Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

MediRisk

JULI 2009

4 INTERVIEW CEES STERK

16 WERKEN AAN RISICO'S

20 OK-SYMPOSIUM

STRIJDEN OM DE PATIËNT

Brengt marktwerking de grip op patiëntveiligheid in gevaar?

MediRisk

Colofon

Het huismagazine Alert is een uitgave over aansprakelijkheid en risicopreventie in de zorg van MediRisk B.A., de Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg. Deze verzekeraar van medische aansprakelijkheid 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, Alice Hamersma, Annemiek Manuel, Nathalia Sloots, Frank van Wijck
Illustratie Ad Oskam
Fotografie Shutterstock.com
Vormgeving Bard87, 's-Graveland
Druk Schotanus & Jens, Nieuwegein
Oplage 15.000

O.W.M. MediRisk B.A.
Postbus 8409, 3503 RK Utrecht
(030) 247 48 10, medirisk@vvaa.nl

O.W.M. 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 O.W.M. MediRisk B.A. Verzekerden van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.
© 2009, O.W.M. 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*
drs J.S. 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, *hoofddirectie VvAA Groep BV*
drs D. van Starkenburg RE, *voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede*

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

- I N

Sterk in veiligheid

Als directeur van het Orbis Medisch Centrum werkte hij vijf jaar lang toe naar de opening van het ziekenhuis van de 21ste eeuw. Nu dat ziekenhuis er eindelijk staat moet Cees Sterk, inmiddels interim bestuursvoorzitter, de organisatie door zwaar weer loodsen. Hoe doet hij dat, zonder de patiëntveiligheid uit het oog te verliezen? |pag.4|

Aanpak verborgen risico's

Alysis Zorggroep en het Deventer Ziekenhuis kregen allebei een risicoprofiel van MediRisk. Dit profiel laat zien op welke risicogebieden zij negatief en positief scoren ten opzichte van collega-ziekenhuizen. Een overzichtelijke en volledige trendanalyse waarmee beide ziekenhuizen gericht risico's kunnen aanpakken. |pag.16|

Kennisbank Schadepreventie

Heeft u of zoekt u slimme, innovatieve en bruikbare praktijkvoorbeelden op het gebied van schadepreventie? U kunt ze met elkaar uitwisselen via de digitale Kennisbank Schadepreventie van MediRisk. |pag.19|

H O U D -

7 Case Report in de praktijk
Onderzoek naar vangnetten na een gemiste enkelfractuur

8 Marktwerking in de zorg
Kans of gevaar voor patiëntveiligheid?

11 Goed Idee !
Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis organiseerde een veiligheidsmarkt

12 Korte Berichten

14 Niet bang voor marktwerking
Er zijn volgens Wim de Bie van de Sint Maartenskliniek genoeg waakhonden voor goede en veilige zorg

20 Elke plek gecheckt?
MediRisk hield een symposium rond de OK-vangnetten

22 Claimreconstructie
Een chirurg zet het mes in de verkeerde knie

24 Gespot
Een muziektheatervoorstelling over patiëntveiligheid

Klompen

De Alert die voor u ligt gaat ditmaal over marktwerking en de effecten daarvan op patiëntveiligheid.
Is het mogelijk om hoogwaardige zorg te blijven leveren tegen lagere prijzen? Concurrentie tussen zorgaanbieders dwingt en motiveert zorginstellingen om een hoge kwaliteit van zorg te leveren. Want dat die concurrentie er is, zal niemand meer ontkennen. Veel zorginstellingen zijn op zoek naar de optimale prijs-kwaliteitverhouding. Patiëntveiligheid speelt daarin een belangrijke rol. Marktwerking is bovendien een prima impuls om zich in het kader van de concurrentiepositie meer te onderscheiden op het gebied van kwaliteit, veiligheid en klantgerichtheid.
Dat mag niet tot gevolg hebben dat instellingen elkaar kennis en ervaring op het terrein van patiëntveiligheid onthouden, om zodoende een voorsprong op de ander te verkrijgen. Gelukkig mag worden geconstateerd dat daarvan geen sprake is. En dat maakt het onderlinge-concept van MediRisk uniek, juist in een tijd van verzakelijking en economische aanscherping. Want meer dan ooit staat de bereidheid om te leren van fouten en kennis en ervaring met elkaar te delen centraal, zo bleek ook onlangs tijdens ons symposium voor OK-managers. Daarbij werden de eerste positieve resultaten van het invoeren van vangnetten op de OK gepresenteerd en vele ervaringen in een positief-kritische sfeer uitgewisseld.
Maar – geheel passend bij deze doelgroep – een nuchtere beschouwing van de praktijk van alledag bleef de boventoon voeren. Zo was er de verwondering over het verschil in normering en regelgeving, en de naleving daarvan, met betrekking tot het dragen van OK-klompen. Niet alleen qua kleur sterk verschillend, van maagdelijk wit tot goudkleurig en met sport-striping. Maar tevens sterk variërend van een absoluut verbod op het dragen van klompen buiten het OK-complex, tot het onbekommerd mogen bezoeken van het personeelsrestaurant.
Er zitten nog grote verschillen tussen WIP-richtlijnen, NEN-norm, individuele ziekenhuisprotocollen, de naderende EU-richtlijn en de eisen van instanties als IGZ, NIAZ, VMS Veiligheidsprogramma en niet te vergeten de verzekeraar. Waar veel regels naast elkaar bestaan of elkaar zelfs tegenspreken, wordt naleving wel een erg lastig verhaal. De eisende partijen, ziekenhuizen en beroepsgroepen hebben hier nog een schone taak. Marktwerking of niet, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid staan of vallen met eenduidigheid en consequente naleving van afspraken. Dat kun je op je klompen aanvoelen.

John Stappers, algemeen directeur MediRisk

Sterk in veiligheid

Cees Sterk moet Orbis Medisch Centrum weer gezond maken

Orbis Medisch Centrum in Sittard-Geleen verkeert in zwaar weer. Met een ingrijpende reorganisatie moet directeur Cees Sterk, sinds februari ook interim bestuursvoorzitter van Orbis Medisch en Zorgconcern, het bedrijf weer gezond en sterk maken. Maar hoe doe je dat zonder de patiëntveiligheid uit het oog te verliezen? Door Matthijs Buikema

Wie de afgelopen maanden enkel de berichtenstroom over Orbis Medisch en Zorgconcern in de media heeft gevolgd, zou bijna vergeten dat het er echt staat: het ziekenhuis van de 21ste eeuw, op de grens van Sittard en Geleen. Een fraai stukje architectuur waarin het zonlicht volop naar binnen schijnt. De patiënt komt in een *healing environment* terecht. Een omgeving waar de arts naar de patiënt komt, in plaats van andersom. Een omgeving met veel buitenlicht en natuurlijke kleuren en materialen, waarvan wordt gezegd dat het de genezing van de patiënt positief beïnvloedt. Een omgeving ook waarin één brok samenhangende ict-techniek de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg ondersteunt, controleert en voor een deel zelfs aanstuurt. Helaas zijn het niet de mogelijkheden van het ziekenhuis die het nieuwsbeeld domineren, maar de enorme kostenoverschrijding, de bestuurlijke crisis en de ingrijpende reorganisatie. Directeur Cees Sterk slaakt een diepe zucht als hij het allemaal nog eens opsomt. Twee dagen na de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis, begin februari, werd hij gevraagd om de vertrokken Ludo Jansen te vervangen als voorzitter van de Raad van Bestuur. Geen benijdenswaardige positie, gezien de moeilijke omstandigheden waarin Orbis Medisch en Zorgconcern verkeert. 'We zijn een geplaagde organisatie. Als je in zulk zwaar weer verkeert, heb je niet alles meer in de hand. Er komt van alles op je af en daar moet je snel op reageren.'

Laten we beginnen met het goede nieuws: het ziekenhuis van de 21ste eeuw staat er en is nu vier maanden in gebruik. Hoe functioneert het?

'Ja, fantastisch. Afgezien van twee korte telefoonstoringen en een storing in één van onze datacentra is de overgang naar het nieuwe ziekenhuis vlekkeloos verlopen. Zeker voor de patiënten, om wie het natuurlijk in eerste instantie draait. Alle medewerkers waren zich bewust van de risico's die zo'n verhuizing, de nieuwe werkprocessen, de nieuwe technologie en de nieuwe omgeving met zich mee brachten. We hebben ons met man en macht voorbereid en alles uitvoerig getest. Daar kwam bij dat er vele camera's op ons waren gericht waardoor we nog scherper naar de overgang hebben toegewerkt. We wilden voorkomen dat het ziekenhuis met al zijn technologie zou worden neergesabeld met "zie je nou wel, het was al niet te betalen en nu werkt het ook nog niet". Het tegendeel is waar: het ziekenhuis heeft zijn functionaliteit vanaf dag één bewezen.'

Hoe uit zich dat?

'De patiënt staat letterlijk centraal. Niet alleen op het gebied van comfort, met enkel eenpersoonskamers en *bedside terminals* waarmee de patiënt voor veel zaken zelf de regie kan voeren. Ook de werkprocessen zijn zo ingericht dat de zorg naar de patiënt toekomt in plaats van andersom. Met smartcards kunnen zorgverleners 24 uur per dag op elk gewenste plek in het ziekenhuis patiënteninformatie opvragen. Er is een omgeving gecreëerd waarin patiënten en zorgverleners optimaal worden ondersteund en risico's zijn geminimaliseerd. We moeten natuurlijk altijd alert blijven, maar ik ben ervan overtuigd dat wij het veiligste ziekenhuis van Nederland hebben en ik denk zelfs ver daarbuiten.'

Er is enorm toegeleefd naar de verhuizing. Maar op het moment suprême is Orbis vooral negatief in het nieuws. Wat doet dat met een organisatie?

'Het hakt er enorm in. Iedereen heeft de afgelopen jaren zo hard gewerkt om dit ziekenhuis te realiseren. Beslist geen project dat aan het brein van "een stelletje megalomane bestuurders is ontsproten", zoals het in de pers werd genoemd. Nee, een project dat destijds in opdracht van minister Borst is ontstaan, omdat Nederland internationaal ging achterlopen in ziekenhuisontwerp en ziekenhuisinnovatie. Er moest een ziekenhuis komen waarin veiligheid, kwaliteit en transparantie optimaal werden ondersteund door ict en nieuwe werkprocessen. Orbis is deze uitdaging aangegaan met veel ambitie en inzet. En het is ons gelukt. Met de oplevering van dit ziekenhuis is Nederland terug als koploper in de wereld. Het is dan heel wrang om een maand na de ingebruikname zo ingrijpend te moeten reorganiseren. Een drama voor de medewerkers die hun baan verliezen. Zij hebben dit niet verdiend.'

Foto's: Orbis Medisch en Zorgconcern

Wie is Cees Sterk?

