

IGZ publiceert vijfde onderzoek naar operatief proces

Operaties veiliger, maar inspectie nog nodig

Theo Burbach,
arts, coördinerend/specialis-
tisch senior adviseur IGZ

Ed Schoemaker,
coördinerend/specialistisch
senior inspecteur IGZ

drs. Marlie Stikvoort-Lodewijks,
inspecteur IGZ
Nellie Veeke,
senior inspecteur IGZ

Correspondentieadres:
db.bouhuijs@igz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online geplaatst
op 24 mei.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg doet sinds 2005 thematisch onderzoek naar de veiligheid van het operatieve proces. Op 24 mei kwam het vijfde rapport hierover uit. Opnieuw geen overbodige luxe, zo blijkt. Als het om links-rechtsverwisselingen gaat, is het geduld van de inspectie zelfs op.

De redenen waarom de IGZ sinds 2005 systematisch onderzoek doet naar de veiligheid van het operatieve proces zijn de complexiteit van dat proces en het feit dat hier veel adverse events in optraden.¹²

De inspectie heeft tot nu toe vier rapporten uitgebracht over het Toezicht Operatief Proces (TOP) en publiceerde hierover al eerder in Medisch Contact.³⁻⁸ In die onderzoeken is steeds de veiligheid in de verschillende fasen van het operatieve proces geanalyseerd. Er bleek veel te verbeteren: ieder rapport gaf de inspectie aanleiding om het veld – ziekenhuizen en professionals – maatregelen te laten nemen ter verbetering van (een deel van) dat proces.

In het vierde rapport, uit 2010, kon op basis van onderzoek in 2009 over 33 ziekenhuizen uiteindelijk met voldoening geconstateerd worden dat de zorg in het operatieve proces

daadwerkelijk verbeterde. Deze conclusie kon echter pas in tweede instantie getrokken worden, nadat aanvankelijk toch nog in een opmerkelijk hoog aantal ziekenhuizen tekortkomingen werden

vastgesteld. Daarnaast bleek uit onderzoek dat het aantal vermijdbare sterfgevallen en patiëntschades in het operatieve proces nog niet daalde.⁹

Daarmee werd duidelijk dat het operatieve proces nog steeds aandacht vergde, van het veld én van de inspectie. Op 24 mei verscheen dan ook het vijfde rapport, onder de titel: ‘Operatieve zorg aantoonbaar beter, voor achterblijvers blijft inspectiedruk noodzakelijk’.

Breed gevoelde noodzaak

De TOP-rapporten en de studies van onderzoeksinstituten Nivel en EMGO bevestigden de noodzaak om de veiligheid in het operatieve proces te verbeteren. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten hebben de signalen uit de eerste TOP-rapporten voortvarend opgepakt en op initiatief van de NVA (vereniging voor anesthesiologie) en NVvH (heelkunde) zijn inmiddels twee richtlijnen vastgesteld voor respectievelijk het pre- en per-operatieve traject. De derde en laatste richtlijn van dit drieluik, handelend over het postoperatieve traject, is in de eindfase.

Daarnaast heeft de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) in samenwerking met het CBO (Centraal Begeleidings Orgaan) de richtlijn ‘Onbedoeld achterblijven operatiemateriaal’ opgesteld (2009). Ook heeft schadeverzekeraar MediRisk voor haar leden vangnetcriteria voor de operatieafdeling geformuleerd en gepubliceerd. Deze aanpak tekent de breed gevoelde noodzaak de zorg voor de operatiepatiënt te verbeteren.

Het aantal vermijdbare sterfgevallen daalde nog niet



Het is de verantwoordelijkheid van alle leden van het operatieteam om erop toe te zien dat de veiligheidsprocedures correct worden uitgevoerd.

beeld: ANP Photo

De inspectie heeft de eisen uit de bovengenoemde operatieve richtlijnen in haar toetsingskader opgenomen.

