



Het vermijdbare vermijden

Orpadt, 30 april 2009

Patrick van Daele

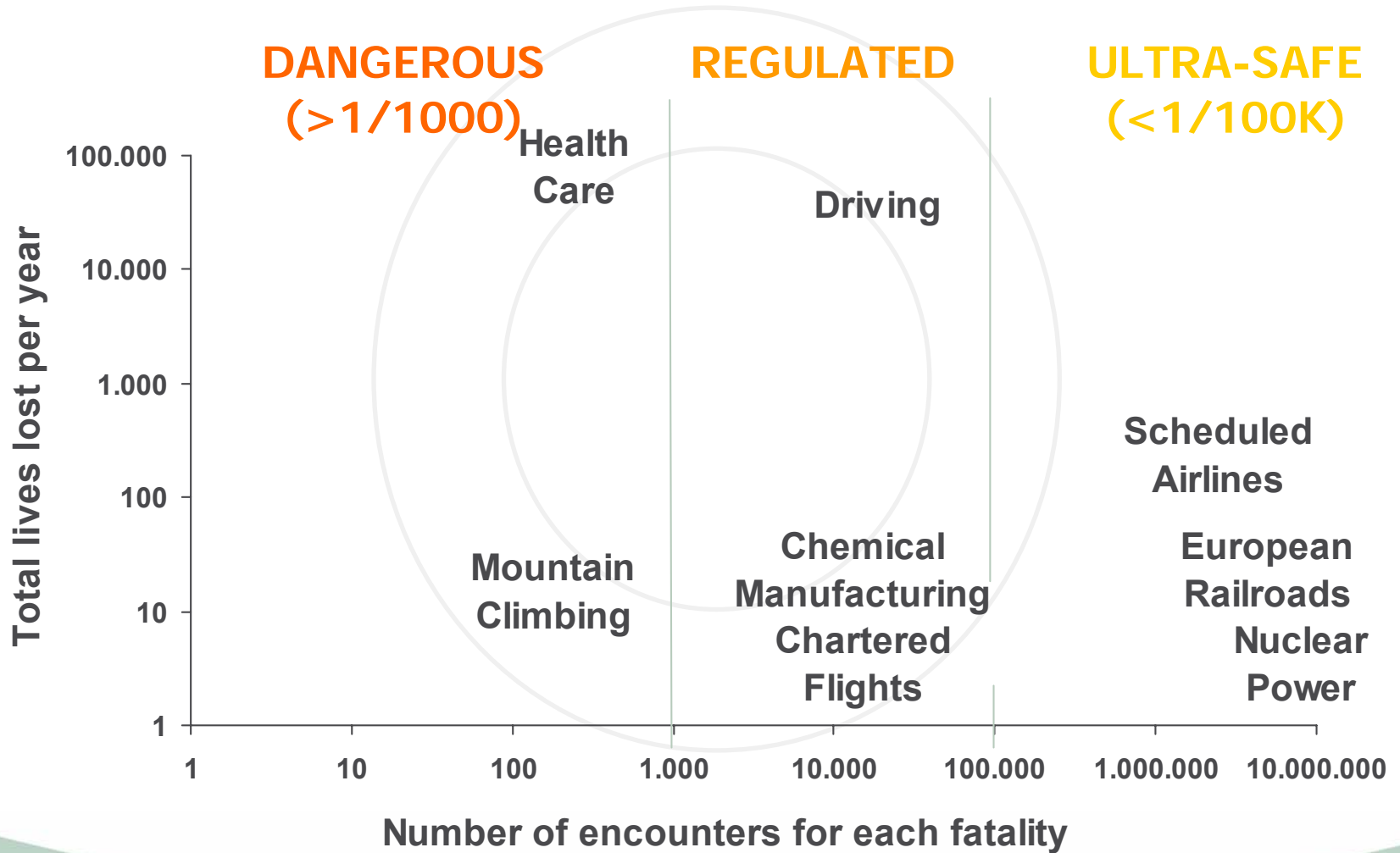
Kwaliteitscoördinator Imeldaziekenhuis

Gebaseerd op presentatie: I.P. Leistikow, arts Coördinator patiëntveiligheid UMC Utrecht Lid kernteam Nationaal Platform Patiëntveiligheid

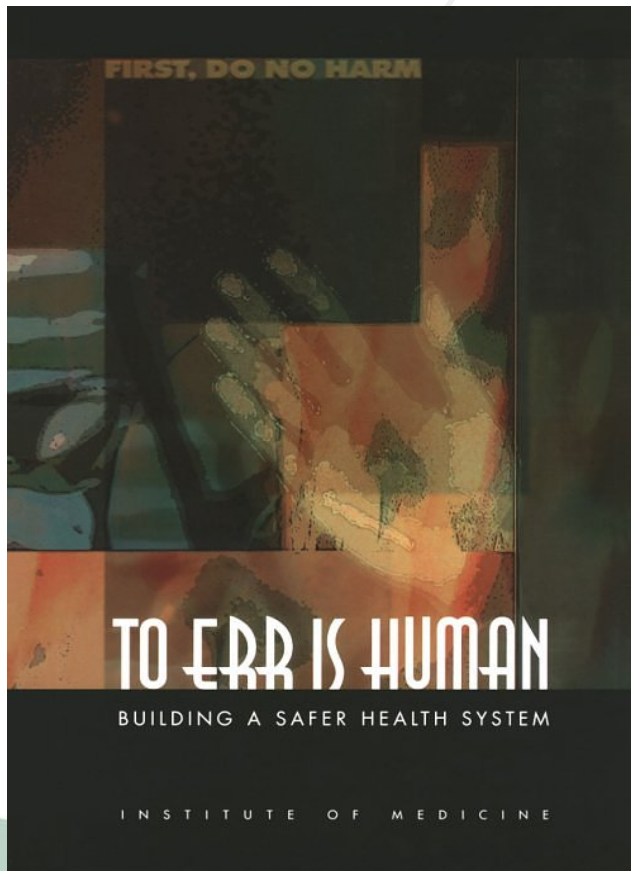


Inhoud presentatie

- ⊙ **Waarom “patiëntveiligheid”?**
- ⊙ **Eerste stappen**
 - ⊙ **Begrippen**
 - ⊙ **Begrip**
 - ⊙ **Grip**
- ⊙ **Conclusies**
- ⊙ **Internationale aanbevelingen**
- ⊙ **Beleid in België**
- ⊙ **Wat verwachten we van u?**
- ⊙ **Wat doen wij?**
- ⊙ **Tips**



