

NOTA PATIËNTVEILIGHEID

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

Inhoudsopgave

Doelstelling	1
Inleiding	2
De visie van de NVOG	3
Huidige situatie en doel van het NVOG-patiëntveiligheidsbeleid	4
Plan van aanpak	5
Het volgen en doorgeven van relevante ontwikkelingen.....	5
Complicatieregistratie en bespreking.....	5
Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).....	5
Standaardisering van zorgprocessen.....	5
Vorming van een (elektronisch) medisch dossier.....	5
'Time-out' op de operatie-/ingrepenkamer.....	6
Simulatietraining en Crew Resource Management.....	6
Communicatietechniek.....	6
Veiligheids-(de)briefings.....	6
Veiligheidscultuur.....	6
Disciplineoverstijgend onderwijs/nascholing.....	6
Leiderschapsontwikkeling en veiligheidsrondes ('walkrounds').....	6
Audit in de regio.....	7
De patiënt als partner.....	7
Lessen uit de tuchtrechtspraak.....	7
Samenvatting	8
Uitwerking	9
Mensen en middelen	10
Noten	11
Colofon	12
Disclaimer	13

Doelstelling

Het doel van deze nota is het afbakenen van het beleid van de NVOG inzake patiëntveiligheid als onderdeel van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. De nota resulteert in een globaal plan van aanpak waarin de prioriteiten en de voorwaarden zijn aangegeven.

Inleiding

De zorg is mensenwerk. Mensen maken fouten en vergissingen, niet met opzet, maar veelal omdat er omstandigheden zijn die dat in de hand werken of die dat niet hebben kunnen voorkomen. Dat noemen we incidenten. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou hebben kunnen leiden. In het algemeen kan geconstateerd worden dat ongeveer de helft van de incidenten (onbedoelde schade) vermijdbaar is. Incidenten komen veel voor in de zorg en bedreigen de patiëntveiligheid. Onder patiëntveiligheid verstaan we het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan een patiënt, als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van de hulpverlener en/of van tekortkomingen in het zorgsysteem.¹ Veiligheid is een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg.

De visie van de NVOG

De NVOG vindt dat patiëntveiligheid de eerste verantwoordelijkheid is van de specialist (*primum non nocere*). De NVOG vindt het dan ook verstandig snel aan te sluiten bij de ingezette mondiale en landelijke ontwikkelingen op het gebied van patiëntveiligheid en heeft dit als een van haar doelstellingen opgenomen in de nota *Kwaliteit 2007-2012*. Er kan gebruik gemaakt worden van de vele instrumenten voor kwaliteitszorg en patiëntveiligheid die al beschikbaar zijn. Daarnaast zijn specifieke kennis (o.a. van menselijke factoren), hulpmiddelen en ondersteuning nodig, die speciaal gericht zijn op patiëntveiligheid. Het onderwerp patiëntveiligheid overstijgt daarmee de taken van de bestaande commissies binnen de Koepel Kwaliteit. De Commissie (Cie) Patiëntveiligheid is daarom in het leven geroepen om het NVOG-beleid op dit terrein voortvarend te ontwikkelen en uit te voeren. De activiteiten van deze commissie moeten aansluiten bij het geïntegreerde kwaliteitsbeleid van de NVOG en de algemene nationale initiatieven met betrekking tot patiëntveiligheid. De Cie Patiëntveiligheid heeft als eerste stap een symposium georganiseerd (Gynaecongres juni 2007) om het onderwerp meer bekendheid te geven bij de beroepsgroep.