Inspectiebezoek

De inspectie heeft in 2010-2011 in dertig willekeurig geselecteerde ziekenhuizen getoetst of werd voldaan aan de richtlijnen voor patiëntveiligheid en of er verbetering was te zien ten opzichte van voorgaande jaren.

De raden van bestuur van alle ziekenhuizen ontvingen een halfjaar van tevoren een algemene aankondiging van het inspectiebezoek én het toetsings- en handhavingskader. Het inspectiebezoek werd rond 18.00 uur op de voorafgaande dag telefonisch aangekondigd bij de raad van bestuur.

Inhoudelijk werden er observaties op de operatieafdeling uitgevoerd, per bezocht ziekenhuis acht à tien patiëntendossiers geanalyseerd en patiënten kort voor hun ontslag geïnterviewd. Van de dertig bezochte ziekenhuizen bleken er na het eerste bezoek slechts vijf hun operatieve proces helemaal goed op orde te hebben. Dit waren het AMC, het Havenziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis, VUmc en ZorgSaam Ziekenhuis Terneuzen. De overige moesten maatregelen nemen ter verbetering. Veertien ziekenhuizen werd gevraagd binnen drie maanden een aantal zaken te corrigeren en vervolgens de inspectie een auditverslag te sturen. Naar aanleiding van deze auditverslagen werd één ziekenhuis nogmaals bezocht. Tien ziekenhuizen kregen de aanzegging dat

zij verbeteringen moesten doorvoeren en dat een herhaalbezoek zou volgen ter verificatie daarvan. Na deze herhaalbezoeken bleken nog vijf van deze tien ziekenhuizen dusdanig achter te blijven dat zij voor de derde keer bezocht werden. Eén ziekenhuis werd onder verscherpt toezicht gesteld vanwege gebrekkige uitvoering van meerdere absolute veiligheidsnormen en de afwezigheid van een adequate verbetercultuur.

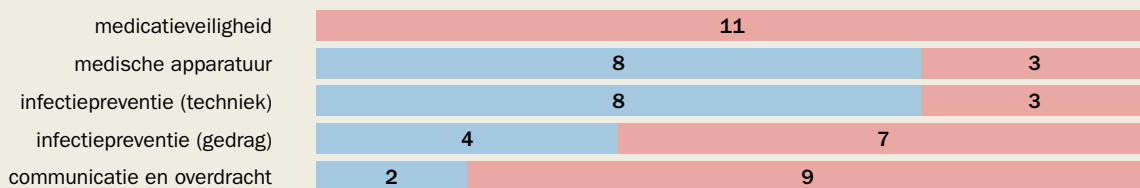
Uiteindelijk werd, na de herhaalbezoeken en het verscherpte toezicht, het operatieve proces in alle dertig ziekenhuizen als voldoende tot goed beoordeeld.

Attitude

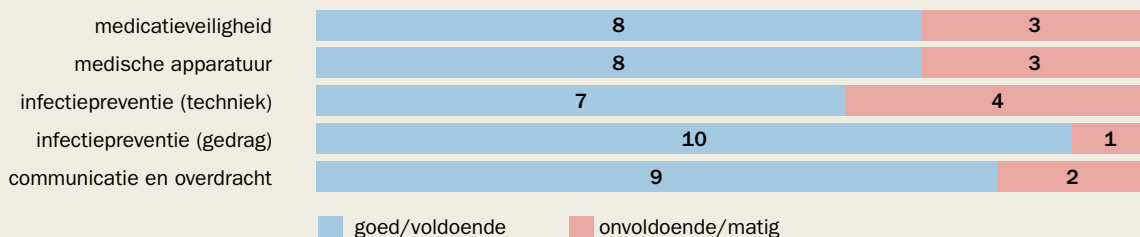
De essentie van de eerste TOP-rapporten was de constatering dat het gebrek aan standaardisering en aan afstemming tussen met name de operateur en anesthesioloog oorzaak was van onveiligheid in het operatieve proces.^{3,4} In de richtlijnen van het operatieve traject werd structuur afgedwongen door het benoemen van stopmomenten.¹⁰ De invoering van deze richtlijnen heeft grote gevolgen gehad voor de organisatie van het gehele operatieve traject in de ziekenhuizen. De IGZ heeft daarom voorafgaand aan de toetsingsbezoeken met de opstellers van de richtlijn een implementatetermin vastgesteld.

