Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

MediRisk

MAART 2011

'DE APOTHEKER IS DE WAAKHOND VAN HET MEDICATIEPROCES'

IDEALE MEDICATIEOVERDRACHT IN SINT LUCAS ANDREAS ZIEKENHUIS

MEDIRISK VERSCHERPT TOEZICHT OP NALEVING VANGNETTEN

MEDICATIE VEILIGHEID

Er is nog veel winst te behalen

MediRisk

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 Mare Bergsma (hoofdredacteur), Bart Jongbloed, Lilian Knol, Marjoleine van der Zwan
Realisatie Zin Tekst&Beeld (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
communicatie@medirisk.nl
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 Starkenburg RE, voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
dr. P. van der Wijk, lid RvB Martini Ziekenhuis, Groningen

Bestuur
mr. E.A. van Gelderen, algemeen directeur
M.E. van der Zwan MSc MBA, directeur

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 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: Shutterstock

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.

INHOUD

8 Lijstjes
Column Sonja Keizers, apotheker

9 Vervolg op het SEH- en OK-project
MediRisk controleert naleving van de vangnetten

10 Een praktisch, veilig en helder ontslagrecept
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis zet stap naar ideale transmurale overdracht

13 Case report
Verkeerd medicijn

14 Inter pares
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen

19 Juridische kwestie
Klapvoet door slechte positionering

20 Verscherpt toezicht op de IC
Inspecteur Jan Haeck ziet ruimte voor verbetering

22 Claimreconstructie
Luxatie wordt niet gezien

24 Gespot
Mobiele applicaties in de OK

Apothekers als waakhond

Jaarlijks zorgen medicatiefouten voor zo'n zestienduizend ziekenhuisopnamen. Nieuwe richtlijnen, zoals die voor de medicatieoverdracht, moeten het tij keren. Maar dat lukt alleen als ook de apothekers een grotere rol gaan spelen in het medicatieproces, zegt hoogleraar Peter de Smet. |pag.4|

BovenIJ is weer 'in control'

Hoe ga je verder als de Inspectie de bereidingsunit voor medicijnen sluit? De apotheek van het BovenIJ ziekenhuis maakte het mee. Na een grondige verbouwing en de implementatie van vele kwaliteitseisen, is de apotheek het beste jongetje van de klas. |pag.16|

PREVENTIEBLIK Om te voorkomen dat patiënten de verkeerde (dosering) medicatie krijgen, is de medicatiedubbelcheck ingevoerd. Maar de ervaring leert dat de tweede persoon die dit moet uitvoeren regelmatig niet beschikbaar is. Anesthesiemedewerker Reinder Lont heeft daar iets op gevonden: de DoubleCheck Assistant. Geen dure collega, maar een (tablet) pc met barcodescanner en labelprinter. "Je scant de ampul en de computer laat niet alleen zien wat erin zit, maar spreekt het ook uit. Ter controle," zegt Lont. Als dit het juiste middel is, klik je op OK. Er rolt vervolgens een etiket voor de spuit uit de printer, hierop staan de naam van de medicatie, de concentratie en de datum en tijd. Als de medicatie opgelost moet worden, berekent de DoubleCheck Assistant bovendien de oplossingen uit. In gangbare terminologie met duidelijke instructies voor de bereiding. Met een druk op de knop kun je bovendien razendsnel alle contra-indicaties, bijwerkingen en het lokale protocol raadplegen. Meer informatie: www.doublecheckassistant.nl.

Foto: Reinder Lont

Apotheker en hoogleraar Peter de Smet

‘De apotheker is de waakhond voor medicatieveiligheid’

Jaarlijks hebben medicatiefouten ongeveer zestienduizend ziekenhuisopnamen tot gevolg. Nieuwe richtlijnen, zoals voor de medicatieoverdracht, moeten het tij keren. En daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de apotheker. Tenminste, als het aan apotheker en hoogleraar Peter de Smet ligt. “Apothekers zijn getraind in veilig werken. Zij zouden hun veiligheidsbril wat meer kunnen verbreden.” DOOR MATTHIJS BUIKEMA

Maar liefst 80 procent van de ontslagbrieven bevat onvolledige medicatieregistratie. Bij elke ontslagen patiënt zijn meer dan twee interventies nodig om potentiële fouten te voorkomen. 27 procent van de medicatie die vanwege bijwerkingen in het ziekenhuis bij ouderen wordt gestopt, wordt binnen zes maanden na ontslag opnieuw gestart. Het zijn harde cijfers waar Peter de Smet, programmacoördinator medicatieveiligheid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de afgelopen jaren de gevolgen van heeft gezien. “De communicatie van medicatiegegevens bij opname en ontslag is nog altijd onder de maat”, zegt De Smet. Verbijsterend was een geval waarbij de patiënt een bijwerking kreeg op simvastatine, een cholesterolverlager. “De patiënt werd opgenomen en de specialist oordeelde dat hij beter geen simvastatine meer kon gebruiken. Enkele maanden later lag hij weer in het ziekenhuis. Door een bijwerking op simvastatine die zijn huisarts hem opnieuw had voorgeschreven. Daarna ging het voor de derde keer mis. Hoe groot kan het gebrek aan communicatie zijn?”

OM DIT SOORT TAFERELEN UIT TE BANNEN, IS SINDS 1 JANUARI DE RICHTLIJN ‘OVERDRACHT VAN MEDICATIEGEGEVENS IN DE KETEN’ VAN KRACHT. IS DIT EEN GOEDE ZAAK?

“Zeker, de richtlijn is een stap in de goede richting. Een arts mag alleen nog een geneesmiddel voorschrijven als hij over een actueel medicatieoverzicht van de patiënt beschikt. Bij elk overschrijfmoment. Voortaan moet bovendien duidelijk worden vermeld waarom er met een geneesmiddel wordt gestopt. Die informatie is voor alle zorgverleners in het zorgtraject belangrijk, met name voor apothekers, en zeker als een medicijn vanwege een contra-indicatie wordt gestopt.”

DIE INFORMATIE KREEG DE APOTHEKER VOORHEEN NIET?

“Nee. Apothekers – ook vele openbare – krijgen sinds kort wel laboratoriumuitslagen. Daarmee kunnen ze controleren of de voorgeschreven medicatie en de voorgeschreven dosering voor een patiënt met bijvoorbeeld een nierfunctiestoornis juist is. De apotheker kan ook meteen de kwaliteit van het voorschrijven beoordelen en dit aan de arts terugkoppelen. Bovendien kan hij op het moment dat hij de labwaarden krijgt, controleren of de noodzakelijke laboratoriumbepalingen feitelijk wel zijn uitgevoerd. Er zijn bepaalde geneesmiddelen waarbij je eerst het kalium- en creatininegehalte in het bloed moet bepalen voordat je zo’n therapie mag starten. We hebben net ontdekt dat dit in een derde van de gevallen niet gebeurt. Zelfs niet als het om een kwetsbare patiënt ging. De apotheker kan de artsen hier nu op wijzen.
Nog beter zou zijn als de apotheker inzage krijgt waarom een arts een bepaald geneesmiddel voorschrijft. Wij pleiten daar al jaren voor, want met die informatie kan de apotheker controleren of het geneesmiddel en de dosering wel bij de indicatie past. Dit gaat soms fout. Berucht voorbeeld is het middel methotrexaat. Een lage dosering hoort bij reuma, een hoge dosering bij bepaalde neoplasma’s. Het is voorgekomen dat een reumapatiënt een te hoge dosering methotrexaat kreeg. De apotheker had tijdig aan de bel

Peter de Smet is apotheker, senior onderzoeker bij het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) en bijzonder hoogleraar Kwaliteit van de Farmaceutische Patiëntenzorg aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Hij is tevens programmacoördinator Medicatieveiligheid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

Foto: Sicco van Grieken

‘De nieuwe richtlijn medicatieoverdracht heeft de apotheker óók een regierol gegeven, samen met de huisarts en de medisch specialist’

kunnen trekken als hij had geweten wat de indicatie was waarvoor het middel was bedoeld. Als de indicatie niet op het recept staat, kun je bovendien niet altijd waarschuwen voor eventuele contra-indicaties.”

Is dat wel een taak van de apotheker?
“Natuurlijk, de apotheker is primair verantwoordelijk voor medicatieveiligheid en zou in het middelpunt van het medicatieproces moeten staan. De apotheker kan de medicatiegegevens die hij beheert via uitwisseling van gegevens up-to-date houden en beschikbaar maken voor andere zorgverleners en voor de patiënt. We weten ondertussen dat versnippering van de medicatiegegevens slecht is voor de medicatieveiligheid. Dat kun je voorkomen door de apotheker meer bij de medicatiebehandeling van de patiënt te betrekken.”

Waarom gebeurt dat niet?
“Het stuit deels op weerstand van medisch specialisten. Ik denk dat zij zich toch wat gecontroleerd zullen voelen als apothekers over hun schouder meekijken. Deels heeft het ook met de apothekers zelf te maken. Zij zijn nog niet zo heel lang een erkend specialisme. Ik denk dat het aantal medicatiefouten drastisch omlaag gaat als de apothekers hun blik verbreden en zich meer in het medicatieproces laten zien. Je ziet het resultaat daarvan in het Universitair Medisch Centrum Maastricht en in de ziekenhuizen die betrokken zijn bij de Wings-studie (zie het kader). Zet kennis in waar het nodig is.”

Is zo’n Maastricht-methode in alle ziekenhuizen toe te passen?
“Dat lijkt mij wel. Ik ben voor evidence based practice, maar je moet daarin niet doorschieten. Sommige dingen liggen zo voor de hand. Een Engelse hoogleraar zei ooit dat je ook niet hoeft te onderzoeken wat er gebeurt als iemand zonder parachute uit een vliegtuig stapt. Als getrainde apothekersassistenten op de afdeling medicatie gaan klaarmaken, kun je op je klompen aanvoelen dat de veiligheid daarmee wordt vergroot. Het is een kostenafweging die het bestuur van een ziekenhuis moet maken.”

