

OK PROJECT



Foto: Joris Lange

Maar liefst een derde van alle claims die bij MediRisk worden gemeld, ontstaat op de operatieafdeling. Gezien de aard van de werkzaamheden is dit op zich niet zo vreemd. Dat neemt echter niet weg dat elke schade er een teveel is en dat elke claim invloed heeft op de betrokken patiënt en zorgverlener(s). Ziekenhuizen werken dan ook hard aan de verbetering van de patiëntveiligheid, zowel met lokale als landelijke initiatieven. De bevindingen uit het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' benadrukken het belang van alle inspanningen nog eens. Een extra stimulans om nog harder te werken aan het veiliger maken van de kritische zorgprocessen op de OK. MediRisk draagt hieraan bij met het OK-project.

Net als uit het eerder genoemde rapport, blijkt uit de ervaring van MediRisk dat veel onbedoelde schades te vermijden zijn. De oplossing zit vaak in het nog zorgvuldiger maken en nakomen van afspraken én elkaar daarop aan

te (durven) spreken. Om daar handvatten aan te geven en risico's op de operatieafdelingen te verminderen, heeft MediRisk vangnetcriteria voor de OK geformuleerd. Dat zijn maatregelen die de operatieafdelingen moeten nemen om de kans op vermijdbare schade zoveel mogelijk te verkleinen. Zo zijn er bijvoorbeeld vangnetten voor verwisselingen, achterblijven van materiaal en intubatieschade opgesteld. De OK-vangnetcriteria moeten per 1 januari 2008 op alle operatieafdelingen zijn ingebouwd. Ons gezamenlijk doel is de patiëntveiligheid te verbeteren, leidend tot een meetbare claimreductie op de operatieafdeling.

In deze projectniewsbrief leest u over de belangrijkste schadecategorieën op de operatieafdeling en hoe MediRisk de claims op deze terreinen samen met u wil voorkomen. Wij hopen dat u net zo betrokken raakt als uw collega's bij het lopende SEH-project, waar een veelgehoord geluid uit het veld is: 'Dit moeten we gewoon met elkaar willen doen!'

Opvangen voor het verkeerd gaat

OP ELKE PLEK EEN CHECK

Een operatie is omgeven door vele risico's. Ondanks de inspanningen die op de operatieafdelingen geleverd worden, ziet MediRisk schades die vermijdbaar zijn. Er is zelfs een toename waarneembaar. Argumenten om de risico's nadrukkelijk aan te pakken.

Bart Jongbloed, projectleider OK-project en Irene van Beek, projectsecretaris, kennen de operatieafdelingen uit eigen ervaring. Jongbloed: 'We hebben de afgelopen jaren alle ziekenhuizen bezocht om te kijken wat beter kan. Ondanks aanbevelingen en verbeterplannen blijven bepaalde schades steeds voorkomen. Daar gaan we nu voor de operatieafdelingen gericht mee aan de slag'

Vangnetten

Vorig jaar startte MediRisk met het SEH-project om de risico's op de spoedeisende hulpafdelingen te verminderen. Toen zijn vangnetcriteria opgesteld waaraan alle SEH-afdelingen sinds 1 januari 2007 moeten voldoen. 'Nu hebben we ook voor de operatieafdelingen vangnetten geformuleerd. De vangnetcriteria OK moeten per 1 januari 2008 zijn ingevoerd,' vertelt Van Beek. Door het inbouwen van deze vangnetten verkleint het ziekenhuis de kans op vermijdbare schade zoveel mogelijk. Natuurlijk zal het de ziekenhuizen energie kosten om aan de eisen te kunnen voldoen. En er is al zoveel te doen. Anderzijds: het is niet nieuw, wat MediRisk nu roept. Het zijn de bekende kritische zorgprocessen.' De vangnetcriteria OK maken duidelijk wat de operatieafdelingen nu moeten verbeteren. En het kan. Jongbloed: 'In het Maxima Medisch Centrum zagen we een goed voorbeeld. Zij zijn erin geslaagd om bij het bereiden en toedienen van anesthesiemedicatie controle door een collega in te bouwen.' Van Beek vult aan: 'Om schade te voorkomen, gaat het vooral om bewustwording. Weten waar de risico's zitten, afspraken maken en nakomen, maar ook zichtbaar maken dat je afspraken goed nakomt. Durf elkaar attent te maken en aan te spreken op het goed uitvoeren van procedures!' De vangnetcriteria OK richten zich dan ook juist op deze aspecten.

