

MINDER MISSERS

Kindergeneeskunde neemt voortouw bij patiëntveiligheid

Het aantal fouten in ziekenhuizen moet omlaag. De directie wordt daarop aangesproken, maar in feite is het vooral een verantwoordelijkheid van de betreffende zorgverleners. De kinderartsen lopen voorop bij het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem.

M. OFFRINGA C.S.

Minister Klink van Volksgezondheid wil concrete afspraken maken met ziekenhuizen en andere zorginstellingen over het terugdringen van medische missers en complicaties. Al eerder liet de minister weten dat de patiënt meer inzicht moet krijgen in de kwaliteit van de zorg.

De verantwoordelijkheid voor het beleid rond patiëntveiligheid is momenteel sterk gericht op ziekenhuisdirecties. Struben c.s. schreven dat hierbij wordt voorbijgegaan aan de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist en aan het feit dat in de meeste ziekenhuizen de raad van bestuur en de medische staf gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor patiëntveiligheid.¹

Het realiseren van een veiliger zorg hangt mede af van hoe deze gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gedeeld. Daarbij wordt de raad van bestuur afgerekend op (on)veiligheid. En de klinisch werkzame specialisten hebben instru-

menten nodig om (on)veilige situaties in hun dagelijkse zorgproduct te meten, te rapporteren en te verbeteren.

VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM

Rein Willems, president-directeur van Shell en Sneller Beter-gezant, adviseerde VWS om ziekenhuisdirecties uitdrukkelijk eindverantwoordelijk te maken voor de veiligheid van patiënten in het zieken-

Een proactieve risico-inventarisatie

huis en om daarnaast in alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) verplicht te stellen.² Minister Hoogervorst heeft dit advies opgevolgd en besloten dat per 1 januari 2008 ieder ziekenhuis in Nederland een gecertificeerd VMS moet hebben.

Een VMS is een systeem gericht op het identificeren, analyseren en managen van risico's om schade aan patiënten te voorkomen. Met een VMS kan een belangrijke omslag worden gemaakt van reactief kwaliteitsbeleid naar veiligheidsmanagement met een proactieve risico-inventarisatie.

Op dit moment wordt in het project 'Veiligheidsmanagement' gewerkt aan de ontwikkeling van de basiselementen van een VMS. Tevens worden kwaliteitseisen ontwikkeld voor de certificering, zodat ziekenhuizen vanaf 2008 daadwerkelijk kunnen gaan werken met een VMS volgens de landelijke standaard (zie www.vmszorg.nl). Een conditio sine qua non hierbij is dat er tijd en menskracht beschikbaar is om het VMS binnen afzonderlijke afdelingen te implementeren. Veiligheid zal een illusie blijken als de zorgverleners op de werkvloer hierbij geen rol krijgen.³ >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de vakspecifieke invulling van de onderdelen van het VMS en de uitrol van de systemen binnen de afdelingen.¹ Zijn het de zorgverleners, de specialisten en hun verpleegkundige teams, of is het de raad van bestuur? Doordat er veel betrokkenen zijn bestaat het risico dat men los van wetenschappelijke uitgangspunten heel divers te werk gaat. Het veiligheidssysteem wordt dan onvoldoende op het specialisme zelf toegesneden.

BELANGRIJK VOORWERK

Hier ligt een kans voor de wetenschappelijke verenigingen om de leiding te nemen en per beroepsgroep kaders te stellen. Zij kunnen hun leden bijscholen en hen zo motiveren en instrueren om veiliger te gaan werken. Verder kunnen zij belangrijk voorwerk doen door valide vakspecifieke inbreng in de basiselementen van het lokale VMS te realiseren. Zodoende heeft de beroepsgroep vervolgens ook het beste zicht op de gevolgen van het VMS op werkprocesniveau. In de dagelijkse (ziekenhuis-)zorg is de medisch specialist toch het meest direct betrokken bij veiligheid en de gevolgen van onbedoelde schade.

Echter, de huidige generatie medisch specialisten is niet opgeleid in het veiligheidsdenken. Zonder onderwijs over het belang van veilig werken en de manieren waarop zorgverleners zelf de veiligheid van hun patiënten kunnen verbeteren, ontbreekt de intrinsieke motivatie om hieraan aandacht te besteden.

