

Patiëntveiligheid gebaat bij reduceren medicatiefouten en betere samenwerking

EEN ONDERZOEK NAAR INCIDENTEN OP AFDELINGEN CHIRURGIE

In 2007 is uit onderzoek van het NIVEL en het EMGO Instituut gebleken dat de kans op onbedoelde schade groter is bij patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan. Omdat de oorzaken onduidelijk zijn, is op initiatief van de Orde van Medische Specialisten een oorzakenstudie uitgevoerd. Onder het motto 'Meld alles wat niet de bedoeling is' is het veilig melden van incidenten door zorgverleners op tien chirurgische afdelingen gestimuleerd. Zo kon een veiligheidsprofiel van de afdelingen in kaart worden gebracht. Organisatorische maatregelen kunnen helpen algemeen bekende menselijke beperkingen op te vangen.

Door: I. van Wagtendonk en C. Wagner

Ziekenhuizen zijn complexe organisaties met betrokken professionals. In de loop der jaren zijn de (be)handel mogelijkheden toegenomen, taken gedifferentieerd en zorgprocessen nog steeds gedeeltelijk onvoorspelbaar. In een dergelijke omgeving kunnen gemakkelijk vergissingen en procesafwijkingen optreden. Niet alle vergissingen en afwijkingen hebben consequenties voor de patiënt. Er wordt gezegd dat er vier of vijf kleine onbedoelde gebeurtenissen (incidenten) nodig zijn voor een groter incident met schade voor de patiënt en dat inzicht in oorzaken van kleine afwijkingen kunnen helpen onbedoelde schade te voorkomen. Potentiële winst wordt vooral verwacht bij de aanpak van (latente) problemen en tekortkomingen in de organisatie van de zorg (Reason, 2001).

Om gericht te verbeteren is inzicht vereist in de oorzaken van incidenten die zich voordoen tijdens de zorgverlening. Resultaten van studies

hebben aangetoond dat de kans op onbedoelde schade bij patiënten die chirurgische procedures ondergaan groter is (De Bruijne e.a., 2007). Tot nu toe bestaat weinig inzicht in de oorzaken achter incidenten op afdelingsniveau. In dit artikel worden de resultaten van de landelijke oorzakenstudie op afdelingen chirurgie beschreven.* Drie vragen staan centraal:

- 1 Welke incidenten worden gemeld door zorgverleners?
- 2 Wat zijn de oorzaken en gevolgen van incidenten?
- 3 In hoeverre levert dossieronderzoek aanvullende informatie op over incidenten op een afdeling?

Veilig Incident Melden

Veilig Incident Melden (VIM), dat wil zeggen het melden van incidenten op afdelingsniveau binnen de eigen vertrouwde kring in tegenstelling tot melden aan een centrale commissie, heeft sinds 2004 een grote vlucht genomen in ziekenhuizen. Kenmerkend is dat zorgverleners zelf op de afdeling gemelde incidenten analyseren. Hierbij wordt gefocust op oorzaken die op afdelingsniveau liggen, aangezien deze meestal ook zelfstandig kunnen worden opgelost. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen gaan leiden (Wagner en Van der Wal, 2005). Afdelingsoverstijgende incidenten worden veelal door de centrale MIP-commissie geanalyseerd.

* Meer informatie over het onderzoek is te lezen in het eindrapport (Wagner e.a., 2008; www.nivel.nl).

Een registratie- en analysesysteem voor incidenten maakt deel uit van het verplicht gestelde Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De manier van analyseren is nog in ontwikkeling. Tot nu toe worden in ziekenhuizen methoden zoals SIRE, Dam en PRISMA gebruikt.

Methode van onderzoek

Systeemperspectief

Het oorzakenonderzoek maakt deel uit van het landelijke onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland, dat in 2005 op verzoek van de Orde van Medisch Specialisten is geïnitieerd. Het programma is bedoeld om meer inzicht te krijgen in de aard, ernst en oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen (Wagner e.a., 2008).

