

De Medische Metrolijn

Bezorgdheid vanuit overheid, patiënten en zorgverleners over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in ziekenhuizen is de laatste jaren sterk toegenomen en de ziekenhuizen worstelen met maatregelen om verbeteringen adequaat en blijvend door te voeren. In dit artikel wordt beschreven hoe ziekenhuizen, verenigd in de VVCZ, de verplicht gestelde Time Out Procedure, bedoeld om de kwaliteit en veiligheid van operatieve behandelingen te verbeteren, en andere nieuwe eisen en regels op een bijzondere manier implementeren. De gebruiksvriendelijke systematiek Medische Metrolijn¹ wordt beschreven, evenals de eerste ervaringen.

Door: M.J. Rutgers, I. Griffioen en A.P. Wolff

Vijfenzestig procent van de complicaties en fouten in ziekenhuizen betreft het perioperatieve proces (Wagner, Zegers en De Bruijne, 2009). Werken volgens de landelijke richtlijnen pre-, per- en postoperatief proces, het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de WIP-richtlijnen (Werkgroep Infectiepreventie) moet de vermijdbare schade aan operatiepatiënten reduceren. De belangrijkste manieren hierbij zijn:

- meer standaardisatie van de informatievoorziening;
- meer gestructureerde overdracht van informatie;
- betere samenwerking tussen alle zorgverleners;
- betere communicatie met de patiënt;
- betere dossiervoering en verslaglegging en
- betere planning van de operatiedatum.

De IGZ toetst sinds 2011 de werkwijze in de Nederlandse ziekenhuizen aan criteria die op deze richtlijnen zijn gebaseerd. Dit moet bij professionals en andere medewerkers in de zorg leiden tot een cultuurverandering met ander gedrag en een andere werkwijze (Kerkkamp et al., 2010; Wolff et al., 2010).

Implementatie gaat echter niet vanzelf (IGZ, 2013). Weerstand berust vooral op gebrek aan gevoel voor nut en urgentie en het idee dat werken volgens de richtlijn te veel interfereert met de gewone dagelijkse werkwijze, die nog steeds als de juiste wordt ervaren. Men is bang dat de productie zal afnemen met negatieve financiële effecten als gevolg daarvan. Standaardisatie kan tot een gevoel van verlies van professionele autonomie leiden. Er is behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing voor de te verwachten veiligheidswinst. Angst voor repressie door de IGZ speelt eveneens een rol.

Design, designmanagement en Medische Metrolijn

Professionals uit drie ziekenhuizen (Scheper Ziekenhuis Emmen, Atrium MC Heerlen, Rad-

