven geroepen. De insteek hebben ze gemeen: niet de persoon, maar het systeem wordt aangepakt.

Door Karin Bos

'Die aanpak werkt,' vertelt Harry Molendijk, kinderarts-neonatoloog en hoofd van het Centrum Patiëntveiligheid van de Isala klinieken in Zwolle. In 2002 was hij de eerste die inzette op een decentrale procedure voor Veilig Incidenten Melden (VIM), waarbij de nadruk ligt op de oorzaken van ongevallen en niet op degene die een vergissing maakt. 'Hulpverleners komen niet van Mars,' benadrukt Molendijk. 'Het is net als in het verkeer; iedereen kan een ongeval veroorzaken. Het woord "misser" wil ik absoluut niet horen, anders houd je de blaam en dus het taboe in stand.' Juist dát bemoeilijkte jarenlang het melden van incidenten en bijna-incidenten in ziekenhuizen: medewerkers waren bang voor hun eigen positie en wilden collega's niet afvallen. Die "bange" cultuur werkte averechts. Want hoe minder meldingen, hoe minder zicht je hebt op de risico's, stelt veiligheidspionier Molendijk.

Taboe doorbroken

In de Isala klinieken is het taboe succesvol doorbroken. Medewerkers zijn niet meer bang om te melden, zo blijkt uit de cijfers. Van 1200 meldingen in 2002 zit het Isala nu op meer dan 10.000 per jaar. Dat gebeurt digitaal op de werkvloer volgens een risicomatrix. Ernstige incidenten gaan naar de Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP), die een objectief centraal onderzoek instelt. Het gros wordt door de afdeling afgehandeld, via de eigen VIM-commissie die ook zelf incidenten kan analyseren met de Decentrale Analyse Methode (DAM). 'Men weet dat vergissingen niet persoonlijk worden nagedragen. En door ook alle kleine incidenten mee te nemen, is melden 'gewoon' geworden. Het heeft ook veel meer effect dan vroeger. Op je eigen afdeling kun je immers direct leren waar het misgaat. Bovendien koppel je terug naar de héle afdeling, waardoor iedereen beseft hoe risicovol zijn werk is en hoofden rijp worden voor andere veiligheidsinitiatieven. Dat is misschien nog wel belangrijker.'

> **'Het mooie van "vimmen" is dat ook de kleinere, dagelijkse problemen inzichtelijk worden. Daarin zit vaak het grootste verbeterpotentieel'**

Beleidsmedewerker patiëntveiligheid Monique Post is het volmondig met hem eens. In het Amphia Ziekenhuis in Breda waar Post werkt, zijn inmiddels zo'n vijftig eenheden aan het "vimmen" geslagen sinds de VMS-pilot eind 2005 begon. In 2009 zullen alle 64 afdelingen beschikken over een VIM-

commissie, waar medewerkers veilig incidenten kunnen melden. 'We weten dat er een keer iets mis kan gaan. Als je het mensen makkelijk maakt om te melden - het taboe eraf haalt - kom je erachter dat bepaalde omstandigheden of werkprocessen fouten uitlokken. Zo bleek bijvoorbeeld dat medicatiefouten ontstonden door het systeem met doorslagformulieren, die onderweg naar de apotheek kwijtraakten of slecht leesbaar waren. Als verbeteractie werd op de afdeling een apothekersassistente ingezet die de recepten digitaal invoert; de medicatiemeldingen namen meteen af.' Ze vervolgt: 'Het mooie van vimmen is dat ook de kleinere, dagelijkse problemen inzichtelijk worden. Het gaat dan om zaken waarvan de patiënt weinig of geen schade ondervindt, maar waar verpleegkundigen wel last van hebben. En daarin zit vaak het grootste verbeterpotentiëel. Vroeger hadden we per afdeling drie of vier meldingen per jaar, nu soms wel zestig of zeventig.'

