

'Veiligheidsprogramma moet leiden tot halvering van mogelijk vermijdbare schade'

INTERVIEW MET BRIGIT HEEMSKERK; LEIDER VEILIGHEIDSPROGRAMMA NEDERLAND

Rustig en zelfverzekerd zit zij tegenover mij. Gedreven lichten haar ogen op als haar passie – de veiligheid van patiënten – ter sprake komt. Na een studie Biologie werkte Brigit Heemskerk sinds 1999 bij het UMC Utrecht in de kwaliteitssector. Via de Orde van Medisch Specialisten rolde zij in 2005 in een project veiligheidsmanagementsysteem (VMSzorg) dat inmiddels is uitgegroeid tot het landelijk VMS Veiligheidsprogramma. Druk baasje, want daarnaast studeerde zij in 2006 af in Maastricht, Faculteit Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Geestelijke Gezondheidskunde.

Door: H. Wollersheim

In 2004 ging zij met negen pilotziekenhuizen aan de gang met het project VMSzorg. Dit omvatte de ontwikkeling van veiligheidsbeleid en -cultuur, de analyse van onveiligheid en het gestructureerd verbeteren. In het begin heeft zij veel gehad aan de lessen die wij kunnen leren uit de industrie. Vooral het veiligheidsbeleid van DSM gericht op 'SHE' (Safety, Health, Environment) en de negen pilotziekenhuizen hebben het programma mede vorm gegeven. Op 12 juni 2007 werd VMSzorg afgerond met een Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009:2007 als resultaat en aangevuld met draaiboeken, cursussen en andere materialen waarmee ziekenhuizen dit normenstelsel kunnen implementeren. Als vervolg op VMSzorg is het nationaal Veiligheidsprogramma gestart waarbij

het VMS daadwerkelijk in de praktijk moet worden uitgevoerd. Centraal staat het aantoonbaar verbeteren van veiligheid van zorg op tien inhoudelijke thema's. De thema's zijn geselecteerd uit het rapport van het EMGO/NIVEL ('Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen') en afgestemd met de wetenschappelijke verenigingen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijk Expertise Centrum voor Verpleging en Verzorging (LEVV), de schadeverzekeraars, het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het nationaal VMS Veiligheidsprogramma is een initiatief van de Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Federatie voor Universitair Medische Centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (Orde), V&VN en LEVV. Er is dus sprake van een breed draagvlak.

Wat zijn de belangrijkste activiteiten in het Nederlandse VMS-programma?

Wereldwijd staat de veiligheid prominent op de agenda sinds het rapport 'To err is human' (vergissen is menselijk) van het gezaghebbende 'Institute Of Medicine' uit 1999. Extrapolaties leerden dat tot 90.000 patiënten per jaar onnodig in Amerikaanse ziekenhuizen overlijden. In Nederland liet het rapport van Rein Willems uit november 2004 ('Hier werk je veilig, of je werkt hier niet') zien dat de ziekenhuissector in tegenstelling tot de industrie (vliegtuig-, nucleaire of petrochemische industrie) geen



Hub Wollersheim

gestructureerde aanpak van veiligheid kent. Een van de adviezen was om te gaan werken met een gecertificeerd veiligheidsmanagement-systeem (VMS). Een VMS bestaat uit vier onderdelen: risico-inventarisatie, veilig melden, incidentanalyse en het borgen van verbetermaatregelen.

In het kader van het landelijke dossieronderzoek 'Patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen' werden in 2006 bijna 8000 dossiers onderzocht. Bij 5,7% van de ziekenhuisopnames is onbedoelde schade vastgesteld en bij 2,3% potentieel vermijdbare schade. Extrapolaties naar de Nederlandse ziekenhuiszorg leerde dat er ongeveer 1735 patiënten in Nederlandse ziekenhuizen potentieel onnodig overlijden op basis van vermijdbare fouten. Uit dit EMGO-NIVEL-rapport is een lijst met de belangrijkste probleemgebieden gehaald. Deze zijn voorgesteld aan en geprioriteerd door deskundigen in 10 thema's. Daarnaast zijn ziekenhuizen na het uitkomen van de Nederlands Technische Afspraak (NTA 8009, een normenkader voor patiëntveiligheid dat bijvoorbeeld ook opgenomen is in het beoordelingskader van het Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen) bezig om aan dit kader te voldoen. Ten slotte kwam de IGZ recent met een set veiligheidsindicatoren voor 2009. Overigens worden hierbij vooral randvoorwaarden getoetst (bijvoorbeeld of men ziekenhuisinfecties registreert in PREZIES en gebruikmaakt van de bundel van interventies). De inspectie-indicatoren zijn bedoeld om de implementatie rond de tien thema's te kunnen monitoren. Alles bij elkaar is er sprake van een fikse hoeveelheid werk, dat overigens met groot enthousiasme en voortvarendheid wordt opgepakt.

Wat zijn de belangrijkste onderdelen van het programma?

De belangrijkste focus van het VMS Veiligheidsprogramma is het ondersteunen van ziekenhuizen zodat zij voor december 2012 een goed lopend certificeerbaar VMS hebben geïmplementeerd. Zoals reeds gezegd bestaat een VMS uit vier aandachtsgebieden: risico-inventarisatie, veilig melden, incidentanalyse en het borgen van verbetermaatregelen. De NTA 8009:2007 bevat de eisen waaraan een VMS moet voldoen. Om de implementatie te monitoren zijn de eisen opgenomen in een zelfevaluatie-instrument VMS (zie www.vmszorg.nl ondersteuning en producten). Dit instrument zal vanaf 2009 jaarlijks worden afgenomen om een landelijk beeld te krijgen. Veel medici zijn enthousiast over het aantoonbaar verbeteren van de veiligheid rond de



Foto: De Beeldredactie

geprioriteerde tien inhoudelijke thema's waarvoor het VMS Veiligheidsprogramma ook medisch inhoudelijke conferenties en materialen aanbiedt. De tien thema's (zie ook het kader) zijn: post-operatieve ziekenhuisinfecties, sepsis, vroegherkenning bedreigde patiënt, medicatieverificatie (bij opname, ontslag), kwetsbare ouderen, verwisselingen, bereiden en toedienen hoog risico medicatie, pijnbehandeling, myocardinfarct sterfte en contrast geïndiceerde nierinsufficiëntie. Om het uitwerken van de thema's behapbaar te houden wordt gewerkt met twee tranches; de eerste vier thema's zijn eind 2008 afgerond, de laatste zes zijn in augustus 2009 klaar. De gehele implementatieperiode bedraagt vier jaar. Het programma met themaconferenties, tips, materialen, werkmethode en trainingen is van en voor de zorgverleners. Zo zijn rond elk thema teams van experts uit het veld geformeerd zodat alle wetenschappelijke en praktijkervaring wordt verzameld. In de vorm van praktijkgidsen en conferenties wordt deze ervaring teruggekoppeld naar de ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ziekenhuisnetwerken gevormd die elkaar kunnen ondersteunen en van elkaar kunnen leren. Rond ieder van de tien thema's zijn er door de expertteams doelstellingen, interventies en

*Brigit Heemskerk, leider
Veiligheidsprogramma
Nederland*

indicatoren opgesteld. Bijvoorbeeld bij het voorkomen van postoperatieve wondinfecties dient men te streven naar de infectiewaarde in 2007 van de 25% beste ziekenhuizen en het gebruik van 'bundels'. Bundels zijn combinaties van interventies waarvoor aanwijzingen bestaan dat zij effectief zijn. Bijvoorbeeld de combinatie van het juiste antibioticum op het juiste tijdstip, niet preoperatief ontharen, handhaven normothermie en vermindering van het in- en uitlopen van operatiekamers.

Wat verwachten jullie in vijf jaar te hebben bereikt? Welk onderdeel zal de onveiligheid het meest reduceren?

De programmapartners hebben gesteld dat het VMS Veiligheidsprogramma moet leiden tot halvering van mogelijk vermijdbare schade. De minister heeft dit overgenomen. Een ambitieus doel, maar aan verbeterplannen zonder ambitieuze doelen kun je beter niet beginnen. Zij verwacht vooral veel van de combinatie van twee thema's die elkaar beïnvloeden: het voorkomen van lijnsepsis en de behandeling van ernstige sepsis in combinatie met vroegsignalering van de vitaal bedreigde patiënt. Uiteraard vereist de aanpak van ernstige sepsis een tijdige herkenning en tijdige start van de behandeling. Hoewel er discussie is over het succes van een spoedinterventieteam bij bedreigde vitale functies, won het Rijnstate Ziekenhuis onlangs de nationale patiëntveiligheid award 2008 met zijn 'SIS' (Spoed Interventie Systeem). Al in 1997 werd dit SIS geïntroduceerd. Dit resulteerde in een daling van het aantal reanimaties (van rond de 40 naar rond de 30, dus een reductie van ongeveer 25%).

Ook verwacht zij veel van de potentieel grootste reductie van onbedoelde vermijdbare schade door veranderingen in het perioperatief proces. In allerlei onderdelen van het programma zit immers ook het voorkomen van verwisseling en het voorkomen van postoperatieve wondinfecties. Een aantal onderdelen komt ook terug in de SURPASS (SURgical Patient Safety System), een checklist met extra aandacht voor overdrachtsmomenten. De controlelijst moet door alle bij het perioperatieve proces betrokken zorgverleners worden ingevuld. De time-out procedure op de operatiekamer is er een onderdeel van.

Welke onderdelen verlopen minder goed en waarom?

De prospectieve risico-inventarisatie (de zogenaamde 'PRI' waarbij risicovolle processen door deskundigen worden geanalyseerd en preventiebeleid wordt geformuleerd) loopt vooralsnog

moeizaam. In veel ziekenhuizen gaat de energie in retrospectieve analyses zitten. Om de PRI te stimuleren wordt extra ingezet op masterclasses, expertisetrainingen en 'PRI-conferenties' met bijbehorend praktisch informatiemateriaal. Waarom dit niet zo goed loopt is onduidelijk. Misschien willen de deelnemende ziekenhuizen het te compleet doen. Ons advies is: begin niet met het hele proces, maar met een goed te behapen onderdeel. Preventie maakt zorgverleners altijd minder enthousiast dan curatieve maatregelen, misschien omdat het hypothetisch effect minder concreet is. Toch is het merkwaardig dat PRI minder goed loopt. Bij de opening van een nieuwe fabriek laat DSM eerst prospectieve risicoanalyses uitvoeren voor de fabriek opengaat. In een ziekenhuis ontdekt men pas achteraf wat er niet goed is in de nieuwbouw.

Hoe staat het met effectmetingen en wordt er nog 'gebenchmarked' met andere landen met een andere aanpak?

Per thema kiezen de experts gekoppeld aan het thema twee tot drie uitkomst- en procesmaten. Daarnaast komen er de randvoorwaardelijke indicatoren van de Inspectie. Ten slotte wordt het dossieronderzoek herhaald om te zien of en in welke mate het aantal vermijdbare doden is gedaald.

Sommige ziekenhuizen hebben op meetgebied een voorbeeldfunctie. Zo is het Medisch Centrum Haaglanden gestart met een project (bestaande uit scholing, screening en preventieve maatregelen ten aanzien van decubitus, vallen, medicatie en delier) ter verbetering van de zorg aan kwetsbare ouderen. De geconstateerde deliers zijn minder heftig, de opnameduur daalde van 10,4 naar 6,7 dagen en er lijkt zelfs een daling (halvering tot 6%) in mortaliteit op te treden.

Internationaal is er contact met Canada. Er zijn in Canada en Nederland namelijk sterke overeenkomsten in de aanpak. Tevens wordt samengewerkt met het UK en de VS. Vooral in de VS volgt men meer een 'doe'-aanpak ('voer de best safe practices uit, dan komt het goed'). Wat betreft de uitkomsten richt de VS zich niet op indicatoren die voortkomen uit concrete doelstellingen.

Op dit moment is het nog te vroeg voor een benchmark met andere landen.

Wat vind jij van het verschil in aanpak van complicaties en incidenten en zou de aanpak (registratie, analyse, follow-up) niet veel eenduidiger en in combinatie moeten?

Er is inderdaad verschil in aanpak, terwijl de overeenkomsten waarschijnlijk groot zijn. Complicaties zijn van medisch specialisten en zij ste-

ken veel energie in het ontwikkelen en vullen van complicatieregistraties. Men schenkt veel aandacht aan de schade die patiënten oplopen. Hoewel er meestal complicatiebesprekingen zijn, worden andere typen professionals hierbij vaak niet uitgenodigd. Er is vaak geen sprake van een systematische analyse en verbetermaatregelen worden niet vastgelegd en gemonitord. Bij incidenten is er veel aandacht voor het melden, ook van 'near misses' en incidenten zonder schade. Daarom is het belangrijk dat ziekenhuizen een gedigitaliseerd incidentmeldingssysteem hebben. Zonder dit kan de situatie ontstaan dat ziekenhuizen door het grote aantal meldingen door de bomen het bos niet meer zien. Verpleegkundigen nemen vaak het voortouw bij incidentmelden en er is meestal sprake van een gedegen analyse en follow-up. Qua analysemethodiek werken veel ziekenhuizen met PRISMA (methode voor het analyseren van oorzaken) omdat daar al veel expertise mee is opgedaan. Het blijft echter lastig om PRISMA in een feedbacksysteem te krijgen. Het zou interessant zijn de overlap in complicaties en incidenten te bestuderen en te zien of dezelfde analysemethodieken kunnen worden toegepast.

Bij de incidentanalyses is het raadzaam om de eenvoudige oorzakenbomen uit de PRISMA-analyse te gebruiken zoals deze zijn ontwikkeld door het Amphiaziekenhuis in Breda en de Isalakliniek in Zwolle. Bij de verdere ontwikkeling en verdieping is het zelflerend vermogen van belang. Voor een goede borging moeten de raden van bestuur en het management de resultaten van analyses en de verbetermaatregelen telkens agenderen.

Schenken jullie ook aandacht aan themaoverschrijdende onderwerpen zoals interprofessionele en interdepartementale of transmurale communicatie en samenwerking, standaardisatie of ICT-ondersteuning?

Dit zijn inderdaad belangrijke overkoepelende factoren voor patiëntveiligheid. Er is nu gekozen voor de aanpak van heel concrete problemen. Uiteraard zitten deze onderwerpen wel in de interventieprogramma's, maar meer als impliciet onderdeel. In de toekomst gaat dit meer aandacht krijgen.

Wat gaat er gebeuren na het programma, is daar al zicht op?

Er zit een duidelijke lijn in het programma. Natuurlijk hebben wij gebruik kunnen maken van heel veel voorwerk. Activiteiten op het gebied van richtlijnen, klinische paden, indicatoren, MIP commissies, audits en visitaties,

projecten als 'Sneller beter' en 'Move your dot' hebben de basis gelegd voor het succes van dit programma. Eerst is gekozen voor het veiligheidsmanagementsysteem en nu voor concrete verbetering op thema's. In de toekomst willen we meer naar de dwarsverbanden zoals 'human factors' (menselijke factoren die vergissingen in de hand werken), samenwerking en communicatie.

Ziekenhuizen hebben zich als netwerk aangemeld bij het VMS Veiligheidsprogramma. Wat men ziet gebeuren is dat ziekenhuizen naast het uitwisselen van expertise in een netwerk nu steeds meer gaan samenwerken op het gebied van scholing. Onderwerpen worden verdeeld op grond van reeds aanwezige ervaring. Ziekenhuizen mogen zelf hun interventies kiezen, uiteraard worden ze wel op de uitkomsten afgerekend. Zo kan er een kweekvijver van snel uit te voeren kleine verbeteringen ontstaan. Bij gunstige ervaringen kan men deze verspreiden in het netwerk. Er ontstaat enthousiasme en energie komt vrij bij dit innovatieve leerproces. Hopelijk leidt dit tot een sneeuwbal-effect.

Er sluiten steeds meer partijen actief aan. De wetenschappelijke verenigingen worden steeds enthousiaster. Naast de vier programmapartners (NVZ, Orde, V&VN en LEVV) zijn vanaf 1 januari 2009 ook de academische ziekenhuizen van de partij. Daardoor kunnen de onderwerpen uit het VMS Veiligheidsprogramma ook in het onderwijs, de opleiding en het wetenschappelijk onderzoek goed in het programma worden verankerd.

Na ruim een uur interviewen nemen wij afscheid. Als ik haar een hand geef zegt ze 'Het is veel, maar we zijn goed op stoom en naar verwachting dendert het nog ten minste vier jaar door'.

Thematitels

1. Voorkomen van wondinfectie na een operatie
2. Medicatieverificatie bij opname en ontslag
3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
4. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
5. Voorkomen van verwisselingen van en bij de patiënt*
6. Voorkomen van onnodige pijn*
7. Voorkomen van onbedoelde schade bij de oudere patiënt*
8. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie*
9. Voorkomen van incidenten bij high risk medicatie*
10. Herkenning en behandeling van een acuut myocardinfarct*

* Nog in ontwikkeling.