In hun poging om het aantal medicatiefouten terug te dringen, hebben de ziekenhuisapothekers vijf jaar geleden de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) opgericht. In deze databank worden anoniem medicatiegerelateerde incidenten verzameld en door deskundigen geanalyseerd. “Zo weten we bijvoorbeeld dat er regelmatig iets misgaat met insuline. Dat de patiënt het verkeerde insulinepreparaat of een verkeerde dosis krijgt. Blijkbaar is dat een risicomiddel. We sturen over zulke problemen alerts met aanbevelingen en een nieuwsbrief naar alle apothekers. Daarnaast verzamelen we lijsten van *sound alike, look alike* medicaties, geneesmiddelen die qua naam en verpakking sterk op elkaar lijken en vergissingen kunnen uitlokken.”

Wat valt er uit al die meldingen op te maken?
“Dat de sleutel voor succes vooral in betere samenwerking ligt. Samenwerking tussen apothekers onderling, samenwerking met andere disciplines in de eerste en tweede lijn en goed overleg met de patiënt. Goede samenwerking is de voorwaarde voor betere overdracht van informatie. Het gebruik van barcoderingen is gelukkig sterk in opkomst, waardoor de juiste medicatieopdracht aan de juiste patiënt kan worden gekoppeld. Het is aantoonbaar efficiënter en veiliger. Maar automatisering is niet heilig. De kans dat een arts een verkeerde naam aanklikt op het computerscherm, is aanwezig. Ga maar eens na hoe vaak jij een verkeerde website aanklikt in je lijst favorieten. Het risico dat een patiënt een verkeerd geneesmiddel krijgt, neemt door de automatisering enerzijds af maar zou anderzijds ook weleens kunnen toenemen. Maar ook hier geldt dat de apotheek een prima dubbelcheck kan uitvoeren als hij meer bij het proces wordt betrokken. Overigens is er een duidelijke verschuiving gaande. De Tweede Kamer buigt zich binnenkort over een wijzigingsvoorstel voor de Geneesmiddelenwet, waarin het vermelden van de indicatie op het recept vanaf 2012 verplicht wordt gesteld. Dat zal volgens mij een groot effect hebben. En de nieuwe richtlijn voor medicatieoverdracht heeft de apotheker ook een regierol gegeven, samen met de huisarts en de medisch specialist. Het rare is echter dat de apotheker nog geen zicht heeft op het totale profiel van patiënten op polyfarmacie. Dat kan alleen als de apotheker ook over gegevens uit het medische patiëntendossier beschikt.”

Simpel en voor de hand liggend - UMC Maastricht heeft het aantal medicatiefouten bij het toedienen van parenteralia op verpleegafdelingen met maar liefst 97 procent teruggedrongen. Hun geheim: apothekersassistenten die in plaats van verpleegkundigen alle parenteralia klaarmaken op de afdeling. Eerder maakten de apothekersassistenten deze alleen klaar voor hoog-risicomedicatie. In het medicatieproject, Feniks geheten, werd bovendien voor elke toediening een barcode gekoppeld aan de patiënt en aan de medicatie. De barcode regelt geautomatiseerde toedieningsregistratie en maakt een dubbelcheck bij het toedienen van de medicatie mogelijk. Het doel van het project was risico's te ondervangen en mogelijke medicatiefouten te voorkomen. De driejarig Wings-studie, gedaan door het AMC, Spaarne Ziekenhuis en het Westfriesgasthuis, laat zien dat het aantal medicatiefouten bij ouderen met ruim 45 procent afneemt als er een apotheker op de afdeling aanwezig is. De ziekenhuisapotheker screende elke nieuw opgenomen oudere patiënt op basis van een checklist met daarop de belangrijkste medicatierisico’s bij ouderen. De gevonden problemen besprak de apotheker samen met de arts-assistenten, die de checklist standaard bij zich droegen.

U ziet de apotheker als waakhond van het medicatieproces?

"Ja, waarom niet? De apotheker heeft tijdens zijn studie geleerd dat je heel zorgvuldig moet werken en alles twee keer moet controleren. Hij is gewend aan een strenge veiligheidscultuur. In de apotheek, weten we uit de literatuur, gaat relatief weinig fout. Een arts leert tijdens zijn studie juist te leven met onzekerheid. Een arts krijgt een patiënt voor zich en moet iets doen, ook als hij nog niet zeker weet wat er precies aan de hand is. Als je niet alles weet, is de kans op fouten groter. Daarom is die controlerende rol van de apotheker op het moment dat de arts met een medicatievoorschrift komt, zo nuttig. Ook als het om een waarschijnlijkheidsdiagnose gaat. Naarmate een apotheker meer gegevens tot zijn beschikking krijgt, kan de apotheker echt een actieve rol spelen bij het voorkomen van medicatiefouten." ▌

Succes met High 5's - Als binnen 24 uur na een spoedopname een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is, wordt het aantal medicatiefouten bij spoedopnames van patiënten van 65 jaar en ouder met 80 procent gereduceerd. Dat blijkt uit de eerste resultaten na invoering van het internationale standaardprotocol medicatieverificatie in zes Nederlandse ziekenhuizen. De implementatie van dit protocol maakt deel uit van het internationale project High 5´s, dat in Nederland door het CBO wordt uitgevoerd. Elf Nederlandse ziekenhuizen werkten afgelopen jaar intensief samen aan het optimaliseren van medicatieveiligheid bij spoedopnames van patiënten van 65 jaar en ouder. Voor deze groep is gekozen omdat dit de meest complexe patiënten zijn met betrekking tot medicatie. Uit de nulmeting bleek dat bij ruim de helft van de patiënten bij spoedopname één of meerdere onjuistheden in het medicatieoverzicht staan. Dit percentage komt overeen met de internationale literatuur. Uit de resultaten van de eerste zes ziekenhuizen blijkt dat door de invoering van het internationale standaardprotocol voor medicatieverificatie het aantal medicatiefouten binnen één tot vijf maanden drastisch en blijvend verminderd kan worden als binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is. Een van de meest effectieve interventies is een gesprek over het gebruik van de thuismedicatie tussen de patiënt en een apothekersassistent(e), binnen 24 uur na de spoedopname. Daarnaast vergelijkt de apothekersassistent(e) de medicatielijst van de openbare apotheek met voorgeschreven medicatie in het ziekenhuis.

Lijstjes

Sonja Keizers, apotheker

Foto: Hans Oostrum Fotografie

Bent u ook zo iemand die leeft met lijstjes? Een to do-lijst van wat er vandaag moet gebeuren, een bagagelijst van wat meegaat op vakantie en een verlanglijstje voor alle onvervulde dromen. Wie net als ik regelmatig last heeft van een vastgelopen harde schijf onder zijn schedeldak, kan maar beter alles opschrijven wat de moeite van het onthouden waard is.

Bij ons thuis kennen we de mop van Jantje die boodschappen ging doen met zijn zusje. Toen hij alleen thuiskwam vroeg zijn moeder waar zijn zusje was gebleven. "In de sloot gevallen", zei Jantje. "Waarom heb je haar er niet uitgehaald", vroeg moeder. Waarop het antwoord van Jantje was: "Omdat dat niet op mijn boodschappenlijstje stond!" Deze kindermop, waarmee mijn dochter ooit de lachers op haar hand kreeg, is in de loop der jaren al zo vaak herhaald dat het een fijne familietraditie is geworden. "Stond niet op mijn lijstje", gebruiken we als smoes wanneer we weer eens iets belangrijks vergeten zijn.

In de lijst van nuttige lijstjes mag de medicijnlijst natuurlijk niet ontbreken. De echte lijstjesmensen herken je er meteen aan. Ze houden op blocnote of in schriftjes keurig bij wat er zoal op doktersadvies door hun keel gaat. Van vitaminedruppel tot laxeerdrank en van bètablokker tot bloedverdunner. Deze lijstjesmakers konden tot voor kort misschien nog rekenen op meewarige blikken van zorgverleners. De richtlijn rondom medicatieoverdracht geeft hen echter volledig eerherstel. Elke dokter, binnen of buiten het ziekenhuis, moet volgens de richtlijn op de hoogte zijn van wat de patiënten die hij in zijn spreekkamer krijgt allemaal slikken. De lijstjes zijn tot norm verheven. Apothekers en artsen zullen voortaan wel beter hun best moeten doen om informatie over medicijngebruik aan elkaar door te geven. De zelfgefabriceerde amateurlijstjes kunnen dan zo snel mogelijk worden vervangen door direct beschikbare, up-to-date gehouden en liefst geautomatiseerde, professionele medicatieoverzichten. Dan kunnen we mooi weer zo'n overduidelijke tekortkoming in de zorg van ons eigen lijstje schrappen. ▌

www.pillenenpraten.nl

Vervolg SEH en OK-project

MediRisk controleert samen met haar leden de naleving van de vangnetten

MediRisk gaat in 2011 samen met de aangesloten ziekenhuizen onderzoeken hoe het gesteld is met de naleving van de MediRisk-vangnetten voor de Spoedeisende Hulp en de Operatiekamers. In de praktijk blijkt dat nog niet alle vangnetten volledig zijn ingevoerd of consequent worden toegepast. **Door Mare Bergsma, MediRisk Preventie**

Het is ruim een jaar geleden dat MediRisk het OK-project afrondde. Toen bleek 87 procent van de medewerkers op de OK zich bewuster te zijn van de risico's. Ook op de SEH zijn met behulp van de MediRisk vangnetten de risico's aantoonbaar verminderd. Maar heeft iedereen de SEH-vangnetten nog in de vingers? Zijn de OK-vangnetten nog in ieder ziekenhuis aanwezig? De praktijk blijkt vaak weerbarstiger dan de theorie. Daarover gaan de preventiemanagers van MediRisk in gesprek met de managers van de SEH- en OK-afdelingen. MediRisk draagt hierdoor bij aan borging van de kwaliteit van de werkprocessen rond de meest risicovolle zorgprocessen op de SEH en OK.

