

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.oknieuws.nl/ok-operationeel-magazine
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Time-outprocedure moet beter

CAROLIEN DE BLOK¹, VEERLE KOP², STEFFIE VAN SCHOTEN³, EN CORDULA WAGNER⁴

¹Postdoctoraal Onderzoeker NIVEL

²Onderzoeksassistent NIVEL

³Promovendus NIVEL

⁴Hoogleraar Patiëntveiligheid Vumc/Emgo+ Instituut En Programmaleider Kwaliteit En Organisatie NIVEL.

Patiëntgegevens, operatiegegevens, te opereren plaats en zijde: check, check en nog eens check. Zo zou het moeten gaan. De realiteit is echter dat de time-outprocedure bij 71,3 procent van de operaties correct, dat wil zeggen op deze drie punten, wordt uitgevoerd. Met risico op verwisseling bij de patiënt als gevolg.

Dit blijkt uit evaluatieonderzoek in het kader van het VMS Veiligheidsprogramma.

Daarbij zijn er grote verschillen tussen ziekenhuizen.

In Nederland treedt bij 2,3 procent van alle ziekenhuisopnames potentieel vermijdbare schade op (1). Dit zijn meer dan 30.000 patiënten per jaar, zo bleek uit patiëntveiligheidsonderzoek van het NIVEL en EMGO+ Instituut in 2007. Naar aanleiding hiervan is in 2008 het VMS Veiligheidsprogramma opgezet, dat tot doel heeft de patiëntveiligheid in alle Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren door een vermindering van potentieel vermijdbare schade.

De pijlers van het VMS Veiligheidsprogramma waren een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en tien inhoudelijke thema's waarop de zorg voor patiënten kon worden verbeterd. Het programma ondersteunde de Nederlandse ziekenhuizen onder meer met het uitbrengen van door expertteams opgestelde praktijkgidsen met adviezen per thema (in 2008 en 2009) en het organiseren van masterclasses en netwerkbijeenkomsten (tussen 2008 en 2012). De afspraak was dat ziekenhuizen per 31 december 2012 geaccrediteerd zouden zijn of over een gecertificeerd VMS zouden beschikken én de gestelde doelstellingen van de tien thema's zouden hebben behaald.

Deelname was niet verplicht, toch committeerden alle 93 Nederlandse ziekenhuizen zich in 2008 aan het VMS Veiligheidsprogramma.

VERWISSELING VAN EN BIJ PATIËNTEN

Eén van de thema's binnen het programma was 'verwisseling van en bij patiënten'. Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat een groot deel van vermijdbare schade optreedt tijdens het operatieve proces (2). Hoe vaak een verwisseling – van persoon, operatie, plaats of zijde – tijdens operaties voorkomt blijkt lastig in kaart te brengen.

In de VS wordt geschat dat verkeerde kantoperaties tussen de 0,09 en 4,5 keer per 10.000 operaties plaatsvinden. In Nederland ontvangt schadeverzekeraar Medirisk zo'n 26 claims per jaar over verwisselingen (3). De verzekeraar schat in dat dit slechts het topje van de ijsberg is. Omdat het optreden van een verwisseling voor een patiënt vaak grote gevolgen heeft, is elke verwisseling er één te veel.

De World Health Organization (WHO) (4) schatte in 2011 in dat wereldwijd per jaar ongeveer een half miljoen levens kunnen worden gered door het gebruik van een checklist in alle operatieruimtes.

Om de kans op verwisselingen in Nederlandse ziekenhuizen terug te brengen is binnen het thema 'verwisseling' voorgesteld om, onder andere, een time-outprocedure in te voeren. Hierin wordt, voor aanvang van de anesthesie, met het hele operatieteam gecontroleerd of het de juiste patiënt, op de juiste plaats, met de juiste ingreep gaat opereren. De time-outprocedure maakt idealiter onderdeel uit van een keten van controlemomenten in het operatieve proces, maar is het laatste controlemoment voor de aanvang van de operatie en daarmee het laatste moment om een mogelijke verwisseling van of bij de patiënt te ondervangen. Het uitvoeren van een allerlaatste check heeft echter alleen zin als alle bij de operatie betrokken medewerkers daarbij aanwezig zijn en ook aandacht hebben voor de time-outprocedure.

