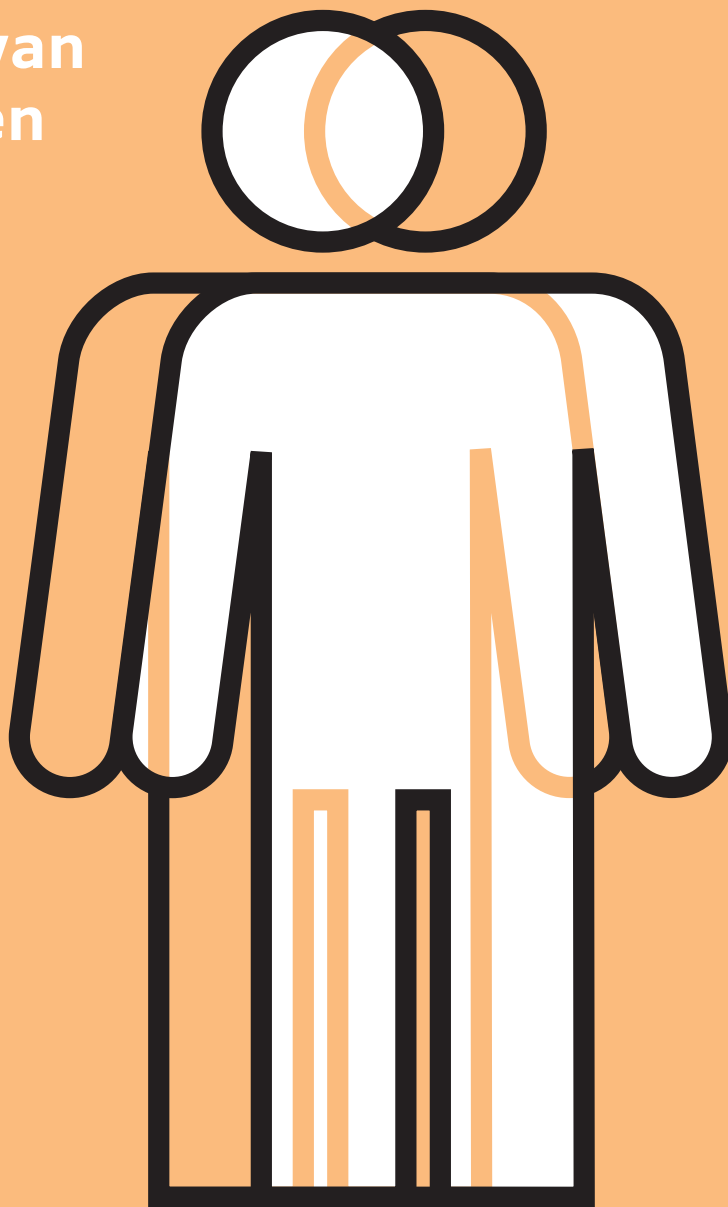


Verwisseling van en bij patiënten

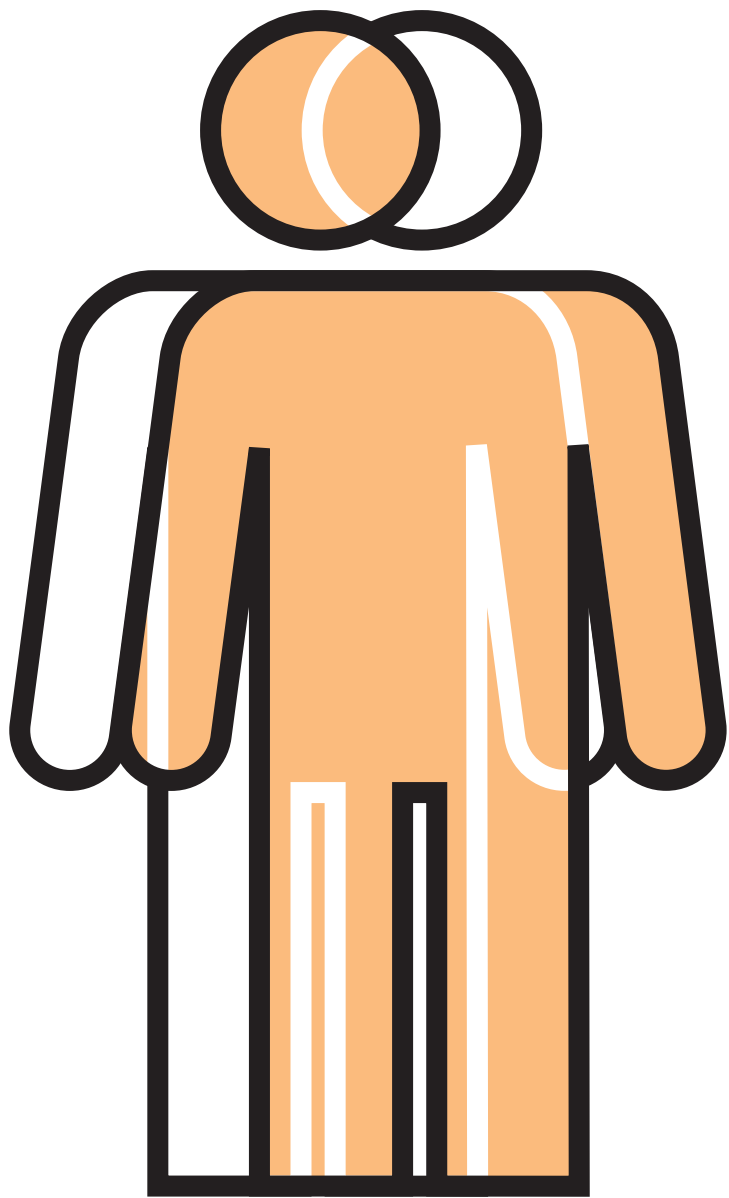


veiligheids
programma

Het VMS Veiligheidsprogramma is bedoeld voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Door de deelname van maar liefst 93 ziekenhuizen belooft het VMS Veiligheidsprogramma een succesvolle stap richting de doelstelling '50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade' te worden. Vakinhoudelijke kennis wordt tijdens conferenties en in de vorm van tools op **www.vmszorg.nl** aangeboden. De combinatie van een in de NTA 8009 geborgd veiligheidsmanagementsysteem én tien grotendeels evidence based medisch inhoudelijke thema's maakt het programma wereldwijd vooruitstrevend.

Tot december 2012 stellen ziekenhuizen zich ten doel 1 of meerdere risico's in hun eigen ziekenhuis beter te beheersen en fouten te voorkomen mede door deelname aan 10 thema's van het VMS Veiligheidsprogramma. Per thema is vanuit het VMS Veiligheidsprogramma een expertteam geformeerd dat bundels van interventies voor u heeft samengesteld in praktijkgidsen zoals deze. Door het toepassen van de interventies uit deze praktijkgids kunt u de vermijdbare onbedoelde schade direct reduceren!

Versie: oktober 2009



Inhoud

Inleiding 7

1 Verwisseling van en bij patiënten 8

- 1.1 Achtergrond 8
- 1.2 Omvang 8
- 1.3 Afbakening 12
- 1.4 Doelstelling 13

2 Interventies 16

- 2.1 Fase 1: polikliniek 21
- 2.2 Fase 2: preoperatieve screening (POS) 22
- 2.3 Fase 3: opname 25
- 2.4 Fase 4: holding 26
- 2.5 Fase 5: OK (start) 29
- 2.6 Fase 6: OK (eind) 33

3 Doelstelling, indicatoren en meten 34

- 3.1 Doelstelling 34
- 3.2 Indicatoren voor het VMS Veiligheidsprogramma 35
- 3.3 Meten 39
- 3.4 Vertrouwelijke behandeling resultaten 39
- 3.5 Indicatoren voor intern gebruik 39

4 Adviezen voor implementatie 42

- 4.1 Implementatiestrategie 42
- 4.2 Praktische adviezen 42

5 Literatuurlijst 46

6 Definities 48

7 Bijlagen 50

- Bijlage 1*
Tips voor vraagstelling aan patiënten 51
- Bijlage 2*
Stappenplan implementatie 53



Inleiding

Voor u ligt de praktijkgids 'Verwisseling van en bij patiënten'. Hierin zijn de maatregelen beschreven die genomen kunnen in het pre- en operatieve proces waarmee verwisseling van en bij patiënten voorkomen kan worden.

Rond dit thema hebben experts namens het VMS Veiligheidsprogramma processtappen ter verbetering geformuleerd op basis van beschikbare literatuur, bestaande richtlijnen en nationale 'good practices'.

Tevens zijn de processtappen gebaseerd op een aantal internationale patiëntveiligheidsinitiatieven, ontwikkeld in Nederland (Surgical Patient Safety System (SURPASS), Vangnet-criteria MediRisk), de Verenigde Staten (Joint Commission International), Australië (Australian Council for Safety and Quality in Health Care), Groot-Brittannië (National Patient Safety Agency) en Duitsland (Aktionsbündnis Patientensicherheit).

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Preoperatief Proces' is nagenoeg afgerond (CBO, 2009). Ook het Safe Surgery Saves Lives Program van de World Health Organization (WHO) en de tools van de Association of peri-Operative Registered Nurses (AORN), 'Operate Through Your Initials' van de Canadian Orthopaedic Association (COA) en 'Sign Your Site' van de American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) zijn gebruikt bij de totstandkoming van deze praktijkgids.

De praktijkgids en bijbehorende instrumenten zijn bedoeld om u als professional in uw dagelijks werk te ondersteunen bij de implementatie van de processtappen ter voorkoming van verwisseling van en bij patiënten. Naast deze gids worden de interventies gepresenteerd en toegelicht tijdens landelijke themaconferenties. Alle beschikbare informatie en updates vindt u op de website www.vmszorg.nl.

1 Verwisseling van en bij patiënten

1.1 Achtergrond

Uit nationale en internationale literatuur blijkt dat een aanzienlijk deel van de vermijdbare schade bij patiënten in ziekenhuizen optreedt tijdens het operatieve proces (De Vries, 2008). De ongewenste gebeurtenissen beperken zich niet tot de operatiekamer. Grote onvolkomenheden en risicovolle gebeurtenissen vinden ook pre- en postoperatief plaats. Twee rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschrijven de knelpunten in het operatief traject in de huidige Nederlandse setting (IGZ, 2007 en 2008).

Hieruit komt ondermeer naar voren dat:

- er sprake is van zeer diverse en onvolledige dossiervoering;
- er nauwelijks gestandaardiseerde informatievoorziening is;
- de overdracht van informatie en de samenwerking tussen verschillende disciplines veel te wensen over laat.

De conceptrichtlijn 'Preoperatief Proces' brengt hierin met behulp van checklists en stopmomenten structuur aan (CBO, 2009).

1.2 Omvang

In 5,7% van alle opnames in Nederlandse ziekenhuizen trad onbedoelde schade op en in 2,3% van alle opnames trad vermijdbare schade op (Wagner, 2007). Dit heeft in 5% van de opnames met onbedoelde schade ook permanente schade tot gevolg gehad. In 8% van de opnames met onbedoelde schade was overlijden het gevolg. Meer dan de helft (54%) van de onbedoelde schade was geassocieerd met een chirurgische ingreep. Hiervan werd 34% beoordeeld als vermijdbaar.