Voor de effectiviteit van de ingevoerde richtlijn blijkt een verandering van attitude van de professionals van doorslaggevend belang: de richtlijnen moeten daadwerkelijk gaan leven.

Resultaten eerste bezoek holding en ok

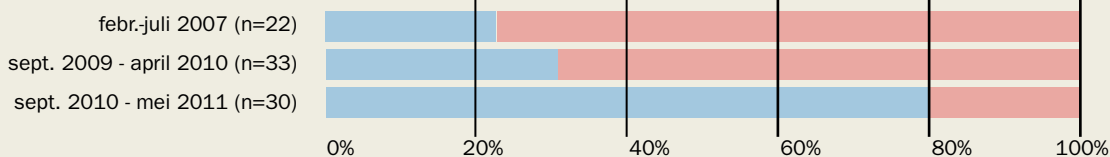


Resultaten herhaalbezoek holding en ok

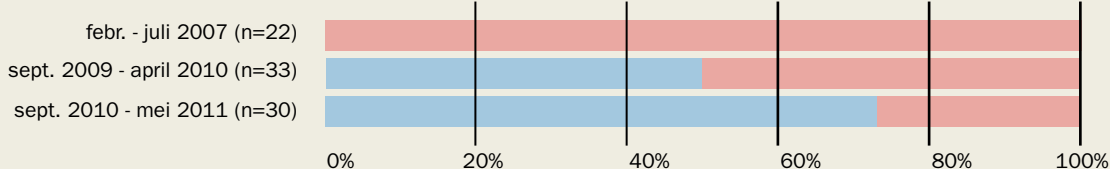


Elf ziekenhuizen werden herbezoekt en lieten daarbij op alle aspecten verbeterde resultaten zien.

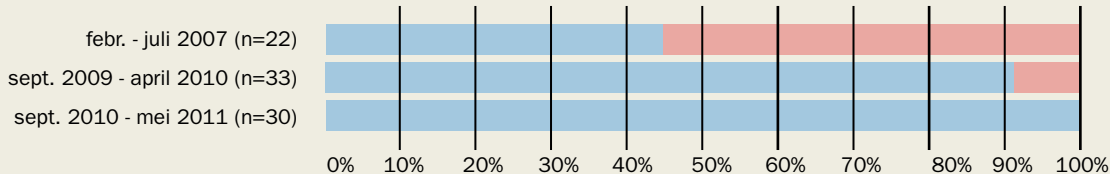
Trend: onderhoud medische apparatuur



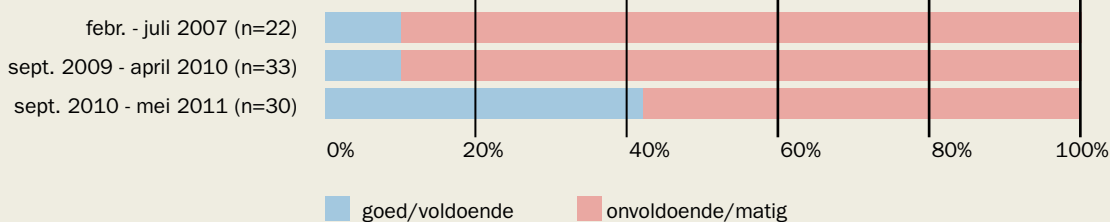
Trend: time-outprocedure



Trend: sieraden



Trend: dubbelcheck op ok



Trends op langere termijn t.a.v. de elementen: onderhoud van medische apparatuur, invoering van de time-outprocedure, het dragen van horloges en sieraden door ok-personeel en het uitvoeren van een dubbelcheck op de ok.

