



ACHTERGROND

EEN LICHTEND VOORBEELD

Het veiligheidsmanagementsysteem in het UMC Utrecht

Per 1 januari 2008 moet in elke ziekenhuis een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) functioneren. Voor veel instellingen levert het heel wat hoofdbrekens op om aan die eis te voldoen. Het UMC Utrecht heeft er al ervaring mee.

I.P. LEISTIKOW
C.C.M. PLAISIER
G.H. BLIJHAM

In november 2004 verscheen het rapport-Willems over veiligheid in de zorg.¹ Het rapport bevatte vier adviezen aan de minister van VWS. Deze heeft aangegeven alle vier de adviezen over te nemen.

Het eerste advies is dat alle ziekenhuizen per 1 januari 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) moeten werken. Een VMS bestaat uit een set maatregelen om de veiligheidsdoelstellingen te bereiken. Het rapport-Willems geeft hiervoor een richting aan maar laat veel ruimte voor de nadere invulling. Dit is bewust gedaan om de instellingen en koepels te stimuleren zelf aan de slag te gaan. Sinds de start van het project patiëntveiligheid begin

2004 heeft het UMC Utrecht ervaring opgedaan met een aantal bouwstenen die Willems in zijn rapport heeft benoemd als mogelijke onderdelen van een VMS.

Willems benoemt de volgende VMS-onderdelen:

1. *Risico-inventarisatie*. Wat kan er misgaan, hoe erg is dat, en wat moet er gebeuren als het misgaat? Om juiste prioriteiten te kunnen stellen raadt

2004 worden deze ingevoerd en verder uitgewerkt, waardoor het UMC Utrecht in 2007 een werkend VMS verwacht te hebben.

1. Risico-inventarisatie:

In 2001 ontwikkelde het Amerikaanse National Center for Patient Safety een methode voor proactieve risicoanalyse in de zorg die bij ons

Melden van een incident moet niet leiden tot een sanctie

Willems aan een risicomatrix te hanteren.

2. *Systeem voor veilig melden*. Veilig melden houdt in dat medewerkers erop kunnen vertrouwen dat het melden van een incident niet leidt tot een sanctie.
3. *Analyse van incidenten*. Willems adviseert hiervoor PRISMA of SIRE te gebruiken.
4. *Systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen*. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de cultuur; het management moet zich volledig inzetten om het belang van veiligheid steeds weer uit te dragen.

LEREN VAN FOUTEN

In 2004 is het UMC Utrecht begonnen met het project Patiëntveiligheid. Doel hiervan is om in enkele jaren een organisatie te creëren die het vanzelfsprekend vindt om te leren van wat misging of wat mis kan gaan en daar effectief naar handelt. 'Leren van fouten, natuurlijk' is het motto. In het project zijn de vier onderdelen van het VMS verwerkt. Sinds

bekend werd als PARA (ProActieve RisicoAnalyse). In 2004 is op een afdeling van het UMC Utrecht een pilot gehouden waarbij een risicovol proces (waar zich nog geen incident had afgespeeld) is onderzocht door een team bestaande uit vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines alsook de moeder van een patiënt. De pilot leerde dat PARA veel tijd kost (140 uur) maar zinvol is, mits toegepast op een risicovol proces.² Het geeft een gedetailleerd overzicht van het proces, waar iets verkeerd kan gaan en wat er kan worden gedaan om dit te voorkomen. PARA maakt gebruik van een risicomatrix - zoals aanbevolen door Willems - waaruit een prioritering van de aanbevelingen voortvloeit.

In 2005 heeft de Raad van Bestuur alle divisies verplicht om hun drie meest risicovolle processen te benoemen (de zogenoemde 'zwarte pistes') en één van deze processen te analyseren met behulp van PARA. Inmiddels wordt dit uitgevoerd in samenwerking met de TU Eindhoven en >>



<< Maastricht Clinics, en met een subsidie van ZonMw. Dankzij de subsidie konden we een Nederlandstalige handleiding en een instructiefilm maken die via het Platform Patiëntveiligheid beschikbaar komt (zie ook: www.medischcontact.nl/dezeweek).