Daarom moet er vanuit het eigen vakgebied gecertificeerd onderwijs worden gegeven. Cursussen over veiligheid en het juiste gebruik van veiligheidsinstrumenten kunnen, net als cursussen over bijvoorbeeld infectieziekten en klinische voeding, centraal worden georganiseerd en geaccrediteerd, en regulier onderdeel van de postacademische scholing worden. Voor deze centrale scholing ontbreken vooralsnog de middelen. Dit terwijl velen inmiddels (met ons) menen dat kennis van veiligheidssystemen een onderdeel van de opleiding van elke arts dient te zijn.

FLINKE STAP

Als deze zaken nu worden opgepakt, kan er per 2008 een flinke stap voorwaarts worden gemaakt. We benadrukken hier het belang van instrumenten om patiëntveiligheid te implementeren.

Deze instrumenten moeten aansluiten bij de taal en het definitiekader van de specialist.

In 1999 nam de Orde van Medisch Specialisten het initiatief om landelijk systemen voor complicatieregistratie te ontwikkelen. Dit initiatief, het Programma Complicatieregistratie, werd gesubsidieerd door VWS en heeft geleid tot de ontwikkeling van landelijke standaarden en het per wetenschappelijke vereniging invulling geven aan een complicatieregistratie, één van de indicatoren van de 'basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen' van de IGZ.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) is een van de eerste wetenschappelijke verenigingen

Complicatieregistratie voorkomt toekomstige problemen

die deze vakspecifieke afspraken heeft vastgelegd in een gevalideerde complicatielijst waarmee complicatieregistratie volgens de landelijke standaarden mogelijk is. De Complicatielijst Kindergeneeskunde van de NVK is sinds december 2006 beschikbaar via PediaNet; het is de door de Orde gevalideerde kindergeneeskundige inbreng om de veiligheid van patiënten te verbeteren. De NVK heeft haar leden geadviseerd om deze lijst te gebruiken en niet mee te doen met ad-hocontwikkelingen en lokale varianten.

PULMONALE HYPERTENSIE

Met drie voorbeelden laten we zien hoe een complicatieregistratie toekomstige problemen kan voorkomen.

Een zes maanden oud kind wordt na cardiochirurgische correctie behandeld voor een pulmonale hypertensieve crisis. In de veronderstelling dat het medicatievoorschrift is gekoppeld aan een internationale database die waarschuwt bij overdosering, wordt medicatie toegediend. Na toediening van de vaatverwijder die onder deze omstandigheden off-label wordt gebruikt, ontstaat een onbehandelbare tensiedaling en overlijdt de patiënt onder het beeld van een therapieresistente pulmonale hypertensie. De casus wordt door de dienstdoende kinderarts in de NVK complicatieregi-

UITGANGSPUNTEN VAN DE COMMISSIE PATIËNTVEILIGHEID VAN DE NVK

1. Schade bij patiënten en zeker bij kinderen is maatschappelijk onaanvaardbaar.
2. Professionals zijn leidend. De invulling van de onderdelen van het VMS en de uitrol van de systemen binnen de ziekenhuisafdelingen kindergeneeskunde is aan kinderarts-specialisten en hun verpleegkundige teams. Zij worden hierin gestuurd door de commissie Patiëntveiligheid van de NVK. Zo wordt voorkomen dat veiligheid heel divers wordt geïmplementeerd. De beroepsgroep bepaalt hoe de basiselementen van het VMS voor de eigen patiëntengroep moeten worden ingevuld. Door vakinhoudelijke regie wordt betekenisvolle spiegelinformatie bereikbaar.
3. Een landelijke pediatrie professionele standaard bevordert de kwaliteit van zorg. Een geïntegreerd VMS bestaand uit elementen die op maat zijn gemaakt voor de kindergeneeskunde, kan zonder al te veel aanpassingen in alle kinderafdelingen worden geïmplementeerd.
4. Professionals moeten worden getraind in het gebruik van veiligheidsmanagementsystemen. In 2008 is het hebben van een VMS een vereiste. Dokters en andere zorgverleners moeten leren om de verschillende instrumenten goed toe te passen. Hierbij kunnen de systemen worden gebruikt die de Orde, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en de ziekenhuisvereniging NVZ hebben ontwikkeld. Er zijn grote veranderingen in de werkwijze van afdelingen nodig om een werkelijk veiliger omgeving mogelijk te maken. Goede training is daarom noodzakelijk.

stratie vastgelegd. Een aantal mogelijke oorzaken wordt hierbij systematisch nagelopen. Er blijkt een honderdvoudige dosis te zijn gebruikt. Uit een PRISMA-analyse komt naar voren dat de basisoorzaak ligt in de menselijke factoren in het medicatieproces.⁴ De verbeteractie is dat kinderarts-intensivist en ziekenhuis-apotheker afspreken dat een blijvende koppeling wordt gemaakt tussen elektronisch medicatievoorschrijven en een *drug safety monitoring*-systeem zodat een afwijkend medicatievoorschrift niet meer kan worden 'gehonoreerd'.