De basisgedachte binnen het oorzakenonderzoek is dat mensen beperkingen hebben, zoals de hoeveelheid informatie die tegelijk kan worden verwerkt, het aantal dingen dat men op één moment kan onthouden of het over het hoofd zien van signalen op het moment dat men zeer geconcentreerd met iets anders bezig is (Wickens en Hollands, 2000). Een veilig ingericht zorgsysteem kent extra barrières die deze beperkingen opvangen voordat ze tot een incident met schade leiden. De huidige ziekenhuisorganisatie is nog niet zo ver. Zo kan een onoverzichtelijke medicijnkar met indeling op alfabet in plaats van op kamernummer de kans op incidenten bij de medicatieverstrekking vergroten. Om de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te verbeteren is het van belang om deze risico's en onveilige elementen in een systeem door systematische incidentenanalyse te inventariseren.

Opzet van het onderzoek

Tien chirurgische afdelingen in academische, top klinische en algemene ziekenhuizen participeerden in de studie van december 2006 tot en met december 2007. Deelnemende afdelingen kregen vooraf mondelinge en schriftelijke informatie over het belang en de praktische kanten van het onderzoek. Gedurende twee maanden werden artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen gevraagd om alles te melden wat niet de bedoeling was. Hiermee werden onbedoelde gebeurtenissen en afwijkingen van het normale zorgproces bedoeld, ongeacht het feit of de patiënt er schade of ongemak van heeft ondervonden. Er werd nadruk gelegd op het melden van relatief kleine vergissingen en afwijkingen. Zorgverleners konden incidenten melden middels een meldingsformulier of meldkaartje op zakformaat en deponeren in een afgesloten patiëntveiligheidsbrievenbus op



de afdeling. Naar aanleiding van de melding zocht de onderzoeker de betrokken zorgverlener op. In een kort gesprek met de zorgverlener werd dieper ingegaan op de factoren die volgens de melder hebben bijgedragen aan het ontstaan van het incident. Als de oorzaak toe te schrijven was aan fouten buiten de onderzochte afdeling, is de analyse gestopt en als extern c.q. afdelingsoverstijgend aangemerkt. Deze aanpak sluit aan bij de gangbare manier van afdelingsgebonden analyseren.

Als aanvulling op het melden is op iedere afdeling een dossieronderzoek uitgevoerd door een ervaren chirurg van buiten het ziekenhuis. In het dossier gevonden procesafwijkingen en incidenten zijn inhoudelijk bekeken, maar er is geen oorzakenanalyse uitgevoerd. Het doel van het dossieronderzoek was om na te gaan of de aard van incidenten in dossiers verschilt van de aard van incidenten die worden gemeld. Gestreefd is naar een beoordeling van circa 40 patiëntendossiers per afdeling van patiënten die opgenomen waren tijdens de onderzoeksperiode. Uiteindelijk zijn er in totaal 320 dossiers beoordeeld. Voor het inzien van de patiëntendossiers is schriftelijk toestemming gevraagd aan de patiënt.

Medicatie <i>Voorschrijven</i>	– Geen recept geschreven voor maagbeschermers, patiënt liep maagbloeding op – Marcoumar doorgedoseerd in plaats van Sintrom
Medicatie <i>Klaarmaken</i>	– Apotheek heeft te lage dosis medicatie uitgezet – Infuus gespoeld met morfine in plaats van heparine door verpleegkundige
Medicatie <i>Toedienen</i>	– Patiënt heeft 2 dagen lang geen medicatie gekregen – De pijnbestrijding is op de Venflon aangebracht in plaats van de epiduraalpomp
Materiaal en apparatuur	– Materiaal niet opgeborgen na gebruik op de afdeling – Stroomstoring in het ziekenhuis, waardoor bepaalde apparatuur niet meer werkte
Diagnose en behandeling	– Niet reanimeren beleid onvoldoende afgestemd met de patiënt – Patiënt is niet verzorgd voor transport naar verpleeghuis
Samenwerking met andere afdelingen	– Patiënt moest langer in het ziekenhuis verblijven doordat er geen thuiszorg is geregeld voor de patiënt door transfer – Röntgen heeft geen vervoer naar de afdeling geregeld, waardoor de patiënt uren onnodig van de afdeling is
Samenwerking met artsen/specialisten	– Arts kwam niet langs bij patiënt met klachten – Terminale patiënt heeft 17 uur lang gewacht op pijnbestrijding doordat geen verantwoordelijkheid is genomen over toedienen morfine
Verwisseling/onjuiste gegevens	– Brief van het slecht nieuwsgesprek met patiënt zat in het verkeerde dossier – Geopereerde patiënt is naar de verkeerde afdeling gebracht
Protocollen en afspraken	– Geen bekendheid met diabetesprotocol, waardoor patiënt verkeerde voeding kreeg – Het nieuwe beleid van een patiënt was nergens terug te vinden, waardoor onduidelijkheden waren in de behandeling van de patiënt
Anders	– Valincident – Dossier kwijt