2. Systeem voor veilig melden:

Sinds 2004 stimuleren de Raad van Bestuur en het management dat alle medewerkers veilig kunnen melden. Er is een elektronisch meldingsformulier ontworpen waarmee vanaf alle computers in het UMC Utrecht (anoniem) kan worden gemeld. Hoewel werd verwacht dat door het afschaffen van het papieren formulier het aantal meldingen zou dalen, is het tegendeel gebleken. En doordat de meldingen real time bij de meldingscommissie incidenten patiëntenzorg (MIP) binnenkomen, kan de MIP veel sneller na het incident een onderzoek instellen. Sinds april 2006 bekijken alle nieuwe medewerkers tijdens de introductie-

dag een film van twaalf minuten. De film legt de algemene principes van patiëntveiligheid uit, benadrukt dat fouten er zijn om van te leren en zet de werkwijze van de MIP uiteen. Met een korte tekst van de voorzitter van de Raad van Bestuur sluit de film af. Ook alle medewerkers krijgen de film te zien.

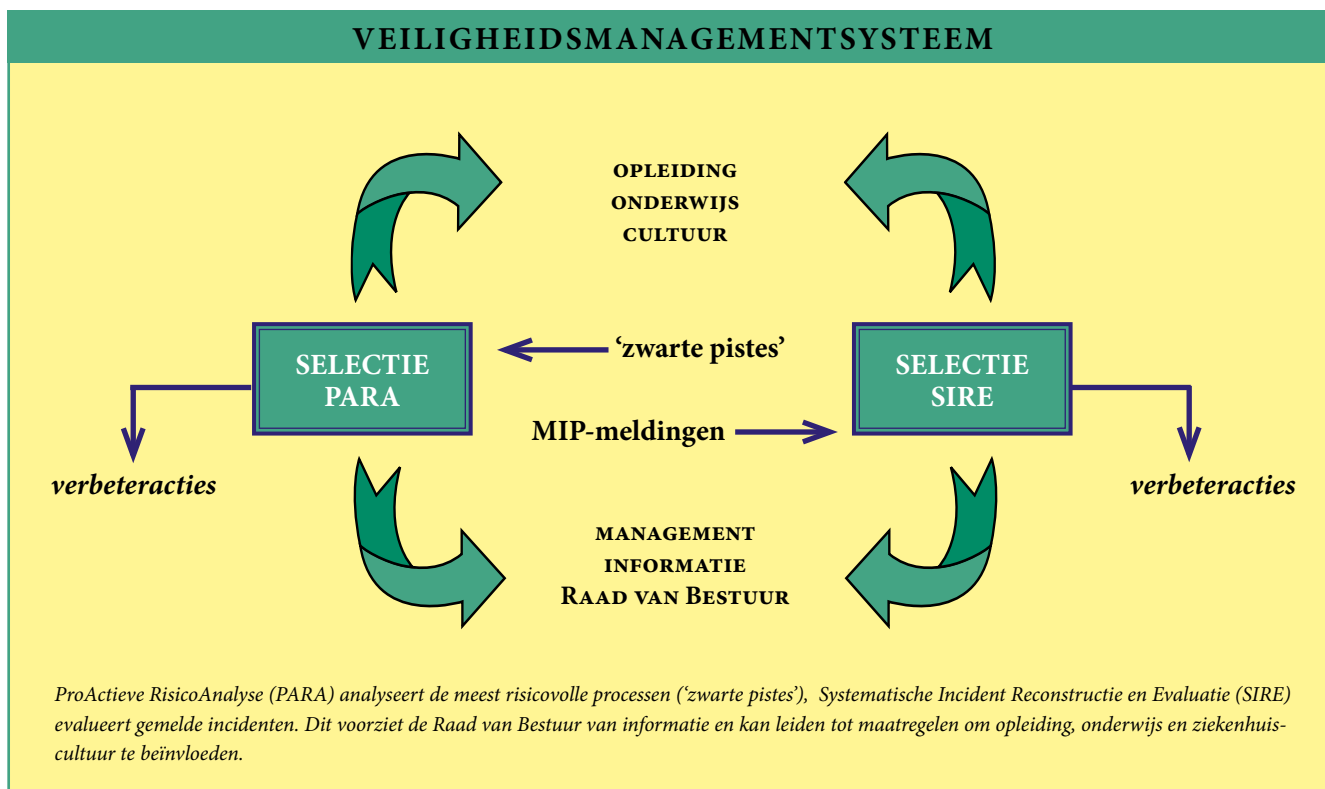
3. Analyse van incidenten

Sinds eind 2004 gebruikt het UMC Utrecht Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE) voor het analyseren van ernstige of veelvoorkomende incidenten.³ In het UMC Utrecht wordt nu ongeveer twaalf maal per jaar een SIRE gedaan. Inmiddels hebben twintig andere ziekenhuizen gebruikgemaakt van de SIRE-training en heeft het CBO de training ingekocht voor de volgende tranche van Sneller Beter. Eind 2006 verwachten we te kunnen analyseren in hoeverre SIRE bijdraagt aan de patiëntveiligheid.

Het rapport-Willems noemt naast SIRE ook PRISMA. Er zijn grote overeenkomsten tussen beide methoden maar ook enkele essentiële verschillen die kunnen helpen bij het kiezen van een methode. PRISMA heeft tot doel een database op te bouwen waaruit conclusies zijn te trekken over optimale verbetermaatregelen.