DEHYDRATIE

In de veronderstelling dat afwijkende uitslagen altijd worden doorgebeld, wordt een behandeling voor dehydratie ingezet. 's Avonds krijgt de patiënt epileptische insulten. Achteraf blijken deze te zijn veroorzaakt door het te snel rehydreren bij een hypertone dehydratie. Na beademing en een verblijf op de intensive care herstelt de patiënt. Dit voorval wordt opgenomen in de NVK Complicatieregistratie. De systematiek van de registratie helpt de oorzaak te vinden: laboratoriumuitslagen voor de kinderarts op de spoedeisende hulp worden doorgebeld, maar niet naar de afdeling. Inmiddels was de patiënt verplaatst van de SEH naar de afdeling, waardoor de afwijkende uitslag van een sterk verhoogd serumnatrium niet was doorgegeven. De basisoorzaak van dit incident ligt op het gebied van communicatie en logistiek rond laboratoriumuitslagen. De verbeteractie is dat afwijkende uitslagen altijd worden doorgebeld naar de specialist, waar de patiënt zich ook bevindt.

HYPOGLYKEMIE

De vakgroep kindergeneeskunde in een algemeen ziekenhuis bespreekt plenair de complicaties die in de afgelopen maand met de NVK Complicatieregistratie zijn vastgelegd. Hierbij valt de volgende casus op. Een macrosome zui-geling met hypoglykemie krijgt vanaf 3 uur post partum continu intraveneus een 10%-glucose-oplossing toegediend. De loopsnelheid is 8 ml per uur. Hiermee wordt een stabiele bloedsuikerwaarde tussen 3,0 en 3,6 mmol/l bereikt. Op de derde dag post partum wordt een extra glucosecontrole gedaan omdat het kind 'fladderig' is. De bloedglucose bedraagt 1,2 mmol/l. Bij controle blijkt dat er in de drie uren daarvoor geen glucose is ingelopen omdat de infuuspomp heeft stilge-



Schade bij patiënten en zeker bij kinderen is maatschappelijk onaanvaardbaar.

staan zonder alarm te geven. Volgens de SIRE-analyse is de basisoorzaak van dit incident een technisch mankement.⁵ Alle overige infuuspompen op de afdeling worden gecontroleerd. Nog drie pompen hebben hetzelfde mankement. Alle defecte pompen worden vervangen en de afspraak over de technische controles van infuuspompen wordt aangepast.

SPELREGELS

Met de NVK-Complicatieregistratie is in de kindergeneeskunde nu een systematiek beschikbaar om allerlei complicaties op te sporen en op een eenduidige manier landelijk te kwantificeren. Het systeem

vereenvoudigt het lokaal uitvoeren van analyses. De informatie kan vervolgens met collega's worden gedeeld, zodat het uitvoeren van zowel lokale als landelijke verbeteracties wordt gestimuleerd.

Nu er een landelijke standaard is voor complicatieregistratie is de volgende stap het implementeren van één systeem voor landelijke complicatieregistratie die klinieken en afdelingen kan voorzien van de door minister Klink gewenste 'spiegelinformatie'. Om echter tot betekenisvolle spiegelinformatie te komen, moeten de wetenschappelijke verenigingen eerst de spelregels vastleggen over het omgaan met de verzamelde gegevens. >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< In de toekomst kan de landelijke registratie worden aangevuld met een registratie van incidenten die hebben geleid tot schade aan de patiënt, inclusief bijbehorende analyse en maatregelen ter voorkoming. Zo kunnen deze ervaringen worden gebruikt om soortgelijke incidenten te voorkomen of te voorkomen dat ze tot schade leiden.^{6,7} Voorbeelden hiervan zijn: *Safety First*, een systeem om incidenten op kinder-IC's te registreren en te analyseren, de *Critical Nursing Situation Index*, een methode om te meten of men afwijkt van een protocol, en *NEO-SAFE*, een landelijk systeem om op neonatale intensive care units incidenten te registreren, te analyseren en om te zetten in lokale protocol- en gedragswijzigingen (www.neosafe.nl).⁸⁻¹⁰