Tabel 1. Voorbeelden van gemelde incidenten

Systematisch analyseren en categoriseren van incidenten

Voor het analyseren en categoriseren van incidenten op de afdeling is gebruikgemaakt van het PRISMA-systeem. PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis en wordt internationaal erkend als een geschikt systeem voor het analyseren van onbedoelde gebeurtenissen (Van der Schaaf en Habraken, 2005). Een analyse met de PRISMA-methode bestaat uit drie componenten: (1) een beschrijving van het incident gebaseerd op het gesprek met de melder; (2) een oorzaakenclassificatie, die bestaat uit een schematische weergave van het incident (de oorzakenboom) en (3) het classificeren van de oorzaken. Het Eindhoven Classificatie Model (ECM) bestaat uit vier hoofdcategorieën (menselijk, organisatorisch, technisch en patiëntgerelateerd) en twintig subcategorieën. Na het analyseren van circa 50 incidenten kan een oorzakenprofiel worden opgesteld dat de directe en deels onderliggende risico's op een afdeling laat zien.

Bij het uitvragen van incidenten middels PRISMA wordt de analyse gestopt als er geen feitelijke informatie meer voorhanden is. Deze informatie kan worden verkregen als door het hele ziekenhuis heen aanvullende interviews worden gehouden. Dat is binnen de onderhavige studie niet gedaan, omdat dit meestal niet wordt gedaan bij het decentraal melden op

afdelingen. De analyse is daarmee grotendeels afhankelijk van het interview met de melder van het incident.

Een tweede keuze bij de analyse is dat organisatorische oplossingen voor incidenten niet als oorzaak zijn gerekend als deze oplossingen (nog) niet waren ingevoerd op afdelingen c.q. in de organisatie. Het risico bestond dat elke vergissing mogelijk toegeschreven zou worden aan het ontbreken van protocollen of signaleringssystemen. Om de betrouwbaarheid vast te stellen is door twee personen onafhankelijk een PRISMA-analyse uitgevoerd waarin een oorzakenboom is opgesteld. De interbeoordelaars betrouwbaarheid van de PRISMA-analyse is op twee onderdelen onderzocht, te weten: het aantal oorzaken in de oorzakenboom en de classificatie van de oorzaken. De overeenstemming in 'aantal' oorzaken was matig ($K = .44$), terwijl de overeenstemming bij het classificeren van de inhoud van de oorzaken aanzienlijk was ($K = .70$ en $K = .63$).

De incidenten zijn tevens ingedeeld in acht veel voorkomende categorieën, te weten: medicatie, samenwerking met artsen, samenwerking met andere afdelingen, materiaal en apparatuur, diagnose en behandeling, verwisseling/onjuiste gegevens, protocollen en afspraken, of anders. De gevolgen voor de patiënt zijn tijdens het gesprek met de melder uitgevraagd. Indien het incident de patiënt had bereikt, zijn de gevolgen

ingedeeld in: suboptimale zorg, ongemak, extra verrichting, verlengd verblijf (> 24 uur), pijn, fysieke schade, mentale schade of onbekend.