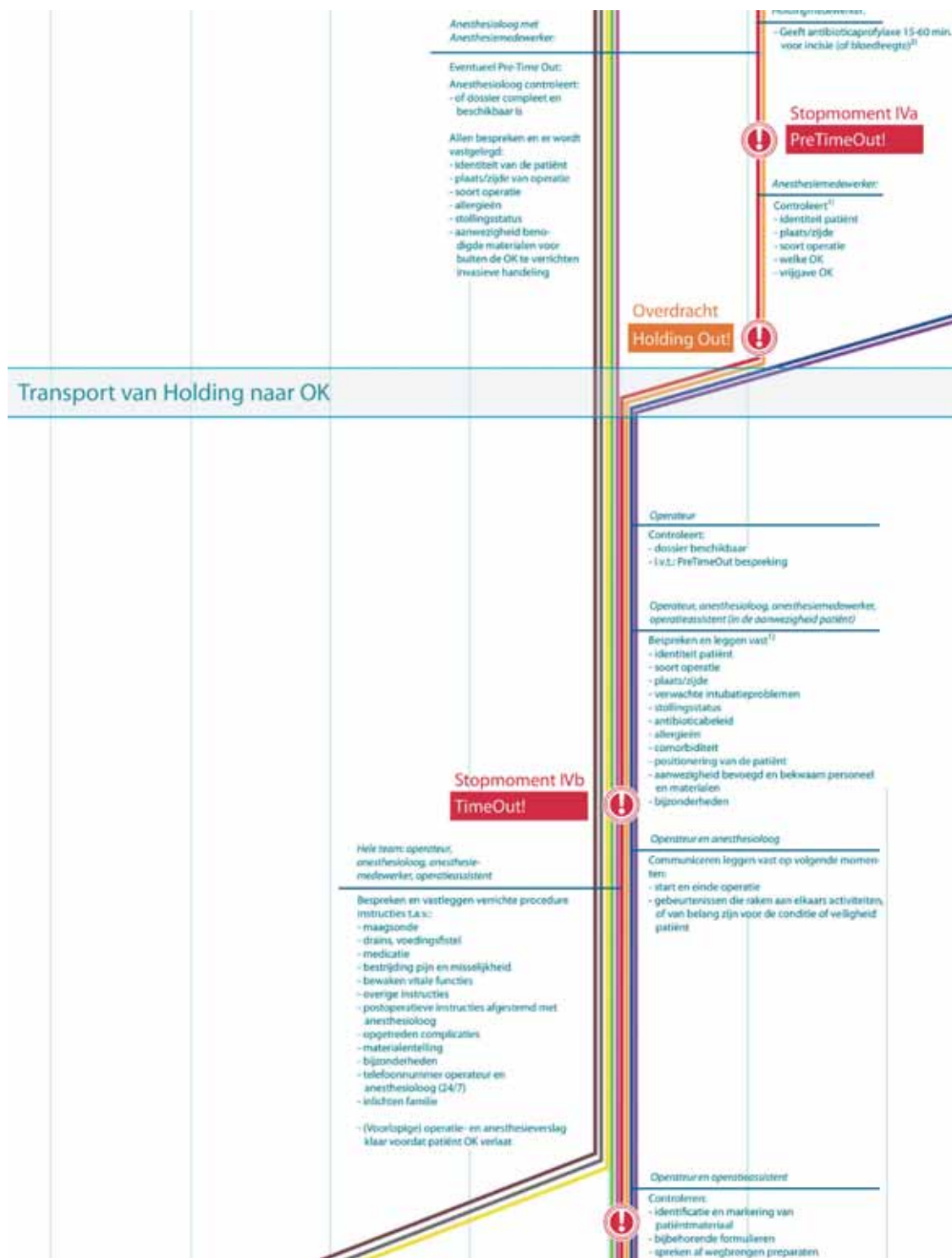
boudUMC Nijmegen) hebben in 2010-2011 een systematiek uitgewerkt die de implementatie van de richtlijn vereenvoudigt, versnelt en acceptatie onder professionals verbetert. Een systematiek die helpt de perioperatieve zorg veiliger en intuïtiever te maken en onnodig administratief werk te voorkomen.

De oplossing is niet gezocht in meer administratieve voorschriften voor alle handelingen, maar in samenwerken aan een sluitend systeem dat alle zorgverleners de zekerheid moet geven dat hun werkomgeving op orde is en door collega's de juiste voorbereidingen vooraf zijn getroffen. Hiertoe is een onconventionele, innovatieve samenwerking aangegaan met designmanagers.

Design wordt vaak verward met vormgeving. Design is meer en kan perceptie, besluitvorming en beleving van betrokkenen sturen (Kootstra en Van der Zwaal, 2006).

NHS en de Design Council (Buckle et al., 2003) stellen dat het effectief inzetten van design in de Engelse gezondheidszorg sterk achterloopt. Een inventariserende studie in Nederland (Hobo, 2011) laat hetzelfde zien. De overtuiging van de ontwerpers van designstudio Panton, is dat door middel van designmanagement eenduidigheid, herkenbaarheid en overzicht kunnen worden gecreëerd te midden van de overdaad aan informatie. Dat sprak de medische professionals van de drie genoemde ziekenhuizen aan. Samen met Panton en HighCare Interim & Advies (experts op het gebied van leiderschap en training in de zorg) werkten zij een geheel nieuw systeem uit, de Medische Metrolijn.