Huidige situatie en doel van het NVOG-patiëntveiligheidsbeleid

Op grond van onderzoek in binnen- en buitenland² wordt vermoed dat de vermijdbare schade in de zorg groot is. Van de 42.000 mensen die jaarlijks overlijden in Nederlandse ziekenhuizen waren 1735 (4,1%) waarschijnlijk vermijdbare sterften. Er is geen reden om aan te nemen dat ons vakgebied daarop een uitzondering vormt, integendeel: er zijn onderzoeksgegevens uit ons land die erop wijzen dat bijvoorbeeld ten aanzien van maternale sterfte in 48% van de gevallen sprake is van suboptimale zorg (Cie Maternale Sterfte). Bovendien kent iedere professional uit de praktijk van alledag grote en kleine (bijna-)incidenten, naar aanleiding waarvan doorgaans maatregelen worden genomen ter voorkoming van herhaling. De overheid heeft dit jaar samen met de veldpartijen (zoals de OMS) het veiligheidsprogramma *Voorkom schade, werk veilig* in de Nederlandse ziekenhuizen gelanceerd.³ De doelstelling daarvan is drie fasen van de vermijdbare schade in vijf jaar met 50% terug te brengen. Voor de prioriteiten wordt verwezen naar het rapport.³ Veel ziekenhuizen zullen inmiddels in meer of mindere mate afdelingsoverstijgende initiatieven ontwikkeld hebben ten aanzien van de bevordering van patiëntveiligheid toegespitst op de specifieke lokale situatie. Op ziekenhuisniveau draagt de Raad van Bestuur zorg voor de randvoorwaarden zoals commitment van de leiding en het management bij het garanderen van de betrouwbaarheid van meldingen en het vrijmaken van financiële middelen om een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) mogelijk te maken. Het is aan iedere afdeling / maatschap om deze doelstelling op hun agenda te zetten en aansluiting te zoeken bij de (lokale) initiatieven die reeds lopen dan wel dergelijke activiteiten te ontplooiën. De NVOG-nota *Kwaliteit 2007-2012* noemt het ontwikkelen van een patiëntveiligheidsbeleid als een van de doelstellingen. Door middel van deze nota presenteert de Cie Patiëntveiligheid de praktische uitwerking hiervan.

Plan van aanpak

Naast het VMS dat in elk ziekenhuis disciplineoverstijgend zal worden ingevoerd, wil de Cie Patiëntveiligheid de NVOG-leden ondersteunen om patiëntveiligheid zo breed mogelijk te integreren in het dagelijks werk. Praktisch gezien gebeurt dit door middel van het uitvoerbaar maken van onderstaande hulpmiddelen en instrumenten via de NVOG-website. De instrumenten die worden aangereikt zijn generiek en hebben inmiddels hun waarde bewezen op andere gebieden. Het is aan de zorgverlener en zijn/haar maatschap/afdeling zelf om doelstellingen vast te stellen en te beoordelen welke hulpmiddelen men daarbij kan gebruiken. De leden van de Cie Patiëntveiligheid zijn te consulteren voor advies en zullen op de NVOG-site een overzicht van best practices gaan bijhouden, zodat een steunpunt voor de leden gaat ontstaan.

Het volgen en doorgeven van relevante ontwikkelingen

Dit betreft o.a. de prioriteiten die gesteld zijn in het Veiligheidsprogramma *Voorkom schade, werk veilig* in de Nederlandse ziekenhuizen van juni 2007.³

Complicatieregistratie en bespreking

Preventie van complicaties betekent gezondheidswinst voor burgers (patiëntveiligheid), kwaliteitswinst voor professionals (professionalisering) en doelmatigheidswinst voor ziekenhuizen (efficiency). Een periodieke multidisciplinaire complicatiebespreking kan als kwaliteitsinstrument voor en door medische specialisten gebruikt worden en is een *belangrijke component van een veiligheidscultuur*. Met complicatieregistratie wordt beoogd betrouwbare informatie te verzamelen over complicaties, factoren te vinden die aangrijpingspunten vormen om complicaties te voorkomen, en een kwaliteitscyclus te realiseren die gericht is op preventie. Het is een van de krachtigste instrumenten waarmee ook latente risico's kunnen worden gesignaleerd en aangepakt.

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Effectief werken aan patiëntveiligheid is meer dan reactief handelen op grond van incidenten. Het gaat om het anticiperen op risico's en er wat aan doen vóórdat het fout gaat. Op 1 januari 2008 moet in elk ziekenhuis een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) functioneren, waarin de medische professional een belangrijke rol krijgt o.a. bij risico-inventarisatie, melding en analyse van incidenten, alsmede het plannen en monitoren van verbeteracties.

Software ter ondersteuning is commercieel verkrijgbaar en zal waarschijnlijk per ziekenhuis worden ingekocht. Ten behoeve van de verloskunde is reeds een generiek meldingsformulier beschikbaar dat werd samengesteld door de Isala Klinieken te Zwolle en lokaal werd aangepast in het UMC Groningen.

Standaardisering van zorgprocessen

Het verminderen van variatie in zorgprocessen is een goede manier om de kans op (medische) fouten te verminderen. Een van de beste manieren om gestandaardiseerde zorg te leveren is het implementeren van evidence-based richtlijnen. Vervolgens worden protocollen en zorgpaden per afdeling ontwikkeld, zodat rekening kan worden gehouden met de lokale organisatorische (on)mogelijkheden.