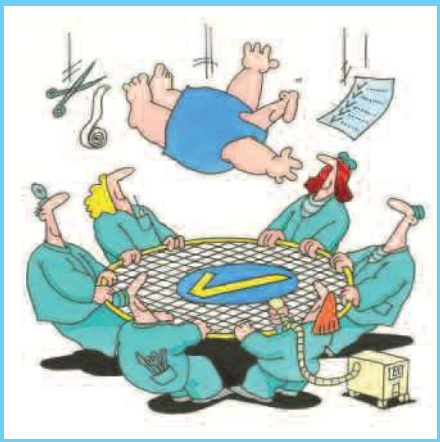
Plan, Do, Check, Act!

Het gehele auditproces op de SEH en de OK van het ziekenhuis is daarbij het vertrekpunt. Interne audits zijn een hulpmiddel om inzicht in de naleving van de MediRisk-vangnetten te krijgen. Deze methode past binnen het cyclisch denken van de Deming cirkel, een hulpmiddel voor kwaliteitsmanagement. De *Plan-Do-Check-Act* cirkel van Deming vormt dan ook de basis voor de waardering door de preventiemanagers van MediRisk. Bernadet Valentijn: "Wij richten ons met name op de kwaliteit van het auditproces gericht op de vangnetten. Als blijkt dat alle vangnetten ingevoerd zijn en het ziekenhuis een gestructureerde audit heeft uitgevoerd, dan geven we een toereikende waardering. Hierbij kijken we ook of alle producten en processen inzichtelijk zijn, en of de verbetermaatregelen voldoende 'SMART' zijn geformuleerd."

Aanbevelingen

MediRisk geeft ook aanbevelingen als er een ontoereikende waardering is. Valentijn: "Bijvoorbeeld als de Deming-cirkel niet volledig is doorlopen of sommige onderdelen in het auditsysteem onvoldoende zijn uitgewerkt om van een representatieve of kwalitatieve uitkomst te kunnen spreken. Met de aanbevelingen kan het ziekenhuis gericht aan de slag om een consequente naleving van de vangnetten te realiseren en daarmee de kwaliteit van het werkproces te waarborgen." Mocht uit de SEH-audit blijken dat er geen gezamenlijke dossierbespreking plaatsvindt, en ook verbetermaatregelen ontbreken, zal MediRisk een aantal aanbevelingen doen om de ziekenhuizen hierin op weg te helpen.

MediRisk deed op 24 februari als eerste het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg aan. Harm van de Pas, medisch manager en SEH-arts: "We hebben tijdens het bezoek van MediRisk een goede, inhoudelijke discussie gehad. Je merkt dat de preventiemanagers zelf een ziekenhuisachtergrond hebben en daardoor begrijpen ze goed wat wij allemaal hebben gedaan om de vangnetten in te voeren. In het Elisabeth zijn de vangnetten onderdeel van ons dagelijkse werk. Wij focussen ons daarbij met name op de competenties en vaardigheden van de arts-assistenten."



Spiegel

In het Elisabeth Ziekenhuis is het jezelf continu verbeteren een normale gang van zaken. Van de Pas: "Dagelijks evalueren we het zorgproces. Is het gelopen zoals we dat willen? We spreken elkaar er op aan als dat iets niet goed gaat. Bij ons is het vreemd als je iemand tegenkomt die hier niet aan meedoet. Ik vind dat je altijd in een spiegel moet willen kijken, en wat mij betreft is MediRisk die spiegel, maar wel één met tanden. De rol van MediRisk bij het kritisch kijken naar processen en het analyseren van de risico's vind ik een heel natuurlijke. De bezoeken van MediRisk aan alle aangesloten ziekenhuizen is ook een mooie golf om op mee te liften. Want met het verbeteren van onze processen maken we immers ook de zorg beter en veiliger. Het is juist goed dat onze aansprakelijkheidsverzekeraarhier samen met ons aan meewerkt en niet alleen in beeld komt als er iets mis is gegaan." ▌

Kijk voor meer informatie op www.medirisk.nl.

Praktisch, veilig en helder

Ontslagrecept: dé stap naar de ideale transmurale overdracht

Een stap in de goede richting om de medicatieveiligheid te verhogen zit aan het eind van het medicatieproces: het ontslag. Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam is daarmee goed op weg. De farmaceutische consultenten, speciaal opgeleide apothekersassistenten, spelen een belangrijke rol.

Door F. Karapinar-Çarkit, M.J.A. Janssen, S.D. Borgsteede, P.M.L.A. van den Bemt en J. Zoer

In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam ging in 2007 het project Farmaceutisch Consult Bij Ontslag (FCBO) van start, omdat bij de medicatieoverdracht van de tweede naar de eerste lijn veel fouten werden gemaakt. De oorzaken van die fouten lagen onder andere bij de gebrekkige controle van de medicatie bij opname en ontslag, onvoldoende aandacht voor het ontslaggesprek met de patiënt en onvolledige informatie aan de apotheken in de eerste lijn. Met het FCBO-project proberen we deze problemen te ondervangen. Zo controleren farmaceutisch consulenten bij opname en ontslag de medicatie van de patiënt op fouten – zoals onbedoelde verschillen met de thuismedicatie – en geschiktheid van de therapie – zoals het vermijden van NSAID's bij hartfalen. Daarnaast spreekt een consulent de patiënt een dag voor het ontslag en licht dan eventuele wijzigingen in de therapie toe. De consulent print dan een ontslagrecept uit het apotheeksysteem en laat dit ondertekenen door de arts of arts-assistent. Het Apotheek Service Punt (ASP) stuurt dit recept naar de volgende zorgverlener(s) in de eerste lijn.

In het FCBO-project zijn eerst het doel en de doelgroep van een ontslagrecept vastgesteld. Het doel is een overzichtelijke weergave te maken van de totale voorgeschreven, geïndiceerde en daadwerkelijk door de patiënt gebruikte medicatie. Hierin staat duidelijk beschreven welke wijzigingen in de therapie zijn aangebracht tijdens het ziekenhuisverblijf. Er is dus expliciet voor gekozen niet alleen de afleverregels over te dragen, maar het totale medicatiegebruik. Dit gebeurt na afstemming met de patiënt.
De doelgroep van het ontslagrecept is elke volgende zorgverlener in de keten. In de praktijk zijn dit voornamelijk de huisarts en de openbare apotheek, soms ook thuiszorg en verpleeghuisarts. We hebben één document ontwikkeld voor alle zorgverleners, zodat er geen verschil is in de informatievoorziening, en het ASP niet per patiënt – afhankelijk van de zorgverlener – een aangepaste lijst hoeft te versturen.

Overleg

Zowel de medicatie als het afleveraantal wordt overlegd met de patiënt. Het komt regelmatig voor dat er volgens de patiënt geen indicatie is voor een geneesmiddel terwijl de arts het wel voorschrijft (bijvoorbeeld laxantia). Ook kunnen patiënten thuis medicatie in voorraad hebben, zodat een geneesmiddelaflevering niet nodig is. Op een tweede pagina worden de medicatiewijzigingen, inclusief

Succesvolle implementatie - Uiteraard stuitte Fatma Karapinar op weerstanden toen ze het ontslagrecept in het SLAZ invoerde. "Vooral bij het communiceren van de reden van wijzigen of staken van medicatie. Men was niet gewend om deze informatie altijd te vermelden. Het was essentieel om dit goed uit te leggen. Dat we ermee wilden voorkomen dat een incorrecte dosering of geneesmiddel opnieuw zou worden voorgeschreven aan een patiënt. Om het ontslagrecept succesvol in te voeren hebben we eerst de huisartsen en openbare apotheken in de regio Amsterdam geënquêteerd over hun informatiebehoefte bij ontslagmedicatie. Daarnaast is er in de regio een ontslagconferentie georganiseerd, waarbij we het 'ideale' ontslagrecept probeerden te definiëren. Daarop is het medicatieoverzicht gebaseerd. Ons ontslagrecept is in principe ook in andere ziekenhuizen te gebruiken. Probleem is dat elk softwaresysteem z'n eigen ontwerp heeft. De KNMP en de ORIA proberen een standaard medicatieoverzicht op te stellen dat voldoet aan de richtlijn medicatieoverdracht. Wij denken daar vanuit onze ervaring in mee."

Fatma Karapinar-Çarkıt won met haar bijdrage aan de ontwikkeling van het ontslagrecept de Nationale Patiëntveiligheid Award 2009.

de in het ziekenhuis gestarte en gestaakte medicatie, afgedrukt. Deze informatie stuurden we aanvankelijk standaard mee, maar dit bleek veel vragen op te roepen bij de openbare apotheek. Een geneesmiddel dat tijdelijk is gestaakt en herstart, verschijnt namelijk op beide overzichten. Bovendien zijn de gegevens over de medicatie die in het ziekenhuis zijn gestart en gestaakt vaak niet relevant omdat het standaardmedicatie betreft, zoals pijnstillers en laagmoleculaire heparines. Tegenwoordig screenen de consulenten de lijst op medicatie die gestaakt zou kunnen zijn wegens bijwerkingen, maar de informatie wordt niet meer standaard naar de eerste lijn verstuurd.