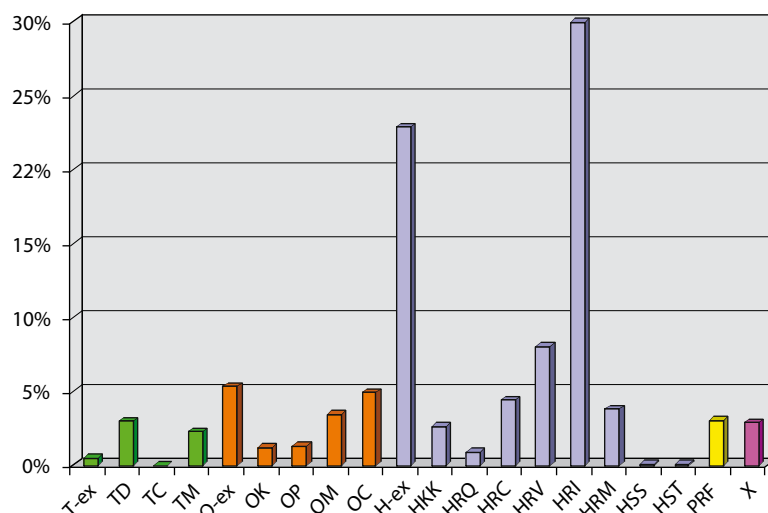
Resultaten van het onderzoek

Beschrijving van de onbedoelde gebeurtenissen

In totaal zijn op de chirurgische afdelingen 881 onbedoelde gebeurtenissen geanalyseerd met PRISMA en gecategoriseerd volgens ECM, uiteenlopend van 36 tot 180 incidenten per afdeling. Het aantal meldingen is een graadmeter voor de meldingsbereidheid van zorgverleners. De meeste incidenten zijn toevallig opgemerkt door zorgverleners, slechts in enkele gevallen werden ze opgemerkt door een routinematige controle of door de patiënt of diens familie. Bijna alle incidenten zijn gemeld door verpleegkundigen (92%). In meer dan de helft van de gevallen was de melder direct betrokken of getuige van het incident, in de overige 45% van de gevallen troffen de zorgverleners het incident achteraf aan. Een voorbeeld van een incident dat direct werd opgemerkt was dat een verpleegkundige zelf ontdekte dat zij de verkeerde patiënt antibiotica toediende. Een voorbeeld van een incident dat achteraf werd opgemerkt was dat een verpleegkundige het aansluiten van de voedingssonde op het perifere infuus opmerkte toen zij aan het begin van haar dienst een patiëntenronde liep. De meeste onbedoelde gebeurtenissen waren gerelateerd aan het medicatieproces dat uit meerdere stappen bestaat. Iedere stap brengt een zeker risico met zich mee. Een derde van de 881 meldingen is dan ook ingedeeld als medicatie-incident, onderverdeeld in (1) medicatie voorschrijven; (2) medicatie klaarzetten en (3) medicatie toedienen. Andere veelvoorkomende gebeurtenissen zijn gerelateerd aan materialen en instrumenten, zoals de afwezigheid van materialen op de afdeling en defecte instrumenten/apparatuur. Er zijn enkele voorbeelden opgenomen in tabel 1. De voorbeelden leiden niet altijd tot schade aan de patiënt. Het leidt vaak wel tot extra werk en irritatie.

Oorzaken van de onbedoelde gebeurtenissen

Uit de 881 incidenten zijn 1250 oorzaken naar voren gekomen. De meeste incidenten hebben één of twee oorzaken. Oorzakenbomen met meer oorzaken zijn vaak gerelateerd aan complexere incidenten met een grotere kans op consequenties voor de patiënt. Er is een gezamenlijk oorzakenprofiel opgesteld voor de tien chirurgische afdelingen (zie figuur 1). De meeste oorzaken zijn gevonden in de hoofdcategorie menselijke factoren (78%). Twee subcategorieën vallen op in het oorzakenprofiel: (1) fouten door een verkeerd



Basicategorieën:

T; technisch, O; organisatorisch, H; menselijk, P; patiëntgerelateerd, x; overig.

