

summum[©] gazet | SPECIAL

Een voorbeeld

Goed bedoeld, verkeerd uitgepakt...

In deze SUMMUM gazet staat patiëntveiligheid centraal; een zeer breed thema dat via verschillende invalshoeken kan worden belicht. Daarvan getuigt ook de column van Guy Peeters. Maar om te illustreren waar het om kan gaan beginnen we met een voorbeeld; verderop in dit nummer volgen er meer.

Omdat het op een verpleegafdeling vaak erg druk is in de ochtenduren wordt, om de vroege dienst enigszins te ontlasten, door de nachtdienst al wat 'voorwerk' verricht. 's Nachts is het over het algemeen toch wat rustiger op de afdeling. Aanvraagformulieren voor laboratoriumonderzoek worden al ingevuld, afnamebuisen gelabeld en per patiënt wordt alles (briefjes én afnamebuisen) netjes in een bakje ('nierbekken') gelegd.

Wanneer de vroege dienst arriveert staat van iedere patiënt waarvan een bloedafname moet plaatsvinden dus al een bakje met alle benodigdheden op de verpleegbalie.

Wat wil het geval...

Een verpleegkundige van de vroege dienst neemt een bakje, gaat naar de betreffende patiënt toe en vraagt deze naar zijn naam en geboortedatum. Vervolgens controleert hij of deze gegevens overeenkomen met de patiëntgegevens op het aanvraagformulier en de sticker op één van de afnamebuisjes. In het bakje liggen echter per abuis ook nog 2 afnamebuisjes met de gegevens van een andere patiënt. Deze buisjes worden door de verpleegkundige niet gecontroleerd op juistheid van gegevens. Hierdoor wordt van de patiënt bloed afgenomen in 3 afnamebuisen, waarvan slechts 1 met de juiste patiëntgegevens; hierdoor komen laborato-

riumsuitslagen bij een verkeerde patiënt terecht in het Ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). Door toeval wordt de verwisseling gelukkig tijdig ontdekt en hersteld en loopt geen van beide patiënten enig letsel op. De betreffende verpleegkundige voelt zich achteraf erg schuldig en geeft aan dat hij inderdaad alle buisjes had moeten controleren. Achteraf is deze conclusie vaak snel getrokken. Maar bij patiëntveiligheid is de kern niet wat had er moeten gebeuren en wie is de schuldige, maar wat is er gebeurd, wat leren we ervan en wat doen we eraan.

Analyseren en verbeteren

De betreffende verpleegkundige gaat ervan uit dat de overige buisjes óók voor bewuste patiënt bestemd zijn: ze liggen toch immers in hetzelfde bakje? Achteraf een verkeerde, maar op dat moment misschien wel een begrijpelijke redenering. In ieder geval een 'valkuil'. Was het voorwerk (aanmaak aanvraagbriefje én labels van de buizen) door dezelfde verpleegkundige gebeurd als die de afname deed, dan was dit waarschijnlijk niet gebeurd. Echter: het verrichten van het 'voorwerk' door de nachtdienst is eveneens begrijpelijk, goed bedoeld en zelfs uiterst collegiaal te noemen. De betreffende afdeling heeft er niet voor gekozen mensen op de vingers te tikken of zich te beperken tot het bespreken van het incident tijdens regulier werkoverleg (onder het motto van: 'beter opletten') maar is eens kritisch gaan kijken naar de noodzakelijke handelingen en werkverdeling tijdens de verschillende diensten.

En dat is nu waar het bij veiligheid en patiëntveiligheid in het bijzonder om draait: signaleren, analyseren en verbeteren.



Column



Het belang van patiëntveiligheid

De patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat de zorg die hij ontvangt veilig is. Maar overal waar wordt gewerkt, kunnen fouten worden gemaakt, dus ook in ziekenhuizen. Waar het om gaat is dat juist risicovolle situaties en processen tijdig worden herkend. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat 65 procent van de medische fouten samenhangt met communicatie. Goede uitwisseling van informatie is essentieel. Daarom is het zo belangrijk dat in ziekenhuizen nog meer een cultuur gaat ontstaan die is gericht op openheid, op het durven melden en delen van fouten en van die fouten leren. Met het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' zal de veiligheid in de zorg structureel verbeteren. Iedereen die in een ziekenhuis werkt moet doordrongen zijn van zijn of haar rol bij veiligheid. Ook bestuurders moeten hier duidelijk sturing aan geven en daarvoor verantwoordelijkheid nemen. Bij mijn werkbezoeken heb ik gelukkig vaak kunnen constateren dat veiligheid hoge prioriteit krijgt. Maar recente ervaringen leren dat het beter kan en moet.

Het is noodzakelijk om processen te standaardiseren en de stand van de wetenschap te beschrijven in richtlijnen. Daarom ga ik de richtlijnontwikkeling en de invoering daarvan een impuls geven door het instellen van een 'Regieraad kwaliteit van zorg'. Wat wij met elkaar een aanvaardbare kwaliteit vinden, moeten we kunnen verwoorden in veiligheidsnormen, die ook in het toezicht kunnen worden gebruikt.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink



Foto: Paul Voorham

Patiëntveiligheid

- de juiste handeling
- bij de juiste patiënt
- op het juiste moment
- volgens de juiste procedure
- met de juiste aandacht!

Maastricht UMC+ neemt nieuw simulatiecentrum in gebruik

Veilig levensbedreigende situaties trainen

In het nieuwe simulatiecentrum van het Stafdirectoraat Zorg en Leren (Maastricht UMC+) worden ingewikkelde, levensbedreigende situaties op zeer realistische wijze nagebootst. In ruimtes met medische apparatuur en levensgrote poppen die echt lijken te ademen, worden complete teams en individuen veilig getraind in het adequaat en gecoördineerd handelen in routine- en crisissituaties.