Wat het verschil gaat maken is dat de patiënt niet meer behandeld wordt door meerdere vaak onafhankelijk van elkaar werkende, ongetwijfeld goedwillende, personen met meerdere dossiers, maar door een team van zorgprofessionals (specialisten, artsen, verpleegkundigen, assistenten et cetera) die vanuit één dossier met elkaar samenwerken en elkaar op ieder moment kunnen en willen aanspreken op hun professionaliteit.

Het komt eropaan dat de checklists, dus de momenten van afstemming, niet alleen afgevinkt worden, maar dat er ook werkelijk sprake is van bewuste informatieoverdracht. In januari 2009 werd daar in

Medisch Contact reeds op gewezen door het Oogziekenhuis in Rotterdam.¹¹

Links-rechtsverwisselingen

Voorbeelden van een time-out 'omdat het moet' zijn er helaas nog steeds. In 2011 kreeg de inspectie melding van een links-rechtsverwisseling omdat na de uitvoering van de time-out het operatieteam was gewisseld en de operateur was gaan koffiedrinken. Ook werd een knieprothese in de verkeerde knie ingebracht omdat de markering niet op de goede plek was aangebracht en bij de time-out niet de operatiezijde was benoemd.

Ondanks de inspanningen van wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen, koepels, schadeverzekeraar en IGZ, worden

patiënten nog steeds – zij het gelukkig minder geconfronteerd met ernstige schade door nalatigheid van hun operateur. Het vertrouwen dat zij in hun behandelaar hebben, wordt daarmee zeer geschaad. De inspectie beraadt zich op handhavende maatregelen ten aanzien van links-rechtsverwisselingen en overweegt om bij elke verwisseling routinematig een tuchtklacht in te dienen. Gevalideerde veiligheidsprocedures die hun nut hebben bewezen, mogen in het belang van de patiënt niet langer worden genegeerd.

Collectieve verantwoordelijkheid

Uit bovengenoemde voorbeelden blijken ernstige tekortkomingen van de operateurs. Maar ligt die verantwoordelijkheid wel alleen bij hen? Omdat we nadrukkelijk spreken over teamwerk kan ook gesteld worden dat het de verantwoordelijkheid is van alle leden van het operatieteam om erop toe te zien dat de veiligheidsprocedures correct worden uitgevoerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat een instrumenterende moet weigeren om zijn werk te starten als hij vindt dat door andere leden van het operatieteam (anesthesie inclusief) de procedures niet juist worden uitgevoerd. Elk lid van het team draagt hierin een collectieve verantwoordelijkheid en mag een ander lid hier ook op wijzen. Pas dan kan worden gesproken van een echte veiligheidscultuur.

Menselijke factor

Als reactie op een Nivel-rapport over onbedoelde schade werd door de veldpartijen en

De inspectie beraadt zich op handhavende maatregelen

Checklists afvinken alleen is niet genoeg; er moet bewust informatie overgedragen worden.



SAMENVATTING

- De inspectie stelt na onderzoek vast dat de operatieve zorg in de laatste vijf jaar veiliger is geworden.
- Te vaak echter blijft de beveiliging van het operatieve proces nog hangen in het langslopen van checklists.
- Inspectiedruk blijft noodzakelijk om te laten zien dat de benodigde cultuurverandering niet meer optioneel is, maar vanzelfsprekend moet zijn.
- Zij die zich hieraan onttrekken zullen hiervan de consequenties ervaren.

de IGZ het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) ontwikkeld met als doel om onbedoelde schade en overlijden in de ziekenhuizen in vijf jaar met 50 procent terug te dringen. Het VMS beschrijft de tien thema's die, als zij integraal in het ziekenhuis worden toegepast, de klinische behandeling van de patiënt zó veilig maakt, dat een optimale daling van de vermijdbare schade op zal treden. Deze tien thema's zijn deels ook terug te vinden in de richtlijnen die van toepassing zijn op het operatief proces. Voor de veiligheid van dit veelal complexe proces is het bovendien cruciaal dat sprake is van een geïntegreerde en gestandaardiseerde benadering van de patiënt door allen die daarbij betrokken zijn. Het feit dat de wetenschappelijke en beroepsverenigingen richtlijnen hebben opgesteld geeft aan dat ook zij overtuigd zijn van de urgentie van het probleem.