Afkortingen subcategorieën:

T: extern (T-ex), design (TD), constructie (TC), materiaal (TM).
O: extern (O-ex), kennisoverdracht (OK), protocol (OP), managementprioriteiten (OM), cultuur (OC).
M: extern (H-ex), redeneren (HKK), kwalificaties (HRQ), coördinatie (HRC), verificatie (HRV), interventie (HRI), bewaken (HRM), fijne motoriek (HSS), grove motoriek (HST).
P: patiëntgerelateerd (PRF)
X: overig (X)

de planning of uitvoering van een taak (categorie HRI-interventie), bijvoorbeeld een patiënt die een ontbijt kreeg, terwijl hij nuchter moest blijven voor de operatie en (2) menselijke fouten die hun oorsprong hebben buiten de controle en verantwoordelijkheid van de afdeling dan wel te maken hebben met onderlinge samenwerking (categorie H-extern). Een voorbeeld is een labmedewerker die een patiënt vergeet te prikken. De technische (6%) en organisatorische (14%) oorzaken komen minder frequent voor. Een belangrijke contextfactor op de afdelingen was drukte en het tegelijk bezig zijn met verschillende taken of patiënten. Regelmatig wordt ook in het belang van patiënten afgeweken van de normale procedure.

De gevolgen van de onbedoelde gebeurtenissen voor de patiënt

Een onbedoelde gebeurtenis leidt vaak niet tot schade aan de patiënt, maar kan vervelende gevolgen hebben. Uit onze analyses bleek dat het incident in twee derde van de gevallen de patiënt heeft bereikt. In figuur 2 is te zien wat de gevolgen voor de patiënten waren. In 6% van de gevallen heeft de patiënt fysieke schade opgelopen. In de meeste gevallen (38%) heeft de patiënt suboptimale zorg gekregen zonder fysieke of mentale schade (volgens beoordeling van de melder). Hierbij moet worden gedacht aan het toedienen van te weinig medicatie of het vergeten om een poliafspraak te maken voor de patiënt. Daarnaast ondervond de patiënt regelmatig ongemak van

Figuur 1. Percentage geanalyseerde oorzaken en subcategorieën



Inge van Wagten donk



Cordula Wagner

een onbedoelde gebeurtenis. Dit hield bijvoorbeeld in dat de patiënt lang moest wachten op transport, op een gesprek met de arts of op hulp van een verpleegkundige na het drukken op de bel. Dit geeft bij de patiënten vaak onrust of een gevoel van onveiligheid, irritatie of teleurstelling, maar geen fysieke schade.

Dossieronderzoek

In 64 van de 320 onderzochte patiëntendossiers is een incident of procesafwijking gevonden. Voorbeelden zijn het over het hoofd zien van een longontsteking voor operatie of een verkeerde inschatting van de ASA-classificatie. Oplettendheid van patiënt of arts heeft er bij deze problemen voor gezorgd dat de gevolgen op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd, zodat de patiënt geen schade heeft ondervonden. In de andere gevallen ging het om incidenten met schade voor de patiënt die soms waarschijnlijk te voorkomen was geweest. Voorbeelden zijn wondinfecties, naadlekkages en in een enkel geval een gemiste tumor. Deze incidenten zorgden voor verlenging van het ziekenhuisverblijf, een extra verrichting, of extra medicatie die moest worden geslikt. Slechts één van deze onbedoelde gebeurtenissen is ook gemeld door een zorgverlener van de afdeling. Onder medici bestaat onduidelijkheid over wat bij de complicatieregistratie en wat bij het incident meldsysteem moet worden gemeld.