Gestart werd met een analyse van de werkprocessen van het Scheper Ziekenhuis en het Atrium MC. Vergelijking met de TOP-rapporten en de landelijke richtlijnen voor het perioperatief traject volgde. Al snel werd samenwerking gezocht met het RadboudUMC, waar men al vroeg actief was met de implementatie van deze richtlijnen. Het



Figuur 1. De medische metrolijnen voor de drie ziekenhuizen

bleek mogelijk de conclusies samen te vatten in een poster (zie figuur 1).

Deze poster helpt teams in de zorginstelling om gezamenlijk inzichtelijk te maken langs welke afdelingen en disciplines een patiënt gaat; welke handelingen en controles waar en wanneer plaatsvinden alvorens de operatie kan worden uitgevoerd en hoe de zorgprofessionals samenwerken. Het design van de poster is ge-

baseerd op de eenduidige en heldere kaarten van de metro van Londen of Parijs, om de medewerkers van de ziekenhuizen te doordringen van het feit dat hun werkzaamheden onderdeel uitmaken van een proces en een samenwerkingsverband. Inzicht in ieders (eigen) rol hierin is cruciaal voor het verbeteren van het proces en voor de onderlinge samenwerking. Daarom de naam Medische Metrolijn.

Voor een verandering is echter meer nodig. Er werden korte checklisten gemaakt en instructieposters voor de belangrijkste stappen van het hele proces die de patiënt doorloopt. Lange lijsten werden teruggebracht tot een minimum aan checkpunten; overbodige procedures geschrapt. Redundante metingen konden achterwege blijven; coderingen consequenter doorgevoerd. Er werden video's en illustraties gemaakt om de complexe handelingen te verduidelijken. Afbeeldingen helpen om links-rechts-vergissingen te voorkomen en hygiëneregels in OK-zones te verduidelijken. Plattegronden werden door de ontwerpers geanalyseerd om ruimtes waar risicovolle handelingen worden verricht van heldere instructies te voorzien en de indeling of aankleding te wijzigen zodat deze beter bij de werkwijze aansluiten. Vormgeving en logische plaatsing in ruimte en proces speelt bij de acceptatie een grote rol: een omgeving die als plezierig en overzichtelijk wordt ervaren, wordt veelal ook als gebruiksvriendelijker ervaren en vergt van de gebruiker minder energie. Minstens zo belangrijk als het consistent doorgevoerde ontwerp is de intensieve betrokkenheid van de medewerkers op alle afdelingen bij het ontwerpproces; de ontwerpen sluiten daarvoor aan bij hun 'taal' en de huisstijl van het ziekenhuis.

Ervaringen

De gevolgde werkwijze zorgde weliswaar bij de direct betrokkenen in de ziekenhuizen voor enthousiasme, maar daarmee zijn niet alle bij het zorgproces betrokkenen gemotiveerd om anders te werken.

Veranderen gaat niet zomaar. Een gevoel van noodzaak en urgentie moet aanwezig zijn. Belangrijke voorwaarden voor een succesvolle verandering: er moet voor iedereen een herkenbaar beeld zijn wat bereikt moet worden en de verandering moet snel gerealiseerd zijn met zichtbare resultaten (Kotter, 1996).

In de deelnemende ziekenhuizen waren en zijn de noodzaak en urgentie om te veranderen aanwezig, soms door ervaring met calamiteiten of een crisissituatie in het verleden. Niet iedereen voelt deze druk in gelijke mate. Druk van binnenuit – via raad van bestuur en bestuur medische staf – helpt om stappen te zetten en uiteindelijk ook druk van buitenaf – denk aan het IGZ-bezoek.

De eenvoud van het ontwerp van de Metrolijn maakt de bereidheid om het zorgproces te veranderen wél groter. Het blijkt een geschikt instrument voor medewerkers om met elkaar hun werkwijze te beschouwen en te bediscussieren. In één oogopslag is het gehele traject van de

patiënt te zien; overdrachtsmomenten zijn goed gemarkeerd. De verantwoordelijkheid van iedere betrokkene is aangegeven. Versterking van de keten is naast een individuele activiteit vooral een groepsproces en komt tot stand door in systemen te denken. Door visualisatie is dit eenvoudiger.

