

MediRisk

SEPTEMBER 2010

# Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

VEILIGHEID: GAT TUSSEN  
THEORIE EN PRAKTIJK

INZICHT IN UW ZWAKKE  
PUNTEN IS NIET ENG

GAAN EFFICIËNTIE EN  
VEILIGHEID SAMEN?

## SLIM GEREgeld

Meer verantwoordelijkheid op de werkvloer



## Colofon

Kwartaalmagazine Alert is een uitgave van MediRisk, Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg. MediRisk verzekert het merendeel van de algemene ziekenhuizen in Nederland tegen medische aansprakelijkheid en werkt samen met haar leden gericht aan het terugdringen van risico's in de zorg. Alert wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en het netwerk van MediRisk.

**Redactie** Karin Annaert, Mare Bergsma, Matthijs Buikema, Lotte de Jong  
**Realisatie** [www.zinonline.nl](http://www.zinonline.nl)  
**Technische eindredactie** Franca de Leeuw  
**Vormgeving** Bard87  
**Druk** Schotanus en Jens  
**Oplage** 14.000

**Redactieadres**  
MediRisk, afdeling Communicatie  
Postbus 8409, 3503 RK Utrecht  
[medirisk@vvaa.nl](mailto:medirisk@vvaa.nl)  
[www.medirisk.nl/alert](http://www.medirisk.nl/alert)

**Raad van Commissarissen**  
drs. G.P.M. Huisman (voorzitter), algemeen directeur Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem  
drs. M. Dijkshoorn AAG  
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 Starckenburg RE, voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

**Bestuur**  
mr. E.A. van Gelderen, algemeen directeur  
K. Annaert, directeur operations a.i.

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. Mening en standpunten van auteurs hoeven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer te geven.

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

Coverfoto: U.S. Navy - R. Erdmann

ISSN 1878 - 80 17

## OPROEP

**Wilt u met uw initiatief ook in Alert of op onze digitale kennisbank schadepreventie? Laat het ons weten via [medirisk@vvaa.nl](mailto:medirisk@vvaa.nl).**

## INHOUD

- 9 Inzicht in uw zwakke plekken  
Bedenk zelf de perfecte aanpak
- 12 Slim  
Column Bart Jongbloed, riskmanager MediRisk
- 14 Inter pares  
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen
- 17 Case report  
Gaas vermist
- 18 Zoeken naar balans  
Gaan veiligheid en kwaliteit wel samen?
- 20 Juridische kwestie  
Patiënt wordt verwisseld met dramatische gevolgen
- 22 Claimreconstructie  
Darmperforatie na endoscopisch onderzoek
- 24 Gespot  
Ervaringen patiënten kunnen de boom in

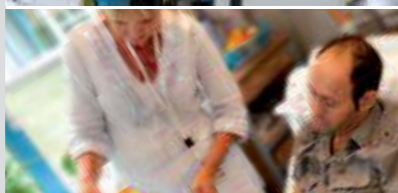


### 'Ik zie een groot gat tussen theorie en praktijk'

Anesthesioloog Jan Klein staat als hoogleraar Veiligheid in de zorg aan de Erasmus Universiteit met één been in de praktijk en met het andere in de theorie van patiëntveiligheid. Dat levert een spagaat op, want tussen theorie en praktijk gaapt volgens hem een groot gat. "Er zijn sancties nodig om de boel in beweging te krijgen." |pag.4|

### Slim geregeld

Nurse practitioners die een Low Care Unit runnen, een veiligheidsbeleid dat door de werkvloer is opgesteld, een meldingssysteem dat transmurale overdrachtsincidenten moet voorkomen en interne audits die de veiligheidsthema's van VMSzorg moeten borgen. Vier praktijkvoorbeelden waarbij risicomangement en patiëntveiligheid op een slimme manier geregeld zijn. |pagina's 8-13-16-21|



**PREVENTIEBLIK** Een IC-verpleegkundige heeft zojuist een beademingsapparaat opgebouwd en stelt deze in op de IC-afdeling van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH). Het is een handeling die je als gespecialiseerde ventilator practitioner kunt dromen. Maar als het hectisch is, kan het misgaan. Dat gebeurde toen een patiënt met spoed aan de beademing moest. De IC-verpleegkundige sloot de bevochtiger verkeerd aan. Sindsdien hangt bij ieder beademingsapparaat een foto aan de muur, waarop te zien is hoe een correct opgebouwde machine eruitziet. In plaats van de handboeken en DKS-protocollen erbij te pakken, wat in noodgevallen kostbare tijd kost, kunnen de ventilation practitioners van MCH voortaan in één oogopslag controleren of ze de boel goed hebben aangesloten. Een simpele oplossing die levens kan redden. Sinds de foto's er hangen, zijn op de IC geen fouten meer voorgekomen bij de opbouw van de beademingsapparatuur.

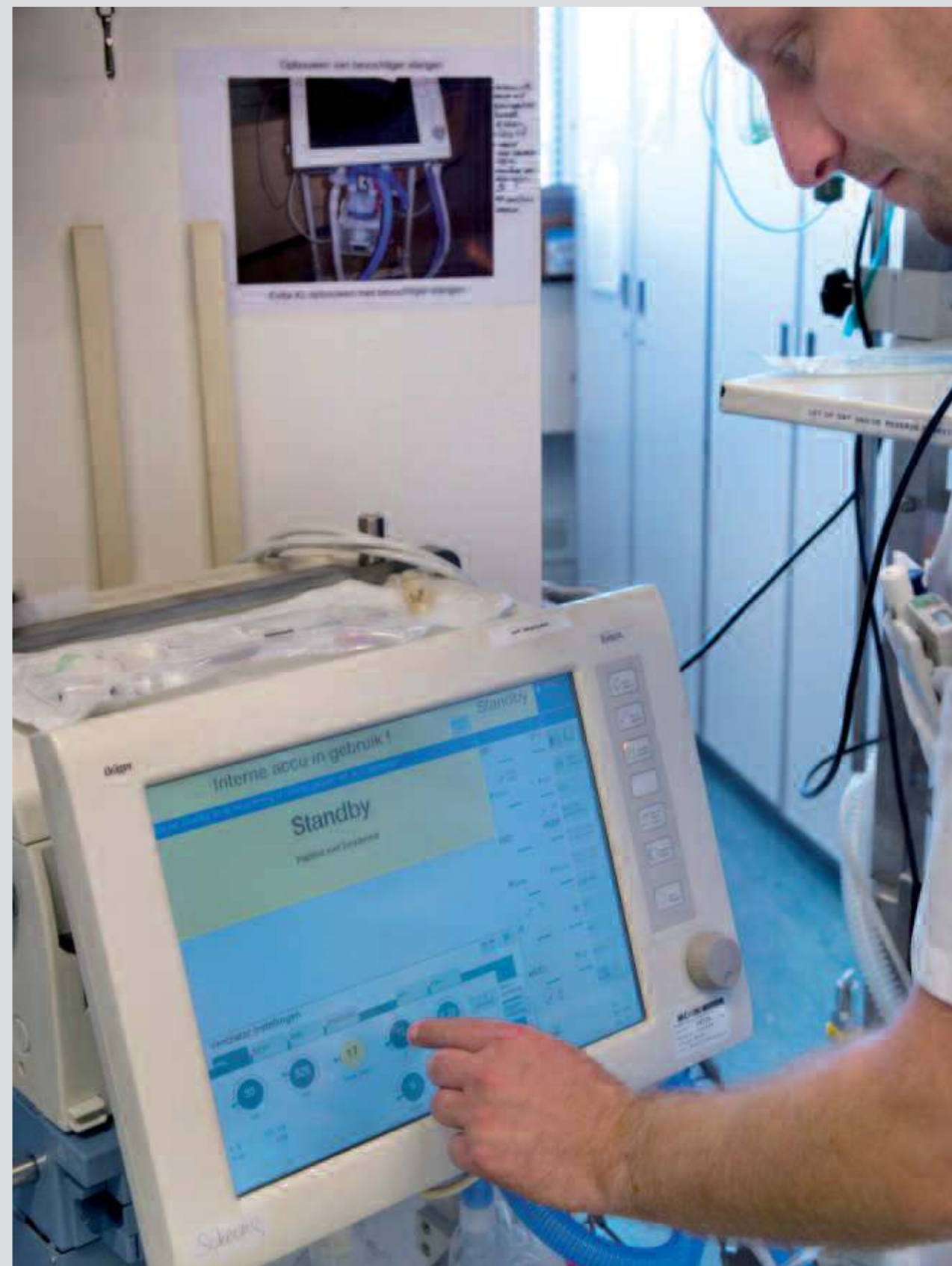


Foto: Sico van Grieken



# Jan Klein

anesthesioloog en hoogleraar  
'Ik zie een groot gat tussen theorie en praktijk'

Anesthesioloog Jan Klein staat als hoogleraar Veiligheid in de zorg aan de Erasmus Universiteit met één been in de praktijk en met het andere in de theorie van patiëntveiligheid. Dat levert een spagaat op, want tussen theorie en praktijk gaapt volgens Klein een groot gat. "Er zijn sancties nodig om de boel in beweging te krijgen." **DOOR MATTHIJS BUIKEMA**

Anesthesioloog Jan Klein heeft het reilen en zeilen op de operatieafdeling de laatste vijftien jaar sterk zien veranderen. "Het is steeds ingewikkelder geworden en de risico's zijn sterk toegenomen", vertelt hij. "Er staat meer technologisch hoogwaardige apparatuur en er zijn meer en complexere operaties gekomen die veel deskundigheid vereisen. Bovendien zijn zorgverleners meer en meer parttime gaan werken, waardoor er meer overdrachtmomenten zijn gekomen. Het is niet voor niets dat een groot deel van de incidenten rond een operatie gebeurt." Twee dagen per week werkt hij in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. De andere dagen van de week is hij hoogleraar Veiligheid in de zorg aan de Erasmus Universiteit, waar hij zich bezighoudt met de theorie rondom patiëntveiligheid. Volgens Klein worden in

het huidige systeem bovenmenselijke prestaties gevraagd van operatiepersoneel. Vooral van artsen die in de OK de beslissingen nemen en de verantwoordelijkheid dragen.

#### WAT VERSTA JE ONDER BOVENMENSELIJKE PRESTATIES?

"De situatie in de Nederlandse OK's doet denken aan de organisatie op een vliegdekschip, vijftig jaar geleden. Het was destijds de piloot die zei wat het personeel op het dek moest doen. Dat ging regelmatig mis, vaak met dramatische gevolgen. Vliegtuigen die zwabberend te pletter vlogen tegen de rand van het dek, te ver doorschoten en in zee tuimelden of tegen de verkeerstoren in brand vlogen. Tegenwoordig gaat het vrijwel nooit meer zo dramatisch mis, terwijl de omstandigheden niet bijster veel veranderd

zijn. Natuurlijk, de techniek is sterk verbeterd, maar ze hebben nog steeds te maken met een start- en landingsbaan, wind, golfslag, oorlogshandelingen, een zeer brandbare lading aan boord en jong en laaggeschoold personeel."