Cees Sterk (55) is sinds 2004 algemeen directeur van Orbis Medisch Centrum in Sittard-Geleen. Zijn grootste aandachtsgebied was de transformatie van de ziekenhuisorganisatie op weg naar de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis. Sinds februari is hij tevens interim voorzitter van de Raad van Bestuur van Orbis Medisch en Zorgconcern. Van 1999 tot 2004 was hij werkzaam als stafdirecteur strategie van het Albert Schweitzerziekenhuis in Dordrecht. Daarvoor werkte hij drie jaar als Diensthoofd Ambulante en Klinische Zorg in het Drechtstedenziekenhuis. In 2008 werd hij genomineerd voor de titel *Influencer of the Year* in de zorg, vanwege zijn betrokkenheid en leiderschap rondom de realisatie van het ziekenhuis van de 21ste eeuw.

En wat doet het met u?
'Het is een zware opgave. Ik heb als directeur sinds 2004 intensief met de medewerkers naar de verhuizing toegeleefd. Dat ik als bestuursvoorzitter diezelfde mensen de reorganisatie moet uitleggen, gaat me niet in de koude kleren zitten. Toch heb ik geen spijt dat ik deze post heb aanvaard toen me dat werd gevraagd. Ik geloof in dit bedrijf en wil het weer gezond en sterk maken.'

Hoe doet u dat zonder de patiëntveiligheid uit het oog te verliezen?
'Er worden geen concessies gedaan ten aanzien van een verantwoorde zorgverlening. Als directie hebben we steeds het uitgangspunt gehanteerd: er wordt pas verhuisd als alle systemen afdoende zijn getest en hun werking in de praktijk hebben bewezen. Nu moeten we pas op de plaats maken, dat is duidelijk. Maar dat kan en mag uiteraard niet ten koste gaan van kwaliteit en veiligheid. Als ik voor Orbis Medisch Centrum spreek, maak ik me wat kwaliteit en veiligheid betreft op dit moment geen zorgen. We hebben de afgelopen jaren zoveel ontwikkeld, geïnnoveerd en geïnvesteerd in veiliger werkprocessen, betere communicatie, helderheid en transparantie. Ik kan zeggen dat we een voorsprong van één á twee jaar hebben ten opzichte van andere ziekenhuizen, vooral wat betreft de samenhangende ict-techniek. Als wij een jaar lang pas op de plaats maken om ons te kunnen herpositioneren, zonder uiteraard de focus te verliezen, zal niemand daar wat van merken.'

Maar door de reorganisatie is er minder geld en mankracht beschikbaar.
'In het kader van de reorganisatie hebben we een monitoringsysteem opgezet waarmee we maandelijks indicatoren in kaart brengen die de kwaliteit en veiligheid meten. Daar zijn zowel medewerkers als cliëntenraden en medische staf bij betrokken, zodat we ook daar open in kunnen zijn. De *early warnings* die hieruit voortvloeien pakken we vervolgens koste wat het kost aan. Op verzoek van de IGZ gaan we bovendien een prospectieve risicoanalyse loslaten op een aantal processen. Bijvoorbeeld met

betrekking tot ict, waarin behoorlijk wat besparingen zijn beoogd. We moeten oppassen dat we daarin niet te ver doorschieten, want voor ons ziekenhuis geldt: werkt de ict niet goed, dan werkt de kwaliteit van zorg niet goed. Zulke prospectieve risicoanalyses hebben we eerder gedaan, dus ook daar hebben we ervaring mee. We hebben de kennis, tools en het bewustzijn in huis om deze moeilijke periode door te komen zonder kwaliteit en veiligheid uit het oog te verliezen.'

Vindt de Inspectie, die haar toezicht op Orbis Medisch Centrum heeft verscherpt, dat ook?
'Gelukkig wel. We hebben vorige week vijf inspecteurs op bezoek gehad en zij hebben geconstateerd dat er op het gebied van kwaliteit en veiligheid niets is aan te merken. Ze constateerden ook dat de medewerkers nog zeer gemotiveerd zijn om de schouders eronder te zetten, ondanks de grote onzekerheid die er heerst.'

Waar komt die betrokkenheid vandaan?
'Kwaliteit en veiligheid hebben altijd hoog op de agenda gestaan. We doen mee aan het nationale VMS veiligheidsprogramma. Ook hebben we meegedaan aan het landelijke dossieronderzoek van Emgo/Nivel naar onbedoelde en vermijdbare schade in ziekenhuizen. We gaan ook weer aan de herhaalmeting meedoen. Mij is altijd opgevallen dat er vanuit de kant van de artsen en de verpleegkundigen veel enthousiasme is om energie te steken in kwaliteit en veiligheid. Iedereen wil het in principe goed doen en iedereen heeft vanuit zijn of haar ervaringen gezien dat dat niet altijd lukt. Als je vervolgens met elkaar streeft om de processen veiliger te maken, zoals in Orbis Medisch Centrum, sluit je nauw aan bij de normen en waarden van zorgprofessionals. Als directeur, en nu als bestuursvoorzitter, hoef ik alleen maar te uiten dat ik het belangrijk vind. Er staan dan vanzelf mensen op die met initiatieven komen. En omdat anderen zien dat ze op mijn steun kunnen rekenen, komen zij ook met initiatieven. Je moet zorgprofessionals natuurlijk niet gek maken. Je moet een paar speerpunten kiezen waarin de professionals zich kunnen vinden. Er is al genoeg corvee in de zorg.'

Maar hoe houd je medewerkers gemotiveerd en gefocust in zulke onzekere tijden?
'Door helder en transparant te zijn. Onze kracht is dat we de afgelopen jaren een cultuur hebben gecreëerd waarin we kritisch naar elkaar kijken en zaken kunnen bespreken. Niet om mensen te beschadigen of iemand de zwartepiet toe te spelen, maar altijd om de situatie te verbeteren.

We zijn hier begonnen met de *appraisal en assessments*, wat je nu her en der ziet opkomen. Die *assessments* hebben voor een open cultuur gezorgd waarin we moeilijke zaken met elkaar kunnen bespreken. Daar heeft iedereen baat bij. Ik zie toch regelmatig dat in andere ziekenhuizen zaken aan het licht komen waarvan je denkt: hoe heeft het zo lang kunnen 'dooretteren' totdat het ineens dramatisch in de publiciteit kwam? Daar hadden mensen op bepaalde momenten het verschil kunnen maken door kritisch en transparant te zijn. Wij hebben vorig jaar september zelf ook te lang gezwegen over de herfinanciering van de nieuwbouw. De pers is daardoor zelf nieuws gaan maken. Nu brengen wij veel meer dan voorheen zelf het nieuws. Ook als het nieuws lastig is. Ik ben ervan overtuigd dat openheid over wat je wilt bereiken en wat er in dat proces misgaat een organisatie uiteindelijk sterker maakt.'

Foto's: Orbis Medisch en Zorgconcern

Ziekenhuis van de 21ste eeuw

De ontwerpers van het nieuwe Orbis Medisch Centrum hebben zich laten inspireren door de auto-industrie, waar door vergaande automatisering veel efficiënter wordt gewerkt. Ook Orbis heeft veel geïnvesteerd in ict en logistiek om straks met minder mensen meer kwaliteit te bieden tegen minder kosten. Zo heeft Orbis het eerste papierloze ziekenhuis in Nederland gecreëerd. Alles gaat digitaal: van het oproepen van patiëntendossiers, de noodoproepen aan verpleegkundigen tot aan de robots die door het ziekenhuis rijden om medicijnen, laboratoriumproeven en lakens te transporteren. Behalve door hightech en futurologische logistiek valt het ziekenhuis op door comfort. Patiënten hebben een royale eenpersoonskamer met badkamer waar bezoekers kunnen blijven slapen. Boven ieder bed hangt een lcd-scherm aan een beweegbare arm, waarop je tv kunt kijken, kunt internetten, de maaltijdkeuze kunt doorgeven en kunt communiceren met het verplegend personeel. De artsen kunnen via hetzelfde scherm inloggen op het netwerk om de patiëntgegevens in te zien. Het verblijf in het ziekenhuis moet zowel voor de patiënt, de bezoeker als de werknemer een beleving zijn. Het gebouw is door het gebruik van de modernste ict en de duurzame materialen wel erg duur: € 370 miljoen, zo'n € 65 miljoen duurder dan was begroot. Daar staat tegenover dat het gebouw langer meegaat en dat de exploitatiekosten lager zijn. Door de hoogwaardige techniek en slimme logistiek zijn de bedrijfsprocessen immers efficiënter en dus goedkoper, zo is de aanname.

Enkelfractuur gemist

Als bij MediRisk een vangnetgerelateerde claim binnenkomt, volgt een preventiegericht onderzoek naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn ze goed nageleefd of blijken ze in de praktijk niet helemaal waterdicht? Door Mare Bergsma en Alice Hamersma, MediRisk

Illustratie: Wietse Bakker

Een patiënt meldt zich na een val met pijn in zijn elleboog en enkel op de Spoedeisende Hulp. Op de röntgenafdeling worden foto's gemaakt van zowel de elleboog als de enkel. De arts-assistent stelt de diagnose elleboogfractuur, maar ziet de enkelfractuur over het hoofd. De radioloog bekijkt de volgende dag de foto's en merkt op dat de enkel wel degelijk is gebroken. Zij noteert dit in het radiologieverslag. Daags na het SEH-bezoek vindt een röntgenbespreking plaats, waarbij zowel het dossier als de röntgenfoto worden besproken. De diagnose in het radiologieverslag wordt niet opgemerkt door de behandelend arts en arts-assistent.

MediRisk

Voor MediRisk was deze casus aanleiding om te kijken of de SEH-vangnetten hebben gewerkt. Riskmanager Bernadet Valentijn: 'De belangrijkste vraag voor ons was of er een gezamenlijke radiologiebespreking had plaatsgevonden. Daarmee hadden de specialist en arts-assistent de conclusie van de radioloog alsnog kunnen opmerken. Uit ons aanvullende onderzoek bleek weliswaar dat er dagelijks een röntgenbespreking is tussen behandelende artsen en arts-assistent(en), maar zonder de radioloog. Dit is een hiaat in het verificatieproces. Daarom adviseert MediRisk altijd een gezamenlijke radiologiebespreking te houden, dus met alle behandelaars én de radioloog. Als controle op het allereerste beoordelingsresultaat en om directe terugkoppeling (*face to face*) mogelijk te maken. Betere en duidelijkere afspraken over de terugkoppeling van de diagnose hadden in dit geval ook de gemiste fractuur aan het licht kunnen brengen. Er moet op zijn minst een sluitend controlesysteem zijn dat erop toeziet dat de behandelaar daadwerkelijk de radiologieverslagen ziet. Dit moet voorkomen dat afwijkende bevindingen van de radioloog te laat of zelfs ongezien in het dossier belanden'. Omdat het vangnet röntgenbeoordeling niet adequaat functioneerde, kreeg dit ziekenhuis de sanctiemaatregel opgelegd. Namelijk een storting in het preventiefonds.

