

Een overzichtelijk traject

Publicatie: Nr. 39 - 24 september 2004

Auteur: J.M.A.H.M.J. de Bekker en H.J. van der Steeg

Pagina: 1525-1528

Patiëntveiligheid in kaart gebracht

Dat ziekenhuizen bijna-ongevallen, incidenten en calamiteiten op het gebied van de patiëntveiligheid moeten aanpakken, mag duidelijk zijn. Daarvoor zijn vier met elkaar samenhangende sporen te bewandelen.

De toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid stelde al in 1986 vast dat veiligheid een belangrijk aspect is van het ruime begrip 'kwaliteit'.¹ Patiëntveiligheid is het uitblijven van onbedoelde schade aan een individu dat zijn zorg toevertrouwt aan een hulpverlener.² Patiënten lopen risico's in de Nederlandse ziekenhuizen,³ maar gerichte activiteiten om die risico's te beheersen en methodisch om te gaan met incidenten blijken slechts sporadisch voor te komen. Het kwaliteitsinstrument dat hier doorgaans voor wordt gebruikt, is de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP). Maar het terrein van patiëntveiligheid is veel groter dan alleen maar bezig zijn met de registratie van incidenten.

Wij presenteren hier een infrastructuur, het TRIAS-model, om samenhang aan te brengen in de gewenste preventieve en curatieve activiteiten rond patiëntveiligheid en als hulpmiddel om inzicht te krijgen in de verdeling van verantwoordelijkheden.

Risico's

Het kernproces in een ziekenhuis is onderzoek, behandeling, verpleging en verblijf van een patiënt. Aan dit complexe proces zijn voor de patiënt risico's verbonden. In al die werkeenheden waar beroepsbeoefenaren en leidinggevenden binnen dat proces activiteiten ontplooiën, dienen de risico's gekend te worden en bekend te zijn. Dat vraagt niet alleen om intuïtie, maar vooral om hulpmiddelen en methodieken om risico's systematisch te inventariseren en te analyseren. Dit is zo logisch dat het onbegrijpelijk is waarom deze systematische aanpak in de praktijk nauwelijks uit de verf komt.

Bij de inventarisatie van risico's kan niet worden voorbijgegaan aan de risico's die een patiënt zelf meeneemt bij zijn verblijf in of bezoek aan het ziekenhuis. Nu worden anamneses afgenomen door de behandelend arts of zijn assistent en door een verpleegkundige. Een formulier wordt obligaat ingevuld met klachten, vermoedelijke diagnose, medicatiegebruik enzovoorts. Maar iets wat op een individueel risicoprofiel lijkt, blijft achterwege. Het is niet moeilijk om - naar analogie met valpreventie - tot criteria te komen om het risicoprofiel van een nieuwe patiënt vast te stellen en een daarbij behorend verpleeg- en behandelplan af te spreken.

Aan medewerkers kleeft een ander soort risico. Het ligt voor de hand dat de lichamelijke en de psychische conditie van een medewerker bepalend zijn voor de wijze waarop hij functioneert. Het is vanzelfsprekend dat lichamelijk ongemak van invloed is op het functioneren. Hierover zwijgen en toch risicovolle medische handelingen verrichten, is een niet-aanvaardbaar risico.