DALING NAAR NUL

De doelstelling van het thema 'verwisseling' van het VMS Veiligheidsprogramma was het bereiken van een daling in het aantal verwisselingen van patiënt, plaats, zijde en interventie. Bij electieve ingrepen werd daarbij gestreefd naar nul verwisselingen. Meer specifiek gold dat voor 31 december 2012 in alle ziekenhuizen systematische identificatie van de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het operatieve proces moet plaatsvinden.

Daarnaast was het doel om in alle ziekenhuizen voor 31 december 2012 voor de start van de anesthesie ten minste bij alle electieve ingrepen een gezamenlijk time-outmoment uit te voeren. Hierbij moeten in ieder geval de volgende gegevens worden gecheckt: • de patiëntgegevens (naam, leeftijd, geslacht) • de operatiegegevens • de te opereren plaats en zijde Alle direct bij de operatie betrokken medewerkers moeten tijdens de time-outprocedure aanwezig zijn en hun aandacht bij de time-outprocedure hebben.

GEEN STIJGENDE LIJN

Van eind 2011 tot eind 2012, dus in het laatste jaar van het VMS Veiligheidsprogramma, heeft het NIVEL een evaluatieonderzoek uitgevoerd om na te gaan in welke mate de Nederlandse ziekenhuizen de interventies van het VMS Veiligheidsprogramma hebben geïmplementeerd (5). Wat het thema 'verwisseling' betreft hebben we gekeken naar de uitvoering van de time-outprocedure vóór

anesthesie in achttien Nederlandse ziekenhuizen (twee universitair medische centra, vier topklinische ziekenhuizen en twaalf algemene ziekenhuizen). In totaal hebben we 1232 operaties geobserveerd. Gemiddeld over de hele onderzoeksperiode werd de time-outprocedure bij 71,3 procent van de geobserveerde operaties correct uitgevoerd, dat wil zeggen dat alle drie de aanbevolen checks werden gedaan. Figuur 1 laat het verloop over de tien meetmomenten zien. Hieruit blijkt dat er geen stijgende lijn is in de uitvoering van de time-outprocedure gedurende de looptijd van het onderzoek. De laatste twee meetmomenten waren zelfs lager dan de overige meetmomenten. Met name op meetmoment 9 is een dip te zien; deze kunnen we niet verklaren door bijvoorbeeld een vakantie- of zomerperiode, waarin er sprake kan zijn van een lagere personeelsbezetting. Figuur 2 laat de afzonderlijke onderdelen van de time-outprocedure zien. De check op patiëntgegevens werd het vaakst uitgevoerd, gemiddeld bij 95,3 procent van de geobserveerde operaties. De check op operatiegegevens werd gedurende de onderzoeksperiode het minst uitgevoerd, gemiddeld bij 83,3 procent van de geobserveerde operaties. De dip op meetmoment 9 lijkt met name toe te schrijven aan het niet controleren van de operatiegegevens, aangezien deze check op dat moment relatief vaak niet werd uitgevoerd (66,7 procent).

ACADEMISCH SCOORT LAAG

Er zijn grote verschillen tussen de ziekenhuizen in de mate waarin zij de time-outprocedure correct uitvoeren. De vijf ziekenhuizen die de procedure het vaakst correct uitvoerden, deden dit over de gehele onderzoeksperiode bij gemiddeld 81 tot 97 procent van de geobserveerde operaties en de vijf ziekenhuizen die de time-outprocedure het minst vaak correct uitvoerden bij gemiddeld 0 tot 56 procent.