To Err Is Human - building a safer health system

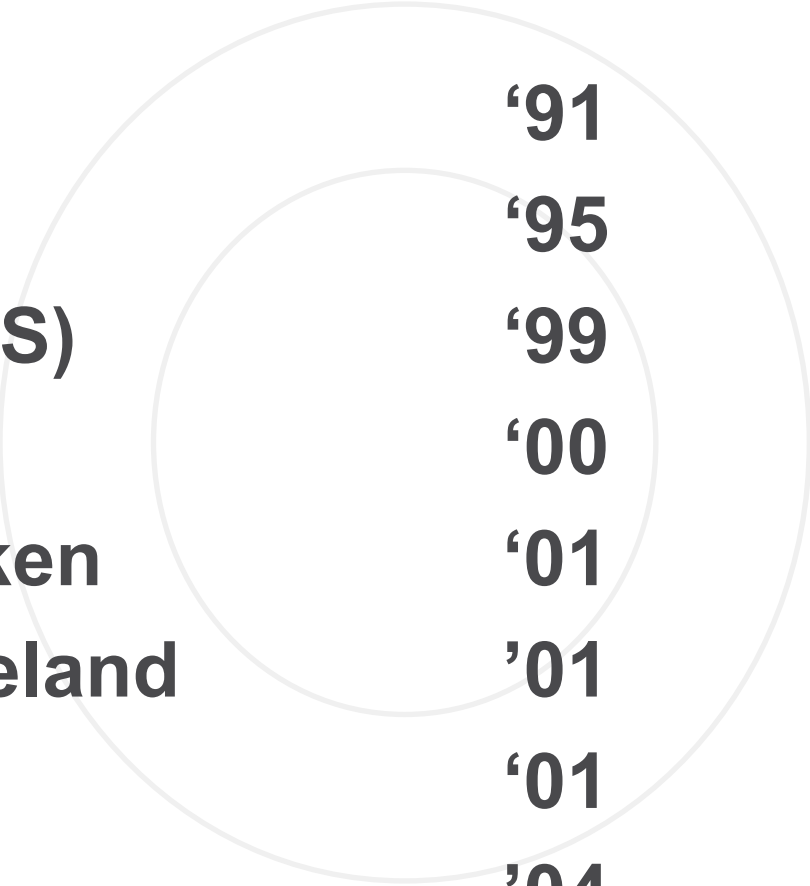


- ⊙ Institute of Medicine
- ⊙ Committee on Quality of Health Care in America

De getallen achter To Err Is Human

- ⊙ Harvard Medical Practice Study I (1991)
- ⊙ 30.000 opname dossiers uit 51 ziekenhuizen
- ⊙ Adverse event = an injury caused by medical management
- ⊙ Negligence = care that fell below the standard expected of physicians in their community.

Adverse Events in internationale studies



⊙ HMPS	'91	3.7 %
⊙ Australië	'95	11 %
⊙ CO/UT (VS)	'99	3 %
⊙ Engeland	'00	10 %
⊙ Denemarken	'01	9 %
⊙ Nieuw Zeeland	'01	11 %
⊙ Utah (VS)	'01	8.5 %
⊙ Canada	'04	7,5 %
⊙ Nederland	'07	5,7 %

Wat wil dit willen zeggen voor het Imeldaziekenhuis?

- ⊙ Geen grootschalige onderzoeken naar “adverse events” in België
- ⊙ Secundaire data Belgische studie Van den Heede '06 MKG: adverse event in 6.32% van heelkunde patiënten en 7.12% van geneeskunde patiënten
- ⊙ Grote variabiliteit
- ⊙ In 2007
 - ⊙ 21392 opnames
 - ⊙ 1604 patiënten met schade (7,5%) of 4.3 per dag
 - ⊙ 593 vermijdbaar schadegevallen (37% van 1604)
 - ⊙ 141 vermijdbare overlijdens (0.66%)
- ⊙ Is dat zo?We weten het niet.

- ⊙ **“In België worden jaarlijks 10.000 mensen het slachtoffer van een medische fout”**
(De Standaard, 28.11.2005).
- ⊙ **“In de Nederlandse ziekenhuizen overlijden jaarlijks tot 6.000 mensen als gevolg van incidenten die te voorkomen waren geweest”**
(Shell, nov.’04).
- ⊙ **Ziekenhuisinfecties zorgen ervoor dat in België elk jaar 2.600 patiënten voortijdig sterven tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Dat blijkt uit cijfers van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).**
(Nieuwsblad20/2/2009)

Dodelijke Zweedse gordel ook in Belgische rusthuizen

Afgelopen week zijn in een Maastrichts ziekenhuis twee senioren overleden nadat zij aan hun bed waren vastgebonden met een zogeheten Zweedse band. “De gordel is bedoeld om onrustige patiënten tegen zichzelf en anderen te beschermen, maar bij verkeerd gebruik kunnen ze zich ermeewerwonden of zelfs ophangen”, zegt professor Koen Milisen. Ook in ons land gebeuren er al dodelijke incidenten met de gordel.



De bewuste Zweedse gordel.



Foto's G&A

Het Openbaar Ministerie in Maastricht onderzoekt de dood van twee patiënten van het Atrium Medisch Centrum in Maastricht. Binnen een week - wanneer precies is niet bekend - stierven een 88-jarige man uit Hoensbroek en een 80-jarige vrouw uit Hulsberg nadat ze met een Zweedse band waren gefixeerd op hun bed. Ook de Inspectie Gezondheidszorg onderzoekt de sterfgevallen. “We bekijken of het ziekenhuis strafrechtelijk wat te verwijten valt”, zegt Cindy Reijnders van het OM. Met name de interne ziekenhuis-

richtlijnen voor het gebruik van de band zijn voorwerp van onderzoek.