In actie

Deze maand ontvangen raden van bestuur de vragenlijst OK. Door deze te beantwoorden, krijgen de ziekenhuizen en MediRisk inzicht in hoeverre de operatieafdelingen voldoen aan de vangnetcriteria.

Jongbloed: 'Overigens een tip: betrek bij het invullen de medisch coördinator, een anesthesioloog en dagelijks leidinggevenden om de praktijk zo goed mogelijk weer te geven.' hij besluit: 'Vergissingen kunnen vóór komen, maar om vergissingen te voorkómen, is het nodig de omgeving daar nadrukkelijk op in te richten. Laat de vangnetten doen wat ze moeten doen: opvangen, voordat het verkeerd gaat.'



Schadecategorieën en vangnetcriteria OK

Eenderde van de claims die MediRisk ontvangt, ontstaat op de operatieafdeling. Deze afdeling staat daarmee stevig op de eerste plaats van risicovolle afdelingen. In het OK-project gaat de aandacht uit naar het totale proces van afspraken maken, vastleggen, nakomen en controleren. De foutoorzaken liggen namelijk niet alleen in incomplete of ontoereikende procedures, maar juist ook in inconsequente naleving. De meest voorkomende erkende schades van de operatieafdeling worden nu aangepakt. Want bij erkende claims staat vast dat in dat zorgproces vermijdbare fouten zijn gemaakt. Onderstaand vindt u een overzicht van de schadecategorieën die in het OK-project aan bod komen. Daarbij wordt aangegeven in welke richting de vangnetten verbetering van de veiligheid bieden.

1. Verwisselingen

De claims op het gebied van verwisselingen concentreren zich vooral op operaties aan knieën, tenen en vingers. Om de patiëntveiligheid te verbeteren, is het natuurlijk belangrijk alle verwisselingen te voorkomen met behulp van de vangnetten, niet alleen die waar MediRisk de meeste claims van ziet. Verwisselingsfouten ontstaan vooral door het ontbreken van een goede eenduidige procedure en ontoereikende **naleving, overschrijffouten** en onvolledige **overdrachten**.

De vangnetten zijn sterk gericht op structuur en borging van de afspraken om verwisselingsfouten te voorkomen. De essentie daarvan bestaat uit meerdere verificaties aan de hand van het dossier én een zichtbare markering op de patiënt als resultaat van verificatie. Om deze maatregelen en het resultaat van de verificatie inzichtelijk te maken voor anderen bevelen wij aan een checklist als hulpmiddel te gebruiken. De verant-



woordelijkheid voor het correct uitvoeren van de ingreep ligt vanzelfsprekend bij de operateur, maar ook die kan zich vergissen. Door ook 'anderen' een rol te geven kunnen vergissingen tijdig herkend en hersteld worden.

2. Achtergebleven materialen

Het onbedoeld achterblijven van gazen en instrumenten komt vooral voor bij buik- en heupoperaties. 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 zoals vaginaal- en neustampons. De oplossing is te vinden in goede en consequent uitgevoerde procedures. Ook moet worden aangegeven hoe te handelen bij constatering van afwijkingen in de telling of weging en hoe de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd. Het registreren van tel-/weegresultaten is een controlemechanisme, waardoor het herleidbaar is dat een procedure is nageleefd en wie erbij betrokken waren. Het kunnen herleiden van instrumentarium - vanaf CSA tot de patiënt - leidt tot verdere waarborging in de kwaliteit van zorg.

3. Intubatie

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 **gebits-status** ten tijde van de ingreep. Het consequent en op tijd verstrekken van informatie, ook over complicaties als tandletsel, wordt niet alleen ingegeven door de WGBO, maar is ook een standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. De verstrekte informatie, het resultaat van de inspectie van de gebitsstatus en intubatieconditie moeten vervolgens ook in het dossier worden vastgelegd.