Er zijn geen exacte Nederlandse cijfers bekend die de omvang aangeven van verwisseling van en bij patiënten. Deze verwisselingen omvatten onder andere verkeerde kant, verkeerde plaats, verkeerde procedure en verkeerde patiënt. Sinds 1993 zijn er bijvoorbeeld bij schadeverzekeraar MediRisk circa 450 verwisselingen gemeld. De laatste vijf jaar heeft MediRisk gemiddeld 26 claims per jaar over verwisselingen ontvangen (zie www.medirisk.nl, openbare schadecijfers). Het aantal schadeclaims over onbedoelde

schade is slechts het topje van de ijsberg. Niet alle incidenten resulteren in een schadeclaim. Aan allerlei ongewenste gebeurtenissen, zoals weergegeven in claims, klachten, MIP- of VIM-meldingen en complicaties, liggen wellicht dezelfde basisoorzaken ten grondslag. Hiermee rekening houdend zijn jaarlijks – en wellicht dagelijks - veel meer verwisselingsfouten of bijna-fouten gemaakt die met de juiste aanpak vermeden hadden kunnen worden. Vrijwel alle verwisselingen die bij de schadeverzekeraar werden gemeld, zijn erkend of minnelijk geschikt. Er is dus sprake van verwijtbare elementen die vermijdbaar zijn (zie www.medirisk.nl).

Verkeerde kant chirurgie komt niet vaak voor, maar iedere casus is er één teveel. De gehanteerde registratiemethode bepaalt in hoge mate welke incidentie in de literatuur wordt gerapporteerd. In een groot onderzoek uit Amerika werd bij 25 van 2.826.367 operaties een melding gemaakt bij de schadeverzekeraar van verkeerde kant chirurgie (exclusief lumbale chirurgie). Dit resulteert in een incidentie

van 1:112.994 operaties (95% betrouwbaarheidsinterval, 1:76.336 tot 1:174.825 (Kwaan, 2006)). De incidentie van verkeerde plaats (niveau) lumbale chirurgie werd geschat op 4,5 per 10.000 operaties (Ammerman, 2008). Een andere onderzoeksgroep uit Amerika rapporteert een incidentie van 1:3110 (Mody, 2008). Vooral procedures aan de extremiteiten zijn 'at risk' (Seiden, 2006).

Deze praktijkgids hanteert een bredere definitie van verwisseling, waardoor de incidentie veel hoger zal zijn. (De definities van verwisseling van patiënt, plaats en zijde, interventie, benodigheden of patiëntenmateriaal vindt u in hoofdstuk 6.)

Uit de implementatiestudie van de SURPASS checklist (een gevalideerde veiligheidschecklist die het gehele chirurgische traject bewaakt) blijkt na evaluatie van ruim 5700 patiënten dat in 24 van de 1000 patiënten (2,4%) het ontbreken van markering van zijde of plaats werd ondervangen. Bij de time-out vlak voor aanvang van de operatie werd in 10 van de 1000 patiënten (1%) een verwisseling van patiënt, ingreep of zijde voorkomen (SURPASS, ongepubliceerde resultaten).

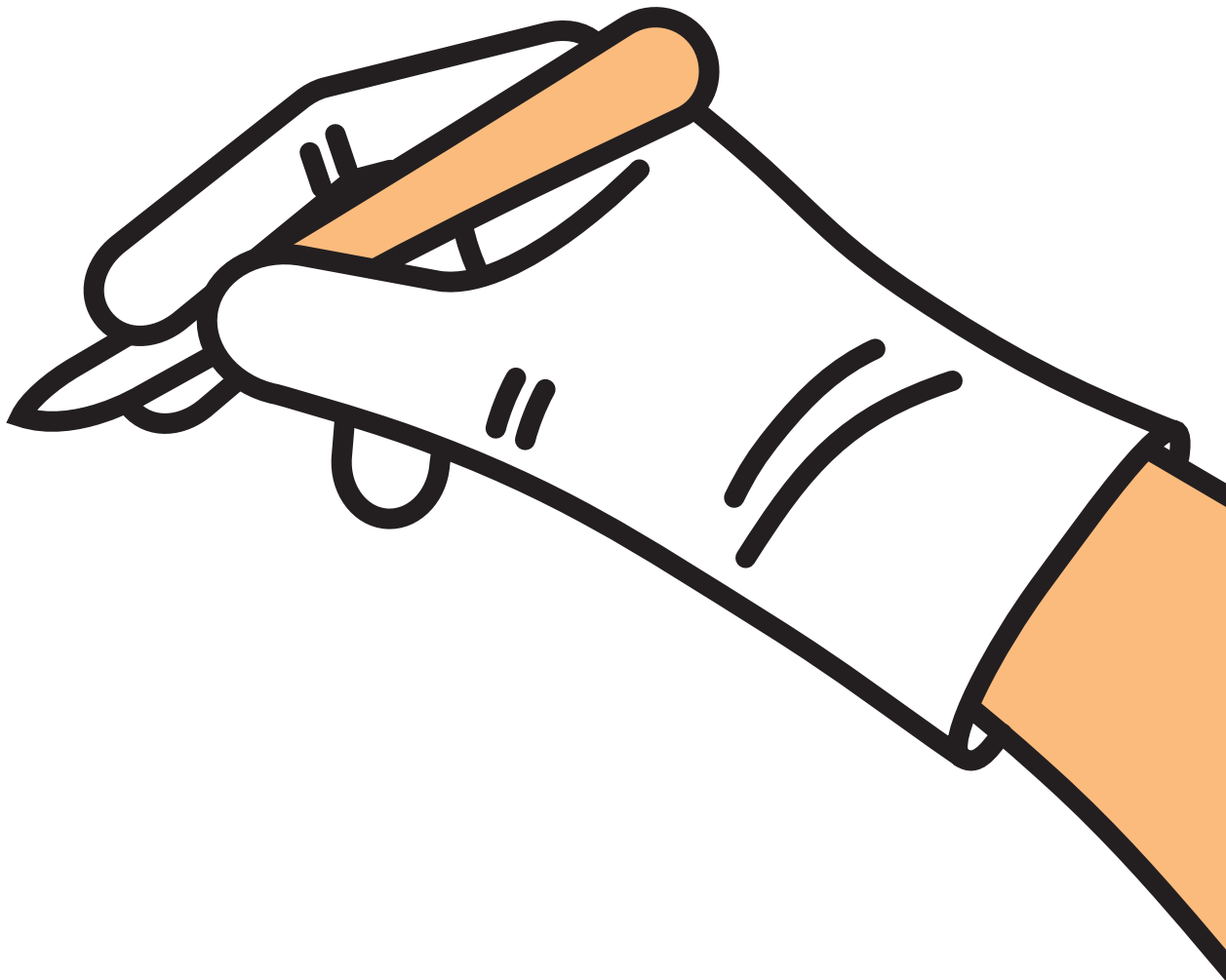
Risicofactoren voor verwisselingen zijn onder andere:

- slechte preoperatieve planning;
- betrokkenheid van meerdere operateurs bij een of meerdere procedures;
- tijdsdruk;
- ongewone patiëntenkarakteristieken;
- onduidelijke of onvolledige dossiervoering;
- overschrijffouten;
- inadequate identificatie en verificatie;
- niet betrekken van de patiënt bij de verificatie;
- geen gestructureerde communicatie;
- geen ziekenhuisbrede afspraken of integrale procedures voor het voorkomen van verwisselingen;
- ontoereikende naleving.
(MediRisk, 2007; Joint Commission, 1998).

Casus

In een Nederlands ziekenhuis zijn in 2008 18.646 patiënten op de preoperatieve anesthesiepoli gezien. Fouten en onvolkomenheden werden nauwlettend geregistreerd, zowel door de poli als door de operatieafdeling. Er werden in totaal 333 incidenten gemeld. Dit betekent dat bij 1,8% van alle patiënten een incident plaatsvond. Waarschijnlijk is er sprake van onderrapportage. Incidenten door identificatie en verificatie van patiënt en ingreep werden bij 4,6‰ van de patiënten geregistreerd op de polikliniek en bij 0,75‰ op de operatieafdeling.

Deze casus illustreert dat dergelijke incidenten al voor opname op de polikliniek kunnen worden ondervangen met specifieke controles, zoals beschreven in deze praktijkgids.



1.3 Afbakening

In deze praktijkgids is verwisseling van en bij patiënten die een interventie ondergaan het hoofdonderwerp. Hierbij ligt de focus op het klinische en dagchirurgische operatieve proces. Ook bij andere processen waar verwisseling zich kan voordoen, zoals poliklinische operaties, endoscopie, interventieradiologie, interventiecardiologie en poliklinische kaakchirurgie, kunt u gebruik maken van de adviezen uit deze gids. Bij het voorkomen van verwisseling gaat het om de juiste patiënt, op de juiste plaats en aan de juiste zijde, en de juiste interventie. Hierbij gaat het niet om de juiste keus vooraf over de interventie, maar om de toepassing van de juiste interventie op het moment zelf. Juist is dan gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak. Bovendien is het noodzakelijk om controle te hebben over het inbrengen van de juiste benodigdheden (bijvoorbeeld prothese, donororgaan of ooglens) bij de patiënt. Het gaat niet om de bevoorrading van de benodigdheden.

Ook het voorkomen van verwisseling van materiaal dat afkomstig is van patiënten, is onderdeel van dit thema. Het gaat hierbij om weefsel dat voortkomt uit de interventie, zoals biopten, kweekmateriaal, PA-preparaat en bloedsamples (bloedtransfusie komt hier niet aan bod).

Bij het thema verwisseling gaat het expertteam ervan uit dat een patiënt al bij een eerste ziekenhuiscontact (bijvoorbeeld de eerste polikliniek afspraak) is geïdentificeerd aan de hand van een geldig legitimatiebewijs. Dit is het moment dat de patiëntgegevens voor het eerst in het ziekenhuisinformatiesysteem worden ingevoerd.