'Van DSM leerden we hoe je omgaat met 10.000 meldingen. En bij ernstige incidenten leveren zij veiligheidsdeskundigen om tunnelvisie te voorkomen'

Hameren

Beleidsadviseur Matthea Cramer merkt ook een toename van het aantal meldingen, sinds het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht in 2004 op eigen initiatief met een pilot begon. 'Bij ons zit die net even anders in elkaar dan bij de ziekenhuizen die aan Sneller Beter meededen. Wij hebben bijvoorbeeld geen VIM-commissies, maar SAVEteams. SAVE staat dan voor Systeem Afdeling Veiligheids teams. Op zich is het incident melden nu op alle afdelingen doorgevoerd, maar we zijn er nog niet. Dat heeft te maken met het ontbreken van digitale mogelijkheden, maar ook met het feit dat de analyse van oorzaken op afdelingen wel wat diepgaander kan. Verpleegkundigen denken vooral in snelle oplossingen. Maar ik heb er wel vertrouwen in dat we dit met z'n allen kunnen en willen leren. Lastiger is dat artsen nog wel eens de neiging hebben niet te melden, omdat ze denken: ik heb de fout zelf gemaakt en ook zelf hersteld, dus melden hoeft niet meer. We blijven erop hameren dat heel veel falen in het systeem zit en niet in de mens. Maar dat moet men toch zelf ervaren. Ook merk ik de gevolgen van de werkdruk. Naarmate die hoger is, wordt er minder gemeld.' Ondanks Cramer's bedenkingen ziet ze mooie resultaten. 'We hebben een aantal procedures en afspraken kunnen aanscherpen, zeker op het gebied van medicatie waarover zo'n dertig procent van alle meldingen gaat. En de infuuspompen zijn definitief van de verpleegafdelingen af. Verbeterpunten blijven er, natuurlijk. Zo zijn we nu bezig met een verzamelformulier voor incidenten die heel vaak voorkomen, zodat verpleegkundigen na de zoveelste keer melden niet afhaken; de waarde zit 'm juist in het inzicht hoe vaak en waardoor iets voorkomt. Ik denk daarnaast aan een bredere verspreiding van successen - afdelingen rapporteren maandelijks – door de Commissie Patiëntveiligheid, onze MIP. Maar ook daar speelt de werkdruk ons parten.'

Timing en tunnelvisie

Ook Monique Post ziet de gevolgen van de werkdruk. 'Nadat de eerste tien afdelingen waren getraind, hebben we twee eigen personeelsfunctionarissen opgeleid om VIM- en analysetrainingen met de PRISMA-methodiek te verzorgen. Dat werkt goed, maar we merken wel dat het invoeren van én VIM én

PRISMA behoorlijk belastend is. Daarom hebben we de afdelingen zelf laten bepalen wanneer ze - uiterlijk in 2009 - klaar zijn om van start te gaan met VIM. We zijn nu bezig met een evaluatie. Het zou me niet verbazen als daaruit blijkt dat men de PRISMA-analyses liever pas oppakt als men het vimmen goed onder de knie heeft.' Wat Molendijk betreft is een andere voorwaarde voor succes de toevoeging van een grote bedrijfspartner. 'In samenwerking met DSM hebben we grote stappen gemaakt. Van hen leerden we hoe je omgaat met 10.000 meldingen. Bovendien leveren zij onafhankelijke veiligheidsdeskundigen aan de teams als we te maken hebben met ernstige incidenten. Zo voorkom je tunnelvisie.' En Cramer: 'Onze tip: laat afdelingen niet zwemmen. Geef ze een duidelijke handleiding en sluit zoveel mogelijk aan op de bestaande structuren in het ziekenhuis. Vergeet ook het grijze gebied van bijna-incidenten niet, want die kunnen soms heel ernstig zijn. Daar moet je toch over praten.' Niet dúrven praten kan ernstige gevolgen hebben. Artsen in opleiding vormen daarbij een groep die extra aandacht verdient, vindt bijvoorbeeld het Atrium MC in Heerlen. Het Medisch Centrum heeft een inloopspreekuur in het leven geroepen voor medici die afhankelijk zijn van hun opleider. In Heerlen kunnen ze met een onafhankelijk persoon praten die discreet te werk gaat.
Zo komen incidenten die anders niet gemeld waren toch aan het licht.

Transmurale pilot

Niet alleen ziekenhuizen zorgen voor een veilig klimaat. Ook transmuraal zijn er initiatieven. Zo is TRAFO opgericht als ketenorganisatie voor de Regionale Huisartsvereniging West-Friesland, Stichting Omring en het Westfriesgasthuis in Hoorn. Het komt voor dat een huisarts merkt dat er in het ziekenhuis iets niet goed is gegaan. Of andersom. TRAFO-coördinator Miriam Eliel zette in oktober 2007 een pilot op, die in februari werd afgerond. Want in ziekenhuizen komt het melden goed op gang, maar zouden instanties ook over elkaar melden? 'In totaal hebben we 33 meldingen binnengekregen. Ik vind dat niet slecht. De drempel hielden we dan ook bewust laag, met een formulier met vijf korte vragen.' Toch denkt Eliel dat pas het topje van de ijsberg in zicht is en dat sommige hulpverleners het toch nog te griezelig vinden om te melden. 'Met een kleine projectgroep gaan we de opzet verder ontwikkelen. Want nu willen we niet alleen meldingen inventariseren, maar ook doorspelen naar de bewuste afdeling. Als we met z'n allen van fouten willen leren – en dat wil iedereen – is dat volgens ons een veilige opzet. Begin volgend jaar gaan we van start.'