4. Apparatuur en materiaal gerelateerd

Schades rond apparatuur en materiaal worden vooral veroorzaakt door **defecten**, **incompleteid** en fouten door **ondeskundig gebruik**. Voor de gevolgen van het gebruik van ongeschikt materiaal of apparatuur is in principe het ziekenhuis en/of de hulpverlener aansprakelijk, zeker als het gebruikersfouten betreffen. Periodieke en preoperatieve 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. De gebruiker moet op de hoogte zijn van de bediening en werking van het apparaat en moet ook 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.

5. Positionering gerelateerd

Schade als gevolg van onjuiste positionering heeft vooral betrekking op zenuwletsel van nervus ulnaris en nervus peroneus. **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 verslaglegging is het niet altijd mogelijk om aan te tonen dat aan de eisen van zorgvuldigheid voldaan is. De vangnetten hebben dan ook onder an-

Consequenties voor ziekenhuis

Om de eisen kracht bij te zetten, heeft MediRisk haar beleid aangescherpt. De vangnetten voor de operatieafdelingen zijn vanaf 1 januari 2008 verplicht. Ontstaan er na deze datum toch claims op dit terrein? Dan onderzoekt MediRisk (het ontstaan van) de claim. Als blijkt dat er een verband bestaat tussen de claim en het niet invoeren van een vangnetcriterium, dan kan het ziekenhuis worden geconfronteerd met een eigen bijdrage. Als een ziekenhuis voortdurend achterblijft met het invoeren van de vangnetten, dan kan dat invloed hebben op de prolongatie van de verzekering. Eventueel kan de directie van MediRisk besluiten tot een tijdelijke premietoeslag.

dere te maken met de documentatie van de werkwijze van positionering en de te nemen voorzorgsmaatregelen, evenals afspraken over eventuele tussentijdse controle op juiste positionering.

6. Medicatie gerelateerd

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. De meeste medicatiefouten kunnen worden voorkomen door een betere controle en een beter overzicht van door de patiënt gebruikte medicamenten en mogelijke allergieën. De vangnetten hebben betrekking op het gebruik van etiketten voor alle medicatie, waarop minimaal inhoud en dosering zijn vastgelegd en een dubbele controle (minimaal) bij bereiding van oplossingen. Ook wordt gecontroleerd of dezelfde medicamenten met verschillende concentraties niet tegelijkertijd aanwezig zijn in de operatiekamer.

Een volledig overzicht van de vangnetcriteria vindt u op: www.medirisk.nl > schadepreventie > OK-project > vangnetten.

Chirurg Paul Pahlplatz uit het Haga Ziekenhuis is lid van de Klankbordgroep OK. Hoe ontstaan fouten op de OK en hoe voorkom je ze?

'Operaties worden steeds complexer en het operatieteam groter. Fouten en vergissingen ontstaan vaak in die fases van de voorbereiding en uitvoering van de ingreep waarin standaard handelingen routinematig worden uitgevoerd.

Ieder lid van het team heeft dan vaak zijn eigen bezigheden en er gebeuren allerhande zaken tegelijk. Denk aan het voorbereiden van de narcose, positioneren van de patiënt en het opdekken OK-tafel. Daarom is het een goede zaak om juist aan

het begin en bij het eind van een procedure even te controleren of de standaardhandelingen en procedures inderdaad correct zijn doorlopen en gecontroleerd. Professionals zijn zich ook bewust dat er juist bij die routinematige handelingen vermijdbare fouten gemaakt worden. In steeds meer ziekenhuizen zie je daarom checklisten verschijnen of worden 'briefingmomenten' ingebouwd. Het is goed voor de onderlinge verstandhouding, kost nauwelijks extra tijd en voorkomt veel ergernis achteraf.'



'Juist bij routinematige handelingen worden vermijdbare fouten gemaakt'

TIJDPAD

WAT KOMT ER OP U AF?