Vorming van een (elektronisch) medisch dossier

De volledigheid en adequaatheid van het patiëntendossier is een indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg gebleken. Immers, in de minder adequate en volledige dossiers kwamen meer onbedoelde gebeurtenissen met schade voort.³ Fouten tussen zorgverleners ontstaan als gevolg van het niet goed bijhouden of van het niet (kunnen) inkijken van het medische dossier. De medische dossiervoering moet aanzienlijk worden verbeterd om het aantal vermijdbare fouten terug te dringen. De verwachting is dat dit kan door gebruik te maken van een uniforme standaard voor het (elektronisch) medisch dossier voor alle ziekenhuizen, en het verbeteren van de kwaliteit van de registratie.

'Time-out' op de operatie-/ingrepenkamer

Vlak voor de start van een ingreep, als iedereen klaar is, voert het OK-team een check uit door middel van een gestandaardiseerde vragenlijst om ervoor te zorgen dat de juiste ingreep bij de juiste patiënt aan de juiste kant wordt uitgevoerd, en tevens dat alle materialen/instrumenten aanwezig zijn.

Simulatietraining en Crew Resource Management

Ernstige medische fouten blijken vaak in spoedsituaties te worden gemaakt door verkeerde communicatie en gebrekkige samenwerking tussen de diverse teamleden. Daarnaast kan ook het tekortschieten van kennis en vaardigheden ten aanzien van weinig voorkomende calamiteiten een rol spelen. Crew Resource Management (CRM) is een term afkomstig uit de luchtvaart. Door regelmatige training en toetsing van multidisciplinaire zorgteams in gesimuleerde spoedsituaties is het mogelijk om reflectie te geven op zowel de klinische kennis en vaardigheden, als de communicatie en samenwerking. Er is aangetoond dat simulatietraining en het bevorderen van teamwork direct effect hebben op de uitkomst van de zorg. Waar de MOET-cursus de individuele specialist hiervoor prepareert, is het van belang dat deze vervolgens de opgedane kennis en vaardigheden aanwendt ten behoeve van de lokale multidisciplinaire zorgteams.

Communicatietechniek

Het merendeel van incidenten in de zorg is terug te voeren op menselijke fouten als gevolg van onvoldoende duidelijke communicatie. De SBAR-communicatietechniek (Situation, Background, Assessment, Response) kan bij elke vorm van communicatie tussen verpleegkundigen, artsen en onderling worden gebruikt om belangrijke informatie over te brengen om te voorkomen dat informatie verloren gaat of dat niet-relevante informatie op de voorgrond komt te staan.

Veiligheids-(de)briefings

Het houden van veiligheidsbriefings (het incorporeren van discussies over patiëntveiligheid in de dagelijkse routine, 24 uur per dag en 7 dagen per week) geeft de organisatie op termijn de mogelijkheid een veiligheidscultuur te ontwikkelen.

Veiligheidscultuur

Een op veiligheid gerichte organisatiecultuur veronderstelt openheid en transparantie. Wanneer men op afdelingen structuurveranderingen wil aanbrengen om de patiëntveiligheid te bevorderen, is het belangrijk om meer te weten over de heersende patiëntveiligheidscultuur. Er zijn verschillende diagnostische instrumenten om meer inzicht te krijgen in de eigen organisatiecultuur en die kunnen zeer waardevol zijn om bijvoorbeeld lokale belemmerende factoren voor de verspreiding van patiëntveiligheidssystemen te analyseren

Disciplineoverstijgend onderwijs/nascholing

Arts-assistenten, specialisten en andere medewerkers moeten worden getraind in bewustwording ten aanzien van veilig handelen en hun verantwoordelijkheid hierin (systeemdenken, veiligheidscultuur-bewustzijn). Het inspelen op gedragsaspecten en het aanmeten van een 'veiligheidsbril' moeten al in het basiscurriculum een vaste plek krijgen en periodiek worden herhaald. Er zijn aspecten die specifiek voor de obstetrie en gynaecologie benadrukt kunnen worden.

Leiderschapsontwikkeling en veiligheidsrondes ('walkrounds')

Het voorbeeldgedrag van medisch specialisten, waarin duidelijk wordt dat patiëntveiligheid een belangrijk onderdeel is van het professioneel handelen, is essentieel. Het belang wordt zichtbaar gemaakt door het onderwerp een prominente plaats op ieders agenda te geven. De zogenaamde 'walkrounds' demonstreren de leiderschapsbetrokkenheid m.b.t. veiligheid aan de medewerkers. **Immers, steun van en motivatie door medisch specialisten** speelt een belangrijke rol bij het creëren van een veiligheidscultuur.

