



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg

## Inspectie en OK

Christien Hofstra  
Senior inspecteur

LVO 8 februari 2013



## Durf de uitdaging aan!

1. Hoezo de inspectie op de operatiekamer?
2. De inspectie en het operatief proces.
3. Liggen er kansen?
4. Waar liggen de kansen?
5. Hoe pakken we die?



# Hoezo de inspectie op de operatiekamer?

Gezondheidswet

Wet- en regelgeving

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet BIG

Geneesmiddelenwet

Wet op de medische hulpmiddelen

Veldnormen: richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen.



# De inspectie en het operationeel proces

## Patientveiligheid

- To err is human 1999/2000 VS
- Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (Nivel 2007)
- Monitor zorggerelateerde schade (Nivel 2010)
- Ongeveer 2000 vermijdbare doden



# Nederland

'Maar de cijfers laten wel zien dat het probleem robuust is,' zegt hoogleraar patiëntveiligheid en onderzoeker Cordula Wagner tegenover de Volkskrant. 'Er is wel degelijk iets aan de hand. En dit kan niet met losse maatregelen worden opgelost. Veiligheidsmaatregelen die ziekenhuizen nu al nemen, moeten intensiever en sneller worden ingevoerd.'

(Bron: Nivel Volkskrant 2010)



## Liggen er kansen?

“De aard van de zorggerelateerde schade heeft vooral te maken met het chirurgisch proces, invasieve behandelingen, het verstrekken van medicatie en het diagnostische proces.”

“Ten opzichte van 2004 is de incidentie potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade vooral toegenomen bij het chirurgisch proces en de diagnostiek.”

(Bron: Nivel/Volkskrant 2010)



## Kansen om de zorg op de operatiekamer veiliger te maken

- Veiligheidsdenken en -handelen moeten verder verbeteren
- Standardisatie zorgt aantoonbaar voor minder fouten
- Het gebruik van checklists bevordert de veiligheid (Checklist manifest Atul Gawande)
- Eenheid in gedrag is onmisbaar in een veiligheidscultuur



# Hoe pakken we onze kans!

Melden begint met inzicht:

- Incidenten gebeuren
- Fouten maken is menselijk
- Er *niet* van leren is schadelijker!

Bereidheid tot melden is cultuurafhankelijk:

- Veilig melden stimuleren
- Risicobewustwording
- Leiderschap & early adaptars nodig









## Systeemdenken versus persoonsdenkn

- Mensen zijn feilbaar
- Fouten komen in iedere organisatie voor
- Richt zich op de omstandigheden waaronder mensen werken
- Barrières vormen om fouten te vermijden
- Barrières vormen om de effecten van fouten te verminderen
- 2 typen fouten: actief falen en latente condities
- Incident bijna altijd een combinatie



# Want kan er mis gaan

Actief falen: actieve fouten – onveilige handelingen

Bijvoorbeeld:

- Niet houden aan protocol
- Vergissingen



# Onder

Latente condities: omstandigheden die fouten uitlokken

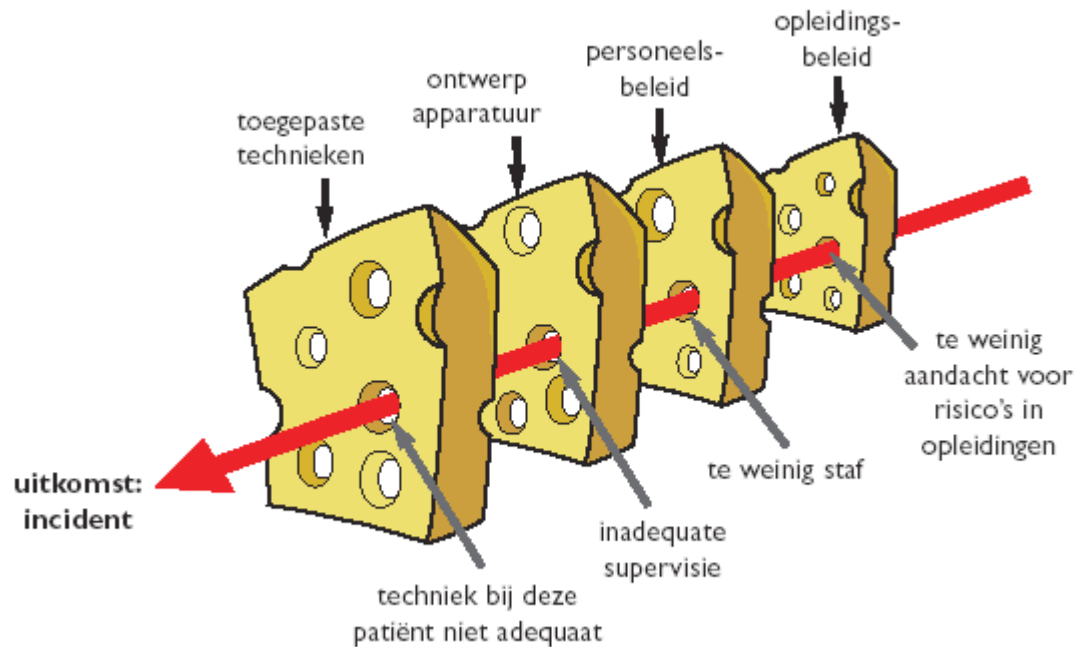
Bijvoorbeeld:

- Tijdsdruk
- Onderbezetting
- Gebrek aan ervaring





## Ontstaan van een incident Gatenkaasmodel van Reason





# Veilig Incidenten Melden

Omgeving waarin men het vertrouwen en de veiligheid voelt om (bijna-)incidenten te melden

NIET: Wie heeft dat gedaan?

WEL: Welke les kunnen we hiervan leren, zodat wij dit een volgende keer kunnen voorkomen?