Ziekenhuis

De contactpersoon schade reageert namens het ziekenhuis: 'Wij nemen de vangnetten sinds we deze drie jaar geleden verplicht moesten invoeren uitermate serieus. In principe moeten al onze medewerkers deze vangnetten hanteren. Direct na het incident hebben de betrokken specialisten, arts-assistent en leidinggevende van de SEH uitgebreid besproken over hoe het incident kon gebeuren. Uit de analyse bleek dat de röntgenfoto's direct de volgende ochtend zijn gecontroleerd door de dienstdoende specialist en de arts-assistent. Hierbij is gekeken naar het SEH-formulier, met alleen de melding elleboogfractuur. Het radiologieverslag waarin de diagnose enkelfractuur wel stond, was nog niet beschikbaar. Daar ging het mis: het radiologieverslag kwam na 9.00 uur binnen op de SEH, terwijl de röntgenbespreking op de SEH al om 8.00 uur plaatsvond. Mede door het case report van MediRisk zien we de noodzaak om onze procedures opnieuw tegen het licht te houden. We zijn momenteel dan ook aan het afstemmen hoe we een extra controle kunnen inbouwen, zoals de gezamenlijke radiologiebespreking. Duidelijk is dat er snel iets moet veranderen.'

Meer informatie: De SEH-vangnetten nog eens nalezen? Kijkt u dan op www.medirisk.nl > schadepreventie > SEH. Lees ook de MediRisk-brochure 'SEH-vangnetten, heeft u ze al in de vingers?'

Marktwerking en patiëntveiligheid

Kans of gevaar?

Zeg "marktwerking in de zorg" en bij menigeen gaat een alarmbel rinkelen. Want met steeds meer noodlijdende ziekenhuizen die hun heil zoeken bij particuliere investeerders en zorgverzekeraars móet de patiëntveiligheid toch wel in gevaar komen? Of juist niet? Alert sprak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, een zorgverzekeraar, een zorgondernemer en een ziekenhuisdirecteur. Vooralsnog zien zij vooral kansen. Door Karin Bos

DE ZORGONDERNEMER

Cees-Jan Oostwouder is één van die kansenpakkers. Met vijf collega-anesthesiologen uit het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) begon hij een paar jaar geleden een mobiele anesthesieservice speciaal voor tandartsen. Waarbij omzet absoluut niet de eerste overweging was. 'Natuurlijk hopen we er ooit meer inkomsten uit te kunnen halen, maar tot nu toe doen we het grotendeels naast ons werk in het MCA en is het gewoon lange dagen maken. Waarom we het dan doen?' Hij lacht. 'Binnen de maatschap zijn we altijd op zoek naar manieren om ons werk nog beter, veiliger én leuker te maken.' En dus ging het team graag in op een verzoek van de afdeling Bijzondere Tandheelkunde van het MCA. 'Voor veel verstandelijk gehandicapten is een tandheelkundige ingreep behoorlijk traumatisch. Meestal komen ze half versuft aan, met de ambulance en twee begeleiders. Ze gaan vervolgens in schemertoestand het grote, onbekende ziekenhuis in. Het komt regelmatig voor dat mensen op de vlucht slaan. Als wij naar de instelling kunnen komen waar ze wonen, scheelt dat enorm veel stress.' Oostwouder vervolgt: 'En dan heb je nog zo'n 600.000 mensen die extreem bang zijn voor de tandarts en er daarom nooit naar toe gaan. Als hun situatie zo slecht is dat ze toch voor een grote gebitsrenovatie moeten komen, is dat natuurlijk helemaal verschrikkelijk. Doe je die behandeling onder narcose, dan wordt het een stuk minder eng. Daarna is het gebit weer tip-top in orde en hoeven mensen alleen nog voor de – veel minder enge – controles te komen.'

'De vraag is er dus, en financieel gaan we nu richting het *break-even* punt. Maar de initiële investeringen zijn wel groot. Bovendien gaat er veel tijd zitten in afspraken met verzekeraars over passende vergoedingen en met het doorlopen van behandelprogramma's bij instellingen. Gelukkig is er geen sprake van concurrentie met het ziekenhuis. Er zijn immers enorme wachtlijsten voor kinderen en verstandelijk gehandicapten bij tandheelkunde. Terwijl je die OK's beter kunt gebruiken voor bijvoorbeeld steriele KNO-operaties. En veiligheid staat bij ons absoluut op nummer één. Op locatie werken we zeer geprotocolleerd. Binnenkort beginnen we met intercollegiale toetsing, om elk interpretatieverschil uit te sluiten. En zodra we ergens standaard werken, vragen we de Inspectie voor de Gezondheidszorg om langs te komen. In de toekomst laten we ons ook visiteren door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologen. We zijn gewoon trots op wat we doen en dat willen we laten zien!' Oostwouder ziet niet alleen kansen op het gebied van anesthesie bij tandheelkunde.

'We zijn nu ook actief bij klinieken voor bekkenbodemchirurgie. Voor zo'n kleine kliniek is het niet kosteneffectief om zelf een anesthesieservice in huis te hebben. Het is wel prachtig om hun manier van werken te zien. De wachtlijsten zijn klein en doordat ze zo geroutineerd zijn in hun specialisatie zijn ze kwalitatief sterk. Ik vermoed dat dit soort constructies alleen maar gaat toenemen.'

DE ZORGVERZEKERAAR

Oud-staatssecretaris Melanie Schultz van Haegen denkt er net zo over. Sinds 2007 is ze directeur zorginkoop bij de divisie Zorg

Illustratie: Ad Oskam

van Achmea - na de fusie met Agis goed voor bijna een derde van alle zorgverzekerden in ons land. 'Vroeger onderhandelden zorgverzekeraars en ziekenhuizen over prijzen. Degene met de laagste prijs kreeg het grootste contract. Maar dat is veranderd sinds een deel van de ziekenhuiszorg is vrijgegeven. Tegenwoordig ligt het risico bij de zorgverzekeraars. Wij hebben dus baat bij kwaliteitsziekenhuizen die patiëntveilig werken. En bij zo lang mogelijk gezonde en vitale mensen. Het mooie is dat goede zorg ook nog goedkoper is!' Haar uitleg lijkt op die van Oostwouder: 'Als je heel vaak dezelfde operatie uitvoert, krijg je een bepaalde routine. Je wordt sneller, beter en er ontstaan minder complicaties. En dus kan het ene ziekenhuis specialiseren in knieoperaties, terwijl de ander hartchirurgie voor zijn rekening neemt. Natuurlijk moet een deel van de basis- en chronische zorg in elk ziekenhuis gewaarborgd blijven - daarvoor moeten mensen niet ver hoeven te reizen. Maar zodra je iets kunt inplannen, waarom dan niet in het beste en uiteindelijk goedkoopste ziekenhuis? Zo hebben we met het Havenziekenhuis in Rotterdam afspraken over liesbreukoperaties. Zij krijgen meer operatieafspraken, maar dan moeten patiënten wel binnen vijf dagen onder het mes. Bovendien zijn eventuele hersteloperaties voor kosten van het ziekenhuis. Wat zie je: meer oefening en minder hersteloperaties. Men specialiseert zich. Trouwens, ook in de basiszorg zul je zien dat een deel naar de eerste lijn gaat. Sommige nu-nog-ziekenhuisbehandelingen kunnen net zo goed, of zelfs beter, worden verricht in het wijkcentrum. Dat is voor iedereen prettiger.'

'Goede zorg is juist goedkoper en marktwerking werkt dit in de hand'

Illustratie: Ad Oskam

Zilveren Kruis Achmea zet zich dus actief in voor verregaande specialisaties, betere zorgpaden, kortere wachtlijsten en sterkere ketens die kwalitatief goede en veilige zorg leveren. In overnames van en aandelenconstructies in zorginstellingen ziet Schultz van Haegen minder. 'We willen onafhankelijk blijven en mensen naar het beste ziekenhuis leiden. Als er iets gebeurt in een ziekenhuis waar jij als zorgverzekeraar eigenaar van bent, dan is dat toch ongemakkelijk.' Maar hoe kijkt zij dan aan tegen de constructie van het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam, waar verzekeraar DSW sinds kort een belangrijke stem heeft? 'Dat is wat anders. DSW is één van de weinige nog puur regionale verzekeraars. Een groot deel van hun verzekerden gaat automatisch naar het Vlietland. Die twee gaan dus in elkaar op. Maar wij werken landelijk. Dan moet je niet al je geld in één ziekenhuis investeren.'

DE ZIEKENHUISDIRECTEUR

Hoe zit het eigenlijk met het Vlietland Ziekenhuis en aandeelhouder DSW? Gerrit-Jan van Zoelen, voorzitter van de Raad van Bestuur, vertelt dat de plannen voor 99 procent in kannen en kruiken zijn. 'Zodra de minister "ja" zegt tegen de oprichting van een coöperatie kunnen we vrijwel direct van start.' In januari maakte het ziekenhuis, dat kampt met een flinke nieuwbouwschuld, bekend voor een nieuwe financieringsstructuur te kiezen. Eén waarbij alle direct betrokkenen bij het ziekenhuis deel gaan uitmaken van een coöperatie die eigenaar wordt van het Schiedamse ziekenhuis. 'Het gaat daarbij niet om investeerders die uit zijn op winstuitkering. In onze coöperatie zitten partijen die zelf betrokken zijn bij de regionale zorg van het ziekenhuis en op het snijvlak van eerste, tweede en derdelijnszorg: verzekeraar DSW, huisartsen, verzorgings- en verpleeghuizen en onze eigen medische staf. Het *commitment* is dan ook groot. Samen gaan we voor zorginnovatie. En niemand heeft een meerderheidsbelang. Ook DSW niet, dat zo'n veertig procent inbrengt. Waarom zij meedoen? Heel veel DSW-verzekerden komen automatisch bij ons. Sla je op zaterdagavond op je duim, dan ga je naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost en niet naar Groningen. Voor DSW is goede en veilige zorg in het Vlietland dus een belangrijk punt. Daar wil men niet op beknibbelen, integendeel.'

Voor Van Zoelen is de coöperatie een mooie manier om samen de kosten te lijf te gaan. Want dat die de komende jaren enorm zullen toenemen, daar is hij zeker van. 'Maar we zoeken de oplossing niet in bezuinigingsacties; we willen vooral een toename van de zorgvraag voorkomen. Door preventie, door een hechtere zorgketen. Want zijn de aanbieders beter op elkaar ingespeeld, dan belanden mensen minder snel in het ziekenhuis. Dat is niet zozeer kostengedreven, maar het zorgt wel voor kostenreductie.'