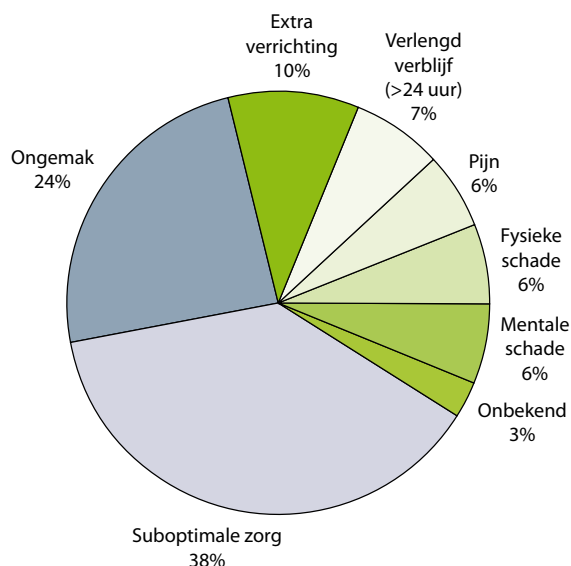
Patiëntveiligheid gebaat bij reduceren medicatiefouten en betere samenwerking

Nog niet eerder is op zo uitgebreide schaal onderzoek gedaan naar type en oorzaken van incidenten op afdelingen chirurgie, waarbij meldingen en dossiers zijn onderzocht. Beide laten andere resultaten zien. Op de afdelingen zijn veel

verschillende incidenten gemeld, die ook varieerden in ernst. Het ging om relatief veel incidenten gerelateerd aan de medicatieverstrekking, onder andere het verkeerd uitzetten van medicatie, medicatiebonnen die niet duidelijk zijn of niet kloppen, het toedienen van een verkeerde (dosis) medicatie enzovoort. Daarnaast zijn ook relatief veel meldingen gedaan die betrekking hadden op samenwerking tussen afdelingen en over materialen en apparatuur. Meestal had dit 'slechts' ongemak voor de patiënt tot gevolg, maar in enkele gevallen leidde het tot verlengde opname of vertraging in de behandeling.

Bij de oorzaken gaat het om (een combinatie van) menselijke, organisatorische en technische oorzaken. Over alle afdelingen heen is gebleken dat twee gebieden de meeste incidenten veroorzaken: (1) onvoldoende samenwerking en afstemming tussen afdelingen en (2) het niet altijd volledig en correct uitvoeren van taken. Gezien de omstandigheden waaronder zorgverleners moeten werken (grote tijdsdruk, meerdere patiënten tegelijk, onvoldoende personeel, onvoldoende op elkaar afgestemde zorgprocessen, complexe patiëntengroepen) is het alleen maar menselijk dat er dingen worden vergeten of fouten worden gemaakt. Aan de andere kant zijn zorgverleners ook diegenen die er vaak voor zorgen dat een eerder gemaakte vergissing of fout tijdig wordt ontdekt en de patiënt niet bereikt dan wel de gevolgen beperkt blijven.

De oorzakenstudie bevestigt het beeld uit de dossierstudie dat menselijke oorzaken bijdragen aan het ontstaan van incidenten. Bij presentaties over de luchtvaart worden percentages van 75% genoemd, alhoewel een recente longitudinale analyse van luchtvaartongevallen liet zien dat het percentage fouten door piloten is gedaald van 42% naar 25% (Baker e.a., 2008). Om menselijke beperkingen te kunnen opvangen zouden ziekenhuizen meer barrières moeten opstellen, door bijvoorbeeld op cruciale momenten een reminder of signalering in het zorgproces in te bouwen, door de beschikbare informatie over een patiënt beter toegankelijk te maken en op elkaar af te stemmen, of door zorgprocessen kritisch onder de loep te nemen en onlogische en onhandige stappen eruit te verwijderen. Zorgpaden en procesherinrichtingen kunnen helpen een zorgproces efficiënt en vanuit een menselijk oogpunt handig in te richten waardoor vergissingen worden voorkomen.



Figuur 2. Gevolgen van onbedoelde gebeurtenissen voor de patiënt

Literatuur

Baker, S.P., Y. Qiang, G.W. Rebok, en G. Li, Pilot error in air carrier mishaps: longitudinal trends among 558 reports,

1983-2002, *Aviat Space Environ Med*, 2008, 79:2-6.

