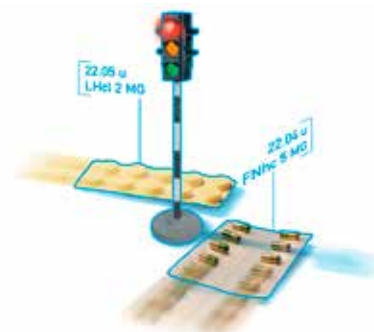


(Bijna) incidenten dragen bij aan preventie en zelfmanagement

W. Groetelaers, M. van der Ree*

Preventie en zelfmanagement zijn kernbegrippen in het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ook in de toekomstige beroepsprofielen voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen is hier veel aandacht voor.



Preventie

ZonMw beschrijft preventie als 'het nemen van maatregelen of het uitvoeren van interventies met als doel de gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen danwel uit te stellen en zodoende gezondheidswinst te bereiken' ⁽¹⁾. Zelfmanagement wordt gedefinieerd als 'het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, de behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de chronische aandoening en de daarbij behorende aanpassingen in leefstijl, zodat men in staat is om zelf de eigen gezondheidstoestand te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een bevredigende 'kwaliteit van leven' ⁽²⁾. Door de juiste interventies in te zetten, kan de mate van zelfmanagement van de cliënt vergroot worden ⁽³⁾. Het ministerie van VWS ziet zelfmanagement als het zo goed mogelijk inpassen van de ziekte in het leven en daarbij zo gezond mogelijk blijven ⁽⁴⁾.

Uitgangspunt van de overheid is, dat de zorg effectief, op tijd en veilig is. Cliënten en hun familie moeten erop kunnen vertrouwen dat zij in veilige handen zijn. Veiligheid is de kern van de relatie tussen cliënt/patiënt en medewerker. Iedereen moet goede patiëntveilige zorg krijgen. Cliënten moeten daarnaast de kwaliteit van zorgaanbieders kunnen vergelijken en de zorg kiezen die bij hen past. Daarom moeten alle zorginstellingen (conform de 'Kwaliteitswet Zorginstellingen') voldoen aan kwaliteitseisen, bijvoorbeeld het zorgplan met cliënten bespreken, medezeggenschap regelen en een klachtenregeling hebben. Dit staat in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).

Uit onderzoek blijkt dat mensen niet altijd tevreden zijn over de manier waarop zorgverleners klachten over de zorg afhandelen: het duurt te lang of gebeurt op een onpersoonlijke manier. Mensen willen zich gehoord voelen en willen voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. De overheid heeft wettelijk vastgelegd wat moet gebeuren als mensen

een klacht hebben over de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dit geldt voor alle zorgaanbieders: zorginstellingen (verpleeghuizen, ziekenhuizen) en zelfstandige beroepsbeoefenaren (huisartsen, fysiotherapeuten, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en zzp) ⁽⁵⁾.

Per 1 juli 2016 moeten zorginstellingen geregeld hebben hoe en waar hun medewerkers onzorgvuldigheden en ongewenste gebeurtenissen in de zorgverlening kunnen melden. Doel is dat collega's het voorval met elkaar bespreken, ervan leren en samen de zorg verbeteren. Hoe men melding van incidenten organiseert mogen zorgaanbieders zelf bepalen.

Casus

Mw. X is vergeetachtig en gediagnostiseerd met dementie. Mevrouw redt zich nog goed, maar is niet meer goed in staat haar medicatie te beheren en/of in te nemen. Om de zelfzorg zo lang mogelijk te behouden heeft de huisarts een indicatie aangevraagd voor het aanreiken en/of toedienen van medicatie; de thuiszorgorganisatie gaat de zorg leveren. In deze casus heeft de thuiszorgorganisatie een zelfsturend team waar de planning gemaakt wordt door een verpleegkundige die op dat moment bureau-dienst heeft. Aan de hand van de in de indicatiestelling omschreven zorgvraag wordt geschat hoeveel tijd nodig is om de zorg te leveren en hoe deze ingepland kan worden in de dienstregeling.