1.4 Doelstelling

Voor dit thema heeft het expertteam doelstellingen op uitkomst- en procesniveau geformuleerd. De doelstelling op uitkomstniveau is:

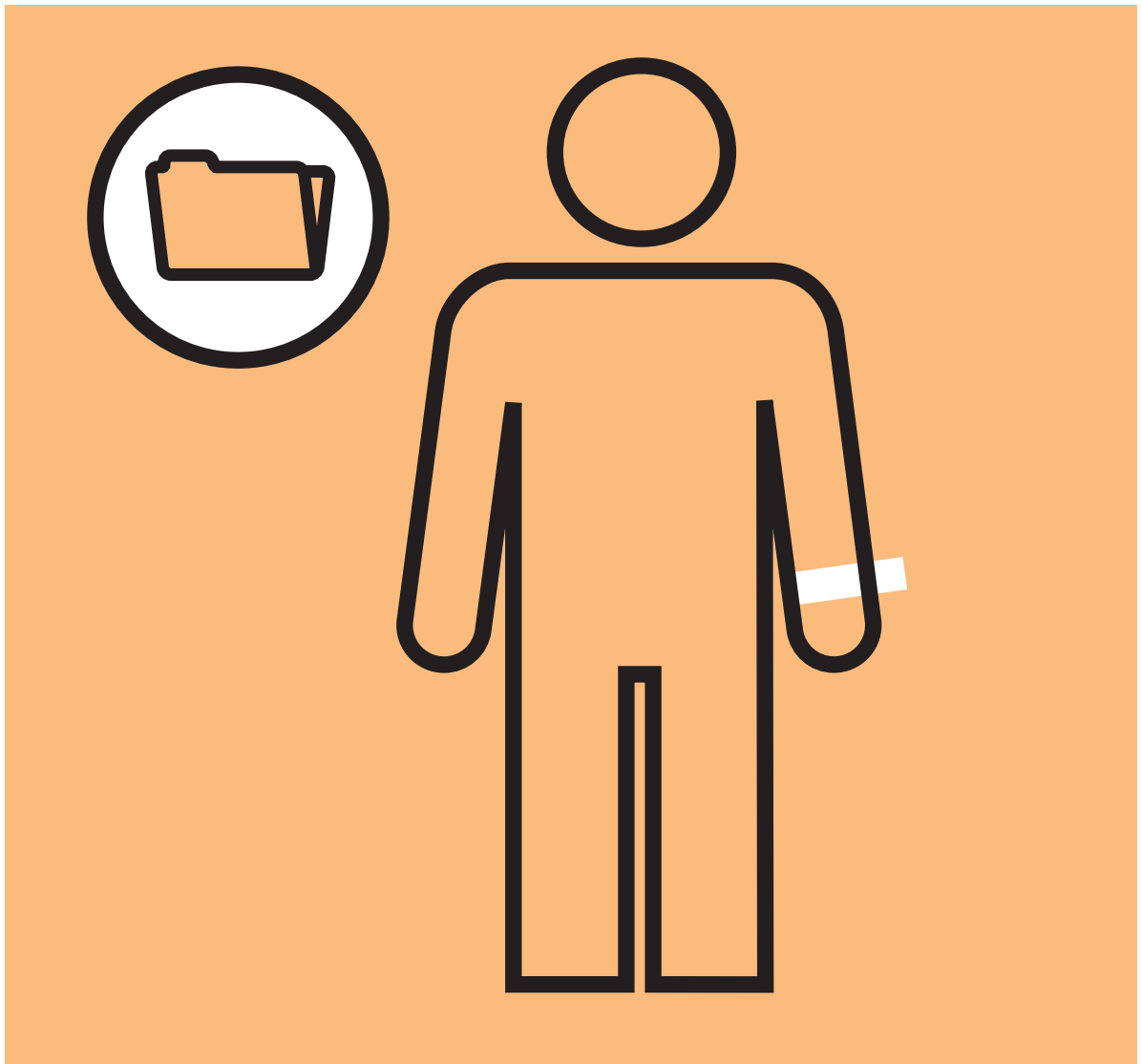
Voor december 2012 is het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie gedaald. Bij electieve ingrepen wordt daarbij gestreefd naar 0 verwisselingen.

Bij spoedingrepen is dit streefniveau moeilijker haalbaar. In deze situaties gelden soms andere prioriteiten, waardoor bijvoorbeeld een time-out procedure niet (geheel) lukt. Met spoedingrepen worden procedures bedoeld bij patiënten met een acuut levensbedreigende/ orgaanbedreigende aandoening. Hierbij kunt u om geldige redenen afwijken van het protocol. Het streven is dat er geen verwisselingen meer optreden. Niet één verwisselingsfout die te voorkómen is, mág nog vóórkomen. Dit geldt voor verwisseling van de patiënt, de plaats en zijde, de interventie, de benodigdheden en het patiëntenmateriaal. Verwisselingen van patiëntenmateriaal en benodigdheden voor de interventie zijn moeilijk meetbaar en daarom niet meegenomen in deze uitkomstindicator.

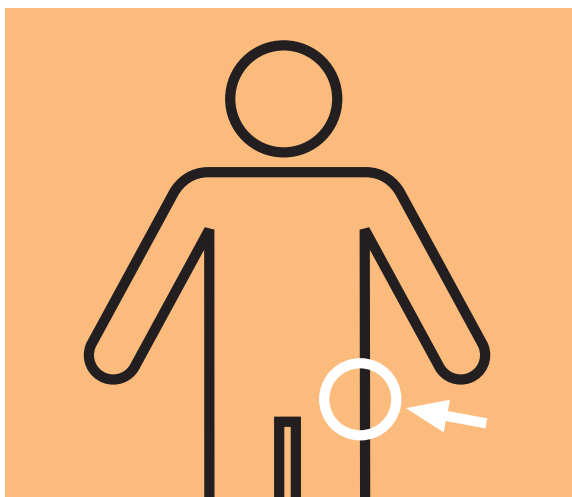
Doelstellingen op procesniveau

- *Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen een systematische identificatie van de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het operatieve proces plaats om verwisseling van en bij patiënten te voorkomen.*
- *Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen voor de start van de anesthesie tenminste bij alle electieve interventies een gezamenlijk time-outmoment plaats.*

Dit thema behandelt de implementatie van maatregelen in het pre- en operatieve proces die de veiligheid verbeteren. Deze implementatie vergt een behoorlijke inspanning door het aanleren van identificatie- en verificatieprocedures tijdens meerdere fasen van het operatieve proces. Zodanig dat deze procedures een nieuwe routine worden.



De juiste patiënt



De juiste te opereren plaats en zijde



De juiste ingreep



De juiste benodigheden



De juiste patiëntmaterialen

2 Interventies

Namens het VMS Veiligheidsprogramma heeft het expertteam 'Verwisseling van en bij patiënten' aan de hand van een operatief proces zes fasen gedefinieerd met interventies ter preventie van verwisseling van en bij patiënten. Deze interventies hebben betrekking op identificatie en verificatie gedurende het traject voorafgaand aan een operatie.

2.1 Fase 1: polikliniek

2.2 Fase 2: preoperatieve screening (POS)

2.3 Fase 3: opname

Fase 3a: opname op de afdeling

Fase 3b: voorbereiding op de OK

2.4 Fase 4: holding

2.5 Fase 5: OK (start)

2.6 Fase 6: OK (eind)

Om verwisselingen te voorkomen zal voor en tijdens de operatie van een patiënt een identificatie en verificatie moeten plaatsvinden van de:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie;
- juiste benodigdheden;
- juiste patiëntmaterialen.

Het expertteam beveelt aan de interventie per fase schriftelijk vast te leggen en steeds door de verantwoordelijke te laten paraferen. Om achteraf terug te kunnen zoeken wie welke handeling heeft verricht, dient u een checklist altijd te laten ondertekenen met naam en handtekening, zodanig dat deze herleidbaar is tot de persoon.

Geconstateerde verschillen tijdens de checks bespreekt de betreffende controleur met de operateur, die eindverantwoordelijk is.

Vooraf bij de informatie transfermomenten van fase 4, 5 en 6 dienen de cross-checks, zoals uitgewerkt in de paragrafen hierna, plaats te vinden door face-to-face communicatie. Schematisch zijn de volgende fasen, verantwoordelijken en checks vastgesteld:

Fase	Fase 1 Polikliniek	Fase 2 Preoperatieve screening	Fase 3a Opname op afdeling
Verantwoordelijke	<ul style="list-style-type: none"> • Operateur • Patiënt (wettelijke vertegen- woordiger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthesioloog • Patiënt (wettelijke vertegen- woordiger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige • Patiënt (wettelijke vertegen- woordiger) • Operateur (markering)
Check	<ul style="list-style-type: none"> • Juiste patiënt • Juiste plaats en zijde • Juiste interventie 	<ul style="list-style-type: none"> • Juiste patiënt • Juiste plaats en zijde • Juiste interventie • Juiste anesthesie- techniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Juiste patiënt • Juiste plaats en zijde • Juiste interventie • Juiste markering (operateur)

Fase 3b Vorbereiding op de OK	Fase 4 Holding	Fase 5 OK (start)	Fase 6 OK (eind)
<ul style="list-style-type: none"> • Operateur (markering) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medewerker holding, Verpleegkundige afdeling • Patiënt (wettelijke vertegenwoordiger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Operateur, anesthesioloog, operatieassistent, anesthesie-medewerker • Patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Operateur, operatieassistent
<ul style="list-style-type: none"> • Juiste benodigdheden 	<ul style="list-style-type: none"> • Juiste patiënt • Markering aangebracht 	<p>Time-out:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juiste patiënt • Juiste plaats en zijde • Juiste interventie • Juiste benodigdheden 	<p>Indien patiëntenmateriaal:</p> <p>Juiste patiënt-identiteit op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juiste materiaal • Bijgevoegde formulieren



2.1 Fase 1: polikliniek

Op de polikliniek checkt de operateur¹ samen met de patiënt² of het gaat om de:

- **juiste patiënt:**

de operateur stelt samen met de patiënt vast dat de identiteit van de patiënt juist is. Daartoe stelt de operateur open vragen over tenminste twee kenmerken (geboortenaam en geboortedatum) en laat deze door de patiënt zelf beantwoorden. Hierbij gaat het expertteam ervan uit dat bij het eerste ziekenhuiscontact de patiëntidentiteit met een geldig legitimatiebewijs is gecontroleerd;

- **juiste plaats en zijde:**

de operateur controleert samen met de patiënt of de gegevens vanuit het EPD/de status over plaats en zijde juist zijn;

- **juiste interventie:**

de operateur controleert samen met de patiënt of de gegevens vanuit het EPD/de status over diagnose en interventie juist zijn.

De operateur vermeldt in het EPD/de status dat de controles op de juiste patiënt, juiste plaats en zijde, en juiste interventie door patiënt en arts zijn uitgevoerd.

¹ Overal waar in de tekst 'operateur' staat, wordt bedoeld: de operateur of zijn/haar plaatsvervanger

² Overal waar in de tekst 'patiënt' staat, wordt bedoeld: de patiënt of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger

2.2 Fase 2: preoperatieve screening (POS)

Bij de preoperatieve screening checkt de anesthesioloog³ – op dezelfde wijze als in fase 1 – of het gaat om de:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie.

Daarnaast checkt de anesthesioloog of het gaat om de:

- juiste anesthesietechniek: de anesthesioloog verifieert samen met de patiënt of de anesthesietechniek juist is, conform afspraak en overeenkomstig de te verrichten interventie.

De anesthesioloog vermeldt in het EPD/de status dat de controles betreffende de juiste patiënt, juiste plaats en zijde, juiste interventie en juiste anesthesietechniek (procedure) door patiënt en arts zijn uitgevoerd.

³ Overal waar in de tekst ‘anesthesioloog’ staat, wordt bedoeld: de anesthesioloog of zijn/haar plaatsvervanger





2.3 Fase 3: opname

Fase 3a: opname op de afdeling

Bij opname op de afdeling checkt de verpleegkundige – op dezelfde wijze als in fase 1– of het gaat om de:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie.