DE INSPECTEUR

Tot nu toe dus louter positieve verhalen over de kansen van marktwerking. Maar ziet Jan Vesseur, hoofdinspecteur patiëntveiligheid van de IGZ, dat ook zo? 'In feite maakt het ons niet uit hoe een ziekenhuis wordt gefinancierd. De basisindicatoren of algemene kwaliteitswaarden zijn hetzelfde. De systematiek van de meldplicht van calamiteiten ook. Of er verschillen zijn in de uitvoering,

Niet iedereen is blij met marktwerking

Op 12 mei jongsleden - de Dag van de Verpleging - werd de noodklok geluid door personeel in de zorg. Het luidde een campagne in die er toe moet leiden dat er een parlementaire enquête komt naar de marktwerking in de zorg. Met de komst van marktwerking en de introductie van onderlinge concurrentie in de zorg werd verwacht dat de klantgerichtheid van zorginstellingen zich sterk zou ontwikkelen. De 'zorgconsument' zou hier de vruchten van plukken. De resultaten van de Gezondheidszorgmonitor 2009 tonen echter aan dat in vergelijking met twee jaar geleden de waardering van bijvoorbeeld het ziekenhuisbezoek op alle fronten is gedaald. Ook veel specialisten, verpleegkundigen, medewerkers in de thuiszorg, apothekersassistenten, diëtisten en activiteitenbegeleiders in de GGZ zijn volgens de Gezondheidszorgmonitor ontevreden over de effecten van marktwerking in de zorg. Bijna tweederde (63 procent) van deze 'handen aan het bed' geeft aan dat hun werkomgeving er sinds de introductie van marktwerking niet efficiënter op is geworden. Zij geven in nog grotere getale (72 procent) aan dat de kwaliteit van zorg hieronder lijdt. Bovendien blijkt dat bijna 70 procent van deze groep hun werk er de laatste jaren niet leuker op vindt geworden. Deze uitkomsten verklaren mogelijk ook de dalende trend in de mate van betrokkenheid die medewerkers voelen bij de zorginstelling waarvoor ze werken.
De campagne is een initiatief van het actiecomité 'Zorgcrisis' en wordt gesteund door de actiegroep 'Zorg geen markt'. Kijk voor informatie op www.zorgcrisis.info.

‘De opvatting dat marktwerking per definitie ten koste gaat van kwaliteit en veiligheid kan heel goed een misvatting zijn’

is nog moeilijk te zeggen. We zien dat particuliere klinieken doorgaans goede kwaliteit leveren en zelfs servicegerichter zijn dan grote instellingen. Die moeten het immers van mond-tot-mondreclame hebben. Ziekenhuizen die worden overgenomen door particuliere investeerders? Tja, dat is zo recent. Het straalt in ieder geval niet – of nog niet – negatief af op de geboden kwaliteit. Trouwens, echt publiek gefinancierde ziekenhuizen zijn er niet in Nederland. In feite is alles volledig privaat, of het nu om stichtingen of particulier eigendom gaat. Dát er een discussie gaande is over de rol van aandeelhouders, is in het licht van de kredietcrisis niet zo vreemd. Want kunnen ze altijd maar winst eisen? Maar de opvatting dat marktwerking per definitie ten koste gaat van kwaliteit en veiligheid kan heel goed een misvatting zijn. Je weet niet hoe het balletje gaat rollen.’

Zitten er dan helemaal geen risico’s voor de patiëntveiligheid aan marktwerking?
‘Ik denk dat je moet uitkijken met prestatieindicatoren,’ zegt Schultz van Haegen desgevraagd. ‘Natuurlijk willen we weten of een operatie geslaagd is en een behandeling effect heeft gehad. Sturen op kwaliteit is essentieel. Maar trap niet in de valkuil van de kengetallen. Je kunt streven naar een bepaalde bloedwaarde, maar daarmee prikkel je soms ook gedrag dat je juist niet wilt. Bijvoorbeeld dat bepaalde mensen die waarschijnlijk te hoge of te lage waarden zullen tonen, worden doorverwezen zodat de ziekenhuisprestaties toch goed uitkomen. Als dat gebeurt, sla je de plank volledig mis als stakeholder.’ Anesthesioloog Oostwouder kan zich er iets bij voorstellen. ‘Als je als kleine kliniek alle complexe of risicovolle patiënten doorstuurt naar het ziekenhuis, wordt het wel heel makkelijk om jezelf op de borst te kloppen. Dat zal best eens voorkomen. Ook wij sturen patiënten met diabetes, hartklachten en astma door. Maar dat heeft uitsluitend te maken met een stukje veiligheid die wij voor hen op locatie niet kunnen bieden, het enige dat telt!’

GOED IDEE !

Veiligheidsmarkt

Patiëntveiligheid heeft voor het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) de komende jaren strategische prioriteit. Om aan patiënten, bezoekers en medewerkers te laten zien wat het ziekenhuis zoal doet en gaat doen aan patiëntveiligheid, organiseerde het SLAZ begin dit jaar een driedaagse veiligheidsmarkt in de centrale hal. Vertegenwoordigers van diverse afdelingen lieten zien hoe zij aan veiligheid werken. Zoals de OK met hun time out-procedure, de verpleegafdelingen met het decubitus preventieprogramma, het Risico Expert Team (RET) en de VIM-commisie met de laatste ontwikkelingen op het gebied van incidentanalyse.

Veel belangstelling was er voor de stand van de apotheek, waar ziekenhuisapotheker Marjo Janssen tekst en uitleg gaf rond het project “Farmaceutisch consult bij ontslag”. ‘Doel van het project is het voorkomen van medicatiefouten nadat een patiënt is ontslagen. We melden daarom elk ontslag bij de thuisapotheek en vergelijken het ontslagrecept met de thuismedicatie. Veel verpleegkundigen wilden weten wat het project inhoudt.’ Ziekenhuishygiënist Linda Kruiten liet mensen aan haar stand hun handen wassen om vervolgens te beoordelen hoe goed ze dat hadden gedaan. Zij zag veel collega’s met praktische vragen. ‘Bijvoorbeeld of een handengel met alcohol wel voldoende ontsmet. Die mensen kon ik geruststellen, want dat doet het.’

Bij de stand Medische techniek liet medisch instrumentatie technicus Marcel van Asperen het belang zien van het testen en registreren van medische apparatuur. ‘Er stond een infuuspomp die wel een ce-keur had vanuit de fabrikant, maar geen iec-keur voor de veiligheid. Dat wil zeggen dat die pomp goed werkt, maar het zegt niets over de veiligheid. De pomp kan bijvoorbeeld een lichte lekstroom hebben. Het gevolg is dat degene die de pomp bedient een elektrische schok kan krijgen en dat de pomp verkeerde waardes aangeeft. Dat kan niet en daarom moeten we alle pompen in het ziekenhuis geregeld testen op hun veiligheid.’

Er waren ook externe partijen aanwezig op de veiligheidsmarkt, zoals MediRisk en leveranciers van het elektronisch patiëntendossier en het incident managementsysteem. De veiligheidsmarkt is onderdeel van het grotere verbetertraject van het Sint Andreas Lucas Ziekenhuis “Beter, Veiliger, Vriendelijker”. Het ziekenhuis heeft hierover een speciale website in het leven geroepen: www.slaz.nl/smartsite.dws?id=24032.

Gastvrijheids-zorg Award voor Lievensberg

Het Lievensberg Ziekenhuis in Bergen op Zoom heeft de Gastvrijheidszorg Award 2009 voor ziekenhuizen gewonnen. In totaal namen 23 ziekenhuizen deel aan Gastvrijheidszorg met Sterren, een beoordelingsysteem waarbij inspecteurs de kwaliteit beoordelen van het eten en drinken, de ambiance en de service en gastvrijheid in de deelnemende huizen. Het oordeel van cliënten heeft in de beoordeling zwaar meegewogen. Alle sterrenhuizen zijn vermeld in de Sterrengids Gastvrijheidszorg 2009, een soort Michelingids voor gastvrije zorg. U kunt deze bestellen via www.gastvrijheidszorg.nl

Geen verbod fusie ziekenhuis en zorgverzekeraar

Er hoeft geen wettelijk verbod te komen op fusies tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg komen niet in het geding door fusies. Dat blijkt uit het onderzoek van de commissie verticale integratie. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogen in Nederland samengaan ('verticaal integreren'), zolang de kwaliteit, toegankelijkheid en concurrentieverhoudingen niet worden aangetast. Hierop wordt onder andere toezicht gehouden door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij toetsen de fusieplannen en besluiten of een fusie wel of niet plaatsvindt. Een verbod op samengaan is volgens de commissie geen oplossing voor de problemen die spelen op de zorgmarkt. Daarnaast is het wettelijk niet haalbaar om een verbod in te stellen, omdat een verbod in strijd is met het Europees recht en zelfs makkelijk te omzeilen is.

Als het misgaat... vertel en herstel!

'Als het misgaat' is een praktische handreiking voor zorgverleners en organisaties die te maken krijgen met een (bijna)incident. Hoe ga je om met een patiënt en zijn familie, wat vertel je en wanneer, zijn vragen die zorgverleners zichzelf stellen als zij plotseling betrokken zijn bij een ongewenste medische gebeurtenis. Uitgangspunt is dat zorgverleners slachtoffers en nabestaanden open en eerlijk informeren over wat is misgegaan (vertel) en dat ze ook direct adequate acties ondernemen en zonodig behandelingen regelen (herstel). Het bespreekbaar maken van slechte uitkomsten vereist goede communicatieve vaardigheden waarbij hulpverleners zich kwetsbaar op moeten stellen. In 'Als het mis gaat' worden daarvoor handvatten geboden. Het Centrum Patientveiligheid Isala presenteert het boekje op 30 juni, samen met de première van 'Durf 3'. Het Centrum organiseert eind 2009 een praktische cursus voor medisch specialisten en leidinggevenden over het onderwerp. 'Als het misgaat' is voor € 4,95 te bestellen via www.centrumpatientveiligheid.nl. Daar vindt u ook meer informatie over 'Durf 3' en de cursus.

