

OK PROJECT



Foto: Shutterstock/Beerhoff

VAN ROOD NAAR GROEN

2

De rapporten die de riskmanagers van MediRisk opstellen na hun verificatiebezoek laten vrij veel 'rood' zien. Hoewel de ziekenhuizen al hard hebben gewerkt aan patiëntveiligheid, blijken er op onderdelen nog zaken voor verbetering vatbaar te zijn. Gelukkig is 'rood' vaak met relatief eenvoudige maatregelen om te buigen naar 'groen'.

OK-VANGNETTEN IN DE PRAKTIJK

4

MediRisk heeft praktische vangnetten aangereikt voor zes belangrijke schadecategorieën op de operatieafdeling. Velen zijn hier actief mee aan de slag gegaan, wat ook wordt bevorderd door publicaties vanuit de beroepsverenigingen van operatie- en anesthesieassistenten. Niet alle vangnetten blijken even makkelijk in te voeren, zoals de vangnetten voor medicatiecontrole en het achterblijven van instrumenten. Waar sommige ziekenhuizen achterblijven, lopen andere ziekenhuizen aan kop. Doe uw voordeel met een aantal goede ideeën van collega-zorgverleners in deze nieuwsbrief.

CLAIMRECONSTRUCTIE: VERKEERDE TEEN

8

UPDATE OK-PROJECT MEDI RISK

Heeft u de riskmanagers al in huis ontmoet?

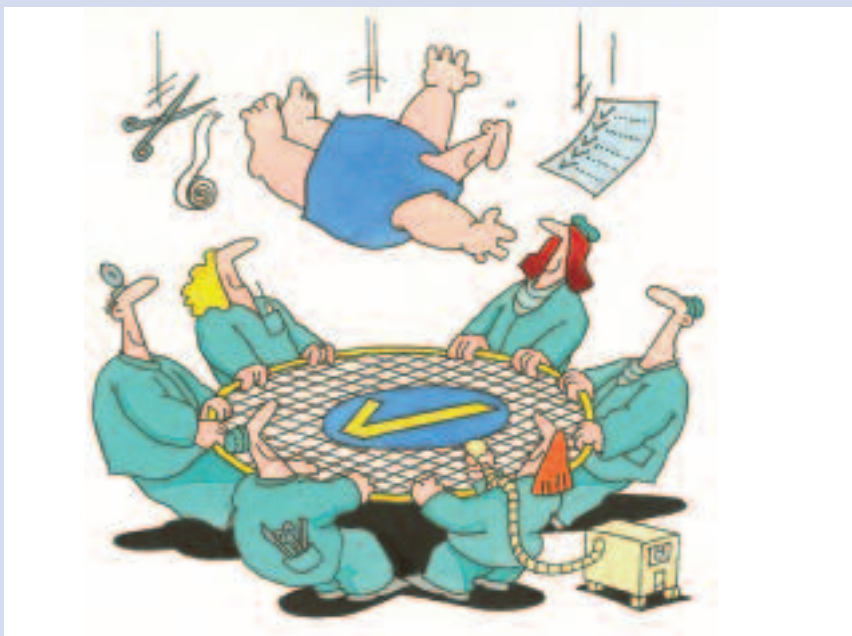
Het OK-project van MediRisk is in volle gang.

De helft van de ziekenhuizen is bezocht.

Eerste indruk: werkafspraken en protocollen staan in de meeste ziekenhuizen helder op papier. Maar aan de naleving van die afspraken schort het nogal eens.

'Op elke plek een check' is dus een passend projectcredo.

OK-PROJECT WAAROM OOK ALWEER?



Ruim een derde van alle claims die bij MediRisk worden gemeld, ontstaat op de operatieafdeling. Tot en met 2006 zijn bijna 4.000 claims ingediend over de OK, met een geheel aan betalingen en nog openstaande reserveringen (schadelast) van bijna 24 miljoen euro.

Met het OK-project introduceert MediRisk vangnetten; eisen waaraan de operatieafdelingen sinds 1 januari 2008 moeten voldoen om hoog vermijdbare schades in te dammen. Zo slaan we samen twee vliegen in één klap: een veiliger zorg op de OK en een claimreductie. MediRisk luidt hiermee een nieuwe logische fase in van het preventiebeleid zoals dat is vastgesteld door Bestuur en Algemene Ledenvergadering van de onderlinge waarborgmaatschappij, kortom, door de ziekenhuizen zelf.

Het OK-project richt zich op de volgende risicogebieden:

1. verwisselingen
2. achterblijven van materialen
3. intubatiefouten
4. positioneringsfouten
5. apparatuur- en materiaalgerelateerde fouten
6. medicatiefouten

Invoering van de vangnetten heeft ook een positief effect op de onderliggende structuren die door al die risicogebieden heen lopen. Door de nadruk op heldere afspraken, consequente naleving en toezicht daarop worden bijvoorbeeld ook aangrenzende OK-processen en procedures 'beveiligd'.

Tip

Voorbeelden en oplossingen bij het invoeren van de vangnetten vindt u bij 'OK-vangnetten in de praktijk' op pagina 4.