De verpleegkundige vermeldt in het EPD/de status dat de controles betreffende de juiste patiënt, juiste plaats en zijde, en juiste interventie door de patiënt en verpleegkundige zijn uitgevoerd. De verpleegkundige brengt bij de patiënt een identiteitsbandje aan.

Tip

Het identiteitsbandje alleen is onvoldoende om te verifiëren of het de juiste patiënt is. Op het identiteitsbandje dient altijd een dubbel-check plaats te vinden met het EPD/de status. Idealiter checkt de verpleegkundige dit samen met de patiënt, dus op de afdeling en vóór het toedienen van pre-medicatie.

Daarnaast checkt de operateur of het gaat om de:

- juiste markering: de operateur markeert, na overleg met de patiënt en met gezamenlijke overeenstemming over de plaats en/of zijde, met een pijl de juiste te opereren plaats en/of zijde.

De operateur is eindverantwoordelijk voor de juiste markering voor het transport naar de OK.

De operateur noteert in het EPD/de status dat hij/zij in overleg met de patiënt de juiste plaats en/of zijde heeft gemarkeerd.

Fase 3b: voorbereiding op de OK

Op de dag voordat de patiënt van de afdeling naar de OK gaat of aan het begin van de operatiedag controleert de operateur de:

- juiste benodigdheden: deze dienen specifiek voor die betreffende patiënt aanwezig te zijn, zodat de juiste materialen bij de patiënt worden ingebracht. Indien dit niet het geval is, kan de operateur dit bijstellen.

2.4 Fase 4: holding

Voordat de patiënt naar de operatiekamer wordt gebracht, controleren de verpleegkundige en holdingmedewerker of het gaat om de:

- juiste patiënt: bij aankomst in de voorbereidingsruimte verifiëren zij de identiteit van de patiënt op tenminste twee van de drie kenmerken: geboortenaam, geboortedatum en patiëntnummer. Er vindt een driepunts-identificatie plaats door de:
 - (wakkere) patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, het EPD/de status en de identiteitsbandje(s);
 - verpleegkundige van de afdeling;
 - medewerker holding.
- juiste markering die is aangebracht en de complete aanwezigheid van het juiste EPD/de juiste status bij de juiste patiënt.

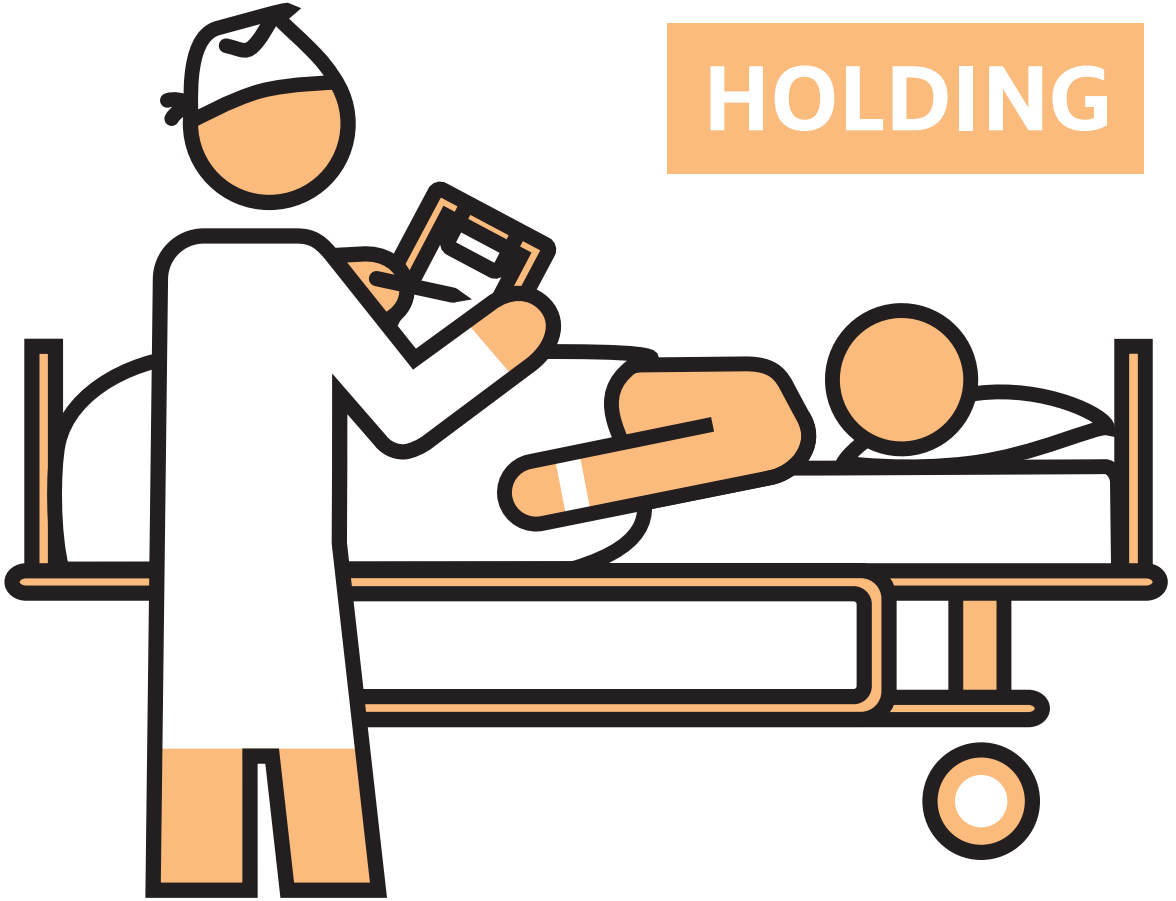
De verpleegkundige vermeldt in het EPD/de status dat bovenstaande controles zijn uitgevoerd.

Bij interventies in de voorbereidingsruimte, waarbij patiënten lokale of regionale anesthesie krijgen (bijvoorbeeld bij plaatsing lange lijn, regionaal blokkade of epiduraal catheter), checkt de anesthesioloog (of de plaatsvervangend arts) door een pre time-out of het gaat om de:

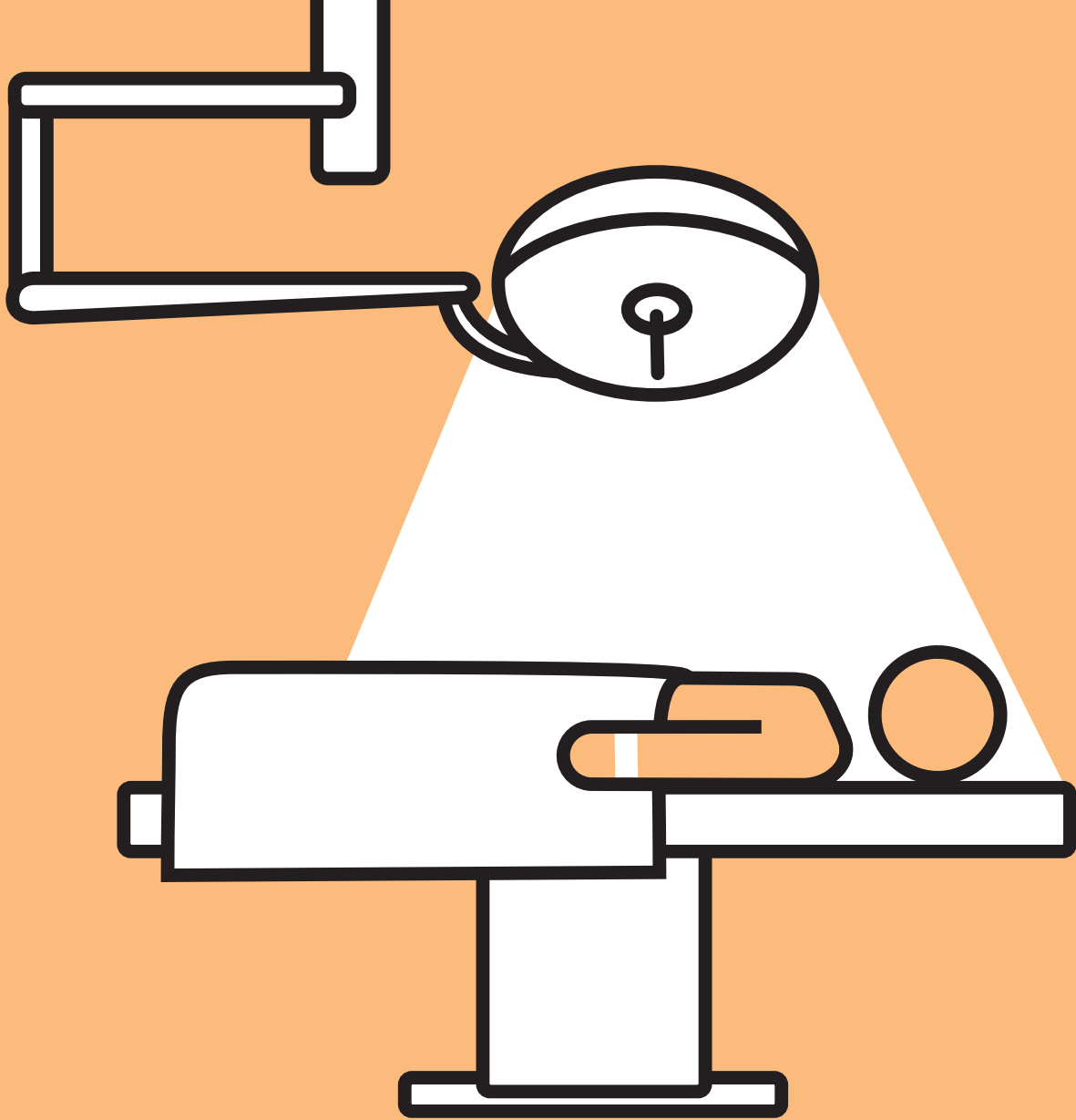
- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie.

De anesthesioloog controleert bij de wakkere patiënt (of met een verpleegkundige) of de gegevens uit het EPD/de status en de gemarkeerde plaats en zijde overeenkomen. Hiermee vervangt u de procedure in fase 5 echter niet. Deze vindt nog steeds plaats bij patiënten die algehele anesthesie krijgen.

De anesthesioloog vermeldt in het EPD/de status dat de controles op juiste plaats en zijde, en juiste interventie zijn uitgevoerd.



HOLDING



2.5 Fase 5: OK (start)

Bij de start van de OK controleren de operator, anesthesioloog, operatieassistent en anesthesiemedewerker – aan de hand van het EPD/ de status – of het gaat om de:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie;
- juiste benodigheden.

Hierbij wijkt u af van de eerder vermelde voetnoot: de anesthesioloog dient bij deze procedure zelf aanwezig te zijn en mag zich niet laten vervangen.

Deze check vindt plaats tijdens de **Time-out procedure**. De Time-out procedure is een laatste (gestandaardiseerd) controlemoment voor de start van de anesthesie. Als alle voorbereidingen zijn afgerond en de operatie op het punt staat te starten, creëert u een

time-outmoment, dat hooguit 1 minuut in beslag neemt. De operator, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en operatieassistent gebruiken dit moment om zich er gezamenlijk van te overtuigen dat alle informatie en gegevens over de interventie corresponderen. Het doel van de Time-out procedure is het opsporen van eventuele fout-op-fout situaties en het voorkomen van verwisselingen. In feite controleert u of het de juiste interventie is bij de juiste patiënt, op de juiste plaats en zijde. Ook controleert u of de juiste benodigheden (materiaal en implantaat) voor de interventie aanwezig zijn.

Tip

Maak lokaal afspraken wie de Time-out procedure initieert en leidt.

Zodra de operateur en alle overige medewerkers op hun plaats staan en de ingreep kan beginnen, voert u de Time-out procedure uit. Vraag ieders aandacht en controleer de volgende gegevens aan de hand van het EPD/ de status, de identiteitsbandje(s), de markering en het operatieprogramma. (Suggesties voor de vraagstelling vindt u in bijlage 1.)

- Kloppen de patiëntgegevens (geboortenaam, geboortedatum en eventueel patiëntnummer)?
- Kloppen de operatiegegevens?
- Wat is de te opereren plaats en zijde?
- Zijn de benodigde materialen en implantaten aanwezig (indien van toepassing)?

Als alle vragen zijn beantwoord en akkoord bevonden, kan de operatie starten.

Als de controle niet gezamenlijk of incompleet is uitgevoerd door de operateur, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en operatie-assistent, is er geen sprake van een Time-out procedure.

De operateur is verantwoordelijk voor de uitvoering van de procedure en heeft ook de eindverantwoordelijkheid. De anesthesioloog, anesthesiemedewerker en operatieassistent hebben een signalerende functie naar de operateur toe.

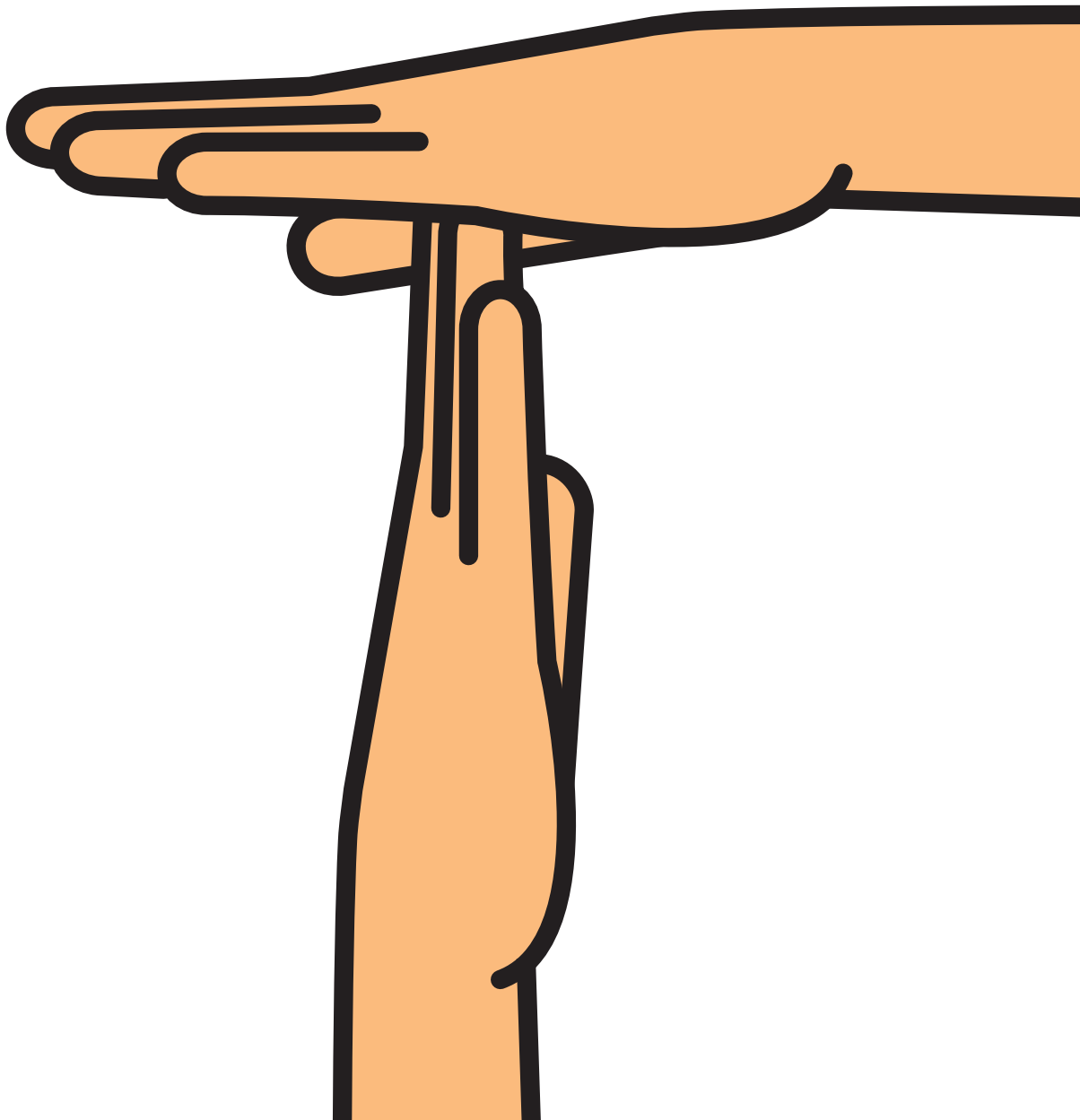
Het advies van het expertteam is om 'go-no go' af te spreken als niet aan alle voorwaarden is voldaan. De operateur is eindverantwoordelijk voor de vraag of de operatie doorgang kan vinden. Bij voorkeur gebeurt dit in overleg met de anesthesioloog. Ook deze informatie legt u vast op een manier die tot de verantwoordelijke persoon herleidbaar is.

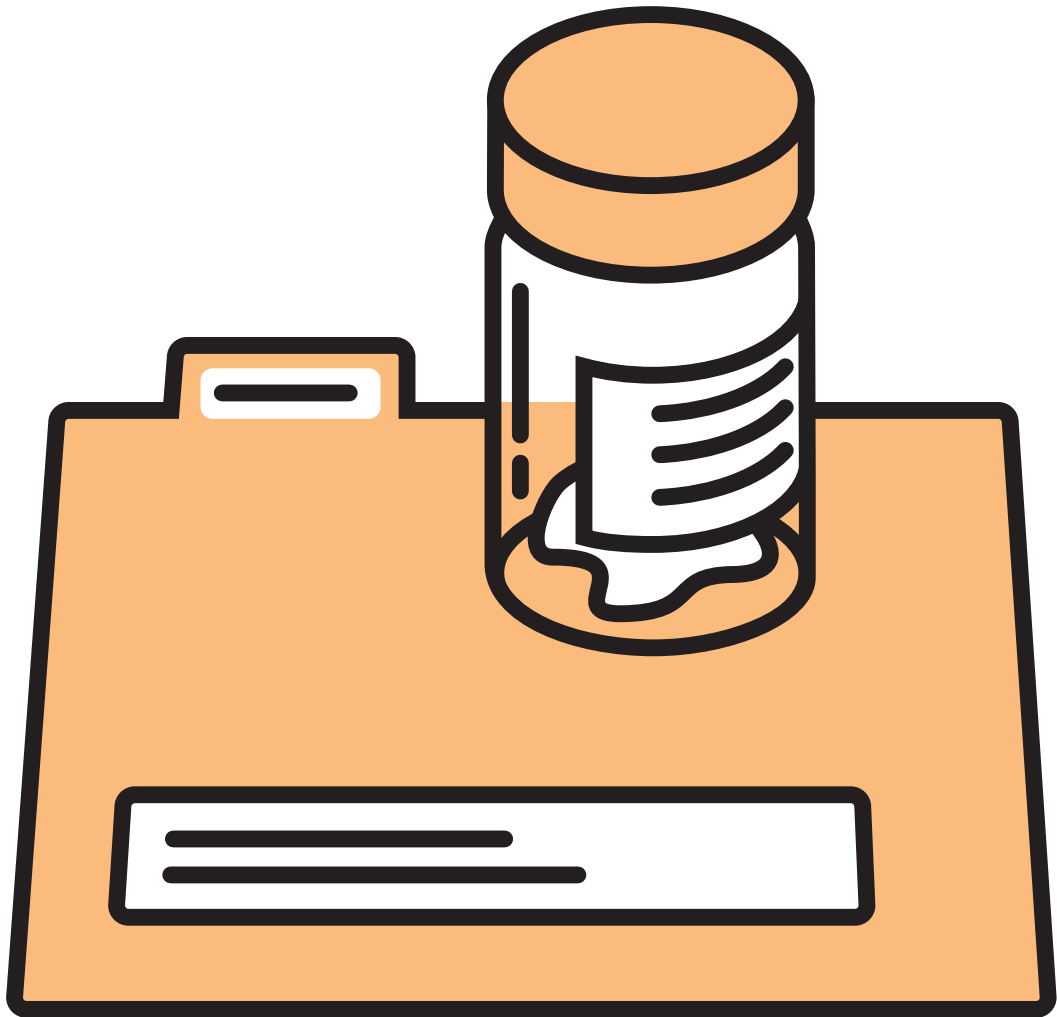
Als de procedure gezamenlijk en compleet is uitgevoerd, is de operateur eindverantwoordelijk voor de verslaglegging van de uitgevoerde controles in het ziekenhuisinformatiesysteem. Registreer hierbij ook de operateur(s), de ingreep en het gebruik van alle materialen of prothesen.

Aangezien er verschillende informatiesystemen in de diverse ziekenhuizen bestaan, adviseert het expertteam alle bovengenoemde informatie herleidbaar en opvraagbaar te noteren.

Tip

Een digitaal OK-systeem heeft de voorkeur boven een papieren systeem, vanwege een kleinere kans op registratiefouten.





2.6 Fase 6: OK (eind)

Aan het eind van de OK checkt de operateur samen met de operatieassistent of het gaat om de:

- juiste patiëntmaterialen: de operateur controleert met de operatieassistent de identificatie en markering van het patiëntmateriaal van de interventie (bijvoorbeeld biopten, kweekmateriaal of PA-preparaat), en de juistheid en compleetheid van de bijbehorende formulieren. De bloedbuizen die de anesthesioloog operatief gedurende de interventie instuurt naar het laboratorium worden hier niet bedoeld.

De operateur is eindverantwoordelijk, totdat het product ter verwerking elders is, en vermeldt in het EPD/de status dat bovenstaande controle is uitgevoerd.

3 Doelstelling, indicatoren en meten

3.1 Doelstelling

Doelstelling op uitkomstniveau

Voor december 2012 is het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie gedaald. Bij electieve ingrepen wordt daarbij gestreefd naar 0 verwisselingen.

