

DE FOTO IS HELAAS NIET
BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

ALLES ONDER CONTROLE

Eén checklist voor het hele chirurgische traject

Een derde van alle onbedoelde schade bij chirurgische ingrepen is vermijdbaar. Het AMC Amsterdam ontwikkelde hiertoe een multidisciplinaire checklist. Die omvat het chirurgische proces van opname tot ontslag, inclusief een time-outprocedure. ‘Stopping rules’ bepalen of een patiënt door kan naar een volgende fase.

EEFJE DE VRIES C.S.

Uit grote retrospectieve medische dossierstudies blijkt dat een aanzienlijk aandeel van de fouten in ziekenhuizen met schade voor de patiënt binnen de snijdende specialismen wordt gemaakt.¹⁻⁴ De Nederlandse studie die het EMGO-instituut en het Nivel uitvoerden en die in april dit jaar uitkwam, bevestigt dit beeld. Van de

5,7 procent onbedoelde schade die in Nederlandse ziekenhuizen optreedt, is 40 procent geassocieerd met een chirurgische ingreep.⁵ Hiervan is 34 procent beoordeeld als vermijdbaar. In het rapport wordt tevens geconcludeerd dat de dossiervoering matig is en dat dit gepaard gaat met meer vermijdbare schade. Dit punt wordt ook benadrukt in het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van februari 2007.⁶ De inspectie onderzocht het preoperatieve

traject in 23 Nederlandse ziekenhuizen en vond nauwelijks gestandaardiseerde informatievoorziening en zeer diverse en onvolledige dossiervoering. Ook liet de overdracht van informatie en de samenwerking tussen verschillende disciplines veel te wensen over.

RUIMTEVAART

In het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam is in 2006 binnen het onderzoeksprogramma Patiënt-

<< veiligheid van ZonMw een checklist gevalideerd die gericht is op informatie-verzameling en -overdracht en samenwerking tussen disciplines. Met deze SURPASS-checklist (SURgical PATient Safety System) wordt gedurende het gehele opnametraject toezicht gehouden op de chirurgische patiënt. De lijst is vooral gericht op transfermomenten. De SURPASS-checklist is multidisciplinair en wordt ingevuld door de zaalarts, de verpleegkundige, de operateur, de anesthesioloog en de OK-assistent. Er is ook een time-outprocedure in opgenomen voor de start van de operatie.

In 2003 werd begonnen met het ontwikkelen van deze checklist. Omdat hiermee binnen de geneeskunde nog maar beperkte ervaring was, is daarbij vooral gekeken naar voorbeelden uit de lucht- en ruimtevaart en de petrochemische industrie. Bedrijven in die secto-

tieve procedures van opname tot ontslag. Hierbij ging het om gastro-intestinale, vaatchirurgische, traumatologische en algemeen chirurgische procedures die plaatsvonden tussen februari en oktober 2006.

Iedere afwijking van de normale dan wel optimale gang van zaken (een zogenaamd incident) werd geregistreerd en vergeleken met de conceptchecklist. In zowel de preoperatieve als de postoperatieve fase kwam meer dan 90 procent van de geobserveerde incidenten overeen met een item op de lijst. Het betrof bijvoorbeeld missende informatie, medicatiefouten of onduidelijke postoperatieve instructies.

Van de peroperatieve incidenten kwam maar 44 procent overeen met een item op de lijst. Reden hiervoor was vooral dat een groot deel van de peroperatief geregistreerde incidenten niet

dat de verpleegkundige of de anesthesioloog de lijst vergat, omdat zij informatie vooral uit hun eigen status haalden.

Na de validatieperiode is de lijst aangepast op basis van de uitkomsten van de observaties en de evaluatie. Daarnaast is er een time-outprocedure aan toegevoegd, omdat uit internationale literatuur bleek dat deze interventie de interprofessionele communicatie bevordert en veel onduidelijkheden wegneemt voorafgaand aan de start van de operatie.^{7,8}

OPNAMEDAG

De nieuwe SURPASS-checklist, die klaar is voor verdere implementatie, is opgesplitst in verschillende fasen (zie *figuur*). Op de opnamedag vullen zaalarts, operateur en anesthesioloog op de afdeling ieder een deel in. Voor vertrek naar de wachtruimte wordt het verpleegkundige deel ingevuld. Vervolgens vindt voor de start van de operatie een time-outprocedure plaats, waarbij operateur, anesthesioloog en OK-assistent aan de hand van het preoperatieve deel van de checklist de operatie voorbespreken.

Na afloop vinken operateur en anesthesioloog ieder een deel met items over postoperatieve instructies af. Bij de overdracht van de verpleegafdeling doet de anesthesioloog of IC-arts dit en bij ontslag van de patiënt de zaalarts.

Bij eventuele toekomstige implementatie van de lijst zullen er *stopping rules* aan de lijst worden verbonden: de patiënt kan pas door naar de volgende procesfase, als het bijbehorende deel van de checklist is ingevuld. In dat geval is de time-out het laatste *stopping point* voor de start van de procedure.