Van ROOD naar GROEN

Tijdens hun verificatiebezoek proberen de riskmanagers van MediRisk de ziekenhuizen al enigszins voor te bereiden op het confronterende effect van het verificatierapport. Want het kan hard aankomen, een rapport met onvoldoendes aangeduid met de opvallende kleur rood. Als gekeken wordt naar wat er al is, blijkt dat de ziekenhuizen hard hebben gewerkt en dat al veel zaken goed geregeld zijn.

Daarnaast zijn er op onderdelen vaak zaken voor verbetering vatbaar.

Waarom eigenlijk zoveel rood?

Een vangnet scoort pas voldoende als aan alle onderdelen ervan is voldaan. Veel ziekenhuizen krijgen voor de meeste onderdelen van een vangnet wel een voldoende, maar scoren toch een onvoldoende omdat er op één onderdeel verbetering noodzakelijk is. Een voorbeeld: medicatie is bijvoorbeeld wel voorzien van een helder etiket, maar tegelijkertijd bevinden zich op de OK twee verschillende concentraties van dezelfde medicatie. Dat kan eenvoudig verwarring veroorzaken, met alle gevolgen van dien. Een relatief eenvoudige verbetermaatregel door dit ziekenhuis - voortaan maar één concentratie van dezelfde medicatie op de OK - leidt



tot een 'voldoende' situatie. MediRisk is ervan overtuigd dat juist de optelsom van de verschillende onderdelen per vangnet tot betere waarborging leidt. Samen dekken zij risicovolle omstandigheden af, door het opwerpen van een aantal barrières of vangnetten op verschillende momenten en via diverse invalshoeken in een zorgproces.

Wat is het meest voorkomende 'rood'?

In vrijwel alle bezochte ziekenhuizen is nog veel winst te behalen in het borgen; het zekerstellen van de naleving van werkafspraken en procedures. Werkafspraken zijn er meestal wel, maar er is onvoldoende inzicht of die afspraken ook daadwerkelijk worden nagekomen. Zo worden tekortkomingen in de uitvoering niet herkend en daardoor ook niet gecorrigeerd. Verbeteringen op het gebied van borging - bijvoorbeeld door steekproeven of audits - zijn wellicht minder eenvoudig dan de eerder genoemde maatregelen, maar ze zijn de moeite waard om iedereen scherp te houden op onderlinge afspraken.

Wat is de opbrengst?

Veiliger opereren, in de breedste zin van het woord. Dat is kort gezegd het doel van het OK-project, dat MediRisk samen met de ziekenhuizen nastreeft. 'Rode' rapporten zijn niet ontmoedigend bedoeld, maar juist aanmoedigend: vaak is het een kwestie van 'de puntjes op de i zetten'. Het resultaat zal ernaar zijn: een verhoging van de patiëntveiligheid en tegelijkertijd een verlaging van de schadelast. Op basis van het verificatierapport komen de ziekenhuizen met verbeterplannen. De eerste plannen van aanpak worden begin juli verwacht.

Riskmanagers op verificatiebezoek

Riskmanagers Bart Jongbloed, Irene van Beek (foto) en Lilian Knol brengen verificatiebezoeken aan alle operatieafdelingen van ziekenhuizen die bij MediRisk zijn aangesloten. Doel: per ziekenhuis de risico's op de OK met betrekking tot de zes schadecategorieën in kaart brengen en adviseren over invoering van de vangnetten. In totaal gaat het om 68 operatieafdelingen in 65 ziekenhuizen, waarvan inmiddels ruim de helft is bezocht. Hoe ziet een verificatiebezoek er uit? Een verslag van zo'n dag.

8.55 Ondanks de lange file arriveren riskmanagers Irene van Beek en Bart Jongbloed op tijd bij het ziekenhuis. De receptionist kondigt hun komst telefonisch aan bij de OK-manager. Bart Jongbloed: 'We gaan altijd met z'n tweeën. Twee riskmanagers zien en horen immers meer dan één.'

9.00 's Ochtends laten de riskmanagers zich informeren over de gang van zaken op de betreffende operatieafdeling. Riskmanager Irene van Beek: 'We starten meestal met het bestuderen van de werkafspraken, de protocollen en andere documenten zoals checklists. Doel is om te kijken of deze documenten overeenkomen met de vangnetcriteria.' Voorzien van een kop espresso met melk duiken de riskmanagers in de documenten.

10.30 De dagelijks leidinggevenden op de OK stappen binnen en schuiven aan voor een gesprek met de riskmanagers. Bart Jongbloed: 'In dit gesprek vragen we een toelichting op 'gaten' die we soms in de afspraken en protocollen aantreffen, zoals het niet benoemen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Daarnaast komt het belang van de vangnetcriteria aan bod.'

11.30 Een anesthesioloog van het ziekenhuis neemt het stokje over van de dagelijks leidinggevenden. Onderwerp van gesprek is onder meer de schadecategorie Intubatieschade.



13.00 Na de lunch brengen de riskmanagers een bezoek aan de OK. Irene van Beek: 'We zien dan met eigen ogen hoe het met de naleving van de werkafspraken is gesteld.' De riskmanagers krijgen een rondleiding over de OK en wonen enkele operaties bij. Geen onbekend terrein voor hen: de riskmanagers van MediRisk hebben zelf jarenlang op de OK gewerkt. Bart Jongbloed: 'We werpen ook een blik op de dossiers, waarbij we regelmatig stuiten op onvolkomenheden in de verslaglegging. Die vormen een reëel gevaar voor goede zorgverlening, zo laten de claims zien.'

15.30 Tijd voor een korte terugkoppeling. Aan tafel zitten de organisatorisch en medisch manager van de OK en een lid van de Raad van Bestuur. Riskmanagers Irene van Beek en Bart Jongbloed brengen verslag uit van hun constatering. Ook in dit ziekenhuis zijn de werkafspraken op papier dik in orde, maar zitten er nog gaten in de naleving van de afspraken. Met de woorden 'Daar valt in onze visie dan ook nog veel winst te halen' sluit Bart Jongbloed het gesprek af.

17.00 Het verificatiebezoek zit erop. Irene van Beek: 'Elk ziekenhuis is in beweging, op zoek naar manieren om de kwaliteit van zorg hoog te houden en de patiëntveiligheid te verbeteren. Wij kunnen ze helpen door met een kritische blik naar werkwijzen te kijken, met in ons achterhoofd de schadeclaims die bij MediRisk binnenkomen. Van schadeclaims valt zoveel te leren. En nu naar huis. Morgen weer een drukke dag voor de boeg: dan staat het verificatierapport op het programma, waarin we onze constatering en aanbevelingen voor dit ziekenhuis uitgebreid uiteenzetten.'

OK-VANGNETTEN IN DE PRAKTIJK



Foto: Zorg in beeld

De meeste ziekenhuizen zijn zich wel bewust van de noodzaak om de OK-vangnetten in te voeren, maar weten niet altijd hoe. Of hikken aan tegen de tijd en de kosten die soms gepaard gaan met de invoering. Onderstaand een aantal opmerkingen die riskmanagers ter ore komen én oplossingen uit de praktijk.

Schadecategorie: achtergebleven materialen

Schaderisico's

Twee weken na de operatie van een ontstoken galblaas krijgt een patiënt een zwelling in de bovenbuik. De röntgenfoto toont een looddraad van een achtergebleven gaas. Een andere patiënt krijgt blauwe benen na behandeling van een aneurysma. De aortaklem blijkt niet verwijderd te zijn. Vaak ontstaan deze fouten door het ontbreken van een goede procedure en ontoereikende naleving. Een ander risico is onvolledige overdracht, met name bij bewust achtergelaten materialen.

Vangnet

MediRisk vraagt de ziekenhuizen om systematische compleetheidcontroles. Het vangnet van MediRisk richt zich tenminste op buik- en heupoperaties, omdat daarbij het meest instrumenten in het lichaam van de patiënt achterblijven. Nog maar weinig ziekenhuizen voeren systematische compleetheidcontroles uit.

Opmerkingen:

'Het overkomt mij niet'

Het achterblijven van materialen komt nog steeds voor. Bij MediRisk komen hierover jaarlijks circa vijftieng claims binnen en dit is slechts het topje van de ijsberg.

'Geen tijd voor tellen/wegen'

Annerieke de Vries, OK-manager a.i. in Tergooiziekenhuizen: 'De operatieassistenten hier beschouwen het gewoon als hun verantwoordelijkheid dat er geen instrumenten achterblijven. Als het tellen eenmaal routine is, valt de tijdconsumptie mee. In totaal ongeveer vier minuten per operatie.'

'Tellen is onbetrouwbaar door foutgevoeligheid'

Nicole Dreessen, operatieassistent in Orbis Medisch en Zorgconcern met een tel-en-weeg-controlesysteem: 'Natuurlijk is tellen geen waterdichte methode. Tellen gebeurt door mensen en die maken nou eenmaal fouten. Maar als je helemaal niks doet ontstaan er nog veel meer fouten.'

'Wegen is te duur' (hoge investering)

De implementatie van een weegmodule kostte in Orbis Medisch en Zorgconcern rond de € 300.000 voor acht operatiekamers en drie poliklinische OK's. Een derde deel van dat bedrag was voor twintig computergestuurde weegschalen. De rest ging naar software, computers en personele kosten van leverende firma en ziekenhuis. Nicole Dreessen: 'Af en toe, als we bij het wegen op een verschil stuiten en gaan zoeken, treffen we instrumenten aan in de afvalbak, vaak verscholen tussen het afdekmateriaal. De baten van een extra controle wegen dus absoluut op tegen de kosten. Je moet er toch niet aan denken dat die instrumenten niet in de afvalbak, maar in het lichaam van de patiënt waren achtergebleven? Alles wat je kunt voorkomen is winst.'

➔ Vangnet in de praktijk:

Het tel-en-weegsysteem van Orbis Medisch en Zorgconcern (sinds 2004 in gebruik):

Alleen de instrumenten die klaarliggen voor de operatie worden geteld. De complete sets zijn al gewogen door de CSA. Na de operatie tellen de operatieassistenten de klaargelegde instrumenten en maken ze die set weer compleet. Dan wegen ze alle sets met de speciale weegmodule en controleren zo nodig extra. De gehanteerde afwijkingmarge is kleiner dan het gewicht van het kleinste instrument. De gewogen sets gaan weer naar de CSA, waar ze nogmaals controleren. Het functioneert tegelijk als beheersysteem: met een barcode op elk instrument houdt het ziekenhuis onderhoud en vervanging van het instrument bij.

Het telsysteem van Tergooiziekenhuizen (inmiddels ruim tien jaar in gebruik):

Alle instrumenten voor een operatie waarbij het peritoneum opengaat worden geteld. De instrumenterende telt samen met de omloop welke instrumenten er op de overschuifafel en op de tafel naast de instrumenterende liggen en legt dit vast op een speciaal telformulier. Zijn er tijdens de ingreep meer instrumenten nodig dan klaargelegd, dan noemt de instrumenterende het aantal tegen de omloop, die dit noteert. Na de operatie vergelijken instrumenterende en omloop het aantal gebruikte instrumenten met de turflijst. ■

Landelijke richtlijn operatiemateriaal

De Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) werkt samen met het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO aan een richtlijn ter voorkoming van achterblijven van operatiemateriaal (instrumenten, maar ook gazen, disposables en naalden). Zij onderzoeken daartoe wat de beste evidence based én in de praktijk haalbare methode is om het achterblijven van operatiemateriaal te voorkomen. Streven gereed: medio 2009.

Schadecategorie: intubatieschade

Casuïstiek

Na een operatie onder algehele anesthesie ontdekt de patiënt dat de kroon van zijn linkervoortand loszit. Zijn tandarts stelt bovendien een gespleten wortel van deze tand vast. Omdat de elementen aan weerszijden van de betreffende kroon ook van kronen zijn voorzien, moet de tandarts een implantaat aanbrengen. Bij de preoperatieve screening zag de anesthesioloog geen aanleiding tot specifieke vragen of voorlichting over het risico op gebitsschade; het gebit leek op het eerste gezicht gezond. Was hij op de hoogte geweest van de kroon, dan had de anesthesioloog bij de intubatie de 'kwetsbare kant' kunnen ontzien. De patiënt claimt de, niet verzekerde, tandartskosten bij het ziekenhuis.

Schaderisico's

Uit schadeanalyse blijkt dat claims over gebitsschade door intubatie vaak te maken hebben met onvoldoende voorlichting over dit risico en het ontbreken van documentatie van de gebitsstatus ten tijde van de ingreep.

Vangnet

De claims zijn te voorkomen door informatie over het risico op tandletsel consequent en op tijd te verstrekken. De verstrekte informatie, het resultaat van de inspectie van de gebitsstatus en intubatieconditie moeten vervolgens ook in het dossier worden vastgelegd.

Opmerkingen

'Ik wil mijn patiënten niet onnodig bang maken'

Kaj Gigengack, anesthesioloog in Medisch Centrum Rijnmond-Zuid: 'Er zijn altijd patiënten die niets willen weten van de risico's, die aangeven dat ze daar alleen maar banger van worden. Maar de meeste mensen kun-

nen prima omgaan met die informatie. Natuurlijk moet je de boodschap een beetje verpakken. Dus niet plompverloren zeggen: 'Als we gaan intuberen kunt u een paar tanden kwijtraken en bij anesthesie via een ruggenprik kunt u blijvend de macht over uw onderbenen verliezen. Kiest u maar.' Ik geloof er niet in dat patiënten door voorlichting angstiger worden. Het hangt er van af hoe je het vertelt.'

➔ Vangnet in de praktijk

De drie pijlers om tandletsel door intubatie te voorkomen zijn inspecteren, informeren (mondeling en schriftelijk) en documenteren. Oftewel: de toestand van het gebit vaststellen, de eventuele kans op tandletsel aan de orde stellen en het geheel in het verslag opnemen. Directeur John Stappers: 'Het inspecteren wordt door de anesthesiologen niet als een probleem gezien, net zomin als het informeren over de meest voorkomende bijwerkingen, zoals tijdelijke heesheid. Meer moeite hebben sommigen om een patiënt met een op het oog gezond gebit onnodig te verontrusten met informatie over mogelijk tandletsel. Op dit moment vindt hierover discussie plaats binnen de beroepsgroep. MediRisk zal hangende deze discussie dit specifieke onderdeel van het vangnet nuanceren en beperken tot hoogrisicopatiënten, waaronder patiënten met een te verwachten moeizame intubatie en patiënten van wie het gebit in een slechte staat verkeert. Hiervan moet een aantekening worden gemaakt in het verslag. Wij adviseren wel om in alle gevallen de patiënt vooraf schriftelijk te informeren over de gangbare risico's en bijverschijnselen.'

Veel vakgroepen gebruiken hun geautomatiseerde systeem om deze aspecten systematisch aan de orde te laten komen. Gebruikmaken van 'verplichte' velden is een vaak gezien hulpmiddel om te voorkomen dat er onbedoeld een item wordt overgeslagen. ■

Schadecategorie: medicatiefouten

Casuïstiek

Een 40-jarige patiënte krijgt een spierverslapper in plaats van een antidotum toegediend. Tijdens de operatie is zij zich bewust van alles wat er om haar heen gebeurt. Een posttraumatische stressstoornis is het gevolg. Bij een patiënt met een liesbreuk wordt voor spinale toediening in plaats van 0,1 milligram morfine maar liefst 1,0 milligram morfine toegevoegd aan de marcaine. Zowel de operatie als de recovery verlopen probleemloos, maar terug op de verpleegafdeling worden de inmiddels optredende ademdepressie en asphyxie niet tijdig opgemerkt. Met hersenschade voor de patiënt tot gevolg.

Schaderisico's

Medicatiefouten kunnen op verschillende manieren ontstaan. Bij de bereiding, de toediening of door onvoldoende controle op effecten en bijwerkingen. Claims als gevolg van medicatiefouten op de operatieafdeling hebben vooral betrekking op toediening van het verkeerde medicament en doseringsfouten. Sommige ampullen lijken sprekend op elkaar. Bovendien zijn de etiketten niet eenduidig en niet altijd even goed leesbaar. Neem efedrine en epinefrine; in de hectiek op een OK is een verwisseling niet ondenkbaar. Zeker als de ampullen ook nog op elkaar lijken.



OK-VANGNETTEN IN DE PRAKTIJK



Foto: BARD 87

Vangnet

De meeste medicatiefouten op de OK zijn te voorkomen door een betere controle van gebruikte medicamenten en mogelijke allergieën. Etiketten van medicatie dienen minimaal inhoud en dosering te bevatten. Ook dient een medicament niet tegelijkertijd in verschillende concentraties in de operatiekamer aanwezig te zijn. Hoewel een dubbele controle van alle medicatie natuurlijk het beste zou zijn, spitst het OK-vangnet van MediRisk zich toe op de dubbele controle bij de bereiding van oplossingen, omdat uit schadeclaims blijkt dat daar extra risico's aan kleven.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt eisen aan de medicatieveiligheid op de OK. In het kader van het TOP-project (Toezicht Operatief Proces) eist de IGZ een check op klaarmaken en toediening. De IGZ vindt de solistische werkwijze van anesthesiemedewerkers, die controle bemoeilijkt, geen reden om hier van af te zien. Omdat niet de toedieningsindicatie maar het juiste middel gecheckt moet worden, kan de check bijvoorbeeld ook door de omloop worden uitgevoerd, aldus de IGZ.

Opmerkingen

'Anesthesiemedewerkers werken solo.'

De anesthesiemedewerker werkt van oudsher solistisch en is niet gewend medicatie met anderen te controleren. Een dubbele medicatiecontrole zou daardoor onwerkbaar zijn. Anesthesioloog Martin Luirink van Máxima Medisch Centrum: 'De anesthesiemedewerker runt op de OK weliswaar zijn eigen toko, maar maakt binnen die muren wel deel uit van een team. En een team wordt alleen beter als iedereen met elkaar samenwerkt.*'

'Wie moet die dubbele controle dan wel op zich nemen?'

Anesthesioloog Martin Luirink: 'De omloop is de meest logische persoon voor de check. Die is immers altijd aanwezig en mobiel. Maar in feite kan iedereen die kan lezen aan zijn jas worden getrokken. Het is een kleine moeite. Is er niemand in de buurt op het moment dat de medicatie wordt opgetrokken, dan blijven de lege ampullen naast de spuit liggen totdat de controle alsnog heeft plaatsgevonden. In spoedgevallen mag daar uiteraard van worden afgeweken.'

➔ Vangnet in de praktijk

In Máxima Medisch Centrum is sinds afgelopen jaar het protocol 'Dubbel check medicatie' in gebruik. Anesthesiemedewerkers moeten iemand laten meekijken met het checken van alle opgetrokken medicatie voor de betreffende patiënt. Degene die controleert, leest hardop voor wat er op de ampul staat en vergelijkt dit met de sticker die op de injectiespuit is geplakt. Belangrijk is de vraagstelling door de anesthesiemedewerker. Een gesloten vraag als 'Zit hier atropine in?' is niet handig, omdat de kans bestaat dat iemand te snel 'ja' zegt.' Ook in Ziekenhuis Deventer is dubbelcontrole van medicatie ingevoerd, deels ondersteund door een geautomatiseerd systeem. Verder blijkt uit verificatiebezoeken van de MediRisk-riskmanagers dat operatieafdelingen in toenemende mate medicatie kant-en-klaar laten aanleveren óf de oplossingen laten prepareren op plaatsen waar wel een dubbelcontrole plaatsvindt, zoals op de recovery. ■

*Bron: Alert november 2007, online te lezen op www.medirisk.nl

Schadecategorie: verwisselingen

Casuïstiek

Zie de claimreconstructie 'Verkeerde teen geamputeerd' op pagina 8 van deze nieuwsbrief.

Schaderisico's

Verwisselingsfouten ontstaan vooral door het ontbreken van een goede eenduidige procedure en ontoereikende naleving, overschrijffouten en onvolledige overdrachten. Uit claimanalyse blijkt dat verwisselingen met name voorkomen bij operaties aan knieën, tenen en vingers.

Vangnet

Verwisselingsfouten zijn te voorkomen door meerdere verificaties uit te voeren aan de hand van het dossier. Ook is het belangrijk om als resultaat van de verificaties een zichtbare markering op de patiënt aan te brengen, minimaal in het geval van operaties aan knieën, tenen en vingers. Daarnaast beveelt MediRisk aan om een checklist te gebruiken, onder meer om te waarborgen dat alle verificatiestappen zijn genomen en om ze inzichtelijk te maken voor anderen.

Opmerkingen

'De operateur is eindverantwoordelijk'

Waarom zouden ook anderen, gezien de eindverantwoordelijkheid van de operateur, een links/rechtscontrole moeten uitvoeren? Of de juiste kant nou gemarkeerd is of niet, de operateur moet evengoed verifiëren, toch? Riskmanager Bart Jongbloed van MediRisk: 'De verantwoordelijkheid voor het correct uitvoeren van de ingreep ligt vanzelfsprekend bij de operateur, maar ook die kan zich vergissen. Dat bleek onlangs nog: terwijl wij in het ziekenhuis waren voor een verificatiebezoek, werd in één van hun OK's de verkeerde knie geopereerd. Door ook anderen een rol te geven, kunnen vergissingen tijdig worden herkend en hersteld.'

➔ Vangnet in de praktijk

Isala Klinieken heeft begin 2007 ziekenhuisbreed een links/rechtsprotocol verplicht gesteld*. Onderdeel van het protocol is dat de patiënt zélf een pijl op de te opereren ledemaat tekent. Het protocol is ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep van een aantal medisch specialisten, twee hoofden zorgteam en een anesthesiemedewerker. Het concept-protocol is door alle medewerkers van de betrokken afdelingen becommentarieerd. Zo ontstond intern draagvlak voor het definitieve protocol. Een intern auditsysteem waarborgt dat iedereen zich aan het protocol houdt.

In Ziekenhuis Bronovo wordt bij ontvangst van de patiënt op de OK een checklist voor een groot aantal controles gebruikt. Hieronder valt ook markering en controle van de operatiezijde. Deze checklist voorkomt dat belangrijke zaken door routine of hectiek over het hoofd worden gezien. ■

*Bron: Alert juni 2007, online te lezen op www.medirisk.nl

Schadecategorie: apparatuur en materialen

Casuïstiek

Een vlam in de buikholte door het aansluiten van de kooldioxideslang op de zuurstoftoevoer. Een losschietende hoofdsteun tijdens een oorroperatie. Een oververhitte KNO-boor die bij de patiënt brandwonden in zijn nek veroorzaakt. Voor leken scènes uit een horrorfilm, voor sommige ziekenhuizen helaas incidenten uit de praktijk.

Schaderisico's

Schades rond apparatuur en materiaal worden vooral veroorzaakt door defecten, incompleetheid en fouten door ondeskundig gebruik. Voor de gevolgen van het gebruik van ongeschikt materiaal of apparatuur is in principe het ziekenhuis aansprakelijk, zeker als het gebruikersfouten betreft.

Vangnet

Periodieke en preoperationele controle van apparatuur vóór gebruik werken preventief. Structurele controle op aanwezigheid van materialen en implantaten zijn noodzakelijk om tekorten op tijd aan te vullen. Voorwaarden om falen van het apparaat te voorkomen of op tijd te signaleren zijn onder andere gestandaardiseerde controle op apparatuur vóór ingebruikname en het verrichten van periodiek onderhoud volgens opgave van de leverancier/producent. Verder moet de gebruiker op de hoogte zijn van de bediening en werking van het apparaat en inzicht (kunnen) hebben in de onderhoudsstatus. Eenduidige afspraken over bevoegd- en verantwoordelijkheden, preoperatieve controles van apparatuur en controle op aanwezigheid van alle materialen vóór de operatie leiden tot een verhoogde patiëntveiligheid.

Opmerkingen

'We doen ons best, wat moeten we nog meer doen?'

Riskmanagers van MediRisk treffen regelmatig apparatuur aan die de onderhoudstermijn overschreden heeft. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet bovendien geregeld dat het functioneren van apparatuur en gebrekkig onderhoud risico's voor de patiënt opleveren. Zo is er onvoldoende controle op de elektrische veiligheid van laparoscopische instrumenten. IGZ-inspecteur Reinder Tamminga: 'Deze instrumenten komen in sommige ziekenhuizen niet verder dan de centrale sterilisatieafdeling, terwijl onderhoud en controle van wezenlijk belang zijn.' Volgens de inspecteur gaat het om systematische factoren waar een ziekenhuis iets aan kan doen. Tamminga: 'Er zijn ziekenhuizen waar de instrumentele dienst onvoldoende mandaat van de Raad van Bestuur heeft om afspraken te maken met de zorgverleners over het onderhoud van de apparatuur. Vakgroepen hebben van nature de neiging om autonoom te werken. In onze visie zou juist op dit gebied meer multidisciplinaire samenwerking moeten zijn tussen medici en technici.'

➔ Vangnet in de praktijk

Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben hun eigen apparatuur- en voorraadbeheersysteem. De praktijk wijst echter uit dat het systeem soms niet heeft gewerkt. Alle redenen om het beheersysteem grondig door te lichten. Met een helder systeem wordt het apparatuur- en voorraadbeheer eenvoudiger en zekerder. Zo heeft het Lievevrouwe Ziekenhuis, net als veel andere ziekenhuizen, de verantwoordelijkheden voor onderhoud en voorraadbeheer duidelijk vastgelegd en gezorgd voor een goede administratie en eenduidige klaarzetprocedures. Daarmee wordt de kans op het ontbreken van essentiële hulpmiddelen tijdens de operatie verkleind.

Daarnaast zijn controlemiddelen voor risicovolle instrumenten geen overbodige luxe. In VieCuri Medisch Centrum is een zogeheten pinhole detector in gebruik om isolatiedefecten aan laparoscopische instrumenten op te sporen*. Dit soort defecten kan ernstig inwendig letsel veroorzaken. De controles worden uitgevoerd door sterilisatieassistenten op de CSA, aan de

hand van de gebruiksvorschriften die de leverancier van de meetapparatuur heeft opgesteld. In VieCuri Medisch Centrum gebruikt daarnaast niet alleen de anesthesie, maar ook de chirurgie checklists om de OK bedrijfsklaar te maken. Doel is te voorkomen dat er vlak voor of tijdens de operatie blijkt dat er een benodigd implantaat ontbreekt of dat een vereist apparaat niet functioneert. Om dit controlesysteem te borgen worden de resultaten vastgelegd. ■

*Bron: Alert juni 2007, online te lezen op www.medirisk.nl. Een ander interessant artikel in dit kader ('Medische schade door apparatuur en materialen') vindt u in Alert september 2007, eveneens online te lezen op www.medirisk.nl

Schadecategorie: positionering

Casuïstiek

Een patiënt loopt een klapvoet (nervus peroneuslaesie) op na steensnedeliggings. Een andere patiënt houdt een nervus ulnaris laesie over aan een slechte positionering van de arm op een armsteun. Weer een ander kampt met een corneaaloesie als gevolg van uitdroging. Het is slechts een greep uit de positioneringgerelateerde schadeclaims die MediRisk in behandeling heeft.

Schaderisico's

Schade als gevolg van onjuiste positionering heeft vooral betrekking op zenuwletsel, valincidenten, cornealetsel en decubitus. Verantwoordelijkheden (anesthesioloog - operateur) en risico's zijn niet altijd goed en duidelijk geformuleerd en vastgesteld. Ook is soms sprake van ontoereikende naleving van de afspraken met betrekking tot positionering. Door het ontbreken van adequate verslaggeving is het niet altijd mogelijk om aan te tonen dat aan de eisen van zorgvuldigheid voldaan is.

Vangnet

Het vangnet om positioneringgerelateerde schade te voorkomen, richt zich onder meer op het documenteren van de wijze van positionering en de te nemen voorzorgsmaatregelen. Ook moeten er heldere afspraken worden gemaakt over eventuele tussentijdse controle op een juiste positionering. Daarnaast dienen er praktische hulpmiddelen beschikbaar te zijn om positioneringsschade te voorkomen, zoals anti-decubitusmatrassen, fixatiebanden, oogzalf, gelpads en kussentjes.

Opmerkingen

'Moeten we nou voor elke positionering een apart protocol aanleggen?'

Riskmanager Lilian Knol van MediRisk: 'MediRisk stelt geen eisen aan de wijze van protocolleren. Het ene ziekenhuis kan uit de voeten met algemene richtlijnen voor positionering, het andere ziekenhuis werkt met specifieke protocollen. Het gaat erom dat voor iedereen duidelijk is wat de belangrijkste risico's van positionering zijn en welke maatregelen er gelden om zenuwletsel, valincidenten, cornealetsel en decubitus te voorkomen. Natuurlijk moeten ook de verantwoordelijkheden helder zijn beschreven.'

➔ Goed praktijkvoorbeeld

Alysis Zorggroep locatie Rijnstade heeft een uitgebreid protocollenbestand aangelegd, compleet met foto's van mogelijke positioneringen. In dit bestand komen de belangrijkste preventieve maatregelen structureel aan de orde. ■

TIJDPAD

Juli 2008

Eerste Plannen van Aanpak van ziekenhuizen aan MediRisk: welke vooruitgang is geboekt sinds het OK-verificatierapport?

December 2008

Laatste verificatiebezoek aan de operatieafdelingen.

Medio 2009

Ontvangst laatste Plannen van Aanpak van de ziekenhuizen. Inventarisatie van de projectresultaten.

Najaar 2009

Presentatie van de projectresultaten aan de ziekenhuizen.

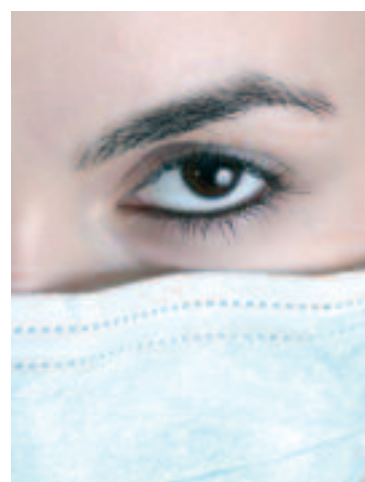


Foto: Shutterstock/Olaru Radian-Alexandru

Claimreconstructie Verkeerde teen geamputeerd

Bij een patiënt zijn twee tenen geamputeerd als gevolg van perifeer niet-reconstrueerbaar vaatlijden. Het gaat om de eerste en tweede teen van de linkervoet. Na pijnklachten in de derde teen wordt besloten om ook deze teen te amputeren. Na toediening van premedicatie vraagt de operateur - in dit geval een arts-assistent - voorafgaand aan de ingreep of het om amputatie van de middelste teen gaat. De patiënt bevestigt dit. Aan het einde van de operatie merkt de operatieverpleegkundige op dat de verkeerde teen is geamputeerd. De operateur overlegt met zijn supervisor. Tijdens dezelfde operatie wordt de 'goede' teen alsnog geamputeerd.

Hoe kon dit gebeuren? Lees verder op www.medirisk.nl Hier vindt u nog meer claimreconstructies (toegankelijk na inloggen, zoekwoord: claimreconstructie).

Kennisbank medische schaderisico's vernieuwd Facelift voor www.medirisk.nl

- Op video zien hoe collega's werken aan veilige zorg
- Reconstructies van medische schadeclaims
- Informatie over de verzekering en juridische cases
- Interessante publicaties over schadepreventie
- Alle vangnetten uit het OK-project op een rij

U vindt het allemaal vanaf juli op de vernieuwde website van MediRisk (www.medirisk.nl). De lay-out van deze waardevolle kennisbank kreeg een flinke facelift. Bovendien is de informatie gebruiksvriendelijker gestructureerd, dus makkelijker vindbaar.

Exclusief voor aangesloten ziekenhuizen

Inloggen op het besloten gedeelte van de website is exclusief voor medewerkers van aangesloten ziekenhuizen. Gebruikersnaam en wachtwoord van de MediRisk-website wijzigen niet. Ook de directe inloglink, die u meteen naar het besloten gedeelte van de website brengt, blijft hetzelfde. Inloggen is daarmee niet nodig. De meeste ziekenhuizen hebben deze link op hun intranet staan. Staat de link niet op uw intranet? De afdeling Communicatie van uw ziekenhuis beschikt over de inloggegevens én over de directe inloglink. Ook kunt u MediRisk, vanaf een ziekenhuisaccount, altijd een e-mail sturen voor het wachtwoord (medirisk@vvaa.nl).

Veelgestelde vragen

Tijdens verificatiebezoeken krijgen de riskmanagers van MediRisk regelmatig dezelfde vragen. Deze twee bijvoorbeeld.

1 Komen er, bovenop de verificatiebezoeken, ook nog audits van MediRisk?

Directeur John Stappers van MediRisk: 'Doordat nu in één keer 'schoon schip' wordt gemaakt, is de noodzaak om hierna nog uitgebreide en tijdrovende audits uit te voeren duidelijk verminderd. De externe auditdruk die door veel afdelingen en medische specialismen wordt ervaren, zal afnemen. Dat is ongetwijfeld een welkom geluid. Want hoe vaak wordt er niet door diverse instanties gevraagd om ingevulde vragenlijsten en plannen van aanpak? Natuurlijk blijven de riskmanagers wel een vinger aan de pols houden.'

2 Wat gebeurt er als we de vangnetten niet invoeren?

Directeur John Stappers: 'Het invoeren van de OK-vangnetten is verplicht. Dat zijn we in het Bestuur en de Algemene Ledenvergadering van MediRisk overeengekomen. Als niet aan de vangnetten wordt voldaan, kunnen ziekenhuizen bij schade een sanctie verwachten. Dit kan een eigen bijdrage zijn, of een toeslag op de premie of een beperking van de dekking. Niet in actie komen terwijl je weet waar de risico's zitten, vind ik laakbaar gedrag. Ik realiseer me overigens heel goed dat je er met prachtige protocollen, een lijst met vangnetten en een eigen bijdrage als sanctie nog niet bent. Zonder de juiste cultuur kom je er niet.'

PROJECTINFORMATIE: WWW.MEDIRISK.NL > OK-PROJECT
VRAGEN OF OPMERKINGEN OVER HET OK-PROJECT? MAIL NAAR BART.JONGBLOED@RISKMANAGER.BIJ.MEDIRISK.NL
B.JONGBLOED@VVA.A.NL - OF BEL: 030 - 247 4810.