Een patiënt in shock, complicaties tijdens een operatie: ook artsen in opleiding worden regelmatig met levensbedreigende situaties geconfronteerd. “Normaal leren ze daar onder toezicht van een leermeester in de praktijk mee omgaan. Zodra het mis dreigt te gaan, grijpt die in”, zegt Pieter Borg. Hij is anesthesioloog en tevens hoofd van het nieuwe simulatiecentrum van het MUMC+, dat in september bij het stafdirectoraat Zorg en Leren in gebruik werd genomen. Het centrum biedt aio's de mogelijkheid om goed voorbereid de praktijk in te gaan. “Hier kunnen ze in een veilige omgeving op realistische wijze die levensbedreigende situaties oefenen. Het grote voordeel is dat ze fouten kunnen maken, zonder dat iemand daar de dupe van wordt.”

Maar het simulatiecentrum biedt ook bijvoorbeeld medisch specialisten, chirurgen en gespecialiseerde verpleegkundigen tal van extra trainingmogelijkheden. Zo is één lokaal ingericht met speciale apparatuur die de gebruiker in staat stelt endoscopie (maag- en darmonderzoeken) en sleutelgatchirurgie te oefenen. Daarnaast

worden hier technieken en vaardigheden als het inbrengen van infusen getraind.

In twee andere ruimtes van het simulatiecentrum zijn een Eerste Hulp en OK/IC ingericht. Met medische apparatuur, twee volwassen poppen, een babypop en een kindpop, kunnen hier levensbedreigende situaties worden nagebootst. De poppen lijken te ademen, reageren op invloeden van buitenaf en kunnen zelfs kreunen. Tijdens de trainingen worden in de regiekamer opnames gemaakt, die later in de lesruimte door deelnemende teams bekeken en besproken worden. Want het gaat niet alleen om het oefenen van technieken zoals intuberen en reanimeren, benadrukt Pieter Borg. “Adequaat en gecoördineerd handelen door een team is in levensbedreigende situaties van het grootste belang. Daarom schenken we ook veel aandacht aan de wijze waarop teams functioneren en communiceren.” De opnames zijn bedoeld om op constructieve wijze de werkwijze van individuen en teams te verbeteren.

De eerste reacties zijn heel positief, zegt instructeur Armand ten Haaf, die ook anesthesiemedewerker is. Inmiddels hebben verschillende specialisten, ook uit de rest van het land, het centrum bezocht: van kinderartsen tot chirurgen en gynaecologen. Tijdens diverse bezoeken hebben bovendien al trainingen plaatsgevonden. “Mensen vinden het fantastisch. Je ziet ook dat ze heel snel in de situatie zitten en de stress van een levensbedreigende situatie ook echt ervaren. Deelnemers krijgen echt de drang om te gaan handelen.”

Ten Haaf benadrukt dat hij samen met Pieter Borg deel uitmaakt van een veel groter team, waarin onder meer onderwijskundigen met een medische achtergrond vertegenwoordigd zijn. Samen met dit team ontwikkelen gebruikersgroepen lesprogramma's en trainingen op maat. Het centrum verkeert nog in een opbouwfase. Pieter Borg verwacht dat in een later stadium ook medewerkers van andere ziekenhuizen in het MUMC+ regelmatig komen trainen, evenals leerlingen van het hoger beroepsonderwijs en ambulanceverpleegkundigen. “We willen ook in een later stadium in het centrum maatschappelijke en andere niet puur medische situaties kunnen nabootsen en oefenen. Dan denk ik bijvoorbeeld aan situaties op de Eerste Hulp waarin familieleden

van een patiënt agressief reageren. Of aan brand op de OK.”

Pieter Borg erkent dat het trainen van medewerkers tijd en geld kost. “Maar uiteindelijk zullen we dankzij de trainingen tijd uitsparen en anderszins winst boeken. Medewerkers zullen in de praktijk immers beter voorbereid zijn op de routine en verder sneller en beter kunnen inspelen op levensbedreigende situaties als die zich voordoen.”

Het grote voordeel voor de patiënt noemt hij dat deze straks verpleegkundigen, artsen en teams aan zijn bed krijgt die beter zijn voorbereid op de praktijk. “Daardoor zal de kans op complicaties afnemen en de kwaliteit van onze medische zorg verbeteren.”

Column



Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een uiterst belangrijk thema voor ons ziekenhuis, zo niet het allerbelangrijkste thema. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op hun veiligheid en moeten zich zeker weten in de professionele handen van hun zorgverlener. Het is dus aan ons om bij die dagelijkse zorg altijd alert te zijn, de procedures en protocollen te volgen en goed samen te werken en te communiceren.

Patiëntveiligheid hangt voor een groot deel samen met ieders persoonlijke inspanning op dit terrein. Het doet mij goed te zien dat er in ons huis ook heel wat initiatieven op dit vlak zijn ontwikkeld. Wellicht bent u daar niet in alle gevallen van op de hoogte, terwijl we veel van elkaar kunnen leren. Reden om al die goede initiatieven op het gebied van patiëntveiligheid voor u te bundelen in een speciale uitgave van de SUMMUM gazette. Om u te inspireren, om u te informeren en ook om u het grote palet van onderwerpen te laten zien dat samenhangt met patiëntveiligheid. Het stafdirectoraat Zorg en Leren heeft ze in deze Gazette overzichtelijk voor u samengebracht en schenkt aandacht aan thema's als procedures, het maken van afspraken; het voorkomen en voorkómen van incidenten en het omgaan met elkaar. Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt. Maar in ons vak gaat het dan wel vaak over de gezondheid of zelfs het leven van een medemens. We hebben met een kwetsbare dienstverlening te maken. Onszelf bewust zijn van ons handelen, signaleren, analyseren en verbeteren helpt ons de hoeveelheid fouten te verminderen en fouten vóór te zijn.