Ongeval

Zeker één op de tien bewoners van zorginstellingen wordt dagelijks vastgebonden aan een stoel of een bed met behulp van een zogeheten Zweedse band, zo blijkt uit Nederlandse cijfers. De maatregel eindigt één tot drie keer per jaar in een dodelijk ongeval. “Het gebeurt gelukkig niet vaak, maar het bewijst opnieuw hoe groot de risico’s zijn van het gebruik van deze band”, zegt Jan

Hamers, hoogleraar Verpleging en Verzorging van Ouderen van de Universiteit Maastricht. In ons land grijpt men ook dagelijks naar het middel in de verschillende rust- en ziekenhuizen. De band is bedoeld om te voorkomen dat ouderen gaan rondtollen, of om ze korte tijd vast te zetten bij agressief gedrag. “De band is ongeveer 10 centimeter breed en wordt vastgemaakt rond de buik”, legt Koen Milisen, professor aan het UZ Leuven, uit. “Vervolgens wordt de gordel weer met behulp van twee andere banden vastgemaakt aan het bed.” Volgens Milisen moet de band altijd gebruikt worden in com-

binatie met pols-, enkel- en schouderbanden, om de patiënt extra te fixeren. “En dit voor zijn eigen veiligheid. Als je enkel de gordel inzet, is de kans groot dat de band gaat bewegen als de patiënt onrustig blijft. Zo kan de gordel gemakkelijk naar boven schuiven, richting borst. Wie dan ineens zijn benen uit bed gooit, kan zich ophangen in de band.” De professor zegt dat dergelijke dodelijke incidenten zich in het verleden ook al in Belgische rust- en verzorgingshuizen hebben voorgedaan. Het gebruik kan ook leiden tot valpartijen en blauwe plekken wanneer ouderen er toch in slagen op te staan. De band

kan afzakken naar de bovenbenen en wanneer de persoon een eerste stap zet, gaat hij onderuit.

Verbieden

Jan Hamers, die in Nederland eerdere ongelukken onderzocht, pleit er dan ook voor om de band helemaal te verbieden. “Er zijn genoeg alternatieven”, beweert hij. Zijn Belgische collega Milisen ziet dat anders. “Fixatie moet sowieso een laatste redmiddel zijn. De afgelopen jaren is het verplegend personeel zich steeds meer bewust geworden van de nadelen. Maar als hij juist gebruikt wordt, heeft de gordel zeker zijn nut. Wel is het belangrijk om steeds het toezicht te verhogen als men een oudere zo fixeert. Helaas gebeurt nog te vaak het omgekeerde. Een verpleegkundige zet iemand vast en komt vervolgens minder op de kamer dan voordien. Dat mag dus niet, maar door personeelsgebrek in de sector is dat wel dikwijls de realiteit.” Kirsten BERTRAND

■ **“To err is human, to cover up is unforgivable, and to fail to learn is inexcusable.”**



Patiëntveiligheid – eerste stappen

- ⊙ **Begrippen**
- ⊙ **Begrip**
- ⊙ **Grip**



Patiëntveiligheid – Begrippen

- ⦿ **Patiëntveiligheid: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan een patiënt, veroorzaakt door niet volgens de professionele standaard handelen van de hulpverlener en/of door tekortkomingen in het zorgsysteem**
- ⦿ **Schade: nadelige verstoring van fysieke of psychische toestand**
- ⦿ **Incident: Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden.**