Patiënt meldt ook

Ook patiënten krijgen via de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) een stem. Beleidsmedewerker Sophie Ouboter: 'De patiënt is de enige die het hele traject doorloopt, vanaf de huisarts of de fysiotherapeut. Hij heeft het beste zicht op dat traject. Gebruik die bron dan ook!' Voor de NPCF was het aanleiding om een pilot onder drie ziekenhuizen te houden: het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, het Maaslandziekenhuis in Sittard en het Beatrixziekenhuis in Gorinchem.

'De patiënt als ervaringsdeskundige met die extra paar ogen, is een goede informatiebron. Gebruik die dan ook'

De verpleging deelde gedurende een aantal weken vragenlijsten uit aan patiënten. Daarop kon men alles invullen wat niet in orde was. 'Uiteindelijk kwamen er zestien meldingen van incidenten binnen. Daarbij kun je denken aan iemand die 's nachts over een tillift in de gang was gestruikeld, iemand die was uitgegleden in de douche, polsbandjes die waren afgeknipt en niet vervangen, verwisselde medicatie, medicatie zonder toelichting, enzovoort. Serieuze zaken dus.
Een ervaringsdeskundige met een extra paar ogen lijkt dan ook een goede bijdrage te kunnen leveren. En door de korte lijnen naar de VIM-commissies kan zo'n melding snel worden afgehandeld. Soms al gewoon door even te kijken in de koelkast om welk medicijn het gaat. Voor ons zijn de uitslagen in ieder geval aanleiding voor een breder vervolg, waarbij we voortbouwen op de ervaringen uit deze pilot. De subsidie is aangevraagd, in 2009 willen we van start."

Analyseren van incidenten: PRISMA, SIRE, DAM of TRIPOD?

Door incidenten systematisch te analyseren en te onderzoeken zijn de organisatorische, technische en/of menselijke basisoorzaken van incidenten te achterhalen. Het is daarbij belangrijk om objectief naar de incidenten te kijken en je te beperken tot de feiten. Daarvoor zijn PRISMA, SIRE, DAM en TRIPOD prima analyse- en onderzoeksmethoden. Bij al deze methoden gaat het erom de achterliggende basisoorzaken te vinden, te leren van incidenten en met deze kennis maatregelen te treffen om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Alle methodes volgen min of meer dezelfde route om de onderste steen boven te krijgen. Steeds is ruim aandacht voor informatieverzameling, van papier tot persoon, en elke methode probeert de oorzaken in kaart te brengen. De verschillen zitten hem vooral in techniek en training.

PRISMA

De relatief snelle PRISMA-methode is geschikt om latente en actieve basisoorzaken van incidenten en bijnafouten te achterhalen en classificeert de basisoorzaken. Het PRISMA-model leidt daarmee tot een gedetailleerde classificatie van oorzaken die te maken hebben met systeemfouten. Doordat een database van incidenten en procesafwijkingen wordt opgebouwd, zijn met PRISMA niet alleen conclusies te trekken uit een afzonderlijk geval, maar ook uit een hele verzameling incidenten. Deze maand is een praktische handleiding verschenen voor deze methode: PRISMA Praktisch.
Het boekje is te bestellen via www.medsight.nl.

SIRE

De SIRE-methode (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) kijkt naar een opzichzelf staand incident. Er wordt gebruik gemaakt van een tijdlijn. De informatie wordt verkregen door uitgebreid onderzoek te doen op de plek van het incident en hierbij ook vragen te stellen aan de betrokken hulpverleners.
In 2005 verscheen de Patiëntveiligheid Systematische Incident Reconstructie Evaluatie, een praktische handleding die te bestellen is via www.elseviergezondheidszorg.nl.

DAM

De DAM-methode (Decentrale Analyse Methode) is een vereenvoudigde analyse-methode ontwikkeld door Isala klinieken en heeft elementen van zowel PRISMA als SIRE. Er wordt gebruik gemaakt van een oorzakenboom, maar de classificatie van de oorzaken blijft achterwege. Daarnaast wordt ook een tijdlijn gebruikt om inzichtelijk te maken wat er van minuut tot minuut gebeurt.
Meer informatie is te vinden op www.centrumpatientveiligheid.nl.