Ongewenste gevolgen

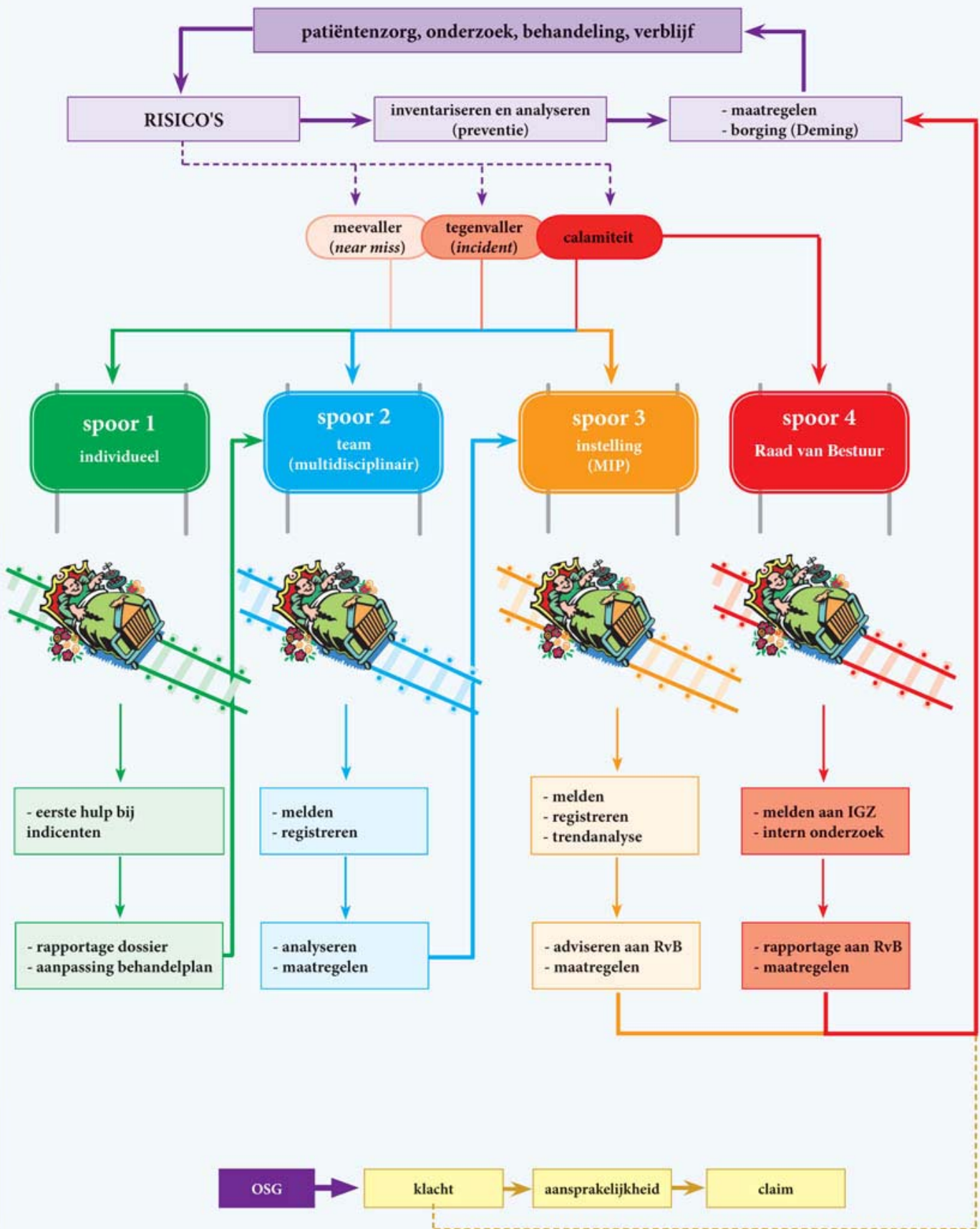
Al wordt het zorgproces nog zo goed beheerst en is het voorzien van preventieve maatregelen, controles en metingen, in de praktijk kan er altijd iets fout gaan. Meestal is er geen schade bij de patiënt te constateren en loopt de gebeurtenis met een sissert af. Deze meevallers worden bijna-ongevallen, gevaarlijke situaties of near misses genoemd. Soms is er wel schade bij de patiënt. Dit zijn de incidenten, de tegenvallers. Bijna de helft van alle gemelde incidenten in ziekenhuizen zijn valincidenten.⁴ Hoe groot de schade is die patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis oplopen, is onbekend. Zorgverzekeraars kunnen hierover geen informatie verstrekken

Van calamiteiten is sprake wanneer de gevolgen groot zijn, met ernstige of blijvende schade voor de patiënt, eventueel diens dood tot gevolg hebbend. In de aangepaste Kwaliteitswet zorginstellingen is opgenomen dat directies de verplichting hebben calamiteiten in de patiëntenzorg te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).⁵ Om aan die verplichting te kunnen voldoen, is de meldbereidheid van de betrokken specialisten een voorwaarde. Op grond van buitenlands onderzoek wordt geschat dat in Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks tussen 1500 en 6000 patiënten onnodig en vermijdbaar overlijden. Een schrikbarend hoog aantal, dat niet kan worden gestaafd door binnenlands onderzoek. Deze cijfers zijn mede aanleiding om de verplichting in de Kwaliteitswet op te nemen, omdat bij de IGZ nu jaarlijks 'slechts' ongeveer honderd meldingen van calamiteiten met dodelijke afloop binnenkomen.⁶ Complicaties vormen een bijzondere categorie. Zij hebben een direct verband met de uitoefening van het medische beroep. Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst van zorg die behandeling behoeft (en/of onherstelbare schade achterlaat). Een complicatie kan het gevolg zijn van de ziekte-toestand van de patiënt of van een fout van arts of verpleegkundige. De Orde van Medisch Specialisten is bezig richtlijnen te ontwikkelen en in te voeren voor registratie van complicaties.⁷

Vier sporen

Om de meevallers, incidenten en calamiteiten aan te pakken worden in het TRIAS-model verschillende trajecten gevolgd. Het schema toont vier sporen. De eerste drie sporen staan in logische volgorde met elkaar in verband, het vierde spoor, betreffende calamiteiten, heeft een eigen aanpak. Al deze sporen zijn te zien als retrospectieve acties en bedoeld om de patiëntveiligheid achteraf te helpen bevorderen.

PATIËNTVEILIGHEID



Het groene traject, spoor 1, staat in het teken van eerste hulp bij incidenten (EHBI). Zodra de hulpverlener de afwijking (fout, incident, calamiteit) beseft, treft hij maatregelen bij of aan de patiënt om de schade te beperken en/of zoveel mogelijk te herstellen. Ook wordt het incident gerapporteerd in het medisch en verpleegdossier, een manier van melden waarmee de professional verantwoording aflegt over wat er is gebeurd en waarom. Daarnaast wordt de gebeurtenis doorgegeven aan de voor de patiënt verantwoordelijke specialist en leidinggevende. Zonodig worden na de bespreking in het behandelteam het behandel- en verpleegplan aangepast.

Het blauwe traject, spoor 2, speelt zich af op de afdeling waar het incident zich heeft voorgedaan. De betrokken medewerker meldt het incident bij de leidinggevende. Deze houdt een registratie bij: enerzijds ten behoeve van bespreking in het multidisciplinaire behandelteam, anderzijds om in het volgende spoor het centrale meldpunt (zie spoor 3) van informatie te voorzien. De leiding-gevende organiseert de multidisciplinaire bijeenkomsten en bereidt ze voor. Met eenvoudige methodieken worden meldingen geanalyseerd en mogelijke oorzaken opgespoord.

Naar aanleiding van deze analyse neemt het behandelteam eventueel preventieve maatregelen op de eigen afdeling. Deze maatregelen kunnen betrekking hebben op het behandelplan van de patiënt die bij het incident was betrokken en op de categorie patiënten van het betreffende specialisme. Mogelijk leidt de analyse tot aanpassing van bestaande werkwijzen of het opstellen van een nieuw protocol. In beide gevallen is de Deming-cyclus⁸ toepasbaar, opdat wordt vermeden dat procedures ongemerkt verouderen.

Ten slotte meldt de leidinggevende de incidenten en de genomen maatregelen bij het centrale meldpunt. Daarmee gaat dit spoor over naar het volgende.

Na het bespreken van de melding in het behandelteam wordt de gebeurtenis gemeld bij het centrale meldpunt. Hiermee begint spoor 3, het oranje traject. In de praktijk is dit traditioneel de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP). Hier wordt slechts gesproken over een centraal meldpunt dat registreert, analyseert en zoekt naar trends in de binnengekomen meldingen. Ten slotte adviseert dit meldpunt aan de directie. Deze adviezen hebben geen betrekking op het individuele behandelproces van een patiënt, maar op het veiligheidsbeleid van de organisatie.

In dit model wordt de input voor het centrale meldpunt niet gerealiseerd door direct bij incidenten betrokken medewerkers, maar door leidinggevend en/of coördinatoren van collegiale samen-weringsverbanden. Medewerkers melden patiëntgerelateerde incidenten alleen nog bij hun leidinggevende en niet meer direct bij het centrale meldpunt. Ook de niet-patiëntengebonden incidenten, zoals situaties of omstandigheden die de gezondheid van patiënten in gevaar kunnen brengen (gladde vloeren, defecte apparatuur, niet-sluitende liftdeuren en andere gevaarlijke situaties), melden medewerkers bij hun leiding-gevende en die meldt op zijn beurt bij het centrale meldpunt.

Het rode traject, spoor 4, betreft calamiteiten in de patiëntenzorg. Calamiteiten moeten worden gemeld aan de directie, die een meldingsplicht heeft aan de inspectie. De directie kan zelf een intern onderzoek gelasten naar de toedracht van het ongeval. De inspectie kan hiermee genoeg nemen, maar is altijd bevoegd een eigen onderzoek te verrichten. Het enige dat telt, is dat de waarheid op tafel komt.

Er kunnen ook strafbare feiten worden gesignaleerd. In zulke gevallen schakelt de directie het Openbaar Ministerie in voor een strafrechtelijke procedure.

Het interne onderzoek leidt tot een rapportage aan de directie. Op grond daarvan kunnen maatregelen worden getroffen, zowel disciplinaire (schorsing, ontslag) als preventieve maatregelen.

Losstaand in het model is het gele traject: de klachtenprocedure voor cliënten. Klachten worden ingediend naar aanleiding van een door de cliënt ervaren ongewenste situatie of gebeurtenis (OSG) en gaan meestal over andere gebeurtenissen dan welke door medewerkers als incident worden gezien. Het zijn doorgaans klachten over bejegening

door zorgverleners, miscommunicatie, onvoldoende informatie en problemen in de organisatie. Bekend is dat bij een open en eerlijk gesprek over een fout de patiënt doorgaans de uitleg aanvaardt.⁹

Alle sporen, behalve het eerste, kunnen leiden tot directieadviezen en tot maatregelen van preventieve aard. In het schema leiden deze maatregelen tot aanpassing en bijstelling van procedures en voorwaarden om het primaire proces beter te beheersen, preventie van nieuwe incidenten te bevorderen en patiënt-veiligheid te verbeteren. n

J.M.A.H.M.J. de Bekker,
BScN van PARADOX, Nijmegen, deskundige op het gebied van patiëntveiligheid en incidentenmanagement
dr. H.J. van der Steeg,
arts tot voor kort lid van de Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist

Correspondentieadressen: jdebekker@paradoxiz.nl en hvdsteeg@euronet.nl

SAMENVATTING

Patiënten lopen in het zorgproces in het ziekenhuis veel risico's: medicatiefouten, wondinfecties, decubitus, miscommunicatie tussen afdelingen, ondeugdelijke tilliften, gladde vloeren.

Gerichte activiteiten om de risico's te beheersen en methodisch om te gaan met incidenten komen lang niet in alle ziekenhuizen voor. Veelal wordt patiëntveiligheid per aspect benaderd.

Het TRIAS-model is ontworpen om het complexe terrein van patiëntveiligheid inzichtelijk en overzichtelijk te maken. Het begint met risicobeheersing als preventie.

Als het tóch misgaat zijn er vier sporen die in een logische volgorde en in nauwe samenhang met elkaar staan.

Het TRIAS-model maakt ook duidelijk hoe bij patiëntveiligheid de verdeling van verantwoordelijkheden is.

Referenties

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer, 1986.
2. Zie website UMCU (www.patiëntveiligheid.nl).
3. Schellekens WMLCM, Blijham GH. Deltaplan voor een verborgen probleem. Medisch Contact 2003; 58 (10): 387-90.
4. School M, Blankendaal F. Risico-inventarisatie en incidentenanalyse. Kwaliteit in Beeld 2003; (1): 14-5.
5. KNMG. Wijziging van de kwaliteitswet en de klachtwet. Medisch Contact 2002; 57 (45): 1670.
6. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport 2002. Den Haag, juni 2003
- 7.

Kievit, J. Uit de doofpot. Medisch Contact 2001; 56 (48): 1777-9. 8. Kedzierski JTh, Vlemmix M. Kwaliteit en Beheer. Instrumenten voor de manager in de zorg. Houten/Diegem, 2001. 9. Legemaate J. Open en eerlijk. Medisch Contact 2003; 58 (28/29): 1128-31.

Webverwijzingen:

- **MC-artikelen:**
[Onderzoek patiëntveiligheid in vijftien ziekenhuizen](#) (Nieuwsreflex)
Medisch Contact (jaargang 59 nummer 27) 2 juli 2004
- [Nieuw licht op incidenten: een methode voor risico-analyse in de patiëntenzorg](#) (Kwaliteit)
Leistikow, I.P. Blijham, G.H. Medisch Contact (jaargang 59 nummer 25) 18 juni 2004
- [Willems benoemd tot speciaal gezant voor 'Sneller beter': topman Shell neemt patiëntveiligheid onder de loep](#) (Federatienieuws)
Orde van Medisch Specialisten Medisch Contact (jaargang 59 nummer 23) 4 juni 2004
- [Orde en CBO onderzoeken patiëntveiligheid](#) (Nieuwsreflex)
Medisch Contact (jaargang 58 nummer 19) 9 mei 2003
- [Schellekens WMLCM, Blijham GH. Deltaplan voor een verborgen probleem](#). Medisch Contact 2003; 58 (10): 387-90.
- [KNMG. Wijziging van de kwaliteitswet en de klachtwet](#). Medisch Contact 2002; 57 (45): 1670. Kievit, J. Uit de doofpot. Medisch Contact 2001; 56 (48): 1777-9.
- [Legemaate J. Open en eerlijk](#). Medisch Contact 2003; 58 (28/29): 1128-31.

Link

www.patiëntveiligheid.nl