Procedures en analyse van incidenten zijn belangrijk; ze structureren de manier van werken, maar de zorg is en blijft mensenwerk. Elkaar aan durven spreken, van elkaar leren, blijven communiceren zijn wellicht nog belangrijker.

Patiëntveiligheid is één onderdeel van het totaal aan veiligheidsthema's. Het gaat ook om uw eigen veiligheid, om gebouwen, om bedrijfsprocessen. Als Raad van Bestuur onderstrepen we het belang van veiligheid als algemeen thema mede door de aanstelling van een integraal risicomanager. Wij zijn ervan overtuigd dat Hans Keijzer onze organisatie met zijn kennis en kunde als risicomanager bij DSM, eveneens opererend in een bedrijfstak waarbij risico's goed dienen te worden gemanaged, verder vooruit kan helpen. Een interview met hem over zijn visie en aanpak leest u ook in deze SUMMUM gazette.

Voor verdere vragen over veiligheid en projecten rond dit thema staan de collega's van het stafdirectoraat Zorg en Leren klaar om die te beantwoorden en u te adviseren.

Ik wens u veel leesplezier en gespreksstof naar aanleiding van deze uitgave.

Guy Peeters

Voorzitter van de Raad van Bestuur



Hans Keijzer vanuit DSM gedetacheerd bij MUMC+ voor integraal risicomanagement

Naar een systeem waarmee mensen risico's effectief kunnen beheersen

Veiligheid eerst, dat lijkt heel vanzelfsprekend. Toch is die slogan in de dagelijkse praktijk van een bedrijf of ziekenhuis soms moeilijker uitvoerbaar dan vaak wordt aangenomen, zegt Hans Keijzer. Hij is director Corporate Risk Management bij DSM en sinds mei van dit jaar twee dagen in de week bij het Maastricht UMC+ gedetacheerd als programmanager Integraal Risicomanagement (IRM).

De kennis van DSM op het gebied van veilig werken is zeer bruikbaar voor het Maastricht UMC+. "Want de overeenkomsten zijn gigantisch groot", opent Hans Keijzer het gesprek. Of mensen nu in een ziekenhuis werken, of in een chemisch bedrijf, waar het om draait is dat ze een goed beeld hebben van hoe de processen zouden moeten verlopen. "Dan kunnen ze ook afwijkingen herkennen, zodat daar op gereageerd kan worden. Vervolgens onderzoek je of de getroffen maatregelen ook effect hebben. Het is een continu leerproces."

Hans Keijzer is vanuit DSM twee jaar bij het Maastricht UMC+ gedetacheerd als programmanager Integraal Risicomanagement. "Bij DSM zeggen we niet: waar gehakt wordt, vallen spaanders. We draaien het om en gaan ervan uit dat het mogelijk is om zonder incidenten te werken." Veiligheid eerst, is dan het uitgangspunt. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat is het niet, weet Hans Keijzer. Want het streven naar veiligheid kan bijvoorbeeld lijken te botsen met de productiviteitseisen. "Echt handelen volgens het principe 'je werkt hier veilig, of je werkt hier niet' zal zo nu en dan geld kosten, of de productiviteit op de korte termijn onder druk zetten. Maar je dringt het aantal incidenten er wel mee terug. Dat levert uiteindelijk geld op en het komt de productiviteit ten goede. Ook in het ziekenhuis."

Integraal risicomanagement begint met het in kaart brengen van de risico's die de strategische en operationele doelstellingen van een organisatie bedreigen, vertelt Keijzer. "In het Maastricht UMC+ zijn die doelstellingen verwoord in azMove. Om die

risico's vervolgens gestructureerd te kunnen aanpakken, verdelen we ze in vijf risicogebieden."

De vijf gebieden omvatten de risico's die zich kunnen aandienen voor patiënten (veiligheid, tevredenheid); het personeel (beschikbaarheid, veiligheid, werkomstandigheden); de beschikbaarheid van informatie (ICT, privacy); de facilitaire voorzieningen en de geld- en goederenstroom. Binnen die gebieden worden de risico's nader in kaart gebracht. Als daar aanleiding toe is, kan worden besloten de beheersingsmaatregelen aan te scherpen, bijvoorbeeld door investeringen, extra trainingen of de invoering van betere protocollen. "We gaan die verbeteringen in een programma van samenhangende projecten vormgeven." Vervolgens wordt gekeken of de getroffen maatregelen ook effectief zijn. Daarin speelt het meldingssysteem Vrijwillig Incident Melden een hele belangrijke rol. "Dat is een heel goed instrument", zegt Keijzer. Hij ervaart veel steun voor de integrale aanpak. "Dat is heel belangrijk, omdat de organisatie zelf verantwoordelijk is voor de uitvoering. Het programma resulteert in een systeem waarmee mensen effectief hun risico's kunnen beheersen. En dat systeem is weer gebaseerd op kennis die mensen mij aanreiken."

Uiteindelijk is het belangrijk om te komen tot één structuur, waarin iedereen dezelfde taal spreekt en helder is wie waarvoor verantwoordelijk is. "Het MUMC+ doet al heel veel aan risicomanagement, maar er als er meer samenhang in wordt aangebracht en meer aandacht wordt gegeven aan de daadwerkelijke uitvoering van afgesproken maatregelen, zullen we nog veel beter gaan scoren", besluit Keijzer.



Open dagen simulatiecentrum

Op 7 en 14 januari 2009 kunnen medewerkers van het azM een bezoek brengen aan het simulatiecentrum. In groepen van maximaal 25 personen per keer. De tijden zijn als volgt:

8.30 – 9.30 uur
10.00 – 11.30 uur
11.30 – 12.30 uur
13.30 – 14.30 uur
15.00 – 16.00 uur

Je moet je wel even aanmelden; dit kan via Intraspect, stafdirectoraat Zorg en Leren.