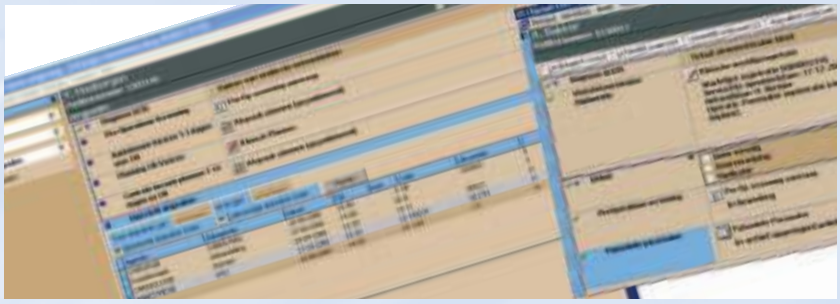
Oogziekenhuis wint IGZ ZorgVeiligPrijs

Het Oogziekenhuis in Rotterdam heeft met het initiatief Team Resource Management de IGZ ZorgVeiligPrijs gewonnen. Deze prijs gaat naar het beste initiatief op het gebied van patiënt- en cliëntveiligheid in de Nederlandse zorg. Het Oogziekenhuis traint sinds 2008 alle operatieteams in team resource management. Hierbij worden de betrokkenen door luchtvaartdeskundigen getraind in het herkennen en erkennen van risico's, de rol van de hiërarchie en het werken in teams. De training is opgebouwd uit vier elementen, waaronder een flight simulator sessie. Team Resource Management bevordert het bewustzijn rondom patiëntveiligheid. Het Oogziekenhuis krijgt de prijs omdat het veiligheid hoog in het vaandel heeft staan en een nieuwe weg heeft gevonden om 'best practice' onder de aandacht van medewerkers te brengen door van buiten de sector te leren.

KORTE BERICHTEN

Sterftecijfers ziekenhuizen openbaar

Een groep deskundigen, waarin veldpartijen zijn vertegenwoordigd, heeft als ambitie gesteld dat alle ziekenhuizen vanaf 2010 hun sterftecijfers openbaar maken. Ziekenhuizen moeten dan werken met de HSMR *(hospital standardized mortality rate)*, een methode die het werkelijke sterftecijfer van een ziekenhuis vergelijkt met het sterftecijfer dat verwacht zou mogen worden gezien de patiëntenpopulatie. Dit wordt dan een van de belangrijkste indicatoren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het toezicht op veiligheid. De meningen over de betrouwbaarheid van de registratie van dit soort cijfers lopen echter uiteen. De bestaande gegevens zijn niet geschikt om ziekenhuizen te kunnen vergelijken als het gaat om bijvoorbeeld patiëntveiligheid en het overlijden van patiënten. Er zijn allerlei factoren die de cijfers beïnvloeden. Bovendien is de context van de waarde van die cijfers en hoe die te interpreteren is, vaak moeilijk uit te leggen.



Meer schadeclaims door EPD

Met de invoering van het EPD nemen de aansprakelijkheidsrisico's voor artsen toe, aldus twee advocaten in een artikel in Medisch Contact (28 mei 2009). De extra risico's bestaan vooral uit incidentele gezondheidsschade door onjuiste of ontbrekende gegevens en privacyschade bij een beveiligingslek in het EPD. Het landelijk EPD gaat verder dan louter digitalisering van het medisch dossier en hulpverleners moeten meer gebruikmaken van andere partijen, bijvoorbeeld ICT-bedrijven en andere hulpverleners. Bovendien brengt het landelijke EPD veranderingen met zich mee in de werkwijze van hulpverleners en moeten zij met het EPD veelal meer handelingen verrichten. Hoe meer informatie moet worden verstrekt, des te groter het risico op fouten en vergissingen. Door tijdsdruk zal informatie mogelijk beknopt worden geformuleerd en dat kan gemakkelijk tot misverstanden leiden. Daarnaast kunnen artsen verschillend denken over de noodzaak om bepaalde informatie in te voeren, omdat er (nog) geen uniforme taal voor handen is, aldus de advocaten in het artikel. Volgens de minister vallen die risico's wel mee. Ook MediRisk ziet dat veel van de genoemde risico's niet anders zijn dan de risico's bij de huidige schriftelijke dossiervoering. Denk aan het risico op onvolledigheid en/of verkeerde interpretatie van gegevens en onvoldoende waarborgen van de privacy (zie ook MediRisk brochure 'dossiervoering'). Maar er zitten ook nieuwe risico's aan vast, bijvoorbeeld als de automatisering wegvalt en belangrijke patiëntengegevens niet beschikbaar zijn op het moment dat dat nodig is.

MediRisk zoekt een

ervaren verpleegkundige

die met een 'preventiebril' naar de risico's in de zorg kijkt en deze samen met de aangesloten zorginstellingen weet aan te pakken. Nieuwsgierig? Kijk voor meer informatie op www.medirisk.nl.

MC Communicatieprijs 2009-2010

Medisch Contact en de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP) loven 19 januari 2010 voor de derde maal een prijs uit aan het beste initiatief ter verbetering van de communicatie met en voorlichting aan patiënten.
U kunt tot september een persoon, project of initiatief nomineren door een korte beschrijving van het project te sturen aan communicatieprijs@medischcontact.nl. Een jury zal in september uit alle gegadigden de beste vijf projecten selecteren waarop men vervolgens via de website van Medisch Contact kan stemmen. De tweejaarlijkse prijs bestaat uit een fraai kunstwerk, een geldbedrag van € 2000 én media-aandacht. Kijk voor meer informatie op www.medischcontact.nl.

Monitor Ziekenhuiszorg 2009

Uit de monitor Ziekenhuiszorg 2009 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat er de afgelopen drie jaren steeds meer aandacht was voor kwaliteit tijdens onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Zorgverzekeraars vragen bijvoorbeeld steeds vaker kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen op. Daarnaast proberen ze de concurrentie te verhogen door instellingen met elkaar te vergelijken. De prijs van ziekenhuiszorg bestaat uit een vast deel (A-segment) en een vrij deel (B-segment). Uit de monitor blijkt dat de prijsstijgingen in het vrije segment over het algemeen lager waren dan in het vaste segment. Ook de behandelduur is afgenomen: steeds meer patiënten kunnen nog dezelfde dag naar huis. Kijk voor meer informatie op www.nza.nl.

Wim de Bie, oud-bestuursvoorzitter Sint Maartenskliniek:

‘Er zijn genoeg waakhonden voor goede en veilige zorg’

Wim de Bie nam recent afscheid als voorzitter van de Raad van Bestuur van de Nijmeegse Sint Maartenskliniek. Gelet op de ondernemende manier waarmee hij zijn ziekenhuis heeft klaargestoomd voor een sterke positie in de zorgmarkt, een goed moment om hem te vragen hoe hij tegen de toekomst van de zorg aankijkt.

Door Frank van Wijck

Wat is het belangrijkste dat u als bestuurder van de Sint Maartenskliniek hebt geleerd over ondernemen in de zorg?
‘Door de experimentstatus voor DBC-financiering in 2004 nam in de Maartenskliniek de aandacht voor patiëntgerichtheid en daarmee voor kwaliteit en veiligheid snel toe. We mochten, maar wilden ook aantonen dat het zonder al die overheidsregels mogelijk was kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren tegen lagere prijzen. En dat is gelukt. Onze prijzen zijn integraal met 5 procent verlaagd zonder dat de patiënten en de Maartenskliniek daar slechter van zijn geworden. Dat werd mogelijk door meer bedrijfsmatig te gaan werken: meer patiënten helpen voor hetzelfde geld met behoud van kwaliteit. En professionals de ruimte geven om nieuwe producten te ontwikkelen.’

Kan het nodig of nuttig zijn dat een zorginstelling vreemd kapitaal aantrekt?
‘Het blijkt voor instellingen moeilijk om geld uit de markt te trekken. Je hoort dan snel roepen dat dit met de kredietcrisis te maken heeft, maar ik denk niet dat dit zo is. Het heeft vooral te maken met een gebrek aan bedrijfsmatige aansturing van die instellingen en met hun slechte eigen vermogenspositie. Als banken dan niet over de brug komen, gaan instellingen naar andere, creatieve manieren zoeken om toch aan geld te komen. Dat is een goede ontwikkeling, want het stimuleert de marktwerking.’

Is de financiële steun die de overheid nu aanbiedt een goed alternatief?
‘Ik vraag me af waar dat geld terechtkomt. Ik ben bang dat het vooral naar de ziekenhuizen zal gaan die er zó slecht voorstaan dat ze geen aanspraak kunnen maken op het Waarborgfonds. En niet naar de ziekenhuizen die een goed businessplan hebben en geld zoeken voor de uitwerking daarvan. Komt die overheidssteun er niet, dan gaan misschien een paar ziekenhuizen failliet. Ik weet niet of je dat moet willen, maar in principe moet de markt zijn werk kunnen doen en moet de overheid geen slechte plannen gaan financieren.’

> **‘Er zijn in Nederland zoveel instanties die de kwaliteit en daarmee de veiligheid van zorg bewaken. Daar zouden banken nog wat van kunnen leren’**

Dus moeten private investeerders worden toegelaten. Opent dit ook de deur voor winstuitkering?
‘Je ontkomt er niet aan. De komende jaren zijn flinke investeringen nodig in de zorg. De vraag zal exploderen en er is niet genoeg personeel om aan die vraag te voldoen. Om het solidariteitsprincipe overeind te houden, zullen we dus een enorme efficiencyslag moeten maken. Als je dan de slechte eigen vermogenspositie van de meeste instellingen in ogenschouw neemt, is het aantrekken van vreemd kapitaal onontkoombaar. Ook tegen winstuitkering heb ik niets, al heb ik als bestuurder van de Maartenskliniek altijd gezegd dat wij het liever op eigen kracht willen doen. Maar dit neemt niet weg dat vreemd kapitaal aantrekken voordelen kan hebben. Je haalt er externe zeggenschap en bestuurlijke betrokkenheid mee binnen die zijn gebaseerd op bedrijfsmatig werken en een hogere efficiency. En het helpt je als organisatie om de focus te leggen op kwaliteit, wat een goed fundament biedt voor de langere termijn.’

Maar bent u niet bang dat winstuitkering ten koste zal gaan van de patiëntveiligheid?
‘Nee. Er zijn in Nederland zoveel instanties die de kwaliteit en daarmee de veiligheid van zorg bewaken, daar zouden banken nog wat van kunnen leren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse ZorgAutoriteit, organisaties als MediRisk, de politiek. Bovendien zie je de rol van patiëntenorganisaties toenemen. En de patiënt zelf wordt ook steeds assertiever. Daar komen de effecten van de marktwerking nog eens bij, zoals concurrentie en prijzen. Kijk naar andere markten, de beste producten hebben bestaansrecht. Zo zou het ook in de zorg moeten werken.’

Hoe komt het dan dat deze angst zo breed leeft?
‘Koudwatervrees, denk ik. Net als de discussie over de toetreding van zorgverzekeraars als kapitaalverstrekker. Onder bepaalde voor-

Foto: Sint Maartenskliniek

Wie is Wim de Bie?