Audit in de regio

Auditing (een systematische, multidisciplinaire en kritische analyse van alle elementen van zorg aan de hand van tevoren vastgestelde en erkende criteria) stimuleert zorgverleners tot zelfevaluatie, bijsturing en verbetering. Zo zouden bijvoorbeeld periodieke audits van regionale eerste- en tweedelijns of tweede- en derdelijns samenwerkingsverbanden (zoals er reeds enkele verloskundige en oncologische samenwerkingsverbanden bestaan) gericht kunnen worden op bespreking van ingestuurde casuïstiek, het ontwikkelen en vertalen van medische richtlijnen en van verpleegkundige behandelprotocollen naar de lokale situatie.

De patiënt als partner

De patiënt is een belangrijke partner bij alle activiteiten ten aanzien van risicobeheersing en patiëntveiligheid. Patiënten moeten gestimuleerd worden om nieuwsgierig te zijn, vragen te stellen, kritisch te blijven. Het geven van begrijpelijke informatie is een voorwaarde om deze rol van partner goed te kunnen invullen.

Lessen uit de tuchtspraak

Naast lessen uit interne rapportages van incidenten in de patiëntenzorg kunnen ook lessen uit de tuchtspraak geleerd worden ten behoeve van de kwaliteitscyclus. Aan de behandeling en uitspraak van tuchtcolleges kunnen professionele normen voor ons vakgebied worden ontleend. Van de beslissingen van tuchtcolleges wordt slechts een klein gedeelte gepubliceerd. Het is waardevol om uitspraken specifiek op ons terrein, of met belangrijke raakvlakken daaraan, beschikbaar te maken op het NVOG-net (uiteraard geanonimiseerd).

Samenvatting

Door middel van het beschikbaar stellen en uitdragen van bovenstaande hulpmiddelen en instrumenten wil de Cie Patiëntveiligheid de NVOG-leden ondersteunen om patiëntveiligheid te integreren in het dagelijks werk. In de visie van de Cie Patiëntveiligheid ligt de nadruk op intrinsieke motivatie van de zorgverlener zelf (de beste willen zijn voor zijn/haar patiënten) en de rol van ondersteuning en facilitering voor en door de Cie Patiëntveiligheid in engere zin en de NVOG in bredere zin.

Uitwerking

Installeren van een Cie Patiëntveiligheid binnen de Koepel Kwaliteit met de volgende opdracht:

- de concrete uitwerking en uitvoering van het in deze nota vastgelegde beleid;
- het bundelen en coördineren van alle activiteiten van de NVOG op dit gebied;
- het aanbieden en uitdragen van de beschikbare hulpmiddelen/instrumenten via het NVOG-net;
- het opzetten van een NVOG-net-pagina met best practices Patiëntveiligheid uit de NVOG;
- consultatie van leden van de Cie Patiëntveiligheid bij de lokale implementatie van de patiëntveiligheidsinstrumenten (vacatievergoeding ten laste van aanvragende maatschap/vakgroep).

Mensen en middelen

De omvang en de samenstelling van de Cie Patiëntveiligheid zijn afhankelijk van de taken. Voor de inbreng van inhoudelijke expertise is het wenselijk uit de verschillende deelgebieden en echelons van ons vak leden te betrekken. De kosten voor de inpassing in het kwaliteitsbeleid van de NVOG zullen via de begroting ten laste van het kwaliteitsbudget van de NVOG worden gebracht. Op den duur zullen deze lasten met structurele financiering in het budget van de zorg terecht moeten komen.

Noten

- NOTEN**
1. Nationaal Platform Patiëntveiligheid; <http://www.platformpatientveiligheid.nl/>.
 2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MD (eds.) (2000) To err is human: building a safer health care system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. National Academy, Washington, DC.
 3. Veiligheidsprogramma Voorkom schade, werk veilig in de Nederlandse ziekenhuizen. http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R1942981079538329.

Colofon

Deze nota is aangenomen in de 594^e ledenvergadering van de NVOG
d.d. 19 maart 2008.

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVOG, mw. Dr. G.G. Zeeman
Postbus 20075, 3502 LB Utrecht
<http://www.nvog.nl>

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).