Een patiënt krijgt andere medicatie dan voorgeschreven. Deze andere medicatie blijkt paracetamol. Een vrij onschuldig medicijn en de patiënt ondervindt totaal geen schade. Maar het is blijkbaar mogelijk dat sporadisch ongemerkt verkeerde medicatie wordt toegediend. Het had een schadelijker medicijn kunnen zijn of wel een patiënt die geen paracetamol had mogen krijgen.



VIM-commissielid Monique Pluijmen:

“Een incident meld je om het voor de patiënt veiliger te maken”

Als er iets mis gaat met een patiënt, of gelukkig nét goed, dan kunnen medewerkers van het azM dat melden via het systeem Vrijwillig Incident Melden (VIM). “Niet om een schuldige aan te wijzen, maar om de veiligheid voor de patiënt te vergroten”, benadrukt VIM-commissielid Monique Pluijmen.

Ja, natuurlijk heeft ook zij wel eens een foutje gemaakt. Monique Pluijmen werkte net als operatieassistente in het azM toen ze specifiek operatieafval in de verkeerde ton gooide. “Ik schaamde me en voelde me schuldig”, herinnert ze zich. “Maar het gevolg is dat ik nog steeds elke nieuwe operatieassistent heel duidelijk uitleg in welke ton afval moet.” Hiermee wil Pluijmen als lid van de commissie Vrijwillig Incident Melden (VIM) maar zeggen: “Fouten maken is niet leuk, maar je kunt er veel van leren.”

Om lering te trekken uit incidenten en bijna-incidenten is afgelopen zomer in het azM het systeem Vrijwillig Incident Melden ingevoerd. “Doel is niet om een schuldige aan te wijzen”, benadrukt Pluijmen die tegenwoordig unitleider OK is. “Maar om de patiëntveiligheid te vergroten. Pas als we van bijna-ongevallen en eventuele fouten op de hoogte zijn, kunnen we de oorzaak achterhalen en structurele oplossingen bieden om de situatie voor de patiënt te verbeteren.”

Alle medewerkers van het azM kunnen via het VIM-computersysteem een incident of bijna incident melden. Om een incident vanuit verschillende disciplines te kunnen benaderen, bestaat de VIM-commissie uit diverse leden, variërend van arts tot verpleegkundige en unit-leider. Zij analyseren het incident gezamenlijk en stellen eventueel verbeteringen voor waarover het management beslist

Het gaat goed met VIM, zo blijkt uit de eerste cijfers. Sinds de introductie van het nieuwe systeem in juni dit jaar is het aantal meldingen binnen het azM verdubbeld. In juni werden 49 (bijna)incidenten gemeld via VIM; in september 100 (bijna)incidenten. Met welke incident meldingen Pluijmen in

haar commissie te maken kreeg? “Dat varieert van problemen met de identificatie van patiënten tot röntgenhoezen die tijdens een onderzoek niet voorhanden bleken. Ook kregen we een melding over een patiënt die drie kwartier te laat op de operatiekamer kwam.” De VIM-commissie nam ook al maatregelen, bijvoorbeeld in het geval van de ontbrekende röntgenhoezen. Pluijmen: “Leveringsproblemen van de firma, daar heeft het azM geen invloed op. Daarom informeren we het personeel nu via een nieuwsbrief op de centrale operatieafdeling over de alternatieven van röntgenhoezen als er leveringsproblemen zijn.”

Pluijmen noemt ook de melding over een patiënt die tijdens een robotingreep verschoof. “Met de patiënt is het gelukkig helemaal goed gekomen”, vertelt ze. “Maar om herhaling te voorkomen hebben we andere kussens aangeschaft om tijdens deze ingreep onder de patiënt te leggen. Daar lag namelijk de oorzaak.”

Bovenstaande voorbeelden zijn geen incidenten waarbij de patiënt daadwerkelijk schade ondervond. Maar volgens Pluijmen is het juist belangrijk ook bijna-ongevallen te melden om erger in de toekomst te voorkomen. “Bovendien” zegt Pluijmen, kunnen ook bijna-incidenten grote gevolgen hebben. “Neem die patiënt die te laat op de operatiekamer komt. Die ondervindt zelf geen schade, maar misschien kan een operatie aan het einde van de dag niet doorgaan.”

Volgens Pluijmen ligt er een taak voor leidinggevenden om medewerkers te stimuleren kleine en grote incidenten en onveilige situaties te melden. Op sommige afdelingen vergt dat een cultuuromslag. “Het kan zijn dat mensen bang zijn om fouten toe te geven. Ze denken misschien



nog steeds dat ze een aantekening krijgen, wat absoluut niet het geval is.” Overigens kan melden ook anoniem. “Maar dat gebeurt zelden”, merkt Pluijmen. Alle

melders worden overigens via het systeem op de hoogte gehouden van het verloop van de zaak. “Dat is het mooie”, vindt Pluijmen. “Je ziet direct resultaat.”

Een verwarde patiënt verlaat zonder dat de verpleging het bemerkt de afdeling. De bewaking signaleert de patiënt in de serrehal en weet deze te traceren en retour te brengen naar de verpleegafdeling waar de verpleging inmiddels alarm heeft geslagen. Moet je dit melden? Ja! Ook al is de patiënt tijdig retour gebracht: het is niet ondenkbeeldig dat deze het ziekenhuis ongemerkt had verlaten met alle gevolgen van dien.

Meer meldingen sinds VIM

Sinds het begin van het VIM melden is het aantal meldingen gestegen met ruim 40% ten opzichte van de meldingen vorig jaar ten tijde van het MIP. Ook zat er een stijgende lijn in de meldingen van juni 2008 (vanaf de introductie van VIM) tot september 2008. Daarmee lijkt VIM zijn waarde te hebben bewezen. Uiteraard moet het VIM-melden over een langere periode worden gevolgd om verdere uitspraken te kunnen doen. Daarover volgt meer informatie in toekomstige nieuwsberichten.