Knelpunten

Goede communicatie bij ontslag is niet vanzelfsprekend en het blijkt lastig er in de praktijk vorm aan te geven. Er kwamen verschillende knelpunten aan het licht. Het definitieve besluit tot ontslag wordt regelmatig op een dermate laat moment genomen dat voor een ontslaggesprek geen tijd overblijft. Vanwege de vele artsenwisselingen in een opleidingskliniek is het noodzakelijk de artsen er telkens van bewust te maken dat zij zo vroeg mogelijk het definitieve moment voor ontslag moeten kiezen. Sommige artsen blijken weinig interesse te hebben buiten hun eigen vakgebied of vinden dat bepaalde geneesmiddelen niet hun verantwoordelijkheid hoort, zodat ze niet willen beslissen over eventuele (thuis)medicatie. Tegenwoordig melden we dit aan de huisarts en adviseren we de patiënt contact met de huisarts op te nemen.

Een ander knelpunt is dat de redenen van wijzigen of staken van medicatie vaak onbekend zijn, omdat de registratie in statussen incompleet is. In het begin van het FCBO-project hebben we artsen gevraagd op het ontslagrecept aan te geven welke medicatie is gewijzigd en waarom. Maar artsen bleken soms niet te weten dat ze medicatie gewijzigd hadden, bijvoorbeeld doordat ze een verouderde ontslagbrief als informatiebron gebruikten. De consulenten vragen nu, na de vergelijking met de thuismedicatie, actief na of en

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Apotheek Servicepunt
Jan Tooropstraat 164
1061 AE Amsterdam
Tel. 020-5108589
Fax. 020-5108458
ZIC: 4KW9

Ontslagrecept en Medicatieoverzicht per : 29 januari 2010

Pagina 1

Patient	: Dhr. Test, T.E.S.T. 10-03-48		Hoofdbehandelaar	: Test specialist, Cardiologie
PatientNr.	: 050317261		AGB Code	: 10054321
BSN	:		Afdeling	: A3 Cardiologie/KNO
Opnamedatum	: 25-01-10			

CONTRA INDICATIE : NIERFUNCTIE, VERMINDERDE

R/

Start t/m	Stop	Geneesmiddel	Dosering	Opmerking	Aantal * Stuks	Toedieningsweg
29-01-10		Pantoprazol tablet msr 40mg	1 maal daags 1 stuk(s)			Oraal
29-01-10		Acenocoumarol tablet 1mg	1 x daags volgens schema			Oraal
29-01-10		Furosemide tablet 40mg	1 maal daags 1 stuk(s)	Huisarts: gaarne nierfunctie en kalium in de gaten houden		Oraal
29-01-10		Metoprolol tablet mga zoc 50mg	1 maal daags 1 stuk(s)			Oraal
29-01-10		Perindopril tablet 2mg	1 maal daags 1 stuk(s)	Dosis verlaagd ivm verminderde nierfunctie (op 29/1: 39ml/min)		Oraal
29-01-10		Salbutamol aerosol 100mcg/do 200doses	4 x daags zo nodig 1 dosis	Nieuw bij benauwdheid		Inhalatie
29-01-10		Seretide aerosol 25/250 mcg/do 120 doses	2 maal daags 1 dosis			Inhalatie
29-01-10	29-01-10	Spironolacton tablet 25mg	1 maal daags 1 stuk(s)	Gestaakt ivm hoge kalium (op 29/1: 4,7 mmol/l)		Oraal

Naam aanvragend arts : .....
Handtekening : .....

Openbare apotheek : .....
Fax :
Gaarne bezorgen : Ja / Nee Op datum: .....

Levering per week: Ja / Nee
Innameschema gegeven: Ja / Nee
Dit overzicht is ook verstuurd naar de huisarts
s.v.p. trombosedienst inlichten

N.B. Terugsubstituties zijn al in het ziekenhuis uitgevoerd, tenzij bewuste therapiewijziging.
Apotheek gelieve bovenstaande actuele medicatie als recept te beschouwen

Laatste pagina

* 0 = niets afleveren, thuis nog voorraad

Report : 62278 Ontslagrecept-Arts-SLAZ 05-01-10

Het ontslagrecept van het SLAZ vermeldt actuele gegevens van patiënt, ziekenhuis, geneesmiddelen en openbare apotheek. De geneesmiddelen worden op ATC-volgorde geprint om vergelijking met overzichten van de openbare apotheek te vergemakkelijken en dubbelmedicaties te herkennen. Er is op het formulier voldoende ruimte om redenen voor wijziging of staken van medicatie te vermelden. Als een geneesmiddel bewust is gestaakt, verwerkt de farmaceutisch consulent dit in het ziekenhuisapotheeksysteem. Het recept vermeldt tevens of de patiënt een medicijnkaart heeft gekregen. Met dit in vieren gevouwen A4'tje kan de patiënt zijn medicatie bewaken en voorkomen dat in het ziekenhuis gestaakte medicatie na ontslag wordt herstart.

waarom medicatie gewijzigd is. Hierdoor kunnen we deze gegevens beter overdragen aan zowel de eerste lijn als de patiënt.

Inspanning

Een ontslagrecept opstellen buiten het FCBO om is erg foutgevoelig gebleken. Bij controle van door arts-assistenten opgestelde ontslagrecepten bleek bij 73 procent minstens één verschil te bestaan met de medicatie die vóór ziekenhuisopname gebruikt werd. Hiervoor bestaan vele oorzaken, zoals drukte op een afdeling of tijdelijk gestaakte medicatie vergeten te herstarten.

Ons huidige ontslagrecept is op basis van literatuurvoorbeelden, praktijkervaring en gebruiksgemak ontwikkeld na overleg met openbare apothekers, farmaceutisch consulenten en verpleegafdelingen. Hoewel we volledig proberen te zijn, voldoet dit ontslagrecept niet aan de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Zo missen we informatie over gebruik van alcohol en drugs. Omdat deze gegevens nog niet geregistreerd worden, is besloten ze niet op te nemen. Ook de allereerste voorschrijver van een middel en de apotheken die de geneesmiddelen hebben verstrekt, kunnen we niet vermelden; deze informatie moet uit de eerste lijn komen. Daarbij blijft de vraag wat die informatie toevoegt aan het ontslagrecept; de volgende zorgverlener zal immers veelal contact opnemen met de laatste voorschrijver. Er zijn situaties waarin zulke informatie wel van belang kan zijn. Wij wilden echter in eerste instantie in de praktijk starten en kijken wat nodig en haalbaar is om veelvoorkomende (ernstige) fouten te vermijden. Verwerking en overdracht van de informatie op ons huidige ontslagrecept zijn al arbeidsintensief en complex. Apotheeksystemen zijn bijvoorbeeld helemaal niet ingesteld op registratie en overdracht van bewust gestaakte medicatie. Veel artsen weten bovendien niet welke informatie zij moeten overdragen om aan de conceptrichtlijn te voldoen. Van alle partijen is dan ook veel inspanning nodig. Afspraken maken over standaarddocumenten, zoals een ontslagrecept en de processen eromheen, kan een (eerste) stap in de goede richting zijn. We zullen ons dan ook verder ontwikkelen. ▌

Dit artikel verscheen eerder in het Pharmaceutisch Weekblad.
*F. Karapinar-Çarkıt is ziekenhuisapotheker in opleiding. * S.D. Borgsteede is onderzoeker, M.J.A. Janssen en J. Zoer zijn ziekenhuisapothekers in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam. * P.M.L.A. van den Bemt is ziekenhuisapotheker in het Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.*

Verkeerd medicijn

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 goed nageleefd?

Door Irene van Beek, MediRisk Preventie

Illustratie: Wietse Bakker

De casus

Voor een schouderoperatie krijgt een patiënt een regionale verdoving toegediend. Zoals gebruikelijk dient men eerst een lichte vorm van sedatie toe in de vorm van midazolam. Vrijwel direct wordt de patiënt niet lekker en op verdenking van een vagale reactie wordt Atropine gegeven. Dan ontstaan hartritmestoornissen. Na enkele minuten herstelt de situatie maar de schouderoperatie wordt uitgesteld. Ter bewaking is de patiënt op de CCU opgenomen. Op basis van de heftige reactie vermoedt men dat er geen midazolam in de spuit heeft gezeten, maar ephedrine.

Het ziekenhuis

In het ziekenhuis zijn geen voorschriften over een dubbelcheck bij toediening van medicatie die gelden voor anesthesiologen en aios. In deze casus heeft de arts-assistent de midazolam opgetrokken en – zonder dubbelcheck – direct toegediend. Analyse door het laboratorium heeft aangetoond dat er in de spuit geen midazolam heeft gezeten. Naar aanleiding van dit incident is de inwerkprocedure voor arts-assistenten aangepast. In de procedure is nu de dubbelcheck bij medicatietoediening een vereiste. Ook binnen de vakgroep Anesthesiologie is het incident besproken en vastgelegd in de complicatieregistratie. Op de operatiekamers is een nieuw medicatieprotocol opgesteld waarin de dubbelcheck bij toediening voor alle medicijnen is opgenomen. Dit voorschrift geldt voor iedereen die op de OK medicatie bereidt en toedient.

