Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

MediRisk

MAART 2008

PROJECT GESLAAGD?

SUCCES- EN FAALFACTOREN ROND ZORGPROJECTEN

INVOERING VAN HET VMS ieder op zijn eigen manier

TIME OUT zin, onzin en alternatieven

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.magazine@vvaa.nl.

Redactie Matthijs Buikema (coördinatie), Eveline van Dieten-Boot, John Stappers,
Auteurs Matthijs Buikema, Manon Eikens, Merijn van Grieken Johan Logher, Annemiek Manuel, Frank van Wijck
Illustraties Wietse Bakker, Loet van Moll, Ad Oskam
Fotografie Matthijs Buikema, Bard87, Raphaël Drent, Pierre Meuffels, Shutterstock.com, Lucien Souisa
Vormgeving Bard87, 's-Graveland
Druk Schotanus & Jens, Nieuwegein
Oplage 14.500

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

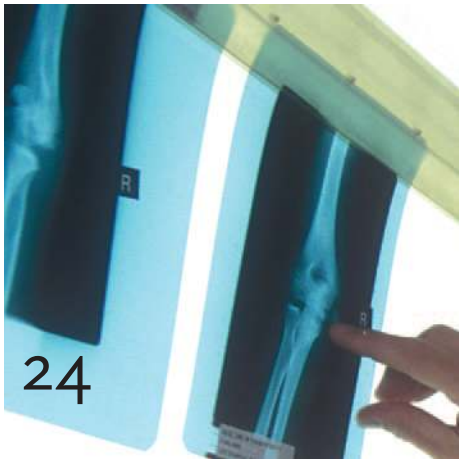
MediRisk B.A en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik en/of interpretatie van de in deze uitgave opgenomen informatie. Meningen of standpunten van de auteurs hoeven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer 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 D.J. Hemrika
voorzitter RvB Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
drs J.H.D. van Hemsbergen, *lid hoofddirectie VVAA*

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

- I N



Succes- en faalfactoren rond zorgverbeteringen

Aan inzet en enthousiasme ligt het meestal niet. Toch leidt slechts één op de vijf zorgprojecten daadwerkelijk tot aanzienlijke verbeteringen. Hoe kan dat? En vooral: hoe wordt een project wél succesvol? |pag.4|

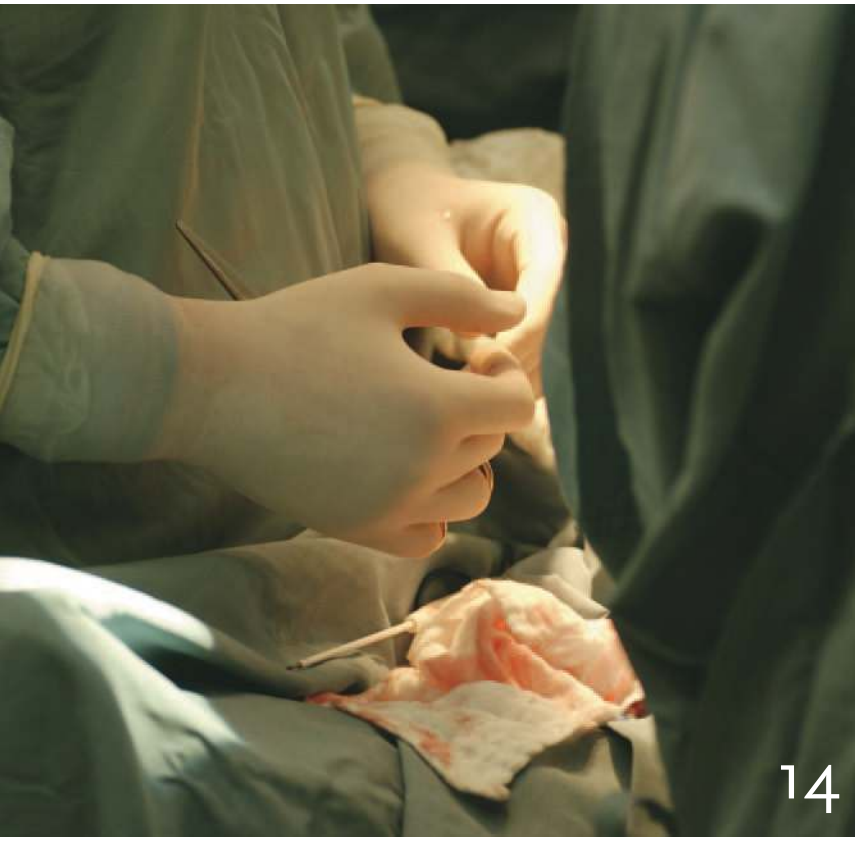
Muur afbreken

'Er moet beter worden geluisterd naar de patiënt en zijn familie. Zij spelen óók een belangrijke rol op het gebied van patiëntveiligheid.' John Kleijn vocht ruim twee jaar voor erkenning, soms met onorthodoxe methoden. |pag.10|

Uw zorg is onze zorg?

Zorgverzekeraars moeten meer invloed op de kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen hebben, zo adviseerde Rein Willems. Hoe ver reikt die invloed inmiddels? En komt het de patiëntveiligheid daadwerkelijk ten goede? Een interview met Gert de Bey (Alysis Zorggroep) en Jeroen van Breda Vriesman (Achmea Zorg). |pag.20|

H O U D -



7 Ieder op zijn eigen manier
Vier ziekenhuizen, vier veiligheidscoördinatoren
(zie ook pag. 9, 13, 17)

8 Juridische schadepraktijk
Uitslag sterilisatie besproken?

12 Goed idee
De SEH-quiz houdt u scherp

14 Time out
Zin, onzin en alternatieven

18 MediRisk Actueel
Nieuws over risicopreventie en aansprakelijkheid

24 Eén à twee fouten per dag
Het succes van de SEH-vangnetten

26 Claimreconstructie
Te laat aan de bel getrokken

28 Gespot
Máxima MC slikt geen fouten

Sinusitis fatalis

Vanwege aanhoudende klachten worden bij een patiënte de neusbijholten gesaneerd. Bij de ingreep treden complicaties op, die de vrouw fataal worden. Zij overlijdt kort daarop aan de gevolgen van een of meer intracraniële bloedingen. Terugkijkend was de indicatiestelling voor chirurgische behandeling waarschijnlijk wel correct, maar motivering ervan en nadere documentatie ontbreken in het dossier. De verslaglegging is ook te summier om een oordeel te geven over wat er nu precies is gebeurd en welke verdere technieken zijn gebruikt. Het blijft dan ook onduidelijk in hoeverre de ingreep zorgvuldig en lege artis is uitgevoerd. Of patiënte voldoende is voorgelicht over de risico's van de ingreep, is evenmin uit het dossier op te maken.

Voornamelijk omdat het ziekenhuis had verzuimd een goed patiëntendossier bij te houden, wees de rechter de eis van de nabestaanden tot inzage in de MIP-gegevens toe. De rechter zegt daarmee: als het dossier onvolledig is, is het onredelijk om de patiënt inzage in de MIP-gegevens te ontzeggen. Een onbegrijpelijke uitspraak? Niet echt, als men zich verplaatst in de positie van de achtergebleven partner die wil weten hoe zijn vrouw zo onverwacht heeft kunnen overlijden. Triest is ook het feit dat het opeisen van meldingsgegevens de enige manier lijkt om inzicht te krijgen in de medische gang van zaken, omdat dat inzicht niet langs de meest logische weg kan worden verkregen. Een goede dossiervoering en openheid rond de zorgverlening hadden dit kunnen voorkomen, maar zijn helaas nog niet overal vanzelfsprekende zaken. Het is vooral ook belangrijk dat nu eindelijk duidelijk wordt welke bescherming een melder van een incident geniet en welke uitzonderingen daarop gelden. Een systeem waarin zorgverleners veilig incidenten kunnen melden is van essentieel belang voor het kunnen leren van incidenten en daarmee het veiliger maken van de zorg. Uiteindelijk is vooral de patiënt daarbij gebaat. Er is rond openheid en meldingsbereidheid teveel met moeite opgebouwd om nu in een keer teniet te laten doen!

John Stappers, directeur MediRisk

Geslaagd?

Succes- en faalfactoren rond verbeteracties

Frank van Wijck en Matthijs Buikema

Aan inzet en enthousiasme ligt het meestal niet. Toch leidt slecht één op de vijf verbeterprojecten daadwerkelijk tot aanzienlijke verbeteringen. Hoe kan dat? En vooral: hoe wordt uw project wél succesvol?

In het kader van Sneller Beter wil een ziekenhuis het percentage postoperatieve wondinfecties terugbrengen. De ziekenhuishygiënist krijgt opdracht dit project te leiden; zij is immers degene die de infectieregistratie verricht. Twee jaar later is de beoogde daling van het percentage postoperatieve wondinfecties bij lange na niet gehaald. Erica de Loos, CBO-projectleider postoperatieve wondinfecties binnen Sneller Beter, heeft wel een verklaring voor het debacle. 'De ziekenhuishygiënist stond er in dit project alleen voor. Het is belangrijk dat het project op procesniveau door een stafmedewerker wordt aangestuurd. Het is de maatschap die met het infectiepercentage op de operatiekamer aan de slag moet, niet de ziekenhuishygiënist.' Daarnaast liep er gelijktijdig een initiatief om de productiviteit op de OK te verhogen. Het nieuwe OK-productieschema verhinderde dat tussen operaties door voldoende tijd was om de vereiste hygiënemaatregelen te nemen. 'Een kwestie van heldere afspraken maken,' zegt De Loos. 'Zoals: bij ingrepen met een verhoogd infectierisico ruimen we meer tijd in voor de benodigde hygiënemaatregelen, zonder dat specialisten worden afgerekend op een langere wisseltijd tussen operaties.' Maar de belangrijkste faalfactor is volgens haar dat er van begin af aan geen draagvlak bestond voor het project. 'Veel patiënten met een postoperatieve wondinfectie komen niet terug op de OK, waardoor oorzaak en gevolg voor het OK-team meestal niet zichtbaar zijn. Overtuig het OK-team er dan maar eens van dat hun correcte kledinggebruik en het zo weinig mogelijk verstoren van de luchtstroom door onnodige deurbewegingen van directe invloed zijn op het infectiepercentage.'

Steun van het management

Gelukkig is van deze ervaring geleerd, waardoor recentere projecten op het gebied van postoperatieve wondinfecties succesvoller verlopen. Toch komt het opvallend vaak voor dat verbeterprojecten en -acties, ondanks alle goede bedoelingen en inspanningen, niet of moeizaam van de grond komen. Nivel-onderzoek wees ruim een jaar geleden uit dat slechts 20 procent van de 113 Sneller Beter-projecten tot aanzienlijke verbeteringen leidt voor de patiënt. Het niet-slagen van projecten heeft volgens de onderzoekers vooral te maken met het ontbreken van tijd, middelen en steun. 'Steun van het management is onontbeerlijk voor het slagen van een verbeterproject,' stelt Cordula Wagner, die betrokken was bij het NIVEL-onderzoek. 'En je moet de medisch specialisten mee hebben in de projectuitvoering. Dat lukt alleen als zij in de resultaten van een project een win-win-kans zien. Stel je voor dat er door efficiency-verbetering mensen overbodig worden op de OK. Dan 'wint' natuurlijk niet iedereen en bestaat het risico dat mensen zich tegen het project gaan keren.'

Willy Wortels

Succes- en faalfactoren stonden ook centraal tijdens de Summer- en Winterschool, die het Centrum Patiëntveiligheid Isala afgelopen zomer en winter organiseerde. Tijdens deze vijfdaagse training kregen deelnemers handvatten aangereikt waarmee zij aan de slag konden met het veiliger maken van hun zorgomgeving. 'Ze leren niet alleen hoe je een duidelijk en concreet veiligheidsactieplan schrijft,' zegt initiatiefnemer Harry Molendijk tijdens een terugkomdag van de Summerschool 2007, 'maar ook hoe je dat presenteert aan de mensen die het uit moeten voeren, welke mensen je het beste bij de invoer van het project kunt betrekken en hoe je omgaat met weerstand. Ze leren ook hoe je ervoor zorgt dat je geen last krijgt van de wet van de remmende voorsprong, wat onherroepelijk gebeurt als je met je projectteam al een aantal stappen verder bent dan de rest van de organisatie. Juist omdat het succes van je project sterk af-

Succesfactoren voor uw project:

- Zorg voor steun vanuit de Raad van Bestuur en het management
- Zorg dat medisch specialisten meewerken in de projectuitvoering
- Communiceer over de benodigde cultuurverandering, het liefst met concrete cijfers en ervaringen
- Zorg voor ondersteuning op procesniveau door een stafmedewerker
- Begin met een nulmeting zodat resultaten zichtbaar worden
- Benoem de einddoelen zo concreet mogelijk en laat zien dat iedereen erbij 'wint'
- Registreer alle gegevens in een centrale database
- School mensen om deze registratie te verrichten
- Organiseer acties om het doel onder de aandacht te brengen en te houden

cartoon: Loet van Mol

'Koester je incidenten! Elk incident laat de absolute noodzaak voor verbetering zien'

hangt van cultuurverandering, moet je geduld uitoefenen. Je moet beseffen dat het gemiddeld drie tot vijf jaar duurt voordat de grote omslag in de cultuur daadwerkelijk plaatsvindt. Dat betekent je boodschap blijven herhalen, steeds weer op een andere manier en het liefst met concrete resultaten of ervaringen, zodat mensen zien waarom ze hun werkproces moeten veranderen.'