Nog steeds niet voldoende

De vraag dringt zich op wat dan de oorzaak kan zijn van het feit dat het dit breed geaccordeerde en afgesproken beleid zonder inspectiedruk nog steeds niet voldoende in de praktijk wordt gebracht. Daar zijn meerdere redenen voor aan te geven. Naast de hier en daar trage ontwikkeling van het digitale dossier als hulpmiddel en ter stroomlijning van het operatieve proces, heeft de inspectie de overtuiging dat de menselijke factor een doorslaggevende rol speelt. 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet', is de ondertitel van het rapport dat acht jaar geleden werd uitgebracht en als uitgangspunt is dit nog steeds actueel. Met betrekking tot het gedrag en de instelling die van alle professionals in het operatieve proces wordt verwacht, is de vrijblijvendheid al langere tijd voorbij. Verdere verbetering komt pas van de grond als iedereen, de raad van bestuur, de medische staf en alle andere professionals die bij het proces zijn betrokken, daarvan doordrongen zijn en elkaar erop willen aanspreken. De inspectie roept raden van bestuur en besturen medische staf op om nadrukkelijk stelling te nemen en onvoorwaardelijk te kiezen voor veiligheid in het operatief proces en voor het correct uitvoeren van de veiligheidsregels. Het wordt tijd om degenen die het hiermee niet zo nauw wensen te nemen, uit te sluiten van deelname aan dit proces. Zij schaden in ernstige mate het vertrouwen dat de patiënt in hen stelt.



Meer lezen? Voetnoten en meer artikelen over het operatief proces vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

veldwerk

Peanuts

Mevrouw M. belt weer. Ik zit in de auto, kan handsfree bellen, dus neem het telefoontje aan. Zij wil een afspraak maken. Ik niet. Ik besteed mijn autorit aan haar verhaal, dat ik al ken van haver tot gort. Zij werkt op kantoor bij een transportonderneming, die vanwege de krimp moet reorganiseren. Mevrouw M. behoudt haar baan, maar moet naar een andere locatie. Dit veroorzaakt een paniek, die volgens haarzelf ziekmakend is.

Ik heb al diverse gesprekken met haar gevoerd. En aangeboden wat in mijn macht ligt: psychologische begeleiding. Zij voelt zich niet serieus genomen, omdat ik nauwelijks aandacht heb besteed aan haar diabetes. De diabetes is waar, maar niet relevant. Ik meen dat al op verschillende manieren te hebben uitgelegd. Maar kennelijk niet bevredigend. Zij eist dat ik contact opneem met de huisarts en de diabetesverpleegkundige. De bedrijfsarts heeft immers een zorgplicht!

Plotseling voelt het alsof mijn auto in rechte lijn naar het medisch tuchtcollege rijdt. Ik weet dat de rechtsbijstandsverzekering al aan het werk gezet is voor de briefwisseling met de werkgever. Als de jurist fanatiek is, pakt hij de bedrijfsarts in één moeite mee.

Ik krijg spijt van dit telefoontje. De beoogde de-escalatie lukt niet. Nu moet ik mijzelf gaan indekken. Vanavond thuis aantekening maken in het dossier (niet vergeten!!). En toch een afspraak plannen voor het spreekuur.

De rekening van het spreekuur zal naar de werkgever gaan. Dit telefoontje reken ik maar niet, hoewel het bijna een halfuur heeft geduurd en alle energie uit mij heeft getrokken. Ik neem het op de koop toe, want deze tijd en energie zijn peanuts vergeleken met een tuchtzaak.

Eveline Knibbeler,
bedrijfsarts