MediRisk

Een preventiemedewerker van MediRisk behandelde het case report: “Het ziekenhuis had een medicatieprotocol, maar dat protocol had als scope verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers. Een dubbelcheck van medicatie vond gewoonlijk alleen plaats bij de bereiding van antibiotica en niet bij alle medicatie. Volgens de vangnetten moet er in ieder geval een dubbelcheck plaatsvinden bij de bereiding van oplossingen. Uit claimonderzoek van MedRisk blijkt dat dubbelchecks medicatiefouten kunnen voorkómen. Ook daarom is het een krachtige aanvullende maatregel om risico's rond medicatie te verminderen. MediRisk heeft in deze casus geen sanctie opgelegd, omdat de vangnetten strikt genomen het incident niet hadden kunnen voorkomen. Het ziekenhuis heeft passend gereageerd en verbeteracties doorgevoerd. MediRisk heeft het ziekenhuis geadviseerd om jaarlijks een interne audit te organiseren om de naleving van de nieuwe afspraken te toetsen.” ▌

Vangnetten om medicatiefouten te voorkomen - Onbedoelde fouten en schades zijn te voorkomen met vangnetten, maatregelen om de zorg veiliger te maken. Het vangnet medicatie van MediRisk richt zich op het voorkomen van verwisselings- en doseringsfouten. Ook maatregelen om overdrachtsfouten bij mogelijke allergieën horen daarbij, en tips voor toereikende dossiervoering. Alle bereide medicatie moet voorzien zijn van een etiket met vermelding van inhoud en dosering. Een dubbelcheck moet tenminste bij de bereiding van oplossingen uitgevoerd zijn. De IGZ stelt een ruimere norm dan MediRisk: alle medicatiebereidingen en -toedieningen moeten volgens de IGZ vergezeld worden van een dubbelcheck. Kijk voor het vangnet Medicatie op www.medirisk.nl/vangnetten.

IGZ Veiligheids-congres

Op donderdag 16 juni 2011 organiseert de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Doelen te Rotterdam voor de negende maal het jaarlijkse congres over patiëntveiligheid, dit maal onder de titel: 'Patiëntveiligheid en onderwijs: voorwaarde voor kwaliteit'. De IGZ is van mening dat patiëntveiligheid een cruciale plaats moet innemen in de opleiding en het onderwijs. Voor artsen en de verpleegkundigen in opleiding en de medisch en verpleegkundig specialist in opleiding moet veilig werken een vanzelfsprekendheid zijn. Zodanig dat daarmee vermijdbare schade aan de patiënt kan worden voorkomen. Dit congres is gewijd aan het vergroten van de aandacht voor patiëntveiligheid in initiële en vervolgopleidingen voor artsen en verpleegkundigen. Ook zal voor de derde maal de IGZ ZorgVeiligPrijs worden uitgereikt.
Meer informatie: www.igz.nl.

MediRisk op lustrum LVO

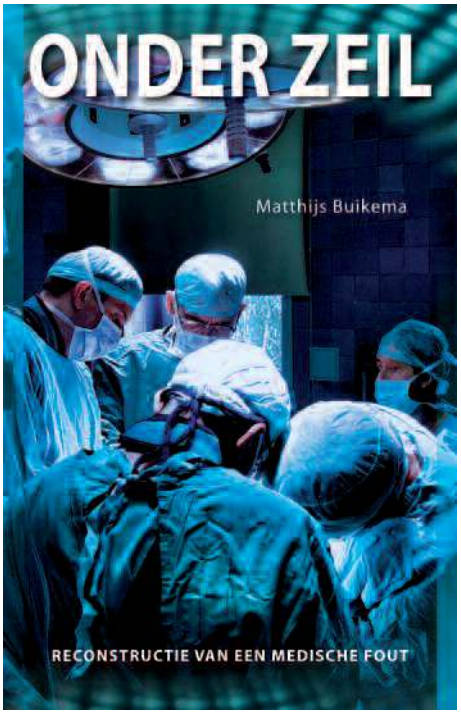
Preventiemanager Lilian Knol van MediRisk sprak onlangs op het lustrumcongres van de LVO, de beroepsorganisatie van operatieassistenten. Samen met de Ed Schoemaker (IGZ) en dr. Ian Leistikow (coördinator kenniscentrum patiëntveiligheid van UMC Utrecht) ging zij in op het onderwerp patiëntveiligheid en het voorkomen van vermijdbare schade in het operatieve proces. Knol benadrukte daarbij dat MediRisk de professionele rol van de operatieassistent als bewaker van de patiëntveiligheid ondersteunt. Hierbij spelen de OK-vangnetten van MediRisk en het risicobewustzijn van de operatieassistent een belangrijke rol.
Meer informatie over het OK-project van MediRisk: www.medirisk.nl/preventie/ok.

Nieuw bij MediRisk: Stichting Pathan

MediRisk verwelkomt Stichting Pathan als nieuw lid. Pathan is een laboratorium dat het pathologisch onderzoek verzorgt voor vier ziekenhuizen in Rotterdam en omstreken. De onderlinge is in gesprek met nog vier potentieel nieuwe leden.
Het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist en de MC|Groep Lelystad/Emmeloord hebben MediRisk per 2011 verlaten. Ook Land van Horne en Astmacentrum Heideheuvel hebben wegens de overgang naar VvAA respectievelijk een fusie, hun lidmaatschap beëindigd. MediRisk telt momenteel 64 leden.

Onderzoek opvang patiënten na een incident

Professor mr. Arno Akkermans (VU) en professor mr. Johan Legemaate (UvA/AMC) gaan – aansluitend op de GOMA – een onderzoek starten naar de opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Het onderzoek wordt gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp. De centrale vraag is hoe patiënten binnen en buiten de zorginstelling het beste kunnen worden opgevangen en geholpen in dit soort situaties. Voor het onderzoek zullen vanaf april zo'n vijftig patiënten worden geïnterviewd die mogelijk te maken hebben gehad met een verwijtbare fout. De uitkomsten van het onderzoek, dat twee jaar gaat duren, kunnen ook relevant zijn voor MediRisk en daarom is onze directeur verzekeringstechniek Harry Henschen gevraagd zitting te nemen in de begeleidingscommissie. Ook organisaties als de NVZ, Slachtofferhulp Nederland, NIVEL, NPCF, VKIG en NFU zijn gevraagd voor deze commissie.



Binnenkort in de winkel

Onder zeil: reconstructie van een incident

Eind september 2008 werden zeven patiënten in het Havenziekenhuis ernstig ziek na een relatief eenvoudige ingreep. De toestand van een van hen was wekenlang uiterst kritiek. Al gauw werd duidelijk dat er een medische fout was gemaakt. In het boek *Onder zeil* wordt nauwkeurig beschreven hoe dit kon gebeuren en wat de impact van die fout was. Niet alleen op de patiënt en zijn familie, maar ook op de betrokken zorgverleners en het ziekenhuis. De spannende reconstructie geeft een unieke kijk achter de schermen van een ziekenhuis op het moment dat het misgaat. Ook laat het zien hoe het Havenziekenhuis met deze medische fout is omgegaan: open, eerlijk en proactief. Dé basisingrediënten om met een crisissituatie om te gaan. Daarmee is *Onder zeil* een boek dat door iedereen in de zorg moet worden gelezen.
Onder zeil ligt binnenkort voor € 14,95 bij de boekhandel (ISBN 9789081693714).

Workshop klachten-management voor MediRisk-leden

Door toenemende patiëntenparticipatie, transparantie, juridisering van klachten en media-aandacht voor schadeclaims staat ook klachtenbehandeling weer in de aandacht. Reden voor MediRisk om voor de klachtenfunctionarissen van de aangesloten instellingen op 24 mei een speciale workshop te organiseren. Gedurende een dagdeel is er een interactief programma met onder meer casuïstiek, omgaan met weerstanden en het inzetten van mediation. MediRisk stimuleert al sinds haar oprichting een effectieve en kwalitatief goede klachten- behandeling bij haar leden.
Meer informatie: Lilian Knol, preventiemanager (l.knol@medirisk.nl).

Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afhandeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)

Een goede communicatie na een medisch incident voorkomt dat er misverstanden ontstaan. De gedragscode GOMA geeft onder andere aanbevelingen om de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder te verbeteren. Hoe ú volgens de GOMA kunt werken staat op de achterzijde. De volledige gedragscode staat ook op www.medirisk.nl/goma.

Voor vragen over de GOMA neem contact op met de afdeling Preventie, 030 247 48 10.

MediRisk

De GOMA in een notendop

MediRisk heeft in maart een "creditcard" onder haar leden verspreid waarop deel A van de Gedragscode Omgaan met medische incidenten; betere afhandeling medische aansprakelijkheid (GOMA) is te vinden. De GOMA - medio 2010 geïntroduceerd – moet onder meer de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder bij een medische fout zo optimaal te laten verlopen. Op de creditcard staan de negen aanbevelingen voor zorgaanbieders afgebeeld. Een handige reminder!

Internationaal veiligheidscongres in Amsterdam

Hoe kunnen we kwaliteitsverbetering betaalbaar realiseren? Dat is de vraag die op de 2011-editie van het International Forum on Quality and Safety in Healthcare, centraal staat. Dit congres wordt gehouden van 5 tot en met 8 april 2011 in de Rai Amsterdam. Ruim 2500 academici, onderzoekers, beleidsmakers en clinici uit 70 landen ontmoeten elkaar gedurende vier dagen om kennis en ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Nederland, dat een reputatie heeft op het gebied van patiëntenzorg, kwaliteitsverbetering en kostenbesparing, mag hier een inspiratiebron zijn voor landen over de wereld. De eerste dag van deze conferentie is Dutch Experience Day. Op deze dag wordt gesproken over hoe je internationale ideeën kunt verwerken voor een nóg betere gezondheidszorg in Nederland. Andersom kan internationaal ook veel worden geleerd van Nederland als het gaat om kwaliteit, veiligheid en innovatie. Een uitgesproken gelegenheid om uw steentje bij te dragen aan nationaal en internationaal betere zorg. Kijk voor meer informatie op www.internationalforum.bmj.com/2011-forum.

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

April Veiligheidsmaand

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis heeft april uitgeroepen tot Veiligheidsmaand. Er zijn diverse activiteiten op het gebied van veilige patiëntenzorg, veilig omgaan met informatie en veilig werken georganiseerd. Allemaal bedoeld om veiligheid in de hoofden van de medewerkers te krijgen. Veiligheid betekent immers niet alleen minder fouten maken, maar ook het actief signaleren en benutten van nieuwe kansen om de zorg veiliger maken. Goed samenwerken met collega's is daarbij essentieel, aldus het OLVG. Meer informatie: Esther Kop (020-599 21 85 of e.kop@olvg.nl).

Slingeland Ziekenhuis

Platform Medicatie & Veiligheid

Het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem heeft een platform Medicatie en Veiligheid opgericht dat ziekenhuisbrede projecten begeleidt op het gebied van medicatieveiligheid. Doel is om vermijdbare fouten met medicatie te voorkomen. Frederieke Braam-Tabbers, ziekenhuisapotheker en voorzitter van het Platform: "Vaak weten patiënten zelf niet precies welke medicijnen zij gebruiken. Daarom is het zo belangrijk dat er een correct medicatiedossier is dat alle zorgverleners kunnen raadplegen. En als de patiënt zelf ziet wat hij slikt, kan hij ook beter zijn eigen verantwoordelijkheid nemen." De projecten van het Platform zijn ontstaan naar aanleiding van een VIM-melding of een signaal uit het veiligheidsmanagementsysteem. Dit heeft inmiddels het bekende gele hesje 'niet storen, medicijndienst' opgeleverd. Ook is de lay-out van het ontslagrecept aangepast en verbeterd.
Meer informatie: Frederieke Braam-Tabbers, ziekenhuisapotheker

Het BovenIJ Ziekenhuis is weer 'in control'

Apotheek krijgt twee jaar na gedwongen sluiting de GMP-z certificering

De sluiting in 2008 van de bereidingsunit voor medicijnen van het BovenIJ Ziekenhuis, afgedwongen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kwam hard aan. De apotheek is vol aan de slag gegaan om de zaken op orde te krijgen. Met succes: na een ingrijpende verbouwing en implementatie van vele kwaliteitsprocedures voldoet de apotheek nu aan alle eisen. Door Annemiek Manuel

Ziekenhuisapotheken spelen een cruciale rol in het verbeteren van medicatieveiligheid. Zij zijn verantwoordelijk voor goede en veilige farmaceutische zorg voor patiënten. Dat wil zeggen: voor het aanleveren van de juiste medicijnen, in de juiste dosis, op het juiste moment en gedurende de juiste periode voor de juiste patiënt. Daarbij gaat veel aandacht uit naar het bereiden en toedieningklaar maken van medicijnen. Fouten in berekeningen, bereiding en samenstelling zijn immers niet ondenkbaar. De GMP-z certificering (Goede Manier van Produceren door ziekenhuisapotheken) is de hoogste kwaliteitsstandaard voor het bereiden en leveren van medicijnen door ziekenhuisapotheken en wordt verplicht gesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wat het betekent als daar niet aan wordt voldaan, heeft de apotheek van het BovenIJ Ziekenhuis in Amsterdam aan den lijve ondervonden.

Procedures goed vastleggen

"In onze apotheek bereiden we geen medicijnen uit grondstoffen. Wel maken we ze gebruiksklaar voor toediening, zoals medicijnen ten behoeve van chemotherapie. Ook dan moet worden voldaan aan de eisen van de GMP-z certificering. Die eisen hebben onder meer betrekking op de ruimtes, de manier van produceren en het bewaren, de veiligheid van de apparatuur, de kwalificatie van medewerkers, het administratieve systeem, hygiëne, enzovoort." Aan het woord is Inge Berger, ziekenhuisapotheker en lid van de Medische Staf van het BovenIJ Ziekenhuis. Zij was nauw betrokken bij de GMP-z beoordeling van de ziekenhuisapotheek door de Inspectie. En getuige van het moment dat de Inspectie sluiting van de bereidingsunit eiste: "De oorzaak zat hem vooral in de ruimtes die niet voldeden aan de voorwaarden. Zo was de luchtkwaliteit in de bereidingsunit niet voldoende beheersbaar, hadden we geen adequate sluizen en geen aparte quarantaineruimte. Ook onze procedures voldeden niet. We voerden het werk weliswaar goed uit, maar niet alle werkzaamheden waren procedureel vastgelegd. Denk aan het omgaan met afwijkingen en wijzigingen in de bereiding van medicijnen. En aan het inwerken van nieuwe medewerkers. De Inspectie had ons daar al vaker op gewezen, maar door samenwerkingsplannen met een ander ziekenhuis en verbouwingsplannen voor het eigen ziekenhuis, kregen we enige tijd respijt." Toen bleek dat die plannen niet doorgingen, was de maat echter vol.

Aan de slag

In oktober 2008 moest de bereidingsunit dicht. "We zijn daar enorm van geschrokken. Het BovenIJ Ziekenhuis is gebouwd in 1987 en is dus relatief jong. Bovendien is ons team van apothekers en assistenten zeer betrokken en zich juist zeer bewust van mogelijke risico's. Dan verwacht je geen sluiting. Dus we moesten keihard aan de slag. Allereerst was het zaak dat de gezondheid van onze patiënten niet in het geding kwam. Zij hebben immers hoe dan ook hun medicijnen nodig. Daarvoor hebben we ziekenhuizen in de omgeving om hulp gevraagd. Capaciteit konden zij ons niet bieden. Maar ruimte gelukkig wel: onze medewerkers reisden dagelijks naar het AMC en later naar het Zaans Medisch Centrum voor het bereiden van medicijnen." Hoewel dit geen ideale situatie was, had het onvermoede voordelen: de apotheekmedewerkers van de verschillende ziekenhuizen wisselden kennis en informatie uit en het BovenIJ-team deed veel ervaring op rond de organisatie van de apothe-

Foto: Henk Bruyns / Interflow

ken. "Onze medewerkers zagen daardoor dat de sluiting niet zozeer aan hun kennis en kwaliteiten te wijten was en dat gaf weer vertrouwen. Minstens zo belangrijk: de vergaarde informatie was zeer bruikbaar bij de noodzakelijke verbouwing van de apotheek, het in kaart brengen van werkwijzen en het opstellen van procedures."

In control

Gedurende ongeveer tien maanden werkte het apotheekteam, twee apothekers en zestien assistenten, naast de dagelijkse gang van zaken hard om aan de kwaliteits- en veiligheidseisen van de GMP-z certificering te voldoen. "Daarbij hadden we hulp van een extern bureau dat op basis van een scan heeft bekeken waar de hiaten zaten. Om een beeld te geven: we hadden 60 procedures, nu hebben we er 140. We hebben daarbij zeker niet het gevoel te zijn opgescheept met een administratieve rompslomp. De procedures zijn allemaal belangrijk en nuttig en hebben ons in control gebracht. Je kunt voorzien wat je te wachten staat bij de werkzaamheden en weet hoe te handelen als zich daarin afwijkingen voordoen. Bovendien ben je beter in staat trends te signaleren en daarop te reageren. Om een voorbeeld te noemen: als bij de bereiding van een bepaald medicijn regelmatig deeltjes ontstaan die neerslaan, kun je gefundeerd kiezen voor een ander medicijn. Een ander aspect: je merkt dat de nieuwe procedures naadloos aansluiten op de nieuwe apotheek die in 2009 is gebouwd. Denk aan overstapbanken naar de bereidingsunit en kraantjes in de sluizen: het is nu heel logisch om oversloffen aan te trekken en handen te wassen. Je kunt niet anders. Ook het controleren van temperaturen en de luchtkwaliteit gaat, dankzij nieuwe systemen en software, sneller en beter."

In december 2009 voldeed de apotheek aan de GMP-z normen. Alle omstandigheden zijn veilig en de deuren zijn weer open. Een opluchting voor de apotheekmedewerkers, maar ook voor het ziekenhuis. "De impact van sluiting van de bereidingsunit was groot. Zo moesten oncologische trajecten worden afgestemd op het moment dat apotheekmedewerkers de medicijnen van elders konden afleveren. Dat werkte niet prettig. We zijn dan ook enorm blij dat we weer binnen ons eigen ziekenhuis aan de slag kunnen. In een prachtige, goed geoutilleerde ruimte."

Ziekenhuisbreed

Dat betekent echter niet dat het team zich volledig kan gaan richten op reguliere apotheekwerkzaamheden. "Er valt nog veel te verbeteren op het gebied van medicatieveiligheid, vooral ziekenhuisbreed. Er was al het een en ander opgestart maar door de drukte in de

‘Door goede opname- en ontslaggesprekken breng je het medicijngebruik beter in kaart en leg je een goede basis voor het medicijngebruik in de thuissituatie’

Foto: Henk Bruyns / Interflow

afgelopen periode hebben we daar weinig mee kunnen doen. Daar gaan we nu dus verder mee aan de slag.” In dat kader wordt onder leiding van een stuurgroep met leden van de medische staf, een multidisciplinaire werkgroep gestart. Die richt zich, mede op basis van de informatie uit het VIM, in beginsel op drie projecten.

Allereerst wordt verder gewerkt aan de implementatie van het elektronisch voorschrijfsysteem. Ook wordt een koppeling gerealiseerd met de softwaresystemen van de openbare apothekers. “Door deze koppeling krijgt de specialist inzage in de geschiedenis van een patiënt, het actuele medicijnvoorschrift, mogelijke conflicterende medicijnen, enzovoort.”

Veilige farmaceutische zorg - Medicatieveiligheid is sinds jaar en dag een belangrijk issue bij ziekenhuisapotheken. Op dit moment gaat onder meer veel aandacht uit naar het VMS-thema High Risk Medicatie, gericht op het toediening gereed maken van parenteralia, medicijnen die in de bloedbaan worden ingebracht. Ook wordt veel energie gestoken in ziekenhuisbrede projecten om medicatieveiligheid te verbeteren, zoals de invoering van elektronische voorschrijfsystemen, toedieningregistratiesystemen en farmaceutische opname- en ontslaggesprekken. Tegelijkertijd wordt hard gewerkt om te voldoen aan de gestelde normen. Zoals die van de Ziekenhuisapotheek Standaard (ZAS 2004, gericht op een goede uitoefening van het vak van ziekenhuisapotheker met richtlijnen ten aanzien van inkoop, medicatiebeleid en personeelsbeleid). Maar ook de CCKL-certificering (met de focus op laboratoria waar naast medisch onderzoek bijvoorbeeld ook de controle op zelf bereidde medicijnen uit grondstoffen wordt uitgevoerd) en de GMP-z certificering, gericht op een veilige bereiding van medicijnen door ziekenhuisapotheken.