Tijdens de training worden zogeheten *Willy Wortels* uitgewisseld: acties en ideeën waarmee anderen bewust, alert en/of warm te krijgen zijn voor patiëntveiligheid en verbeterprojecten. "Geef koekjes" is er een van, opgetekend door een deelnemer die iedere ochtend verse, gevulde koeken van de bakker had klaarliggen voor degene die op tijd bij het overleg waren. Het was opvallend hoe stipt de laatkomers ineens waren. Met andere woorden: maak van begin af aan duidelijk wat het doel is van het project en vooral wat het degenen die het moeten uitvoeren oplevert. Door bijvoorbeeld projecten en acties zoveel mogelijk aan te laten sluiten op het bestaande werkproces, zodat iedereen er zo weinig mogelijk 'last' van heeft. "Koester je incidenten" is een andere Willy Wortel. 'Dat klinkt misschien wat luguber,' erkent Molendijk, 'maar elk incident laat de absolute noodzaak voor verbetering zien. Het maakt het voor iedereen tastbaar. Maak daar gebruik van voordat het weer wegebt. En gebruik ook de mensen die bij het incident waren betrokken. Zij staan vaak vooraan om je project aan de man te brengen. Zij kunnen als geen ander het belang ervan laten voelen aan anderen.'

Met deze bagage hebben de deelnemers aan de Summerschool 2007 een concreet veiligheidsactieplan voor hun eigen zorginstelling in elkaar gezet. Aan het einde van de week werd dit gepresenteerd aan een lid van hun

Raad van Bestuur. Dat blijkt, tijdens de terugkomdag een half jaar na de training, een gouden ei te zijn. Alle deelnemers hebben hun veiligheidsactieplan van de grond gekregen en alle deelnemers voelen zich daarbij gesteund door de Raad van Bestuur. 'Precies ons doel,' zegt Molendijk. 'Door de Raad van Bestuur meteen bij het project te betrekken, is er van bovenaf commitment gekweekt dat uitstraalt over de organisatie. Een cruciale factor voor het slagen van een project.'

Beroering

Maar is een mislukt project eigenlijk echt mislukt? Nee, stellen zowel Wagner als Molendijk. 'De ervaringen met een niet-geslaagde aanpak waren voor de Sneller Beter-projectteams minstens zo waardevol als de geslaagde projecten,' zegt Wagner. 'Logisch: je leert ervan wat je de volgende keer anders moet doen. En je voorkomt ermee dat ieder voor zich opnieuw het wiel tracht uit te vinden. Daar moeten de verschillende partijen natuurlijk wel toe bereid zijn.'

Mislukte verbeteracties komen ook aanbod tijdens de terugkomdag van de Summerschool 2007. In de Isala klinieken organiseerde OK-medewerker Robert-Jasper Zoer een actie om zijn collega's op de OK bewust te maken van het feit dat ze de gebruikte prik- en snijmaterialen lieten rondslingeren, wat risico's oplevert voor medewerkers van de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA). '"Wees scherp op scherp" noemden we de actie. We stuurden die boodschap rond met een egeltje en een doosje waar de gebruikte materialen in kon worden gestopt. Men vond het kinderachtig en stom en de meeste doosjes werden voor andere doeleinden gebruikt. In dat opzicht was de actie mislukt. Maar er werd ondertussen wel over het probleem gesproken. Het had ieders aandacht. En de CSA-medewerkers gaven inderdaad aan dat het minder vaak een rommeltje is. Het doel is dus alsnog bereikt!'

'Je moet altijd een vertaalslag maken'

Verbeteracties stonden in het st. Lucas ziekenhuis in Winschoten voorheen vaak op zichzelf. Het waren volgens veiligheidsmanager Hanneke Schaafsma projecten die weliswaar voor verbetering zorgden, maar vooral in handen waren van een groepje mensen. 'Als het project eenmaal stond, zeiden mensen al gauw: 'Nu zijn we klaar!" Deze projecten waren een eerste stap, nu wilden we een volgende stap maken.' Tijdens de Summerschool is Schaafsma daarom samen met de coördinator kwaliteit aan de slag gegaan met een actieplan dat patiëntveiligheid 'van binnenuit' op een hoger plan moest brengen.

Om dat te bewerkstelligen is ze zich tijdens de vijfdaagse training gaan richten op methodieken die zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande werk- en zorgprocessen in het st. Lucas. 'Ik heb gemerkt dat het belangrijk is om verbeteracties zoveel mogelijk in te bedden in de bestaande processen. Zodat mensen hun vertrouwde werkwijzen niet volledig hoeven om te gooien, want dan gaat men zich tegen het plan keren. Zo hebben we bijvoorbeeld de SBAR-training geïntegreerd in onze bestaande werkbegeleidingscursus, zodat medewerkers niet twee verschillende cursussen hoeven te volgen. En onze interne auditoren hebben we geschoold in het maken van risico-analyses, wat in feite heel goed aansluit op hun werkzaamheden. Ook leren we verpleegkundigen die nog in opleiding zijn de basisprincipes van patiëntveiligheid.'

Nieuwe verbeterplannen laat Schaafsma zoveel mogelijk op de werkvloer ontstaan. Door mensen te wijzen op bepaalde risico's en hen te vragen hoe die weggenomen kunnen worden. Of nog beter: door de mensen zelf de grootste risico's op hun afdeling in kaart te laten brengen. 'Als je vervolgens ondersteuning biedt bij hun eigen oplossingen, komt de verandering pas echt van binnenuit. De grootste valkuil is dat het veiligheidsbeleid teveel een opgelegd bureaugebeuren wordt. Dan sla je de plank onherroepelijk mis.'

Wat tijdens de Summerschool duidelijk naar voren kwam, is dat je best practices uit andere ziekenhuizen nooit één op één kunt overnemen. 'Je moet ze vertalen naar je eigen organisatie en soms nog verder vervormen voor de verschillende afdelingen. Een ziekenhuisbreed protocol kan op de ene afdeling fantastisch werken, maar op de andere niet. Om daar een vinger op te leggen, moet je weten wat er leeft, aanvoelen hoe bepaalde verbeteracties zullen vallen, wat een verandering op een afdeling betekent voor andere afdelingen. Dat vergt creativiteit en flexibiliteit en lukt alleen als je de organisatie en de mensen heel goed kent. Dat is absoluut gemakkelijker in een kleine organisatie als het st. Lucas. Ik ken vrijwel iedereen, weet precies wat er speelt en wat er gaat spelen. Zo wordt binnenkort de OK verbouwd, een mooie aanleiding om alle processen nog eens tegen het licht te houden en te kijken of de veiligheid kan worden verbeterd. Ik weet bij wie ik moet zijn om de SBAR-training aan de man te brengen, maar ook bij wie ik moet zijn om ervoor te zorgen dat de aandacht voor bepaalde maatregelen niet verslapt. De lijnen zijn hier heel kort, ook naar de directie. Dat is prettig, want knelpunten kunnen zo snel worden opgelost.'

Heeft de Summerschool inderdaad bijgedragen aan een veiliger organisatie? Schaafsma denkt van wel. 'We zijn er nog niet, maar de organisatie is in beweging. Steeds meer afdelingen vragen uit zichzelf advies bij het invoeren van het veilig melden, en je hoeft mensen minder te motiveren voor bepaalde verbeteracties. Ik denk dat we met ons veiligheidsbeleid goed op weg zijn.'

Summerschool 2008

Het Centrum Patiëntveiligheid Isala organiseert ook deze zomer weer de Isala Patient Safety Summerschool. In deze week wordt aandacht besteed aan het veiligheidsgrondvest, een richtlijn die houvast biedt bij het opstellen van een goed veiligheidsactieplan. Ook vertellen patiënten en medisch specialisten die een (bijna-)incident hebben meegemaakt hun verhaal. Verder komen proactief leren, reactief leren en leiderschap aan bod. Tussendoor schrijft u zelf een veiligheidsactieplan dat u aan het einde van de trainingsweek kunt presenteren aan een lid van uw Raad van Bestuur. De Summerschool 2008 wordt in september gehouden.
Surf voor meer informatie naar www.centrumpatientveiligheid.nl of bel Centrum Patiëntveiligheid Isala: (038) 424 47 95.

IEDER OP ZIJN EIGEN MANIER

Met de komst van het VMS hebben ziekenhuizen ook een verantwoordelijke veiligheidscoördinator moeten aanstellen. Wie zijn dat? En hoe zorgen ze ervoor dat het VMS in hun ziekenhuis vorm krijgt?

Merijn van Grieken

'Een externe riskmanager als luis in de pels'

Adviseur Zorgbeleid van het Maaslandziekenhuis in Sittard **Miriam Schiltmans** is er duidelijk over: een volwaardig Veiligheid Management Systeem (VMS) bestaat nog niet. Het Maaslandziekenhuis is als één van de negen pilotziekenhuizen bij de ontwikkeling van VMS betrokken. 'We hebben veel getest, maar het begint nu pas echt van de grond te komen. Ik durf te stellen dat elk ziekenhuis nog in de beginfase zit. Het zal nog jaren duren voordat VMS volledig geïntegreerd is in het kwaliteitsbeleid en écht op volle toeren draait', meent Schiltmans.
Het ziekenhuis heeft geen gecertificeerd VMS, maar wel een accreditatie van het NIAZ op zak, die in de toekomst het VMS zal omvatten. Tussen 2005 en 2007 nam het ziekenhuis deel aan diverse NIVEL-onderzoeken naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen en aan de landelijke pilot VMS.
Schiltmans doet de projectcoördinatie voor Patiëntveiligheid er als onderdeel van haar staffunctie bij. 'Ik ben hier heel wat uren per week mee kwijt, maar noem het nadrukkelijk geen functie. Veiligheid is voor mij een onderdeel van kwaliteit.' Als voormalig verpleegkundige weet ze als geen ander hoe het er in een ziekenhuis aan toegaat. 'Ik heb nog elke dag plezier van mijn achtergrond. Je hebt een bijna natuurlijke klik met de praktijk. Ik kan me goed inleven in wat de mensen in het primaire proces voelen. Ik ken de tijdsdruk en weet waar de bottlenecks liggen.'
Toch wordt ze in haar taak bijgestaan door de riskmanager van een chemisch concern SABIC. 'Hij is voor mij een luis in de pels en een sparringpartner. Ik gebruik hem heel vaak als mijn geweten: hoe moet ik hiermee omgaan en wat moeten we nu? We overleggen geregeld met elkaar. Dat vind ik erg prettig.' Voor Schiltmans is 'het leren kennen van de gaten in het veiligheidssysteem' absolute prioriteit. In januari van dit jaar is ziekenhuisbreed begonnen met het VIMmen en met het analyseren van incidenten op de hoogrisicovolle afdelingen. 'Er heerste in het verleden vaak een taboesfeer rondom het melden. Ik vond dat er al aardig goed gemeld werd, maar je merkte dat men toch zoiets had van: 'Oh jee, nu moeten we echt alles melden'. Maar echte weerstand is er niet geweest. Hoewel medewerkers anoniem mogen melden, gebeurt dat nooit. Bovendien meldt men altijd over zichzelf. Heel opvallend', zegt Schiltmans.
Op Schiltmans' voorlichtingsavond over patiëntveiligheid en het belang van het melden ziet ze herkenning en discussie ontstaan. 'Praktijkvoorbeelden gaan over tafel en mensen zeggen soms: 'oh moeten we dat óók melden?' VIMmen vind ik een moment van afstand nemen. Ik weet zelf nog hoezeer je kunt worden meegezogen in het dagelijkse werk en nauwelijks tijd hebt om stil te staan bij de vraag waarom je bepaalde dingen op een bepaalde manier aanpakt. Op een jaarlijks intern symposium over Patiëntveiligheid kunnen medewerkers hun ervaringen uitwisselen.'
Omdat alle afdelingen digitaal melden, wil Schiltmans uit de opgebouwde database een eerste balans opmaken en voorzichtig trends waarnemen. 'Ik ben benieuwd. Op termijn moet blijken of het inderdaad aantoonbaar veiliger is geworden en of onze inspanningen iets opleveren. Maar ja, het blijft lastig, want er is geen echte nulmeting. Het meetbaar maken van de veiligheid bezorgt mij nu in elk geval nog de nodige hoofdbrekens.'

Ziekenhuizen kunnen zich in het kader van "Voorkom schade, werk veilig" aansluiten bij een regionaal netwerk om elkaar te ondersteunen en kennis, ervaring en producten uit te wisselen. Kijk voor meer informatie in MediRisk Actueel (pag. 18)

Juridische schadepraktijk

Uitslag sterilisatie besproken?

Johan Logher, schadejurist MediRisk

Ondanks sterilisatie van haar man, wordt een vrouw toch zwanger. De vraag is of de arts het echtpaar juist heeft voorgelicht. Een aantekening daarover ontbreekt in het dossier.

Illustratie: Wietse Bakker

De heer en mevrouw Smit hebben twee kinderen en willen het graag zo houden. Zij bespreken hun sterilisatiewens met een huisarts. Op de vervolgafspraak verricht de huisarts bij de man een vasectomie, die zonder complicaties verloopt. Niettemin raakt mevrouw Smit enige tijd later ongewenst zwanger. Het echtpaar voelt zich bezwaard om de zwangerschap af te breken, hetgeen leidt tot de geboorte van een zoon. Het echtpaar komt daarmee voor de niet geplande opvoedkosten van het kind te staan. Zij stellen de huisarts aansprakelijk voor die schade. De verzekeraar neemt de zaak in behandeling.