[FIGUUR 1] [FIGUUR 2]

Aan het onderzoek namen twee van de acht Nederlandse universitair medische centra deel. Deze voerden de time-outprocedure het minst vaak goed uit (42 procent) in vergelijking met de deelnemende algemene en topklinische ziekenhuizen.

Tussen topklinische en algemene ziekenhuizen zagen we weinig verschillen in de correcte uitvoering van de time-outprocedure (gemiddeld 76 en 74 procent van de geobserveerde operaties).

In tabel 1 hebben we de verschillen in de correcte uitvoering van de time-outprocedure tussen specialismen weergegeven.

Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over verschillen tussen specialismen hebben we alleen die specialismen meegenomen waarbij meer dan honderd operaties zijn geobserveerd. Het specialisme KNO voerde de time-outprocedure het vaakst correct uit, het specialisme chirurgie deed dat het minst vaak. De overige specialismen (oogheelkunde, urologie, orthopedie en gynaecologie) voerden de time-outprocedure procentueel vaker correct uit dan chirurgie.

KLETSEN EN TELEFONEREN

Uit onze analyses bleek dat bij meer dan de helft (56 procent) van de geobserveerde time-outprocedures niet het hele team aanwezig was. Medewerkers waren bijvoorbeeld nog buiten de OK zaken aan het regelen en voegden zich pas na de time-outprocedure bij het operatieteam.

Verder had bij 44 procent van de geobserveerde time-outprocedures niet het gehele operatieteam de aandacht bij het uitvoeren van de procedure.

Hiermee bedoelen we dat iedereen zijn aandacht op de checks van de time-outprocedure gericht heeft (terwijl één persoon de checks uitvoert) en niet bezig is met andere werkzaamheden.

In bijna de helft van de geobserveerde time-outprocedures waren medewerkers van het operatieteam bezig met zaken als het klaarleggen van instrumenten, gereedmaken en -leggen van de patiënt, bijkletsen met elkaar of beantwoorden van de telefoon.

[TABEL 1]

Gemiddeld 8 procent van alle geobserveerde time-outprocedures werd verstoord door zaken van buitenaf. Bijvoorbeeld doordat de telefoon ging die beantwoord werd door iemand van het operatieteam, doordat er iemand de OK kwam binnenlopen of doordat iemand weggeroepen of opgepiept werd.

Het risico bestaat dat door afwezigheid, verstoring of gebrek aan aandacht medewerkers niet volledig meekrijgen welke operatie gaat worden uitgevoerd, bij wie en op welke plaats en aan welke zijde.

Dit is met name van groot belang wanneer de OK-planning gedurende de dag wordt aangepast en patiënten in het OK-programma worden omgewisseld. Ook kunnen de medewerkers een mogelijke verwisseling niet opmerken en ondervangen wanneer zij niet bij de time-outprocedure aanwezig zijn – of hier onvoldoende aandacht voor hebben – met alle mogelijke gevolgen voor de patiënt.

DOELSTELLING NIET GEHAALD

De door het VMS Veiligheidsprogramma geformuleerde doelstelling was om in december 2012 voor de start van de anesthesie bij alle electieve ingrepen een gezamenlijk time-outmoment uit te voeren. Deze doelstelling is niet gehaald. Er is nog veel verbetering nodig in de uitvoering van de time-outprocedure voordat deze bij alle electieve ingrepen volledig en juist wordt uitgevoerd. Deze conclusie komt overeen met de boodschap van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het rapport 'Operatieve zorg aantoonbaar beter' (6). Hierin geeft zij onder meer aan dat de time-outprocedure in slechts 63 procent van de ziekenhuizen voldoende op papier is vastgelegd en dat er continue interne en externe druk nodig is om het uitvoeren van checks binnen het operatieve proces te verbeteren.

Ons evaluatieonderzoek laat zien dat in de praktijk de time-outprocedure op verschillende punten kan worden verbeterd.

Zo kun je allereerst in je ziekenhuis nagaan of er op de OK onderlinge afspraken zijn gemaakt over wie de time-outprocedure leidt en op welke manier die moet worden uitgevoerd. Het maken van dergelijke afspraken zorgt voor duidelijkheid bij alle betrokkenen. En als niet iedereen die nakomt, hoe wil je daar dan mee omgaan?

Moeten bepaalde professionals of teams maatregelen nemen als de time-outprocedure consequent niet (goed) wordt uitgevoerd? Of past het beter bij het ziekenhuis om een cultuur te stimuleren waarin iedereen, ongeacht iemands functie of aantal ervaringsjaren, elkaar hierop kan aanspreken? Een dergelijke aanspreekcultuur vraagt om openheid en om een algemeen bewustzijn van de risico's die de patiënt loopt. Het organiseren van multidisciplinaire besprekingen over (bijna-)verwisselingen waarin medewerkers gezamenlijk op zoek gaan naar verbeterpunten in het operatieve proces kan helpen om zo'n cultuur te stimuleren.

INRICHTING OPERATIEVE PLANNING

Daarnaast kun je je afvragen in welke mate er vanuit jouw ziekenhuisorganisatie randvoorwaarden zijn geregeld die de mate beïnvloeden waarin de time-outprocedure wordt uitgevoerd. Is er bijvoorbeeld gelegenheid om extra aandacht te besteden aan het voorkomen van verwisselingen, of aan veiligheid in het operatieve proces in zijn algemeenheid? Door het regelmatig organiseren van een symposium of themaweek, of door het benoemen van een functionaris die professionals in het gehele operatieve proces alert houdt, kan het belang van veiligheidschecks voortdurend onder de aandacht worden gebracht.

Een andere randvoorwaarde is de wijze waarop de operatieve planning is ingericht. Hierin moet ruimte zijn voor het uitvoeren van de time-outprocedure met alle betrokkenen. In sommige ziekenhuizen wordt het operatieve dagprogramma zo strak ingepland dat de specialist slechts enkele momenten voor aanvang van de operatie de OK binnenkomt en direct aan de slag gaat. In het kader van patiëntveiligheid verdient het aanbeveling om deze wijze van plannen te heroverwegen.

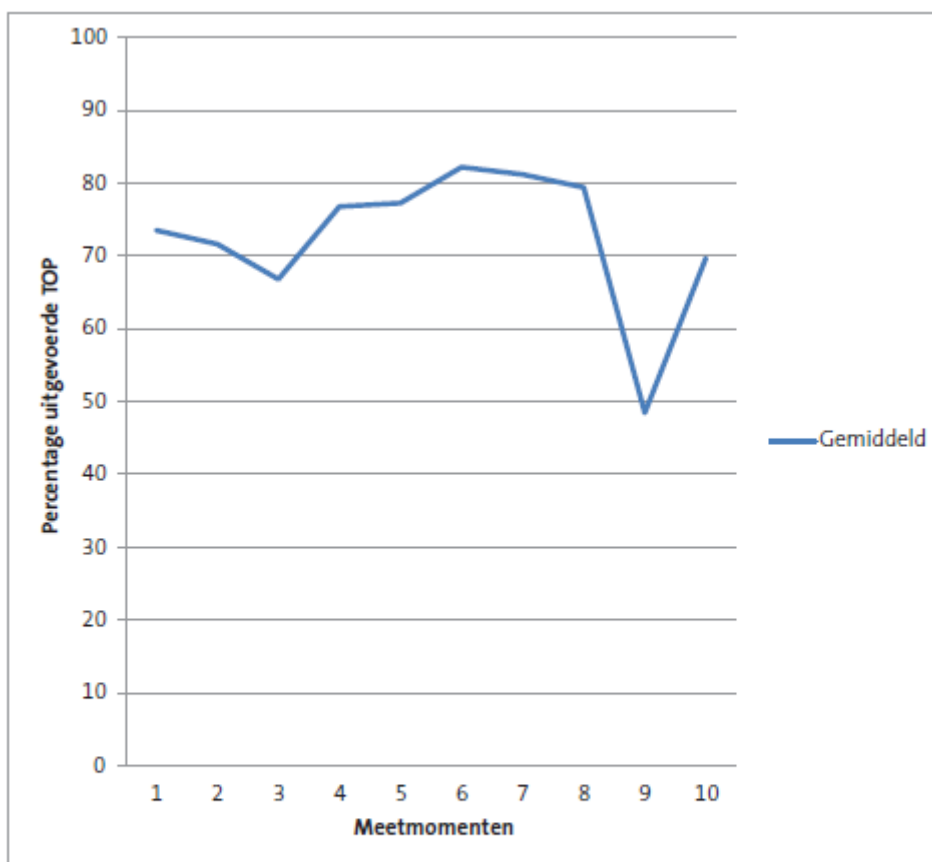
Een uitgebreide beschrijving van de opzet, analyses en uitkomsten van het evaluatieonderzoek is te vinden in het rapport 'Implementatie VMS Veiligheidsprogramma. Evaluatieonderzoek in Nederlandse Ziekenhuizen (5). Meer info: www.vmszorg.nl.