Om met de in deze projecten gegenereerde gegevens zinvol te kunnen gaan 'spiegelen', en niet meteen in de valkuilen terecht te komen die onlangs door professor Job Kievit zijn aangegeven, kunnen we leren van succesvolle buitenlandse registraties (zie bijvoorbeeld www.canadianneonatalnetwork.org en www.vtoxford.org).^{11,12-14}

De complicatieregistratie van de NVK is een manier om te leren kijken naar incidenten en complicaties, en een ingang om de patiëntveiligheid te verbeteren. Zij kan het inzicht in het functioneren van de eigen afdeling verhogen, de formele incidentanalyse (PRISMA en SIRE) informeren en lokale verbetertrajecten starten. Daarnaast kan met de complicatieregistratie de door de minis-

ter gewenste spiegelinformatie over de veiligheid van ziekenhuizen en klinische afdelingen worden gegenereerd.

INVESTEREN IN VEILIGHEID

Momenteel wordt veel energie en geld besteed aan discussies over de formele organisatie en hoe een zorgorganisatie aansprakelijk kan worden gesteld. Onduidelijk is echter in hoeverre de huidige systemen bijdragen aan het verbeteren van veiligheid, aangezien de wetenschappelijke onderbouwing voor toepassing in de gezondheidszorg vooralsnog grotendeels ontbreekt.

Hierbij tekenen wij aan dat kwaliteit in de zorg meer omvat dan zorgen dat 'dingen niet misgaan'. Er zijn vele gebieden in de geneeskunde waar we eerst nog moeten vaststellen hoe dingen moeten gaan om zaken te goed laten gaan. Het accent leggen op complicaties en logistieke aspecten van de zorg gaat voorbij aan het feit dat er verder moet worden gewerkt aan het verbeteren van de zorg door het vaststellen van best practices.¹⁵⁻¹⁷ Het evidence-based fundament voor de zorg is allerminst af. Wat Kievit

Specialisten scholen in veiligheidsdenken

al aangaf, geldt ook in de kindergeneeskunde: zolang er geen evidence-based richtlijn is die aangeeft wat het beste beleid is, is het onmogelijk om standaardpraktijken te identificeren en elimineren.¹¹ Het recente terugschroeven van de centrale middelen voor het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten in Nederland is dan ook bijzonder te betreuren. Daarom adviseren wij om nu te investeren in:

- scholing van medisch specialisten in veiligheidsdenken en veiligheidssystemen;
- wetenschappelijk onderzoek naar systemen die het beste werken;
- vakspecifieke invulling van VMS door wetenschappelijke vereniging met validatie door de Orde;
- implementatie van gevalideerde vakspecifieke invulling in het lokale VMS;
- opzetten van landelijke database voor spiegelinformatie, ontwikkelen van

SAMENVATTING

- De verantwoordelijkheid voor het beleid rond patiëntveiligheid is momenteel sterk op ziekenhuisdirecties gericht: de raden van bestuur worden verantwoordelijk gesteld voor het veiligheidsmanagementsysteem in het ziekenhuis.
- Maar het zijn vooral klinici die werkelijk te maken hebben met patiëntveiligheid.
- De medisch specialist heeft een belangrijke rol in het actuele veiligheidsmanagement. Als voorbeeld de ontwikkelingen in de Nederlandse kindergeneeskunde.

analysemethoden en spiegelbijeenkomsten;

- evidence-based richtlijnontwikkeling;
- best practice ontwikkeling en implementatie.

Voor het derde punt kan gebruikgemaakt worden van de e-learning-modules die momenteel worden ontwikkeld. Voor het tweede punt kunnen de huidige financiële mogelijkheden binnen het Programma Patiëntveiligheid van ZonMw worden gebruikt. Voor de andere, even belangrijke punten dienen de fondsen dit jaar te worden aangewez-

prof. dr. M. Offringa,
directeur Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen

dr. H. Molendijk,
voorzitter Nationaal Platform Patiëntveiligheid

T. Vreede,
lid commissie Patiëntveiligheid van de NVK

mw. dr. I. Maas,
secretaris commissie Patiëntveiligheid van de NVK

prof. dr. D. Tibboel,
voorzitter commissie Patiëntveiligheid van de NVK

Correspondentieadres: m.offringa@amc.uva.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/deze-week.

MC-artikelen over dit onderwerp vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