Juni 2007

- digitale vragenlijst in de ziekenhuizen.

Half september 2007

- ingevulde vragenlijsten retour.

November 2007

- start verificatiebezoeken aan operatieafdelingen.

Januari 2008

- invoering sanctiebeleid voor OK-claims.

Eind 2008

- afronding OK-project en presentatie van de resultaten aan de ziekenhuizen.

Getest en goedgekeurd

Bij het OK-project zijn veel geledingen uit het ziekenhuis betrokken: naast leidinggevenden OK, snijdend specialisten en anesthesiologen uiteraard ook operatieassistenten, anesthesie- en recoverymedewerkers. Dit zijn de mensen bij wie het OK-project invloed heeft op het dagelijks werk. Daarom is een klankbordgroep samengesteld, waarin deze beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd. In samenspraak met hen zijn de vangnetcriteria uitgebreid besproken en zorgvuldig geformuleerd. Tijdens deze bijeenkomsten werden de schadecategorieën én de voorgestelde

preventiemaatregelen vaak al herkend. Ook tijdens het project zal de klankbordgroep om advies gevraagd worden.

Ook de uitvoering van het project wordt aan de praktijk getoetst. De Alysis Zorggroep in Arnhem verleent haar medewerking aan een pilot, waarbij de vragenlijst en het verificatiebezoek worden getest. Met hun reactie verfijnt MediRisk het project en de uitvoering.

Door deze manier van werken wil MediRisk met het project zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse praktijk op de operatieafdelingen.

Claimreconstructie Zenuwletsel aan de arm

Na een lange operatie ontstaat bij een patiënte zenuwletsel aan de arm. Vanwege de locatie van de tumor was zij voorgelicht over mogelijke uitval van de nervus facialis. Het OK-team heeft de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen genomen voor een veilige positionering. De dag na de operatie wordt, naast nervus facialis uitval, echter ook uitval van de nervus radialis geconstateerd en een sensibiliteitsstoornis in dit gebied. Het zenuwletsel aan de arm uit zich in dropping fingers en een dropping hand. De klachten zijn waarschijnlijk veroorzaakt door een beknelde zenuw tijdens de operatie. Hoe had dit voorkomen kunnen worden? Welke rol spelen de vangnetcriteria van MediRisk daarbij?

Lees verder op www.medirisk.nl > OK-project > claimreconstructie over de reconstructie van deze zaak, die tot een erkende claim leidde.



Links of rechts? Verwisseling voorkomen

In 2006 besteedde MediRisk aandacht aan verwisselingsfouten met de actie 'Voorkom verwisselingen: identificeer, verifieer en markeer'. Uit de resultaten blijkt dat het onderwerp goed op de agenda staat. Driekwart van de ziekenhuizen heeft een protocol ingevoerd. De markeerprocedure is daar vaak in verankerd. Er zijn echter nog wel wat gaten te dichten. Zo blijkt uit veel protocollen niet of alle snijdende specialismen zich eraan moeten houden.

De uitkomsten van deze actie zijn in april 2007 aan de ziekenhuizen teruggekoppeld.

Aandacht voor het voorkomen van verwisselingsfouten blijft nodig, want het gemiddelde aantal verwisselingsclaims per jaar is de laatste jaren gestegen van 34 naar 49. Daarom is 'verwisselingen' als vangnetcriterium in het OK-project opgenomen.

Kijk voor meer informatie op: www.medirisk.nl, zoek op 'voorkom verwisselingen'.



Foto: Frank Muller

PROJECTINFORMATIE: WWW.MEDIRISK.NL > SCHADEPREVENTIE > RISICO'S OP DE OK > OK-PROJECT
VOOR VRAGEN EN OPMERKINGEN, MAIL NAAR PROJECTLEIDER BART JONGBLOED, RISKMANAGER OK BIJ MEDI RISK: B.JONGBLOED@VAA.NL
U KUNT OOK CONTACT OPNEMEN VIA ONS ALGEMENE E-MAILADRES: MEDIRISK@VAA.NL OF BELLEN: 030 - 247 4810.