Welles nietes

In een enkel geval komt het voor dat een man na een correct uitgevoerde sterilisatie door rekanalisatie toch vruchtbaar blijkt te zijn. Dat is de arts dan niet te verwijten. Daarnaast zitten in de eerste periode na sterilisatie vaak nog zaadcellen in de zaadafvoerwegen, die bij een zaadlozing vrij kunnen komen. Daarom is het zaak om het sperma te controleren op de aanwezigheid van zaadcellen. Bij de heer Smit is dat drie maanden na de sterilisatie ook gedaan. Bij dat spermaonderzoek werden veel levende zaadcellen gezien. Ook bij de daaropvolgende spermacontrole werden nog gemiddeld tien zaadcellen per gezichtsveld gezien, hetgeen betekent dat het nog niet veilig was om te vrijen zonder voorbehoedsmiddel. De discussie spitst zich toe op de vraag of de huisarts de uitslag voldoende duidelijk heeft gemaakt aan de heer en mevrouw Smit. Volgens het echtpaar was dat niet het geval. De arts stelt dat hij dat wel heeft gedaan en dat hij heeft gezegd dat de man voor nader onderzoek moest terugkomen. In het medisch dossier is van dit gesprek helaas geen duidelijke aantekening gemaakt.

De partijen komen er niet uit en het echtpaar spant een civiele procedure aan tegen de arts. Na partijen onder ede te hebben gehoord, acht de rechter het aannemelijk dat de arts na de tweede spermacontrole aan mevrouw Smit heeft verteld dat haar man nog vruchtbaar was en dat hij moest terugkomen voor controle. De rechter wijst de vordering daarom af. Het echtpaar gaat in hoger beroep. Bovendien dienen zij een tuchtklacht in tegen de arts. Het regionale tuchtcollege verklaart de tuchtklacht deels gegrond, overwegende dat de arts de uitslag van de tweede spermacontrole nog eens ter sprake had moeten brengen bij een later consult dat over een andere kwestie ging. Het centrale tuchtcollege is een andere mening toegedaan en wijst de klacht in hoger beroep alsnog af. Het hoger beroep in de civiele zaak loopt nog.

Zorgvuldige vastlegging

Los van de nog onbekende afloop, illustreert deze zaak weer eens het belang van goede verslaglegging. Dit geldt uiteraard ook wanneer niet de huisarts maar een uroloog of chirurg een vasectomie verricht. Achteraf beschouwd, had de arts zichzelf een hoop discussie en een gang naar de rechter kunnen besparen door een goede aantekening in het medisch dossier te maken van het gesprek dat hij met mevrouw Smit voerde. Bovendien bedraagt de schade in de vorm van opvoedkosten al gauw enkele tienduizenden euro's. Eens te meer reden om aan zorgvuldige verslaglegging te doen.

IEDER OP ZIJN EIGEN MANIER

‘Ik maak lijsten met nachtmerries van missers’

Met de komst van het VMS hebben ziekenhuizen ook een verantwoordelijke veiligheidscoördinator moeten aanstellen. Wie zijn dat? En hoe zorgen ze ervoor dat het VMS in hun ziekenhuis vorm krijgt?

Merijn van Grieken

Om patiëntveiligheid in het Beatrixziekenhuis op de kaart te zetten, maakt **Yolanda de Graaf** zelf haar Loesje-achtige posters: ‘Patiëntveiligheid is het resultaat van mensen handen’ of ‘Patiëntveiligheid is teamwork’. ‘We moeten bij iedereen tussen de oren krijgen dat patiëntveiligheid van levensbelang is’, aldus de manager Patiëntveiligheid.
Vorig jaar vertrok ze na zeventien jaar bij de ziekenhuisapotheek om zich volledig te richten op haar nieuwe functie. Na enig overleg werd gekozen voor de benaming van manager patiëntveiligheid, rechtstreeks vallend onder de directeur. ‘Om dingen voor elkaar te krijgen moet de functie impact hebben’, luidde de motivatie. De Graaf nam een half jaar de tijd om haar werkveld te verkennen en kreeg daarbij hulp van een externe risicoanalist en een veiligheidskundige. ‘Mijn tip: baken het onderwerp af. Ik houd me nadrukkelijk niét bezig met ARBO of bedrijfshulpverlening. En, inventariseer wat er al gedaan wordt, hoe incidenten nu worden gemeld en hoe de klachtenregistratie en de klachtencommissie in elkaar zitten. Dan kom je er snel achter wat er speelt en in welke richting we de oplossing moeten zoeken.’

Vanaf dag één spreekt De Graaf regelmatig met de medische staf, de teamleiders en de mensen op de werkvloer om een beeld te krijgen van de huidige processen binnen de patiëntenzorg. Ook loopt ze middagen mee op de OK, de functie- en verpleegafdeling en het patiëntentransport. ‘Medewerkers leren mij kennen en vertellen mij waar de risico’s liggen. Ik maak daarna altijd een lijst met nachtmerries van mogelijke missers.’
De Graaf werkt aan concrete projectvoorstellen. Zo is er een multidisciplinair projectteam samengesteld om het medicatieproces te verbeteren. Ook wil ze een veiligheidszorgsysteem opzetten om meer grip te krijgen op de processen. ‘Duidelijk moet worden hoe taken en verantwoordelijkheden zijn georganiseerd. Elke afdeling wordt daarom doorgelicht op risicopunten en de managers moeten kijken naar de bedrijfsvoering. Een goede bedrijfsvoering en veiligheid gaan hand in hand.’

We gaan nu ook aan de slag met Veilig Incident Melden. Extra motivatie bij het elektronische melden is dat melders hun eigen melding kunnen volgen. ‘Mensen zullen natuurlijk moeten wennen, maar in andere ziekenhuizen is gebleken dat het na enig oefenen goed te doen is. Het VIMmen rollen we dit jaar verder uit naar andere afdelingen. Als alles goed op de rit staat in het Beatrixziekenhuis ga ik mij op de hele Rivas-groep richten.’

Ziekenhuizen kunnen zich in het kader van “Voorkom schade, werk veilig” aansluiten bij een regionaal netwerk om elkaar te ondersteunen en kennis, ervaring en producten uit te wisselen. Kijk voor meer informatie in MediRisk Actueel (pag. 18)

Muur afbreken

Van ervaringen van patiënten wordt de zorg veiliger

Matthijs Buikema

John Kleijn, vader van de in 2005 overleden Dimitri, vocht ruim twee jaar voor erkenning, soms met onorthodoxe methoden. 'Dat was niet nodig geweest als er open met mij was gecommuniceerd. Er moet beter worden geluisterd naar de patiënt en zijn familie. Zij spelen óók een belangrijke rol op het gebied van patiëntveiligheid.'

"Door de tekortkomingen in de zorg voor Dimitri aan de kaak te stellen heeft u het ziekenhuis en de gezondheidszorg een geweldige dienst bewezen. U heeft er veel moeite voor gedaan, maar ik weet zeker dat vele patiëntjes en hun ouders u er dankbaar voor zullen zijn. Laat dat toch vooral een troost zijn bij het verlies van Dimitri dat u de rest van uw leven moet dragen. Ik wens u daar veel sterkte bij."

John Kleijn ontving dit bericht begin dit jaar van Jan Vesseur, inspecteur voor de Gezondheidszorg. Het is een kort briefje, maar wel een belangrijke voor Kleijn. Het is de afsluiting van de strijd die hij ruim twee jaar heeft moeten voeren. Een strijd om erkenning, een strijd om antwoorden, een strijd tegen 'verstoppertje spelen' zoals hij het zelf noemt. Een strijd die begon toen zijn zoontje Dimitri, geboren met een open buikje, na zeseneenhalve maand overleed. 'Wij hebben altijd het gevoel gehad dat Dimitri niet de zorg kreeg die hij nodig had,' zegt Kleijn. 'Dimitri werd in zes maanden tijd 21 keer overgeplaatst. We hoorden van medewerkers en andere ouders geluiden dat de organisatie op de afdeling niet lekker liep. Van een vader kreeg ik te horen dat er op een nacht niet gereageerd was op het gehuil van Dimitri. Maar als we dat aan de kaak stelden, kregen we steeds te horen dat binnen het ziekenhuis meer dan genoeg kennis en ervaring was. Wie ben jij dan als ouder om daaraan te twijfelen? Als ouders zit je sowieso in een moeilijke positie; je wilt niet boos worden of twijfelen aan de kundigheid van de zorgverleners als je kind afhankelijk is van hun zorg en aandacht. Maar af en toe, als het weer eens echt te lang duurde voordat er iets gebeurde en mijn vrouw of ik boos werden, bleek er opeens veel meer te kunnen. Maar wel vaak met bijna zichtbare tegenzin; alsof vechten voor het leven van je kind onbehoorlijk is.'

Het maakt Kleijn nog steeds zichtbaar boos. Hij kijkt even naar de levensgrote foto achter hem. Dimitri met zijn tweelingbroer Fabian vlak na de geboorte. Toen Dimitri op 21 juni 2005 overleed bleven hij en zijn ex-vrouw achter met een intens verdriet en honderden vragen. Waarom was er niet tijdig ingegrepen? Waarom was er niet naar onze twijfels geluisterd? Waarom waren onze verzoeken om andere deskundigen te raadplegen in de wind geslagen, terwijl men de oorzaak van de problemen niet wist te benoemen? Waarom werd niet gewoon toegegeven dat ze de behandeling van Dimitri niet goed hadden aangepakt? Hoe kon het gebeuren dat Dimitri stierf, terwijl zijn overlevingskansen zo groot waren? 'Wij hadden zoveel vragen, maar we kregen nergens antwoord op en stonden er helemaal alleen voor.'

'Het moet patiënten en hun familie makkelijker gemaakt worden aan de bel te trekken als ze twijfels hebben'

Niet serieus

Kleijn raadpleegde externe deskundigen die zijn vermoeden bevestigden dat er fouten waren gemaakt tijdens de behandeling Dimitri. Toen hij dit voorlegde aan de directeur van het ziekenhuis werden deze bevindingen volgens Kleijn terzijde geschoven. Hij voelde zich niet serieus genomen en onfatsoenlijk behandeld. Het verdriet om het verlies van zijn zoon maakte plaats voor woede en frustratie. 'Ik zocht allerlei manieren om aandacht te trekken,' zegt Kleijn. 'Ik begon een website waarop ik al snel heel veel reacties kreeg van mensen die zich in ons verhaal herkenden. Ik huurde een limousine met de tekst 'Medische fouten www.dimitri.nu' en parkeerde deze pontificaal voor de ingang van het ziekenhuis. Ik

Foto: Raphaël Drent

John Kleijn voor een foto van Dimitri en zijn tweelingbroer Fabian: 'De website is een monument geworden.'

heb zelfs een reclamevliegtuigje drie uur met die tekst boven het ziekenhuis in Nijmegen laten rondvliegen tijdens de Vierdaagse.'

Uiteindelijk plaatste Kleijn een oproep op de website: degene die hem de adressen van alle betrokken artsen wist te geven, verdiende € 500. 'Binnen een week had ik de adressen en heb ik hen allen een bloemetje laten bezorgen. Heel intimiderend, ja. Maar het was een roep om aandacht. Mijn leven stond volledig op z'n kop, terwijl zij ongestoord door konden leven. Ik wilde dat ze wisten wat wij doormaakten.' Kleijn noemt het achteraf geen subtiele actie, waarvoor hij later zijn excuses heeft aangeboden. Maar de actie bracht zijn zaak wel in beweging. Hij werd uitgenodigd door de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur. 'Er werd eindelijk geluisterd naar de deskundigen die we hadden ingeschakeld en erkend dat er verkeerde beslissingen waren genomen. Er zijn excuses gemaakt voor de gang van zaken en om nieuwe fouten te voorkomen heeft het ziekenhuis allerlei maatregelen getroffen, waaronder een high-care-afdeling met twaalf bedden voor patientjes zoals Dimitri. Op deze afdeling komt een grote muurschildering, ter nagedachtenis aan Dimitri en om te laten zien dat er is geleerd van wat er met onze zoon is gebeurd. Daarmee hebben de erkenning gekregen waar we al die tijd naar zochten. Dimitri's dood is op deze manier niet voor niets geweest. Dat geeft een bepaalde rust. We kunnen zijn verlies eindelijk een plek geven.'

Monument

De website *www.dimitri.nu* is voor John Kleijn een monument geworden. Voor Dimitri, maar ook voor andere slachtoffers van medische fouten die hun verhalen op de website achterlaten. 'In die verhalen lees ik steeds hetzelfde: mensen krijgen geen ant-

woorden op hun vragen, de nazorg laat te wensen over, ze lopen tegen een muur op. Ze raken gefrustreerd, naast het intense verdriet dat er vaak al is, en die frustratie kan op een gegeven moment gaan escaleren, zoals dat bij mij gebeurde. Terwijl het vaak simpel te voorkomen is. Door beter te luisteren naar de patiënt en zijn familie, bijvoorbeeld. Zij spelen immers ook een belangrijke rol op het gebied van patiëntveiligheid. Zij zien dingen die zorgverleners misschien niet zien. Maar dan moet het patiënt en familie wel makkelijker gemaakt worden om aan de bel te trekken als ze twijfels hebben. Het moet ook afgelopen zijn met het "verstoppertje spelen" van sommige medici en managers. De muur waar wij als ouders tegenop liepen moet worden afgebroken.'

'Ik denk dat ik in staat ben om iets voor elkaar te krijgen, het liefst samen met artsen en verpleegkundigen'

Constructieve gesprekken

Hoewel zijn persoonlijke strijd zo goed als afgerond is, wil Kleijn zich met zijn Stichting Dimitri blijven inzetten voor een grotere patiëntveiligheid. 'Samen met de mensen uit de zorg,' benadrukt hij. 'Zo krijg ik de beste kans om aan artsen over te brengen wat zwijgen over fouten teweeg kan brengen, zowel bij patiënten en hun familie als bij henzelf. Bovendien valt van de ervaringen van slachtoffers van medische fouten heel wat te leren. Gelukkig zijn er steeds meer zorgverleners en instellingen die dit ook willen en ons erbij betrekken. We hebben constructieve en vruchtbare gesprekken gevoerd met de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, het Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, de centra voor Patiëntveiligheid Isala en UMCU, IGZ, het CBO en de NPCF. Met hen wil ik bewerkstelligen dat Dimitri en al die andere slachtoffers niet voor niets zijn gestorven.'