Wim de Bie (57) studeerde bedrijfseconomie in Tilburg. Hij werkte een aantal jaren in beleidsmatige en bestuurlijke functies in Den Haag, onder andere bij het ministerie van Volksgezondheid. In 1982 maakte hij de overstap naar de Sint Maartenskliniek in Nijmegen. Hier vervulde hij 27 jaar een directiefunctie, waarvan 22 jaar als voorzitter van de Raad van Bestuur. In die periode was hij ook op landelijk niveau bestuurlijk actief, onder andere als bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) , voorzitter van de commissie sturing en financiering van die vereniging, vice-voorzitter van de Vereniging van Revalidatiecentra en delegatieleider van de NVZ bij het voormalig College Tarieven Gezondheidszorg (nu de Nederlandse Zorgautoriteit). Op 1 december 2008 legde hij zijn bestuursfunctie bij de Sint Maartenskliniek neer. Sindsdien adviseert hij zorginstellingen.

waarden hoeft dat toch geen probleem te zijn? Zo'n verzekeraar moet een minderheidsaandeel krijgen zodat de bestuurlijke invloed vanuit de organisatie gewaarborgd blijft. Ook moet de vrije keus van de patiënt overeind blijven. Als daaraan wordt voldaan, zie ik geen probleem. Je hoort altijd dat zorgverzekeraars geen oog hebben voor kwaliteit, maar ik heb hele andere ervaringen. In de inkooponderhandelingen bestaat wel degelijk ruimte voor kwaliteit en daarvoor ontwikkelen ze ook stuurmechanismen. Daarbij vind ik ook de hardere sturing in de vorm van selectieve zorginkoop aanvaardbaar. Als een zorgverzekeraar concludeert dat een aanbieder voor een ingreep niet aan de kwaliteitseisen voldoet, vind ik het logisch dat hij zijn verzekerden daar niet heen wil sturen en dat hij dus die aanbieder niet meer contracteert voor die ingreep.'

Hoe denkt u dat de driehoek zorgverzekeraar, zorgaanbieder en zorgconsument zich zal ontwikkelen?

'Ze moeten elkaar opzoeken, omdat ze elkaar kunnen stimuleren. De rol van de patiënt is nog onderbelicht, maar hierin worden wel grote stappen gezet. Daarom is het goed dat de mening van de patiënt en het voorkomen van medische missers in de media zoveel aandacht krijgen. Het houdt de zorgaanbieders scherp en vergroot de assertiviteit van de burger. Ik ben ook blij met de ontwikkeling van websites die kwaliteitsvergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk maken. De Maartenskliniek neemt hier een koploperpositie in, door heel gerichte, aandoeninggerelateerde informatie te bieden en door per aandoening de infectiepercentages te vermelden. Dit is nog niet gangbaar, maar dat wordt het vanzelf wel. En het zal invloed gaan krijgen op de keuze van de patiënt. Verder is de Maartenskliniek kwaliteitsgaranties voor ingrepen gaan geven aan de zorgverzekeraars. Die zorgverzekeraars adverteren daarmee en adviseren hun cliënten voor die ingrepen naar ons ziekenhuis te komen. Nog mooier – en op dit moment in voorbereiding – is de ontwikkeling een deel van de site van het ziekenhuis te openen voor het weergeven van de kwaliteitsbeleving van de patiënt, mogelijk zelfs op individueel specialistenniveau. Specialisten kunnen daar bang voor zijn, maar als het gangbaar wordt en je doet niet mee, dan vertrouwt de patiënt je niet meer. In deze ontwikkeling moeten de patiëntenorganisaties een rol spelen. En de overheid moet de patiëntenrechten een duidelijke plaats geven. Ik verbaas me erover dat dit politiek geen item is.'

Dit artikel verscheen eerder in Zorgmarkt.

Risicoprofiel brengt verborgen risico's boven water

MediRisk stelde risicoprofielen op voor twintig geselecteerde ziekenhuizen. Dit profiel maakt in één oogopslag duidelijk op welke risicogebieden een ziekenhuis positief of negatief scoort ten opzichte van de referentiegroep. Alysis Zorggroep en het Deventer Ziekenhuis gingen met hun risicoprofiel aan de slag en zijn enthousiast: 'Wat voorheen losstaande gegevens leken, is nu omgevormd tot een overzichtelijke en volledige trendanalyse waar we wat mee kunnen.'

Door Annemiek Manuel

Al lange tijd toonde Gert de Bey, lid van de Raad van Bestuur van Alysis Zorggroep, zich een groot voorstander van een overzicht dat inzicht biedt in trends die zich in claims voordoen. 'In combinatie met gegevens uit onze eigen systemen biedt een dergelijke trendanalyse belangrijke handvatten om problemen zichtbaar te maken, bespreekbaar te maken en aan te pakken. Het is bovendien een onmisbare bouwsteen om risico's in een organisatie beheersbaar te maken.' Ook Tineke Hirschler, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Deventer Ziekenhuis, had behoefte aan dergelijke informatie. 'Aan alleen een opsomming van claims heb je niet veel. Wat je nodig hebt, is een rode draad. Als je kunt constateren dat op een afdeling of bij een vakgroep een probleem regelmatig terugkeert, kun je gericht werken aan verbeteringen. Natuurlijk bieden de vangnetten van de SEH- en OK-projecten daartoe een belangrijke basis, maar de risico's in een ziekenhuis liggen veel breder dan alleen die vanuit de claims naar boven komen. Die bevinden zich ook op gebieden als verpleging en verzorging, bejegening, wachttijden, medicatie, registratie van persoonsgegevens, noem maar op. Door een analyse van incidenten, complicaties, klachten en claims krijg je meer vat op deze risico's.'

Herkenbaar

Voor twintig ziekenhuizen bracht MediRisk de meest kritische risicogebieden in kaart en stelde voor elk van de ziekenhuizen een risicoprofiel op. 'Dit profiel bevat schadegegevens gespecificeerd naar afdeling, specialisme en soorten incidenten,' zegt Alice Hamersma, beleidsmedewerker van MediRisk. Bovendien maakt het duidelijk hoe een ziekenhuis hierop scoort ten opzichte van andere vergelijkbare ziekenhuizen. Het risicoprofiel heeft vooral een signaalfunctie. Er wordt geen waardeoordeel gegeven in termen van goed of fout, maar alleen globale signalen waarvoor het ziekenhuis samen met MediRisk een verklaring zoekt. Binnen twee jaar gaan de ziekenhuizen aan de hand van de gegevens en met ondersteuning van MediRisk gericht de belangrijkste risicogebieden aanpakken.' De vraag is in hoeverre de ziekenhuizen zich herkenden in het profiel en belangrijker nog: kunnen ze er iets mee? Hirschler: 'Het Deventer Ziekenhuis scoorde op het gebied van chirurgie beter dan gemiddeld, maar bij enkele andere spe-

cialismen en afdelingen minder. Die gegevens verrasten ons niet, zij sloten aan op gegevens uit onze eigen registratiesystemen. Het zou ernstig zijn als dat niet het geval was, dan heb je onvoldoende zicht op wat er in je eigen organisatie speelt. Wel moeten bepaalde gegevens die MediRisk aandroeg in de juiste context worden geplaatst. Wat zegt het bijvoorbeeld als er ten opzichte van de referentiegroep relatief veel claims betrekking hebben op arts-assistenten? In sommige ziekenhuizen worden incidenten op naam van de arts-assistent geregistreerd, in andere ziekenhuizen op naam van de hoofdbehandelaar of supervisor. Dat maakt vergelijken moeilijk.'

'Maar waar het om gaat,' vervolgt Hirschler, 'is dat de combinatie van de trendanalyse met onze eigen gegevens ons heeft geholpen om de oorzaken van incidenten te herleiden. Samen met de voorzitter van de medische staf ben ik in gesprek gegaan met de betreffende afdelingen om te zien waar de oorzaken konden liggen en welke oplossingen er mogelijk waren. Dat is niet nieuw, ik voer deze gesprekken vaker, maar dit keer konden we het gesprek specifiek richten op claims, incidenten, complicaties en hun oorzaken. De cultuur in onze organisatie is gelukkig heel open. Dat maakt dat je gezamenlijk de gang van zaken met een kritische blik kunt analyseren. Dat is enorm belangrijk.'

Afstemming en integratie

Hoofd kwaliteitszorg Gerard Gerritsen licht toe hoe Alysis Zorggroep aan de slag ging met het profiel. 'We hebben MediRisk gevraagd om de claimgegevens af te stemmen op de indeling van gegevens in onze eigen systemen voor VIM, klachtenregistratie en complicatieregistratie. Dit maakte integratie mogelijk waardoor wij onze retrospectieve incidentenanalyses kunnen verbeteren, één

van de pijlers van het integraal risicomanagement waar wij sinds 2006 aan werken [zie kader]. Daarnaast hebben we met de gegevens van MediRisk gericht actie ondernomen. Twee afdelingen scoorden onder de referentiegroep, daar zijn we mee in gesprek gegaan. Bij één van de afdelingen boden alleen de cijfers van MediRisk onvoldoende basis voor het achterhalen van de oorzaken en is nader onderzoek noodzakelijk. Aan de hand van aanvullende analyses hopen we te kunnen vaststellen of en waar verbeteringen nodig zijn. Daar zijn we nu druk mee bezig. Bij de tweede afdeling waren de oorzaken duidelijk herleidbaar. We hebben daarop verschillende maatregelen genomen, zoals het aanpassen van bepaalde protocollen.'

Snellere behandeling

Net als bij Alysis wordt ook in Deventer gericht gewerkt aan het aanpakken van de oorzaken van claims. 'Bij één afdeling was het aantal en de aard van de claims te klein en te divers om er iets mee te kunnen doen. Bij een tweede afdeling was de oorzaak van de claims te herleiden naar een apparaat dat inmiddels was vervangen,' aldus Hirschler. 'Bij de twee andere afdelingen liepen al projecten waarmee het grootste deel van de oorzaken werden aangepakt. We hoefden daar alleen aanvullende acties te ondernemen. Zo zijn op initiatief van de specialisten vier SEH-artsen aangesteld op de Spoedpost, die met elkaar een nieuwe vakgroep vormen. Dit werkt goed. Bij acute of urgente zorg is nu altijd een specialist ter plekke. De ervaring leert inmiddels dat patiënten sneller worden behandeld en er minder aanvragen voor aanvullende diagnostiek zijn.'
Daarnaast is gekozen voor een tweedelijns verloskundige die continu in het ziekenhuis aanwezig is, zodat de begeleiding tijdens bevallingen verbetert. 'En hoewel chirurgie in het profiel beter scoort dan gemiddeld, gaan we toch kijken hoe we het aantal claims omlaag kunnen brengen.'