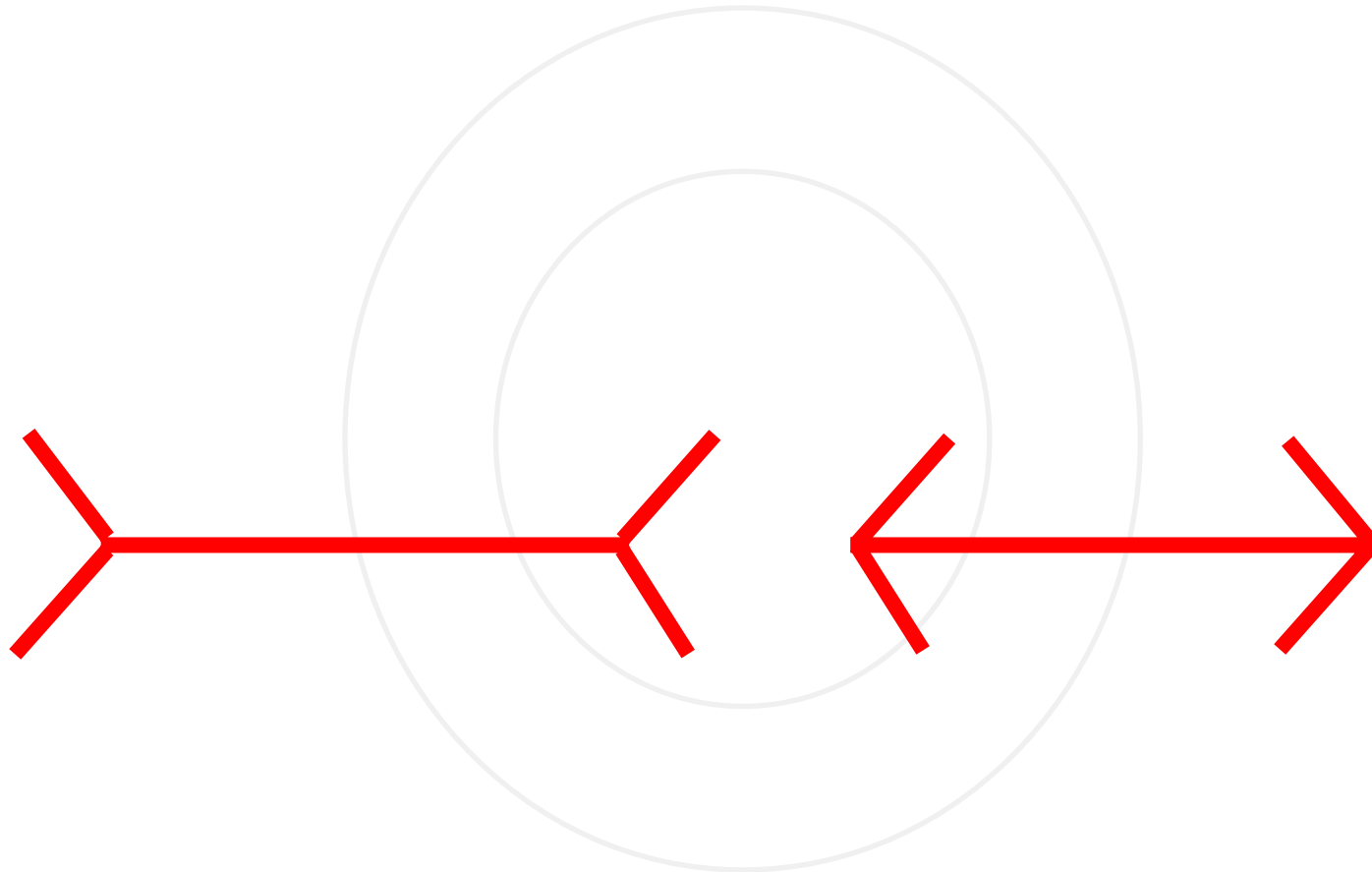
Patiëntveiligheid – Begrip

- ⦿ **Hoe ontstaat een fout**
- ⦿ **Hoe leidt een fout tot schade**

Begrip – hoe ontstaat een fout (1)

Vlgones een oznrdeek op een Eglnese uvinretsiet mkaat het neit uit in wkee vloogdre de Itteers in een wrood saasn, het einge wat blegnaijrk is is dat de eretse en de ltaatse Itteer op de jicutse patals saasn. De rset van de Itteers mgoen wllikueirg gpletaast wdoren en je knut vrelvogens gwoeon lzeen wat er saatt. Dit kmot odmat we neit ekle Itteer op zcih lzeen maar het wrood als gheeel.

Begrip – hoe ontstaat een fout (2)



Begrip - Belang van goede communicatie(3)



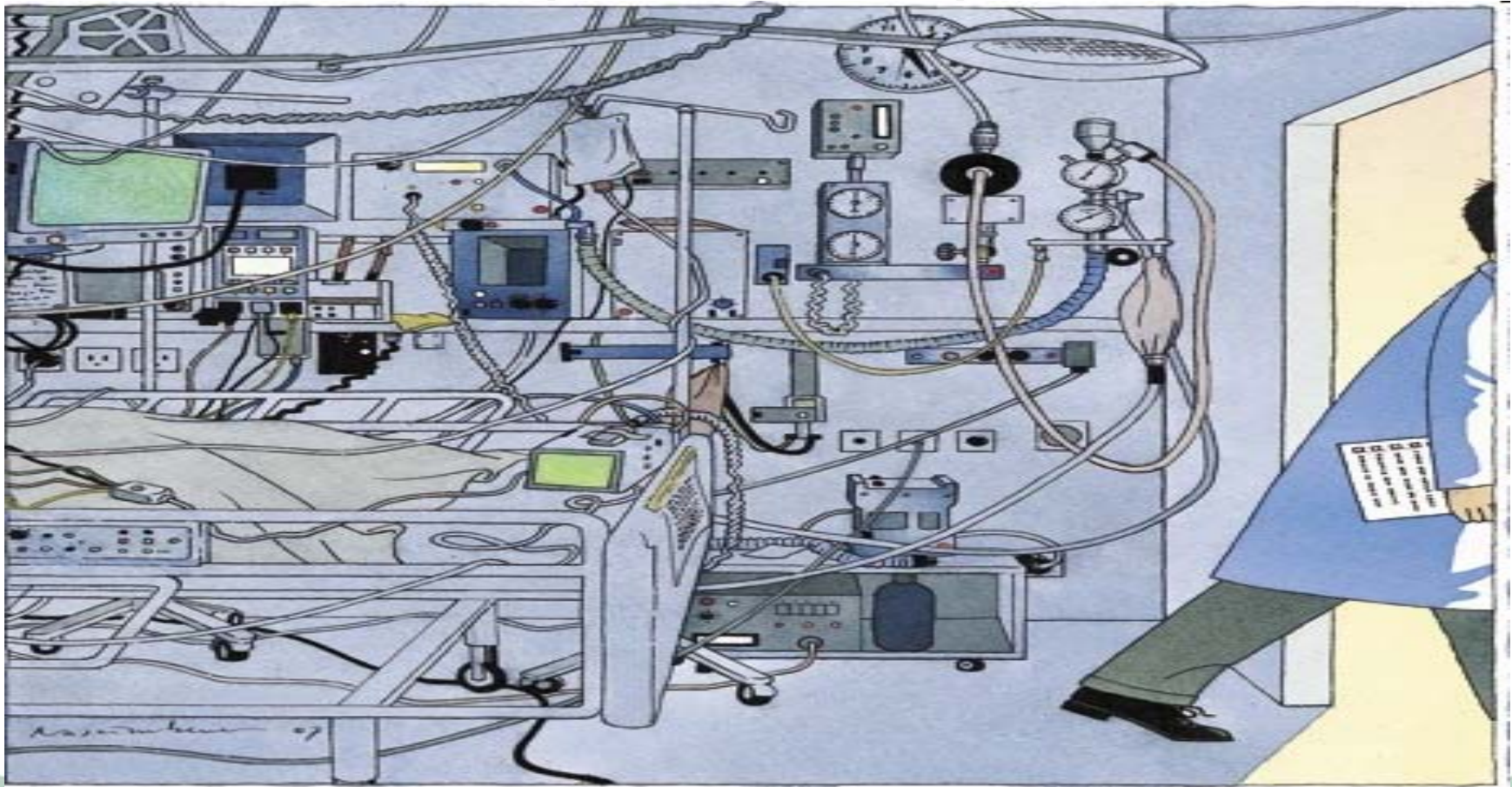
Begrip - Observatieoefening

◎ Test

◎ **Basketbal:**

- ◎ Tel het aantal passes van de witte ploeg
- ◎ Evt. Tel het aantal maal dat de bal van de witte ploeg op de grond botst