Bruijne M.C. de, C. Zegers, L.H.F. Hoonhout en C. Wagner, *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*, EMGO/NIVEL, Amsterdam/Utrecht, 2007.

Reason, J.T., Understanding adverse events: the human factor. In: Charles Vincent, *Clinical risk management*, BMJ Books, London, 2001.

Schaaf, T.W. van der en M.M.P. Habraken, *PRISMA methode medische versie: een korte omschrijving*, Eindhoven University of Technology, Eindhoven, 2005.

Wagner, C., M. Smits, I. van Wagtenonk, L. Zwaan, S. Lubberding, H. Merten en D.R.M. Timmermans, *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: een systematische analyse met PRISMA, op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde*, NIVEL, EMGO Instituut, Utrecht/Amsterdam, 2008.

Wagner, C. en G. van der Wal, Voor een goed begrip, *Medisch Contact*, 60, 2005 (47), 1888-1891.

Wickens, C.D. en J.G. Hollands, *Engineering psychology and human performance*. Prentice-Hall Inc., New Jersey, 2000.

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de deelnemende ziekenhuizen: VU Medisch Centrum; Medisch Centrum Haaglanden, locatie Den Haag; Canisius Wilhelmina Ziekenhuis; Medisch Centrum Leeuwarden; Medisch Centrum Alkmaar; Diakonessenhuis; locatie Utrecht; Wilhelmina ziekenhuis Assen; Kennemer Gasthuis Haarlem; IJsselmeer ziekenhuizen. Hanneke Merten en Romyne van Oort-Nolles danken wij voor hun bijdrage aan de dataverzameling.

Informatie over de auteurs

Inge van Wagtenonk werkt als onderzoeker bij het NIVEL.

Cordula Wagner is werkzaam bij het NIVEL als programmaleider Kwaliteit en Organisatie in care en cure.

Correspondentieadres: i.vanwagtenonk@nivel.nl.

Samenvatting

- Op initiatief van de Orde van Medische Specialisten hebben het NIVEL en het EMGO Instituut een studie verricht naar de oorzaken van onbedoelde schade.
- Het onderzoek maakt deel uit van het landelijke onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid en is uitgevoerd op 10 chirurgische afdelingen van ziekenhuizen. Voor het analyseren en categoriseren van incidenten op de afdeling is gebruikgemaakt van het PRISMA-systeem. Daarnaast is een dossieranalyse uitgevoerd.
- Uit de 881 incidenten zijn 1250 oorzaken naar voren gekomen. De meeste oorzaken zijn gevonden in de hoofdcategorie menselijke factoren (78%). Over alle afdelingen heen is gebleken dat twee gebieden de meeste incidenten veroorzaken: (1) onvoldoende samenwerking en afstemming tussen afdelingen en (2) het niet altijd volledig en correct uitvoeren van taken. In 64 van de 320 onderzochte patiëntdossiers is een incident of procesafwijking gevonden.
- Om menselijke beperkingen te kunnen opvangen zouden ziekenhuizen meer barrières moeten opstellen, door bijvoorbeeld op cruciale momenten een reminder of signalering in het zorgproces in te bouwen, door de beschikbare informatie over een patiënt beter toegankelijk te maken en op elkaar af te stemmen, of door zorgprocessen kritisch onder de loep te nemen en onlogische en onhandige stappen eruit te verwijderen.



HKZ is de basis > de basis voor kwaliteit > kwaliteit in de zorg > zorg voor mensen > mensen die zorg nodig hebben > mensen die kwaliteit verdienen > mensen die kwaliteit willen leveren > die de zorg willen verbeteren dat is de basis > de basis voor beter > dat is HKZ

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

Postbus 8146 Nieuwekade 15 T 030 239 80 22 info@hkz.nl
3503 RC Utrecht 3511 RV Utrecht F 030 239 80 23 www.hkz.nl



Intranet

Kwaliteits-, Arbo- en Milieumanagement

Bezoek www.webiso.be voor meer info