#### HOE HEBBEN ZE DAT VOOR ELKAAR GEKREGEN?

"Het laaggeschoolde personeel op zo'n vliegdekschip wordt buitengewoon hoog getraind. Niet eenmalig, maar voortdurend. Dat moet ook wel, want het personeel heeft ondanks de hiërarchie de bevoegdheid om in te grijpen als er iets mis dreigt te gaan. Als zij merken dat een piloot te nerveus is en de landing om die reden lijkt te mislukken, hoeven ze niet op instructies van bovenaf te wachten. Dat zou te veel tijd kosten. Tegen de tijd dat de toestemming gegeven zou worden, is het vliegtuig al te pletter gevlogen. Ze moeten zelfstandig de instructie aan de piloot geven om door te vliegen en het later opnieuw te proberen. Rondom een operatie zou het personeel met een 'lagere rangorde' ook meer bevoegdheden moeten krijgen. Nu is het nog te veel de arts die alle beslissingen neemt."

#### MEER MACHT AAN DE WERKVLOER?

"De aandacht van de top en het middenkader op een vliegdekschip is gericht op de

**Jan Klein** (1956) heeft als anesthesioloog gepraktiseerd in zowel perifere als in academische ziekenhuizen. Zo is hij hoofd geweest van de subafdeling Thorax Anesthesiologie en hoogleraar-afdelingshoofd-opleider van de afdeling Anesthesiologie van het Erasmus MC. Momenteel is hij werkzaam in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Daarnaast is hij onder andere voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Patiëntveiligheid heeft zijn bijzondere interesse. In dit kader is hij onder andere betrokken geweest bij het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de Thoraxchirurgie in het Radboud Ziekenhuis te Nijmegen. Vorig jaar is Klein benoemd tot bijzonder hoogleraar Veiligheid in de zorg bij het instituut voor Beleid en Management in de zorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.





## ‘VERPLEEGKUNDIGEN WORDEN VEEL TE VEEL BUITEN BESCHOUWING GELATEN, TERWIJL ZIJ JUIST EEN CRUCIALE FACTOR KUNNEN SPELEN OP HET GEBIED VAN PATIËNTVEILIGHEID’

mannen die op het dek staan. Zij houden het schip varende en operationeel en spelen een cruciale rol in het systeem. Zij weten zodoende ook wat de risico's zijn en wat wel en niet werkt om die risico's te verkleinen. Zij zijn degenen die het systeem beter en veiliger kunnen maken en krijgen ook de verantwoordelijkheid en de mogelijkheden om dat te doen. Als iemand op een vliegdekschip een stuk gereedschap kwijt is, zal hij dat meteen melden. Een stuk gereedschap dat zoek is kan nare gevolgen hebben. Vervolgens legt iedereen het werk neer en gaat op zoek. De melder wordt beloond, letterlijk, met applaus. Daarna wordt meteen uitgezocht hoe het kwam dat iemand iets heeft kunnen kwijtraken. Was het onoplettendheid? Klopt het systeem nog wel? Moet er getraind worden of moet er een nieuwe standaard komen? Hoe kan het beter en veiliger? Alle schakels in het systeem worden bij die vragen betrokken, met name de mensen op het dek die direct met de risico's te maken hebben.”

### WAT KUNNEN ZIEKENHUIZEN DAARVAN LEREN?

“In ziekenhuizen wordt de werkvloer – artsen en met name verpleegkundigen – over het algemeen onvoldoende betrokken bij verbeteringen van de organisatie, het opstellen van protocollen en het maken van afspraken. De kans dat die protocollen en afspraken niet aansluiten bij de beleving en de werkwijze van de mensen die ermee moeten werken, is daardoor levensgroot. Die praktijk zie je helaas overal om je heen. Er is de afgelopen jaren een overdosis aan verbeterprojecten uitgestort over de ziekenhuizen. Zorgverleners zien door de bomen het bos niet meer en omdat het allemaal van bovenaf wordt aangestuurd, komen structurele verbeteringen nauwelijks van de grond. De meeste projecten bloeden weer even snel dood. Om in defensietermen te blijven: veiligheid leeft wel, maar het is vooral laden en schieten. Richten is er nog niet bij.”

### DAT KLINT VRIJ SOMBER...

“Er wordt hard geroepen dat er steeds meer wordt gemeld. Dat is ook zo, maar er wordt nog lang niet alles gemeld en besproken. Er

zijn zelfs nog ziekenhuizen die niet eens een veiligheidsbeleid hebben. Laatst hielp ik bij een vaatoperatie die vijf, zes uur duurde. De operateur stond alleen, want zijn collega was met vakantie. Hij vond het wel verantwoord om de operatie in zijn eentje te doen. In een echte veiligheidscultuur is dat domweg not done. Daarnaast geven zorgverleners elkaar amper feedback na een operatie. Zelfs risicobesprekingen vooraf schieten er regelmatig bij in. Standaardisatie is nog ver te zoeken. Postoperatieve pijnbestrijding – om het maar even bij mijn eigen vakgebied te houden – kun je in 80 procent van de gevallen standaardiseren. Crew Resource Management komt hier en daar van de grond, maar in de praktijk wordt er veel te weinig tijd vrijgemaakt voor het trainen van OK-personeel. Ziekenhuizen claimen wel dat ze de time out-procedure uitvoeren, maar het gebeurt vrijwel nooit helemaal goed: of er ontbreekt iemand of mensen werken gewoon door terwijl de checklist wordt doorgenomen.”

### DUS VAN EEN VEILIGHEIDSCULTUUR IS NOG GEEN SPRAKE?

“De ontwikkeling van een veiligheidscultuur wordt ook wel geduid in vijf stadia. In het eerste pathologische stadium is veiligheid niet belangrijk binnen een organisatie. Als er iets gebeurt, hopen ze dat ze niet gepakt worden en gaan ze gewoon door. In het tweede reactieve stadium komen organisaties in beweging op het moment dat er een incident is gebeurd. In het derde berekende stadium werken organisaties vooral aan verbetering van systemen en procedures. In het vierde proactieve stadium zit veiligheid als thema tussen de oren en is er sprake van continue verbetering. De vijfde fase is het vooruitstrevende stadium: wat moet ik of wat moeten wij doen om incidenten te voorkomen? Veiligheid is dan een geïntegreerd onderdeel van de wijze waarop mensen werken, de ideale situatie. We willen in de zorg nog weleens geloven dat we in dit laatste stadium zijn aanbeland. Maar niets is minder waar: in de praktijk zitten we nog in de tweede reactieve fase en daar komen we maar moeilijk uit.”

### HOE KOMT DAT?

“Er wordt vooral ingezet op het veranderen van gedrag en attitude. Maar het is vooral het systeem dat de ontwikkeling in de weg zit. Mooi voorbeeld zijn die hygiëneposters die je in veel ziekenhuizen ziet hangen. Hartstikke goed, het is wetenschappelijk aangetoond dat je allerlei infecties kunt voorkomen door vaker je handen te wassen. Maar laatst zag ik in een ziekenhuis onder die poster een wasbak met een draaikraan hangen: een bron van infecties. Je moedigt dus een gedrag aan dat in de praktijk niet haalbaar is. Zo zijn er legio voorbeelden. Op een uitslaapkamer liggen doorgaans zo veel mensen dat het praktisch onmogelijk is om na iedere patiënt je handen te wassen. Je zou geen vel meer op je handen overhouden.”

### WAT MOET ER ALS EERSTE GEBEUREN?

“De focus van de top moet anders. De Raad van Bestuur moet meer oog krijgen voor het functioneren op de werkvloer. Zij moeten het gesprek aangaan met de werkvloer. Er zijn genoeg verbeterinitiatieven die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Neem de vangnetten van MediRisk. Ga met die best practices in de hand in gesprek met de mensen die ermee moeten werken. Vragen wat er moet gebeuren om die vangnetten aan te laten sluiten bij de beleving en de werkwijze van hun afdeling. Praat niet alleen met de artsen, maar vooral ook met de verpleegkundigen. Die worden naar mijn mening veel te veel buiten beschouwing gelaten. Terwijl zij een cruciale rol kunnen spelen op het gebied van patiëntveiligheid. Zij staan het dichtst bij de patiënt, zijn de ogen en oren van de arts.”

### EN HOE KUN JE DAT ALS TOP BEREIKEN?

“Een goed voorbeeld is het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch. Daar is de top actief het gesprek aangegaan met de werkvloer. Aan de andere kant gaan ze via real time monitoring gegevens verzamelen omtrent overleving en ligduur van bepaalde patiëntencategorieën. Als zaken opvallen, volgt dossieronderzoek en gaan ze opnieuw het gesprek aan met de betrokken medewer-



(Foto: U.S. Navy - Bradley Evans)

Jan Klein: 'Om in defensietermen te blijven: veiligheid leeft wel, maar het is vooral schieten en laden. Richten is er nog niet bij'

kers op de werkvloer. Ze zijn nu ook gestart met duaal leiderschap, waarbij arts en bedrijfsvoerder samen een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid runnen. Als medisch specialisten en verpleegkundigen actief mee kunnen denken over het veiligheidsbeleid, kun je succesvol standaarden en verbeteracties invoeren en het systeem veranderen. Op die manier gaat veiligheid in de hoofden zitten en veranderen gedrag en attitude vanzelf.”

### HET LIJKT ZO VOOR DE HAND TE LIGGEN...

“Toch zie ik het steeds opnieuw gebeuren: een prima verbeterinitiatief, maar het sluit niet aan bij de praktijk. En dat is niet alleen de schuld van de top en het middenkader, de professionals zelf laten het ook gebeuren. Zij moeten ook hun verantwoordelijkheid

nemen. De tragiek is dat artsen vaak in oude routines blijven zitten. Ze zijn star, waardoor standaardisatie niet van de grond komt. Daar komt bij dat veel artsen geen toezicht dulden van een directe collega. Dat zijn ze niet gewend. Maar zonder toezicht weet je nooit of je veilig werkt.”

### HOE KRIJG JE ARTSEN ZOVER DAT ZE ZICH WEL LATEN CONTROLEREN?

“Ik ben wel een voorstander van sancties voor artsen die zich niet aan de standaarden houden waarvan aangetoond is dat ze én effectief én in de praktijk uitvoerbaar zijn, zoals bijvoorbeeld een preoperatieve time out-procedure die goed is aangepast aan de lokale context. Nu volgen alleen sancties als het daadwerkelijk misgaat. Te laat, naar mijn mening.”