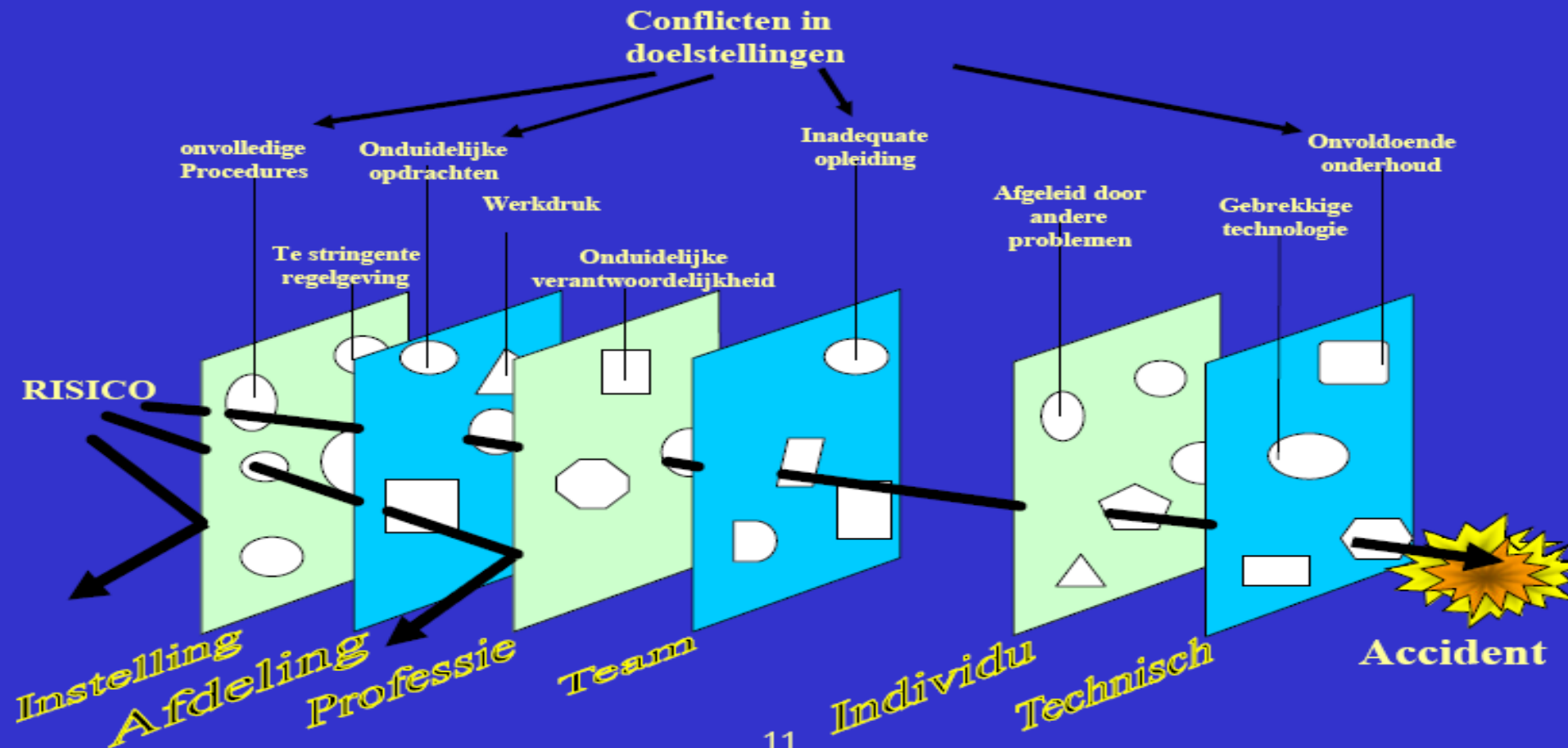
Waar is de gorilla?



imelda omringt u met zorg

Gatenkaas model van Reason

Zwitserse kaas model



Tenerife 1977 - 538 doden



Resultaten meting nov. 2006

Patientveiligheidscultuur

- ⊙ **Zeer goede respons (90%);**
- ⊙ **Elementen die onze patiëntveiligheid gunstig beïnvloeden zijn:**
 - ⊙ Teamwork;
 - ⊙ Hoge globale perceptie over veiligheid;
 - ⊙ Positieve ervaring hogere personeelsbezetting;
 - ⊙ Openheid van communicatie.
- ⊙ **Waarin scoorden we niet zo goed vergeleken met andere ziekenhuizen:**
 - ⊙ Overdracht, transfer: informatieverlies;
 - ⊙ Minder goede feedback over verbetering n.a.v. foutrapportage;
 - ⊙ Werken in “crisistoestand”: te veel te snel willen doen.

Patiëntveiligheid - Grip

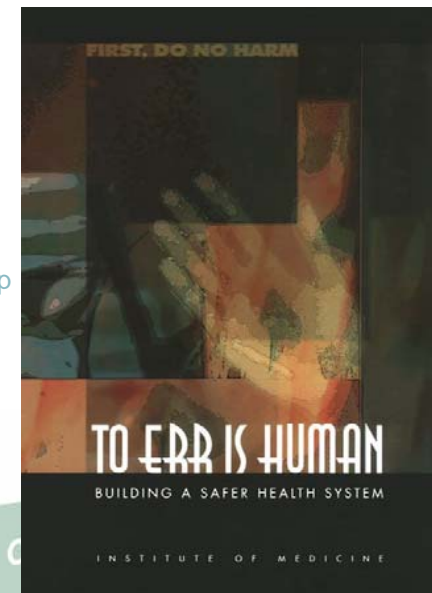
- ⦿ **Opsporen en voorkómen van (potentieel) schadelijke situaties**
 - ⦿ **retrospectief: systematisch onderzoek naar oorzaken van een incident**
 - bv SIRE, Prisma
 - ⦿ **prospectief: systematisch onderzoek van een (nieuw) proces om risico's te identificeren**
 - bv HFMEA

Conclusies

- ⊙ **Onbedoelde schade komt veel voor in zorg**
- ⊙ **Van incidenten moet je leren**
- ⊙ **Succes van patiëntveiligheid is afhankelijk van inzicht (herkennen) en cultuur (melden)**
- ⊙ **Verbeteren kan, door in vertrouwen samen te werken**