GEHEUGEN

Een van de adviezen van het Amerikaanse Institute of Medicine in het beruchte rapport 'To err is human' was om checklisten te gebruiken om processen te standaardiseren en minder te vertrouwen op het menselijke geheugen.⁹ Met de multidisciplinaire SURPASS-checklist wordt het opnametraject van de chirurgische patiënt gestandaardiseerd, met de nadruk op de perioperatieve transfermomenten, opname en ontslag. Zowel de preoperatieve voorbereiding als de postoperatieve instructies en het ontslag worden door gebruik van de lijst minder afhankelijk van het menselijke geheugen. >>

Checklisten verminderen de afhankelijkheid van het menselijk geheugen

ren gebruiken namelijk al decennialang checklisten om processen te standaardiseren en de afhankelijkheid van het menselijk geheugen te verminderen. Literatuurstudie wijst uit dat dergelijke lijsten per pagina niet te veel items moeten bevatten, de belangrijkste zaken bovenaan dienen te staan en, heel belangrijk, dat een checklist parallel moet lopen aan de chronologie en locaties van het proces in de praktijk.

Ook voor de inhoud is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. Hierbij zijn landelijke en internationale data over incidenten en complicaties en publicaties over complicaties en fouten in de chirurgie gebruikt. Het resultaat was een checklist die theoretisch alle risicomomenten in het chirurgische traject omvatte.

DAGELIJKE PRAKTIJK

In de volgende fase is de checklist gevalideerd. Het was immers niet bewezen dat de items van de (op de literatuur gebaseerde) lijst ook daadwerkelijk overeenkwamen met risicovolle momenten in de dagelijkse praktijk. Voor de validering observeerde een onafhankelijke onderzoeker op gestructureerde wijze het chirurgische traject van 170 elec-

geschikt bleek voor checklistcontrole. Voorbeelden hiervan zijn communicatieproblemen en niet-functionerend instrumentarium in het geopende steriele net. Van alle geobserveerde incidenten binnen het gehele operatieve traject die wel zijn te ondervangen met een checklist, werd 96 procent gedekt door de SURPASS-lijst.

PLASTIC MAPJE

Na de validering is de lijst tussen december 2006 en april 2007 in de praktijk getest tijdens het chirurgische traject van 350 electieve procedures. Hierbij zijn geen zogenaamde *stopping rules* toegepast: er werden nog geen consequenties verbonden aan het niet invullen van de lijst. Na deze periode zijn met alle betrokkenen evaluatiegesprekken gevoerd over het gebruik ervan. Er is gevraagd naar redenen voor non-compliance en naar suggesties voor verbeteringen. Over het algemeen waren de betrokken chirurgen en anesthesiologen positief over de checklist. Een veelgehoorde klacht was de logistiek: de lijst zat in een plastic mapje voorop de medische status en moest daar telkens worden uitgehaald en weer ingestopt. Ook kwam het voor

SURPASS-CHECKLIST

FASE	CHIRURGISCH TRAJECT	IN TE VULLEN DOOR	VOORBEELDEN VAN AF TE VINKEN ITEMS
A	preoperatief op de afdeling	zaalarts	imaging aanwezig, labcontroles verricht, antistolling geregeld, afspraken over medicatie en naar aanleiding van consulten
		operateur	informed consent geregistreerd, juiste zijde gemarkeerd
		anesthesioloog	actuele conditie patiënt beoordeeld, bloedproducten besteld
		verpleegkundige	alle statussen compleet, protocol ingreep aanwezig, decubitusprotocol uitgevoerd
B	time-out preoperatief in de wachtruimte (inhoudelijk overleg aan de hand van checklist)	algemeen	juiste patiënt, ingreep en zijde
		operateur	positionering van de patiënt, antibiotica en overige peroperatieve medicatie
		anesthesioloog	premedicatie, comorbiditeiten en/of allergieën en apparatuur gecheckt
		OK-assistent	apparatuur, instrumentarium, materiaal (specifiek en standaard) aanwezig en functionerend
C	postoperatief op de OK	operateur	verslag procedure in Decursus, instructies over bijvoorbeeld drains en medicatie
		anesthesioloog	instructies ventilatie, infuusbeleid en medicatie
D	bij overdracht van verkoever/ICU naar verpleegafdeling	anesthesioloog/intensivist	wijzigingen postoperatieve instructies
E	bij ontslag	zaalarts	PA en vervolgbeleid besproken, medicatie gecontroleerd, poliafspraken, overige instructies, (voorlopige) ontslagbrief geschreven

Opbouw van de in mei 2007 geoptimaliseerde SURPASS-checklist van het AMC Amsterdam.