⁴ SIRE beoogt te voorkomen dat het onderzochte incident opnieuw optreedt. PRISMA is meer geschikt om grote aantallen incidenten te analyseren waarover al informatie beschikbaar is; SIRE is meer geschikt om een beperkt aantal ernstige of complexe incidenten te onderzoeken. Beide methodes maken gebruik van het 'systeemdenken', zijn gericht op het benoemen van basisoorzaken en zijn niet gericht op het vinden van een schuldige.

4. Systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen

Om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen moet het patiënt-





veiligheidsbeleid worden gemeten en geborgd. Dit is het moeilijkste onderdeel van een VMS. Het UMC Utrecht heeft indicatoren ontwikkeld die kunnen worden opgenomen in de *Balanced Score Card*, het instrument waarmee de Raad van Bestuur en het divisie management prestaties beoordelen. Het aantal MIP-meldingen wordt in een grafiek afgebeeld. Het streven is een stijging van het totale aantal meldingen, als teken van een

waarden onontbeerlijk zijn. Ten eerste moet de Raad van Bestuur zichtbaar betrokken zijn. Hoewel het de moeite loont om mensen via overtuiging te motiveren om deel te nemen, mag het uiteindelijk niet vrijblijvend zijn. Om het VMS op te zetten helpt het als er een coördinator patiëntveiligheid wordt aangesteld, die direct onder de Raad van Bestuur is geïntegreerd. Sinds 2004 is deze functie in het UMC Utrecht van 0,5 naar 1,2 fte gegroeid. Voor herhaalde commu-

Het helpt om per onderdeel een plan van aanpak op te stellen

veiligheidscultuur, en een daling van het aantal ernstige meldingen. Daarnaast zal de Raad van Bestuur actief monitoren in hoeverre maatregelen die uit SIRE of PARA zijn gekomen, worden uitgevoerd. Het is van belang dat er geen vrijblijvendheid bestaat als het gaat om patiëntveiligheid.