Doelstellingen op procesniveau

- *Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen een systematische identificatie van de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het operatieve proces plaats om verwisseling van en bij patiënten te voorkomen.*
- *Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen voor de start van de anesthesie tenminste bij alle electieve interventies een gezamenlijk time-outmoment plaats.*

3.2 Indicatoren voor het VMS Veiligheidsprogramma

Het VMS Veiligheidsprogramma wil gedurende de looptijd van het programma monitoren hoe de implementatie van de verschillende thema's verloopt. Daarom vragen we u om onderstaande gegevens aan te leveren bij het VMS Veiligheidsprogramma. Voor gedetailleerde informatie over onderstaande indicatoren verwijzen wij u naar de factsheets op www.vmszorg.nl.

Structuurindicatoren

Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie en logistiek van een systeem en laten zien of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren.

Structuurindicator 1

Bestaat er in uw ziekenhuis een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure op kritieke transfermomenten van het operatieve traject ten aanzien van:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie;
- juiste benodigheden;
- juiste patiëntenmaterialen?

Kritieke transfermomenten zijn die plaatsen waar het risico op verwisseling van en bij patiënten het grootst is:

- op de polikliniek(en) vanaf het eerste intakegesprek voor opname;
- bij de (opname-)afdeling tijdens de voorbereiding op de interventie;
- op de operatiekamer voor het starten van de anesthesie;
- op de operatiekamer bij het eindigen van de interventie wanneer patiëntenmaterialen uit de interventie verder verwerkt of onderzocht moeten worden.

Structuurindicator 2

Wordt deze identificatie- en verificatieprocedure geregistreerd in één centrale documentatie (EPD/status en/of digitale aanmelding en registratie van interventie)?

Structuurindicator 3

Worden verwisselingen van en bij patiënten structureel gemeld in uw interne ziekenhuis incidentmeldingssysteem?

Procesindicatoren

Metingen op procesniveau geven een goed beeld van de naleving van de verschillende interventies in de dagelijkse praktijk en maken het mogelijk snel maatregelen te treffen als de naleving onvoldoende is. De volgende procesindicatoren zijn geformuleerd:

Op de polikliniek

Procesindicator 1

Aantal electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatieprocedure heeft plaatsgevonden

Totaal aantal electieve ingrepen

...% electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatieprocedure heeft plaatsgevonden

————— x 100% =

Op de polikliniek gaat het om de verificatie- en identificatieprocedure van de juiste patiënt, juiste plaats en zijde, en juiste interventie.

Op de OK (electieve ingrepen)

Procesindicator 2

Aantal electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-out-moment heeft plaatsgevonden

...% electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een

Totaal aantal electieve ingrepen

x 100% = gezamenlijk time-outmoment heeft plaatsgevonden

Het expertteam adviseert deze verificatie- en identificatieprocedure op de polikliniek en de Time-out procedure, zowel bij electieve als bij spoedingrepen, voor 100% na te leven. Bij deze indicatoren zijn de spoedingrepen echter niet meegerekend. Met spoedingrepen worden procedures bedoeld bij patiënten met een acuut levensbedreigende/orgaanbedreigende aandoening. In deze situaties kunt u om geldige redenen afwijken van het protocol.

Uitkomstindicator

Een uitkomstindicator of resultaatindicator meet het gewenste of ongewenste resultaat van de zorgverlening.

Uitkomstindicator (electieve ingrepen)

Totaal aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie

Totaal aantal electieve ingrepen

x 1000 =

Aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie per 1000 electieve ingrepen

Het gaat hier om het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie dat per categorie heeft plaatsgevonden.

Tip

Kijk voor de laatste versie en een uitgebreide omschrijving van de indicatoren (factsheets) op www.vmszorg.nl.

3.3 Meten

Genoemde indicatoren meet u bij voorkeur continu. Hiervoor kunt u gebruik maken van het digitale OK-systeem waarmee uw ziekenhuis werkt. Als uw ziekenhuis nog niet beschikt over een dergelijk digitaal systeem, of wanneer het in uw ziekenhuis nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen, kunt u in eerste instantie volstaan met een steekproef.

Voor de uitkomstindicator geeft dit geen hoge registratielast, aangezien u al verplicht bent om de verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie te melden, en het een lage incidentie op jaarbasis heeft.

De structuurindicatoren dient u één keer per jaar te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma, de procesindicatoren en uitkomstindicator één keer per kwartaal.

Het aanleveren van deze gegevens kan via een module op de website van het VMS Veiligheidsprogramma. U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via deze module vergelijken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van de ziekenhuizen gewaarborgd.

3.4 Vertrouwelijke behandeling resultaten

De gegevens worden binnen het VMS Veiligheidsprogramma vertrouwelijk behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten gebracht. De gegevens zullen op geen enkele wijze herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

3.5 Indicatoren voor intern gebruik

Voor een interne kwaliteitstoets in uw ziekenhuis kunt u onderstaande indicatoren gebruiken. De uitkomsten hoeven niet gerapporteerd te worden aan het VMS Veiligheidsprogramma. Ze dienen alleen voor intern gebruik in het eigen ziekenhuis.

Interne procesindicatoren

Interne procesindicator op de OK 1

(spoedingrepen)

Percentage spoedingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-out moment heeft plaatsgevonden.

Interne procesindicator op de OK 2

(electieve ingrepen)

Percentage van de te opereren patiënten waarbij bij de time-out op de operatiekamer blijkt dat de juiste plaats en zijde niet zijn gemarkeerd. De markering dient 100% te worden nageleefd.

Interne uitkomstindicatoren

Interne uitkomstindicator 1

Percentage ingrepen waarbij tijdens de time-out onjuistheden zijn geconstateerd, waardoor fouten konden worden voorkómen. Het betreft hier onjuistheden op het gebied van de:

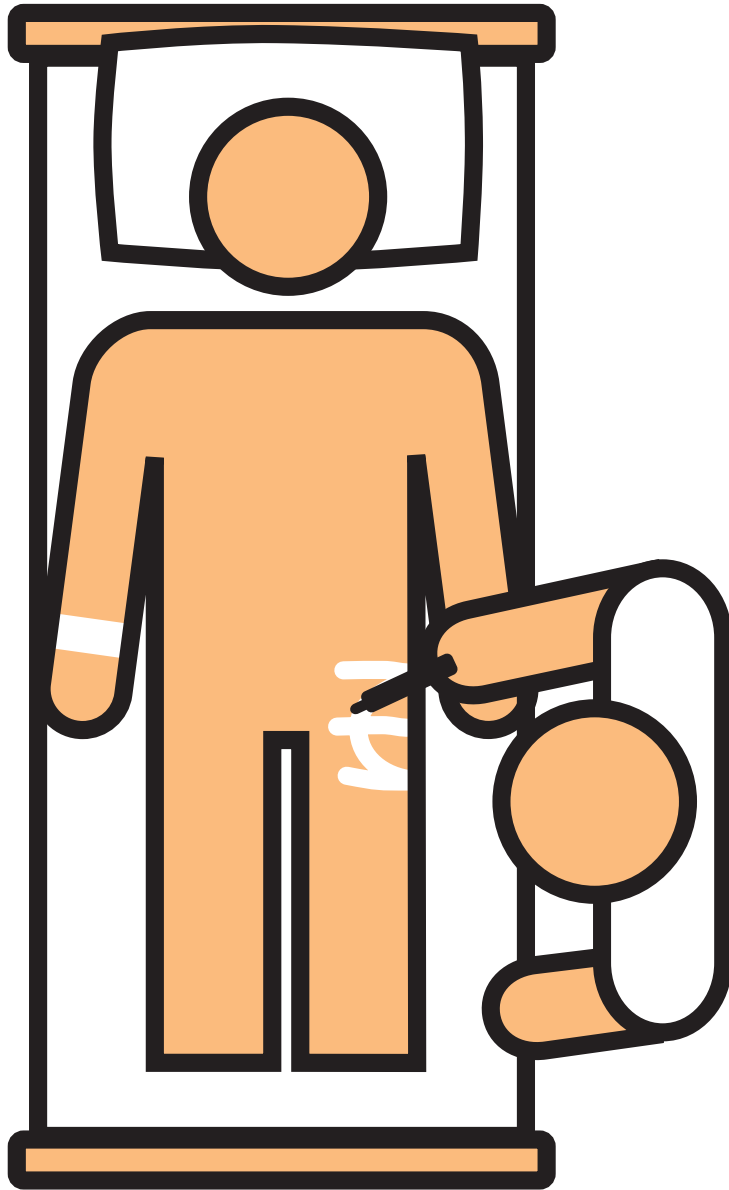
- juiste patiënt en/of;
- juiste plaats en zijde en/of;
- juiste interventie en/of;
- juiste benodigdheden.

De onjuistheden kunt u registreren in uw incident meldingssysteem om vervolgens op basis van een analyse systematisch te kijken naar mogelijke verbeteringen.

Interne uitkomstindicator 2

(spoedingrepen)

Aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie per 1000 spoedingrepen. Hierbij gaat het om alle verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie tezamen, die hebben plaatsgevonden.



4 Adviezen voor implementatie

4.1 Implementatiestrategie

Het model dat het VMS Veiligheidsprogramma gebruikt om veranderingen in de zorg te implementeren, is het Nolan-verbetermodel. Dit model bestaat uit de Plan Do Study Act (PDSA)-cyclus en drie kernvragen:

- Wat willen we bereiken?
- Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
- Welke veranderingen, die resulteren in verbeteringen, kunnen we invoeren?

Meer informatie over dit onderwerp vindt u in de praktijkgids 'Continu Betrouwbaar Verbeteren' en in de e-learningmodule op www.vmszorg.nl.

Bijlage 2 van deze praktijkgids bevat een stappenplan voor implementatie.

4.2 Praktische adviezen

Voor een succesvolle implementatie van het thema 'Verwisseling van en bij patiënten' biedt het expertteam u graag de nodige praktische adviezen aan.

Algemene adviezen voor implementatie van het thema 'Verwisseling van en bij patiënten'

- Stel een multidisciplinair projectteam samen dat bestaat uit 'kartrekkers'. Dit multidisciplinaire team zorgt voor de opzet, invoering en evaluatie van dit thema. Denk aan een evenwichtig samengesteld team met daarin vertegenwoordigers van verschillende beroepsgroepen, zoals:
 - snijdend specialisten;
 - anesthesiologen;
 - anesthesiemedewerkers;
 - operatieassistenten;
 - verpleegkundigen;
 - ICT'ers.

Multidisciplinaire samenwerking is noodzakelijk, omdat verschillende beroepsgroepen bij de identificatie- en verificatieprocedure zijn betrokken.