Goed idee!

Toets uw kennis

Een patiënt wordt naar de SEH gebracht met een partiële amputatie ter hoogte van de pols. Welke van de volgende interventies zal zeker moeten worden gedaan voor de operatieve ingreep?
a. arm spalken
b. arteriële bloeding stelpen door arm af te binden
c. spoelen van de wond met een antibacteriële oplossing
d. de wond schoon schrobben

Deze vraag stond in de SEH Kennisquiz, die het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis vorig jaar voor haar artsen en verpleegkundigen organiseerde. 'Die quiz organiseren we ieder jaar om mensen te prikkelen,' vertelt afdelingsleider Peter Bocxe. 'Aan de hand van concrete casussen worden 25 vragen opgesteld. Pittige vragen; ik had er dit jaar acht fout, waarmee ik tot de middenmoot behoorde. De winnaar had drie fout, dus dat geeft de moeilijkheidsgraad wel aan.' De animo voor de quiz is ieder jaar groot, zegt Bocxe. 'En de competitiedrang ook, waardoor mensen extra hun best doen om zo hoog mogelijk te eindigen. Doordat de antwoorden gezamenlijk worden besproken, is de quiz een geweldig leermoment voor iedereen. En natuurlijk zijn er prijzen te winnen, dat maakt het ook extra leuk.'Ook in andere ziekenhuizen worden initiatieven genomen om mensen scherp te krijgen en/of te houden. Zo moeten artsen in opleiding in Medisch Spectrum Twente een zogeheten SEH-entreetoets maken. Deze mondelinge toets bestaat uit ongeveer 120 uiteenlopende vragen en als de uitslag goed is, zal de specialist in opleiding zich hierdoor gesterkt voelen. Door de positieve ervaringen is de SEH-entreetoets in de regio Noord online gezet voor alle chirurgische opleidingen in deze regio. Ook voor het beoordelen van werkzaamheden op andere chirurgische afdelingen en voor bepaalde vaardigheden zijn er zulke toetsen gemaakt.

Voor informatie over de kennisquiz kunt u terecht bij Peter Bocxe: p.g.j.bocxe@olvg.nl. Voor de SEH-entreetoets kunt u contact opnemen met Medisch Spectrum Twente.

IEDER OP ZIJN EIGEN MANIER

'Alles begint met een stevige ambitie'

Met de komst van het VMS hebben ziekenhuizen ook een verantwoordelijke veiligheidscoördinator moeten aanstellen. Wie zijn dat? En hoe zorgen ze ervoor dat het VMS in hun ziekenhuis vorm krijgt?

Merijn van Grieken

'Veilig, gastvrij en ondernemend' is het motto van Ziekenhuis Rivierenland. Veiligheid staat hoog op de agenda, want kwalitatief goede zorg is immers ook veilige zorg, meent **Wilko van der Voorden**, kwaliteitsadviseur Patiëntveiligheid. 'Wij hebben de ambitie uitgesproken dat we in 2009 tot de vijf veiligste ziekenhuizen van Nederland willen behoren. Een stevige ambitie, maar daar begint alles mee. Medewerkers ontvangen de boodschap steeds beter. Sommigen vroegen zich aanvankelijk wel af: wat betekent dit voor mijn dagelijkse werk? Maar over het algemeen lopen medewerkers warm voor de verbetering van patiëntveiligheid.' Toen hij als kwaliteitsadviseur Patiëntveiligheid binnen het Bureau Kwaliteit werd benoemd, moest Van der Voorden 'erg zoeken naar de invulling van de functie', omdat het een nieuwe rol in het ziekenhuis betrof en hij niet uit de zorgsector komt. 'Ik kon het onderwerp zelf invullen, maar er speelden veel ontwikkelingen in het land. Dat maakte het lastig en boeiend tegelijk.' Na drie maanden kreeg hij de opdracht om VMS voor het ziekenhuis op te tuigen. Medio 2006 kwam er voor het eerst een multidisciplinaire werkgroep samen om de inhoud van VMS af te stemmen en draagvlak voor VMS te creëren. 'Eind 2006 hadden we op het netvlies wat er in ons VMS moest komen, zoals het decentraal melden van incidenten.' De plannen, die niet veel verschillen van de criteria in het rapport 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', werden februari vorig jaar gepresenteerd op een symposium.

Hoewel patiëntveiligheid alle medewerkers aangaat, is VMS voornamelijk voor de patiëntgebonden afdelingen. 'De focus ligt nu op het introduceren van decentraal en veilig melden van incidenten,' zegt Van der Voorden. 'Een afdeling kan concreet zelf aan de slag met het verbeteren van de kwaliteit op de werkvloer. Ook is er een trainingsprogramma voor medewerkers om anders te leren omgaan met patiëntveiligheid. Je merkt ook dat het onderwerp op die trainingen gaat leven. En natuurlijk hoor je, behalve de medewerkers die er meteen de schouders onder zetten, geluiden van mensen die vinden dat er weer een administratieve handeling bijkomt terwijl het al zo druk is. Maar dat is inherent aan verandering. Het gaat erom VMS zó te implementeren dat je alle neuzen dezelfde kant op krijgt. Dat is gelukt met de pilotgroep, die een voortrekkersrol vervult', aldus Van der Voorden.

De apotheek, de kinderafdeling en het laboratorium melden al decentraal. Vanaf eind januari is er begonnen met een nieuwe werkwijze onder de vlag van VMS bij de kinder-, de long/neurologieafdeling en het laboratorium. De rest van de afdelingen haakt in 2008 aan. 'Decentraal melden is ontzettend krachtig, maar er zijn continu impulsen nodig om patiëntveiligheid hoog op de agenda te houden. Incidenten zetten mensen op scherp, maar veel positiever en inspirerend is het om te kijken naar de groei van het aantal meldingen, de daling van de verwerkingstijd van meldingen en de verbeteracties. Intern is er volop aandacht voor het onderwerp op intranet, het ziekenhuisblad 'Scoop' en steeds meer in het reguliere werkoverleg. Er is niet één recept om veiligheid tot een succes te maken.'

Ziekenhuizen kunnen zich in het kader van "Voorkom schade, werk veilig" aansluiten bij een regionaal netwerk om elkaar te ondersteunen en kennis, ervaring en producten uit te wisselen. Kijk voor meer informatie in MediRisk Actueel (pag. 18)

Time out

Tijdverlies of kwaliteitswinst?

Annemiek Manuel

MediRisk ziet de time out-procedure als een handige manier om vóór de ingreep nog even na te gaan of overal aan is gedacht. In het Rotterdamse Oogziekenhuis is de procedure al jaren een succes. Andere ziekenhuizen zijn enthousiast, maar hebben veel moeite om de procedure van de grond te krijgen en zoeken alternatieven.

Verbaasd noemt mevrouw Sanders haar naam als de verpleegkundige op de Recovery haar ernaar vraagt. Haar naam heeft ze toch al gemeld op de verpleegafdeling? De verpleegkundige stelt haar gerust: om fouten te voorkomen, wordt in aanloop naar haar operatie op iedere afdeling een aantal gegevens gecontroleerd, waaronder de naam van de patiënt. Eenmaal in de operatiekamer begint haar premedicatie te werken. Mevrouw Sanders is echter voldoende bij bewustzijn om te merken dat ook hier de nodige controles worden uitgevoerd. Het operatieterrein wordt gedesinfecteerd en afgedekt, de instrumenten liggen gereed. Haar arts, de arts-assistent oogheelkunde, de operatie-assistenten, de omloop en de anesthesie-assistent staan klaar voor haar staaroperatie... time out!
'Welke patiënt gaan we opereren?' vraagt een omloop assistent. 'Mevrouw Sanders,' antwoordt de anesthesie-assistent. 'Geboortedatum?' '6 augustus 1947.' Met opzet worden aan de hand van een checklist open vragen gesteld. En met opzet is er voor iedereen gelegenheid om de vastgelegde vragen te stellen en te beantwoorden. Zo kunnen alle medewerkers checken of hun informatie klopt en compleet is. De oogarts vervolgt: 'Zijn er bijzonderheden waarmee we rekening mee moeten houden?' 'Het dossier vermeldt geen bijzonderheden,' antwoordt een ander. 'Welk oog gaan we opereren?', 'welke lens moet worden geïmplanteerd?' Het team stelt vast dat de operatie kan beginnen. Al met al duurt de procedure van circa tien vragen slechts één minuut. De antwoorden komen overeen met de gegevens in het dossier en worden afgevinkt en genoteerd op de checklist. Het team kan van start. Later zullen de gegevens door de anesthesie-assistent worden ingevoerd in het datamanagement registratiesysteem op de OK.

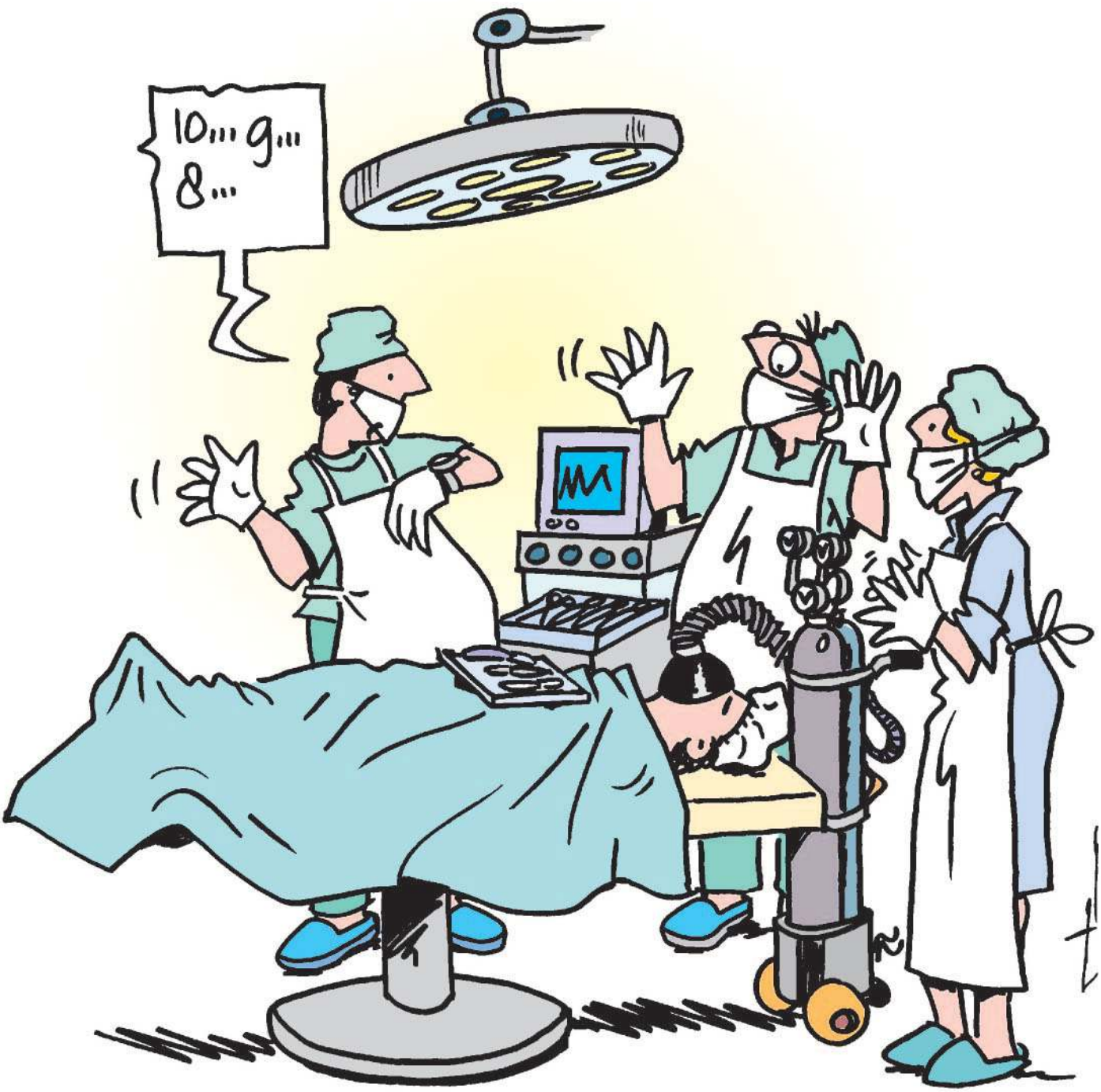
'Ook al duurt die maar één minuut, op een hectische operatieafdeling is het soms moeilijk tijd vrij te maken voor een nieuwe procedure'

Nul verwisselingsfouten

De beschreven time out-procedure is exact zoals deze in Het Oogziekenhuis in Rotterdam standaard wordt uitgevoerd. De procedure is in 2003 ontwikkeld na een risicoanalyse en inmiddels wordt de procedure op alle afdelingen toegepast waar patiënten worden behandeld. Doel: gemaakte fouten ontdekken en herstellen vóórdat er wordt geopereerd.
Hoe eenvoudig en vanzelfsprekend dit ook mag klinken, de introductie van de procedure binnen de diverse disciplines is niet zonder slag of stoot verlopen. Sommigen zagen de procedure als een storend element tijdens de werkzaamheden. Ook al duurt die slechts één minuut, op een hectische operatieafdeling is het soms moeilijk tijd vrij te maken voor een nieuwe procedure. Zeker als dezelfde zaken al eerder zijn gecontroleerd. Er zijn in Het Oogziekenhuis dan ook de nodige discussies gevoerd, waardoor de invoering van de procedure al met al een jaar heeft geduurd. Toch is uiteindelijk iedereen overtuigd van het belang van de procedure, stelt manager OK William Roos vast. Door er veel over te praten, maar vooral dankzij de resultaten die de time out al in het eerste jaar opleverde. Waar voorheen zo'n zes tot acht (bijna)verwisselingincidenten per jaar plaatsvonden, werden in het jaar van introductie twee bijna-fouten tijdig hersteld. Sindsdien is er geen enkele verwisselingfout meer gemaakt.