TRIPOD

De TRIPOD-methode is een procesbeheersing- en incidentenanalysetechniek gebaseerd op de 'human error'-theorie: mensen maken enkel en alleen fouten omdat ze daartoe de gelegenheid krijgen. Op basis van vijfhonderd incidenten zijn elf Basis Risico Factoren (BRF's) vastgesteld. Na een incident worden vragenlijsten ingevuld waarin deze verschillende BRF's terugkomen.
Meer informatie is te vinden op www.tripodsolutions.net.

Financiële ondersteuning

MediRisk vindt een systematische analyse van incidenten dusdanig van belang dat zorginstellingen op financiële ondersteuning kunnen rekenen als ze aan de slag gaan met een van deze analysemethoden. De eerste tien zorginstellingen die in 2009 een training gaan volgen, krijgen 50 procent van de trainingskosten terug, met een maximum van € 2000 per ziekenhuis. De exacte omvang hangt af van de totale kosten én van de impact van de training op de organisatie. Dit omdat de financiële ondersteuning wordt betaald uit de premie van de ziekenhuizen en dus effectief moet worden aangewend. Overigens gaat MediRisk het beleid vanaf 2009 aanscherpen. Als er incidenten worden gemeld die betrekking hebben op de schadecategorieën die via het SEH-project en OK-project worden aangepakt, gaat MediRisk een verplichte analyse verlangen van de ziekenhuizen. Deze analyse is niet bedoeld voor MediRisk, maar als leereffect voor de ziekenhuizen zelf.
Voor meer informatie over deze financiële ondersteuning kunt u contact opnemen met Alice Hamersma, beleidsmedewerker schadepreventie: a.hamersma@vvaa.nl.

Illustratie: Ad Oskam

Ongezien in het dossier

Na een gedeeltelijke teenamputatie verdwijnt de uitslag van een weefselonderzoek ongezien in het dossier. Ondanks een werkend EPD. Een reconstructie van de feiten laat zien waar het misging.

Door Nathalia Sloots en Manon Eikens, schadeanalyse MediRisk

De casus

Een man bezoekt de orthopedisch chirurg voor een verdikte teennagel en ontstoken teen. De diagnose luidt: ingegroeide teennagel. Tot twee keer toe verwijdert de specialist de teennagel, maar de teen blijft ontstoken. Ook heeft de man pijn in zijn voet. Vanwege aanhoudende klachten komt hij nogmaals op het spreekuur. Omdat de behandelend orthopedisch chirurg afwezig is, wordt de man gezien door een collega. Gezien het ontstekingsbeeld van de teen denkt deze orthopedisch chirurg aan een botontsteking. Een MRI-scan laat inderdaad een beeld zien dat kan passen bij een botontsteking. Ook het feit dat behandeling met antibiotica aanvankelijk een verbetering laat zien, bevestigt de diagnose.
Met deze diagnose in combinatie met de langdurige klachten besluit de collega orthopedisch chirurg in overleg met de patiënt een deel van de teen te amputeren. Het preparaat wordt routinematig ingestuurd voor weefselonderzoek. Hieruit komt naar voren dat een groot maligne melanoom in de teen niet radicaal is verwijderd. De afdeling pathologie stuurt de uitslag naar de afdeling orthopedie. Daar wordt de uitslag echter ongelezen in het dossier gevoegd.
De patiënt blijft na de amputatie klachten houden en komt op controlebezoek bij een derde orthopedisch chirurg. Deze bekijkt de wond en adviseert de patiënt zes weken later ter controle het spreekuur van de eerste behandelend orthopedisch chirurg te bezoeken. De schriftelijke uitslag van het weefselonderzoek wordt niet opgemerkt in het dossier. Als na verloop van tijd een zwelling in de lies ontstaat, wordt de man doorverwezen naar een internist, die verdere diagnostiek laat verrichten. Uit dit onderzoek blijkt dat sprake is van metastasen van een melanoom in de lies. Het pathologisch anatomisch verslag laat zien dat de teenproblematiek en de metastasen van het melanoom in de lies met elkaar in verband staan, omdat in het amputatiepreparaat van de teen een niet-radicaal verwijderde melanoom aanwezig was. Korte tijd later vindt een chirurgisch lymfekliertoilet plaats. Ter voorkoming van wondproblemen wordt de wond met een spier uit het been bedekt. Nabestraling is noodzakelijk. Naast zenuwletsel in de vorm van sensibiliteitsstoornissen, moet de teen volledig worden geamputeerd. Door de vertraging in het stellen van de juiste diagnose is naar alle waarschijnlijkheid de prognose verslechterd.