- Organiseer een bijeenkomst waarbij draagvlak en commitment verworven kan worden van de raad van bestuur, het managementteam van de OK en alle beroepsgroepen. Voordat u daadwerkelijk met het project start, is het noodzakelijk dat de raad van bestuur/het management en de hoofden van alle betrokken beroepsgroepen achter het project staan, dit vastleggen en uitdragen naar hun afdelingen.
- Creëer vervolgens draagvlak bij alle betrokken medewerkers. Het werkt vaak goed om uit iedere betrokken beroepsgroep een of twee enthousiaste medewerkers bij het project te betrekken. Dit zijn de zogenaamde 'champions' die zelf het project kunnen uitdragen naar hun collega's. Betrek in ieder geval snijdend specialisten. Bij de bewustwording en de 'sense of urgency' kunnen rapporten van de Inspectie, cijfers van klachten, incidenten en claims of incidentanalyses, motiverend en overtuigend werken. Gebruik hierbij vooral cijfers en voorbeelden van incidenten uit de eigen organisatie.
- Inventariseer voor de start van de implementatie in hoeverre de werkprocessen zoals ze in de huidige situatie zijn, aansluiten bij de handelingen ter voorkoming van patiëntverwisseling. Bespreek en regel eventuele logistieke aanpassingen voorafgaand aan het traject.
- Organiseer een kick-off meeting om de nieuwe werkwijze bekend te maken.
- Faseer de implementatie. Begin bijvoorbeeld met alle handelingen in het operatiecomplex bij alle snijdende specialismen. Het voordeel hiervan is dat er geen discussie kan ontstaan over welke patiënten wel of niet in het traject zitten, omdat de handelingen vanaf het begin voor alle patiënten gelden. Dit is handig voor bijvoorbeeld anesthesisten en verkoeverpersoneel, die met patiënten van verschillende snijdende specialismen te maken hebben. Voeg daarna de handelingen op de poli en opnameafdelingen toe. Het voordeel hiervan is dat eventuele problemen kleinschalig optreden en kunnen worden opgelost, voordat op grote schaal geïmplementeerd wordt. Bovendien is er minder mankracht nodig.
- Laat alle betrokken beroepsgroepen kleinschalig oefenen met de handelingen ter

voorkoming van patiëntverwisseling, voordat breed wordt geïmplementeerd. Vraag na de oefenperiode om feedback en neem deze mee in het implementatietraject. Dit leidt vaak tot veel goede suggesties.

- Blijf na het begin van de implementatie openstaan voor feedback, knelpunten en vragen.
- Leg de handelingen ter voorkoming van patiëntverwisseling vast in protocollen, reglementen of werkafspraken. Zorg dat de afspraken voor alle betrokkenen makkelijk toegankelijk zijn en bewust worden nageleefd. Om dit te bevorderen, registreert en controleert u de naleving. Dit kan bijvoorbeeld door het uitvoeren van interne audits op dit onderwerp.
- Maak handige zakkaartjes (met bijvoorbeeld de flowchart van hoofdstuk 2) met uitleg over de identificatie- en verificatieprocedure en stel het beschikbaar voor iedereen die met patiëntenzorg te maken heeft.
- In het AMC is de SURPASS[®] checklist ontwikkeld en gevalideerd. Dit is een veiligheidschecklist die het gehele ziekenhuis-traject van de chirurgische patiënt volgt (van opname tot ontslag) en de informatie-overdracht bij iedere transfer van de patiënt bewaakt. Deze checklist wordt inmiddels in vele ziekenhuizen gebruikt. U kunt deze ook gebruiken bij de implementatie van de interventies uit hoofdstuk 2.

Adviezen op het gebied van logistiek en organisatie van zorg

- Maak op lokaal niveau afspraken over de logistiek rondom de handelingen ter voorkoming van verwisseling.
- Zorg dat het proces zo is ingericht dat duidelijk is wie verantwoordelijk is op welke momenten. Leg dit op papier vast en communiceer dit met de betrokkenen.
- Zorg voor een duidelijke, werkbare en gebruiksvriendelijke manier van administreren en vastleggen van de processen. Betrek de ICT-afdeling op tijd en vraag hen om advies. Vaak zijn er al bruikbare voorbeelden voorhanden.
- Spreek af wie binnen het OK-team meldingen van verwisselingen doet en/of wie daarvoor verantwoordelijk is.

Adviezen voor scholing en feedback

- Stel een communicatieplan op en organiseer, ruim voor de start van de implementatie, informatiebijeenkomsten voor alle betrokken disciplines. Geef aandacht aan individuele groepen, maar streef ook naar een multidisciplinair samengesteld overleg/bijeenkomst, waarin hoor en wederhoor kan plaatsvinden. Maak dit ziekenhuisbreed; sla niemand over die ermee te maken heeft.
- Door klinische lessen, introductiecurssussen bij indiensttreding, etc. kan scholing plaats-

vinden aan professionals (in opleiding) over:

- het belang van voorkomen van verwisseling van patiënt, plaats en zijde, en interventie;
 - de systematische procedure en afspraken die het ziekenhuis heeft over het voorkomen van verwisselingen;
 - de Time-out procedure;
 - de communicatietechnieken;
 - de samenwerking binnen het OK-team en andere afdelingen (zoals verpleegafdelingen, recovery, poli, etc.);
 - het slechten van hiërarchische verhoudingen binnen het team (iedereen moet iedereen kunnen aanspreken).
- Geef feedback over het aantal verwisselingen en de onderliggende oorzaken (bijvoorbeeld onjuiste markering aangebracht) aan vakgroepen/afdelingen/maatschappen.
 - Maak bij scholing en feedback gebruik van cijfers van de indicatoren uit hoofdstuk 3. Dit bevordert de 'sense of urgency' en kan de motivatie en implementatie bevorderen.
 - Leg vooraf de evaluatiemomenten vast en stel de procedure zonodig bij.
 - Maak in de ziekenhuizen melding van verwisselingen in het interne incident-meldingssysteem. De uitkomsten van het meldingssysteem en bijvoorbeeld de interne audits geven feedback aan de betrokken

zorgprofessionals. Ook geeft dit inzicht in de benodigde verbetermaatregelen voor de implementatie en naleving van de identificatie- en verificatieprocedure.

Adviezen voor meten en registreren

- 1 Neem de indicatoren op in het ziekenhuis-informatiesysteem om dit thema te borgen in de bestaande structuren van het ziekenhuis.
- 2 Betrek bij de start van het project de ICT-afdeling voor de gegevens die u nodig heeft voor de indicatoren. De gegevens zijn vaak al beschikbaar in uw ziekenhuis. De ICT-afdeling kan u helpen bij het destilleren van gegevens uit verschillende bronbestanden.
- 3 Spreek af wie de registratie op zich neemt, en wat en hoe u registreert.
- 4 Meet het succes van de implementatie. Registreer daarvoor de zaken die zijn geregeld of opgelost met de handelingen ter voorkoming van patiëntverwisseling. Deze verzamelde data kunt u gebruiken voor het melden van het aantal en de aard van de incidenten die door de handelingen zijn voorkomen.
- 5 Maak de resultaten zichtbaar door bijvoorbeeld grafieken op te hangen in de koffiekamer of op de kamer van de staf of arts-assistenten.

5 Literatuurlijst

American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Information statement: wrong-site surgery.

<http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1015.asp>.

Ammerman JM, Ammerman MD.

Wrong-sided surgery.

J Neurosurg Spine 2008; 9: 105-6.

Canale ST, DeLee J, Edmonson A, Fountain SS, Weiland AJ, Bartholomew L, et al.

The American Academy of Orthopaedic Surgeons report of the task force on wrong-site surgery, 1998.

Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 1998.

Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Toezicht Operatief Proces. Onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces in algemene en academische ziekenhuizen.

Den Haag, februari 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Standaardisatie onmisbaar voor risico-vermindering in operatief proces.

Den Haag, oktober 2008.

Joint Commission.

Lessons Learned: Wrong Site Surgery.

Issue 6 - August 28, 1998.

www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_6.htm.

Kotter, J.

Leading Change (Leiderschap bij verandering). 1996.

Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA.

Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery.

Arch Surg 2006; 141: 353-8.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Conceptrichtlijn preoperatief proces.

CBO april 2009.

Te raadplegen via www.cbo.nl.

MediRisk 2007.

OK-project: Schadecategorieën en vangnetcriteria voor de operatieafdeling.
MediRisk juni 2007. www.medirisk.nl.

Mody MG, Nourbakhsh A, Stahl DL, Gibbs M, Alfawareh M, Garges KJ.

The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons.
Spine 2008; 33: 194-8.

Seiden SC, Barach P.

Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events. Are They Preventable?
Arch Surg 2006; 141: 931-9.

Vries EN de, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA.

The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.
Qual Saf Health Care 2008; 17: 216-23.

Wagner C, De Bruijne M.

Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen.
EMGO Instituut en Nivel, 2007.

Wong WA, Lewis B, Herndon J, Martin C, Brooks B.

Patient safety in North America: Beyond "Operate through your initials" and "sign your site".
J Bone Joint Surg 2009; 91: 1534-41.

Websites

- www.aaos.org
- www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
- www.aorn.org
- www.coa-aco.org
- www.jointcommission.org
- www.npsa.nhs.com
- www.safetyandquality.gov.au
- www.surpass-checklist.nl
- www.who.int
- www.nfu.nl/fileadmin/documents/NFU_Patientveiligheid.pdf

6 Definities

Identificatie- en verificatieprocedure

Bij het voorkomen van verwisselingen vindt gedurende het traject dat de patiënt voorafgaand aan zijn operatie doorloopt, een identificatie en verificatie plaats, waarbij gelet wordt op de:

- juiste patiënt;
- juiste plaats en zijde;
- juiste interventie;
- juiste benodigdheden;
- juiste patiëntenmateriaal.

Om verwisseling hiervan te voorkomen heeft de expertgroep, aan de hand van een operatief proces, zes fasen gedefinieerd waarvoor (afzonderlijke) handelingen zijn vastgesteld.

Juiste benodigdheden

De check of bijvoorbeeld de juiste prothese, het juiste donororgaan, de juiste ooglens, etc. bij de patiënt wordt ingebracht. Het gaat hierbij niet om het logistieke proces van het in voldoende mate aanwezig zijn van alle benodigdheden.

Juiste interventie

De check of op het moment zelf de juiste interventie wordt toegepast. Juist is gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak. Het gaat hierbij niet om de juiste keuze van de interventie.

Juiste plaats

De check van de juiste plaats van de interventie, bijvoorbeeld tussen welke wervels. Hierbij gaat het niet om links- of rechtsaanduidingen.

Juiste zijde

De check van de interventie aan de juiste zijde van het lichaam (links of rechts).

Patiëntmateriaal

Weefsel of menselijke materialen die voortkomen uit een interventie, zoals biopten, kweekmateriaal of PA-preparaat.

Spoedingrepen

Procedures bij patiënten met een acuut levensbedreigende/orgaanbedreigende aandoening.

Time-out procedure

Een laatste (gestandaardiseerd) controlemoment voor de start van de operatie.

Verwisseling

De verwisseling van patiënt, plaats en zijde, interventie, benodigdheden en patiëntenmateriaal.