Het tweede project heeft betrekking op High Risk Medicatie. Hier gaat de aandacht uit naar het trainen van verpleegkundigen in het toediening gereed maken van medicijnen op de afdeling, bijvoorbeeld van infusen. Daarnaast worden maatregelen verscherpt om bijvoorbeeld rekenfouten, fouten bij de etikettering en het verwisselen van medicijnen of patiënten, te voorkomen. “Verder gaat de aandacht uit naar de toedieninglijsten voor verpleegkundigen. Die moeten overzichtelijk en actueel zijn. Het ultieme doel is natuurlijk dat je een elektronisch toedieningregistratiesysteem hebt, bij voorkeur gekoppeld aan het elektronisch voorschrijfsysteem. Door met een laptop en scanner op een medicijnkar de polsband van de patiënt en toe te dienen medicijnen te scannen, weet je welke medicijnen de patiënt op dat moment nodig heeft, weet je dat je de juiste medicijnen hebt en registreer je dat die ook worden toegediend.”

Patiëntgericht

Het derde project heeft betrekking op de invoering van farmaceutische opname- en ontslaggesprekken. “Een beter contact tussen apotheker en patiënt kan veel verbetering opleveren op het gebied van medicatieveiligheid”, stelt Berger. “Je kunt alles intern nog zo goed hebben georganiseerd, je kunt informatiesystemen hebben met daarin alle voorgeschreven recepten, maar je weet nooit exact welke middelen en hoe een patiënt deze gebruikt, voordat je het met hem of haar hebt besproken. Hoe therapietrouw is de patiënt? Wat gebruikt hij of zij naast de voorgeschreven medicijnen? Door goede opname- en ontslaggesprekken heb je het medicijngebruik beter in kaart, beperk je het risico op conflicterende medicijnen en leg je een goede basis voor het medicijngebruik in de thuissituatie. Tegelijkertijd stel je patiënten in staat om vragen te stellen en maak je hen bewuster van hun medicijngebruik.” Berger sluit af: “Ik denk dat we met het beter betrekken van patiënten bij hun medicijngebruik, nog heel veel winst op het gebied van medicatieveiligheid kunnen behalen.” ▌

Juridische kwestie

Joanne Vos, MediRisk schadebehandeling

De zaak

De heer Van de Veer is, hoewel niet meer piepjong, een kwieke man. Hij heeft tot voor kort altijd nog de kleine klusjes in zijn eigen huis gedaan en zijn tuin zelf onderhouden. Sinds enkele jaren zijn zijn knieklachten dermate toegenomen dat in overleg met zijn behandelend orthopeed wordt besloten tot een totale knieprothese links. Omdat bij hem tien jaar geleden ook zonder enig probleem een heupprothese aan de rechterzijde is geplaatst, ziet hij er niet tegenop. Integendeel, hij verheugt zich erop dat hij nog jaren zelfstandig kan wonen.
De orthopedisch chirurg voert de operatie met succes uit, zonder complicaties. Na de operatie wordt het been van de patiënt in de motorslee geplaatst. Aan het einde van de dag geeft de patiënt aan dat hij een pijnlijk onderbeen heeft. Bij controles blijkt dat hij neurovasculair intact is. Ook de volgende dag blijft de pijn heftig aanwezig. De heer Van de Veer is bekend met polyneuropathie en zijn behandelaren wijten de pijn daaraan en aan de pas verrichte operatie. De volgende dag is de pijn nog erger. Nadat het been is verlegd in de motorslee neemt de pijn direct af. De fysiotherapeut constateert vervolgens dat er sprake is van een klapvoet door uitval van de nervus peroneus.

Onderzoek

Achteraf bezien kan worden vastgesteld dat het been niet correct is gepositioneerd in de motorslee en dat drukneuropathie heeft geleid tot de zenuwbeschadiging. Het zou beter zijn geweest als de verpleegkundigen meer aandacht zouden hebben besteed aan een correcte positionering met misschien ook extra bescherming en polstering. Deze maatregelen voorkomen drukplekken. De heftige pijn die de heer Van de Veer aangaf, kan daarom redelijkerwijs niet alleen veroorzaakt zijn door de operatie. Vooraf hebben de betrokken zorgverleners bijna alles gedaan om een dergelijke complicatie te voorkomen. De pre-existente polyneuropathie is duidelijk in het dossier vermeld en zowel de artsen als de verpleegkundigen waren ervan op de hoogte. Ook hebben zij het meegenomen bij de postoperatieve controles. Juist dat kleine stukje extra zorg en oplettendheid hadden het invaliderend letsel bij deze patiënt kunnen voorkomen.

Vergoeding

De door MediRisk ingeschakelde deskundige oordeelt dat van de verpleegkundigen verwacht had mogen worden dat zij in het geval van meneer Van de Veer extra zorg hadden moeten leveren. Extra aandachtspunten in het dossier vragen om extra oplettendheid bij de behandelend artsen en verpleegkundigen. Omdat het zenuwletsel van de heer Van de Veer blijvend is, geeft MediRisk een vergoeding. Deze bestaat uit (toekomstige) kosten van een tuinman en een klusjesman, naast een bedrag voor het smartengeld.

Inspecteur Jan Haeck over de verscherpte blik van IGZ op de intensive care

‘Je hebt elkaar nodig’

Dat de intensive care een afdeling met een verhoogd riciso is moge duidelijk zijn. Er werken veel zorgverleners, de inhoud is complex en technologisch hoogwaardig en er zijn veel overdrachtsmomenten. Er is de laatste jaren veel gedaan om die risico’s te beperken en de meeste IC’s zijn daardoor absoluut veiliger geworden. “Maar,” zegt inspecteur Jan Haeck, “wij zien nog veel mogelijkheden voor verbetering.”

Door Annemiek Manuel

In het afgelopen jaar bezocht Jan Haeck een groot aantal IC’s in het kader van het vervolgonderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de kwaliteit van IC-afdelingen niveau 2 en 3. Hij is positief over de ontwikkelingen, zeker vergeleken met de tijd dat hij zelf nog als intensivist op de IC werkte, tien jaar geleden. “Er is veel verbeterd: de eilandjescultuur wordt minder, de samenwerking is beter, het werk vindt gestructureerder plaats met gebruik van checklists en de aandacht voor risico’s en het beperken daarvan is groot. Een interessant voorbeeld dat we tegenkwamen is het moment van debriefing voor het voltallige IC-team aan het einde van elke dienst. Daar wordt onder een laatste kop koffie kort en heel open besproken wat er tijdens die dienst goed ging en wat beter zou kunnen. Dit vraagt weliswaar extra tijd en vergt een open cultuur, maar ik kan me voorstellen dat daar heel goede dingen uit gaan voortkomen.”

Reizende intensivist

Toch ziet IGZ meer mogelijkheden voor verbetering: belangrijke items liggen op het gebied van samenwerking, continuïteit van zorg, veiligheid, organisatie en de zorg voor de IC-patiënt buiten de IC. Haeck licht daar wat onderdelen uit. “Wij zien graag een hechtere samenwerking tussen de IC’s op de niveaus 1, 2 en 3 in een regio, zodat patiënten daadwerkelijk daar worden geholpen waar zij thuishoren. Uiteraard, elke IC van elk niveau moet in staat zijn een patiënt goed op te vangen en te stabiliseren. Maar door een hechtere samenwerking is een IC op niveau 1 beter en sneller in staat om een patiënt die hoogwaardiger IC-zorg nodig heeft, door te sturen. Andersom kan er zo voor worden gezorgd dat een patiënt die is binnengekomen op een IC niveau 2 of 3, maar minder hoogwaardige zorg nodig heeft, wordt overgeplaatst naar een IC niveau 1 of 2. Dat schept ruimte voor andere patiënten.
Een andere optie is dat intensivisten gaan reizen tussen de ziekenhuizen. Mits de juiste voorwaarden voorhanden zijn, is dat in sommige gevallen veiliger dan het vervoeren van de patiënt.” Uiteraard beseft Haeck dat hier haken en ogen aan zijn verbonden, met name financiële. “Er is ongetwijfeld nog een lange weg te gaan. Maar als we ervoor willen zorgen dat de patiënt op de juiste plek de juiste zorg ontvangt, zijn dergelijke vormen van samenwerking cruciaal. Je hebt elkaar nodig.”

Haeck concludeert: “Goed beschouwd kunnen op veel fronten verbeteringen worden gerealiseerd door betere samenwerking en betere communicatie. Ook intern, tussen zorgverleners onderling en over de grenzen van afdelingen heen. Dan denk ik bijvoorbeeld aan een betere samenwerking, dus in gelijkwaardig partnership, tussen de intensivist en de specialist op de IC. In sommige ziekenhuizen heeft een specialist niets te zeggen op de IC. Maar ik denk ook aan gelijkwaardig overleg en zorgvuldige samenwerking tussen bijvoorbeeld IC en SEH over de eerste opvang en tussen IC en verpleegafdelingen over de nazorg voor IC-patiënten.”