Teamleider Marc Geijselaers bij DSM Dyneema

“Werknemers altijd bij risicomangement betrekken”

De UD-fabriek van DSM Dyneema produceert het basismateriaal waarmee klanten kogelwerende vesten en voertuigenpantsering maken. “Het is heel belangrijk dat wij veiligheid en goede kwaliteit kunnen garanderen, want die kogels moeten wel gestopt worden”, zegt Marc Geijselaers, een van de teamleiders van DSM Dyneema. Ook de veiligheid van werknemers in het productieproces krijgt systematisch aandacht.

Mensen in de UD-fabriek beseffen heel goed waar ze mee bezig zijn, vertelt Marc Geijselaers. “Ze zijn zich er van bewust dat de producten veilig moeten zijn en doen zelf de kwaliteitscontrole.” Het besef dat werknemers kunnen bijdragen aan het creëren van een veilige werkplek, is hier door risicomangement ook sterk toegenomen. “Wij wilden mensen meer laten nadenken over de veiligheid op de werkvloer en een mentaliteitsverandering bewerkstelligen.”

In de praktijk resulteerde dat in het ‘luister-rondje’, waarbij een teamleider en een werknemer samen de werkvloer inspecteren en kijken of mensen zich houden aan de interne veiligheids afspraken, zoals bijvoorbeeld het niet dragen van hun horloge en sieraden, of het dragen van een veiligheidsbril. “We zijn nu al zo ver dat werknemers elkaar bij het begin van elke dienst op dat soort zaken aanspreken en dat ook van elkaar accepteren. Ze verwachten dat zelfs en zijn alerter.”

Geijselaers verzorgt soms een presentatie

over risicomangement in de praktijk, zowel voor interne ploegen als externe organisaties, zoals ziekenhuizen. Tijdens die bijeenkomsten benadrukt hij altijd dat het heel belangrijk is om alle werknemers bij risicomangement te betrekken. “Want als zij zich bewust zijn van het belang van een veilige werkomgeving, leidt dat in de praktijk tot het beter beheersen van de risico’s en minder ongevallen. Want dat is ons uiteindelijk doel: iedereen weer veilig naar huis, aan het einde van de werkdag”



Software en VIM

De software die gebruikt wordt ter ondersteuning van het Vrijwillig Incident Melden (‘VIM-men’) is een product dat door het azM en Atrium MC Heerlen samen ontwikkeld is en verder doorontwikkeld wordt. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe versie die naar verwachting medio januari 2009 geïntroduceerd wordt. Enkele belangrijke vernieuwingen zijn:

- De mogelijkheid om ook ARBO-incidenten te melden;
- Een betere lay-out (melding, oorzaken en verbeteracties overzichtelijker gerangschikt);
- Extra functies voor managers (bijv. het beheer van uitbesteedde en te evalueren acties);
- De mogelijkheid om meldingen ‘te

filteren’, bijv.: een overzicht maken van enkel meldingen waarbij medische apparatuur is betrokken, van één specifieke afdeling in een bepaalde periode.

Voor de melder verandert er weinig, en dat is ook de bedoeling. Streven blijft dat het melden van een incident snel en gemakkelijk kan blijven plaatsvinden. Zodra de nieuwe versie van de software een feit is zal hierover informatie azM-breed worden verspreid.

PM: Wanneer u al eerder gebruik maakte van de software voor het VIM melden, verander dan uw oude azM e-mailadres in het mumc-adres! Zodoende blijft u op de hoogte van de status van uw melding

Transparant melden

Iedere azM-medewerker kan via de VIM software incidenten melden en op ieder willekeurig moment de status van zijn melding inzien (bijv.: heeft analyse van het incident reeds plaatsgevonden of zijn er al verbeteracties genomen?). Hij kan echter ook alle overige meldingen van zijn eigen afdeling inzien, inclusief analyse en verbeteracties (zonder te zien wie de melder is). Hier is bewust voor gekozen. De gedachte hierachter is dat je méér inzicht krijgt in de (potentiële) risico’s op je eigen afdeling door er transparant mee om te gaan. Het is namelijk niet de opzet om na te gaan wie (over wie) gemeld heeft. Kern is te ontdekken waar zwakke, risicovolle plekken zitten binnen het (zorg)proces waar je dagelijks in werkzaam bent én waar verbeteringen mogelijk zijn. Vaak ben je je namelijk niet bewust dat er een specifiek

risico bestaat totdat je dit hoort of leest van een collega.

Omdat de informatie die je als melder invoert voor je collega’s zichtbaar is, is het dus belangrijk hier professioneel mee om te gaan. Informatie die niets toevoegt aan de toedracht van het incident dient dan ook niet vermeld te worden. Voorbeelden zijn: vermeld geen namen van collega’s wanneer ‘verpleegkundige’ of ‘arts’ ook volstaat en tracht frustratie of boosheid zoveel mogelijk te vermijden in de beschrijving van het incident.

Kortom: probeer zakelijk, objectief, concreet en volledig te zijn bij het melden van een incident. Geef zoveel mogelijk aan wat er is gebeurd en niet wat er had moeten gebeuren. Alles vanuit de gedachte: wat kunnen we hier van leren!

Achteraf bleek dat het falen van een medisch apparaat te wijten was aan het aangesloten accessoire. Een accessoire kan in dit verband zijn: een slangensysteem, een temperatuurprobe, ECG elektroden, een druktransducer etc. Moet je dit melden? Ja! Misschien is er geen schade voor de patiënt. Echter: Alle accessoires van medische apparatuur mogen alleen toegelaten worden als de betrouwbare en veilige werking en de functionaliteit van de apparatuur gegarandeerd is. Ondeugdelijke accessoires houden niet alleen een risico in voor de patiënt maar hebben ook gevolgen voor de productaansprakelijkheid van medische apparatuur. Door te melden kan met een advies van de Instrumentele Dienst de preventie van incidenten met medische apparatuur vergroot worden.