Op zaterdagmorgen levert een wijkverpleegkundige rond 8 uur zorg aan mw. X. Het zorgplan omschrijft wat ze moet doen: medicatie van 8 uur aanreiken en medicatie voor de hele dag klaarzetten in een dosette en neerzetten op het dienblad zoals dit met cliënt is afgesproken. Mw. neemt deze dan zelfstandig in. De uit te zetten medicatie haalt de wijkverpleegkundige uit een geneesmiddel distributiesysteem GDS-systeem (foto 1). Voor elk inname-moment worden de medicijnen in een zakje gedaan; de aan elkaar gesealde zakjes volgen elkaar in volgorde van te geven

tijdstippen op en worden, voor het gemak, opgerold geleverd, zodat de medicijnen uit elk afzonderlijk zakje door de cliënt ingenomen of door de hulpverlener of mantelzorger aangereikt of toegediend worden.

In dit GDS-systeem zit naast de toedieningslijst van de medicatie in de zakjes, óók een medicatielijst (in een ander format) van medicatie die niet in de zakjes geleverd wordt namelijk acenocoumarol. De verpleegkundige constateert dat de acenocoumarol (dagelijks een andere dosering) volgens doseringsvoorschrift van de trombosedienst volledig is klaargezet in een dosette. De verpleegkundige weet niet goed wat ze moet doen en belt met haar collega. Deze vertelt haar dat ochtendmedicatie aangereikt en de medicatie van 17.00 uur klaargezet moet worden in de keuken in een eierdopje; de acenocoumarol is immers al in de dosette uitgezet. Rond 17.00 zal een collega-verpleegkundige controleren of mw. de medicatie heeft ingenomen.



Foto 1. GDS-systeem

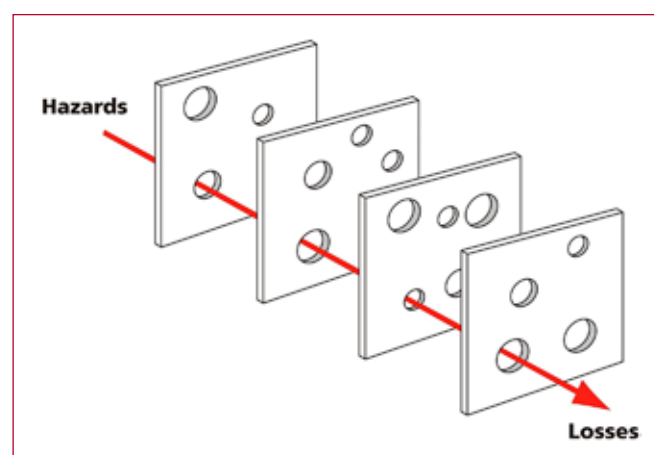
De verpleegkundige doet wat haar collega zegt, reikt de medicatie aan en tekent dit af op de medicatielijst. Op de lijst ziet ze dat alle medicatiemomenten van de dagen ervoor afgetekend zijn. Ze zet de medicatie voor 17 uur uit en gaat naar de volgende cliënt.

's Avond wordt ze echter gebeld door een dienstdoende collega-verpleegkundige, die was gebeld door de dochter van mw. X. De dochter had haar moeder toevallig bezocht en had geconstateerd dat de medicatie van 22 uur niet was klaargezet op het nachtkastje. Dit was in de ochtend niet door de verpleegkundige gedaan, omdat zij aannam dat deze werd klaargezet om 17 uur tijdens het controlemoment. Uiteindelijk is alsnog een verpleegkundige naar mw. X gegaan om de avondmedicatie klaar te zetten; de fout kon gelukkig hersteld worden.

De situatie uit het voorbeeld is één van de ontelbaar veel denkbare situaties in de gezondheidszorg waarin een potentieel (zeer) gevaarlijk voorval uiteindelijk goed afloopt. Fouten maken is menselijk, ook in de zorg. De medische wereld en de problematiek worden steeds

complex. Ongeacht hoeveel tijd en geld er wordt besteed aan patiëntveilige zorg, missers zullen altijd voorkomen. Een paar dagen later is er een teamoverleg en de verpleegkundige vraagt: 'Waar kan ik de formulieren vinden voor melding incidenten cliënten (MIC)?' Verbaasde collega's vragen: 'Waarvoor?' 'Nou, het incomplete zorgplan voor het aanreiken en klaarzetten van de medicatie bij mw. X.' Volgens de collega's was dit niet nodig en de verpleegkundige moest het niet zo zwaar oppakken.

Voor een daadwerkelijke slag in patiëntveiligheid is een open cultuur (no-blame) binnen de organisatie essentieel. Een cultuur van eerlijkheid, openheid en respect, zowel naar collega's als naar patiënten en hun families. Als er iets misgaat is een melding doen het begin van een verbeterproces. Door de informatie te delen met elkaar, te analyseren en naar oplossingen te zoeken, ontstaat een betere en veiligere zorg, en daar draait het natuurlijk om. Het gaat niet om de vraag 'wie is de schuldige', maar om de vraag 'wat schort er aan ons systeem dat deze fout heeft kunnen gebeuren?'⁽⁶⁾. Een goede analyse van data is cruciaal voor een veiligheidsmanagementsysteem. Of je met een melding iets moet doen, en wát, wordt bepaald met het Swiss Cheese-model⁽⁷⁾ (figuur 1).



Figuur 1. Gatenkaasmodel

Het gatenkaasmodel, bedacht door de Engelse psycholoog James Reason, veronderstelt dat de meeste incidenten kunnen worden herleid tot één of meer oorzaken van falen: een slechte organisatie, ontbrekend toezicht, randvoorwaarden waardoor de kans op een incident toeneemt (bijvoorbeeld haperende apparatuur, te weinig gekwalificeerd personeel, niet fit voelen) en de onveilige handelingen zelf. De gaten in de kaas zijn vergelijkbaar met waarschuwingsindicatoren. Meestal zijn er meerdere fouten (gaten) nodig om schade te berokkenen. Zelden liggen de gaten in de kaas op één lijn, waardoor uiteindelijk de fout ontstaat. Meestal wordt een gat tijdig gedicht. Het gaat erom die waarschuwingsgaten serieus te nemen. In het gatenkaasmodel kan een organisatie veiliger worden

door ieder zorgaspect zodanig te analyseren dat het niet kan uitgroeien tot een fout. Door eerder in te grijpen en je af te vragen wat er verkeerd had kunnen gaan, pas dán wordt het aantal missers verminderd.

Hoe gaat dat dan in zijn werk

Met behulp van een onderzoeksmethode wordt de incidentie-analyse systematisch uitgevoerd. Uit toepassing in de praktijk blijkt dat een combinatie van de methoden SIRE (figuur 2) (systematische incident reconstructie en evaluatie) en PRISMA (figuur 3) (prevention and recovery system for monitoring and analyses) uiterst effectief is⁽⁸⁾. Door de melding van het begin tot einde te structureren en door gebruik te maken van een tijdlijn komt de feitelijke reconstructie van het incident stapsgewijs in beeld.

In de uitwerking van de tijdlijn worden gebeurtenissen stap voor stap omschreven en oorzaken en gevolgen onderscheiden. Door te analyseren welke factoren van invloed waren op het ontstaan van het incident (bijlage 1). In de casus zou de tijdslijn er bijvoorbeeld zo uit kunnen zien:

Gebeurtenis 1. Verpleegkundige naar een cliënt die ze niet kende omdat ze pas nieuw was in de organisatie en er geen andere verpleegkundige beschikbaar was die de cliënt kende, met als gevolg dat ze afhankelijk was van wat beschreven was in het persoonlijke zorgplan.

Gebeurtenis 2. Zorgplan was onvolledig; er was niet omschreven hoe het uitzetten en aanreiken van de medicatie moest gebeuren. Bovendien ontbraken de medicatielijsten in het zorgplan waardoor de verpleegkundige niet wist wat er van haar verwacht werd.

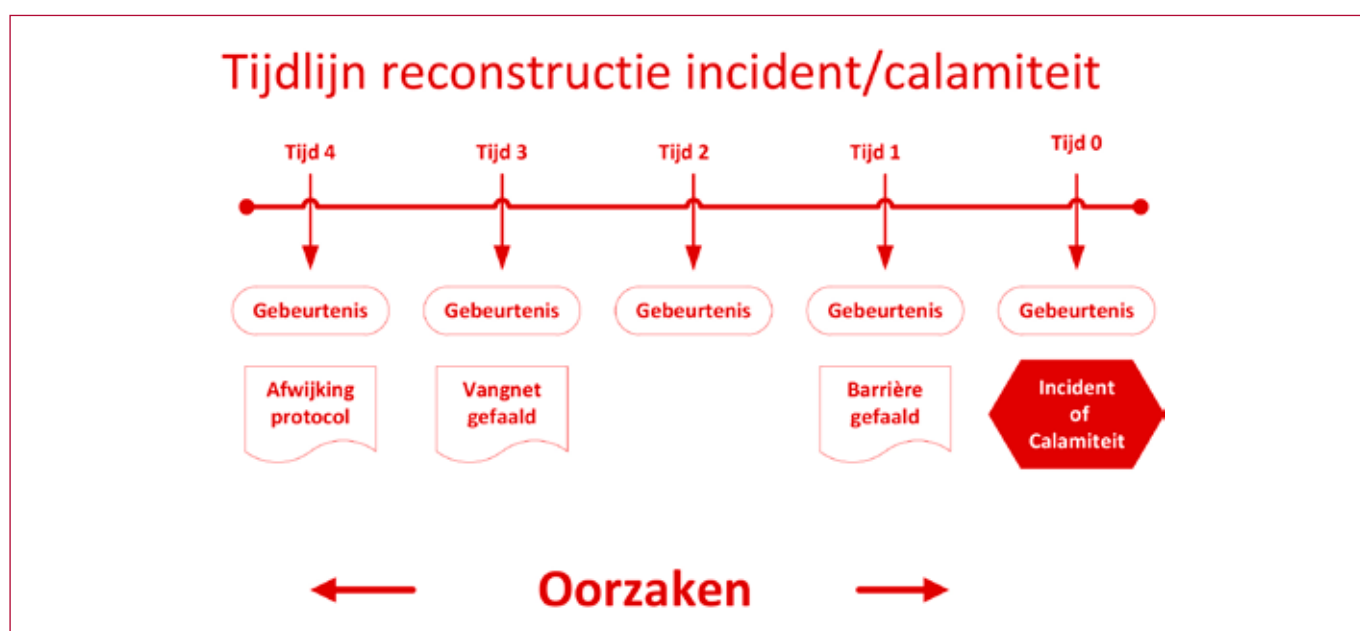
Gebeurtenis 3. Er was een GDS aanwezig waarin twee medicatielijsten zaten, maar waar de medicatielijst van de losse medicatie ontbrak, waardoor de verpleegkundige niet meer kon controleren of de medicatie juist was uitgezet in de dosette en de medicatie dus ook niet kon aanreiken.

Gebeurtenis 4. De verpleegkundige heeft gebeld met een collega om te vragen welke procedure ze moest volgen. Ze kon immers de dosette niet gebruiken en wist niet waar ze de medicatie moest uitzetten.

Gebeurtenis 5. Medicatie diende klaargezet te worden in een eierdopje en niet in de dosette; dit hoorde de verpleegkundige pas nadat zij telefonisch contact had gehad met haar collega-verpleegkundige. Ze volgde daarna de mondelinge toelichting op.

Gebeurtenis 6. Er vond geen controlemoment van 17 uur plaats door een tweede verpleegkundige, terwijl de medicatie van 17 uur van de medicatielijst uit het GDS-systeem wel behoort tot 'dubbel te paraferen medicatie' en dus gecontroleerd diende te worden door een tweede verpleegkundige.

Gebeurtenis 7. (Bijna) incident: telefoontje van dochter dat medicatie van 22 uur niet was uitgezet omdat deze actie niet mondeling was doorgegeven door de collega van de telefoondienst en de medicatielijst niet gecontroleerd hoefde te worden op aftekening door de verpleegkundige van het controlemoment om 17 uur. Daardoor stond de medicatie voor 22 uur niet klaar en als de dochter dit niet had opgemerkt zou de cliënt de medicatie van 22 uur niet hebben ingenomen.



Figuur 2. Tijdlijn reconstructie incident/calamiteit methode SIRE

Invloeden van buitenaf?

- Stroomstoring buiten het pand?
- Brand? Blikseminslag?
- Stakingen? Landelijk beleid?
- Overname van ander ziekenhuis / afdeling?
- Insturen door huisarts / verloskundige?

Informatie en communicatie

- Patiëntidentificatie
- Verslaglegging? Beschikbaar? Leesbaar? begrijpelijk
- (non)verbaal?
- Communicatiekanalen?
- Oproepsystemen?
- Anders?

Taken, protocollen en procedures

- Taakopvatting?
- Functieomschrijving, formulering?
- Afspraken over de vervulling ervan?
- Beslissingsbevoegdheid?
- Beschikbaarheid van werkafspraken, protocollen, procedures etc.
- Is de taak uitvoerbaar in de beschikbare tijd?
- Anders?

Werkomstandigheden

- Omgeving? Lawaai? Temperatuur?
- Ontwerp en uitvoering van werkruimten?
- Administratieve taken?
- Werklast? Werkdruk? Bezetting?
- Bekendheid met de gang van zaken, werkwijzen? Afdelingscultuur?
- Anders?

Patiënt

- Klinisch beeld
- Culturele of etnische achtergrond
- Leeftijd en ontwikkeling
- Invloed partner, familie, omgeving, andere zorgverleners
- Anders?

Teamegebonden en sociale factoren

- Samenwerking? Stijl van leidinggeven? Respect voor elkaar?
- Hiërarchie, steun bij (persoonlijke) aangelegenheden?
- Anders?

Opleiding en training

- Juiste opleidingsniveau? Beschikbaarheid opleidings- en trainingprogramma's, toetsing, bijscholing?
- Skillsmix medewerkers?
- Toezicht op uitvoering?
- Coaching en feedback?
- Anders?

Apparatuur en materiaal

- Werkt/werkt niet? Onderhoud?
- Interactie belendende apparatuur? Opstelling? Technische uitvoering? Deugdelijk materiaal? Opslag?
- Interactie mens-materiaal? Bedieningsgemak? Leesbaar scherm? Rommelig onduidelijk ontwerp?
- Niet opgeleid voor het bedienen ervan, onbekend met het materiaal
- Gebruik en leesbaarheid van de handleiding?
- Anders?

Organisatie

- Organisatiemanagement, bedrijfscultuur
- Afspraken met ondersteunende diensten?
- Beloningsystemen, schuldschaamtecultuur
- Aandacht voor veiligheid van patiënten en medewerkers?
- Voorbeeldgedrag vanuit het management?
- Anders?

Individu

- Vermoeidheid t.g.v.?
- Teveel stress t.g.v.?
- Verslaving
- Risico nemend / Risicomijdend
- Persoonlijk- of thuissituatie
- Anders?



Figuur 3. Oorzakenboom PRISMA-methode

Na het opstellen van deze gebeurtenissen wordt er gekeken welke barrières en vangnetten er gebruikt zijn en waarom ze niet gewerkt hebben. Hierbij worden vier soorten barrières (9,10) onderkend:

- Fysieke barrières. Denk bijvoorbeeld aan slot op het GDS-apparaat welke op één manier is te gebruiken, bepaalde software etc.
- Natuurlijke barrières, bijvoorbeeld afstand, tijd en plaats, zoals de procedure voor medicatiecontrole: onafhankelijke toetsing door twee verpleegkundigen, die vervolgens wordt herhaald met tussenpozen van twaalf uur.
- Menselijke barrières. Denk aan werkafspraken maken, dubbelchecken, observeren, attentiebriefjes schrijven, meer personeel inzetten etc.
- Administratieve barrières. Denk aan protocollen, procedures, pop-ups, scholing, etc.

Vervolgens komen met behulp van de 'oorzakenboom Prisma' de basisoorzaken in beeld door telkens de 'waarvoor vraag' te stellen.

De basisoorzaken kunnen geclassificeerd worden naar menselijke, organisatorische, technische en patiëntgerelateerde factoren. Dit gaat dus verder dan alleen menselijk handelen. Het is de objectieve systeembenadering om falen in het totale proces aan het licht te brengen, zodat daardoor gerichte barrières, vangnetten en verbeteracties kunnen worden opgesteld. Door alle basisoorzaken van verschillende incidenten in een database te verwerken en te analyseren, worden patronen in het falen ontdekt. En kan men hier leerpunten uit halen. Dit kan alléén als de bereidheid om te melden groot is, als het duidelijk is wat de organisatie met de melding doet en met wie de uitkomst van de analyse besproken wordt. Verder moet de meldprocedure eenvoudig en goed toegankelijk zijn. Door een incident te melden en deze te analyseren wordt de gatenkaas duidelijk. Door verbeteracties in te zetten kan je

de veiligheid verbeteren voor de cliënt, voor het team en voor jezelf.

Een incident melden is geen fout maar een begin naar verbetering. Om die reden is het melden van een incident een secundaire preventieve handeling voor je zelfmanagement! ^(11,12)

Literatuur

1. Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, et al. **Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg.** NIVEL Overzichtsstudies: preventie kan effectiever! 2012.
2. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, et al. **Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach.** The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2001;27:63-80.
3. Van Hooft S, Dwarswaard J, Staa A van. **Ondersteunen van zelfmanagement. Wat vraagt dit van verpleegkundigen?** Bijzijn XL, 2015;8:8-11.
4. Van VK. **Systemen naar mensen.** Gezamenlijke agenda VWS. Den Haag; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.
5. VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>, 2016.
6. Augustyns N. **Safe incident reporting in Flanders' out-of-hours primary care.** 2015.
7. Reason J. **Human error: models and management.** Bmj, 2000;320:768-70.
8. Leistikow IP, Ridder K den, Vries BP de. **Systematische incident reconstructie en evaluatie.** Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
9. Lohman B, Os J van, Ploeg S van der. **Praktisch lean management.** Maj Engineering Publishing. 2009.
10. Tague's NR. **The Quality Toolbox, Second Edition.** ASQ Quality Press, 2005;247-9.
11. VMS. **Draaiboek veilig incidenten melden.** 2007; Utrecht.
12. ActiZ. **Veilige principes in de medicatieketen.** Organisatie van zorgondernemers; 2012.

* W. Groetelaers-Kusters MSc ANP, verpleegkundig specialist intensive care, wond- en decubituszorg, Radboudumc, Nijmegen
M. van der Ree-Backer, wond- en decubitusverpleegkundige/ wijkverpleegkundige in opleiding. Buurtzorg Hoeksche Waard

Contact

Wendy.Groetelaers-Kusters@radboudumc.nl