[BOX 1] [BOX 2]

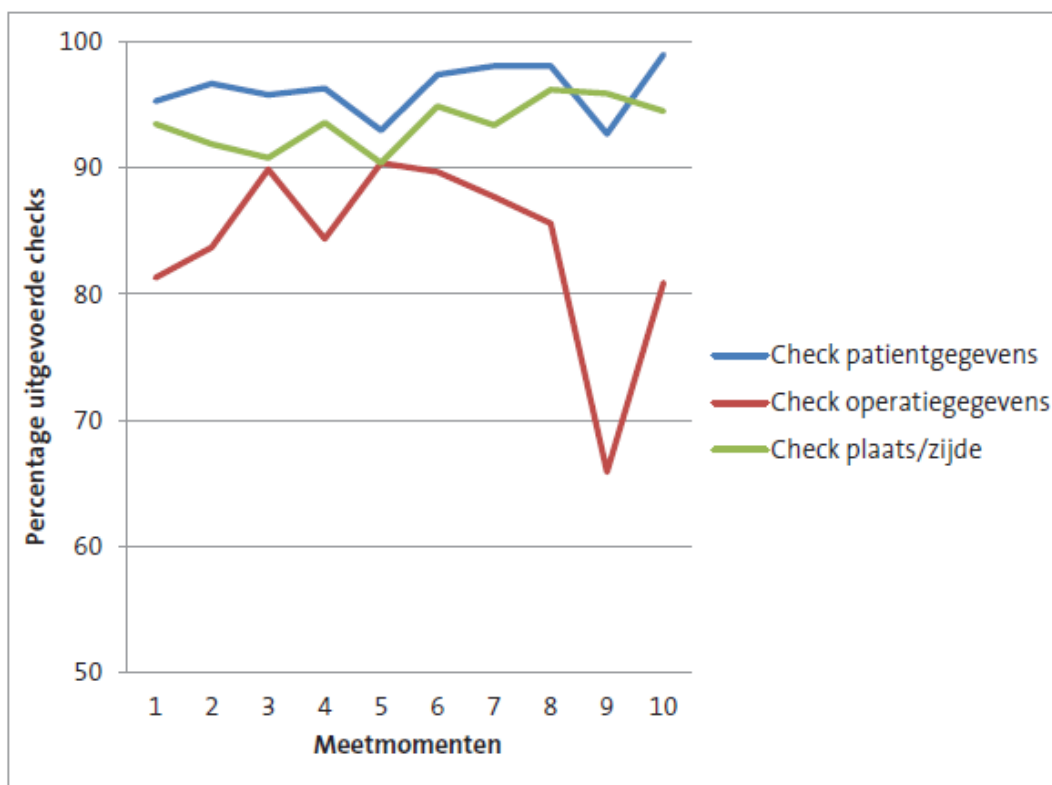
LITERATUUR

- (1) De Bruijne, M., et al., (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam/ Utrecht: EMGO+ Instituut en NIVEL.
- (2) Wagner, C., Zegers, M., Bruijne, M.C. de. 'Patiëntveiligheid: onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2009, 153(8), 327-333.
- (3) VMS Veiligheidsprogramma (2009). Praktijkgids: Verwisseling van en bij patiënten.
- (4) World Health Organization. (2011). New scientific evidence support WHO findings: a surgical safety checklist could save hundreds of thousands of lives.
- (5) De Blok, C., Koster, E., Schilp, J., Wagner, C. (2013). Implementatie VMS Veiligheidsprogramma. Evaluatieonderzoek in Nederlandse Ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL en EMGO+ Instituut.
- (6) Inspectie voor de Gezondheidszorg (2012). Operatieve zorg aantoonbaar beter. Utrecht: IGZ.

TABEL FIGUREN AND BOX



Figuur 1. Gemiddeld percentage correct uitgevoerde time-outprocedures over alle deelnemende ziekenhuizen. Bron: Nivel.



Figuur 2. Verschillen in de uitvoering van de onderdelen van de time-outprocedure.

Bron: Nivel.

Specialisme	Aantal geobserveerde operaties	Time-outprocedure uitgevoerd Percentage (aantal)
Keel-, neus- en oorheelkunde	142	80,3% (114)
Oogheelkunde	158	74,7% (118)
Urologie	121	71,1% (86)
Orthopedie	265	69,8% (185)
Gynaecologie	170	68,2% (116)
Chirurgie	200	67,5% (135)

Tabel 1. Correct uitgevoerde time-outprocedures per specialisme. Bron: Nivel.

(Potentieel vermijdbare) schade

Schade kan worden gedefinieerd als: 'Elk nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden'. Er is sprake van potentieel vermijdbare schade wanneer het nadeel voor de patiënt ontstaan is door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.