SURPASS-checklist helpt incidenten rond operatie voorkomen

Vanaf november dit jaar vindt in het azM geen enkele geplande operatie meer plaats zonder de SURPASS-checklist. Doel is het verhogen van de patiëntveiligheid van opname tot en met ontslag.

In de luchtvaart is het de gewoonste zaak van de wereld: voordat een vliegtuig opstijgt, nemen gezagvoerder en co-piloot eerst samen de pre-flight checklist door. "Dat is heel prettig voor de passagiers", beaamt traumachirurg Sven Van Helden. "Als de kist in de lucht hangt, wil je toch graag zeker weten dat er getankt is." Patiënten mogen terecht eenzelfde soort procedure verwachten als ze in ons ziekenhuis geopereerd worden, vindt Van Helden. "Je wilt als patiënt toch ook zeker weten dat de arts het juiste been markeert voordat de knieoperatie begint." Toch werd voor operaties binnen het azM tot nu toe nog geen algemene gestandaardiseerde checklist gebruikt zoals in de luchtvaart. Operateurs, verpleegkundigen en anesthesioloog hebben wel hun eigen controlelijsten, maar die namen ze niet gezamenlijk door. Met de invoering van SURPASS, het SURgical Patient Safety System komt daar vanaf november verandering in.

SURPASS is een gestandaardiseerde interdisciplinaire checklist die het gehele operatieve proces van opname tot en met ontslag omvat. "De checklist vergroot de patiëntveiligheid en helpt de kans op incidenten en bijna-incidenten te verkleinen voorkomen", verwacht Hélène Bergs, projectleider van de SURPASS-werkgroep. "Denk bijvoorbeeld aan het opereren van de verkeerde patiënt of het linker in plaats van het rechter oog. Door het invullen en samen doorlopen van de SURPASS-checklist voorkom je denkfouten en reduceer je de kans op incidenten aanzienlijk."

Professionals in het veld verwachten veel van de checklist. "Vooral preoperatief valt er veel te winnen", denkt chirurg Van Helden. Het grote belang van SURPASS zit wat hem betreft in de zogenaamde time out proce-



dure, het go or no go moment vóór de operatie. "Voordat de patiënt onder anesthesie gaat, controleren operateur, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en operatieassistent in een geformaliseerd overleg nog eens de gegevens op de checklist. Kloppen de gegevens van de patiënt? Hebben we de juiste prothese en instrumenten voor de operatie? Is het juiste lichaamsdeel gemarkeerd? Ontbreekt er iets of iemand, dan gaat de operatie niet door totdat de zaken op orde zijn." In de huidige situatie komt het team tijdens de operatie soms voor verrassingen te staan, ervaart Van Helden. Zo kunnen instrumenten ontbreken. Of een chirurg komt later dan gepland. "Als je daar pas achter komt als de patiënt al slaapt, is

dat eigenlijk te laat."

Hoewel patiëntveiligheid voor anesthesiemedewerker Armand Beetz het belangrijkste doel van SURPASS is, verwacht hij dat de checklist ook de communicatie tussen professionals onderling verbetert. "Zo geeft de time out mij de gelegenheid om voor de operatie vragen te stellen als iets onduidelijk is. Dat deed ik natuurlijk al, maar nu is er een moment voor, en dat maakt het makkelijker." Tegelijkertijd verwacht Beetz minder onduidelijkheden over patiënt en operatie dankzij de checklist.

Of iedereen zo enthousiast zal zijn over de invoering van SURPASS? "In het begin zal er wel wat weerstand zijn", denkt Van Helden. "Mensen moeten extra lijstjes invullen en

vezen daarmee misschien veel tijd kwijt te zijn. Maar uiteindelijk levert de checklist tijdwinst op doordat er vóór, tijdens en ná de operatie minder misgaat." In 2009 wordt de SURPASS-checklist gedigitaliseerd waardoor invullen een stuk sneller gaat. Projectleider Bergs wijst er nog op dat het invoeren van een gestandaardiseerde checklist een kwaliteitsslag is die de Inspectie voor de Gezondheidszorg na een controle in 2007 van het azM heeft gevraagd. De Inspectie ontwikkelt momenteel nieuwe richtlijnen voor het operatieve traject waaraan alle ziekenhuizen zich in de toekomst moeten houden. "Door invoering van de SURPASS-checklist voldoet het azM nu al aan die richtlijnen."

Een oudere patiënte wordt gevraagd een foto te laten maken van haar been; ze wordt hiervoor verwezen naar de fotostudio van medische fotografie. Hier moet ze haar kousen uittrekken en komt ernstig ten val terwijl ze zich weer aankleedt. De analyse van het VIM-incident dat gemeld werd heeft als conclusie dat bij dergelijke patiënten de fotograaf altijd naar de poli gaat, zodat er verpleegkundige assistentie is om te helpen bij uit- en aankleden.

Tijdens een operatieve ingreep blijkt een operatieset niet compleet. Ook al wordt het ontbrekend instrumentarium op een later tijdstip alsnog aangeleverd, de patiënt is langer onder narcose dan verwacht, de operatie loopt waarschijnlijk uit en er wordt onbewust mogelijk gehaaster gewerkt, waardoor risico's toenemen.

Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie

Het begint met goed poetsen...