Internationale aanbevelingen

- ③ Het bevorderen van een cultuur van veiligheid als prioriteit, waarbij de nadruk ligt op een lerende cultuur en afgestapt wordt van een verwijt- en penalisatiecultuur.
- ③ Het uitwerken van structuren, procedures en processen in een systeembenadering van patiëntveiligheid, waarbij rekening wordt gehouden met de menselijke factoren.
- ③ Het ontwikkelen van meldsystemen voor het verzamelen van gestandaardiseerde informatie over aard en omvang van vermijdbare schade.
- ③ Het systematisch analyseren van bestaande gegevensbronnen (systematische rapportering van incidenten en defecten, klachten van patiënten, klinische databases...).
- ③ Het proactief in kaart brengen van risico's voor onveilige zorg.
- ③ Het gebruik van eenduidig gedefinieerde indicatoren voor een systematische en 'real time' opvolging van patiëntveiligheid.
- ③ Het ontwikkelen van opleidings- en bijscholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals en het management waarin patiëntveiligheid een vast onderdeel wordt, met inbegrip van de principes van klinische besluitvorming, risicobewustwording, risicocommunicatie, risicopreventie en het omgaan met incidenten.
- ③ Het aanmoedigen van de zorginstellingen, daarbij geholpen door beleidsmakers en verzekeraars, om het risicobewustzijn te vergroten en om veiligheidsprogramma's op te zetten.
- ③ Het informatief en actief betrekken van de patiënt/ familie in het zorgproces om de veiligheid te verhogen.
- ③ Het creëren van een juridisch kader opdat meldsystemen optimaal kunnen functioneren en de melder van het incident beschermd wordt.
- ③ Het oprichten van een nationaal centrum voor patiëntveiligheid. Dit centrum moet zich richten op:
 - het formuleren van nationale doelstellingen op vlak van veiligheid;
 - het verspreiden van kennis over aard en omvang van vermijdbare schade en interventies (best practices) gericht op het voorkomen van schade;
 - het ontwikkelen van een onderzoeksagenda;
 - het opstarten en evalueren van nationale veiligheidscampagnes.
- ③ Het ontwikkelen van een standaard taxonomie voor patiëntveiligheid.
- ③ Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek naar patiëntveiligheid



België: Contract kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD

- ⊙ Strategische nota Patientveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden
- ⊙ 2007: bijkomende middelen ter ondersteuning van kwaliteit in ziekenhuizen: 6.8 miljoen
- ⊙ 2008: 7.2 miljoen (0.031% budget zorg)
- ⊙ Aanvaarding door ziekenhuizen (90% van aantal bedden; 97% van de erkende bedden)

FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

IX. Contract 2008-2009



Symposium week patiëntveiligheid 6-7 november 2008

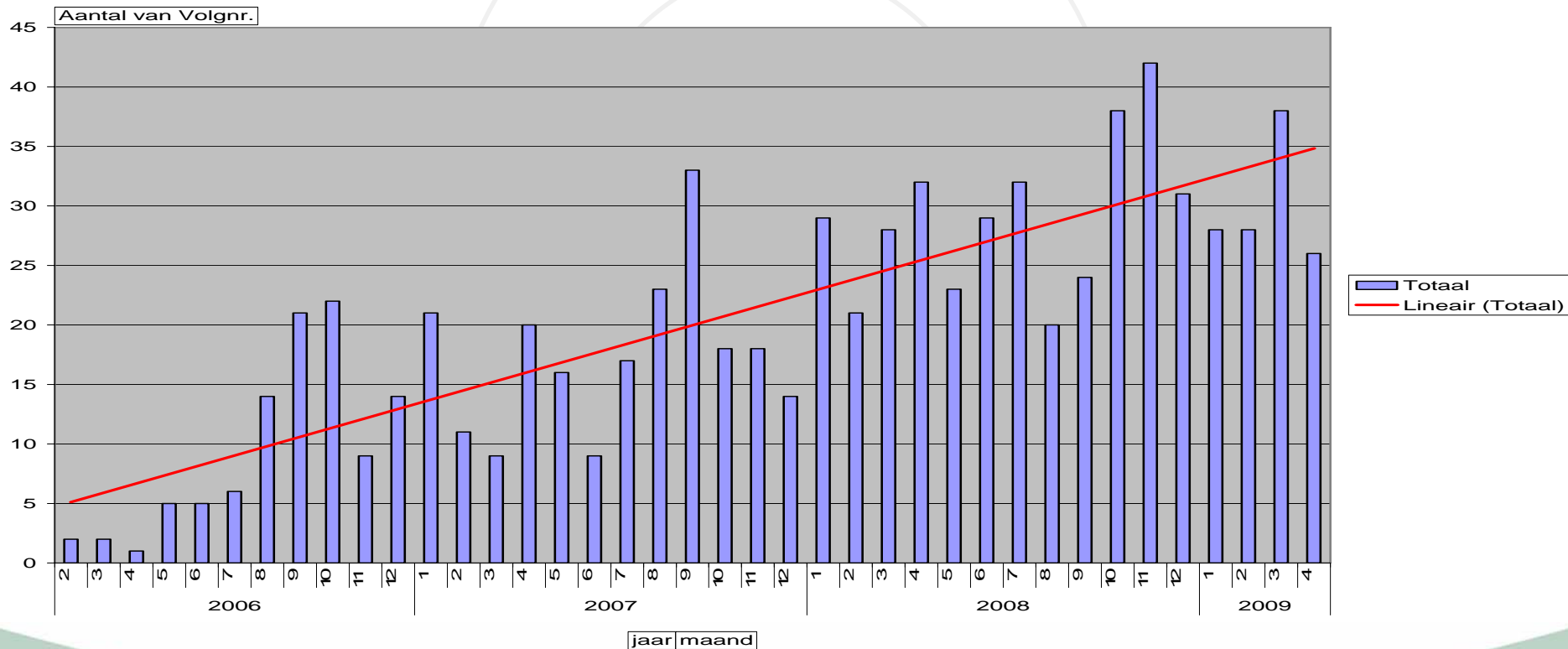
2011-2012	<p>PIJLER 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • INTEGRATIE 	<p>PIJLER 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeterproject van een extramuraal proces op basis van indicatoren 	<p>PIJLER 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestandaardiseerde, geïntegreerde en multidimensionele indicatorenset
2010-2011	<p>PIJLER 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registratie (bijna)-incidenten • Proactieve analyse van processen at risk en voorstel verbeteracties 	<p>PIJLER 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeterproject van een extramuraal proces op basis van indicatoren 	<p>PIJLER 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van nieuwe multidimensionele indicatoren en aanduiding van relatie met strategische doelstellingen
2009-2010	<p>PIJLER 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registratie (bijna)-incidenten • Analyse van BI (retrospectief) en voorstel verbeteracties 	<p>PIJLER 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eén nieuw multidisciplinair proces: <ul style="list-style-type: none"> - 1 pathologie: lijst, FBI - 1 transfert pat/intramuros 	<p>PIJLER 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van nieuwe multidimensionele indicatoren en aanduiding van relatie met strategische doelstellingen
2008-2009	<p>PIJLER 1</p> <p><u>Ontwikkeling VMS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meerjarig veiligheidsplan • 2 verbeteracties op basis van cultuurmeting 	<p>PIJLER 2</p> <p><u>(her) Ontwikkeling van een proces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 proces multidisciplinair • 1 pathologie: lijst, FBI 	<p>PIJLER 3</p> <p><u>Ontwikkeling van een multidimensionele indicatorenset</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanduiding orgaan • Cartografie van indicatoren en methode
2007-2008	Melding en analyse van (bijna) incidenten	Fiches met beschrijving van 3 kwaliteitsprojecten Gebruik van de indicatoren FBI et PSI	
2007-2008	Strategie, visie, doelstellingen kwaliteit/patiëntveiligheid Coördinatie van de structuren kwaliteit/patiëntveiligheid Meting van de patiëntveiligheidscultuur		

Wat verwachten we van jullie?

- ⊙ Bij een (bijna) incident: **MELDEN**
- ⊙ Surf naar [intranet>kwaliteit>aangifte ongeval & incident](#)
- ⊙ 3 meldingsformulieren:
 - ⊙ Valincidenten (vermoedelijk +/- 1100 in IZ)
 - ⊙ Medicatiefouten (vermoedelijk +/- 6000 in IZ)
 - ⊙ Andere incidenten
- ⊙ Liefst niet anoniem, maar anoniem melden mag & kan (de melding wordt geanonimiseerd door systeem)
- ⊙ Betrokkene zelf laten melden of met medeweten van de betrokkene

Overzicht aantal meldingen / maand

Aantal meldingen per maand van februari 2006 tem april 2009



Wat doen wij?

De opvolging van een melding

- ⊙ Onafhankelijke **analyse** door leden MIPV (Meldingscommissie Incidenten PatientVeiligheid) volgens het reglement van MIPV = “black box”
- ⊙ **Adviezen** aan directie zonder vermelding van namen, (afdeling), betrokkenen.
- ⊙ **Brief** aan melder met adviezen (indien niet anoniem)
- ⊙ Directieleden zijn verantwoordelijk voor de **opvolging** van de adviezen
- ⊙ **Jaarverslag** met algemene werkpunten

Acties 2007

● Vallen (19 adviezen in 2007)

- Fixatiebeleid herbekeken
- Evaluatie van de fixatie door rolgordel
- benchmark: gamma fixatiemateriaal - correct gebruik
- testgebruik op chronische diensten, orthopedie en Intensieve.
- Uitwerken van een update van het valbeleid
- Opstellen werkinstructies voor diverse fixatiematerialen
- Protocol voor medicamenteuze behandeling van delirium
- Opleiding valbeleid en fixatie
- Opstellen beleidstekst medicamenteuze fixatie
- Valpreventiebeleid: uitwerken valpreventiebeleid (in voorbereiding)
- Er is een conceptnota voorgesteld 02/06/08).
- Eind 2008 wordt hiervoor een nieuwe werkgroep samengesteld

● Patiëntidentificatie (7 adviezen in 2007)

- Er is een nieuwe werkgroep WUPI 2 (Werkgroep unieke patiënt identificatie 2)
- Naar aanleiding van diverse fouten met identificatie werd de noodzaak van een veiligheidscheck vastgesteld. Bij het toedienen van substanties, uitvoeren van onderzoeken e.d. kunnen menselijke fouten voorkomen die een verwisseling van de patiëntidentiteit als gevolg hebben. Naar aanleiding hiervan werd het systeem van de patiëntarmbandjes met barcode ingevoerd. Alle verblijvende patiënten zijn ondubbelzinnig geïdentificeerd. Het invoeren van de armbandjes is uiteraard niet voldoende, nu moeten ze ook gebruikt worden. Dit wil zeggen dat de processen aangepast worden zodat effectief bij het uitvoeren van een behandeling en het uitvoeren van een onderzoek deze controle van de patiëntidentiteit wordt toegepast via het inscannen van de barcode enerzijds en het voorschrift, opdracht tot behandeling of onderzoek anderzijds.
- Als eerste initiatief werd een 0-meting gedaan i.v.m. correctheid en aanwezigheid van unieke patiëntidentificatiebandjes.

● Invoering van elektronisch medicatievoorschrift (4 adviezen)

● bespreking correct gebruik van de grippernaald in WG cytostatica (2 adviezen)

● Bespreking toepassing van procedure op OK bij urgente ingreep

● Bespreking aanpassing procedure detectie van zwangerschappen voorafgaand aan het uitvoeren van een CT

● Invoeren van een (H)FMEA analyse bij nieuwe materialen voorafgaand aan de implementatie

● Betrekken van verzekeringstechnisch adviseur in de stuurgroep Patien Safety

● Bespreking kwaliteitscontrole en -opvolging van het koelsysteem van de koelkasten

● Besprekingen van aandacht, beter toezicht en striktere opvolging van kwaliteit van de ontsmetting van besmette kamers

● Bespreking en verfijning medicatiedistributiesysteem (koelkastproducten)

● Toevoegen van hoofdstuk patiëntveiligheid in de introductie van nieuwe medewerkers

● Noodzaak procedure eerste hulp bij brandwonden

● Noodzaak van bijhouden van defecte materialen cq. verkeerde aanvragen bij incidenten

● Herhaling aandacht voor dossiervolledigheid en -correctheid

● Zoektocht naar betere infuusstaanders

● Herhalen van werking VEMA i.v.m. 'urgente' materialen

● Correcte préoperatieve screening en dossieranalyse, ook bij dringende ingrepen.