Procesmatig denken, standaardisatie, communiceren en samenwerken zijn juist zaken waarvoor de medische professional niet specifiek wordt opgeleid. Het zijn onderdelen van de gewenste, professionele competenties van de moderne medicus. Kort gezegd gaat het om een professional die verantwoording wil afleggen, kritisch eigen handelen beschouwt, teamwerk belangrijk vindt, minder hecht aan hiërarchische verhoudingen en de behoefte van de patiënt uitgangspunt van zorg laat zijn (Grol, 2010). De richtlijnen voor het pre-, per- en postoperatieve traject staan mede aan de basis van een cultuurverandering die tot de genoemde modernisering van de medische professie leidt met als doel een beter afgestemde inrichting van de patiëntenzorg waarin de patiënt daadwerkelijk centraal staat.

Ontstaan en groei van de vereniging

Bij de implementatie van richtlijnen is het gebruikelijk dat ieder ziekenhuis zijn eigen strategie kiest. Echter, door intensieve samenwerking en uitwisseling van kennis van het Scheper Ziekenhuis, het AtriumMC en het RadboudUMC is de lokale vertaling van de richtlijnen in een werkwijze op maat zeer snel en effectief geweest. Dit riep de vraag op hoe verder om te gaan met de opgedane kennis en ervaring. Het zou zonde zijn anderen er niet van te laten profiteren. Derhalve is een vereniging opgericht, de Vereniging voor Veilige Curatieve Zorg (www.vvcz.nl), een vereniging die openstaat voor andere ziekenhuizen. De vereniging is in drie jaar tijd gegroeid naar 16 leden. Juist de vertegenwoordiging bij oprichting van de vereniging van zowel een kleiner perifeer ziekenhuis, een groot STZ en een universitair medisch centrum moet ertoe bijdragen dat de toepassing van de Medische Metrolijn voor elk type ziekenhuis geschikt is en tegelijkertijd op maat kan geschieden. Bestaande en nieuw aangesloten leden kunnen gebruik maken van de opgedane kennis en ervaring. Verdere ontwikkeling van implementatie-instrumenten, nieuwe kennis en voortschrijdende inzichten onder de leden kunnen de vereniging en haar leden weer voeden. Hiermee is een kennisplatform ontstaan waarmee ieder aangesloten ziekenhuis zijn voordeel kan doen. Dit werpt intussen zijn vruchten af.

Scan

Een eerste belangrijke stap van de VVCZ is de ontwikkeling van een scan geweest. De ziekenhuizen kunnen zo op basis van roulatie een audit bij elkaar verrichten om de implementatie van de richtlijnen te toetsen. Hierbij wordt met webbased vragenlijsten de kennis gepeild, worden de geïmplementeerde procedures beoordeeld en wordt in de praktijk geobserveerd in hoeverre men zich aan deze procedures houdt. Het blijken zeer gewaardeerde en educatieve scans te zijn, zowel voor het ziekenhuis dat wordt getoetst als voor de auditoren. Het brengt onderlinge steun en openheid, hetgeen aanknopingspunten biedt voor de VVCZ om haar systematiek en dienstverlening verder te ontwikkelen ten gunste van de patiëntveiligheid.

De scan levert het ziekenhuis een implementatieprofiel met aanbevelingen op, dat aangeeft waar het ziekenhuis staat met de invoering van de landelijke perioperatieve richtlijnen.

Bijzondere bijstand

In diverse ziekenhuizen bleek het implementeren van de landelijke perioperatieve richtlijnen weerbarstig. Zelf het wiel uitvinden leidde niet tot het gewenste resultaat. Op enkele plekken nam de IGZ maatregelen. Deze ziekenhuizen, die nog geen lid waren van de vereniging, deden een beroep op de vereniging om te hulp te schieten. De hulp varieerde (naar keus van het desbetreffende ziekenhuis) van kortstondige interventie samen met onze partners op managementniveau tot volledige lokale ontwikkeling en implementatie van de Medische Metrolijn, toegesneden op het desbetreffende ziekenhuis.