Buiten de intensive care

Een interessante ontwikkeling in dat licht vindt Haeck de invoering van de Consulting IC-verpleegkundige, de CIV. Deze blijft betrokken bij de IC-patiënt die naar de verpleegafdeling is gegaan en houdt contact met deze afdelingen over de nazorg die nodig is. “Dat is een heel goede tendens. Dit geldt overigens ook voor de nazorg in de vorm van een IC-polikliniek, waar patiënten na zes weken terugkomen voor een controlegesprek. Daarmee kan worden geverifieerd of alles goed gaat met de patiënt en kan input worden vergaard om de

---

IC-claims bij MediRisk - De intensive care behoort samen met de operatieafdeling, de spoedeisende hulp, de verpleegafdeling en de verloskamer tot de vijf meest risicovolle ziekenhuisafdelingen. De afgelopen vijf jaar ontving MediRisk gemiddeld acht IC-gerelateerde claims per jaar. Het risico op deze afdeling uit zich niet in een groot aantal claims, maar in een hoge verwijtbaarheid (63%) en de hoogte van de vergoeding (gemiddeld € 23.000).

Illustratie: Ad Oskam

gevolgen van de langdurige IC-behandeling te analyseren. Dat is een heel waardevolle aanvulling."

De zorg voor de IC-patiënt buiten de IC krijgt steeds meer aandacht en dat is belangrijk, stelt Haeck. Maar minstens zo belangrijk is de aandacht voor de continuïteit van de IC-zorg, de 7x24-uurszorg. "Er gebeuren op dit gebied goede dingen. Steeds vaker zie je IC-afdelingen waarbij de intensivist 's avonds en soms ook 's nachts in huis is, of 's nachts alleen naar huis gaat als bij de overdracht rond middernacht geconstateerd is dat alles rustig is. Dat zijn oplossingen in de goede richting. Maar het liefst zien wij natuurlijk een professionele dekking gedurende 24 uur. Het komt soms nog voor dat doodzieke patiënten aan de zorg van een onervaren arts-assistent zijn toevertrouwd, zonder dat een ervaren specialist in de buurt is."

Plexiglas

Tot slot kaart Haeck de medicatieveiligheid op de IC aan. "Ondanks de invoering van Patiënt Data Management Systemen (PDMS), met bij een enkel ziekenhuis daarin een medicatiemodule, doen zich op dit gebied nog steeds risicovolle situaties voor. Een voorbeeld: je ziet nog vaak dat verpleegkundigen voor meerdere patiënten tegelijk spuiten gereedmaken, op een klein werkblad. Het risico van verwisseling, van medicijnen of patiënten, is dan ondanks de dubbelcheck aanzienlijk! En toch zijn er oplossingen. Je kunt bijvoorbeeld één verpleegkundige per patiënt aan het werkblad zetten. Of een heel praktische oplossing die ik zag: plexiglas schotten op het werkblad plaatsen."

Zo'n oplossing met plexiglas is effectief, eenvoudig te realiseren en niet op de laatste plaats, betaalbaar. Maar Haeck realiseert zich ook dat de oplossingen voor andere vraagstukken veel meer geld eisen. "Laten we het eens vanuit een ander perspectief bezien", sluit hij af. "De gezondheid van mensen is cruciaal. En dankzij de vele technologische en medische ontwikkelingen zijn we steeds beter in staat mensen zo gezond mogelijk te houden. Dan heb je het over enorme investeringen. Die investeringen zijn veel effectiever en waardevoller als tegelijkertijd ook wordt geïnvesteerd in een veilige zorgomgeving voor patiënten!" ▌

Luxatie gemist

Na drie gemiste kansen wordt een timmerman met een luxatie naar huis gestuurd. Met blijvend letsel tot gevolg. Een gezamenlijke röntgenbespreking had veel ellende kunnen voorkomen. Door Manon Eikens, MediRisk Preventie

De casus

Een timmerman komt na een valpartij van een trap op zijn pols terecht en meldt zich op de SEH. Hier laat een arts-assistent chirurgie foto's maken. De assistent en de radioloog constateren geen afwijkingen en de diagnose luidt: een zware kneuzing van de pols. De patiënt krijgt een drukverband. Tijdens een controle op de gipspoli, een week later, uit de patiënt zijn bezorgdheid. Hij heeft nog steeds hevige pijn en vindt zijn hand scheef staan. Dezelfde arts-assistent roept er een ouderejaars orthopedie/traumatologie bij. Deze laat vier nieuwe foto's maken en concludeert ook dat de man een gekneusde pols heeft, wat z'n tijd nodig heeft om te herstellen.
Na ruim zeven weken meldt de patiënt zich opnieuw. Volgens de medewerker van de gipspoli zou het bij een zware kneuzing nu toch echt beter moeten gaan. De patiënt kan een week later terecht bij de traumatoloog. Op twee nieuwe foto's constateert deze een luxatie van het os lunatum, een ontwrichting/dislocatie van het maanvormig handwortelbeentje. Er volgt een operatie. Omdat de pols nu al ruim tien weken verkeerd staat, zal patiënt hier zeker beperkingen aan overhouden. De timmerman vreest de gevolgen voor de uitoefening van zijn beroep en dient een claim in.

De reconstructie

De luxatie van het os lunatum is een lastige diagnose en niet zichtbaar op de eerste serie voorwaartse en zijdelingse foto's. Op de foto's tijdens de controle, een week na het ongeval, is de luxatie wel goed zichtbaar. De ouderejaars assistent miste dit. Hij twijfelde niet over de juistheid van de diagnose en heeft zijn supervisor daarom niet ingeschakeld. Bij de vaste röntgenbespreking van SEH-foto's bleken alleen de chirurgen en orthopeden aanwezig en geen radioloog. Daarnaast vielen de controlebezoeken op de gipspoli niet onder de SEH-röntgenbespreking. Zo zijn twee kansen gemist om de juiste diagnose te stellen.

Achteraf blijkt tevens dat de radioloog de luxatie wel gezien heeft bij de tweede serie foto's. Maar het radiologieverslag van deze foto's is vijf dagen na het controlebezoek ongezien in het medisch dossier terecht gekomen. Binnen het ziekenhuis bestond ten tijde van dit incident geen gesloten systeem waarbij de aanvragend arts altijd alle uitslagen van de radioloog ziet. Bij een controlebezoek is de uitslag beschikbaar in het dossier of digitale archief, maar in dit geval was er geen aanvullende controle afspraak gemaakt. Hierdoor verdween de afwijkende uitslag onopgemerkt in het archief en werd een derde kans om de luxatie te ontdekken gemist.

SEH vangnet Radiologiebespreking - Voor een juiste invoering van dit vangnet is het van belang dat er een sluitend controlesysteem is om discrepanties op te merken. Bij voorkeur is dit een dagelijkse radiologiebespreking (minimaal maandag t/m vrijdag) waarbij zowel een radioloog, een chirurg/orthopedisch chirurg als de arts-assistent (bij voorkeur degene die dienst had) aanwezig is. Alle SEH-foto's, ook van patiënten die zonder supervisie zijn behandeld en ontslagen, moeten worden besproken. Uiteraard moeten de besluiten die uit de bespreking voortvloeien, genoteerd worden in het dossier. Bijkomend voordeel van een gezamenlijk radiologiebespreking is dat het de samenwerking tussen de verschillende disciplines bevordert.

Wat kan een ziekenhuis doen?

De chirurgen, orthopeden en radiologen in kwestie probeerden al langer tot een multidisciplinaire röntgenbespreking van alle gemaakte foto's te komen, maar konden geen gemeenschappelijk tijdstip overeenkomen. Met de komst van de SEH-vangnetten van MediRisk is dit uiteindelijk toch gelukt. Daarnaast geeft de radioloog altijd een signaal af als de uitslag van het radiologieverslag afwijkt van de initiële beoordeling op de SEH. Supervisieafspraken zijn vastgelegd zodat duidelijk is wanneer de supervisor moet worden ingeschakeld en dagelijks vindt dossiercontrole plaats van alle patiënten die gezien zijn op de SEH.

Behandeling van de claim

Op de eerste foto's is de luxatie niet zichtbaar. Op de foto's die een week later tijdens de controle zijn gemaakt, echter wel. De luxatie is op dit moment dus verwijtbaar gemist en MediRisk erkent de claim. Voor een goed beeld van de gevolgen en beperkingen volgt een expertise, waarbij een blijvende invaliditeit van 6 procent door het inadequaat medisch handelen blijkt. Een extern schaderegelingsbureau neemt de verdere schade van de patiënt op. MediRisk betaalt € 11.206, waarvan € 7.500 rechtstreeks aan de patiënt. ▌

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

GESPOT

APPS VOOR VEILIGHEID Geneeskunde-applicaties voor iPhone of iPad zijn een hit. Daar weet de Maastrichtse chirurg in opleiding Pieter Kubben alles van. Hij ontwikkelde de applicatie 'Safe Surgery', waarmee artsen snel kunnen nagaan of een patiënt klaar is om veilig geopereerd te worden. Deze gratis app is gebaseerd op de officiële WHO-checklist, destijds vertrekpunt voor de verplichte time out-procedure van de IGZ. Ook maakte Kubben de applicatie NeuroMind, waarmee artsen snel op hun mobiele telefoon neurochirurgische scores en anatomische afbeeldingen kunnen raadplegen. Deze app is momenteel de meest gedownloade neurochirurgische app ter wereld. Kubben is ervan overtuigd dat artsen uiteindelijk niet zonder digitale hulpmiddelen kunnen. Kubben stelt: "In PubMed verschijnen meer dan 700.000 artikelen per jaar. Stel dat 0,1% voor mij relevant is, dan moet ik toch nog 2 artikelen per dag lezen. Ik vraag mij af hoeveel artsen dat doen. Er zijn natuurlijk richtlijnen, maar die zijn vaak te lang, als je de juiste richtlijn al vindt. Dat werkt dus niet. Richtlijnen moeten overzichtelijk en snel bruikbaar zijn. Daar kunnen apps en computers bij helpen."

DE APPS VAN KUBBEN ZIJN GRATIS TE DOWNLOADEN IN DE APPLE STORE.