### DAT ZAL U NIET BEPAALD POPULAIR MAKEN...

“Dat is dan maar zo. Ik ben al jaren actief bezig met patiëntveiligheid. Desondanks werd op mijn afdeling twee jaar geleden een vervuild narcosemiddel ingespoten bij een aantal patiënten. Er werden mensen zeer ernstig ziek. Het liep godzijdank goed af, maar wat had ik graag gewild dat iemand mij tijdig op onze routineuze werkwijze had gewezen. Die werkwijze bleek de oorzaak van het incident en had voorkomen kunnen worden als een buitenstaander eens kritisch naar ons handelen had gekeken. Dat kun je zelf niet doen. Helaas doen artsen nog steeds erg schizofreen als het om kritiek en elkaar aanspreken gaat.” ■

**'DE TRAGIEK IS DAT ARTSEN VAAK IN OUDE ROUTINES BLIJVEN ZITTEN. ZE ZIJN STAR, WAARDOOR STANDAARDISATIE NIET VAN DE GROND KOMT'**



SLIM GEREGLD

Veiligheid heeft topprioriteit in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ). En dat betekent dat veiligheidsdenken niet alleen bij het management, maar vooral op de werkvloer tussen de oren moet zitten. Daar heeft het JBZ veel voor over, zoals duaal leiderschap, vakgroep-audits door de medische staf en veiligheidsrondes door de Raad van Bestuur. DOOR MARE BERGSMA

Foto: Jeroen Bosch Ziekenhuis

# Jeroen Bosch Ziekenhuis Veiligheidsbeleid

## HOE WERKT HET?

Het tussen de oren krijgen van kwaliteit en veiligheid valt of staat met het commitment van de werkvloer, aldus bestuursvoorzitter Willy Spaan, die het thema Kwaliteit & Veiligheid in zijn portefeuille heeft. "We moeten er niet alleen over praten, maar het ook uitvoeren. Niet alleen initiëren, maar ook borgen. In ons ziekenhuis zijn medisch specialisten de ambassadeurs van een thema uit het VMS Veiligheidsprogramma. Zij moeten handen en voeten geven aan het thema, zij zijn eindverantwoordelijk, en niet het bestuur of de kwaliteitsfunctionaris." De stuurgroep 'Duidelijker, beter' ziet toe op alle verbeteractiviteiten. Hierin zitten managers en bestuurders, maar ook verpleegkundigen en artsen vanuit verschillende disciplines, zoals de IC, interne geneeskunde en chirurgie. Spaan: "Participatie van medische professionals in dergelijke denktanks is een belangrijke voorwaarde voor verandering. Zij gaan immers over veilige zorg en de kwaliteit van hun werk. Ik vind dat de rol van de professional hierin veel groter moet worden, hij moet zelf de lead nemen en met oplossingen komen. Dat geldt ook voor ver-

pleegkundigen, die immers een groot deel van de zorg op zich nemen. Een manager of bestuurder moet daarin een ondersteunende rol hebben, zeker op het gebied van veiligheid. Daarom ben ik als bestuurder ook persoonlijk betrokken bij de afhandeling van de klachten en calamiteiten. De betrokken zorgverlener krijgt feedback en wordt gevraagd om verbeteracties te vatten in een plan van aanpak. Ook ga ik vaak in gesprek met de betrokken patiënt en diens familie."

## WAT LEVERT HET OP?

Spaan: "De betrokkenheid van de werkvloer bij het veiligheidsbeleid zorgt ervoor dat calamiteiten steeds vaker worden gemeld, dat steeds meer incidenten worden geanalyseerd binnen de afdeling en dat medewerkers elkaar gemakkelijker aanspreken. Waar vroeger de drang om te ontsnappen groot was door tijdgebrek, merk je nu veel vaker een attitude van: 'Dit is ons visitekaartje, hiermee kunnen we als ziekenhuis vooroplopen'."

## WAAROM SLIM GEREGLD?

Om een cultuuromslag te bereiken is transpa-

rantie, zowel intern als extern, een belangrijke sleutel. Spaan: "Tijdens elke vergadering staan veiligheid en kwaliteit op de agenda, niet alleen bij de Raad van Bestuur, maar ook bij staf- en clustervergaderingen. Binnen de Raad van Toezicht is er een kwaliteitscommissie die vier tot zes keer per jaar bijeenkomt. De medische staf heeft het cultuurprogramma 'Doe gewoon; gewoon doen' ontwikkeld, die confronteert als zaken zijn misgegaan, maar ook inspireert om de oorzaak van het probleem aan te pakken. Interne vakgroepaudits door de Medische Staf en veiligheidsrondes door de Raad van Bestuur moeten ervoor zorgen dat iedereen aan de slag blijft met de verbeteringen. Het feit alleen al dat een dergelijke cultuuromslag door de medische staf is geïnitieerd, geeft aan dat veiligheid zeer serieus wordt genomen." |

Meer informatie: Marjo Jager of Eveline van der Horst, coördinatoren veiligheidsbeleid (m.jager@jbz.nl of e.v.d.horst@jbz.nl).

# Inzicht in uw zwakke plekken

Bedenk zelf de perfecte aanpak

Claims, MIP- en VIM-meldingen, klachten, audits, prestatie-indicatoren... Ziekenhuizen verzamelen een wereld aan gegevens. Gegevens die waardevolle bronnen zijn om uiteindelijk slimmer, beter en veiliger te kunnen werken. Toch is het vaak lastig om door de bomen het bos te zien. Want welke informatie is echt nuttig? En hoe vind je verbanden tussen de verschillende informatiestromen? DOOR KARIN BOS

Manon Eikens is senior schadeanalist bij MediRisk. Haar afdeling registreert al achttien jaar alle claims die bij de verzekeraar binnenkomen. "Zo kun je exact de ontwikkeling bijhouden van een ziekenhuis. Elk jaar stellen we de meest risicovolle afdelingen, specialismen en de meest voorkomende incidenten vast en geven deze gegevens door aan alle aangesloten ziekenhuizen." Is dat handig? "Absoluut. Daarmee krijgen ziekenhuizen aanknopingspunten aangereikt welke thema's ze het beste kunnen oppakken om de risico's te verminderen. En dat geldt nog meer voor de ziekenhuizen voor wie we sinds 2008 risicoprofielen opstellen. Dat zijn er zo'n tien per jaar. Zij kunnen letterlijk zien wat hun risicogebieden zijn en hoe ze daarop scoren in vergelijking met hun referentiegroep binnen MediRisk: een soort benchmark. Een aantal ziekenhuizen pakt dit heel goed op."

## RISICOPROFIEL

Eikens noemt Alysis Zorggroep in Arnhem als voorbeeld. Gerard Gerritsen, manager Kwaliteitsbureau, zorgde hier voor de ontwikkeling van een eigen risicoprofiel, waarbij de claimgegevens van MediRisk zijn meegenomen. "Ons risicoprofiel is gebaseerd op de pijlers van het Veiligheids Management Systeem (VMS), waarbij we naast VIM- ook vele andere meldingen – onder andere de claims bij MediRisk – retrospectief analyseren. Verder schatten we toekomstige risico's in, zoals de kans op legionella, een tekort aan mensen en nog vijftig potentiële risico's. Bovendien nemen we de effecten mee van ons groeiende risicobewustzijn en van de invoering van de tien VMS-thema's." Uit al die invalshoeken destilleert het ziekenhuis harde getallen. Het levert Alysis een risicoprofiel op met zo'n zes thema's. Dit profiel wordt elk kwartaal op het hoogste niveau besproken en vertaald naar afdelingsniveau. "Dat doen de afdelin-

gen zelf. Het gewicht dat zij aan de thema's toekennen, verschilt per afdeling." Gerritsen noemt de voordelen van deze exacte benadering evident. "De tijd dat je op je gevoel afging is voorbij. Nu weet je precies welke aandachtspunten voor jou belangrijk zijn. Zodat je risico's ook echt kleiner kunt maken."

## HANDIG

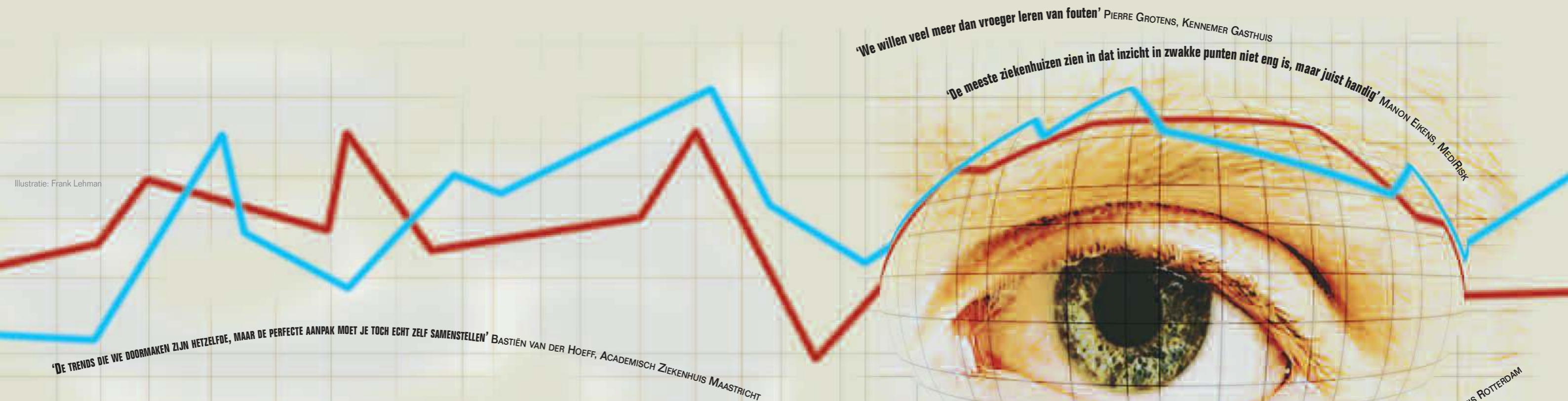
Uit het verhaal van Gerritsen blijkt al dat de claims die bij MediRisk binnenkomen het beleid voor een klein deel bepalen. Die claims zijn nog maar het topje van de ijsberg, stelt ook Eikens. Want lang niet elk incident eindigt als claim. "Toch geven de claims die wel worden ingediend een indicatie van de zwakke punten. En meestal herkennen ziekenhuizen de risico's ook wel. Soms is het een verrassing. Dat ze ondanks een flink aantal claims toch goed presteren in vergelijking met onze referentiegroep, of net andersom. Hebben ziekenhuizen goed inzicht in andere risico-informatiestromen, dan past het MediRisk-profiel vaak wel in het bredere plaatje. Bovendien halen ziekenhuizen ook kennis uit allerlei andere verplichtingen: de prestatie-indicatoren van het IGZ, de NIAZ-accreditaties, het Veiligheids Management Systeem, de vangnetten van MediRisk, het digitale systeem Centramonitor." Lastig is het wel, geeft Eikens toe. Al die registraties en dan ook nog signalen daaruit oppikken. "Toch zien de meeste ziekenhuizen die wij bezoeken in dat inzicht in zwakke punten niet eng is, maar juist handig. Je staat extra sterk om maatregelen door te voeren, omdat je ze goed kunt onderbouwen. Bovendien kun je objectief aantonen wat slechte prestaties zijn, wat medewerkers motiveert om problemen aan te pakken."