“Ziekenhuishygiëne is misschien niet eens zo’n heel erg goed gekozen term,” zo zegt Frank van Tiel, arts-microbioloog en voorzitter Infectiecommissie, “want dat wekt toch vooral de indruk van poetsen en schoonmaken. Natuurlijk is hygiënisch werken, met name handen desinfecteren in de patiëntenzorg, een belangrijk onderdeel van infectiepreventie als het gaat om patiëntveiligheid. Maar het gaat om veel meer, wondverzorging, procedures rond het gebruik van scopen, het controleren van drink- en dialyse water, het controleren van lucht in de operatiekamers, en bijvoorbeeld procedures rondom de bereiding van voeding, en de begeleiding van hygiëne contactpersonen. Bij elkaar opgeteld betreft het werkzaamheden die in de hele organisatie zichtbaar zijn.

In de UMC’s is Ziekenhuishygiëne en Infectiepreventie ondergebracht bij de vakgroep / afdeling Medische Microbiologie. In het Maastricht UMC houden drie gediplomeerde ziekenhuishygiënisten en twee in opleiding zich met bovenstaande zaken bezig. Hun belangrijkste taak bestaat uit het geven van infectiepreventieve adviezen, bijvoorbeeld met betrekking tot isolatiemaatregelen. Daarnaast geven zij (na)scholing aan artsen en verpleegkundigen (in opleiding) en voeren zij hygiëne audits (een bezoek waarbij nauwgezet op het naleven van en kennis over protocollen en werkwijzen wordt gelet) uit op alle afdelingen. “Een aantal jaren geleden hebben we deze bezoeken onder de loep genomen”, vertelt Ed Smeets, ziekenhuishygiënist en samen met Frank van Tiel verantwoordelijk voor de afdeling. “Voorheen gingen we elke afdeling nauwgezet na met een ellenlange checklist; dat betekende dat je een afdeling maar eens in de vier jaar kon bezoeken. Tegenwoordig werken we



Met dank aan de Nationale Hand Hygiene Campaign in Schiedam

thema-gericht. Voorbeelden daarvan zijn hand hygiëne en wondverzorging. De resultaten hiervan zijn teruggekoppeld aan de azM medewerkers tijdens lunch symposia.”

“Sommige maatregelen zijn heel simpel. Ze hebben te maken met handelingen die je dagelijks, de hele dag door doet, zoals handen desinfecteren. Maar juist omdat het zo simpel en alledaags is wordt het nog wel eens achterwege gelaten; dit vraagt blijvende aandacht, van ons, van iedereen in dit ziekenhuis”, aldus Ed Smeets en Frank

van Tiel, “verschillende factoren blijken hierbij van belang: het helpen herinneren van de medewerkers aan het belang van hygiëne -b.v. door posters-, het beter beschikbaar maken van het desinfectans, door handalcohol dispensers op de patiëntenkamers, de voorbeeldfunctie van managers, artsen en leidinggevenden van de verpleegafdelingen. Met andere woorden, Ziekenhuishygiëne en Infectiepreventie is echt iets wat moet leven in de hoofden van mensen.”

Het Sociaal Beleid Infectieziekten is ook een

belangrijke taak van de afdeling Medische Microbiologie. Hierbij moet je denken aan onderwerpen zoals vaccinatie van medewerkers (hepatitis B en de “grieprik”), en maatregelen voor medewerkers met betrekking tot tuberculose, waterpokken en MRSA. Hiervoor wordt samengewerkt met Ease, Travel Clinic and Health Support. En, voegt Ed Smeets toe: “wij zijn nu heel druk bezig met de campagne voor de griepvaccinatie bij medewerkers, trouwens van harte aanbevolen voor alle medewerkers die contact hebben met patiënten.”

NIAZ systeem voor kwaliteit én veiligheid

In maart 2009 is het weer zover, dan worden er door het hele ziekenhuis gedurende een week audits gehouden door Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). In die audits toetst het instituut of wij onze organisatie zó hebben ingericht, dat we aantoonbaar een goede van kwaliteit van zorg voortbrengen. Dat wil zeggen dat we bij herhaling de juiste en dezelfde methoden en handelwijzen toepassen en dat er sprake is van een herkenbare verbetercultuur.

Het azM heeft in 1999 en 2005 de NIAZ-accreditatie gehaald. Voor 2009 is de norm gewijzigd en is er meer nadruk op patiëntveiligheid komen te liggen. Aan het stafdirectoraat Zorg en Leren de taak om in de komende maanden de voorbereiding naar de audits steeds verder op te voeren. Er zijn

interne audits gepland en uitgevoerd, en gevolgd wordt of de resultaten hiervan tot structurele verbeteracties leiden. Ook zal er op alle afdelingen weer de nodige aandacht uit moeten gaan naar documentbeheer.

Een nieuwe NIAZ-accreditatie vraagt de medewerking van de hele organisatie om kritisch te zijn op onjuistheden, onduidelijkheden en onvolledigheden in documenten en het gebruik hiervan. Het is een project

van de totale organisatie. De komende maanden zult u meer informatie ontvangen, via uw leidinggevende of de kwaliteitsmedewerker.

Naar oordeel van een verpleegkundige wordt te laat actie ondernomen op een ‘kritische’ laboratoriumuitslag.

Er zijn voor tal van laboratoriumuitslagen met de verschillende disciplines grenzen opgesteld waarboven of beneden direct gehandeld dient te worden. Te laat reageren op een dergelijke kritische uitslag houdt zeker een risico voor de patiënt in.

U.S.S.

Vertegenwoordigers van medisch en verplegend personeel aan het woord

Bewust zijn van patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is óók een kwestie van procedures en protocollen; dat is zeker waar. Het geeft structuur en mogelijkheden tot signalering, analyse en verbetering. Maar patiëntveiligheid is vooral ook een menselijke kwestie, een van cultuur en omgaan met elkaar. Dat geven zowel de voorzitter van het Stafconventsbestuur (onafhankelijk advies orgaan van medische stafleden) en van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR in oprichting) aan.