Ondersteuning

Stap voor stap gaan het Deventer Ziekenhuis en Alysis Zorggroep verder op de ingeslagen weg om patiëntveiligheid en risicomanagement te verbeteren. En hoewel de risicoprofielen niet altijd nieuwe inzichten opleveren, hebben ze zonder meer een toegevoegde waarde. Volstaat de ondersteuning die MediRisk hierbij biedt, of is meer ondersteuning wenselijk? Gerritsen is blij met de afstemming van de gegevens van MediRisk op die van Alysis. 'We hebben daarnaast gevraagd of MediRisk haar expertise op het gebied van audits via trainingen zou kunnen overdragen op onze medewerkers die de interne audits verzorgen.' Hirschler: 'Het is een goede zaak dat MediRisk de weg inslaat om van losstaande gegevens daadwerkelijk bruikbare informatie voor de ziekenhuizen te maken. Hier kunnen we echt wat mee.'

Wat kan u zelf doen?

MediRisk heeft twintig lidinstellingen geselecteerd die een intensieve begeleiding krijgen en waarvoor een gedetailleerd risicoprofiel is opgesteld. Dit neemt niet weg dat de andere ziekenhuizen de schadecijfers nader kunnen analyseren en kunnen combineren met andere gegevens, zoals klachten, complicaties en VIM/MIP-meldingen. Zelf, maar soms ook met ondersteuning van MediRisk. Bijvoorbeeld voor aanvullend dossieronderzoek, reconstructie van een claim of een presentatie. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de contactpersoon preventie van uw ziekenhuis.

Integraal risicomanagement bij Alysis

Die integrale risicoaanpak berust op drie pijlers. De claims van MediRisk maakt deel uit van de eerste pijler: de retrospectieve incidentenanalyse en de daaraan gerelateerde gerichte aanpak van claims, incidenten, klachten en complicaties. Een tweede pijler is de prospectieve risico-inventarisatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van risicoanalyse op ziekenhuisniveau en op afdelingsniveau volgens de HFMEA-methode (*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*). Deze methode analyseert een behandelproces stap voor stap op mogelijke fouten en de oorzaken daarvan. Daar waar het risico onacceptabel is, volgen maatregelen zoals gerichte trainingen. Het benutten van best practices vormt de derde en laatste pijler.
Alysis heeft zelf ook landelijke best practices in huis. Het spoedinterventie team dat bij acute situaties binnen enkele minuten kan handelen is daar een voorbeeld van (zie ook Alert, september 2008). Een ander voorbeeld is het gebruik van contrast nefropathie: door een strak multidisciplinair protocol bij het maken van röntgenfoto's waarbij contrastvloeistof wordt gebruikt, is de kans op ernstige nierschade vrijwel uitgesloten. Organisatiebrede cultuurmetingen en cultuurverbeteringen rusten op én versterken de resultaten van de drie pijlers. In dat kader zijn met behulp van COMPaZ (een internationaal gevalideerd/erkend instrument voor het meten van de patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen) in 2007 en 2008 op alle zorgafdelingen een nul- en één-meting uitgevoerd. De totaalgegevens van alle activiteiten wordt bijeengebracht in het management informatiesysteem, dat Alysis in staat stelt het beleid waar nodig aan te passen en de risico's in de organisatie te sturen.

Gert de Bey: 'Alles bij elkaar is het een flinke klus. Maar we zijn nu twee jaar onderweg en ik zie vertrouwen en gewenning. Het is een onlosmakelijk deel van ons dagelijks werk. Een ziekenhuis is een groot bedrijf met veel verschillende risico's. Het structureel beheren en beheersbaar maken daarvan is essentieel en stelt je in staat prioriteiten te stellen. Gelukkig verdwijnen er steeds meer risico's van de lijst. Maar er komen ook nieuwe bij, zoals potentiële risico's met betrekking tot het elektronisch patiëntendossier. Iemand kan bijvoorbeeld gegevens invoeren in het verkeerde dossier. Of iemand kan gegevens onjuist invoeren omdat hij of zij onvoldoende is geschoold in het gebruik van het EPD. Dat moet je absoluut voorkomen.
Kortom: integraal risicomanagement is en blijft een dynamisch geheel waar we continu aandacht aan moeten besteden.'

NIEUW OP MEDIRISK.NL

Kennisbank
Schadepreventie

Voor het uitwisselen van slimme, innovatieve en bruikbare voorbeelden

Op zoek naar een procedure om de medicatieveiligheid op uw afdeling te verbeteren? Tips nodig om een interne audit op te zetten? Wilt u weten hoe anderen de onderlinge communicatie in hun organisatie hebben verbeterd? Of heeft u zelf een werkwijze gevonden om verwisselingsfouten te voorkomen of het veiligheidssysteem te verbeteren?

MediRisk biedt vanaf juli haar leden de mogelijkheid om hun praktijkvoorbeelden te presenteren en te delen in de digitale Kennisbank Schadepreventie. Een waardevolle database waarin bij MediRisk aangesloten zorginstellingen slimme, innovatieve en vooral bruikbare voorbeelden op het gebied van schadepreventie kunnen uitwisselen. Zoals voorbeelden van de invoering van de OK-vangnetten rondom verwisselingen, positioneren, achterblijven van materialen, medicatieveiligheid, apparatuur en materiaal en gemiste fracturen. Maar ook instrumenten, protocollen, werkwijzen, procedures, tips en trics rondom dossiervoering, informed consent, veiligheidssystemen en andere voor u relevante thema's. Zodat u mogelijk niet zelf het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.

Nieuwsgierig?
Ga naar www.medirisk.nl/kennisbank

Op elke plek een check!

MediRisk organiseerde een symposium over ervaringen met de OK-vangnetten

"Op elke plek een check!" heette het symposium waarmee MediRisk op 16 juni jl. de tussenstand van het OK-project presenteerde. Meer dan honderd OK-managers kregen handvatten aangereikt voor het voeren van interne audits, het verbeteren van de medicatieveiligheid, het tellen en wegen van materialen en het veranderen van de cultuur. Een impressie. Door Mare Bergsma, MediRisk

'Iedereen aanwezig? Ja? Check. Geen gevaarlijke zaken onder de stoel? Mooi, ook gecheckt.' Frits van den Wildenberg, chirurg in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, nam zijn taak als middagvoorzitter van het symposium uitermate serieus. Het OK-project van MediRisk is de laatste fase ingegaan en de ziekenhuizen zijn via actieplannen aan de slag gegaan met het invoeren van de vangnetten. Met succes: negen ziekenhuizen hebben alle vangnetten inmiddels ingevoerd en in de andere lidinstellingen zijn volop procedures en formulieren ontwikkeld. Toch zijn er nog steeds aandachtspunten, zo bleek tijdens het symposium. Met name het structureel uitvoeren van dubbelchecks, het plegen van onderhoud aan apparatuur en het creëren van inzicht in de controle op naleving van afspraken is nog niet bij iedereen ingeburgerd. Uit de plenaire discussie met het deskundigenpanel (Inspectie, NIAZ, VMS Veiligheidsprogramma, NVLO en een OK-manager) kwam naar voren dat het voor de ziekenhuizen niet altijd gemakkelijk is om te voldoen aan alle eisen en regels die deze partijen stellen. De Inspectie let bijvoorbeeld op kledingreglementen en de luchtbehandeling, terwijl MediRisk hier geen focus op legt omdat er relatief weinig claims worden gemeld. Duidelijk werd dat de instanties hun eisen beter op elkaar kunnen en moeten afstemmen en dat ziekenhuizen op korte termijn meer initiatief en verantwoordelijkheid moeten nemen. Samenwerking en cultuurverandering speelt daarbij een sleutelrol.

Diverse workshops

Tijdens het symposium werden vier workshops georganiseerd waarbij de deelnemers handvatten kregen aangereikt voor het implementeren van de OK-vangnetten. Henri de Wit, projectleider Veiligheid in het Sint Anna Ziekenhuis in Geldrop, volgde de Workshop Interne Audit. 'Ik heb veel zinvolle tips gekregen. Bijvoorbeeld om interne audits altijd zo breed mogelijk op te zetten. Met mensen van binnen de organisatie, maar ook van daarbuiten. Vreemde ogen dwingen immers. Ook moet je auditrapporten begrijpelijk houden. Je moet concreet zijn, de taal van je medewerkers spreken. Geef aan hoeveel medewerkers zich niet aan het kledingreglement of hygiënevoorschift houden en op welke concrete punten ze dat niet doen. Houdt het niet bij algemeenheden en rapporttaal, anders blijven de uitkomsten van een audit alleen iets voor managers. Mensen van de werkvloer bij audits betrekken is daarom cruciaal: ga met ze in gesprek en probeer er achter te komen waarom iemand een afspraak niet naleeft. Is de regel te complex of niet voldoende toepasbaar in de praktijk? Daar ga ik zeker mee aan de slag in ons ziekenhuis.'

Stimulerend: debriefing

Tijdens de Workshop OK-simulatie ontdekte Willem Poldervaart, OK-manager Flevoziekenhuis Almere, de voordelen van debriefing: 'Met behulp van een debriefing en het werken met vaste teams kun je een operatiedag beter evalueren. En dan niet alleen de patiëntenzorg, maar vooral ook hoe je met elkaar samenwerkt en hoe de procedures zijn verlopen. Was iedereen op tijd op de OK? Hoe kon het dat de operatie te lang duurde? Was je ergens onzeker over? Zo'n evaluatie moet kort en krachtig zijn, chirurgen hebben immers vaak weinig tijd om dingen door te spreken. Met een dagelijkse evaluatieve checklist zou je dit mogelijk kunnen maken. Debriefing werkt stimulerend omdat je door zo'n lijst iedere dag weer te gebruiken, je bewust wordt waar verbeterpunten liggen.'

Ei van Columbus?

Anesthesiemedewerker Lisette Berghuijs en OK/Chirurgie-leidinggevende Anneloes ten Brink van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp bezochten allebei een andere workshop. Anneloes: 'De Workshop OK-simulatie leverde nuttige tips op over debriefing. Maar die gaven geen antwoord op mijn vraag hoe je iedereen binnen een team zover krijgt dat ze allemaal de toegevoegde waarde en daarmee het belang inzien van debriefing. Nu

Primeur: landelijke richtlijn achtergebleven materialen

De Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) presenteerde tijdens de workshop over tellen en wegen hun conceptrichtlijn om onbedoeld achterblijven van materialen te voorkomen. De richtlijn is evidence based en zal in oktober 2009 worden gepresenteerd. De MediRisk-vangnetten waren aanzet om de richtlijn te ontplooien. Ook het LVO zag dat er knelpunten zaten in de controle op de compleetheid van het instrumentarium en disposables. Niets doen was geen optie en daarom heeft LVO onderzocht welke risicofactoren van invloed zijn op het onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal. De wetenschappelijke richtlijn zal handvatten en praktische tips bevatten, zoals een landelijke checklist die helpt bij het opstellen of veranderen van protocollen voor het tellen en wegen van operatiemateriaal.

kost het veel extra tijd en energie om vooral specialisten en anesthesiologen te overtuigen.' Lisette: 'Ik wilde graag tips krijgen om de medicatie dubbelcheck in ons ziekenhuis te implementeren. Wat mij opviel is dat niemand het ei van Columbus heeft. Er zou

meer uniformiteit en eenduidigheid moeten zijn tussen de ziekenhuizen.' Anneloes: 'Ik vraag me af of de eisende instanties hun doel wel bereiken als iedere ziekenhuis het anders doet op het gebied van medicatieveiligheid. Lisette: 'Daarom wil ik pleiten voor een algemene, gezamenlijke richtlijn vanuit instanties als NIAZ, IGZ, VMS Veiligheidsprogramma en MediRisk. Zij rekenen ons hier op af. Als deze partijen nauwer samenwerken en in afstemming met de beroepsvereniging met een landelijke richtlijn en handvatten komen, zouden we erg geholpen zijn.'

Onnodig worstelen

Annerieke de Vries (NVLO) gaf de Workshop Tellen en Wegen. 'Als interim-manager OK werk ik in verschillende ziekenhuizen. Wat mij altijd opvalt, is dat ze in het ene ziekenhuis al jaren zeer gedisciplineerd een tel- en weegprocedure uitvoeren, terwijl ze in het andere ziekenhuis worstelen met de vraag hoe ze zoiets moeten aanpakken. Mijn advies is om te focussen op het verbeteren van de cultuur en de mensen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. Of dat nu een specialist of OK-assistent is. Een protocol moet je implementeren, daar valt niet over te discussiëren. Steun vanuit de Raad van Bestuur en de directie is daarbij van groot belang. Ook is het goed om medisch specialisten te betrekken bij een cultuurverandering. Het is dus én én.'

Een kritische maar geslaagde middag

Lilian Knol, riskmanager en projectleider OK-project, was erg tevreden met de opkomst op het symposium en de betrokkenheid bij de OK-vangnetten: 'Wat ons opviel tijdens de discussie is dat iedereen enthousiast en betrokken is, maar vooral lijkt te wijzen naar de andere partij, instantie of de andere beroepsgroep. Hierdoor dreigt een verlammend vacuüm te ontstaan waarin de betrokken partijen moeizaam tot vooruitgang komen. MediRisk laat haar leden zien waar de risico's zitten. De OK-vangnetten bieden ziekenhuizen een houvast bij het afdekken van deze risico's. Het onder de aandacht brengen van het belang van de vangnetten bij de betrokken beroepsbeoefenaren is ook een primaire verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en de beroepsgroepen zelf. De landelijke richtlijn achtergebleven materialen waar de Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten mee komt, is daar een mooi resultaat van. MediRisk ondersteunt van harte dergelijke initiatieven. Daarom maken we ons op landelijk niveau sterk om, via overleg met de specialistenorganisaties en medisch wetenschappelijke en beroepsverenigingen, vermijdbare risico's bespreekbaar te maken.'

Verkeerde knie

Tijdens een knieoperatie komt de orthopedisch chirurg erachter dat hij de verkeerde knie voor zich heeft. Een sluitend protocol ontbreekt, evenals een markering op de te opereren knie. Een reconstructie van de feiten laat zien waar het misging.

Door Nathalia Sloots en Alice hamersma, MediRisk

De casus
Een patiënt bezoekt de orthopedisch chirurg vanwege problemen aan zijn rechterknie. De orthopedisch chirurg denkt aan een mediale meniscuslaesie en adviseert een kijkoperatie. Tijdens de operatie blijkt dat de orthopedisch chirurg de verkeerde knie aan het opereren is. In overleg met de familie van de patiënt wordt peroperatief besloten om tijdens dezelfde ingreep alsnog de juiste knie te opereren. De eerste weken na de operatie is de patiënt nauwelijks mobiel, hij kan immers beide knieën niet gebruiken. De herstelperiode duurt daardoor een stuk langer en levert veel ongemak op. Hij dient daarop een claim in.

De reconstructie
Vlak voor de operatie bespreekt de orthopedisch chirurg met de patiënt aan welke knie de operatie gaat plaatsvinden. Hij markeert de te opereren knie niet. Normaal gesproken positioneert de operateur zelf de patiënt en dekt hem af. Maar in dit geval verlaat hij de operatiekamer nog even omdat de anesthesioloog extra tijd nodig heeft en het erg druk is in de operatiekamer. Tien minuten later meldt de orthopedisch chirurg zich weer. De patiënt is al onder narcose en de instrumenterende heeft de knie ondertussen afgedekt. De orthopedisch chirurg start de operatie. Niet lang daarna vermoedt de anesthesie-assistent dat de orthopedisch chirurg de verkeerde knie opereert. Na controle van de status blijkt dat inderdaad het geval. In overleg met de familie volgt het besluit om alsnog de juiste knie te opereren. De patiënt is dan nog onder narcose. Naderhand blijkt overigens dat de familie liever had gewacht met de heroperatie, zodat de geopereerde knie eerst zou kunnen herstellen.
Waar het in deze casus om draait, is de onduidelijkheid of, en zo ja, welke afspraken er bestaan om verwisselingsfouten te voorkomen. Duidelijk is dat de operateur als enige in het verificatieproces is betrokken en dat hij het te opereren been niet heeft gemarkeerd, terwijl hij dat normaal gesproken wel altijd doet.

Wat kan een ziekenhuis doen?
Direct na de operatie is het incident gemeld in het MIP-systeem en besproken binnen de vakgroep en operatieafdeling. Ook heeft de orthopedisch chirurg het incident uitgebreid besproken met de patiënt en zijn familie. Om vergissingen in de toekomst te voorkomen, is een nieuw protocol opgesteld met aandacht voor de vangnetten van MediRisk. Dit voorziet in meerdere verificatiemomenten door verschillende zorgverleners. In deze casus hadden ook de instrumenterende en anesthesie-assistent een rol in het ontstaan dan wel het voorkomen van het incident. De instrumenterende had de (verkeerde) knie alvast afgedekt. Als er ziekenhuisbrede afspraken over verificatie en markeren waren geweest, was dit wellicht niet gebeurd. Dan was de goede knie gemarkeerd, de verkeerde knie nog niet afgedekt en als laatste check het dossier bekeken en naast het resultaat van de vorige verificatie (de markering) gelegd.
De anesthesie-assistent heeft zijn vermoeden over de verkeerde zijde uitgesproken, maar pas nadat de operateur was gestart met de ingreep. Goed is dat twijfels worden geuit. Maar wellicht waren de alarmbellen eerder gaan rinkelen door een time out-procedure, een gezamenlijk check- en stopmoment door het gehele OK-team.

Afhandeling van de claim
MediRisk erkent aansprakelijkheid voor het opereren van de verkeerde knie. De totale schadevergoeding bedraagt ruim € 1100.

Verwisselingsfouten

MediRisk komt verwisselingsfouten vaker tegen. Sinds de oprichting van MediRisk in 1993 zijn er circa 450 verwisselingen gemeld met een totaal aan betalingen en openstaande reserveringen van iets meer dan €4 miljoen. De afgelopen vijf jaar heeft MediRisk circa 26 claims per jaar ontvangen naar aanleiding van een verwisseling. Een aantal vangnetten uit het OK-project van MediRisk helpt bij het voorkomen van verwisselingsfouten. Zo moet een lokaal protocol beschikbaar zijn ter vermijding van ingrepen aan de verkeerde zijde. In het protocol moet onder andere vastgelegd zijn dat de te opereren zijde (tenminste knieën, vingers en tenen) wordt gemarkeerd met een pijl. Verder moet sprake zijn van meerdere verificatiemomenten door verschillende zorgverleners en dient uitsluitend het dossier als bron bij de verificatie. De operateur is eindverantwoordelijk voor de controle. Toedeling van taken en verantwoordelijkheden kan bijdragen aan een meer herkenbare regiefunctie. Standaardisatie van controles en overdrachten, onder andere met behulp van goede checklists en stopmomenten (time out), helpt daarbij.
Als blijkt dat ondanks de vangnetten toch een verwisselingsfout optreedt, is het zaak om dit goed te communiceren met de patiënt en zijn familie. Kijk ook op www.medirisk.nl.

GESPOT

DAG & NACHT **Wat is het?** Een muziektheatervoorstelling voor ziekenhuizen over de dilemma's rond patiëntveiligheid. De voorstelling is een initiatief van het nationale VMS Veiligheidsprogramma en wordt gespeeld door theatergroep Plezant. **Waar gaat het over?** Een vaatchirurg heeft vlak voor een hoorzitting onverwacht een uur tijd voor bezinning. Zijn noodkreet werpt licht op de flinterdunne scheidslijn tussen dag en nacht. De maatschappij vraagt om perfectie en de werkdruk is 24/7 voelbaar. Een race tegen incidenten lijkt onvermijdbaar. Is de patiëntveilige cultuur een utopie? **Waarom moeten we dit zien?** Dag & Nacht confronteert, inspireert en zet aan tot het gesprek dat nodig is om de ziekenhuiscultuur van binnenuit te veranderen. Vanuit het perspectief van de arts, de verpleegkundige, de patiënt en de maatschappij. De cultuur binnen ziekenhuizen blijkt een kritische succesfactor in het voorkómen van vermijdbare schade. In de zoektocht naar patiëntveiligheid speelt de feitelijke proceskant met protocollen en richtlijnen vaak de hoofdrol en blijft 'de cultuur' onbesproken. Dag & Nacht moet daar met de voorstelling en een verdiepend vervolgprogramma verandering in brengen. **Wat voor een vervolgprogramma?** Na de voorstelling gaan bezoekers met elkaar in gesprek over de essentie van hun werk. Aan de hand van praktische tools reflecteren ze op de impact van de voorstelling en de handvatten die het biedt om de cultuur in het eigen ziekenhuis bespreek- en veranderbaar te maken. **Wat zijn de reacties?** De voorstelling komt binnen en raakt, zo bleek na de première in Amsterdam waar MediRisk aanwezig was. Iemand zei: 'De voorstelling was erg indrukwekkend en zo herkenbaar. Alle aspecten van schuld, boete, wroeging en arrogantie komen aan bod. Ook de angst, de eenzaamheid en het worstelen met eigen vragen.' En: 'Iedere keer als er iets mis gaat, ga je hier doorheen. Alleen. Er is geen vangnet voor de zorgverlener. De angst, het hooghouden en niet delen zit heel diep. We hebben nog een lange weg te gaan.' **Waar is de voorstelling te zien?** Dat kan in uw eigen ziekenhuis. Als u de voorstelling bij het VMS Veiligheidsprogramma reserveert, ontvangt u daarbij gratis promotie- en trainingsmaterialen.

KIJK VOOR MEER INFORMATIE, EEN VIDEO-IMPRESSIE EN EEN AANVRAAGFORMULIER OP WWW.VMSZORG.NL OF BEL (030) 273 94 44