De reconstructie

De afdeling pathologie heeft de uitslag van het weefselonderzoek schriftelijk toegestuurd aan de afdeling orthopedie. Waarom deze ongezien in het dossier is terechtgekomen, wordt niet duidelijk.
Tegen de gewoonte in is de uitslag dit keer niet ter lezing aangeboden aan de behandelend orthopedisch chirurg maar in het dossier opgeborgen. Daarnaast is sprake geweest van verschillende overdrachtsmomenten waarbij drie orthopedisch chirurgen betrokken zijn geweest. De patiënt werd tijdens de controle na de gedeeltelijke teenamputatie gezien door een derde orthopedisch chirurg.
Omdat de orthopeden gebruikmaken van een elektronisch patiëntendossier en alle informatie daarin is opgenomen, heeft de derde orthopedisch chirurg tijdens het controlebezoek niet in het gewone dossier gekeken, maar alleen in de computer.
Hij was niet op de hoogte van het weefselonderzoek. De uitslag van het weefselonderzoek is in het elektronische dossier alleen te zien door het verrichten van een aantal extra handelingen. Dat is dit keer niet gedaan, wellicht omdat de orthopedisch chirurg niet duidelijk in het elektronisch patiëntendossier had opgeschreven dat er weefselonderzoek werd gedaan.

Wat kan een ziekenhuis doen?

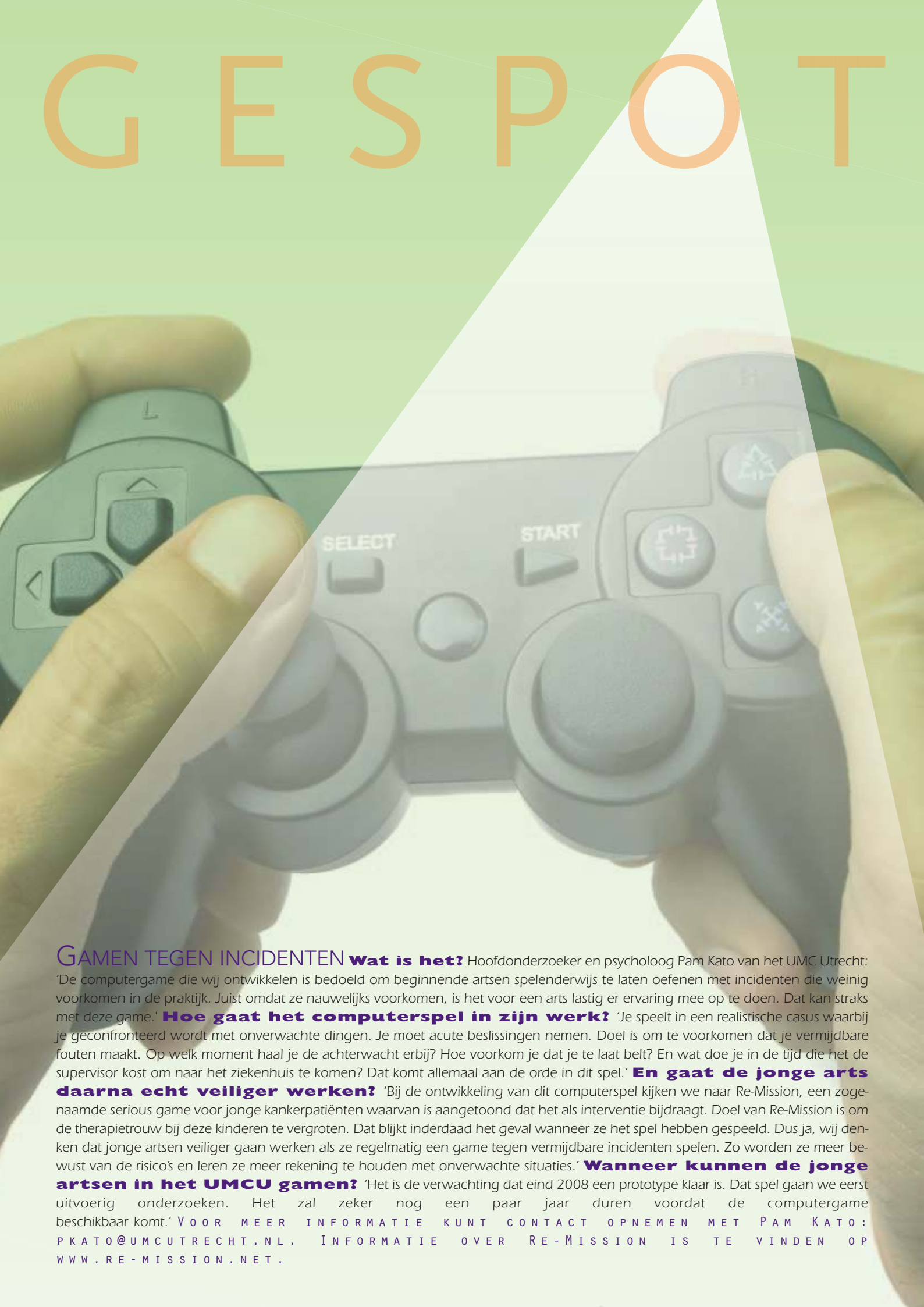
Het incident is binnen de maatschap orthopedie besproken in een complicatiebespreking. Daarnaast heeft de MIP-commissie onderzoek gedaan, waarna de afspraken zijn aangepast. Ten tijde van het incident bestond de afspraak dat uitslagen bij de minste afwijking voorgelegd moesten worden aan de orthopedisch chirurg. Nu moeten *alle* (schriftelijke) uitslagen aan de behandelend orthopedisch chirurg worden voorgelegd. Daarnaast moet het insturen van een preparaat voortaan altijd op het operatieverslag worden vermeld. Tot slot wordt bij het nieuw te implementeren elektronisch patiëntendossier een signalering ingebouwd. Deze moet de specialist attenderen op het moment dat de uitslagen van de onderzoeken die hij heeft aangevraagd beschikbaar zijn. Ook in geval van overdracht, waarbij de specialist niet volledig bekend is met een patiënt, moet deze signalering niet over het hoofd te zien zijn.