Cultuurverandering is een meerjarenplan en behoeft herhaald aandacht op alle fronten. Een belangrijke rol is hierin ook weggelegd voor het curriculum patiëntveiligheid dat vanaf najaar 2006 wordt gegeven in het regionaal, disciplineoverstijgend onderwijs voor aios.⁵ Tijdens deze cursus krijgen de aios inzicht in systeemdenken en *Human Factor Engineering*. Zij doen ervaring op hoe dit kan worden toegepast om in alledaagse situaties de veiligheid structureel te verbeteren, voor zichzelf en de patiënt. Hierdoor neemt, naar verwachting, ook het gevoel van machteloosheid na een incident af.

ONONTBEERLIJK

Tijdens het opzetten van het VMS is duidelijk geworden dat enkele randvoor-

nicatie naar medewerkers moeten alle media worden benut die een instelling tot haar beschikking heeft. Selectief kan scholing worden aangeboden, het liefst aan mensen die deze kennis op de werkvloer verder kunnen verspreiden. Het UMC Utrecht heeft ervoor gekozen om medewerkers die vooral in het primaire proces werkzaam zijn te scholen in SIRE en PARA. Weliswaar wordt zo de ervaring met deze instrumenten langzamer opgebouwd, maar het voordeel is dat de ervaring een veel groter bereik heeft.

SPLITSSEN

Wie aan het begin staat van het ontwikkelen van een VMS kan worden ontmoedigd door de complexiteit van het vraagstuk. Het helpt dan om dit systeem in onderdelen te splitsen en voor elk onderdeel een plan van aanpak op te stellen. De *figuur* geeft een overzicht van het Utrechtse VMS en de samenhang tussen de onderdelen. Vanuit een dergelijk schema kan op geordende manier invulling worden gegeven aan het VMS. Het UMC Utrecht biedt daarbij graag hulp. Er is niet één VMS, iedere instelling kan eigen keuzes maken. Het delen van ken-

SAMENVATTING

- Per 1 januari 2008 dienen alle ziekenhuizen over een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te beschikken.
- In het rapport-Willems worden de bouwstenen van een VMS benoemd, maar verdere invulling wordt overgelaten aan het veld.
- Het UMC Utrecht werkt sinds 2004 aan het project patiëntveiligheid; alle door Willems aanbevolen onderdelen van het VMS zijn hierin verwerkt.
- Er is niet één VMS, iedere instelling kan zelf keuzes maken over de invulling die voor die specifieke instelling het meest geschikt is. Het delen van kennis en ervaring kan hierbij helpen.

De instructiefilm over patiëntveiligheid van het UMC Utrecht vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



nis en ervaring kan helpen om per instelling tot de meest geschikte invulling van een VMS te komen. ■

I.P. Leistikow,
arts, staflid Raad van Bestuur, coördinator Patiëntveiligheid UMC Utrecht

mw. drs. C.C.M. Plaisier,
staflid Raad van Bestuur UMC Utrecht

prof. dr. G.H. Blijham,
voorzitter Raad van Bestuur UMC Utrecht

Correspondentieadres: i.leistikow@umcutrecht.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstrengeling: niet gemeld

Referenties

1. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. *Sneller Beter - De veiligheid in zorg*. November 2004. (www.snellerbeter.nl).
2. Tilburg CM van, Leistikow IP, Rademaker CMA, Bierings MB, Dijk ATH van. *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis: a useful proactive risk analysis in a pediatric oncology ward*. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 58-64.
3. Leistikow IP, Vught AJ van, Blijham GH. *Zinvol melden. Meldingscommissies moeten incidentanalyse professionaliseren*. *Medisch Contact* 2005; 60: 458-61.
4. Habraken MMP, c.s. *Beter analyseren van incidenten. PRISMA-methode biedt de inspectie meer inzicht in medische missers*. *Medisch Contact* 2005; 60: 940-3.
5. Borleffs JCC, Borel Rinkes IHM, Melder H, Knappe JTA. *Blauwdruk voor een nieuwe opleiding: Utrecht geeft vorm aan disciplineoverstijgend onderwijs voor aios*. *Medisch Contact* 2005; 60: 1255-7.