## PROCES OPTIMALISEREN

Bastiën van der Hoeft werkt als riskmanager voor het Academisch



Illustratie: Frank Lehman



*'De trends die we doormaken zijn hetzelfde, maar de perfecte aanpak moet je toch echt zelf samenstellen'* Bastiën van der Hoeff, Academisch Ziekenhuis Maastricht

*'We willen veel meer dan vroeger leren van fouten'* Pierre Grotens, Kennemer Gasthuis

*'De meeste ziekenhuizen zien in dat inzicht in zwakke punten niet eng is, maar juist handig'* Manon Eikens, MediRisk

*'Praten over een incident of een situatie naspelen levert soms compleet nieuwe inzichten op'* William Roos, Oogziekenhuis Rotterdam

*'De tijd dat je op je gevoel afging is voorbij. Door inzicht in je risico's weet je waar de aandachtspunten liggen'* Gerard Gerritsen, Alysis Zorggroep

Ziekenhuis Maastricht en promoveerde op Theory and practice of in-hospital patient risk management. Ook hij stelt dat je uit allerlei bronnen ontzettend veel risico-informatie kunt halen. “Daarbij ga ik uit van de systeemleer, die stelt dat een risico een procesafwijking is en het er dus om gaat processen te optimaliseren. In dat optimaliseren zit de uitdaging. Want ik kan registreren en analyseren tot ik erbij neerval, maar hoe zet je het verbeterpotentieel in de organisatie?” In sneltreinvaart vertelt Van der Hoeff over allerlei vormen van retrospectief en prospectief onderzoek. Uit Van der Hoeff’s mond klinkt het allemaal zo logisch, maar toch is het benutten van gegevens die vrijkomen uit klachten, claims en andere registraties nog vrij nieuw. “En helemaal in tegenspraak met wat we een paar jaar geleden nog zeiden: dat een complicatie een act of God was. ‘Die dingen gebeuren nu eenmaal’, was het uitgangspunt. En écht patronen doorgronden en causaliteit onderzoeken, is voor veel ziekenhuizen ook nu nog sciencefiction. Vaak blijft het bij turven. Terwijl het uiteindelijk om de aanpak gaat, het opsporen en bijstellen van procesafwijkingen.”

#### TRAPJE HOGER

Handen uit de mouwen dus, maar hoe? Van der Hoeff: “Daar komen verandermanagement en awareness om de hoek kijken, en ‘engere’ begrippen zoals cultuur. Zelf hebben wij in 2003 software ontwikkeld voor onze VIM-meldingen, die we zo laag mogelijk inzetten. Op teamniveau. Waarbij we vooral geïnteresseerd zijn in risico’s die morgen weer tot een incident kunnen leiden. Eenmaal in het systeem móet een melding worden opgepakt. Via de VIM-commissie wordt de melding, eventueel geanonimiseerd, doorgesluist naar de betreffende manager. Binnen acht weken moet ze zijn opgelost. Zo niet, dan gaat de melding naar het hoger management. Als die niet binnen acht weken voor de verwerking zorgt, komt de melding op het bordje van de Raad van Bestuur.” Van der Hoeff vervolgt: “Het mooie van dit systeem is dat je er ook arbo-risico’s en dergelijke in kunt verwerken. Over een los snoer struikelen immers niet alleen patiënten.” In Maastricht nemen de VIM-meldingen nog altijd toe.

“Ik verwacht dat de meeste ziekenhuizen binnen afzienbare tijd boven de tienduizend per jaar uitkomen, maar je zult zien dat deze meldingen steeds minder ernstig van aard zullen zijn.”

#### BETROKKENHEID

Ook het Oogziekenhuis in Rotterdam ziet een toename van meldingen van incidenten en bijna-incidenten. William Roos, hoofd verpleegafdeling: “We hebben regels om de zwaarte van een melding in te schatten. Bovendien laten de commissieleden van verschillende multidisciplinaire teams er nog een analyse op los. Zeker als incidenten – ook kleinere – vaker voorkomen, halen we er een externe partij bij. Door er samen over te praten, een situatie na te spelen of te filmen, levert dit soms compleet nieuwe inzichten op. Waar je vroeger dacht ‘foutje, niet meer doen’, ga je nu op zoek naar de oorzaak. Dan zie je bijvoorbeeld dat informatie onduidelijk in het dossier staat, omdat er gewoon te weinig schrijfruimte is. Dat is natuurlijk snel opgelost. Zo verdwijnen kleine klachten snel en zie je de betrokkenheid van medewerkers groeien. Er gebeurt echt wat met hun input.” Pierre Grotens, organisatiecoördinator OK/CSA/Pijnpoli merkt die ontwikkeling ook in het Kennemer Gasthuis. “We willen veel meer dan vroeger weten waar we fout zitten en daarvan leren.” Daarom heeft hij in zijn nieuwe functie de cijfers opgevraagd van alle MediRisk-claims van de afgelopen tijd. “Ik wil samen met onze riskofficer weten welke specialismen erbij betrokken zijn en of de claims OK-gerelateerd zijn. We willen niet hopen dat het net goed gaat; we willen processen daadwerkelijk verbeteren. En dus moeten we weten waaraan het schort.” Gerard Gerritsen voegt eraan toe: “Mensen vonden het vroeger een beetje gênant om elkaar aan te spreken op een ontbrekend mondkapje of iets dergelijks. Nu neemt men geen blad voor de mond. Bij ons zijn het aantal VIM-meldingen de laatste jaren met een factor vier toegenomen. Het risicobewustzijn is flink gegroeid. Zoiets als een risico-profiel opstellen, ervaart men in het Alysis ook niet als belasting. Het hoort erbij. En eigenlijk is de investering gering. Leidinggeven- den werken er zes tot zeven uur aan, medewerkers een uur of twee.

En omdat je in die paar uur samen oplossingen bedenkt, zit het meteen al tussen de oren.”

#### ZIEKENHUIZEN VERGELIJKEN

Een groter risicobewustzijn betekent dat ziekenhuizen meer dan ooit willen weten hoe en waar ze kunnen verbeteren. Toch blijkt het voor velen nog lastig om systematisch input uit verschillende bronnen door te spitten. Vergelijkingen met andere ziekenhuizen staan op een nog lager pitje. De meeste kwaliteitsmanagers en veiligheidsfunctionarissen kunnen er dan ook niet veel over zeggen. Bastiën van der Hoeff heeft wel een duidelijke mening. Wat hem betreft is benchmarking onbegonnen werk. “Je verliest meteen de context. Leg een ander ziekenhuis maar eens uit hoe de specifieke situatie is die tot een incident heeft geleid. En waarom dat soms misgaat. Het is onmogelijk om derden patronen te laten ontdekken, omdat veel informatie zo contextgevoelig is. Begrijp me niet verkeerd: met generieke risico’s die voor elk ziekenhuis hetzelfde zijn zal het wel lukken, denk aan verwarrende namen van medicijnen. Maar die haal je er zo ook wel uit. Andere risico’s zijn weer te ziekenhuisspecifiek. Nee, laten we ons maar concentreren op de eigen processen. De trends die we doormaken zijn hetzelfde, maar de perfecte aanpak moet je toch echt zelf samenstellen.” Wat William Roos betreft kan benchmarking wel gunstig uitpakken. “Onze ervaring is dat innovaties uit andere industrieën en andere oogziekenhuizen, hoe verschillend ook, een katalysator kunnen zijn voor het verbeteren in je eigen ziekenhuis. De cijfers zelf zijn mis-

schien moeilijk te vergelijken, maar een kritische spiegel zal mensen triggeren tot de broodnodige cultuurverandering.”

**Benchmark MediRisk** - Hoewel MediRisk ook ziekenhuizen met elkaar vergelijkt heeft dit niet als doel processen te vergelijken. MediRisk kijkt in eerste instantie naar het aandeel claims met betrekking tot de risicogebieden die bij MediRisk bekend zijn, bijvoorbeeld risicovolle afdelingen, specialismen en incidenten. Als een ziekenhuis hierin afwijkt ten opzichte van de referentiegroep is dit een belangrijk signaal. De signalen die uit de claims zichtbaar worden – vragen en knelpunten – komen tijdens een persoonlijk contact tussen MediRisk en het ziekenhuis verder aan de orde. Ook helpen riskmanagers de medewerkers in het ziekenhuis om specifieke vangnetten die de schades moeten voorkomen, in te voeren en te borgen. De praktische vertaalslag die MediRisk maakt van analyse naar concrete maatregelen (zoals vangnetten) maar ook de inhoudelijke expertise en kennis van handige praktijkvoorbeelden in collega-ziekenhuizen, ervaren de ziekenhuizen vaak als zeer waardevol. Inmiddels is ruim achttien jaar aan registratie en analyse van schadeclaims opgeslagen in een databank. De ziekenhuizen die bij MediRisk zijn aangesloten krijgen twee keer per jaar een digitaal claimoverzicht toegestuurd met een overzicht van het eigen schadepercentage en dat van de referentiegroep.



# Slim

BART JONGBLOED, RISKMANAGER MEDIRISK



Foto: Nout Steenkamp

Ziekenhuizen doen er van alles aan om kwaliteit en veiligheid te waarborgen. Van alle medische apparatuur kunnen we precies zien wat de onderhoudsstatus is. Aan de voordeur van het ziekenhuis hangt een keurig NIAZ certificaat. Van de zorgverleners weten we precies welke diploma's zij hebben. Maar hoe zit het met de samenwerking tussen al die zorgverleners? Bij claimonderzoek door juristen en medisch adviseurs van MediRisk komt het gebrek aan samenwerking regelmatig pijnlijk bloot te liggen. Ook is de bron van menig klacht of VIM-melding vaak te zoeken bij gebrekkige samenwerking. Toch zal elke OK-medewerker en specialist kunnen beamen dat het fantastisch werken is in een team waarin de mensen elkaar goed 'aanvoelen'. Voordat ik bij MediRisk aan de slag ging, werkte ik zelf op een operatieafdeling. Wat was het geweldig om met mensen samen te werken die blindelings wisten wat er op welk moment gedaan moest worden. Die precies de goede dingen op

het juiste moment zeiden en deden. Natuurlijk zijn goede skills en de juiste kennis essentieel in de OK. Maar subtiele aspecten zoals interpretatie van oogcontact, onderling respect en vertrouwen, herkennen van elkaars lichaamstaal, onderlinge ervaring, feeling met de operatie en de patiënt zorgen pas echt voor teamwork.

## ELKAAR AANVOELEN

Vreemd dus eigenlijk dat er nog zo weinig wordt getraind in teamwork. Kijk eens naar de sport. Gebrek aan teamwork bezorgde de Franse voetbalploeg tijdens het WK een beschamende afgang. Als de knechten en waterdragers in een wielerploeg zich niet uit de naad fietsen, kan de kopman het wel schudden. Elkaar aanvoelen speelt voor het resultaat van de teamprestatie een essentiële rol. Dat geldt net zo goed voor een operatieteam.

Om beter te worden kijken topsportteams altijd hun wedstrijden terug om er achter te komen wat een volgende keer anders moet. Technisch gezien staan de individuele sporters al aan de top. De winst is voor hen vooral te halen in een perfecte onderlinge samenwerking. Dit inzicht druppelt nu ook langzaam de ziekenhuiswereld binnen. Enkele ziekenhuizen plaatsen al camera's in de OK, SEH en verloskamers om de samenwerking te kunnen evalueren. De teams zijn bereid om zich voor het oog van de camera 'in het snot te rijden' voor de patiënten, om maar even in wielervermen te blijven. Collega-ziekenhuizen kijken nog wat onwennig naar deze ontwikkeling. Maar het gat tussen theorie en praktijk, waar hoogleraar en anesthesioloog Jan Klein het in dit magazine ook over heeft, moet worden gedicht. En dat lukt alleen door samenwerking, niet alleen in de OK, maar ziekenhuisbreed. Alleen dan kan er een overwinning worden geboekt. Een overwinning die niet met een medaille bezegeld wordt, maar met tevreden teamspelers, een tevreden patiënt en bovenal het beste en meest veilige zorgresultaat.