Laatste moment

'In dit ziekenhuis vinden jaarlijks zo'n 13.500 operaties plaats en bij alle patiënten kan een verwisseling plaatsvinden,' zegt Roos, een drijvende kracht achter de time out-procedure in Het Oogziekenhuis. 'Daar-



Cartoon: Ad Oskam

TIME OUT PROCEDURE

om zijn we – mede voor een internationaal onderzoek van de Amerikaanse Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation naar *wrong site surgery* – op zoek gegaan naar een manier om verwisselingen te voorkomen. Die is gevonden in de luchtvaartsector. Daar nemen de captain en zijn crew vlak voor vertrek de vluchtgegevens en eventuele risico's nog eens zorgvuldig door. Dat dit op het laatste moment gebeurt, is belangrijk. Het team, de passagiersgegevens en vluchtgegevens zijn dan compleet en de weersomstandigheden waaronder wordt gevlogen zijn bekend. Zowel de situatie als de samenstelling van het team zijn vergelijkbaar met het werk in de OK.' De medewerkers in het ziekenhuis werken volgens Roos welbewust met de procedure. Nieuwe medewerkers krijgen tijdens de introductieperiode uitgebreid uitleg over de achtergrond en werking ervan, zodat ook zij beseffen wat het belang ervan is. 'Het gevaar is nu dat de aandacht verslapt omdat er al enkele jaren geen fouten meer zijn gemaakt. Je moet elkaar dus wakker houden.'

Bezwaren

Roos is ervan overtuigd dat de procedure ook in andere ziekenhuizen is toe te passen. Sterker: 'Ik geloof niet dat er een alternatief

is. De time out-procedure heeft alles in zich, duurt slechts één minuut en vindt plaats op het juiste moment met de juiste mensen.' Hij is dan ook blij met de vele verzoeken om meer informatie die hij in de afgelopen periode vanuit het hele land heeft ontvangen. 'Maar hoe enthousiast zij in eerste instantie ook zijn, in veel gevallen hoor je er daarna niets meer van of komen ze met bezwaren.'

Genânt

Die bezwaren komen ook naar voren uit een kleine rondgang langs de ziekenhuizen. Vooral specialisten zien weinig toegevoegde waarde in de procedure. Samengevat luidt de reactie: 'Verwisselingfouten worden bij ons nauwelijks gemaakt. Als het al gebeurt, zijn er controlemomenten eerder in het traject waar deze fouten worden ontdekt. Het is dan ook gênant om elkaar daar vlak voor de operatie nog eens op te controleren. In de hectiek op een OK hebben andere zaken dan prioriteit. We voelen best voor een laatste check, maar niet op deze manier.' 'Dat is jammer,' zegt Roos. 'Natuurlijk, je hebt te maken met een proces dat ingrijpt op de routine. Het openbreken van die routine vraagt om draagvlak en overtuigingskracht. Je moet minimaal de steun hebben van Raad van Bestuur en enkele specialisten. Ook de onvermijdelijke discussie is lastig. Maar het gaat uiteindelijk om het voorkomen van fouten bij operaties. Dat is niet niks. Daarvoor moet je je over bezwaren heen kunnen zetten.'

Geen gek idee

MediRisk ziet de time out-procedure als een goed voorbeeld van een checkmoment vlak voor een operatie, welke is vastgelegd in de vangnetten voor de OK. Oorspronkelijk is de procedure gericht op het voorkomen van verwisselingfouten, maar in de praktijk kan het uitgroeien tot een laatste, algemene check met alle bij de operatie betrokken medewerkers. Dat laatste is ook wat de Inspectie voor de Gezondheidszorg graag ziet. 'Het rapport Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming uit 2007 staat vol met voorbeelden van incidenten die zijn ontstaan in de aanloop naar operaties en die vermeden hadden kunnen worden,' reageert IGZ op de aarzelingen van ziekenhuizen rond de invoering van een time out-procedure. 'Eén keer werd letterlijk op de buik van de patiënt ontdekt dat de voorgenomen voorbehandelingen niet waren uitgevoerd. In het rapport was er geen enkel ziekenhuis waar de overdracht van alle gegevens in het preoperatieve traject volledig, goed, veilig en geborgd waren. Het is dus helemaal niet gek als direct voor de operatie nog even met het voltallige team wordt gecontroleerd of alle gegevens uit het dossier kloppen, alle risico's bekend zijn en alle benodigdheden aanwezig. Ook al is die controle al drie keer eerder in het traject uitgevoerd. Zorgvuldigheid en volledigheid moeten zijn geborgd, daar gaat het om en daar is een checklist voor nodig.'

'Eén keer werd letterlijk op de buik van de patiënt ontdekt dat de voorgenomen voorbehandelingen niet waren uitgevoerd'

Apple pie

Om de 'laatste check' op de vloer ingevoerd te krijgen, zoekt een aantal ziekenhuizen ondertussen naar een alternatief. Zo gaat het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid in Rotterdam binnenkort werken met de 'apple pie', een variant op de time out-procedure. Als geheugensteun staan de letters voor de zeven items die het team checkt: antibiotica, patiëntennaam, procedure, laterality, equipment, positie en implantaten. De laatste 'e' staat voor 'everyone participates', om te benadrukken dat juist de betrokkenheid van het hele team de procedure succesvol maakt en missers voorkomt.

Het Deventer Ziekenhuis, dat in november vorig jaar een procedure voor links/rechtsverwisseling invoerde, heeft het checkmoment vervroegd. De operateur voert de laatste controle uit vóórdat het voltallige team klaar staat voor de operatie. 'Operateur en anesthesioloog zijn lang niet altijd gezamenlijk op de operatiekamer,' legt Cor Kremer, hoofd OK, uit. 'De een is vaak al klaar als de ander binnenkomt. Het is dus lastig een gezamenlijk checkmoment te arrangeren. Bovendien: het mag niet zo zijn dat iedereen klaar staat en men dan ontdekt dat er sprake is van een verwisseling. Hetzelfde geldt voor identificatie en gezondheidssituatie, die zaken moeten eerder in het traject voldoende zijn gecontroleerd. Je kunt het niet maken dat een patiënt op het allerlaatste moment wordt teruggestuurd omdat er vergissingen boven water komen.' Toch ziet Kremer in een laatste, meer algemeen controlemoment met het voltallige operatieteam wél meerwaarde. 'Niet aan de hand van een hele checklist, maar meer in de vorm van één enkele vraag. Om iedereen alert te krijgen en nog even te controleren of er misschien toch nog iets is wat een calamiteit kan zijn. Er zijn specialisten in het ziekenhuis die hier wel voor voelen, zelf zie ik het er ook wel van komen. Maar die discussie moet nog worden gevoerd.'

Meer weten over de 'apple pie'? Lees OR Manager Vol. 23, nr. 7, juli 2007, pag. 14.

IEDER OP ZIJN EIGEN MANIER

‘Moeilijk om uit het niets beleid te maken’

Met de komst van het VMS hebben ziekenhuizen ook een verantwoordelijke veiligheidscoördinator moeten aanstellen. Wie zijn dat? En hoe zorgen ze ervoor dat het VMS in hun ziekenhuis vorm krijgt?

Merijn van Grieken

Coördinator Kwaliteit & Veiligheid **Hans Huysen** van Medisch Centrum Haaglanden (MCH) verkeert, in vergelijking tot veel andere ziekenhuizen, in de ‘luxe positie’ te kunnen terugblikken op de eerste fase VMS. Zijn ziekenhuis heeft sinds 2004 een accreditatie van het NIAZ en deed mee aan het pilotproject voor de ontwikkeling van het VMS. Tijdens de pilot ontwikkelde en testte Huysen in het MCH verschillende instrumenten die concrete verbeteringen van de patiëntveiligheid tot stand moesten brengen. Voortvarend implementeerde hij een opzet voor het veiligheidsbeleidsplan, kwam het VIMmen van de grond en werden er prospectieve risicoanalyses op patiënt(gerelateerde) processen (HFMEA) uitgevoerd. Ook kwamen er veiligheidsaudits op medische apparatuur en zijn op afdelingen metingen van de patiëntveiligheidscultuur gedaan. Verder integreerde MCH patiëntveiligheid in opleidingen van seniorverpleegkundigen en potentials en is er een digitaal incidentmeldings- en afwikkelingssysteem geïnstalleerd.

Huysen besteedt veel aandacht aan de cultuurverandering en hamert erop dat medewerkers zich veilig moeten voelen om te melden. Niet de vergissing van de persoon staat centraal, maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Het is écht nodig dat mensen weten dat leidinggevenden incidentgegevens niet gebruiken voor de beoordeling van de medewerkers. Behalve dat daar andere instrumenten voor zijn, gaat het VIMmen daar niet om. De veiligheidsrondes van het managementteam zijn dan ook niet bedoeld om medewerkers te controleren, maar om te laten zien dat de top patiëntveiligheid belangrijk vindt. We moeten bewustwording creëren terwijl mensen van nature fouten niet gemakkelijk toegeven. Door incidenten bespreekbaar te maken, zie je op de afdelingen die digitaal melden langzaam verandering optreden. Maar er valt nog een hele slag te maken. Vanaf 2008 richt Huysen het veiligheidsbeleid vooral op het verbreden en verdiepen van de aanpak. Dit jaar moeten alle afdelingen VIMmen. De leden van de medische staf hebben daarvoor actieplannen ontworpen.

‘Daarnaast beginnen we met het selecteren en aanbieden van best practices aan afdelingen, zodat deze op basis van ervaren veiligheidsknelpunten een keuze kunnen maken.’ Werken aan de veiligheidscultuur betekent voor Huysen dat medewerkers op training moeten. ‘Veiligheid is teamwerk. Daarom heeft het gehele SEH-team een tweedaagse training van de luchtmacht gehad in veilig en effectief samenwerken onder hoge druk. Aanvankelijk zag niet iedereen de waarde van de training in, maar na afloop was bijna iedereen enthousiast. Deelnemers gaven aan zich meer bewust te zijn van onveilige werksituaties en hoe deze als team gezamenlijk om te buigen naar een veiliger situatie. Patiëntveiligheid leeft bij medewerkers. Zij zijn graag betrokken bij de verbetering ervan.’

Volgens de doorgewinterde VMS-kenner is bij het opzetten van een goed geolied managementsysteem de capaciteit een grote valkuil. ‘Wil je VMS serieus opzetten, dan moet je het structureel kunnen aanpakken in een stabiele omgeving, zonder reorganisaties of verhuizingen. Ook moet de Raad van Bestuur het onderwerp hoog in het vaandel hebben en moet er voldoende menskracht beschikbaar zijn. Voor iedereen komen er nieuwe activiteiten bij zonder dat het rendement meteen zichtbaar is. Mensen en tijd vrijmaken voor VMS, maakt de kans van slagen stukken groter’, luidt Huysen’s advies.

SEH-boekje

Projectresultaten én uw eigen resultaten, best practices en SEH-claimcasuïstiek, u vindt het allemaal in de uitgave 'SEH-vangnetten: heeft u ze al in de vingers?'. Deze is op 1 maart aan de ziekenhuizen toegestuurd, onder andere aan de maatschappen heelkunde, orthopedie, radiologie, SEH-artsen en SEH-leidinggevenden (met het verzoek deze onder artsassistenten te verspreiden).
Kijk op www.medirisk.nl > publicaties.

Succes voor veiligheidscursus MCA

Op 17 december was de diplomauitreiking van de eerste patiëntveiligheidscursus voor artsassistenten in Medisch Centrum Alkmaar. Zij kregen allemaal het certificaat 'Patiëntveilig' en een speldje mee naar huis. Op dit speldje is een aesculaap afgebeeld – het oude Griekse symbool voor de geneeskunst – met een puntje waar een druppeltje bloed aan hangt. Met andere woorden: de geneeskunde kent ook zijn gevaren, wees erop voorbereid.

Nieuw beroepsprofiel klachtenfunctionaris

Met het vernieuwde beroepsprofiel voor klachtenfunctionarissen (september 2007) heeft de vereniging van klachtenfunctionarissen VKIG een sterke basis neergezet voor verdere professionalisering van dit beroep. Bij het beroepsprofiel is de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2004) gevolgd. De uitdaging van dit beroep is en blijft om de kracht van een klacht optimaal te benutten. Een heldere beschrijving van doel, positie, taak en vereisten voor goede uitvoering van de functie helpen hierbij.
Bestellen? Mail naar info@vkig.nl.

Klachtenspel voor de zorg

Klachten voorkomen én er als hulpverlener en ziekenhuis van leren als ze toch ontstaan. Dat is in het kort het doel dat MediRisk nastreeft met de al vele jaren lopende investeringen in een goed klachtenmanagement in de ziekenhuizen. Een recent initiatief van de VKIG sluit hier goed op aan. Deze vereniging ontwikkelt samen met TNO een Klachtenspel om zorgverleners bewust(er) te maken van het belang van een goed klachtenmanagement. MediRisk ondersteunt dit initiatief dan ook financieel en zal in de zijlijn meekijken bij de ontwikkeling van dit spel.
Meer informatie volgt als het spel verkrijgbaar is.