Opzet evaluatieonderzoek

De achttien deelnemende ziekenhuizen zijn geselecteerd door middel van een aselechte, gestratificeerde steekproef. In elk ziekenhuis is gedurende een jaar elke vier tot zes weken een meetdag gehouden; per ziekenhuis vonden tien meetmomenten in totaal plaats. Getrainde onderzoeksassistenten voerden de dataverzameling uit. Zij observeerden zes tot tien operaties per meetdag aan de hand van een gestandaardiseerd observatieformulier. Per operatie noteerden zij of er checks werden uitgevoerd op patiëntgegevens (naam, geboortedatum), operatiegegevens (interventie) en te opereren plaats en zijde, en wanneer deze checks werden uitgevoerd (voor of na anesthesie). Daarnaast legden ze vast of alle direct bij de operatie betrokken medewerkers bij de time-outprocedure aanwezig waren, of zij hun aandacht bij de time-outprocedure hadden (en niet bezig waren met bijvoorbeeld het instrumentarium) en of de time-outprocedure verstoord werd (bijvoorbeeld doordat de telefoon ging).

Met de verzamelde data is vervolgens in kaart gebracht in welke mate de adviezen van het VMS-programma over het thema 'verwisseling' worden nageleefd. Hiertoe zijn de volgende zaken berekend:

- Het percentage electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een volledig time-outmoment heeft plaatsgevonden (per meetmoment en over alle meetmomenten).
- Het percentage electieve ingrepen per type ziekenhuis en per specialisme waarbij voor de start van de anesthesie een volledig time-outmoment heeft plaatsgevonden.
- Het gemiddelde van elk van de uit te voeren checks binnen de time-outprocedure.
- De mate waarin de time-outprocedure is uitgevoerd met het gehele team, het team was gefocust en de time-outprocedure werd verstoord.