7 Bijlagen

Bijlage 1 Tips voor vraagstelling aan patiënten

Bijlage 2 Stappenplan implementatie

Bijlage 1

Tips voor vraagstelling aan patiënten

Centraal in deze praktijkgids staat dat op verschillende momenten in het operatieve proces een controle plaatsvindt om zeker te zijn dat het gaat om ‘de juiste patiënt’, ‘de juiste plaats en/of zijde’ en ‘de juiste interventie’. Dit betekent dat u deze drie items op een adequate manier moet checken, zodat de controle zinvol is. Het is hierbij van belang dat de formulering van de vraagstelling helder is. Daarnaast is het belangrijk dat u het begripsvermogen en de psychologische gesteldheid van de patiënt goed inschat en de vraagstelling op hem/haar aanpast. De angst voor de operatie of de anesthesie maakt dat hij/zij minder scherp kan zijn en snel een bevestigend antwoord kan geven, zonder de vraag goed gehoord te hebben. Afhankelijk van het onderwerp kunt u verschillende vraagtechnieken gebruiken. Soms stelt u een open vraag (identiteit, plaats en zijde), soms juist niet (interventie).

Juiste patiënt

Stel een open vraag. Een open vraag start altijd met een vraagwoord. De patiënt (of de wettelijk vertegenwoordiger) wordt hierbij actief betrokken.

Voorbeeld: ‘Wat is uw naam?’,
‘Wat is uw geboortedatum?’ En niet: ‘Bent u mijnheer Jansen en bent u geboren op ...’
Dit is een gesloten vraag, alleen te beantwoorden met ‘ja’ of ‘nee’ en dus suggestief. De patiënt zal niet snel ‘nee’ zeggen. Hij/zij wordt niet gestimuleerd om na te denken en verwacht ‘ja’ te moeten zeggen, misschien zelfs zonder de vraag goed te hebben gehoord of begrepen.

Juiste plaats en/of zijde

Stel een open vraag. Een open vraag start altijd met een vraagwoord. De patiënt (of de wettelijk vertegenwoordiger) wordt hierbij actief betrokken.

Voorbeeld: ‘Waar gaan we u opereren?’,
‘Aan welke zijde gaan we u opereren?’ En niet: ‘Wordt u aan uw linkerknie geopereerd?’ Dit is een gesloten vraag, alleen te beantwoorden met ‘ja’ of ‘nee’ en dus suggestief. De patiënt zal niet snel ‘nee’ zeggen.

Hij/zij wordt niet gestimuleerd om na te denken en verwacht 'ja' te moeten zeggen, misschien zelfs zonder de vraag goed te hebben gehoord of begrepen.

Juiste interventie

Stel geen directe open vragen aan de patiënt (of de wettelijk vertegenwoordiger), maar indirecte open vragen, want niet alle patiënten zijn in staat om de operatietechniek te benoemen. Bovendien is de exacte vraagstelling afhankelijk van de fase van het operatieve traject.

Voorbeelden

Polikliniek anesthesiologie: 'Weet u welke ingreep de chirurg gaat doen?' Als de patiënt het niet precies weet: 'Waar heeft u last van?'
Op de afdeling: 'Welke ingreep gaan we morgen bij u doen?' Als de patiënt het niet precies weet: 'Waar heeft u last van?'

Time-out

De arts (na de controle van de juiste patiënt) bevestigt naar het operatieteam toe: 'We gaan een(interventie) doen'. Vervolgens stelt de arts opnieuw een open vraag aan de patiënt: 'Aan welke zijde?'



Bron: WHO-checklist en theorie over interviewtechnieken

Bijlage 2

Stappenplan implementatie

Voor het invoeren van een verandering, zoals preventie van verwisseling, is het belangrijk dat u de volgende stappen (Kotter, 1996) in acht neemt. Deze zijn van belang voor succesvolle veranderingsprocessen.

Bereid de weg voor

- 1** Creëer een gevoel van urgentie: help anderen inzien waarom verandering noodzakelijk is en waarom het belangrijk is om meteen te handelen.
- 2** Verzamel een leidend multidisciplinair team van 'kartrekkers': u kunt het niet alleen. Zorg daarom dat er een sterke groep is, die de verandering stuurt met leiderschapsvaardigheden, geloofwaardigheid, communicatieve vaardigheden, autoriteit, analytische vaardigheden en urgentiebesef.

Maak een plan van aanpak

- 3** Ontwikkel een visie en strategie voor de verandering: maak duidelijk hoe de toekomst verschilt van het verleden en hoe die toekomst kan worden gerealiseerd. Leg uw visie en strategie vast in een plan van aanpak, waarin u concreet de activiteiten, de betrokkenen en uw meetplan benoemt.

Zorg dat het gebeurt

- 4** Communiceer om draagvlak en betrokkenheid te creëren: zorg dat zo veel mogelijk anderen de visie en strategie begrijpen en accepteren.
- 5** Maak het anderen mogelijk om te handelen: neem zo veel mogelijk obstakels weg, zodat degenen die de visie willen realiseren dit ook kunnen doen.
- 6** Genereer korte termijn successen: creëer zo snel mogelijk een aantal zichtbare, overtuigende successen.
- 7** Houd het tempo hoog: voer de druk en het tempo op na de eerste successen, blijf veranderingen doorvoeren, totdat de visie is gerealiseerd.

Bestendig de nieuwe situatie

- 8** Creëer een nieuwe cultuur: houd vast aan de nieuwe benaderingen en zorg dat deze resultaten opleveren, totdat ze sterk genoeg zijn om oude tradities te vervangen; de verandering moet zich wortelen in het DNA van de organisatie.

Colofon

‘Verwisseling van en bij patiënten’ is een uitgave van het VMS Veiligheidsprogramma. U kunt de praktijkgids downloaden en/of bestellen via de website van het VMS Veiligheidsprogramma www.vmszorg.nl.

Publicatienummer

2009.0107

ISBN

978-94-90101-07-7

Vormgeving

SOGOOD, Haarlem

www.sogooddesign.nl

Redactie

Angelique Spaan Tekstproducties, Den Haag

www.angeliquespaan.nl

Deze uitgave kwam tot stand dankzij inspanningen van het expertteam ‘Verwisseling van en bij patiënten’:

Dr. M. (Marja) Boermeester

Voorzitter expertteam, Chirurg, AMC, Amsterdam

R. (Rita) Arts

Zorggroepmanager, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

Dr. L.P.A. (Paul) Bom

Orthopaedisch Chirurg, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Dr. R.J. (Rob) Bosman

Intensivist, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Drs. J. (Jorg) de Bruin

Aios Chirurgie, UMC St. Radboud, Nijmegen

Dr. R.M.P.H. (Rogier) Crolla

Chirurg, Amphia Ziekenhuis, Breda

L. (Lilian) Knol

Senior Riskmanager, MediRisk, Utrecht

Dr. G. (Geert) Kazemier

Chirurg, Erasmus MC, Rotterdam

Dr. A.W.M.M. (Ankie) Koopman-van Gemert

Anesthesioloog-intensivist, Albert Schweitzer
Ziekenhuis, Dordrecht

M.A.T.D. (Agnès) van Putten-Beloeil

Projectcoördinator SURPASS, AMC, Amsterdam

W.D.M.H. (William) Roos

Hoofd OK, Oogziekenhuis, Rotterdam

Drs. A. (Anke) Schuurhuis

Anesthesioloog, UMC Utrecht, Utrecht

Dr. S.J.C. (Serge) Verbrugge

Anesthesioloog-intensivist, St. Franciscus
Ziekenhuis, Rotterdam

Procesbegeleiding en redactie:

Mr. Drs. M.M. (Maartje) Houtsma

Programmamedewerker thema's
VMS Veiligheidsprogramma

Drs. R.M. (Roos) Trooster

Projectleider thema's
VMS Veiligheidsprogramma

Drs. D. (Diana) Dingemans

Consultant, Q-Consult

Drs. M.K. (Mariska) Tuut

PROVA

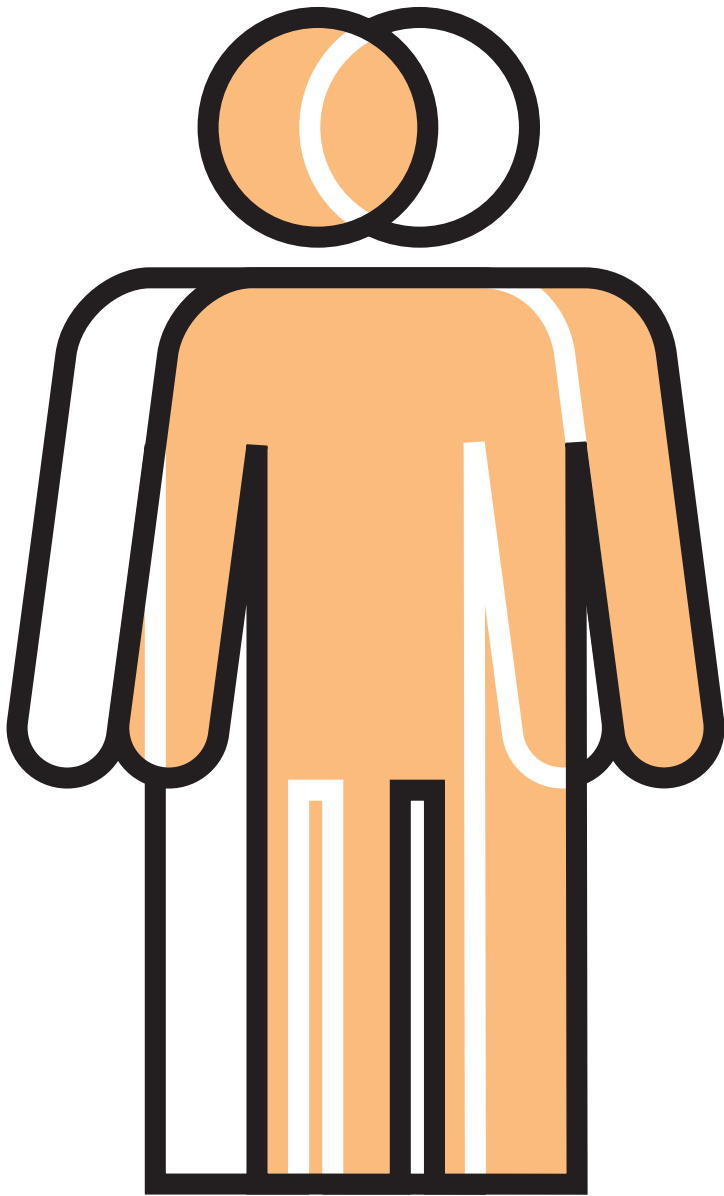
Met dank aan:

- Beroepsvereniging Recovery Verpleegkundigen
- Jonge Orde
- Landelijke Vereniging van Operatieassistenten
- Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
- MediRisk
- Nederlandse Orthopedische Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

Copyrights

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Ondanks de uiterste zorgvuldigheid waarmee deze uitgave tot stand is gekomen, is het VMS Veiligheidsprogramma niet aansprakelijk voor eventuele drukfouten. Noch voor het gebruik van de inhoud van de teksten en de daaruit voortvloeiende feiten, omstandigheden en gevolgen. Overname van teksten is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van de uitgever.





Het VMS Veiligheidsprogramma wordt geïnitieerd door:

NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ),
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU),
Orde van Medisch Specialisten (Orde),
Landelijk Expertisecentrum
Verpleging & Verzorging (LEVV) en
Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nederland (V&VN)



NVZ vereniging van ziekenhuizen



NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Orde van Medisch Specialisten

LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging



v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

www.vmszorg.nl