Dubbelcheck redt levens!

Moeder en kind gezond naar huis

Deze kop had Isala Klinieken graag in de krant zien staan, nadat zij een ernstig incident tijdig hadden onderkend met behulp van een veiligheidsmaatregel. Een barende vrouw had een infuus in haar arm voor oxytocine en een periduraal infuus voor pijnbestrijding. Een verpleegkundige sloot per ongeluk de oxytocine aan op de periduraal, en de fentanyl op de iv. De gevolgen hiervan kunnen zeer ernstig zijn: dwarslaesie of een ademstilstand. Door consequent de dubbelcheck uit te voeren - ondanks de grote werkdruk op dat moment - werd dit ontdekt vóórdat het tot schade kon
leiden. Het voorval werd gemeld via VIM en er zijn acties ondernomen om de verwisseling in de toekomst te voorkomen. De twee medewerkers die de dubbelcheck uitvoerden zijn in de bloemetjes gezet. Het bericht heeft de krant helaas nooit bereikt.

A C T U E E L

'Voorkom schade, werk veilig' GESTART

In een overvolle zaal in het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam is op maandag 4 februari het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' officieel gepresenteerd aan de Nederlandse ziekenhuizen. Het hoofddoel van het programma is het halveren van de potentieel vermijdbare schade in ziekenhuizen, met als streefdatum 2012. Dit wordt gedaan door het concreet verbeteren van de veiligheid van zorg op tien thema's, zoals 50 procent reductie van het aantal postoperatieve wondinfecties bij patiënten en reductie sterfte van patiënten met ernstige sepsis (bloedvergiftiging) met 25 procent. Een belangrijk onderdeel van het Veiligheidsprogramma is de invoering van een VMS in alle Nederlandse ziekenhuizen. In dat kader werden ziekenhuizen opgeroepen regionale samenwerkingsver-

banden aan te gaan om kennis, ervaring en producten uit te wisselen. Deze netwerken zullen worden ondersteund vanuit de centrale programmaorganisatie, onder andere bij het organiseren van netwerkbijeenkomsten en het verspreiden van good practices.
Voor meer informatie kunt u terecht op www.vmszorg.nl

MediRisk zoekt

- een **communicatieadviseur** die onze preventieactiviteiten vertaalt naar allerlei communicatie-uitingen. Liefst iemand met een goede kijk op de dagelijkse zorgpraktijk.
- een **medische adviseur** die o.a. de medische aspecten van aansprakelijkheidsclaims beoordeelt en advies uitbrengt aan de schadebehandelaars. Ook ondersteunt u het preventieteam bij projecten.

Kijk op www.medirisk.nl > over MediRisk > vacatures

De MC Communicatieprijs

De MC Communicatieprijs 2007 is gewonnen door de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN). De patiëntenvereniging toont met haar brochures voor huisartsen begrip voor het feit dat de huisarts niet op de hoogte kan zijn van elke zeldzame ziekte. Patiënten geven de folder aan de huisarts en zorgen er zo zelf voor dat de huisarts op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen rond spierziekten. VSN won met de prijs een beeld en een geldbedrag van € 2000. In totaal waren 77 projecten ter verbetering van de communicatie in de gezondheidszorg ingestuurd voor de MC Communicatieprijs.
Wilt u meer lezen over het juryrapport en de prijzen kijkt u dan op www.medischcontact.nl en zoek op 'communicatieprijs'.

Richtlijn medisch deskundige

De KNMG heeft de richtlijn 'Medisch specialist rapportage' gepubliceerd, waarin de professionele standaard van artsen staat beschreven als zij als deskundige optreden in een civielrechtelijke procedure. Eind januari heeft het KNMG-bestuur met de richtlijn ingestemd. De nieuwe richtlijn biedt onder meer normen over de attitude van de deskundige, de onderzoekssetting en de in acht te nemen procedure. Naast deze richtlijn wil de KNMG samen met de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR) en de Vrije Universiteit een algemene opleiding ontwikkelen voor artsen die een rol als medisch deskundige ambiëren of reeds vervullen.
Kijk voor meer informatie op www.knmg.nl > publicaties.

Digitaal bladeren door Alert!

De website van MediRisk beschikt sinds kort over een bladerfunctie waarmee u online door Alert kunt bladeren. De digitale versie van Alert ziet er net zo uit zoals u hem nu in handen heeft. De pagina's slaat u om met een muisklik. Uiteraard kunt u eenvoudig inzoomen op bepaalde artikelen en deze eventueel printen. De nummers van 2007 zijn binnenkort ook digitaal beschikbaar.
Kijk op www.medirisk.nl > Alert

Uw zorg is onze zorg?

Zorgverzekeraars en patiëntveiligheid

Annemiek Manuel

Zorgverzekeraars zouden meer invloed moeten hebben op de kwaliteit en patiëntveiligheid in ziekenhuizen, adviseerde Rein Willems in 2004. Hoe ver reikt die invloed inmiddels? En komt het de patiëntveiligheid daadwerkelijk ten goede? Een interview met Gert de Bey, lid Raad van Bestuur van Alysis Zorggroep, en Jeroen van Breda Vriesman, directeur Achmea Zorg.

De ziekenhuisbestuurder:

'Als zorgverzekeraars met eigen eisen komen, ben ik niet onder de indruk'

Toen Gert de Bey in 2004 werd aangesteld als lid van de Raad van Bestuur van Alysis Zorggroep trof hij een organisatie waar op het gebied van patiëntveiligheid al veel goeds was geregeld. 'Weliswaar was er nog geen overkoepelend patiëntveiligheidsbeleid, maar het oog voor verbeteringen op dat gebied was er al langer.' Het onderwerp patiëntveiligheid was voor hem dus niet vreemd toen het in november van datzelfde jaar door Rein Willems in zijn rapportage "Je werkt hier veilig of je werkt hier niet" als hot item werd geoormerkt. 'Maar het was nooit eerder zo zwart-wit gecommuniceerd en ik vond het een goede zaak dat dit nu wel gebeurde. Meer oog voor patiëntveiligheid was en is ontzettend belangrijk. Willems adviseerde dat ook zorgverzekeraars daar een rol in moeten spelen en ik vind dat heel vanzelfsprekend. De ziekenhuizen zijn er voor verantwoordelijk dat hun klanten goede zorg krijgen. De verzekeraars moeten daar vertrouwen in kunnen hebben.'

'Risico's omlaag brengen, betaalt zich uiteindelijk terug in goede en goedkopere zorg'

Voldoende

'Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn sinds enkele jaren dan ook een belangrijk onderdeel in de contractbesprekingen met de zorgverzekeraars. We nemen de prestatie-indicatoren van IGZ als uitgangspunt en in goed overleg bekijken we hoe we daaraan voldoen, welke verbeteringen op stapel staan en welke verbeteringen mogelijk zijn. Ook vraagt de verzekeraar inzicht in onderwerpen als patiënttevredenheid. En verder zijn we in gesprek over garantieafspraken: die houden in dat

Foto: Raphaël Drent

eventuele complicaties na een ingreep voor onze rekening zijn. Al met al vind ik dat kwaliteit en veiligheid ruimschoots aan de orde komen in deze overleggen.' Dat er nu, halverwege het tijdspad naar een vrije markt in 2012, wordt gesuggereerd dat zorgverzekeraars nog weinig vorderingen maken op dit gebied, kan De Bey niet plaatsen. Net zomin dat er wordt gesteld dat ziekenhuizen meer inzicht moeten geven in hun maatregelen en resultaten en dat beide partijen meer gas zouden moeten geven. Hij is "not amused". 'De indruk wordt gewekt dat we te weinig doen en dat patiëntveiligheid nog maar net op de agenda van ziekenhuizen staat. Het lijkt alsof we al jaren in een auto zonder rem rijden en nu pas ontdekken dat je met een rem veel minder risico loopt. Dat is volstrekt buiten de werkelijkheid en het levert ons onterecht een slecht imago op. Natuurlijk, ik ben het er mee eens dat er nog slagen moeten worden gemaakt. Ieder incident dat vermeden had kunnen worden is er één te veel. Maar het feit is dat er al heel veel werk is verzet, dat er goede resultaten worden geboekt en dat er nog veel verbeteringen op stapel staan.'

Universele set

De Bey doelt op het veiligheidmanagementsysteem van VMS Zorg dat een goede prikkel is voor verdere verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid. Dat geldt ook voor de set gecombineerde indicatoren waar IGZ actief aan werkt. En hij wijst op het initiatief van de Vereniging van Samenwer-

kende Topklinische opleidingZiekenhuizen (STZ) waarbij 23 ziekenhuizen in een drietal netwerken samenwerken aan de uitvoering van de tweede fase van het projectplan van VMS Zorg. Deze fase behelst het ontwikkelen van good practices met betrekking tot onderwerpen uit het veiligheidsprogramma "Voorkom schade, werk veilig".
Een dergelijke samenwerking is volgens De Bey ook de weg die moet worden bewandeld als het gaat om meer invloed van zorgverzekeraars op patiëntveiligheid. 'Zorgverzekeraars moeten niet met een eigen set van eisen komen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Als ze daar, onder het motto "wie betaalt bepaalt", wel mee zouden komen, ben ik niet onder de indruk. Daarvoor weten zij te weinig af van medisch specialistische ingrepen, de werkwijzen die daarbij horen en de risico's die daaraan verbonden zijn. Bovendien vind ik het geen ideale situatie als alle partijen waaraan wij verantwoording moeten afleggen, ieder een eigen pakket eisen aan ons voorlegt. Ik ben voorstander van één systeem dat de criteria van alle partijen in zich heeft én dat inzicht biedt in de resultaten van alle ziekenhuizen. Goede en slechte. Het is aan de medisch specialistische sector zelf om daar vorm en inhoud aan te geven.'

Gezonde ambitie
Zo'n universeel systeem biedt volgens De Bey een goede basis om verder invulling te geven aan alle ambities op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. En daarmee aan het streven van minister Klink om te komen tot een dynamische sector waarin wordt geconcurreerd op basis van kwaliteit en prijs. Want dat het werk in het kader van patiëntveiligheid en het streven naar een concurrerende ziekenhuisorganisatie wellicht niet met elkaar verenigbaar zouden zijn, daar wil De Bey niet aan. 'Werken aan patiëntveiligheid kost inderdaad veel geld. Maar die kosten kun je meenemen in de prijs van een product. Zorgverzekeraars zijn best bereid om meer te betalen voor een kwalitatief hoogwaardiger en onderscheidend product waarin patiëntveiligheid is gewaarborgd. En bovendien: wie een goed patiëntveiligheidsbeleid voert, brengt risico's omlaag en dat betaalt zich uiteindelijk weer terug in goede en goedkopere zorg.' Wat De Bey betreft is een kwalitatief hoogwaardig en patiëntveilig ziekenhuis mét marktconforme prijzen dus absoluut geen utopie, maar een gezonde én bereikbare ambitie.

De zorgverzekeraar:

'Om tot een hogere kwaliteit en dus lagere kostprijzen te komen, zijn aanvullende criteria nodig'

'Als er ergens de ambitie moet zijn om meters te maken, dan is het wel op het gebied van kwaliteit en dus patiëntveiligheid in ziekenhuizen,' zo reageert Jeroen van Breda Vriesman, directievoorzitter Achmea Zorg, op de visie van Gert de Bey. 'Er is inderdaad al veel werk verzet. Maar het gaat erom dat alle patiënten zeker kunnen zijn van kwalitatief goede zorg. Zover zijn we nog niet.'

Gert de Bey vindt het geen goede zaak als zorgverzekeraars hun invloed op patiëntveiligheid uitoefenen door middel van eigen criteria. Hij geeft voorkeur aan een universele set criteria voor alle partijen, ontwikkeld door de sector zelf. Hoe denkt u hierover?

'IGZ legt met haar prestatie-indicatoren een belangrijke basis, een lagere score is onacceptabel. Maar daarmee zijn we er niet. Goede kwaliteit is essentieel en ik ben ervan overtuigd dat een hogere kwaliteit leidt tot lagere kostprijzen. Daardoor zijn er bijvoorbeeld minder nabehandelingen of hersteloperaties nodig. Om dat doel te bereiken zijn er aanvullende criteria nodig. Als die criteria van meerdere partijen afkomstig zijn mag dat geen probleem zijn. Ik vind het goed als het initiatief om dit te realiseren bij de medisch specialistische sector zelf ligt. Zij moeten hun verantwoording daarin nemen en weten er het meeste van af. Ik heb er ook vertrouwen in dat zij dit zullen oppakken en verder kunnen brengen. Maar patiëntveiligheid reikt verder dan medische kennis. Zorgverzekeraars kunnen veel extra's bijdragen, bijvoorbeeld door vergelijkingen te maken op het gebied van prestaties, patiënttevredenheid en kosten. Als ziekenhuizen die kennis benutten, resulteert dat in een meer volledig geheel.'

Foto: Lucien Souisa

In de sector leeft het beeld dat zorgverzekeraars wellicht ook investeringen op het gebied van patiëntveiligheid in petto hebben. Zij vrezen de afhankelijkheid die daaruit kan voortvloeien…

'Waarom zouden we die investeringen doen? Dan zouden we ons bemoeien met hun bedrijfsvoering. Patiëntveiligheid is een onderdeel van de cyclus. Kosten die op dat terrein worden gemaakt, worden meegenomen in de kostprijs van een product. Als een product op kwaliteit sterk concurrerend is, zijn wij best bereid iets meer te betalen. Maar ik ben ervan overtuigd dat wie goed investeert, een lagere kostprijs kan realiseren.'