DE FOTO IS HELAAS NIET
BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< Een belangrijk voordeel van de SURPASS-lijst (inclusief time-out) ten opzichte van de nu gepropageerde single time-outprocedure vlak voor operatie, is dat het checken van het proces al begint bij de opname. Een time-out zorgt ervoor dat de juiste patiënt, operatie en zijde worden geïdentificeerd en dat eventuele risico's interdisciplinair worden besproken. Het is echter onwenselijk dat deze afstemming en systematische

De lijst is ook bruikbaar bij andere snijdende specialismen

controle pas en uitsluitend plaatsvindt vlak voordat de patiënt de operatiekamer binnenkomt. Toepassing van de SURPASS-lijst maakt het mogelijk om eventuele problemen eerder te detecteren en ondervangen.

De checklist is ook geschikt om de patiënt gedurende het verdere proces te volgen. Ook bij de overdracht van verkoever naar verpleegafdeling en bij ontslag is namelijk nog veel winst te behalen.

RELATIE

De volgende fase omvat een implementatiestudie, die zal worden uitgevoerd door chirurg en klinisch epidemioloog dr. M.A. Boormeester en coördinator patiëntveiligheid S.M. Smorenburg en start naar verwachting in 2008. In deze fase wordt het effect van de lijst op het aantal procesafwijkingen en de relatie tussen deze afwijkingen en meetbare uitkomsten bij de patiënt onderzocht.

De SURPASS-checklist is ontworpen voor en uitgetest op de afdeling Algemene chirurgie. De lijst kan met specifieke aanpassingen echter ook bruikbaar zijn bij andere snijdende specialismen. Het AMC zal daar nader onderzoek naar doen. In de toekomst kan de SURPASS-checklist onderdeel uitmaken van een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier. Dit zal de compliance hoogstwaarschijnlijk verhogen en maakt het eenvoudiger om bij afwijkingen *stop-ping rules* toe te passen. ■

SAMENVATTING

- Een aanzienlijk deel van de (vermijdbare) fouten in ziekenhuizen komt voor rekening van snijdende specialismen.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt dat informatieverzameling en -overdracht in het peri-operatieve traject nog onvoldoende is gestandaardiseerd.
- In het AMC Amsterdam is de SURPASS-lijst ontwikkeld: een multidisciplinaire checklist, gericht op transfermomenten. Hiermee kan het hele operatieve traject worden gestandaardiseerd en gecontroleerd.
- De lijst is initieel ontwikkeld op basis van literatuur, gevalideerd door observatie van het chirurgisch traject en uiteindelijk getest in de praktijk.
- De SURPASS-checklist is ontwikkeld en getest op een chirurgische afdeling, maar lijkt ook voor andere snijdende specialismen goed bruikbaar om informatievoorziening en -overdracht te standaardiseren en zo de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren.

drs. E.N. de Vries,
onderzoeker afdeling chirurgie

dr. S.M. Smorenburg,
coördinator patiëntveiligheid AMC

prof. dr. D.J. Gouma,
hoofd afdeling chirurgie

dr. M.A. Boormeester,
chirurg en klinisch epidemioloog
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres: M.A.Boormeester@amc.uva.nl;
c.c.redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

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

Het IGZ-rapport over het preoperatief traject vindt u onder dit artikel op de website of via www.medischcontact.nl/dezeweek.

VELDWERK

Netwerken



Eindelijk mag ik naar een congres. Een uitgelezen kans om van echte wetenschappers

te leren en om te netwerken. Gewapend met het uitgebreide programma ga ik op pad. Tijdens de eerste plenaire sessie inventariseer ik mijn medecongresgangers. Voorin zitten grijze mannen in pak, achterin grijze mannen in trui. Mijn leeftijdsgenoten zijn een evidente minderheid. Om over het aantal vrouwen maar niet te spreken.

Ik ren de hele ochtend van sessie naar sessie en prop mijn hoofd vol met kennis, totdat mijn maag me naar de lunch trekt. Helaas lijkt ik tussen de grijze mannen toch niet op te vallen. En mijn pogingen om bij te dragen aan beleefde conversaties over opera's en vakanties in Basel zijn niet bepaald geslaagd.

Het congres was een groot succes. Ik heb veel geleerd. Maar het netwerken, dat is jammerlijk mislukt. Terug naar huis bedenk ik dat ik volgende keer toch echt beter mijn best moet doen. Zonder een netwerk kan ik een wetenschappelijke carrière wel vergeten. Ik deel mijn zorgen met mijn vriendinnen op onze maandelijkse meidendag. Gierend van het lachen verhalen zij ook over de ene na de andere mislukte netwerkervaring. Want of je nou pedagoge, econome of geografe bent, netwerken hoort er klaarblijkelijk bij. En wij jonge vrouwen, besluiten we, zijn daar nou eenmaal niet zo goed in.

Pas enkele weken later beseft ik dat we het bij het verkeerde eind hadden. Wij zijn juist een fantastisch netwerk. Bovendien gaat ons netwerk de komende jaren niet met pensioen. En daarvoor hoeven we niet eens op vakantie naar Basel. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent