

## Patiëntenveiligheid, Melding Incident patiëntenzorg, Onderwijs in Afdeling Delen van Kennis

---

Fleur Nootboom  
Internist-intensivist



---

---

---

---

---

---

---

---

Hier werk je veilig,  
of je werkt hier niet

Sneller Beter - De veiligheid in de zorg



---

---

---

---

---

---

---

---

## Waar ?

---

- [Webdisk.planet.nl/noot174/](http://Webdisk.planet.nl/noot174/)
- [Map: ICU@Midden Limburg](mailto:Map:ICU@Midden Limburg)



---

---

---

---

---

---

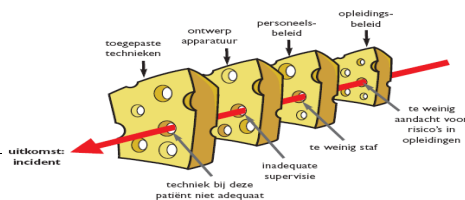
---

---

## Samenvatting met blaaitjes

### Hoe incidenten ontstaan

Onder een incident verstaan we in dit rapport alle onbedoelde uitkomsten van een proces of behandeling. Een complicatie is dus ook een incident. In veel werkprocessen, ook in de medische sector, zijn barrières ingebouwd om incidenten te voorkomen. Toch is dit geen garantie voor nul incidenten. Ook barrières kunnen falen. Het zogenaamde gatenkaasmodel laat zien hoe, ondanks verschillende barrières, toch een incident kan ontstaan. Opeenvolgende barrières en voorzorgsmaatregelen kunnen teortschieten met een incident als resultaat.



In Nederlandse ziekenhuizen overlijden elk jaar tussen de 1.500 en 6.000 mensen als gevolg van medische fouten die voorkomen hadden kunnen worden. Doordat de incidentenregistratie gebrekkig is, weten we eigenlijk niet goed wat er mis gaat. Veel ziekenhuizen hebben een gesloten bedrijfscultuur, waardoor incidenten niet gemeld worden. Bovendien zijn de verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid niet helder gedefinieerd. Het resultaat: van incidenten wordt niet geleerd.

#### Gebrekkige incidentenregistratie

Het aantal van 1.500 tot 6.000 mensen dat jaarlijks overlijdt als gevolg van medische fouten is een schatting. De cijfers zijn gebaseerd op een extrapolatie van gegevens uit de Verenigde Staten. Cijfers uit het Verenigd Koninkrijk en uit Australië ondersteunen dat deze schatting voor de Nederlandse situatie accuraat is. Exacte gegevens over het aantal incidenten in de Nederlandse zorg zijn niet voor handen. Dit komt omdat incidenten niet systematisch worden geregistreerd. Weliswaar kent elk ziekenhuis een MIP-commissie (Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg), maar lang niet alle incidenten worden bij deze commissie gemeld. Dit geldt zeker voor

#### Gesloten bedrijfscultuur

De bedrijfscultuur in ziekenhuizen is gesloten. Het melden en openlijk bespreken van fouten is slechts op enkele afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen de praktijk. Een open cultuur, waarin fouten veilig kunnen worden gemeld, zonder dat er een sanctie wordt uitgedeeld, is echter wel vereist om meer zicht en grip te krijgen op de veiligheid in de ziekenhuizen. In zekere zin rust in de zorg een taboe op het erkennen van fouten. Juist doordat medische professionals streven naar de best mogelijke zorg licht er geen ruimte voor het erkennen van fouten. Dit taboe moet doorbroken worden, om tot structurele verbeteringen te kunnen komen.

## Veel voorkomende incidenten

Omdat de registratie van incidenten gebrekkig is, ontbreekt een duidelijk zicht op de omvang van het probleem en de aard van de incidenten. Zeer veel genoemd worden echter:

- medicatiefouten
- communicatie- en overdrachtsfouten
- decubitus (doorliggen)
- valincidenten
- post-operatieve wondinfecties

**Voer in alle ziekenhuizen, op alle afdeling, blame free reporting in**

Van bijna-ongelukken en incidenten is veel te leren. Daarom is het van groot belang dat alle medewerkers ook de kleinste incidenten melden. Een systeem van *blame free reporting* of het veilig melden van incidenten is daarvoor een absolute voorwaarde. Veilig melden houdt in dat een medewerker er op kan vertrouwen dat er geen sanctie zal volgen, als hij een incident meldt. In een cultuur van *blame free reporting* worden medewerkers gestimuleerd zoveel mogelijk te melden.

Door de invoering van *blame free reporting* zal in eerste instantie het aantal meldingen van incidenten en fouten stijgen. Dat is goed nieuws, omdat vanaf dat moment zichtbaar wordt wat de werkelijke omvang van de ijs-

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Succesfactoren voor blame free reporting**

- registreer meldingen per afdeling
- gebruik een eenvoudig formulier
- zorg voor snelle terugkoppeling
- eventueel: anonimiseer meldingen
- laat deskundigen van de afdeling de melding beoordelen
- bepreek de verbeteracties op de afdeling
- meldingen geaggregeerd naar MIP-commissie

---

---

---

---

---

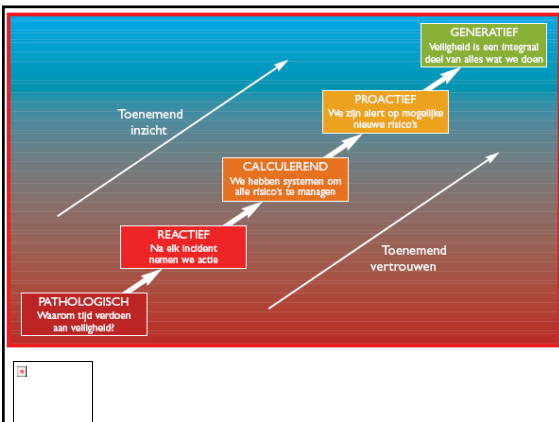
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Leidt openheid tot claims?

Een ziekenhuis dat fouten openlijk toegeeft, ook aan patiënten, stelt zich kwetsbaar op. De vraag ligt daarom voor de hand of een ziekenhuis zichzelf niet in de vingers snijdt, omdat het aantal claims zal stijgen. De praktijk bewijst het tegendeel. Patiënten stellen het zeer op prijs als een ziekenhuis open communiceert als er iets mis is gegaan en overwegen in veel gevallen pas een claim als zij zich miskend voelen. De neonatologieafdeling van de Isala Klinieken heeft goede ervaring met het open communiceren van fouten aan de ouders. In de Verenigde Staten is gebleken dat ziekenhuizen die beschikken over een veiligheidsmanagementsysteem, een sterke zaak hebben als het op een claim aankomt. Zij kunnen bij de rechter immers aantonen dat zij alles doen om hun risico's te managen. Voor de Nederlandse situatie verdient het de voorkeur om meldingen te anonimiseren, als ze buiten de afdeling gaan, bijvoorbeeld naar de MIP-commissie. En tenslotte is in geval van procedures en claims de ziekenhuisdirectie het eerste aanspreekpunt.



---

---

---

---

---

---

---

---

## Eigen mogelijkheden bij incidenten

- Scholing en bewustwording
  - Wil ik hier zelf liggen ?
- Zelf invloed ?
  - Informatie delen



---

---

---

---

---

---

---

---

## Klinische les geven door betrokkenen

---

- Betrokken doorleven hun probleem
- Verdieping kennis
- Kennisoverdracht met passie overgebracht
  
- Bewustwording
- Leren
- Voorkomen in toekomst



---

---

---

---

---

---

---

---

## Gevolgen

---

- Technisch
  - Beter zorg
  
- Teambuilding / Samenwerking
  - wij willen niet dat jullie meemaken wat ik heb gevoeld



---

---

---

---

---

---

---

---

## Nog meer baten ?

---

- Presentaties bewaren op website intranet / internet
- Database voor valkuilen
- Zelfstudie nascholing
  
- Leerlingen zien / proeven cultuur van samenwerking, voorkomen van fouten.



---

---

---

---

---

---

---

---

Voorkomen is beter

---

# Risico analyse vooraf



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

iedere verpleegkundige / arts

---

Maak lijstje van minimaal en maximaal 10  
situaties die je kent op de afdeling  
waardoor een gevaarlijke situatie zou  
kunnen ontstaan.



---

---

---

---

---

---

---

---

## Uitkomst

---

- Communicatie
  - Overdracht, samenwerking
- Onhandige noodprocedures
  - Onbereikbaarheid beademingsballon
- Onhandige werkwijzen
- Eyeopeners !!!



---

---

---

---

---

---

---

---

## Resultaten

---

- Inventarisatie van situaties
- Prioriteit naar beleving (frequentie)
- Prioriteit ernst (incidenten verleden)
  
- Management tool: te herhalen
- Bewustwording
- Maatregelen bevorderen veiliger situatie



---

---

---

---

---

---

---

---

## 2004

---

Hier werk je veilig,  
of je werkt hier niet

Snelier Beter - De veiligheid in de zorg



---

---

---

---

---

---

---

---

## Analogie:




---

---

---

---

---

---

---

---

## 2004: Sneller beter

- Bedrijfsleven: Shell
- Op sterftecijfers uit 1999.....
- Veiligheidssystemem




---

---

---

---

---

---

---

---

	Gevolgen				Toenemende waarschijnlijkheid →				
	Mensen	Schade	Milieu	Reputatie	A Mondiaal on- bekend	B Gehoord van inci- dent in bedrijfs- tak	C Incident vindt plaats in ons bedrijf	D Gebouwt enkele karen per jaar in ons bedrijf	E Gebouwt enkele karen per jaar in een vestiging
1	Geen letsel	Geen schade	Geen gevolgen	Geen invloed					
2	Nauwelijks letsel	Nauwelijks schade	Nauwelijks gevolgen	Geen publieke onrust					
3	Licht letsel	Geringe schade	Geringe gevolgen	Lokale onrust					
4	Eerstig letsel	Duidelijke schade	Duidelijke gevolgen	Regionale onrust					
5	Invalditeit / 1-3 doden	Grote schade	Grote gevolgen	Nationale onrust					
6	Meer dan 3 doden	Extrema schade	Extrema gevolgen	Internatio- nale onrust					

Voor verbetering vatbaar

Maakt regelmatige monitoring van werkwijze bedrijfsrisico

Onvoelbaar




---

---

---

---

---

---

---

---



## Onderwijs

---

- Klinische Les
- Bewaren Klinische Lessen
- Toegankelijk Maken Klinische Lessen



---

---

---

---

---

---

---

---

## Informatie Delen

---

- Internet
  - Toegankelijkheid beide locaties
  - Toegankelijkheid andere IC's
- Voorbeeldfunctie



---

---

---

---

---

---

---

---

## Wat zijn wij voor soort afdeling ?

---

- Transparant
- Lerend
- Open
- Veilig
- Zorg dragend voor patiënt en voor elkaar
- Delend



---

---

---

---

---

---

---

---

## Waar te vinden:

---

- [Webdisk.planet.nl/noot174](http://Webdisk.planet.nl/noot174)
- Map: [ICU@Midden Limburg](#)
- Map: [Website](#)
- Bestand: [INDEX](#)



---

---

---

---

---

---

---

---

## Vragen

---



---

---

---

---

---

---

---

---

## Vragen

---



---

---

---

---

---

---

---

---