Stafconvent

“Patiëntveiligheid heeft vooral te maken met een stabiele werkomgeving”, aldus Professor Jan Harm Zwaveling, voorzitter van het Stafconventsbestuur. “Een instabiele werkomgeving leidt makkelijker tot fouten. Instabiliteit kan door van alles worden veroorzaakt; te weinig middelen, de complexiteit van het werk, onmin tussen stafleden. Daarom hebben we als Stafconvent de kwaliteitsvisitaties in het leven geroepen. Een commissie van medici bezoekt op gezette tijden de verschillende afdelingen en gaat het gesprek aan; instabiele factoren worden dan bespreekbaar en de commissie adviseert over een oplossingsrichting.”

“Op basis van het landelijk veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ van juni 2007 hebben we als Stafconvent ook de opdracht aan de al bestaande Commissie voor de Overleden Patiënt (COOP) bijgesteld;

deze commissie analyseert de statussen van overleden patiënten; verpleegkundigen doen op basis van trigger en signaalwoorden een voorselectie die de commissie nader analyseert. Zo fungeert deze commissie ook als een soort katalysator voor incidenten, naast een systeem als het Vrijwillig Incident Melden.”

Veiligheid is bovenal afhankelijk van de menselijke factor. “Ik blijf zeggen dat de relatie tussen een patiënt en zijn dokter er een is van het opbouwen van vertrouwen; en dat kun je niet wanneer de patiënt telkens weer een andere dokter te zien krijgt. Ik ben me er van bewust dat de complexiteit van de zorg, de verregaande specialisatie van artsen en de wens om ook parttime te kunnen werken dit mede in de hand werken. Maar ik wil me er niet bij neerleggen; we moeten weer toewerken naar en betere vertrouwensband tussen arts en patiënt.”

VAR

Mariëlle Denis is voorzitter van VAR. “Patiëntveiligheid is een belangrijk onderwerp voor de VAR omdat het een van haar taken is hierover te adviseren.”, aldus Mariëlle. Een actueel thema waar we aandacht aan besteden is bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen voor patiënten; wanneer pas je die toe, wat zijn alternatieven, welke materialen worden gebruikt en worden verpleegkundigen goed geschoold in het gebruik hiervan. Ook de introductie van het Electronisch Voorschrijfsysteem (EVS), een systeem voor het voorschrijven en toedienen van medicatie, heeft onze aandacht. Opvallend bij dit systeem is dat door de introductie ervan er ook onveilige momenten zijn blootgelegd: fouten bij de toediening van medicatie worden door de komst van het EVS voorkomen, maar bij het voorschrijven zijn de controlemomenten verminderd. Artsen moeten nu meer, en meer concreet voorschrijven; anderen kunnen op een later moment geen aanvullingen meer doen. Hiervan moet men zich nu ook bewust zijn. “Patiëntveiligheid heeft vooral ook te maken met een veilige cultuur op afdelingen. Het VIM kan dat stimuleren: meldingen worden dichtbij de bron opgepakt en melders kunnen ook goed volgen wat er met een melding gebeurt. Maar Vrijwillig Incident Melden betekent ook veilig kunnen melden, met de zekerheid dat je dat niet wordt aangerekend. Dat vraagt weer een groot zelfbewustzijn van bijvoorbeeld het verplegend personeel. Verpleegkundigen beschikken over specifieke kennis en ervaring op het gebied van verpleging en verzorging, op basis hiervan word je geacht activiteiten of gebeurtenissen die de



patiëntveiligheid in gevaar (kunnen) brengen te melden. En dat geldt natuurlijk niet alleen voor VIM-meldingen. Feedback is een andere belangrijke voorwaarde voor het bevorderen van de patiëntveiligheid. Op de werkvloer is een open cultuur waarbij we elkaar aanspreken op basis van onze professionaliteit een vereiste voor de veiligheid van de patiënt.”

Zelf haalt Mariëlle altijd veel inspiratie uit het volgende dat ze tijdens een congres meekreeg:

**Fouten maken mag,
Van fouten leren moet,
Er iets mee doen is een vereiste!**

Het Stafconvent en de VAR zijn twee adviesorganen die de twee belangrijkste beroepsgroepen van het azM, de artsen en de verpleegkundigen vertegenwoordigen. Zie voor meer informatie Intraspect.

Deze SUMMUM gazet special over patiëntveiligheid is voor u samengesteld door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het stafdirectoraat Zorg en Leren. Neemt u gerust met een van ons contact op met uw vragen en opmerkingen over patiëntveiligheid en kwaliteit.



Bastien van der Hoef
Riscomanager
patiëntveiligheid



Jos Hoofs
Stafadviseur
patiëntveiligheid



Karel Leunissen
Directeur



Ria Erven-Maassen
Secretaresse



Guido Penders
Stafadviseur
kwaliteit



Mary Derix
Kwaliteitsmanager



Michel van Zandvoort
Manager bedrijfsvoering



Eugenie van der Ham
Onderzoeker

Colofon

SUMMUM gazet is een gemeenschappelijke uitgave voor alle medewerkers van het Maastricht UMC*.

Uitgever stafdienst Communicatie azM
Hoofdredacteur Liz Tans
Eindredactie Ellen Kennes

Redactieadres Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht
T 043 387 51 12, F 043 387 51 14, E summum@mumc.nl

Artikelen Jos van Cann / Jules Coenegracht / Ellen Kennes
Basisvormgeving Zuiderlicht, Maastricht
Foto's Appie Derks / Bert Janssen Fotografie / Hans Patelski / Engelbert Schins / Loes Schleedoom

Opmaak & Druk Schrijen-Lippertz, Voerendaal

SUMMUM gazet wordt gedrukt op FSC milieugecertificeerd papier.

De volgende SUMMUM gazet verschijnt op 5 november.
Kopij moet uiterlijk 29 oktober binnen zijn bij de redactie.