Een concurrerende markt en gewaarborgde patiëntveiligheid gaan ook wat u betreft goed samen. Toch waarschuwde Teun Zuiderent-Jerak, wetenschapsonderzoeker bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg onlangs dat daar ook risico's aan zijn verbonden: 'Wat als een ziekenhuis er bijvoorbeeld in slaagt de ligtijd van een behandeling terug te brengen naar vier dagen. Een verzekeraar kan dit als norm gaan hanteren en of dat patiëntveiligheid ten goede komt is de vraag…'.

'Benchmarking is een prikkel voor betere bedrijfsvoering. Als een ziekenhuis een ligtijd door nieuwe protocollen weet te verkorten zullen we eerst kijken hoe zij dat doen, wat de resultaten zijn en of de werkwijze ook in andere ziekenhuizen toepasbaar is. Natuurlijk zie ik vervolgens graag, dat gebruik wordt gemaakt van zo'n best practice. En, mits het goed werkt, waarom zou je dat niet doen? Voor mij is dat heel vanzelfsprekend. Helaas blijkt uit onze onderzoeken naar patiëntervaringen dat het veel te vaak voorkomt dat ziekenhuizen goedwerkende protocollen wel zeggen te hanteren, maar het niet doen. Daar heb ik werkelijk geen begrip voor. Geprotocolleerd werken draagt ontzettend veel bij aan een betere kwaliteit. En als er een gegronde reden is om een keer van een protocol af te wijken, is er niemand die je zal tegenhouden. Wat is er dan zo moeilijk aan?'

1 à 2 fouten per dag

De SEH-vangnetten leveren resultaat op

Matthijs Buikema

Een jaar nadat ziekenhuizen de vangnetten voor de SEH hebben ingevoerd, is de vraag natuurlijk of ze de SEH ook werkelijk veiliger hebben gemaakt? Arts-onderzoeker en kapitein-arts Maaike Michon zocht het samen met traumatoloog Ger van Olden in het Meander MC uit.

Zo'n 80 procent van de schadeclaims afkomstig van de spoedeisende hulp, is het gevolg van verkeerde diagnoses en/of behandelingen van fracturen en peesletsels. Om hier een vinger achter te krijgen, zocht MediRisk uit welke basisoorzaken daaraan ten grondslag lagen. Dit zijn:

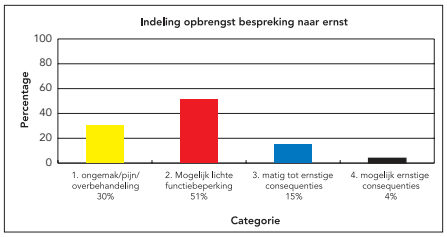
- Onervaren arts-assistenten op de SEH, met name daar waar het gaat om de diagnostiek en behandeling van kleinere traumata.
- Ongestructureerde supervisie, waardoor zowel controle- als leerkansen worden gemist.
- Onvoldoende terugkoppeling rond röntgenfoto's, waardoor gemiste diagnoses of verkeerde behandelingen onbeantwoord blijven.

Aan de hand van dit gegeven heeft MediRisk samen met een klankbordgroep vangnetten opgesteld. Deze moeten fouten tijdig ondervangen en de genoemde basisoorzaken aanpakken. Nu de SEH-vangnetten bijna overal zijn ingevoerd, is de hamvraag natuurlijk: werken ze, die vangnetten?

165 wijzigingen

'Ja,' zegt Maaike Michon volmondig. Zij kan het weten: Michon werkte als arts-assistent op de SEH-afdeling van het Meander toen de vangnetten werden geïmplementeerd. Bovendien deed zij tussen augustus en december 2007 onderzoek naar de werking van de gezamenlijke radiologiebespreking in het ziekenhuis. In vier maanden tijd leverde die dagelijkse bespreking maar liefst 144 wijzigingen in diagnoses op. Dit leidde bij 99 patiënten tot het bijstellen van het behandelbeleid. Bij nog eens 21 andere patiënten was de diagnose weliswaar juist, maar bleek niet het juiste behandeltraject te zijn ingezet. 'In vier maanden tijd hebben dus 165 patiënten een andere diagnose of behandeling gekregen,' zegt Michon. 'Dat komt neer op gemiddeld één à twee patiënten per dag die er dankzij de gezamenlijke radiologiebespreking zijn uitgevist!'

Tabel 1: Opbrengst radiologiebespreking naar ernst



De medische consequenties van de wijzigingen in beleid zijn in vier categorieën in te delen (ingedeeld naar ernst):

1) Ongemak ("onnodig" gips), uitstel start antibiotica bij gemiste (vaak falanx)fractuur bij wond, pijn (Greenstickfractuur zonder gips).

2) Mogelijke lichte functiebeperking tot gevolg: vingerfractuur en geen buddytape, pijn bij gemiste scapulafractuur of gemiste radiuskopfractuur.

3) Matig tot ernstige consequenties: aanvullende CT bij fractuur, retour ter herhaling X-BOZ bij afwijkend luchtconfiguratie, gemiste epifysiolyse, gemiste stabiele wervelfractuur.

4) Mogelijke ernstige consequenties: instabiele wervelfracturen, calcaneusfractuur met mogelijke opname op cardiologie tot gevolg.

De ernst van de verkeerde diagnosestelling en/of behandeling liep uiteen van ongemak tot mogelijke ernstige consequenties (zie tabel 1). Michon: 'Als iemand gips heeft gekregen terwijl hij niks gebroken blijkt te hebben – want dat valt ook onder gemiste diagnoses - is er hoogstens sprake van ongemak. Geen acute noodzaak om de patiënt binnen 24 uur terug te laten komen. Maar als blijkt dat er een pols opnieuw gezet had moeten worden, moet een patiënt wel zo snel mogelijk terugkomen, anders kan dat resulteren in blijvende functiebeperking.'

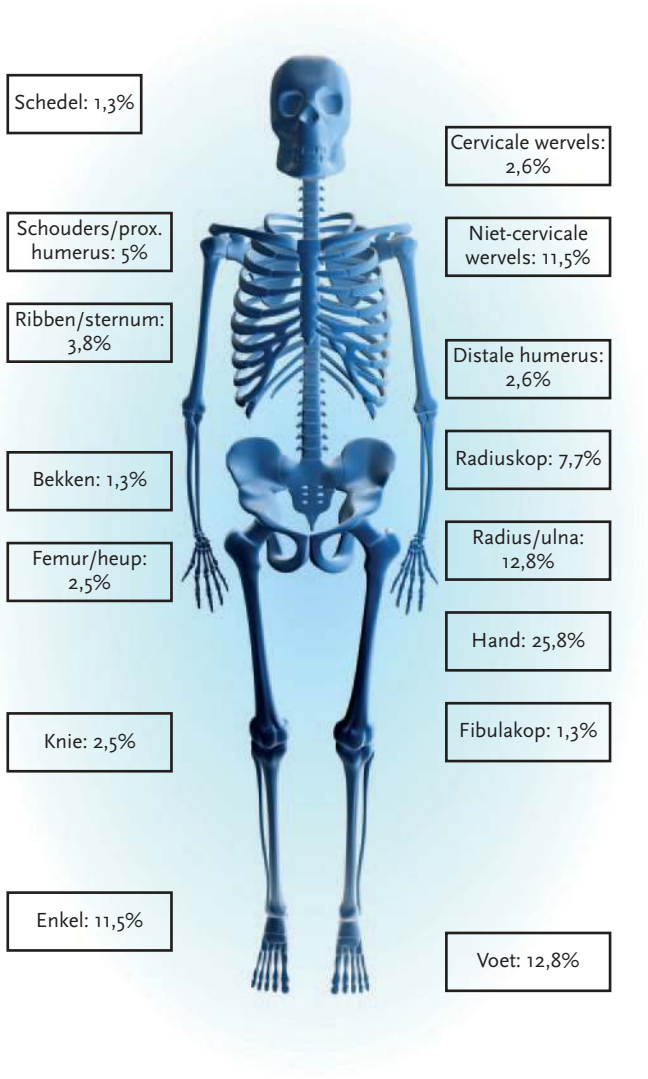
Leerzaam

Afgezien van het aantal ondervangen incidenten was de dagelijkse radiologiebespreking een uitstekend onderwijsmoment voor arts-assistenten. En onderwijs is ook een belangrijke pijler van het SEH-project. 'Vooral van de radioloog heb ik veel opgestoken,' zegt Michon. 'Hoe je een radiuskopfractuur kunt herkennen bijvoorbeeld, een veel gemiste fractuur. De radiologische aanwijzingen voor deze fractuur zijn subtiel en de radioloog kan je daar tijdens de bespreking op attenderen.' Zij ziet duidelijk in haar onderzoek terug dat er wat van de radiologiebespreking is opgestoken. 'Bij nieuwe assistenten zie je dat er dagelijks twee à drie zaken worden uitgehaald. Naarmate ze beter zijn ingewerkt, neemt dat aantal zichtbaar af. Zo'n bespreking op de SEH blijft dus onmisbaar, net zoals een goed inwerkprogramma voor arts-assistenten. Zeker als er geen SEH-artsen zijn die continu, ook 's nachts, beschikbaar zijn en kunnen meekijken.'

Eén minuut

De gezamenlijke radiologiebespreking in het Meander vindt iedere ochtend plaats. 'Doordeweeks van acht tot half negen, in de weekenden om tien uur,' zegt Michon. 'Samen met de radioloog, de chirurg en de aanwezige assistenten worden de röntgendossiers van de afgelopen 24 uur doorgenomen, zo'n 25 tot 35 patiënten per dag. Eerst wordt de SEH-brief met de anamnese voor-

Tabel 2: Gemiste fracturen naar locatie die tijdens de gezamenlijke radiologiebespreking werden ontdekt:



Bron: Maaike Michon, Meander MC (aug. – dec. 2007)

gelezen aan de groep, zonder dat de diagnose erbij wordt vermeld. Op die manier kan iedereen onbevooroordeeld meedenken. Vervolgens bekijkt de radioloog de röntgenopname en worden zijn of haar bevindingen vergeleken met de diagnose van de arts-assistent. Aanpassingen worden meteen in het dossier genoteerd. Het klinkt tijdrovend, maar in de praktijk zijn de meeste dossiers binnen één minuut besproken.'

Van weerstand tegen de gezamenlijke bespreking heeft Michon in het Meander ziekenhuis weinig gemerkt. 'Er bestond op de SEH al een soortgelijke dagelijkse bespreking, die door de richtlijnen van MediRisk meer vorm heeft gekregen. Het belang ervan was dus voor iedereen al duidelijk. Wel bestond er in het begin wat weerstand tegen het bespreken van de buikoverzichtfoto's. Die hadden immers niets met het bewegingsapparaat te maken. Bovendien werden deze foto's al standaard door de chirurg bekeken. Totdat de radioloog tijdens zo'n bespreking een gemist aneurysma ontdekte aan de hand van de kalkwand die op de buikoverzichtfoto zichtbaar was. Die patiënt is met spoed terugbesteld en net op tijd behandeld. Ook is er eens een foto besproken waarop de radioloog een afwijkende luchtconfiguratie zag, reden om nog een foto te laten maken. Daarmee was het nut van het bespreken van buikfoto's tijdens de radiologiebespreking wel duidelijk.' Het Meander ziekenhuis bekijkt momenteel of de dagelijkse radiologiebespreking ook voor interne geneeskunde kan worden ingevoerd.

Na de SEH nu aanpak risico's OK

Op de afdelingen spoedeisende hulp heerst grote tevredenheid over de SEH-vangnetten en de verificatiebezoeken die MediRisk heeft afgelegd, zo blijkt uit een evaluatie. 'We troffen soms wel weerstand aan, maar die was meestal van praktische aard', aldus Bernadet Valentijn, senior riskmanager. 'De waarde van de vangnetten zelf stond buiten kijf. Ze sloten dan ook goed aan op de praktijk, mede dankzij de inzet van de klankbordgroep, met mensen uit de diverse geledingen op de SEH. De praktische bezwaren waren met oplossingen uit andere ziekenhuizen trouwens vaak te overwinnen. Al met al is de SEH voor iedereen zichtbaar veiliger geworden'. Om eenzelfde effect te bereiken op de operatieafdelingen hebben de riskmanagers van MediRisk inmiddels ruim 20 ziekenhuizen bezocht in het kader van het OK-project. Zij onderzoeken de mate van invoering van vangnetten op de operatieafdelingen om zes kritische zorgprocessen te beveiligen. De eerste rapporten laten zien dat verbeteringen vooral op onderdelen van de vangnetten nodig zijn. Dit is vaak mogelijk met eenvoudige maatregelen, waar echter wel een breed draagvlak voor moet worden gecreëerd. Vooral in het borgen van procedures en afspraken valt veel winst te behalen. Niet voor niets richt het OK-project zich op de consequente naleving van afspraken en de borging hiervan, vaak een zwakke plek in processen waardoor incidenten makkelijker kunnen (blijven) ontstaan.

Vragen over het OK-project? Kijk op www.medirisk.nl > risico's op de OK. Projectresultaten én uw eigen resultaten, best practises en claimcasuïstiek met betrekking tot de SEH-vangnetten, u vindt het allemaal in de uitgave 'SEH-vangnetten: heeft u ze al in de vingers?' Kijk op www.medirisk.nl > publicaties

Te laat aan de bel getrokken

Manon Eikens, Schadeanalyse MediRisk

Een incident begint vaak met een klein voorval dat niet tijdig wordt bijgestuurd. Een reconstructie van de feiten helpt een domino-effect een volgende keer tijdig te stoppen.