● Afspraken rond adviesvraag dient altijd tijdig uitgevoerd te worden

● Tijdige behandeling van binnengekomen fracturen

● Aandacht voor plaatsen van waarschuwborden bij natte vloeren

Tips voor een veiliger zorg

1. Identificatie:

- ⦿ is dit de juiste patiënt, voor de juiste ingreep/procedure/medicatie (aan de juiste zijde) op het juiste tijdstip
- ⦿ Check – double check
- ⦿ Toekomst: barcode check – medisch dossier

2. Medicatie:

- ⦿ juiste geneesmiddel, juiste dosering, juiste tijdstip, juiste toedieningsvorm, juiste patiënt

Tips voor een veilige zorg

3. Communicatie

- ⊙ Ben ik goed begrepen? Heb ik alles goed begrepen? Laat de ontvanger de doorgebelde resultaten/informatie herhalen

4. Ingreep / procedure

- ⊙ Is alles klaar voor de ingreep /behandeling?
- ⊙ Klopt de indicatie?
- ⊙ Wat zijn de contra-indicaties?
- ⊙ Juiste materialen cq. competenties aanwezig

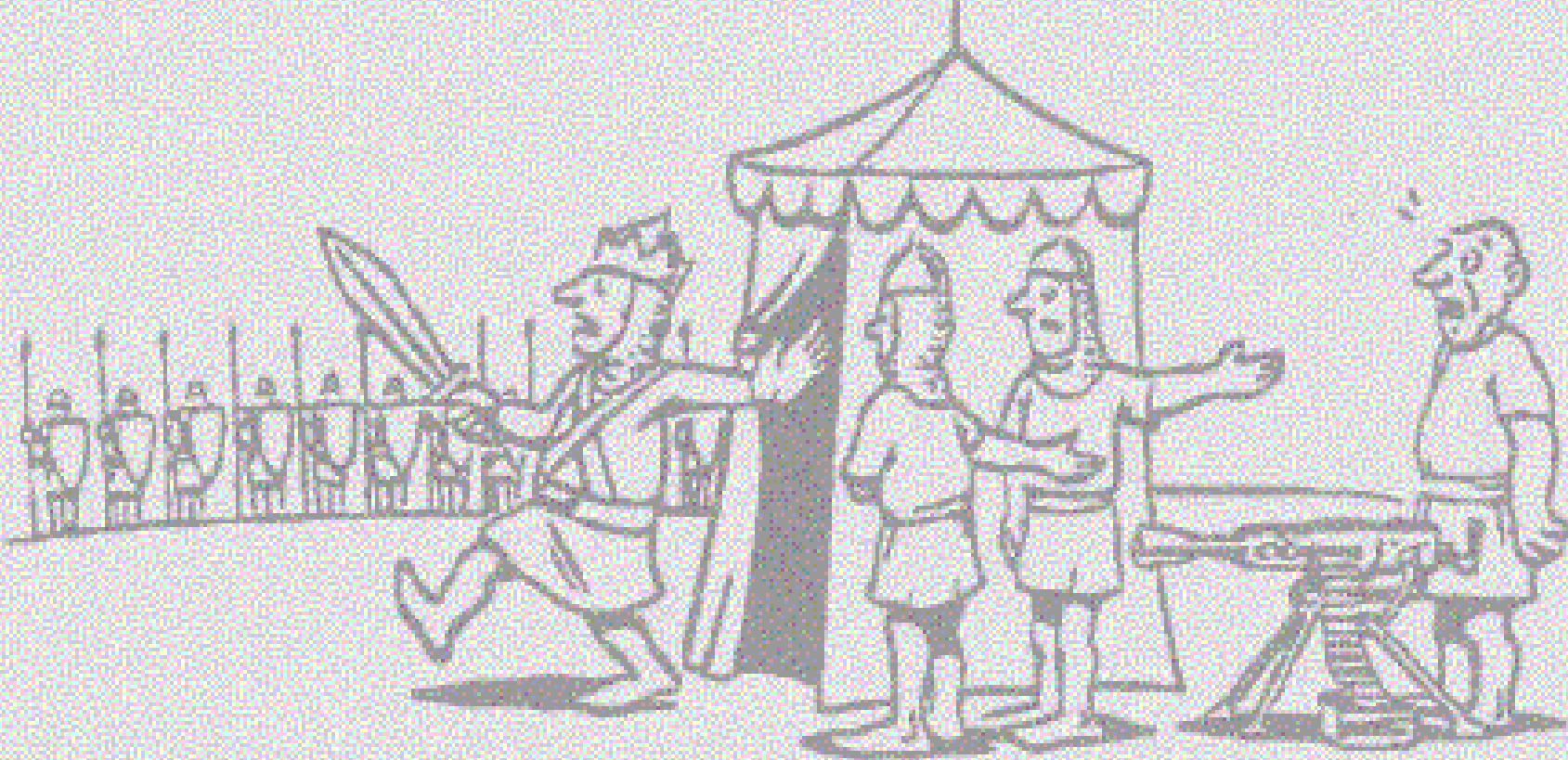
Tips voor een veiliger zorg

5. Handhygiëne?

- ⊙ **Vóór en ná elk patiëntcontact**
- ⊙ **Vóór een zuiver invasieve behandeling**
- ⊙ **Na blootstelling aan lichaamsvochten of slijmvliezen**

6. Valincidenten

- ⊙ **Recent gevallen?**
 - ⊙ **Verminderd zicht**
 - ⊙ **Moeilijk stappen**
 - ⊙ **Opgewonden, onrustig**
 - ⊙ **Frequente mictie**
- ➔ **2 of meer van deze? Neem preventieve maatregelen!**



**NO! I CAN'T TAKE TIME FOR ANY NEW IDEAS
... I'VE GOT A BATTLE TO FIGHT!**

- “To err is human, to cover up is unforgivable, and to fail to learn is inexcusable.”

imelda omringt u met zorg