Wetenschappelijk onderzoek

De opzet van de Medische Metrolijn is de kwaliteit en veiligheid van de perioperatieve patiëntenzorg te verbeteren. In het AtriumMC is men begonnen met onderzoek naar het effect van de invoering ervan. De voorlopige resultaten laten tekenen van verbetering van de patiëntveiligheid zien (Salemans, 2013). Met hulp van het RadboudUMC is een validatietraject van de VVCZ-scan begonnen. Recent is gestart met een wetenschapsforum, waarbij de universiteiten van Nijmegen, Groningen en Delft betrokken zijn. Doel is om systematisch wetenschappelijk onderzoek te doen naar onder meer innovatie, onderbouwing en effect van diverse designinterventies, waaronder de Medische Metrolijn.

Verdere ontwikkelingen

In de loop van de tijd is gebleken dat de leden

de overzichtelijke methodiek van de Medische Metrolijn ook graag zouden willen gebruiken op andere afdelingen. Dit heeft ertoe geleid dat samen met een tweetal leden (ziekenhuizen) een Medische Metrolijn voor de hartkatheterisatie is ontwikkeld. Binnenkort wordt deze in diverse ziekenhuizen geïmplementeerd. Ook voor het Convenant Medische Technologie bestaat sinds kort een Medische Metrolijn. De vereniging gaat de komende jaren door met activiteiten om haar netwerk met nieuwe (design) interventies en methodieken te verrijken.

Noot

1 Tekst ten dele gebaseerd op 'De Medische Metrolijn' in het Jaarboek 2013 van het Nationaal Netwerk Risicomanagement.

Literatuur

- Grol, R.P.T.M., *Kwaliteit van zorg: variaties op een complex thema*, Afscheidsrede RadboudUMC, Nijmegen, 2010.
- Hobo, I.E., *Designmanagement en patiëntveiligheid*, Master Thesis, EURIB, Rotterdam, 2011.
- IGZ, *Operatief proces beter gestructureerd, scherpere handhaving op achterblijvende uitvoering blijkt noodzakelijk*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2013.
- Kerkkamp, H.E.M., A.P. Wolff, G.J. Boshuizen et al., *Multiprofessionele Richtlijn Preoperatief Traject*. www.diliguide.nl/document/3018/file/pdf/.
- Kootstra, G. en J. van der Zwaal, *Design management: Design effectief benutten om ondernemingssucces te creëren*, Pearson Education Benelux, Amsterdam, 2006.
- Kotter, J.P., *Leading change*. Harvard Business School Press, Boston, 1996.
- Salemans, P., N. van Weert, J. Timmermans, B. Meester, E. Keesman en M. van der Woude, *Reduced in-hospital Mortality after Implementation Medical Metroline Checklist*, poster. International Forum on Quality and Safety in Healthcare, april 2013, London, UK.
- The Department of Health and The Design Council based on a scoping study by: P. Buckle, P.J. Clarkson, R. Coleman, R. Lane, D. Stubb, J. Ward, J. Jarret and J. Bound, *Design for patient safety: a system-wide design-led approach to tackling patient safety in the NHS*, Department of Health Publications, London, 2003.
- Wagner, C., M. Zegers en M.C. de Bruijne, Onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2009, 153:327-33.
- Wolff, A.P., M. Boormeester, I. Janssen, M. Pols en J. Damen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2010, 154: A2184.
- Wolff, A.P., J. Damen, M. Boormeester, I. Janssen en M. Pols. Perioperatief proces met tussenstops: Nieuwe richtlijn voor veilig opereren bouwt vier evaluatiemomenten in. *Medisch Contact*, 2010, 65; 18; 812-816.

Informatie over de auteurs

Dr. Maarten Rutgers is voorzitter Vereniging voor Veilige Curatieve Zorg (VVCZ).

Ir. Ingeborg Griffioen is innovatiemanager en directeur bij Panton, ontwerpstudio voor de zorg, Deventer.

Dr. André P. Wolff is bestuurslid Vereniging voor Veilige Curatieve Zorg (VVCZ) en anesthesioloog en research coördinator aangaande Evidence Based Perioperative Patient Safety bij de Afdelingen Anesthesiologie, Pijn- en Palliatieve Geneeskunde en Operatiekamers, RadboudUMC.