In verband met een oplopende bloeddruk wordt een patiënte tijdens haar tweede zwangerschap doorverwezen naar de gynaecoloog. Haar eerste zwangerschap is beëindigd door een keizersnede in verband met een pre-eclampsie. Wanneer thuis in de veertigste week spontaan de vliezen breken, gaat de vrouw naar het ziekenhuis. Hier wordt een goede CTG gemaakt, waaruit blijkt dat de caput vastligt in de bekkeningang. De bloeddruk is normaal. De patiënte zal de volgende dag terugkomen voor een controle-CTG. Als de bevalling niet eerder spontaan op gang komt, zal deze worden ingeleid.

De volgende dag wordt de bevalling om 9.45 uur inderdaad door een arts-assistent gynaecologie ingeleid met oxytocine. Om 11.45 uur vraagt de patiënte om pijnstilling. Ze krijgt epidurale anesthesie. Het CTG levert op datzelfde tijdstip een goede Fisherscore op. Om 14.15 uur toont het CTG decelerateies na een wee, waarbij het kind goed accelereert. Microbloedonderzoek (MBO) is op dit moment nog niet mogelijk. Dit kan pas worden verricht bij een ontsluiting groter dan 2 cm. Om 16.30 uur is sprake van 4 cm ontsluiting en het CTG toont wisselende deceleraties op en na een wee. Er wordt MBO verricht waarbij een pH-waarde van 7.36 wordt vastgesteld. Er is dan een sterke stimulatie van weeën te zien op het tocogram, waarop de oxytocine van 8,0 naar 6,0 ml per uur wordt verlaagd. Om 18.35 uur heeft patiënte persdrang. Er is volledige ontsluiting en ze mag persen. Het CTG toont tijdens de wee diepe deceleraties. Om 19.00 uur wordt de supervisor ingeroepen wegens het niet lukken van MBO. Er is sprake van een slechte CTG en bloederige urine. De gynaecoloog verricht een spoedkeizersnede en een zoon wordt in slechte conditie geboren. De kinderarts neemt de zorg voor de pasgeborene over. Ondertussen is vanuit de incisie een uterusruptuur ontstaan. Deze wordt gehecht. Het kind herstelt zich gelukkig goed. Patiënte zelf krijgt het advies voorlopig niet zwanger te worden en bij een eventuele toekomstige zwangerschap niet meer vaginaal te bevallen. Patiënte neemt contact op met een advocaat. Deze laat zich adviseren door een medisch specialist en concludeert dat tijdens de baring onterecht niet eerder is ingegrepen. Daardoor heeft het ongeboren kind onnodig in ernstig gevaar verkeerd en is bij de patiënte een uterusruptuur ontstaan. De patiënte dient een claim in wegens het niet onderkennen van foetale nood en een dreigende uterusruptuur.

De reconstructie

De begeleiding van de bevalling is tot 14.15 uur goed verlopen. Op dat moment wordt door de arts-assistent genoteerd dat MBO niet mogelijk is. Hieruit blijkt dat er dus wél aanleiding voor dit onderzoek bestond. De gynaecoloog die in opdracht van MediRisk deze zaak bekeken heeft, ziet hier een eerste moment waarop overleg met de supervisor had moeten plaatsvinden. Als MBO om 16.30 uur bij een ontsluiting van 4 cm wel kan worden verricht, is er een goede uitslag (pH 7.36). Om 16.45 uur is sprake van een (te) sterke stimulatie en wordt de oxytocine teruggezet van 8.0 naar 6.0 ml per uur. Deze verlaging is bij een werkelijke overstimulatie te weinig. Bij overstimulatie wordt over het algemeen de oxytocine-bijstimulering volledig stopgezet. Ook hier is volgens de door MediRisk geraadpleegde gynaecoloog sprake van een moment waarbij overleg met de supervisor gepast zou zijn geweest. Om 18.35 uur is er volledige ontsluiting en toont het CTG diepe deceleraties. Op dat moment had de supervisor geraadpleegd moeten worden. Deze wordt pas om 19.00 uur geroepen; niet omdat de CTG slecht is, maar omdat MBO mislukt. Daarmee is kostbare tijd verloren gegaan.

Wat kan een ziekenhuis doen?

Twijfels worden door de arts-assistent niet altijd geuit. Soms wekt het uitspreken van twijfel, in een achteraf niet zo ernstige situatie, de irritatie van een supervisor op. Het gaat telkens om inschatting van de risico's en inzicht in eigen kennis en ervaring. En de supervisor moet openstaan voor die twijfels zonder dat arts-assistenten daar op

afgerekend zullen worden. Deze casus heeft in het ziekenhuis een enorme indruk achtergelaten. Er is direct een plenaire bespreking geweest waarbij alle staf en arts-assistenten aanwezig waren. De casus is besproken tijdens de reguliere maandelijkse klachtenbespreking. Er is extra onderwijs gegeven over het CTG en de instructies zijn opnieuw besproken in een arts-assistenten gynaecologenvergadering. Daarnaast is er een verbeterd autorisatiesysteem ingevoerd. Op gedetailleerde lijsten wordt bijgehouden welke arts-assistenten geautoriseerd zijn voor de diverse gynaecologische handelingen. Bijvoorbeeld het beoordelen van CTG's en het verrichten van MBO. Ook zijn afspraken gemaakt over wanneer de dienstdoende gynaecoloog gewaarschuwd moet worden. De opleider beoordeelt na een 360-graden beoordeling of een arts-assistent voor een handeling geautoriseerd kan worden. Deze autorisatie wordt vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de vakgroep. Het ziekenhuis heeft hiermee een systeem ingevoerd waarbij per arts-assistent afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Ondanks deze schriftelijke afspraken is het niet in alle gevallen te voorkomen dat individueel en incidenteel een CTG verkeerd beoordeeld kan worden. In ieder geval moet sprake zijn van laagdrempelige supervisie waarbij het bespreken van twijfels vanzelfsprekend is.

De beoordeling van medische aansprakelijkheid

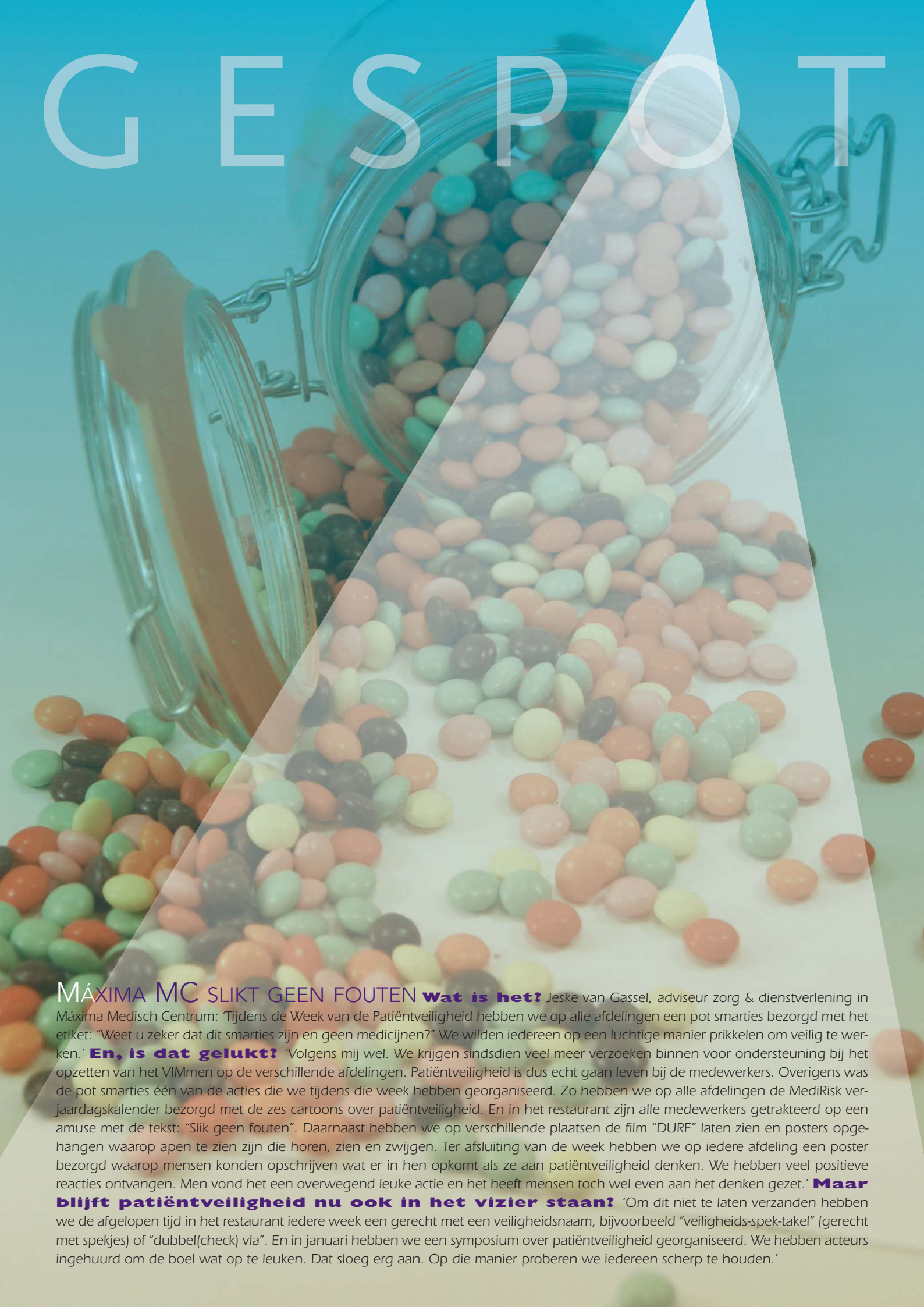
Tot drie keer toe is nagelaten om supervisie te vragen. Daarnaast heeft overstimulatie van de uterus plaatsgevonden. Eerder ingrijpen zou de uterusruptuur hebben voorkomen en het kind zou in een betere conditie geboren zijn. Gelukkig kon de uterusruptuur goed gehecht worden en herstelde het kind zich goed. Aansprakelijkheid wordt erkend en een bedrag van € 1000 euro wordt aangeboden. Dit wordt niet geaccepteerd en een civiele procedure wordt door de tegenpartij gestart. De rechtbank gelast een comparitie van de partijen, waarbij zij persoonlijk voor de rechter moeten verschijnen, meestal om tot een schikking te komen. Voordat deze plaatsvindt wordt alsnog overeenstemming bereikt over de schadevergoeding en de procedure wordt beëindigd. In totaal wordt ruim € 12.250 betaald, waarvan € 8500 aan patiënte en haar belangenbehartiger.

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

Standaardwerk: Foetale bewaking

'Foetale bewaking' van J.G. Nijhuis is het eerste Nederlandstalige boek dat zich grotendeels concentreert op de achtergronden en de beoordeling van het CTG vóór en tijdens de bevalling. Het boek behandelt tevens onderwerpen als Doppler-flowmetingen, microbloedonderzoek, zuurbase-evenwicht en alternatieve bewakingstechnieken. MediRisk heeft een bijdrage geleverd aan het hoofdstuk over de juridische aspecten van foetale bewaking. Op grond van diverse analyses is een aantal vuistregels opgesteld om gebeurtenissen zoals beschreven in de claimreconstructie te vermijden. Denk hierbij aan duidelijke werkafspraken met een arts-assistent of verpleegkundige in hoeverre zij een CTG mogen interpreteren en/of beoordelen en wanneer de gynaecoloog gewaarschuwd moet worden. Maar ook aan CTG-scholing voor arts-assistenten en verpleegkundigen en een goede communicatie met de ouders.

GESPOT



Máxima MC slikt geen fouten

Wat is het? Jeske van Gassel, adviseur zorg & dienstverlening in Máxima Medisch Centrum: 'Tijdens de Week van de Patiëntveiligheid hebben we op alle afdelingen een pot smarties bezorgd met het etiket: "Weet u zeker dat dit smarties zijn en geen medicijnen?" We wilden iedereen op een luchtige manier prikkelen om veilig te werken.' **En, is dat gelukt?** 'Volgens mij wel. We krijgen sindsdien veel meer verzoeken binnen voor ondersteuning bij het opzetten van het VIMmen op de verschillende afdelingen. Patiëntveiligheid is dus echt gaan leven bij de medewerkers. Overigens was de pot smarties één van de acties die we tijdens die week hebben georganiseerd. Zo hebben we op alle afdelingen de MediRisk verjaardagskalender bezorgd met de zes cartoons over patiëntveiligheid. En in het restaurant zijn alle medewerkers getrakteerd op een amuse met de tekst: "Slik geen fouten". Daarnaast hebben we op verschillende plaatsen de film "DURF" laten zien en posters opgehangen waarop apen te zien zijn die horen, zien en zwijgen. Ter afsluiting van de week hebben we op iedere afdeling een poster bezorgd waarop mensen konden opschrijven wat er in hen opkomt als ze aan patiëntveiligheid denken. We hebben veel positieve reacties ontvangen. Men vond het een overwegend leuke actie en het heeft mensen toch wel even aan het denken gezet.' **Maar blijft patiëntveiligheid nu ook in het vizier staan?** 'Om dit niet te laten verzanden hebben we de afgelopen tijd in het restaurant iedere week een gerecht met een veiligheidsnaam, bijvoorbeeld "veiligheids-spek-takel" (gerecht met spekjes) of "dubbel(check) vla". En in januari hebben we een symposium over patiëntveiligheid georganiseerd. We hebben acteurs ingehuurd om de boel wat op te leuken. Dat sloeg erg aan. Op die manier proberen we iedereen scherp te houden.'