Foto: Tergooiziekenhuizen

SLIM GEREGLD

Sinds mei voert Tergooiziekenhuizen iedere maand een steekproef uit rond een veiligheidsthema uit het VMS Veiligheidsprogramma, zoals Verwisseling en Patiëntparticipatie. Doel van deze audits: kijken of de thema's in de praktijk werken en of ze voldoen aan de criteria van VMS Zorg en aan de NTA-norm.

DOOR MARE BERGSMMA

## Tergooiziekenhuizen Maandelijkse thema-audits

### HOE WERKT HET?

Jeannette Knol, coördinator van het VMS Veiligheidsprogramma in Tergooiziekenhuizen: "De leden van het kwaliteitsteam bezoeken ieder onaangekondigd een afdeling en maken een rondje langs alle kamers. Daarbij stellen zij vragen aan zowel patiënten als medewerkers. De resultaten van de audit leggen zij vast in een kort rapport dat samen met een advies naar de Raad van Bestuur en het managementteam gaat. De afdeling Kwaliteit & Compliance bewaakt vervolgens de follow-up. Tijdens de eerste audit hebben we verpleegafdelingen bezocht en geïnventariseerd hoeveel patiënten een polsbandje droegen. Ook hebben we onderzocht of medewerkers op de hoogte waren van de voorschriften en deze naleefden. Daarmee wilden we inzicht krijgen in de kans op verwisseling en de daaruit mogelijk voortvloeiende schade. Wat bijvoorbeeld opviel was dat de polsbandjes scherp aanvoelen en na drie keer douchen niet meer leesbaar zijn. Eén patiënt gaf aan niet te

weten waarom hij het bandje moest dragen en wanneer: ook bij een dagopname of alleen bij het verlaten van de afdeling? Bij spoedopnames waren de polsbandjes pas een dag later beschikbaar. Afgelopen juli was het thema Patiëntparticipatie aan de beurt en hebben we patiënten gevraagd of ze bekend zijn met de patiëntveiligheidskaart van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie."

### WAT LEVERT HET OP?

Jeannette Knol: "Het belangrijkste winstpunt is toch wel dat er duidelijke verbeterpunten aan het licht komen en deze onderwerpen nu boven aan de agenda staan. Daarnaast zullen we per onderwerp verbeteracties gaan doorvoeren. Een eyeopener is dat de patiëntveiligheidskaart nauwelijks bij de patiënt doordringt tussen alle andere informatie in het opnameboekje. Ook blijkt dat patiënten niet actief genoeg worden gewezen op wat zij aan hun eigen veiligheid kunnen bijdragen. Voor wat betreft de polsbandjes zullen we de procedure

rond spoedopnames aanpassen en ook alternatieven onderzoeken."

### WAAROM SLIM GEREGLD?

Knol: "De audits zijn laagdrempelig, praktisch en snel. Een bezoek aan vier of vijf afdelingen kost per persoon slechts één à anderhalf uur. Het vraagt bijna geen voorbereiding en levert heel gerichte, nuttige informatie op waar snel actie op te ondernemen is. Met dus een snel effect op kwaliteit en veiligheid. Medewerkers, patiënten én familie lijken de aanwezigheid van de medewerkers van de afdeling Kwaliteit & Compliance zeer te waarderen. Het spoort hen aan zelf beter op te letten en met verbetervoorstellen te komen. Naast de veiligheidsthema's kunnen we bijvoorbeeld thema's uit de vangnetten van MediRisk auditeren. Die gaan immers ook over patiëntveiligheid." |

Meer informatie: Jeannette Knol (035-688 79 10 of jknol@tergooziekenhuizen.nl).



## MediRisk in het land

De riskmanagers en schadeanalisten van MediRisk hebben de afgelopen maanden gesprekken gevoerd in een groot aantal ziekenhuizen om vragen te beantwoorden over schadecijfers, preventie, risicobeheersing bij het ontwerp van een nieuwe OK, de invoering van de time out-procedure en het uitvoeren van een audit op een nieuwe spoedpost. De riskmanagers geven op verzoek presentaties over aansprakelijkheid en het belang van preventie aan aios en arts-assistenten, zoals binnenkort in het Medisch Centrum Leeuwarden. Ook spreekt MediRisk regelmatig op congressen en symposia over kwaliteit en veiligheid in de zorg. Een overzicht van relevante congressen vindt u in de agenda op [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl). Heeft u ook vragen aan de riskmanagers, neem dan contact op.

## Internationaal congres kwaliteit en veiligheid

Van 5 t/m 8 december houdt het Institute for Healthcare Improvement (IHI) haar jaarlijkse congres Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care, ditmaal in Florida (VS). IHI is een onafhankelijke non-profit organisatie die als doel heeft wereldwijd de gezondheidszorg te verbeteren. Dat doet zij door het versnellen van verbeterprocessen, ondersteunen van veelbelovende innovaties en vooral uitwisseling van ideeën en resultaten. In samenwerking met de VvAA organiseert de IHI een complete studiereis naar dit congres met een speciale, afsluitende sessie voor Nederlandse deelnemers. Belangstellenden kunnen contact opnemen met het VvAA reisbureau: (030) 247 48 16 of [h.vrencken@vva.nl](mailto:h.vrencken@vva.nl). Kijk ook op [www.vvaareisbureau.nl](http://www.vvaareisbureau.nl) en [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

## Nieuw op Kennisbank Schadepreventie

- **TRANSMURAAL INCIDENTEN MELDEN**
- **MEDEWERKERS PRIKKELEN OVER KWALITEIT EN VEILIGHEID**
- **JAARVERSLAG CLAIMBEHANDELING IN MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN**

[www.medirisk.nl/kennisbank](http://www.medirisk.nl/kennisbank)



## Internationale claimontwikkelingen

MediRisk heeft onlangs de jaarlijkse algemene bijeenkomst bezocht van de Physician Insurers Association of America (PIAA), een koepel van onderlinge medische aansprakelijkheidsverzekeraars in de VS. De bijeenkomst was bedoeld om ervaringen uit te wisselen op het gebied van wereldwijde claimontwikkelingen. Waar liggen, internationaal gezien, de grootste risico's? Er was veel aandacht voor maagverkleiningen en de introductie van nieuwe medische technieken, waarbij in de beginfase zaken mis kunnen gaan. Er werden aanbevelingen gedaan om risico's te verminderen. Doug Wojcieszak, oprichter van de website [www.sorryworks.net](http://www.sorryworks.net), concludeerde dat communicatieve vaardigheden een belangrijke rol spelen bij het al dan niet ontstaan van claims. Niet alleen in Amerika, maar ook in andere landen. MediRisk verwerkt deze internationale onderzoeken en ontwikkelingen in haar preventiebeleid. Meer informatie is te vinden op [www.piaa.us](http://www.piaa.us).

## Zwarte doos en aansprakelijkheid

Steeds meer ziekenhuizen willen operaties met beeld en geluid registreren. MediRisk ziet positieve aspecten aan deze ontwikkeling. Videoregistratie is een hulpmiddel om snel en adequaat onvolkomenheden in de samenwerking en zorgverlening te herkennen en te verbeteren. Wel is het van belang de privacywet die geldt bij videoregistratie goed na te leven. De patiënt moet toestemming geven en het is verstandig om dit schriftelijk vast te leggen. Ook medewerkers moeten vooraf toestemming geven als ze worden gefilmd. Daarnaast is het van belang om vast te leggen of de video een kwaliteitsdoel dient of deel uitmaakt van het medisch dossier. In het eerste geval geldt een bewaartermijn van 24 uur. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met riskmanager Bart Jongbloed: (030) 247 47 73 of [b.jongbloed@vva.nl](mailto:b.jongbloed@vva.nl).



## Week van de Patiëntveiligheid

De Week van de Patiëntveiligheid (22 t/m 26 november) staat dit jaar in het teken van 'doorpakken'. Ziekenhuizen zijn nu twee jaar aan de slag met het invoeren van de thema's uit het Veiligheidsprogramma en moeten vaart maken om eind 2012 over een geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem te beschikken. Om dat te bereiken is leiderschap onontbeerlijk en daar zal het congres 'Expeditie Patiëntveiligheid' op 25 november dan ook dieper op ingaan. Tijdens dit congres wordt tevens de Nationale Patiëntveiligheid Award uitgereikt. MediRisk zal zich tijdens deze week ook laten zien en horen. Kijk voor meer informatie op [www.expeditiepatientveiligheid.nl](http://www.expeditiepatientveiligheid.nl)



## Twitteren over veiligheid

Het VMS Veiligheidsprogramma is sinds eind augustus 2010 gestart met een Twitter pagina. Alle 'ins and outs' rondom het programma zullen de revue passeren. Wilt u op de hoogte blijven, meldt u zich dan aan via [www.twitter.com/vmszorg](http://www.twitter.com/vmszorg).



## TEKORT AAN HANDCHIRURGEN

### Hand- en polsletsels te vaak gemist

De kwaliteit van de behandeling van hand- en polsletsel op de spoedeisende hulp laat ernstig te wensen over. Dat stellen de Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) in een verklaring. Aanleiding is een analyse van het VUMC naar alle hand- en polsletsels die in de periode 1993 t/m juni 2008 bij MediRisk zijn geclaimd. Daaruit blijkt dat claims over de behandeling van pols- en handletsel met name op de SEH plaatsvinden en meestal het gevolg zijn van een gemiste diagnose of onzorgvuldige behandeling. De NVvH en de NVPC wijdt dit aan een tekort aan handchirurgen. Momenteel werken er veertig handchirurgen in Nederland, terwijl er 130 nodig zouden zijn om adequate zorg te kunnen leveren. "Het is een goede zaak dat meer ziekenhuizen gebruikmaken van SEH-artsen, maar er zal structureel meer aandacht moeten worden besteed aan het herkennen van letsels, die behandeling door een ervaren handchirurg vereisen," stelt handchirurg Jan van Loon van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. "Op die manier kan de kwaliteit van de behandeling worden verbeterd." MediRisk kwam eerder al tot de VUMC-conclusie en heeft daarom in 2007 verplichte vangnetten voor de SEH opgesteld om de diagnostiek en behandeling van handletsels te verbeteren. Kijk voor meer informatie op [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl).

## KENNER GASTHUIS

### Besparen met kwaliteit

Het Kennemer Gasthuis in Haarlem verwacht op termijn vijf procent te besparen op het ziekenhuisbudget door toepassing van de Lean-methode. Deze van oorsprong Japanse organisatie-methode (Toyota) bant verspilling uit met hulp van medewerkers. Tegelijk verbetert de kwaliteit. Sinds medio dit jaar heeft het ziekenhuis acht zorgpaden verbeterd na feedback van verpleegkundigen en specialisten. De ligduur van patiënten is drastisch ingekort en patiënten krijgen bij opname te horen wanneer ze uit het ziekenhuis worden ontslagen. Zo worden patiënten met een liesbreuk in één dag geholpen. Het ziekenhuis gaat de methode de komende tijd gebruiken om de organisatie van de acute zorg te verbeteren. "Ongeveer veertig procent van de mensen die acuut worden opgenomen, kan binnen 48 uur weer naar huis", zegt bestuursvoorzitter Harry Luik. Een zorgverzekeraar heeft de investeringen in het project gestimuleerd en verwacht dat de kwaliteitswinst die wordt geboekt een belangrijke bijdrage kan leveren aan besparingen op de zorguitgaven.





**SLIM GEREGLD**

Medisch Centrum Haaglanden beschikt sinds november 2007 over een Spoedeisende Hulp met een Low Care Unit (LCU), bemand door nurse practitioners. Hier kunnen patiënten met kleine letsels snel en kwalitatief goede zorg krijgen.

DOOR MARE BERGSMA

Foto: MC Haaglanden

# MC Haaglanden Nurse practitioners op SEH

## HOE WERKT HET?

“Er zijn vier behandelkamers waar nurse practitioners patiënten behandelen met kleine letsels en eenvoudige ziektes, zoals bijvoorbeeld wonden, fracturen, oorpijn, abcessen en urineweginfecties”, zegt nurse practitioner Christien van der Linden, die de afdeling heeft helpen opzetten. “Onze LCU is mede opgezet om de toestroom van patiënten op de Spoedeisende Hulp aan te kunnen. De unit wordt bemand door nurse practitioners die speciaal zijn opgeleid om patiënten met laag-complexe problemen te behandelen. Andere ziekenhuizen gebruiken hiervoor SEH-verpleegkundigen, maar deze missen bepaalde vaardigheden.” MCH kiest voor nurse practitioners omdat gebleken is dat deze niet alleen meer patiënten zelfstandig kunnen behandelen, maar vooral ook een veiliger zorg kunnen bieden door een betere opleiding. Ook de documentatie van nurse practitioners is veel uitgebreider en completer dan die van SEH-verpleegkundigen.

## WAT LEVERT HET OP?

De logistiek op de afdeling is verbeterd omdat de stroom laag-complexe patiënten nu gescheiden wordt van de meer acute patiënten.

Door het snellere zorgtraject via de LCU krijgen andere patiënten op de SEH meer aandacht en zorg van de SEH-verpleegkundigen en artsen. De nurse practitioners zijn breed inzetbaar: als zich veel patiënten met laag-complexe problemen melden werken zij als nurse practitioners, bij veel patiënten met zwaardere letsels werken zij als SEH-verpleegkundigen. De kwaliteit van de zorgverlening, maar ook de veiligheid voor patiënten is ten opzichte van de oude situatie beter geworden.

## WAAROM SLIM GEREGLD?

Van der Linden: “De fast track wordt nu door gedegen opgeleide nurse practitioners uitgevoerd. Voorheen waren dit de SEH-verpleegkundigen. Net als voor arts-assistenten is er een vangnetprocedure: binnen 24 uur beoordelen specialisten alle statusvoering en röntgendiagnostiek waarna de patiënt zo nodig wordt opgeroepen voor herbeoordeling. De nurse practitioners krijgen supervisie van SEH-artsen, die laagdrempelig worden geconsulteerd zoals bij specifieke handletsels. Twee jaar geleden heb ik wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de diagnostische accuratesse van de nurse practitioners. Gekeken is naar gemiste diagnoses, bijvoorbeeld

een breuk op een röntgenfoto niet herkend, en naar fout ingezette behandelingen, zoals het voorschrijven van een andere soort antibiotica dan in het behandelprotocol is afgesproken. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen de nurse practitioners en de arts-assistenten. Met andere woorden: de nurse practitioners leveren even veilige zorg. Bovendien scoorden de nurse practitioners op de LCU een 8,5 bij een tevredenheidsonderzoek onder patiënten.” Een ander belangrijk aspect van de LCU is dat patiënten met een laag-complexe zorgvraag toch snel worden geholpen. Dit voorkomt weglopers: patiënten die voordat zij gezien zijn door een behandelaar de SEH verlaten omdat ze te lang moeten wachten. Van der Linden: “Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid vormen deze weglopers een gevaarlijke groep: hun zorg wordt vertraagd en dit kan resulteren in complicaties. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de weglopers toch binnen een week in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Een aantal van hen moet zelfs een spoedoperatie ondergaan.”

Meer informatie: Christien van der Linden (070-330 20 00 of c.van.der.linden@mchaaglanden.nl).

## CASE REPORT IN DE PRAKTIJK

# Gaas vermist

Als bij MediRisk een claim binnenkomt, volgt een preventiegericht onderzoek naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn de vangnetten van MediRisk goed nageleefd of blijken ze in de praktijk niet helemaal waterdicht? DOOR MARE BERGSMA, MEDI RISK

## DE CASUS

Een patiënt wordt met spoed geopereerd aan een ovariumtumor. Vlak voordat de gynaecoloog de buik wil sluiten, geven de operatiemedewerkers aan dat er een gaas ontbreekt. Een uitgebreide zoekactie levert niets op. Om te kijken of het gaas nog in de patiënt zit, wordt de buik doorgelicht met een C-boog. De looddraad in het gaas is niet zichtbaar en de patiënt wordt overgebracht naar de recovery. Als de patiënt zes maanden later opnieuw onder het mes moet vanwege een abces in de buikwand, ontdekt de gynaecoloog het gaas in de pusholte.

## HET ZIEKENHUIS

Een vertegenwoordiger van het ziekenhuis: “Tijdens de eerste operatie hebben we overal gezocht en volgens protocol een röntgenonderzoek aangevraagd. Met de C-boog is de buik tweemaal doorlicht, maar het looddraad in het gaas was niet te zien. De opererend gynaecoloog ging ervan uit dat doorlichting een betrouwbare methode was om gaas in het lichaam op te sporen. Omdat hij niets kon vinden, heeft hij gemeend dat er geen gaas en dus geen risico was voor de patiënt. Het operatieteam heeft het formulier ‘niet-sluitende telprocedure’ ingevuld en ook een MIP-melding geschreven. Na de tweede operatie, waarbij het achtergebleven gaas werd gevonden, is eveneens een MIP-melding gedaan. Naar aanleiding van het incident hebben we een SIRE-onderzoek uitgevoerd. Daaruit bleek, na overleg met de radiologen, dat doorlichting met een C-boog minder contrast geeft dan een buikoverzichtsfoto. Doorlichting is dus niet altijd de meest betrouwbare methode voor het controleren of een gaas is achtergeble-



Illustratie: Wietse Bakker

ven. Toch geeft de operatieafdeling de voorkeur aan doorlichting in plaats van de standaard buikoverzichtsfoto omdat deze laatste niet ‘steriel’ kan worden gemaakt. Het protocol is daarom aangescherpt: de patiënt verlaat in principe niet de operatiekamer zolang het gaas niet gevonden is. Desnoods wordt de wond weer open gemaakt. Als het gaas dan nog niet is gevonden moet een buikoverzichtsfoto worden gemaakt als de patiënt weer op de recovery is.”

## MEDI RISK

MediRisk preventiemedewerker Irene van Beek behandelde het case report: “De vangnetten die MediRisk verplicht stelt bij achtergebleven materialen zijn bijna allemaal

nageleefd. De gynaecoloog had in het operatieverslag echter moeten vermelden dat de gazen/instrumenten-telling niet compleet was, maar heeft dat nagelaten. Als een patiënt postoperatieve klachten krijgt en door een andere arts wordt behandeld, zal deze immers als eerste het operatieverslag erbij pakken. Dan moet daar natuurlijk wel iets in staan over een incomplete gazingentelling. Als dat was gebeurd, kon men wellicht eerder de reden van de ontsteking achterhalen. De gynaecoloog is hierop aangesproken door de Raad van Bestuur en het incident is uitvoerig onderzocht en besproken binnen de vakgroep gynaecologie bij de complicatiebespreking. Ook komen de resultaten van het SIRE-onderzoek in de medische staf aan de orde. Daarnaast is het aangepaste protocol extra onder de aandacht gebracht bij het afdelingsoverleg van de OK. Omdat uitgebreide analyse en terugkoppeling heeft plaatsgevonden én verbetermaatregelen zijn ingevoerd, heeft het ziekenhuis geen sanctie gekregen.”

**Vangnet Achterblijven van materialen** - Vangnetten om onbedoeld achterblijven van gazen en materialen te voorkomen zijn te vinden in goede en consequent uitgevoerde tel- en weegprocedures door twee personen. Dit moet ook worden vastgelegd, zodat de naleving van de procedure inzichtelijk wordt gemaakt. Ook is er mee te achterhalen welke zorgverleners bij de procedure waren betrokken en welk instrumentarium bij welke patiënt hoort. Kijk voor het vangnet Achterblijven van materialen op [www.medirisk.nl/vangnetten](http://www.medirisk.nl/vangnetten).



Kwaliteit, doelmatigheid en veiligheid

# Zoektocht naar de balans

Wie aan efficiënt werken denkt, denkt naast sneller werken al snel aan een hogere werkdruk, specialisatie en kostenreductie. Daarmee rijst de vraag wat dit alles betekent voor patiëntveiligheid. Welke risico's brengt het optimaliseren van processen met zich mee voor een veilige zorgverlening? Is er dan nog wel voldoende oog voor de patiënt en diens behandeling? **DOOR ANNEMIEK MANUEL**

Het kan écht: betere zorg voor minder geld, aldus de titel van een VWS-rapport uit 2004 over doelmatig werken in de zorg. Bart Berden – bijzonder hoogleraar Organisatieontwikkeling in ziekenhuizen aan de Universiteit van Tilburg en voorzitter van de Raad van Bestuur van het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg – constateert dat ziekenhuizen zich de boodschap hebben aangetrokken. “Er is een aanzienlijke verbeteringslag gemaakt in efficiëntie en effectiviteit. Kijk maar om je heen en vergelijk dat eens met tien jaar geleden.” Erwin Hans, associate professor Operations Management aan de Universiteit Twente en directeur van het Kenniscentrum procesoptimalisatie in de zorg (CHOIR), is het met hem eens. “Wij signaleren een flinke inhaalslag in de bedrijfsvoering in ziekenhuizen. Er wordt hard gewerkt aan het koppelen van informatiesystemen, waardoor gegevens bijeen kunnen worden gebracht en geanalyseerd ten behoeve van verbeteracties. Medici maken een inhaalslag op bedrijfskundig gebied om meer procesmatig te leren werken. En medewerkers en specialisten werken samen aan concrete verbeteringen in werkprocessen.”

## EFFICIËNTIE

Toch kan en moet de zorg in ziekenhuizen nóg sneller, goedkoper en beter om de uitdagingen van de toekomst – vergrijzing, alsnar toenemende uitgaven – aan te kunnen, stellen beide organisatiesdeskundigen. Maar wat betekent dit streven voor de patiëntveiligheid? Erwin Hans: “Efficiënter werken wordt vaak geassocieerd met harder werken, maar het gaat juist om handiger werken. Het gaat over het objectief kwantificeren van de logistieke prestaties (meten, analyseren, vergelijken en dan verbeteren), het protocolliseren van zorgtrajecten (ten behoeve van kwaliteit, veiligheid en efficiëntie) en het introduceren van het denken in zorgketens (vanuit patiëntperspectief in plaats van het ‘elke afdeling voor zich’). Efficiëntieverbetering mag daarbij nooit ten koste gaan van patiëntveiligheid en wanneer het zorgvuldig wordt opgepakt, gebeurt dat ook niet. Integendeel, er zijn veel voorbeelden waar een efficiëntere aanpak bijdraagt aan patiëntveiligheid. Zo werd in een ziekenhuis de afdeling Radiologie wekelijks op vrijdag gesloten voor onderhoud. Toen wij vroegen waarom dat niet in het weekend gebeurde, was het antwoord dat dit waarschijnlijk veel meer zou kosten. Na onderzoek

**‘DE MENSEN DIE HET WERK UITVOEREN KUNNEN ALS GEEN ANDER INSCHATTEN WELKE RISICO’S ZIJN VERBONDEN AAN VERANDERINGEN IN WERKPROCESSEN’**

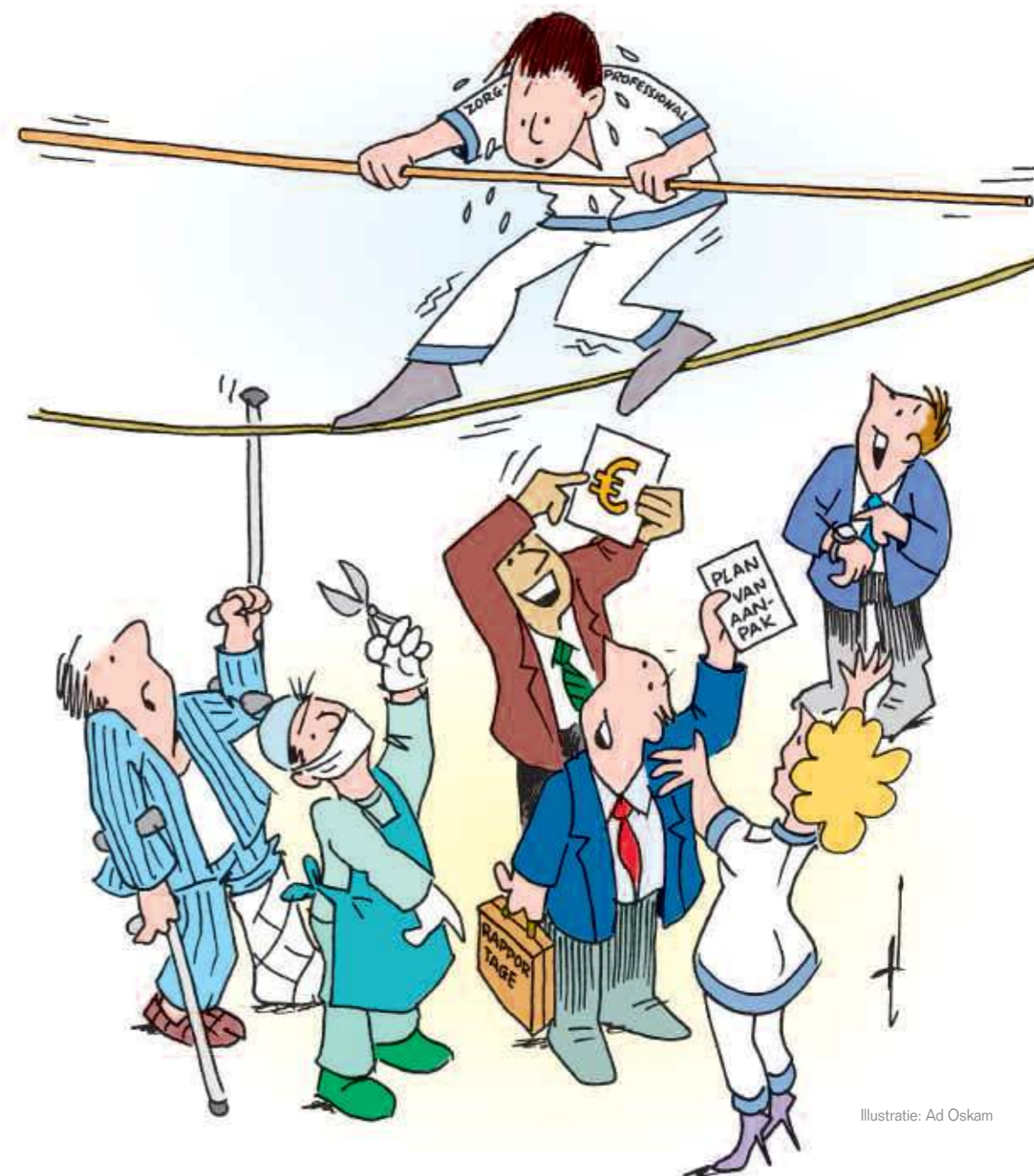
bleken die kosten niet op te wegen tegen de extra capaciteit die beschikbaar zou komen. En een kortere wachttijd komt de veiligheid van de patiënt ten goede.”

## SAMENHANG

Ook Bart Berden stelt dat doelmatigheid, kwaliteit en veiligheid prima samen kunnen gaan. “In het Elisabeth Ziekenhuis werken medewerkers en medici aan de hand van de verbetermethode Lean gezamenlijk aan optimalisatie van hun werkprocessen. Zij houden daarbij niet alleen oog voor sneller werken, maar evenzeer voor kwaliteit en veiligheid. Daar zijn goede resultaten mee geboekt die nooit ten koste gaan van patiëntveiligheid. Er is niemand die zal roepen dat iets sneller moet als daarmee de risico's op het gebied van veiligheid toenemen. Andersom: hoge kwaliteit en veiligheid helpen vaak de kosten te reduceren. Neem bijvoorbeeld het verbeteren van de planning ter voorkoming van dubbele afspraken en uitval. Minder uitval van afspraken betekent een verbetering van kwaliteit, veiligheid en ook doelmatigheid.”

## ONVOORSPELBAAR

Toch hebben zowel Berden als Hans begrip voor de angst dat een efficiëntieslag een negatieve impact kan hebben op patiëntveiligheid. Hans: “Het is hot om filosofieën vanuit de industrie, zoals Six Sigma en Lean, toe te passen in ziekenhuizen. Ik plaats daarbij een aantal kanttekeningen. De methoden vormen een leidraad voor verbetering en zullen ook best tot goede resultaten leiden, maar er is nog weinig bekend over hun effectiviteit in de zorgsector. Er wordt wel gerapporteerd over verbetering, maar niet over wat de absoluut haalbare prestatieniveaus waren. Een 10-procentverbetering van een lousy performance is nog steeds een lousy performance. Ook wordt er nauwelijks onderzocht waarom een gekozen methode de meest effectieve zou zijn voor een bepaald probleem – een wervende consultant is vaak bepalend voor de gekozen methode. En pas op: er zijn risico's verbonden aan het klakkeloos kopiëren. Neem als voorbeeld de zorgstraten die voortkomen uit de industriële productiestraten. Het blokkeren van capaciteit in de poli of op OK's voor een standaardgreep bij een grote groep patiënten werkt efficiënt en is prettig voor de betreffende groep patiënten. Maar het betekent ook



Illustratie: Ad Oskam

dat je andere patiënten met dezelfde aandoening maar aangevuld met complicerende factoren en patiënten met andere aandoeningen, blokkeert. In een deels onvoorspelbare omgeving als een ziekenhuis moet je ervoor waken dat standaardisatie je beperkt in je flexibiliteit en daarmee veiligheid.”

Berden waarschuwt dat een ziekenhuis geen productiehuis is. “De organisatiestructuur van een ziekenhuis is niet te vergelijken met de industrie: de onvoorspelbaarheid in het werk is veel groter, het werk is complexer en naast doelmatigheid is betrokkenheid bij en persoonlijke aandacht voor de patiënt minstens zo belangrijk. Je moet in zo'n omgeving oppassen dat je niet doordraaft in efficiëntieverbetering. Elementen als veiligheid, doelmatigheid en professionaliteit moet je in balans met elkaar ontwikkelen en het onderlinge evenwicht bewaken. Lean is bij ons dan ook onderdeel van het grotere geheel, de focus ligt op een combinatie van verbetering van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. Daarbij is het van groot belang dat dit gebeurt door de mensen die het werk uitvoeren. Zij kunnen als geen ander inschatten welke risico's zijn verbonden aan veranderingen in werkprocessen.”

## SAMENWERKEN

Hans sluit zich hierbij aan: “Als kenniscentrum van procesoptimalisatie hebben wij veel kennis van bedrijfsvoering en processen in huis. Maar dat je een kind in de ochtend moet opereren omdat het niet een hele dag nuchter kan blijven en dat een ‘vuile’ operatie aan het einde van de dag plaatsvindt zodat je de OK daarna kunt schoonmaken zonder andere patiënten te laten wachten, dat zijn zaken die je pas in de ziekenhuizen van de professionals zelf leert. Daarnaast is elk ziekenhuis uniek. Er is geen methode die overall werkt, net zomin als een behandeling bij iedere patiënt identiek is. De beste manier om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid in een ziekenhuis te verbeteren is dan ook om kennis van bedrijfsvoering en van de ziekenhuiszorg op de plaats zelf te combineren door een hecht samenwerkingsverband van bedrijfskundigen, specialisten en verpleegkundigen. En ter plekke te onderzoeken hoe iets is georganiseerd, waarom en of en hoe het beter kan. Zo kun je het evenwicht tussen de drie elementen het beste waarborgen.”



# Juridische kwestie

DOOR INGRID TERLIEN-WEZENBERG, MEDI RISK

## De Zaak

Mevrouw A. gaat voor een beenoperatie naar het ziekenhuis. Daar wordt ze verwisseld met een patiënt die voor een acute buik onder het mes moet. Met het oog op een laparotomie krijgt mevrouw A. algehele anesthesie. Het OK-team merkt de verwisseling pas tijdens de operatie op. De buik wordt meteen gesloten en de patiënt krijgt spinale anesthesie om alsnog de beenoperatie te kunnen verrichten. De algehele anesthesie wordt op het lichtst mogelijke niveau voortgezet. Na een aantal weken krijgt mevrouw A. een longontsteking, waarna zij komt te overlijden. De familie van de patiënt dient een claim in.