Afhandeling van de claim

Voor de late diagnose en de daardoor ontstane vertraging in de behandeling is door MediRisk aansprakelijkheid erkend. Een schaderegelingsbureau heeft de omvang van de schade bepaald. In totaal is bijna € 29.000 uitgekeerd.

Met dank aan het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten die met alle openheid van zaken medewerking verleenden aan deze claimreconstructie.

GESPOT



GAMEN TEGEN INCIDENTEN

Wat is het? Hoofdonderzoeker en psycholoog Pam Kato van het UMC Utrecht: 'De computergame die wij ontwikkelen is bedoeld om beginnende artsen spelenderwijs te laten oefenen met incidenten die weinig voorkomen in de praktijk. Juist omdat ze nauwelijks voorkomen, is het voor een arts lastig er ervaring mee op te doen. Dat kan straks met deze game.' **Hoe gaat het computerspel in zijn werk?** 'Je speelt in een realistische casus waarbij je geconfronteerd wordt met onverwachte dingen. Je moet acute beslissingen nemen. Doel is om te voorkomen dat je vermijdbare fouten maakt. Op welk moment haal je de achterwacht erbij? Hoe voorkom je dat je te laat belt? En wat doe je in de tijd die het de supervisor kost om naar het ziekenhuis te komen? Dat komt allemaal aan de orde in dit spel.' **En gaat de jonge arts daarna echt veiliger werken?** 'Bij de ontwikkeling van dit computerspel kijken we naar Re-Mission, een zogenaamde serious game voor jonge kankerpatiënten waarvan is aangetoond dat het als interventie bijdraagt. Doel van Re-Mission is om de therapietrouw bij deze kinderen te vergroten. Dat blijkt inderdaad het geval wanneer ze het spel hebben gespeeld. Dus ja, wij denken dat jonge artsen veiliger gaan werken als ze regelmatig een game tegen vermijdbare incidenten spelen. Zo worden ze meer bewust van de risico's en leren ze meer rekening te houden met onverwachte situaties.' **Wanneer kunnen de jonge artsen in het UMCU gamen?** 'Het is de verwachting dat eind 2008 een prototype klaar is. Dat spel gaan we eerst uitvoerig onderzoeken. Het zal zeker nog een paar jaar duren voordat de computergame beschikbaar komt.' Voor meer informatie kunt contact opnemen met Pam Kato: pkato@umcutrecht.nl. Informatie over Re-Mission is te vinden op www.re-mission.net.