## Wie is aansprakelijk?

De afdeling Schadebehandeling van MediRisk onderzoekt het incident samen met de medisch adviseur. Over het algemeen geldt: hoe langer een operatieve ingreep duurt, des te groter de kans op postoperatieve wondinfecties. Dit geldt echter niet voor het ontstaan van een longontsteking na een operatie. Om te voorkomen dat een lange operatie het weerstandsvermogen tijdelijk vermindert, krijgen patiënten regelmatig antibiotica toegediend en besteden anesthesiologen bijzondere aandacht aan het handhaven van de temperatuur. Dit is ook gebeurd bij mevrouw A. De kans op het ontstaan van een longontsteking na langdurige algehele narcose is groter dan bij spinale anesthesie. Maar ook als mevrouw A. spinale anesthesie had gekregen, zou ze vanwege haar geestelijke toestand – ze was zeer angstig – vanaf het begin van de operatie een redelijke sedatie nodig hebben gehad. Het risico op een longontsteking zou dan op hetzelfde niveau hebben gelegen als bij algehele anesthesie. Het feit dat bij mevrouw A. ten onrechte een buikoperatie is uitgevoerd, heeft mogelijk bij-

gedragen aan het ontwikkelen van de longontsteking. Dat deze zich niet in de postoperatieve fase, maar pas in een latere fase tijdens het herstelproces manifesteerde, maakt een direct verband echter minder waarschijnlijk.

## Bepaling van de schadevergoeding

Omdat er geen uitgebreide obductie is verricht, is een mogelijk oorzakelijk verband tussen de fout en het overlijden van mevrouw A. niet aan te tonen. Wel is sprake van een uitermate ernstige fout: er is immers ten onrechte een diagnostische laparotomie verricht. Uit het onderzoek komt naar voren dat mevrouw A. ook een longontsteking had kunnen oplopen als wel direct de juiste ingreep was uitgevoerd. MediRisk kan de aansprakelijkheid voor de longontsteking niet erkennen, maar is – gelet op de gebeurtenissen – van mening dat een minnelijke vergoeding op zijn plaats is. De familie van de patiënt krijgt een vergoeding van € 7500, zonder erkenning van de aansprakelijkheid.

## Preventie

MediRisk heeft de afgelopen vijf jaar gemiddeld 26 claims per jaar ontvangen over verwisselingen. Om het risico op fouten terug te dringen, eist MediRisk van aangesloten ziekenhuizen dat zij vangnetten hanteren. De essentie van het MediRisk vangnet 'Verwisselingen' is dat er meerdere verificatiemomenten zijn, door verschillende zorgverleners, aan de hand van het dossier. Een voorbeeld van een ondersteunend verificatieproces is een time out-procedure vlak vóór de start van de operatie. Hiermee volgt MediRisk de eis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meer informatie en tips vindt u in de praktijkgids Verwisselingen van en bij patiënten van het VMS Veiligheidsprogramma.


 Voor informatie over de afhandeling van overlijdensschade kunt terecht op [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl).



Foto: Westfriesgasthuis

SLIM GEREGLD TIM-men, oftewel Transmuraal

Incidenten Melden. Daarmee wil het Westfriesgasthuis de overdracht van informatie tussen ziekenhuis, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg en huisartsen in de regio verbeteren. Het idee ontstond na meldingen van huisartsen waarbij in de ketenzorg iets was misgegaan.

DOOR MARE BERGSM A

# Westfriesgasthuis Transmuraal incidenten melden

## HOE WERKT HET?

Met TIM-men kunnen de zorgverleners uit de betrokken ketenorganisaties overdrachtsincidenten melden, registreren, analyseren en terugkoppelen. Als een incident wordt signaleerd, vult de melder het TIM-formulier in en stuurt dit digitaal naar een coördinator van TRAFO (TRAnsmuraal Fasciliterend Ontwikkelcentrum). Deze stuurt de melding door naar de instelling die tevens bij het incident betrokken is. Binnen beide betrokken instellingen wordt de melding als VIM behandeld. De instellingen koppelen hun bevindingen weer terug aan TRAFO. Hier wordt geanalyseerd of de melding afdoende is afgehandeld en of nadere informatie of actie nodig is. De melder krijgt ook altijd een terugkoppeling van de analyse.

## WAT LEVERT HET OP?

Mariëtte van Berkum, adviseur veiligheid in het Westfriesgasthuis: "Uit de pilot bleek dat een soepler overgang tussen verschillende

zorginstellingen hiaten verkleint en dat de kans op overdrachtsincidenten vermindert."

## WAAROM SLIM GEREGLD?

Van Berkum: "Met TIM-men voorkom je dat je alleen alert bent op je eigen interne proces. Wat voor het ziekenhuis handig is, hoeft niet toepasbaar te zijn in een verpleeghuis. Door TIM-men leer je verder te kijken dan de patiënt in je eigen instelling. Het Westfriesgasthuis werkt met een ander, digitaal, overdrachtssysteem dan de verpleeghuizen, dat onderling niet uitwisselbaar is. Dit leverde veel problemen op. Daarom is het handig als wij de overdracht uitprinten en deze meegeven wanneer de patiënt weer teruggaat naar het verpleeghuis.

Een ander voorbeeld: in verzorgingshuizen is het fijn als het tijdstip vaststaat waarop ze een bewoner kunnen verwachten, zodat de juiste zorg kan worden ingepland. Wanneer een bewoner per ambulance vanuit het ziekenhuis naar het verzorgingshuis gaat, kan dit echter

niet gegarandeerd worden. Als ziekenhuis hebben we geen invloed op ambulances, spoed gaat immers altijd voor en dus kan het gebeuren dat een bewoner om half twee in plaats van elf uur wordt opgehaald. Door het TIM-project zijn we hierover met elkaar in gesprek gegaan. We hebben samen naar oplossingen gezocht en er is wederzijds begrip ontstaan. Deze vorm van samenwerking creëert inzicht in de werkwijzen en door het kijken in elkaars keuken kun je ook weer van elkaar leren." |

Meer informatie: Mariëtte van Berkum (0229-20 86 36 of [m.vanberkum@westfriesgasthuis.nl](mailto:m.vanberkum@westfriesgasthuis.nl)). Het TIM-formulier is te vinden op [www.medirisk.nl/kennisbank](http://www.medirisk.nl/kennisbank).



# Darmperforatie na endoscopisch onderzoek

Tijdens een endoscopisch darmonderzoek waarbij poliepen worden verwijderd, treedt direct na het geven van snijstroom een darmperforatie op. Er blijkt een functie te missen op het onlangs aangeschafte coagulatie-apparaat. **DOOR WENDY UITHOL, MEDI RISK**

## DE CASUS

Een patiënte meldt zich in het ziekenhuis voor een endoscopisch darmonderzoek waarbij poliepen worden verwijderd. De internist vertelt haar dat het een routinematige ingreep is waarbij zelden complicaties optreden. Tijdens de ingreep treedt echter direct na het geven van snijstroom een darmperforatie op. Na de ingreep laat de internist röntgenonderzoek verrichten om eventuele lucht die via de perforatie in de buikholte komt aan te tonen. Gelukkig is er sprake van een klein defect en gezien de goede conditie van de patiënte besluit de internist in overleg met de chirurg tot een conservatieve behandeling. Hierbij is de verwachting dat de perforatie vanzelf geneest. De patiënte herstelt naar tevredenheid en mag na een aantal dagen zonder heroperatie naar huis. Wel houdt zij nog geruime tijd buikklachten. Omdat dit in korte tijd de tweede patiënt is bij wie tijdens een endoscopische ingreep een darmperforatie is opgetreden, wil de internist het zekere voor het onzekere nemen en een technisch pro-

bleem van het apparaat uitsluiten. Hij meldt de twee incidenten daarom bij de technische dienst.

## DE RECONSTRUCTIE

De technische dienst start direct een onderzoek. In de scopiekamers zijn meerdere coagulatie-apparaten in gebruik. De technische dienst komt erachter dat de endocut-functie op één van deze apparaten – degene die het laatst is aangeschaft – niet is geïnstalleerd. Deze functie meet de elektrische weefselweerstand tijdens het coaguleren. Afhankelijk van de weefselweerstand sluit het tijdig de stroomtoevoer af om verbranding van weefsel te voorkomen. De endocut-functie wordt door middel van software op het apparaat geïnstalleerd. Dat dit niet is gebeurd, is terug te voeren op de aanschaf van het apparaat. Omdat de coagulatie-apparaten in het ziekenhuis naar tevredenheid functioneerden, werd besloten een soortgelijk model aan te schaffen. Bij de aankoop van het nieuwe apparaat is niet uitdrukkelijk geïnventariseerd aan welke eisen

deze moest voldoen; men dacht immers hetzelfde apparaat met dezelfde functies aan te schaffen. De endocut-functie moest echter apart worden bijbesteld. Dit stond niet expliciet in de offerte van de leverancier genoemd, enkel in de bijgeleverde brochure. Niemand heeft dit opgemerkt.

Dat het ontbreken van de endocut-functie pas lang na de aanschaf werd ontdekt, kwam doordat het nieuwe apparaat alleen werd gebruikt door de chirurgen. Deze gebruiken de endocut-functie niet, zodat het ontbreken ervan nooit is opgevallen. Totdat het coagulatie-apparaat van de internisten defect ging en zij toevallig het bewuste apparaat uit de andere scopiekamer haalden, ervan uitgaande dat alle coagulatie-apparaten identiek waren. De internisten merkten het ontbreken van de endocut-functie vervolgens niet op omdat ze dit aan de buitenkant niet konden zien. Ook wanneer de benodigde software niet is geïnstalleerd, lijkt de functie namelijk wel aanwezig te zijn door de knop op het bedieningspaneel.



De internisten vertrouwden er dus op dat de endocut-functie werkte, terwijl dit niet het geval was.

## WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?

Naar aanleiding van het onderzoek heeft het ziekenhuis een aantal verbeteracties geformuleerd:

- Men neemt contact op met de leverancier om aan te geven dat zij de functie explicieter moeten benoemen om dergelijke fouten in de toekomst te voorkomen.
- Daarnaast scherpt het ziekenhuis de afspraken rondom aanschaf van apparatuur aan: voortaan kan geen apparaat meer worden besteld zonder dat een specifiek pakket met eisen is opgesteld. Hierin moet de gebruiker expliciet aangegeven wat het doel en toepassingsgebied is van het aan te schaffen toestel.
- Tot slot breidt het ziekenhuis de veiligheidscontroles uit met een functionele test. De technische dienst heeft een checklist (zie ook Kennisbank Schadepreventie op [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl)) ontwikkeld waarop alle uitgevoerde tests worden afgevinkt. Ook de eindgebruiker moet deze checklist aftekenen.

## AFHANDELING VAN DE CLAIM

MediRisk heeft € 1000 uitgekeerd in verband met het langere verblijf in het ziekenhuis en het lichamenlijk ongemak (stress en pijn). |



# GESPOT



**DE BOOM IN** Op de afdeling interne geneeskunde in het Leidse Diaconessenhuis kunnen verpleegkundigen en patiënten de boom in. Althans, met hun ervaringen en suggesties voor verbeteringen. HBO-V student verpleegkunde Joke Verdoes bedacht voor haar afstudeerproject een creatieve methode om erachter te komen hoe verpleegkundigen nog beter kunnen omgaan met patiënten. Patiënten en hun bezoek konden een maand lang hun ervaringen en suggesties op een blaadje schrijven en deze in de 'Verbeterboom' hangen, die aan het begin van de afdeling stond. Collega verpleegkundigen konden hetzelfde doen in een aparte boom. Opvallend: de verbeter suggesties van patiënten vertoonden veel overeenkomsten met die van de verpleegkundigen